

مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی بر کنترلگری 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 بر کنترلگری 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 پرسشنامه رضایت از زندگی داینر در پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس هرکدام از گروه‌های آزمایش در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، با رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی شرکت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات پرسشنامه‌ها مجدداً پاسخ داده شد. داده‌ها با استفاده نرم افزار SPSS-۲۶ و روش تحلیل کوواریانس بررسی شدند.

یافته‌ها: یافته‌های تحقیق نشان داد که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش، رویکرد هیجان مدار و رویکرد طرحواره درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که هر دو درمان هیجان مدار و طرحواره درمانی بر افزایش رضایت از زندگی و کاهش کنترلگری مؤثر است ($p < 0/001$)

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

کلید واژه‌ها: رویکرد هیجان مدار، رضایت از زندگی، طرحواره درمانی، کنترلگری، ناباروری

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۱۹

استناد: زمانی نیا ف، اصغری ابراهیم آباد م ج، سماری ع ا. مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی بر کنترلگری 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: دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

mjasghari@um.ac.ir

Aasamari87@gmail.com

^۳ - استادیار گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو 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 توسعه 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. به علاوه، 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 مادام العمر 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. تجربه ی ناباروری فراتر از یک نقص فیزیولوژیک است، بلکه دارای ابعاد روانی و اجتماعی نیز هست که باعث می شود، هر دو جنس با طیف وسیعی از آسیب های روانشناختی از جمله: کاهش روابط صمیمانه، احساسات ناخوشایندی مثل تنهایی و عدم رضایتمندی و کنترل کردن همسر و خیلی مسائل دیگر روبرو می شوند (۲).

طبق نظریه داغ خوردگی گافمن، ناباروری یک داغ اجتماعی محسوب می شود. فرد نابارور، همانند یک بیمار روانی و یا معلول جسمی خود را در شرایطی بدنام کننده در جامعه می بیند. وقتی ارزش ها و هنجارهای فرهنگی، تولید مثل و فرزندزایی را تشویق می کنند و والدگری را جشن می گیرند، نداشتن فرزند موجب دریافت برچسب بدنام کننده و به دنبال آن داغ خوردگی افراد نابارور می شود که می تواند با تأثیرگذاری منفی در هویت افراد نابارور، ارتباط بین فردی زوجین را دستخوش اثرات منفی عمیقی می کند. این طور به نظر می رسد 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 به دلیل ناباروری، گمان می کنند که اهداف شان را در زندگی گم کرده و موقعیت و اعتماد به نفس خود را از دست رفته می دانند (۳).

دیدگاه اجتماعی ناباروری اظهار می کند که ارزش ها و هنجارهای رایج در جامعه بر روی تجربه ی ناباروری و زوجها تأثیر قابل توجه ای می گذارند. در بیشتر فرهنگ ها 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 می خواهند و باید بچه داشته باشند؛ پس وقتی که زوجها نمی توانند بچه داشته باشند در هنجارهای جامعه به چالش کشیده می شوند که در این صورت ممکن است با بدنامی در جامعه روبرو شوند (۴). از مواردی که تأثیر جدی در روابط خانواده ها برجای می گذارد، کنترلگری در روابط زناشویی است. کنترل کردن صفتی است که در آن فرد گرایش به مهار کردن 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، جهت گیری جنسی و یا وضعیت اجتماعی-اقتصادی می توانند 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

روایاهای شخصی قوی بروز می‌کند. کنترل کردن برعکس یک تجاوز و توهین که توسط یک فرد غریبه در یک لحظه اتفاق می‌افتد 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، احساس گناه، 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 است، 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 ناباور به طور کلی رضایت کمتری از زندگی خود نسبت به هم‌تای بارور خود دارد. حال اگر زنان ناباور، نازایی را معضلی اساسی و غیرقابل حل در زندگی ندانند رضایتمندی آنها از زندگی زناشویی بیشتر خواهد 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 ناباورگی بحرانی است که بر سلامت روانی افراد ناباور 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 هیجان‌مدار و طرحواره درمانی است، رویکرد هیجان‌محور به علت ماهیت یکپارچه‌نگری خود با تقویت عوامل درون فردی و همچنین عوامل بین فردی کمک‌های

