

The Effect of Emotionally-Focused Couple Therapy (EFCT) on loneliness of hurt women from infidelity in Salmas city

Shahriar Fatemi Asl. Ph.D. Student

Family counselling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Mahmoud Goudarzi. Ph.D.

Department of family counseling, Sanandaj branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

Parviz Karimi Sani. Ph.D.

Assistant Professor of Azad University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Shabestar, Iran.

AliReza Boostanipour. Ph.D.

Assistant Professor of Azad University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, science and research Branch, Tehran, Iran.

Abstract

The aim of this study was to examine the effect of emotionally-focused couples therapy (EFCT) on loneliness of hurt women from infidelity. It was a semi-experimental in form of pre & post test in addition follow up group was applied. The statistical population included all the women who referred to Family Counselling center in Salmas city in related with infidelity. In among of them 20 women who had extra point in Russell's Loneliness Inventory were selected then they were randomly assigned to control and treatment group. Then treatment group underwent eight sessions (90 minutes) weekly about two months, instructional program on emotionally focused therapy strategies. For control group didn't give any train. Results of analysis of covariance showed that There was menancingly difference between two groups ($P \leq 05$) and The average of treatment group was lower than control group. Results in follow up showed that the effect of emotionally-focused couples therapy remained after two months. It was concluded that emotionally-focused couples therapy (EFCT) can play a significant role in decreasing of hurt women from infidelity.

Keywords: emotionally-focused couple therapy, hurt women, infidelity, loneliness

اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی در شهرستان سلماس

شهریار فاطمی‌اصل

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

محمود گودرزی*

استادیار گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

پرویز کریمی‌ثانی

استادیار گروه روان‌شناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.

علیرضا بوستانی‌پور

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

هدف پژوهش، بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی بود. پژوهش، کاربردی و به‌صورت شبه‌آزمایشی همراه با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و اجرای مرحله‌ی پیگیری صورت گرفته است. جامعه آماری شامل همه زنانی بود که در ارتباط با مسئله فرازنشویی به مرکز مشاوره خانواده پیوند شهر سلماس مراجعه کرده بودند و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰ زن از مشارکت‌کنندگان که نمرات بالاتری در پرسشنامه احساس تنهایی (راسل، ۱۹۸۰) کسب کردند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه فردی (۹۰ دقیقه‌ای) به‌صورت هفتگی یک جلسه در طی دو ماه، آموزش هیجان‌مدار دریافت کردند و برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نگرفت. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که تفاوت معناداری ($P \leq 0/05$) بین دو گروه در احساس تنهایی وجود دارد و میانگین نمرات در گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل بود. در مرحله پیگیری هم مشخص شد که اثربخشی رویکرد مذکور بر احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده بعد از دو ماه نیز وجود داشت. به این ترتیب رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار می‌تواند در کاهش احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: احساس تنهایی، روابط فرازنشویی، زنان آسیب‌دیده، زوج‌درمانی هیجان‌مدار

* نویسنده مسئول: mg.sauc@gmail.com

مقدمه

یکی از مشکلات روان‌شناختی که زوجین در روابط فرازنشویی با آن روبرو می‌شوند، احساس تنهایی است. احساس تنهایی ممکن است توسط هر شخصی در هر مقطعی از زندگی تجربه شود و به عبارتی، احساس تنهایی یک حقیقت اساسی زندگی بشری است که محدود به مرزهای سنی، جنسی، نژادی، اقتصادی یا جسمی خاص نیست. آمارها حاکی از آن هستند که از هر چهار نفر در جهان، یک نفر از احساس تنهایی رنج می‌برد (جوکار و سلیمی، ۱۳۹۰). احساس تنهایی یکی از مفاهیم پیچیده روان‌شناختی است. تعریفی که امروزه از احساس تنهایی وجود دارد با مفهومی که این واژه در قدیم‌الایام داشته متفاوت است. در گذشته این احساس، مفهومی مثبت قلمداد می‌شد و بیشتر تداعی‌کننده ریاضت و دوری از اجتماع برای رسیدن به شأن و منزلت بالای انسانی، تعمق، مراقبه و ارتباط با خدا بود، اما امروزه این واژه بار معنایی منفی دارد و بیشتر بر تجربه ناخوشایندی که در پی عدم وجود همدم در زندگی حس می‌شود، دلالت دارد (رحیم‌زاده، پوراعتماد، حجت، ۱۳۹۰).

