

## Comparison of the Effectiveness of Combined Behavioral and Emotion-Oriented Couple Therapy on Health (Infertility Self-Efficacy Component) of Infertile Couples

### ARTICLE INFO

#### Article Type

Analytical Review

#### Authors

Fatemeh Vazirnia<sup>1</sup>,  
Javad Karimi <sup>\*2</sup>,  
Kourosh Goodarzi<sup>3</sup>,  
Masoud Sadeghi<sup>4</sup>

#### How to cite this article

Vazirnia F, Karimi J, Goodarzi K, Sadeghi M. Comparison of the Effectiveness of Combined Behavioral and Emotion-Oriented Couple Therapy on Health (Infertility Self-Efficacy Component) of Infertile Couples. *Islamic Life Style*. 2021; 5(2):38-49

1. PhD Student, Counseling Department, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran. (Corresponding Author).

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

#### \* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: dr.karimi10@yahoo.com

#### Article History

Received: 2020/10/12

Accepted: 2021/11/25

### ABSTRACT

**Purpose:** The aim of this study was to compare the effectiveness of integrated behavioral couple therapy and emotional couple therapy on health (infertility self-efficacy component) of infertile couples in Ahvaz within the framework of a complementary experimental design with multiple baseline design.

**Materials and Methods:** The statistical population of the study consisted of all infertile couples referred to Ahvaz infertility centers in 1398 in 498 families, which were selected by purposive non-random sampling method and selected in two groups (3 couples under combined behavioral therapy and 3 couples under Emotional couple therapy) were replaced by simple randomization. Subjects completed the Infertility Self-Efficacy Questionnaire (Cousinio, 2006). Infertile couples in the experimental group underwent the combined behavioral couple therapy intervention of Jacobsen and Christensen (1998) in 12 sessions of 120 minutes in 5 weeks and emotional couple therapy of Greenberger and Johnson (1988) in 10 sessions of 90 minutes in 4 weeks. Then, the effectiveness of the treatments was assessed using observation and repetition of infertility self-efficacy questionnaires. The research data were analyzed using graph analysis, reliable change index (RCI) and significance using the recovery percentage formula.

**Findings:** The results showed that integrated behavioral couple therapy and emotional couple therapy increased the health (infertility self-efficacy component) of infertile couples.

**Conclusion:** According to the findings, it can be concluded that both integrated behavioral couple therapy approaches and emotional couple therapy have improved health (infertility self-efficacy component) in infertile couples, although no difference can be found in their effects.

**Keywords:** Integrated Behavioral Couples, Emotional Couples Therapy, Self-Efficacy, Infertility, Infertile Couples.

## مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و هیجان‌مدار بر سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری)

### زوجین نابارور

فاطمه وزیرنیا<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد

اسلامی، بروجرد، ایران

جواد کریمی<sup>۲\*</sup>

استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران. (نویسنده مسئول).

کوروش گودرزی<sup>۳</sup>

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی،

بروجرد، ایران

مسعود صادقی<sup>۴</sup>

استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) زوجین نابارور در شهر اهواز در چارچوب یک طرح آزمایش تک-موردی با طرح خط پایه چندگانه انجام گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** جامعه آماری پژوهش را تمام زوجین نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری اهواز در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۴۹۸ خانواده تشکیل دادند که با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدف-مند، ۶ زوج انتخاب و در دو گروه (۳ زوج تحت زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و ۳ زوج تحت زوج‌درمانی هیجان‌مدار) به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. آزمودنی‌ها پرسش‌نامه خودکارآمدی ناباروری (کوسینیو، ۲۰۰۶) را تکمیل کردند. زوجین نابارور در گروه آزمایش تحت مداخله زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی جاکوبسن و کریستینسن (۱۹۹۸) در ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در ۵ هفته و زوج‌درمانی هیجان‌مدار گرینبرگر و جانسون (۱۹۸۸) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته قرار گرفتند. سپس، اثربخشی درمان‌ها با استفاده از مشاهده و تکرار پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی ناباروری انجام گرفت. داده‌های پژوهش با روش تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا (RCI) و معناداری با استفاده از فرمول درصد بهبودی انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) زوجین نابارور شده است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که هر دو رویکرد زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار منجر به بهبود سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) در زوجین نابارور شده‌اند، اگرچه نمی‌توان تفاوتی در میزان اثرات آن‌ها یافت کرد.

**کلید واژه‌ها:** زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی، زوج‌درمانی هیجان‌مدار، خودکارآمدی، ناباروری، زوجین نابارور

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۰۵

\*نویسنده مسئول: dr.karimi10@yahoo.com

### مقدمه

از جمله معضلات زوجین در زندگی زناشویی پدیده ناباروری است، وجود ناباروری پیش‌آمدی بر ضعف در بهزیستی روان‌شناختی و عامل بروز مشکلات مختلفی همچون، افسردگی، استرس ناباروری یا استقلال منفی، پذیرش خود و ارتباطات غیر مؤثر با همسر را در پی دارد. زوجین نابارور ممکن است از مشکلات هیجانی مختلفی که عمده آن ناکارآمدی هیجانی است، رنج ببرند (۱). حال یکی از خصوصیات روان‌شناختی که می‌تواند در خصوص زوجین نابارور بنا بر دلایل و شرایط آن‌ها مطرح شود، خودکارآمدی ناباروری<sup>۱</sup> و سلامت است. در واقع خودکارآمدی در ناباروری یکی از سازه‌های اختصاصی این اختلال در زوجین است و وجود خودکارآمدی در افزایش بهداشت باروری مهم است. نظریه خودکارآمدی نشان می‌دهد که افراد با خودکارآمدی بالا از تسلط بیشتری بر محیط و برخورد با شرایط دشوار و اهداف چالش‌آفرین دارند (۲). آنان این اطمینان را دارند که داشتن استقامت و به‌کار بردن راه‌حلهایی در مواجهه با مشکلات می‌تواند به تقویت خودکارآمدی آنان بیانجامد (۳). باورهای خودکارآمدی نفوذ شرایط استرس‌زا را می‌کاهد و عاملی مرتبط با کاهش استرس و عواطف منفی است. از این‌رو خودکارآمدی یک ویژگی حیاتی برای مقابله با چالش ناباروری است و باید قبل و در حین درمان ناباروری اندازه‌گیری شود (۴).

