خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۸۷-۷۳

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.6.5

مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی برکنترلگری و رضایت از زندگی زنان نابارور

فاطمه زمانی نیا[۱]، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد*[۲]، علی اکبر ثمری[۳]

چکیده

مقدمه: با توجه به تعداد زیاد زوجین نابارور و مشکلات خانوادگی، فردی، اجتماعی و ... آنان، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی، مداخله دو رویکرد تأثیرگذار برکنترل گری و رضایت از زندگی زنان نابارور انجام شده است.

روش پژوهش: روش پژوهش نیمه آزمایشی بود که با دو گروه آزمایش، طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و یک گروه کنترل با پیگیری یک ماهه اجرا شد. از جامعه آماری زنان نابارور در مرکز ناباروری میلاد مشهد ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری گزینش شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه کنترلگری(۱۳۹۷) پرسشنامه رضایت از زندگی داینر(۱۹۹۵) در پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس هرکدام از گروه‌های آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، با رویکرد هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی شرکت کردند وگروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات پرسشنامه‌ها مجدد پاسخ داده شد. داده ها با استفاده نرم افزار SPSS-۲۶ و روش تحلیل کوواریانس بررسی شدند.

یافته ها: یافته های تحقیق نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه های آزمایش، رویکرد هیجان مدار و رویکرد طرحواره‌درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو درمان هیجان مدار و طرحواره‌درمانگری بر افزایش رضایت از زندگی و کاهش کنترلگری مؤثر است($p<۰/۰۰۱$)

نتیجه‌گیری: نتایج زوجی نشان داد اثربخشی رویکرد طرحواره‌درمانی نسبت به هیجان‌مدار تأثیر بیشتری بر کنترلگری زنان داشته است و رویکرد هیجان‌مدار بر رضایت از زندگی بهتر عمل کرده است.

کلید واژه‌ها: رویکرد هیجان‌مدار، رضایت از زندگی، طرحواره‌درمانی، کنترلگری، ناباروری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۹ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۱۸**

استناد: زمانی نیا ف، اصغری ابراهیم آباد م ج، سماری ع ا. مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی برکنترلگری و رضایت از زندگی زنان نابارور، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۲): ۷۸-۶۳

[۱]- دانشجوی دکتری مشاوره،گروه علوم تربیتی و مشاوره، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران
f.zaman21@yahoo.com

[۲]- نویسنده مسئول: دانشیارگروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
mjasghari@um.ac.ir

[۳]- ثمری، علی اکبر، استادیار گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران
Aasamari87@gmail.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه:

باروری و سلامتی باروری از ارکان مهم سلامت عمومی جامعه و برای تو سعه و حفظ بشریت لازم و ضروری هست(۱). میزان ناباروری در کشورهای مختلف حدود ۵ تا ۳۰ درصد است. ناباروری در ایالات متحده آمریکا از ۲/۱۱٪ در سال ۱۹۶۵ به ۹٪ (دامنه: ۵/۳٪ -۷/۱۶٪) در سال ۲۰۰۷ روند نزولی داشته است. به‌علاوه، تقریب زده می شود که حدود ۱۰٪ تا ۱۵٪ زوجین در انگلستان دارای مشکلات ناباروری باشند، از جمله ۴/۲٪ کسانی که مشکل ناباروری حل نشده دارند. علاوه بر این، متوسط میزان شیوع ناباروری مادام‌العمر در ایران ۹/۱۰٪ است که ۳/۳٪ از جمعیت دارای ناباروری رایج هستند. بنابراین وجود ناباروری در خاورمیانه بین ۱۰٪ تا ۱۵٪ تخمین زده شده است(۱).

ناباروری[۱] در جامعه امروز تقریباً یک بیماری قابل درمان هست. اما زنان نابارور در انتظار رفع این عارضه با مشکلات روان‌شناختی روبرو هستند. تجربه‌ی ناباروری فراتر از یک نقص فیزیولوژیک است، بلکه دارای ابعاد روانی و اجتماعی نیز هست که باعث می‌شود، هر دو جنس با طیف وسیعی از آسیب‌های روانشناختی ازجمله: کاهش روابط صمیمانه، احساسات ناخوشایندی مثل تنهایی و عدم رضایتمندی و کنترل کردن همسر و خیلی مسائل دیگر روبرو می‌شوند(۲).

طبق نظریه داغ خوردگی گافمن، ناباروری یک داغ اجتماعی محسوب می‌شود. فرد نابارور، همانند یک بیمار روانی و یا معلول جسمی خود را در شرایطی بدنام کننده در جامعه می‌بیند. وقتی ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی، تولید مثل و فرزندزایی را تشویق می‌کنند و والدگری را جشن می‌گیرند، نداشتن فرزند موجب دریافت برچسب بدنام کننده و به دنبال آن داغ خوردگی افراد نابارور می‌شود که می‌تواند با تأثیرگذاری منفی در هویت افراد نابارور، ارتباط بین فردی زوجین را دستخوش اثرات منفی عمیقی می‌کند. این‌طور به نظر می‌رسد انزوای اجتماعی ناباروران، در انحراف آنها از هنجارهای فرهنگی سنتی است که براساس آن تنها راه واقعی برای بهنجار محسوب شدن و اثبات کردن خود برای زنان، مادر شدن است و اینکه هر زن و شوهری، باید بتوانند دارای فرزند شوند. ناباروران به‌دلیل ناباروری، گمان می‌کنندکه اهداف شان را در زندگی گم کرده و موقعیت و اعتماد به نفس خود را از دست رفته می‌دانند(۳).

دیدگاه اجتماعی ناباروری اظهار می‌کند که ارزش‌ها و هنجارهای رایج در جامعه بر روی تجربه‌ی ناباروری و زوج‌ها تأثیر قابل توجه‌ای می‌گذارند. در بیشتر فرهنگ‌ها به دنیا آوردن بچه به عنوان یک ارزش اجتماعی محسوب می شود. هنجارهای روشن و صریح و ناگفته و پنهان بیانگر این است که زوج‌ها می‌خواهند و باید بچه داشته باشند؛ پس وقتی که زوج‌ها نمی‌توانند بچه داشته باشند در هنجارهای جامعه به چالش کشیده می‌شوند که در این صورت ممکن است با بدنامی در جامعه روبرو شوند(۴).

