



The Effectiveness of Emotionally Focused Therapy on Emotional Expressiveness and Sacrifice Motives in Married Women with High Anxiety

Sima Houseinpour Kahvaz¹, Seyedeh Zahra Alavi^{2*}, Masoud Shahbazi³

1- Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Department of Counseling, MaS.C., Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

Corresponding author: Seyedeh Zahra Alavi, Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

E-mail: zahra.Alavi@iau.ac.ir

Received: 2026/02/6

Accepted: 2026/05/31

Abstract

Introduction: Anxiety has an effective role in individuals' individual and marital functioning; therefore, implementing psychological interventions in these individuals is highly necessary. Accordingly, the present study was conducted to determine the effectiveness of emotionally focused therapy on emotional expressiveness and sacrifice motives in married women with high anxiety.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of the study included married women with anxiety symptoms referring to counseling and psychological service centers in Ahvaz in 2025. The selection of samples was carried out by the purposive sampling method, and 50 of them were selected and placed in two experimental groups (25 people) and a control group (25 people) by a simple randomization method. In order to conduct this study, the Beck Anxiety Inventory (BAI), Emotional Expressivity Questionnaire (EEQ), and Perception of Sacrifice Measure (PSM) were used. The experimental group underwent individual intervention during nine 45-minute sessions. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance.

Results: The findings showed that there was a significant difference between the groups in the variables of positive emotional expression ($F=8.70$, $P=0.01$), intimacy expression ($F=13.88$, $P=0.01$), negative emotional expression ($F=9.07$, $P=0.01$), avoidance ($F=10.06$, $P=0.01$), and receptive ($F=13.52$, $P=0.01$) altruistic motivation ($P<0.05$).

Conclusion: Overall, it can be concluded that emotionally focused therapy was an effective intervention in improving emotional expressiveness and sacrifice motives in married women with high anxiety.

Keywords: Emotionally focused therapy, Emotional expressiveness, Sacrifice motives, Anxiety.



اثربخشی درمان هیجان مدار بر ابرازگری هیجانی و انگیزه‌های فداکاری در زنان متاهل با اضطراب بالا

سیما حسین پور کهواز^۱، سیده زهرا علوی^۲، مسعود شهبازی^۳

۱- گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.

نویسنده مسئول: سیده زهرا علوی: گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

ایمیل: zahra.Alavi@iau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۱۷

چکیده

مقدمه: اضطراب نقش موثری بر عملکرد فردی و زناشویی افراد دارد؛ بنابراین اجرای مداخلات روانشناختی در این افراد از ضرورت بالایی برخوردار است. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر ابرازگری هیجانی و انگیزه‌های فداکاری در زنان متاهل با اضطراب بالا انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان متاهل با نشانگان اضطراب مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اهواز در سال ۱۴۰۴ بود. انتخاب نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند انجام شد و ۵۰ نفر از آن‌ها انتخاب شدند و به روش تصافی ساده در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) جایگذاری شدند. جهت انجام این پژوهش از سیاهه اضطراب بک (BAI)، پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ) و سنجۀ ادراک رفتارهای فداکارانه (PSM) استفاده شد. گروه آزمایش طی ۹ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت فردی تحت مداخله قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر ابرازگری هیجان مثبت ($F=1/70, P=0/01$)، ابرازگری صمیمیت ($F=13/88, P=0/01$)، ابرازگری هیجان منفی ($F=9/07, P=0/01$)، انگیزه‌های فداکاری اجتنابی ($F=10/06, P=0/01$) و استقبالی ($F=13/52, P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که درمان هیجان مدار یک مداخله موثر بر بهبود ابرازگری هیجانی و انگیزه‌های فداکاری در زنان متاهل با اضطراب بالا بوده است.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان مدار، ابرازگری هیجانی، انگیزه‌های فداکاری، اضطراب.

مقدمه

امنیت و تمایل به کنترل‌گری همراه است که در نهایت به بروز تنش و شکل‌گیری چرخه‌های تعاملی مخرب منجر می‌شود (۲). از منظر فردی نیز، اضطراب در این زنان می‌تواند زمینه‌ساز بروز احساس درماندگی، کاهش خودباوری، زودرنجی و فرسودگی روانی گردد (۳). یافته‌های پژوهشی حاکی از وجود یک پیوند معکوس میان میزان

تجربه اضطراب در میان زنان متأهل می‌تواند آثار عمیقی بر سلامتی شخصی و پایداری پیوند زناشویی بر جای بگذارد؛ زیرا سطوح بالای اضطراب قادر است واکنش‌های عاطفی و نزدیکی صمیمانه میان زوجین را با چالش مواجه کند (۱). این وضعیت غالباً با دل‌نگرانی‌های مفرط، احساس عدم

اضطراب و سازگاری در زندگی مشترک است؛ به گونه‌ای که تشدید اضطراب با تنزل رضایتمندی زناشویی و فزونی گرفتن تعارضات همراه بوده و می‌تواند منجر به رفتارهای اجتنابی، دوری‌گزینی عاطفی و ناتوانی در مدیریت چالش‌های زندگی شود (۴). در مجموع، اضطراب با فرسایش کیفیت رابطه، ارکان خانواده را متزلزل می‌کند و همین امر، ضرورت تشخیص به‌موقع و مداخلات درمانی را دوچندان می‌سازد. در این میان، مهارت در شناسایی و ابرازگری هیجان، نقشی تعیین‌کننده در مدیریت سطح اضطراب ایفا می‌کند (۵). ابراز صریح و آزادانه هیجانات از انباشت احساسات حل‌نشده جلوگیری کرده و در نتیجه موجب تعدیل اضطراب می‌شود (۶). در مقابل، خودداری از بیان یا سرکوب هیجان‌ها، به دلیل افزایش فشارهای درونی و آشفتگی‌های روانی، به وخامت اضطراب می‌انجامد (۷). همچنین، ابرازگری هیجان با بهبود تعاملات بین‌فردی و تسهیل حمایت‌های عاطفی، به عنوان یک سپر دفاعی در برابر اضطراب عمل می‌کند؛ به طوری که در افراد مضطرب، اشتراک‌گذاری شفاف هیجانات با شریک زندگی، علاوه بر تقویت تنظیم هیجانی و رضایت از رابطه، به کاهش نشانه‌های اضطرابی منجر می‌گردد (۸). افزون بر این، ابراز هیجان‌ها با فراهم کردن بستر پردازش سازنده احساسات، از تکرار الگوهای نشخوار فکری که از ویژگی‌های بارز اضطراب است، پیشگیری می‌کند (۶).

