Journal of
Modern Psychological Researches Vol. 18, Issue. 71, Autumn 2023

Research Paper

The Comparing Effectiveness of Emotion-Focused Couple Therapy and Cognitive Behavioral Couple Therapy on and Depression of Couples Decrease of Marital Burnout

Mehdi Bahrami Moqadam[1], Karim Afshariniya*[2], Keivan Kakabraee[3]

1. PhD student of General Psychology, Kermanshah Branch, Kermanshah University, Kermanshah, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

DOI: 10.22034/JMPR.2023.17175

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17175.html

ARTICLEINFO

Keywords:

cognitive behavioral couple therapy, depression, emotion-focused couple therapy, marital burnout.

Received: 2023/04/05
Accepted: 2023/05/03
Available: 2023/12/21

ABSTRACT

The purpose of this study was to comparing effectiveness of emotion-focused couple therapy and cognitive behavioral couple therapy on decrease of marital burnout and depression of couples. This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and follow-up 2 month. The statistical population of this research was all the couples who referred to counseling centers and psychological services in Kermanshah city in 1400. In the first stage, using convenience sampling method, 45 couples (90 people) were selected and then randomly divided into 2 groups (each group 15 couples to 60 people) and one contorl group (15 couples to 30 people) were replaced and experimental group underwent emotion-focused couple therapy (10 sessions 90 minutes) and group cognitive behavioral couple therapy (10 sessions 90 minutes), but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data marital burnout questionnaire of Pines (2003) and depression inventory (BDI-II) of Beck and et al (1996). Analysis of variance with repeated measures with SPSS software was used for data analysis The results showed that both interventions had a significant effect on on decrease of marital burnout and depression of couples ($P<0.05$). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that emotion-focused couple therapy is more effective in decrease of marital burnout and depression ($P<0.05$). Based on the results of the present study, it can be said that emotion-focused couple therapy and cognitive behavioral couple therapy can be used as a treatment method to on decrease of marital burnout and depression of couples in counseling centers and family psychological services.

*** Corresponding Author: Karim Afshariniya**
E-mail: k.afsharineya@iauksh.ac.ir

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی و افسردگی زوجین

مهدی بهرامی مقدم[۱]، کریم افشاری‌نیا[۲]، کیوان کاکابرایی[۳]

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.
۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

DOI: 10.22034/JMPR.2023.17175
DOR:
URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_17175.html

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:
افسردگی، دلزدگی زناشویی، زوج درمانی شناختی-رفتاری، زوج درمانی هیجان مدار.

دریافت شده: ۱۴۰۲/۰۱/۱۶
پذیرفته شده: ۱۴۰۲/۰۲/۱۳
منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۹/۳۰

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی و افسردگی زوجین بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بودند. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۴۵ زوج(۹۰ نفر) انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش(هر گروه ۱۵ زوج به تعداد ۶۰ نفر) و یک گروه کنترل(۱۵ زوج به تعداد ۳۰ نفر) جایگزین شدند. سپس زوجین گروه آزمایش اول تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج درمانی هیجان مدار و گروه آزمایش دوم تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای زوج شناختی-رفتاری قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از پرسشنامه دلزدگی زناشویی پاینز(۲۰۰۳) و افسردگی بِک و همکاران (۱۹۹۶) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از تحلیل واریانس آمیخته با نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو زوج درمانی مذکور اثربخشی معناداری بر کاهش دلزدگی زناشویی و سیاهه افسردگی داشته است($P<۰/۰۵$). نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد($P<۰/۰۵$). بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری می‌توانند به عنوان شیوه‌های زوج درمانی برای کاهش دلزدگی زناشویی و افسردگی زوجین در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی به کار برده شوند.

* نویسنده مسئول: کریم افشاری‌نیا
رایانامه: k.afsharineya@iauksh.ac.ir

مقدمه

خانواده به عنوان بخشی واحدی اجتماعی توصیف شده است که می‌تواند شخصیت انسان‌ها را در درون خود شکل بدهد و این کانون با پیوند زناشویی زن و مرد و ازدواج آنها با هم شکل می‌گیرد(کاتینو[1] و همکاران، ۲۰۲۲). به طوری که می‌توان گفت که نیاز به صمیمیت و عشق زن و مرد را به سوی هم کشانده و پیوند زناشویی بین آنها شکل می‌گیرد(لو[2] و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از ویژگی‌های ازدواج، تعهد هریک از همسران در قبال یکدیگر و حقوق متقابل بوده، به گونه‌ای که این تعهد شالوده زندگی مشترک است(آلن[3] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ در غیر این صورت اعتماد متقابل بین همسران کمتر می‌شود که در این برخی مشکلات زناشویی این اعتماد و تعهد را خدشه دار کرده و زندگی زناشویی به ورطه جدایی و نابودی نزدیک می‌کند(دوی[4] و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر می‌توان گفت که زمانی که زن و مرد تصمیم به تشکیل خانواده و زندگی مشترک می‌کنند، زندگی خود را با عشق آغاز می‌کنند(جنکینز[5] و همکاران، ۲۰۲۲). در این زمان، هرگز به این موضوع فکر نمی‌کنند که روزی ممکن است میزان صمیمیت آنان به یکدیگر کم شود(دولاهایت[6] و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس نتایج یک پژوهش، هنگامی که زوجین با یکدیگر در روابط صمیمانه قرار می‌گیرند، هر کدام با مجموعه‌ای از رویاها و انتظارات وارد رابطه می‌شوند (هاراسیمچوک[7] و همکاران، ۲۰۲۱).

هنگامی که این رویاها و انتظارات با تنبیه و تجارب استرس‌زا جایگزین می‌شوند، رابطه صمیمیانه متوقف می‌شود، انرژی عشق به آزردگی و خشم تبدیل می‌شود و در نتیجه، منازعات فراوان، انتقادهای مکرر، پناه بردن به سکوت، عدم همراهی عاطفی و لاینحل ماندن مشکلات را پدید آورده و به مرور به دلزدگی زناشویی[8] منجر می‌شود(صفاری‌نیا و همکاران، ۱۴۰۱). دلزدگی زناشویی که گاهی به عنوان بی حوصلگی در رابطه[9] از آن نام برده شده است(هاراسیمچوک و همکاران، ۲۰۲۲). این دلزدگی زناشویی شامل رابطه جنسی زوجین هم می‌شود که زوجین به دلیل دلزدگی زناشویی، به رفتار جنسی انفرادی[10] مانند خودارضایی[11]، رابطه جنسی خارج از خانواده[12] مانند روابط فرازناشویی، رفتار جنسی اجباری[13] و رفتار جنسی پرخطر[14] تمایل پیدا می‌کنند (دی الیوریا[15] و همکاران، ۲۰۲۱). در تعریف دلزدگی زناشویی می‌توان آن را حالتی دانست که در اثر مشکلات و اختلافات طولانی مدت بین همسران به وجود آمده است(کانگ[16] و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، وجود مشکلاتی مانند دلزدگی زناشویی و پایین بودن سطح کیفیت زندگی زناشویی در زوجین می‌تواند آنان را در برابر افسردگی آسیب‌پذیر سازد(آجری و همکاران، ۱۴۰۰). افسردگی[17] یک اختلال روانپزشکی و به طور بالقوه تهدیدکنندهٔ زندگی افراد بوده است که منجر به مشکلاتی از جمله بی خوابی(ریمن[18] و همکاران، ۲۰۲۰) و همزمانی آن با مشکلاتی همچون اضطراب[19] در افراد می‌شود(تانگ[20] و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویراست پنجم[21](DSM-5) با ویژگی‌های خلق و خوی خسته[22]، پوچی[23]، خلق تحریک‌پذیر[24] مشخص می‌شود و که بر کارکردهای اجتماعی، شغلی و سایر کارکردهای مهم فرد تاثیر می‌گذارد (انجمن روانپزشکی آمریکا[25]، ۲۰۱۳). مدل اختلافات زناشویی افسردگی نشان می‌دهد که روابط زناشویی، نقشی اساسی در گسترش و نگهداشت افسردگی، ایفا می‌کند(هالیست[26] و همکاران، ۲۰۰۷). از آنجایی که دلزدگی زناشویی در کنار وجود علائم افسردگی می‌تواند تهدید کننده بنیان خانواده و زندگی زوجین باشد در این پژوهش از زوج درمانی هیجان مدار[27] و زوج درمانی شناختی-رفتاری[28] برای بهبود مشکلات زوجین استفاده شده است و به مقایسه اثربخشی این دو درمان پرداخته شده است. زوج درمانی هیجان‌مدار در اولین مرحله به ارزیابی سبک ارتباطی می‌پردازد و پس از اینکه دفاع‌ها آشکار شدند، این سبک را برای فرد آشکار ساخته و پیامدهای آن را مشخص می‌سازد؛ به همین دلیل افراد رفته رفته موفق می‌شوند هیجانات سرکوب شده و ناآشکاری که چرخه منفی ارتباطی را تداوم می‌بخشند، بشناسند و این چرخه را بهبود بخشند(بودنمن[29] و همکاران، ۲۰۲۰). مدل درمان هیجان مدار حاصل مشاهدات تجربی فرایندهای درمانی زوجین و تعیین کننده مداخلات درمانی کلیدی که به طور موفقیتآمیزی به بازسازی تعاملات هیجانی زوجین کمک می‌کند، پدیدار شد(فرانز[30] و همکاران، ۲۰۲۳). این مداخلات در یک پروتکل تحقیق شده دقیق برای درمان با مراحل و گام-های ویژه ترکیب گردید(هولماستروم[31]، ۲۰۲۳). به دنبال وجود این پروتکل ویژه، مدل درمان هیجان مدار خودش را به عنوان مدلی پاسخگو و دارای اعتبار تجربی مطرح ساخت و یکی از معتبرترین مدل‌های تجربی زوج درمانی شده است(امینی و همکاران، ۱۴۰۱). گریمن و جانسون[32] (۲۰۲۲)

