

## مقایسه اثر بخشی زوج درمانی رفتاری - شناختی و هیجان محور

### بر افسردگی زوج مرد نابارور

فریبا حسنی\*، شکوه نوابی نژاد\*\*، رحمت‌الله نورانی پور\*\*\*

**چکیده:** مقاله حاضر برگرفته از یک پژوهش شبه آزمایشی است که با هدف بررسی تأثیر دو روش زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر کاهش افسردگی زوج مرد نابارور شکل گرفته است. نمونه آماری شامل ۳۰ زوج مرد نابارور از بین مراجعین کلینیک ناباروری کوثر بود که با روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شده و با استفاده از آزمون افسردگی بک-II مورد سنجش قرار گرفتند و داده‌های بدست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های استنباطی حاصل از آزمون غیر پارامتریک یومان ویتنی حاکی از این است که زوج‌درمانی رفتاری-شناختی با اطمینان ۹۹ درصد بر کاهش افسردگی زوج مرد نابارور مؤثر است ( $p < 0.01$ ) اما روش زوج‌درمانی هیجان محور در تغییر میزان افسردگی معنادار نبوده است ( $p > 0.05$ ). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که جنسیت تأثیر معناداری در میزان کارایی دو روش زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر کاهش افسردگی نداشته است و هر دو رویکرد بر زنان و مردان به گونه‌ای یکسان تأثیر می‌گذارد ( $p > 0.05$ ).

**واژه‌های کلیدی:** زوج درمانی رفتاری شناختی، زوج درمانی هیجان محور، افسردگی، زوج مرد نابارور.

hassani.fariba@gmail.com

navabinejad@yahoo.com

rnooranipour@yahoo.com

\* دانش‌آموخته دکتری مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران علوم و تحقیقات

\*\* استاد گروه مشاوره، دانشگاه تربیت معلم.

\*\*\* استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۰۴/۰۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۹/۲۳

## مقدمه و طرح مسئله

براساس تحقیقات انجام شده ۱۵ درصد زوجها علی‌رغم تمایل، فرزند ندارند و ۱۰ درصد نیز کمتر از تعداد دلخواه فرزند دارند (صدری اردکانی، اعرابی و ثروتی، ۱۳۸۰). سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>، ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر را در سراسر جهان درگیر ناباروری اولیه و یا ثانویه می‌داند (سید فاطمی و مهدی حسینی، ۱۳۷۹).

فرآیند پیچیده درمان ناباروری ابعاد هیجانی و عاطفی خاصی در افراد ایجاد می‌کند. فشار طول دوره ناباروری، نوع درمان‌های دریافت شده، سیستم‌های مقابله‌ای فرد برای ایجاد سازگاری، حمایت‌های عاطفی و روانی موجود اجتماعی، استرس ناشی از پر هزینه بودن شیوه‌های جدید درمان، ویزیت‌های مکرر پزشکان، مراجعات مکرر به کلینیک‌های ناباروری آنهم گاه از شهرهای دور که مستلزم مسافرت‌های طولانی است، انجام آزمایشات پر هزینه، صرف وقت زیاد، مطرح نمودن جزء جزء زندگی برای پزشک معالج، تعیین برنامه ارتباط زناشویی طبق تقویم پزشک، غیبت از کار جهت درمان، تصور هرگز بچه‌دار نشدن و ناامیدی از درمان، فشار خانواده و اجتماع، مقایسه دایم خود با زوج‌های بارور، اختلال در سازگاری و روابط زناشویی و احتمال طلاق و جدایی، عدم آشنایی کامل با دلایل ناباروری و احساس قربانی بودن ناشی از آن، عدم آشنایی با شیوه‌های جدید درمان و یا عدم پذیرش برخی شیوه‌های جدید مثل کودکی که از گامت و یا اسپرم دیگری و یا در رحم اجاره‌ای به وجود آید و... از مواردی هستند که احتمالاً به همراه خود فشارها و احساسات متعارضی به همراه دارند که در بسیاری از موارد منتهی به اضطراب، افسردگی و اختلال در روابط زناشویی زوج نابارور می‌گردد (ساکو و همکاران، ۱۳۸۴).

در نتیجه، این مسئله که ناباروری تجربه‌ای بسیار فشارزا بوده و تأثیر بالایی بر عوامل روان‌شناختی زوجین دارد غیر قابل انکار است. مشکلات روان‌شناختی بیماران نابارور پیچیده و تحت تأثیر عوامل مختلفی چون تفاوت‌های جنسی، عامل به وجود آورنده ناباروری و طول دوره آن است (رمضان‌زاده و همکاران، ۲۰۰۴). ناباروری و درمان آن بحرانی عمده و طولانی را در زندگی زوج نابارور به وجود آورده و تنش است که ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌آورد. علاوه بر آن از آنجا که داشتن فرزند ارزش فرهنگی-اجتماعی محسوب می‌شود، زوجین نابارور کوشش فراوانی را صرف تشخیص و درمان می‌کنند و بدیهی است مجدداً به

---

<sup>1</sup>.World Health Organization(W.H.O)

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور ۶۳

دلیل اثرات جسمانی، روانی و اقتصادی درمان دچار تنش شدیدتر و مضاعف گردند (سید فاطمی، مهدی حسینی، ۱۳۸۰).

به‌طور کلی مشکلات روان‌شناختی زوج‌های نابارور در دامنه‌ای بین ۲۵ تا ۶۰ درصد قرار دارد (سی بل و تیمور<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲، به نقل از سایت اینترنتی IVF، ۲۰۰۷). همچنین تحقیقات نشان داده است که سطح بالای اضطراب و افسردگی باعث کاهش میزان باروری پس از اجرای راهبردهای IVF می‌گردد (یوگستر و وینگرهوتز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). رید<sup>۳</sup> (۲۰۰۱) معتقد است که اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث تکرار چرخه‌های درمان گردد. همچنین تحقیقات نشان داده است که ۳۳ درصد (یک سوم) زنان نابارور افسرده هستند در حالی که فقط ۱۸ درصد زنان بارور علائم افسردگی را نشان می‌دهند. (دومار<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶، سایت اینترنتی بیبی سنتر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). همچنین پژوهش‌هایی تأثیر فقدان روابط مثبت و نزدیک زوجین، مثل احساس تنهایی را بر بیماری‌های قلبی و کاهش سیستم ایمنی و تأثیرات مثبت بر سلامت بالاخص برای مردان را نشان داده است (کیکولت<sup>۶</sup>-گلاسر و نیوتن، ۲۰۰۱ به نقل از سایت اینترنتی بیبی سنتر، ۲۰۰۷). تحقیقات زوج‌درمانی، ارتباط بین فشار روانی، افسردگی و اختلالات اضطرابی بالاخص در زنان را تأیید می‌کند (ویسمن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از سایت اینترنتی بیبی سنتر، ۲۰۰۷). بنابراین مشکلات روانی مرتبط با ناباروری یکی از اساسی‌ترین مشکلاتی است که ناباروران با آن روبرو هستند و به نحوی چرخه درمان را نیز تحت تأثیر خود قرار می‌دهد. در عین حال تأثیرات منفی فشار روانی مزمن در روابط می‌تواند باعث افزوده شدن فشارها و تعارضات گردیده و تهدیدی جدی برای بهداشت روانی زوج محسوب گردد. بدیهی است ارجاع زوج‌های نابارور برای دریافت خدمات نوین نوباروری موجب می‌گردد که آنها چنین احساس کنند که سیستم درمانی تنها به رفع مشکل جسمی آنها توجه دارد و نسبت به شرایط روحی آنها بی‌تفاوت است (ساکی و همکاران، ۱۳۸۴).

---

1. Seibel & Timore

2. Eugester & Vingerhoets

3. Reed

4. Domar

5. babycenter.com

6. Kicolot- Glasser & Newton

7. Whisman

تحقیقات زیادی بر ضرورت وجود یک مشاور حرفه‌ای در چرخه درمان ناباروری تأکید کرده است (برای مثال قربانی و شمس، ۱۳۸۴).

