

## اثربخشی درمان هیجان مدار (eft) بر خودگویی های درونی در زنان آسیب دیده از خیانت شهرستان کاشمر

ملیحه سیستانی شمس آبادی<sup>۱</sup> و زهرا عاصمی<sup>۲\*</sup>

۱ کارشناسی ارشد بالینی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران

۲ گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران (نویسنده مسئول). Z.asemi@yahoo.com

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان هیجان محور بر خودگویی درونی زنان آسیب دیده از خیانت شهر کاشمر بود. به لحاظ ماهیت و اهداف، پژوهش از نوع کاربردی و روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش را ۶۸ زن آسیب دیده از پیمان شکنی همسر در شهر کاشمر در سال ۱۴۰۰ که در پاسخ به فراخوان عمومی به صورت داوطلبانه، تشکیل دادند. از میان آنها یک نمونه ۳۰ نفری به روش نمونه گیری در دسترس و براساس ملاک های ورود و با استفاده از پرسشنامه خودگویی کالوت و همکاران (۲۰۰۵)، انتخاب شدند، و در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). که گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه (۶۰ دقیقه ای) تحت درمان هیجان محور قرار گرفت. برای تحلیل داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد و یافته ها حاکی از آن بود که در مرحله پس آزمون میانگین نمرات افراد گروه آزمایش خودگویی مثبت نسبت به گروه کنترل افزایش و در خودگویی منفی نسبت به گروه کنترل کاهش معنی دار داشته است ( $P < 0/05$ ). نتایج پژوهش نشان داد درمان هیجان مدار (eft) خودگویی های درونی زنان آسیب دیده از خیانت شهرستان کاشمر، مؤثر می باشد و باعث افزایش خودگویی مثبت و کاهش خودگویی های منفی در آنها شده است.

**واژه های کلیدی:** درمان هیجان مدار، خودگویی درونی، زنان آسیب دیده از خیانت

## مقدمه

سالمندی را می‌توان از دیدگاه‌های متعددی تعریف کرد. در بسیاری از کشورها افراد ۶۰ سال و بالاتر به عنوان افراد سالمند خانواده به عنوان واحد اجتماعی، کانون رشد و تکامل، التیام و شفا دهندگی، تغییر و تحول، آسیب‌ها و عوارض است، که هم بستر شکوفایی و هم بستر فروپاشی روابط میان اعضایش می‌باشد. (شعاع کاظمی، ۱۳۸۹).

دیگر اهمیت بنیان خانواده، این است که سلامت عاطفی و روانی افراد جامعه در گرو سلامت خانواده و سلامت خانواده وابسته به تداوم روابط زن و شوهر است. (اسماعیل پور، خواجه، مهدوی، ۱۳۹۲).

با توجه به این که یکی از ویژگی‌های مهم و عامل مؤثر بر سلامت خانواده، تداوم عضویت در آن و به نوعی تعهد و وفاداری به آن می‌باشد و با توجه به مطالعات باگاروزی (۲۰۰۱)، خیانت در ازدواج به معنای بی وفایی و عدم تعهد به رابطه متعهدانه زوجین و برقراری هر گونه ارتباط عاطفی و جنسی با جنس مخالف خارج از تعهد مزبور است. (جعفری، ۱۳۹۷) خیانت زناشویی پدیده‌ای است که اغلب به خاطر برطرف شدن نیازهای عاطفی یا جنسی فرد، از طریق روابط خارج از حیطه زناشویی به وقوع می‌پیوندد. (عبدالملکی، اعظم آزاده و قاضی نژاد، ۱۳۹۴). پارکر و کمپل<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) خیانت زناشویی را به عنوان دردناک‌ترین و زیان‌آورترین حادثه‌ای که رابطه صمیمانه زوج‌ها را تخریب ساخته و پیوندهای ایمن ایشان را از هم می‌گسلد، شناخته‌اند. آن‌ها معتقدند که این واقعه شوم، وفاداری زوجها نسبت به ازدواج را سست نموده، ساختار و ثبات رابطه میان آنها را تخریب و در صورت درمان نشدن به طلاق و جدایی می‌انجامد (دهقانی، اصلانی، ۱۳۹۹). کالوت و همکارش<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) خودگویی (بیان خود، افکار خودآیند؛ گفتار درونی) نقش مهمی را در رابطه‌ی بین حوادث و هیجانات، بازی می‌کند. تعریف‌های متعددی از خودگویی وجود دارد. خودگویی می‌تواند به عنوان محصول شناختی تعریف شود که در آن چه افراد به خود می‌گویند، اظهار نمودن فکریا عقیده در مورد یک شخص، جهان و روابط با دیگران، انعکاس می‌یابد (علوی، امیرپور، مدرس غروی، ۱۳۹۲). مایکنیام (۱۹۸۵)، تأثیر خودگویی‌های شخصی بر عوامل شناختی، هیجانی و سوگیری‌های پردازش اطلاعات را انکارناپذیر می‌داند و معتقد است شناخت‌های ما همان گفتگوهای درونی‌اند. این گفتگوهای درونی، چگونگی پاسخی است که ما به طور درونی به آنچه برایمان رخ می‌دهد، می‌دهیم و آن تفکر، احساسات و عمل ما را تعیین می‌کند. با کنترل گفتگوی درونی می‌توان زندگی را کنترل کرد. مایکنیام خودگویی را پیامد اصلی کارکردهای شناختی می‌داند که در زمینه حل مسئله و پاسخ به موقعیتهای استرس‌زا، احساس تنهایی، واکنش‌های فیزیولوژیک و ایجاد رفتارهای سازگارانه نقش اساسی دارد (ریکل، اسنایدرواسپیناس، ۲۰۱۳؛ نقل از بابایی، ۱۳۹۸). این باور وجود دارد که همسران قربانی خیانت با تأثیر از شرایط تنش‌زای ایجادشده در زندگی مشترک، علاوه بر تجربه علائم روان‌تنی، ذهنیت و احساسشان راجع به خودشان نیز تغییر می‌کند. آن‌ها خود را در هم شکسته، بی‌ارزش و متفاوت از تصویری می‌بینند که از خود داشته‌اند، راجع به خود منفی فکر می‌کنند و بر نقاط ضعف خود متمرکز می‌شوند. آن‌ها باور دارند جایگاهی در زندگی ندارند؛ به همین دلیل حس ارزشمندی و حرمت نفس در آنها کاهش می‌یابد. با این اوصاف، ماهیت تفکر زنان قربانی خیانت می‌تواند به طور مستقیم بر چگونگی احساس آنها نسبت به خود تأثیر بگذارد. این خودگویی درونی منفی، بر افکار آنها تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین استفاده از خودگویی مثبت مهم به نظر می‌رسد؛ به صورتی که بر افکار همسر خیانت دیده تأثیر بگذارد و تعادل روانی و هیجانی او را حفظ کند (هیز و همکاران، ۲۰۱۹). از این رو شناسایی راهکارهای درمانی مؤثر در این زمینه مورد دغدغه درمانگران خانواده بوده است. در همین زمینه دو تن از پژوهشگران و پیشگامان عصر حاضر در حوزه‌ی زوج درمانی "سوزان جانسون و گرینبرگ"<sup>۳</sup> رویکرد