1. Catino
2. Lu
3. Allen
4. Dew
5. Jenkins
6. Dollahite
7. Harasymchuk
8. relational boredom
9. marital boredom
10. namely solitary sexual behavior
11. masturbation
12. extra-dyadic sex
13. compulsive sexual behavior
14. risky sexual behavior
15. De Oliveira
16. Kang
17. depression
18. Riemann
19. anxiety
20. Tang
21. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed)
22. presence of sad
23. empty
24. irritable mood
25. American Psychiatric Association
26. Hollist
27. emotion-focused couple therapy (EFT)
28. cognitive behavioral couple therapy (CBCT)
29. Bodenmann
30. Franz
31. Holmström
32. Greenman & Johnson

درمان هیجان‌مدار را برای زوج‌ها، خانواده‌ها و افراد پیشنهاد کرده‌اند تا کیفیت پیوندهای عاطفی آنان با همدیگر و با افراد مهم و همچنین احساس ذهنی آنها از ارتباط اجتماعی افزایش پیدا کند، چرا که تقویت پیوندهای عاطفی و بین‌فردی تمرکز اصلی درمان هیجان‌مدار است که می‌تواند به بازگرداندن تعادل عاطفی آنان کمک کند و در نتیجه افراد را از انزوا و مجموعه مشکلات سلامتی که می‌توانند برای افراد آسیب‌زا باشند محافظت کند(گریمن و جانسون، ۲۰۲۲).

درمان هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شدت کمتر است(جانسون[1]، ۲۰۱۲). بر اساس پیشینه پژوهش درمان هیجان‌مدار باعث کاهش مشکلات زناشویی در زوجین می‌شود(مارن[2] و همکاران، ۲۰۲۲) و بر کاهش دلزدگی زناشویی(گودرزی و همکاران، ۱۴۰۰)، کاهش افسردگی(میرلوحیان و همکاران، ۱۴۰۰) و پایین آمدن میزان میل به طلاق در زوجین موثر است(حاتمی و همکاران، ۱۴۰۰). از سوی دیگر زوج درمانی شناختی رفتاری مداخله‌ای است که بر مشکلات زندگی زوجینِ دچار تعارض زناشویی و روابط بین فردی آنها متمرکز است و به آنها کمک می‌کند تا مشکلات خود را برطرف کنند(حاجلو و همکاران، ۱۴۰۰). زوج درمانی شناختی-رفتاری به‌طور همزمان به نقش فرایندهای شناختی و رفتاری توجه می‌کند و فرصتی فراهم می‌آورد تا زوجین بتوانند شیوه‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارها را بیاموزند و در آینده به هنگام رویارویی با مسائل مختلف از آنها استفاده کنند(صالحی و همکاران، ۱۴۰۰ ب). این رویکرد بر این فرضیه استوار است که تغییر در روابط آشفته باید از طریق راه‌هایی که در آن زوجین روابطشان را تعبیر و ارزیابی می‌کنند، صورت گیرد و در روندهای جدید این شیوه درمانی علاوه بر تحریف‌های شناختی، ویژگی‌های شخصیتی و تفاوت‌های فردی، ترجیحات و انگیزه‌های منحصربه فرد هر کدام از زوجین مدنظر قرار می‌گیرد(هاپن[3] و همکاران، ۲۰۲۱). زوج درمانی شناختی-رفتاری با تقویت تمرکز حواس می‌تواند درمانی مؤثری برای کمک به زوجین برای سازگاری و کنار آمدن با تغییرات زندگی مشترک و روابط جنسی آنها باشد و می‌تواند به بهبود صمیمیت جنسی زوجین کمک کند(کمرر[4] و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس پیشینه پژوهش زوج درمانی شناختی-رفتاری نقش مهمی در کاهش دلزدگی زناشویی(صالحی و همکاران، ۱۴۰۰ الف) و کاهش افسردگی و کاهش بدکارکردی جنسی همسران در زندگی زناشویی دارند(کمرر[5] و همکاران، ۲۰۲۳).

از آنجایی که زوج درمانی هیجان مدار محور اصلی آن بر هیجان متمرکز است و محور اصلی زوج درمانی شناختی-رفتاری جایگزین کردن تعبیر واقع گرایانه به جای شناخت‌های تحریف شده از زندگی زناشویی است. مقایسه‌ی این دو نوع زوج درمانی به نظر می‌رسد از این رو مفید باشد که برتری هیجان و شناخت را در مشکلات زوجین بتوان بیشتر تبیین کرد. از همه مهمتر اینکه مداخلات زوج درمانی مذکور به صورت چندگانه یا گروهی به انجام نرسیده‌اند. این نوع مداخلات علاوه بر اینکه می‌تواند باعث ایجاد انگیزش بیشتر برای فعالیت در اعضا شود، می‌تواند فرصت بیشتری برای درمانگر قرار دهد تا در یک جلسه بر تعداد بیشتری مداخله انجام دهد. از این رو، پژوهش حاضر بر آن است که به این مطالعه بپردازد و با توجه به این که خانواده ارزشمندترین و اثربخش‌ترین نهاد جامعه است و هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تاثیر خانواده نیست، افزایش دلزدگی زناشویی، کاهش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی زوجین از عوامل بروز آسیب‌های روانشناختی در کانون خانواده است و نظام خانواده را که در واقع زیر بنای جامعه‌ای سالم است مورد تهدید قرار می‌دهد. لذا سوال اصلی این پژوهش این خواهد بود که آیا بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی و کاهش افسردگی زوجین تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش بر مبنای هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ بودند. به منظور نمونه‌گیری از بین زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره، با توجه به اینکه حداقل نمونه لازم در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی در هر گروه حداقل ۱۵ نفر است (دلاور، ۱۴۰۰)، لذا در این پژوهش حجم هر گروه ۱۵ زوج گروه در نظر گرفته شد. به این صورت که ۱۵ زوج(۳۰ نفر) در گروه زوج درمانی هیجان مدار، ۱۵ زوج (۳۰ نفر) در گروه زوج درمانی شناختی-رفتاری و ۱۵ زوج (۳۰ نفر) در گروه کنترل جایگزین شدند. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره ۷۳ و بالاتر در پرسشنامه دلزدگی زناشویی، کسب نمره ۱۰ و بالاتر در پرسشنامه افسردگی بک و گذشت حداقل ۲ سال از زمان ازدواج فرد از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. داشتن سابقه طلاق در زوجین، ابتلا به مواد مخدر و داروهای روان گردان، داشتن بیماری‌های جسمی و روانشناختی، غیبت بیش از ۲ جلسه از جلسات زوج درمانی هیجان مدار و شناختی-رفتاری، شرکت همزمان در جلسات روانشناختی و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. همچنین احترام به کرامت و حقوق، حریم خصوصی، اسرار و آزادی به زوجین، توضیح اهداف پژوهش برای آنها، کسب رضایت آگاهانه از آنها، اختیاری بودن پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات درمانی، در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به زوجین و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل بعد از پس‌آزمون و پیگیری از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس آمیخته استفاده