خودکارآمدی در خصوص زوجین نابارور پیش‌تر مورد بررسی قرار گرفته است و آثار وجود خودکارآمدی کاملاً مشهود هستند. به‌طوری که پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که خودکارآمدی در زنان نابارور به دلیل عزت‌نفس پایین (۵، ۶)، استرس زیاد (۷)، ذهن آگاهی و هوش هیجانی کم (۸)، بهزیستی روان‌شناختی پایین (۹)، سلامت روان پایین (۱۰) به شدت کاهش می‌یابد. از این‌رو درمان‌هایی که بتواند خودکارآمدی و سلامت را افزایش دهد با مسائلی چون عزت‌نفس، استرس، ذهن آگاهی، هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان کاملاً مرتبط است.

خصوصیت روان‌شناختی مطرح‌شده می‌تواند در بروز آسیب‌های ثانویه ناباروری نقش داشته باشند و نیاز به درمان دارند، بنابراین یکی از رویکردهای زوج‌درمانی که می‌تواند در خصوص آثار منفی این خصوصیات روان‌شناختی بکاهد، رویکرد زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی<sup>۲</sup> است (۱۱، ۱۲). زوج‌درمانی راهی است برای حل کردن مشکلات و کشمکش‌های زوجینی که توانایی حل مشکلات خود را ندارند. زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی یک نوع درمان بر اساس پذیرش عاطفی با رها کردن احساسات آسیب‌پذیر است که احساس هم‌دلی را در آزمودنی پرورش می‌دهد، منجر به تغییر رفتار شده و نشان می‌دهد که مشکلات زوجین بر اساس تفاوت نیز بلکه به‌واسطه واکنش نشان دادن به تفاوت‌های اجتناب‌ناپذیر و تلاش برای حذف آن‌ها صورت می‌گیرد (۱۳). از این‌رو رویکرد زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی با پذیرش تفاوت‌ها به کاهش مشکلات زناشویی و آسیب‌های ناشی از ناباروری در زوجین می‌تواند مؤثر واقع شود (۱۴).

### 1 Infertility Self-Efficacy

### 2 Integrative-Behavior Couple Therapy

ازدواج؛ (۴) داشتن حداقل تحصیلات دیپلم؛ (۵) حضور هر دو همسر در جلسات زوج‌درمانی؛ و معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: (۱) رضایت کم نسبت به زوج‌درمانی؛ (۲) نداشتن شرایط کلی اجرای زوج‌درمانی؛ (۳) دریافت یکی از زوج‌درمانی‌های این پژوهش قبل از اجرای پژوهش؛ (۴) دارا بودن اختلال جدی پزشکی هم‌زمان که در جریان پژوهش اختلال ایجاد کند؛ (۵) عدم همکاری و عدم حضور در دو جلسه پایایی و عدم پاسخ به سوالات پرسشنامه.

ابزار اصلی مورد استفاده در این پژوهش، آزمون خودکارآمدی ناباروری است که تحقیقات مختلف داخلی و خارجی اعتبار و پایایی این آزمون را مورد سنجش قرار داده و تأیید نموده‌اند. پرسش‌نامه خودکارآمدی ناباروری در سال ۲۰۰۶ توسط کوسیسنیو و همکاران برای ارزیابی ادراک افراد نابارور از توانایی‌هایشان در استفاده از قابلیت‌های رفتاری، هیجانی و شناختی در رویارویی با تشخیص و درمان طبی ناباروری طراحی شد (۲۳). این ابزار یک مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرتی از اصلاً مطمئن نیستم = ۱، تا کاملاً مطمئن هستم = ۹ با ۱۶ گویه است. در ترجمه فارسی، مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از اصلاً مطمئن نیستم = ۵ تا کاملاً مطمئن هستم = ۱ لحاظ شد. پایایی و اعتبار درونی از طریق آلفای کرونباخ از سوی کوسیسنیو و همکاران برابر ۰/۹۴ محاسبه شد (۲۳). گایاردو و همکاران، آلفای کرونباخ را ۰/۹۶ محاسبه و در پژوهش خود رویایی و پایایی نسخه پرتقالی آن را مناسب گزارش کردند (۲۴).

در یک بازه زمانی دو ماهه، بعد از مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر و مشخص کردن زوجینی که ملاک‌های ورود را دارند، ۱ زوج ۶ زوج (بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه) هر گروه ۳ زوج تحت زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر، گمارده شدند. برای اجرای روش درمانی ابتدا زوج اول در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و در هر مرحله خط پایه تمام ابزارهای پژوهش بر روی زوج اول اجرا شد. زوج اول دو بار، زوج دوم سه بار و زوج سوم، چهار بار مورد سنجش قرار گرفتند. سپس، درمان به مدت ۱۱ جلسه ۱۸ دقیقه‌ای برای گروه زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان که در جدول ۱ به‌طور خلاصه شرح داده شده است و ۱۱ جلسه ۱۸ دقیقه‌ای برای گروه زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی که در جدول ۲ به‌طور خلاصه شرح داده شده است، به ترتیب بر اساس بسته‌های درمانی (۲۵، ۲۶)، اجرا شد. برای کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه در جلسه دوم زوج اول، زوج دوم در هر دو گروه وارد طرح درمان شدند و به همین ترتیب در جلسه سوم زوج اول و جلسه دوم زوج دوم، طرح درمان در مورد زوج سوم در هر دو گروه آغاز شد و بلافاصله پس از اتمام درمان تکمیل خواهند شد. همه پرسش‌نامه‌ها به‌منظور پی‌گیری دو ماه پس از درمان بین آزمودنی‌ها توزیع و مورد ارزیابی دوباره قرار گرفتند. هر دو روش درمانی توسط یک نفر مشاور (دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره) که دوره‌های مقدماتی تربیت درمانگر خانواده و زوج‌درمانی پروتکل ۱۲ جلسه‌ای آموزش زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی تلفیقی رفتاری را تحت نظارت متخصصان سازمان نظام مشاوره با گواهی معتبر گذرانیده بود، از تاریخ ۱۱ مرداد ۳۰ لغایت ۱۱ آذر ۳۳ در مرکز مشاوره مهرآوران اهواز