1. Bagarozzi
2. Parker & Campbell
3. Calvete E, Cardenoso O
4. Self-statement
5. Automatic Thought
6. Inner speech
7. Reichl, C., Schneider, J.F & Spinath, F.M
8. Hase, A., Hood, A., Moore, L. J & Freeman, P
9. Johnson & Greenberg

درمانی را معرفی کرده‌اند. این رویکرد با عنوان زوج درمانی هیجان-محور معرفی شده است. زوج درمانی هیجان مدار توسط جانسون و گرینبرگ در اوایل دهه‌ی ۱۹۸۰ بر اساس نظریه‌ی سیستمی، درمان انسانگرا و تجربی و نظریه‌ی این موضوع باعث شده، تمرکز اخیر روانشناسان بر هیجان‌ات به عنوان عامل اصلی مشکلات زناشویی، انقلابی را در رویکردهای زوج درمانی ایجاد کرده و رویکرد زوج درمانی هیجان مدار را بوجود آورده است. در رویکرد زوج درمانی هیجان محور، مراجع محور، گشتالت و رویکرد سیستمی با تفکر ساختی، اشتیاق و تعهد و نگاهی به روابط عاشقانه که به بهترین نحو در نظریه دل‌بستگی بیان شده است، با هم ترکیب می‌شوند (جانسون، ۲۰۰۴؛ نقل از ضیا الحق و همکاران، ۱۳۹۱). به عقیده جانسون (۲۰۰۴) در نهایت رشد اخیر زوج درمانی هیجان محور هم پای نظریه و دانش زوج درمانی به طور کلی، این رویکرد را برای کار با زوج‌ها در دنیای امروز جذاب نموده است. لازم است بر اساس این نظریه عوامل که با درگیر بی وفایی زناشویی و مسائل عاطفی منفی نظیر خشم، حسادت، احساس حقارت، ناامیدی و عدم اعتماد مواجه است، مداخلات لازم جهت کاهش این موارد صورت گیرد (امین الریائی، ۱۳۹۷). اهمیت مسئله‌ی فرازناشویی و متغیرها و زوج درمانی‌های مؤثر بر آن، ایجاب کرده است که پژوهش‌های متعددی در این زمینه انجام بگیرند پژوهش‌های متعددی اثربخشی این روش درمانی در حیطه‌های مختلف را نشان داده‌اند. در تحقیقی اثربخشی ترکیب دو رویکرد درمانی اخلاق مدار (بخشایشگری) و هیجان مدار بر سخت رویی و نگرش به طلاق در زنان متقاضی طلاق نشان داده شد که تلفیق دو رویکرد درمانی اخلاق مدار (بخشایشگری) و هیجان مدار بر سخت رویی و نگرش به طلاق در زنان متقاضی طلاق تأثیر دارد لازم به ذکر است، ماندگاری اثر درمان بعد از دو ماه حفظ شده استن (امنی، مذهب یوسفی، روزبهانی، ۱۴۰۱) در تحقیق کریم نژاد (۱۴۰۱) که به بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار، بر علائم آسیب پس از سانحه در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی انجام شد نشان داد درمان هیجان مدار به طور معناداری، بر کاهش علائم آسیب پس از سانحه در گروه مورد نظر، مؤثر می‌باشد. پژوهش تیموری زاده، جمال پور، فرزاد، میرزایی، (۱۴۰۰) تحت عنوان « اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار در درمان مشکلات زناشویی زوجین » نشان داد که زوج درمانی هیجان به صورت معناداری در کاهش و درمان مشکلات زوجین اثربخش بوده است. همچنین پژوهش‌های کانولیزابات و همکاران (۲۰۲۰) الیوت و شاهر (۲۰۱۹) شاهار، بار کالیفا و آلن (۲۰۱۷) کوکو-چیوهان ا (۲۰۱۵) هر یک اثربخشی درمان هیجان مدار را در حیطه‌های مختلف گزارش نمودند. اهمیت خانواده و انسجام آن از مسائل بسیار مهم می‌باشد. چرا که خانواده عنصر اصلی جامعه و سلامت آن، سالم بودن جامعه را تضمین می‌کند. خانواده‌ای که از خیانت آسیب دیده است، دچار تنشج