1. Johnson
2. Marren
3. Hoppen
4. Kemerer
5. Kemerer

شد. همچنین برای بررسی مقایسه مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بن فرونی[1] و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه دلزدگی زناشویی[2](MBQ) پاینز(۲۰۰۳): این پرسشنامه شامل ۲۰ سوال است که مولفه دلزدگی جسمی[3] با سوالات ۱، ۴، ۷، ۱۰ و ۱۶؛ دلزدگی عاطفی[4] با سوالات ۲، ۳، ۵، ۹، ۱۱، ۱۳ و ۱۷؛ دلزدگی روانشناختی[5] با سوالات ۶، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از پاسخ داده می‌شود که سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ تجربه زیاد عبارت مورد نظر است. به صورت که هرگز نمره ۱، یکبار طی مدتی طولانی نمره ۲، بندرت نمره ۳، گاهی نمره ۴، معمولا نمره ۵، غالبا نمره ۶ و همیشه نمره ۷ تعلق می‌گیرد. سوالات ۳، ۶، ۱۹ و ۲۰ معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده دلزدگی بیشتر فرد است. نقطه برش پرسشنامه ۷۳ می‌باشد(فتوحی و همکاران، ۱۳۹۷). سازنده پرسشنامه برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده کرده است که ضریب همبستگی بعد از یک دوره یک ماهه ۰/۷۶ گزارش کرده است(پاینز، ۲۰۰۳). در داخل ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است(اسدپور و ویسی، ۱۳۹۷). روایی ملاکی پرسشنامه با پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ[6] السون[7] و همکاران(۱۹۸۷) محاسبه و ضریب همبستگی ۰/۴۰- و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است(آرین‌فر و رسولی، ۱۳۹۸). در یک پژوهش دیگر ضرایب آلفای کرونباخ برای دلزدگی جسمی ۰/۸۳، عاطفی ۰/۸۰ و روانشناختی ۰/۸۱(کمالیان و همکاران، ۱۳۹۹) و کل سوالات ۰/۸۴ گزارش شده است(صادقی و همکاران، ۱۴۰۱). در این پژوهش برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در پیش‌آزمون ۰/۷۱، پس آزمون ۰/۹۱ و پیگیری ۰/۸۰ به دست آمد.

سیاهه تجدیدنظر شده افسردگی[8](BDI-II) بک و همکاران(۱۹۹۶): این سیاهه شامل ۲۱ سوال است و نمره‌گذاری آن در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰-۱-۲-۳ می‌باشد و مجموع نمرات بین صفر تا ۶۳ متغیر بوده که نمرات ۰ تا ۹ نشان دهنده فقدان افسردگی، نمرات ۱۰ تا ۱۸ نشان دهنده افسردگی خفیف تا متوسط، نمرات ۱۹ تا ۲۹ نشان دهنده افسردگی متوسط تا شدید و نمرات ۳۰ تا ۶۳ نشان دهنده افسردگی شدید می‌باشد(فارو و پریرا[9]، ۲۰۲۰). نقطه برش سیاهه افسردگی بزرگتر یا مساوی ۱۰ می‌باشد(توسا[10] و همکاران، ۲۰۱۹) و در یک پژوهش دیگر نقطه برش بالاتر از ۱۳ تعیین شده است(مینیتزر[11] و همکاران، ۲۰۲۰). سازندگان سیاهه شاخص‌های روانسنجی سیاهه را بررسی و پایایی سیاهه با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۸۶ برای بیماران روانپزشکی و ضریب ۰/۸۱ برای افراد عادی گزارش کرده‌اند و همچنین روایی همگرایی آن با آزمون افسردگی[12] همیلتون[13](۱۹۷۶) بررسی و ضرایب بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۶ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است(بک و همکاران، ۱۹۹۶). در ایران این سیاهه توسط دابسون و محمدخانی(۱۳۸۶) ترجمه و پایایی و روایی آن بررسی و برای اندازه‌گیری میزان پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضرایب در دامنه ۰/۹۰ تا ۰/۹۱ به دست آورده‌اند و روایی همگرایی آن با نسخه تجدیدنظر شده افسردگی همیلتون ضریب همبستگی ۰/۷۱ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آورده‌اند(دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶). در داخل ایران قابلیت پایایی و روایی سیاهه افسردگی بررسی شده است که در یک پژوهش برای بررسی پایایی سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پایایی کل سیاهه ۰/۹۱ (اللهیار و زینالی، ۱۳۹۹) و ضریب ۰/۹۰ گزارش شده است(شمس و همکاران، ۱۴۰۰). در یک پژوهش نیز برای بررسی روایی همزمان سیاهه افسردگی بک از مقیاس شفقت خود[14] نف[15](۲۰۰۳) استفاده شده است که ضریب همبستگی بین آنها ۰/۲۰- و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است که نشان دهنده روایی همگرایی سیاهه افسردگی بک است(شریفی ساکی و همکاران، ۱۳۹۷). در خارج از کشور نیز قابلیت پایایی و روایی سیاهه افسردگی بک بررسی شده است که در یک پژوهش ضریب ۰/۹۲ به دست آمده است(ژانگ[16] و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین در پژوهش‌های دیگر ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به (دی تلا[17] و همکاران، ۲۰۱۹) و ضریب ۰/۹۰ محاسبه و دست آمده است (مسترز[18] و همکاران، ۲۰۲۱). در این پژوهش برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در پیش‌آزمون ۰/۹۲، پس آزمون ۰/۹۰ و پیگیری ۰/۸۵ به دست آمد.

جلسات زوج درمانی

جدول ۱: جلسات زوج درمانی هیجان مدار اقتباس از جانسون[19](۲۰۱۲) و جلسات زوج درمانی شناختی-رفتاری اقتباس از پژوهش شکراله‌زاده و همکاران(۱۳۹۶)

1. Bonferroni
2. Marital Burnout Questionnaire (MBQ)
3. physical exhaustion
4. emotional exhaustion
5. mental exhaustion
6. Enrich
7. Olson
8. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
9. Faro & Pereira
10. Tusa
11. Meinitzer
12. Hamilton Depression Rating Scale (K-HDRS)
13. Hamilton
14. self- compassion scale (SCS)
15. Neff
16. Zhang
17. Di Tella
18. Meesters
19. Johnson

جلسات زوج درمانی هیجان مدار

گام	جلسه	محتوای جلسه
گام اول: شناسایی	اول	- معرفی و آشنایی اعضای گروه - بررسی انگیزه و انتظار افراد نمونه از شرکت در جلسات درمانی - ارائه تعریف مفاهیم زوج درمانی هیجان‌مدار، رضایت جنسی، ابرازگری جنسی نسبت به همسر و بررسی نظرات زوجین در مورد این مفاهیم - کشف تعاملات مشکل دار - ارزیابی شیوه برخورد زوجین با مشکلات - کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون‌فردی و بین-فردی - سنجش وضعیت ارتباط زناشویی، رضایت جنسی و کیفیت رابطه جنسی
	دوم	**تکلیف:** توجه به حالات هیجانی خوشایند(نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و غیره) و حالات ناخوشایند(خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب) - ارزیابی میزان تعهد نسبت به همسر، روابط فرازناشویی، ترومای دلبستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تاثیرگذار است - ارزیابی میزان ترس زوجین از افشای رازها **تکلیف:** توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر - مشخص کردن الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق شده
	سوم	- کشف ناایمنی دلبستگی و ترس‌های هر کدام از زوجین - کمک به بازتر بودن و خودافشایی زوجین - ادامه پیوستگی درمان **تکلیف:** شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص
	چهارم	- بازسازی پیوند زوجین شامل روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی - گسترش تجربه هیجانی هر کدام از زوجین در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه پذیرش چرخه منفی توسط زوجین - بررسی و تجدید نظر کردن روابط **تکلیف:** ابراز هجانات و عواطف خالص(بدون حاشیه)
	پنجم	- عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی - بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی
گام دوم: تغییر		**تکلیف:** ابراز هیجانات و عواطف خالص(بدون حاشیه) - گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران شامل تعیین تناسب چارجوب بندی درمانگر با تجربه زوجین
	ششم	- عمق بخشیدن با درگیری زوجین - پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود - ارتقای روش‌های جدید تعامل - تمرکز روی خود نه دیگری **تکلیف:** شناسایی ترس‌های زیربنایی و ابراز خواسته و آرزوها
	هفتم	- فعال سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها - درگیری بیشتر زوج با یکدیگر - روشن سازی خواسته‌ها و آرزوهای زوجین **تکلیف:** مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین رابطه
گام سوم: تثبیت	هشتم	- یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت
	نهم	**تکلیف:** کشف راه های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زوج، ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدید که زوج ایجاد کرده‌اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی و ایجاد دلبستگی ایمن **تکلیف:** اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره
	دهم	- اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات - حفظ تغییر تعاملات در آینده - تعیین تفاوت بین الگوی تعامل منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون - حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آنها.