شایانی در جهت تقویت چرخه تعاملی مثبت زوجها و در نتیجه رضایت زوجها می‌شود. در رویکرد هیجان‌مدار افراد تأثیرات عوامل ناخودآگاه را بر روابط خویش درک کرده و با خود متمایز سازی، زندگی زناشویی 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 رضایت شان از رابطه، به همدیگر در هرچه ایمن‌تر شدن دلبستگی شان کمک کنند و برای این منظور، از نحوه‌ی ارتباطی خود شروع کنند. بدین صورت که زن یا مردی که معمولاً سبک ارتباطی متوقع را به کار می‌گیرند و احتمالاً دارای سبک دلبستگی دوسوگرا می‌باشند از این پس کمتر در رابطه انرژی صرف می‌کنند و از سوی دیگر زن یا مردی که معمولاً نقش کناره‌گیر را داشته و او نیز احتمالاً دارای سبک دلبستگی اجتنابی هست، از این پس بیشتر در رابطه درگیر می‌شود تا بتواند در حین حفظ استقلال خویش، گامی برای صمیمیت و حل تعارضات و مشکلات رابطه داشته باشد و در واقع زوجین برای مدتی نقشهای شان را با هم عوض می‌کنند و با تمرین رفتار جدید را بکار گیرند (۱۱).

رویکرد طرحواره درمانی نیز به افراد دارای طرحواره ناسازگار کمک می‌کند تا با شناسایی عوامل و موقعیت‌های طرحواره برانگیزان از آنها آگاه شوند، طرحواره‌های اولیه شامل باورهای افراد درباره خود، دیگران و محیط هستند که در اثر ارضا نشدن نیازهای اولیه خصوصاً نیازهای عاطفی شکل می‌گیرند (۱۲). طرحواره‌ها و باورهای شناختی در جریان رابطه زناشویی تأثیرگذار بوده و این موضوع از دیر باز مورد توجه قرار گرفته است. زمانی که یکی یا هر دو همسر سطوح بالایی از باورهای غیرمنطقی و افکار غیرقابل انعطاف دارند، میزان رضایت زناشویی آنان کاهش می‌یابد (آلیس، ۱۹۸۵) بعضی موقعیت‌های ناخوشایند و استرس‌زای محیطی نظیر ناباروری موجب برانگیختن طرحواره‌های ناسازگار که در فرد شکل گرفته، می‌شوند و زمینه را برای بروز اشکال مختلفی از پره‌شانی روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، ناکارآمدی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و اختلالات شخصیت فراهم می‌کنند (۱۳). پس با شناسایی آن طرحواره‌هایی که در رابطه باعث کاهش رضایت‌مندی می‌شود و همین‌طور شناسایی عوامل هیجانی که باعث بروز ناراضی‌تی هست توانستند این معضل را به تدریج کاهش دهند.

طرحواره‌درمانی یک رویکرد یکپارچه برای درمان است که بهترین جنبه‌های مدل‌های درمانی شناختی-رفتاری، تجربی، بین فردی و حتی روانکاوی را در یک مدل واحد نشان می‌دهد. طرحواره‌هایی که در طرحواره‌درمانی مورد تمرکز درمانگر است، الگوهای ماندگار و تخریب‌گری هستند که به طور معمول در اوایل زندگی فرد در او شکل می‌گیرد. این الگوها متشکل از افکار و احساسات منفی و ناکارآمدی هستند که بارها و بارها در زندگی شخص تکرار شده و مانع از رسیدن فرد به اهداف و نیازهای شخصی او می‌شود (۱۴). برای کاهش مشکلات روان‌شناختی ناباروران، پژوهشگر به دنبال مقایسه دو رویکرد هیجان‌مدار و طرحواره درمانی، مداخله دو رویکرد تأثیرگذار بر احساس و افکار ناکارآمد است و نسبت تأثیرگذاری هر یک را بر ناباروری و معضلات آن بسنجد تا در بهبود وضعیت آنان مؤثر باشد.

ناباروری یک اختلال زیستی روانی اجتماعی است و شکست در امر باروری به طور عمیقی بر جنبه‌های مختلف زندگی زوج نابارور مؤثر است. لذا در درمان ناباروری باید به تمامی ابعاد آن پرداخت. اما از آنجا که در امور پزشکی عملاً توجه به مسائل روانی و اجتماعی بیماری ناچیز است. لذا این تحقیق با توجه به تعداد زیاد این زوجین نابارور و مشکلات خانوادگی، فردی و اجتماعی و ... با هدف مقایسه اثربخشی دو رویکرد هیجان‌مدار و طرحواره درمانی، مداخله دو رویکرد تأثیرگذار بر کنترلگری و

رضایت از زندگی زنان نابارور است. آیا میزان اثربخشی رویکرد هیجان مدار و طرحواره درمانی بر کاهش کنترلگری و افزایش رضایت از زندگی زنان نابارور در مرحله پس آزمون متفاوت است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر نوعی تحقیق کاربردی است که به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل صورت گرفت. ابتدا از هرسه گروه آزمایش و کنترل پیش آزمون 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 هیجان مدار و گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان نابارور به مرکز ناباروری میلاد مشهد هستند که در زمستان ۱۴۰۰ مراجعه کردند و همچنین فراخوان کارگاه رایگان به شبکه های مجازی که به ۲۴۰ نفر فرستاده شد و برای کنترل متغیرها پرسشنامه ها به مراجعین در دسترس داده شد.