و تزلزل می‌شود. یکی از مهم‌ترین اقدامات می‌تواند مداخلات درمانی باشد، تا خانواده را از تزلزل و صدمه نجات دهد. این مداخلات درمانی می‌تواند کمک و راهنمایی برای همسران آسیب دیده از خیانت باشد تا بتوانند این صدمه‌ای که به روح و روان آن وارد شده است را التیام بخشند، واز این طریق گام مهمی در انسجام بخشیدن به خانواده‌های متلاشی برداشته شود از این رو پژوهش حاضر قصد دارد تا با بکارگیری درمان هیجان محور در جهت بهبود بخشیدن به خودگویی‌های درونی در زنان آسیب دیده از خیانت در شهرستان کاشمرگامی مؤثر بردارد. با توجه به اینکه خودگویی‌های درونی از عوامل مؤثر بر هیجان‌ات و خود هیجان‌ات طبق پژوهش‌ها به عنوان عامل مؤثری بر مشکلات زناشویی می‌باشند. بنا براین این پژوهش این مسئله را بررسی می‌کند که آیا مداخلات درمانی هیجان مدار می‌تواند بر روی خود گویی‌های درونی زنان آسیب دیده از خیانت مؤثر واقع شود؟

## روش

جامعه آماری پژوهش را ۶۸ زن آسیب دیده از پیمان شکنی همسر در شهر کاشمر در سال ۱۴۰۰ که در پاسخ به فراخوان عمومی به صورت داوطلبانه، تشکیل دادند. از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند با توجه به ملاکهای ورود که شامل رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۵ سال، گذشتن حداقل ۳ سال از زندگی مشترک بود. انتخاب گردیدند. و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شد (هر گروه ۱۵ نفر).

1	Cnnolly-Zubot & etal	0
1	lliott & Shaha	1
1	Shaha& Br-Kalif& Aon	2

## روش اجرای پژوهش

روش اجرا به این صورت بود که به منظور انتخاب نمونه ابتدا از طریق فضای مجازی و درج اطلاعیه در گروهها اعلام شد که یک دوره آموزشی برای زنان خیانت دیده برگزار خواهد شد. از متقاضیان خواسته شد آمادگی خود را اعلام کنند. همچنین توضیح داده شد که این دوره آموزشی در راستای یک پژوهش دانشگاهی انجام می‌شود اما اطلاعات شرکت کنندگان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند برای این که از سوگیری در پاسخ دهی جلوگیری شود، از آزمودنیها خواسته شد که نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی آنها نمی‌باشد در فراخوان اولیه بیش از ۶۸ نفر اعلام آمادگی کردند. اما در مصاحبه اولیه ۳۰ نفر از کسانی که خیانت همسرشان برای آنها محرز شده بودو شرایط ملاک وردی پژوهش را داشتند به عنوان آزمودنی‌های تحقیق در نظر گرفته شدند و بصورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. قابل ذکر است که با توجه به در دسترس بودن نمونه، پرسشنامه‌های استاندارد بین خانم‌هایی که در کارگاه آشنایی با هیجان جهت انسجام خانواده (در زمینه‌ی مسئله‌ی خیانت) شرکت کرده بودند، (در جلسه دوم) توزیع شد. جلسه اول به معارفه پرداخته شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش بر اساس پروتکل درمان هیجان مدار قرار گرفتند. جلسات به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه برگزار گردید و این در حالی است که گروه گواه مداخله‌ای را دریافت نکرد، در پایان دوره، دوباره خود گویی‌های درونی بر روی هر دو گروه کنترل و آزمایش اجرا گردید. این فرایند جمع آوری داده‌ها به مدت ۲ ماه طول کشید

