

اثربخشی زوج‌درمانگری هیجان‌مدار بر حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی زوجین نابارور
 محمدصادق زمانی‌زارچی^۱، معصومه صیادی^۲، فاطمه صفرپور^۳

The effectiveness of emotionally focused couple therapy on perceived social support and feeling of loneliness among infertile couples

Mohammad Sadegh Zamani Zarchi¹, Masomeh Sayadi², Fatemeh Safarpour³

چکیده

زمینه: ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به عنوان یک تجربه تنش‌آور، بحرانی و تهدیدکننده ثابت فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است. اما مسئله اصلی اینست، آیا زوج‌درمانگری هیجان‌مدار بر حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی زوجین نابارور تأثیر دارد؟ **هدف:** اثربخشی زوج‌درمانگری هیجان‌مدار بر حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی در زوجین نابارور بود. **روش:** پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری را زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی زنان و نازایی شهر قم در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ و نیمه اول سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند. ۳۰ زوج به صورت نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۵ زوج) و گواه (۱۵ زوج) جایگزین شدند. ابزار پژوهش عبارتند از، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی (زیمت، داهلم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸)، مقیاس احساس تنهایی اجتماعی عاطفی برای بزرگسالان (دیتوماس، برنن و بست، ۲۰۰۴) و برنامه آموزش زوج جانسون (۲۰۰۴). تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که زوج‌درمانگری هیجان‌مدار باعث افزایش معنادار میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و خرده‌مقیاس‌های آن (حمایت دوستان، حمایت خانواده و حمایت افراد خاص) در گروه آزمون گردید ($P < 0/05$). همچنین نتایج بیانگر آن بود که میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر احساس تنهایی و خرده‌مقیاس‌های آن (تنهایی رمانتیک، تنهایی خانوادگی و تنهایی اجتماعی) در گروه آزمون و گواه تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** آموزش مبتنی بر زوج‌درمانگری هیجان‌مدار باعث بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده در زوجین گردید و احساس تنهایی آنان را کاهش داد. **واژه کلیدی‌ها:** زوج‌درمانگری هیجان‌مدار، حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی، زوج‌های نابارور

Background: Infertility has been recognized worldwide as a stressful, critical and threatening experience of personal, marital, family and social stability throughout the world and across cultures. But the key question is, does emotion-focused therapy affect perceived social support and the loneliness of infertile couples? **Aims:** The effect of emotion-focused couple therapy on perceived social support and loneliness in infertile couples. **Method:** This study was quasi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The statistical population consisted of infertile couples referring to private centers for women and infertility in Qom in the second half of 2015 and the first half of 2016. Thirty couples were selected by purposive sampling and were randomly divided into two groups (15 couples) and control (15 couples). Research instruments include the Multidimensional Perceived Social Support Scale (Zimet, Dahlm, Zimet & Farley, 1988), the Adult Social Emotional Loneliness Scale (Ditomas, Bernen & Bast, 2004) and the Johnson Couple Training Program (2004). Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance. **Results:** The results showed that emotion-focused couple therapy significantly increased the mean scores of perceived social support variable and its subscales (friends support, family support and support). Specific individuals in the test group ($P < 0/05$). The results also showed that the mean of post-test scores of variable sense of loneliness and its subscales (romantic loneliness, family loneliness and social loneliness) were significantly different in the experimental and control groups ($P < 0/05$). **Conclusions:** Couple-based training in emotion-focused therapy improved perceived social support in couples and reduced their sense of loneliness. **Key Words:** Emotional couple therapy, perceived social support, loneliness, infertile couples

Corresponding Author: zamani.1370@yahoo.com

^۱ دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۱ Ph.D Student of Counseling, Department of Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۲ کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۲ M.A. in Counseling, Department of Educational Psychology and Counseling, School of Education and Psychology, Tehran University, Tehran, Iran

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۳ M.A Student of Clinical Psychology, Department of psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۱/۰۳

