

اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان (EFT) بر عملکرد جنسی در زنان با تجربه خیانت زناشویی

فدیه زارع

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، ایران

چکیده

هدف از خیانت زناشویی مسئله‌ای تکان دهنده برای زوجها و خانواده‌ها و پدیده‌های رایج برای درمانگران ازدواج و خانواده است. پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر عملکرد جنسی در زنان با تجربه خیانت زناشویی انجام شده است. مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی که در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل با سنجش در خط پایه، پس از مداخله و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل انجام گرفت. تعداد ۳۰ نفر از زنان با تجربه خیانت زناشویی مراجعه کننده به کلینیک‌های زوج درمانی منطقه غرب شهر تهران در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ با در نظر گرفتن معیارهای ورود از کسانی که تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند، انتخاب و به صورت تصادفی به گروه آزمایش درمان مبتنی بر هیجان؛ (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گماشته شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه چند وجهی مسائل جنسی را در سه مرحله تکمیل کردند. جلسات درمان به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مطابق با پروتکل درمان زوجی مبتنی بر هیجان انجام گرفت. فرضیه‌های مربوط به اثربخشی مداخله‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین متغیر عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون است، اما تفاوت بین گروه‌ها در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری داشت که می‌تواند حاکی از اثربخشی مداخله بر متغیرهای ذکر شده و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری باشد. بررسی و مقایسه گروه آزمایش و گروه کنترل نیز نشان داد که بین دو گروه در مولفه‌های اختلال عملکرد جنسی تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان مذکور می‌تواند در بهبود عملکرد جنسی زوجین در زنان با تجربه خیانت زناشویی به عنوان مداخلات روانشناسی استفاده شود. کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر هیجان، عملکرد جنسی، خیانت زناشویی.

مقدمه

خانواده محل ارضای نیازهای مختلف جسمانی و عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضاء آنها و تجهیز شدن به تکنیک‌های شناخت تمایلات زیستی و روانی ضرورتی انکارناپذیر می‌باشد. رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد شد [۱]. با گذشت زمان زندگی برخی از زوجین به جدایی کشیده می‌شود، اما اکثریت به زندگی مشترکشان با آهنگی یکنواخت و ملال آور ادامه می‌دهند و برای تحمل این زندگی به مشروبات الکلی، پرخوری، استفاده از مواد مخدر یا ارتباطات نامشروع روی می‌آورند [۲]. خیانت زناشویی مسأله‌ای تکان دهنده برای زوجها و خانواده‌ها و پدیده‌های رایج برای درمانگران ازدواج و خانواده است [۳]. بنابراین جذابیت روابط نامشروع بدین دلیل است که هیچ یک از طرفین، عیب جویی، سرزنش و شکوه نمی‌کنند یا نق نمی‌زنند [۴]. بر اساس مطالعات انجام شده در این زمینه در خیانت، مشخص شده است که ۲۱ درصد از مردان و ۱۱ درصد از زنان در طول زندگی مرتکب خیانت زناشویی می‌شوند [۵]. بی‌وفایی و خیانت، نوعی اختلال و بیماری در رفتار بشمار می‌رود، زیرا با توجه به عوارض نابهنجار و نامطلوبی که به همراه دارد، آسیب‌ها و مشکلات مختلفی را هم برای همسر خیانتکار و هم برای خانواده ایجاد می‌کند [۶]. خیانت زناشویی یک بحران برای زوجها و خانواده‌هاست. خیانت زناشویی دارای شیوع قابل توجه در محیط‌های بالینی و عادی است که آشنفگی‌های قابل توجهی را برای افراد مرتکب آن و نیز همسران آنها به وجود می‌آورد [۷].

یکی از مهمترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی خوب، روابط لذت بخش جنسی است، زیرا رضایت بخش نبودن روابط جنسی سبب ایجاد احساس محرومیت، ناکامی و عدم ایمنی در همسران می‌شود [۸]. عوامل متعددی در بروز ناتوانی جنسی نقش دارد اما سهم عوامل روان‌شناختی در بروز این عارضه برجسته می‌باشد [۹]. شدت ناتوانی جنسی به شکل خفیف تا شدید طبقه‌بندی گردیده است. هم‌چنین بر اساس ماهیت آن، ناتوانی جنسی به صورت جسمانی و روان‌شناختی نیز طبقه‌بندی شده است [۱۰]. پاسخ جنسی یک پیش نیاز زیستی زیر بنایی دارد، با این وجود غالباً در یک زمینه درون فردی، بین فردی و فرهنگی تجربه می‌شود. بنابراین، کارکرد جنسی در برگیرنده تعامل پیچیده میان عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روان‌شناختی است [۱۱]. عملکرد جنسی مناسب و سالم یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است، یکی از مولفه‌های سلامت روانی به حساب می‌آید، باعث ایجاد حس لذت مشترک در بین زوجین می‌شود و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد [۱۲]. یکی از مهمترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی، روابط لذتبخش جنسی است و رضایت بخش نبودن آن منجر به احساس محرومیت، ناکامی و عدم ایمنی در همسران می‌شود. این محرومیت جنسی در بسیاری از مواقع در نهایت منجر به طلاق و از هم گسستگی زندگی زناشویی می‌شود [۱۳]. اختلال در سیستم جنسی منبع اصلی تعارضات ارتباطی است که می‌تواند موجب تردید در مورد عشق و علاقه و افزایش نگرانی زوجین نسبت به پایداری ارتباط شود [۱۴]. عملکرد جنسی سالم در زوجین، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن سلامت روانی آنان دارد [۱۵].