## ابزار پژوهش

### پرسشنامه‌ی خود گویی درونی کالوت (ST)

پرسشنامه خودگویی کالوت به وسیله کالوت و همکاران (۲۰۰۵)، تهیه شده است و ابزاری خودگزارشی برای سنجش خودگویی مثبت و منفی در بزرگسالان است که دارای دو مقیاس خودگویی مثبت و خودگویی منفی است. ضریب آلفای گزارش شده برای مقیاس خودگویی منفی ۰/۹۰ و برای مقیاس خودگویی مثبت ۰/۸۰ است. از نظر روایی همگرای پرسشنامه، روابط معنی‌داری بین نمرات این پرسشنامه و نمرات افسردگی، اضطراب و استرس به دست آمده است (کالوت و همکاران، ۲۰۰۵). برای اجرای آن از آزمودنی خواسته می‌شود نخست موقعیت‌هایی را تصور کند سپس هر یک از ۵۲ عبارت پرسشنامه را در یک طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای پاسخ دهد. نمره به دست آمده از ۲۶ مورد از آیتم‌ها که بین ۲۶ و ۱۰۴ قرار دارد، نشان دهنده میزان خودگویی‌های منفی آزمودنی است. کالوت و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که در جمعیت بالینی نمره خودگویی منفی ۶۰ به بالا به دست می‌آید. روایی و پایایی پرسشنامه خودگویی کالوت در ایران به وسیله جولای مجیدی (۱۳۹۳) و علوی و همکاران (۱۳۹۲) مورد تأیید قرار گرفته است. علوی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودگویی منفی را ۰/۸۱ و برای مقیاس خودگویی مثبت ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین نشان دادند خودگویی منفی، همبستگی مثبت معنی‌داری با دو مؤلفه افسردگی و اضطراب دارد.

## روش مداخله

گام‌های درمان	محور تمرکز درمان و فنون و روشهای درمانی
اول	ایجاد رابطه و نیز تعارضات بر حسب دلبستگی بررسی گردید.
دوم	چرخه تعاملی منفی که باعث تعارضات می‌شوند، مشخص شد.
سوم	هیجان‌ات تأیید نشده که وضعیت‌های تعاملی را تعیین می‌کنند، مشخص گردید
چهارم	مشکل بر حسب چرخه تعاملی منفی با تأکید بر هیجان‌ات و نیازهای دلبستگی چارچوب بندی مجدد شد.
پنجم	همانندسازی با هیجان‌ات دلبستگی، نیازها و جنبه‌های پذیرفته نشده خود افزایش داده و این موارد نیز در تعاملات وارد گردید.
ششم	پذیرش تجارب تازه، و نیز واکنشهای تعاملی جدید مراجعین ارتقاء داده شد.
هفتم	ابراز نیازها، خواسته‌ها و ایجاد درگیری عاطفی برای شکل دهی مجدد دلبستگی تسهیل گردید.

هشتم	به ظهور راه حل‌های جدید برای مشکلات رابط‌های قبلی کمک شد.
نهم	وضعیت‌ها و چرخه‌های جدید رفتارهای دل‌بستگی ایجاد و تحکیم انجام شد.

پس از بررسی و جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه با استفاده از روش‌های آماری شامل آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت نمرات پس از آزمون بین دو گروه بعد از اجرای مداخله درمانی، استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS-25 انجام شد. از جمله ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود: کلیه پاسخ دهنده‌ها به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. جلسات آموزشی به صورت رایگان و در موسسه ی مهد قرآن کاشمر برگزار گردید

#### یافته ها

#### الف) یافته های توصیفی

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی، "گروه آزمایش و" گروه کنترل (" هر گروه ۱۵ نفر)

	زیرگروه	گروه کنترل فراوانی(درصدفراوانی)	گروه آزمایش فراوانی(درصدفراوانی)
سن	پایین‌تر از ۲۰ سال	۲(13.3)%	۱(6.7)%
	تا ۳۵ سال 21	۳(20.0)%	۴(26.7)%
	تا ۵۰ سال 36	۸(53.3)%	۸(53.3)%
	سال و بالاتر 51	۲(13.3)%	۲(13.3)%
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۶(40.0)%	۸(53.3)%
	فوق دیپلم	۱(6.67)%	۱(6.7)%
	لیسانس	۵(33.33)%	۳(20.0)%
	فوق لیسانس و بالاتر	۳(20.0)%	۳(20.0)%
اشتغال	خانه دار	۷(46.7)%	۶(40.0)%
	کارمند	۶(40.0)%	۵(33.33)%
	آزاد	۲(13.3)%	۴(26.67)%
سال های گذشته از ازدواج	متغیرها دیگر	میانگین $\pm$ معیار انحراف	میانگین $\pm$ معیار انحراف
		16.732 <sub>+</sub> 7.200	9.499 <sub>+</sub> 17.24