بر این اساس نادیده انگاشتن عوامل روان‌شناختی ناباروری و تنها در قلمرو علوم پزشکی قرار دادن آن به مثابه قرار دادن مانعی بزرگ بر سر راه درک انسان به صورت یک کل یکپارچه است. بدیهی است که ناباروری نیز مانند سایر پدیده‌های فیزیولوژیک دارای جنبه‌های روانی-اجتماعی است و در قلمرو علوم رفتاری قرار می‌گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که عوامل روانشناختی می‌توانند در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشند و ناباروری نیز می‌تواند پی‌آمدهای روان‌شناختی بسیاری را به دنبال داشته باشد. دیدگاه بیش از ۷۰ درصد پزشکان و متخصصان حوزه‌های تخصصی شرکت‌کننده در یک بررسی (کرمی نوری و همکاران، ۱۳۸۰)، جدی تلقی کردن ناباروری، شیوع مشکلات روانی-اجتماعی در بین آنان و اعتقاد به نقش آن در ایجاد و درمان ناباروری بوده است.

افسردگی و اضطراب به عنوان رایج‌ترین پیامدهای ناباروری شناخته شده‌اند. تعدادی از مطالعات به این نتیجه دست یافته‌اند که وقوع افسردگی در زوج نابارور به طور معناداری بیش از زوج‌های بارور و با میزان افسردگی اساسی در گستره ۱۵ تا ۵۴ درصد است (دومار، ۱۹۹۸؛ دی میتنیره<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ پاریک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰؛ لوکس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹ و چن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از سایت اینترنتی بیبی سستر، ۲۰۰۷). از طرفی نتایج درمان ناباروری نیز می‌تواند تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی قرار گیرد. بسیاری از مطالعات بیانگر تأثیر فشار و حالات خلقی به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده نتایج تکنیک‌های کمک نوباروری است. مطالعات زیادی از این نظریه حمایت می‌کنند که فشار روانی باعث کاهش میزان نرخ باروری در بین زوج‌هایی که برای درمان ناباروری مراجعه می‌کنند، می‌شود (بویوین<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵؛ تایرینگ<sup>۶</sup>، ۱۹۹۳؛ دی میتنیره، ۱۹۹۸؛ اسمینک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱ و ساندرز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از سایت اینترنتی IVF<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷).

---

1. Demyttenaere  
2. Parikh  
3. Lukse  
4. Chen  
5. Boivin  
6. Thiering  
7. Smeenk  
8. Sanders  
9. www.ivf.com

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج نابارور ۶۵

از طرفی زوج پایه و اساس بستر مهمی به نام خانواده است و امروزه به‌علت بروز بحران‌های زناشویی، زوج‌درمانی به عنوان یک شیوه مهم در خانواده‌درمانی بیش از گذشته مورد توجه قرار گرفته است. از آنجا که طی دهه اخیر در الگوی مداخلات، حرکت به سمت یکپارچه‌نگری مشاهده می‌شود (لی بو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲، به نقل از از پاترسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) در این بررسی نیز به تأثیر و مقایسه دو روش زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر<sup>۳</sup> بر روی کاهش افسردگی توجه داشته است، زوج‌درمانی رفتاری-شناختی (CBCT)<sup>۴</sup> و زوج‌درمانی هیجان محور (EFT)<sup>۵</sup>. در این راستا چند سؤال اساسی شکل گرفت که آیا روش‌های زوج‌درمانی رفتاری-شناختی (CBCT) و هیجان محور (EFT) بر کاهش افسردگی زوج نابارور تأثیر دارد؟ کدام یک اولویت دارد؟ آیا میزان تأثیر این روش‌ها با جنسیت رابطه دارد؟ در این مقاله با استناد به پژوهش گسترده‌ای که توسط نگارندگان در این زمینه انجام شده، به تبیین موضوع پرداخته شده است.

## مبانی نظری

### ناباروری و افسردگی

مشکلات روان‌شناختی بیماران نابارور پیچیده و تحت تأثیر عوامل مختلفی چون تفاوت‌های جنسی، عامل به‌وجود آورنده ناباروری و طول دوره آن است (رمضان‌زاده و همکاران، ۲۰۰۴). به‌طور کلی مشکلات روان-شناختی زوج‌های نابارور در دامنه‌ای بین ۲۵ تا ۶۰ درصد قرار دارد (سی‌بل و تیمور<sup>۶</sup>، ۱۹۸۲، به نقل از سایت اینترنتی IVF، ۲۰۰۷). یک مطالعه نشان داده است که ۷۴/۶ درصد ناباروران تغییراتی را در خلق خود گزارش کرده‌اند (داونی و همکاران<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹).

افسردگی و اضطراب در بین ناباروران بسیار رایج است و در طول سال‌های ناباروری زنان حدود دو برابر مردان مبتلا می‌شوند. افسردگی با فقدان عزت‌نفس و احترام به خود، حس گناه ناسزاوار، حس درماندگی و

---

1. Lebow

2. Patterson

3. Integrative

4. Cognitive Behavioral Couple Therapy

5. Emotional Focused Couple Therapy

6. Seibel & Timore

7. Downey et. al.

نامیدی همایند است. افسردگی و اختلالات اضطرابی (اختلال اضطراب تعمیم یافته<sup>۱</sup>)، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال حمله اضطرابی<sup>۲</sup> و اختلال وسواس عملی<sup>۳</sup>)، از انرژی فرد نابارور در تمرکز بر درمان ناباروری ناباروری می‌کاهد و در نتیجه اعتماد به نفس لازم در او برای توان اجرا و ادامه کار تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. در عین حال ناباروری بر حس کفایت، خودکارآمدی، اختیار و کنترل بر زندگی فرد نیز تأثیر می‌گذارد (استاتلند<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲-ب). احساس فقدان کنترل بر تمام جوانب زندگی زوج سایه می‌افکند تا جایی که که بر فرآیند نوباروری<sup>۵</sup> تأثیر می‌گذارد (رید، ۲۰۰۱). مسئله آن است که افسردگی و اضطراب واکنش‌هایی کاملاً عادی نسبت به درک ناباروری است. برخی زوجها وقتی وارد چرخه درمان می‌شوند بسیار ناامید و برخی نیز دارای انتظارات غیر واقعی هستند (یوگستر و وینگرهوتز، ۱۹۹۹). در زندگی زوجها، ناباروری می‌تواند به صورت یک وسواس اساسی درآید (روزنتال، گولدفارب<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). در انگلیس زوج‌هایی که برای درمان شناسایی می‌شوند به دلیل وجود اضطراب و افسردگی قبل از ورود به برنامه ناباروری برای دریافت خدمات مشاوره ارجاع می‌شوند (پرگالی و همکاران<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵). برای کاهش اضطراب همایند با استرس ناباروری و درمان آن، خدمات مشاوره بسیار مؤثر است. تحقیقات نشان داده است که سطح بالای اضطراب و افسردگی باعث کاهش میزان باروری پس از اجرای راهبردهای IVF می‌گردد (یوگستر و وینگرهوتز، ۱۹۹۹). رید (۲۰۰۱) معتقد است که اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث تکرار چرخه‌های درمان گردد (رمضان زاده و همکاران، ۲۰۰۴). برخی پژوهش‌گران توجه کافی به این حقیقت نموده‌اند که مشکلاتی چون فقدان عزت نفس، احساس داغدیدگی، احساس تهدید، فشارهای جانبی، افسردگی، احساس گناه، اضطراب، ناامیدی، فشارهای عاطفی و مشکلات زناشویی در ناباروری بروز می‌کند (کانالی و همکاران<sup>۸</sup>، ۱۹۸۵).

نتایج یک بررسی که هویت گروهی ناخواسته (استیگما) را میان مردان و زنان نابارور بررسی کرده است، حاکی از آن است که ضعف اعتماد به نفس و افسردگی ناباروران، بیشتر ناشی از مقایسه خود با دیگران و

- 
1. Generalized Anxiety
  2. Panic Disorder
  3. Obsessive Compulsive Disorder
  4. Stottland
  5. Assisted Reproductive Technology
  6. Rosenthal & Goldfarb
  7. Pergaly et. al.
  8. Connolly et. al.