درمان مبتنی بر هیجان بر فرایندهای طرحواره‌هیجانی که زمینه ساز تعیین کننده‌های میان فردی و شناختی رفتاری است، تمرکز دارد و پردازش عاطفی را به عنوان هدف بنیادین درمان خود می‌بیند [۱۶]. درمان مبتنی بر هیجان درمانی نوانسانگرا و تجربی است درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد [۱۷]. از منظر رویکرد مبتنی بر هیجان انسانها به عنوان سیستم‌های پویایی عمل می‌کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه می‌کنند و

این یکپارچه سازی، پیوند جدایی ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می آورد. بنابراین افراد دایما با ترکیب و مدیریت بر ترکیب اطلاعات بیولوژیکی و یادگیری های فرهنگی که به ظاهر متضاد هستند، با کارآمدی بیشتری زندگی می کنند [۱۸]. درمان متمرکز بر هیجان یکی از شیوه های درمانی می باشد که بر چرخه های منفی تعاملی پایدار در اثر آسیب پذیری هیجانی عمیق توجه دارد. این روش بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می شود تلاش می نماید. توضیحات در این باره که این شیوه یکی از مؤثرترین و معتبرترین شکل های درمانی زوجین می باشد [۱۹]. با توجه به مطالب عنوان شده سوال اصلی پژوهش حاضر این است آیا درمان مبتنی بر هیجان (EFT) بر عملکرد جنسی زوجین در زنان آسیب دیده از خیانت همسر تاثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، مطالعه از نوع نیمه آزمایشی که در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود.

آزمودنی ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه را کلیه زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره و کلینیک های خدمات روان شناختی کلینیک های زوج درمانی منطقه غرب شهر تهران در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل داده اند که از بین آنها ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در گروه های آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۳۵-۴۵ سال، عدم ابتلا به بیماری روانی و سابقه بستری در بخش روان پزشکی، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، توانایی شرکت در جلسه های گروه درمانی، تمایل به همکاری و ملاک های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش شامل: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

ابزار: به منظور جمع آوری داده های جمعیت شناختی لازم، اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و به منظور بررسی عملکرد جنسی زوجین، پرسشنامه چند وجهی مسائل جنسی تکمیل گردید.

پرسشنامه چند وجهی مسائل جنسی (MSQ)

پرسشنامه مسائل جنسی توسط اسنل و فیشر و والترز (۱۹۹۳) تدوین گردیده است. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه گیری ۳ زیرمقیاس، مسائل جنسی انسان طراحی شده است. تمامی ۱۲ خرده مقیاس پرسشنامه ی حاضر از پایایی خوبی برخوردار هستند و ضریب آلفای این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ در نوسان می باشد (میانگین ۰/۸۵). پایایی های بازآزمایی نیز از ۰/۵۰ تا ۰/۸۶ متغیر است (میانگین ۰/۸۷). ثبات درونی خرده مقیاس های پرسشنامه چندوجهی مسائل جنسی با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ بدست آمده است. به طور خلاصه، ۱۲ خرده مقیاس MSQ از ثبات درونی و پایایی بازآزمایی بیشتر از حد کافی برخوردار بوده و هستند. اسنل و همکاران دریافتند پرسشنامه چندوجهی مسائل جنسی در میان آزمودنی ها نه تنها با نگرش های جنسی آنها و رویکردهای تبادلی و تداولی شان به رابطه جنسی مرتبط بود، بلکه با نمره های آنان در سایر ابزارهایی که از نظر مفهومی شبیه MSQ بودند، نیز ارتباط داشت. همچنین رفتارهای جنسی مردان و زنان نیز به طور قابل پیش بینی ای با نمره های آنان در خرده مقیاس های MSQ مربوط بود [۲۰]. در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] پرسشنامه مسائل جنسی برای حجم نمونه (n=۱۵) در اضطراب جنسی، ۰/۸۴۰

¹ Emotionally Focused Therapy

² The Multidimensional Sexuality Questionnaire

همچنین در افسردگی جنسی ۰/۹۰۷، به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد پرسشنامه مسائل جنسی از اعتبار بالایی برخوردار است.

