

# بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقاء سلامت جسمی و روانشناختی زوجین نابارور

مریم نجفی<sup>۱</sup>، علی اکبر سلیمانی<sup>۲</sup>، خدابخش احمدی<sup>۳</sup>، نصیرالدین جاویدی<sup>۴\*</sup>،  
الناز حسینی کامکار<sup>۱</sup>، فاطمه پیرجاوید<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، ایران.
۲. استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ تهران، ایران.
۳. استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
۵. کارشناس ارشد روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱۸

## خلاصه

**مقدمه:** پدیده ناباروری با داشتن شرایط یک حادثه بحران ساز، بحران همه جانبه ای را در زندگی زوجین نابارور ایجاد کرده و مشکلات و آسیب های مختلفی را به همراه می آورد. به منظور افزایش سازگاری زوج های متعارض ناباروری که رضایت جنسی و کیفیت زندگی پایینی دارند ضرورت مطالعه در زمینه سلامت روان خانواده، کیفیت روابط زوجین و کمک به حل تعارضات زناشویی بیشتر احساس می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری و ارتقاء سلامت جسمی و روانشناختی زوجین نابارور انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون در سال ۱۳۹۲ بر روی ۶۰ زوج نابارور شهر کرمانشاه انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۳۰ زوج در هر گروه) قرار گرفتند. ابتدا زوجین به پرسش نامه های سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی پاسخ دادند، سپس افراد گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه تحت آموزش زوج درمانی هیجان مدار EFT قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون تحلیل کواریانس انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** بر اساس مقایسه پیش آزمون و پس آزمون دو گروه، آموزش زوج درمانی هیجان مدار تأثیر معناداری بر افزایش سازگاری زناشویی رضایت ( $p=0/069$ )، همبستگی ( $p=0/380$ )، توافق ( $p=0/523$ ) و ابراز محبت ( $p=0/97$ ) و کیفیت زندگی (سلامت جسمانی) ( $p=0/219$ )، سلامت روانشناختی ( $p=0/185$ ) زوجین داشت.

**نتیجه گیری:** زوج درمانی هیجان مدار تأثیر معناداری در افزایش رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت زوجین دارد. همچنین این رویکرد درمانی باعث افزایش سلامت جسمانی و روانشناختی زوجین نابارور می شود.

**کلمات کلیدی:** روانشناختی، زوج درمانی، سازگاری زناشویی، سلامت جسمی، هیجان مدار

\* نویسنده مسئول مکاتبات: نصیرالدین جاویدی؛ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۳۵۹۴۳۶۳۹۳؛  
پست الکترونیک: nasir.javidi@yahoo.com

## مقدمه

پدیده ناباروری با داشتن شرایط یک حادثه بحران ساز، یعنی طول مدت، شرایط پیچیده، عدم قابلیت پیش بینی و غیر قابل کنترل بودن شرایط، بحران همه جانبه ای را در زندگی زوجین نابارور ایجاد کرده و مشکلات و آسیب های مختلفی را به همراه می آورد (۱). آسیب، به حالتی بیمارگونه اطلاق می شود که مانع کارکرد به هنجار فرد می شود. اصطلاح آسیب شناسی، برچسبی کلی برای مطالعه این گونه حالات است (۲). آسیب های زندگی زناشویی، مجموعه عواملی است که باعث ایجاد تعارض و اختلافات زناشویی می شود، میزان خشنودی و سازگاری زوجین را کاهش می دهد، مانع عملکرد بهنجار زندگی زناشویی می شود و گاهی به طلاق و جدایی منجر می شود (۳). پدیده ناباروری، به ویژه در فرهنگ ما که تعداد زیادی از خانواده ها از نوع گسترده می باشد و با توجه به نقش مؤثر والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، ابعاد گسترده تری به خود می گیرد (۴، ۵).

همان گونه که ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک می باشد و در قلمرو علوم پزشکی قرار می گیرد، دارای جنبه های روانی - اجتماعی نیز می باشد و در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز قرار می گیرد (۶). مطالعات نشان می دهند که عوامل روانشناختی می توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم اینکه ناباروری پیامدهایی روانشناختی را با خود به همراه داشته باشد (۷). از همان ابتدا پدیده ناباروری با

عوامل روانشناختی درگیر است. این پدیده به عنوان یک حادثه استرس زا، هیجان آور و ناکام کننده در نزد زوجین نابارور (خصوصاً زنان) مطرح می باشد (۸). عدم توانایی فرد برای انجام طبیعی فرآیند تولید مثل و صاحب فرزند شدن، به عنوان یکی از تجربیات تلخ و دردآور زندگی بوده که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می تواند به اهمیت آن بیافزاید و آن را به یک بحران روانی و اجتماعی برای فرد تبدیل کند (۹). آسیب های درون فردی زوجین نابارور ایرانی، منبث از ویژگی های شخصیتی، مشکلات روحی - روانی، ساختار جسمانی - شناختی و برخی مشکلات خاص جنسیتی مربوط به آن ها می باشد که در ۴ بُعد شناختی، هیجانی، رفتاری و زیستی طبقه بندی شده است (۳). آسیب های بین فردی این زوجین، مشکلاتی است که در یک موقعیت تعاملی و در روابط بین زوجین ایجاد می شود. برخی از این عوامل از باورها و دیدگاه ها و برخی از ویژگی های شخصیتی هر کدام از زوجین نشأت می گیرد (۳). این آسیب ها در سه بُعد شناختی، هیجانی و رفتاری طبقه بندی شده است. آسیب های فرافردی زوجین نابارور ایرانی به مشکلاتی اشاره دارد که از عوامل محیطی و خارج از رابطه زناشویی نشأت می گیرد، ولی به طور مستقیم یا غیر مستقیم بر رابطه زناشویی آن ها تأثیر منفی دارد (۳) این آسیب ها نیز در چهار بُعد شناختی، هیجانی، رفتاری و محیطی طبقه بندی شده است (۱۰) (جدول ۱).

جدول ۱- طبقه بندی آسیب های زندگی زوج های نابارور ایرانی

آسیب های درون فردی	آسیب های بین فردی	آسیب های فرافردی
احساس فقدان تکمیل هویت جنسی، احساس فقدان کمال بزرگسالی، افت شدید عزت نفس، احساس عدم زیبایی، خود سرزنشگری، احساس فقدان کنترل شخصی، نگرش منفی نسبت به آینده، افکار وسواسی پیرامون باروری، احساس فقدان هدف در زندگی، احساس ناتوانی در پذیرش واقعیت ناباروری، عقاید پیرامون خودکشی	احساس فقدان تکمیل هویت زناشویی، احساس فقدان نقش والدینی، اشتغال ذهنی بیش از حد زوجین پیرامون ناباروری، مشکلات تصمیم گیری، عدم توافق درباره شروع و ادامه درمان ناباروری، احساس ناتوانی در پذیرش سبک زندگی بدون فرزند	احساس فقدان تکمیل هویت اجتماعی، احساس انزوای اجتماعی، حساسیت نسبت به نگرش فامیل، دوستان و جامعه، اشتغال ذهنی پیرامون استیگما
احساس خشم و عصبانیت، احساس غم و اندوه، احساس حقارت و درماندگی، کاهش رضایت از زندگی، احساس گناه، اضطراب، کاهش امید به زندگی، رشک و حسادت نسبت به زوجین بارور	کاهش رضایت مندی زناشویی، کاهش سازگاری زناشویی، کاهش رضایت جنسی، افزایش تعارض زناشویی، ترس از بروز طلاق و جدایی	ترس از پیامدهای تشخیص و درمان، ناامیدی از نتایج روش های درمانی، احساس فقدان حمایت اجتماعی

