Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2022, Volume 20, Issue 3

Effectiveness Emotion Focused Therapy on Tendency to Marital Infidelity and Quality of Marital Life in Women with Low Sexual Desire

Shohreh Shabaninia[1], **Mohsen Golparvar**[2], **Asghar Aghaei**[3]

1. PhD student in Psychology, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran.
2. (Corresponding author) * Associate Professor, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran.
3. Professor, Department of psychology, Isfahan (Khorasgan) branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Sexual dysfunction and intimacy and marital quality are interrelated. Healthy sexual function of each spouse is one of the prominent and influential factors on the quality of marital relationship. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion-oriented therapy on tendency to marital infidelity and quality of marital life in women with low sexual desire.

Methods and Materials: The research design was quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. In order to conduct research among all women with low sexual desire who referred to counseling centers in Isfahan in 20۲۱, 18 couples (n = 36) were randomly assigned to the experimental group (n = 18 for each group) and a control group (n = 18). To assess the research variables, Attitudes toward Infidelity scale (Whatley, 2006) and dyadic adjustment scale (Busby & et al 1995) were used in the pre-test and post-test stages, and the experimental group received emotional therapy for 1۰ sessions. The control group did not receive any treatment. Data were analyzed by covariance test.

Findings: The results showed that emotion-oriented therapy was effective in reducing tendency to marital infidelity and increase the quality of marital life. ($p<.01$).

Conclusions: Emotion focused couple therapy promotes marital intimacy and more bonding and attachment between couples through the de-escalation of negative cycles of interaction, changing interactional positions and facilitating the emergence of new solutions to old problems.

Keywords: emotion-oriented Therapy, tendency to marital infidelity, quality of marital life, women with low sexual desire.

Citation: Shabaninia Sh, Golparvar M, Aghaei A. **Effectiveness Emotion Focused Therapy on Tendency to Marital Infidelity and Quality of Marital Life in Women with Low Sexual Desire**. Res Behav Sci 2022; 20(3): 483-492.

*** Mohsen Golparvar,**
Email: drmgolparvar@hotmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]

[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

اثربخشی درمان هیجان مدار بر تمایل به پیمان شکنی زوجین و کیفیت زنـــدگی زناشـــویی در زنان دارای میل جنسی پایین

شهره شعبانی نیا[۱]، محسن گل‌پرور[۲]، اصغر آقایی[۳]

۱ – دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲– (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳– استاد،گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال عملکرد جنسی و صمیمیت و کیفیت زناشویی رابطه متقابل دارند. کارکرد جنسی سالم هر یک از همسران از عوامل برجسته و تأثیرگذار بر کیفیت رابطه زناشویی است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر تمایل به پیمان‌شکنی زوجین و کیفیت زندگی زناشویی در زنان دارای میل جنسی پایین اجرا شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. به‌منظور انجام پژوهش از میان کلیه زنان دارای میل جنسی پایین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱، ۱۸ زوج (۳۶ نفر) به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۸ نفر برای هر گروه) و یک گروه کنترل (۱۸ نفر) گمارده شدند. برای سنجش متغیرهای پژوهش پرسشنامه‌های تمایل به پیمان‌شکنی واتلی (۲۰۰۶) و کیفیت رابطه زناشویی باسبی و همکاران (۱۹۹۵) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد و گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار را به مدت ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. داده‌ها از طریق آزمون کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار بر کاهش تمایل به پیمان‌شکنی زوجین و افزایش کیفیت زندگی زناشویی مؤثر بوده است. ($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری درمان هیجان‌مدار از طریق تضعیف چرخه‌های تعاملات منفی، بازسازی الگوهای تعاملی و تمایل به پدیدآیی راه‌کارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباط منجر به ارتقاء صمیمت زناشویی و پیوند و دلبستگی بیشتر زوجین نسبت به هم می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان مدار، تمایل به پیمان‌شکنی، کیفیت زندگی زناشویی، زنان دارای میل جنسی پایین.

ارجاع: شعبانی نیا شهره، گل پرور محسن، آقایی اصغر. **اثربخشی درمان هیجان مدار بر تمایل به پیمان شکنی زوجین و کیفیت زنـدگی زناشـویی در زنان دارای میل جنسی پایین.** مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴۰۱؛ ۲۰(۳)، ۴۸۳-۴۹۲.

*– **محسن گل‌پرور،**

رایانامه: drmgolparvar@hotmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]

