

Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Tolerance of Failure and Marital Quality in Women with Recurrent Miscarriages¹

Erfanian Razaee M², Kashavarzi Arshadi F³, Golshani F⁴,
Hassani F⁵, Dolatshahi B⁶

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of emotion-oriented therapy on the tolerance of failure and the quality of marital life of women with repeated abortions.

Methods: The current research was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a one-month follow-up phase in terms of practical purpose and method. The statistical population of this research included all women who referred to infertility clinics in Tehran in 2020, 30 of these people were selected in a targeted way. The assignment of members in the emotion-oriented treatment group (15 people) and the control group (15 people) was done using a random method. To collect data, Simmons and Gaher (2005) frustration tolerance questionnaire and Fletcher, Simpson and Thomas (2000) Marital Life Quality Questionnaire were used. To investigate the difference between groups in different stages of measurement, the analysis of variance test with mixed measurement was used in SPSS-25 software.

Results: The results showed that this treatment had a positive effect on increasing the tolerance of failure and the quality of married life of women with frequent abortions, and this effect was greater on the variable of tolerance of failure ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, it is suggested to use emotion-oriented therapy by couple therapists and clinical psychologists in order to increase the tolerance of failure and the quality of married life of women with frequent miscarriages.

Keywords: Tolerance of Failure, Marital Quality, Emotion-Focused Therapy, Women with Recurrent Miscarriages.

1- **Cite this article:** Erfanian Razaee, Maryam; Keshavarzi Arshadi, Faranak; Golshani, Fatemeh; Hassani, Fariba; Dolatshahi, Behrooz (1402). Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Tolerance of Failure and Marital Quality in Women with Recurrent Miscarriages. *Health Management*, 14(49): 21-34. DOI: 10.30495/JHM.2023.75414.11166

2- Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), sha_vahdat@yahoo.com

3- Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4- Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

5- Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

6- Department of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر^۱

مریم عرفانیان‌رزعی^۲، فرناز کشاورزی‌ارشدی^۳، فاطمه گلشنی^۴، فربیا حسینی^۵، بهروز دولتشاهی^۶

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر انجام شد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک‌های ناباروری شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود ۳۰ نفر از بین این افراد به روش هدفمند انتخاب شدند. گمارش اعضاء در گروه درمان هیجان‌مدار (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) با استفاده از روش تصادفی صورت گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه تحمل ناکامی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)، و پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی فلچر، سیمپسون و توماس (۲۰۰۰)، استفاده شد. بررسی تفاوت بین گروه‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری آمیخته در نرم افزار SPSS-۲۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که این درمان در افزایش تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر تأثیر مثبتی داشته است و این تأثیر بر متغیر تحمل ناکامی بیشتر بوده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر بکارگیری درمان هیجان‌مدار از سوی زوج درمانگران و روان‌شناسان بالینی به منظور افزایش تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با تجربه سقط مکرر پیشنهاد می‌گردد.
کلید واژه‌ها: تحمل ناکامی، کیفیت زندگی زناشویی، درمان هیجان‌مدار زنان با سقط‌های مکرر.

۱- استناد به این مقاله: مریم عرفانیان‌رزعی؛ کشاورزی‌ارشدی، فرناز؛ ولی‌زاده، حامد؛ گلشنی، فاطمه؛ حسینی، فربیا؛ دولتشاهی، بهروز (۱۴۰۲). اثربخشی

درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر. مدیریت بهداشت و درمان، ۱۴(۴۹): ۲۱-۳۴. DOI: 10.30495/JHM.2023.75414.11166

۲- گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳- گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: f.keshavarzi@ctb.iau.ir

۴- گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۵- گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۶- گروه روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

برخی بر این عقیده‌اند پدیده سقط جنین به عنوان یک عامل تروما و استرس‌زا باعث بروز عوارض روانی می‌شود در حالی که برخی دیگر بر این باور هستند که سقط به خودی خود منجر به بروز عوارض روانی نمی‌شود بلکه عواملی مانند وضعیت سلامت روانی قبل از سقط، خشونت خانگی، تمایل به بارداری، وضعیت اقتصادی و غیره در بروز افسردگی و اضطراب بعد از سقط تأثیرگذار هستند [۱]. از این رو، سقط مکرر در زنان به عنوان اتفاقی تلخ و بسیار ناراحت‌کننده شناخته می‌شود که می‌تواند برای زوجها و خانواده‌ها عواقب بلندمدتی داشته باشد. در این حالت، زنان ممکن است برای دستیابی به بارداری و بچه‌دار شدن، چندین بار سقط جنین را تجربه کنند که این مسئله ممکن است باعث شکست و ناامیدی در آنان شود. سقط مکرر ممکن است باعث افزایش سطح اضطراب در زنان شود. آنها ممکن است از این که بار دیگر به سقط جنین بیفتند، نگران باشند و فرصت خود را برای بچه‌دار شدن از دست بدهند و باعث افزایش سطح افسردگی در زنان شود. آنها ممکن است احساس کنند که ناتوان هستند و نمی‌توانند به عنوان مادری بهترین نقش خود را ایفا کنند. همچنین می‌تواند باعث افزایش سطح خشم و عصبانیت در زنان شود. آنها ممکن است به خاطر فشارهایی که به آنها وارد می‌شود، ناراحت و عصبی شوند [۲].