همچنین توجه به انگیزه‌های فداکاری در زنان متأهل از اهمیت بالایی برخوردار است؛ بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارند که پریشانی روانشناختی یک عامل مهم در انگیزه‌های فداکارانه اجتنابی و طرح‌خواه ناسازگارانه ایثار است (۹). همچنین بررسی انگیزه‌های فداکاری در زنان متأهل از اهمیت بنیادین برخوردار است، چرا که کیفیت و پایداری رابطه زناشویی بیش از آنکه متأثر از خودِ عمل فداکاری باشد، تحت تأثیر نیت و منشأ روانی آن قرار دارد. درک این موضوع که آیا ایثارگری با انگیزه «استقبالی» (به‌منظور ایجاد شادی و صمیمیت) انجام می‌شود یا با انگیزه «اجتنابی» (برای گریز از تعارض و تنش)، مرز میان رشد رابطه و زوال تدریجی سلامت روان زن را مشخص می‌کند (۱۰). فداکاری‌های مبتنی بر اجتناب، به‌مرور زمان به فرسودگی عاطفی، انباشت خشم پنهان و کاهش

عزت‌نفس منجر می‌شوند که بنیان خانواده را به مخاطره می‌اندازد. از سوی دیگر، به دلیل نقش محوری زنان در مدیریت هیجانی خانواده، بررسی این انگیزه‌ها می‌تواند به شناسایی الگوهای رفتاری ناسالم و جایگزینی آن‌ها با تعاملات سازنده کمک کند (۱۱). در واقع، تحلیل دقیق این انگیزه‌ها به متخصصان و خود زوجین این بینش را می‌دهد که چگونه میان نیازهای فردی و ایثارگری تعادلی هوشمندانه برقرار کنند؛ تعادلی که نه تنها به بهای تخریب سلامت روان زن تمام نشود، بلکه به شکوفایی، پویایی و رضایتمندی دوجانبه در فضای مشترک زندگی بینجامد. یکی از روش‌های درمانی موفق در درمان اختلالات اضطرابی درمان هیجان‌مدار است (۱۲). درمان هیجان‌مدار یکی از رویکردهای روان‌شناختی است که به‌ویژه در درمان مشکلات هیجانی و عاطفی، از جمله اضطراب، افسردگی و مشکلات ارتباطی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این رویکرد بر این اصل استوار است که هیجانات انسان‌ها نقش اساسی در شکل‌گیری تجربیات روانی و ارتباطات بین فردی دارند و بنابراین، پردازش و پذیرش این هیجانات می‌تواند به بهبود سلامت روانی و روابط فردی منجر شود (۱۳). درمان هیجان‌مدار به مراجعان کمک می‌کند تا هیجانات خود را شناسایی کرده و آنها را به شیوه‌ای سازگارانه و مؤثر بیان کنند (۱۴). در این روش، درمانگر تلاش می‌کند تا به فرد کمک کند تا از طریق آگاهی از هیجانات خود، الگوهای رفتاری و فکری ناسازگار را شناسایی کند و تغییر دهد. به عبارت دیگر این شیوه مداخله به مراجعان این امکان را می‌دهد تا خودآگاهی بیشتری بدست آورند و به جای انکار یا سرکوب هیجاناتشان، آنها را بپذیرند و با آنها تعامل داشته باشند (۱۵). همچنین بررسی پیشینه پژوهش دلالت بر این دارد که درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و رضایت از زندگی، خودتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی زنان (۱۶)، ابراز هیجانات افراد مبتلا به سندرم ضربه عشقی (۱۷)، ابرازگری هیجانی در زنان متأهل (۱۸)، بخشودگی زناشویی (۱۹)، رضایت و سازگاری زناشویی (۲۰) و کاهش پرخاشگری ارتباطی پنهان (۲۱) مؤثر بوده است؛ اما در بررسی پیشینه و مرور تحقیقات قلبی، پژوهشی یافت نشد که کارایی این درمان را بر انگیزه‌های فداکاری مورد بررسی قرار دهد؛ از این حیث یک خلاء پژوهشی قابل توجه در پیشینه پژوهش

وجود دارد.

ضرورت انجام این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که اضطراب در زنان متأهل تنها یک آسیب روانی فردی نیست، بلکه به عنوان یک عامل مخرب در پویایی‌های زوجی، زیربنای بسیاری از تعارضات ساختاری و عاطفی خانواده محسوب می‌شود. اهمیت دیگر این پژوهش در آن است که فراتر از بررسی علائم ظاهری اضطراب، بر دو مکانیسم کلیدی یعنی ابرازگری هیجانی و انگیزه‌های فداکاری تمرکز دارد؛ چراکه اضطراب بالا با ایجاد بازداری هیجانی یا ابرازگری آشفته، مسیر ارتباطی سالم را مسدود کرده و انگیزه‌های فداکاری را از حالتی صمیمانه به مسیری اجتنابی و ترس‌محور سوق می‌دهد که پیامد آن فرسودگی زناشویی و کاهش رضایت زناشویی است. در مجموع، انجام این مطالعه از نظر پژوهشی و کاربردی از اهمیت و ضرورت برخوردار است. از نظر پژوهشی، چنین مطالعه‌ای با بررسی چگونگی پرداختن درمان هیجان‌مدار به ابرازگری هیجانی و انگیزه‌های فداکاری به عنوان مکانیسم‌های اثرگذار بر اضطراب از اهمیت بالایی در جهت ارتقاء سلامت روانشناختی زنان متأهل برخوردار است. با توجه به اینکه اضطراب یک عامل مهم در مشکلات روانشناختی و روابط زوجی است، می‌بایست با ارائه مداخلات روانشناختی به‌موقع در راستای تحکیم بنیان خانواده اقدامات موثری ارائه نمود. در زمینه کاربردی نتایج حاصل از این پژوهش نقش مهمی در شناسایی نقاط قوت و ضعف درمان هیجان‌مدار در زنان با نشانگان اضطرابی دارد؛ در صورت مشاهده نتایج موثر، این مدل درمانی را می‌توان برای زنان با نشانگان اضطراب پیشنهاد نمود. با توجه به اهمیت این موضوع این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر ابرازگری هیجانی و انگیزه‌های فداکاری در زنان متأهل با اضطراب بالا انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان متأهل با نشانگان اضطراب مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اهواز در سال ۱۴۰۴ بود. انتخاب نمونه‌ها به روش نمونه

