

## تاثیر زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش سازگاری زناشویی زوجین نابارور

### The effects of emotional focused therapy on increasing the marriage suitability of barren couples

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۸/۲۵

Soltani M. MSc<sup>✉</sup>, Shaeiri M.R. PhD  
Roshan R. PhD

مرضیه سلطانی<sup>✉</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۱</sup>  
رسول روشن<sup>۲</sup>

#### Abstract

**Introduction:** The present research aims at investigating the effects of emotional focused therapy on increasing the adjustment of infertile couple.

**Method:** The present research was a quasi-experimental study. The samples included 12 couples, (6 couples in which husband was infertile, and 6 couples in which wife was infertile). Infertility was diagnosed by a gynecologist and maladjustment was diagnosed by Spanir Marriage Suitability Test. They were assigned to control and experiment groups. Six couples (3 couples in which husband was infertile and 3 couples in which wife was infertile) received emotional focused therapy couple therapy and the other 6 couples waited for treatment (as the control group).

**Results:** Emotional focused therapy meaningfully increased marriage adjustment, twosome settlement, love expression, marriage consent, and twosome consistency.

**Conclusion:** The emotional focused therapy increases infertile couple's marriage suitability.

**Keywords:** Emotional Focused Therapy, Marriage Suitability, Barrenness

#### چکیده

**مقدمه:** هدف اساسی تحقیق حاضر تعیین میزان اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش میزان سازگاری زناشویی زوجین نابارور، بوده است.

**روش:** تحقیق حاضر از نوع شبه آزمایشی بود. نمونه این پژوهش، ۱۲ زوج (۶ زوج مرد دچار ناباروری و ۶ زوج زن دچار ناباروری) بودند که با توجه به نظر متخصصان زنان و زایمان به عنوان نابارور شناخته شده و با توجه به آزمون سازگاری زناشویی اسپانیر ناسازگار تلقی می شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند. برای ۶ زوج (۳ زوج مرد نابارور و ۳ زوج زن نابارور) جلسات زوج درمانی متمرکز بر هیجان (EFT) تشکیل داده شد و ۶ زوج (۳ زوج مرد دچار ناباروری و ۳ زوج زن دچار ناباروری) در انتظار درمان (به عنوان گروه کنترل) ماندند.

**یافته‌ها:** زوج درمانی متمرکز بر هیجان به طور معناداری میزان سازگاری زناشویی، توافق دو نفره، ابراز محبت، رضایت زناشویی و همبستگی دو نفره گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل افزایش داده است.

**نتیجه گیری:** به کارگیری برنامه زوج درمانی متمرکز بر هیجان می تواند میزان سازگاری زناشویی زوجین نابارور را افزایش دهد.

**کلیدواژه‌ها:** زوج درمانی متمرکز بر هیجان، سازگاری زناشویی، ناباروری

✉ Corresponding Author: Payame-Noor University, Najafabad, Iran  
E-mail: Marzie.soltani62@gmail.com

✉ دانشگاه پیام نور، نجف آباد، ایران

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۲- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

## مقدمه

هرچند استفاده از خدمات نازایی در چند دهه اخیر افزایش یافته اما شیوع نازایی تقریباً ثابت مانده است. اطلاعات متخذ از آمار ملی رشد خانواده در سال ۲۰۰۰ در ایالات متحده، بیانگر این نکته بوده که یک زوج از هر شش زوج، با اینکه در دوره‌ای از زندگی خود، ۱۲ ماه متوالی بدون استفاده از وسایل پیشگیری، رابطه زناشویی داشته‌اند، ولی این رابطه منجر به بارداری نشده است. بدین خاطر درصد بیشتری از زنانی که سن بالاتری دارند، به جستجوی استفاده از خدمات تخصصی برای باروری، برآمده‌اند [۱]. زیرا یکی از مسائلی که کنش‌وری خانواده را متاثر می‌سازد، فرزند دار شدن است. هنگامی که باروری به شکل ناخواسته به تاخیر می‌افتد یا با شکست مواجه می‌شود رابطه زوجین تحت تاثیر قرار می‌گیرد و سازگاری و رضایت زناشویی را دچار مخاطره می‌سازد. این مسئله وقتی پیچیده‌تر می‌شود که شرایط فرهنگی نیز فشار وارده را مضاعف می‌کند و پریشانی زوجین را هم در بعد فردی و هم روابط دو نفره، گسترش می‌دهد [۲].