[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

مقدمه

رفتار جنسی یکی از ویژگی‌های مهم و تعیین‌کننده روابط عاشقانه است و بنابراین، تعجب‌آور نیست که رابطه جنسی پیامدهای مهمی برای بهزیستی فردی و تعاملات زناشویی دارد (۱). سطوح بالای رضایت جنسی ممکن است برای حفظ روابط تک‌همسری که در آن دو شریک سطوح قوی و برابر تمایلات جنسی را نشان می‌دهند، آسان‌تر باشد (۲). بااین‌وجود، مواردی که در آن زوج‌ها به‌طور مداوم در طول یک رابطه تمایل به رابطه جنسی داشته باشند، نادر است (۳). اختلالات جنسی زن و مرد نشان‌دهنده یک مشکل پزشکی و روانی است که نه‌تنها بر سلامت جسمی و سلامت عاطفی تأثیر منفی می‌گذارد بلکه همچنین تأثیر مخربی بر عزت‌نفس، تصویر بدن، روابط بین فردی و به‌طورکلی سلامت جسمانی ازجمله باروری داشته باشد (۴). اختلال عملکرد جنسی زنان به گروه ناهمگونی از اختلالات جنسی، ازجمله مشکلات میل، علاقه، برانگیختگی، ارگاسم یا درد (دیسپارونی) اشاره دارد که ممکن است به پریشانی شخصی و بین فردی منجر شود و سلامت کلی و کیفیت زندگی زن را مختل کند. شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی در میان زنان، اختلال میل جنسی پایین است که به‌عنوان کاهش مداوم (یا مکرر) یا فقدان میل به فعالیت جنسی، همراه با پریشانی تعریف می‌شود (۵) و حداقل یک‌سوم زنان میل جنسی پایین را تجربه می‌کنند (۶).

تعامل جنسی و ارتباط جنسی نقش بسزایی در کیفیت و صمیمیت زناشویی دارد (۷) و یکی از متغیرهایی که می‌تواند به‌صورت منفی تحت تأثیر مشکلات جنسی قرار گیرد، کیفیت زندگی زناشویی می‌باشد. کیفیت زناشویی احساس کلی همسران از شادمانی و رضایت همسران از زندگی مشترک تعریف‌شده است (۸) و دربردارنده ارزشیابی درونی رابطه زوج‌ها در بعضی ابعاد و ارزش‌هاست، دامنه‌ای از ارزش‌ها که شامل پیوستاری است که مشخصات وسیعی از تعامل و کارکرد زناشویی را منعکس می‌کند (۹). اختلافات جنسی یکی از سه منبع اصلی تعارض بین زوجین است و با رضایت جنسی و رابطه جنسی کمتر برای هر دو طرف همراه می‌شود (۱۰). زنان مبتلا به این اختلال عدم انگیزه برای فعالیت جنسی، کاهش پاسخگویی به نشانه‌های وابسته به عشق شهوانی، از دست دادن علاقه در طول فعالیت جنسی و اجتناب از موقعیت‌هایی که می‌تواند منجر به فعالیت جنسی شود را نشان دهند (۱۱) و شوهران آن‌ها نیز به‌واسطه این اختلال همسرانشان، رضایت جنسی پایین‌تر، تعاملات جنسی ضعیف‌تر و پریشانی جنسی بالاتری را دارند (۱۲). رضایت جنسی پایین، صمیمیت عاطفی کم، رضایت پایین از روابط پیش‌بینی کننده رفتارهای مرتبط با خیانت در زنان است (۱۳) و مردانی که ابعاد عشق و رضایت جنسی پایینی داشتند، در مراتب پیمان‌شکنی بالاتری در زندگی خود در مقایسه با مردانی که رضایت جنسی بیشتر و کیفیت عشق بیشتری را در زندگی زناشویی خود تجربه کرده بودند، قرار داشتند. میزان علاقه مردان و زنان به رابطه‌شان، با شدت رابطه جنسی ارتباط مستقیمی دارد و به‌طور منفی با روابط جنسی خارج از روابط زناشویی رابطه دارد (۱۴). بین رضایت زناشویی و نگرش نسبت به خیانت زناشویی رابطه منفی وجود دارد و زنان و مردان نارضایتی جنسی (کمیت و کیفیت پایین رابطه جنسی) را دلیل اصلی بی‌وفایی خود و تمایل به خیانت زناشویی عنوان کردند (۱۵). نتایج پژوهش هاکاتنون و آشتون (۱۶) نیز نشان داد که انگیزه‌های جنسی برای ارتکاب خیانت با مرد بودن، داشتن جهت‌گیری اجتماعی- جنسی نامحدود، تجربه گناه جنسی کمتر و رضایت کمتر از شریک زندگی پیش‌بینی‌شده است.

اختلال‌های جنسی امروزه به دلیل پیامدهای روانی و اجتماعی آن، به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم موردتوجه رویکردهای مختلف و متخصصین بهداشتی قرار گرفته است. یکی از درمان‌هایی که در این زمینه مطرح‌شده است، درمان هیجان مدار می‌باشد. درمان هیجان مدار بر بازسازی پردازش هیجانی در درمان، جهت کمک به افراد در تبدیل درد هیجانی و حل مشکلات رابطه‌ای و رفتاری و تقویت پیوند زوجین از طریق افزایش دسترس‌پذیری و پاسخگویی هیجانی متقابل تمرکز دارد (۱۷). این درمان آشفتگی رابطه را به‌عنوان چرخه الگوهای ارتباطی منفی می‌داند که به‌وسیله فرایندهای هیجانی زیربنایی که مرتبط با نیازهای دلبستگی هستند، هدایت می‌شوند. اصل اساسی نظریه دلبستگی همان‌طور که در زوج‌درمانی کاربرد دارد این است که همه انسان‌ها، بدون استثناء، نیاز ذاتی به احساس دوست داشتن و حمایت عاطفی توسط افراد مهم زندگی «از گهواره تا گور» دارند (۱۸). درمان هیجان مدار بر تغییر آسیب‌پذیری هیجانی یا درد هسته‌ای، با فعال کردن پاسخ‌های هیجانی سازگار، مانند شفقت و خشم محافظ، بر نیازهای برآورده نشده، تمرکز می‌کند (۱۹) و هیجان را به‌عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌هایی که به پیش‌بینی، تفسیر و پاسخ به تجارب فردی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

