رویش روان شناسی، سال۱۳، شماره ۹، شماره پیاپی ۱۰۲، آذر ۱۴۰۳
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),13(9), 2024

اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به متخصصان ناباروری شهر اهواز

The effectiveness of emotion-oriented couple therapy on body image and marital intimacy in infertile women referred to infertility specialists in Ahvaz

دکتر پرویز عسگری (نویسنده مسئول)
استاد تمام، گروه روان شناسی، واحد اهواز ، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
پروانه جلیلی راد
دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، ایران.

چکیده

ناباروری به معنای ناتوانی در بارداری بعد از یک سال رابطه جنسی بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری است. پژوهش با هدف تعیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به متخصصان ناباروری شهر اهواز انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـپس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به متخصصان ناباروری شهر اهواز در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. به روش نمونه-گیری هدفمند تعداد ۳۰ زن نابارور (۱۵ نفر برای هر گروه) و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه، انتخاب و به تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه چندبعدی روابط خود با بدن (کش و هیکز، ۱۹۹۰، MBSRQ) و پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط (شافر و اولسون، ۱۹۸۱، PAIR) استفاده شد. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، طی ۹ جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار تحت زوج درمانی هیجان‌مدار قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی در دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری در سطح (P<۰/۰۵) وجود داشت. با توجه به نتایج پژوهش، اجرای درمان زوج‌درمانی هیجان مدار برای زنان نابارور می‌تواند موجب بهبود تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی در آنها شود.

واژه‌های کلیدی: *صمیمیت زناشویی، تن‌انگاره، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، ناباروری.*

Dr. Parviz Asgari *
Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Askary47@yahoo.com
Parvaneh Jalili Rad
Master's student, Department of Psychology, General Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz branch, Iran.

Abstract

Infertility means the inability to conceive after one year of sexual intercourse without using contraceptive methods. The research was conducted to determine the effectiveness of emotional couple therapy on body image and marital intimacy in infertile women referred to infertility specialists in Ahvaz. The current research was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the research consisted of all infertile women referring to infertility specialists in Ahvaz city in 1402-1401. 30 infertile women (15 for each group) were randomly selected and replaced in two experimental and control groups by the purposeful sampling method. To collect data, the multidimensional body-self relations questionnaire (Kash and Hicks, 1990, MBSRQ) and the personal evaluation questionnaire of intimacy in relationships (Schaefer and Olson, 1981, PAIR) were used. The participants of the experimental group, during 9 sessions of 90 minutes, once a week, were subjected to emotional couple therapy. The data analysis was done using the statistical test of multivariate covariance analysis. The findings showed that with Controlling the pre-test effect between the post-test mean of body image and marital intimacy in the two test groups there is evidence of a significant difference in the level (P<0.05). According to the results of the research, the implementation of emotion-oriented couples therapy for infertile women can improve their body image and marital intimacy.

Keywords: *Marital Intimacy, Body image, Emotional Couple Therapy, Infertility.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : خرداد ۱۴۰۳** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۳** | **ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۳**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

مقدمه

ناباروری[1] یعنی ناتوانی در باروری[2] حداقل پس از یک سال مقاربت بدون حفاظت از حاملگی. ناباروری به عنوان ناتوانی برای باردارشدن یا عدم تداوم بارداری تعریف شده است (دی برادیس[3] و همکاران، ۲۰۱۴). ناباروری همان‌گونه که تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک است و در قلمرو علوم پزشکی قرار می‌گیرد، دارای جنبه‌های روانی اجتماعی نیز است و در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز قرار می‌گیرد. باروری، زایمان و صاحب فرزند بهنجار شدن، در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی قرار دارد که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند. درواقع، اغلب افراد، داشتن فرزند را به معنای زندگی و بخش مهمی از هویت خود می‌دانند و در نظر آنان فرزندآوری یکی از مؤثرترین راه‌ها برای القای حس کامل بودن به شمار می‌رود (لوفتوس و ناماسته[4]، ۲۰۱۱).

ناباوری سبب تهدید سلامت روانی افراد نابارور می‌شود و پراسترس‌ترین دوره در زندگی این افراد است. زوجین نابارور در طی روند درمان با مشکلات اقتصادی، اجتماعی و جسمانی مواجه می‌شوند که این مشکلات، بر وضعیت روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و سبب بروز اضطراب و افسردگی در آن‌ها و درنتیجه نارضایتی از زندگی زناشویی و کیفیت زندگی می‌شود. از مؤلفه‌هایی که در زنان نابارور دچار اختلال می‌شود، تن‌انگاره[5] یا تصور ذهنی از بدن[6] است. تن‌انگاره به‌صورت درجاتی از رضایت از ظاهر جسمانی یعنی اندازه، شکل و ظاهر عمومی بدن تعریف می‌شود و شامل عدم اختلاف بین تصویر بدنی کنونی و تصویر بدنی ایده‌آل است. تن‌انگاره مجموعه‌ای از باورها، ادراک، افکار، احساسات و اعمالی است که به ظاهر جسمانی انسان مربوط می‌شود (خراشادیزاده و همکاران، ۱۳۹۰).

ناباروری می‌تواند بر تن‌انگاره یا تصویر بدنی زنان نابارور تأثیری منفی داشته باشد. تن‌انگاره مجموعه‌ای از باورها، ادراک، افکار، احساسات و اعمالی است که به ظاهر جسمانی انسان مربوط می‌شود (موری[7] و همکاران، ۲۰۲۴). با کاهش کنترل بر بدن موجب بروز احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی[8] فرد از بدنش می‌شود و کاهش اعتمادبه‌نفس، ناامنی، تصویر ذهنی منفی و تصویر بدنی تغییریافته‌ای را ایجاد می‌کند و این اثرات روان‌شناختی منفی برای زنان بیشتر از مردان است (فانی سبحانی و همکاران، ۱۳۹۷). زنانی که تصویر منفی از بدن خود دارند به احتمال زیاد بیشتر شک دارند که آیا شریکشان آن‌ها را ازلحاظ جنسی می‌پذیرد یا نه و درنتیجه اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و جرئت‌ورزی جنسی[9] پایین و فعالیت جنسی کمتری دارند. در مقابل زنانی که تصویر مثبتی از بدن خود دارند بیشتر وارد فعالیت‌های جنسی می‌شوند و رضایت جنسی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند (بلوری، ۱۴۰۰).