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور ۶۷

تضعیف منبع شناخت «خویشتن» است (یونسی و همکاران، ۱۳۸۴). در بررسی نیلفروشان و همکاران (۱۳۸۴) نیز چنین نتیجه‌گیری شده است که در ناباروری، ابعاد نگرش نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماع، در ایجاد اضطراب و افسردگی نقش دارد. فریمن و همکاران<sup>۱</sup>، (۱۹۸۷)، به نقل از رمضان‌زاده و همکاران (۲۰۰۴)، دریافتند که نیمی از نمونه زوج‌های نابارور، ناباروری را ناراحت‌کننده‌ترین تجربه زندگی‌شان گزارش کرده‌اند. در نمونه گزارش شده توسط مالشتات و همکاران<sup>۲</sup>، (۱۹۸۷)، به نقل از رمضان‌زاده و همکاران (۲۰۰۴)، نیز ۸۰ درصد زوجین تجربه خود را در سطوح «پرفشار» و «بسیار پرفشار» توصیف کرده‌اند. همچنین تحقیقات نشان داده‌است که ۳۳ درصد (یک سوم) زنان نابارور افسرده هستند در حالی که فقط ۱۸ درصد زنان بارور علائم افسردگی را نشان می‌دهند. در مطالعه‌ای دیگر مشخص گردید که ۱۱ درصد زنان نابارور واجد ملاک‌های افسردگی اساسی هستند در حالی که فقط ۳/۶ درصد زنان بارور مبتلا می‌باشند (دومار ۲۰۰۶، سایت اینترنتی بیبی سنتر ۲۰۰۷). در طول سه سال اول زندگی، ناباروری به‌همراه علائمی چون افسردگی، اضطراب، فقدان عزت نفس، ناتوانی جنسی و ناسازگاری در روابط زناشویی همراه است (رمضان‌زاده و همکاران، ۲۰۰۴)، پس از سه سال، نگرش خوش‌بینانه آن است که زوج بر سرخوردگی غلبه کرده و بالاخره برخی تغییرات هیجانی را جهت پذیرش فرزندخوانده و یا زندگی بدون فرزند اتخاذ خواهند کرد. آنهایی که از حمایت اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی مثبت و زندگی همراه با رضایت زناشویی در کنار همسرشان برخوردارند نشانگان اضطراب و افسردگی را کمتر نشان می‌دهند (مالشتات، ۱۹۸۵). در عین حال متداول‌ترین واکنش به ناباروری، می‌تواند واکنش سوگ باشد که به صورت دوره‌هایی از افسردگی و اضطراب خود را نشان می‌دهد (یکتا طلب، پارسا نژاد، جهانمیری، ۱۳۸۰). البته قابل ذکر است که افسردگی افراد در شرایطی که همسرشان مشکل ناباروری داشته باشد، کمتر از زمانی است که خود دچار ناباروری باشند. در یک بررسی نشان داده شده‌است که میزان افسردگی زنانی که خود مشکل ناباروری داشته‌اند بیش از میزان افسردگی زنانی است که همسران‌شان مشکل ناباروری داشته‌اند (شه‌بازی، ۱۳۸۰). در پژوهش دیگری با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک، میانگین میزان افسردگی، در زنانی که خود مشکل ناباروری داشتند، ۱۸/۶۳، در زنانی که همسران‌شان مشکل ناباروری داشتند ۱۳/۷۱، در مردانی که خود مشکل ناباروری

1. Freeman et.al.

2. Mahlstedtet et.al.

داشتند ۱۱/۷۲ و مردانی که همسران‌شان مشکل ناباروری داشتند ۱۱/۴۲ گزارش شده است (شهبازی و شاپوریان، ۱۳۷۴، به نقل از شهبازی، ۱۳۸۰).

### زوج درمانی

از آنجا که طی دهه اخیر حرکت به سمت یکپارچه‌نگری در الگوی مداخلات مشاهده می‌گردد (لی بو، ۲۰۰۲، به نقل از پاترسون، ۲۰۰۵) پژوهش حاضر نیز دو روش زوج‌درمانی رفتاری-شناختی (CBCT)<sup>۱</sup> و زوج درمانی هیجان محور (EFT)<sup>۲</sup>، از رویکردهای یکپارچه‌نگر<sup>۳</sup>، را مد نظر قرار داده‌است.

### زوج درمانی هیجان محور

طی ۱۵ سال گذشته، تحقیقات زیادی مکرراً اثربخشی زوج‌درمانی هیجان محور (EFT) را در کمک به زوج‌ها برای اصلاح روابط نامناسب و فشارزا نشان داده‌است و رشد و توسعه آن منتهی به دربرگیری هیجان‌ات و دلبستگی در زمینه زوج‌درمانی گردیده است. درمانگر EFT فردی است که از الگوهای بازسازی و رشد واکنش‌های هیجانی زوجین نسبت به یکدیگر حمایت می‌کند. با انجام این روش رقص تعاملی<sup>۴</sup> زوجین توسعه و مرزهای امن‌تری در روابط آنان خلق می‌گردد. سپس این مرزها، تطابقی انعطاف‌پذیر و ارتجاعی با موضوعات مختلف مثل دوره‌های گذر را فراهم آورده و در نهایت برخی مشکلات روان‌شناختی مثل افسردگی و بحران‌های عاطفی روانی مثل اختلال استرس پس از سانحه را بهبود می‌بخشد (جیکابسون، ۲۰۰۲).

EFT ترکیبی از رویکرد گشتالتی/ هستی‌گرایانه (پرلز، هفرلاین و گودمن<sup>۵</sup>، ۱۹۵۱، راجرز<sup>۶</sup>، ۱۹۵۱) با رویکرد خانواده درمانی سیستمی/ تعاملی است (فیش، ویکلند و سگال<sup>۷</sup>، ۱۹۸۲). این رویکرد یک رویکرد ساختارگراست و بر روی ساخت و تجربیات حال زوج بالاخص آنهایی که منشأ هیجانی دارد تمرکز می‌کند در عین حال هم-زمان رویکردی سیستمی است زیرا بر الگوهای تعاملی زوج متمرکز است. در دهه ۱۹۸۰ زمانی که EFT در حال شکل‌گیری بود فقط درمانگران رفتاری بودند که برای روابط فشارزای زوجی شیوه‌هایی از درمان را

---

1. Cognitive Behavioral Couple Therapy

2. Emotional Focused Couple Therapy

3. Integrative

4. Relationship Dance

5. Perls, Hefferline, Goodman

6. Rogers

7. Fisch, Weakland & Segal.



مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد ناباور ۶۹

پیشنهاد می‌کردند. گرچه این روش زوج‌درمانی جدیدتر ترکیبی از رویکردهای سیستمی و تجربی است ولی درمان هیجان محور نامیده شده که حاکی از نوعی از تمرکز درمان بر هیجان و اعلام اعتقادی خاص در مقابل رویکردهای قبلی است (جانسون و گرینبرگ<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴).

بیشترین تغییرات EFT، از آغاز رشد، در اثر تأثیر دلبستگی در درک ماهیت ارتباط نزدیک زوجین، صورت پذیرفته است. در تمرکز بر دلبستگی نظریه عشق بزرگسالان در سال‌های اخیر مورد تأکید قرار گرفته است و این بدان علت است که بسیاری از متخصصان، نظریه ارتباط نزدیک را بسیار مفید یافته‌اند. این مسئله بالاخص ما را در مداخلات درمانی با افراد افسرده و آسیب‌دیده و ارتباطات تحت فشار آنها، کمک می‌کند (جانسون و ویفن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). نظریه دلبستگی خاطرنشان می‌سازد که اگر رابطه دلبستگی بی‌تناسب و نامتجانس باشد در اثر بهم وابستگی طرفین، میزان موفقیت در پاسخ‌گویی به یکدیگر بالاخص هنگام نیاز فوری در رابطه زناشویی کاهش می‌یابد (سیمپسون و رولز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴ به نقل از جانسون، ۲۰۰۱).