روند اجرای پژوهش:

با مراجعه به خانه های سلامت منطقه غرب استان تهران و ضمن معرفی خود و بیان هدف پژوهش، زوجین مراجعه کننده با تجربه خیانت زناشویی که واجد شرایط شرکت (ملاک های مشخص شده)، در پژوهش شناسائی شدند. زوجین به صورت تصادفی در یکی از دو بلوکهای پژوهش قرار گرفته و یک زوج به گروه آموزش و دیگری به گروه بدون آموزش تخصیص یافتند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی و شفاهی از آنها، پرسشنامه‌ها در ابتدای پژوهش (مرحله پیش آزمون) در اختیار آنان قرار گرفت تا تکمیل نمایند. مداخلات مذکور طبق پروتکل های درمانی معرفی شده به صورت جلسات گروهی (فقط برای گروه آزمایش) به مدت ۸ جلسه، هر هفته در جلسات ۹۰ دقیقه ای انجام گرفت. جلسه آخر مجدداً از هر دو گروه آزمایش و کنترل مرحله پس آزمون انجام شد. بعد از سه ماه پیگیری از هر دو گروه انجام گرفت.

جدول ۱ - خلاصه پروتکل زوج درمانی مبتنی بر هیجان جانسون

جلسه	موضوع جلسه	محتوی جلسه
۱	ایجاد اتحاد درمانی	به خوش آمد گویی، مروری بر بیان قوانین و مقررات جلسات مشاوره گروهی و آشنایی اعضا با یکدیگر و با درمانگر پرداخته شد. ایجاد اتحاد درمانی، تشخیص موضوع کشمکش های ارتباطی بین زوجین از نقطه نظر دلبستگی و جمع بندی و در نهایت اجرای پیش آزمون.
۲	کشف و روشن سازی چرخه عاملی منفی	با تمرکز ساختارگرایانه، به بررسی آخرین مشاخره زوج پرداخته شد و این عمل همانند بررسی یک فیلم انجام شد تا به هدف اصلی که حل تعارض است، دست پیدا شود. توصیف و روشن سازی چرخه تعاملی منفی همزمان با پدیداری آن چرخه در جلسه.
۳	دستیابی به هیجانات اولیه	در این جلسه به بررسی هیجانات اولیه و ثانویه پرداخته شد و آموزش های لازم برای تفکیک این دو هیجان از یکدیگر به اعضا داده شد تا بتوانند با استفاده از این آموزشها هیجانات اولیه خود را ریشه یابی کننده دسترسی به احساسات ابراز نشده ای که زیربنای الگوهای تعاملی می باشند و دستیابی به هیجانات زیر ساختاری و نیاز های دلبسته محور.
۴	قاب دهی مجدد به مشکل	در این جلسه به زوجین آموزش داده شد که تمرکز خود را از طرف مقابل به عنوان فرد مقصر بردارند و بیشتر متمرکز بر چرخه معیوب ارتباطی شوند و بیان شد که با کسب مهارت می توانند به موفقیت در ارتباط دست یابند. قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه مسی، هیجانات زیر ساختاری و نیازهای زوجین.
۵	افزایش شناخت در مورد هیجان ها، نیازها و جنبه هایی از خود	در این جلسه از انواع سبک های دلبستگی صحبت شد تا افراد نیازهای ابراز شده خود را با قراردادن در سبک دلبستگی خود بررسی کنند. افزایش شناخت در مورد هیجانات، نیازها و جنبه هایی از خرد که هنوز به مالکیت شخص در نیامده اند.
۶	افزایش پذیرش و درک	با تمرکز بر سبک های دلبستگی، آشنایی، درک و اعتباربخشی به نیازهای

	همسران از یکدیگر	طرف مقابل به دنبال گفتگوی کار آمد بودیم. ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه می پدیدار شونده ی هر یک از همسران توسط دیگری.
۷	درگیری عاطفی و هیجانی زوج ها با یکدیگر	به زوج ها آموزش داده شد تا بتوانند نیازها و خواسته های خود را که موجب می شود زوج دوباره از نظر عاطفی و هیجانی با هم درگیر شوند، به یکدیگر منتقل کند. تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها به منظور بازساختاردهی به تعاملات.
۸	تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباطی	با خلق تجارب هیجانی تازه در شرایط مختلف ارتباطی در گروه و نظارت رهبر باعث آن شد تا اعضا متوجه ناکارسازی عمیق الگوهای ذهنی گذشته شوند. تسهیل پدیده آیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباطی.
۹	تقویت مواضع و تثبیت چرخه جدید در کنار رفتارهای دلبسته خواهانه	پیشرفتهای زوجین مرور شد و با برجسته کردن چرخه تعاملی جدید و مقایسه آن با چرخه ناکارساز قبلی به زوجین نشان داده شد که رفتار هدف کدام است. تثبیت و تقویت مواضع تره و چرخه های ترین پیرامون رفتارهای دلبسته مدار و در نهایت اختتامیه جلسات و اجرای پس آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل.