کمک می‌کنند، مفهوم‌سازی می‌کند. تجارب هیجانی زیربنایی از طریق نیازهای دلبستگی اساسی هر زوج فیلتر می‌شوند و درنتیجه واکنش‌ها و رفتارها در موقعیت‌های درک تهدید هدایت می‌شوند. با پردازش مجدد پاسخ‌های هیجانی و تغییر الگوهای تعاملی، درمانگر قادر به کمک به زوجین در ساخت یک دلبستگی ایمن برای سازگاری و تغییر خواهد بود (۱۷). درمان هیجان مدار بر تغییر آسیب‌پذیری هیجانی یا درد هسته‌ای، با فعال کردن پاسخ‌های هیجانی سازگار، مانند شفقت و خشم محافظ، بر نیازهای برآورده نشده، تمرکز می‌کند (۱۹).

در بستر این رویکرد درمانی، خیانت به‌عنوان یک تهدید بالقوه ویرانگر برای امنیت دلبستگی در نظر گرفته می‌شود که نیازها و ترس‌های دلبستگی همسر فریب‌خورده را بیش‌ازحد فعال می‌کند و بنابراین بحرانی را ایجاد می‌کند که برای بقا و شکوفایی رابطه باید به آن پرداخته و حل شود (۲۰). مداخلات هیجان مدار از طریق کاهش سبک دلبستگی اجتنابی منجر به بهبودی در رضایت و صمیمیت زناشویی زوجین (۲۱؛ ۲۲؛ ۲۳)، بهبود تعهد زناشویی و کاهش دلزدگی زناشویی (۲۴) و کاهش افسردگی و پریشانی و تقویت تاب‌آوری در زنان متأثر از خیانت همسر (۲۵ و ۲۶) و بهبود خودکارآمدی جنسی و کاهش تعارضات زناشویی در زنان آسیب‌دیده از خیانت (۲۷) و کاهش استرس پس از سانحه ناشی از خیانت (۲۸) شده است. با توجه به این‌که یکی از انگیزه‌های مهم ازدواج تمایلات جنسی است و در طلاق و آسیب‌های خانوادگی نیز یکی از علل و عوامل مؤثر است، شناسایی پیامدها و تأثیرات کیفیت زندگی جنسی و تاثیر درمان‌های کارآمد و اثربخش بر آن ضروری به نظر می‌رسد. براین اساس این پژوهش درصدد است که به بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر تمایل به پیمان‌شکنی زوجین و کیفیت زندگی زناشویی در زنان دارای میل جنسی پایین بپردازد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پژوهش پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای میل جنسی پایین مراجعه‌کننده به مطب متخصص زنان و زایمان اصفهان بود. برای پیش‌بینی احتمال ریزش تعداد نمونه‌های هر گروه ۱۸ زوج در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش به شرح زیر می‌باشد: داشتن اختلال کم میلی جنسی بر اساس معیارهای راهنمایی آماری تشخیصی اختلال‌های روانی، نداشتن اختلال‌های روانی حاد که در روند کار اختلال ایجاد نماید (مصاحبه تشخیصی SCID-5)، عدم شرکت در دوره‌های مشاوره یا درمان هم‌زمان، تمایل به شرکت داوطلبانه، عدم مصرف داروهای کاهش‌دهنده میل جنسی (داروهای قلبی-عروقی، ضد صرعی، آنتی آندروژن‌ها، شیمی‌درمانی، چربی خون، اعتیادآور و مخدرها، ضدبارداری). در این مقاله تمامی اصول اخلاقی شامل گرفتن رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و تمایل برای خروج از مطالعه در هر زمان و اصل محرمانه بودن اطلاعات رعایت شده است. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد. جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دوبه‌دو گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی باسبی: فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه کیفیت زناشویی توسط باسبی و همکاران (۲۹) به‌منظور سنجش میزان کیفیت روابط زناشویی (رضایت از رابطه زناشویی و اضطراب در رابطه) بکار می‌رود. این پرسشنامه ۱۴ گویه و دربردارنده ۳ خرده مقیاس توافق (۶ سؤال)، رضایت (۵ سؤال) و انسجام (۳ سؤال) است و نمرات بالا نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است. دامنه نمرات بین ۵ تا ۶۹ می‌باشد. فرم اصلی پرسشنامه ۳۲ سؤال دارد که توسط اسپینر و بر اساس نظریه لیواینر و اسپینر در مورد کیفیت زناشویی ساخته شده است. پایایی پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه هولیست و همکاران (۳۰) برای سه خرده مقیاس توافق، رضایت، انسجام به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۹۰ گزارش‌شده است. در پژوهش یوسفی (۳۱) ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف پرسشنامه کیفیت زناشویی در کل نمونه برای ۱۴ ماده و عامل‌های چهارگانه استخراج‌شده، به تفکیک جنس رضایت‌بخش و بالا بوده (بالای ۷۰) که حاکی از همگونی و همسانی ماده‌های پرسشنامه هستند.