به بیان دیگر احساس تنهایی تجربه فردی ناخوشایند، منفی و عذاب‌آور، سخت، وحشتناک و دردناکی است که سبب ایجاد احساس بی‌حوصلگی، بی‌فایده‌بودن، ناامیدی، افسردگی، اضطراب و تیره‌وتار دیدن دنیا می‌شود (میردریگوند، پناهی، حسینی‌رمقانی، ۱۳۹۵).

مرور پیشینه پژوهشی در تعریف و مفهوم احساس تنهایی نیز نشان می‌دهد که در این زمینه تفاوت‌های نسبتاً چشمگیری بین صاحب‌نظران وجود دارد. برای نمونه برخی از پژوهشگران احساس تنهایی را یک حالت روان‌شناختی ناشی از نارسایی‌های کمی و کیفی در روابط اجتماعی می‌دانند (رحیم‌زاده، پوراعتماد، حجت، ۱۳۹۰). همچنین شواهد پژوهشی حاکی از آن است که افزایش سازگاری و صمیمیت میان زوج‌ها می‌تواند نقشی مؤثر بر کاهش احساس تنهایی داشته باشد (کلی، زیمر-گمبک و بویسلارد، ۲۰۱۲؛ تامارن، ۲۰۱۰ مهدی‌پور بازکیایی و صداقتی‌فرد، ۱۳۹۴). از این رو شناسایی راهکارهای درمانی مؤثر بر این ابعاد همواره مورد توجه و دغدغه درمانگران خانواده بوده است. در همین زمینه دو تن از پژوهشگران و پیشگامان عصر حاضر در

در یک رابطه زناشویی بهنجار، فرآیند تحول روانی زن و شوهر و چرخه تحول خانواده به وسیله تعاملات سازنده همسران گسترش می‌یابد و هنجارهای اجتماعی به آن عمومیت می‌بخشد (سیوینک، سیبل گاریپ^۱، ۲۰۱۶). تمامی افرادی که در مورد ساختار خانواده اندیشیدند، بر خانواده و اهمیت حیاتی آن در جامعه تأکید کردند؛ در واقع، هیچ جامعه‌ای را نمی‌توان یافت که سالم باشد، مگر آنکه از خانواده‌ای سالم برخوردار باشد. خانواده با پیوند زناشویی شکل می‌گیرد و تداوم و بقایای آن نیز بستگی به تداوم و بقای زناشویی دارد (امبری مقدم، ۱۳۹۰). اهمیت پرداختن به موضوع «تحکیم خانواده»، ریشه در اهمیت نهاد خانواده دارد. نهاد مقدس خانواده، رکن بنیادین اجتماع بشری و محمل فرهنگ‌های گوناگون است تا آنجا که سعادت و شقاوت امت‌ها، مرهون رشادت و ضلالت خانواده است. اولین شرط داشتن جامعه‌ای سالم و پویا، سلامت و پایداری خانواده است. همه دستاوردهای علمی و هنری بشر در سایه خانواده‌های سالم و امن پدید آمده است (حسن‌زاده، ۱۳۹۳). در واقع خانواده یکی از مهم‌ترین نهادهای جامعه و شکل‌دهنده شخصیت آدمی است که موجب رشد احساسات و ارزش‌ها، تکامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن، قدرت انتخاب و در نهایت تصمیم‌گیری منطقی افراد می‌شود (شهیدی، ۱۳۹۲).

از عواملی که سلامت خانواده را با چالش مواجه می‌کند، با عنوان روابط فرازنشویی بحث می‌شود که مهم‌ترین عامل تهدیدکننده عملکرد، ثبات و ادامه رابطه زناشویی است (مارک، جانسن و میهاوسن^۲، ۲۰۱۱). وقتی همسران نیازهای عاطفی برطرف نشده‌ی زیادی دارند و برای مدتی بنا به دلایل مختلف از هم دور می‌مانند، امکان حضور فردی دیگر که این نیازها را ارضا کند بیشتر می‌شود. آنچه وضعیت را پیچیده‌تر می‌کند، احساس فرد نسبت به شخصی است که نیازهای عاطفی‌اش را برآورده می‌کند، یعنی ممکن است عاشق او شود و همین احساس عشق، رفتار و عکس‌العمل‌های او را از اختیارش خارج کند (هارلی، هارلی چالمرز، ۱۳۹۳).

1. Sevinc, & Sibel Garip
3. Kelly, Zimmer-Gembeck & Boislard

2. Mark, Janssen & Milhausen
4. Tamaren

آشفته‌گی‌های زناشویی را فراهم می‌آورد. ۳- دستیابی به هیجان‌ناشناخته‌ای که زیرساخت الگوهای تعاملی را تشکیل می‌دهند، یا دستیابی به هیجان‌ناشناخته‌ای که زیربنایی و نیازهای دلبستگی. چرخه به‌عنوان یک دشمن مشترک و منبع محرومیت و آشفته‌گی زوج‌ها چارچوب‌دهی می‌شود.