این مساله می‌تواند باعث ایجاد پریشانی و کاهش کیفیت روابط بین فردی از جمله روابط زناشویی شود. یکی از مواردی که زنان با تجربه سقط مکرر نیاز دارند افزایش قدرت در مقابل پریشانی‌ها و ناکامی ناشی از سقط جنین است. تحمل ناکامی به ویژگی شخصیتی اشاره دارد که ناشی از مجموعه‌ای از باورهای منفی درباره نبود قطعیت و

آستانه تحمل کم در موقعیت‌های نامطمئن و مبهم و پیش‌بینی عواقب ناگوار برای ناکامی است [۳]. نبود تحمل ناکامی نوعی سوگیری شناختی بوده که بر چگونگی دریافت و تفسیر و واکنش فرد بر وضعیتی نامطمئن در سطوح هیجانی و شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد. تحمل ناکامی، سازه‌ای فراهیجانی است که انتظارات فرد را در خصوص توانایی تحمل هیجان‌های منفی، ارزیابی موقعیت هیجانی از لحاظ قابل پذیرش بودن، تنظیم شخصی و نیز میزان توجه جذب شده به وسیله هیجان منفی را مورد سنجش قرار می‌دهد [۴]. افرادی که تحمل ناکامی ندارند، موقعیت‌های آن را تنش برانگیز و منفی و دارای فشار توصیف کرده و سعی می‌کنند از این فضاها اجتناب ورزند. آنها اگر در این وضعیت‌ها قرار بگیرند کارکردشان دچار مشکل می‌شود [۳، ۴].

در میان کسانی که ازدواج کرده‌اند، کیفیت زناشویی از مهم‌ترین شاخص‌های زندگی مشترک محسوب می‌شود. کیفیت زناشویی مفهومی است که از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد و تحقیقات بسیاری در حیطه روابط زناشویی در راستای آن است [۵]. کیفیت روابط زناشویی ادراک شده به عنوان یک پدیده چند بعدی، شامل ارزیابی احساسات، تصورات و رفتارهای زناشویی در زوجها است. در این پدیده، زوجها احساس می‌کنند که روابط زناشویی آنها بر اساس نیازها، ارزش‌ها و هدف‌هایشان شکل گرفته است و باعث رضایت و احساس موفقیت در زندگی زناشویی شان می‌شود [۶]. ابعاد کیفیت روابط زناشویی عبارتند از: توافق: احساس به حد مطلوب رسیدن برخی از فعالیت‌ها در زندگی؛ رضایت: به احساس خوشایند فرد از انجام فعالیت اطلاق می‌گردد؛ انسجام: احساس به سرانجام رساندن فعالیت با کمک یکدیگر می‌باشد به طوری که می‌توان گفت کیفیت

برای بهبود تحمل ناکامی و کیفیت زناشویی از درمان‌های دارویی و غیر دارویی شامل مداخلات روان شناختی استفاده می‌شود که یکی از آنها درمان هیجان مدار است. درمان هیجان مدار یکی از مداخلاتی است که می‌تواند در کاهش مشکلات هیجانی عاطفی موثر باشد. تغییر در درمان هیجان مدار به این صورت است که پاسخ‌های هیجانی زیر بنایی تعامل کشف شده و تجربه می‌شوند و مجدداً مورد پردازش قرار می‌گیرند و در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می‌گیرند. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی به منظور تخلیه هیجانی و کسب بینش نیست بلکه به خاطر تجربه کردن جنبه‌های جدیدی از خود است که پاسخ‌های جدیدی را از فرد بر می‌انگیزاند [۹]. از دیدگاه هیجان مدار تغییر هنگامی روی می‌دهد که عواطف فرد از طریق آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب، و دگرگونی هیجان معنا می‌یابند [۱۰].

از آنجایی که درمان هیجان مدار بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن پنداری مثبت سعی در خود نظم بخشی فرد و سیستم احساسی او دارد و در جلسه‌های درمانی به صورت گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کند. از سویی شیوه هیجان مدار تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تاکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پدید آمدن راه حل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود و با توجه به این که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد

رابطه زناشویی عبارت است از اندازه‌گیری فردی احساس رضایت، خوشبختی و ثبات زناشویی در هر یک از زوجین [۷].

سقط جنین مکرر می‌تواند بر روابط زناشویی و رضایت زناشویی زوجها تأثیرات منفی بگذارد. در این حالت، زوجها ممکن است با مشکلاتی مانند تنش، ناراضی، و افزایش سطح اضطراب روبرو شوند که ممکن است باعث کاهش رضایت زناشویی شود. برخی از تأثیرات سقط جنین مکرر بر روابط زناشویی و رضایت زناشویی عبارتند از: ۱- کاهش رضایت زناشویی: سقط جنین مکرر می‌تواند باعث کاهش رضایت زناشویی در زوجها شود. زنان ممکن است از این که نتوانستند به عنوان مادر به نحو احسن نقششان را ایفا کنند، ناراحت شوند و همچنین ممکن است با مشکلاتی مانند اضطراب، افسردگی و خشم روبرو شوند که می‌تواند باعث کاهش رضایت زناشویی شود. ۲- تنش‌های زندگی: سقط جنین مکرر همچنین می‌تواند باعث افزایش تنش‌های زندگی در زوجها شود. این مسئله ممکن است باعث کاهش توانایی زوجها در تفهیم و پاسخگویی به نیازهای یکدیگر شود که باعث کاهش رضایت زناشویی می‌شود. ۳- کاهش فعالیت جنسی: سقط جنین مکرر می‌تواند باعث کاهش فعالیت جنسی در زوجها شود. این ممکن است به دلیل افزایش سطح اضطراب، افسردگی و ناراضی در زنان باشد که می‌تواند باعث کاهش رضایت زناشویی شود. ۴- کاهش همبستگی و ارتباط عمیق: سقط جنین مکرر می‌تواند باعث کاهش همبستگی و ارتباط عمیق در زوجها شود. زنان می‌توانند احساس کنند که زوجها نمی‌توانند درک کند که چقدر این مسئله برای آنها مهم است که باعث کاهش همبستگی و ارتباط عمیق در زوجها می‌شود [۸].