پژوهش‌های مختلفی در خصوص درمان رفتاری تلفیقی انجام شده است و آثار متفاوتی را در زندگی زوجین داشته است که می‌توان به مواردی چون: افزایش باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق (۱۵)، کاهش دیسترس ارتباطی، مشکلات روانی (۱۶)، افزایش کیفیت زندگی (۱۷)، افزایش رضایت زناشویی، درمان تصمیم‌گیری زوجین (۵)، بهبود تعهد زناشویی (۱۸)، و حل تعارض زنان قربانی خشونت همسر (۱۹) اشاره نمود.

علاوه بر این رویکرد، زوج‌درمانی هیجان‌مدار نیز می‌تواند در خصوص زوجین نابارور کاربرد داشته باشد. رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار در واقع یک درمان کوتاه‌مدت ۸ تا ۲۰ جلسه‌ای با رویکرد ساختار یافته است که در آن درمان زوج‌های دارای اختلالات زناشویی برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ توسط سوزان جانسون و لس گرینبرگ در قالب زوج‌درمانی هیجان‌مدار اجرا شد (۲۰). این رویکرد بر درمان مبتنی بر تجربه و بر الگوهای ارتباطی مثبت و منفی در زمینه دوست داشتن زوجین استوار است. این روش درمان زوجی معمولاً بر روی زوجین اجرا شده که یکی از آن‌ها یا هر دو، از یکی از مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی، اعتیاد، اختلال استرس پس از سانحه و بیماری‌های مزمن رنج می‌برند (۲۱). با در نظر گرفتن اینکه زوجین نابارور نیاز به حذف ضعف‌ها و آسیب‌های روانی دارند و البته تقویت خصوصیات روان‌شناختی مثبت نیز در این زمینه بسیار مؤثر جلوه می‌کند، اما رویکرد خاصی در زمینه زوجین نابارور در بین پژوهش‌های داخل کشور و خارج از آن مشاهده نشد که بتواند سطوح اثرات درمانی را در زمینه زوج‌درمانی بسنجد، همین موضوع نشان می‌دهد که در زمینه درمان زوجین نابارور چون رویکردهای زوج‌درمانی نقص‌هایی وجود دارد که نیازمند مرتفع شدن هستند، رویکردهای زوج‌درمانی که تاکنون در خصوص زوجین عادی اجرا شده‌اند، شاید نتوانند پاسخ‌گوی مناسبی برای درمان زوجین نابارور باشند. از این رو دو رویکرد زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و هیجان‌مدار ممکن است دارای اثرات مثبتی در خصوص کاهش مشکلات زوجین نابارور باشند. ولی درک تفاوت‌های اثربخشی آن‌ها فقط پس از اجرای آن‌ها قابل شناسایی است، با توجه به این موضوع، هدف اجرای پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) زوجین نابارور است.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع طرح‌های پژوهشی تک‌آزمودنی است و از طرح A-B با پی‌گیری استفاده شده است. در این‌گونه طرح‌ها، آزمودنی‌ها می‌توانند از ۱ تا ۲۰ نفر باشند (۲۲). جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زوجین نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر اهواز در سال ۱۳۹۷ و به تعداد ۴۹۸ زوج است که پس از اخذ کد اخلاق از کمیته علوم پزشکی دانشگاه آزاد واحد لرستان از جامعه آماری ۶ زوج (در دو گروه آزمایش) با استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: (۱) کسب رضایت نسبت به درمان؛ (۲) در دسترس بودن، در صورت نیاز به آزمون مجدد؛ (۳) شرط گذشتن حداقل ۴ سال از مدت

اجرا شد. در این پژوهش، برای تحلیل داده‌ها از معناداری بالینی استفاده شده است. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌شود (۲۲). دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معنای بالینی عبارت‌اند از رویکرد شاخص تغییر پایا<sup>۱</sup> و رویکرد مقایسه هنجاری<sup>۲</sup>. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری<sup>۳</sup> یا تحلیل نمودار گرافیکی<sup>۴</sup>، بهبود تشخیصی<sup>۵</sup> استفاده شده است. زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی: این درمان توسط کریستنسن و جاکوبسن بر اساس زوج‌درمانی رفتاری سنتی پایه‌گذاری شده است (۲۷) و بر پذیرش هیجانی "تأکید می‌کند. IBCT نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر بافت است که به زوجها کمک می‌کند تا رضایت‌مندی و سازگاری‌شان افزایش یابد (۲۸).