از مواردی که تأثیر جدی در روابط خانواده‌ها برجای می‌گذارد، کنترلگری در روابط زناشویی است. کنترل کردن صفتی است که در آن فرد گرایش به مهارکردن رفتار دیگران دارد. واژه کنترل‌گری نخستین بار در سال ۱۹۷۴ استفاده شد. این واژه با سلطه جویی هم معنی است (وبستر و ماریان[۲]، ۲۰۱۷). کنترل روی افراد دیگر حد و مرزی ندارد و افراد با هر سن، جنسیت، جهت‌گیری جنسی و یا وضعیت اجتماعی-اقتصادی می‌توانند کنترل شوند و یا نقش مهارگر را ایفا کنند. کنترل‌گری معمولاً در روابط زوج‌ها دیده می شود(بونیر[۳]، ۲۰۱۵). کنترل‌گری نوع بخصوصی از عذاب است زیرا که در یک ارتباط دارای تعهد، امید و

---

[۱] Infertility

[۲] Webster-Merriam

[۳] Bonior

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۸۷-۷۳

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.6.5

رؤیاهای شخصی قوی بروز می‌کند. کنترل‌کردن برعکس یک تجاوز و توهین که توسط یک فرد غریبه در یک لحظه اتفاق می افتد در طی دوره‌ای یک‌ماهه، یک ساله یا حتی یک دهه ادامه پیدا می‌کند. کنترل‌گری، خودپیروی و سلامتی قربانی را در سیر زمان کاهش می‌دهد(۵).

یکی از نکات اساسی و مهم در روابط زناشویی آشنایی و احترام به آزادی‌های فردی زوجین است که متأسفانه در کشور ما به علت کمبود آگاهی دقیق از ارتباط بین افراد و نبود پذیرش آن و شاید برداشت‌های نادرست از اعتقادات منجر به رفتارهای کنترل‌گرایانه در بین زن و شوهر می‌شود که خواسته یا ناخواسته در روابط زناشویی آسیب وارد می‌کند. این اختلال موجب بروز یک سری احساسات و هیجانات منفی مانند: احساس تنهایی، احساس‌گناه، ترس و وحشت، خصومت و نارضایتی... از سوی همسران را ایجاد کرده است، که در دراز مدت مشکلات اساسی در روابط زوجین و به پیرو آن، کنترلگری رفتارهای یکدیگر و عدم رضایت از زندگی مشاهده می‌شود(۶).

یکی از شاخص‌های بهداشت روانی میزان رضایت از زندگی هست. رضایت از زندگی بازتاب توازن میان خواسته‌ها و نیازهای شخصی و وضعیت فعلی او ست، به عبارت دیگر هر چه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی وی بیشتر شود رضایت‌مندی او کمتر می‌شود(۷). رضایت از زندگی یک مفهوم ذهنی و منحصر به فرد برای هر انسان است که به همراه عاطفه‌ی مثبت و عاطفه‌ی منفی، سه جزء اساسی بهزیستی ذهنی را تشکیل داده و عموماً به ارزیابی‌های شناختی یک شخص از زندگی‌اش اشاره می‌کند. افرادی با رضایت از زندگی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کرده، از گذشته و آینده خود و دیگران، رویدادهای مثبت بیشتری را به یاد آورده و از پیرامون خود ارزیابی مثبت‌تری دارند و آنها را خوشایند بیان می‌کنند. رضایت از زندگی، از نگرش و ارزیابی عمومی فرد نسبت به کلیت زندگی خود یا برخی از جنبه‌های زندگی همچون زندگی خانوادگی، شغلی، اوقات فراغت، درآمد و ... ریشه دارد. در واقع رضایت از زندگی، انعکاس فاصله میان ایده‌آل‌های شخص و وضعیت کنونی اوست(۸).

زنان نابارور به طور کلی رضایت کمتری از زندگی خود نسبت به همتای بارور خود دارد. حال اگر زنان نابارور، نازایی را معضلی اساسی و غیرقابل حل در زندگی ندانند رضایت‌مندی آن‌ها از زندگی زناشویی بیشترخواهد شد. اگر چه اشخاص مختلف در زمینه مقوله‌های مهم یک زندگی خوب از قبیل سلامتی و ارتباط سالم با یکدیگر توافق دارند، اما به این گزینه‌ها ارزش‌های متفاوتی تعلق می‌گیرد. در واقع ناباروری بحرانی است که بر سلامت روانی افراد نابارور تأثیر می‌گذارد و سبب کاهش صمیمیت، اختلال در روابط جنسی، کاهش عزت نفس و اضطراب، ترس از طلاق و جدایی می‌شود و در نهایت کاهش رضایتمندی زناشویی و کاهش کیفیت زندگی را به همراه دارد(۹).

در درمان این معضلات روانشناختی کنترلگری و رضایت از زندگی رویکردهای بسیاری کار شده است از جمله: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌های جدید و مؤثر در حل مشکلات و اختلالات روانشناختی می‌باشد. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی می‌تواند رضایت از زندگی را در زنان افزایش دهد(۱۰). در بین درمان‌های روانشناختی دیگر که بسیار اثرگذار است بر متغیرهای رضایت از زندگی و کنترلگری از جمله رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی است، رویکرد هیجان‌محور به علت ماهیت یکپارچه‌نگری خود با تقویت عوامل درون فردی و همچنین عوامل بین فردی کمک‌های

شـــایانی در جهت تقویت چرخه تعاملی مثبت زوج‌ها و در نتیجه رضـــایت زوج‌ها می‌شـــود. در رویکرد هیجان‌مدار افراد تأثیرات عوامل ناخودآگاه را بر روابط خویش درک کرده و با خود متمایز سازی، زندگی زنا شویی خویش را از تأثیرات مخرب آن در امان نگه می‌دارند. بخشی از مشکلات ارتباطی که مربوط به سبک دلبستگی افراد می‌شود، آگاهی یابند و با در نظر گرفتن اثرات آن بر سبک ارتباطی و ر ضایت شان از رابطه، به همدیگر در هرچه ایمن‌تر شدن دلب ستگی شان کمک کنند و برای این منظور، از نحوه‌ی ارتباطی خود شـروع کنند. بدین صـورت که زن یا مردی که معمولا سـبک ارتباطی متوقع را به کار می‌گیرند و احتمالا دارای سـبک دلبسـتگی دوسـوگرا می‌باشـند از این پس کمتر در رابطه انرژی صـرف می‌کنند و از سـوی دیگر زن یا مردی که معمولاً نقش کناره‌گیر را داشته و او نیز احتمالا دارای سبک دلبستگی اجتنابی هست، از این پس بیشتر در رابطه درگیر می‌شود تا بتواند در حین حفظ ا ستقلال خویش، گامی برای صمیمیت و حل تعار ضات و م شکلات رابطه دا شته با شد و در واقع زوجین برای مدتی نقشهای‌شان را با هم عوض می‌کنند و با تمرین رفتار جدید را بکار گیرند(۱۱).