از طرفی، ناباروری بحرانی است که بر سلامت روانی افراد نابارور تأثیر می‌گذارد. صمیمیت زناشویی، نزدیکی، تشابه و یک رابطه شخصی عاشقانه یا هیجانی با همسر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر به‌منظور بیان افکار و احساساتی است که به‌عنوان منشأ تشابه و نزدیکی، به کار می‌رود (لی و یون[10]، ۲۰۲۳). ناباروری سبب اختلال در روابط جنسی، کاهش صمیمیت زناشویی[11]، ترس از طلاق و جدایی، کاهش عزت‌نفس و اضطراب می‌شود و درنهایت کاهش رضایت زناشویی[12] و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد (صیدی، ۱۴۰۱). زوجین نابارور تمایل دارند بیشتر ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر مانند انتقاد، سرزنش، تحقیر و عصبانیت را نشان دهند و زمانی که همسرشان سعی دارد مشکلی را حل کند، سطح پایینی از همدلی را ابراز می‌کنند (ترزی اوغلو[13] و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور، صمیمیت زناشویی به طور معناداری پایین‌تر است (برای مثال، ایدر، ۱۳۹۸؛ زارعی، ۱۳۹۵).

1- Infertility
2- fertility
3- De Berardis
4- Loftus and Namaste
5- body image
6- body mental image
7- Murray
8- inadequacy
9- sexual assertiveness
10- Lee & Yoon
11- marital intimacy
12- marital satisfaction
13- Terzioglu

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

در این راستا، زوج درمانی هیجان محور[1] یکی از درمان‌های مؤثر برای حل مشکلات‌زناشویی است. زوج درمانی هیجان محور رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسان‌گرایی (تجربه‌گرایی)[2]، و نظریه دل‌بستگی[3] بزرگ‌سالان است که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ[4] (۲۰۰۶) ابداع شد. با توجه به نقش عمده هیجان‌ها در نظریه دل‌بستگی، این درمان به نقش مهم هیجان‌ها و روابط هیجانی[5] در ساماندهی الگوهای ارتباطی[6] اشاره داشته و هیجان‌ها را عامل تغییر در نظر می‌گیرد. استفاده از نظریه دل‌بستگی بزرگ‌سالان در این رویکرد، چارچوب منسجمی را برای فهم ماهیت عشق بزرگ‌سالی فراهم می‌کند (نقل از ویب[7] و همکاران، ۲۰۱۷).

یافته‌های پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن درمان هیجان محور بر بخشش و آشتی زوج‌ها و ایجاد همبستگی عاطفی بین آن‌ها، افزایش سازگاری زناشویی و عواطف مثبت، کاهش تعارض‌های زناشویی[8] و بهبود رضایت زناشویی و انعطاف‌پذیری شناختی[9] زوج‌ها است (داچ و راتاناسیرپنگ[10]، ۲۰۱۷). بر اساس زوج‌درمانی هیجان محور تعارض‌ها یا آسیب‌های دل‌بستگی باعث تحریک هیجان‌های اولیه[11] و زیربنایی، نظیر اضطراب یا ترس از ترک شدن در فرد می‌گردد، ولی اغلب از ابراز این هیجان‌ها به همسر اجتناب می‌شود. درنتیجه، زوجین به‌جای ابراز هیجان‌های اولیه، درگیر هیجان‌های ثانویه[12] مانند خشم شده و در اثر تکرار ابراز، در چرخه معیوب و خود تقویت‌کننده‌ای از الگوهای تعاملی منفی[13] گرفتار می‌شوند که نیاز به مداخله و ایجاد تفسیر صحیح از شرایط و عوامل را بااهمیت تلقی می‌نماید (جانسون، ۲۰۲۰).

مرور پژوهشگر بر پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه درمان‌های روان‌شناختی جهت مشکلات روان‌شناختی و زناشویی زنان نابارور نشان می‌دهد که از زوج‌درمانی هیجان مدار کمتر در این گروه استفاده شده است. همچنین با استفاده از درمان هیجان مدار بر روی مؤلفه‌هایی ازجمله تن نگاره و صمیمیت زناشویی زنان نابارور پژوهش‌های کمی صورت گرفته است. ازاین‌رو پژوهش حاضر در جهت رفع خلأهای پژوهش‌های قبلی انجام می‌شود. همچنین، یافته های پژوهش حاضر می تواند تلویحات بالینی مهمی از نظر درمانی جهت کمک به بهبود تن انگاره و افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور داشته باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی زنان نابارور مراجعه‌کننده به متخصصان ناباروری شهر اهواز است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون – پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به متخصصان ناباروری شهر اهواز در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. به روش نمونه گیری هدفمند تعداد ۳۰ زن نابارور (۱۵ نفر برای هر گروه) و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه، انتخاب و به تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: احراز تشخیص ناباروری توسط متخصص ناباروری، توانایی شرکت در جلسات درمان و نیز زندگی با همسر در حین اجرای پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: قرار گرفتن تحت مداخله های روان شناختی دیگر همزمان با زوج درمانی هیجان مدار و غیبت بیش از دو جلسه در گروه درمان بود. همچنین، پس از آن که از کلیه گروه‌ها پیش آزمون به عمل آمد، درمان برای گروه آزمایشی اجرا شد اما گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکرد. پس از اتمام اجرای درمان، پس آزمون از کلیه شرکت کنندگان دو گروه انجام شد. در این مطالعه آزمودنی‌ها با اختیار و رضایت آگاهانه مکتوب و شفاهی در درمان مشارکت کردند. قبل از شروع مداخله روش اجرای درمان و فرایند پژوهش به اطلاع تمام شرکت‌کنندگان رسید و اطمینان لازم در خصوص عدم مخاطرات جسمی و روان‌شناختی مداخله به آن‌ها داده شد. همچنین، شرکت‌کنندگان در شرکت یا قطع همکاری‌شان در مطالعه هر زمان و بدون هرگونه خسارتی