در همین راستا پژوهش‌های زیادی تاثیر ناباروری را بر آشفتگی‌های فردی و روابط زناشویی نشان داده‌اند از جمله *رزنتال و گلدفارب* [۳] همبستگی منفی معناداری را بین سازگاری زناشویی و تنیدگی ناشی از ناباروری در زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک‌های نازایی مشاهده کردند. در تحقیقی که هدف آن بررسی تأثیر ناباروری بر روابط جنسی زوج‌ها بود مشخص شد که زنان غالباً کمتر آمیزش جنسی را گزارش می‌دادند، کمتر در پیش‌نوازی جنسی شرکت می‌کردند، احساس تمایل جنسی و برانگیختگی کمتری داشتند و بیشتر اوقات آمیزش جنسی این افراد همراه مشکلاتی در زمینه برانگیختگی و کاهش اورگاسم بوده است. همچنین پاسخ‌های هیجانی منفی نسبت به موضوع سکس نشان می‌دادند، رضایت کلی کمتری نسبت به روابط زناشویی خود داشتند و ازدواج خود را قانع‌کننده نمی‌دیدند [۴]. *اندرسون و همکاران* [۵] در تحقیقی نشان دادند رضایت زناشویی و ابراز علاقه زوجین نابارور به طور معناداری کمتر از زوجین بارور است. *دانی و مکینی* [۶] نیز نشان دادند زنان مراجعه‌کننده برای درمان نازایی میزان افسردگی، اضطراب و استرس بالایی داشته و در روابط زناشویی خود از همبستگی و توافق دونفره و سازگاری زناشویی پایینی برخوردار بودند.

روان‌درمانگران برای رفع این مشکلات رویکردهای مختلفی را مطرح کرده‌اند از جمله رویکردهای فردی، زوجی و خانوادگی. با این وجود صاحب‌نظران براساس تحقیقات انجام شده معتقدند وقتی کل خانواده و یا یک

واحد دو نفری برای درمان مشکلات مربوط به زندگی خانوادگی رجوع می‌کنند، شیوه درمان خانوادگی و یا زوجی موثرتر از درمان فردی است [۷]. در همین راستا تحقیقات زیادی اثربخشی زوج درمانی را بر کاهش تعارضات و مشکلات زناشویی تایید کرده‌اند [۸]. از جمله پژوهشی که نشان داد درمان زوجی برای مشکلات فردی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی، هراس از مکان‌های باز، اعتیاد و اختلالات خوردن تاثیر معناداری دارد [۹]. به‌علاوه *بارلو و همکاران* [۱۰] نشان دادند در درمان اضطراب وقتی زوجین به جای فرد در درمان حضور می‌یابند دامنه موفقیت از ۴۶ درصد به ۸۲ درصد افزایش می‌یابد. از طرف دیگر زوجینی که نابارور 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 مسئولیت شانه خالی کند، همسر دیگر صدمه می‌بیند (همسر آسیب دیده غالباً اما نه همیشه زن است) [۱۱]. در واقع هیجان‌ات در روابط زوجین نابارور نقش کلیدی را بازی می‌کند و باید به آن توجه خاص شود. بنابراین می‌توان از رویکرد «زوج درمانی متمرکز بر هیجان» Emotional Focused Therapy (EFT) (یک رویکرد ساختاریافته کوتاه مدت تقریباً ۸ تا ۲۰ جلسه‌ای) استفاده کرد چرا که هم شاخه‌ای از زوج درمانی است و هم هیجان‌ات را محور کار درمانی خود قرار داده است. این درمان اختلالات و ناسازگاری‌های ارتباطی را مورد توجه قرار می‌دهد و افراد را تشویق می‌کند تا از هیجان‌اتشان صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند. از دیدگاه EFT آشفتگی‌های زناشویی توسط حالت‌های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند [۱۲].