دریافت: ۹۸/۱۲/۱۲

مقدمه

باروری، زایمان صاحب فرزند بهنجار شدن، در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی قرار دارد که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند (حبیب‌زاده، حاتمی و حسنی، ۱۳۹۴). در واقع، اغلب افراد، داشتن فرزند را به معنای زندگی و بخش مهمی از هویت خود می‌دانند (رجبی، امیری اصل و جلوداری، ۱۳۹۶) و در نظر آنان فرزند آوری یکی از مؤثرترین راه‌ها برای القای حس کامل بودن به شمار می‌رود (دادی پور و همکاران، ۱۳۹۴، لوفتوس و ناماسته، ۲۰۱۱). در سوی مقابل، ناتوانی در رسیدن به این خواسته در نتیجه ناباروری، می‌تواند پایه‌های زندگی مشترک را متزلزل سازد (صیادپور و صیادپور، ۱۳۹۵) و پیامدهای نامطلوبی نظیر اختلافات زناشویی، احساس بی‌ارزشی و دیگر مسائل روانشناختی به دنبال داشته باشد (کومار، ۲۰۱۰؛ به نقل از اردشیری، ۱۳۹۴). ناباروری^۱ به عنوان عدم بارداری پس از یک سال رابطه زناشویی منظم و بدون استفاده از روش‌های جلوگیری تعریف می‌شود (فریرا، ویسنه، دوآرته و چاوز، ۲۰۱۴). اگرچه ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک به وجود می‌آید اما جنبه‌های روانی اجتماعی آن نیز نباید مورد غفلت قرار گیرد. ناباروری می‌تواند سبب کاهش صمیمیت در روابط زناشویی و مختل شدن کیفیت رابطه، ترس از خاتمه رابطه زناشویی و جدایی و یا سرزنش‌های اطرافیان گردد (میندز، اینگرام، کلیور و جیمز، ۲۰۰۳). در این بین، فقدان حمایت اجتماعی ادراک شده یا باز خورد منفی اطرافیان به زوج نابارور و کمبود حمایتی که زوج از سوی اطرافیان دریافت می‌کنند، توان کنار آمدن در آنان را تضعیف کرده و در نتیجه حرمت خود و سازش یافتگی روانشناختی آنها را به گونه‌ای منفی تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. حمایت اجتماعی ادراک شده^۲ به ارزیابی فرد از دسترس بودن حمایت‌ها در مواقع لزوم و مورد نیاز اطلاق می‌شود (گولاکتی، ۲۰۱۰). زمانی که سیستم حمایت اجتماعی هماهنگ با نیازهای زوج نباشد، آنان از اجتماع کناره‌گیری نموده و در نتیجه احساس تنهایی و انزوا را تجربه می‌کنند (جکوبسن، ۲۰۰۳). در تعریف احساس تنهایی^۳ باید گفت احساس تنهایی، برداشت فرد از کمبود و یا فقدان روابط رضایت‌بخش اجتماعی است (مطیعی، آقا یوسفی، چوبساز و چقاقی، ۱۳۹۰). در واقع، اکثر

زوج‌های نابارور، احساس تنهایی را تجربه می‌کنند که این احساس با برخوردهای نامناسب اطرافیان تشدید می‌گردد.

با این وصف و با توجه به مطالب فوق‌الذکر، توجه به نیازهای روانی زوج‌های نابارور امری ضروری به نظر می‌رسد؛ چرا که می‌تواند رابطه آنان را به ویژه زمانی که هریک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می‌کند تحت تأثیر قرار دهد. روش‌های متعددی به منظور کمک به زوجین نابارور وجود دارد. در این زمینه، متخصصان رویکردهای مختلفی را نظیر رویکردهای فردی، زوجی و خانوادگی پیشنهاد می‌کنند. در این راستا، نتایج مطالعات حاکی از این است که زوج درمانگری هیجان مدار به عنوان یکی از رویکردهای رایج برای بهبود وضعیت زوجین از کارایی زیادی برخوردار می‌باشد (کلی، باگوات، بایننگو و موزز، ۲۰۱۴).

زوج درمانگری هیجان مدار رویکردی متشکل از سه رویکرد سیستمی، انسان‌گرایی و دلبستگی است که توسط جانسون و گرینبرگ طراحی شد. این رویکرد به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباطات هیجانی در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی اشاره دارد و هیجان‌ات را به عنوان عامل تغییر در نظر می‌گیرد (جانسون، ۲۰۱۲). فرایند تغییر در درمان هیجان مدار در قالب نه گام درمانی تدوین می‌یابد. چهار گام نخست، سنجش اولیه و محدود کردن چرخه‌های تعاملی مشکل‌آفرین را شامل می‌شود. در گام‌های میانی، تأکید بر مزاج و ایجاد تحریکات هیجانی خاص و تازه‌ای است که به واسطه آن الگوهای تعاملی دگرگون شده و تجارب دلبستگی مدار نوین پدیدار خواهند شد. دو گام نهایی درمان به یکپارچه‌سازی این تغییرات، تثبیت و مستحکم سازی تحولات و برون بیانگری تغییرات ایجاد شده در زندگی روزمره همسران مربوط می‌شود (جانسون، ۲۰۰۴؛ ترجمه حسینی، ۱۳۹۳).