رویکرد طرحواره درمانی نیز به افراد دارای طرحواره ناســـازگار کمک می‌کند تا با شـــناســـایی عوامل و موقعیت‌های طرحواره برانگیزان از آنها آگاه شوند، طرحواره‌های اولیه شامل باورهای افراد درباره خود، دیگران و محیط هستند که در اثر ار ضا نشدن نیازهای اولیه خصوصاً نیازهای عاطفی شکل می‌گیرند (۱۲). طرحواره‌ها و باورهای شناختی در جریان رابطه زناشویی تأثیرگذار بوده و این مو ضوع از دیر باز مورد توجه قرار گرفته ا ست. زمانی که یکی یا هر دو هم‌سر سطوح بالایی از باورهای غیرمنطقی و افکار غیرقابل انعطاف دارند، میزان رضـــایت زناشـــویی آنان کاهش می‌یابد (آلیس، ۱۹۸۵) بعضـــی موقعیت‌های ناخوشـــایند و ا سترس‌زای محیطی نظیر ناباروری موجب برانگیختن طرحواره‌های نا سازگار که در فرد شکل گرفته، می شوند و زمینه را برای بروز ا شکال مختلفی از پری شانی رواز شناختی نظیر افـ سردگی، ا ضطراب، ناکارآمدی، سوءم صرف مواد، تعار ضات بین‌فردی و اختلالات شخصیت فراهم می‌کنند (۱۳). پس با شنا سایی آن طرحواره‌هایی که در رابطه باعث کاهش ر ضایت‌مندی می شود و همین‌طور شناسایی عوامل هیجانی که باعث بروز نارضایتی هست توانستند این معضل را به تدریج کاهش دهند.

طرحواره‌درمانی یک رویکرد یکپارچه برای درمان اســـت که بهترین جنبه‌های مدل‌های درمانی شـــناختی-رفتاری، تجربی، بین فردی و حتی روانکاوی را در یک مدل واحد نشـــان می‌دهد. طرحواره‌هایی که در طرحواره‌درمانی مورد تمرکز درمانگر اســـت، الگوهای ماندگار و تخریب‌گری هستند که به طور معمول در اوایل زندگی فرد در او شکل می‌گیرد. این الگوها متشکل از افکار و احـ سا سات منفی و ناکارآمدی هـ ستند که بارها و بارها در زندگی شخص تکرار شده و مانع از ر سیدن فرد به اهداف و نیازهای شخ صی او می شود(۱۴). برای کاهش م شکلات رواز شناختی ناباروران، پژوه شگر به دنبال مقایـ سه دو رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی، مداخله دو رویکرد تأثیرگذار بر احســـاس و افکار ناکارآمد اســـت و نســـبت تأثیرگذاری هریک را بر ناباروری و معضلات آن بسنجد تا در بهبود وضعیت آنان مؤثر باشد.

ناباروری یک اختلال زیســـتی روانی اجتماعی اســـت و شـــکســـت در امر باروری به طور عمیقی بر جنبه‌های مختلف زندگی زوج نابارور مؤثر اســـت. لذا در درمان ناباروری باید به تمامی ابعاد آن پرداخت. اما از آنجا که در امور پزشـــکی عملاً توجه به مســـائل روانی و اجتماعی بیماری ناچیز اســـت. لذا این تحقیق با توجه به تعداد زیاد این زوجین نابارور و مشـــکلات خانوادگی، فردی، اجتماعی و ... با هدف مقایســـه اثربخشـــی دو رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی، مداخله دو رویکرد تأثیرگذار برکنترلگری و

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۸۷-۷۳
Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.6.5

رضـایت از زندگی زنان نابارور اسـت. آیا میزان اثربخشـی رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی برکاهش کنترلگری و افزایش رضایت از زندگی زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون متفاوت است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر نوعی تحقیق کاربردی است که به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل صـورت گرفت. ابتدا از هرسـه گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون انجام گرفت.گروه آزمایش، از بین داوطلبینی که بیش از ۳ سال از زندگی مشترکشان گذشته باشد و از نظر پزشکی نابارور بودند، ۴۵ نفر انتخاب شدند و در سه گروه آزمایش هیجان‌مدار و گروه طرحواره‌درمانی و گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان نابارور به مرکز ناباروری میلاد مشـهد هسـتند که در زمسـتان ۱۴۰۰مراجعه کردند و همچنین فراخوان کارگاه رایگان به شبکه‌های مجازی که به۲۴۰ نفر فرستاده شد و برای کنترل متغیرها پرسشنامه‌ها به مراجعین در دسترس داده شد.
حداقل نمونه از مجموع زنان ۴۵ نفرانتخاب شـدند که به روش نمونه‌گیری دردسـترس به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شـدند. در نظر گرفتن ۱۵ نفر برای هر یک از سـه گروه پژوهش، بعد از ریزش گروه آزمایش همه گروه‌ها به تعداد ۱۲ نفر بسته شد. ملاک ورود وخروج به پژوهش: شرط ورود به پژوهش شامل، داشتن حداقل دیپلم، گذشتن بیش از ۳ سال از زندگی مشترک، تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه بر اساس داده‌های پزشکی و عدم مصرف داروهای روانگردان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به همکاری، جدایی از همسردر طی دوران برگزاری جلسات خواهد بود.
ابزارهای پژوهش: داوطلبین به پرسشنامه کنترلگری(امینی وهمکاران) با ۲۱ گویه و پرسشنامه رضایت از زندگی(دنیر وهمکاران) با ۵ سوال در پیش‌آزمون پاسخ دادند.

پرسشنامه کنترلگری زناشویی[۱]: این مقیاس در جامعه ایرانی توسط امینی و همکاران(۱۳۹۷) ساخته شد. تحلیل عاملی با استفاده از چرخش واریماکس پنج عامل را کشف کرد. این پنج عامل با ۲۱ گویه در تحلیل عاملی تأییدی تائید شد، که شامل پنج عامل مهارگری هیجانی، مهارگری از طریق بی‌توجهی، مهارگری از طریق خشـونت کلامی، مهارگری از طریق انزوا و مهارگری از طریق پنهان‌کاری است. همچنین روایی همگرای این سنجه با خرده سنجه سلطه-اطاعت شانزده عاملی کتل۲۴٪ است که در سطح۰۰۱ ٪ معنی داراست و ۹۳۳ ٪=α و مقدار ضریب اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب۸۹۴٪و۸۸۶٪ است و با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تائیدی، همسانی درونی و روایی ملاکی، از روایی و پایایی بالایی برخوردار است.