تحقیقات زیادی موثر بودن EFT را نشان داده‌اند از جمله می‌توان به تحقیق *جانسون و تالیتمن* [۱۳] اشاره کرد که نشان دادند زوج درمانی متمرکز بر هیجان به شکل معناداری باعث پیوند رابطه بین زوجینی که دارای درماندگی در روابط خود بوده‌اند، می‌شود. همچنین پژوهش *مکینن و جانسون* [۱۴] که نشان دادند پس از ۱۳ جلسه زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر روی ۲۴ زوج که با آسیب دلبستگی ایمن روبه‌رو بودند، در پایان جلسات، آسیب دلبستگی ۱۵ زوج از ۲۴ زوج به طور مشخص درمان شد و این زوجین پس از درمان سطوح بالاتری از موفقیت، رضایت زناشویی، عفو و گذشت در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. در ایران نیز پژوهش‌های زیادی اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر هیجان را نشان داده‌اند از جمله تحقیق *عرفان‌منش* [۱۵] که نشان داد زوج درمانی متمرکز بر هیجان موجب افزایش احساسات مثبت زوجین نسبت به هم

نمونه گیری مبتنی بر هدف و در دسترس بوده است. مجموع نمونه مورد بررسی ۶۳ زوج بود که از بین آنها ۱۲ زوج که دارای ناسازگاری زناشویی بودند (۶ زوج با علت ناباروری مرد و ۶ زوج با علت ناباروری زن) انتخاب و به طور تصادفی ۶ زوج در گروه کنترل (۳ زوج با علت ناباروری مرد و ۳ زوج با علت ناباروری زن) و ۶ زوج در گروه آزمایش (۳ زوج با علت ناباروری مرد و ۳ زوج با علت ناباروری زن) قرار گرفتند. تمامی زوج‌های شرکت کننده در جلسات درمانی رضایت خود را برای شرکت در جلسات، بر اساس فرم رضایت‌نامه اعلام نمودند. در این تحقیق از پرسشنامه‌های زیر برای گردآوری اطلاعات استفاده شد:

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: پرسشنامه جمعیت‌شناختی 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 اسپانیر (۱۹۷۶) [۱۵] دارای ۳۲ سؤال است و نمره کلی سازگاری زناشویی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره کلی این مقیاس از ۰ تا ۱۵۰ 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 می‌گردند. حسن‌شاهی [۱۵] طی مطالعه‌ای میانگین نمرات زوج‌های سازگار را ۱۷/۸ ± ۱۱۴/۷ و زوج‌های ناسازگار را ۲۳/۸ ± ۷۰/۷ گزارش کرد. اسپانیر ۴ عامل را از داده‌های مربوط به مقیاس سازگاری انتزاع نمود که رضامندی زناشویی، توافق دونفره، همبستگی دونفره و ابراز عواطف دو نفره می‌باشد. اسپانیر اعتبار مقیاس را بر اساس نمره کلی ۰/۹۶ و برای مقیاس‌های فرعی به ترتیب رضامندی دو نفره، ۰/۹۴؛ توافق دونفره، ۰/۹۰؛ همبستگی دونفره، ۰/۸۶ و ابراز عواطف در روابط دونفره ۰/۷۳ مشخص نمود و روایی آن را بر اساس همبستگی پیرسون با پرسشنامه سازگاری زناشویی موکه و ولاس [۱۵] ۰/۸۶ به دست آورد. در ایران نیز توسط حسن‌شاهی اعتبار این مقیاس با روش تنصیف ۰/۹۶ و با روش آلفای کرنباخ ۰/۹۲ و روایی آن را بر اساس همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه سازگاری زناشویی موکه و ولاس [۱۵] ۰/۸۵ گزارش نموده است [۱۵].

برنامه زوج درمانی متمرکز بر هیجان: برنامه زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر اساس نظر و الگوی جانسون [۱۱] بکار گرفته شده است که به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: شامل آشنایی کلی با زوج، معرفی درمانگر،

و سازگاری زناشویی می‌شود. به علاوه/اسلامی مهر [۱۶] نشان داد زوج درمانی متمرکز بر هیجان به طور معناداری اضطراب و اجتناب زوجین را کاهش داده و سبک دلبستگی زوجین را بهبود بخشیده است. همچنین محققین از رویکرد EFT در جمعیت‌های خاص استفاده کردند از جمله پژوهش والکر و همکاران [۱۷] که از EFT برای بهبود آشفستگی زناشویی زوجین با فرزند بیمار مزمن استفاده کرد نشان داد این درمان توانایی زوجین را در حمایت از یکدیگر در مواجهه با هیجانات شدید و در مواجهه با کودک بیمار تسهیل نمود. همچنین رسولی [۱۸] طی تحقیقی نشان داد EFT (به شیوه فردی و زوجی) بر کاهش درماندگی رابطه زوج‌هایی که فرزندی با بیماری مزمن دارند، موثر بود و نیز پژوهش رضایی [۱۹] نشان داد EFT موجب بهبود الگوهای ارتباطی سازنده متقابل، الگوهای ارتباطی اجتنابی متقابل، الگوهای ارتباطی توقع-کناره‌گیری در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ می‌شود. بنابراین، با توجه به تمهیدات یاد شده، مسأله اساسی تحقیق حاضر این است که آیا «زوج درمانی متمرکز بر هیجان» می‌تواند میزان سازگاری زوجین نابارور را افزایش دهد؟