- 
1. Reliable Change Index
  2. Normativ Comparisons
  3. Visual Inspection
  4. Graphic Analysis
  5. Diagnostic Improvement



جدول ۱. خلاصه جلسات زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی		محتوی جلسات هدف-تکالیف	
با نظر زوجین	هدف: بحث روی الگوهای تعاملی، مداخلاتی برای جلوگیری، قطع کردن، جهت‌دهی دوباره و یا محدود کردن تعاملات مشکل‌ساز تکالیف: خلاصه کردن پیام‌های زوج دیگر، تمرکز بر تجارب اینجا و اکنونی، ارتباط زوجین با یکدیگر از طریق درمانگر	هدف: معارفه، خلاصه اطلاعات دموگرافیک، چشم‌انداز زوج‌درمانی، بیان اصول جلسات درمان. تکالیف: ارائه شکایت، بیان اهداف و مسائل مرتبط، بحث در مورد جذابیت‌های اولیه	جلسه معرفی اولیه
	هدف: جلسه مداخلات مبتنی بر هیجان (با هدف الحاق همدلانه) تکالیف: شناسایی هیجان‌های اولیه، افشای هیجان‌ها، ایفای نقش جهت ابراز هیجانات، تمرکز بر روی احساسات بجای افکار، همدلی با احساسات همدیگر	هدف: برگزاری جلسات فردی با زوجین، بیان اصول رازداری، فرا رفتن از مشکلات فعلی بر اساس مقیاس‌ها و مصاحبه اول، بررسی مسائل مربوط به خشونت و تعهد، بررسی تاریخچه خانواده اصلی، بررسی تاریخچه ارتباط، اجرای پیش‌آزمون تکالیف: تکمیل پرسشنامه‌ها و بحث در مورد حساسیت‌های عاطفی و استرس‌های خارجی، بیان دیدگاه راجع تعهد و ادامه رابطه	جلسه دوم
	هدف: مداخلات مبتنی بر رفتار (با هدف تغییر رفتار) تکالیف: اجرای دوباره تعاملات در جلسه، مبادله رفتار، تمرین مهارت‌های ارتباطی	هدف: ارائه بازخورد به زوجین، ارائه چشم‌انداز و فرمول‌بندی مشکلات، مشخص کردن موضوعات و زمینه‌های مشکل‌ساز عمده (اعتماد افسردگی، استرس پس از سانحه و ...)، مشخص کردن نقاط قوت رابطه تکالیف: مطالعه بروشورهای تهیه شده در خصوص افسردگی، <b>PTST</b> ، بحث بر سر دیدگاه و فرمول‌بندی درمانگر و همخوانی آن	جلسه بازخورد و فرمول‌بندی
	هدف: مداخلات مربوط به ایجاد تحمل تکالیف: تمرین رفتارهای منفی، لیست کردن اقداماتی برای خود مراقبتی		
	هدف: مجمع بندی، کمک به زوج برای کنار آمدن با عوامل فشارزا، اجرای پس‌آزمون تکالیف: بحث در مورد دستاوردهای درمان و تصمیم راجع آینده، تکمیل پس‌آزمون		

زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر مرکزیت هیجان در آشفتگی‌های زناشویی و زوج‌درمانی تأکید می‌کند (۲۶).

پذیرش مسئولیت موقعیت و نقش خود در رابطه توسط زوج‌ها که در اینجا هر یک از زوجین به کمک درمانگر، خود و دیگری را آن‌گونه که هستند تجربه می‌کنند.	ششم
تغییر الگوی تعاملی و بازسازی تعاملات، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها و ایجاد درگیری هیجانی بین زوج‌ها و تسهیل پاسخ به درخواست‌های طرف مقابل.	هفتم
تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی، هر یک از زوج‌ها، پرورش محیط امن و خلق اعتماد، کاهش مشکلات و موضوعات قدیمی که اکنون در پرتو پایه امن ایجاد شده در جلسه میسر شده است.	هشتم
شناسایی و حمایت از الگوهای تعاملی سالم، مرور تغییرات ایجاد شده در رابطه توسط زوج‌ها و خاتمه درمان.	نهم
اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات، حفظ تغییر تعاملات در آینده، تعیین تفاوت بین الگوی تعاملی منفی گذشته در جلسات اولیه و اکنون، حفظ درگیری هیجانی به‌منظور ادامه پیوند بین آن‌ها.	دهم

زوج‌درمانی هیجان‌مدار مدل درمانی EFCT رویکرد نسبتاً مختصر، با ساختار برای درمان زوج‌ها است و برای اجرا در ۱۰ جلسه طراحی شده است (۲۹).

جدول ۲. شرح جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار		
مرحله	جلسات	شرح جلسات درمانی
اول		ایجاد همدلی با زوج‌ها، ایجاد اتحاد درمانی بین زوج و درمانگر در مورد اهداف درمانی و چگونگی اجرای درمان؛ درک چگونگی شکل‌گیری رابطه فعلی و آنچه زوج‌ها را برای درمان برانگیخته است؛
دوم		ارزیابی تاریخیچه دل‌بستگی و صمیمیت مراجعان و فرضیه‌سازی درباره آسیب‌پذیری و موضوعات دل‌بستگی نهفته هر یک از زوج‌ها در رابطه؛
سوم		دستیابی به هیجان‌های شناخته شده نهفته در موقعیت‌های تعاملی و شناسایی احساسات اولیه و ثانویه هر یک از زوج‌ها.
چهارم		تشدید تجربه هیجانی، افزایش تمایل به درگیری و رویارویی هیجانی،
پنجم		افزایش شناسایی نیازها و جنبه‌هایی از خود که انکار شده و به‌عبارت‌دیگر کمک به زوج‌ها برای افزایش آگاهی، درگیر شدن با هم و پذیرش مالکیت آسیب‌پذیری‌ها.

اخلاق پژوهش

در این پژوهش تلاش بر آن بوده که مسایل اخلاقی پژوهش، هم‌چون رازداری در مورد اطلاعات خانواده‌های بازسازی شده رعایت شود و اطمینان داده شده است که همکاری آن‌ها با محقق هیچ‌گونه مخاطره‌ای برای روند زندگی آن‌ها نداشته باشد. سعی بر این بوده که اصول اخلاقی مربوط به عنوانین که به جمع‌آوری اطلاعات انجامیده است، رعایت شود. در نوشتار این پژوهش سعی شده از اصول اخلاقی تقدم فهم کامل قبل از نقد محققان پیشین و تحقیقات انجام شده آن‌ها بهره گرفته شود.