جلسات زوج درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	هدف و محتوی جلسات
۱	در این جلسه اعضای گروه با هم دیگر آشنا شدند، یک جو دوستانه فراهم شد. همچنین پژوهشگر خود را معرفی و چند و چون کار و اهداف جلسه‌ها را بیان کرد ؛ هدف از اجرای پژوهش بیان شد و تعداد جلسات و مدت هر جلسه و همچنین زمان بندی جلسات بیان شد.
۲	در این جلسه نخست زوجین به بیان مشکلات در زندگی مشترک خود پرداختند. هر یک از زوجین مشکلاتی را که مایه کشمکش و تعارض در خانواده می‌شد را بیان کرد و پس از بیان مشکلات، درمانگر با همکاری زوجین به بررسی و اولویت بندی مشکلات مطرح شده پرداخته شد.
۳	روش‌های حل مسئله به زوجین گروه آموزش داده شد. زوجین آموختند به جای سکوت و یا داد و فریاد و به طور کلی استفاده از راهبردهای هیجانی و یا کناره‌گیری از مسائل به شیوه‌های شناختی مسائل را حل کنند.
۴	زوج درمانگر به زوجین مهارت‌های میان فردی سازگارانه را خواهند داد. زوجین آموختند در موقعیت‌های فردی ناخوشایند و اضطراب آور چگونه رفتار نمایند.
۵	در این جلسه نخست تعریف روشنی از تنیدگی برای زوجین ارائه شد. سپس مهارت‌های رویارویی با تنیدگی برای زوجین توضیح داده شد. زوجین مهارت رویارویی با تنیدگی یعنی همان موضع‌گیری در خور در موقعیت‌های تنش آور را خواند آموخت. در بخش دوم این جلسه درمانگر به زوجین روش‌های تنش-زدایی را آموزش داد.
۶	در این جلسه درمانگر به زوجین جرأت ورزی یا همان قاطعیت در رفتار را آموزش داد که در برگیرنده سه مؤلفه قاطعیت در سخن، رد قاطعانه درخواست‌های نابجا و قاطعیت خواهد بود و در دنباله شیوه‌های نامناسب رفتار قاطعانه به اعضای گروه آموزش داده شد.
۷	در این جلسه کوشش شد تا بازسازی شناختی برای زوجین صورت بپذیرد. در بازسازی شناختی باورها، تعبیرها و تفسیرها، خودگویی‌های فرد و فرآیندهای شناختی تحریف شده مورد مداخله نهاده شد. در این جلسه درمانگر سعی در شناسایی تحریف های شناختی ناکارآمد و همچنین آموزش تفکر منطقی تر و سازش یافته تر را به زن و شوهران داشت.
۸	محور اصلی این جلسه پیرامون مثبت اندیشی بود. در این جلسه به زوجین آموزش داده شد که در موقعیت‌های پیچیده و یا موقعیت‌هایی که می‌توانند به تنش و تعارض‌های زناشویی کشیده شوند، به مثبت اندیشی بپردازند و مسائل مشترک زندگی را به شیوه مثبت نگاه کنند تا از بروز بسیاری از تعارض‌های جلوگیری کنند.
۹	زوج درمانگر به زوجین مهارت‌های ارتباطی با تأکید بر دو اصل شامل؛ ۱- مهارت بر گویندگی کار آمد ۲- آموزش مهارت شنونده فعال بودن را آموزش داد. در بخش دوم جلسه درمانگر به آموزش مهارت همدلی پرداخت. در همدلی فرد از طریق ادراک واکنش‌های دیگران از خود پاسخ‌های عاطفی نشان داد.

۱۰	زوج درمانگر به اصول شناختی- رفتاری در مهار خشم پرداخت. در این جلسه کوشش شد تا موقعیت‌های خشم برانگیز در زندگی مشترک به روشنی مشخص شوند و سپس باورهای افراد در مورد موقعیت‌هایی که در زندگی مشترک منجر به خشم می‌شود را تغییر داده شد. در نهای بعد از یک جمع-بندی اختتامیه جلسات اعلام شد.

روش اجرای پژوهش

روش جمع‌آوری و گردآوری اطلاعات در بعد کتابخانه‌ای از مقالات علمی و پژوهشی استفاده شد. در بعد میدانی به منظور نمونه‌گیری از بین زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره، با توجه به اینکه حداقل نمونه لازم در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی در هر گروه حداقل ۱۵ نفر است(دلاور، ۱۴۰۰)، لذا در این پژوهش حجم هر گروه ۱۵ زوج گروه در نظر گرفته شد. به این صورت که ۱۵ زوج(۳۰ نفر) در گروه زوج درمانی هیجان مدار، ۱۵ زوج(۳۰ نفر) در گروه زوج درمانی شناختی-رفتاری و ۱۵ زوج(۳۰ نفر) در گروه کنترل جایگزین شدند. سپس بر روی زوجین هر ۳ گروه در شرایط یکسان پرسشنامه‌های دلزدگی زناشویی، کیفیت زندگی و افسردگی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. بعد از این مرحله گروه‌های آزمایش پس از اخذ موافقت اخلاقی زوج درمانی هیجانی و شناختی-رفتاری و گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای از این رویکردها ندید و به فعالیت‌های معمول و روزمره خود ادامه دادند و در لیست انتظار باقی ماندند. بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر ۳ گروه در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد. در این مرحله هر ۳ گروه در شرایطی مشابه به سوالات پس‌آزمون پاسخ دادند. همچنین بعد از ۲ ماه مرحله پیگیری اجرا شد. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن گروه هیجان مدار به ترتیب ۳۶/۳۰ و ۴/۷۱۴؛ گروه شناختی-رفتاری ۳۶/۹۷ و ۴/۴۲۲ و گروه کنترل ۳۷/۹۰ و ۳/۸۹۹ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با F=۱/۰۲۲ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد(sig=۰/۳۶۴) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می‌باشد. میزان آماره تحلیل خی دو(*Chi-Square*) آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با *Chi-Square*=۴/۲۹۴ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد (sig=۰/۸۳۰) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار دلزدگی زناشویی و افسردگی زوجین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین						انحراف معیار					
		هیجان‌مدار		شناختی		کنترل		هیجان‌مدار		شناختی		کنترل	
		زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
دلزدگی جسمی	پیش‌آزمون	۲۱/۲۷	۲۱/۱۳	۲۱/۱۳	۲۱/۰۷	۲۰/۹۳	۲۱/۱۳	۱/۰۳	۰/۹۹	۰/۹۱	۱/۱۶۳	۱/۷۵	۱/۱۹
	پس‌آزمون	۱۷/۳۳	۱۷/۵۳	۱۸/۴۷	۱۸/۶۷	۲۱/۴۰	۲۰/۹۳	۱/۶۳	۱/۸۸	۱/۲۵	۰/۹۰	۰/۹۹	۱/۱۰
	پیگیری	۱۷/۴۰	۱۷/۷۳	۱۸/۶۰	۱۸/۷۳	۲۱/۳۳	۲۱/۰۰	۱/۶۸	۱/۷۱	۱/۳۵	۰/۸۸	۱/۱۱	۱/۱۳
دلزدگی عاطفی	پیش‌آزمون	۳۱/۶۰	۳۰/۲۷	۳۱/۴۷	۳۰/۵۳	۳۱/۲۰	۳۰/۷۳	۰/۶۳	۰/۸۰	۰/۹۲	۰/۹۲	۱/۲۱	۱/۱۰
	پس‌آزمون	۲۷/۲۷	۲۶/۶۰	۲۸/۲۷	۲۸/۳۳	۳۱/۳۳	۳۰/۶۰	۱/۸۷	۱/۸۰	۰/۹۷	۱/۷۹	۰/۹۸	۱/۲۴
	پیگیری	۲۷/۳۳	۲۶/۶۷	۲۸/۳۳	۲۸/۴۰	۳۱/۴۰	۳۰/۶۷	۱/۸۴	۱/۷۶	۱/۰۵	۱/۸۱	۰/۹۹	۱/۱۸
دلزدگی روانشناختی	پیش‌آزمون	۳۳/۵۳	۳۳/۴۷	۳۲/۹۳	۳۳/۲۷	۳۳/۲۰	۳۳/۲۰	۰/۷۴	۰/۷۴	۱/۳۹	۱/۱۶	۱/۰۱	۱/۰۱
	پس‌آزمون	۲۹/۱۳	۲۹/۰۰	۳۰/۲۰	۳۰/۷۳	۳۳/۰۰	۳۳/۰۰	۱/۶۴	۱/۰۱	۱/۲۶	۱/۷۱	۱/۲۵	۱/۲۵
	پیگیری	۲۹/۲۰	۲۹/۱۳	۳۰/۲۷	۳۰/۸۰	۳۳/۰۷	۳۳/۰۷	۱/۶۱	۱/۰۶	۱/۲۸	۱/۶۶	۱/۳۳	۱/۳۳
نمره کل دلزدگی زناشویی	پیش‌آزمون	۸۶/۴۰	۸۴/۸۷	۸۵/۵۳	۸۴/۸۷	۸۵/۳۳	۸۵/۰۷	۱/۴۵	۱/۱۲	۴۱۱	۲/۲۳	۲/۵۳	۱/۹۱
	پس‌آزمون	۷۳/۷۳	۷۳/۱۳	۷۶/۹۳	۷۷/۷۳	۸۵/۷۳	۸۴/۸۰	۳/۵۹	۳/۲۳	۲/۰۵	۲/۴۰	۲/۱۲	۱/۹۷
	پیگیری	۷۳/۹۳	۷۳/۵۳	۷۷/۲۰	۷۷/۹۳	۸۵/۸۰	۸۴/۸۰	۳/۵۱	۲/۹۲	۲/۱۹	۲/۳۹	۲/۱	۱/۹۸
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۵/۴۰	۱۵/۵۳	۱۵/۰۰	۱۴/۸۷	۱۴/۶۷	۱۴/۸۰	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۳۵	۰/۷۲	۰/۴۱
	پس‌آزمون	۱۲/۶۰	۱۳/۰۰	۱۳/۲۰	۱۳/۰۰	۱۴/۶۰	۱۴/۶۷	۰/۹۳	۰/۶۶	۱/۱۵	۰/۶۴	۰/۸۳	۰/۴۹
	پیگیری	۱۲/۶۷	۱۳/۰۷	۱۳/۳۳	۱۳/۲۰	۱۴/۴۷	۱۴/۷۳	۰/۸۲	۰/۸۰	۰/۹۸	۰/۷۷	۰/۷۴	۰/۴۶