در طول سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی به بررسی تأثیر زوج درمانگری مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار در بافت زوجی و ناباروری پرداخته‌اند. از آن جمله، داود و نندی، نوایی‌نژاد و فرزاد (۱۳۹۷) در پژوهشی نشان دادند که زوج درمانگری هیجان‌مدار بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوج‌ها مؤثر است. صیادی، شاه‌حسینی، مدنی و لواسانی (۱۳۹۶) در پژوهشی با هدف سنجش اثربخشی زوج درمانگری هیجان‌مدار بر تعهد زناشویی و دلزدگی

3. feeling of loneliness

1. infertility

2. perceived social support

صورت نمونه‌گیری در دسترس به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند که از این ۴۲ زوج، ۳۰ زوج که بر اساس نمرات حاصل از پرسشنامه‌های مربوطه احساس تنهایی بالا و حمایت اجتماعی ادراک شده پایین داشتند و دارای دیگر شرایط و تمایل ورود به پژوهش بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۵ زوج) و گواه (۱۵ زوج) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: وجود حمایت اجتماعی ادراک شده پایین و احساس تنهایی بالا در زوجین نابارور، علاقه به شرکت در جلسات زوج‌درمانگری گروهی و متعهد شدن به حضور در تمام جلسات، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سیکل، نداشتن اختلال حاد روانی - جسمانی بارز از طریق خود اظهاری در پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، عدم توانایی در باروری پس از گذشت حداقل ۱۰ سال از زندگی مشترک، نوع ناباروری اولیه، عوامل ناباروری زنانه، نداشتن فرزندخوانده و عدم شرکت همزمان در جلسات مشاوره.

معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل: عدم همخوانی نمرات پرسشنامه‌ها با هدف پژوهش، عدم علاقه به شرکت در جلسات زوج‌درمانگری گروهی و تعهد ندادن به حضور در تمام جلسات، بی‌سواد بودن و یا داشتن تحصیلات کمتر از سیکل، داشتن اختلال حاد روانی - جسمانی بارز که از طریق خود اظهاری در پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی مشخص می‌شود، داشتن فرزند یا فرزندخوانده، عوامل ناباروری مردانه، نوع ناباروری ثانویه و شرکت همزمان در جلسات مشاوره بود. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، برای ورود به پژوهش از زوجین به صورت کتبی در پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی رضایت گرفته شد و پژوهشگران متعهد گردیدند که اصل رازداری و فاش نکردن اطلاعات شخصی افراد را رعایت نمایند. برنامه آموزش زوج‌درمانگری هیجان‌مدار به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته (۲ بار در هفته) برای زوج‌های گروه آزمون برگزار شد. این برنامه مداخله‌ای از کتاب جانسون (۲۰۰۴) گرفته شده است. پس از اتمام جلسات آموزشی، دو گروه مجدداً به پرسشنامه‌های احساس تنهایی و حمایت اجتماعی ادراک شده پاسخ دادند.

منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری در سطح ۰/۰۵ و چند متغیری در سطح ۰/۰۱ استفاده شد.

زناشویی زوجین نابارور، دریافتند که این رویکرد درمانی می‌تواند تعهد زناشویی را افزایش و دلزدگی زناشویی را کاهش دهد. نجفی و همکاران (۱۳۹۳) با هدف شناسایی اثربخشی زوج‌درمانگری هیجان‌مدار بر افزایش سازش یافتگی و ارتقاء سلامت جسمی و روانشناختی زوجین نابارور نشان دادند که زوج‌درمانگری هیجان‌مدار باعث بهبود وضعیت سازش یافتگی زناشویی و سلامت جسمانی و روانشناختی زوجین نابارور می‌شود.

در پژوهشی دیگر نشان داده شد که زوج‌درمانگری هیجان‌مدار در زمینه بهبود مهارت‌های هیجانی زوجین نابارور مؤثر واقع گردید (فقیه و کاظمی، ۲۰۱۹). در تحقیقی دیگر ژیراد و وولی (۲۰۱۷) نشان دادند که زوج‌درمانگری هیجان‌مدار می‌تواند در زمینه بهبود وضعیت ناهمخوانی تمایلات جنسی زوجین به کار گرفته شود. ویب و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود نشان دادند که زوج‌درمانگری هیجان‌مدار می‌تواند افزایش رضایت زناشویی و کاهش مشکلات مرتبط با دل‌بستگی را در زوجین به همراه داشته باشد.

به طور کلی، زوج‌درمانگری هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله برای زوجین، اثرگذاری بیشتری نسبت به دیگر رویکردها داشته و احتمال عود مشکلات در آن به مراتب کمتر است. با استناد به نتایج مطالعات صورت گرفته در تأیید این امر و همچنین کمبود پژوهش داخلی در این حوزه، لزوم ارائه این گونه مداخلات برای زوجین نابارور و بررسی اثرات آن به چشم می‌خورد. همچنین، کار کردن در جهت بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای موقعیتی و احساس تنهایی می‌تواند اقدامی مؤثر در جهت رویارویی با تجارب تنش آور نظیر ناباروری قلمداد شود. در این راستا، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا زوج‌درمانگری مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار می‌تواند بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و کاهش احساس تنهایی زوجین نابارور مؤثر واقع شود؟