گیری هدفمند انجام شد. حداقل حجم نمونه در نرم افزار G-power با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵، توان ۰/۹۵، اندازه اثر بالا ۰/۴۰ برای هر گروه ۲۰ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن ریزش احتمالی حجم نمونه تعداد اعضاء در هر گروه ۲۵ نفر در نظر گرفته شد. بعد از نمونه‌گیری، اعضا به صورت تصادفی ساده از نوع قرعه‌کشی در گروه گروه آزمایش و کنترل به روش تصادفی ساده جایگزین شدند. تشخیص نشانگان اضطراب بر اساس نظر روانشناس بالینی و کسب نمره ۱۶ به بالا در برش پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، محدوده سن بین ۳۰-۵۵ سال، توانایی خواندن و نوشتن، رضایت آگاهانه کتبی، عدم بیماری مزمن و شدید جسمانی یا روانی و اعتیاد به مواد مخدر به عنوان معیارهای ورود لحاظ شد، این معیارها پیش از ورود افراد به پژوهش با استفاده از مصاحبه بالینی توسط درمانگر بررسی شدند. همچنین غیبت بیش از ۲ جلسه، عود نشانگان اضطرابی (بر اساس اظهارات افراد طی جلسات درمان) و نیاز به بستری یا مصرف دارو، افکار خودکشی در حین اجرای جلسات درمانی و شرکت در هرگونه روان درمانی همزمان از معیارهای خروج بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای استاندارد زیر استفاده شد:

سیاهه اضطراب بک (BAI): این سیاهه شامل ۲۱ ماده است؛ که توسط Beck و همکاران در سال ۱۹۹۳ طراحی شده است، نمره گزاری آن بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه از هرگز (نمره صفر) الی همیشه (نمره ۳) انجام می‌شود. مجموع نمرات آزمودنی‌ها بین صفر تا ۶۳ متغیر است. نمره کمتر از ۱۰ نشان‌دهنده عدم اضطراب، نمره ۱۰-۲۰ نشانگر اضطراب خفیف، نمره ۲۱-۳۰ نشان‌دهنده اضطراب متوسط و نمره ۳۱ به بالا بیانگر اضطراب شدید است؛ پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شده است؛ همچنین روایی همگرا با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۴۳ گزارش شده است (۲۲). در نمونه ایرانی همسانی دورنی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی مطلوب گزارش شده است (۲۳). در پژوهش حاضر همسانی دورنی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ): برای سنجش ابرازگری هیجانی از پرسشنامه ابرازگری هیجانی ساخته King & Emmons در سال ۱۹۹۰ استفاده شد. این پرسشنامه

شامل ۱۶ گویه است و سه مؤلفه دارد. مؤلفه‌ها شامل ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی است. نمره گذاری پرسشنامه هم بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) می‌باشد. نمره کل یک فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است. نمره بالاتر بیانگر ابرازگری هیجانی بالاتر است. پایایی این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۶۹ و ۰/۶۸ به دست آمد؛ همچنین روایی به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد و مقدار واریانس استخراج شده برای سه عامل ۶۶ درصد بود (۲۴). در ایران رهبری غازی و همکاران در سال ۱۴۰۲ پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی کردند و مقدار آن را برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت، ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۷، ۰/۶۵ و ۰/۶۹ به دست آوردند؛ همچنین روایی به روش تحلیل عاملی تاییدی برای همه سوالات بالای ۰/۴۰ محاسبه شد (۲۵). در پژوهش حاضر همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد.

سنجۀ ادراک رفتارهای فداکارانه (PSM): این پرسشنامه توسط Impett و همکاران در سال ۲۰۰۵ جهت بررسی انگیزه‌های افراد از فداکاری نسبت به همسرشان تدوین شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است که ۸ ماده آن مربوط به انگیزه‌های استقبالی و ۷ ماده آن مربوط به انگیزه‌های اجتنابی است. این مقیاس انگیزه‌های فداکاری را در مقیاس لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌سنجد (۲۶). Impett و همکاران در سال ۲۰۱۳ پایایی مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ۰/۷۹ برای انگیزه‌های استقبالی و اجتنابی زنان و ۰/۸۶ و ۰/۷۹ برای انگیزه‌های استقبالی و اجتنابی مردان گزارش کرده است (۲۷). البوغیش و همکاران در سال ۱۳۸۹ پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ محاسبه نمود. وی ضریب پایایی خرده‌مقیاس انگیزه استقبالی در مردان را ۰/۷۶ و در زنان ۰/۷۵ و ضریب پایایی خرده‌مقیاس انگیزه اجتنابی در مردان را ۰/۶۳ و در زنان ۰/۷۸ گزارش کرد. همچنین، روایی سازه

این مقیاس با پرسش‌نامه کیفیت زناشویی نورتون برای انگیزه‌های استقبالی و اجتنابی به ترتیب در نمونه مردان ۰/۶۱ و ۰/۲۰ و در نمونه زنان ۰/۶۴ و ۰/۲۹ به دست آمد (۲۸). همچنین در پژوهش حاضر پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای انگیزه‌های استقبالی ۰/۷۸ و انگیزه‌های اجتنابی ۰/۸۱ بدست آمد.

ابتدا پیشنهاد پژوهش تدوین و به شورای پژوهشی دانشگاه ارائه و تصویب گردید. سپس مجوز کمیته اخلاق و مجوزهای اجرایی از مرکز مشاوره شهر اهواز اخذ شد. پس از آن، با استفاده از سیاهه اضطراب بک و مصاحبه بالینی، زنان متأهل دارای اضطراب بالا که واجد معیارهای ورود بودند، شناسایی و انتخاب شدند. در ادامه ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۵ نفری شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. پیش‌آزمون قبل از مداخلات برای هر دو گروه اجرا گردید. سپس گروه آزمایشی، درمان هیجان‌مدار را به صورت فردی طی ۹ جلسه بر اساس پروتکل Johnson دریافت کردند (۱۵)، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار در جدول ۱ ارائه شده است. پس از پایان مداخلات، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا و دو ماه بعد آزمون پیگیری نیز انجام شد. درمان هیجان‌مدار توسط درمانگر آموزش دیده در دوره‌های تخصصی درمان هیجان‌مدار و دارای صلاحیت حرفه‌ای بالینی اجرا شد. در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش همچون دریافت موافقت اصولی، اخذ رضایت آگاهانه، حفظ رازداری و حریم شخصی و حفظ محرمانگی در اجرای مداخله روانشناختی مورد توجه پژوهشگران بود؛ علاوه بر این موارد، شرکت در این پژوهش هیچ‌گونه آسیب جسمانی و روانی برای شرکت‌کنندگان به همراه نداشت. همچنین پروپوزال این پژوهش با کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.AHVAZ.REC.1404.020) از کمیته اخلاق شعبه دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز دریافت شد که نشان‌دهنده رعایت اصول اخلاقی در انجام تحقیق و حفاظت از حقوق شرکت‌کنندگان بود. درنهایت، تحلیل داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط انجام شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان هیجان مدار