جدول ۲- نتایج توصیفی دلزدگی زناشویی و افسردگی گروه‌های آزمایش(زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری) و گروه کنترل به تفکیک مراحل سنجش(پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در زوجین را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس آمیخته استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی

شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون[1] بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای دلزدگی زناشویی و افسردگی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون گرین هاوس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی مداخلات درمانی استفاده شد که نتایج در جدول ۳- آمده است.

جدول ۳: نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی دلزدگی زناشویی و افسردگی بر اساس زمان، گروه، جنسیت و تعامل آنها

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
دلزدگی جسمی	گروه	۳۵/۳۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	۰/۹۹۹
	جنسیت	۰/۰۰۱	۰/۹۷۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰
	گروه×جنسیت	۰/۱۹۳	۰/۸۲۵	۰/۰۰۵	۰/۰۷۹
دلزدگی عاطفی	گروه	۴۶/۶۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۰/۹۹۹
	جنسیت	۶/۶۹۳	۰/۰۱۱	۰/۰۷۴	۰/۷۲۵
	گروه×جنسیت	۰/۶۰۹	۰/۵۴۶	۰/۰۱۴	۰/۱۴۸
دلزدگی روانشناختی	گروه	۴۰/۸۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹۳	۰/۹۹۹
	جنسیت	۰/۴۷۱	۰/۴۹۵	۰/۰۰۶	۰/۱۰۴
	گروه×جنسیت	۰/۴۶۸	۰/۶۲۸	۰/۰۱۱	۰/۱۲۴
نمره کل دلزدگی زناشویی	گروه	۱۰۶/۰۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶	۰/۹۹۹
	جنسیت	۰/۹۶۰	۰/۳۳۰	۰/۰۱۱	۰/۱۶۲
	گروه×جنسیت	۰/۶۷۷	۰/۵۱۱	۰/۰۱۶	۰/۱۶۰
افسردگی	گروه	۲۰/۲۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲۵	۰/۹۹۹
	جنسیت	۰/۵۸۱	۰/۴۴۸	۰/۰۰۷	۰/۱۱۷
	گروه×جنسیت	۱/۰۱۷	۰/۳۶۶	۰/۰۲۴	۰/۲۲۲

نتایج جدول ۳- نشان داد زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی معنادار است. همچنین عامل جنسیت معنادار نبودند نشان دهنده اثربخش بودن زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری به یک اندازه بر دلزدگی زناشویی زنان و مردان(زوجین) است. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون(پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در نمرات دلزدگی زناشویی در جدول ۴- آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی دلزدگی زناشویی و افسردگی برای بررسی ماندگاری نتایج درمانی

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
دلزدگی جسمی	پیش آزمون	۲۱/۱۱۱	پیش آزمون- پس آزمون	۲/۰۵۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۹/۰۵۶	پیش آزمون- پیگیری	۱/۹۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۱۳۳	پس آزمون- پیگیری	-۰/۰۷۸	۰/۱۵۹
دلزدگی عاطفی	پیش آزمون	۳۰/۹۶۷	پیش آزمون- پس آزمون	۲/۲۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۸/۷۳۳	پیش آزمون- پیگیری	۲/۱۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۸/۸۰۰	پس آزمون- پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۰۵۹
دلزدگی روانشناختی	پیش آزمون	۳۳/۲۶۷	پیش آزمون- پس آزمون	۲/۳۷۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۰/۸۸۹	پیش آزمون- پیگیری	۲/۳۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۰/۹۳۳	پس آزمون- پیگیری	-۰/۰۴۴	۰/۶۱۸
نمره کل دلزدگی زناشویی	پیش آزمون	۸۵/۳۴۴	پیش آزمون- پس آزمون	۶/۶۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۷۸/۶۷۸	پیش آزمون- پیگیری	۶/۴۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷۸/۸۶۷	پس آزمون- پیگیری	-۰/۱۸۹	۰/۰۶۹
افسردگی	پیش آزمون	۱۵/۰۴۴	پیش آزمون- پس آزمون	۱/۵۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۳/۵۱۱	پیش آزمون- پیگیری	۱/۴۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳/۵۷۸	پس آزمون- پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۴۰۲

همان‌طور که جدول ۴- نشان می‌دهد تفاوت میانگین پیش‌آزمون با پس-آزمون(اثر مداخله) و تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری(اثر زمان) بیشتر و معنادارتر از تفاوت میانگین پس‌آزمون و پیگیری(اثر ثبات مداخله) است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی و افسردگی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش‌تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی و افسردگی از آزمون

1. homogeneity of regression

تعقیبی بن فرونی(برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۵- آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی دلزدگی زناشویی و افسردگی برای بررسی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل کننده	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
جسمی	هیجان مدار	۱۸/۷۳۳	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	-۰/۷۱۱	۰/۰۵۱
	شناختی-رفتاری	۱۹/۴۴۴	هیجان مدار	گروه کنترل	-۲/۳۸۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۱۲۲	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۱/۶۷۸	۰/۰۰۱
عاطفی	هیجان مدار	۲۸/۲۸۹	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	-۰/۹۳۳	۰/۰۰۴
	شناختی-رفتاری	۲۹/۲۲۲	هیجان مدار	گروه کنترل	-۲/۷۰۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۰/۹۸۹	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۱/۷۶۷	۰/۰۰۱
روانشناختی	هیجان مدار	۳۰/۵۷۸	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	-۰/۷۸۹	۰/۰۲۴
	شناختی-رفتاری	۳۱/۳۶۷	هیجان مدار	گروه کنترل	-۲/۵۶۷	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۳/۱۴۴	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۱/۷۷۸	۰/۰۰۱
نمره کل دلزدگی	هیجان مدار	۷۷/۶۰۰	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	-۲/۴۳۳	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری	۸۰/۰۳۳	هیجان مدار	گروه کنترل	-۷/۶۵۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۸۵/۲۵۶	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۵/۲۲۲	۰/۰۰۱
افسردگی	هیجان مدار	۱۳/۷۱۱	هیجان مدار	شناختی-رفتاری	-۰/۰۵۶	۰/۹۹۹
	شناختی-رفتاری	۱۳/۷۶۷	هیجان مدار	گروه کنترل	-۰/۹۴۴	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۴/۶۵۶	شناختی-رفتاری	گروه کنترل	-۰/۸۸۹	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵- نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه زوج درمانی هیجان مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین زوج درمانی شناختی-رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی و افسردگی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین بود. نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین موثر بود که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات گریمن و جانسون(۲۰۲۲)، مارن و همکاران(۲۰۲۲)، گودرزی و همکاران(۱۴۰۰) و میرلوحیان و همکاران(۱۴۰۰) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش دلزدگی زناشویی می‌شود گفت که زوج درمانی هیجان‌مدار با شناسایی چرخه دلبستگی و کشف نیازهای اساسی زوجین، به بازسازی موقعیت جدید و بیان احساسات زیربنایی و ارائه راه‌حل‌های جدید می‌پردازد. درمان هیجان‌مدار زمینه مناسبی برای کشف، شناسایی و منظم کردن هیجان و احساسات آشفته ناشی از دلبستگی‌های شکل گرفته از زمان تولد تا بزرگسالی است. در این شیوه زوج درمانی، زوج درمانگر به زوجین برای گسترش و سازماندهی درونی خودش کمک می‌کند و ابراز این تجربه در بردارنده یک شیوه جدید عرضه خود و یک راهکار جدید برای برقراری رابطه با دیگری می‌شود. تأکید بر هیجان، عامل اساسی تغییر در زوج درمانی هیجان‌مدار است. همچنین زوج درمانی هیجان‌مدار از قدرت هیجان برای به حرکت در آوردن زوجین و برانگیختن پاسخ‌های جدید در تعاملات اساسی و مکرری استفاده می‌کند که باعث تحرک در زندگی زناشویی زوجین می‌شود. هیجان باعث پاسخ-های اصلی در روابط نزدیک شده و آنها را سازمان می‌دهد. بنابراین با زوج درمانی هیجان‌مدار زوجین دارای دلزدگی زناشویی یاد می‌گیرند هیجانات منفی خود را ساماندهی و تغییر دهند و از این طریق به نیازهای دلبستگی همدیگر پاسخ دهند. به همین دلیل وقتی زوجین پاسخگو و همدم‌طلبی را در جلسات زوج درمانی هیجان مدار یاد بگیرند، باعث می‌شود که میزان دلزدگی زناشویی آنان کمتر شود. لذا منطقی است که گفته شود زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش دلزدگی زناشویی موثر باشد و اثرات آن در طول زمان نیز ماندگار باشد.