پرسشنامه تمایل به پیمان‌شکنی واتلی: پرسشنامه ۱۲ سؤالی نگرش به خیانت واتلی (۳۲) به‌منظور سنجش مقدار تمایل و میزان پذیرندگی یا ردکنندگی خیانت را از منظر افراد و احساسات منفی و مثبت نسبت به آن ساخته شده است. نمره‌گذاری آن لیکرتی ۷ درجه‌ای (۱= کاملاً مخالفم تا ۷= کاملاً موافقم) است و سؤالات ۲، ۵، ۷، ۸، ۱۰ و ۱۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۸۴ است. در حبیبی و همکاران (۳۳) آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و پایایی-

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

بازآزمایی ۰/۸۷ و همچنین روایی واگرای پرسشنامه با پرسشنامه‌های رضایت زناشویی کاناس ۰/۲۲- و رضایت جنسی انریچ (۱۹۹۹) ۰/۱۶-، جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی آلپروت و روس (۱۹۵۰) ۰/۲۹- و ۰/۱۶- گزارش شد.

خلاصه درمان هیجان مدار اقتباس‌شده از گراد و وولی (۳۲).

جلسه اول: رابطه درمانی- ایجاد یک رابطه درمانی با زوج و ارزیابی آشفتگی عمومی. ارزیابی کامل درجه اختلاف میل جنسی زوج، تاریخچه اختلال، زمانی که اختلال بیشتر و کمتر می‌شود و سطح آشفتگی ناشی از اختلال.

جلسه دوم: شناسایی چرخه منفی عمومی و خاص- آ شناسایی لایه‌ای از هیجانات واکنشی سطحی و هیجانات آسیب‌پذیرتر و عمیق‌تر.

جلسه سوم: شناسایی چرخه منفی عمومی و خاص- ادامه جلسه دوم و شناسایی لایه‌ای از هیجانات واکنشی سطحی و هیجانات آسیب‌پذیرتر و عمیق‌تر.

جلسه: دستیابی به نیازها- دستیابی به نیازها و احساسات شناخته‌نشده حول تجاربشان از چرخه منفی در رابطه عمومی و اختلال. هدف از این جلسه درواقع دسترسی به ترس‌های اصلی است.

جلسه پنجم: ارتباط بین مشکل اصلی با هیجانات- در نظر گرفتن مرتبط بودن مشکل با هیجان‌ها و نیازهای مرتبط با دلبستگی، اختلال می‌تواند به‌عنوان منبع یا نتیجه ترس‌های عمیق از دست دادن دیگری، درد عمیق احساس دوست داشته نشدن و طرد باشد.

جلسه ششم: استفاده از فنون گشتالتی- با کمک فنون تجربی درمانگر به زوج کمک می‌کند که نیازهای دلبستگی و جنبه‌های عمیق‌تر خود را با دیگری در میان بگذارد.

جلسه هفتم: حل‌وفصل- در این جلسه درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا نیازها و تمایلات که متعلق به آن‌ها بود و در جلسه قبلی در میان گذاشته شده بود را ببینند و بپذیرند تا به جنبه اصلی خود و رابطه تبدیل شوند و به‌جای اینکه خود و ارتباط را از طریق عدسی‌های نواقص رابطه جنسی، قطع رابطه جنسی یا طرد جنسی تعریف کنند؛ از طریق تمایلات دلبستگی توصیف شوند.

جلسه هشتم: ایجاد پیوند عاطفی- صمیمیت عاطفی تنها زمانی که هریک از زوجین بتوانند نیازهای وابسته به دلبستگی خودش را ببیند و نیازهای زوج دیگر را بپذیرد؛ به‌خوبی انجام می‌شود. صمیمیت عاطفی معمولاً باعث افزایش میل جنسی می‌شود.

جلسه نهم: استفاده از تکنیک‌های ادغام- درمانگر زوج را جهت پیدا کردن راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات ارتباطی قدیمی تشویق می‌کند.

جلسه دهم: استفاده از رویکردهای تحکیم به‌منظور تحکیم دستاوردهای حاصل از درمان.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات تمایل به پیمان‌شکنی زوجین در گروه آزمایشی درمان هیجان مدار برابر با ۵۶/۸۳ و در گروه کنترل برابر با ۵۶/۳ است. درحالی‌که در پس‌آزمون میانگین کل نمرات در گروه آزمایشی درمان هیجان مدار برابر با ۵۳/۳۹ و در گروه کنترل برابر با ۵۶/۰۵ است. میانگین نمرات کیفیت روابط زوجین در گروه آزمایش درمان هیجان مدار برابر با ۳۴/۰۸ و در گروه کنترل برابر با ۳۵/۷۵ است. درحالی‌که در پس‌آزمون میانگین کل نمرات در گروه آزمایشی درمان هیجان مدار برابر با ۳۸/۰۵ و در گروه کنترل برابر با ۳۴/۳۶ است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش به تفکیک مراحل و گروه‌ها