جلسات	مداخلات
۱	درمانگر یک اتحاد درمانی مشارکتی ایجاد کرد و ارزیابی اولیه‌ای از نگرانی‌های فعلی مراجع انجام داد. تجربیات عاطفی مرتبط با مشکل بررسی و واکنش‌های عاطفی ثانویه شناسایی شدند. امنیت عاطفی برای تسهیل مشارکت در فرآیند درمانی تقویت شد.
۲	درمانگر به مراجع کمک کرد تا به احساسات اولیه و ثانویه مرتبط با پریشانی دسترسی پیدا کند و آنها را از هم متمایز کند. توجه به سمت احساسات بدنی و نشانه‌های عاطفی معطوف شد تا آگاهی عاطفی عمیق‌تری ایجاد شود. مراجع شروع به بیان واضح‌تر تجربیات عاطفی اصلی کرد.
۳	درمانگر با کمک به مراجع در تحمل و حضور در زمان برانگیختگی عاطفی شدید، تنظیم عاطفی را تسهیل کرد. استراتژی‌های زمینه‌سازی و تسکین برای کاهش اجتناب عاطفی معرفی شدند. مراجع ظرفیت بیشتری برای مدیریت احساسات شدید نشان داد.
۴	درمانگر الگوهای مولد پریشانی هیجانی را شناسایی و ریشه‌های عاطفی آنها را بررسی کرد. از گفتگوی دو نفره برای برونی‌سازی صدای انتقادی و دسترسی به احساسات آسیب‌پذیر زیربنایی استفاده شد. مراجع خوددلسوزی و پذیرش عاطفی بیشتری را در خود پرورش داد.
۵	درمانگر الگوهای خودانتقادی را شناسایی و ریشه‌های عاطفی آنها را بررسی کرد. از گفتگوی دو نفره برای برونی‌سازی صدای انتقادی و دسترسی به احساسات آسیب‌پذیر زیربنایی استفاده شد.
۶	مراجع خوددلسوزی و پذیرش عاطفی بیشتری را در خود پرورش داد. درمانگر نیازهای عاطفی برآورده نشده‌ای را که زیربنای مشکلات مراجع بودند، بررسی کرد. تجربیات عاطفی از طریق گفتگوی تأملی با معنای شخصی ادغام شدند. مراجع بینش بیشتری نسبت به الگوهای عاطفی و نیازهای ارتباطی به دست آورد.
۷	درمانگر پاسخ‌های عاطفی جدید را تثبیت و الگوهای عاطفی سازگار را تقویت کرد. مراجع به کارگیری این پاسخ‌های عاطفی را در موقعیت‌های واقعی زندگی تمرین کرد. انعطاف‌پذیری عاطفی و اعتماد به نفس در ابراز عواطف تقویت شد.
۸	در این جلسه، مراجع بر احساسات باقیمانده و روابط بین فردی خود تمرکز کرد. درمانگر به او کمک کرد تا الگوهای عاطفی گذشته را شناسایی و دوباره تجربه کند. جلسه با شناسایی راهبردهایی برای مدیریت عواطف و بهبود ارتباطات توسط او به پایان رسید.
۹	درمانگر پیشرفت درمانی را بررسی و تغییرات عاطفی کلیدی به دست آمده در طول درمان را تثبیت کرد. راهبردهایی برای حفظ دستاوردهای عاطفی و مدیریت چالش‌های آینده مورد بحث قرار گرفت. فرآیند درمان با تمرکز بر رشد عاطفی مداوم و تاب‌آوری به پایان رسید.

یافته‌ها

در جدول ۲ اطلاعات جمعیت‌شناختی دو گروه ارائه و مقایسه

شده است.

در این پژوهش ۴۰ نفر در دو گروه ۲۰ نفری مشارکت داشتند،

جدول ۲: اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه

متغیرها	دسته‌بندی	گروه آزمایش	گروه کنترل	آزمون خی‌دو	سطح معناداری
تحصیلات	دیپلم	۶	۹	۰/۲۱	۰/۷۶
	کاردانی و کارشناسی	۸	۸		
	کارشناسی ارشد	۱۱	۸		
سن		M±SD	M±SD	t-test	P-value
		۴۲/۰۴ ± ۶/۰۴	۴۲/۲۴ ± ۶/۱۶	۰/۳۹	۰/۷۷