تحلیل داده‌ها

فرضیه‌های مربوط به اثربخشی مداخله های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته ها

در این پژوهش اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر هیجان بر مؤلفه های عملکرد جنسی بر ۳۰ زوج (۱۵ زوج گروه کنترل و ۱۵ زوج گروه آزمایش) مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد اطلاعات جمعیت شناختی این زوجین را به تفکیک دو گروه ارائه می دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن زوجین به تفکیک دو گروه

Sig	F	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	
۰/۶۲۰	۰/۴۸۰	۴/۵۲	۴۴/۵۰	۱۵	درمان هیجان محور	زوج مونث
		۴/۵۹	۴۵/۰۳	۱۵	کنترل	
۰/۸۷۹	۰/۱۲۹	۳/۴۸	۵۱/۸۴	۱۵	درمان هیجان محور	زوج مذکر
		۳/۵۰	۵۴/۳۴	۱۵	کنترل	

یافته ها در جدول ۲ نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل $45/03 \pm 4/59$ ، برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر هیجان $44/50 \pm 4/52$ سال بود مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی دو گروه بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن تشخیص برای گروه کنترل $3/50 \pm 51/84$ ، برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر هیجان $3/48 \pm 51/84$ سال بود. از دیگر اطلاعات جمعیت شناختی مورد بررسی سطح تحصیلات و سطح درآمد آزمودنی ها بود. با استفاده از آزمون خی دو تفاوت در فراوانی این مولفه در دو گروه مقایسه شد. همچنین بررسی تفاوت فراوانی در دو گروه با توجه به نتایج آزمون خی دو حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در سطح تحصیلات و سطح درآمد در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود.

جدول ۳- آزمون کلموگروف اسمیرنو و شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع نرمال برای گروه آزمایش درمان هیجان

محور

شاپیرو-ویلک			کلموگروف اسمیرنو			متغیرها
Sig	Df	آماره	Sig	Df	آماره	
۰/۰۹۳	۲۶	۰/۹۳۳	۰/۰۱۳	۲۶	۰/۱۹۴	اضطراب جنسی_۱
۰/۰۲۳	۲۶	۰/۹۰۷	۰/۰۰۶	۲۶	۰/۲۰۶	اضطراب جنسی_۲
۰/۰۳۰	۲۶	۰/۹۱۲	۰/۰۵۵	۲۶	۰/۱۶۹	اضطراب جنسی_۳
۰/۰۰۵	۲۶	۰/۸۷۶	۰/۰۰۱	۲۶	۰/۲۷۹	افسردگی جنسی_۱
۰/۰۰۱	۲۶	۰/۸۳۳	۰/۰۰۱	۲۶	۰/۳۱۴	افسردگی جنسی_۲
۰/۰۰۲	۲۶	۰/۸۶۲	۰/۰۰۲	۲۶	۰/۲۲۵	افسردگی جنسی_۳
۰/۰۳۰	۲۶	۰/۹۱۲	۰/۰۰۴	۲۶	۰/۲۱۱	رضایت جنسی_۱
۰/۰۰۸	۲۶	۰/۸۸۷	۰/۰۱۹	۲۶	۰/۱۸۷	رضایت جنسی_۲
۰/۱۰۰	۲۶	۰/۹۳۵	۰/۱۱۳	۲۶	۰/۱۵۴	رضایت جنسی_۳

نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیرو و ویلک در گروه آزمایش درمان مبتنی بر هیجان نشان داد که این مفروضه تنها در ابعاد اضطراب جنسی و رضایت جنسی در مرحله پیگیری در مرحله پیش آزمون و پس آزمون برقرار ($P > ۰/۰۵$) اما سایر ابعاد برقرار نیست ($P < ۰/۰۵$). با توجه به عدم بر خورداری توزیع نرمال در این مؤلفه ها، از این رو در تعمیم نتایج این مؤلفه ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

جدول ۴- آزمون کلموگروف اسمیرنو و شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع نرمال برای گروه کنترل

شاپیرو-ویلک			کلموگروف اسمیرنو			متغیرها
Sig	df	آماره	Sig	Df	آماره	
۰/۰۴۸	۲۶	۰/۹۲۱	۰/۰۱۰	۲۶	۰/۱۹۹	اضطراب جنسی_۱
۰/۰۰۴	۲۶	۰/۸۷۲	۰/۰۰۱	۲۶	۰/۲۵۲	اضطراب جنسی_۲
۰/۱۹۲	۲۶	۰/۹۴۷	۰/۰۲۰	۲۶	۰/۱۸۷	اضطراب جنسی_۳
۰/۰۳۵	۲۶	۰/۹۱۵	۰/۰۵۵	۲۶	۰/۱۶۹	افسردگی جنسی_۱
۰/۰۷۴	۲۶	۰/۹۲۹	۰/۰۴۰	۲۶	۰/۱۷۵	افسردگی جنسی_۲
۰/۰۲۲	۲۶	۰/۹۰۶	۰/۰۰۲	۲۶	۰/۲۱۹	افسردگی جنسی_۳
۰/۰۸۶	۲۶	۰/۹۳۲	۰/۰۳۵	۲۶	۰/۱۷۷	رضایت جنسی_۱
۰/۰۰۲	۲۶	۰/۸۵۵	۰/۰۰۱	۲۶	۰/۲۷۴	رضایت جنسی_۲
۰/۰۹۳	۲۶	۰/۹۳۳	۰/۰۰۲	۲۶	۰/۰۲۲۰/۰۵۵	رضایت جنسی_۳

نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیرو و ویلک در گروه کنترل نشان داد که مفروضه توزیع نرمال تنها برای ابعاد افسردگی از ابعاد عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در هر سه مرحله ارزیابی برقرار ($P > ۰/۰۱$) و برای سایر ابعاد و مراحل ارزیابی برقرار نیست ($P < ۰/۰۱$). با توجه به عدم بر خورداری توزیع نرمال در ابعاد باید در تعمیم نتایج این مؤلفه ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

در این پژوهش مؤلفه های عملکرد جنسی (اضطراب، افسردگی جنسی و رضایت جنسی) در دو گروه و برای سه مرحله ارزیابی مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۵- میانگین نتایج پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری عملکرد جنسی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	اضطراب جنسی			مقایسه پیش آزمون ها در سه گروه
آزمایش	درمان مبتنی بر هیجان			$F=1/975$ $Sig=0/146$
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
میانگین	۱۵/۶۱	۱۰/۳۴	۱۱/۵۷	
انحراف معیار	۴/۲۹	۴/۱۱	۴/۳۹	
شاهد	کنترل			مقایسه پیگیری در سه گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	$F=64/563$ $0/0001$
میانگین	۱۵/۴۲	۱۵/۲۶	۱۵/۸۸	
انحراف معیار	۳/۷۰	۳/۰۹	۳/۰۲	
آزمایش	درمان مبتنی بر هیجان			$F=3/367$ $Sig=0/050$
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
میانگین	۱۶/۸۸	۱۰/۸۴	۱۳/۹۲	
انحراف معیار	۱/۲۴	۱/۲۸	۱/۲۹	
شاهد	کنترل			مقایسه پیگیری در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	$F=9/123$ $0/0001$
میانگین	۱۷/۴۶	۱۶/۹۲	۱۵/۵۰	
انحراف معیار	۱/۳۰	۱/۳۵	۱/۷۹	
متغیر وابسته	افسردگی جنسی			مقایسه پیش آزمون در دو گروه
آزمایش ۱	درمان هیجان محور			$F=0/208$ $sig=0/813$
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
میانگین	۱۸/۰۷	۱۱/۱۵	۱۴/۰۷	
انحراف معیار	۱/۰۵	۰/۷۳	۰/۹۳	مقایسه پیگیری در دو گروه
شاهد	کنترل			مقایسه پیگیری در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	$F=41/305$ $sig=0/001$
میانگین	۱۸/۱۹	۱۶/۵۳	۱۶/۵۳	
انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۸۵	۱/۴۷	
	رضایت جنسی			
آزمایش	درمان هیجان محور			مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه $F=0/227$ $sig=0/798$
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	
میانگین	۴/۷۳	۱۱/۷۶	۹/۳۰	
انحراف معیار	۱/۵۸	۲/۵۱	۲/۶۳	
شاهد	کنترل			مقایسه پیگیری در دو گروه
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	$F=59/457$

میانگین	۴/۵۷	۶/۷۶	۵/۶۹	sig=۰/۰۰۱
انحراف معیار	۱/۲۷	۱/۲۷	۱/۱۵	

نتایج جدول ۶ نشان داد که میانگین سطح اضطراب، افسردگی و رضایت از ابعاد عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن دو گروه در این مرحله می باشد، مقایسه میانگین ها در پس آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی دار بود که اثربخشی مداخله ۱ درمان مبتنی بر هیجان در مقایسه با گروه کنترل است. همچنین وجود تفاوت معنی دار در مرحله پیگیری بین دو گروه نشانگر پایداری اثربخشی مداخلات می باشد.