روش

پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی زنان و نازایی استان قم (۹ مرکز) در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ و نیمه اول سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند و توسط متخصص زنان و زایمان به عنوان زوجین نابارور طبقه‌بندی شدند. برای انتخاب نمونه در ۹ مرکز خصوصی استان قم، ۴۲ زوج نابارور به

ابزار

نمره آزمودنی‌ها ۱۲ و حداکثر آن ۶۰ خواهد بود. کسب نمره بالا نشان‌دهنده ادراک بالای حمایت اجتماعی است (کرمانی، ۱۳۸۸).
 مقیاس احساس تنهایی اجتماعی عاطفی برای بزرگسالان: این مقیاس که توسط دیتوماس، برنن و بست در سال (۲۰۰۴)، تهیه شده است، ابزاری چندبعدی است که احساس تنهایی را در سه مؤلفه رماتیکی، خانوادگی و اجتماعی ارزیابی می‌کند و شامل ۱۵ گویه است که هر یک در مقیاس ۵ درجه‌ای طیف لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم قرار دارد. مؤلفان این مقیاس (دیتوماس و همکاران، ۲۰۰۳)، ضریب آلفای کرونباخ را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس است. در مطالعه جنآبادی و سابقی (۱۳۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ عامل کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد سه‌گانه دیگران مهم، خانواده و دوستان به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۳، ۰/۷۰ و ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی^۱: این مقیاس که ساخته زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) است، مشتمل بر ۱۲ سؤال و ۳ خرده مقیاس است که بر اساس نمره‌گذاری طیف لیکرت ۵ درجه‌ای و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌گردد. خرده مقیاس خانواده شامل سؤالات ۳، ۴، ۸ و ۱۱، دوستان شامل سؤالات ۶، ۷، ۹ و ۱۲ و اشخاص مهم شامل سؤالات ۱، ۲، ۵ و ۱۰ است. افشاری (۱۳۸۶) رابطه مثبت و معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن با رضایت از زندگی به دست آورد که نشان‌دهنده قابلیت اعتماد همگرا و واگرای این مقیاس است. در نمونه مورد بررسی، همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خانواده، دوستان و شخص مهم به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ محاسبه شد. نمره کل مقیاس از جمع نمرات سؤالات به دست می‌آید. حداقل

جدول ۱. برنامه مداخله‌ای زوج درمانگری هیجان مدار

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی با اعضا و بیان توضیحات لازم در مورد جلسات، نحوه و زمان برگزاری آنها
دوم	ارائه تعریف سبک‌های دلبستگی، دلبستگی بزرگسالان و رابطه دلبستگی با مفاهیم عشق، صمیمیت، روابط زوجین و آشننگی‌های آنها
سوم	شناسایی چرخه تعامل زوجین از طریق توضیح شایع‌ترین الگوهای تعاملی آشفته زوجین به اعضا مانند الگوهای تسلط، عیب‌جویی و تحت تعقیب قرار دادن
چهارم	کاوشگری در هیجانات ثانویه با هدف دستیابی به هیجانات زیرساختاری و ناشناخته (بازشناسی هیجان نوین) یافته‌ها
پنجم	اشاره به نقش اجتماعی هیجان و چگونگی پدیدآیی هیجانات تقابلی توسط یکدیگر
ششم	بررسی مجدد میزان اتحاد مشاوره‌ای، ارزیابی و برجسته‌سازی پیشرفت حاصل شده و کمک به زوجین برای پذیرش و درک چرخه‌های تعاملی خود
هفتم	برجسته‌سازی و شرح مجدد نیازهای فطری دلبستگی خواهانه و اشاره به سالم بودن آنها (امنیت، همراهی و اتصال) و فراخوانی درگیری در همسر اجتناب‌کننده (اقرارکردن و به زبان آوردن هیجانات عمیق در همسر به تازگی درگیر شده)
هشتم	کشف راه‌حل‌های جدید برای بحث‌ها و مشکلات قدیمی
نهم	آموزش زوجین به منظور اجرای تکنیک‌ها در محیط روزمره
دهم	تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون و تغییرات قابل مشاهده در هیجانات، رفتارها، شناخت و روابط بین فردی همسران

یافته‌ها

دارای بالاترین فراوانی بود. بالاترین فراوانی مدت ناباروری نیز در دو گروه ۵-۱۰ سال گزارش شده است.