## روش

طرح تحقیق حاضر از نوع شبه آزمایشی بوده است. جامعه آماری در برگیرنده زوجین نابارور ساکن در شهر تهران بوده که به دلیل مشکلات نازایی به مراکز نازایی در سطح شهر تهران مراجعه کرده‌اند و توسط متخصصان زنان و زایمان به عنوان زوجین نابارور طبقه‌بندی شده‌اند. نمونه تحقیق، از بین زوجینی انتخاب شده است که در عین ناباروری، دچار ناسازگاری زناشویی بوده و برای درمان به مراکز نازایی رجوع نموده‌اند. بدین خاطر و به منظور همکاری مرکز نازایی، محقق جهت انجام آزمون‌های مورد نظر و تشکیل جلسات مداخله، انستیتو نازایی پس از مذاکرات لازم به عنوان مرکز هدف، با توجه به وسعت مراجعان انتخاب گردید. نمونه مورد نظر از بین زوجین ناباروری که بر اساس آزمون اولیه به عنوان زوجین ناسازگار طبقه‌بندی شده‌اند و از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مثل سن، جنس، تحصیلات، شغل، درآمد، علت ناباروری، مدت ناباروری، تعداد عمل جراحی، زمان آخرین عمل جراحی و... نزدیک بودند، انتخاب گردیدند. علاوه بر ویژگی‌های یادشده، آزمودنی‌هایی که دارای سابقه بیماری‌های مزمن جسمی یا روانشناختی بودند، یادر شش ماه گذشته به مراکز روانپزشکی یا روانشناختی مراجعه کرده و خدمات خاصی دریافت کرده بودند، برای طرح حاضر برگزیده نشدند. شیوه نمونه‌گیری پژوهش حاضر،

ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات، غلبه بر موانع واکنش مثبت، کشف راه حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی.

جلسه نهم: استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زوج، ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت‌های جدیدی که زوج ایجاد کرده‌اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن یک داستان شاد از رابطه.

جلسه 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 آنها [۱۱].

بعد از آماده‌سازی ابزارها به انستیتو نازایی مراجعه کرده و به زوجینی که توسط پزشک متخصص زنان و زایمان و نازایی، نابارور تشخیص داده شده بودند، پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی/ اسپانیر (DAS) و برگه اطلاعات جمعیت‌شناختی داده شد. پس از تکمیل پرسشنامه ۱۲ زوج (۶ زوج مرد دچار ناباروری و ۶ زوج زن دچار ناباروری) را که با توجه به هنجارهای مربوطه ناسازگار تشخیص داده شده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند برای ۶ زوج (۳ زوج مرد نابارور و ۳ زوج زن نابارور) جلسات زوج درمانی تشکیل داده شد و ۶ زوج (۳ زوج مرد دچار ناباروری و ۳ زوج زن دچار ناباروری) در انتظار درمان (به عنوان گروه کنترل) ماندند. پس از پایان جلسات هر دو گروه مجدداً پرسشنامه سازگاری زناشویی را تکمیل کردند. در این تحقیق برای مقایسه متغیر سازگاری زناشویی در گروه کنترل و آزمایش از آزمون یومن ویتنی (براساس تفاضل نمرات دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون) استفاده شده است.

#### یافته‌ها

پیش از پرداختن به نتایج اصلی، شایسته است اشاره شود که مقایسه برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مربوط به متغیرهای شغل، سطح تحصیلات، درآمد، سن، مدت تأهل و مدت ناباروری در دو گروه آزمایش و کنترل دارای تفاوت معناداری نبوده است. در جدول شماره ۱ یافته‌های توصیفی مربوط به شاخص‌های توصیفی پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل نمرات آزمودنی‌ها در توافق دوفره، ابراز محبت، رضایت زناشویی، همبستگی دوفره و سازگاری زناشویی نشان داده شده است.