پرسشنامه رضایت از زندگی[۲]: این مقیاس توسط دینر و دیگران(۱۹۸۵) جهت سنجش میزان رضایت کلی از زندگی تهیه و به عنوان شاخص احساس شادمانی در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس ۴۸ ماده است. متشکل از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه‌گیری می‌کند، آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی‌اند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است. تحلیل عاملی این مقیاس نشان داد که از سه عامل تشکیل شده است. ۱۰ سؤال آن با رضایت از زندگی مرتبط بود که پس از بررسی‌های متعدد در نهایت به ۵ سؤال کاهش یافت و به عنوان یک مقیاس

[۱] Marital controlling scale
[۲] Satisfaction with life scale

مجزا مورد استفاده قرار گرفت. در مقابل هر سؤال طیف لیکرت ۷ تایی از کاملاً نمره موافقم(۱نمره) تا کاملاً مخالفم(۷نمره) در نظر گرفته شد. اعتبار و روایی مقیاس ر ضایت از زندگی در مطالعات متعددی برر سی شده ا ست. دینر و همکاران در نمونه‌ای، متشکل از ۱۷۶ دانشجوی کار شنا سی دوره، مقیاس ر ضایت از زندگی ارز شیابی کردند(**SWIS**) میانگین و انحراف ا ستاندارد نمره‌های دانشجویان به ترتیب ۲۳/۵ و ۶/۴۳ و ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها پس از دو ماه اجرا ۸۲ ٪و ضریب آلفای کرونباخ ۸۷ ٪بود. دینر و همکارانش روایی(به شیوه مطلوبی همگرا و افتراقی) و پایایی(آلفای کرونباخ ۰/۸۹) مطلوبی برای مقیاس گزارش نموده‌اند. این مقیاس توسط مظفری(۱۳۸۲) برای استفاده در ایران مورد انطباق قرار گرفته است و شواهد روایی و پایایی آن را مطلوب گزارش نموده‌اند.

آموزش گروهی: پروتکل هیجان‌مدار جانسون و گرینبرگ(۱۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و طرحواره‌درمان‌گری یانگ؛کلا سکو و ویشار(۱۵) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. اما برای گروه گواه، هیچگونه مداخله‌ای انجام نشد و در صف انتظار درمان قرار گرفتند. دوره پیگیری بعد از یکماه انجام شد.

جدول ۱: جلسات درمانی

جلسات درمانی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار (گرینبرگ وجانسون،(۱۵) ؛ سیدشریفی،نوابی‌نژاد و فرزاد، ۱۶)	
جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول: آشنایی کلی با افراد گروه. معرفی درمانگر. تعریف مفاهیم، شیوه برخورد آنها با مشکلات. کشف موانع دلبستگی درگیری هیجانی درون فردی و بین فردی. سنجش؛ تکلیف: توجه به هیجانات،	
جلسه دوم (گام اول): شناسایی و ارزیابی اولیه توجه به چرخه تعاملات روزمره یکدیگر؛ تکلیف: شناسایی دقیق هیجان، عواطف و احساسات	
جلسه سوم: (گام دوم): تغییر؛ روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی؛ پذیرش چرخه منفی روابط، بررسی و تجدید نظرکردن در روابط؛ تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف	
جلسه چهارم: عمق بخشیدن به درگیری عاطفی افراد بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، بهبود وضعیت درون روانی و بهبود وضعیت تعاملی تکلیف: ابراز هیجانات و عواطف وشناسایی نوع دلبستگی	
جلسه پنجم: گشترش ارتباط با دیگران شامل تعیین تناسب چارچوب‌بندی درمانگر با تجربه مراجع، پذیرش بیشتر افراد از تجربه خود، تکلیف، شناسایی ترس‌های زیر بنایی و ابراز خواسته و آرزوها	
جلسه ششم: فعال‌سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، درگیری بیشتر زنان با همسران‌شان، روشن‌سازی خواسته‌ها و نیازها؛ تکلیف: مشخص کردن نقاط ضعف و قوت تمرین روابط	
جلسه هفتم: (گام سوم تثبیت و تحکیم روابط)؛یافتن راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تکلیف: کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی	

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۸۷-۷۳

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.6.5

جلسه هشتم: استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه ، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی، ایجاد دلبستگی ایمن. تکلیف: اجرای تکنیک‌ها

جلسات طرحواره درمانی(یانگ وهمکاران،۱۷)

جلسه اول: معارفه، اجرای پیش آزمون، ایجاد انگیزه مشارکت میان اعضا، آشنایی با رویکرد طرحواره و قوانین گروه، برای تغییر و کاهش کنترلگری و افزایش رضایت از زندگی

جلسه دوم: تعاریف مفاهیم طرحواره‌های سازش‌نایافته اولیه، شناخت چگونگی شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌ها، معرفی سبک‌های مقابله‌ای

جلسه سوم: شروع فنون تجربی رویکرد، بررسی مؤلفه شیوه‌های والدگری در ایجاد طرحواره‌ها، تشویق به بیان آزاد وقایع مرتبط با شکل‌گیری طرحواره

جلسه چهارم: تشویق در ایجاد تغییر روند در خاطرات هیجانی آزاردهنده، بررسی مؤلفه خلق و خو یا مزاج کودک در ایجاد طرحواره‌ها

جلسه پنجم: برانگیختن هیجانات مرتبط با طرحواره‌های سازش نایافته اولیه، بررسی مؤلفه سبک‌های مقابله‌ای در تقویت و تداوم طرحواره‌ها

جلسه ششم: تمرکز بر ابرازگری عواطف و تخلیه هیجانی سالم، بررسی عملکرد مؤلفه سبک مقابله‌ای اجتناب در تقویت و تداوم طرحواره‌ها

جلسه هفتم: تشویق در ایجاد تغییر روند خاطرات هیجانی ناخوشایند، تمرکز بر عوامل ممانعت در شکل‌گیری و تداوم طرحواره‌ها مثل (خلق و خوی و مزاج) عوامل زیستی یا وراثت

جلسه هشتم: اجرای پس‌آزمون، بحث و نتیجه‌گیری، تاکید بر نقش عاملیت فردی در بهبود و ترمیم سبک‌های رفتاری ناسالم، اختتام جلسات

یافته‌ها:

براساس مشخصات توصیفی در گروه هیجان‌مدار میانگین سن ۳۶/۸۳ و انحراف معیار ۶/۴۲۲ و در گروه طرحواره‌درمانی میانگین سن ۳۷/۹۲ و انحراف معیار ۶/۲۵۹ بود و درگروه کنترل میانگین سن افراد ۳۵/۹۲ و انحراف معیار ۷/۳۱۷ است. درصد شغل گروه هیجان مدار ۵۸/۳ در صد خانه دار و ۴۱/۷ در صد شاغل بودند و در گروه طرحواره درمانی ۵۸/۳ در صد خانه دار و ۴۱/۷ درصد شاغل بودند و در گروه کنترل ۵۰ ٪ خانه دار و ۵۰ ٪ شاغل بودند. و فراوانی تحصیلات در گروه هیجان‌مدار ۵۸/۳

دیپلم و ۴۱/۷ کارشـــناســـی و در گروه دوم آزمایش ۴۱/۷دیپلم و ۵۸/۳ کارشـــناســـی و درگروه کنترل ۵۰ ٪ دیپلم و ۵۰٪ کارشناسی بودند.