میانگین و انحراف معیار احساس تنهایی و حمایت اجتماعی در دو گروه آزمون و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ گزارش شده است. مطابق با یافته‌ها، مقایسه گروه‌ها با استفاده از t زوجی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دلالت بر این دارد که میانگین نمرات حمایت اجتماعی و احساس تنهایی و ابعاد آن در گروه آزمون در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته است. نمره‌گذاری پرسشنامه احساس تنهایی به این شکل است که امتیازات

میانگین و انحراف استاندارد سن زوجین در گروه آزمون و گواه به ترتیب $6/11 \pm 32/36$ و $6/78 \pm 34/06$ سال بود. همچنین مدرک تحصیلی دیپلم در گروه آزمون و لیسانس در گروه گواه دارای بالاترین فراوانی بود. در ارتباط با مدت ازدواج بیشترین فراوانی گروه آزمون و گواه در دامنه‌ای بین ۵-۱۰ سال قرار داشت. بیشترین فراوانی میزان درآمد در گروه آزمون ۱-۲ میلیون و در گروه گواه ۲-۳ میلیون گزارش شده است. در مورد علت ناباروری گروه آزمون اختلال در تخمک‌گذاری و در گروه گواه، علت اختلال در لوله‌های رحمی

2. SELSA-S = Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (short form).

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support

پایین تر در هر بُعد نشان دهنده احساس تنهایی بیشتر فرد پاسخ دهنده در آن بعد است. بنابراین افزایش نمره احساس تنهایی به منزله کمتر شدن احساس تنهایی است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی حمایت اجتماعی و احساس تنهایی و زیر مقیاس های آن					
سطح معناداری	قبل از مداخله		بعد از مداخله		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۲/۷۶	۲۱/۵۶	۲/۳۸	۹/۵۳	آزمون حمایت خانواده
۰/۱۰	۲/۲۴	۱۰/۷۰	۱/۹۹	۹/۹۳	گواه
۰/۰۰۳	۲/۷۸	۲۱/۱۶	۲/۴۲	۹/۰۶	آزمون حمایت دوستان
۰/۶۰	۱/۸۱	۸/۸۶	۱/۹۷	۹/۰۳	گواه
۰/۰۰۱	۲/۷۰	۲۲/۵۳	۲/۸۹	۸/۶۶	آزمون حمایت افراد خاص
۰/۱۰	۲/۸۸	۱۰/۸۳	۲/۰۲	۹/۴۶	گواه
۰/۰۰۱	۷/۱۱	۶۵/۲۶	۶/۷۶	۲۷/۲۶	آزمون نمره کل حمایت اجتماعی
۰/۰۰۷	۴/۶۷	۳۰/۴۰	۴/۶۵	۲۸/۴۳	گواه
۰/۰۰۱	۱/۲۵	۱۷/۷۶	۲/۵۱	۷/۶۰	آزمون تنهایی رمانتیک
۰/۰۰۹	۲/۵۴	۷/۵۶	۲/۸۱	۷/۱۳	گواه
۰/۰۰۲	۲/۸۲	۲۰/۴۳	۲/۷۵	۹/۲۰	آزمون تنهایی خانوادگی
۰/۳۱	۲/۸۴	۱۰/۰۳	۳/۳۳	۹/۸۳	گواه
۰/۰۰۱	۹/۴۶	۲۲/۷۳	۲/۳۰	۹/۱۰	آزمون احساس تنهایی
۰/۱۰	۳/۲۱	۱۰/۶۰	۳/۴۲	۹/۸۳	گواه
۰/۰۰۱	۱۰/۶۷	۶۰/۹۳	۶/۹۷	۲۵/۹۰	آزمون نمره کل احساس تنهایی
۰/۰۰۸	۶/۳۱	۲۸/۲۰	۷/۴۲	۲۶/۸۰	گواه

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر حمایت اجتماعی و احساس تنهایی							
متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
حمایت اجتماعی	گروه	۱۸۱۲۰/۹۲	۱	۱۸۱۲۰/۹۲	۴۹۲/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	خطا	۲۰۹۵/۷۵	۵۷	۳۶/۷۶			
احساس تنهایی	گروه	۱۶۳۱۱/۸۹	۱	۱۶۳۱۱/۸۹	۲۲۶/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۴۱۰۲/۰۳	۵۷	۷۱/۹۶			

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای زیر مقیاس های حمایت اجتماعی و احساس تنهایی							
منبع	متغیر وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	حمایت خانواده	۱۷۲۲/۰۸	۱	۱۷۲۲/۰۸	۲۸۷/۷۶	۰/۰۰۲	۰/۸۴
	حمایت دوستان	۲۱۷۱/۳۶	۱	۲۱۷۱/۳۶	۳۷۶/۷۰	۰/۰۰۲	۰/۸۷
	حمایت افراد خاص	۲۰۱۱/۱۰	۱	۲۰۱۱/۱۰	۲۴۹/۰۴	۰/۰۰۲	۰/۸۱
گروه	تنهایی رمانتیک	۱۳۵۹/۹۹	۱	۱۳۵۹/۹۹	۴۹۷/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	تنهایی خانوادگی	۱۵۸۷/۵۹	۱	۱۵۸۷/۵۹	۲۵۴/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	تنهایی اجتماعی	۲۱۷۸/۸۵	۱	۲۱۷۸/۸۵	۴۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴

جهت بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس ابتدا از آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده ها استفاده شد و از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها استفاده شد که همگی مورد تأیید قرار گرفتند و نشان دادند که می توان از تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر روش آموزش بر میزان حمایت اجتماعی و احساس تنهایی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می شود. همچنین جهت بررسی تأثیر روش آموزش بر میزان زیر مقیاس های حمایت اجتماعی و احساس تنهایی از روش تحلیل

جهت بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس ابتدا از آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده ها استفاده شد و از آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها استفاده شد که همگی مورد تأیید قرار گرفتند و نشان دادند که می توان از تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر روش آموزش بر میزان حمایت اجتماعی و احساس تنهایی از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می شود. همچنین جهت بررسی تأثیر روش آموزش بر میزان زیر مقیاس های حمایت اجتماعی و احساس تنهایی از روش تحلیل

کوواریانس چند متغیره استفاده شده است.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج نشان می‌دهد که مداخله بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و کاهش احساس تنهایی زوجین نابارور تأثیر گذار است. با توجه به میزان ضرایب اتای به دست آمده می‌توان گفت میزان تأثیر مداخله بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده ۸۹ درصد و بر کاهش احساس تنهایی ۷۹ درصد می‌باشد.

نتایج آزمون کوواریانس چند متغیره در جدول ۴ نشان داده شده است. نتایج نشان می‌دهد که اثرات تمامی متغیرهای مورد بررسی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله موجب افزایش زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و کاهش زیر مقیاس‌های احساس تنهایی شده است. بر اساس ضرایب اتای به دست آمده می‌توان گفت که میزان تأثیر مداخله بر حمایت خانواده ۸۴ درصد، بر حمایت دوستان ۸۷ درصد و بر حمایت افراد خاص به میزان ۸۱ درصد می‌باشد. و میزان تأثیر بر تنهایی رمانتیک ۹۰ درصد، بر تنهایی خانوادگی ۸۲ درصد و بر میزان تنهایی اجتماعی ۴۴ درصد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی اثربخشی زوج درمانگری گروهی مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی زوجین نابارور انجام گرفت. نتایج برآمده از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد زوج درمانگری هیجان‌مدار باعث افزایش نمرات متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و کاهش نمرات متغیر احساس تنهایی در زوجین گردیده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات تحقیقات پیشین داخلی در این حوزه از جمله داود و نندی و همکاران (۱۳۹۷)، صیادی و همکاران (۱۳۹۶) و نجفی و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. در زمینه تحقیقات خارج از کشور نیز، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات فقیه و کاظمی (۲۰۱۹)، ژیراد و وولی (۲۰۱۷) و ویب و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی داشت.

در تبیین اثربخشی زوج درمانگری هیجان‌مدار بر حمایت اجتماعی ادراک شده زوجین نابارور، اشاره به این نکته ضروری است که بر اساس رویکرد هیجان‌مدار بسیاری از هیجان‌ات منفی ما نظیر شرم و ترس نوعی پاسخ سازگارانه به فقدان موقعیت اجتماعی و طرد شدن از اجتماع است. بنابراین، فرض بر این است که عملکرد مطلوب در نتیجه آگاهی از هیجان‌ات به منظور بهره‌مندی هرچه بیشتر از

پیام‌هایی که این هیجان‌ات به همراه دارند، حاصل می‌گردد و لذا، هیجان‌ات باید به خوبی شناسایی و تنظیم شوند تا بتوان به نحو احسن از آنها استفاده نمود. این موارد فرآیندهایی است که به واسطه درمان هیجان‌مدار صورت می‌پذیرد و به زوجین در شناسایی و به‌کارگیری مطلوب هیجان‌ات و در نتیجه، بازیابی موقعیت اجتماعی ادراک شده کمک می‌کند (گرینبرگ و پویو، ۱۹۹۷؛ به نقل از شهر، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر، تبیین اثربخشی زوج درمانگری هیجان‌مدار بر بهبود وضعیت حمایت اجتماعی ادراک شده از رهگذر دلبستگی امکان‌پذیر است. از دیدگاه درمان هیجان‌مدار، رابطه سالم یک پیوند دلبستگی ایمن می‌باشد. چنین پیوندی با در دسترس بودن و پاسخ-گویی هیجانی متقابل زوجین مشخص می‌شود. زوج درمانگری هیجان‌مدار به واسطه ایجاد و بهبود این پیوند ایمن، محیطی امن ایجاد می‌کند که توانایی همسران را برای تنظیم هیجان‌ات، پردازش اطلاعات، حل مسئله، از بین بردن ناهماهنگی‌ها و برقراری ارتباط شفاف افزایش می‌دهد. در حالت دلبستگی ایمن، زوجین می‌توانند آزادانه به آشفتگی‌های خود اقرار نموده و برای حمایت، به شکلی به سوی همسر و دیگران روی آورند که باعث پاسخ‌دهی آنها شوند.