آشنایی با جریان مشاوره و قرارداد درمانی، ایجاد پیوستگی با هر کدام از زوجین به منظور احساس ایمنی و پذیرفته‌شدن، کشف اینکه چرا به این درمان خاص آمده‌اند و میزان تمایل آنها برای درمان چقدر است، بررسی اینکه زوج مشکل را چگونه می‌بینند، کشف تعاملات، معرفی سبک چرخه تعاملی منفی، کشف اینکه تعاملات فعلی چگونه ایجاد شده است (ارزیابی نشانگان هیجانی، شناختی، رفتاری و بین‌فردی)، کشف تعاملات مشکل‌دار، ارزیابی شیوه برخورد آنها با مشکلات، ارزیابی مشکل دلبستگی، کشف موانع دلبستگی و درگیری هیجانی درون‌فردی و بین‌فردی، سنجش وضعیت ارتباط زناشویی.

جلسه دوم: جلسه فردی با هر یک از زوجین به گونه مجزا شامل کشف حوادث برجسته، کسب اطلاعاتی که در حضور همسر امکان‌پذیر نیست مثل ارزیابی میزان تعهد نسبت به ازدواج، روابط فرا زناشویی، تروماهای دلبستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تأثیرگذار است، ارزیابی میزان ترس آنها از افشای رازها.

جلسه سوم: مشخص کردن الگوهای تعاملی شامل پذیرش احساسات تصدیق شده، کشف نایمینی دلبستگی و ترس‌های هر کدام از زوجین، کمک به بازتربودن و خودافشایی زوجین، ادامه پیوستگی درمانی.

جلسه چهارم: بازسازی پیوند زوجین شامل روشن کردن پاسخ‌های 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.

جلسه پنجم: عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای نیازهای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، عمق بخشیدن ارتباط شخصی با تجربه هیجانی، بهبود وضعیت درون‌روانی و بهبود وضعیت تعاملی.

جلسه ششم: گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران شامل تعیین تناسب چارچوب‌بندی درمانگر با تجربه مراجع، عمق بخشیدن با درگیری زوجین، پذیرش بیشتر زوجین از تجربه خود، ارتقای روش‌های جدید تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، شناسایی ترس‌های زیربنایی و ابراز خواسته‌ها و آرزوها.

جلسه هفتم: فعال‌سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، درگیری بیشتر زوج با یکدیگر، روشن‌سازی خواسته‌ها و آرزوهای زوجین.

جلسه هشتم: یافتن راه حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان،

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مربوط به پیش آزمون، پس آزمون و تفاضل پیش و پس آزمون آزمودنی‌ها در سازگاری زناشویی، توافق دونفره، ابراز عواطف دو نفره، رضایت زناشویی و همبستگی دو نفره

متغیرها	آزمون گروه	پیش آزمون		پس آزمون		تفاضل پیش- پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازگاری زناشویی	آزمایش	۷۵/۱۶	۹/۶۵	۱۰۹/۵	۷/۵۴	-۳۴/۳۳	۱۲/۱۱
	کنترل	۷۸/۱۶	۶/۲۶	۷۸/۵	۱۰/۰۶	-۰/۳۳	۸/۶۱
توافق دونفره	آزمایش	۳۰/۵۸	۵/۷۱	۴۰/۷۵	۷/۳۳	-۱۰/۱۶	۵/۷۹
	کنترل	۲۹/۴۱	۴/۵۴	۲۸/۶۶	۵/۳۶	۰/۷۵	۲/۵۲
ابراز عواطف دونفره	آزمایش	۶/۰۸	۱/۱۶	۱۰/۷۵	۰/۹۶	-۴/۶۶	۱/۰۷
	کنترل	۷/۹۱	۱/۵	۷/۲۵	۱/۳۵	۰/۶۶	۱/۷۲
رضایت زناشویی	آزمایش	۲۵/۰۸	۴/۴۸	۳۹/۳۳	۲/۶	-۱۴/۲۵	۵/۷
	کنترل	۲۷/۷۵	۳/۵۴	۲۹/۴۱	۵/۲۶	-۱/۶۶	۵/۰۱
همبستگی دونفره	آزمایش	۱۳/۴۱	۳/۰۵	۱۸/۶۶	۲/۱۴	-۵/۲۵	۲/۷۳
	کنترل	۱۳/۰۸	۲/۶	۱۳/۱۶	۱/۸۵	-۰/۰۸	۳/۲۸