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر عملکرد جنسی

جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر ابعاد عملکرد جنسی (اضطراب، افسردگی و رضایت جنسی) از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های این آزمون برای هر متغیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کرویت بارتلت ($P < ۰/۰۰۱$)، $X^2 = ۴۷۹/۴۴۱$) بیانگر رعایت پیش فرض این آزمون بود (همبستگی بین متغیرهای وابسته)، سپس نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه های مورد بررسی برقرار نمی باشد ($P < ۰/۰۰۱$)، $F_{۲۳۱, ۷۶۲۷/۴۲} = ۱/۴۱۳$) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه ی متغیر های مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای متغیرهای اضطراب و رضایت از ابعاد عملکرد جنسی برقرار ($P > ۰/۰۵$) و برای مؤلفه های افسردگی جنسی برقرار نیست ($P < ۰/۰۰۱$) و باید از نتایج تصحیح شده گرین هاوس گیسر استفاده کرد. سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه های ابعاد عملکرد جنسی ($P < ۰/۰۵$) برقرار نمی باشد. نتایج آزمون اثر بین گروهی جهت بررسی اثربخشی بر ابعاد مورد بررسی نشان داد که در دو گروه کنترل و آزمایش در متغیر اضطراب جنسی ($F=۷۱/۶۵۵, P<۰/۰۰۱$)، افسردگی جنسی ($F=۹۹/۳۶۲, P<۰/۰۰۱$)، رضایت جنسی ($P<۰/۰۰۱$)، تفاوت معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و مقایسه میانگین ها حاکی از بالاتر رفتن میانگین رضایت جنسی و کاهش در اضطراب جنسی و افسردگی جنسی از ابعاد عملکرد جنسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. نتایج این آزمون در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	n2
اضطراب جنسی	۹۷/۸۵۵	۱	۹۷/۸۵۵	۷۱/۶۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹
افسردگی جنسی	۹۱/۵۵۸	۱	۹۱/۵۵۸	۹۹/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
رضایت جنسی	۱۱۱/۰۷۷	۱	۱۱۱/۰۷۷	۴۰/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹

همچنین نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت مقایسه بین مراحل آزمون ها در دو گروه نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای اضطراب جنسی ($F_{GG۱/۶۳} = ۱۸۶/۲۱, P < \eta, ۰۰۱/۰^2 = ۰/۷۸۸$)، افسردگی جنسی ($F_{GG۱/۶۳} = ۱۸۶/۲۱, P < \eta, ۰۰۱/۰^2 = ۰/۷۸۸$)، رضایت جنسی ($F_{GG۱/۶۳} = ۱۸۶/۲۱, P < \eta, ۰۰۱/۰^2 = ۰/۷۸۸$)، معنی دار است. نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. مقایسه جفتی گروه آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی

مولفه	آزمون	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اضطراب جنسی	پیش آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	-۰/۵۷۷	۰/۳۵۳	۰/۱۰۹
	پس آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	-۶/۰۷۷	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	درمان هیجان محور	کنترل	-۱/۵۷۷	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی جنسی	پیش آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	-۰/۱۱۵	۰/۳۱۸	۰/۷۱۹
	پس آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	-۵/۳۸۵	۰/۳۹۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	درمان هیجان محور	کنترل	-۲/۴۶۲	۰/۳۴۳	۰/۰۰۱
رضایت جنسی	پیش آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	۰/۱۵۴	۰/۳۹۹	۰/۷۰۱
	پس آزمون	درمان هیجان محور	کنترل	۵/۰۰	۰/۵۵۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	درمان هیجان محور	کنترل	۳/۶۱۵	۰/۵۶۴	۰/۰۰۱

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله درمان مبتنی بر هیجان بر ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بوده است و مقایسه میانگین های دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری حاکی از پایداری اثر مداخله در گروه آزمایش بود.

بحث و نتیجه گیری

درمان مبتنی بر هیجان بر بهبود عملکرد جنسی زوجین در زنان آسیب دیده از خیانت همسر موثر است؛ و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) است.

در پژوهش حاضر میانگین متغیر عملکرد جنسی زوجین در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون بود، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری بود که می تواند حاکی از اثربخشی مداخله بر متغیر عملکرد جنسی زوجین و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری باشد. در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت، به طور کلی درمان مبتنی بر هیجان شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجانها در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفته می باشد. تلاش این درمان آشکار ساختن هیجانها آسیب پذیر در هر کدام از زوجین و تسهیل توانایی زوجین در ایجاد این هیجانها به شیوه های ایمن و محبت آمیز می باشد. اعتقاد بر این است که پردازش این هیجانها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم تر و جدید تر را به وجود می آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت بخش تر می باشد که می تواند سلامت روان را در زوجین افزایش دهد.