نتایج نشان داد که زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین موثر بود که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات صالحی و همکاران(۱۴۰۰ الف) و صالحی و همکاران(۱۴۰۰ ب) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی می‌شود گفت که منطق احتمالی اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین عبارت است از اینکه کیفیت رابطه زناشویی هر کسی، نتیجه باورها، اندیشه‌ها، رفتار و کردار خویش بوده و به تصمیمات و عملکرد گذشته‌اش مربوط می‌شود. عدم وجود روابط شاد و مثبت و مساعد بین زوجین موجب بروز خستگی و ضعف جسمانی و از پا افتادن عاطفی می‌شود(صالحی و همکاران، ۱۴۰۰ الف). زوج درمانی شناختی-رفتاری به زوجین کمک می-کند امید و نشاط بیشتری در روابط‌شان جاری شود و با اراده بیشتری شروع به بازسازی روابط گذشته خود با همسرشان کنند و همین امر موجب کاهش دلزدگی و کاهش خستگی جسمی و عاطفی در زوجین می‌شود. همچنین می‌توان گفت که زوج درمانی شناختی-رفتاری به زوجین دلزده که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی زناشویی هستند، موجب شده که آگاهی زوجین نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی بالا رود. همچنین با انجام تمرینات جلسات زوج درمانی شناختی-رفتاری و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب دلزدگی آنان شده است، بپردازند (صالحی و همکاران، ۱۴۰۰ الف). اصلاح باورها، انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط زوجین از رفتار یکدیگر باعث دلخوری‌های بی مورد و افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر شده است که در نهایت به کاهش دلزدگی زوجین می-انجامد. لذا منطقی است که گفته شود زوج درمانی شناختی-رفتاری بر

کاهش دلزدگی زناشویی موثر باشد و اثرات آن در طول زمان نیز ماندگار باشد.

نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش افسردگی زوجین موثر بود که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات گریمن و جانسون(۲۰۲۲)، مارن و همکاران(۲۰۲۲)، گودرزی و همکاران(۱۴۰۰) و میرلوحیان و همکاران(۱۴۰۰) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش افسردگی می‌شود گفت که زوج درمانی هیجان‌مدار، با تاکید و نشانه‌گذاری بر رفتارها، افکار و هیجانات منفی به صورت مرحله به مرحله، هیجانات ناسازگار افراد را شناسایی می‌کند و در نهایت با روش‌ها و فنونی سعی در عوض کردن آنها دارد. بر اساس زوج درمانی هیجان‌مدار ریشه هیجانات و رفتارهای زوجین در کودکی و با والدین(مراقبین) شکل می‌گیرد. بنابراین، این رویکرد درمانی ابتدا سعی دارد زوجین را به این بینش برساند که هیجانات اولیه که در رفتار فرد بروز می‌کنند ریشه در هیجانات و عواطف سرکوب شده در دوران کودکی دارند و در اصل هیجانات اولیه‌ای هستند که با تداعی شرایط کودکی در بزرگسالی به شکل دیگری و به صورت هیجانات ثانویه برون‌ریزی می‌شوند. برای مثال از دید نظریه هیجان‌مدار، خشم یک هیجان ثانویه است که در واکنش به هیجان اولیه احساس ناامنی و طرد از طرف مقابل در فرد برانگیخته می‌شود. زمانی که همسری در دسترس و پاسخگو نباشد، طرف مقابل خشمگین می‌شود. به این دلیل که احساسات دلبستگی ناایمن دوران کودکی در او برانگیخته می‌شود و حس طرد شدن و مورد علاقه نبودن و بی‌اهمیت بودن به فرد دست می‌دهد(رئیسی و همکاران، ۱۳۹۷)، که این امر زوجین را به سوی افسردگی سوق می‌دهد. همچنین می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان مدار به دلیل برخوردار بودن از تکنیک‌هایی نظیر آگاهی از هیجانات، پذیرش هیجانات و ابراز مناسب هیجانات می‌تواند موجب تعدیل هیجانات مثبت و منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در زوجین می‌شود و این امر می‌تواند در کاهش افسردگی مؤثر باشد. لذا منطقی است که گفته شود زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش افسردگی موثر باشد و اثرات آن در طول زمان نیز ماندگار باشد.

نتایج نشان داد که زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی زوجین موثر بود که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات صالحی و همکاران(۱۴۰۰ الف) و صالحی و همکاران(۱۴۰۰ ب) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی می‌شود گفت که زوج درمانی شناختی-رفتاری با حل و فصل تعارض‌های میان زوجین از راه آموزش فنونی همچون مهارت حل مسئله، مهارت‌های رویارویی میان فردی، مهارت رویارویی با تنیدگی، مهارت قاطعیت(جرات ورزی)، آموزش فنون بازسازی شناختی، مثبت اندیشی، مهارت‌های ارتباطی و مهارت همدلی به زوجین، به آنان کمک کرده به شیوه مناسبی با مشکل رو به رو شوند(آجری و همکاران، ۱۴۰۰). از آنجا که زوجین افسرده نسبت به کوچکترین شکست‌ها حساس بوده ادراک خود منفی‌گری در آنها تقویت می‌شود، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها به زوجین کمک می‌کند تا احتمال شکست را در رسیدن به برنامه‌های روزانه به حداقل برساند. لذا زوجین با استفاده از زوج درمانی شناختی-رفتاری تشویق می‌شوند و یاد می‌گیرند تا هرگونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش گذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت کنند. این تفکر مثبت خود عامل مهمی در بهبود علائم افسردگی در زوجین به شمار می‌رود. لذا منطقی است که گفته شود زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی موثر باشد و اثرات آن در طول زمان نیز ماندگار باشد.

نتایج نشان داد زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی داشته است که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات گریمن و جانسون(۲۰۲۲)، مارن و همکاران(۲۰۲۲)، گودرزی و همکاران(۱۴۰۰) و میرلوحیان و همکاران(۱۴۰۰) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی می‌شود گفت که در زوج درمانی هیجان مدار، مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقادپذیری(البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می‌دهد و به بازگشت آرامش به زندگی زوج متعارض و حفظ و تداوم رابطه زناشویی کمک می‌نماید؛ افزون بر آن، درمان هیجان مدار به زوجین درگیر تعارضات زناشویی کمک می‌کند تا دوباره با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می‌شود تلاش نمایند(گرینبرگ، ۲۰۱۷؛ به نقل از حسین زاده و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان‌مدار با تأثیر بر سبک برقراری ارتباط مؤثر زوجین با یکدیگر و آشنا شدن آنها با چرخه‌های هم‌کنشی زوجین؛ توسعه پیوند عاطفی؛ شناسایی ترس‌ها، اعتقادات، باورها، و پیشینه دلبستگی زوجین؛ شناسایی هیجانات و درک رابطه رفتار، افکار، هیجان‌ها، و نیازهای دلبستگی هر یک از آنها؛ ایجاد انتظارات واقع‌بینانه در مورد زندگی زناشویی، آموزش زندگی زناشویی مسئولانه به آنها و در نهایت درک اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی به خصوص پس مشکلات زناشویی، موجب ارتقا و بهبود صمیمیت زناشویی بین زوجین می‌شود. بنابراین زوجینی که صمیمیت بیشتری را در زندگی زناشویی خود تجربه کنند، کمتر احساس دلزدگی می‌کنند و نسبت به نیازهای روانشناختی، جنسی و عاطفی همدیگر حساس هستند و در راستای برآورده کردن نیازهای همدیگر تلاش می‌کنند. لذا منطقی است که گفته شود بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد و زوج درمانی هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد.