جدول ۲- نتایج آزمون یومن ویتنی در مورد مقایسه میزان سازگاری زناشویی و خرده مقیاس‌های آن در دو گروه

متغیرها	گروه‌ها	رتبه میانی	مجموع رتبه‌ها	بر اساس تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون	
				Z	سطح معناداری
سازگاری زناشویی	آزمایش	۶/۵۴	۷۸/۵	-۴/۱۳۱	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۸/۴۶	۲۲۱/۵		
توافق دونفره	آزمایش	۶/۵	۷۸	-۴/۱۶۴	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۸/۵	۲۲۲		
ابراز عواطف دونفره	آزمایش	۶/۵	۷۸	-۴/۲۱۵	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۸/۵	۲۲۲		
رضایت زناشویی	آزمایش	۶/۸۳	۸۲	-۴/۲۱۵	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۸/۱۷	۲۱۸		
همبستگی دونفره	آزمایش	۷/۱۷	۸۶	-۳/۷۱۹	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۷/۸۳	۲۱۴		

هیجان در مورد زوجین ناباور نشان داده است که این روش، تأثیر مناسبی در افزایش سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن داشته است که با نتایج تحقیقات مشابه نزدیک بوده است از جمله اینکه هاروی [۲۰] طی مروری که بر تحقیقات زوج درمانی انجام داد نتیجه گرفت که زناشویی درمانی رفتاری و EFT پایه تحقیقی قوی دارند و از نظر تجربی معتبر هستند و به تحقیقات زیر استناد می‌کنند: جاکوبسن و کریستنسن [۲۱]؛ جانسون [۲۲]؛ جانسون و بویس‌ورت [۲۳]؛ جانسون، لیبو [۲۴]. از طرفی نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده همسو می‌باشد: مثل عرفان‌منش [۱۵]؛ اسلامی‌مهر [۱۶]؛ حیاتی [۲۵]. همچنین زمانی که محققین از رویکرد EFT در جمعیت‌های خاص استفاده کردند این هماهنگی با تحقیق حاضر به چشم می‌خورد. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به تاثیر EFT در افراد با میل جنسی کمتر [۲۶]، تاثیر EFT در افراد افسرده [۲۷]، تاثیر EFT در زوجین با بیماری مزمن فرزند [۱۷]، اشاره کرد. نکته مهم این است که باید توجه

همچنین جدول شماره ۲ در برگزیده مقایسه نتایج دو گروه کنترل و آزمایش، بر اساس آزمون یومن ویتنی در متغیرهای تحقیق می‌باشد. نتایج مربوط به مقایسه دو گروه کنترل و آزمایش در مورد متغیرهای سازگاری زناشویی، توافق دو نفره، ابراز عواطف دو نفره، رضایت زناشویی و همبستگی دو نفره بر اساس آزمون یومن ویتنی در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که Z به دست آمده از مقایسه یاد شده به ترتیب برابر با -۴/۱۳۱، -۴/۱۶۴، -۴/۲۱۵، -۴/۲۱۵، -۳/۷۱۹ است که در مقایسه با مقادیر بحرانی در سطح آلفای ۰/۰۰۰۱ معنادار می‌باشند. بدین معنا که زوج درمانی متمرکز بر هیجان توانسته است میزان سازگاری زناشویی، توافق دونفره، ابراز عواطف دو نفره، رضایت زناشویی و همبستگی دو نفره زوجین ناباور را در مقایسه با گروه کنترل افزایش دهد.

#### بحث

نتایج بدست آمده از به کارگیری زوج درمانی متمرکز بر

تلاش بر روی گروه محدودی بوده است که دارای مسأله ناباروری بوده‌اند، چه این نقصان به مرد یا زن بازگردد، در هر حال امری است که در جامعه ایرانی مسأله‌زا است. با این حال نتایج محدود کنونی بیانگر موفقیت بوده اما سؤال این خواهد بود که آیا پیگیری‌های بعدی می‌تواند از ثبات نسبی موفقیت‌ها حکایت کند و نشانگر آن باشد؟ بی‌تردید حجم گسترده پژوهش‌ها در مورد درمان متمرکز بر هیجان، در گروه‌های متفاوت، در شرایط فرهنگی-اجتماعی خاص، با توجه به پیگیری‌های بعدی می‌تواند زمینه‌های امید و ناامیدی را نسبت به این مداخله آشکار سازد.