می‌توان باعث تغییر و اصلاح عواطف مثبت و منفی افراد شد [۱۱].

به طور کلی، رسالت درمانگر در درمان هیجان مدار علاوه بر ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت هایی برای تنظیم هیجان است و افراد با قدرت تنظیم هیجان می‌توانند اتفاقات استرس زا را در رابطه با تهدید آمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نمایند و راه‌های برخورد با این استرس‌زها را خلق نمایند و از این طریق در شرایط و موقعیت‌های گوناگون به درستی هیجان‌ات خود را تنظیم کنند و با تجارب استرس‌زا مقابله کنند و شادی را تجربه کنند و این خود باعث بهبود عواطف و کیفیت زندگی و بهزیستی افراد می‌شود [۱۲]. هیجان سبب می‌شود که افراد با دنیای خودشان ارتباط برقرار کرده و با باز خورد لحظه به لحظه درباره چیزهای با اهمیت و قابل توجه انگیزه عمل را کسب نمایند. ابراز هیجان سبب بروز ویژگی‌های شخصیتی مانند قدرت پذیرش بالا و احساس کارایی می‌شود که نشان دهنده وجود مهارت‌های شناختی بین فردی مطلوب می‌باشد. بنابراین افرادی که بیشتر به ابراز هیجان‌ات خود می‌پردازند از نظر شخصیتی، سازمان یافته بوده و از نظر ذهنی متمرکزترند و در نتیجه بهبود در عواطفشان را نیز خواهند داشت [۱۳]. با توجه به اهداف رویکرد هیجان‌مدار می‌توان گفت این درمان سعی دارد با تسهیل آگاهی، ابراز و پذیرش هیجان، پاسخ‌های هیجانی سالم و سازگارانه را توسعه داده و با تنظیم هیجان به عنوان یک وظیفه درمانی رشدی در درمان اختلالات و مشکلات روانشناختی اثرگذار باشد [۹]. در درمان هیجان‌مدار با تاکید بر نمادسازی و تبدیل کلمات به احساسات به تنظیم عواطف و خودنظم‌دهی کمک کرده و با ایجاد فضای امن و همدلانه، مالک شدن و اعتبار بخشی نیازها همراه با حس عاملیت را تقویت می‌کند. همچنین در درمان هیجان مدار

عمق‌بخشی به تجربه‌های فرد و پذیرش جنبه‌های سرکوب شده تجربه‌ها، تحمل هیجان، درک و پذیرش خود توسط فرد بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد و علاوه بر این، ایجاد پیوندهای هیجانی ایمن و افزایش درک و پذیرش نسبت به نیازها و تجربه‌های همسر نیز مورد هدف قرار می‌گیرد [۱۰].

در مجموعه مسأله اصلی در درمان متمرکز بر هیجان، این است که هیجان، بخش بنیادی ساختار ذهنی فرد است و عامل اصلی و کلیدی برای سازماندهی خود فرد می‌باشد. مهم‌ترین کارکرد هیجان، سازگاری و آمادگی فرد است که به رفتار او جهت داده و باعث بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌گردد. در پژوهش‌های گسترده اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود انواع اختلالات شخصیتی، مشکلات فردی و بین‌فردی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۴-۱۰]. اما با این وجود در زمینه اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر هنوز خلاء پژوهشی وجود دارد. بنابر این با توجه به اهمیت سقط جنین بر کاهش سلامت روان زنان و کاهش کیفیت روابط زناشویی انجام پژوهش حاضر حائز اهمیت است. با توجه به تمهیدات یادشده سوال پژوهش حاضر این است که آیا درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک ماهه می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ناباروری شهر تهران در سال ۱۳۹۹

بود. این مطالعه دارای کد اخلاق با شناسه IR.IAU.TMU.REC.1399.064 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز است. حجم نمونه در مطالعات تجربی بر اساس فرمول‌های برم، فرانسس و لمنس (۲۰۰۷)، شان و ما (۲۰۱۴) و کوهن (۱۹۸۸) در سطح اطمینان ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۷۵ برای هر گروه ۱۵ شرکت کننده تعیین شد. جایگزینی نمونه‌ها در گروه درمان هیجان‌مدار (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) با استفاده از روش تصادفی صورت گرفت. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف و براساس معیارهای ورود و خروج از مطالعه انجام شد. معیارهای ورود عبارت بود از: ۱- قرار داشتن در دامنه سنی ۴۰-۲۵، ۲- داشتن حداقل دارای دو سقط مکرر ۳- نداشتن همزمان بیماری جسمی مانند MS- دیابت و ... نداشته باشد (با نظر پزشک)، ۴- نداشتن همزمان دارای اختلالات شخصیت، سایکوز سوء مصرف مواد نباشند (با استفاده از مصاحبه بالینی SCID)، ۵- نداشتن ناباروری اولیه. معیارهای خروج شامل غیب بیش از یک جلسه در جلسات درمان، انجام ندادن تکالیف محوله، وقوع حوادث غیرمترقبه در زندگی افراد، شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر بود.

