

اثر بخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز

مشاوره شرکت نفت

لیلا صاحبی بزاز^۱، منصور سودانی^۲، مهناز مهربایی زاده هنرمند^۳

۱. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران (نویسنده مسئول).

۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

۳. استاد گروه روان شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره سی و چهارم، مردادماه ۱۳۹۸، صفحات ۸۳-۵۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی و سازگاری زناشویی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر تمام زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت شهر اهواز است. نمونه آماری در این پژوهش تعداد ۳۰ زوج از زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت شهر اهواز است که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس ۳۰ زوج انتخاب‌شده، به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ تایی تقسیم شد و به صورت تصادفی یکی از دو گروه به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. روش تحقیق نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری استفاده شد. برای سنجش متغیرهای مورد مطالعه از مقیاس سازگاری زن و شوهر و مقیاس تحمل ناکامی استفاده شد. یافته‌های تحقیق با استفاده از روش کواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحقیق نشان داد درمان هیجان‌مدار موجب بهبود تحمل ناکامی، ابعاد آن (تحمل عدم عاطفی، تحمل عدم ناراحتی، تحمل عدم شایستگی) و سازگاری زناشویی و ابعاد آن (رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت) در زوجین گروه آزمایش گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد و این اثر تا مرحله پیگیری ادامه داشته است.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، سازگاری زناشویی، تحمل ناکامی.

مقدمه

همه انسان‌ها نیازی پایه و اساسی به برقراری روابط صمیمانه دارند، برای دست یافتن به این نیاز و رشد صمیمیت، ازدواج یک فرصت مناسب و منحصر به فرد در اختیار انسان‌ها می‌گذارد (مانه و بدر^۱، ۲۰۱۰). آنچه در ازدواج مهم است رضایت از ازدواج و سازگاری زناشویی است (برادبوری، فینچام و بیچ^۲، ۲۰۰۰). سازگاری زناشویی فرایندی است که در طول زندگی به وجود می‌آید و به ویژگی‌های روابط زناشویی هماهنگ و داشتن عملکرد خوب در ازدواج اشاره می‌کند (بودن، فیشر، نیهیس و نیهبوز^۳، ۲۰۱۵). در ابتدا رضایت همسران بالا بوده سپس به‌طور آهسته و پیوسته کاهش می‌یابد (کاگلین و هاستون^۴، ۲۰۱۳). آمار طلاق که مهم‌ترین و معتبرترین شاخص آشفستگی زناشویی است (هالفورد، مور، ویلسون، دیر و فاراگیا^۵، ۲۰۰۴) نشانگر آن است که سازگاری زناشویی به‌آسانی به دست نمی‌آید. آنچه در خانواده و یگانگی زن و شوهر نقشی بیشتر بر عهده دارد سازگاری زن و شوهر با یکدیگر است. سازگاری زناشویی مفهومی است که اولین بار توسط اسپانیر و کول^۶ (۱۹۷۶) ارائه شد که می‌تواند به‌عنوان یک فرایند دائمی در نظر گرفته شود. این افراد سازگاری زناشویی را به‌عنوان وقایع، شرایط و تعاملات زندگی که یک زوج را در طی سازگاری به جلو حرکت می‌دهد، تعریف کرده‌اند. بر طبق نظر آن‌ها کیفیت بالای زناشویی با سازگاری مطلوب، ارتباط مناسب، سطوح بالای شادکامی زوجین، یکپارچگی و سطح بالایی از رضایت از روابط مرتبط است (لطیفسس، استروف، فیلد و باش^۷، ۲۰۱۶). سازگاری زناشویی

¹- Manne, & Badr

²- Bradbury, Fincham, & Beach

³- Boden, Fischer, Niehuis, & Niehuis

⁴- Caughlin, Huston

⁵- Halford, Moore, Wilson, Dyer, & Farrygia

⁶- Spanier, & Cole

⁷- Latifses, Estroff, Field, & Bush

نوعی برون سازی زن و شوهر با یکدیگر در مقاطع مختلف زمانی است. از نظر گریف و برونا^۱ (۲۰۱۲) زوجین سازگار، زن و شوهرهایی هستند که توافق زیادی با یکدیگر دارند و وقت و مسائل مالی خودشان خوب مدیریت می کنند. زوجین و خانواده‌ها در طول زندگی خود با مشکلات فراوانی مواجه می شوند که تحمل ناکامی را ندارند که این عدم تحمل ناکامی سازگاری را مختل می کنند. ناکامی را می توان چالشی دائمی در زندگی دانست. چالشی که به عقیده روان شناسان دو معنای اساسی را دربرمی گیرد: الف. حالت و وضعیت عاطفی. بدین معنا که هرگاه مانعی راه دست یابی به آرزوها را، نیازها و فعالیت‌ها را سد نماید، حالت و وضعیتی در انسان به وجود می آید که ناخوشایند بوده و به عنوان یک عامل ناکام کننده شناخته می شود. ب. مانعی که ایجادکننده حالتی ناخوشایند است از آنجاکه آرزوها، نیازها و اهداف انسان‌ها متفاوت است؛ بنابراین آنچه برای یک شخص ناکام کننده است، ممکن است برای دیگری آن گونه نباشد. از این رو ناکامی با وضعیت‌های عاطفی ناخوشایندی چون اضطراب، افسردگی، هیجان پذیری منفی و خشم رابطه داشته است و با بروز آن افراد سعی می کنند راه‌هایی را به منظور اجتناب، فرار یا کاهش ناکامی جستجو نماید (به نقل از ماهنامه سراب، ۱۳۸۲).