همچنین این رویکرد درمانی به زوجین کمک می‌کند تا تعاملات آرامش‌بخش میان خودشان را افزایش دهند و همچنین بر نحوه ایجاد نوعی مشارکت هیجانی تمرکز کنند. از این طریق، فرآیند تغییر در درمان هیجان‌مدار یکی از قدم‌های سازنده به سوی مشارکت هیجانی ایمن است تا بدین وسیله همسران بتوانند به یکدیگر آرامش و اطمینانی دوباره ببخشند و حمایت بیشتری را تجربه نمایند (گورمن، ۱۹۹۵؛ ترجمه امانی، مجذوبی و سپهری فر، ۱۳۹۳).

علاوه بر این، در رابطه با بهبود وضعیت حمایت اجتماعی ادراک شده در زوجین پس از مداخله هیجان‌مدار، می‌توان اشاره کرد که در اثر مداخله، زوجین نابارور می‌آموزند که هیجان‌ات همسر خود را درک کنند، با او از هیجان‌ات مثبت و منفی خود صحبت کنند و مستمع خوبی برای وی باشند. این امر گام مهمی در جهت بهبود ارتباط زوجین با یکدیگر و همچنین بهبود ارتباط اجتماعی زوج با خانواده‌های اصلی و اطرافیان خواهد بود و در نتیجه، میزان بالاتری از حمایت اجتماعی ادراک شده را به دنبال خواهد داشت.

در رابطه با اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس تنهایی زوجین نابارور، باید به این نکته توجه داشت که از اهداف اولیه رویکرد هیجان‌مدار، تغییر سبک دلبستگی نایمن به دلبستگی ایمن

پزشکی برای زوجین نابارور باشد تا با آموزش های مناسب در جهت ارتقاء سلامت روانی آنها برای کنار آمدن با شرایط دشوار ناشی از ناباروری گام بردارند.

منابع

- اردشیری، مهرانگیز (۱۳۹۴). تبیین نقش سرسختی روانشناختی و سبک دلبستگی در پیش بینی امید به بقای زندگی زناشویی زوجین نابارور و مقایسه متغیرهای آن در زنان و مردان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.
- جانسون، سوزان (۲۰۰۴). زوج درمانی هیجان مدار، درمان گام به گام جراحات های عاطفی. ترجمه بیتا حسینی (۱۳۹۳). چاپ دوم. تهران: انتشارات جنگل.
- جناآبادی، حسین و سابق، فرامرز (۱۳۹۲). رابطه حمایت اجتماعی با احساس غربت دانشجویان جدیدالورود. مجله دانشگاه علوم پزشکی زابل، ۵ (۴)، ۳۳-۴۱.
- حبیب زاده، سیده طیبه؛ حاتمی، محمد و حسینی، جعفر (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای نظم جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار. فصلنامه علوم روانشناختی، ۱۴ (۵۶)، ۵۳۸-۵۱۷.
- دادی پور، سکینه؛ سیاحی، یسری؛ علوی، آذین؛ نقوی، کیمیا و صفری مرادآبادی، علی (۱۳۹۴). بکارگیری الگوی پرسید در بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان یائسه شهر بندرعباس. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۱ (۲۳)، ۸۴-۹۳.
- داود وندی، مریم؛ نوابی نژاد، شکوه و فرزاد، ولی اله (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی هیجان محور بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوج ها. فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۵ (۱)، ۳۹-۵۶.
- رجبی، غلامرضا؛ امیری اصل، ژیلا و جلوداری، آرش (۱۳۹۶). ارزیابی پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس انگ ناباروری (ISS) در زنان نابارور. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۲۵ (۴)، ۱۱۳-۱۰۴.
- صیادپور، زهره و صیادپور، مژگان (۱۳۹۵). مقایسه رضایت زناشویی، اضطراب و جرأت ورزی در زنان بارور و نابارور. فصلنامه علوم روانشناختی، ۱۵ (۶۰)، ۵۴۶-۵۳۲.
- صیادی معصومه؛ شاه حسینی تازیکن، سعید؛ مدنی، یاسر و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۶). اثربخشی زوج درمانی هیجان-مدار بر تعهد زناشویی و دلزدگی زناشویی در زوجین نابارور. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۴ (۳)، ۲۶-۳۷.