فرآیند تغییر در EFT با نه گام درمانی سازمان‌دهی شده است. چهار گام اول مستلزم ارزیابی و شدت زدایی از چرخه تعاملی حامل مشکل است. سه گام میانی بر خلق وقایع خاص که باعث تغییر و جابجایی موقعیت‌های تعاملی و وقوع تعاملات پیوند آفرین کمک می‌کند، می‌پردازد و در گام آخر درمان به یکپارچگی تغییر و ادغام تغییرات با زندگی روزمره زوج اشاره دارد. اگر طرفین، این گام‌ها را با موفقیت مورد بحث قرار دهند، توانایی حل تعارضات زوجی را کسب می‌نمایند (جانسون و دنتون<sup>۴</sup>؛ گورمن<sup>۵</sup> و جیکابسون، ۲۰۰۲).

در نهایت رشد اخیر EFT همپای نظریه و دانش زوج‌درمانی به‌طور کلی، این رویکرد را برای کار با زوجها در دنیای امروز جذاب نموده است (جانسون، ۱۹۹۹).

### زوج‌درمانی رفتاری-شناختی

زوج‌درمانی رفتاری-شناختی تلفیق عوامل رفتاری و شناختی در درمان زوجها با مشکلات زناشویی است (باکام و اپستاین، ۱۹۹۱)، که می‌تواند با ارزیابی عملکردی از مشکلات آماج زوج و رفتارهای وابسته‌ای که

---

1. Johnson & Greenberg

2. Whiffen

3. Simpson & Rohles

4. Denton

5. Gurmman

آن را حمایت می‌کند شروع گردد. در این نوع درمان در آغاز بر افکار تأکید نمی‌شود، بلکه زمانی به آن پرداخته می‌شود که تمرکز بر رفتار صورت گرفته، زیرا هدف اصلی مداخله، رفتارهای آماج است (پاترسون، ۲۰۰۵). جوهره زوج‌درمانی رفتاری-شناختی (CBCT) مرهون تلاش بسیاری از نظریه‌پردازان و روش‌هایی است که اخیراً خود را در ادبیات درمان نشان داده است ( برای مثال باسود و جیکابسون ۱۹۸۳؛ داتیلیو ۱۹۸۹؛ اپستاین و باکام ۲۰۰۲؛ گاتمن ۲۰۰۲؛ ویسمن و واین استاک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ جیکابسون و مارگولین<sup>۲</sup> ۱۹۷۹؛ استوارت<sup>۳</sup> ۱۹۸۰؛ وایس و پری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲، به نقل از پاترسون، ۲۰۰۵).

افسردگی و موفقیت درمان آن به گونه‌ای گسترده در ادبیات الگوی زوج‌درمانی رفتاری شناختی خود را نشان داده‌است برای مثال: آدیس<sup>۵</sup> و جیکابسون (۱۹۹۱)؛ دابسون<sup>۶</sup>، جیکابسون و ویکتور<sup>۷</sup> (۱۹۸۸)، به نقل از از پاترسون، ۲۰۰۵؛ بیچ، ساندین و آلاری<sup>۸</sup> (۱۹۹۰).

در زوج‌درمانی رفتاری-شناختی، تعامل رفتاری زوج مهم‌ترین عامل قلمداد گردیده و اعتقاد بر آن است که احساسات اصیل و خودجوش یعنی جملاتی که بیشتر با «من» آغاز می‌شوند باید جای پیام‌هایی که مستقیماً با «تو» شروع و حامل بار منفی سرزنش و خشم هستند را بگیرند. در عین حال رفتارگرایی مثل گاتمن کل رویکرد خود را براساس نحوه ارتباط و چگونگی مکالمه زوج بنا نهاده‌اند. عامل مهم دوم حل مسئله است که به الگوهای بد کارکرد نحوه کنترل مسایل اشاره دارد. با آموزش راهبردهای تبادل مذاکره، مصالحه و حل مسئله، الگوهای ارتباطی منفی در یک زوج که غالباً به لحاظ کلامی و رفتاری، غالب بر رابطه است تغییر می‌یابد و عملاً این احساس در آن‌ها ایجاد می‌گردد که همان قدر از رابطه دریافت می‌دارند که برای آن مایه می‌گذارند. مبنای سوم زوج‌درمانی رفتاری پس از ارتباط و حل مسئله، تغییر رفتار است. وقتی ارتباط روشن، مستقیم و اصیل باشد، حس مشترک و دریافت دو سویه ظهور کرده و زمان ارائه طرح وابستگی و یا عقد قرارداد فرارسیده است (داتیلیو، ۲۰۰۵-الف). بدیهی است در چنین شرایطی ارائه پاداش و

---

1. Whisman & Weinstock  
2. Margolin  
3. Stuart  
4. Weiss & Perry  
5. Addis  
6. Dobson  
7. Victor  
8. Beach, Sandeen & O' Leary

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور ۷۱

تقویت‌های رفتاری عامل مؤثری در تثبیت رفتار در نظر گرفته می‌شود. در این شرایط رفتار هر زوج تقویت و یا پاداشی برای طرف مقابل محسوب گردیده و شرایطی فراهم می‌گردد که هر زوج احساس نکند که او الزاماً و رأساً فقط مجبور به تغییر رفتار و نوع عملکرد خویش به‌تنهایی است (پاترسون، ۲۰۰۵).

به‌طور کلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که مبانی شناختی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی بر شناخت متقابل زوجها از یکدیگر تأکید و شناخت را بخش جدایی‌ناپذیر فرآیند تغییر زوج می‌داند. در نهایت زیربنای فلسفی این برداشت آن است که تغییر رفتار به‌تنهایی برای تصحیح تعامل‌های ناکارآمد کافی نیست بلکه باید بر شیوه تفکر افراد در روابط و الگوهای رفتاری ناسازگار تأکید شود (داتیلیو، ۱۹۹۰، به نقل از جلالی، ۱۳۸۴).

اصول اولیه درمان رفتاری شناختی عبارتست از:

۱- تغییر توقعات غیر واقعی در روابط

۲- تصحیح انتساب‌های نادرست در تعامل‌های ارتباطی

۳- بهره‌گیری از روش‌های خودآموزی برای کاهش تعاملات مخرب (جلالی، ۱۳۸۴).

باوکام و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند بسیاری از رفتارهای زوج را می‌توان به عنوان رفتاری خطرناک قلمداد و آنان را واجد شرایط دریافت زوج‌درمانی رفتاری-شناختی دانست؛ اول زوج‌هایی که ارتباط نامناسب و غیر مؤثر دارند. دوم، زوج‌هایی که سطوحی از روان‌نژندی را آشکار و عملاً قدرت و توان کنترل عوامل مخمل محیطی را که ممکن است بر ارتباط آن‌ها تأثیر بگذارد، ندارند و سوم، زوج‌هایی که یکی یا هر دو موضوعات طولانی و حل‌نشده آسیب‌های روان‌شناختی را نشان می‌دهند.