در نهایت نتایج نشان داد زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی داشته است که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات گریمن و جانسون(۲۰۲۲)، مارن و همکاران(۲۰۲۲)، گودرزی و همکاران(۱۴۰۰) و میرلوحیان و

همکاران(۱۴۰۰) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی می‌شود گفت که درمان هیجان‌مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجانات در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجانات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سال‌متر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت بخشتر می‌باشد. همانطور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش‌بینی، تبیین، نحوهٔ واکنش و کنترل تجارب زندگی به ما کمک می‌کند. هیجان‌ها در حافظه ما ذخیره نمی‌شود، بلکه به وسیله ارزیابی موقعیتی‌هایی که باعث فعال شدن چارچوب هیجانی خاصی می‌شود، دوباره احیا می‌شوند و منجر به مجموعه رفتارهای به خصوصی می‌شوند. در طول درمان هیجان‌مدار، چنین موقعیت‌هایی دوباره طراحی می‌شود تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجانات خود بپردازند و سپس آنها می‌توانند طی این تجربه جدید، هیجانات خود را اصلاح کنند. به این ترتیب هیجانات آنها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می‌شود و در جهت بازسازی تجارب لحظه به لحظه آنها و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می‌شود. با انجام این مرحله از درمان، زوجین از هیجانات خود آگاهی یافته و در فضایی امن با ابراز هیجانات واقعی در موقعیت‌های مختلف زندگی مجموعه رفتارهای جدیدی را از خود نشان می‌دهند و این امر باعث افزایش رضایتمندی زناشویی آنها می‌شود(بابایی گرمخانی و همکاران، ۱۳۹۶). داشتن رضایت زناشویی، در زندگی زوجین باعث می‌شود که نیازهای همدیگر را به موقع برآورده کنند و کمتر به نیازهای همدیگر بی توجه باشند و همین همدم‌طلبی و پاسخگویی به نیازهای همدیگر که در جلسات زوج درمانی هیجان مدار یاد گرفته می‌شود، باعث می‌شود که افسردگی کمتری را تجربه کنند. لذا منطقی است که گفته شود بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی زوجین تفاوت وجود دارد و زوج درمانی هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد.

از آنجایی که این پژوهش تنها بر روی زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر کرمانشاه صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زوجین سایر شهرها به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه‌گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ زوجین سوگیری وجود داشته باشد و به سوالات پاسخ‌های جامعه پسند داده باشند. پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زوجین اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد و به بتوان رفع محدودیت این پژوهش کمک کرد. اقدام به پژوهش‌های کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش سایر مشکلات زوجین مانند ناسازگاری زناشویی، تقاضای طلاق، مدیریت تعارضات و غیره صورت گیرد. انجام پژوهش‌های در مورد مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری با سایر روش‌های زوج درمانی مانند زوج درمانی سیستمی تلفیقی، زوج درمانی پذیرش-تعهد و غیره می‌تواند نتایج مهمی را برای شناخت درمان‌ها و مداخلات مهم برای بهبود مشکلات زناشویی و جنسی در زوجین دست پیدا کرد. مرحله پیگیری در این پژوهش ۲ ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت‌تر و طولانی‌تر(بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به به بررسی تداوم و ماندگاری زوج درمانی هیجان‌مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر روی زوجین پرداخته شود. نتایج نشان داد که، بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش میزان دلزدگی زناشویی زوجین تفاوت وجود دارد و زوج درمانی هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را در زمینه اثربخش بودن زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی شناختی-رفتاری را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر با توجه به اثربخش‌تر بودن زوج درمانی هیجان مدار می‌تواند برای تدوین برنامه‌های درمانی خانواده محور در مراکز مشاوره و مراکز زوج درمانی مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی با برگزاری کارگاه‌های روانشناختی با تاکید بر زوج درمانی هیجان مدار به تحکیم بنیان خانواده و کاهش مشکلات زوجین کمک کنند. نتایج نشان داد که، بین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی زوجین تفاوت وجود دارد و زوج درمانی هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به زوج درمانی شناختی-رفتاری دارد. به عنوان یک نتیجه کاربردی پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره و درمانی با هدف ارتقاء تاب‌آوری زناشویی و کاهش مشکلات زوجین و همچنین افزایش روابط صمیمانه، دوره‌های زوج درمانی هیجان مدار را در قالب گروهی یا فردی در زوجین اجرا نمایند که بتواند زوجین در برابر مشکلات زناشویی تاب‌آوری و استقامت داشته باشند و کمتر درگیر رفتارهای مشکل آفرین زناشویی شوند و از این طریق کیفیت زندگی آنان تقویت شود، و شاهد کاهش افسردگی و کاهش دلزدگی زناشویی آنان باشیم.

موازین اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچگونه آسیب احتمالی برای شرکت کنندگان نداشته است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه است و نویسنده اول مسئول گردآوری داده‌ها و نوشتار مقاله، نویسنده دوم به عنوان راهنما وظیفه نظارت بر نسخه اولیه مقاله و نظارت بر صحت پژوهش و نویسنده سوم مسئول تأیید ابزارها، ویرایش مقاله و اعتبار سنجی انجام پژوهش را به عهده داشتند.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان(زوجین) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

آجری، مارال؛ امیری، حسن؛ حسینی، سعیده السادات؛ و افشاری‌نیا، کریم. (۱۴۰۰). اثر بخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری گروهی بر کیفیت روابط زناشویی، صمیمیت زناشویی، افسردگی زناشویی زنان خیانت دیده. *نشریه علمی و پژوهشی خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۴)، ۷۰-۵۲.

آرین‌فر، نیره؛ و رسولی، رویا. (۱۳۹۸). مقایسهٔ تأثیر زوج درمانی کوتاه مدت راه‌حل محور با زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی زناشویی زوجین. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰(۱)، ۶۰-۴۷.

اسدپور، اسماعیل؛ و ویسی، سعید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، عزت نفس جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۱(۷)، ۱۷-۸.

امینی، افسانه؛ قربان شیرودی، شهره؛ و خلعتبری، جواد. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای مدیریت هیجان مبتنی بر رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی مبتنی بر طرحواره درمانی بر رضایت جنسی و عملکرد خانواده. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۱۸(۴)، ۳۰۶-۲۹۷.

حاتمی، نوشین؛ حیدری، حسن؛ و داودی، حسین. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر دلزدگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین متقاضی طلاق. نشریه *پژوهش‌نامه زنان*، ۱۲(۳۵)، ۴۰-۲۳.

حاجلو، نادر؛ پورعبدل، سعید؛ سراوانی، شهرزاد؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ و موسوی، بابک. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های بهزیستی اجتماعی زوجین دارای تعارض زناشویی. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۱۲(۴۵)، ۱۳۷-۱۱۳.

حسین زاده، زهرا؛ قربان شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد؛ و رحمانی، محمدعلی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی با رویکرد واقعیت درمانی بر باورهای ارتباطی و انتظارات زناشویی زوجین. *سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی*، ۳(۲)، ۱۳-۱.

دابسون، کیت استفان؛ و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک -۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. *نشریه توانبخشی*، ۸(۲۹)، ۸۶-۸۰.

دلاور، علی. (۱۴۰۱). *کتاب روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، چاپ جدید، ویراست پنجم، تهران، انتشارات ویرایش.

رئیسی، سیدجمال؛ محمدی، کوروش؛ زارعی، اقبال؛ و نجارپوریان، سمانه. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و رویکرد تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش ابعاد تاب‌آوری زنان متأهل. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۶(۳)، ۴۸-۳۳.

شریفی ساکی، شیدا؛ علی پور، احمد؛ آقایوسفی، علیرضا؛ محمدی، محمدرضا؛ غباری بناب، باقر؛ و انبیایی، رباب. (۱۳۹۷). بررسی رابطه صبر و شفقت به خود با افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۱۱(۲)، ۴۵-۳۶.

شمس، سوگل؛ حیدری، شعبان؛ و حسن‌زاده، رمضان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر افسردگی و امید در مبتلایان به دیابت نوع دو. *نشریه پژوهش پرستاری*، ۱۶(۱)، ۴۹-۳۹.

صادقی، مسعود؛ خلیلی گشنیگانی، زهرا؛ و عالی‌پور، کبری. (۱۴۰۱). تاثیر آموزش مبتنی بر قدردانی بر احساس مثبت نسبت به همسر و دلزدگی در زنان دارای ناسازگاری زناشویی. *نشریه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۳(۵۱)، ۲۷۹-۲۵۳.