جدول ۲: پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری میانگین و انحراف معیار کنترلگری زناشویی زنان نابارور برحسب گروه‌های مطالعه

آزمون	گروه‌های مطالعه							
	رویکرد هیجان‌مدار		رویکرد طرحواره‌درمانی		گروه کنترل		Tot al	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	**۶۳/۴۲**	**۷/۱۴۱**	**۶۷/۵۰**	**۸/۸۲۷**	**۵۰/۶۵**	**۷/۲۳۰**	**۶۵/۴۷**	**۷/۷۳۳**
پس آزمون	**۴۲/۵۰**	**۶/۳۸۹**	**۳۵/۵۰**	**۶/۹۶۱**	**۶۴/۰۰**	**۷/۹۲۰**	**۴۷/۳۳**	**۱۴/۱۰۸**
پیگیری	**۴۰/۶۷**	**۱۰/۵۹۴**	**۳۹/۷۵**	**۹/۴۷۸**	**۶۴/۷۵**	**۷/۴۱۲**	**۴۸/۳۹**	**۱۴/۷۸۵**

جدول ۲ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار کنترلگری زناشویی زنان نابارور برحسب گروه‌های مطالعه در پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری است. همچنین نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که که کنترلگری زناشویی زنان نابارور، در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل در پس آزمون کاهش یافته است.

جدول۳: میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی زنان نابارور برحسب گروه‌های مطالعه (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

آزمون	گروه‌های مطالعه							
	رویکرد هیجان‌مدار		رویکرد طرحواره‌درمانی		گروه کنترل		Tot al	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	۱۰/۲۵	۱/۱۳۸	۹/۱۷	۱/۴۰۳	۱۰/۱۷	۱/۰۳۰	۹/۸۶	۱/۲۶۸
پس آزمون	۱۶/۷۵	۲/۵۶۳	۱۵/۷۵	۱/۷۶۵	۹/۹۲	۰/۹۹۶	۱۴/۱۴	۳/۵۶۳
پیگیری	۱۵/۷۵	۱/۸۱۵	۱۴/۷۵	۱/۵۴۵	۹/۴۲	۰/۷۹۳	۱۳/۳۱	۳/۱۵۲

جدول۳ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی زنان نابارور برحسب گروه‌های مطالعه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. همچنین نتایج جدول۲، نشان می‌دهد که که رضایت از زندگی زنان نابارور، در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل در پس آزمون افزایش یافته است.

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۸۷-۷۳

Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.6.5

به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع مشاهدات از آزمون شاپیرو – ویلک [۱] استفاده شد. برای اطمینان از اینکه گروه‌ها در متغیرهای کنترلگری زنا شویی، ر ضایت از زندگی با یکدیگر همتا هستند، میانگین آنها مورد مقایسه قرار گرفت. این مقایسه از طریق تحلیل واریانس یک راهه بین سه گروه انجام شد. آزمون ام باکس جهت تساوی ماتریس کوواریانس‌های متغیرهای زنان نابارور در گروه‌های مطالعه است. ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده مربوط به متغیرهای وابسته کنترلگری زناشویی، رضایت از زندگی در بین سه گروه برابر است

در مقایسه رویکرد هیجان‌مدار و رویکرد طرحواره‌درمانی نتایج نشان داد که از نظر بالینی اثربخشی و اندازه اثر رویکرد طرحواره‌درمانی۶۴٪ =Eta بر متغیر کنترلگری، بهتر و بیشتر از اثربخشی و اندازه اثر رویکرد هیجان‌مدار ۵۴٪ =Eta است. به منظور بررسی و آزمون متغیرها، از تحلیل واریانس مکرر دو عاملی (آمیخته) استفاده شد.

جدول۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثرات تعاملی گروه و زمان بر متغیر کنترلگری زناشویی زنان نابارور

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	Fمقدار	Sig.
عامل تکرار(درون	۷۴۶۳/۶۸۵	۲	۳۷۳۱/۸۴۳	۷۶/۵۳۲	۰/۰۰۰۱(**)
عامل تقابل گروه و	۳۶۳۲/۰۳۷	۴	۹۰۸/۰۰۹	۱۸/۶۲۱	۰/۰۰۰۱(**)
عامل بین گروهی	۶۵۸۵/۴۰۷	۲	۳۲۹۲/۷۰۴	۳۳/۱۹۰	۰/۰۰۰۱(**)

جدول۴ نشان می دهد که عامل تکرار(درون گروه‌ها) (P =۰/۰۰۱ ، F =۷۶/۵۳۲). عامل تقابل گروه و تکرار (P =۰/۰۰۱ ، F =۱۸/۶۲۱) و همچنین عامل بین‌گروهی (P =۰/۰۰۱ ، F =۳۳/۱۹۰) بر کنترلگری زناشویی زنان نابارور معنادار است. برای بررسی اینکه بین کدام گروه‌های مطالعه (رویکرد هیجان‌مدار، رویکرد طرحواره‌درمانی و کنترل) تفاوت وجود دارد. از آزمون تعقیبی بن‌فرونی [۲] برای مقایسه متغیر کنترلگری زناشویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که در در مرحله پیش‌آزمون بین گروه‌های مطالعه (رویکرد هیجان‌مدار، رویکرد طرحواره‌درمانی و کنترل) در متغیر کنترلگری زناشویی تفاوت معنادار وجود ندارد، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های رویکرد هیجان‌مدار و رویکرد طرحواره‌درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد(P =۰/۰۰۱).