تحقیقات بیانگر آن است که سازگاری زناشویی و تحمل ناکامی که همچون ویژگی منحصربه فرد بشری هر زن و شوهری در نظر گرفته شده‌اند با عوامل بسیاری در ارتباط هستند؛ و یکی از این عوامل که یافته‌های تجربی زیادی مؤید آن هستند؛ عنصر دل‌بستگی است که به عنوان یک عامل توضیح در رضایت از روابط عاشقانه یا ازدواج است (میکولینسر و شاور^۲، ۲۰۱۳). دل‌بستگی به پیوندی اشاره دارد که مراقبان اولیه در دوران کودکی شکل داده‌اند و تمام روابط انسانی را تحت تأثیر قرار می دهد (بالبی^۳، ۲۰۰۸). سبک و خصایص دل‌بستگی افراد مرتبط با مشکلات هیجانی فرد است؛ هیجان تنظیم نشده با اشکال برجسته آسیب روانی همراه است.

^۱- Greef, & Bruyne

^۲- Mikulincer, & Shaver

^۳- Bowlby

ناتوانی در نظم جویی هیجانی منشأ رفتارهای مشکل آفرین فراوانی است (بالبی، ۲۰۰۸). روش‌ها و درمان‌های گوناگونی برای بهبود سازگاری زناشویی و تحمل زوجین وجود دارد که از مهم‌ترین آن‌ها به زوج‌درمانی هیجان محور اشاره کرد. درمان هیجان محور مبتنی بر نظریه دل‌بستگی و معتقد است که اختلال در دل‌بستگی پایه و اساس آشفتگی در روابط زوجین است (جانسون و زوکارینی^۱، ۲۰۱۰) و بر تغییر رفتارهای دل‌بستگی به گونه ابزاری برای بهبود روابط پریشان تمرکز دارد. از این‌رو هدف این درمان کمک به زوجین برای دسترسی به احساسات بیان‌نشده و پردازش تعامل مثبت است که باعث افزایش ارتباط و اعتماد زوجین می‌شود (میکولینسر و شاور، ۲۰۱۳).

زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFCT) رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی (تجربیتی) و نظریه دل‌بستگی بزرگ‌سالان است که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ^۲ در سال ۱۹۸۵ راهبردها و مداخلات درمانی خود را در ۹ گام معرفی کردند (جانسون و گرینبرگ، ۱۹۹۸).

در این مدل، فرض بر این است که وضعیت روانی و بین شخصی که زوجین در تعاملات خود دارند به واسطه‌ی تجربیات هیجانی فردی هریک از زوجین سازمان‌دهی می‌شود. پایه و اساس روش درمان هیجان‌مدار، خودسازی و رشد فردی بوده و تعادل فرد هدف اصلی درمان است (جانسون، ۲۰۰۴). فرضیه‌ی اساسی این رویکرد بیان می‌کند تا زمانی که هر یک از زوجین، قادر نباشند نیازهای دل‌بستگی خود را در حیطه‌های رضامندی و امنیت با یکدیگر در میان گذارند تعارضات زناشویی شروع به شکل‌گیری می‌کند (گرینبرگ و هانسلی^۳، ۱۹۹۹، به نقل از ساندربرگ و کنستل^۴، ۲۰۱۱). مبنای نظریه‌ی زوج‌درمانی هیجان‌مدار^۵ بر مبنای مفاهیم

¹- Johnson, & Zuccarini

²- Greenberg

³- Hunsley

⁴- Sandberg, & Kenstel

⁵- EFT-C

عشق بزرگ‌سالی^۱، سبک‌های دل‌بستگی^۲ (لاویس^۳، ۲۰۱۴) و آشفتگی زوجین استوار است. تأکید زوجین آشفته در یک سری الگوهای خشک و چرخه‌های تعاملی که توسط خود آن‌ها تقویت می‌گردد و بارها و بارها تکرار می‌شود، گیر می‌افتند و عدم توانایی آن‌ها برای تحمل هیجانانی که در آن گیر افتاده‌اند منجر به باقی ماندن آن‌ها در آشفتگی و ناسازگاری بیشتر مسائل غیرقابل حل می‌شود و از این طریق می‌توان سازگاری زناشویی زوجین را بهبود بخشید.

بی‌تقصیر، ثنایی ذاکر، نوابی نژاد و فرزاد (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت و سازگاری زناشویی زوج‌ها پرداختند، زوج‌درمانی هیجان محور بر رضایت و سازگاری زناشویی مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. همچنین تاوُلر و استالماچر^۴ (۲۰۱۳) در پژوهشی دریافتند که درمان هیجان‌مدار بر بهبود روابط زناشویی زوجین تأثیرگذار و این درمان به‌راحتی سازگاری زناشویی زوجین را افزایش داده است، ضیا الحق، حسن‌آبادی، قنبری هاشم‌آبادی و مدرس غروی (۱۳۹۱) در پژوهشی به تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی پرداختند، یافته‌های این پژوهش بدین معنا است که زوج‌درمانی هیجان‌مدار سازگاری زناشویی زوجین را در پایان درمان افزایش داده است و حسین‌آبادی، مجرد و سلطانی فر (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج پرداختند، نتایج فرضیه‌های فرعی پژوهش نشان می‌دهد که این رویکرد بروی زنان بیشتر از مردان مؤثر بوده است. همچنین سایر نتایج بیانگر آن‌اند که در گروه آزمایشی (EFT) در خرده‌مقیاس‌های رضایتمندی، همبستگی و ابراز محبت زناشویی نتایج مطلوبی داشته است اما در مقیاس توافق زناشویی اثربخشی مطلوبی مشاهده نشده است؛