مرحله دوم: تغییر و بازسازی الگوهای تعاملی. این مرحله شامل سه گام است: ۵- افزایش هویت و شناخت نسبت به هیجان‌ناشناخته‌ای، نیازهای دلبستگی و یکی کردن تعاملاتی که هنوز شخص از آن خود نکرده است. ۶- تکرار پذیرش تجارب تازه یکدیگر و نیز پاسخ‌های تعاملی و به‌خصوص پاسخ‌های تعاملی تازه و نوین. ۷- ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد مشارکت هیجانی و رویدادهای پیوندآفرین که دلبستگی بین زوجین را تعریف مجدد می‌کند.

مرحله سوم: تثبیت، تحکیم و یکپارچه‌سازی. این مرحله نیز شامل دو گام نهایی است که عبارت‌اند از: ۸- تسهیل به وجود آوردن راه‌حل‌های تازه و جدید برای حل کردن مشکلات قدیمی ارتباطی. ۹- تحکیم، تثبیت و تقویت موضع‌گیری‌های تازه و جدید و چرخه‌های جدید رفتارهای دلبسته‌مدارانه (حسینی، ۱۳۹۳). بر اساس آنچه گفته شد این پژوهش با هدف بررسی تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی درصدد آزمون فرضیه زیر بوده است.

- زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی در شهرستان سلماس تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش، یک مطالعه شبه‌آزمایشی^۳ است که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و اجرای مرحله پیگیری دو ماه بعد از آموزش با رویکرد هیجان‌مدار استفاده شد. در این پژوهش، آموزش رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار به‌عنوان متغیر مستقل و احساس تنهایی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

حوزه زوج‌درمانی «سوزان جانسون و گرینبرگ»^۱ رویکرد درمانی را معرفی کرده‌اند. این رویکرد با عنوان زوج‌درمانی هیجان-محور معرفی شده است. زوج‌درمانی هیجان‌مدار توسط جانسون و گرینبرگ در اوایل دهه ۱۹۸۰ بر اساس نظریه سیستمی، درمان انسان‌گرا و تجربی و نظریه دلبستگی تدوین شد (پنگ^۲، ۲۰۱۴). مبنای نظریه زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر مبنای مفاهیم عشق بزرگسالی، سبک‌های دلبستگی و آشفته‌گی زوجین استوار است. تأکید زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر روش دلبستگی‌های سازگارانه از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود فرد و همسر است (جانسون، ۲۰۰۷).

همچنین نتایج تحقیقات بابایی گرمخانه، رسولی و داوونیا (۱۳۹۶) و سودانی، کریمی، مهربابی‌زاده هنرمند و نیسی (۱۳۹۱) مؤید آن است که زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش استرس، آسیب‌های ناشی از روابط فرازناشویی و افسردگی تأثیرگذار است.

نظر به اینکه درمان هیجان‌مدار دو حیطة اصلی تجارب هیجانی و تعاملات میان‌فردی را شناسایی و گسترش می‌دهد، اهداف درمان نیز در همین رابطه شکل گرفته است. نخستین هدف درمان، دستیابی و سپس بازپردازش پاسخ‌های هیجانی خاصی است که بخش زیرین الگوی محدودکننده و یکنواخت تعاملات را تشکیل می‌دهند. در این صورت تغییر موقعیت‌های تعاملی تسهیل گردیده، پیکره‌های بنیادین دلبستگی ایمن خود را نمایان می‌سازند، دومین هدف درمانی، خلق وقایع و رخدادهای تعاملی جدیدی است که رابطه را به‌عنوان مأمی آرام‌بخش برای همسران بازتعریف می‌کند. فرایند درمان هیجان‌محور در سه مرحله و در قالب نه گام درمانی تدوین می‌یابد.

مرحله اول: محدودسازی و تضعیف چرخه‌های تعاملی و تنش‌زدایی چرخه‌های منفی تعامل را شامل می‌شود (حسینی، ۱۳۹۳) که دارای چهار گام بوده و عبارت‌اند از: ۱- خلق و ایجاد اتحاد درمانی و بیان موضوعات تعارض‌آمیز در چالش با دلبستگی اصلی. ۲- شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی همزمان با پدیداری آن در همان جلسه و شرح اینکه چگونه این چرخه موجب بقا نایمنی‌های دلبستگی‌هاست و

1. Johnson & Greenberg
3. semi experimental

2. Peng

سپس مبحث جدید شروع می‌شد. در تمامی جلسات ضمن محقق، آموزش لازم ارائه می‌شد. خلاصه جلسات در جدول ارتباط متقابل بین زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی و ۱ آمده است.