صالحی، حسین؛ جهانگیری، علی؛ و بخشی‌پور، ابوالفضل. (۱۴۰۰ الف). مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش دلزدگی زناشویی زوجین. *نشریه سلامت جامعه*، ۱۵(۱)، ۲۹-۱۹.

صالحی، حسین؛ جهانگیری، علی؛ و بخشی‌پور، ابوالفضل. (۱۴۰۰ ب). مقایسه‌ی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکرد خانواده و انعطاف‌پذیری شناختی زوجین. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*، ۱۰(۴۰)، ۱۷-۱.

صفاری‌نیا، مجید؛ ادب‌دوست، فاطمه؛ شاهنده، مریم؛ و زارع، حسین. (۱۴۰۱). پیش‌بینی دلزدگی زناشویی بر اساس مقایسه اجتماعی و سبک تبادل زوجین. *نشریه علمی ترویجی رویش روانشناسی*، ۱۱(۲)، ۹۴-۸۵.

فتوحی، سکینه؛ میکائیلی، نیلوفر؛ عطادخت، اکبر؛ و حاجلو، نادر. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی زوجدرمانی مبتنی بر فراهیجان با زوج‌درمانی روایتی بر سازگاری و دلزدگی زناشویی زوجین متعارض. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۹(۳۴)، ۱۰۱-۷۷.

کمالیان، تهمینه؛ میرزا حسینی، حسن؛ و منیرپور، نادر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی روش طرحواره‌های هیجانی با روش تمایزیافتگی خود بر دلزدگی زناشویی زنان. *مجله روانشناسی کاربردی*، ۱۴(۱)، ۳۳-۹.

گودرزی، امیرحسین؛ کیخسروانی، مولود؛ دیره، عزت؛ و گنجی، کامران. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجانمدار بر دلزدگی زناشویی و تعهد اخلاقی در زوجین متقاضی طلاق. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۹(۵)، ۱۲۶-۱۱۷.

اللهیار، اشرف؛ و زینالی، علی. (۱۳۹۹). مدل کاهش سوءمصرف مواد در نوجوانان دیابتی: نقش افسردگی و استرس با میانجیگری مهارت‌های حل مسئله و تعارض. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۳(۲)، ۱۳۷-۱۲۶.

میرلوحیان، میترا؛ علیزاده، زهرا؛ زارع حسین زادگان، زهره؛ آشکار، زهرا؛ بازگونه، آدینه؛ و سام خانیانی، اسحاق. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و واقعیت درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی و انعطاف پذیری کنشی زوجین با مشکلات زناشویی. *نشریه علمی و پژوهشی خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۲)، ۲۶۹-۲۵۰.

Allen, S., Hawkins, A. J., Harris, S. M., Roberts, K., Hubbard, A., & Doman, M. (2022). Day-to-day changes and longer-term adjustments to divorce ideation: Marital commitment uncertainty processes over time. *Family Relations*, *71*(2), 611-629.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.). Washington, DC. American Psychiatric Press

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation

Bodenmann, G., Kessler, M., Kuhn, R., Hocker, L., & Randall, A. K. (2020). Cognitive-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapy: Similarities and Differences. *Clinical Psychology in Europe*, *2*(3), 1-12.

Catino, M., Rocchi, S., & Marzetti, G. V. (2022). The network of interfamily marriages in'Ndrangheta. *Social Networks*, *68*(1), 318-329.

De Oliveira, L., Carvalho, J., & Nobre, P. (2021). A systematic review on sexual boredom. *The Journal of Sexual Medicine*, *18*(3), 565-581.

Dew, J., Trujillo, S., & Saxey, M. (2022). Predicting marital financial deception in a national sample: A person-centered approach. *Family Relations*, *1*(2), 1-10.

Di Tella, M., Ghiggia, A., Testa, S., Castelli, L., & Adenzato, M. (2019). The Fear of Pain Questionnaire: Factor structure, validity and reliability of the Italian translation. *PloS one*, *14* (1), e0210757.

Dollahite, D. C., Marks, L. D., & Wurm, G. J. (2019). Generative devotion: A theory of sacred relational care in families of faith. *Journal of Family Theory & Review*, *11*(3), 429-448.

Faro, A., & Pereira, C. R. (2020). Factor structure and gender invariance of the Beck Depression Inventory–second edition (BDI-II) in a community-dwelling sample of adults. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, *8*(1), 16-31.

Franz, D., Caffery, C., Cheng, Y., Hua, E., Capron, C. G., Allmendinger, A., & Chronister, K. (2023). Emotion Focused Therapy and Chinese American Clients: An Exploration Using the Cultural Lens Approach. *International Journal of Systemic Therapy*, 1-24.

Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*, *43*, 146-150.

Hamilton, M. A. X. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British journal of social and clinical psychology*, *6*(4), 278-296.

Harasymchuk, C., Lonn, A., Impett, E. A., & Muise, A. (2022). Relational boredom as an obstacle for engaging in exciting shared activities. *Personal Relationships*, *1*(1), 1-10.

Harasymchuk, C., Peetz, J., Fehr, B., & Chowdhury, S. (2021). Worn out relationship? The role of expectations in judgments of relational boredom. *Personal Relationships*, *28*(1), 80-98.

Hollist, C. S., Miller, R. B., Falceto, O. G., & Fernandes, C. L. C. (2007). Marital satisfaction and depression: a replication of the Marital Discord Model in a Latino sample. *Family process*, *46*(4), 485-498

Holmström, É. (2023). Enhancing the effects of emotion-focused individual and couples therapy by nonviolent communication. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *22*(1), 23-40.

Jenkins, A. I., Fredman, S. J., Le, Y., Mogle, J. A., & McHale, S. M. (2022). Religious Coping and Gender Moderate Trajectories of Marital Love among Black Couples. *Family process*, *61*(1), 312-325.

Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.

Kang, M., Selzer, R., Gibbs, H., Bourke, K., Hudaib, A. R., & Gibbs, J. (2019). Mindfulness-based intervention to reduce burnout and psychological distress, and improve wellbeing in psychiatry trainees: a pilot study. *Australasian Psychiatry*, *27*(3), 219-224.

Kemerer, B. M., Zdaniuk, B., Higano, C. S., Bossio, J. A., Camara Bicalho Santos, R., Flannigan, R., & Brotto, L. A. (2023). A randomized comparison of group mindfulness and group cognitive behavioral therapy vs control for couples after prostate cancer with sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, *20*(3), 346-366.

Kemerer, B. M., Zdaniuk, B., Higano, C. S., Bossio, J. A., Camara Bicalho Santos, R., Flannigan, R., & Brotto, L. A. (2023). A randomized comparison of group mindfulness and group cognitive behavioral therapy vs control for couples after prostate cancer with sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, *1*(1), 1-10.

Lu, F., Huang, X., Xu, E., Chung, C. N., & He, X. (2022). Instrumental love: Political marriage and family firm growth. *Management and Organization Review*, *18*(2), 279-318.

Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *29*(5), 1611-1625.

Meesters, Y., Sijbrandij, J. J., Visser, E., & de Beurs, E. (2021). Sensitivity to change of the Beck Depression Inventory versus the Inventory of Depressive Symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *281*(2), 338-341.

Meinitzer, S., Baranyi, A., Holasek, S., Schnedl, W. J., Zelzer, S., Mangge, H., & Enko, D. (2020). Sex-Specific Associations of Trimethylamine-N-Oxide and Zonulin with Signs of Depression in Carbohydrate Malabsorbers and Nonmalabsorbers. *Disease Markers*, *2020*.

Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, *2*(2), 85-101.

Olson, D. H., Fournier, D. G., & Druckman, J. M. (1987). Counselor's manual for Prepare//Enrich (Rev. ed). Minneapolis.

Pines, A.M. (2003). The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*, *1*(2), 170-180.

Riemann, D., Krone, L. B., Wulff, K., & Nissen, C. (2020). Sleep, insomnia, and depression. *Neuropsychopharmacology*, *45*(1), 74-89.

Tang, F., Liang, J., Zhang, H., Kelifa, M. M., He, Q., & Wang, P. (2020). COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Psychology & health*, *5*(5), 1-15.

Tusa, N., Koponen, H., Kautiainen, H., Korniloff, K., Raatikainen, I., Elfving, P., & Mäntyselkä, P. (2019). The profiles of health care utilization among a non-depressed population and patients with depressive symptoms with and without clinical depression. *Scandinavian journal of primary health care*, *37*(3), 312-318.

Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N. L., & Kaslow, N. J. (2019). Self-criticism and depressive symptoms: mediating role of self-compassion. *Omega-Journal of Death and Dying*, *80* (2), 202-223.