1- adult love

2- attachment style

3- Lavis

4- Towler, & Stuhlmacher

بنابراین پیشینه پژوهشی در این زمینه نشان‌دهنده تأثیر این درمان بر سازگاری زناشویی و تحمل ناکامی زوجین است لذا در این پژوهش محقق به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا درمان هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی و تحمل ناکامی زوجین مراجعه‌کننده به شرکت نفت اهواز تأثیرگذار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر، از نوع آزمایشی میدانی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. در این طرح یک گروه آزمایشی و یک گروه گواه وجود دارد که به‌طور تصادفی انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. قبل از شروع جلسات درمان هیجان‌مدار از متقاضیان شرکت پیش‌آزمون به عمل آمد و ۳۰ زوج از کسانی که کمترین نمرات را در دو آزمون ناکامی و سازگاری کسب نمودند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه جایابی شدند. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر تمام زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت شهر اهواز است. نمونه آماری در این پژوهش تعداد ۳۰ زوج از زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت شهر اهواز است که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

مقیاس سازگاری زناشویی: در این پژوهش به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سازگاری زناشویی استفاده شد. این پرسشنامه توسط گراهام بی. اسپانیر^۱ (۱۹۷۶) باهدف ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی تدوین و تنظیم شده است. که دارای ۳۲ سؤال است و رابطه زناشویی را مورداندازه‌گیری قرار می‌دهد. نمره کل مقیاس که شامل مجموع نمرات کسب‌شده در جدول فوق است، نشان‌دهنده سطح سازگاری زناشویی است. حداقل نمره که آزمودنی در این مقیاس می‌تواند کسب کند صفر و حداکثر ۱۵۱ است هر چه نمره

^۱- Graham B. Spanier

به صفر نزدیک تر شود نشان دهنده سازگاری پایین تر و هر چه نمره به ۱۵۱ نزدیک تر شود نشان دهنده سازگاری زناشویی بیشتر است. سوالات در طیف ۶ درجه‌ای از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود به‌جز سوالات ۲۳ و ۲۴ که در یک طیف ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴، سوالات ۲۹ و ۳۰ دارای دو گزینه ۰ و ۱ و سوالات ۳۱ در یک طیف ۷ درجه‌ای از ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. اسپانیر (۱۹۷۶) پایایی ۰/۹۶ را از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس به دست آورد. در تحقیقی که توسط شارپلی و کروس^۱ در سال ۱۹۸۲ انجام شد، پایایی ۰/۹۶ به دست آمد و کاملاً با نتایج اسپانیر (۱۹۷۶) مشابه بود. در تحقیق دیگری که توسط اسپانیر و تامپسون^۲ در سال ۱۹۸۲ انجام گرفت ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد. پایایی به‌دست آمده توسط حسن شاهی به نقل از ثنایی (۱۳۷۹) از طریق مطالعه مقدماتی، با استفاده از روش تصنیف ۰/۹۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برآورده شد. اسپانیر (۱۹۷۶) به‌منظور به دست آوردن اعتبار سازه مقیاس سازگاری زناشویی، از مقیاس سازگاری زناشویی لوک و والاس^۳ (۱۹۵۹) استفاده کرد. ارتباط بین این دو مقیاس افراد متأهل ۰/۸۶ و در میان افراد طلاق گرفته ۰/۸۸ بود ($P < ۰/۰۱$).

مقیاس تحمل ناکامی: این مقیاس ساخته هرینگتن^۴ (۲۰۰۵) است. این مقیاس دارای ۴ عامل است که به‌صورت طیف لیکرت ۵ امتیازی (۵= کاملاً موافق تا ۱= کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشان دهنده ناکامی بالای آزمودنی و مجموعه نمرات بالا نشان دهنده تحمل ناکامی کم آزمودنی است. عامل اول شامل عدم تحمل ناراحتی، عامل دوم شامل عدم تحمل اهداف پیشرفت، عامل سوم شامل پیشرفت و عامل چهارم شایستگی است. رئیسی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی مقیاس تحمل ناکامی را از طریق آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴، برای خرده مقیاس‌های عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و شایستگی

1- Sharply & Coros

2- Thompson

3- Lock - Wallace

4- Harrington

را به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱، ۰/۵۲ و ۰/۷۱ گزارش نمودند. علاوه بر این هارینگتون (۲۰۰۵) میزان آلفای کرونباخ را برای هر یک از خرده مقیاس‌های عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت و شایستگی را به ترتیب ۰/۵۸، ۰/۶۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۵ گزارش نمودند. در این پژوهش برای تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شده است. پایایی پرسشنامه تحمل ناکامی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای خرده مقیاس عدم تحمل عاطفی به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آمده است، برای خرده مقیاس عدم تحمل ناراحتی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمده است، برای خرده مقیاس عدم تحمل اهداف پیشرفت به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۳ به دست آمده است و برای مقیاس عدم تحمل شایستگی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۹ به دست آمده است که پایایی نسبتاً خوبی جهت اندازه‌گیری متغیر تحمل ناکامی و خرده مقیاس‌های آن است.

یافته‌ها

آزمودنی‌های پژوهش حاضر شامل ۳۰ زوج بودند که ۱۵ نفر آن را گروه آزمایش و ۱۵ نفر آن را گروه گواه تشکیل داده‌اند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌های متغیرهای پژوهش حاضر را در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیر پژوهش