همانطور که هیجان یکی از عوامل اصلی رویکرد دلبستگی است، ساختارهای هیجانی در پیش بینی، تبیین، نحوه واکنش و کنترل تجارب زندگی به ما کمک می کند. هیجانها در حافظه ما ذخیره نمی شود، بلکه به وسیلهی ارزیابی موقعیت هایی که باعث فعال شدن چارچوب هیجانی خاصی می شود، دوباره احیا می شوند و منجر به مجموعه رفتارهای بد خصوصی می شوند. در طول درمان هیجان مدار، چنین موقعیت هایی دوباره طراحی می شود تا زوجین به اکتشاف و گسترش هیجانها خود پردازند و سپس آنها می توانند طی این تجربی جدید، هیجانها خود را اصلاح کنند. به این ترتیب هیجانها قابل دسترس، رشد یافته و بازسازی می شود و در جهت بازسازی تجارب لحظه به لحظه آنها و رفتارشان در قبال یکدیگر و دیگران به کار گرفته می شود. با انجام این مرحله از درمان، زوجین از هیجانها خود آگاهی یافته و در فضایی امن با ابراز هیجانها واقعی در موقعیت های

مختلف زندگی مجموعه رفتارهای جدیدی را از خود نشان می دهند و این امر باعث افزایش سلامت روانی در زوجین می شود.

بنابر دیدگاه مبتنی بر هیجان، وقتی همسری از پاسخگویی هیجانی همسر خود در مواقع استرس با بحران اطمینان ندارد و مطمئن نیست که او از نظر هیجانی در دسترس و پاسخگو است، احساس ناامنی می کند و این ناامنی سبب می شود هر یک از زوجین احساس کنند که در رویارویی با استرس های زندگی تنها هستند. در فرایند درمان هیجان مدار، درمانگر اقدام به از بین بردن این احساس ناامنی می کند. بنابراین وقتی درمانگر چرخه های تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می کند، این چرخه ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی تنظیم می کند و در فرایند درمان، زوج ها می توانند با استفاده از چرخه های جدید نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر را بپذیرند. در درمان هیجان مدار تجربه های نوینی که در جلسات درمان رخ می دهد، الگوهای فعال ذهنی فرد که خود انعکاس هایی از تجارب گذشته اند را به چالش می کشند و همین زیر سوال بردن الگوهای قبلی باعث می شود که همسران نسبت بهم انتظارات تازه ای پیدا کنند. نتیجه روند مذکور این خواهد شد که همسران روش های نوینی برای تنظیم هیجانانشان پیدا می کنند. در مراحل چند گانه رویکرد هیجان مدار درمانگر با ارایه کردن روشی مفید جهت به چنگ آوردن، بر زبان جاری کردن و سپس توصیف عناصری که رابطه را به سوی آشفتگی هدایت می کنند (مانند ترس ها، هیجانناکارساز دلبستگی مدار و تسلیم شدن به ذهنیت هایی که آشفتگی ها را حفظ و ابقا می کنند به همسران کمک می کند که ناایمنی های مربوط به نیازهای دلبسته گونه شان را به زبان بیاورند و در باب محرومیت ها و فقدان اعتماد و بهم پیوستگی، روش های سازنده تری را بیازمایند.

در تبیین نتایج می توان اضافه کرد رویکرد هیجان مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نماد گذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم ترین آنها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در این رویکرد سعی می شود هیجانناکارساز مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. در این رویکرد مهارت های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانناکارساز و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقاد پذیری البته در بعد مثبت را در فرد افزایش می دهد و در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق ضروری است که نتیجه آن افزایش سلامت روانی و در نتیجه بهبود عملکرد جنسی در زوجین می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت با توجه به اینکه زوج درمانی مبتنی بر هیجان هیجانی دارای سه بعد اثرگذار بر شناخت، رفتار و هیجان می باشد، ماندگاری اثر آن در پیگیری بدین صورت قابل تبیین است که در بعد شناختی، با اصلاح شناخت های زوجین در زمینه ی ارتباط با یکدیگر در بعد رفتار با تصحیح رفتارهای تعاملی صمیمانه تر و در بعد هیجانی با ایجاد امنیت، اعتماد و همدلی متقابل، موجبات دوام اثرات درمانی فراهم می گردد. در نتیجه در درمان به هیجانناکارساز ثانویه مراجع توجه کرده، فضائی امن را ایجاد می کند و به دنبال این است که در این فضای امن هیجانناکارساز اولیه مراجع که عامل اصلی آشفتگی در روابط هستند و عمدتاً از آگاهی مراجع خارج است بروز داده شوند و تجربه شوند، نیازهای دلبستگی بیان شوند و با افزایش در دسترس بودن و پاسخگو بودن هر یک از زوجین، رابطه به سمت رابطه ای امن که در آن هر یک از زوجین از نظر هیجانی باز و خلاق هستند برسند. در این مرحله با حمایت درمانگر همسر انتقادی تشویق می شود تا نیازها و خواسته هایش را به صورت مستقیم بیان کند و از همسر کناره گیر خواسته می شود تا از احساسات خجالت و ناامیدی خود صحبت کند، و به فهم جدیدی از آسیب دلبستگی اصلی خود برسند و سیکل منفی ارتباط شکسته شده و برای تسلی دادن و مراقبت به سمت یکدیگر بروند، از نظر عاطفی پاسخگو باشند. همچنین در پژوهش ها نشان داده شد که اضطراب و افسردگی نقش اساسی در ایجاد اختلال در عملکرد جنسی افراد دارد درمان مبتنی

بر هیجان باعث بهبود افسردگی جنسی در زوجین می‌شود و نهایتاً به پیوندی ایمن برسند و در نتیجه عملکرد جنسی بهتری را داشته باشند.