حداقل نمونه از مجموع زنان ۴۵ نفر انتخاب شدند که به روش نمونه گیری در دسترس به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در نظر گرفتن ۱۵ نفر برای هر یک از سه گروه پژوهش، بعد از ریزش گروه آزمایش همه گروه ها به تعداد ۱۲ نفر بسته شد. ملاک ورود و خروج 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 داده های پزشکی و عدم مصرف داروهای روانگردان بود. ملاک های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به همکاری، جدایی از همسر در طی دوران برگزاری جلسات خواهد بود.

ابزارهای پژوهش: داوطلبین به پرسشنامه کنترلگری (امینی و همکاران) با ۲۱ گویه و پرسشنامه رضایت از زندگی (دنییر و همکاران) با ۵ سوال در پیش آزمون 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 تأیید شد، که شامل پنج عامل مهارگری هیجانی، مهارگری از طریق بی توجهی، مهارگری از طریق خشونت کلامی، مهارگری از طریق انزوا و مهارگری از طریق پنهان کاری است. همچنین روایی همگرایی این سنج با خرده سنج سلطه-اطاعت شانزده عاملی کتل ۲۴٪ است که در سطح ۰۰۱٪ معنی دار است و $\alpha = ۰.۹۳۳$ و مقدار ضریب اسپیرمن-براون و گاتمن به ترتیب ۰.۸۹۴ و ۰.۸۸۶ است و با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، 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 پژوهش ها مورد استفاده قرار می گیرد. این مقیاس ۴۸ ماده است. متشکل از ۵ گزاره که مؤلفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه گیری می کند، آزمودنی ها اظهار می دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی اند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آن ها 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 بررسی های 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 (۱ نمره) تا کاملاً مخالفم (۷ نمره) در نظر گرفته شد. اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی در مطالعات متعددی بررسی شده است. دینر و همکاران در نمونه‌ای، متشکل از ۱۷۶ دانشجوی کارشناسی دوره، مقیاس رضایت از زندگی ارزشیابی کردند (SWIS) میانگین و انحراف استاندارد 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؛ کلاسکو 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 و جانسون، (۱۵)؛ سیدشریفی، نوایی‌نژاد 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 نظر کردن 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 و شناسایی نوع دلبستگی	
جلسه پنجم: گسترش 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	

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 و همکاران، 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 سازش‌نیافته 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 سازش‌نیافته 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 در گروه کنترل میانگین سن افراد ۳۵/۹۲ و انحراف معیار ۷/۳۱۷ است. درصد شغل گروه هیجان‌مدار 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 در صد 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 کارشناسی و در گروه دوم آزمایش ۴۱/۷ دیپلم و ۵۸/۳ کارشناسی و در گروه 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		Total	
	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 پیش آزمون، 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.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی زنان نابارور برحسب گروه‌های مطالعه (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)

آزمون	گروه‌های مطالعه							
	رویکرد هیجان‌مدار		رویکرد طرحواره‌درمانی		گروه کنترل		Total	
	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

جدول ۳ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار رضایت از زندگی زنان نابارور برحسب گروه‌های مطالعه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. همچنین نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد که که رضایت از زندگی زنان نابارور، در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل در پس آزمون افزایش یافته است.

به منظور بررسی نرمال بودن توزیع مشاهدات از آزمون شاپیرو - ویلک^۱ استفاده شد. برای اطمینان از اینکه گروه‌ها در متغیرهای کنترلگری زناشویی، رضایت 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 هیجان مدار و رویکرد طرحواره درمانی نتایج نشان داد که از نظر بالینی اثربخشی و اندازه اثر رویکرد طرحواره درمانی $Eta^2 = 64\%$ بر متغیر کنترلگری، بهتر و بیشتر از اثربخشی و اندازه اثر رویکرد هیجان مدار $Eta^2 = 54\%$ است. به منظور بررسی و آزمون متغیرها، از تحلیل واریانس مکرر دو عاملی (آمیخته) استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثرات تعاملی گروه و زمان بر متغیر کنترلگری زناشویی زنان نابارور