بر اساس اطلاعات جدول ۱ زیر در گروه آزمایش ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) شرکت کنندگان پایین‌تر از ۲۰ سال، ۴ نفر (معادل ۲۶/۷ درصد) بین ۲۱ تا ۳۵ سال، ۸ نفر (معادل ۵۳/۳ درصد) بین ۳۶ تا ۵۰ سال و ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) ۵۱ سال و بالاتر هستند. به همین صورت در گروه کنترل ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) شرکت کنندگان پایین‌تر از ۲۰ سال، ۳ نفر (معادل ۲۰/۰ درصد) بین ۲۱ تا ۳۵ سال، ۸ نفر (معادل ۵۳/۳ درصد) بین ۳۶ تا ۵۰ سال و ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) ۵۱ سال و بالاتر سن دارند. همچنین در گروه آزمایش ۶ نفر (معادل ۴۰/۰ درصد) خانه دار، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) کارمند و ۴ نفر (معادل ۲۶/۶۷ درصد) دارای شغل آزاد هستند. به همین صورت در گروه کنترل ۷ نفر (معادل ۴۶/۷ درصد) خانه دار، ۶ نفر (معادل ۴۰/۰ درصد) کارمند و ۲ نفر (معادل ۱۳/۳ درصد) دارای شغل آزاد هستند. در گروه آزمایش ۸ نفر (معادل ۵۳/۳

درصد) شرکت کنندگان دیپلم و پایین تر، ۱ نفر (معادل ۶/۷ درصد) فوق دیپلم، ۳ نفر (معادل ۲۰/۰ درصد) لیسانس و ۳ نفر (معادل ۲۰/۰ درصد) فوق لیسانس و بالاتر هستند. به همین صورت در گروه کنترل ۶ نفر (معادل ۴۰/۰ درصد) شرکت کنندگان دیپلم و پایین تر، ۱ نفر (معادل ۶/۶۷ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد) لیسانس و ۳ نفر (معادل ۲۰/۰ درصد) فوق لیسانس و بالاتر هستند. میانگین طول مدت ازدواج شرکت کنندگان گروه آزمایش ۱۷/۲۴ سال و گروه کنترل ۱۶/۷۳ سال می باشد.

#### جدول شماره ۲ شاخص های توصیفی - نمرات پیش آزمون و پس آزمون خودگویی های درونی

متغیر	نوع آزمون	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خودگویی مثبت	پیش آزمون	75.000	11.097	74.200	12.353
	پس آزمون	81.267	11.835	74.933	12.493
خودگویی منفی	پیش آزمون	38.467	10.789	37.067	9.565
	پس آزمون	32.000	7.737	37.267	9.043

در جدول شماره ۲ شاخص های توصیفی خودگویی های درونی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل آمده است. بر اساس این شاخص ها، میانگین خودگویی مثبت گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون، به اندازه ۶/۳۶ نمره افزایش و در کنار آن میانگین گروه کنترل، کمتر و به اندازه ۰/۷۳ نمره افزایش یافته است. بعلاوه میانگین خودگویی منفی گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون، به اندازه ۶/۴۶ نمره کاهش و در مقابل آن میانگین گروه کنترل به اندازه ۰/۲۰ نمره افزایش یافته است.

#### ب) یافته های استنباطی

روش این پژوهش نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در آن، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود؛ بنابراین برای آزمون فرضیه ها از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا و قبل از اجرای آزمون، پیش شرط های استفاده از آزمون های پارامتریک بررسی شد. بدین صورت که ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها در گروه ها با استفاده از آزمون شاپیروویلیک بررسی گردید نتایج آزمون شاپیروویلیک نشان داد که سطوح معنی داری به دست آمده هم در مورد سرمایه روانشناختی و هم در مورد خودگویی های درونی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون های پارامتریک بلا مانع می باشد. در گام بعدی پیش شرط تساوی واریانسها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد همچنین نتایج آزمون لون نشان می دهد که واریانس همه متغیرهای پژوهش بین دو گروه، بجز خودگویی مثبت همسان بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ( $P > 0/05$ )، بنابراین فرض همسانی واریانسها پذیرفته می شود. در مورد خودگویی مثبت از آنجاییکه داده ها نرمال هستند و افراد به تصادف در گروه ها قرار داده شده اند و نیز حجم گروه ها برابر هستند، می توان از آن چشم پوشی کرد

#### جدول ۳ آزمون باکس برای فرض همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس

ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
.451	.139	3	141120	.937

نتایج آزمون باکس در جدول شماره ۳ نشان داد که سطح معنی داری ام باکس بیشتر از ۰/۰۵ می باشد؛ بنابراین ماتریس کوواریانسها همگن هستند و از آزمون لامبدای ویلکس استفاده می شود.

جدول ۴ تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به تأثیر درمان هیجان مدار بر ابعاد خودگویی های درونی

نوع آزمون	منبع تغییرات	ارزش (مقدار)	آماره F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	گروه	.520	13.531	2	25	.001	.520
لامبدای ویکلز	گروه	.480	13.531	2	25	.001	.520
اثر هاتلینگ	گروه	1.082	13.531	2	25	.001	.520
بزرگ‌ترین ریشه روی	گروه	1.082	13.531	2	25	.001	.520

جدول شماره ۴ نتایج آزمون چند متغیری را گزارش می‌کند. همانطور که مشاهده می‌شود، سطح معناداری F کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد (P-value > ۰/۰۵ و  $f_{(2, 25)} = ۱۳/۵۳$ )، بنابراین اثر کلی گروه معنی‌دار است. از این‌رو، بین دو گروه آزمایش و کنترل در یک یا هر دو بعد خودگویی های درونی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در ادامه جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام بعد وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره و همچنین نتایج مربوط به میانگین نمره‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون آمده است.