1- emotion-focused couple therapy
2- Humanism (empiricism)
3- attachment
4- Johnson and Greenberg
5- Emotional relationships
6- Communication patterns
7- Wiebe
8- marital conflicts
9- cognitive flexibility
10- Dutch and Ratanasiripong
11- Primary emotions
12- Secondary emotions
13- Negative interaction patterns

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

صاحب‌اختیار بودند. در این پژوهش از هیچ‌گونه فریب علمی استفاده نشد. به شرکت‌کنندگان پژوهش تضمین داده شد که اطلاعات شخصی و پاسخ‌های آن‌ها به پرسشنامه‌ها و ابزارهای پژوهش به‌هیچ‌وجه در اختیار افرادی که در این مطالعه نقشی ندارند قرار نخواهد گرفت و پژوهشگر خود را موظف به رعایت اصل محرمانگی و رازداری در خصوص اطلاعات شرکت‌کنندگان پژوهش می‌داند. لازم به ذکر است جهت رعایت اصول اخلاقی، پس از اتمام تحقیق، زوج درمانی هیجان مدار به صورت فشرده برای گروه کنترل نیز اجرا شد. در نهایت، پس از اتمام مداخله، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری و با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شد.

ابزار سنجش

پرسشنامۀ چندبعدی روابط خود با بدن[1] (MBSRQ): این پرسشنامه توسط کش و هیکز[2] (۱۹۹۰) به‌منظور ارزیابی جنبه‌های خودنگرشی ساز تن‌انگاره ساخته شده است و ۴۶ گویه دارد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل ارزیابی ظاهر، گرایش ظاهر، ارزیابی تناسب، گرایش تناسب، ارزیابی سلامت، گرایش سلامت، گرایش بیماری، رضایت بدنی، وزن ذهنی، دل مشغولی با اضافه وزن است. از گویه ۱ تا ۳۵ در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای شامل کاملاً مخالفم، مخالفم، نه موافقم و نه مخالف، موافقم و کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود که به ترتیب از نمره ۱ تا ۵ دریافت می‌کنند. گویه‌های ۳۶ و ۳۷ نمره‌گذاری جداگانه خود را دارند که باز هم از ۱ تا ۵ نمره به هر گویه تعلق می‌گیرد. گویه‌های ۳۸ تا ۴۶ بر اساس طیف لیکرت پنج گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود که شامل کاملاً ناراضی، ناراضی، نه راضی و نه ناراضی، راضی و کاملاً راضی است که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره دریافت می‌کند. گویه‌های ۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۸، ۲۹ و ۳۱ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره ۴۶، حداکثر نمره ۲۳۰، تفاضل نمرات ۱۸۴ و میانگین نمره پرسشنامه برابر با ۹۲ است. نمره بالاتر نشان‌دهند تن‌انگاره مطلوب‌تر است. در مطالعه کش و هیکز (۱۹۹۰) پایایی پرسشنامۀ چندبعدی روابط خود با بدن بر اساس همسانی درونی برای خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ و همسانی درونی کل مقیاس برابر با ۰/۸۱ بود. در مطالعه کش و هیکز (۱۹۹۰) روایی همگرای پرسشنامه چندبعدی روابط خود با بدن با مقیاس رضایت از قسمت های مختلف بدن[3] و مقیاس بهزیستی روان شناختی[4] مورد بررسی قرار گرفت که به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۵۷ و ۰/۶۴ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. مقادیر آلفای کرونباخ در فرم فارسی برای شش عامل به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۵، ۰/۸۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمد که حاکی از پایایی همسانی درونی مطلوب پرسشنامه است (محمدعلی پور و همکاران، ۱۳۹۹). در پژوهش شمشادی و همکاران (۱۹۹۹) نسبت روایی محتوایی هر سؤال و مؤلفه پرسشنامه چندبعدی روابط خود با بدن بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ و روایی محتوایی کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامۀ چندبعدی روابط خود با بدن بر اساس همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط[5] (MIS): پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط توسط شافر و السون[6] در سال ۱۹۸۱ ساخته شد. این پرسشنامه ۳۶ سؤال دارد و صمیمیت زناشویی را در ۶ بعد صمیمیت عاطفی، اجتماعی، جنسی، عقلانی، تفریحی و عمومی اندازه گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد به‌طوری‌که نمره ۱ برای هیچ‌وقت و نمره ۵ برای همیشه لحاظ می‌گردد. لازم به ذکر است سؤال‌های ۱۳، ۲۵ و ۳۱ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده صمیمیت زناشویی بیشتر است. شافر و السون (۱۹۸۱) پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط را به روش همسانی درونی و بر اساس آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ به دست آوردند. همچنین در پژوهش شافر و السون (۱۹۸۱) روایی همگرای پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط با پرسشنامه سازگاری زناشویی مورد ارزیابی قرار گرفت که ضریب همبستگی بین دو پرسشنامه ۰/۵۷ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. در پژوهش حبیبی و امان الهی (۱۳۹۵) پایایی پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط بر اساس روش همسانی درونی و مبتنی بر ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۴ به دست آمد. حبیبی و امان الهی (۱۳۹۵) به منظور سنجش روایی واگرای پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت، ضریب همبستگی آن را با مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه گیری شناسی [7] محاسبه کردند که ضریب همبستگی

1- Multidimensional body-self relations questionnaire
2- Cash & Hicks
3- Body Areas Satisfaction Scale (BASS)
4- Psychosocial Well-Being Scale (PSWB)
5- Marital intimacy questionnaire
6- Schaefer & Olson
7- Center for Epidemiological Studies Depression (CESD)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

۰/۷۳- به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط بر اساس همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ محاسبه شد.

نحوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از کسب مجوزهای قانونی اجرای پژوهش و تعیین گروه های آزمایش و گواه ابتدا پیش آزمون بر اساس اجرای پرسشنامۀ چندبعدی روابط خود با بدن و پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط روی هر دو گروه انجام شد، سپس گروه آزمایش تحت پروتکل درمان زوج درمانی هیجان‌مدار در قالب ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی (هفته‌ای یک جلسه) جانسون[1] (۲۰۲۰) قرار گرفت. سپس پس از آزمون (اجرای مجدد پرسشنامه های پژوهش) روی هر دو گروه اجرا شد و داده های حاصل از پیش آزمون و پس آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شرح جلسات زوج درمانی هیجان مدار در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: جلسات زوج درمانی هیجان مدار

جلسات	محتوای جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و برقراری رابطه درمانی، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارائه تعریف هیجان و کاربرد آن، ارزیابی ماهیت مشکل و رابطه، ارزیابی اهداف و انتظارات همسران از درمان توجه به حالات هیجانی خوشایند (نشاط، لذت، شادی و خوشحالی) و حالات ناخوشایند (خشم، تنفر، غمگینی، حسادت و اضطراب).
دوم	تشخیص چرخه تعاملی منفی و ایجاد شرایطی که در آن همسران چرخه تعاملی منفی خود را آشکار می‌کنند. ارزیابی رابطه و پیوند دل‌بستگی بین زوجین، ارزیابی مشکل و موانع دل‌بستگی، آشنایی زوجین با اصول درمان هیجان‌مدار و نقش هیجان‌ها در تعامل‌های بین فردی، بازسازی تعامل‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری همسران، ایجاد توافق درمانی[2]
سوم	دستیابی به احساسات شناسایی نشده که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند، تمرکز بیشتر بر هیجان‌ها، نیازها و ترس‌های دل‌بستگی، ایجاد فضای امن ارتباطی زوجین، تسهیل تعامل همسران با یکدیگر و اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دل‌بستگی آن‌ها تمرکز بر هیجان‌های ثانوی که در چرخه تعاملی آشکار می‌شوند و کاوشگری در آن‌ها برای دستیابی به هیجان‌های زیربنایی و ناشناخته، بحث در مورد هیجان‌های اولیه، پردازش آن‌ها و بالا بردن آگاهی زوج‌ها از هیجان‌های اولیه و شناخت‌های داغ، تجربه دوباره تعامل‌ها همراه با بیان احساسات خالص
چهارم	چهارچوب‌بندی مجدد مشکل برحسب احساسات زیربنایی و نیازهای دل‌بستگی، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ها و نشان دادن رفتارهای دل‌بستگی به همسر، آگاهی دادن به زوج‌ها در مورد تأثیر ترس و مکانیسم‌های دفاعی خود بر فرایندهای شناختی و هیجانی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج، توصیف چرخه در بافت و زمینه دل‌بستگی
پنجم	ترغیب به شناسایی نیازهای طردشده و جنبه‌هایی از خود که انکار شده‌اند، جلب‌توجه زوجین به شیوه تعامل با یکدیگر و انعکاس الگوهای تعاملی آن‌ها با احترام و همدلی، بیان نیازهای دل‌بستگی و شناسایی نیازهای انکار شده و افزایش پذیرش تجربه اصلاح شده
ششم	آگاه کردن زوجین از هیجان‌های زیربنایی و آشکارسازی جایگاه هر همسر در رابطه، تأکید بر پذیرش تجربیات همسر و راه‌های جدید تعامل، ردگیری هیجانات شناخته‌شده، برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای دل‌بستگی و اشاره به سالم و طبیعی بودن آن‌ها
هفتم	تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه درزمینۀ دل‌بستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دل‌بستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین همسران
هشتم	ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید بین زوجین و پایان دادن به الگوهای تعاملی کهنه، شفاف‌سازی الگوهای تعاملی، یادآوری نیازهای دل‌بستگی
نهم	تقویت تغییراتی که طی درمان صورت گرفته است، برجسته کردن تفاوت‌هایی که بین تعامل‌های فعلی و تعامل‌های قدیمی ایجاد شده است. شکل‌گیری رابطه براساس یک پیوند ایمن به‌گونه‌ای که بحث درباره مشکلات و جستجوی راه‌حل‌ها آسیبی به آن‌ها وارد نسازد. بحث در مورد نقطه نظرات مثبت و منفی در مورد مسائل بین فردی، ارزیابی تغییرات و اجرای پس‌آزمون.