متغیرهای پژوهش، شامل میانگین و انحراف استاندارد برای گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که افراد هر دو گروه از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی همگون هستند؛ همچنین در هر دو گروه همه افراد زن، متاهل، شاغل و دارای حداقل یک فرزند بودند. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای ابرازگری هیجانی و انگیزه‌های فداکاری به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
ابرازگری هیجان مثبت	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۲۰	۶/۰۳	۰/۹۷	۰/۵۴
		کنترل	۱۶/۹۲	۵/۶۱	۰/۹۳	۰/۰۹
	پس آزمون	آزمایش	۲۵/۳۲	۷/۴۲	۰/۹۳	۰/۱۰
		کنترل	۱۷/۸۸	۵/۷۶	۰/۹۵	۰/۲۸
ابرازگری صمیمت	پیش آزمون	آزمایش شده	۲۴/۸۰	۶/۵۵	۰/۹۴	۰/۱۷
		کنترل	۱۷/۲۰	۴/۸۹	۰/۹۳	۰/۰۷
	پس آزمون	آزمایش	۱۴/۰۸	۳/۴۰	۰/۹۴	۰/۱۲
		کنترل	۱۳/۹۶	۳/۵۶	۰/۹۶	۰/۳۲
ابرازگری هیجان منفی	پیش آزمون	آزمایش	۱۸/۶۴	۴/۵۵	۰/۹۴	۰/۱۴
		کنترل	۱۳/۶۴	۲/۷۲	۰/۹۷	۰/۶۷
	پس آزمون	آزمایش	۱۸/۶۸	۳/۷۸	۰/۹۵	۰/۳۷
		کنترل	۱۳/۶۸	۲/۳۵	۰/۹۵	۰/۲۴
انگیزه فداکاری اجتنابی	پیش آزمون	آزمایش	۱۱/۳۲	۳/۸۴	۰/۹۴	۰/۱۴
		کنترل	۱۱/۴۰	۳/۳۴	۰/۹۴	۰/۱۴
	پس آزمون	آزمایش	۱۵/۲۸	۳/۷۲	۰/۹۴	۰/۱۵
		کنترل	۱۱/۴۴	۲/۹۷	۰/۹۸	۰/۹۱
انگیزه فداکاری استقبالی	پیش آزمون	آزمایش	۱۵/۵۸	۳/۲۸	۰/۹۶	۰/۴۲
		کنترل	۱۱/۶۰	۲/۵۹	۰/۹۵	۰/۲۳
	پس آزمون	آزمایش	۲۰/۶۰	۶/۳۹	۰/۹۴	۰/۱۲
		کنترل	۲۰/۲۴	۶/۱۷	۰/۹۷	۰/۵۴
انگیزه فداکاری اجتنابی	پیش آزمون	آزمایش	۱۲/۷۶	۴/۵۳	۰/۹۴	۰/۱۶
		کنترل	۲۰/۴۴	۶/۰۳	۰/۹۶	۰/۴۳
	پس آزمون	آزمایش	۱۳/۱۶	۳/۹۹	۰/۹۴	۰/۱۸
		کنترل	۲۰/۱۲	۵/۲۹	۰/۹۶	۰/۴۳
انگیزه فداکاری استقبالی	پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۶۸	۶/۷۴	۰/۹۴	۰/۱۷
		کنترل	۱۷/۳۶	۷/۹۳	۰/۹۳	۰/۰۷
	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۱۶	۷/۹۵	۰/۹۴	۰/۱۲
		کنترل	۱۷/۰۴	۷/۳۷	۰/۹۳	۰/۰۷
انگیزه فداکاری استقبالی	پیش آزمون	آزمایش	۲۸/۱۲	۷/۳۸	۰/۹۵	۰/۲۷
		کنترل	۱۷/۶۸	۶/۶۱	۰/۹۳	۰/۰۷

فداکاری اجتنابی کاهش یافته است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌های هر دو متغیر در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال بودند ($P > 0.05$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه آزمایش نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای ابرازگری هیجانی و انگیزه‌های فداکاری داشته است. در گروه آزمایش پس‌آزمون نمرات ابرازگری هیجانی در هر سه مولفه و انگیزه فداکاری استقبالی در پس‌آزمون و پیگیری افزایشی بوده است، اما در مقابل نمرات انگیزه

متین تفنگچی و همکاران

با توجه به ملاحظات مورد نظر در پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

که خطای واریانس ها در هر دو متغیر به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس ها در حالت چندمتغیره برقرار بود ($P > 0.05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیرهای ابرازگری هیجانی و انگیزه های فداکاری معنادار نبود، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای متغیرهای ابرازگری هیجانی و انگیزه های فداکاری

اثر	آزمون ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلائی	۰/۸۹	۱۴/۹۰	۱۰	۱۸۶	۰/۰۱	۰/۴۴	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۴	۳۱/۶۹	۱۰	۱۸۴	۰/۰۱	۰/۶۳	۱
	اثر هتلینگ	۶/۲۳	۵۶/۷۰	۱۰	۱۸۲	۰/۰۱	۰/۷۵	۱
	بزرگترین ریشه روی	۶/۲۰	۱۱۵/۳۶	۵	۹۳	۰/۰۱	۰/۸۶	۱

بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از گروه ها در ترکیب متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می دهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ترکیب گروه ها و متغیر وابسته به طور همزمان ($P = 0.01$, $F = 14.90$, $\eta^2 = 0.72$) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر برای متغیرهای ابرازگری هیجانی و انگیزه های فداکاری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
ابرازگری هیجان مثبت	زمان	۷۵۷/۹۲	۳۷۸/۹۶	۵۶/۷۲	۰/۰۱	۰/۵۴	۱
	زمان*گروه	۵۶۵/۹۷	۲۸۲/۹۹	۴۲/۳۵	۰/۰۱	۰/۴۷	۱
	خطا	۶۴۱/۴۴	۶/۶۸				
	بین گروهی	۸۵۴/۴۲	۸۵۴/۴۲	۸/۷۰	۰/۰۱	۰/۱۵	۱
ابرازگری صمیمیت	زمان	۱۵۲/۶۹	۷۶/۳۵	۲۸/۱۶	۰/۰۱	۰/۳۷	۱
	زمان*گروه	۱۹۸/۴۵	۹۹/۲۳	۳۶/۶۱	۰/۰۱	۰/۴۳	۱
	خطا	۲۶۰/۱۹	۲/۷۱				
	بین گروهی	۴۲۶/۷۳	۴۲۶/۷۲	۱۳/۸۸	۰/۰۱	۰/۲۲	۱
ابرازگری هیجان منفی	زمان	۱۵۴/۶۱	۷۷/۳۱	۳۱/۶۶	۰/۰۱	۰/۴۰	۱
	زمان*گروه	۱۳۶/۳۷	۶۸/۱۹	۲۷/۹۴	۰/۰۱	۰/۳۷	۱
	خطا	۲۳۴/۳۵	۲/۴۴				
	بین گروهی	۲۵۶/۱۱	۲۵۶/۱۱	۹/۰۷	۰/۰۱	۰/۱۶	۱
انگیزه فداکاری اجتنابی	زمان	۴۸۱/۳۷	۲۴۰/۶۹	۸۸/۴۶	۰/۰۱	۰/۶۵	۱
	زمان*گروه	۴۹۴/۷۶	۲۴۷/۳۸	۹۰/۹۲	۰/۰۱	۰/۶۵	۱
	خطا	۲۶۱/۲۰	۲/۴۴				
	بین گروهی	۸۴۹/۶۶	۸۴۹/۶۶	۱۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۱۷	۱

زمان	۹۱۴/۰۱	۴۵۷/۰۱	۶۲/۹۷	۰/۰۱	۰/۵۷	۱
زمان*گروه	۹۱۴/۶۵	۴۵۷/۳۲	۶۳/۰۲	۰/۰۱	۰/۵۷	۱
خطا	۶۹۶/۶۷	۷/۲۶				
بین گروهی	۱۹۹۴/۷۲	۱۹۹۴/۷۲	۱۳/۵۲	۰/۰۱	۰/۲۲	۱