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

جدول ۴ نشان می دهد که عامل تکرار (درون گروه‌ها) ($P = 0/001$ ، $F = 76/532$)، عامل تقابل گروه و تکرار ($P = 0/001$)، و همچنین عامل بین گروهی ($P = 0/001$ ، $F = 33/190$) بر کنترلگری زناشویی زنان نابارور معنادار است. برای بررسی اینکه بین کدام گروه‌های مطالعه (رویکرد هیجان مدار، رویکرد طرحواره درمانی و کنترل) تفاوت وجود دارد. از آزمون تعقیبی بن فرونی^۲ برای مقایسه متغیر کنترلگری زناشویی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که در در مرحله پیش آزمون بین گروه‌های مطالعه (رویکرد هیجان مدار، رویکرد طرحواره درمانی و کنترل) در متغیر کنترلگری زناشویی تفاوت معنادار وجود ندارد، اما در مراحل پس آزمون و پیگیری بین گروه‌های رویکرد هیجان مدار و رویکرد طرحواره درمانی با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P = 0/001$).

^۱ Shapiro-wilk

^۲ = Bonferroni Test

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس اثرات تعاملی گروه و زمان بر متغیر رضایت از زندگی زنان نابارور

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F مقدار	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 نشان می دهد که عامل تکرار (درون گروه‌ها) ($F = 131/239$ ، $P = 0/001$)، عامل تقابل گروه و تکرار ($P = 0/001$)، و همچنین عامل بین گروهی ($F = 40/626$ ، $P = 0/001$) بر رضایت از زندگی زنان نابارور معنادار است. برای بررسی اینکه بین کدام گروه‌های مطالعه (رویکرد هیجان‌مدار، رویکرد طرحواره‌درمانی و کنترل) تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بن‌فرونی^۱ برای مقایسه متغیر رضایت از زندگی 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 رضایت 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 ($P = 0/001$).

میزان رضایت از زندگی زنان نابارور که در گروه‌های آزمایشی (رویکرد هیجان‌مدار و رویکرد طرحواره‌درمانی) تحت درمان قرار داشتند در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش قابل توجهی داشته است، اما میزان رضایت از زندگی زنان نابارور که در گروه کنترل بوده و در گروه‌های آزمایشی (رویکرد هیجان‌مدار و رویکرد طرحواره‌درمانی) تحت درمان قرار نداشتند افزایش نداشته است. همچنین نتایج ($Eta = 0/46$) ۴۶ درصد واریانس در میزان رضایت از زندگی زنان نابارور توسط رویکرد طرحواره‌درمانی تبیین می شود. اثر عضویت گروهی برابر است با ($Eta = 0/57$) به بیان دیگر ۵۷ درصد واریانس در میزان رضایت از زندگی زنان نابارور توسط رویکرد هیجان‌مدار تبیین می‌شود. رویکرد هیجان‌مدار در مقایسه با رویکرد طرحواره‌درمانی، افزایش بیشتری در میزان رضایت از زندگی زنان نابارور داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از پژوهش مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر کاهش کنترلگری و افزایش رضایت از زندگی زنان نابارور است و یافته‌ها نشان داد با گروه طرحواره‌درمانی در کاهش کنترلگری و در گروه هیجان‌مدار افزایش رضایت از زندگی با زنان نابارور مؤثر بوده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش (۱۸) که مداخلات زوج درمانی هیجان‌مدار با تأکید بر سبک‌های دلبستگی باعث افزایش رضایت زناشویی زوجین و بهبود کنترل رفتار خانواده در زوجین شده است، هم‌سو است. در پژوهش سلیمان‌آبادی و سلیمان‌آبادی (۱۹) نشان داده شده است، در یک دهه گذشته، شیوع ناباروری در ایران ۲۴/۹ درصد گزارش شده است. اگرچه ناباروری در ابتدا به عنوان یک اختلال فیزیولوژیک طبقه‌بندی می‌شود اما تجربه‌ی ناباروری فراتر از یک نارسایی فیزیولوژیک، ابعاد روانی و اجتماعی فوق‌العاده‌ای می‌یابد. ناباروری عاملی است که سبب می‌شود هر دو جنس با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روانشناختی شامل: کاهش کیفیت زندگی، افت عزت نفس، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات

^۱ = Bonferroni Test

زنا شویی، روبرو با شند. نتایج پژوهش آقای، کهرازی و فرنام (۲۰) نشان دهنده تأثیر مثبت طرحواره درمانگری و زوج درمانگری بر روی طرحواره های سازش نایافته و رضایت زندگی زوجین بود و این دو روش به شکل یکسانی توانسته اند تأثیرگذار با شند. بنابراین نمی توان 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 طرحواره درمانی و متمرکز بر هیجان به منظور بهبود خودمهارگری و تاب آوری ابهام زنان دچار دلزدگی زناشویی مؤثر بوده است، همسوست.