مقیاس تحمل ناکامی: این مقیاس توسط سیمونز و همکاران با ۱۵ گویه طراحی شد و دارای چهار مؤلفه تحمل پریشانی هیجانی شامل سه گویه (۵، ۳، ۱)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی شامل سه گویه (۴، ۱۵، ۲)، برآورد ذهنی پریشانی شامل شش گویه (۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۷، ۶)، تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی شامل سه گویه (۱۴، ۱۳، ۸) می‌باشد. نمره‌گذاری این مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۵ تا کاملاً موافقم = ۱) است. گویه ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری

می‌شود. تفسیر این مقیاس نیز به این شرح است که نمره ۲۳-۱۵ نشان دهنده تحمل پریشانی کم؛ ۲۳-۵۲ نشان دهنده تحمل پریشانی متوسط و نمره ۵۲-۷۵ نشان دهنده تحمل پریشانی بالا می‌باشد [۱۵]. سیمونز و همکاران در پژوهش خود، با نمونه ۶۴۲ تن از مردان در ایالت داکوتای جنوبی در آمریکا، روایی ملاکی به روش همزمان برای «مقیاس تحمل پریشانی «با» مقیاس راهبردهای مقابله‌ای سنجیده و مورد تایید گزارش نمودند [۱۵]. علاوه بر آن، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی (جهت سنجش و تایید زیر مقیاس‌ها)، با نمونه ۸۲۳ تن از جامعه فوق، انجام و نتایج وجود ۴ زیرمقیاس را نشان داد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق، برای زیر مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین اضطراب به ترتیب ۰/۸۲/۷۲، ۰/۰۷۸ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش شد. شمس، عزیزی و میرزایی پایایی مقیاس به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با ۱۱۸ تن از دانشجویان پسر مصرف کننده سیگار در دانشگاه تهران، برای کل ابزار ۰/۶۷ و ثبات به روش آزمون مجدد به فاصله دوهفته را ۰/۷۹ گزارش نمودند [۱۶]. علوی و همکاران در پژوهش خود نیز پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ابزار نامبرده، بر روی ۴۸ تن از دانشجویان زن و مرد دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد سنجیده و ضریب بدست آمده برای کل مقیاس، ۰/۷۱ و برای زیر مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین اضطراب به ترتیب ۰/۴۲/۵۴، ۰/۵۶/۰ و ۰/۵۸ و

گزارش شد [۱۷]. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ۰/۷۲ و برای زیر مقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین اضطراب به ترتیب ۰/۷۶/۰،۷۲/۷۱ و ۰/۷۱ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی درک شده: این پرسشنامه توسط فلچر و همکاران طراحی و ساخته شد و دارای ۱۸ سؤال در شش بعد رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی و عشق (هر بعد با ۳ سوال سنجیده می‌شود) است. آزمودنی پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه ای از ۱=اصلاً تا ۷=کاملاً مشخص می‌کند [۱۸]. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر ۱۲۶ است که از جمع نمرات حاصل می‌شود. نمرات پایین‌تر نشان دهنده کیفیت کمتر و نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت بهتر رابطه زناشویی در ابعاد مختلف می‌باشد. این مورد درباره هر یک از ابعاد شش‌گانه رابطه زناشویی تشکیل دهنده پرسشنامه هم صادق است. روایی پرسشنامه از طریق روایی همگرا و واگرا و تحلیل عاملی تأییدی و پایایی این پرسشنامه از طریق همسانی درونی و ثبات توسط نیلفروشان در ایران مورد تأیید قرار گرفته است [۱۹]. در پژوهش سرحدی و همکاران به منظور بررسی روایی همگرایی پرسشنامه کیفیت ابعاد رابطه زناشویی درک شده، همبستگی آن با پرسشنامه مقیاس صمیمیت و مقیاس سازگاری زناشویی بررسی شد و نتایج نشان داد که ضریب همبستگی بین پرسشنامه کیفیت ابعاد رابطه زناشویی با مقیاس صمیمیت ۰/۸۶ و با مقیاس سازگاری زناشویی ۰/۷۴ است [۲۰]. روایی واگرایی آن نیز با پرسشنامه شاخص بی‌ثباتی ازدواج انجام شد و نتیجه نشان داد که همبستگی این دو پرسشنامه ۰/۵۴- است.

پایایی این پرسشنامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش سرحدی و همکاران ۰/۷۹ و در پژوهش حاضر ۰/۷۸ بدست آمد [۲۰].

یافته‌ها

اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه تحمل ناکامی و پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی درک شده توسط پژوهشگر در بین شرکت‌کنندگان توزیع شد و در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. سپس گروه آزمایش تحت مداخله هیجان‌مدار قرار گرفت. تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه را تکمیل کردند. محرمانه بودن اطلاعات کسب‌شده، جلب رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، عدم انتشار اطلاعات شرکت‌کنندگان به دیگران و ایجاد یک جو اطمینان‌بخش از جمله ملاحظات اخلاقی بود که پژوهشگر مدنظر قرار داد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج در دو سطح آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. در سطح توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد و در سطح استنباطی برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در مراحل مختلف اندازه‌گیری، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری آمیخته در نرم‌افزار SPSS-۲۵ استفاده شد. برای جلسات از پروتکل درمان هیجان مدار استفاده شد. این پروتکل از فنون و مبانی نظریه هیجان‌مدار گرینبرگ برگرفته شده است. روش اجرای جلسات بصورت زوج درمانی گروهی و توسط متخصص هیجان مدار سال ۱۳۹۹ در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۱۰ هفته اجرا شد. محتوا، هدف و چگونگی تمرینات در جلسات پروتکل تمرینات تجربه‌ای هیجان‌مدار به در جدول ۱ ارائه شده است. (جدول ۱)