رفتاری	دنبال کردن افراطی درمان های پزشکی، وابستگی شدید به دیگران	اختلال کارکرد جنسی، مشکلات ارتباطی، مشاجره درباره هزینه های درمان ناباروری، کاربرد شیوه های مقابله ای ناکارآمد در برابر ناباروری، مشکلات مربوط به پذیرش فرزند خواندگی، مشکلات مربوط به ازدواج مجدد	اختلال در مهارت های شغلی، اختلال در مهارت های اجتماعی، کاهش ارتباطات اجتماعی، ناتوانی در ایفای نقش های اجتماعی، ناتوانی در مقابله با استرس های زندگی
سایر	۱-زیستی: اختلال جنسی بیولوژیک	.....	محیطی، مشکلات اقتصادی مربوط به مراحل تشخیصی و درمان

ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک شکست تلقی شده و این احساس را به وجود می آورد که فرد، یک زن یا مرد کامل نیست. ناباروری با احساس فقدان کنترل در زندگی، بی هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس همراه است (۱۱). هزینه های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه بخش بودن درمان، خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس و جوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه به همسر و تنش های بالقوه ناشی از درمان ها، منجر به ایجاد تنش ها، احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره گیری، انزوا، مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی معنایی و عدم سازگاری زناشویی در زندگی می شود (۱۲). سازگاری زناشویی، یک فرآیند در حال تغییر و مجموعه ای از چهار جنبه عملکرد زوجین در زندگی مشترک و شامل (۱) رضایت از زندگی زناشویی، (۲) پیوستگی به زندگی مشترک، (۳) توافق و همراهی در زندگی زناشویی و (۴) تجلی و ابراز عواطف و احساسات زوج در محیط خانواده می باشد (۱۳).

سازگاری زناشویی (که کیفیت زناشویی و شادی زناشویی نیز نامیده می شود)، به عنوان ارزیابی ذهنی فرد نسبت به همسر خود و روابط زناشویی تعریف شده است (۱۴). زنان و مردان، مجموعه متفاوتی از نقش ها را بازی می کنند؛ به طوری که آن ها این نقش ها را در روابط خود می بینند و ارزیابی می کنند (از لحاظ پدر و مادر بودن و صمیمیت) (۱۵). بدیهی است که رابطه بین زوج ها، نقش تعیین کننده ای در سازگاری زناشویی دارند، در حالی با توجه به نقش جنسیت در تعیین سازگاری

زناشویی، تشخیص ناباروری یکی از زوجین می تواند تهدیدی جدی برای رابطه آن ها باشد (۱۶). محققان ارتباط قوی بین ناباروری و طلاق پیدا کرده اند (۱۷). مطالعات انجام شده در هند نشان داده است که ۱۱٪ از زنان معتقدند که یک مرد باید همسر خود را ترک کند در صورتی که او توانایی باروری نداشته باشد، اما کمتر از ۳٪ آن ها معتقدند که یک زن که شوهرش توانایی باروری ندارد، او را ترک کند (۱۸). ازدواج مجدد، گزینه مفیدی برای مردانی است که همسر آنان نابارور است، در حالی این، تصمیم خوبی برای زنانی که همسر آنان نابارور است، نیست (۱۶). بسیاری از مطالعات نشان می دهند که ناباروری باعث ایجاد پریشانی در بین زوجین می شود (۱۹، ۲۰، ۲۱) و با توجه به برداشت تفاوت های جنسیتی، زنان مضطرب تر از مردان هستند. ناباروری زوجین نیز باعث مشکلات ارتباطی، درگیری، اختلاف نظر بر درمان پزشکی و عدم همدلی بین آن ها می شود (۲۲).

مطالعه اسپانیر (۱۹۷۶) بر روی ۱۲۰ زوج نابارور در شرق هند در پاسخ به ناباروری با توجه به علت ناباروری نشان داد که مردان نابارور در شخصیت و رفتارهای اجتماعی خود دچار مشکل هستند و زنان نابارور علائم افسردگی را نشان می دهند (۲۳)، در حالی که مطالعه هازان (۱۹۹۹) که در زمینه ناباروری در زندگی زناشویی انجام شد، نشان داد که باید نقش میانجی متغیرهای روانشناختی را در نظر گرفت و این مطالعه نشان داد که ناباروری باعث شکاف در کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی و روابط جنسی زوجین می شود (۲۴). کیفیت پایین رابطه زناشویی با بسیاری از مشکلات اجتماعی و خانوادگی همراه است. ناباروری، با مشکلات و اختلافات زوجین همراه شده و پیامدهای

گام چهارم: شکل دهی مجدد به مشکل از جنبه چرخه منفی، احساسات اولیه و نیازهای دلبستگی تحقق نیافته به طریقی که چرخه به صورت مشکل ارتباطی کلیدی نگریسته شود.

گام پنجم: شناختن ترس های ناشی از ارتباط. گام ششم: گسترش پذیرش تجربه شده هر شریک توسط شریک دیگر.

گام هفتم: تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها برای ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک های جدید و ایجاد رخدادهای پیوند دهنده.

گام هشتم: تسهیل راه حل های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی.

گام نهم: تحکیم موقعیت های جدید و چرخه رفتارهای دلبستگی (۱۴).

از این رو آشکارسازی هیجانات و نیازهای دلبستگی و نیز پاسخگویی شریک صمیمی به این نیازها برای ایجاد پیوند هیجانی ضرورت دارد و اساس فرآیند تغییر در EFT می باشد (۱۸).

بنابراین مشکلات زوجین فقط ناشی از فقدان مهارت نیست، بلکه ناشی از حل و فصل تجارب اولیه دلبستگی آن ها است (۱۹). از این رو هدف عمده این رویکرد این است که به زوجین کمک کند تا نیازها و تمایلات اصلی و نگرانی های دلبستگی یکدیگر را شناسایی کرده و ابراز کنند. بنابراین از ناامنی های دلبستگی زوجین کاسته می شود و دلبستگی ایمن بین آن ها پرورش می یابد (۲۰). رویکرد تجربیاتی در EFT بر نقش تجارب هیجانی هر زوج و رویکرد سیستماتیک آن بر نقش چرخه های تعاملی در حفظ مشکل تأکید دارد. بنابراین EFT دنیای درون فردی و بین فردی را یکپارچه می سازد (۱۴).

تغییر در EFT به این صورت است که پاسخ های هیجانی زیر بنایی تعامل، کشف و تجربه شده و مجدداً پردازش می شوند، در نتیجه تعاملات جدیدی شکل می گیرند. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی به منظور تخلیه و بینش نیست، بلکه به خاطر تجربه کردن جنبه های جدیدی از خود می باشد که پاسخ های جدیدی از شریک را بر می انگیزاند (۲۱). از این

جدی بر روان و رفاه اجتماعی افراد درگیر به همراه دارد. رابطه زناشویی پایین را می توان به عنوان مهم ترین منبع مشکل ساز در زمینه ناباروری در نظر گرفت (۲۵).