1- Johnson
2- therapeutic agreement

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

یافته ها

با توجه به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی زنان نابارور گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۲۵/۷۳ و ۲۷/۱۶ و انحراف معیار سن آن‌ها به ترتیب ۲/۴۱ و ۲/۱۹ است. همچنین از نظر سطح تحصیلات گروه آزمایش و کنترل در سطح دیپلم به ترتیب ۶ (۲۰ درصد) و ۲ (۶/۶۷ درصد) نفر، در سطح فوق‌دیپلم به ترتیب ۳ (۱۰ درصد) و ۴ (۱۳/۳ درصد) نفر و در سطح لیسانس به ترتیب ۶ (۲۰ درصد) و ۹ نفر (۳۰ درصد) قرار دارند.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار و آزمون کولموگروف- اسمیرونوف برای متغیرهای تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		آزمون کولموگروف - اسمیرنف	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	Z	سطح معنی‌داری
تن‌انگاره	زوج‌درمانی هیجان مدار	۸۰/۲۷	۶/۹۵	۱۳۷/۶۰	۱۷/۹۶	۰/۷۳۱	۰/۶۶۰
	گروه کنترل	۷۸/۴۷	۸/۹۳	۷۷/۰۷	۷/۵۸	۰/۵۲۱	۰/۴۴۲
صمیمیت زناشویی	زوج‌درمانی هیجان مدار	۳۹/۱۳	۳/۶۴	۸۱/۲۷	۱۰/۰۱	۱/۰۹	۰/۱۸۴
	گروه کنترل	۳۹/۸۷	۲/۶۹	۴۰/۷۳	۴/۷۵	۰/۴۴۷	۰/۳۲۸

با توجه به جدول ۲، میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تغییر یافته است؛ اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود. بنابراین، به منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش فرض‌های آن بررسی شدند. در ابتدا از نبود داده‌های پرت تأثیرگذار در متغیرهای پژوهش، باتوجه به آزمون بهنجاری کولموگروف- اسمیرونوف در جدول ۲ اطمینان کسب شد، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس برقرار است. همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل) از آزمون لوین استفاده شد که در متغیر تن‌انگاره (F=۳/۳۸ و p=۰/۰۸۳) و متغیر صمیمیت زناشویی (F=۳/۱۶۲ و p=۰/۱۳۶)؛ نتایج آزمون باکس (p=۰/۶۸۷، F=۰/۳۵۲ و Box’s= ۳/۰۴۵) به دست آمد. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون در متغیر تن‌انگاره (F=۰/۰۲۳۸ و p=۰/۷۹۱) و متغیر صمیمیت زناشویی (F=۱/۶۳۲ و p=۰/۲۱۵) به دست آمد. باتوجه به نتایج، می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. در ادامه برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل بر اساس نمره‌های پس‌آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله زوج‌درمانی هیجان مدار بر تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به متخصصان ناباروری شهر اهواز از تحلیل کوواریانس چند متغیری در جدول ۳ استفاده شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی متغیرها در دو گروه کنترل و آزمایش

نام آزمون	شاخص‌ها	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی		۰/۹۷	۵	۱۹	۱۷۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون لامبدای ویلکز		۰/۰۲	۵	۱۹	۱۷۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون اثر هتلینگ		۴۶/۳۶	۵	۱۹	۱۷۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی		۴۶/۳۶	۵	۱۹	۱۷۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

با توجه به نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بین زنان نابارور گروه آزمایش و کنترل حداقل ازلحاظ یکی از متغیرهای تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. میزان تأثیر برابر با ۰/۹۷ است، یعنی ۹۷ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس‌آزمون تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی مربوط به تأثیر زوج‌درمانی هیجان مدار است. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمرات پس‌آزمون تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی زنان نابارور

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
تن‌انگاره	پیش‌آزمون	۷/۰۹	۱	۷/۰۹	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵
	گروه	۲۷۲۱۶/۵۰	۱	۲۷۲۱۶/۵۰	۱۳۸/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱
	خطا	۵۳۱۷/۴۱	۲۷	۱۹۶/۹۴				
صمیمیت زناشویی	پیش‌آزمون	۱۸۰/۷۲	۱	۱۸۰/۷۲	۳/۱۶	۰/۰۹	۰/۱۰	۰/۴۰
	گروه	۱۲۵۰۲/۷۷	۱	۱۲۵۰۲/۷۷	۲۱۹/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
	خطا	۱۵۴۱/۱۳	۲۷	۵۷/۰۷				

با توجه به نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل ازلحاظ تن‌انگاره و صمیمیت‌زناشویی تفاوت معنی‌داری ($p<۰/۰۰۱$ و $F= ۱۳۸/۱۹$) و ($p<۰/۰۰۱$ و $F= ۲۱۹/۰۴$) وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر، زوج‌درمانی هیجان مدار با توجه به میانگین نمره تن‌انگاره و صمیمیت‌زناشویی گروه آزمایش به ترتیب برابر با (۱۳۷/۶۰) و (۸۱/۲۷) نسبت به میانگین نمره تن‌انگاره و صمیمیت‌زناشویی گروه کنترل به ترتیب برابر با (۷۷/۰۷) و (۴۰/۷۳) موجب افزایش معنادار تن‌انگاره در گروه آزمایش‌شده است؛ و لذا زوج‌درمانی هیجان مدار در افزایش تن‌انگاره مثبت و صمیمیت‌زناشویی زنان نابارور مراجعه‌کننده به متخصصان ناباروری شهر اهواز مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر تن‌انگاره و صمیمیت‌زناشویی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به متخصصان ناباروری شهر اهواز انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد زوج درمانی هیجان‌مدار بر بهبود تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی مؤثر است. یافته اول نشان داد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود تن‌انگاره اثربخش بوده است. این یافته با نتایج کریمی و گلپور (۱۴۰۰)، رضایی و همکاران (۱۴۰۰)، یاری و همکاران (۱۳۹۹)، علی مردانی (۱۳۹۷) و کونولی-زابوت و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. زوج‌درمانی هیجان‌مدار از جنبه‌های زیر می‌تواند بر بهبود تن‌انگاره و افزایش تن‌انگاره مثبت در زنان نابارور مؤثر واقع شود و افزایش تن‌انگاره مثبت در زنان نابارور پژوهش حاضر به دلایل زیر بوده است: اول، ایجاد فضای امن ارتباطی زوجین، تسهیل تعامل همسران با یکدیگر و اعتباربخشی به تجارب و نیازها و تمایلات دل‌بستگی آن‌ها موجب می‌شود تا زنان نابارور بتوانند به‌دوراز نگرش‌ها، قضاوت‌ها و ارزیابی‌های منفی راجع به تن‌انگاره و بدن خود با همسر تعامل کنند. از سوی دیگر، ارتباط جسمی بین زوجین در طی این تعامل‌ها خود بستری برای حس مثبت زنان نابارور نسبت به جسمشان می‌شود و در افزایش تن‌انگاره مثبت آن‌ها نقش دارد (کریمی و گلپور، ۱۴۰۰). دوم، تأکید بر توانایی مراجع در بیان هیجان‌ها و نشان دادن رفتارهای دل‌بستگی به همسر، هم از سوی زنان نابارور و هم همسران آن‌ها نسبت به یکدیگر موجب می‌شود تا تجلیات جسمی رفتار دل‌بستگی ازجمله بوسیدن و بغل کردن بیشتر در فضای ارتباطی بین آن‌ها تکرار شود و این خود زمینه‌ای برای شکل‌گیری احساسات و افکار مثبت در مورد تن‌انگاره در زنان نابارور است و درنتیجه موجب افزایش تن‌انگاره مثبت در آن‌ها می‌شود. سوم، تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی، توسعه تجارب هیجانی اولیه درزمینهٔ دل‌بستگی و شناخت نیازها و تعلقات درونی، ایجاد دل‌بستگی‌های جدید با پیوندی ایمن بین همسران موجب می‌شود تا هیجان‌های مثبت، سازگار، کارآمد و نیز ابرازگری هیجانی در