متغیر	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش			گروه گواه	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تحمل ناکامی	میانگین	۱۰۴/۷۰	۸۴/۲۰	۹۰/۲۳	۱۰۴/۳۳	۱۰۲/۹۳
	انحراف معیار	۱۰/۰۲	۸/۲۰	۷/۹۹	۶/۶۰	۶/۱۱
مؤلفه عدم تحمل عاطفی	میانگین	۲۰/۸۷	۱۵/۹۳	۱۶/۷۰	۲۰/۱۷	۱۹/۵۳
	انحراف معیار	۳/۹۳	۲/۶۲	۳/۳۶	۴/۲۵	۳/۵۸
مؤلفه عدم تحمل ناراحتی	میانگین	۱۹/۸۰	۱۵/۲۰	۱۷/۰۰	۱۹/۷۷	۱۹/۴۰
	انحراف معیار	۲/۵۳	۲/۷۶	۳/۰۸	۳/۶۷	۳/۷۴
مؤلفه عدم تحمل اهداف پیشرفت	میانگین	۲۱/۷۰	۱۶/۸۷	۱۸/۱۰	۲۰/۴۷	۲۰/۳۳
	انحراف معیار	۳/۲۸	۲/۸۱	۲/۹۵	۲/۲۸	۱/۵۹
مؤلفه عدم شایستگی	میانگین	۴۴/۳۳	۳۶/۲۰	۳۸/۴۳	۴۴/۲۰	۴۳/۶۷
	انحراف معیار	۶/۷۹	۵/۷۵	۵/۰۳	۶/۳۴	۶/۵۹
سازگاری زناشویی	میانگین	۹۲/۲۰	۱۱۰/۸۳	۱۰۷/۸۰	۹۴/۲۳	۹۳/۷۰
	انحراف معیار	۷/۸۹	۸/۰۴	۷/۱۳	۷/۱۳	۸/۰۵
	میانگین	۲۸/۴۰	۳۳/۳۰	۳۳/۹۳	۲۸/۹۷	۲۸/۱۷

مؤلفه رضایت دونفری	انحراف معیار	۴/۲۳	۴/۳۹	۴/۰۷	۵/۲۸	۵/۱۲	۵/۴۳
مؤلفه همبستگی دونفری	میانگین	۱۲/۸۰	۱۶/۰۷	۱۵/۳۷	۱۳/۱۰	۱۳/۶۰	۱۳/۴۳
	انحراف معیار	۱/۷۴	۱/۹۷	۲/۲۹	۲/۰۱	۲/۳۵	۱/۶۸
مؤلفه توافق دونفری	میانگین	۳۹/۱۷	۴۶/۶۰	۴۳/۸۰	۳۹/۸۳	۳۹/۶۳	۴۰/۸۷
	انحراف معیار	۵/۳۹	۵/۶۸	۴/۲۰	۵/۶۲	۵/۳۸	۴/۹۲
مؤلفه ابراز محبت	میانگین	۱۱/۸۳	۱۴/۸۷	۱۴/۷۰	۱۲/۳۳	۱۲/۳۰	۱۲/۸۳
	انحراف معیار	۱/۶۲	۱/۸۰	۱/۷۲	۱/۳۰	۱/۷۰	۱/۲۸

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای ناکامی در گروه آزمایش به ترتیب (۱۰۴/۷۰، ۸۴/۲۰ و ۹۰/۲۳) و در گروه گواه به ترتیب (۱۰۴/۳۳، ۱۰۲/۹۳ و ۱۰۴/۲۳)، عدم تحمل عاطفی در گروه آزمایش به ترتیب (۲۰/۸۷، ۱۵/۹۳ و ۱۶/۷۰) و در گروه گواه به ترتیب (۲۰/۱۷، ۱۹/۵۳ و ۱۹/۷۰)، عدم تحمل ناراحتی در گروه آزمایش به ترتیب (۱۹/۸۰، ۱۵/۲۰ و ۱۷/۰۰) و در گروه گواه به ترتیب (۱۹/۷۷، ۱۹/۴۰ و ۲۰/۳۰)، عدم تحمل اهداف پیشرفت در گروه آزمایش به ترتیب (۲۱/۷۰، ۱۶/۸۷ و ۱۸/۱۰) و در گروه گواه به ترتیب (۲۰/۴۷، ۲۰/۳۳ و ۲۰/۴۳)، عدم شایستگی در گروه آزمایش به ترتیب (۴۴/۳۳، ۳۶/۲۰ و ۳۸/۴۳) و در گروه گواه به ترتیب (۴۴/۲۰، ۴۳/۶۷ و ۴۳/۸۰)، سازگاری زناشویی در گروه آزمایش به ترتیب (۹۲/۲۰، ۱۱۰/۸۳ و ۱۰۷/۸۰) و در گروه گواه به ترتیب (۹۴/۲۳، ۹۳/۷۰ و ۹۶/۹۳)، رضایت دونفری در گروه آزمایش به ترتیب (۲۸/۴۰، ۳۳/۳۰ و ۳۳/۹۳) و در گروه گواه به ترتیب (۲۸/۹۷، ۲۸/۱۷ و ۲۹/۸۰)، همبستگی دونفری در گروه آزمایش به ترتیب (۱۲/۸۰، ۱۶/۰۷ و ۱۵/۳۷) و در گروه گواه به ترتیب (۱۳/۱۰، ۱۳/۶۰ و ۱۳/۴۳)، توافق دونفری

در گروه آزمایش به ترتیب (۳۹/۱۷، ۶۶/۶۰ و ۴۳/۸۰) و در گروه گواه به ترتیب (۳۹/۸۳، ۳۹/۶۳ و ۴۰/۸۷) و ابراز محبت در گروه آزمایش به ترتیب (۱۱/۸۳، ۱۴/۸۷ و ۱۴/۷۰) و در گروه گواه به ترتیب (۱۲/۳۳، ۱۲/۳۰ و ۱۲/۸۳)، است.