جدول ۱. عناوین و موضوعات جلسات آموزشی مبتنی بر رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار

جلسه	عنوان	محتوا (رویکرد هیجان‌مدار)
۱	ایجاد ارتباط اولیه	در این جلسه هدف از تشکیل جلسات و قوانین آن برای افراد به صورت مجزا تشریح شد و مسئولیت حضور در جلسات و همکاری با مشاور پرداخته شد. سپس توضیحاتی درباره رویکرد هیجان‌مدار و عملکرد خانواده به هر فرد داده شد. همچنین مفاهیم احساس تنهایی و تعارضات خانوادگی بیان شد و وضعیت ارتباط زناشویی و رضایت جنسی بررسی شد.
۲	آشنایی با بُعد شخصیتی در نظریه هیجان‌مدار و ارزیابی میزان تعهد و روابط فرزندناشویی	در جلسه دوم جلسه فردی با زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی تشکیل شد که هدف از آن شامل: کشف حوادث برجسته، کشف اطلاعاتی که در حضور همسر امکان‌پذیر نیست، ارزیابی میزان تعهد نسبت به ازدواج، روابط فرزندناشویی، ترومای دلبستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تأثیرگذار است.
۳	مشخص کردن الگوهای تعامل خودافشایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی	در این جلسه الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق‌شده، کشف ناایمنی دلبستگی و خودافشایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی صورت گرفت. در پایان برای جلسه بعدی تکلیفی مبنی بر شناسایی و یادداشت ترس‌های دوران کودکی و ترس‌هایی که الان نیز احساس می‌کنند داده شد.
۴	پاسخ‌های هیجانی	پس از بررسی تکلیف جلسه قبل، بازسازی پیوند اولیه زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی و گسترش تجربه هیجانی برای رهایی از احساس تنهایی هر کدام از زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه بیان شد. در نهایت تکلیف جلسه بعدی مبنی بر اینکه حالا که ترس‌های خود را شناختند، پاسخ‌های هیجانی آن‌ها را نیز شناسایی کنند ارائه شد.
۵	آشنایی با درگیری عاطفی زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی	بعد از بررسی تکالیف جلسه قبل به عمق‌بخشیدن به درگیری عاطفی زنان آسیب‌دیده از روابط فرزندناشویی بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، عمق‌بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی، بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی پرداخته شد، سپس تکلیف جلسه بعدی مبنی بر یادداشت نیازهای دلبستگی و وضعیت تعامل خود با همسر ارائه شد.
۶	راه‌حل‌های جدید برای مشکلات فرزندناشویی	در این جلسه به یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نسبت به رابطه، تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت، آموزش داده شد.
۷	استفاده از دستاوردهای درمانی	در این جلسه بعد از بررسی تکلیف جلسه قبل، استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدیدی که ایجاد شده و تکلیف جلسه بعدی مبنی بر شناسایی و یادداشت عوامل صمیمیت ارائه شد.
۸	حفظ درگیری هیجانی و پس‌آزمون	در این جلسه بعد از بررسی تکلیف جلسه قبل به حفظ درگیری هیجانی به‌منظور ادامه تقویت دلبستگی بین آن‌ها پرداخته شد و پس‌آزمون به عمل آمد.

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس با رعایت یافته‌ها پیش‌فرض‌های آن استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss22 تجزیه و تحلیل شدند. ملاک‌های ورودی مدت زمان ازدواج (دامنه سنی ۳ سال و بالاتر)، داشتن فرزند (حداقل داشتن یک فرزند)، تحصیلات آموذنی‌های، میزان درآمد و شغل مراجعان مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. ویژگی های جمعیت شناختی