توجه به نیازهای روانی زوجین نابارور، یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری می باشد، زیرا می تواند رابطه زوجین را در طول درمان تحت تأثیر قرار دهد. به خصوص زمانی که هر یک از زوجین، نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می کنند. روش های مختلفی برای مقابله با واکنش های روانی ناشی از ناباروری وجود دارد که یکی از این روش ها، زوج درمانی هیجان مدار می باشد. زوج درمانی هیجان مدار (EFT<sup>۱</sup>)، رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان گرایی (تجربه گرایی)، و نظریه دلبستگی بزرگسالان می باشد که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ ابداع شد. با توجه به نقش عمده هیجانات در نظریه دلبستگی، این درمان به نقش مهم هیجانات و ارتباطات هیجانی در ساماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجانات را عامل تغییر در نظر می گیرد (۱۴). استفاده از نظریه دلبستگی بزرگسالان در این رویکرد، چارچوب منسجمی را برای فهم ماهیت عشق بزرگسالی فراهم می کند (۱۵). از نظر دیدگاه دلبستگی، هر یک از زوجین با انتظارات و تجاربی از گذشته خود، وارد رابطه کنونی می شوند که نقش مهمی در چگونگی پاسخ دهی آن ها به همسر خود دارد (۲۸). فرآیند تغییر EFT در ۹ گام مشخص شده است که در برگزیده مراحل سه گانه می باشد (۱۷).

گام اول: ارزیابی (ارزیابی نوع برقراری ارتباط و تشخیص اینکه چه اختلافاتی بین زوجین وجود دارد، سبک دلبستگی زوجین).

گام دوم: شناسایی چرخه تعاملات منفی که باعث باقی ماندن اضطراب و ناامنی در دلبستگی می شود.

گام سوم: شناسایی احساس زیر بنایی و ابراز نشده که در تعاملات هر کدام از زوجین پنهان مانده است.

<sup>1</sup> Emotionally Focused couple therapy

رو آشکارسازی هیجان‌ها و نیازهای دلبستگی و نیز پاسخگویی شریک صمیمی به این نیازها برای ایجاد پیوند هیجانی ضرورت دارد و اساس فرآیند تغییر در EFT می‌باشد (۱۸). بنابراین با توجه به تمهیدات یاد شده، مطالعه حاضر به دنبال پاسخگویی به این مسئله اصلی است که زوج درمانی هیجان مدار چه تأثیری بر افزایش سازگاری زناشویی و سلامت جسمی و روانشناختی زوجین نابارور دارد؟

## روش کار

مطالعه حاضر به صورت تجربی و به روش نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش بود. ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها سنجیده شد و سپس آزمودنی‌ها قبل از اجرای متغیر مستقل (زوج درمانی هیجان مدار) مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند (پیش‌آزمون). سپس درمان هیجان مدار در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، ۲ بار در هفته برای هر زوج گروه آزمایش بر اساس الگوی جانسون اجرا شد (۱۴) و پس از آن مجدداً آزمودنی‌ها مورد اندازه‌گیری (پس‌آزمون) قرار گرفتند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از اتمام کار، جلساتی به صورت فشرده و در ۴ هفته برای گروه گواه که داوطلب شرکت در مطالعه بودند ولی آموزش دریافت نکردند، گذاشته شد. زمان انجام پژوهش مورخ ۱۳۹۳/۰۷/۱۵ تا ۱۳۹۳/۰۹/۰۱ بود.

جامعه آماری شامل زوجین ساکن در شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۲ بودند که به دلیل مشکلات نازایی به مراکز نازایی در شهر کرمانشاه مراجعه می‌کردند و توسط متخصصین زنان و زایمان به عنوان زوجین نابارور شناخته شده و حداقل ۱۰ سال از زندگی مشترک آن‌ها گذشته بود. در این مطالعه نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و در مجموع ۶۰ زوج انتخاب شدند که از بین آن‌ها ۳۰ زوج که دارای ناسازگاری زناشویی و رضایت جنسی پایینی بودند، به طور تصادفی انتخاب و سپس ۱۵ زوج در گروه کنترل و ۱۵ زوج در گروه آزمایش قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: وجود تعارضات زناشویی و رضایت جنسی پایین در زوجین

نابارور، علاقه به شرکت در جلسات زوج درمانی و متعهد شدن به حضور در تمام جلسات درمانی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، نداشتن اختلال حاد روانی - جسمانی بارز از طریق خود اظهاری در پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی و عدم توانایی در باروری بعد از گذشت حداقل ۱۰ سال از زندگی مشترک بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تعارضات زناشویی و رضایت جنسی پایین در زوجین نابارور، عدم شرکت در تمام مراحل سنجش و مداخله، داشتن اختلال حاد روانی - جسمانی بارز از طریق خود اظهاری در پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، تحصیلات زیر سیکل و عدم باروری زیر ۱۰ سال بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و تحلیل کواریانس انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

## ابزارهای پژوهش

**پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی:** پرسش‌نامه جمعیت شناختی شامل سن، جنس، تحصیلات، شغل، درآمد، علت ناباروری، مدت ناباروری، تعداد عمل جراحی، زمان آخرین عمل جراحی، سابقه استفاده از جلسات روانشناسی و مشاوره، سابقه بیماری‌های روانی و جسمی مزمن بود.

**مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر:** مقیاس سازگاری زناشویی (۱۹۷۶) (۳۵) دارای ۳۲ سؤال است و نمره کلی سازگاری زناشویی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره کلی این مقیاس بین ۰-۱۵ می‌باشد. پاسخ‌دهی به ۳۲ سؤال این مقیاس به سبک لیکرت است. افرادی که نمره آن‌ها ۱۰۱ و یا کمتر باشد، از نظر اسپانیر ناسازگار تلقی می‌شوند و از این نمره به بالا سازگار محسوب می‌شوند. حسن‌شاهی (۲۵) به نقل از عرفان منش (۳۷) طی مطالعه‌ای میانگین نمرات زوجین ناسازگار را  $۱۱۴/۷ \pm ۱۷/۸$  و زوجین ناسازگار را  $۷۰/۷ \pm ۲۳/۸$  گزارش کرد. اسپانیر ۴ عامل را از داده‌های مربوط به مقیاس سازگاری انتزاع نمود که

کلی درباره کیفیت زندگی می باشد. هر یک از سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ نمره دهی می شوند. نمره هر گویه در دامنه‌ای از ( ۱ تا ۵ بر اساس مقیاس لیکرت می باشد ) به ترتیب اصلا، کم، متوسط، زیاد و کاملاً، و یا خیلی ناراضیم، راضی نیستم، نسبتاً ناراضیم، راضیم، کاملاً راضیم، قرار می گیرد) و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. نکته مهم این است که نمره کلی برای کیفیت ابزار محاسبه نمی شود (۲۸، ۲۹). در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۸). همچنین نسخه فارسی این ابزار در جامعه ایران نیز توسعه یافته است (۲۸). در جدول ۲ به پروتکل آموزشی رویکرد هیجان مدار برای زوجین نابارور جانسون اشاره شده است.

رضایتمندی زناشویی، توافق دو نفره، همبستگی دو نفره و ابراز عواطف دو نفره می باشد. اسپانیر اعتبار مقیاس را بر اساس نمره کلی ۰/۹۶ و برای مقیاس های فرعی به ترتیب رضامندی دو نفره ۰/۹۴، توافق دو نفره ۰/۹۰، همبستگی دو نفره ۰/۸۶ و ابراز عواطف در روابط دو نفره ۰/۷۳ مشخص کرد و روایی آن را بر اساس همبستگی پیرسون با پرسشنامه سازگاری زناشویی موکه و والانس (۲۶)، ۰/۸۶ به دست آورد. در ایران نیز اعتبار این مقیاس توسط حسن شاهی بر اساس همبستگی این پرسشنامه یا پرسشنامه سازگاری زناشویی موکه و والانس، ۰/۸۵ گزارش شد (۲۷).

**مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت**  
**فرم کوتاه:** پرسشنامه ای است که به طور وسیع برای ارزیابی حالات کلی سلامت به کار می رود. این ابزار فرم کوتاه ۲۶ سؤالی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و شامل چهار بُعد سلامت فیزیکی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، ارتباط اجتماعی (۳ سؤال) و سلامت محیط (۸ سؤال) به همراه دو سؤال

جدول ۲- پروتکل آموزشی رویکرد هیجان مدار برای زوجین نابارور جانسون

مرحله	جلسات	شرح جلسات درمانی
گام اول شناسایی	اول	شامل آشنایی کلی با زوج - معرفی درمانگر- بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در کلاس- ارائه تعریف مفاهیم زوج درمانی هیجان مدار، ناباروری، تعارض، سازگاری زناشویی، رضایت جنسی، کیفیت زندگی و بررسی نظرات افراد در مورد این مفاهیم- کشف تعاملات مشکل دار- ارزیابی شیوه برخورد آن ها با مشکلات - کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی - سنجش وضعیت ارتباط زناشویی، رضایت جنسی، کیفیت زندگی - تکلیف : توجه به (نشاط، لذت، سرحالی، خوشحالی و...) و حالات ناخوشایند (خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب)
گام دوم	دوم	جلسه فردی با هریک از زوجین به گونه مجزا شامل کشف حوادث برجسته - کشف اطلاعاتی که در حضور همسر امکان پذیر نیست مانند ارزیابی میزان تعهد نسبت به ازدواج، روابط فرا زناشویی، ترومای دلبستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تأثیرگذار است- ارزیابی میزان ترس آن ها از افشای رازها - تکلیف: توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر
گام دوم تغییر	سوم	مشخص کردن الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق شده - کشف نایمندی دلبستگی و ترس های هر کدام از زوجین - کمک به بازتر بودن و خود افشایی زوجین - ادامه پیوستگی درمان - تکلیف : شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات خالص
چهارم	چهارم	بازسازی پیوند زوجین شامل روشن کردن پاسخ های هیجانی کلیدی - گسترش تجربه هیجانی هر کدام از زوجین در رابطه و پدیداری عناصر جدید در تجربه- هماهنگ کردن تشخیص درمانگر با مراجع - پذیرش چرخه منفی توسط زوجین- بررسی و تجدید نظر کردن روابط- تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)
پنجم	پنجم	عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی - عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی- بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی- تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف خالص (بدون حاشیه)

ششم	گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران شامل تعیین تناسب چارچوب بندی درمانگر با تجربه مراجع- عمق بخشیدن با درگیری زوجین - پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود - ارتقاء روش های جدید تعامل - تمرکز روی خود نه دیگری- شناسایی ترس های زیر بنایی و ابراز خواسته و آرزوها	
هفتم	فعال سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها- درگیری بیشتر زوج با یکدیگر- روشن سازی خواسته ها و آرزوهای زوجین - تکلیف: مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین رابط	
هشتم	یافتن راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات- غلبه بر موانع واکنش مثبت- تکلیف: کشف راه حل های جدید برای بحث ها و مشکلات قدیمی.	گام سوم تثبیت
نهم	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زوج، ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت های جدیدی که زوج ایجاد کرده اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن یک داستان شاد از رابطه- تکلیف: اجرای تکنیک ها در محیط روزمره	
دهم	اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات- حفظ تغییر تعاملات در آینده- تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون- حفظ درگیری هیجانی به منظور ادامه قوی کردن پیوند بین آن ها	

### یافته ها

درصد دیپلم و (۱۱/۷٪) درصد از شرکت کنندگان سیکل می باشند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۳/۸±۵/۰۳ سال بود (جدول ۳، ۴، ۵).

طبق یافته های پژوهش، تعداد شرکت کنندگان مرد و زن به طور مساوی ۳۰ نفر می باشد. همچنین بیش ترین و کمترین فراوانی بر حسب تحصیلات، (۳۱/۷٪)

جدول ۳- شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای سن آزمودنی ها

متغیرها	کمترین	بیش ترین	میانگین	انحراف معیار
سن آزمودنی ها	۲۵	۴۸	۳۳/۸	۵/۰۳۱

جدول ۴- فراوانی و درصد آزمودنی ها بر حسب جنسیت

جنسیت	فراوانی (f)	درصد (درصد)
زن	۳۰	۵۰
مرد	۳۰	۵۰
جمع کل	۶۰	۱۰۰

جدول ۵- فراوانی و درصد آزمودنی ها در گروه های مطالعه بر حسب تحصیلات و نتایج حاصل از آزمون خی دو

تحصیلات	آزمودنی ها	گروه های مطالعه		جمع کل
		گروه کنترل	گروه آزمایش	
سیکل	فراوانی	۴	۳	۷
	درصد	۱۳,۳	۱۰	۱۱/۷
دیپلم	فراوانی	۱۰	۹	۱۹
	درصد	۳۳,۳	۳۰	۳۱/۷
فوق دیپلم	فراوانی	۶	۵	۱۱
	درصد	۲۰	۱۶/۷	۱۸/۳
لیسانس	فراوانی	۲	۱۳	۱۵
	درصد	۶/۷	۴۳/۳	۲۵
فوق لیسانس	فراوانی	۸	۰	۸
	درصد	۲۶/۷	۰	۱۳/۳
جمع کل	فراوانی	۳۰	۳۰	۶۰
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
	میزان آزمون	۱۶/۳۵۳	سطح معناداری	۰/۰۰۳

واریانس نمره ها در دو گروه تأیید شد ( $p > 0.05$ ). بنابراین استفاده از تحلیل کواریانس بلا مانع بود. نتایج تحلیل کواریانس در مورد مقایسه میانگین نمره های ابعاد مورد مطالعه گروه های آزمایش و کنترل در جدول ۶ نشان داده شده است.

برای استفاده از تحلیل کواریانس، ابتدا لازم است پیش فرض تساوی واریانس ها بررسی شود. برای آزمودن این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد. بر اساس نتایج حاصل از آزمون لوین، تساوی واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل تأیید شد، یعنی پیش فرض تساوی

جدول ۶- میانگین نمره های پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و کنترل

گروه های مطالعه	پیش آزمون	پس آزمون
رضایت زوجین	آزمایش	۲۱/۲۶
	کنترل	۲۲/۵۶
همبستگی زوجین	آزمایش	۷/۳۷
	کنترل	۷/۹۶
توافق زوجین	آزمایش	۲۱/۸
	کنترل	۲۴/۲
ابراز محبت زوجین	آزمایش	۴/۴
	کنترل	۴/۶۷
سلامت جسمانی زوجین	آزمایش	۱۹/۷۳
	کنترل	۱۸/۸۶
سلامت روانشناختی زوجین	آزمایش	۱۵/۲۷
	کنترل	۱۴/۲۳

به روش زوج درمانی هیجان مدار بود. مقدار  $p$  متغیرهای رضایت زوجین  $0.069$ ، همبستگی زوجین  $0.380$ ، توافق زوجین  $0.523$  ابراز محبت  $0.97$ ، سلامت جسمانی  $0.219$  و سلامت روانشناختی  $0.185$  بود (جدول ۷).