می باشد. تماس هیجانی از طریق در دسترس بودن و پاسخ گویی ایجاد می شود. این پیوند و دلبستگی ایمن پاسخ گوی نیازهای درونی فرد به امنیت، حمایت و تماس می باشد. در روابط زناشویی ایمن هریک از زوج ها در شرایط تنش آور از قبیل ناباروری، اطمینان دارد که همسرش در دسترس است و حمایت هیجانی مناسب را برای یکدیگر فراهم می کنند و به نیازهای هیجانی یکدیگر پاسخ می دهند و در نتیجه، احساس تنهایی کمتری را در رابطه عاطفی خود تجربه خواهند کرد.

همچنین، لازم به ذکر است که نظریه پردازان دلبستگی معتقدند که انکار و محدود کردن نیازها، مشکلات فراوانی به دنبال دارد. بنابراین، در زوج درمانگری هیجان مدار وقتی زوجین در فضایی ایمن به ابراز نیازهای دلبستگی خود می پردازند، این امر سبب شکل گیری پیوند دلبستگی عمیق میان زوج ها می شود و صمیمت و رضایت زناشویی آنها افزایش و احساس تنهایی آنان کاهش می یابد.

از سوی دیگر، مطرح کردن مسائل در گروه در کنار افرادی مشابه خود و دریافت دلگرمی از یکدیگر در فرآیند کنار آمدن با مشکلات زندگی باعث می شود که احساس تنهایی زوجین 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 می شود که این احساس در زوجین شکل بگیرد که مورد توجه قرار گرفته و درک شده اند و در نتیجه، از میزان احساس تنهایی آنان کاسته می شود و صمیمیت بیشتری نسبت به اعضای گروه به وجود می آید.

به طور کلی، این پژوهش نشان داد مداخله مبتنی بر زوج درمانگری هیجان مدار بر افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و کاهش احساس تنهایی زوجین نابارور مؤثر است. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به استفاده از ابزار خود گزارشی برای سنجش اشاره کرد. علاوه بر این، پژوهش به صورت گروهی انجام گرفت. بنابراین، در تعمیم نتایج آن به صورت فردی باید احتیاط نمود. در پایان پیشنهاد می شود این پژوهش در جوامع دیگر با فرهنگ های مختلف اجرا گردد. همچنین، بررسی تحقیقات پیگیری با اهداف بررسی ماندگاری نتایج مداخله و مقایسه روش های مختلف بر اساس نتایج بلندمدت بر غنای کار می افزاید.

امید است یافته های این تحقیق راهنما و یاری دهنده مشاوران خانواده و روان درمانگران در مراکز درمان ناباروری و درمان های

- between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Social science & medicine*, 56(10), 2165-2180.
- Shahar, B. (2014). Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: An overview of the model and a case description. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(6), 536-547.
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Lafontaine, M. F., Burgess Moser, M., Dalglish, 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.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30-41.
- کرمانی، زهرا (۱۳۸۸). بررسی نقش امید در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی با افکار خودکشی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه شهید بهشتی.
- گورمن، آلن اس (۱۹۹۵). راهنمای بالینی زوج درمانی. ترجمه رزیتا امانی، محمد رضا مجذوبی و صالح سپهری فر (۱۳۹۳). انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.
- مطیعی، گلاره؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ چوبساز، فرزانه و شقاقی، فرهاد (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان نابارور. فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۵ (۳)، ۸۵-۹۸.
- نجفی، مریم؛ سلیمانی، علی اکبر؛ احمدی، خدابخش؛ جاویدی، نصیرالدین؛ حسینی کامکار، الناز و پیرجاوید، فاطمه (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار (EFT) بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقای سلامت جسمی و روانشناختی زوجین نابارور. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*. ۱۷ (۱۳۳)، ۲۱-۸.
- Ditomaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99-119.
- Ditomaso, E., Brannen-McNulty, C., Ross, L., & Burgess, M. (2003). Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and individual differences*, 35(2), 303-312.
- Faghih, S., & Kazemi, H. (2019). Effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy on the Control of Infertile Couples' Emotions. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 29(3), 31-36.
- Ferreira, M., Antunes, L., Duarte, J., & Chaves, C. (2014). Influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (171), 96 – 103.
- Girard, A., & Woolley, S. R. (2017). Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. *Journal of sex & marital therapy*, 43(8), 720-735.
- Gülaçtı, F. (2010). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 3844-3849.
- Jacobson, H. T. B. (2003). *Religious devotion and the psychosocial sequelae of infertility* (Doctoral dissertation, ProQuest Dissertations & Theses).
- Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.
- Kelly, S., Bhagwat, R., Maynigo, P., & Moses, E. (2014). *Couple and marital therapy: The complement and expansion provided by multicultural*. Approaches.
- Loftus, J., & Namaste, P. (2011). Expectant Mothers: Women's Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood. *Qualitative Sociology Review*, 7(1).
- Mindes, E. J., Ingram, K. M., Kliever, W., & James, C. A. (2003). Longitudinal analyses of the relationship