جدول ۲ نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین متغیرهای وابسته‌ی ناکامی و مؤلفه‌های آن (عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت، عدم شایستگی) و سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن (رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری، ابراز محبت) را در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین جهت برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
ناکامی	۱	۲۸	۰/۷۴۹	۰/۳۹۴
عدم تحمل عاطفی	۱	۲۸	۰/۸۳۰	۰/۳۷۰
عدم تحمل ناراحتی	۱	۲۸	۱/۴۲۷	۰/۲۴۲
عدم تحمل اهداف پیشرفت	۱	۲۸	۱/۳۷۸	۰/۲۵۰
عدم شایستگی	۱	۲۸	۰/۲۸۵	۰/۵۹۸
سازگاری زناشویی	۱	۲۸	۰/۳۱۲	۰/۵۸۱
رضایت دونفری	۱	۲۸	۴/۷۴۷	۰/۰۳۸
همبستگی دونفری	۱	۲۸	۳/۸۰۳	۰/۰۶۱
توافق دونفری	۱	۲۸	۰/۲۷۸	۰/۶۰۲
ابراز محبت	۱	۲۸	۰/۸۷۰	۰/۳۵۹

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند، آزمون لوین در متغیر ناکامی ($F=0/749$ و $P>0/394$)، عدم تحمل عاطفی ($F=0/830$ و $P>0/370$)، عدم تحمل ناراحتی ($F=1/427$ و $P>0/242$)، عدم تحمل اهداف پیشرفت ($F=1/378$ و $P>0/250$)، عدم شایستگی ($F=0/285$ و $P>0/598$)، سازگاری زناشویی ($F=0/312$ و $P>0/581$)، همبستگی دونفری ($F=3/803$ و $P>0/61$)، توافق دونفری ($F=0/278$ و $P>0/602$) و ابراز محبت ($F=0/870$ و $P>0/359$) و غیر معنی‌دار می‌باشند؛ بنابراین واریانس خطای پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای ناکامی، عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت، عدم شایستگی، سازگاری زناشویی، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود. همچنین آزمون لوین در متغیر رضایت دونفری ($F=4/747$ و $P<0/038$) و معنی‌دار است؛ بنابراین واریانس خطای پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون متغیر رضایت دونفری به‌طور معنی‌داری متفاوت نیست و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید نمی‌شود اما به دلیل اینکه تعداد آزمودنی‌های دو گروه مساوی هستند، می‌توان از این مفروضه چشم‌پوشی کرد (به نقل از دولت‌آبادی و صمدی، ۱۳۹۳). جدول ۳ نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین متغیرهای وابسته‌ی ناکامی و مؤلفه‌های آن (عدم تحمل عاطفی، عدم تحمل ناراحتی، عدم تحمل اهداف پیشرفت، عدم شایستگی) و سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن (رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری، ابراز محبت) را در مرحله پیگیری نشان می‌دهد.

جهت بررسی اثر مداخله‌ی آزمایشی، بر روی نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه‌ها، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته‌ی پژوهش تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) انجام گرفت. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته‌ی پژوهش نشان می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۸۵	۹۵/۸۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۵
	لامبدای ویلکز	۰/۱۱۵	۹۵/۸۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۵
	اثر هتلینگ	۷/۶۶۷	۹۵/۸۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۶۶۷	۹۵/۸۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۵

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر این اثر، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا را برای مقایسه پس‌آزمون، با کنترل پیش‌آزمون‌های کلیه‌ی متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه در متن مانکوا روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	ناکامی	۲۹۷۲/۵۹۱	۱	۲۹۷۲/۵۹۱	۱۲۴/۶۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۲
	عدم تحمل عاطفی	۱۲۳/۵۰۵	۱	۱۲۳/۵۰۵	۵۴/۴۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۹
	عدم تحمل ناراحتی	۱۳۳/۷۴۹	۱	۱۳۳/۷۴۹	۲۳/۹۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۰
	عدم تحمل اهداف پیشرفت	۱۲۱/۲۳۵	۱	۱۲۱/۲۳۵	۳۹/۶۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۵
	عدم شایستگی	۴۳۰/۳۵۳	۱	۴۳۰/۳۵۳	۴۵/۱۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۶
	سازگاری زناشویی	۲۵۳۵/۴۶۴	۱	۲۵۳۵/۴۶۴	۶۷/۵۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۵
	رضایت دونفری	۲۳۲/۴۴۸	۱	۲۳۲/۴۴۸	۲۵/۷۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸۸
	همبستگی دونفری	۵۳/۸۵۵	۱	۵۳/۸۵۵	۱۸/۳۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۱
	توافق دونفری	۴۱۵/۴۱۰	۱	۴۱۵/۴۱۰	۲۸/۱۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۱
	ابراز محبت	۶۲/۱۳۴	۱	۶۲/۱۳۴	۳۰/۵۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۱

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های ناکامی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=124/652$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب بهبود ناکامی زوجها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های عدم تحمل عاطفی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=54/476$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۱-۱ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب بهبود عدم تحمل عاطفی زوجها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های عدم تحمل ناراحتی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=23/990$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۱-۲ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب بهبود عدم تحمل ناراحتی زوجها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های عدم تحمل اهداف پیشرفت در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=39/646$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۱-۳ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب بهبود عدم تحمل اهداف پیشرفت زوجها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های عدم شایستگی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=45/15$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۱-۴ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب بهبود عدم شایستگی زوجها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های سازگاری زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=67/579$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب سازگاری زناشویی زوجها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های رضایت دونفری در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=25/767$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۱-۲ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب رضایت دونفری زوج‌ها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های همبستگی دونفری در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=18/320$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۲-۲ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب همبستگی دونفری زوج‌ها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های توافق دونفری در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=28/188$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۲-۳ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب توافق دونفری زوج‌ها شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین میانگین‌های ابراز محبت در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=30/548$ و $P<0/0001$)؛ بنابراین فرضیه ۲-۴ پژوهش تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار موجب ابراز محبت زوج‌ها شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر سازگاری و زناشویی و تحمل ناکامی بود. نتایج تحقیق حاضر نشان داده است که درمان هیجان‌مدار به‌طور معنی‌داری موجب بهبود تحمل ناکامی زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره نفت شده است. پژوهشی در ارتباط با نتایج پژوهش حاضر، یافت نشد. در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی می‌توان گفت، درمان هیجان‌مدار شکلی از درمان روابط زوجین است که بر اهمیت پردازش مجدد پاسخ‌های هیجانی زوجین به‌منظور تغییر