گروه کنترل (n=۱۰)		گروه آزمایش (n=۱۰)		متغیر
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
مدت زمان ازدواج				
۲۰	۲	۳۰	۳	۳ تا ۶ سال
۶۰	۶	۶۰	۶	۷ تا ۱۰ سال
۲۰	۲	۱۰	۱	۱۰ سال به بالا
داشتن فرزند				
۳۰	۳	۳۰	۳	۱ فرزند
۵۰	۵	۶۰	۶	۲ فرزند
۲۰	۲	۱۰	۱	بیش از دو فرزند
میزان تحصیلات زنان آسیب دیده				
۴۰	۴	۴۰	۴	زیر دیپلم و دیپلم
۵۰	۵	۶۰	۶	فوق دیپلم و لیسانس
۱۰	۱	۰	۰	بالتر از لیسانس
نوع شغل آزمودنی ها				
۳۰	۳	۲۰	۲	کارمند
۳۰	۳	۳۰	۳	آزاد
۶۰	۴	۵۰	۵	خانه دار
میزان درآمد				
۱۰	۱	۱۰	۱	کمتر از دو میلیون
۳۰	۳	۴۰	۴	بین ۲ تا ۳ میلیون
۳۰	۳	۳۰	۳	۳ تا ۴ میلیون
۳۰	۳	۲۰	۲	بالتر از ۴ میلیون

می شد و همچنین از نظر میزان درآمد ماهیانه مبلغ ۲ تا ۳ میلیون تومان با ۴۰ درصد بیشترین گروه بودند. در ادامه شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش میانگین و انحراف معیار متغیر احساس تنهایی در گروه های آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که مدت زمان ازدواج افراد مورد مطالعه بیشترین درصد شامل ۷ تا ۱۰ سال بوده که ۶۰ درصد را تشکیل داده است. همچنین از نظر داشتن فرزند بیشتر آزمودنی ها دارای ۲ فرزند بودند که ۶۰ درصد را شامل می شدند و از نظر تحصیلات آزمودنی های زن اکثراً دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و لیسانس بوده که شامل ۶۰ درصد

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی به تفکیک گروه های آزمایش، کنترل و مرحله پیگیری

فراوانی	پس آزمون		پیش آزمون		متغیر گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱۰	۱/۴۹۴	۴۲/۳۰۰	۱/۴۷۵	۶۳/۲۰۰	آزمایش
۱۰	۱/۸۳۷	۶۲/۶۰۰	۱/۷۷۹	۶۳/۵۰۰	کنترل
۱۰	۱/۵۴۹	۴۲/۲۰۰	۱/۴۹۴	۴۲/۳۰۰	آزمایش
۱۰	۱/۹۳۲	۶۲/۸۰۰	۱/۸۳۷	۶۲/۶۰۰	کنترل

است که نشان‌دهنده تأثیر مثبت رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار است. همچنین اطلاعات حاصل در مرحله پیگیری نشان داد که مشاوره بعد از دو ماه در رویکرد هیجان‌مدار اثربخش مانده بود. همچنین آزمون‌های لون، کولموگروف-اسمیرنوف و اثر تعاملی پیش‌آزمون به‌منظور همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب‌های رگرسیون برای متغیر احساس تنهایی پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت‌چندانی بین میانگین احساس تنهایی زنان مرحله قبل از مشاوره به روش زوج‌درمانی هیجان‌مدار بین گروه آزمایش و کنترل دیده نمی‌شود و تقریباً میانگین نمرات احساس تنهایی آزمودنی‌ها نزدیک به هم است. ولی در مرحله پس‌آزمون اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین احساس تنهایی آزمودنی‌ها در مرحله بعد از مشاوره با رویکرد بیان شده بین گروه آزمایش و گروه کنترل مشاهده می‌شود، به نحوی که میانگین احساس تنهایی آزمودنی‌های مربوط به افراد گروه آزمایش پایین‌تر از افراد گروه کنترل

جدول ۴. نتایج آزمون‌های همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب‌های رگرسیون

متغیر	مرحله	آزمون لون		آزمون کولموگروف-اسمیرنوف		اثر تعاملی پیش‌آزمون و گروه	
		آماره	Sig	آماره	sig	آماره	sig
احساس تنهایی	پس‌آزمون	۱/۵۲۳	۰/۲۳۳	۰/۴۴۷	۰/۹۸۸	۰/۱۰۲	۰/۷۵۳
	پیگیری	۰/۳۶۰	۰/۵۵۶	۲/۲۳۶	۰/۰۰۰	۰/۶۹۳	۰/۴۱۷

مربوط به تحلیل تفاوت پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل، پیش‌فرض‌های بررسی شده رد نشد. با توجه به تأیید شدن پیش‌فرض‌های گفته‌شده، انجام تحلیل کوواریانس بلامانع بوده است.