جدول ۵ خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان هیجان مدار بر ابعاد خودگویی درونی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره f	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	3712.928	1	3712.928	285.161	.001	
خودگویی مثبت	233.360	1	233.360	17.923	.001	.408
خطا	338.532	26	13.020			
کل	187435	30				
پیش آزمون	1282.462	1	1282.462	50.144	.001	
خودگویی منفی	286.679	1	286.679	11.209	.002	.301
خطا	664.970	26	25.576			
کل	38175	30				

همانطور که نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۵ نشان داد، در خودگویی مثبت، بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروه بر نمره‌های پس‌آزمون‌ها معنی‌دار است (P-value < ۰/۰۵ و  $f_{(1, 26)} = ۱۷/۹۲$ ) میزان تأثیر آن نیز ۰/۴۰ می‌باشد. همچنین در خودگویی منفی، تأثیر درمان بر نمره‌های پس‌آزمون‌ها معنی‌دار است (P-value < ۰/۰۵ و  $f_{(1, 26)} = ۱۲/۲۰$ ) میزان تأثیر آن نیز ۰/۳۰ می‌باشد. میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون خودگویی های درونی گروه‌ها در جدول زیر آمده است:

جدول ۶ میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات خودگویی های درونی در مرحله پس‌آزمون

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	80.897	.933
کنترل	75.303	.933
آزمایش	31.534	1.308
کنترل	37.733	1.308



با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس و جدول ۶ میانگین‌های تعدیل شده، چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در بعد خودگویی مثبت افزایش و در بعد خودگویی منفی کاهش معنی‌دار داشته است، که متأثر از درمان هیجان‌مدار بوده است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود بدین صورت که درمان هیجان‌مدار (eft) بر خودگویی‌های درونی زنان آسیب‌دیده از خیانت شهرستان کاشمر، مؤثر می‌باشد و باعث افزایش خودگویی مثبت و کاهش خودگویی منفی در آنها شده است.

#### بحث

با توجه به نتیجه تحلیل کوواریانس و جدول میانگین‌های تعدیل شده، چنین استنباط می‌شود که در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در بعد خودگویی مثبت افزایش و در بعد خودگویی منفی کاهش معنی‌دار داشته است، که متأثر از درمان هیجان‌مدار بوده است. بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌شود بدین صورت که درمان هیجان‌مدار (eft) بر خودگویی‌های درونی زنان آسیب‌دیده از خیانت شهرستان کاشمر، مؤثر می‌باشد و باعث افزایش خودگویی مثبت و کاهش خودگویی منفی در آنها شده است.

اصول درمانی درمان، هیجان‌مدار (eft) بر اساس نظریه دلبستگی شکل گرفته است. در نظریه دلبستگی اعتقاد بر این است که خصوصیت اصلی یک رابطه ایمن، وجود حس مسئولیت‌پذیری و در اختیار بودن دو طرفه میان زوج است. این خصوصیت به درمانگران EFT کمک می‌کند تا رویکردی عقلانی نسبت به خیانت داشته باشند و به فرد خیانت‌دیده کمک می‌کند تا با احساسات خود کنار آمده، فرد خائن را ببخشد، دوباره اعتمادسازی کند و رابطه‌ای جدید و ایمن بسازد (وکیلی، خالقی، ۱۳۹۵). از طرفی دیگر، نتایج پژوهش بوتلیروا همکاران (۲۰۰۲)، نشان دادند زوجینی که سطح بالایی از احساس امنیت در ارتباطات خود داشته و توانایی کنترل بیشتری در هیجان‌های خود دارند. از سطح رضایتمندی زناشویی بالاتری در تعاملات خود برخوردار هستند. بنابراین افرادی که تحت درمان هیجان‌مدار قرار می‌گیرند چون افکار ناراحت‌کننده آنها مورد سؤال و همچنین رضایتمندی فرد از زندگی‌اش در سطح بالاتری قرار گرفته است. در نتیجه فرد نشخوار فکری و افکار منفی خود را بهتر می‌تواند کنترل کند و خودگویی‌های درونی مثبت خود را افزایش دهد. و متقابلاً خودگویی‌های منفی فرد کاهش می‌یابد در روشهای درمانی متمرکز بر هیجان تلاش می‌شود تا در جریان درمان مراجعان تشویق شوند تا افکار ناراحت‌کننده خود را مورد سؤال قرار داده و خودگویی‌های جایگزین برای مقابله با این هیجان‌ها و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود را برطرف نمایند (کریمی، ۱۳۹۷).