نقش موثری بر افزایش ابرازگری هیجانی و انگیزه فداکاری استقبالی داشته است و در مقابل نقش موثری بر کاهش انگیزه فداکاری اجتنابی در مقایسه با گروه کنترل داشته است ($P < 0.05$). جهت بررسی روند تغییرات در گروه ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی به تفکیک گروه ها در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه ها در متغیر ابرازگری هیجان مثبت ($\eta^2 = 0.15$, $F = 8.70$, $P = 0.01$)، ابرازگری صمیمیت ($\eta^2 = 0.11$, $P = 0.01$)، ابرازگری هیجان منفی ($\eta^2 = 0.22$, $F = 13.88$, $P = 0.01$)، انگیزه فداکاری اجتنابی ($\eta^2 = 0.16$, $F = 9.07$, $P = 0.01$)، انگیزه فداکاری استقبالی ($\eta^2 = 0.17$, $F = 10.06$, $P = 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ در واقع مداخله

جدول ۶: نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بن فرونی در تعیین تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون پیگیری

متغیرها	مراحل سنجش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
ابرازگری هیجان مثبت	پیش آزمون	۹/۱۲	۰/۰۱	۰/۹۶	۰/۲۶
	پیش آزمون پیگیری	۸/۶۰	۰/۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰
	پس آزمون پیگیری	۰/۵۲	۰/۳۹	۰/۶۸	۰/۰۸
ابرازگری صمیمیت	پیش آزمون	۴/۵۶	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۹۵
	پیش آزمون پیگیری	۴/۶۰	۰/۰۱	۰/۲۸	۱/۰۰
	پس آزمون پیگیری	۰/۰۴	۱/۰۰	۰/۰۴	۱/۰۰
ابرازگری هیجان منفی	پیش آزمون	۳/۹۶	۰/۰۱	۰/۰۴	۱/۰۰
	پیش آزمون پیگیری	۴/۳۶	۰/۰۱	۰/۲۰	۱/۰۰
	پس آزمون پیگیری	۰/۴۰	۰/۵۶	۰/۱۶	۱/۰۰
انگیزه فداکاری اجتنابی	پیش آزمون	۷/۸۴	۰/۰۱	۰/۲۰	۱/۰۰
	پیش آزمون پیگیری	۷/۴۴	۰/۰۱	۰/۱۲	۱/۰۰
	پس آزمون پیگیری	۰/۴۲	۰/۵۱	۰/۳۲	۰/۹۸
انگیزه فداکاری استقبالی	پیش آزمون	۱۰/۴۸	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۴۴
	پیش آزمون پیگیری	۱۰/۴۴	۰/۰۱	۰/۳۲	۱/۰۰
	پس آزمون پیگیری	۰/۴	۱/۰۰	۰/۶۴	۰/۲۷

بر ابرازگری هیجانی و انگیزه های فداکاری در زنان متاهل با اضطراب بالا انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان هیجان مدار نقش موثری بر افزایش ابرازگری هیجانی داشته است؛ در واقع اعضای گروه آزمایش پس از دریافت مداخله در بیان و ابراز هیجانات مثبت، منفی و صمیمت افزایش معناداری داشته اند، این یافته با پژوهش های قبلی بیگدلی و همکاران (۱۶)، آریانژاد و همکاران (۱۷) و مطهری نسب و همکاران (۱۸) همسو است. در تبیین این یافته می توان از چارچوب نظری درمان هیجان مدار بهره

نتایج آزمون بن فرونی در جدول ۶ نشان داد که فقط در گروه مداخله بین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود داشت ($P = 0.01$)؛ این در حالی است که در گروه مداخله بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات نتایج در طول زمان است ($P < 0.05$).

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار

می‌توان گفت درمان هیجان‌مدار با فراهم سازی یک رابطه درمانی امن و پذیرش‌گر، امکان دسترسی و پردازش هیجانات بنیادی مرتبط با دلبستگی همچون نیاز به امنیت، صمیمیت و پذیرفته شدن را فراهم می‌سازد و از این طریق به کاهش اضطراب و بازسازی الگوهای هیجانی و تعاملی ناسازگار کمک می‌کند. در زنان متأهل با اضطراب بالا، انگیزه‌های فداکاری اجتنابی اغلب ریشه در ترس از طرد و نایمندی دلبستگی دارند؛ درمان هیجان‌مدار با تنظیم این هیجانات اولیه و اصلاح الگوهای تعاملی منفی، این انگیزه‌های دفاعی را کاهش داده و هم‌زمان با تقویت تجربه دلبستگی ایمن، پذیرش خود و ابراز هیجانی، زمینه را برای افزایش انگیزه‌های فداکاری استقبالی فراهم می‌آورد. مطابق با چارچوب نظری درمان هیجان‌مدار، این شیوه مداخله با تمرکز بر دسترسی به هیجانات بنیادی مرتبط با دلبستگی، مانند نیاز به محبت و امنیت، به افراد کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری منفی و ناسازگار که ناشی از تنش هستند را بازشناسی و ارزیابی مجدد کنند (۱۷). این فرایند موجب کاهش انگیزه‌های فداکاری اجتنابی می‌شود که اغلب به عنوان راهبردی برای محافظت از خود در برابر آسیب هیجانی به کار می‌روند (۱۶). به عبارت دیگر، با کاهش ترس از طرد شدن یا عدم پذیرش، فرد احساس امنیت روانی بیشتری یافته و تمایل بیشتری به تعامل و پذیرش نشان می‌دهد که این امر در قالب افزایش انگیزه فداکاری استقبالی نمود پیدا می‌کند. از سوی دیگر مطابق با چارچوب نظری دلبستگی تغییر الگوهای تعاملی و بازتعریف مسئله در چارچوبی مبتنی بر نیازهای بنیادین هیجانی، امکان بازسازی روابط را فراهم می‌آورد (۱۲). افزایش انگیزه استقبالی می‌تواند به عنوان نشانه‌ای از تقویت دلبستگی ایمن در رابطه تعبیر شود که از طریق بیان صادقانه نیازها و پذیرش هیجانات، همدلی و حمایت متقابل را بهبود می‌بخشد (۱۲). این فرآیند به نوبه خود، کاهش رفتارهای دفاعی و اجتنابی را تسهیل می‌کند، چرا که افراد کمتر احساس تهدید می‌کنند و بیشتر تمایل به حفظ ارتباط برقرار می‌کنند (۱۹). علاوه بر این، تثبیت دستاوردهای درمانی، که شامل تثبیت الگوهای رفتاری جدید و افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی است، به حفظ تغییرات در انگیزه‌های فداکاری کمک می‌کند. افراد در این مرحله مهارت‌های جدید مقابله‌ای را فرا می‌گیرند که به آن‌ها امکان می‌دهد در مواجهه با تنش‌ها و تعارضات به جای کناره‌گیری یا اجتناب، با اعتماد و پذیرش عمل کنند.