۱ .Shapiro-wilk

۲ = Bonferroni Test

جدول۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثرات تعاملی گروه و زمان بر متغیر رضایت از زندگی زنان نابارور

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	Fمقدار	Si g.
عامل تکرار(درون گروه‌ها)	۳۷۰/۲۹۶	۲	۱۸۵/۱۴۸	۱۳۱/۲۳۹	۰/۰۰۱(**)
عامل تقابل گروه و تکرار	۲۲۹/۲۵۹	۴	۵۷/۳۱۵	۴۰/۶۲۶	۰/۰۰۱(**)
عامل بین گروهی	۳۸۴/۵۷۴	۲	۱۹۲/۲۸۷	۴۴/۹۰۶	۰/۰۰۱(**)

جدول ۵ نشـــان می دهد که عامل تکرار(درون گروه‌ها) (P =۰/۰۰۱ ، F =۱۳۱/۲۳۹). عامل تقابل گروه و تکرار (P =۰/۰۰۱ ، F =۴۰/۶۲۶) و همچنین عامل بین گروهی (P =۰/۰۰۱ ، F =۴۴/۹۰۶) بر رضـــایت از زندگی زنان نابارور معنادار اســـت. برای بررســـی اینکه بین کدام گروه‌های مطالعه (رویکرد هیجان‌مدار، رویکرد طرحواره‌درمانی و کنترل) تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بن‌فرونی[1] برای مقایسه متغیر رضایت از زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشـــان داد که در در مرحله پیش‌آزمون بین گروه‌های مطالعه (رویکرد هیجان‌مدار، رویکرد طرحواره‌درمانی و کنترل) در متغیر رضـــایت از زندگی تفاوت معنادار وجود ندارد، اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های رویکرد هیجان‌مدار و رویکرد طرحواره‌درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (P =۰/۰۰۱).

میزان ر ضایت از زندگی زنان نابارور که در گروه‌های آزمایشی(رویکرد هیجان مدار و رویکرد طرحواره‌درمانی) تحت درمان قرار دا شتند در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش قابل توجهی دا شته ا ست، اما میزان ر ضایت از زندگی زنان نابارور که در گروه کنترل بوده و در گروه‌های آزمای شی(رویکرد هیجان‌مدار و رویکرد طرحواره‌درمانی) تحت درمان قرار ندا شتند افزایش ندا شته است. همچنین نتایج (Eta =۰/۴۶) ۴۶ درصد واریانس در میزان رضایت از زندگی زنان نابارور توسط رویکرد طرحواره‌درمانی تبیین می شود. اثر ع ضویت گروهی برابر ا ست با (Eta =۰/۵۷) به بیان دیگر ۵۷ در صد واریانس در میزان ر ضایت از زندگی زنان نابارور توســـط رویکرد هیجان‌مدار تبیین می‌شـــود. رویکرد هیجان‌مدار در مقایســـه با رویکرد طرحواره‌درمانی، افزایش بیشتری در میزان رضایت از زندگی زنان نابارور داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از پژوهش مقایســه اثربخشــی رویکرد هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی برکاهش کنترلگری و افزایش رضــایت از زندگی زنان نابارور ا ست و یافته‌ها نشان داد با گروه طرحواره‌درمانی در کاهش کنترلگری و در گروه هیجان‌مدار افزایش ر ضایت از زندگی با زنان نابارور موثر بوده اســـت. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش (۱۸) که مداخلات زوج درمانی هیجان‌مدار با تاکید بر سبک‌های دلب ستگی باعث افزیش ر ضایت زنا شویی زوجین و بهبود کنترل رفتار خانواده در زوجین شده ا ست، هم سو ست. درپژوهش سلیمان‌آبادی و سلیمان‌آبادی (۱۹) نشان داده شده است، در یک دهه گذشته، شیوع ناباروری در ایران ۲۴/۹ درصد گزارش شده ا ست. اگرچه ناباروری در ابتدا به عنوان یک اختلال فیزیولوژیک طبقه بندی می شود اما تجربه‌ی ناباروری فراتر از یک نارســایی فیزیولوژیک، ابعاد روانی و اجتماعی فوق‌العاده‌ای می‌یابد. ناباروری عاملی اســت که ســبب می‌شــود هر دو جنس با طیف گ سترده‌ای از آ سیب‌های روان شناختی شامل: کاهش کیفیت‌زندگی، افت عزت نفس، اختلال عملکرد جن سی و م شکلات

---

۱ = Bonferroni Test

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۸۷-۷۳
Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.6.5

زنا شویی، روبرو با شند. نتایج پژوهش آقایی، کهرازیی و فرنام (۲۰) نشان دهنده تأثیر مثبت طرحواره‌درمانگری و زوج‌درمانگری بر روی طرحواره‌های سازش‌نایافته و رضایت زندگی زوجین بود و این دو روش به شکل یکسانی توانسته‌اند تأثیرگذار باشند. بنابراین نمی‌توان گفت که یکی نسبت به دیگری برتری دارد، همسوست. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش تناکوچیان، زنگنه و بیات(۲۱) نشان داد که استفاده از هر دو رویکرد طرحواره‌درمانی و متمرکز بر هیجان به منظور بهبود خودمهارگری و تاب‌آوری ابهام زنان دچار دلزدگی زناشویی مؤثر بوده است، همسوست.

و با نتایج پژوهش گیلکی نظامی(۲۲) که با هدف مقایسه ویژگی‌های روانشناختی زنان بارور و نابارور انجام داد، به این نتیجه رسید که زنان نابارور دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتری نسبت به زنان بارور بوده و از مشکلات روانشناختی بیشتری رنج می‌برند، همسوست. در تبیین متغیر رضایت زندگی با رویکرد هیجان‌مدار می‌توان بیان کرد که یکی از رویکردهایی که هم بر ارتباط خانواده و هم بر هیجانات فردی تمرکز دارد تیمولاک و همکاران[۱]، (۲۳). درمان هیجان‌مدار یک رویکرد یکپارچه‌نگر، برای مقابله با انواع اختلالات اضطرابی، گسترده‌ای از تروماها و پریشانی‌های ناشی از اتفاق‌های زندگی و... می‌باشد ایوانوا[۲]، (۲۴). همچنین در رویکرد هیجان مدار تلاش براین است که دنیای درون فردی و بین فردی را یکپارچه سازد(جانسون، ۲۰۰۴) تغییر به این صورت است که پاسخ‌های هیجانی زیر بنایی تعامل، کشف و تجربه شده و دوباره پردازش شوند، بنابراین چرخه تعاملی جدیدی شکل می‌گیرد. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی به منظور تخلیه و آگاهی صرف نیست، بلکه به خاطر تجربه کردن جنبه‌های جدیدی از خود می‌باشد که پاسخ‌های تازه‌ای از فرد مقابل را دریافت می‌کند(۲۵).