در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفونی برای مقایسه جفتی میانگین در مراحل سه گانه متغیرهای تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی در گروه آزمایش نشان داده شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می دهد که بین میانگین نمرات متغیر تحمل ناکامی در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری و پس آزمون - پیگیری در شرکت کنندگان گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$)؛ یعنی میزان تحمل ناکامی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله ی پیش آزمون به دلیل مداخله درمانی افزایش یافته است. بین میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی زناشویی در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری در شرکت کنندگان گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$)؛ یعنی میزان کیفیت زندگی زناشویی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله ی پیش آزمون به دلیل مداخله درمانی افزایش یافته است. (جدول ۵) نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثرات بین آزمودنی ها) در متغیرهای تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی در جدول ۶ نشان داده شده است.

در جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان می دهد که بین شرکت کنندگان گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، میزان تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی در شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به شرکت کنندگان گروه کنترل افزایش یافته است. (جدول ۶)

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، بین متغیرهای تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی در گروه های مورد مطالعه در سه مرحله از اندازه گیری، اختلاف وجود دارد.

قبل از انجام تحلیل واریانس آمیخته، مفروضه های این آزمون بررسی شد. نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای معنادار نبودن نمرات پیش آزمون گروه های مورد مطالعه، نشان داد که در متغیرهای تحمل ناکامی ($F=0/007, p=0/93$) و کیفیت زندگی زناشویی ($F=2, p=0/16$)، تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج بررسی سایر مفروضه ها در جدول ۲ ارائه شده اند. (جدول ۲)

در جدول ۳ نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف معنادار نیست، بنابر این شرط توزیع طبیعی نمره ها برقرار است. نتایج آزمون لوین حاکی از همگنی واریانس های خطا در دو گروه است و نتایج آزمون موخلی نشان می دهد که شرط تساوی ماتریس های واریانس/کوارانس و مفروضه کرویت برقرار برای تحمل ناکامی نیست، بنابر این از تصحیح گرین هاوس-گیسر برای تحمل ناکامی استفاده شد. نتایج آماره ام باکس برای متغیرهای پژوهش معنادار است ($P > 0/05$). (جدول ۳)

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که که اثر درون گروهی نمره ی تحمل ناکامی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($0/001 < F = 8/09, p < 0/001$)؛ یعنی نمرات شرکت کنندگان در متغیر تحمل ناکامی در گروه آزمایش از مراحل پیش آزمون تا پیگیری کاهش یافته است. اثر درون گروهی نمره کیفیت زندگی زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است ($0/001 < F = 8/07, p < 0/001$)؛ یعنی نمرات شرکت کنندگان در متغیر کیفیت زندگی زناشویی در گروه آزمایش از مراحل پیش آزمون تا پیگیری کاهش یافته است. (جدول ۴)

رفتارهای نامناسب در موقعیت‌های فشارزا است را کاهش دهد [۲۱].

در تبیین تأثیر مثبت درمان هیجان مدار بر کیفیت زندگی زناشویی در تبیینی دیگر می‌توان اشاره کرد که درمان هیجان مدار دو حیطه را شناسایی و توسعه می‌دهد: تجارب و تعاملات. نخستین هدف درمان دستیابی و سپس باز پردازش پاسخ‌های هیجانی خاصی است که بخش زیرین الگوهای محدود کننده و یکنواخت تعاملات را تشکیل می‌دهند. دومین هدف درمان، خلق وقایع و رخداد‌های تعاملی جدیدی است که رابطه با عنوان مأمونی آرامش بخش برای همسران باز تعریف می‌کند. پردازش مجدد تجارب درونی بعنوان روشی جهت توسعه موقعیت‌های میان فردی به کار گرفته می‌شود. سپس جاها عوض می‌شوند و ساختاردهی به وقایع تعاملی جدید موجبات توسعه و باز آفرینی تجارب درونی هر همسر را فراهم می‌آورد. پس از اختتام درمان و در صورت موفقیت آمیز بودنش، هر همسر منبع آرامش، حمایت و تماس‌های فیزیکی لذت بخش برای دیگری می‌گردد؛ هر همسر به یاری کردن دیگری در تنظیم و ساماندهی به هیجان‌ات منفی و نیز ایجاد احساس‌های مثبت و نیرومند نسبت به خود، توفیق می‌یابد [۲۲]. همچنین هیجان درمانگر در طی درمان چرخه‌ی تعاملی منفی و انعطاف‌پذیری که به طور مستمر زوج‌ها را درگیر می‌کند را تغییر می‌دهد. تحقق بخشی به این وظیفه بر طرق گوناگونی مانند قالب دهی مجدد به موقعیت تعاملی که موجب خلق ادراکات و پاسخ‌های نوین گردد. قطع کردن الگوهای تعاملی از طریق مداخلاتی چون در میان گذاشتن ترس‌ها و خلق شیوه‌ای نو در گفتگو، میسر می‌گردد [۲۳]. لذا انتظار می‌رود کیفیت رابطه زناشویی گروه آزمایش پس از قرار گرفتن در چرخه‌ی درمان هیجان مدار افزایش یابد.