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

رابطه بین زوجین تسهیل شود. در چنین فضایی زنان نابارور هم ازنظر روان‌شناختی و هم جسمی احساس مثبت خواهند داشت و امنیت بر فضای ارتباطی آن‌ها حاکم خواهد شد (کونولی-زابوت و همکاران، ۲۰۲۰).

همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود صمیمیت زناشویی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به متخصصان ناباروری مؤثر است. این یافته با نتایج چرخان (۱۴۰۱)، آگاهی (۱۳۹۸)، انتظاری (۱۳۹۸)، وایب و همکاران (۲۰۱۷)، وایب و جانسون (۲۰۱۶) همسو بود. درزمینهٔ نحوه تأثیرگذاری زوج‌درمانی هیجان مدار بر افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور موارد زیر مؤثر بوده است: اول، زوج‌درمانی هیجان مدار هم در سطح رابطه انفرادی زوج درمانگر با هر یک از زوجین و (ازجمله با زنان نابارور) و با هر دو زوج سرشار از فنون همدلانه است که جو و فضایی آرامش‌بخش توأم با احساس درک شدن و شنیده شدن برای زنان نابارور فراهم کرده است. ثانیاً خود زوج درمانگر در قالب جلسات زوجین را تشویق می‌کند تا با همدلی و استفاده از فنون همدلانه پاسخگوی هیجان‌ها و نیازهای همسر باشند و این را در منزل نیز تمرین کنند. همه این موارد به افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور منجر شده است. دوم، جلسات زوج‌درمانی هیجان مدار فضایی فراهم کرده است تا زنان نابارور با مفهوم دل‌بستگی آشنا شوند و از طریق آشنایی با چرخه‌های معیوب ارتباطی بین خود و همسرشان به تأثیر منفی این چرخه‌ها بر ارتباط زناشویی و به‌ویژه صمیمیت زناشویی‌شان پی‌ببرند (آگاهی، ۱۳۹۸). همچنین زوج‌درمانی هیجان مدار به زنان نابارور کمک کرده است تا نیازهای دل‌بستگی مدار خویش را شناسایی و تصدیق کنند و آن‌ها را نیازهایی طبیعی و ضروری بدانند و در جهت تأمین آن‌ها در جلسات تلاش کنند (انتظاری، ۱۳۹۸). سوم، پرهیز از چرخه‌های تعاملی منفی مثل چرخه اجتناب- اجتناب یا چرخه تهاجم-تهاجم و در عوض تمرکز بر درگیر شدن در چرخه تعامل-تعامل یا گرایش-گرایش راهبرد دیگری برای تأثیرگذاری زوج‌درمانی هیجان مدار بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور و تشویق آن‌ها به تشخیص نیازها، بیان نیازها و تلاش برای ارضای نیازها و درنتیجه قدم گذاشتن در مسیر دل‌بستگی ایمن زناشویی و افزایش دادن صمیمیت زناشویی در خود و همسر بوده است. زوج درمانگر هیجان مدار با تأکید بر تأثیر منفی الگوهای مخرب ارتباط که در آن زنان نابارور از گوش دادن به همسر و صحبت‌ها، هیجان‌ها، ناراحتی‌ها و رنجش‌های وی اجتناب می‌کنند، یا در برابر آن سکوت می‌کنند یا با تهاجم و پرخاشگری به آن واکنش نشان می‌دهند، به زنان نابارور و همسران آن‌ها کمک می‌کند تا با تصدیق و تأیید رنجش‌ها، شنیدن صحبت‌ها و گلایه‌ها و پذیرش ابراز هیجان‌های همسر مسیر و فضایی مهیا کنند که در آن همدلی زوجین نسبت به یکدیگر افزایش یابد و زنان نابارور فردی را در مقابل خود به‌عنوان همسر مشاهده کنند که به‌جای تهدید، انکار، دلیل‌تراشی، توجیه و فرافکنی نقش خود را در پدیدآیی تعارض زناشویی می‌پذیرد و متعهدانه در جهت جلب بهبود رابطه با همسر، همدلی بیشتر با وی و ارتباطی مبتنی بر توازن با وی قدم برمی‌دارد (چرخان، ۱۴۰۱).

از نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، در جلسات زوج درمانی هیجان مدار چرخه‌های ارتباطی بین زوجین و تغییر چرخه‌های ارتباطی از منفی به سازنده و مؤثر یکی از زمینه‌هایی بوده است که در طی جلسات و در فضای کلی درمان منجر به بهبود تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی زنان نابارور شده است. زوج‌درمانی هیجان مدار به دلیل ماهیت خود فضایی برای ابراز نیاز، ابراز هیجان و ابراز نیازهای دل‌بسته مدار فراهم می‌سازد که نتیجه آن ابرازگری متقابل همسر و عبور کردن از درون‌ریزی نیازها و هیجان‌ها و حرکت به سمت برون‌ریزی سازگارانه آن‌ها است که یکی از پیامدهای آن بهبود تن انگاره و صمیمیت زناشویی زنان نابارور بوده است. وجود فضای توأم با همدلی، احترام متقابل، ارزشمندی شخصی و همکاری و مشارکت که در زوج‌درمانی هیجان مدار دیده می‌شود، زمینه‌ای فراهم می‌کند تا افراد دست از دفاع‌ها و ترس‌ها کشیده و خود واقعی‌شان را بدون ترس از قضاوت شدن یا برچسب خوردن و طرد شدن، ابراز کنند. چنین فضایی برای زنان نابارور که از جنبه‌های مختلفی درگیر هیجان‌ها و افکار منفی هستند بسیار حائز اهمیت است و می‌تواند به بهبود تن انگاره و صمیمیت زناشویی منجر شود (وایب و همکاران، ۲۰۱۷).

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد زوج درمانی هیجان مدار، درمانی مؤثر برای بهبود تن‌انگاره و افزایش تن‌انگاره مثبت در زنان نابارور است و می‌تواند برداشت‌ها و تصورات منفی آن‌ها از تن‌انگاره‌شان را اصلاح و بهبود بخشد. همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد زوج درمانی هیجان مدار می‌تواند به افزایش صمیمیت زناشویی که به دلیل ناباروری و پیامدهای آن در زنان نابارور دستخوش کاهش و آسیب می‌گردد، منجر شود.

محدودیت های پژوهش حاضر عبارتند از: استفاده از روش‌نمونه‌گیری هدفمند، استفاده از صرفاً زنان نابارور به‌عنوان نمونه پژوهش و عدم پوشش به هر دو زوج نابارور به‌عنوان نمونه پژوهش؛ عدم انجام مطالعه پیگیری و ارزیابی اثرات طولانی‌مدت زوج درمانی هیجان مدار بر متغیرهای وابسته؛ محدودیت در تعمیم‌یافته‌ها به زنان نابارور در جمعیت‌های دیگر به‌ویژه به دلیل نو بودن پژوهش ازنظر ترکیب متغیرها. در این راستا، بر اساس محدودیت‌های پژوهش، پیشنهادهای پژوهشی زیر برای پژوهشگران آتی ارائه می‌گردد: در پژوهش‌های آتی هر دو

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

زوج نابارور به‌عنوان نمونه پژوهش مورد بررسی قرار گیرند تا تعمیم‌پذیری یافته‌ها ازنظر جنسیتی بهتر صورت گیرد. در پژوهش‌های آتی شرایطی فراهم گردد تا برای ارزیابی اثرات طولانی مدت زوج درمانی هیجان مدار بر متغیرهای وابسته پژوهش مطالعه پیگیری نیز انجام شود. پژوهش حاضر حاکی از سودمندی و اثربخشی پروتکل زوج‌درمانی هیجان مدار جانسون بر تن‌انگاره و صمیمیت زناشویی زنان نابارور بود، لذا توصیه می‌شود متخصصان روان‌شناسی و به‌ویژه زوج درمانگران از این پروتکل درمان استفاده کنند و مراکز و سازمان‌ها حمایت‌های مالی برای اجرای آن در مراکز مشاوره روان‌شناختی،کلینیک‌های روان‌پزشکی، مراکز و مطب‌های ناباروری به عمل‌آورند.

منابع

آگاهی، م. (۱۳۹۸). *اثربخشی زوج‌درمانی هیجان محور بر افزایش صمیمیت زناشویی، رضایت جنسی و دل‌زدگی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قزوین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، مرکز پیام نور قزوین، دانشگاه پیام نور استان قزوین.

احمدیان، س.، و رسولی، آ. (۱۳۹۷). آموزش مدیریت استرس بر کاهش اضطراب و ارتقاء شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه. *نشریه پژوهش پرستاری ایران*، ۱۳ (۱)، ۲۴-۱۷. http://ijnr.ir/article-1-1995-fa.html

انتظاری، م. (۱۳۹۸). *مقایسه اثربخشی برنامه ایجاد ارتباط پایدار خانواده و رویکرد هیجان مدار بر تاب‌آوری، صمیمت و تنظیم شناختی هیجان در زوجین متأهل و متعارض مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان رشت*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان.

ایدر، س. (۱۳۹۸). *مقایسه نیمرخ روانی و صمیمیت زناشویی و جهت‌گیری زندگی در زنان بارور و نابارور*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه ارومیه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

بلوری، ر. (۱۴۰۰). *رابطه طرحواره‌های جنسی و تصویر بدنی با عملکرد جنسی زنان: تحلیل نقش میانجی اضطراب عملکرد جنسی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان.

بختیاری، ا.، حسینی، س.، عارفی، م.، و افشاری نیا، ک. (۱۴۰۰). نقش واسطه ای صمیمیت زناشویی در رابطه بین سبک های دلبستگی و نگرش به خیانت زناشویی. *پژوهش های مشاوره (تازه ها و پژوهش های مشاوره)*، ۲۰ (۷۷)، ۱۴۰-۱۲۲. http:// doi: 10.18502/qjcr.v20i77.6144

چرخان، ف. (۱۴۰۱). *اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر تعارض زناشویی، انطباق‌پذیری و صمیمیت عاطفی زوجین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.