طرحواره‌درمانی یک رویکرد بالقوه کارآمد در حل معضلاتی است که به طور عمده از سوی جریان اصلی درمان شناختی نادیده گرفته می‌شود. این درمان به طرحواره‌های ناسازگار نخستین که برآمده از الگوهای ناکارآمد در روابط صمیمی است و ریشه آن در سختگیری‌های دوران کودکی وجود دارد و منجر به ادراک تحریف شده و منفی و تفکر غیرمنطقی زوج ها می شود، اهمیت زیادی می‌دهند؛ چرا که طرحواره‌ها همیشه خود را در پویایی‌های یک رابطه دیده می‌شود، باعث تاثیرگذاری در کنشگری رابطه می شوند و همبستگی با رضایت و کاهش تعارض‌های زندگی زناشویی دارد(۲۰). ناباروری زنان، منزلت اجتماعی آنان را کاهش داده و با فعال‌سازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آشفتگی‌های هیجانی همراه است؛ درنهایت زمینه تشکیل یک سیکل معیوب تشدیدکننده ناباروری مهیا می شود(۲۶). طرحواره‌های ناسازگار به عنوان راهکارهای شناختی ناکارآمد عنوان شده که منجر به ناخشنودی در روابط زناشویی شده و زمینه را برای جدایی فراهم می‌کند(کاپیسیز و همکاران، ۲۰۱۹). زنان دارای طرحواره‌های ناکارآمد اولیه حمایت‌های عاطفی و حفاظتی کافی را از سوی همسران شان دریافت نکرده و احساس رها شدن از سوی همسر دارند. گاهی نیز خود را بی ارزش‌تر یا گران‌قدرتر از همسرشان فرض می‌کنند و این مسئله باعث دوری زوجین و کاهش رضایت زناشویی آنان می‌شود(۱۲ ؛ ۲۷). زنان و مردان در زندگی می‌خواهند همسرشان رفت وآمد کنترل‌شده و حساب‌شده‌ای با خانواده و دوستانش داشته باشد. و همین طور در ارتباط با فامیل و دوستان همسرش حساب‌شده و احترام‌آمیز رفتار کند. این‌ها همه ناشی از نگرانی درباره تأثیرگذاری منفی دیگران بر روی زندگی زناشویی آنان است(۸).

---

[۱] Timulak

[۲] Ivanova

طرحواره درمانی به بانوان نابارور کمک می‌کند تا طرحواره‌های مربوط به مشکلات خود را تشخیص دهند و سپس هر طرحواره را بدون ناتوان شدن با آن به جای اجتناب، آنها را بپذیرند، از مهارت‌های طرحواره‌درمانی می‌باشد(۲۸). طرحواره‌درمانی براین اساس، به افراد کمک می‌کند تا به جای سرکوبی هیجانات و احساسات خود، آنها را به عنوان بخش جدایی ناپذیر زندگی خود پذیرفته و دیدگاه جدیدی نسبت به آنها اتخاذ کنند.

در مقایسه نتایج طرحواره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار درکاهش کنترلگری طرحواره‌درمانی مؤثرتر بوده و در رضایت از زندگی رویکرد هیجان‌مدار بهتر عمل کرده است. هر دو این درمان‌ها باعث شناسایی ریشه‌های افکار و هیجانات کنترل نشده است و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. بنابراین، قابل کنترل بودن منابع هیجانی فرد باعث سلامت روانی بیشتری می‌شود تا بتواند مشکلات را با آرامش بهتری حل کند. هر دو رویکرد هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی در افزایش رضایت از زندگی و کنترلگری افراد مؤثر است که این موارد در حفظ و تداوم یک ازدواج موفق تأثیر مثبت دارد و در بهبود ارتباط با یکدیگر، رضایت از زندگی بیشتری داشته باشند.

افرادی که طرحواره رهاشدگی دارند، حس تملک‌گرایی بالایی دارند و به کنترل‌گری روی می‌آورند. نکته قابل توجه این است که اگر پاسخ مناسب و مورد انتظارشان را نسبت به کنترل کردن به دست نیاورند، خشم بر آنها غلبه می‌کند. در تبیین متغیر کنترلگری با طرحواره‌درمانی با اجرای تمرینات مربوط به موقعیت‌های بروز طرحواره‌ها و عوامل ناخودآگاه بیرونی و تأثیر مخرب آن بر روابط همسران را شناسایی کرده و با شناخت آنها از ایجاد تنش و درگیری پیشگیری کنند. در تبیین متغیر رضایت از زندگی با رویکرد هیجان مدار با شناسایی نوع دلبستگی، تغییر سبک دلبستگی و سبک‌های مقابله‌ای، کمک کند تا هیجانات ثانویه که به دنبال هیجانات اولیه بروز می‌کند را درک کنند. همین طور وقتی سبک دلبستگی زوجین به سبک دلبستگی ایمن تبدیل شود و سبک‌هایی همچون سبک مقابله‌ای متوقع را به تدریج تعدیل کرده، به آرامش بیشتری دست می‌یابند. رویکرد هیجان‌مدار با تقویت عوامل درون‌فردی و همچنین عوامل بین‌فردی کمک‌های بسیاری در جهت تقویت چرخه تعاملی مثبت بین زوجین می‌کند و همین‌طور تغییر چرخه‌های تعاملی، که افراد را در ارتباطات روزمره دچار تنش و کنترل می‌کند و رضایت از زندگی را کاهش می‌دهد، آگاه شوند و به این منظور سعی در اصلاح رفتارهای کنترل‌گرایانه خویش شوند، که به طور ضمنی منجر به افزایش لذت از زندگی می‌شود.

از طرفی، بیان مسائل در گروه، در کنار افرادی مشابه خود و دریافت همدلی از یکدیگر در فرآیند روبرو شدن با مشکلات زندگی باعث می شود که کنترلگری زنان کاهش یابد. در واقع، حضور در گروه و دریافت توجه و همدلی از سوی اعضایی که همدرد و مشابه یکدیگر هستند، در کنار محیط امن گروه باعث می‌شود که این احساس در زنان شکل بگیرد که مورد توجه قرار گرفته و درک شده‌اند و در نتیجه، از میزان کنترل آنان کاسته می‌شود و رضایت بیشتری در زندگی داشته باشند.

محدودیت پژوهش:

از محدودیت‌های پژوهش، محدود بودن نمونه پژوهش بر زنان نابارور و تعمیم نتایج به زوجین نابارور و مردان نابارور احتیاط کرد و پیشنهاد می شود که بر روی زوجین نابارور و دلایلی که مربوط به ناباروری هردو زوج است، پژوهش انجام شود و در کنار درمان‌های پزشکی با رویکردهای روانشناسی به بهبود وضعیت ناباروران کمک شود. همچنین برای کمتر شدن تعارض‌هایی که

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۸۷-۷۳
Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.6.5

در زندگی زوجین نابارور وجود دارد، از قبیل: کنترلگری بیمارگونه و عدم رضایت از زندگی رویکردهای روانشناختی هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی آموزش داده شود تا به بهبود کیفیت زندگی این زوجین کمک شود. با قدر شناسی و سپاس از همه عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند. در این مقاله نویسندگان هیچ تعارض منافعی ندارند.