## روش تحقیق

پژوهش حاضر که حدود ۱/۵ سال به‌طول انجامید در شمار طرح‌های شبه آزمایشی محسوب می‌شود و در جامعه آماری زوج‌های نابارور ساکن شهر تهران که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ به مرکز ناباروری کوثر مراجعه نموده‌اند؛ اجرا شده است. ویژگی‌های جامعه آماری عبارت بودند از (۱) سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال (۲) حداقل تحصیلات دیپلم (۳) گذشت حداقل یکسال از ناباروری (۴) علت ناباروری عامل مردانه<sup>۱</sup> غیر از جانبازی (۵) اعمال درمان از نوع میکرو اینجکشن. بر این اساس جامعه آماری این پژوهش را ۱۲۳ زوج

<sup>۱</sup>. Male Factor

تشکیل داده‌اند و به دلیل محدودیت‌های موجود (از جمله افت اولیه و ثانویه نمونه) در پژوهش حاضر از نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شده است اما جایگزینی زوج‌ها در گروه‌ها و اختصاص نوع کاربردی و عدم آن به گروه، به صورت تصادفی صورت گرفت. جداول زیر علاوه بر معرفی ویژگی‌های فردی آزمودنی‌ها، بررسی همگنی گروه‌های مورد بررسی را از لحاظ برخی ویژگی‌های فردی نشان می‌دهد:

جدول (۱) شاخص‌های آماری سن آزمودنی‌ها به تفکیک جنس و گروه

گروه	جنس	تعداد	میانگین	میانه	انحراف استاندارد	واریانس
CBCT	مرد	۱۰	۳۲/۶	۳۲	۲/۹۸	۸/۹۳
	زن	۱۰	۳۷/۷	۳۷	۲/۸۳	۸/۰۱
EFT	مرد	۱۰	۳۷/۷	۳۹.۵	۸/۱۸	۶۶/۹
	زن	۱۰	۳۱/۱	۲۹	۵/۴۲	۲۹/۴۳
گواه	مرد	۱۰	۳۶/۹	۳۸	۵/۷۶	۳۳/۲۱
	زن	۱۰	۳۱/۴	۳۲	۵/۳۷	۲۸/۹۳

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین سن زنان و مردان سه گروه تفاوت‌های اندکی با هم دارد اما نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که زنان و مردان سه گروه از لحاظ سن تفاوت معناداری ندارند. ( $p > 0/05$ )

جدول (۲) توزیع فراوانی میزان تحصیلات زوج‌های سه گروه به تفکیک جنس

میزان تحصیلات	جنس	CBCT		EFT		گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	مرد	۵	۵۰/۰	۶	۶۰/۰	۴	۴۰/۰
	زن	۷	۷۰/۰	۸	۸۰/۰	۳	۳۰/۰
لیسانس	مرد	۴	۴۰/۰	۲	۲۰/۰	۳	۳۰/۰
	زن	۳	۳۰/۰	۱	۱۰/۰	۵	۵۰/۰
فوق لیسانس و بالاتر	مرد	۱	۱۰/۰	۲	۲۰/۰	۳	۳۰/۰
	زن	۰	۰	۱	۱۰/۰	۲	۲۰/۰
مجموع		۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور ۷۳

نتایج آزمون خی‌دو نشان می‌دهد که زنان و مردان سه گروه از لحاظ تحصیلات تفاوت معناداری ندارند.

( $p > 0/05$ )

جدول (۳) شاخص‌های آماری سابقه ناباروری زوج‌ها به تفکیک گروه

گروه	میانگین	میان	انحراف استاندارد	واریانس
CBCT	۵/۲۰	۴/۵۰	۲/۲۸۵	۵/۲۲۱
EFT	۶/۹۰	۵/۰۰	۴/۸۹۸	۲۳/۸۹۸
گواه	۱۷/۰۵	۷/۰۰	۲۸/۳۲۸	۸۰۲/۴۷۱

جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین سابقه ناباروری زوج‌های مورد بررسی در سه گروه تفاوت اندکی با هم دارد اما نتایج تحلیل واریانس نشان می‌دهد که زوج‌های سه گروه از لحاظ سابقه ناباروری تفاوت معناداری ندارند. ( $p > 0/05$ )

ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات فرم تجدیدنظر شده افسردگی یعنی BDI-II بوده است این ابزار، یک پرسشنامه ۲۱ ماده‌ای خود گزارشی است که برای ارزیابی سندروم افسردگی طراحی شده است (بک و استیر<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳). بک، استیر و گاربین<sup>۲</sup> (۱۹۸۸) در باره فرم تجدیدنظر شده، عنوان کردند که این ابزار وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران و جمعیت نرمال و همچنین نوجوانان و بزرگسالان نشان می‌دهد. ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش شده‌است. کندال<sup>۳</sup>، هولون<sup>۴</sup>، بک، هومن و اینگرام<sup>۵</sup> (۱۹۸۸) نیز عنوان نمودند که نمرات برش در BDI-II مشابه BDI است (وکیلی، ۱۳۸۶). این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و روایی و پایایی آن در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته است (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۲). در مطالعه‌ای که جهت هنجاریابی پرسشنامه بک در سال ۱۳۵۸ در بخش روان‌شناسی دانشگاه شیراز انجام شد، اعتبار محتوا و ضریب پایایی با روش بازآزمایی ۰/۸۶ و خطای معیار اندازه‌گیری ۱۱/۹۹ گزارش شده است (کلانی و همکاران ۱۳۷۷، به نقل از غرابی ۱۳۸۲).

1. Steer  
2. Garbin  
3. Kendal  
4. Holon  
5. Ingram

پس از انتخاب نمونه آماری و جایگزینی تصادفی در گروه‌ها، مصاحبه اولیه و جلب اعتماد، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)<sup>۱</sup> به‌عنوان پیش‌آزمون، به زوج‌ها ارائه شد.<sup>۲</sup> در ضمن تمامی شرایط علمی لازم برای اجرای پرسشنامه فراهم شد تا روایی درونی پرسشنامه‌ها زیر سؤال نباشد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعمال متغیرهای مستقل آغاز شد بدین نحو که روش‌های مشاوره CBCT و EFT طی ۱۰ جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعته اجرا شد و سپس در جلسه آخر پرسشنامه مذکور به‌عنوان پس‌آزمون به آزمودنی‌های سه گروه ارائه شد. پرسشنامه‌ها پس از جمع‌آوری به همراه پرسشنامه‌های پیش‌آزمون نمره‌گذاری شده و داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی؛ شاخص‌های پراکندگی و کشیدگی و نمودارهای ستونی استفاده شد. در تجزیه و تحلیل استنباطی نیز از آزمون کولموگروف اسمیرنوف، تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون غیر پارامتریک یو مان ویتنی و آزمون غیر پارامتریک خی دو استفاده شد.<sup>۳</sup>

## یافته‌ها

### الف) بررسی میزان افسردگی و تغییرات آن

جدول (۴) شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات افسردگی گروه تحت روش CBCT

آزمون	جنس	میانگین	انحراف		خطای استاندارد	
			کجی	استاندارد	کجی	مقدار Z
پیش آزمون	مرد	۱۴/۰	۹/۸۸۸	۰/۲۴۱	۰/۶۸۷	۰/۳۳۴
	زن	۲۰/۴	۱۱/۵۷۹	۰/۱۸۵	۰/۶۸۷	۰/۷۵۷
	کل	۱۷/۲	۱۱/۰۷۲	۰/۳۱۷	۰/۵۱۲	۰/۴۴۸
پس آزمون	مرد	۴/۲	۵/۰۵۱	۱/۵۵۴	۰/۶۸۷	۰/۶۴۱
	زن	۱۰/۶	۱۲/۵۲۷	۲/۰۱۸	۰/۶۸۷	۰/۶۹۳
	کل	۷/۴	۹/۸۵۹	۲/۵۲۴	۰/۵۱۲	۱/۰۱۳

<sup>۱</sup>. Beck Depression Inventory- Revised

<sup>۲</sup>. البته تعداد دیگری پرسشنامه نیز اجرا شده که به موضوع این مقاله مرتبط نیست. سایر پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه اضطراب حالت صفت اشپیل برگر (STAI)، پرسشنامه ناامیدی بک و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ بودند.

<sup>۳</sup>. البته اجرای روش کوواریانس نیز نتایج مشابهی در پی داشت اما کاربرد آن با توجه به نرمال نبودن توزیع نمرات توصیه نشد.