گرفت که ریشه در نظریه دلبستگی، رویکرد انسان‌گرایانه تجربی و نگاه سیستمی به روابط دارد (۱۲). مطابق با این چارچوب، مشکل در ابرازگری هیجانی می‌تواند بیش از آنکه ناشی از ناتوانی فردی باشد، بازتابی از هیجانات دلبستگی پردازش‌نشده و الگوهای تعاملی محافظتی باشد که در بستر روابط نزدیک شکل گرفته‌اند. درمان هیجان‌مدار با فراهم‌سازی تجربه‌ای هیجانی امن و حمایتگر، به مراجع امکان می‌دهد تا در ابتدا هیجانات بنیادی را شناسایی و تحمل کند و سپس در مسیر درمان، این هیجانات را سازمان‌دهی و به شکلی سازگارانه بیان نماید که سبب افزایش ظرفیت ابرازگری هیجانی می‌شود. در نتیجه، فرد به جای واکنش‌های اجتنابی یا سرکوب هیجانی، قادر می‌گردد احساسات خود را به‌صورت آگاهانه، هدفمند و متناسب با موقعیت ابراز کند. به عبارت دیگر درمان هیجان‌مدار با فراهم کردن فضایی حمایتی و ساختاریافته، به افراد کمک می‌کند تا بتوانند هیجانات خود را بهتر درک کرده، پذیرش بیشتری نسبت به آنها پیدا کنند و در نهایت آنها را به شیوه‌ای سازنده و مؤثر ابراز نمایند (۱۲). مکانیسم اثر درمان هیجان‌مدار عمدتاً حول محور افزایش آگاهی هیجانی و تنظیم هیجان شکل می‌گیرد (۱۵). این درمان، افراد را قادر می‌سازد تا نه تنها هیجانات منفی مانند اضطراب را شناسایی و بپذیرند، بلکه یاد می‌گیرند چگونه این هیجانات را به جای سرکوب، به شیوه‌ای هدفمند و متناسب بروز دهند. این فرآیند موجب کاهش تعارضات درونی و بهبود تعاملات اجتماعی می‌شود که به نوبه خود منجر به کاهش شدت اضطراب و بهبود سلامت روانی می‌گردد. به عبارت دیگر، درمان هیجان‌مدار افراد را از حالت انفعالی و پنهان کردن احساسات به سمت حالت فعال و آگاهانه هدایت می‌کند که این خود عامل کلیدی در بهبود ابرازگری هیجانی است. همچنین، این درمان می‌تواند به بهبود مهارت‌های بین‌فردی و ارتقای کیفیت روابط عاطفی در محیط خانوادگی کمک کند (۲۱).

یافته دوم نشان داد که درمان هیجان‌مدار نقش موثری بر انگیزه‌های فداکاری داشته است؛ در واقع این مداخله موجب کاهش انگیزه اجتنابی و افزایش انگیزه اشتیاقی شده است؛ در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که همسو یا مغایر با مطالعه حاضر باشد؛ اما در مطالعات قبلی نشان داده شده است که این درمان بر بخشودگی (۱۹) و رضایت و سازگاری زناشویی (۲۰-۲۱) موثر بوده است. در تبیین

اصلاح الگوهای هیجانی استفاده کنند. اجرای این رویکرد در مراکز مشاوره خانواده و مشاوره می‌تواند عملکرد هیجانی مراجعین را بهبود بخشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان هیجان‌مدار به‌عنوان یک مداخله موثر، فراتر از تغییرات رفتاری سطحی، موفق به بازسازی ساختار هیجانی و انگیزشی زنان متأهل شده است. این رویکرد با تسهیل ابرازگری هیجانی و جایگزینی انگیزه‌های اجتنابی با انگیزه‌های استقبالی، توانسته است بستر تعاملات زوجی را از حالتی تدافعی به وضعیتی پویا و امنیت بخش تغییر دهد. در واقع، کاهش فداکاری‌های اجتنابی در کنار ارتقاء ابرازگری هیجانی، نشان دهنده گذار از یک رابطه مبتنی بر ترس به سوی پیوندی مبتنی بر صمیمیت است؛ لذا به‌کارگیری این پروتکل درمانی در مراکز مشاوره می‌تواند گامی حیاتی در جهت تحکیم بنیان خانواده و پیشگیری از فرسودگی زناشویی در زندگی مشترک باشد.

سیاسگزاری

از همه افرادی که ما را در اجرای این مطالعه یاری رساندند، کمال تشکر و سپاس را داریم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود نداشته است.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را دشوار می‌سازد؛ این مطالعه ابتدا به دلیل استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و تکیه بر پرسشنامه‌های خودگزارشی ممکن است باعث سوگیری و کاهش عینیت نتایج شود. دوم، پیگیری کوتاه دو ماهه، نتیجه‌گیری در مورد پایداری و دوام اثرات درمان در درازمدت را محدود می‌کند. همچنین اجرای این پژوهش در نمونه‌ای از زنان؛ تعمیم‌پذیری یافته‌ها در مردان را محدود می‌سازد. علاوه بر این عدم کنترل وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سابقه دریافت خدمات مشاوره از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. با توجه به این محدودیت‌ها، پژوهش‌های آینده باید از نمونه‌های متنوع‌تری که از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده‌اند، برای افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها استفاده کنند. گنجاندن ارزیابی‌های چند روشی (پرسشنامه، مصاحبه و ارزیابی بالینی) می‌تواند سوگیری ابزار خودگزارشی را کاهش داده و ارزیابی جامع‌تری از تغییرات را ارائه دهد. علاوه بر این، افزایش دوره پیگیری به شش ماه یا یک سال، درک واضح‌تری از اثربخشی و پایداری بلندمدت نتایج درمان هیجان‌مدار را فراهم می‌کند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده کنترل وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سابقه دریافت خدمات مشاوره کنترل شود. در زمینه کاربردی، این یافته‌ها نشان می‌دهد که گنجاندن درمان هیجان‌مدار در برنامه‌های مشاوره برای زنان متأهل مضطرب می‌تواند ابرازگری هیجانی را افزایش داده و الگوی انگیزه‌های فداکاری را اصلاح کند. مشاوران می‌توانند از درمان هیجان‌مدار برای کمک به مراجعین در مواجهه و