منابع:

1-Nasr Esfahani M, Kalantar S M, Montazri F, Rajabi M, Daneshmand F. Aneuploidy Assessment of X, Y, 18 Chromosomes in Sperm of Oligo teratospermia Using FISH Technique. JSSU 2022; 29 (11): 4312-4321. http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-4941-fa.html

2- Sadock B.J., Sodock V.A. Synopsis psychiatry Behavioral Sciences / clinical psychiatry. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia; 2007

2-Nguyen K. Why unexplained infertility is sometimes explained during IVF; 2014 retrieved from http://www.resolve.org/about-infertility/medical-conditions/whyunexplained-infertility-is-sometimes-explained-during-ivf.html

3- Loftus J, Namaste P .Expectant Mothers: Women's Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood. Qualitative Sociology Review. 2011; (7): 35-54. DOI:10.18778/1733-8077.07.1.02

4- Karimi M. Investigation and comparison of psychological variables of marital satisfaction, social support and coping strategies in fertile and infertile women of Ahvaz city. Master's thesis, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Counseling Department. Shahid Chamran University of Ahvaz; 2016

5- Amini H., kimiaei S.A., Asghari Ebrahim Abad M.J. Making Iranian version of marital controlling scale and determining its psychometric properties. Family Counseling and Psychotherapy. 2019; 8(2): 47-68. DOI.ORG/10.34785/J015.2018.003

6- Pourrajab A., Kamyabi M. The Relationship between Controlling Behaviors and Marital Instability in Female Teachers' of Kerman Schools. Women and Family Studies. 2021; 13(50): 63-79. doi: 10.30495/jwsf.2020.562208.1252

7- Faraji T., Khademian T. Study on the effect of life satisfaction on the social delight writers. Sociological Studies of Youth / Year 4. 2012; (10)102-87. [In Persian]

8- Mousavi S.Z., The relationship between coping styles (normative, problem-oriented and avoidant) with dimensions of happiness, life satisfaction, positive mood, health, efficiency, self-esteem. Master's thesis of Azad University Marwdasht branch. Faculty of Educational Sciences and Psychology; 2014 [in Persian]

9- Zarei Abolkheir A, Allahdadian M, Mosharraf S, Ghasemi Tehrani H. Exploring the Effect of Cognitive – Behavioral Counseling on Marital Satisfaction and Quality of Life Through Virtual Education. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2021; 29 (1):53-60 URL: http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-2195-fa.html

10- Kallal Quchan Atiq Y., Saraei F. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy (ACT) on marital adjustment, sexual satisfaction and life satisfaction in women. J Fundamentals of Mental Health, 2016; 18(Special Issue): 557-564. doi: 10.22038/jfmh.2016.8331

11- Hoseinzade Z, Ghorbanshirodi S, Khalatbari J, Rahmani M. The comparison of the effectiveness of emotionally focused couples therapy and reality therapy for couples on marital communication beliefs and marital expectations of couples. jarac 2021; 3 (3) :1-13 URL: http://jarac.iranmehr.ac.ir/article-1-70-fa.html

12- Bach B., Lockwood G., Young J. E. A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. Cognitive behavior therapy. 2018; 47(4): 328-349. DOI:10.1080/16506073.2017.1410566

13- Roelofs J., Onckels L., Muris P. Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: The mediating role of early maladaptive schema. Journal of child and family studies. 2013; 22(3): 377-385, doi: 10.1007/s10826-012-9589-x. Epub 2012 May 4. PMID: 23524954; PMCID: PMC3602614.

14- Seyyedsharifi M, Navabi Nezhad S, Farzad V. Comparison of the effectiveness of emotional - focused and schema therapy approach on the self-Efficacy of parenting in mothers of the household head. 2019; 18(76):407-415. URL: http://psychologicalscience.ir/article-1-295-fa.html

15- Johnson S.M., Greenberg L.S. Emotionally focused couple's therapy: An outcome study. Journal of Marital and Family Therapy. 2005; 11(3): 313-317.

16- Seyed Sharifi M, Navabinejad S, Farzad V. A Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused and Schema Therapies in Reducing Externalizing Problems of Children in Female-Headed Households. QJFR. 2021; 18 (2):73-88. URL: http://qjfr.ir/article-1-1912-fa.html

17-Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M. E. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2006

18- Javidi N. The Effectiveness of Emotion-Focused Couples Therapy (EFCT) in Improving Marital Satisfaction and Family Behavior Control. Biannual Journal of Applied Counseling. 2014; 3(3): 65-78. [in Persian]

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۲، پیاپی (۲)۳۷ ص ۸۷-۷۳
Family and health Quarterly, vol13, Issu2, Summer 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.2.6.5

19- Suleimanabadi S., Suleimanabadi F., psychological injury in infertile women, the fifth international conference on new findings in obstetrics, gynecology, childbirth and infertility, 2021. https://civilica.com/doc/1319094

20- Aghayi A., Kahrazeni F., Farnam A. The comparison of the effectiveness of group schema therapy and group emotional-based couple therapy on couples' maladaptive schemas and life satisfaction. Journal of Psychological Science. 2019; 18 (73): 133-142.

21- Tanbakouchian R, Zanganeh F, Bayat M R. Compare the Effectiveness of Emotion-Focused and Schema Therapy Approaches on Ambiguity Resilience, and Self-Control of Women with Marital Burnout. RBS. 2021; 19 (1):1-12. URL: http://rbs.mui.ac.ir/article-1-969-fa.html

22- Gilki Nizami, E. Comparison of primary maladaptive schemas and attachment styles and cognitive emotion regulation strategies of fertile and infertile women. Master's thesis. Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Maroodasht Branch (2014).

23- Timulak L., McElvaney J., Keogh D., Martin E., Clare P., Chepukova E., Greenberg L.S. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An exploratory study. Psychotherapy. 2017; 54(4): 361-262.

24- Ivanova I. The" How" of Change in Emotion focused Group Therapy for Eating Disorders (Doctoral dissertation) University of Toronto, Canada; 2013

25- Najafi M., Soleimani A., Ahmadi K., Javidi N., Hoseni E., Pirjavid F. The study of the effectiveness of couple emotionally focused therapy (EFT) on increasing marital adjustment and improving the physical and psychological health of the infertile couples. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2015; 17(133): 8-21. doi: 10.22038/ijogi.2015.3703

26- Jahangiri M.M, Teimouri H, Tahmasebian H. Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Anxiety and Depression in Infertile Women of Arak City. jmciri 2017; 35 (3) :259-263. URL: http://jmciri.ir/article-1-2785-fa.html

27- Mahmoudpour A, darba M, kamandloo Z, madani Y. The relationship between early maladaptive schemas with marital satisfaction and psychological distress in infertile women in Tehran Psychological sciences. 2020; 19(94): 1231-1242. URL: http://psychologicalscience.ir/article-1-771-fa.html

28-Leahy, R. L. Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. International Journal of Cognitive Therapy, 2019; 12(1): 1-4. https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5