## یافته‌ها

در گروه رفتاری-تلفیقی دو نفر دیپلم و سه نفر دانش‌آموختگی دانشگاهی داشتند. ۴ نفر کارمند و ۲ نفر خانه‌دار بودند. میانگین سنی و طول مدت ازدواج آن‌ها به ترتیب ۳۴ و ۸/۶ داشتند. در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار دو نفر دیپلم و سه نفر دانش‌آموختگی دانشگاهی داشتند. ۳ نفر کارمند و ۳ نفر خانه‌دار بودند. میانگین سنی و طول مدت ازدواج آن‌ها به ترتیب ۳۳/۱۶ و

جدول ۳. روند تغییر مراحل درمان سه زوج ناباروری گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی در مقیاس سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری)

گروه‌های درمانی	زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی		
	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
مراحل درمانی	خط پایه		
خط پایه اول	۴۵,۵	۴۱	۳۶
خط پایه دوم	۴۵,۵	۳۹,۵	۳۵,۵
خط پایه سوم	-	۳۹	۳۷
خط پایه چهارم	-	-	۳۸
میانگین مراحل	۴۵,۵	۳۹,۸	۳۶,۶
درمان			
جلسه اول	۵۶	۵۱	۵۰
جلسه سوم	۵۷	۵۳	۵۹
جلسه ششم	۵۱	۵۶	۵۸
جلسه هشتم	۶۸	۶۰	۵۵
جلسه دهم	۶۲	۵۵	۵۲
میانگین مراحل	۵۸,۸	۵۵	۵۴,۸
شاخص پایا (درمان)	۲,۰۳	۲,۱۸	۲,۴۲
درصد بهبود پس از درمان	۲۹,۲۳	۳۸,۰۷	۴۹,۶۲
درصد بهبود کلی پس از درمان	۳۹,۰۴		
پیگیری			
پی‌گیری نوبت اول	۵۹	۶۲	۵۹
پی‌گیری نوبت دوم	۶۱	۶۱	۵۸
میانگین مرحله پی‌گیری	۶۰	۶۱,۵	۵۸,۵
شاخص تغییر پایا (پی‌گیری)	۲,۱۳	۲,۶۹	۲,۷
درصد بهبود پس از پی‌گیری	۳۱,۸۶	۵۴,۵۲	۵۹,۸۳
درصد بهبود کلی پس از پی‌گیری	۴۸,۷۴		

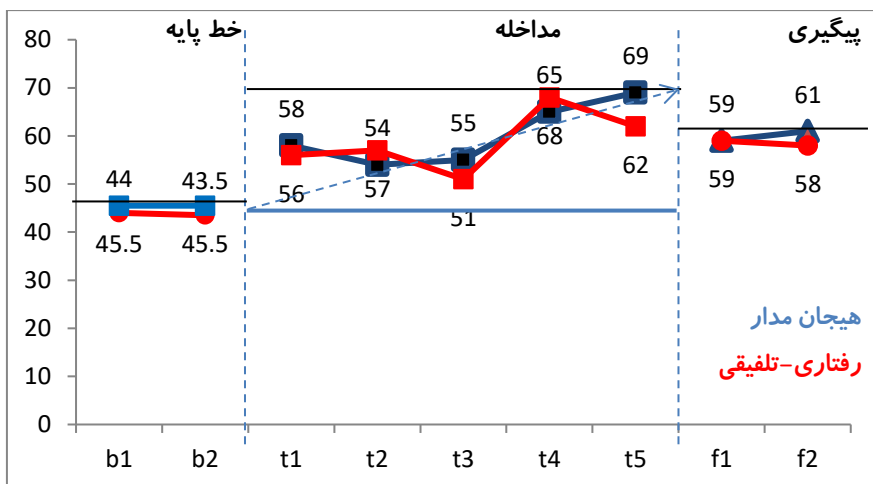
۸/۳۳ بود.

جدول ۳ و ۴ نمره‌های شش زوج در مقیاس خودکارآمدی ناباروری را در مرحله خط پایه، مرحله درمان و مرحله پی‌گیری (مرحله خط پایه دو تا چهار بار، در مرحله مداخله پنج بار و در مرحله پی‌گیری دو بار) همراه با شاخص پایا و درصد بهبودی را بر حسب مراحل مختلف درمان و روش‌های درمانی دوگانه (زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار) نشان می‌دهد.

جدول ۴. روند تغییر مراحل درمان سه زوج ناباروری گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار در مقیاس سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری)