با توجه به تحلیل به دست آمده، میزان تأثیر مداخله در بُعد رضایت زوجین، همبستگی زوجین، توافق زوجین، ابراز محبت، سلامت جسمانی و سلامت روانشناختی به ترتیب  $0.86$ ،  $0.92$ ،  $0.90$ ،  $0.90$ ،  $0.87$  و  $0.93$  به دست آمد که نشان دهنده معنی داری تأثیر مداخله های یاد شده

جدول ۷- تفاوت میانگین نمره های ابعاد مورد مطالعه

ابعاد	درجه آزادی		میانگین مجذورات		F ارزش		سطح معناداری		PES		توان آماری
	پیش آزمون	عضویت گروهی	پیش آزمون	عضویت گروهی	پیش آزمون	عضویت گروهی	پیش آزمون	عضویت گروهی	پیش آزمون	عضویت گروهی	
رضایت زوجین	۱	۱	۱۴۱/۸۰۷	۵۲۳۸/۸۴	۱۰/۱۲۲	۳۷۳/۹۵۶	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۵۱	۰/۸۶۸	۰/۸۷۹
همبستگی زوجین	۱	۱	۵۶/۰۸۵	۶۱/۴۷۸	۱۵/۳۸	۱۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۲۱۲	۰/۹۲۶	۰/۹۷۱
توافق زوجین	۱	۱	۴۱۷/۱۶۵	۱۶۵۰۳/۱۳۶	۱۳/۲۰۹	۵۲۲/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۸	۰/۹۰۲	۰/۹۴۷
ابراز محبت	۱	۱	۱۰/۱۲۶	۷۰۳/۵۱۶	۸/۱۴۴	۵۶۵/۷۹۸	۰/۰۰۶	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵	۰/۹۰۸	۰/۸۰۱
سلامت جسمانی	۱	۱	۴۲/۲۷۷	۳۰۶۰/۷۳۲	۵/۵۹۰	۴۰۴/۷۰۰	۰/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۸۹	۰/۸۷۷	۰/۶۴۲
سلامت روانشناختی	۱	۱	۳۳/۲۶۳	۳۲۰۱/۰۷۹	۸/۹۹۰	۸۶۵/۱۳۹	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱	۰/۱۳۶	۰/۹۳۶	۰/۸۳۸

## بحث

نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوریانس در ابعاد سازگاری زناشویی شامل رضایت زوجین، همبستگی زوجین، توافق زوجین، ابراز محبت و همچنین در سلامت جسمانی و سلامت روانشناختی حاکی از آن بود که تفاوت بین گروه‌های کنترل و آزمایش از نظر آماری معنادار بود ( $p < 0.01$ ). بدین معنی که نمرات پس آزمون گروه‌ها باهم متفاوت بود که این تفاوت ناشی از تأثیرات آموزش و درمان در گروه آزمایش می‌باشد. مطالعه وان امپیل و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که نمره اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی پایین در مراکز ناباروری به هم مرتبط هستند. توجه به این متغیرها می‌تواند باعث تجربه‌های مثبت در درمان شود و در نهایت، آن‌ها به این نتیجه رسیدند که آموزش زوج درمانی هیجان محور، کیفیت زندگی زوجین نابارور را بالا می‌برد و سطح اضطراب و افسردگی آن‌ها را کاهش می‌دهد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۰).

نتایج مطالعه حاضر با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه از جمله مطالعه سلطانی و همکاران (۲۰۱۲) (۳۱)، زاکارینی و همکاران (۲۰۱۳) (۳۲)، ویژه و همکاران (۲۰۱۳) (۳۳) همخوانی داشت. نتایج مطالعه سلطانی و همکاران (۳۲) در بررسی تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر صمیمیت زوجین شهر شیراز حاکی از آن بود که زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش صمیمیت هیجانی، روانشناختی، جنسی، جسمی، ارتباطی، اخلاقی و ذهنی زوجین مؤثر است، اما تأثیری بر صمیمیت روحی و بازسازی اجتماعی آنان ندارد (۳۲).

نتایج مطالعه حاضر در بُعد توافق زوجین با نتایج مطالعه میچل (۲۰۰۹) و تای و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی داشت (۳۴، ۳۵).

نتایج مطالعه حاضر در بُعد محبت زوجین با نتایج مطالعه پینتوگویا و همکاران (۲۰۱۲) نیز مطابقت داشت (۳۶).

زوجین نابارور تمایل دارند بیشتر ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر مانند انتقاد، سرزنش، تحقیر و عصبانیت را

نشان دهند و زمانی که همسرشان سعی دارد مشکلی را حل کند، سطح پایینی از همدلی را ابراز می‌کنند (۳۷). چنانچه مطالعه مورین و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که زوجین نابارور کمتر درگیر حل مسائل و مشکلات می‌شوند تا زوج‌های دیگر، زیرا آن‌ها پیش‌بینی میکنند که نتیجه بحث، منفی خواهد بود و وقتی این الگو ادامه پیدا میکند، موضوعات مهم از قبیل حل مسائل روزمره زندگی، امور مالی خانواده حتی مسائل عاطفی از قبیل ابراز محبت، صمیمیت هیجانی، صمیمیت جنسی و حل نشده باقی می‌ماند زیرا اجتناب آسان‌تر است، چنانچه مورین و کیونون (۲۰۱۲) معتقدند که رضایت زناشویی در زوجین نابارور، به میزان معناداری پایین‌تر از زوجین بارور است (۳۸). اونات و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی کیفیت زندگی و روابط زناشویی زوجین نابارور بیان کردند که از آنجایی که استرس ناشی از ناتوانی در فرزنددار شدن روابط زوجین تأثیر منفی دارد، آموزش هیجان مدار و روابط جنسی مؤثر در بهبود روابط جنسی زوجین تأثیر معناداری دارد (۳۷).

همچنین نتایج مطالعه حاضر در بُعد سلامت جسمانی زوجین با نتایج مطالعه پترسون و همکاران (۲۰۱۲) که در بررسی خود بر روی سلامت روانی و جسمانی زوجین نابارور، انجام مشاوره‌های روانشناختی را در بهبود وضعیت سلامت روانی و جسمانی زوجین بسیار مؤثر دانستند، همخوانی داشت. آنان بیان کردند که مشاوره روانشناختی علاوه بر افزایش سلامت روانی زوجین نابارور، با هدایت آنان به سمت پیگیری مؤثر درمان‌های پزشکی و بهبود بخشیدن به وضع روحی این افراد، به میزان معناداری باعث بهبود سلامت جسمانی این گروه از افراد می‌شود (۳۹). در بُعد سلامت روانشناختی نیز بگوات و همکاران (۲۰۱۴) در جدیدترین مطالعه فراتحلیلی که انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی هیجان مدار در درمان مشکلات روانشناختی مرتبط با سبک ارتباطی زوجین از سایر موارد زوج درمانی موفق‌تر بوده و میزان تأثیر آن بیشتر است (۴۰) از آنجایی که در جوامع مختلف داشتن فرزند یک ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی

زوجین ناباور را بالا می برد و سطح اضطراب و افسردگی آن ها را پایین می آورد (۳۰). مطالعه سلطانی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که به کارگیری برنامه زوج درمانی متمرکز بر هیجان می تواند میزان سازگاری زناشویی زوجین ناباور را افزایش دهد (۲۷). ضیاء الحق و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی تأثیر زوج درمانی هیجان مدار بر سازگاری زناشویی به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی هیجان مدار، سازگاری زناشویی زوجین را در پایان درمان افزایش داده، اما تداوم اثر آن در طول زمان تأیید نشده است (۴۳). در مطالعه روشنی (۲۰۱۱) اثربخشی درمان هیجان مدار با درمان عقلانی - هیجانی - رفتاری در افزایش سازگاری زناشویی نشان داد که هر دو عامل باورهای غیر منطقی و دلبستگی نایمن می تواند باعث کاهش سطح سازگاری زناشویی شود و درمان آن ها در افزایش رضایت مندی نتیجه بخش است (۴۴). رمضان زاده و همکاران (۲۰۱۰) در بررسی سازگاری هیجانی در افراد ناباور به این نتیجه رسیدند که افراد ناباور به دلیل شیوع بالای اختلالات روان پزشکی (خصوصاً اضطراب و افسردگی) دچار ناسازگاری خواهند بود. (۴۵) گریل و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه خود ضمن بیان تأثیر منفی ناباورری بر ارتباط زوجین، مشاهده کردند که زوج درمانی، تأثیر معناداری بر بهبود ارتباط بین زوجین داشته و رضایت از زندگی را در آنان افزایش می دهد. آنان بیان کردند که انجام مداخلات گوناگون روانشناختی در بهبود کیفیت زندگی و ارتباط بین زوجین ناباور مؤثر است و تنها تفاوت آن ها در میزان این تأثیرگذاری است. این امر می تواند به دلیل هدف قرار دادن هر دو زوج به طور همزمان در مداخله روان شناختی باشد (۴۶). در همین راستا زاکارینی و همکاران (۲۰۱۳) زوج درمانی هیجان مدار را بر بخشش و آشتی زوجین و ایجاد همبستگی عاطفی بین آنان مؤثر بیان کردند. در مطالعه آنان پس از بررسی ۱۸ زوج سوئدی که جدا از یکدیگر زندگی می کردند، پس از اجرای ۱۴ جلسه زوج درمانی، ۱۳ زوج از این بین مجدداً به توافق رسیده که به طور مشترک زندگی کنند و پس از پیگیری ۶ ماهه و یک ساله، میزان

محسوب می شود، زوجین ناباور تلاش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباورری می کنند. ناباورری ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. شاید بتوان گفت که یکی از عمده ترین وقایع استرس زا در زندگی افراد است که به عنوان حادثه ای منفی و ناکام کننده برای زوجین، به ویژه زنان مطرح است. تجربه ناباورری که برخی آن را بحران ناباورری نام نهاده اند، با استرس های فیزیکی، اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک شکست تلقی شده و این احساس را به وجود می آورد که فرد، یک زن یا مرد کامل نیست. ناباورری با احساس فقدان کنترل در زندگی، بی هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس همراه است. از طرف دیگر زوجینی که ناباور هستند نیاز به حمایت و پشتیبانی یکدیگر دارند تا بهتر بتوانند با این مسئله کنار آیند و در این راستا اگر یکی از همسران از زیر بار این مسئولیت شانه خالی کند، همسر دیگر صدمه می بیند (همسر آسیب دیده غالباً اما نه همیشه زن است).

تأثیر ناباورری را بر آشفته گی های فردی و روابط زناشویی، نارضایتی از روابط جنسی گزارش کردند (۴۱). اندرسون و همکاران (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند رضایت زناشویی و ابراز علاقه زوجین ناباور به طور معناداری کمتر از زوجین بارور است (۴۲). در مطالعه وان امپیل و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان "زوج درمانی هیجان چه تأثیری بر کیفیت زندگی و اضطراب زنان ناباور دارد"، از ۴۲۷ زن ناباورری که پرسش نامه های مرتبط با ناباورری را تکمیل کردند (پرسش نامه کیفیت زندگی و پرسش نامه اضطراب)، ۱۲٪ سطح اضطراب، ۱۰٪ سطح افسردگی و ۵۰٪ کیفیت زندگی پایین را گزارش کردند. نتایج نشان داد که نمره اضطراب و افسردگی و کیفیت زندگی پایین در مراکز ناباورری به هم مرتبط هستند. توجه به این متغیرها می تواند باعث تجربه های مثبت در درمان شود و در نهایت آن ها به این نتیجه رسیدند که آموزش زوج درمانی هیجان محور، کیفیت زندگی

صمیمیت و همبستگی عاطفی زوجین به طور معناداری با قبل تفاوت نشان داد (۳۲). تای و پولسون (۲۰۱۳) زوج درمانی هیجان مدار را در افزایش سازگاری زناشویی زوجین تأثیرگذار دانستند. در این بین، نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر به میزان قابل ملاحظه ای بهبود یافت و زوجین از ارتباط با همسرشان بسیار بیشتر از قبل احساس رضایت می کردند. همچنین تعارضات زناشویی آنان به میزان معناداری کاهش و سازگاری زناشویی آنان افزایش یافته بود (۳۵). تریسی و همکاران (۲۰۱۳) ضمن بیان مشکلات چند وجهی همراه با ناباروری اعم از مشکلات هیجانی، فیزیکی و اجتماعی، بیان کردند که مشاوره های زوج درمانی در کنار درمان های پزشکی، از ضروری ترین امور در درمان ناباروری و مشکلات زیستی روانشناختی ناشی از آن است. آنان زوج درمانی را در بهبود روابط اجتماعی زوجین نابارور مؤثر گزارش کردند و اظهار داشتند که در بین این مشکلات، زوج درمانی بیشترین تأثیر را بر مشکلات هیجانی و سپس روابط اجتماعی و روابط فیزیکی زوجین نابارور دارد (۴۷).

مطالعه بشارت (۲۰۰۰) به بررسی رابطه سبک های دلبستگی با مشکلات زناشویی در زوجین نابارور پرداخت (۴۸). سلطانی و همکاران (۲۰۱۳) به تأثیر زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش سازگاری زناشویی زوجین نابارور پرداختند (۲۷). کرمی نوری (۲۰۰۰) به ناباروری و جنبه های روانی - اجتماعی پرداخت (۴۹). مظاهری و همکاران (۲۰۰۰) به شیوه های حل مسئله و سازگاری در زوجین نابارور و بارور پرداختند (۵۰). نیلفروشان و همکاران (۲۰۰۵) به تأثیر مشاوره شناختی - رفتاری بر اساس رویکرد زیر سیستم های شناختی متعادل بر تغییر نگرش زوج های نابارور پرداختند (۵۱). حسین آبادی و همکاران (۲۰۱۱) در بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر سازگاری زناشویی و عواطف مثبت زوجین دارای روابط خارج از ازدواج به این نتیجه رسیدند که زوج درمانی هیجان مدار در خرده مقیاس رضایت مندی، همبستگی و ابراز محبت زناشویی نتایج مطلوبی دارد، اما در مقیاس توافق زناشویی اثربخشی مطلوبی مشاهده نشده است

(۵۲). مطالعه سان و همکاران در تایوان در ارتباط با تفاوت درماندگی، روابط زناشویی و رضایت جنسی در ۳۰۰ زوج نابارور نشان داد زوجین نابارور، رضایتمندی جنسی پایین تری نسبت به زوجین بارور داشتند، اما در زوجین نابارور با علل نامشخص تفاوتی در رضایت زناشویی مشاهده نشد، اما اگر علت نازایی زنانه بود درماندگی بیشتر و رضایت مندی کمتری در مقایسه با علت مردانگی نشان می دادند (۱۱). مطالعه بروس و همکاران (۲۰۱۳) تحت عنوان "بررسی رابطه زناشویی در ناباروری" نشان داد ناباروری با علل مردانه تأثیر منفی بر رابطه زناشویی ندارد. همچنین شرکت کنندگان مرد نابارور، ابراز رضایت زناشویی بالاتر نسبت به همسران خود نشان دادند (۵۳).