زناشویی زنان با سقط‌های مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که این درمان در افزایش تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با سقط‌های مکرر تأثیر مثبتی داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های متعددی همسو است [۹-۶، ۱۴].

در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل ناکامی در زنان دارای سقط مکرر می‌توان گفت از آنجایی که رویکرد هیجان‌مدار بر روی هیجان‌ها و عواطف تمرکز دارد، اساس درمان خود را بر خودسازی و تعادل فرد قرار داده است و از راه خویشتن‌پنداری مثبت سعی در خودنظم‌بخشی فرد و سیستم‌احساسی او دارد و در جلسه‌های درمانی به صورت گسترده از روش‌های درمانی برای بیان احساسات تازه استفاده می‌کند. این مسأله در پژوهش حاضر نیز مورد توجه بوده است. از سویی شیوه هیجان‌مدار تلفیقی از دیدگاه‌های انسان‌گرایانه، دلبستگی و شناختی است و به صورت گسترده و متنوع از راهبردهایی از قبیل شناخت، تمرکز بر احساسات، تاکید بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی، پیدا کردن راه‌حل و خلق و ایجاد معانی تازه و روابط حسنه در این رویکرد استفاده می‌شود و با توجه به این که بیشتر احساسات حالت هیجانی دارند با آموزش و با استفاده از روش‌های مداخله‌ای خاص این رویکرد می‌توان باعث افزایش تحمل ناکامی شود [۶]. به دلیل این که در پژوهش حاضر نیز موارد مذکور در جلسات درمان مورد تأکید بوده است، افزایش تحمل ناکامی دور از انتظار نیست. در تبیین دیگری می‌توان گفت که در درمان هیجان‌مدار درمانگر با شناسایی و ارزش دادن به پاسخ‌های هیجانی منفی و نامطلوب و بسط دادن آن پاسخ‌های نامطلوب به مسایل بی‌اهمیت و پیش‌پاافتاده مانند ترس و درماندگی میزان پرخاشگری را که ناشی از ناتوانی در پاسخگویی به

افزایش کیفیت زندگی زناشویی و تحمل ناکامی در زنان با تجربه سقط مکرر، ادبیات پژوهشی اندکی منتشر شده بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه بعدی، پژوهشگران تعداد جلسات درمان را افزایش داده و طول دوره پیگیری را کاهش دهند تا بدین وسیله پایداری این درمان در متغیرهای تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی بهتر مشخص شود. در پژوهش حاضر فقط زنان با تجربه سقط مکرر مورد درمان قرار گرفتند، شاید بکارگیری درمان‌های خانواده محور نتایج متفاوتی را رقم بزند، زیرا بر اساس نظریه‌های سیستمی، بافت اجتماعی و خانوادگی می‌تواند وضعیت روان شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد، لذا پیشنهاد می‌گردد، در پژوهش‌های بعدی همسران این زنان نیز در جلسات درمان مشارکت نمایند. پژوهش حاضر بر روی با تجربه سقط مکرر شهر تهران انجام شد، لذا انجام این پژوهش در سایر شهرها و بافت‌های اجتماعی فرهنگ مختلف پیشنهاد می‌شود. به طور کلی بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر بکارگیری درمان هیجان مدار از سوی زوج درمانگران و روان‌شناسان بالینی به منظور افزایش تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با تجربه سقط مکرر پیشنهاد می‌گردد.

رویکرد درمانی هیجان مدار به فعال‌سازی و سازماندهی مجدد طرحواره‌های هیجانی می‌پردازد، در این درمان با استفاده از تفکرات اکتشافی، خاطره انگیز و معنا ساز، همراه با وظایف برانگیزاننده هیجانی به مراجعان کمک می‌شود تا تماس عمیق‌تری با هیجانات داشته و شناخت بهتری از آنها حاصل کنند [۲۴]. همچنین پردازش هیجانی عمیق‌تر بعنوان یک وظیفه، هدف و فرایند تغییر درمانی مهم در نظر گرفته می‌شود و علاوه بر تأکید جدی بر رابطه درمانی، فرایند تمرکز بر هیجانات بیان شده برای خلق معانی جدید از ارزش بالایی برخوردار است. از آنجا که تماس عمیق‌تر با هیجانات منجر به شناخت بهتر و درمان بیشتر می‌گردد و منجر به توسعه پاسخ‌های سازگاران به تجارب مشکل ساز متمرکز می‌گردد و مراجعین با احساسات و هیجانات خود خیلی آشنا نیستند، تمرکز بر شناخت‌ها نسبت به تمرکز بر هیجانات مبهم آسان‌تر است زیرا آنها قابل دسترسی‌تر برای هوشیاری هستند و همچنین تغییر دادن رفتارها نسبت به پاسخ‌های هیجانی خودکار آسان‌تر است و رفتارها بیشتر از هیجان‌ها در دسترس هستند و قابل کنترل‌تر می‌باشند [۲۵]. به همین دلایل درمان هیجان مدار منجر به بهبود تحمل ناکامی و کیفیت زندگی در زنان با سابقه سقط مکرر شده است.