تقدیر و تشکر

از تمامی مسئولین کلینیک‌های زوج درمانی غرب شهر تهران که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Uzun B, LeBlanc S, Guclu IO, Ferrari JR, Aydemir A. Mediation effect of family environment on academic procrastination and life satisfaction: Assessing emerging adults. *Current Psychology*. 2022 Feb;41(2):1124-30.
2. Hassannezhad M. Marital infidelity and Betrayal Experiences: The Role of executive functions and Religious Coping Strategies in Predicting Divorce of Women. *Journal of Positive School Psychology*. 2022 Mar 3;6(2):4123-31.
3. Babaei M, Kasaii A, Zaharakar K, Asadpor E. Effectiveness of compassion focused group counseling on emotion regulation strategies and marital satisfaction of betrayal women with cyber infidelity. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2020 Feb 20;9(2):73-92.
4. Shakeri SS, Aghamohammadian Sharbaf H, Aghili SM. Mediating role of attitude towards betrayal and marital conflict in relation between using virtual social networks and emotional divorce. *Journal of Community Health Research*. 2019 Oct 10;8(4):220-7.
5. Tiwari S. Infidelity, Betrayal and Marital Discord in Manju Kapur's Custody. *Indian Journal of Language & Literary Criticism*. 2019 Dec:103.
6. Aqgabozorgi S, Keshavarz Mohammadi R, Shariat S. Comparing effectiveness of walsh approach and olson approach on communicative models and marital burnout in the women hurt by marital betrayal. *Journal of psychologicalscience*. 2020 Jan 10;18(83):2223-32.
7. Kordbache S, Arefi M. The role of family communication patterns and sexual quality in predicting attitudes toward marital infidelity in women in Isfahan. *Journal of Social Behavior and Community Health*. 2018 May 10;2(1):199-209.
8. Stearns PL. Marital Communication. *Communication Research Trends*. 2014 Dec 1;33(4):24.
9. McCarthy BW. Marital style and its effects on sexual desire and functioning. *Journal of Family Psychotherapy*. 1999 Sep 30;10(3):1-2.
10. Dunlop BW, Hill E, Johnson BN, Klein DN, Gelenberg AJ, Rothbaum BO, Thase ME, Kocsis JH. Mediators of sexual functioning and marital quality in chronically depressed adults with and without a history of childhood sexual abuse. *The Journal of Sexual Medicine*. 2015 Mar 1;12(3):813-23.
11. Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1999 Feb 1;19(1):67-85.
12. Simon JA, Clayton AH, Goldstein I, Kingsberg SA, Shapiro M, Patel S, Kim NN. Effects of flibanserin on subdomain scores of the Female Sexual Function Index in women with hypoactive sexual desire disorder. *Sexual Medicine*. 2022 Dec;10(6).
13. Higgins JA, Kramer RD, Wright KQ, Everett B, Turok DK, Sanders JN. Sexual functioning, satisfaction, and well-being among contraceptive users: A three-month

- assessment from the HER salt lake contraceptive initiative. *The Journal of Sex Research*. 2022 May 4;59(4):435-44.
14. Khosravi A, Riazi H, Simbar M, Montazeri A. Effectiveness of Kegel exercise and lubricant gel for improving sexual function in menopausal women: A randomized trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2022 Jul 1;274:106-12.
 15. Galvão DA, Taaffe DR, Chambers SK, Fairman CM, Spry N, Joseph D, Newton RU. Exercise intervention and sexual function in advanced prostate cancer: a randomised controlled trial. *BMJ supportive & palliative care*. 2022 Mar 1;12(1):29-32.
 16. K. Blais R, K. Zalta A, S. Livingston W. Interpersonal trauma and sexual function and satisfaction: The mediating role of negative affect among survivors of military sexual trauma. *Journal of interpersonal violence*. 2022 Apr;37(7-8):NP5517-37.
 17. Ghasemi F, Nia KA, Amiri H. Effect of emotion-oriented couple therapy and cognitive-behavioral couple therapy on marital burnout. A comparative study. *Arch Pharm Pract*. 2020;1:104.
 18. Imanizad A, Golmohammadian M, Moradi O, Goodarzi M. The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on forgiveness and communication beliefs of couples involved in marital infidelity. *Journal of Psychological Science*. 2021 Jan 1;20(100):635-47.
 19. Mehdigholi M, Dokaneifard F, Jahangir P. The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on marital burnout and resilience of young couples. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022 Aug 26.
 20. Scale PM. The Effect of Emotion-Oriented Couple Therapy on Forgiveness, Emotional Self-Regulation and Marital Boredom of Couples Seeking Divorce Referring to Family Social Emergencies.