در تبیین علت اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر افزایش و بهبود ارتباط زوجین، می توان به نقش اساسی هیجانان بر تمام ارتباطات زوجین اشاره کرد. هیجانان نقش کلیدی را در روابط زوجین نابارور ایفا می کند و باید به آن توجه خاص شود، بنابراین می توان از رویکرد زوج درمانی هیجان مدار یک رویکرد ساختار یافته کوتاه مدت تقریباً ۲۰-۹ جلسه ای استفاده کرد؛ چرا که هم شاخه ای از زوج درمانی است و هم هیجانان را محور کار درمانی خود قرار داده است. این درمان اختلالات و ناسازگاری های ارتباطی را مورد توجه قرار می دهد و افراد را تشویق می کند تا از هیجانانشان صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند. از دیدگاه زوج درمانی هیجان محور، آشفتگی های زناشویی توسط حالت های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب های دلبستگی ایجاد می شود و ادامه پیدا می کند.

بنابراین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار در افزایش رضایت، همبستگی، توافق و ابراز محبت زوجین نابارور تأثیر معناداری دارد. همچنین کیفیت زندگی زوجین نابارور در اثر به کارگیری زوج درمانی هیجان مدار بهبود قابل ملاحظه ای پیدا کرد و این رویکرد درمانی باعث افزایش سلامت جسمانی و سلامت روانشناختی زوجین نابارور مورد مطالعه شد. نتایج حاصل از این مطالعه، ضمن ایجاد

ساده، قدم بسیار مهمی در درک متقابل زوجین از یکدیگر و بهبود ارتباط و سازگاری زناشویی و از سوی ارتباط و حمایت اجتماعی عامل بسیار مهمی در روحیه و سلامت روانی، جسمانی و روان شناختی زوجین است. از محدودیت های این مطالعه می توان به این موارد اشاره کرد: این مطالعه در مورد زوجین ناباور انجام شد و قابل تعمیم به سایر افراد نیست. جامعه آماری این مطالعه زوجینی بودند که حداقل از سطح تحصیلات سیکل برخوردار بودند. بنابراین در تعمیم نتایج این مطالعه به جامعه زوجین بی سواد باید جانب احتیاط را رعایت کرد. این مطالعه در شهر کرمانشاه انجام شد و لازم است در تعمیم دهی به سایر جوامع آماری احتیاط شود. نگرش آزمودنی ها به آزمون های مورد استفاده، میزان همکاری آن ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آن ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی، از مواردی بود که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج بود و می تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد. زیاد بودن تعداد سؤالات و حجم پرسشنامه ها به دلیل ایجاد خستگی در شرکت کنندگان نیز از محدودیت های این مطالعه محسوب می شود.

### نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش، ضمن ایجاد چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران خصوصاً خانواده درمانگران می تواند راهنمایی کاربردی و تجربی مطلوبی برای ایجاد عزت نفس و آشکار سازی و اصلاح ناهمخوانی در نحوه پیام رسانی زوجین به همدیگر، الگوهای ارتباطی آن ها و در کل رشد انسانی و متعاقب این کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری را فراهم آورد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمام خانواده ها، مسئولین و کارکنان که ما را در اجرای این مطالعه همکاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

چشم اندازی روشن و عملی برای مشاوران و روان درمانگران خصوصاً خانواده درمانگران، می تواند راهنمایی موثری جهت ایجاد عزت نفس و آشکار سازی و اصلاح ناهمخوانی در نحوه پیام رسانی زوجین به همدیگر، الگوهای ارتباطی آن ها و در مجموع، رشد انسانی و متعاقب آن، کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سازگاری باشد. همچنین در تبیین اینکه زوج درمانی هیجان مدار باعث افزایش توافق زوجین ناباور می شود می توان گفت که زوج درمانی هیجان مدار با تمرکز بر رابطه عاطفی زوجین به رفع مشکل آن ها می پردازد، بنابراین می توان تعارضات زناشویی که بر پایه مشکلات هیجانی، ارتباط های نادرست و دلبستگی نایمن زوجین به یکدیگر به وجود می آید را به کمک زوج درمانی هیجان مدار رفع کرد. این موارد را می توان از دلایل اثربخش بودن این رویکرد بر افزایش توافق زوجین و سازگاری بیشتر آنان با یکدیگر بیان کرد. تبیین یافته ها به این صورت است که زوجین ناباور تمایل دارند که بیشتر ارتباطات منفی و آسیب پذیر مانند انتقاد، تحقیر، سرزنش کردن و عصبانیت را نشان دهند و زمانی که همسرشان سعی دارد مشکلی را حل کند. پایین ترین سطح همدلی را ابراز می کنند. این نوع از روابط منفی، استفاده از مهارت حل مسئله مثبت مانند تشویق و بحث باز را کاهش می دهد. بنابراین زوج درمانی هیجان مدار از طریق حل مشکلات هیجانی زوجین، شناسایی هیجان های ابراز نشده و سرکوب شده و شناسایی نیازهای هیجانی و عاطفی همسر، باعث بهبود تعاملات زوجین و بالطبع آن، افزایش میزان ابراز محبت در زوجین ناباور می شود. زوج درمانی هیجان مدار با تکیه بر آزاد سازی صحیح و مناسب هیجان ها، تثبیت سبک دلبستگی زوجین و کاهش مشکلات عاطفی هیجانی و اضطرابی زوجین باعث افزایش سلامت جسمانی آن ها می شود. در زوج درمانی هیجان مدار، افراد یاد می گیرند که احساسات و هیجانات همسر خود را درک کنند، با او از احساسات و هیجانات مثبت و منفی خودشان صحبت کنند و شنوده خوبی برای همسر خود باشند. اصلاح این موارد به ظاهر