بر اساس جست و جوی پژوهشگر مطالعه حاضر، تاکنون پژوهشی که اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را بر خودگویی درونی مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد، تا به صورت مستقیم استنادی به همسویی و یا ناهم‌سویی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر خودگویی درونی زنان آسیب‌دیده از خیانت صورت گیرد که این موضوع جنبه نوآوری پژوهش را نشان می‌دهد. اما به صورت غیرمستقیم می‌توان عنوان کرد که آقاگدی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود عنوان می‌کند درمان ذهن‌آگاهی بخشش محور درمان هیجان‌مدار که هر دو در افزایش بخشش در زنان آسیب‌دیده از پیمان شکنی همسر دارای توان اثر بالایی هستند و به زنان آسیب‌دیده کمک می‌کند که به تخلیه هیجان‌ها و احساسات منفی خود بپردازند تا بتوانند برای ایجاد تغییرات در زندگی مشترک و تصمیم‌گیری مناسبتر آماده شوند و همچنین عنوان می‌کند که مدیریت هیجان باعث می‌شود زنان آسیب‌دیده، خشمی را که از جانب همسر خود احساس می‌کنند را به شیوه مطلوب کنترل کنند و با بخشیدن، احساس‌هایی بیشتری از هیجان‌ها نامطلوب خود داشته باشند. که با توجه به این مطالب می‌توان اینگونه بیان کرد که درمان هیجان‌مدار در خودگویی فرد موثر است



## نتیجه گیری

تحقیق حاضر به اثربخشی درمان هیجان مدار بر خودگویی های درونی در زنان آسیب دیده از خیانت پرداخته است. به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان نسبتاً کوتاه مدت هیجان مدار (به مدت ۲ ماه) می تواند منجر به افزایش خودگویی مثبت و کاهش خودگویی منفی در زنان آسیب دیده از خیانت شود.

در این درمان بر هیجان و شناخت هیجانها تمرکز می شود و زمانی که فرد هیجان های خود و تأثیر هیجان بر رفتار را بداند، بنابراین رفتار و واکنش مناسب، به چالش ها نشان خواهد داد و مورد دیگری که در این درمان، بر آن تاکید می شود، ارتباط ایمن است. در این بستر (ارتباط ایمن) و داشتن پایگاه امن، فرد رضایتمندی و سلامت روانش افزایش می یابد. افکار منفی و ناراحت کننده در این رویکرد درمانی، تحت کنترل فرد قرار گرفته، بنابراین در نهایت به افزایش خودگویی مثبت و کاهش خودگویی منفی منجر می شود. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می شود تأثیرات درمان متمرکز بر هیجان با سایر رویکردهای درمانی مورد مقایسه قرار گیرد تا مناسب ترین رویکردهای درمانی جهت داشتن خانواده ای سالم و منسجم، مورد استفاده قرار گیرد همچنین این رویکرد درمانی (هیجان مدار) بر روی متغیرهای دیگر که مرتبط با انسجام خانواده و تهدید خیانت است، انجام شود. پیشنهاد می شود که در جمع آوری اطلاعات از مصاحبه استفاده شود. همچنین این پژوهش در مورد مردان آسیب دیده از خیانت مورد مطالعه قرار بگیرد. همانطور که تحقیق در علوم انسانی دارای محدودیت روش تحقیقی است این تحقیق نیز از لحاظ محدودیت های روش تحقیق (نمونه گیری، جمع آوری داده های تحقیق، دسترسی به اعضای جامعه و...) از دیگر تحقیقات مستثنی نمی باشد. عمده ترین محدودیت های این پژوهش عبارت بودند از: از محدودیت های پژوهش حاضر، می توان به محدود بودن جامعه اشاره کرد، که امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به سایر گروه های جامعه با محدودیت مواجه می سازد. به دلیل حساس بودن موضوع (تابو بودن مسائل محرمانه زندگی شخصی و ترس از دست دادن آبرو) و مسئله ی خیانت و کوچک بودن شهر، افراد سوگیری زیادی نسبت به شرکت در جلسات داشتند و باعث شد که افراد به راحتی در چنین تحقیقاتی مشارکت نکنند در درمان ضروری است که زوجها به صورت مشترک وارد فرایند درمان شوند ولی به دلیل شرایط محیطی، مردان در جامعه ایرانی از قبول مسأله و تغییرات ممکن جهت اصلاح اجتناب می کنند به ناچار پژوهشگر مجبور شد با یکی از زوجها کار را شروع کند تا نتایج آن را در زندگی مشترک نظاره گر باشند. تمایل افراد به اینکه مایل نیستند موضوع خیانت همسرشان برای آشنایان و نزدیکان آشکار شود نیز یکی دیگر از محدودیت های تحقیق حاضر بود.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش با کد اخلاق 1401.058.ir.iau.tj.rec انجام شده است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه شرکت کنندگان محترم در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

## منابع

اسماعیل پور خلیل، خواجه وجیهه، مهدوی نفیسه. پیش بینی رضایت زناشویی همسران براساس باورهای ارتباطی و مهارت های ارتباطی. خانواده پژوهی. بهار ۱۳۹۲، دوره ۹، شماره ۳۳؛ از صفحه ۲۹ تا صفحه ۴۴

افاگدی، پریسا گل پرور، محسن. آقایی، اصغر (۱۳۹۷) تاثیر درمان ذهن آگاهی بخشش محور و درمان هیجان مدار بر بخشش در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر. مجله پژوهشی مدیریت ارتقای سلامت دوره ۷ شماره ۵

امین الرعایائی اردکانی، فرزانه (۱۳۹۷). پایان نامه اثربخشی درمان هیجان محور با تأکید بر مفاهیم بخشودگی بین فردی در کاهش میل به طلاق و انسجام خانوادگی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی در اورژانس اجتماعی بهزیستی شهرستان اردکان.