گروه	گروه‌ها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تمایل به پیمان‌شکنی	آزمایش (درمان هیجان مدار)	۳۶	۵۶/۸۳	۴/۹۷	۵۳/۳۹	۳/۷۸
	کنترل	۳۶	۵۶/۳	۵/۱۶	۵۶/۰۵	۵/۵۳
کیفیت روابط زوجین	آزمایش (درمان هیجان مدار)	۳۶	۳۴/۰۸	۶/۰۶	۳۸/۰۵	۵/۴۶
	کنترل	۳۶	۳۵/۷۵	۵/۴۲	۳۴/۳۶	۵/۵۴

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه یا گروه‌های نمونه در جامعه از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده گردید. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک برای تمایل به پیمان‌شکنی در گروه آزمایش (F= ۰/۹۲ و P= ۰/۱۲) و در گروه کنترل (F= ۰/۹۶و P= ۰/۲۳) و برای کیفیت روابط زوجین در گروه آزمایش (F= ۰/۹۶ و P= ۰/۳۲) و گروه کنترل (F= ۰/۹۵ و P= ۰/۱۶) نشان داد که فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تائید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تائید گردید. برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های دو گروه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای تمایل به پیمان‌شکنی زوجین (F= ۰/۸۵ و P= ۰/۱۶) و کیفیت روابط زوجین (F= ۰/۴۱ و P= ۰/۶۶) نشانگر تحقق مفروضه همگنی واریانس‌ها بود. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری، استفاده از این آزمون مجاز است؛ بنابراین، برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه‌های پژوهش در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر عضویت گروهی بر تمایل به پیمان‌شکنی و کیفیت روابط زوجین

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
تمایل به پیمان‌شکنی	پیش‌آزمون	۱۴۵۵/۱	۱	۱۴۵۵/۱	۵۸۸/۲۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
	گروه	۶۷/۴۰۶	۱	۶۷/۴۰۶	۲۷/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹
	خطا	۱۷۰/۶۷۷	۶۹	۲/۴۷۴				
کیفیت روابط زوجین	پیش‌آزمون	۸۹۵/۷۷۴	۱	۸۹۵/۷۷۴	۱۰۹/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	گروه	۴۹۲/۴۰۲	۱	۴۹۲/۴۰۲	۶۰/۱۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
	خطا	۵۶۵/۰۸۷	۶۹	۸/۱۹				

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد در قسمت پس‌آزمون بین گروه درمان هیجان مدار با گروه کنترل ازنظر کاهش تمایل به پیمان‌شکنی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($P<۰/۰۰۱$). براین اساس گروه درمان هیجان مدار در کاهش نمرات تمایل به پیمان‌شکنی مؤثرتر از گروه کنترل بوده است. توان آماری یک نمایانگر کفایت حجم نمونه بوده است. همچنین در قسمت پس‌آزمون بین گروه درمان هیجان مدار با گروه کنترل ازنظر افزایش کیفیت رابطه تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($P<۰/۰۰۱$). براین اساس گروه درمان هیجان مدار در افزایش نمرات کیفیت رابطه مؤثرتر از گروه کنترل بوده است. توان آماری یک نمایانگر کفایت حجم نمونه بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که درمان هیجان مدار بر تمایل به پیمان‌شکنی زوجین اثربخش است. این یافته همخوان با نتایج پژوهش (۲۸) می‌باشد. تجربه و ابراز هیجانات نقش اصلی را در اصلاح روابط عاشقانه دارد. مداخلات مبتنی بر هیجان به زوجین کمک می‌کند تا روی تجارب کلیدی تمرکز کنند، گسترش دهند، فرمول‌بندی مجدد و بازسازی کنند. موقعیت‌های تعاملی درنتیجه بیان تجربیات عاطفی جدید و گسترده شروع به تغییر می‌کنند که به آن‌ها اجازه می‌دهد تا الگوهای تعاملی سالم و انعطاف‌پذیر ایجاد کنند و امنیت و پیوند دلبستگی را افزایش دهند. اعتماد به رابطه زناشویی نیز ارتباط نزدیکی با نظریه دلبستگی و درمان هیجان مدار دارد. وقتی الگوی دلبستگی در دسترس باشد و در مواقع نیاز پاسخگو باشد، اعتماد ایجاد می‌شود. اعتماد به شریک زندگی خود منجر به ابراز هیجان می‌شود. مداخلات در درمان هیجان مدار افراد را ملزم می‌کند که به یکدیگر اعتماد کنند و باور داشته باشند که هنگامی‌که شروع به خودافشاگری و به اشتراک گذاشتن احساسات و هیجانات اولیه و آرزوهای دلبستگی خود می‌کنند، شریک زندگی‌شان همچنان از آن‌ها مراقبت می‌کند و واکنش منفی نشان نمی‌دهد (۳۵). با توجه به اینکه تعارض رابطه‌ای اغلب منجر به استفاده از هیجانات دردناک شده و نیازهای برآورده نشده مربوط به امنیت و هویت می‌شود، مهم است که به طرفین در مقابله با هیجانات و نیازهای خود و شریکشان کمک شود. تنها کمک به طرفین در تماس با هیجانات و یا ابراز آن‌ها، منجر به حل اختلافات و تعارضات زناشویی نخواهد شد؛ زیرا تمام هیجانات کارکردی مشابه ندارند. مهم است که زوجین بین انواع