در روابط آشفته آنها، تأکید دارد، در این روش درمانی متمرکز بر هیجان، درمانگر با شناسایی و ارزش دادن به پاسخ‌های هیجانی منفی و نامطلوب و بسط دادن آن پاسخ‌های نامطلوب به مسائل بی‌اهمیت و پیش‌یافتاده مانند ترس و درماندگی میزان پرخاشگری زوجین را که ناشی از ناتوانی در پاسخگویی به رفتارهای نامناسب در موقعیت‌های فشارزا است را کاهش دهد و در نتیجه میزان تحمل ناکامی زوجین را در موقعیت‌های فشارزا افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، درمان هیجان‌مدار سبب می‌شود که زوجین از نیازها و خواسته‌های یکدیگر بیشتر آگاه شوند، در نتیجه اتحاد و پیوستگی بیشتری بین آنها ایجاد می‌شود و می‌توانند با پیش‌بینی و کنترل آگاهانه پاسخ‌های هیجانی منفی و جایگزین کردن پاسخ‌های هیجانی مطلوب به جای پاسخ‌های هیجانی منفی میزان تحمل ناکامی زوجین را در موقعیت‌های فشارزا افزایش دهند؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی زوج‌ها تداوم داشته است. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که درمان هیجان‌مدار موجب بهبود عدم تحمل عاطفی در زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت شده است. پژوهشی همسو با این یافته، یافت نشد. در تبیین این یافته می‌گفت فرض بر این است که وضعیت روانی و بین‌شخصی که زوجین در تعاملات خود دارند به واسطه‌ی تجربیات هیجانی فردی هر یک از زوجین سازمان‌دهی می‌شود. پایه و اساس روش درمان هیجان‌مدار، خودسازی و رشد فردی بوده و تعادل فرد هدف اصلی درمان است. بر این اساس می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار به زوجین کمک می‌کند تا هیجان‌ات منفی خود را که به شکل‌گیری روابط عاطفی معیوب از جمله منفی‌گرایی بیش‌ازحد، وابستگی و نیازمند بودن، کناره‌گیری و ایجاد فاصله از دیگری، ابراز علاقه و وابستگی عاطفی از جانب یک نفر و فقدان حساسیت و بی‌تفاوتی عاطفی از جانب فرد دیگری یا سلطه‌جویی و قدرت‌طلبی، عدم ابراز عواطف و احساس‌ها و یا ابراز عواطف منفی در موقعیت‌های فشارزا در روابط می‌شود را شناسایی کنند. از سوی دیگر درمان هیجان‌مدار از طریق دسترسی و پردازش مجدد واکنش‌های عاطفی اساسی در تعاملات زوجین به توسعه سبک‌های پیوستگی امن‌تر و الگوی متفاوت تعاملی، همدلی نسبت به یکدیگر و تدوین الگوهای تعاملی جدید، کمک می‌کند که

این امر منجر به بهبود عدم تحمل عاطفی زوجین نسبت به یکدیگر می‌شود؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر بهبود عدم تحمل عاطفی زوجها تداوم داشته است. همچنین در فرضیه دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که درمان هیجان‌مدار موجب بهبود عدم تحمل ناراحتی در زوجها می‌گردد. مراجع‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت شده است. پژوهشی همسو با این یافته، یافت نشد. از آنجاکه ناتوانی در تحمل ناکامی به آشفتگی روانی و ناسازگاری و مشکلات در روابط بین اشخاص می‌انجامد زمینه بروز پرخاشگری و ناراحتی‌های زوجین را از یکدیگر را در روابط زناشویی افزایش می‌دهد. از این‌رو درمان هیجان‌مدار به زوجین کمک می‌کند تا با شناسایی عوامل ایجادکننده ناراحتی از یکدیگر و تنظیم مجدد آن هیجان‌ات بر اساس شناخت و ارزیابی‌های درست از موقعیت فشارزا میزان تحمل ناراحتی خود را افزایش دهند؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر بهبود عدم تحمل ناراحتی زوجها تداوم داشته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که درمان هیجان‌مدار موجب بهبود مؤلفه پیشرفت در زوجها می‌گردد. مراجع‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت شده است. پژوهشی همسو با این یافته، یافت نشد. در تبیین یافته این پژوهش می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار به افراد کمک می‌کند تا با دنیای خودشان ارتباط برقرار کرده و از طریق بازخورد لحظه‌به‌لحظه درباره چیزهای بااهمیت و قابل‌توجه، انگیزه عمل کسب کنند. از این‌رو در صورت مواجهه شدن با موقعیت‌های ناکام‌کننده تلاش بیشتری را داشته باشند که این امر خود موجب بهبود عدم تحمل پیشرفت می‌شود؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر بهبود عدم تحمل پیشرفت زوجها تداوم داشته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که درمان هیجان‌مدار موجب بهبود مؤلفه شایستگی در زوجها می‌گردد. مراجع‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت شده است. پژوهشی همسو با این یافته، یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجاکه درمان متمرکز بر هیجان یکی از شیوه‌های درمانی زوجین است که بر چرخه‌های منفی تعاملی پایدار در اثر آسیب‌پذیری هیجانی عمیق توجه دارد. این روش بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی

به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می شود، تلاش می نماید. بر این اساس می توان گفت که درمان هیجان مدار سبب می شود که زوجین کمتر بر هیجان منفی تأکید داشته باشند. از سویی دیگر به زوجین کمک می کند تا با شناسایی بهتر مشکلات در روابط به راه حل های ابتکاری برای حل مشکل بیندیشند که این امر به نوبه ی خود سبب افزایش احساس شایستگی بیشتر زوجین در حل مشکلات به وجود آمده در روابط آن ها می شود؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان مدار بر بهبود عدم تحمل شایستگی زوج ها تداوم داشته است. در فرضیه دیگر که درمان هیجان مدار موجب بهبود سازگاری زناشویی زوج های مراجعه کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت می شود، ملاحظه می شود سطوح معنی داری همه ی آزمون ها، بیانگر آن است که بین گروه های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد بنابراین فرضیه ۲ تأیید می شود. این یافته با پژوهش های بی تقصیر و همکاران (۱۳۹۶) و اولر و استالماچر (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین علت اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار برافزایش و بهبود ارتباط زوجین، می توان به نقش اساسی هیجان ها بر تمام ارتباطات زوجین اشاره کرد. هیجان ها نقش کلیدی را در روابط زوجین نابارور ایفا می کند و باید به آن توجه خاص شود، بنابراین می توان از رویکرد زوج درمانی هیجان مدار یک رویکرد ساختاریافته کوتاه مدت ۲۰-۹ جلسه ای استفاده کرد؛ چراکه هم شاخه ای از زوج درمانی است و هم هیجان ها را محور کار درمانی خود قرار داده است. این درمان اختلالات و ناسازگاری های ارتباطی را مورد توجه قرار می دهد و افراد را تشویق می کند تا از هیجان ها صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند. از دیدگاه زوج درمانی هیجان محور، آشفتگی های زناشویی توسط حالت های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب های دل بستگی ایجاد می شود و ادامه پیدا می کند؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان مدار بر بهبود سازگاری زناشویی زوج ها تداوم داشته است. فرضیه دیگری که بررسی شد این است که درمان هیجان مدار موجب بهبود مؤلفه رضایت دونفری در زوج های مراجعه کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت می شود. همان طور که یافته ها ملاحظه می شود سطوح معنی داری همه ی آزمون ها، بیانگر آن است که بین گروه های آزمایش و

گواه تفاوت معنی داری وجود دارد بنابراین فرضیه ۲ تأیید می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت زوج‌درمانی هیجان‌مدار با تکیه بر آزادسازی صحیح و مناسب هیجان‌ها، تثبیت سبک دل‌بستگی زوجین و کاهش مشکلات عاطفی هیجانی و اضطرابی زوجین باعث افزایش سلامت جسمانی آن‌ها می‌شود. در زوج‌درمانی هیجان‌مدار، افراد یاد می‌گیرند که احساسات و هیجان‌ات همسر خود را درک کنند، با او از احساسات و هیجان‌ات مثبت و منفی خودشان صحبت کنند و شنوده خوبی برای همسر خود باشند. اصلاح این موارد به‌ظاهر ساده، قدم بسیار مهمی در درک متقابل زوجین از یکدیگر و بهبود ارتباط و سازگاری زناشویی و از سوی ارتباط و حمایت اجتماعی عامل بسیار مهمی در روحیه و سلامت روانی، جسمانی و روان‌شناختی زوجین است که باعث بهبود مؤلفه رضایت دونفری در زوجین می‌شود؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر بهبود رضایت زوجها تداوم داشته است.

همچنین در قسمت یافته‌ها ملاحظه می‌شود، فرضیه درمان هیجان‌مدار موجب بهبود مؤلفه همبستگی دونفری در زوجها می‌شود. مراجع‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت می‌شود، تأیید می‌شود. این یافته با پژوهش‌های میچل (۲۰۰۹)، تای و همکاران (۲۰۱۳) و حسن‌آبادی و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین علت اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افزایش و بهبود همبستگی زوجین، می‌توان به نقش اساسی هیجان‌ات بر تمام ارتباطات زوجین اشاره کرد. سازگاری زناشویی زیربنای عملکرد خوب خانوادگی، تسهیل نقش والدینی و سبب رشد اقتصادی و رضایت بیشتر از زندگی می‌شود. از سوی دیگر وجود ناسازگاری زناشویی در روابط زن و شوهر علاوه بر ایجاد مشکل در موارد فوق، باعث اشکال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و اخلاقی و افول ارزش‌های فرهنگی در بین زوجها می‌شود؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر بهبود همبستگی زوجها تداوم داشته است.

همچنین نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار موجب بهبود مؤلفه توافق دونفری در زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت می‌شود. این یافته با پژوهش‌های میچل (۲۰۰۹) و تای و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. همچنین در تبیین اینکه زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش توافق زوجین می‌شود می‌توان گفت که زوج‌درمانی هیجان‌مدار با تمرکز بر رابطه عاطفی زوجین به رفع مشکل آن‌ها می‌پردازد، بنابراین می‌توان تعارضات زناشویی که بر پایه مشکلات هیجانی، ارتباط‌های نادرست و دل‌بستگی نایمن زوجین به یکدیگر به وجود می‌آید را به کمک زوج‌درمانی هیجان‌مدار رفع کرد. این موارد را می‌توان از دلایل اثربخش بودن این رویکرد بر افزایش توافق زوجین و سازگاری بیشتر آنان با یکدیگر بیان کرد؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر بهبود توافق زوج‌ها تداوم داشته است.