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد ناباور ۷۵

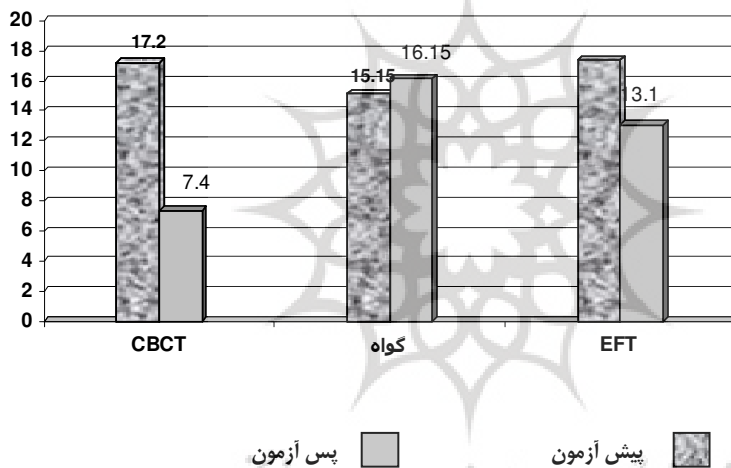
جدول (۵) شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات افسردگی گروه تحت روش EFT

آزمون کولموگروف اسمیرنوف		خطای استاندارد کجی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	جنس	آزمون
سطح معناداری	مقدار Z						
۰/۸۳۴	۰/۶۲۲	۰/۶۸۷	۱/۷۱۴	۱۲/۱۱۵	۱۹/۹۰	مرد	پیش آزمون
۰/۹۵۳	۰/۵۱۶	۰/۶۸۷	۰/۲۷۲	۷/۴۰۰	۱۴/۹۰	زن	
۰/۷۲۲	۰/۶۹۴	۰/۵۱۲	۱/۶۴۲	۱۰/۱۰۲	۱۷/۴۰	کل	
۰/۷۸۵	۰/۶۵۵	۰/۶۸۷	۰/۸۳۶	۱۱/۳۷۱	۱۲/۲۰	مرد	پس آزمون
۰/۶۶۱	۰/۷۳۰	۰/۶۸۷	۰/۷۷۴	۱۲/۹۱۰	۱۴/۰۰	زن	
۰/۳۸۰	۰/۹۰۹	۰/۵۱۲	۰/۷۵۹	۱۱/۸۷۶	۱۳/۱۰	کل	

جدول (۶) شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات افسردگی گروه گواه

آزمون کولموگروف اسمیرنوف		خطای استاندارد کجی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	جنس	آزمون
سطح معناداری	مقدار Z						
۰/۷۴۹	۰/۶۷۷	۰/۶۸۷	۱/۰۶۹	۱۰/۱۳۰	۱۵/۸۰	مرد	پیش آزمون
۰/۸۰۳	۰/۶۴۳	۰/۶۸۷	۰/۳۴۵	۷/۶۱۹	۱۴/۵۰	زن	
۰/۸۰۷	۰/۶۴۰	۰/۵۱۲	۰/۸۶۳	۸/۷۵۰	۱۵/۱۵	کل	
۰/۹۰۵	۰/۵۶۷	۰/۶۸۷	-۰/۰۲۴	۹/۶۵۰	۱۶/۳۰	مرد	پس آزمون
۰/۸۱۹	۰/۶۳۲	۰/۶۸۷	-۰/۷۸۱	۹/۲۰۱	۱۶/۰۰	زن	
۰/۸۰۵	۰/۶۴۲	۰/۵۱۲	-۰/۳۴۱	۹/۱۷۸	۱۶/۱۵	کل	

در بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نمونه مورد بررسی نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در جداول زیر حاکی از آن است که نمرات زوج ها در مقیاس افسردگی از توزیع نرمال برخوردار نیست. ( $p < 0/05$ ) نمودار زیر نیز مقایسه میانگین های سه گروه را در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.



نمودار (۱) مقایسه میانگین نمرات افسردگی پیش آزمون - پس آزمون سه گروه مورد بررسی

### نتیجه گیری

نتایج آزمون یومان ویتنی نشان می دهد که زوج درمانی رفتاری - شناختی با اطمینان ۹۹ درصد بر کاهش افسردگی زوج مرد نابارور مؤثر است ( $p < 0/01$ ). وجود افسردگی در زوجین نابارور طی مقالات و بررسی های بی شماری مورد تأیید قرار گرفته است (لی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱، به نقل از گروه مؤلفین سایت بیبی سنتر ۲۰۰۵؛ (اسلید و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷؛ تایرینگ و همکاران، ۱۹۹۳؛ بویلاکوا و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰؛ مولر و فال استورم<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱، به نقل از سایت اینترنتی IVF، ۲۰۰۷؛ (قربانی و شمس، ۱۳۸۴ و کالوی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). علاوه بر

1. Lee et. al.

2. Slade et. al.

3. Bevilacqua et. al.

4. Moller & Fallstorm



مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور ۷۷

این، یافته آزمون فرضیه اول این پژوهش نیز با یافته‌های پژوهشی (ملمن و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳؛ اشنایدر و ویلیس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹؛ ویلسون و همکاران<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸؛ جیکابسون ۱۹۸۴؛ جیکابسون و فالت<sup>۵</sup>، ۱۹۸۵؛ جیکابسون و همکاران ۱۹۸۷، به نقل از بایرن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) کاملاً همسو بوده و بیانگر آن است که زوج‌درمانی رفتاری- شناختی (CBCT) بر کاهش افسردگی زوج‌های نابارور مؤثر است.

جدول (۷) نتایج آزمون یو مان ویتنی برای آزمون تأثیر روش CBCT بر کاهش افسردگی زوج‌های مرد

نابارور

گروه‌ها	مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ای	مقدار من ویتنی	مقدار Z	سطح معناداری
CBCT	۵۳۵/۵۰	۲۶/۷۸	۷۴/۵۰۰	-۳/۳۹۷	۰/۰۰۱
گروه گواه	۲۸۴/۵۰	۱۴/۲۳			

نتایج آزمون یومان ویتنی بیانگر آن است که روش زوج درمانی هیجان محور در تغییر میزان افسردگی معنادار نبوده است ( $P > 0.05$ ). آدیس و جیکابسون (۱۹۹۱) عنوان کرده اند که برخی متغیرهای مستقل مانند شخصیت مراجعان می‌تواند بر نوع درمان تأثیر بگذارد. برای مثال زوجینی که به‌شدت تحت فشار هستند، سن کمتری دارند و یا افسردگی بالاتری دارند، به روند درمانی، کمتر پاسخ می‌گویند. در پژوهش اشنایدر و همکاران (۱۹۹۳) نیز مشخص گردید زوجین درمانده با مهارت‌های ضعیف مقابله‌ای، انعطاف‌پذیری پائین و سطوح افسردگی بالا، ضعیف‌ترین نتایج را در تأثیرپذیری از درمان ظاهر می‌کنند. بدیهی است زوج نابارور سطوح بالایی از افسردگی یعنی سطح افسردگی مشابه در بیماری‌های جدی و تهدیدکننده مثل سرطان (کالاوی ۲۰۰۶) را متحمل می‌شوند و این امر می‌تواند به نوعی بر نتایج درمان بالاخص رویکردهای جدیدی که هنوز فرصت کسب نتایج مؤثر بر روی کلیه گروه‌های زوجی (برای مثال زوج نابارور) را نیافته‌اند، تأثیر بگذارد. در این پژوهش

1. Callaway
2. Melman et. al.
3. Snyder & Willis
4. Willson et. al.
5. Fallet
6. Byern et. al.

نیز دلایلی برای عدم تأیید فرضیه پژوهش می‌توان برشمرد که از آن جمله‌اند: عدم تطابق و سازگاری فرهنگی زوجین با این رویکرد درمانی و عدم امکان کنترل نگرش‌ها و ویژگی‌های شخصیتی آزمودنی‌ها در حین درمان و احتمالاً پایین بودن حجم نمونه آماری.