و با نتایج پژوهش گیلکی نظامی (۲۲) که با هدف مقایسه ویژگی های روانشناختی زنان بارور و نابارور انجام داد، به این نتیجه رسید که زنان نابارور دارای طرحواره های ناسازگار اولیه بیشتری نسبت به زنان بارور بوده و از مشکلات روانشناختی بیشتری رنج می برند، همسوست. در تبیین متغیر رضایت زندگی با رویکرد هیجان مدار می توان بیان کرد که یکی از رویکردهایی که هم بر ارتباط خانواده و هم بر هیجانات فردی تمرکز دارد تیمولاک و همکاران^۱، (۲۳). درمان هیجان مدار یک رویکرد یکپارچه نگر، برای مقابله با انواع اختلالات اضطرابی، گسترده ای از تروماها و پریشانی های ناشی از اتفاق های زندگی ... می باشد ایوانوا^۲، (۲۴). همچنین در رویکرد هیجان مدار تلاش بر این است که دنیای درون فردی و بین فردی را یکپارچه سازد (جانسون، ۲۰۰۴) تغییر به این صورت است که پاسخ های هیجانی زیر بنایی تعامل، کشف و تجربه شده و دوباره پردازش شوند، بنابراین چرخه تعاملی جدیدی شکل می گیرد. دستیابی و کشف این تجربه هیجانی به منظور تخلیه و آگاهی صرف نیست، بلکه به خاطر تجربه کردن جنبه های جدیدی از خود می باشد که پاسخ های تازه ای از فرد مقابل را دریافت می کند (۲۵).

طرحواره درمانی یک رویکرد بالقوه کارآمد در حل معضلاتی است که به طور عمده از سوی جریان اصلی درمان شناختی نادیده گرفته می شود. این درمان به طرحواره های ناسازگار نخستین که برآمده از الگوهای ناکارآمد در روابط صمیمی است و ریشه آن در سختگیری های دوران کودکی وجود دارد و منجر به ادراک تحریف شده و منفی و تفکر غیرمنطقی زوج ها می شود، اهمیت زیادی می دهند؛ چرا که طرحواره ها همیشه خود را در پویایی های یک رابطه دیده می شود، باعث تأثیرگذاری در کنشگری رابطه می شوند و همبستگی با رضایت و کاهش تعارض های زندگی زناشویی دارد (۲۰). ناباروری زنان، منزلت اجتماعی آنان را کاهش داده و با فعال سازی طرحواره های ناسازگار اولیه و آشفتگی های هیجانی همراه است؛ درنهایت زمینه تشکیل یک سیکل معیوب تشدیدکننده ناباروری مهیا می شود (۲۶). طرحواره های ناسازگار به عنوان راهکارهای شناختی ناکارآمد عنوان شده که منجر به ناخشنودی در روابط زناشویی شده و زمینه را برای جدایی فراهم می کند (کاپیسز و همکاران، ۲۰۱۹). زنان دارای طرحواره های ناکارآمد اولیه حمایت های عاطفی و حفاظتی کافی را از سوی همسران شان دریافت نکرده و احساس رها شدن از سوی همسر دارند. گاهی نیز خود را بی ارزش تر یا گران قدرتر از همسرشان فرض می کنند و این مسئله باعث دوری زوجین و کاهش رضایت زناشویی آنان می شود (۱۲؛ ۲۷). زنان و مردان در زندگی می خواهند همسرشان رفت و آمد کنترل شده و حساب شده ای با خانواده و دوستانش داشته باشد. و همین طور در ارتباط با فامیل و دوستان همسرش حساب شده و احترام آمیز رفتار کند. این ها 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 برای این اساس، به افراد کمک می‌کند تا به جای سرکوبی هیجانات و احساسات خود، آنها را به عنوان بخش جدایی ناپذیر زندگی خود بپذیرفته و دیدگاه جدیدی نسبت به آنها اتخاذ کنند.

در مقایسه نتایج طرحواره‌درمانی و رویکرد هیجان‌مدار در کاهش 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 هیجان‌مدار 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 می‌شود که کنترلگری زنان کاهش یابد. در واقع، حضور در گروه و دریافت توجه و همدلی از سوی اعضای 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 می‌شود 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

در زندگی زوجین نابارور وجود دارد، از قبیل: کنترلگری بیمارگونه و عدم رضایت از زندگی رویکردهای روانشناختی هیجانمدار و طرحواره درمانی 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 منافی 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., Sadock 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](https://doi.org/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](https://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](https://doi.org/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 Marvdasht 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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]

- 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](https://doi.org/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>