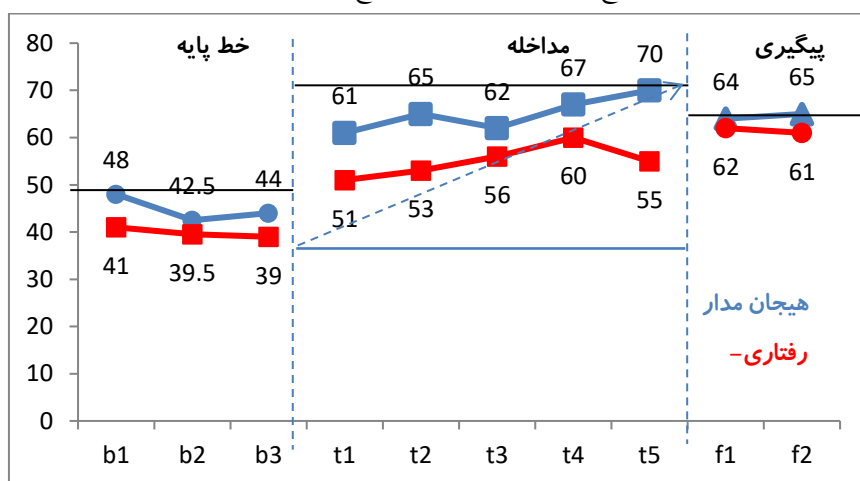
گروه‌های درمانی	زوج‌درمانی هیجان‌مدار		
	زوج اول	زوج دوم	زوج سوم
مراحل درمانی	خط پایه		
خط پایه اول	۴۴	۴۸	۴۱
خط پایه دوم	۴۳,۵	۴۲,۵	۳۸,۵
خط پایه سوم	-	۴۴	۴۱
خط پایه چهارم	-	-	۴۰,۵
میانگین مراحل	۴۳,۷۵	۴۴,۸۳	۴۰,۲۵
درمان			
جلسه اول	۵۸	۶۱	۵۴
جلسه سوم	۵۴	۶۵	۵۵
جلسه ششم	۵۵	۶۲	۵۹
جلسه نهم	۶۵	۶۷	۶۰
جلسه دوازدهم	۶۹	۷۰	۶۲
میانگین مراحل	۶۰,۲	۶۵	۵۸
شاخص پایا (درمان)	۲,۲۸	۲,۵۷	۲,۳۸
درصد بهبود پس از درمان	۳۷,۶	۴۴,۹۹	۴۴,۰۹
درصد بهبود کلی پس از درمان	۴۲,۲۳		
پیگیری			
پی‌گیری نوبت اول	۵۹	۶۴	۶۲
پی‌گیری نوبت دوم	۵۸	۶۵	۶۱
میانگین مرحله پی‌گیری	۵۸,۵	۶۴,۵	۶۱,۵
شاخص تغییر پایا (پی‌گیری)	۲,۱۵	۲,۵۳	۲,۶۵
درصد بهبود پس از پی‌گیری	۳۳,۷۱	۴۳,۸۷	۵۲,۷۹
درصد بهبود کلی پس از پی‌گیری	۴۳,۴۶		

برای مقایسه بهتر یافته‌های گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار نمره‌های مقیاس سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) بر روی نمودار ۱ تا ۳ نشان داده شده است.



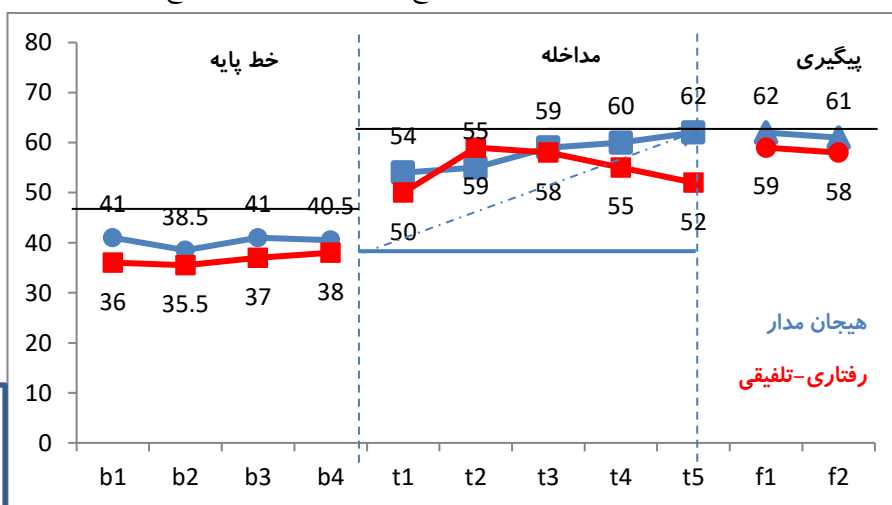
نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های دو زوج اول در مقیاس سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری شش زوج

گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های دو زوج دوم در مقیاس سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری شش زوج

گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار



نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های دو زوج سوم در مقیاس سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری شش زوج

گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار

— میانگین و سطح تغییرات:  
 — خط پیش بین روند تغییرات:  
 - - - خط پیش بین سطح تغییرات:

جدول ۱ نشان می‌دهد که زوج‌های اول، دوم و سوم تحت زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی در مرحله مداخله به ترتیب: ۲۹,۲۳٪؛ ۳۸,۰۷٪؛ ۴۹,۶۲٪ بهبود و به‌طور متوسط ۳۹,۰۴٪ بهبودی داشتند. میزان بهبودی پس از پی‌گیری برای زوج اول، دوم و سوم در گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی به ترتیب: ۳۱,۸۶٪؛ ۵۴,۵۲٪؛ ۵۹,۸۳٪ و به‌طور کلی ۴۸,۷۴٪ بود. نمودار ۱ تا ۳ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست آمده از تأثیر رویکرد زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی بر افزایش خودکارآمدی ناباروری در زوج‌های اول، دوم و سوم در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری را نشان می‌دهد. این نمودار روند تغییر نمره‌های متغیر خودکارآمدی ناباروری در مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی را نشان می‌دهد.