References

1. Rakhshani T, Amirshafavi M, Motazedian N, Harsini PA, Kamyab A, Jeihooni AK. Association of quality of life with marital satisfaction, stress, and anxiety in middle-aged women. *Frontiers in Psychology*. 2024;15:1357320. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1357320>
2. Han RR, Xiang ZX, Zhang SH, Gao LL. Predictors of anxiety among pregnant women with gestational diabetes mellitus and their partners: The mediating role of marital satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*. 2024;30(1):e13155. <https://doi.org/10.1111/ijn.13155>
3. MK R, Kaur P. Depression, anxiety, stress and marital adjustment among women. *Journal of International Women's Studies*. 2020;21(5):2-8. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol21/iss5/2/>
4. Abbas J, Aqeel M, Abbas J, Shaher B, Sundas J, Zhang W. The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. *Journal of affective disorders*. 2019;244:231-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.071>
5. Kane HS, Wiley JF, Dunkel Schetter C, Robles TF. The effects of interpersonal emotional expression, partner responsiveness, and emotional approach coping on stress responses. *Emotion*. 2019;19(8):1315. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6640093/> <https://doi.org/10.1037/emo0000487>

6. Xie Z, Wang Z. Longitudinal examination of the relationship between virtual companionship and social anxiety: emotional expression as a mediator and mindfulness as a moderator. *Psychology Research and Behavior Management*. 2024;31:765-82. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S447487>
7. Naziri A, Hooman F. The role of family functioning and emotional expressiveness in predicting anxiety in adolescent girls. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*. 2025;15(1):33-40. <https://nmcjournal.zums.ac.ir/article-1-958-fa.html> <https://doi.org/10.61882/pcnm.15.1.33>
8. Qu W, Liu M, Ge Y. Mindfulness decreases driving anger expression: The mediating effect of driving anger and anger rumination. *Accident Analysis & Prevention*. 2024;203:107642. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2024.107642>
9. Khojasteh Mehr R, Aghaei Z, Omidian M. Meta-analysis of the relationship among approach and avoidance motives for sacrifice and marital quality. *Family Counseling and Psychotherapy*. 2019;9(1):89-108. https://fcp.uok.ac.ir/article_61261.html
10. Impett EA, Gere J, Kogan A, Gordon AM, Keltner D. How sacrifice impacts the giver and the recipient: Insights from approach-avoidance motivational theory. *Journal of Personality*. 2014;82(5):390-401. <https://doi.org/10.1111/jopy.12070>
11. Mattingly BA, Clark EM, Cahill MJ. Approach and avoidance motivation as predictors of pro-relationship behaviors. *Personality and Individual Differences*. 2012;52(1):21-5. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886911004065> <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.08.020>
12. Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Hughes S, Vaughan C, Beckham K. A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*. 2022;59(1):84. <https://psycnet.apa.org/journals/pst/59/1/84> <https://doi.org/10.1037/pst0000427>
13. Greenman PS, Johnson SM. Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*. 2022;43:146-50. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015>
14. Spengler PM, Lee NA, Wiebe SA, Wittenborn AK. A comprehensive meta-analysis on the efficacy of emotionally focused couple therapy. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2024;13(2):81. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2023-02978-001.html> <https://doi.org/10.1037/cfp0000233>
15. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. Guilford Publications; 2019.
16. Bigdeli R, Chinaveh M, Jafari D. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Anxiety, Life Satisfaction, Emotional Self-Regulation and Diabetes Management Self Efficacy in Women with Type 2 Diabetes. *Journal of Applied Psychological Research*. 2025;14,1-7. https://japr.ut.ac.ir/article_101445.html
17. Aryannejad S, Salehi M, Taghiloo S, Ešteki M. Comparison of the effectiveness of individual emotion-focused therapy with emotion-focused therapy using art on rumination in people with love trauma syndrome. *Journal of Applied Family Therapy*. 2021;2(3):441-59. <https://elibrary.ru/item.asp?id=81830985> <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.2.3.22>
18. Motaharinasab A, Zare Bahramabadi M, Ahmadi K. The effect of emotionally focused therapy on emotional expression styles among married women. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2016;14(4):505-13. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-015-9614-6> <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9614-6>
19. Makinen JA, Johnson SM. Resolving attachment injuries in couples using emotionally focused therapy: Steps toward forgiveness and reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006;74(6):1055. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2006-22003-007.html> <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1055>
20. Najafi M, Soleimani AA, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH. The effectiveness of emotionally focused therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2015;9(2):238. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4518493/>
21. Bashiri S, Bagheri N, Taheri A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral

- Couple Therapy and Couple Emotional Focused Therapy on Covert Relational Aggression in Couples with Marital Conflicts. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2025 J;19(76):244-59. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_18948_en.html?lang=en
22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. Beck anxiety inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993; 12 (1): 344-370. <https://doi.org/10.1037/t02025-000>
 23. Hossein Kaviani H, Mousavi A S. Psychometric property of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University medical journal*. 2008; 66 (2):136-140. <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html>
 24. King LA, Emmons RA. Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of personality and social psychology*. 1990;58(5):864. <https://psycnet.apa.org/buy/1990-25289-001> <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.864>
 25. Rahbari Ghazani N, Hajloo N, Aghajani S. The Effectiveness of Family Empowerment on Psychological Disturbance and Emotional Expression in Adolescents with Substance Dependent Parents. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2023;6(2):19-32. <https://doi.org/10.30473/ijohp.2023.64289.1256>
 26. Impett EA, Gable SL, Peplau LA. Giving up and giving in: the costs and benefits of daily sacrifice in intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*. 2005;89(3):327. <https://psycnet.apa.org/journals/psp/89/3/327/> <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.3.327>
 27. Impett EA, Javam L, Le BM, ASYABI-ESHGHI BE, Kogan A. The joys of genuine giving: Approach and avoidance sacrifice motivation and authenticity. *Personal Relationships*. 2013;20(4):740-54. <https://doi.org/10.1111/pere.12012>
 28. Alboghobeish T, Khojastemehr R, Abbaspour Z. The prediction of marital satisfaction based on approach and avoidance motives of sacrifice and sacrificing behaviors in the cultural context of Ahvaz. *Cultural Psychology*. 2020;3(2):139-55. http://jcp.samt.ac.ir/article_107392.html