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

مختلف هیجانات تمایز قائل شوند و درک کنند که کدام هیجانات باید پذیرفته و بیان شوند، کدام‌یک باید نادیده گرفته شوند و یا تسکین یابند. هیجانات ناسازگار زمانی در محیط‌های قبلی سازگار بودند (یعنی ترس در پاسخ به والدین بد سرپرست)، اما در حال حاضر و در تعاملات زوجینی دیگر سازگار نیستند (یعنی ترس در پاسخ به یک همسر). برخی از زوجین معمولاً از خشم، سرزنش و انتقاد استفاده می‌کنند تا همسر خود را وادار کنند آنچه را که می‌خواهند به آن‌ها ارائه دهند. برخی دیگر الگوی اجتناب و دوری از شریک زندگی خود را به‌عنوان راهی برای محافظت از خود و/یا به دست آوردن کنترل در رابطه اتخاذ می‌کنند (۳۶). در بازسازی تعامل و ایجاد راه‌های جدید برقراری ارتباط و بودن با هم پذیرش هیجانات زیربنایی آسیب‌پذیر همدیگر بسیار مهم است و از این طریق یک تعامل جدید ایجاد می‌شود. هنگامی‌که یکی از زوجین در دسترس تر و پاسخگوتر است و تعاملات را تغییر می‌دهد، دیگری نیز ظرفیت‌های خود را برای تسکین خود و تغییر واکنش‌های هیجانی ناسازگار خود ارتقاء می‌دهد (۳۶).

درواقع، زوج‌درمانی مبتنی بر هیجان این نظریه را مطرح می‌کند که در زیر رفتارهای خشمگین، سرزنش، کنترل و فاصله گرفتن همسر، اغلب هیجانات آسیب‌پذیری مانند ترس، شرم و اندوه، وابسته به نیازهای دلبستگی و وابستگی و/یا اعتبار و نفوذ هویت وجود دارد. درحالی‌که تقاضا، انتقاد و سرزنش باعث ایجاد حالت تدافعی و محافظت از خود در طرف مقابل می‌شود، ابراز هیجانات آسیب‌پذیر تمایل به برانگیختن شفقت و حمایت دارد. هنگامی‌که یکی از شرکا آسیب‌پذیری را آشکار می‌کند، به شریک دیگر سیگنال می‌دهد که هیچ خطری وجود ندارد و بنابراین نیازی به دفاع نیست. اگر شریک دیگر با دلسوزی پاسخ دهد، زن و شوهر چرخه تعاملی جدید و رضایت‌بخشی را تجربه می‌کنند؛ بنابراین کمک به زوجین برای آشکار کردن دلبستگی قبلی و هیجانات اساسی مرتبط با هویت و نیازهای برآورده نشده به‌عنوان کلیدی برای ایجاد تغییر متقابل در موضع‌گیری‌های متقابل غیرمولدشان در نظر گرفته می‌شود (۳۷).

از دیگر یافته‌های پژوهش اثربخش بودن درمان هیجان مدار بر کیفیت رابطه زوجین بود که با نتایج پژوهش (۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در رویکرد درمانی هیجان مدار به افراد کمک می‌شود تا احساسات و هیجانات خود را شناسایی و تجربه کنند، بپذیرند، کاوش کنند، درک و تغییر دهند و به‌طور انعطاف‌پذیری مدیریت کنند. درنتیجه، آن‌ها در دستیابی به اطلاعات و معانی مهمی درباره خود و دنیایشان که احساسات و هیجانات ارائه می‌دهد، مهارت بیشتری پیدا می‌کنند و همچنین در استفاده از آن اطلاعات برای زندگی بانشاط و سازگاری مهارت بیشتری پیدا می‌کنند. همچنین افراد در درمان تشویق می‌شوند تا برای پردازش و تغییر هیجانات با هیجانات ترسناکشان روبرو شوند. یک فرضیه اصلی مداخله هدایت‌کننده در درمان هیجان مدار این است که تغییر تنها زمانی امکان‌پذیر است که افراد خود را همان‌گونه که هستند بپذیرند. ویژگی بارز درمان هیجان مدار این است که درمانگر علاوه بر ایجاد رابطه همدلانه، پردازش هیجانی فرد را نیز در زمان‌های مختلف به روش‌های مختلف هدایت می‌کند. از دیدگاه درمان هیجان محور، رویکرد، برانگیختگی و تحمل تجربه هیجانی ضروری است اما برای تغییر کافی نیست. پردازش هیجانی بهینه شامل ادغام شناخت و هیجان است. هنگامی‌که تماس باتجربه هیجانی حاصل شد، مراجع نیز باید ازنظر شناختی به آن تجربه به‌عنوان اطلاعات توجه کند و آن را کشف، تأمل و درک کند (۳۸). علاوه بر کار بر روی تغییرات تعاملی بین زوجین، به سمت تغییر خود و رفع درد ناشی از نیازهای برآورده نشده دوران کودکی که بر تعامل زوجین تأثیر می‌گذارد نیز موردبررسی قرار می‌گیرد (۳۶). دیدگاه درمانی متمرکز بر هیجان از عملکرد انسان مدعی است که توانایی افراد برای دسترسی، تسکین و تغییر شکل طرح‌های هیجانی ناسازگار اصلی (زخم‌های عاطفی) مبتنی بر ترس، غم و شرم اصلی برای تغییر خود است. پرداختن به درد هر یک از طرفین در مورد نیازهای برآورده نشده از گذشته و کمک به آن‌ها برای تسکین خود در زوج‌درمانی در تلاش برای رضایت از رابطه و تغییر پایدار مهم است. تمرکز بر خود آرام-بخشی، در صورت لزوم، به بازسازی پیوندهای عاطفی کمک می‌کند و تغییرات باثبات و پایدارتر را تضمین می‌کند. این یافته-ای است که به خوبی در تحقیقات گاتمن (۳۹؛ ۴۰) ثابت‌شده است که نشان می‌دهد آرامش بخشی عنصر مهم ازدواج موفق علاوه بر تغییرات متقابل است (۳۶).