بر اساس مقادیر نمایش داده شده در جدول ۴، آماره مربوط به آزمون‌های لون، کولموگروف-اسمیرنوف و اثر تعاملی متغیر کمکی و گروه در متغیر وابسته پژوهش به ترتیب برای بررسی پیش‌فرض‌های همگنی واریانس‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی شیب‌های رگرسیون متغیر

جدول ۵. تحلیل کوواریانس اثرات بین‌گروهی احساس تنهایی در گروه آزمایش و گروه کنترل

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	نسبت F	معنی‌داری	ضریب اتا
گروه	۱۹۹۸/۴۳۰	۱	۱۹۹۸/۴۳۰	۱۳۱۱/۸۱۶	۰/۰۰۰	۰/۹۸۷
پیش‌آزمون احساس تنهایی	۲۴/۶۰۲	۱	۲۴/۶۰۲	۱۶/۱۴۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷
گروه	۱/۰۱۵	۱	۱/۰۱۵	۳/۰۴۶	۰/۰۹۹	۰/۱۵۲
پیگیری احساس تنهایی	۳۸/۳۳۷	۱	۳۸/۳۳۷	۱۱۵/۰۷۷	۰/۰۰۰	۰/۸۷۱

آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی همسرانشان تأثیر معناداری داشته است و فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. همچنین نتایج مرحله پیگیری در جدول نشان می‌دهد که دو گروه از لحاظ تأثیرگذاری متغیر مستقل متفاوت نبودند، یا به عبارتی متغیر مستقل از لحاظ آماری در گروه آزمایشی

با توجه به $\eta^2: ۰/۹۸۷$ و $F(۵۷, ۱) ۱۶/۱۴۹$ جدول ۵ نشان می‌دهد متغیر مستقل از لحاظ آماری در گروه آزمایشی معنادار است. بنابراین بر اساس اطلاعات جدول ۵ با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره با رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی زنان

در سطح بالایی از استرس قرار دارند، نشان داد و همچنین محقق شد که روش درمانی هیجان‌مدار در کاهش افسردگی و نشانه‌های استرسی پس از سانحه مؤثر است.

در تبیین اثرگذاری زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی می‌توان گفت که نظر به اینکه درمان هیجان‌مدار یک مدل تلفیقی متشکل از رویکردهای سیستمی، دلبستگی‌مدار و تجربی‌نگر است، به جای تمرکز بر موضوعها و عوامل بیرون‌فردی بروز تعارض، بیشتر بر عوامل درون‌فردی و فرآیندهای بروز تعارض متمرکز است. همچنین زوج‌درمانی هیجان‌مدار یک مدل مداخله در عمق است و بر زیرساخت‌های درون روانی (هیجان‌ات عمیق با خاستگاه امنیت‌جویانه) در روابط بین فردی زوجین تمرکز دارد. حذف تعارض را نشانه نمی‌گیرد، بلکه تعارض را سرنخی برای ورود به عمق و رسیدن به ریشه تعارض جست‌وجو می‌کند. از نظر زوج درمانگران هیجان‌مدار زوج‌های دارای سابقه روابط فرازنشویی، به دلیل احساس ناایمنی ناشی از تزلزل پیکره دلبستگی معمولاً بر سر هر چیزی با هم تعارض دارند. از این رو آنچه این تعارض را شعله‌ور می‌سازد، احساس ناایمنی و نیاز به امنیت است. به عبارت دیگر اگر فردی معتقد باشد که رابطه فعلی او در گسترش قابلیت‌ها و توانایی‌هایش از قابلیت اندکی برخوردار است، احتمالاً به‌منظور جبران این امر، روابط جدیدی برقرار خواهد کرد (شعاع کاظمی، مهرآور مؤمنی، ۱۳۹۳). بر مبنای نظریه دلبستگی که اساس مدل زوج‌درمانی هیجان‌مدار محسوب می‌شود، زمانی که فرد با پیکره دلبستگی (در روابط زوج‌ها، همسر پیکره دلبستگی محسوب می‌شود) دچار تعارض می‌شود، به دو شکل عمده واکنش نشان می‌دهد یا فزون‌کنشی است یا اجتناب و کم‌کنشی (حسینی، ۱۳۹۳)، بنابراین با همبستگی، دلبستگی مجدد شکل می‌گیرد و روابط می‌تواند به مرحله قبل از روابط فرازنشویی یعنی عدم احساس تنهایی برگردد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم حضور مراجعان در وقت تعیین شده قبلی، گاهی اختلافات شدید زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی با همسرانشان برای حضور در آموزش، غیبت‌های مکرر بعضی از مراجعان و محدودیت نمونه، اشاره کرد. همچنین این پژوهش می‌تواند در دادگستری‌ها، مراکز مشاوره، برای مجریان و مسئولان و