**جدول (۸) نتایج آزمون یو مان ویتنی برای آزمون تأثیر روش EFT بر کاهش**

**افسردگی زوج‌های مرد نابارور**

گروه‌ها	مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ای	مقدار من ویتنی	مقدار Z	سطح معناداری
EFT	۴۸۰/۰۰	۲۴/۰۰	۱۳۰/۰۰۰	-۱/۸۹۵	۰/۰۵۸
گروه گواه	۳۴۰/۰۰	۱۷/۰۰			

یافته‌ها نشان می‌دهد که جنسیت تأثیر معناداری در میزان کارایی دو روش زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر کاهش افسردگی نداشته است ( $P > 0.05$ ). واکنش عاطفی زنان و مردان در مواجهه با مسئله ناباروری متفاوت است معمولاً زنان اقدام به برون‌ریزی و واکنش‌های هیجانی و عاطفی می‌کنند و با شدت بیشتری پاسخ داده و در مورد آن در مقایسه با مردان بیشتر صحبت می‌کنند، درحالی‌که مردان آن را کمتر نشان می‌دهند و اغلب به غلط به بی‌تفاوتی تعبیر می‌شود (همتی گرگانی، ۱۳۸۰). با تأکید بیشتر بر حالات روانی زنان، شاید این‌گونه تصور گردد که زنان بیشتر به مشاوره نیاز داشته و پاسخ‌های درمانی متفاوتی نسبت به مردان می‌دهند در حالی‌که نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که در اثر بخشی هر دو رویکرد زوج‌درمانی، بین زنان و مردان تفاوت وجود ندارد. این امر بیانگر آن است که حتی اگر زنان سطوح بالاتری از مشکل را تجربه می‌کنند، در پاسخگویی به نتایج درمانی فرقی با مردان ندارند. نتایج برخی پژوهش‌های به عمل آمده از نتایج پژوهش حاضر حمایت می‌کنند، برای مثال نتایج مطالعه یونسی و همکاران (۱۳۸۴) نشان می‌دهد، بین زنان و مردان نابارور عوامل مشترک تجربه استیگما وجود دارد بدان معنا که هر دو به یک اندازه احساس هویت خرد شده و عدم پذیرش در جامعه دارند. نجمی و همکاران (۱۳۷۹) در مقایسه ویژگی‌های روانی زوج نابارور به این نتیجه دست یافتند که در بیشتر مقوله‌های SCL-90 تفاوت‌های چندانی بین زن و مرد مشاهده نشده است.

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور ۷۹

جدول (۹) نتایج آزمون یومان ویتنی برای آزمون تأثیر متفاوت

روش EFT بر بهبود متغیرهای چهارگانه در زنان و مردان

جنس	مجموع رتبه‌ها	میانگین رتبه‌ای	مقدار من ویتنی	مقدار Z	سطح معناداری
مرد	۴۴۵	۲۲/۲۵	۱۶۵/۰۰۰	-۰/۹۴۸	۰/۳۴۳
زن	۳۷۵	۱۸/۷۵			

## پیشنهادهای پژوهشی

### پیشنهادهای پژوهشی

- ۱- شناسایی تأثیر عوامل مختلف بر ناباروری مردان. عواملی مانند عوامل روانی، اجتماعی و شخصیتی.
- ۲- بررسی نگرش‌های زوج‌های نابارور نسبت به نوع درمان ناباروری در اثر بکارگیری نوع خاصی از زوج درمانی.
- ۳- بررسی تأثیر نحوه عملکرد مشاور در اثر بخشی نتایج رویکردهای زوج‌درمانی در زوج‌های نابارور.
- ۴- انجام پژوهش مشابه بر روی زوج‌های زن نابارور با هدف بررسی تأثیر رویکردهای زوج‌درمانی.
- ۵- از آنجا که در پژوهش حاضر طول دوره عود یا بازگشت درمان و یا طول دوره ابقا زوج‌درمانی پیگیری نشده‌است، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به این مقوله نیز بپردازند و رویکردهای زوج‌درمانی به این شیوه نیز مورد مقایسه قرار گیرند.
- ۶- انجام پژوهش‌های مشابه بر روی زوج نابارور با هدف بررسی سایر رویکردهای زوج‌درمانی.
- ۷- انجام پژوهش‌های مشابه بر روی زوج نابارور با هدف بررسی تأثیر انواع زوج‌درمانی بر افزایش میزان باروری.
- ۸- انجام پژوهش با هدف بررسی تأثیر زوج‌درمانی بر کیفیت اسپرم مرد نابارور و تخمک زن نابارور با روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون.
- ۹- انجام پژوهش‌های مشابه با هدف اندازه‌گیری ابعاد روان‌شناختی مرد نابارور و همسرش جهت افزایش بهداشت روانی و سازگاری زوجین با بکارگیری انواع رویکردهای زوج‌درمانی.

۱۰- انجام پژوهش مشابه بر روی گروه سنی گسترده‌تر.

### پیشنهادهای کاربردی

۱- با توجه به نتایج پژوهش حاضر در تأثیر زوج‌درمانی رفتاری-شناختی بر کاهش افسردگی زوج‌های مرد نابارور، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بین‌رشته‌ای با هدف نشان دادن تأثیر خدمات مشاوره و روان‌درمانی در حیطه‌هایی که نیاز و ضرورت آن مورد تأیید تحقیقات و پژوهشگران زیادی قرار گرفته است، تقویت و تشویق گردد.

۲- در راستای نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌گردد راه‌اندازی خدمات مشاوره و روان‌درمانی در مراکز ناباروری با هدف کاهش فشارهای روانی ناباروران جهت کمک به افزایش میزان باروری و کاهش مشکلات روحی ناشی از آن مورد توجه جدی قرار گیرد.

۳- با توجه به نتایج پژوهش حاضر در تأثیر مشاوره زوجی، پیشنهاد می‌گردد دوره‌های آموزشی کاربردی جهت افزایش اطلاعات ناباروران در خصوص روان‌شناسی ناباروری و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای جهت برخورد با بحران آن توسط مشاوران و روانشناسان در مراکز ناباروری اجرا شود.

### محدودیت‌ها

۱- نمونه‌گیری داوطلبانه در این پژوهش بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر نامطلوبی داشته و روایی بیرونی پژوهش را مورد تهدید قرار داده است.

۲- علاوه بر این داوطلبانه بودن زوج‌های مورد مطالعه ممکن است نتایج حاصل از تحلیل آماری را تحت تأثیر قرار داده در نتیجه تأثیرات نامطلوبی روی روایی درونی پژوهش داشته باشد.

بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج پژوهش بایستی دو محدودیت بالا را به نحوی مد نظر قرار داد. بدیهی است که با انجام پژوهش‌های مکرر و تأیید این یافته‌ها این محدودیت‌ها در عمل از بین خواهد رفت.

### منابع

- ساک، ماندانا؛ ساکی، مژگان؛ جنانی، فاطمه؛ آستی، پروین (۱۳۸۴) جنبه‌های عاطفی روانی در زوج‌های نابارور متقاضی گیرنده گامت، فصلنامه باروری و ناباروری، چکیده مقالات اولین سمینار سراسری اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری، ضمیمه شماره ۵. سایموس، گریگوری (۱۳۸۴) درمان رفتاری- شناختی، ترجمه: سید احمد جلالی، تهران: انتشارات پادرا.

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری-شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور ۸۱

سید فاطمی، فهیمه؛ مهدی حسینی، فائزه (۱۳۷۹) بررسی عوامل تنش‌زا و راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز آموزش درمانی الزهرای تبریز، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

شهبازی، لیلی (۱۳۸۰) بررسی و مقایسه میزان افسردگی در زنانی که خود مشکل ناباروری دارند با زنانی که همسران‌شان مشکل ناباروری دارند در مراکز ناباروری دولتی سطح کشور، مرکز تحقیقات درمانی ناباروری یزد، چکیده تحقیقات ناباروری در ایران، تهران: انجمن علمی تخصصی باروری و ناباروری ایران.

صدری اردکانی، هومن؛ اعرابی، محمود؛ ثروتی، امیر (۱۳۸۰) آفت‌کش‌های شایع مصرفی در ایران و تأثیر آنها بر تولیدمثل، خلاصه مقالات سمینار عوامل محیطی ناباروری، تهران: پژوهشکده ابن‌سینا.