همچنین با توجه به این‌که مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست‌آمده زوج‌های اول، دوم و سوم به ترتیب در مرحله پس از درمان ۲,۰۳، ۲,۱۸ و ۲,۴۲ و در مرحله پی‌گیری ۲,۱۳، ۲,۶۹ و ۲,۷ به‌دست‌آمده است، این دو مقادیر در سطح آماری  $P < 0.05$  معنادار هستند؛ یعنی قدر مطلق این دو عدد کمتر از ۱/۹۶ است. در این پژوهش، شاخص تغییر پایا برای هر سه زوج اول هم در دوره درمان و هم در پی‌گیری در متغیر خودکارآمدی ناباروری بیشتر از ۱,۹۶ و بیانگر معنادار بودن اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی بر افزایش سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که زوج‌های اول، دوم و سوم تحت زوج‌درمانی هیجان‌مدار در مرحله مداخله به ترتیب: ۲۹,۲۳٪؛ ۳۸,۰۷٪؛ ۴۹,۶۲٪ بهبودی و به‌طور متوسط ۳۹,۰۴٪ بهبودی داشتند. میزان بهبودی پس از پی‌گیری برای زوج اول، دوم و سوم در گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی به ترتیب: ۳۱,۸۶٪؛ ۵۴,۵۲٪؛ ۵۹,۸۳٪ و به‌طور کلی ۴۸,۷۴٪ بود. نمودار ۱ تا ۳ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست آمده از تأثیر رویکرد زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی بر افزایش سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) در زوج‌های اول، دوم و سوم در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری را نشان می‌دهد. این نمودار روند تغییر نمره‌های متغیر خودکارآمدی ناباروری در مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی را نشان می‌دهد. در این نمودار، قرار داده‌های ترسیم در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارند که بیانگر اثربخشی معنادار زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی بر افزایش خودکارآمدی ناباروری و سلامت در زوجین نابارور است. همچنین با توجه به این‌که مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست‌آمده زوج‌های اول، دوم و سوم به‌ترتیب در مرحله پس از درمان ۲,۰۳، ۲,۱۸ و ۲,۴۲ و در مرحله پی‌گیری ۲,۱۳، ۲,۶۹ و ۲,۷ به‌دست‌آمده است، این دو مقادیر در سطح آماری  $P < 0.05$  معنادار هستند؛ یعنی قدر مطلق این دو عدد کمتر از ۱/۹۶ است. در این پژوهش، شاخص تغییر پایا برای هر سه زوج اول هم در دوره درمان و هم در پی‌گیری در متغیر خودکارآمدی ناباروری بیشتر از ۱,۹۶ و بیانگر معنادار بودن اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی بر افزایش سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که زوج‌های اول، دوم و سوم تحت زوج‌درمانی هیجان‌مدار در مرحله مداخله به ترتیب: ۳۷,۶٪؛ ۴۴,۹۹٪؛ ۴۴,۰۹٪ بهبودی و به‌طور متوسط ۴۲,۲۳٪ بهبودی داشتند. میزان بهبودی پس از پی‌گیری برای زوج اول، دوم و سوم در گروه زوج‌درمانی هیجان‌مدار به ترتیب: ۳۱,۸۶٪؛ ۵۴,۵۲٪؛ ۵۹,۸۳٪ و به‌طور کلی ۴۸,۷۴٪ بود. نمودار ۱ تا ۳ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست آمده از تأثیر رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افزایش خودکارآمدی ناباروری و سلامت در زوج‌های اول، دوم و سوم در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری را نشان می‌دهد. این نمودار روند تغییر نمره‌های متغیر خودکارآمدی ناباروری در مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی را نشان می‌دهد. خودکارآمدی ناباروری و سلامت در زوج‌های اول، دوم و سوم در خطوط پایه خیلی پایین (مرز ۳۸,۵)، در جلسات مشاوره شیب صعودی داشته است (مرز ۷۰) که این روند در جلسات پی‌گیری ادامه داشته (مرز ۶۵) و بیانگر تأثیرات و موفقیت درمانی است. در این نمودار، ۷ نقطه از ۹ نقطه داده‌های ترسیم در زیر خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارند که بیانگر اثربخشی معنادار زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افزایش خودکارآمدی ناباروری و سلامت در زوجین نابارور است.

همچنین، با توجه به این‌که مقدار شاخص تغییر پایا به‌دست‌آمده زوج‌های اول، دوم و سوم به‌ترتیب در مرحله پس از درمان ۲,۰۳، ۲,۱۸ و ۲,۴۲ و در مرحله پی‌گیری ۲,۱۳، ۲,۶۹ و ۲,۷ به‌دست‌آمده است؛ که در این پژوهش شاخص تغییر پایا برای هر سه زوج دوم هم در دوره درمان و هم در پی‌گیری در متغیر خودکارآمدی ناباروری بیشتر از ۱,۹۶ و بیانگر معنادار بودن اثربخشی رویکرد زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر افزایش سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) است.

### نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) زوجین نابارور بود. نتایج پژوهش نشان‌دهنده اثربخش بودن هر دو مداخله زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر بهبود سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) در زوجین نابارور شهر اهواز بود. در مطالعه حاضر نشان داده شد که آزمودنی‌ها تحت تأثیر مداخله‌های انجام شده تغییرات زیادی در خصوص متغیر خودکارآمدی ناباروری را تجربه کردند. همان‌گونه که در جداول ۱ و ۲ نشان داده شد، میزان بهبودی در سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) برای هر دو گروه زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و هیجان‌مدار به ترتیب سطح بهبودی ۳۹,۰۴٪ و ۴۲,۲۳٪ بود که میزان اثر هیجان‌مدار بیشتر از زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی شد و این میزان بهبودی پس از دو ماه پی‌گیری ۴۸,۷۴٪ و ۴۳,۴۶٪ بود که سطح تغییرات در پی‌گیری برای زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی بیشتر بود و می‌توان از آن به‌عنوان مداخله مؤثرتر در بعد از دوره جلسات زوج‌درمانی یاد کرد.