همان‌طور که نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار موجب بهبود مؤلفه ابراز محبت در زوج‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شرکت نفت می‌شود. این یافته با پژوهش‌های میچل (۲۰۰۹)، تای و همکاران (۲۰۱۳) و حسین‌آبادی و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت زوج‌درمانی هیجان‌مدار از طریق حل مشکلات هیجانی زوجین، شناسایی هیجان‌های ابراز نشده و سرکوب‌شده و شناسایی نیازهای هیجانی و عاطفی همسر، باعث بهبود تعاملات زوجین و بالطبع آن، افزایش میزان ابراز محبت در زوجین می‌شود؛ و بر اساس میانگین جدول پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی درمان هیجان‌مدار بر بهبود ابراز محبت زوج‌ها تداوم داشته است. از آنجایی که در این پژوهش دو بار سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) وجود داشت، قابل‌تعمیم به گروه‌هایی که فقط یک‌بار مورد سنجش قرار گرفتند، نیست. همچنین عدم کنترل رویدادها، به‌جز مداخله‌ی آزمایشی که در فاصله‌ی زمانی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون رخ داده‌اند. بر همین اساس به‌تمامی درمان‌گران حوزه خانواده و ازدواج توصیه می‌شود که استفاده از درمان هیجان‌مدار را در کنار سایر مدل‌های درمانی مورد توجه قرار دهند. از آنجایی که درمان هیجان‌مدار رویکرد درمانی نسبتاً جدیدی است، مطلوب است روی سایر گروه‌های فرهنگی-اجتماعی نیز مطالعاتی صورت گیرد.

منابع

- بی تقصیر، زهرا؛ ثنایی ذاکر، باقر؛ نوابی نژاد، شکوه و فرزاد، ولی الله (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان محور و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر رضایت و سازگاری زناشویی زوج‌ها. فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۵ (۲)، ۱۲۱-۱۲۸.
- حسین آبادی، حسین؛ مجرد، سعید و سلطانی فر، عاطفه (۱۳۹۰). اثربخشی درمان هیجان مدار (EFT) بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوج‌های دارای روابط خارج از ازدواج. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۲۵-۳۸.
- ضیا الحق، مریم السادات؛ حسن آبادی، حسین؛ فنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و مدرس غروی، مرتضی (۱۳۹۱). زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۸ (۲۹)، ۴۹-۶۶.
- Boden, J. S., Fischer, J. L., Niehuis, S., & Niehuiws, S. (2017). Predicting Marital Adjustment from Young Adults Initial Levels and Changes in Emotional Intimacy over Time: A 25-year Longitudinal Study. *J Adult Dev*, 17(3), 121-34.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*: Basic books.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., Beach, S. R. H. (2000). Research on the Nature and Determinants of Marital Satisfaction: A Decade in Review. *J Marriage Fam*, 62, 964-80.
- Caughlin, J. P., Huston, T. L. (2013). A Contextual Analysis of the Association between Demand/Withdraw and Marital Satisfaction. *Personal Relationships*, 9(1), 95-119.
- Greef, A, Bruyne, T. (2012). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal Sex and Marital Therapy*, 26, 321-334.

- Halford, W. K., Moore, E. M., Wilson, K. L., Dyer, C., Farrygia, C. (2004). Benefits of a Flexible Delivery Relationship Education an Evaluation of the Couple Care Program. *Fam Relat*, 53(5), 469-72.
- Harrington, N. (2005). The Frustration Disco mfxst scale: development and Psychometric Properties. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Johnson, S., Zuccarini, D. (2010). Integrating Sex and Attachment in Emotionally Focused Couple Therapy. *J Marital Fam Ther*, 36(4), 431-45.
- Johnson, S. M., Greenberg, L. S. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York: Guilford Press.
- Johnson, S. M. (2004). *Attachment theory: A guide for healing couple relationships*. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 367-387). New York: Guilford Publications.
- Latifses, V., Estroff, D., Field, T., Bush, J. (2016). Fathers massaging and relaxing their pregnant wives lowered anxiety and facilitate marital adjustment. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 9, 277° 282.
- Lavis, M. (2014). *Emotionally Focused Cople Therapy*. ProQuest Dissertation & Theses.
- Manne, S., Badr, H. (2010). Intimacy Processes and Psychological Distress among Couples Coping with Head and Neck or Lung Cancers. *Psych oncology*, 19(9), 941-54.
- Mikulincer, M, Shaver PR. (2013). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*: Guilford Press.
- Sandberg, J. G., Kenstel, A. (2011). The Experience of Learning Emotionally Focused couples Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(4), 393-410
- Spanier, G., Cole, C. (1976). Toward clarification and investigation of marital adjustment. *International Journal of Sociology of the Family*, 6, 121-146.

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15° 28.
- Towler, A. J., Stuhmacher. A. F. (2013). Attachment Styles, Relationship Satisfaction, and Well-Being in Working Women. *J Soc Psychol*, 153(3), 279-98.

Effectiveness of emotion-focused therapy on frustration tolerance and marital adjustment in couples referred to counseling center Oil Company

Abstract

The objective of this study is examining the effectiveness of emotion-focused therapy education on frustration tolerance and marital adjustment. The population of this study is all women referred to the consulting center of Ahvaz oil company. The sample in this study, is 30 couples of couples referred to counseling center in Ahvaz oil companies that were selected for in access sampling. Subsequently, 30 couples were selected, dividing randomly into two groups of 15 subjects and assigning randomly to one of two groups: the experimental group and the control group. The methodology was Quasi-experimental and pretest - posttest plan with control and follow-up group were used. In order to measure study variables, Couple adjustment scale and frustration tolerance scale was used. The results were analyzed using multivariate covariance. The results showed that emotion-focused therapy improved frustration tolerance and its dimensions (lack of emotional tolerance, lack of discomfort tolerance, lack of progress tolerate and lack of incompetence tolerance), and marital adjustment and its dimensions (couple satisfaction, couple solidarity, duo agreement and Expression of love) in couples in experimental group compared with the control group, the experimental group and this effect was continued until follow up.

Keywords: emotion-focused therapy, marital adjustment, frustration tolerance