خراشادی‌زاده، ف.، کرمی دهکردی، ا.، رهسپار، ا.، لطیف نژاد رودسری، ر.، سالاری، م.، اسماعیلی، ح.، و هاشمی، م. (۱۳۹۰). تعیین ارتباط تصویر ذهنی از بدن با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی در زنان بارور و نابارور با استفاده از مدل تحلیل مسیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳ (۵)، ۲۳-۳۱. http://journal.nkums.ac.ir/article-1-247-fa.html

رضایی، م.، محمدخانی، پ.، و جعفری روشن، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر نارضایتی از تصویر بدنی در افرادی با علائم اختلالات خوردن. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷ (۳)، ۱۱۴-۹۵. http://doi:10.22051/psy.2021.36836.2481

زارعی، ن. (۱۳۹۵). *مقایسه رابطه افسردگی، شادکامی، صمیمیت زناشویی در زنان نابارور و بارور*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

شمشادی، ه.، شمس، ا.، صحاف، ر.، شمسی پور دهکردی، پ.، و زارعیان، ح. (۱۳۹۹). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه چندبعدی نگرش فرد در مورد بدن خود (MBSRQ) در سالمندان ایرانی. سالمند: مجله سالمندی ایران، ۱۵ (۳)، ۳۱۱-۲۹۸. http://doi: 10.32598/sija.15.3.61.13

صیدی، م. (۱۴۰۱). *شناسایی راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور در برابر استرس‌آورهای فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از ناباروری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی.

علی مردانی، ل. (۱۳۹۷). *اثربخشی مداخله هیجان مدار بر بهبود عملکرد جنسی، کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان پس از شیمی‌درمانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی خانواده، دانشگاه علم و فرهنگ تهران.

فانی سبحانی، ف.، خلعتبری، ج.، و رحمتی، ص. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲ (۱)، ۴۶-۲۵.

کریمی، ف.، و گلپور، ر. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر بهبود پردازش هیجانی و تصویر بدنی در زنان مراجعه‌کننده باشگاه ورزشی. *اولین کنفرانس بین المللی علوم تربیتی، روانشناسی، علوم ورزشی و تربیت‌بدنی*، ساری.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]

محمدعلی پور، ز.، رسولی، م.، اسدپور، ا.، و زهراکار، ک. (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر تن‌انگاره و حرمت خود دانشجویان دختر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴ (۲)، ۷۵-۵۱. ۵۱ http:// doi:10.52547/apsy.14.2.51

محمودی طالقانی، ع. (۱۳۹۶). *مقایسه‌ی سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر.

نجفی، م.، سلیمانی، ع.، احمدی، خ.، جاویدی، ن.، حسینی کامکار، ا.، و پیرجاوید، ف. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی زوجین نابارور. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۷ (۱۳۳)، ۲۱-۸. http:// doi:10.22038/ijogi.2015.3703

یاری، م.، شفیع‌آبادی، ع.، و حسنی، ج. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاریِ هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و آمیختگی شناختی در نوجوانان دختر متقاضی جراحی زیبایی. *فصلنامه پوست و زیبایی*، ۱۱ (۲)، ۱۱۸-۱۰۷. http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5459-fa.html

Cash, TF., & Hicks, K.L. (1990). Being fat versus thinking fat:Relationships with body image, eating behaviors, and well-being. *Cognitive Therapy Research*, 14(3), 327-341. https://doi.org/10.1007/BF01184000

Connolly-Zubot, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N. (2020). Emotion-Focused Therapy for Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 113–122. https://doi.org/10.1007/s10879-019-09439-2.

De Berardis D, Mazza M, Marini S, Del Nibletto L, Serroni N, Pino MC, Valchera A, Ortolani C, Ciarrocchi F, Martinotti G, Di Giannantonio M. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter*, 165(3):163-9. https://doi:10.7417/CT.2014.1716.

Dutch, M. S., & Ratanasiripong, P. (2017). Marriage family therapist's attitudes toward evidencebased treatments and readiness for change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4): 540-547. https://doi.org/10.1037/a0040054.

Johnson S.M. (2020). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. Routledge*. https://doi.org/10.4324/9781351168366.

Lee, H., & Yoon, H.G. (2023). Body change stress, sexual function, and marital intimacy in korean patients with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy: A cross-sectional study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 100228. https://doi: 10.1016/j.apjon.2023.100228

Loftus, J., & Namaste, P. (2011). Expectant Mothers: Women's Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood. *Qualitative Sociology Review*, 7(1), 34-42. https://doi:10.18778/1733-8077.07.1.02.

Murray, K., Davey, J., Dennis, M., Harris, D., Hayman, E., & Rieger, E. (2024). The effect of appearance and functionality concerns, and weight status, on negative body image mental health literacy in women. *Body Image*, 49, 101703. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101703

Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The pair inventory. *Journal of maritaln and family therapy*, 7, 47-60. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x

Terzioglu F, Turk R, Yucel C, Dilbaz S, Cinar O, Karahalil B. (2016). The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. *African Health Sci*, 16(2):441-450. https://doi: 10.4314/ahs.v16i2.12.

Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Lafontaine, M. F., Burgess Moser, M., Dalgleish, T. L., & Tasca, G. A. (2017). Two-year follow-up outcomes in emotionally focused couple therapy: An investigation of relationship satisfaction and attachment trajectories. *Journal of marital and family therapy*, 43(2), 227-244. https://doi: 10.1111/jmft.12206. Epub 2017 Dec 20.

Wiebe, S., Johnson, S. M., Burgess-Moser, M., Dalgleish, T., Lafontaine, M., Tasca, G. (2016). Two- year follow- up outcomes in Emotionally Focused Couple Therapy: The role of change in trust, relationship- specific attachment and emotional engagement, *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 213-226. https://doi: 10.1111/jmft.12206. Epub 2016 Dec 20.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-31]