غرایی، بنفشه (۱۳۸۲) تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهران، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

قاسم‌زاده، حبیب‌الله؛ مجتبیایی، رامین (۱۳۸۲) هنجاریابی مقدماتی پرسشنامه بازنگری شده افسردگی بر روی جمعیت ایران.

قربانی، بهزاد؛ شمس، جمال (۱۳۸۴) تجارب روانی اجتماعی قابل مشاوره در زنانی که با مشکلات باروری مواجه‌اند، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری؛ چکیده مقالات؛ ضمیمه پنجم؛ سال ششم.

کرمی‌نوری، رضا؛ آخوندی، محمد مهدی؛ بهجتی اردکانی، زهره (۱۳۸۰) مطالعه و بررسی جنبه‌های روانی-اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی، خلاصه مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری تهران: پژوهشکده ابن‌سینا.

نجمی، بدرالدین؛ احمدی، سید مهدی؛ قاسمی، غلامرضا (۱۳۷۹) بررسی ویژگی‌های روانی زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری شهرستان اصفهان، چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری، پژوهشکده ابن‌سینا.

نیلفروشان، پریسا؛ احمدی، سید احمد؛ عابدی، محمدرضا؛ احمدی، سید مهدی (۱۳۸۴) نگرش نسبت به ناباروری و رابطه آن با افسردگی و اضطراب در افراد نابارور، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، ۵: ۵۵۲-۵۴۶.

وکیلی، پریوش (۱۳۸۶) بررسی حوزه معنایی بیماران افسرده و تغییر آن در فرایند درمان شناختی-رفتاری و درمان متمرکز بر طرحواره (طرحواره درمانی)، پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران علوم و تحقیقات.

همتی گرگانی، ساحل (۱۳۸۰) جنبه‌های عاطفی ناباروری، چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری، تهران: پژوهشکده ابن‌سینا.

یکتا طلب، شهرزاد؛ پارسا نژاد، محمد ابراهیم؛ جهانمیری، شهریانو (۱۳۸۰) بررسی تأثیر روان‌درمانی گروهی بر میزان افسردگی و اضطراب زنان نازا مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های زنان و زایمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز، خلاصه مقالات سمینار عوامل محیطی ناباروری، تهران: پژوهشکده ابن‌سینا.

یونس، سید جلال؛ اکبری زردخانه، سعید؛ بهجتی اردکانی، زهره (۱۳۸۴) ارزیابی استیگما در میان زنان و مردان نابارور ایران، باروری و ناباروری، ۵: ۵۴۳-۵۳۱.

**Addis, M. E.; Jacobson, N. S. (1991) "Integration of Cognitive Therapy and Behavioral Marital Therapy for Depression", Journal of Psychotherapy Integration, 1: 249-264.**

- Baucum, D. H.; Epstein, N.; Lataillade, J. J.** (2002) Cognitive Behavior Couple Therapy, In: N. S. Jacobson and A.S. Gurman, Clinical Handbook of Couple Therapy (pp. 26-58) New York: Guilford Press.
- Baucum, D. H.; Epstein, N.** (1991) "Will the Real Cognitive Behavioral Marital Therapy Stand Up?" Journal of Family Psychology, 4: 394-401.
- Beach, S.R.; Sandeen, E. E.; Oleary K. D.** (1990) "Depression in Marriage", New York: Guilford Press.
- Byrne, M.; Carr, A.; Clark, M.** (2004) "The Efficacy of Behavioral Couples Therapy and Emotionally Focused Therapy for Couple Distress", Contemporary Family Therapy, 26: 361-387.
- Callaway, J.R.** (2006) "Infertility and Depression", Retrieved on form <http://www.bellaonline.com>.
- Connoly, K.j.; Edelman, R.j.; Bartlett, H.; Cooke, I.D.; Lemon, E.; Pike, S.** (1985) "An Evaluation of Counseling for Couples Undergoing Treatment for in Vitro Fertilization", Hum Reprod, 8: 1332.
- Dattilio, F. M. ; Padesky, C.A.** (1990) "Cognitive Therapy with Couples", Sarasota, FL. Professional Resource Exchanges.
- Dattilio, F.M.** (2005) "The Role of Cognitive Behavioral Interventions in Couple and Family Therapy", Journal of Marital and Family Therapy.
- Eugster, A.; Vingerhoets, MJ.J.A.** (1999) "Psychological Aspects of in Vitro Fertilization", A Review Social Science Med, 48: 575.
- Fisch, R.; Weakland, T.H.; Segal, L.** (1982) "Doing Therapy Briefly", Sanfrancisco: Jossey Bass.
- Gurman, A.S.; Jacobson, N.S.** (2002) "Clinical Handbook of Couples Therapy", (3<sup>rd</sup> ed.) New York: Guilford.
- Jacobson, N. S.; Margolin, G.** (1979) Marital Therapy, New York: Bruner/ Mazel.
- Jacobson, S.; Gurman F.** (2002) "Clinical Handbook of Couple Therapy", Guilford Press.
- Johnson S.M.; Denton, W.** (2002) "Emotionally Focused Couple Therapy, Creating Secure Connections", In: N.S., Jacobson & A.S., Guttman, Clinical Handbook of Couple Therapy, New York: Guilford Press, pp. 221-250.
- Johnson, S. M.** (2001) "Attachment Injuries in Couple Relationship: A New Prospective on Impasses in Couple Therapy", Journal of Marital & Family Therapy.
- Johnson, S.M.** (1999) "Emotionally Focused Couple Therapy: Straight to the Heart in J.M. Donovan, (Ed.), Short-term Couple Therapy, New York: Guilford Press, pp. 13-42.
- Johnson, S.M.; Greenberg, L. S.** (1994) "The Heart of the Matter: Perspectives on Emotion in Marital Therapy", New York: Brunner / Mazel.

- Johnson, S.M.; Greenberg, L.S.** (1985) "Emotionally Focused Couples Therapy: An Outcome Study", *Journal of Marital and Family Therapy*, 11: 313-317.
- Johnson S.M.; Whiffen, V.** (2003) "Made to Measure: Adapting Emotionally Focused Couple Therapy to Partners' Attachment Styles", *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- Lee, T. Y.; Sun, G. H.; Chao , S. C.**(2001) "The Effect of Infertility Diagnosis on the Distress, Marital and Sexual Satisfaction between Husbands and Wives in Taiwan", *Human Reproduction*, 16: 1762- 1767.
- Mahlstedt, P.P.** (1985) "The Psychological Component of Infertility", *Fertile Steil*; 43: 335-346
- Patterson, T.** (2005) "Cognitive Behavioral Couple Therapy, In: M. Harway, Hand book of Couple Therapy, New Jersey: Wiley, pp. 119-140.
- Pergally, P.; Inglis, M.; Cudmore, L.** (1995) "Infertility: Couples Experiences and the Use of Counseling in Treatment Centers", *Psychodynamic Counseling*, 14: 507.
- Perls, F.; Hefferline, R.; Goldman, P.** (1951) "Gestalt Therapy", New York: Dell.
- Ramezanzadeh, F.; Aghssa, M.M.; Abedinia,N.; Zayeri ,F. ; Khanafshar, N. ; Shariat, M.; Jafarabadi, M.**(2004) "A Survey of Relationship between Anxiety , Depression and Duration of Infertility", *BMC Women's Health*, Bio Med Central.
- Reed, S.A.** (2001) "Medical of Psychological Aspects of Infertility and Assisted Reproductive Technology for the Primary Care Provider", *Military Medicine*.
- Rogers, C.R.** (1951) "Client-centered Therapy", Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenthal,M.B.; Goldfarb, j.** (1997) "Infertility and Assisted Reproductive Technology: An Update for Mental Health Professionals", *Harv Rev Psychiatry*, 5: 169.
- Stotland, N.L.** (2002) "Psychiatric Issues Related to Infertility, Reproductive Technologies, and Abortion", *Women Mental Health*, 24: No. 1, pp. 13-26.