### نتیجه‌گیری

نظر به پژوهش‌ها و نتایج به دست آمده و با توجه به درگیری‌های هیجانی که زوجین پس از آگاهی از ناباروری خود با آن مواجه می‌شوند، می‌توان گفت زوج درمانی متمرکز بر هیجان بدون توجه به جنس، شغل، سطح تحصیلات و... می‌تواند در افزایش سازگاری زناشویی و کاهش تنش‌های بین فردی آنها کمک کننده باشد که این خود باعث می‌شود ناباروری نتواند به کانون خانوادگی آسیب رساند. بنابراین شایسته است از این روش برای بهبود سطح سازگاری زناشویی زوجین نابارور استفاده شود.

**تشکر و قدردانی:** با حمد و ثنای خالق هستی، شایسته است از پشتیبانی و حمایت متخصصین محترم و کارکنان عزیز انستیتو نازایی که در نمونه‌گیری و به ثمر رساندن این تحقیق ما را یاری فرمودند، تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

### منابع

- 1- Hellman L, Eastman N. *Gregnancy and parturition*. (3 ed). Tehran: Tehran University Press; 2000. [Persian]
- 2- Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. Differences between husband and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertil Steril*. 2002;77(6):1241-7.
- 3- Rosenthal M, Goldfarb J. Infertility and assisted reproductive technology. An update for mental health Professionals. *Int J Fertil*. 1997;5(3): 169-72.
- 4- Norten J, Schiling G, Couchman D, walmor X. Sexual satisfaction and functioning in patients seeking infertility treatment. *Fertil Steril*. 2001;76(suppl 1):S28.
- 5- Anderson KM, Sharpe M, Pattrag A, Ivine D. Distress and concerns in couples to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res*. 2003;54(4):353-5.
- 6- Minuchine S. *Family and family therapy*. (2ed). Tehran: Amirkabir Press; 1994.
- 7- Bobes T, Rothman B. *Doing couple therapy: Integrating theory with practice*. (1 ed). London : Norton; 2002.
- 8- Downey J, Mckinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *AM J Orthopsychiat*. 1992;62(2):196-205.

داشت که این هماهنگی به نظر می‌رسد ناشی از ویژگی‌های رویکرد EFT باشد چرا که همواره در مورد EFT اشاره شده است که این رویکرد برای مراجعانی که افسرده هستند یا اضطراب دارند یا از مشکلات بین فردی، بدرفتاری دوره کودکی و مشکلات در زندگی رنج می‌برند مفید می‌افتد. همچنین بیشتر برای زوج‌هایی با موفقیت همراه است که می‌خواهند براساس پیوندی نزدیک، روابطشان را بازسازی کنند یا برای زوج‌هایی که در ماندگی زناشویی دارند یا دچار فقدان صمیمیت در رابطه و یا برای زوج‌هایی که یکی از آنها از محرک تنش‌زای خاصی رنج می‌برند (مانند یک بیماری مهلک که مستلزم تغییر در روابط زوج است) مناسب است و نیز برای آنهایی که با بیماری مزمن و ضعیف‌کننده دست و پنجه نرم می‌کنند، می‌تواند مفید افتد [۲۸-۲۹]. در نقطه مقابل این الگو برای جمعیت‌های روان‌گسسته (Psychotic) یا جامعه‌سستیز (Psychopathic)، افراد با ریسک بالای خودکشی یا دیگر جمعیت‌هایی که به شدت آسیب دیده‌اند طراحی نشده [۲۹] و مفید فایده نیست. همین طور در مورد زوج‌های خشن، زوج‌های جدا از هم و زوج‌هایی که سوء مصرف مواد دارند اثر چندانی ندارد [۳۰]. با این وصف و بدین خاطر بود که ما به زوجینی پرداخته‌ایم که دارای ناسازگاری‌هایی، همراه با یک مشکل خاص در زندگی (مثل ناباروری) بودند و در کنار یکدیگر با هم زندگی می‌کرده و مشمول آزمودنی‌هایی بودند که این الگو برای آنها کاربرد داشته است. پس می‌توان از تأثیر آن به طور کلی یاد کرد. اما نکته مهم این است که ما به پژوهش‌هایی دست نیافتیم که مستقیماً به مسأله ناباروری و نقش آن در مسائل زناشویی و مداخله زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر آنها پرداخته باشد. این امر باعث گردیده امکان مقایسه مستقیم یافته‌های این تحقیق با دیگر پژوهش‌های مرتبط فراهم نشود اما در بخش‌هایی و در سطور قبلی یادآور شدیم که زوجینی که با موارد خاصی سروکار دارند و در عین حال ناسازگاری‌هایی را نیز در زندگی خویش تجربه می‌کنند، از این مداخله بهره می‌برند. از سوی دیگر، توجه به محتوای جملات به خوبی آشکار می‌سازد که الگوهای مداخله EFT، در حقیقت، علاوه بر ارزیابی مشکل به هدف‌ها و انتظارات زوجین و کشف نایمنی‌های دلبستگی آنها، به عمق بخشی روابط آنها، بهبود وضعیت تعاملی، بازسازی تعاملات، کشف راه‌های جدید و گسترش صمیمیت می‌پردازد. محتوای این الگوها در حقیقت به شکل بارزی به مشکلات زوجین نابارور باز می‌گردد و این امر خود می‌تواند یکی از علل تأثیر الگوی زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر این گونه زوجین باشد. البته آنچه که از این تحقیق بدست آمده است، بر اساس