معنادار نیست. بنابراین بر اساس اطلاعات جدول ۵ با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی مشاوره با رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی بعد از دو ماه نیز وجود داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی در شهرستان سلماس انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که فرضیه پژوهش مبنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش احساس تنهایی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی در شهرستان سلماس، تأثیر معنی‌داری دارد و موجب بهبود کلی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی شد و در مرحله پیگیری نیز یافته‌ها نشان دادند که اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار تا دو ماه بعد از مشاوره وجود داشته است. در رابطه با این روش درمانی می‌توان بیان کرد که رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار در برخی از تحقیقات داخلی و خارجی نتایج مشابه و همگرا با نتایج این مقاله دارد که این امر نیز می‌تواند به افزایش اعتبار این پژوهش بیفزاید. از آن جمله در داخل کشور تحقیق فقیه و کاظمی (۱۳۹۷) با عنوان "اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی زوجین نابارور شهر اصفهان" نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث ارتقای تحمل پریشانی زوج‌های نابارور شده است. تحقیق بدیهی زراعتی، موسوی (۱۳۹۵) نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین مؤثر است. همچنین مطالعه عظیم‌زاده پارسا و آرزو (۱۳۹۵) نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار و خودتنظیم‌گر به شکل معناداری سازگاری زنانشویی را افزایش داده و بعد از گذشت ۳ ماه پایدار است. همچنین تحقیق نیکونظری و صفرنیا (۱۳۹۵) نشان داد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش تعارضات زنانشویی و بهبود الگوهای ارتباطی در مادران با کودک کم‌توان ذهنی اثربخش است. در رابطه با تحقیقات انجام گرفته در خارج از کشور می‌توان به تحقیقات ویبه و جانسون^۱ (۲۰۱۷) اشاره کرد که اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را در زوجینی که

برنامه‌ریزان مقابله با آسیب‌های اجتماعی، مشاوران و روان‌شناسان، انجمن اولیا و مربیان در آموزش و پرورش، اداره زندان‌ها، بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی^(۹) مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه دیگری با گروه‌های مختلف (علی‌الخصوص برای مردان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی) انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تأثیر این روش آموزشی بر سایر حیطه‌ها از جمله انسجام خانوادگی، بخشش و عزت‌نفس زنان آسیب‌دیده از روابط فرازنشویی مورد بررسی قرار گیرد تا قابلیت تعمیم نتایج به گروه‌های دیگر نیز مشخص گردد.

مسائل اخلاقی

اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش - رعایت ورود و خروج آزادانه شرکت‌کنندگان به پژوهش - رعایت حریم خصوصی مراجعان - عدم ضبط تصویر یا فیلم بدون اجازه گرفتن از مراجعان و یا بدون اطلاع قبلی - آموزش شرکت‌کنندگان گروه کنترل بعد از تأیید اثربخش بودن مدل مداخله - انتشار صادقانه نتایج به دست آمده.

سیاسگزاری

تمامی نویسندگان از مدیر و مشاوران مرکز مشاوره پیوند شهرستان سلماس و تمامی مراجعان این مرکز که در اجرای این پژوهش، صمیمانه ما را یاری کردند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