1. Khosravi Z. Mental health predictive factors in infertile couples. *J Reproduc Infertil* 2002;3(1):56-64.(Persian).
2. Poorafkari NA. Comprehensive culture of psychiatry-psychology. Tehran:Nobahar Publishers;1996.
3. Fatehizade M , Ahmadi SA. Rahmatallahi F. Pathology of marital life. *Pschotherapy* 2007; 11(41-2):8-25.(Persian).
4. Salmela-Aro K , Suikkari AM. Letting go of your dreams--Adjustment of child-related goal appraisals and depressive symptoms during infertility treatment. *J Res Pers* 2008 ;42:988-1003.
5. Gharayi V, Mazaheri MA, Sahebi A, Payvandi S, Aghahoseini M. Studying the effect of cognitive-behavioral trainings on anxiety of infertile women. *Fertil Infertil* 2005;5(18):170-80.(Persian).
6. Abbey A. Andrews FM. and Halman LJ. Infertility and parenthood: does becoming a parent increase well-being?. *J Consult Clin Psychol*. 1994 ; 62(2):398-403..
7. Mahlstedt PP, MacDuff S, Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *J In Vitro Fert Embryo Transf* 1987; 4: 232- 6.
8. Gibson DM. & Myers JE. Gender and infertility: a relational approach to counseling women, *J Counseling Dev*2000; 78: 400-10.
9. Manouchehri C, Zandi Pour T, Porshhryary M, Mirdamadi S. Evaluate the effectiveness of cognitive – emotional- behavioral group counseling on mental health of infertile women. *Research and counseling*. 2006; 5(20): 9-22.(Persian).
10. Vick KE. The applicability of the dyadic adjustment scale for rural marital assessment [PhD thesis]. Dakata: university of south Dakata; 2006.
11. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *HumReprod* 2001; 16(8):1762-67.
12. Andrews FM. Abbey A. Halman LJ. Stress from infertility, marriage factors and subjective wellbeing of wives and husbands. *J Health Soc Behav*1992; 32(3):238-53.
13. Byrne M. Carr A. Clark M. The Efficacy of Behavioral Couples Therapy and Emotionally Focused Therapy for Couple Distress. *Contemporary Family Therapy* 2004; 26(4): 361-387.
14. Johnson SM. *Creating connection : the practice of emotionally focused couple therapy* . New York: Brunner – Routledge; 2004.
15. Johnson SM. & Whiffin VE. Attachment processes in couple and family therapy. New York : Guilford.2003.
16. Hazan C. Shaver P. Attachment in an organizational framework for research on closer relationship : Target article. *psychological inquiry*; 1994; 5(1): 1 -22.
17. Johnson SM. *The practice of emotionally focused marital therapy : Creating connection*. New York : Brunner / Mazel; 1996.
18. Greenberg L. & Goldman R. Integrating love and power in emotion – focused couple therapy. *European psychotherapy* 2007; 7(1), 117- 135.
19. Clulow C. *Adult attachment and couple psychotherapy : the secure base in practice and research*. canada : Taylor & Francis e- Library; 2006.
20. Johnson SM. the revolution in couple therapy : A practitioner – scientist perspective. *J Marital fam ther* 2003; 29(3), 365-84.
21. Mckinan JM. Revealing vulnerable emotion in couple therapy: Impact on session outcome. *Journal of family therapy* 2013; 35(3):303-19.
22. Johnson SM. *Becoming an emotionally Focused couple therapist*. New York: The work book;2005
23. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment : New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of marriage and the family* 1976; 38(1): 15- 28.
24. Hassan shahi M. Relation of married compatibility to center of women's control [Ms thesis]. Esfahan: Esfahan University;1999.
25. Erfanmanesh N. the effects of emotional focused therapy on the marriage suitability [Phd thesis]. Theran : Islamic Azad University; 2005.
26. Mocke JH , Wallace MK. Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living* 1959; 21(3): 251-5.
27. Soltani M, Shaeiri MR, Roshan R. The effects of emotional Focused Therapy on increasing the marriage suitability of barren couples. *Journal of Behavioral Sciences* 2013; 6(4):383-9.(Persian).
28. WHOQL-BREF introduction, administration and scoring, field trial version. Geneva: World Health Organization;1996.
29. WHOQoL Group. Development of the World Health Organization WOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 2007;28(3):551-8.
30. Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, et al. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Hum Reprod* 2012; 27 (2) , 488-495.
31. Soltani A, Molazadeh J, Mahmoodi M, Hosseini SA. Study of the effectiveness of emotional focused couple therapy on intimacy of couples. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 2012; 82(3): 461-5.
32. Zuccarini D, Johnson SM. Dalgeish TL. & Makinen JA. Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change Process and Therapist Interventions. *Journal of Marital Fam Ther* 2013; 39(2): 148-62.

33. Vizheh M, Pakgozar M, Babaei Gh, Ramezanzadeh F. Effect of counseling on quality of marital relationship of infertile couples: a randomized, controlled trial (RCT) study. Arch Gynecol Obstet 2013 ; 287(3): 583-9.
34. Michelle M. the long term effects of emotionally focused couple therapy training on knowledge , competency , self – compassion and attachment security. United States : California; 2009.
35. Tie S, Poulsen Sh. Emotionally focused couple therapy with couples marital adjustment. Contemporary Family Therapy 2013; 35(3): 557-67.
36. Pinto-Gouveia J. Galharado A. Cunha M. & Matos M. Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. Protective Emotion and Infertility 2012; 15(1): 27-34.
37. Onat G, Beji NK. Marital relationship and quality of life among couples with infertility. Sexuality and Disability 2012; 30(1): 39-52.
38. Morin-paquenen N, Koivunen R. Treatment of fertility. Duodecim 2012; 128(14): 1478-85.
39. Peterson B, Boivin J, Norre J, Smith C, Thorn P, Wischmann T. An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. J Assist Reprod Genet 2012; 29(3): 243-248.
40. Bhagwat R, Maynigo P, Moses E, Kelly Sh. Couple and marital therapy: The complement and expansion provided by multicultural approaches; 2014. Available from: [http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search\\_displayRecord&UID=2013-02670-027](http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search_displayRecord&UID=2013-02670-027).
41. Norten JE, Schilling EA, Couchman GM. Sexual satisfaction and functioning in patients seeking infertility treatment. Fertil Steril 2001. 76(3):28-32.
42. Anderson EM, Sharpe M, Patrag A, Lvvine D. Distress and concerns in couples to specialist infertility clinic. J psychosom Res 2002; 54(4); 353- 5.
43. Zia-ul-Haq M S, Hassan Abadi H, Hashemabadi Ghanbari BA, Modares Gharavi M. Excited couple therapy based on marital adjustment, Journal of Family Studies, 2012;8(29).
44. Roshani F. Compare the efficacy of treatment-emotional coping -Rftary increase in marital .payan a psychology graduate public. University of Mashhad; 2011.
45. Ramazanadeh F, norbala A A, Abedi-Nia N. Emotional adjustment in infertile patients. Journal - Faculty of Nursing and Midwifery martyr Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, 2010; 20(70): 36- 44.
46. Greil AL, Slauson K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. Sociol Health Illn 2010 ; 32(1): 140-62.
47. Tracy K, Syiem K, Raddy J. The multifaceted aspects of infertility. International Journal of Sciences and Research (IJSR); 2013.
48. Bshart MA, Investigate the relationship between attachment styles in infertile couples with marital problems. Psychotherapy News, 2000; No. 19-20: 55- 66.
49. karami noori R. Infertility and psychological aspects - social .pzhvshkdh Ibn Sina (Research Center for Biology and Biotechnology of Reproduction and Infertility; 1380.
50. Mazaheri MA, keyghobadi F. Problem solving and adjustment in infertile and fertile couples. Journal of Reproduction and Infertility;2000.
51. Nilforooshan P, Ahmadi A, Abedi MR. The impact of counseling, cognitive - behavioral, cognitive subsystems based on a balanced approach to changing the attitudes of infertile couples. Journal of family studies;2005: No. 5.
52. Hossein-Abadi H, Mojarad S,Soltanifar A. study effectiveness of coping and positive emotions Brsazgary married couples have relationships outside marriage. Research in clinical psychology and counseling, 2011; 1 (2).
53. BruceMK, Rzmary C, Peng T. study of sex in infertility: a systematic review of quantitative studies. Department of Sexology, School of Public Health, Curtin University, Perth, Perth, Australia. 2013; 13(2).