با توجه به اثربخشی درمان هیجان مدار پیشنهاد می‌گردد که از این رویکرد درمانی به‌صورت تخصصی برای درمان و ارتقاء سطح توانمندی زوجین در مراکز مشاوره و روان‌شناسی استفاده شود. همچنین به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این درمان هیجان مدار را در جوامع و نمونه‌های دیگر موردبررسی قرار دهند. این پژوهش نیز همانند دیگر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است که تعمیم‌یافته‌ها باید با توجه به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

این موارد صورت گیرد. اول اینکه این پژوهش بر جامعه آماری زوجین در شهر اصفهان صورت گرفته است و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، در تعمیم‌یافته‌ها به سایر شهرستان‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. بر اساس این یافته‌ها، درمان هیجان مدار با تاثیر بر فرایند شناسایی و تنظیم هیجانات زیربنایی و رفتارهای ارتقادهنده امنیت و دلبستگی به‌عنوان یک پکیج درمانی و آموزشی مناسب برای بهبود صمیمیت و کیفیت رابطه زوجین و تعدیل و تنظیم راهبردهای تنظیم هیجان مورداستفاده قرار گیرد و به زوجین کمک می‌کند تا در هنگام بروز مسائل و تعارضات زناشویی به‌طور سازگارانه‌ای برخورد نموده و از رابطه‌شان در برابر آسیب‌های ناشی از تعارضات محافظت نمایند.

تقدیر و تشکر

از تمامی اساتید و عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانیدند و همچنین تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تقدیر و تشکر را داریم.

References

1. McNulty JK, Maxwell JA, Meltzer AL, Baumeister RF. Sex-diferentiated changes in sexual desire predict marital dissatisfaction. Arch Sex Behav. 2019; 48(8): 2473-2489.
2. Day LC, Muise A, Joel S, Impett EA. To do it or not to do it? How communally motivated people navigate sexual interdependence dilemmas. Pers Soc Psychol Bull. 2015; 41(6): 791–804.
3. Herbenick D, Mullinax M, Mark K. Sexual desire discrepancy as a feature, not a bug, of long-term relationships: Women's self-reported strategies for modulating. J Sex Med. 2014; 11(9): 2196–2206.
4. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Sante SD, Gravina GL, Carosa E, Lenzi A, Angelo E, Jannini F. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. Reprod Biol Endocrinol. 2020; 18 (10): 1-11.
5. Kingsberg SA, Clayton AH, Portman D, Williams LA, Krop J, Jordan R, Lucas J, Simon JA. bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: Two randomized phase 3 trials. J Obstet Gynaecol. 2020; 134(5): 899–908.
6. Brotto LA. Evidence-based treatments for low sexual desire in women. Front Neuroendocrinol. 2017; 45, 11-17.
7. Manjula V, Manjula MK, Navaneetham J, Philip M. Quality of marital relationship and sexual interaction in couples with sexual dysfunction: An exploratory study from India. Int J Sex Health. 2021; 3(4), 332–341.
8. Lawrence, E, Barry, R.A., Brock, R.L., Bunde, M., Langer, A., Ro, E., Fazio, E., Mulryan, L., Hunt, S., Madsen, L., & Dzankovic, S. (2011). The Relationship Quality Interview: Evidence of reliability, convergent and divergent validity, and incremental utility. Psychol Assess. 2011; 23(1): 44- 63.
9. Khajeh A, Bahrami F, Fatehizadeh M, Abedi M, Sajjadian P. The effect of happiness training based on cognitive behavioral approach on quality of marital life in married males and females. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2013; 14(3): 11-21. [In Persian]
10. Raposo S, Rosen NO, Muise A. Self-expansion is associated with greater relationship and sexual well-being for couples coping with low sexual desire. J Soc Pers Relatsh. 2020; 37(2): 602–623.
11. Edinoff AN, Sanders NM, Lewis KB, Apgar TL, Cornett EM, Kaye AM, Kaye AD. Bremelanotide for treatment of female hypoactive sexual desire. Neurol Int. 2022; 14(1): 75–88.
12. Rosen NO, Dubé JP, Corsini-Munt S, Muise A. Partners experience consequences, too: A comparison of the sexual, relational, and psychological adjustment of women with sexual interest/arousal disorder and their partners to control couples. J Sex Med. 2019; 16(1):83-95.
13. González-Rivera JA, Aquino-Serrano FV, Perez-Torres EM. Relationship satisfaction and infidelity-related behaviors on social networks: A preliminary online study of hispanic women. EJIHPE. 2020; 10(1): 297-309.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

14. Grøntvedt TV, Kennair LEO, Bendixen M. How intercourse frequency is affected by relationship length, relationship quality, and sexual strategies using couple data. Evol Behav Sci. 2020; 14(2): 147–159.