منابع

- امیری مقدم، ع. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش رویکرد ارتباطی ستیر بر تعارضات زناشویی و انطباق‌پذیری - همبستگی خانواده در زوجین ارجاعی به شعب شوراهای حل اختلاف شهر اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بابایی گرمخانه، م؛ رسولی، م؛ داورنیا، ر. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش استرس زناشویی زوج‌ها، مجله علوم پزشکی زانکو، ۱۸(۵۶): ۵۶.
- بدیهی زراعتی، ف؛ موسوی، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) بر تغییر سبک دلبستگی بزرگسالان و صمیمیت جنسی زوجین، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۷(۲۵): ۹۰-۷۱.
- جانسون، اس. (۱۳۹۵). زوج‌درمانی هیجان‌مدار، ترجمه آرش رمضان و همکاران، تهران: ویرایش.
- جوکار، ب؛ سلیمی، ع. (۱۳۹۰). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه مقیاس احساس تنهایی، اجتماعی و عاطفی بزرگسالان، مجله علوم رفتاری، ۵(۴): ۳۱۱-۳۱۷.
- حسن‌زاده، ص. (۱۳۹۳). عوامل تحکیم خانواده در فرهنگ اسلامی. پژوهش‌نامه معارف قرآنی، ۴(۱۵): ۴۵-۶۸.
- حسینی، ب. (۱۳۹۳). زوج‌درمانی هیجان‌مدار، تهران: جنگل.
- رحیم‌زاده، س؛ پوراعتماد، ح؛ عسگری، ع؛ حجت، م. (۱۳۹۰)، مبانی مفهومی احساس تنهایی: یک مطالعه کیفی، روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۸(۳۰): ۱۲۳-۱۴۱.
- سودانی، م؛ کریمی، ج؛ مهرابی‌زاده هنرمند، م؛ نیسی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش آسیب‌های ناشی از روابط فرازنشویی همسر، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۴): ۲۵۸-۲۶۸.
- شعاع‌کاظمی، م؛ مهرآورمؤمنی، ج. (۱۳۹۳)، دیدگاه‌های نظری روابط فرازنشویی و بهبود روابط اثر، تهران: آوای نور.
- شهیدی، ش؛ آهنگرکانی، م؛ کمری، س. (۱۳۹۳). نقش بخشایش و معنویت در پیش‌بینی سطح کارایی خانواده، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۲(۲): ۲۰۵-۲۱۶.
- عظیم‌زاده‌پارسی، ا. (۱۳۹۵). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و خودتنظیم‌گر بر سازگاری زناشویی، دومین همایش ملی سبک زندگی و خانواده پایدار، تهران.
- فقیه، ص؛ کاظمی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تحمل پریشانی زوجین نابارور شهر اصفهان، مجله سلامت جامعه، ۱۲(۱): ۱.
- میردردی‌کوند، ف؛ پناهی، ه؛ حسینی رمقانی، ن. (۱۳۹۵). احساس تنهایی در سالمندان: نقش مهارت‌های ارتباطی. حمایت اجتماعی و ناتوانی عملکردی، مجله روان‌شناسی پیری، ۲(۲): ۱۰۳-۱۱۳.
- مهدی‌پور بازکیایی، م؛ صداقتی فرد، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی و صمیمیت زوجین سازگاری در خانه، فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۶(۲۲): ۲۱-۳۱.
- نیکونظری، ل؛ صفرنیا، ا. (۱۳۹۵)، تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) در کاهش تعارضات زناشویی و بهبود الگوهای ارتباطی در مادران با کودک کم‌توان ذهنی، هفتمین کنفرانس بین‌المللی اقتصاد و مدیریت.
- هارلی، و؛ هارلی چالمرز، ج. (۱۳۹۳). رهایی از خیانت‌های زناشویی: روش‌های عملی برای پیشگیری از بی‌وفایی، در مان

آن و بازسازی مجدد زندگی مشترک، ترجمه سید شمس‌الدین حسینی، الهام آرام‌نیا و حمیده رستمی، تهران: نسل نواندیش. هنرپوران، ن. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر بخشش و سازگاری زناتشویی زنان آسیب‌دیده از روابط فرازناتشویی همسر، مجله زن و جامعه، ۵(۲): ۱۳۵-۱۵۰.

- Hawkley, L; Cacioppo. J.T. (2010). *Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. The Society of Behavioral Medicine Ann behave Med.* 40: 218-27
- Johnson., S.M. (2007). *The contribution of emotionally focused couple therapy. Journal of Contempt Psychotherapy.* 37(1): 41-52.
- Kelly, M; Zimmer-Gembeck, M. J; Boislard, M. (2012). *Identity, intimacy, status and sex dating goals as correlates of goal-consistent behavior and satisfaction in Australian youth. Journal of Adolescence,* 36(6): 1441-1454.
- Mark, K. P; Janssen, E., Milhausen, R. R. (2011). *Infidelity in heterosexual couples: Demographic, interpersonal, and personality-related predictors of extra dyadic sex. Archives of sexual behavior,* 40(5), 971- 982.
- Peng, Y. (2014). *The use of recursive frame analysis on an emotionally focused couples therapy session. The Qualitative Report,* 19(63): 1-25.
- Russell, D.W. (1996). *UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure, Journal of Personality Assessment,* 66: 20-40.
- Salehi, A; NajafiSoulari, F. (2016). *Based on acceptance and commitment therapy on post divorce adjustment, emotional well-being, loneliness and hope for divorced women. Master's thesis in clinical psychology, Islamic Azad University of Najaf Abad.*
- Sevinc, M; Sibel, G.E. (2016). *A Study of Parents' Child Raising Styles and Marital Harmony. Procedia Social and Behavioral Sciences,* 2(3): 1648 – 1653.
- Tamaren, K. J. (2010). *Factors of emotional intelligence associated with marital satisfaction. Doctoral dissertation. Saint Louis University, USA.*
- Wiebe, S; Johnson, S.M. (2017), *Creating relationships that foster resilience in Emotionally Focused Therapy,* 13: 65–69.