با توجه به این که اگر تعداد سقط‌ها بالا باشد نیاز به درمان طولانی‌تری است، نیاز به مطالعات پیگیری با زمان طولانی‌تر جهت بررسی تأثیر این درمان‌ها می‌باشد، مخصوصاً در مورد زنانی که بارها در بارداری شکست را تجربه می‌کنند. یکی از محدودیت‌های این طرح محدودیت سنی (۲۰ تا ۴۰ سال) در آن بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به کلیه زنان سنین باروری را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین در زمینه اثر بخشی درمان هیجان مدار بر

جدول ۱ - هدف، محتوا و پروتکل تمرین درمان هیجان مدار

Table 1 - Purpose, content and protocol of emotional therapy practice

جلسات	شرح جلسه
۱	پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه باهم، ایجاد راپورت و رابطه حسنه، معرفی و شرح حال گیری، مثلث هیجان - تفکر - رفتار
۲	شناسایی و معرفی هیجانان پایه در فرد
۳	شناسایی صحنه های اضطراب زا در افراد گروه و تجربه مجدد آن
۴	توضیح نقش زبان در ابراز و یا بازداری هیجانی و معرفی فن تاگشایی خاطره انگیز
۵	معرفی هنرهای بیانگر و فراخوانی احساس شرم
۶	ارتباط بین پردازشهای هیجانی، شناختی و بدنی و مفهوم طرحواره هیجانی، چگونگی ارتباط هیجان با پردازشهای شناختی و مفهومی
۷	آموزش نمادسازی و به عمل در آوردن احساسات، آموزش معرفی هنرهای بیانگر و فراخوانی احساسات، صندلی خالی، نوشتن نامه
۸	آموزش فرایند نمادسازی و پیچیده کردن جملات با استفاده از استعاره ها، کنایه و تمثیل
۹	بررسی احساسات ناتمام، بازخورد اصلاحی، جمع بندی نهایی احساسات ناتمام
۱۰	توضیح و جمع بندی جلسات قبل، اجرای پس آزمون

جدول ۲ - میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

Table 2 - Mean and standard deviation of research variables

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تحمل ناکامی	درمان هیجان مدار	۳۳	۷/۸۹	۶۵/۶۶	۲/۱۶
	کنترل	۳۳/۲۰	۴/۷۶	۳۴/۴۰	۴/۵۱
کیفیت زندگی زناشویی	درمان هیجان مدار	۲/۹۵	۴۳/۵۳	۱/۷۳	۴۳/۰۷
	کنترل	۲۶/۲	۳/۶۷	۲۵/۷۳	۲/۶۶

جدول ۳ - نتایج آزمون نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، کرویت موخلی و ام باکس

Table 3 - The results of normality, homogeneity of variances, sphericity test and Mbox

متغیر	پیش آزمون		همگنی واریانس‌ها		W موخلی	سطح معناداری	گرین هاوس گیسر	ام باکس	سطح معناداری
	کولموگروف-اسمیزنف	سطح معناداری	F لوین	سطح معناداری					
تحمل ناکامی	۰/۱۷	۰/۲۰	۱/۳۰	۰/۱۶	۰/۰۵۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱	۳۸/۶۹	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی زناشویی	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۳۵	۰/۵۶	۰/۹۵	۰/۵۲	۰/۹۵	۲۹/۵۶	۰/۰۰۰۱

جدول ۴ - نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثر درون آزمودنی‌ها) در متغیرهای تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی

Table 4 - The results of the analysis of variance with repeated measurements (within-subjects effect) in the variables of failure tolerance and quality of married life

تغیرها	نبع	جمع مجذورات	رجه آزادی	یانگین مجذورات	طح معناداری	جذور اتا (η^2)	وان آزمون
حمل ناکامی	رحله	۵۳۲۵/۷	۱/۳	۵۱۸۷/۹	$p < ۰/۰۱$	۰/۹	
	رحله × گروه	۴۸۸۸/۲	۱/۳	۴۷۶۲/۲	$p < ۰/۰۱$	۰/۹	
	طا	۶۲۷/۴	۶	۱۱/۱			
کیفیت زندگی زناشویی	رحله	۱۵۸۸/۹		۷۹۴/۴	$p < ۰/۰۱$	۰/۵	
	رحله × گروه	۱۹۸۲/۷		۹۹۱/۳	$p < ۰/۰۱$	۰/۸	
	طا	۲۷۱/۴	۶	۴/۴			

جدول ۵ - نتایج آزمون تعقیبی بنفرنی برای مقایسه جفتی میانگین در مراحل سه گانه متغیرهای تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی در گروه آزمایش

Table 5 - Benferni's post-hoc test results for pairwise comparison of averages in the three stages of the variables of failure tolerance and quality of married life in the experimental group.

خطای معیار	تفاوت میانگین	(i) (j)	متغیر
۲/۰۳	۳۲/۲۷*	پیش آزمون - پس آزمون	تحمل ناکامی
۲/۱۰	۳۱/۲۷**	پیش آزمون - پیگیری	
۰/۲۱	۰/۶۷*	پس آزمون - پیگیری	
۰/۹۳	۱۹/۰۶*	پیش آزمون - پس آزمون	کیفیت زندگی زناشویی
۱/۱۲	۱۸/۶۰*	پیش آزمون - پیگیری	
۰/۵۹	۰/۴۶	پس آزمون - پیگیری	

*P<0/00**P<0/01

جدول ۶ - نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (اثرات بین آزمودنی‌ها) در متغیرهای تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی

Table 6. Results of analysis of variance with repeated measurements (effects between subjects) in the variables of tolerance of failure and quality of married life.