نامنی، ابراهیم. مذهب یوسفی، آزاده. روزبھانی، مژگان (۱۴۰۱) اثربخشی ترکیب دو رویکرد اخلاق مدار بخشایشگری و هیجان مدار بر باورهای فراشناختی سخت رویی و نگرش به طلاق در زنان متقاضی طلاق فرهنگ و مشاوره و روان درمانی شماره ۵۰ از ۳۹ تا ۶۷

- علی بابایی، مریم؛ وهابی همابادی، جلال؛ خالقیپور، شهناز. (۱۳۹۸) اثربخشی آموزش تلفیقی مهرورزی با خودگویی مثبت بر خصومت، تابآوری و احساس مثبت به همسر در زنان خیانت دیده پژوهشنامه روانشناسی مثبت سال پنجم، شماره دوم، پیاپی ۱۸، تابستان ۱۳۹۸ ص ۴۷-۶۴.
- علوی، خدیجه. امیر پور، لیلا. مدرس غروی مرتضی (۱۳۹۲). رابطه سبک خودگویی و مشکلات عاطفی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۵ تا بهستان ۱۳۹۲ صفحه ۲۶ تا ۱۱۸
- ضیالحق، مریم سادات؛ حسن آبادی، حسین؛ فتنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۱) تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی. فصلنامه خانواده پژوهی. دوره ۶۶-۴۹. شماره ۲۹
- عبدالملکی، مریم. اعظم آزاده، منصوره. قاضی نژاد، مریم. (۱۳۹۴). رابطه استفاده از رسانه‌های جهانی و بازاندیشی مدرن با گرایش به روابط فرازناشویی در بین زوجین شهر قروه. فصلنامه خانواده- پژوهی، ۱۱ (۴۳). ۳۳-۳۰۹.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۸۹). بررسی پیوند الگوهای ارتباطی با خوشنودی زناشویی. مطالعات اجتماعی روان شناختی زنان. ۸ (۱). ۵۷-۷۰.
- دهقانی، مصطفی؛ اصلانی؛ خالد (۱۳۹۹) مقایسه اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر مدل درمان جراحی دلبستگی با زوج درمانی یکپارچه نگر بر بخشش در زنان آسیبدیده از خیانت زناشویی. فصلنامه روانشناسی کاربردی، دوره ۱۴، شماره ۲ (۵۴) تابستان ۱۳۹۹ ص ۱۴۷-۱۷۱
- تیموری زاده راضیه جمال پور اسما. فرزاد، رؤیا و میرزایی، فاطمه (۱۴۰۰) اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار در درمان مشکلات زناشویی زوجین اولین کنفرانس بین المللی تحقیقات پیشرفته در مدیریت و علوم انسانی
- جعفری نژاد قصاب، سحر. ناصری، علی. (۱۳۹۸). رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده و سبک‌های دلبستگی با تعهد زناشویی زوجین شهر شیراز، چهارمین کنفرانس بین المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.
- کریمی نژاد لیلا (۱۴۰۱) بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر علائم آسیب پس از سانحه در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی علوم اجتماعی علوم تربیتی و علوم انسانی
- کریمی، سارا (۱۳۹۷) اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود رضایت زناشویی و کاهش افسردگی معلمان زن. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی
- وکیلی، پریوش. خالقی، احمد. (۱۳۹۵). پیمان شکنی (مداخلات درمانی برای بحرانهای زناشویی - نوشته پلوسو، پاول، ۲۰۰۷). کتاب ارجمند با همکاری انتشارات ارجمند. تهران. چاپ دوم.
- Hase, A., Hood, A., Moore, L. J & Freeman, P. (2019). The influence of Self-talk on challenge and threat states and performance. *Psychology of Sport and Exercise*. 1(45), no pages.
- Elliott, R., & Shahar, B. (2019). Emotion-focused therapy for social anxiety.
- Shahar, B., Bar-Kalifa, E., & Alon, E. (2017). Emotion-focused therapy for social anxiety disorder: Results from a multiple baseline study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 238-249.
- Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N. (2020). Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 113-122.
- Bouthillier, D., Julien, D., Dubé, M., Bélanger, I., & Hamelin, M. (2002). Predictive validity of adult attachment measures in relation to emotion regulation behaviors in marital interactions. *Journal of Adult Development*, 9(4), 291-305.