- improvement of PTSD relevance patterns [Dissertation]. Tehran: University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2007.[Persian]
- 20- Harway M. Hand book of couple therapy. New-Jersey: John Wiles; 2005.
- 21- Jacobsons NS, Christensen A. Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change. New York: Noetron; 1996 .
- 22- Paula SF, Ian MG, Jan GW, Johnson, SM .Emotionally focused interventions for couple with chronically ill children A 2-year follow up. Marital Fam Ther. 2003;28(4):223-30.
- 23- Johnson SM, Boisvert C. Humanistic couples and family therapy. Washington: DC: APA Press; 2002.
- 24- Johnson SM, Lebow J. The coming of age couple therapy: A deade review. Marital Fam Ther. 2000;26(1): 23-38.
- 25- Hayati M. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotional focused therapy on couples satisfaction[Dissertation]. Tehran: Allameh-Tabatabai University; 2006.[Persian]
- 26- Johnson SM, Whiffen VF. Made to measure. Adopting Emotionally Focused couples therapy to partners Attachment styles. Clin Psychol: Sci Pract. 1999;6(4): 366-81.
- 27- Dessales A. The role of affect in marital therapy. Marital Fam Ther. 1997;17(3):257-61.
- 28- Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy (2 ed). New York: Brunner Poutledge; 2004.
- 29- Greenberg SL, Paivio CS .Working with emotions in psychotherapy. London: The Guilford Press; 1997.
- 30- Johnson SM. Emotionally focused couple therapy with trauma survivors. New York: Guilford Press; 2002.
- 9- Baucom D, Shoham V, Mucser K, Daiuto A, stickle T. Empirically supported and family interventions for marital distress and adult mental health problems. J Couns Clin Psychol. 1998;66(1):53- 88.
- 10- Barlow D, Brien G, Last G. Couples treatment of agoraphobia. Behav Ther. 1984;15(1): 41- 58.
- 11- Johnson SM. Becoming on emotionally focused couple therapist. New York:The work book; 2005.
- 12- Johnson SM, Greenberg LS. The differential effectiveness of experiential and problems solving interventions in resolving marital conflict. J Couns Clin Psychol. 1985; 53(2):175- 84.
- 13- Johnson SM, Talitman E. Predictors of success in emotionally focused marital therapy. Marital Fam Ther. 1997 ;23(2):135-52.
- 14- Makinen J, Johnson SM. Resolving attachment injuries in couple using EFT : Steps toward forgiveness and reconciliation. J Couns Clin Psychol. 2006;74(6):1055- 64.
- 15- Erfanmanesh N. The effects of emotional focused therapy on the marriage suitability[Dissertation]. Teharan: Islamic Azad University; 2005.[Persian]
- 16- Eslamimehr S. The effects of emotional focused therapy on attachment styles of esfahan city couples [Dissertation]. Esfahan: Esfahan University; 2007.[Persian]
- 17- Walker J, Johnson SM, Manion I, Cloutier P. Emotionally focused marital intervention for couple with chronically ill children. J Couns Clin Psychol. 1996;64(5):1029- 36.
- 18- Rasuli R. The effectiveness emotional focused therapy into subjective and marital methods, in decrease respect prostration of couples with chronic sick child [Dissertation]. Tehran: Allameh-Tabatabaii University; 2005.[Persian]
- 19- Rezaii M. Effect of emotional focused therapy on