15. Ghazanfari Shabankare M, Heidari A, Makvandi B, Sadat Marashian F. Relationship of forgiveness and feeling of loneliness with attitudes towards marital infidelity regarding the moderating role of marital satisfaction in married students. J Neuro Psycho Physiology. 2021; 8(2): 77-83.

16. Hackathorn J, Ashdown BK. The webs we weave: Predicting infidelity motivations and extradyadic relationship satisfaction. J Sex Res. 2021; 58(22): 170-182.

17. Johnson SM. The practice of emotionally focused therapy*:* Creating connection (2nd Ed). New York: Brunner/ Routledge 2004.

18. Greenman PS, Johnson, SM, Wiebe S. (2019). *Emotionally focused therapy for couples: At the heart of science and practice*. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles, & M. A. Whisman (Eds.), APA handbooks in psychology. APA handbook of contemporary family psychology: Family therapy and training (p. 291–305). American Psychological Association.

19. Timulak L, Keogh D. Emotion-Focused Therapy: A Transdiagnostic Formulation. J Contemp Psychother. 2020; 50, 1–18.

20. Johnson SM. Broken Bonds: An Emotionally Focused Approach to Infidelity. J Couple Relatsh Ther. 2005; 4(2-3): 17-29.

21. Khajeafzali T, Bahrami F, Goodarzi K, Farrokhi N. The effectiveness of Emotion-Based Therapy on the Components of Marital Intimacy of Student Couples. Islamic Life Style 2019; 3 (5):153-161.

22. Wiebe SA, Elliott C, Johnson SM, Moser MB, Dalgleish TL, Lafontaine MF, Tasca GA. Attachment change in emotionally focused couple therapy and sexual satisfaction outcomes in a two-year follow-up study. J Couple Relatsh Ther. 2019; 18(1): 1-21.

23. Beasley CC, Ager R. emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the past 19 years. J Evid Inf Soc Work. 2019; 16(2):1-9.

24. Sayadi M, Shahhosseini Tazik S, Madani Y, Gholamali Lavasani M. Effectiveness of emotionally focused couple therapy on marital commitment and couple burnout in infertile couples. Journal of Education and Community Health. 2017; 13(4): 26-37. [In Persian]

25. Joudaki A. The effectiveness of emotion-focused therapy on reducing depressive symptoms and perceived stress in women experiencing infidelity. J Psychol. 2021; 9(13): 1-11.

26. Boroumandrad M. The effectiveness of emotion-focused therapy on promoting mental health and resilience of women affected by infidelity. Social Psychology. 2020; 8(56); 111-122. [In Persian]

27. Ammari S, Deyreh E, Keykhosrovani M, Ganji K. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on improving sexual self-efficacy and reducing marital conflict in women affected by infidelity. RJMS. 2022; 29 (2): 1-21. [In Persian]

28. Ghochani M, Saffarian Toosi M, Khoynezhad Gh. A comparison between the effectiveness of the combined couple therapy and emotionally focused therapy for couples on the improvement of intimacy and PTSD. Psychol Learn Motiv. 2020; 71, 101637. [In Persian]

29. Busby DM., Crane DR, Larson JH, Christensen C. A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct Hierarchy and multidimenssional scale. J Marital Fam Ther. 1995; 21(3), 289-308.

30. Hollist, CS, Miller, RB. Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. Fam relations. 2005; 54(1): 46-57.

31. Yousefi N. Psychometric properties of the revised dyadic adjustment scales (Rdas). J Rea Clin Psychol Coun. 2012; 1(2): 183-200. [In Persian]

32. Whatley M. Attitudes toward infidelity scale. Department of Psychology, Valdosta State University 2006.

33. Habibi M, Sayed Alitabar, SH, Pouravari, M, Salehi S. Reliability, validity and factor structure for the attitudes toward infidelity scale. J Health Res. 2019; 9 (4): 294-301. [In Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]

34. Girard A, Scott RW. Using Emotionally Focused Therapy to Treat Sexual Desire Discrepancy in Couples. J Sex Marital Ther. 2017; 43(8):720-735.
35.35. Dalgleish TL, Johnson SM, Moser MB, Lafontaine MF, Wiebe SE, Tasca GA. Predicting change in marital satisfaction throughout emotionally focused couple therapy. J Marital Fam Ther. 2015; 41(3): 276-91.
36. Goldman RN, Greenberg L. Working with identity and self-soothing in Emotion-Focused Therapy for Couples. Fam Process. 2013; 52(1): 62-82.
37. McKinnona JM, Greenberg LS. Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: impact on session and final outcome. J Fam Ther. 2013; 35(3): 303–319.
38. Greenberg LS. Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. Clin Synth. 2010; 8(1): 32-42.
39. Gottman JM. The marriage clinic: A scientifically based marital therapy. New York: Norton 1999.
40. Gottman JM. The science of trust: Emotional attunement for couples. New York: Norton 2011.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.3.9.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.3.483]