وان آزمون	جنور اتا (η^2)	طح معناداری		یانگین مجذورات	رجه آزادی	جموع مجذورات	نوع	تغیرها
	۰/۹	$p < .01$	۲۱۹/۳	۹۹۶۴/۴		۹۹۶۴/۴	روه	حمل ناکامی
				۴۵/۱	۸	۱۲۶۸/۲	طا	
	۰/۸	$p < .01$	۲۱۳/۶	۲۹۹۲/		۲۹۹۲/	روه	یفیت زندگی زناشویی
				۱۴/۱	۸	۳۹۲/۲	طا	

Reference:

- 1- Zarean, M., Ahadi, H., Jomehri, F., Sohrabi, F. Comparison of the Effectiveness of Reality Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Adjustment in Post-Abortion Women. *Journal of Applied Family Therapy*, 2023; 4(1): 396-419.
- 2- Koot H.M, Wallander J L. (Eds.). *Psychological aspects of pediatric obesity*. Springer Science & Business Media; 2013.
- 3- Navidi Poshtiri S, Hassanzadeh R, Olia Emadian S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on tolerance failure and health anxiety in nursing and midwifery students with health anxiety. *JAYPS*, 2022; 3(1): 222-31.
- 4- Rezaei Z, Abolghasmi S, Khalatbari J, Zarbakhsh M. The effectiveness of a training package based on motivational interviewing, therapy based on acceptance and commitment, and therapy focused on compassion on tolerance of failure and health anxiety in patients with multiple sclerosis. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 2023 Apr 10; 4(2): 86-96.
- 5- Pirmardvand chegini, B., Zaharakar, K., Sanai zaker, B., Noroozi Saziroud, K. The Effect of Educating Based on Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on Marital Quality Components of Couples Who Are Coping with Breast Cancer. *Journal of Applied Psychological Research*, 2021; 12(1): 283-298.
- 6- Skerrett K. What Makes a Good Relationship? Here's What the Research Says. Harvard Health Publishing. Retrieved from <https://www.health.harvard.edu/blog/what-makes-a-good-relationship-heres-what-the-research-says-2019041816446>.
- 7- Sbaragli C, Morganti A, Goracci A, et al. Psychological aspects of in vitro fertilization, infertility, and abortion: a review. *Psychology Research and Behavior Management*, 2008; 1: 1-12.
- 8- Ganong L, Jensen T, Sanner C, Russell L, Coleman M. Stepfathers' affinity-seeking with stepchildren, stepfather-stepchild relationship quality, marital quality, and stepfamily cohesion among stepfathers and mothers. *Journal of Family Psychology*, 2019 Aug; 33(5): 521.
- 9- Greenberg LS, Goldman RN. *Clinical handbook of emotion-focused therapy*. American Psychological Association; 2019.
- 10- Sahibi Bazaz L, Sudani M, Mehrabizadeh Artman M. Investigating emotion-oriented therapy to cope with failure and marital adjustment of couples referring to oil company counseling center. *Journal of new developments in behavioral sciences*, 2019; 4(34): 83-59.
- 11- Greenman P S, Johnson S M. Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current opinion in psychology*, 2022; 43: 146-150.
- 12- Timulak L, Keogh D. *Transdiagnostic emotion-focused therapy: A clinical guide for transforming emotional pain*. American Psychological Association; 2022.
- 13- Hosseinzadeh Z, Ghurban Shiroudi Sh, Khalatbari J, Rahmani M A. The effectiveness of emotion-oriented therapy on the flexibility of action and distress tolerance of women. *Applied Family Therapy*, 2020; 1(3): 23-38.
- 14- Shabani Nia Sh, Golparvar M, Aghaei A. The effectiveness of emotional therapy on the tendency to break the contract of couples and the quality of married life in women with

- low libido. Behavioral science research, 2022; 20(3): 483-492.
- 15- Simons J S, Gaher R M. The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. Motivation and emotion, 2005; 29: 83-102.
- 16- Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Examining the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with the level of students' addiction to smoking. Research of Hakim Health System, 2010; 13 (1): 11-18.
- 17- Alavi Kh, Modares Gharavi M A, Yazdi S, Salehi Faderdi J. The effectiveness of dialectical behavior therapy in a group way (relying on the components of comprehensive awareness, distress tolerance and emotional regulation) on the symptoms of depression in students. Principles of mental health, 2011; 13(15): 135-124.
- 18- Fletcher G J, Simpson J A, Thomas G. The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. Personality and Social Psychology Bulletin, 2000; 26(3): 340-354.
- 19- Nilfroshan P. The structural equation model of marital relationship quality based on the psychological characteristics of couples, doctoral thesis in the field of counseling. Faculty of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University; 2010.
- 20- Sarhadhi M, Navidian A, Fasihi Harandi T, Ansari Moghadam A. Comparison of marital relationship quality of spouses of heart attack patients and spouses of healthy people. Health Promotion Management Quarterly. 2012; 2(1): 39-48.
- 21- Elliott R, Emotion- focus therapy. PCCS. Book, Ross-On-Wye; 2012: 103-130.
- 22- Hosseini B. Emotional couple therapy. Tehran: Jungle Publications; 2014.
- 23- Harvey M. Comprehensive book of couple's therapy. Translated by Khodabakhsh Ahmadi, Zahra Akhavi and Ali Akbar Rahimi. Tehran: Danje Publications; 2013.
- 24- Watson J C, Goldman R, Greenberg L S. A simple sample size formula for analysis of covariance in randomized clinical trials. Journal of clinical epidemiology, 2007; 60(12): 1234-1238.
- 25- Wiebe S A, Johnson S M, Lafontaine M. F. Emotionally focused couple therapy: State of the art and new horizons. In Handbook of individual ; 2019: 759-777.