زوج‌های تحت زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی نسبت به زوج‌درمانی هیجان‌مدار در دوره مداخلات بهبودی کمتری داشتند. اما، در دوره پی‌گیری میزان تغییرات متغیر وابسته در زوج‌های گروه زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی افزایش بیشتری داشت. در مطالعه حاضر، همانند مطالعه (۳۰) نشان داده شد که سطح خودکارآمدی ناباروری و سلامت زوجین نابارور افزایش یافته است. همچنین با نتایج مطالعاتی که اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی را بر زوجین نابارور انجام داده‌اند و نشان داده‌اند زوج‌درمانی منجر به بهبود در کیفیت زندگی زوجین (۳۱)، کنترل هیجان‌ات (۳۲)، تعهد زناشویی (۳۳)، رضایت جنسی (۳۴)، و کاهش تعارضات زناشویی (۳۵) شده است تا حدودی همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان این‌طور بیان کرد که از هر دو زوج‌درمانی‌های مورد استفاده منجر به بهبود خودکارآمدی ناباروری در زوجین نابارور شده‌اند، هر یک از مداخلات در یکی از مراحل برتری خود را نسبت به دیگر مداخله تأیید کردند.

زوجین ناباروری اتحاد همدلانه‌ای در خصوص ناباروری خود ندارند و نمی‌توانند این واقعیت را بپذیرند که بهبود اتحاد همدلانه نقش مؤثری بر رفتارهای زوجی آن‌ها در این خصوص خواهد داشت (۳۶، ۳۷). یکی از درمان‌های مورد استفاده در این پژوهش زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی است که در آن هدف پذیرش هیجانی میزان زوجین است که چهار شیوه گسترده را مورد استفاده قرار می‌دهد، ابتدا اتحاد همدلانه است که زوجین را در خصوص ناباروری و نیاز به همکاری در رفع این مشکل یاری و آگاهی می‌دهد. از نظر این تکنیک زوجین می‌بایست افکار و احساسات خود را نسبت به مشکل خود مطرح کنند و افکاری که پاسخ‌های تدافعی، غیر پذیرشی و یا نامعتبر را فرا می‌خواند یا رفتارهای منفی باید به‌عنوان تفاوت‌های عادی بین افراد دیده شود و بروز ناباروری نباید به‌عنوان معضل اساسی در نظر گرفته شود و زوجین را برای ادامه زندگی زناشویی منصرف کند (۳۸).

همچنین در این تکنیک زوجین هر دو مسئول روبه‌رو شدن با مشکلات هستند و از برخورد یکپارچه با مشکل بهره ببرند. این پدیده که کناره‌گیری یکپارچه نامیده می‌شود به زوجین کمک می‌کند تا در مورد مشکلاتشان حرف بزنند تا اینکه بخواهند خود را مستقیماً درگیر این مشکلات کنند (۳۹). تغییرات ایجاد شده به‌وسیله آموزش مهارت ارتباطی و حل مسأله نسبت به تغییرات ایجاد شده توسط تبادل رفتاری کندتر اما ماندگارتر است. انتظار می‌رود که تبادل رفتاری و آموزش مهارت ارتباطی و حل مسأله در کنار یکدیگر تأثیرات مثبت و پایداری را داشته باشند. با تکنیک رفتاری-تلفیقی زوجین یاد می‌گیرند که رفتار خود را نسبت به مشکلات بهبود بخشند و زمانی که بهبود رفتار صورت گیرد، مراجعین قادر به تغییر احساسات نامناسبشان هستند و توانایی تغییر رفتار در ارتباطات بین‌فردی و موقعیت‌هایی برای تغییر برای فرد مشکل‌زاست را خواهند داشت و ناسازگاری‌های زناشویی در زوجین نابارور کاهش می‌یابد و می‌تواند سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) را تجربه کنند (۴۰).

با وجود این تکنیک، زوجین می‌آموزند در صورت بروز رفتارهای پسامشکل که در خصوص این گروه از زوجین مشکل ناباروری احتمال بروز مشکلات کوچک‌تر را مداوم‌تر می‌نمود را کاهش می‌داد و زوجین را ترغیب می‌کرد که افکار ناخوشایندی که طی دوره درمان ناباروری باعث آشفتگی و ناراحتی می‌شوند را کنار گذاشته و نادیده بگیرند. زیرا، این افکار گذرا بوده و در موقعیت‌های پس از درمان وجود نخواهند داشت؛ البته اگر درمان نشوند، می‌توانند به‌عنوان پایه ثابت زندگی زوجین نابارور در آینده نیز قلمداد شوند (۴۱).

در دوره ناباروری زوجین با مسائلی همچون: افکار ناخوشایند ناشی از طی درمان، خلق منفی، معنای تجربه ناباروری، اثرات هورمونی ناشی از معالجه ناباروری، دلسردی ناشی از رد درمان، پذیرش ناباروری ناشی از شکست درمان، تمرکز بر کنترل احساسات نسبت به ناباروری، احساس ناخوشایند در برخورد با افراد بارور همه عواملی هستند که به ضعف خودکارآمدی ناباروری زوجین نابارور کمک کرده‌اند؛ اما درمان هیجان‌مدار با تقویت هیجان‌ات مثبت در برخورد با موقعیت‌هایی که ترویج-کننده ناباروری هستند، زوجین را به سمت گذرا بودن این مشکل سوق داده و آن‌ها را در مسیر مثبت زندگی نگه می‌دارد.

زوجین نابارور دارای مشکلات دل‌بستگی و بروز هیجان‌ات مثبت هستند، در خلال جلسات زوجین نابارور یاد می‌گیرند که نیازهای دل‌بستگی و جنبه‌هایی که آن‌ها را نادیده گرفته‌اند را بشناسند و اطمینان و آرامش ناشی از این شناخت را دریافت کنند (۲۳). کمک به زوجین برای اشتراک‌گذاری تجارب هیجانی مثبت با همسر خود. این موضوعات کمک می‌کند تا زوجین سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) بیشتری را از طریق دریافت نگرش مثبت و هیجان‌ات مثبت داشته باشند.

به‌طور کلی چنین نتیجه‌گیری می‌شود که زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی-رفتاری و زوج‌درمانی هیجان‌مدار هر دو درمانی‌های مناسبی بر بهبود سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) در زوجین نابارور هستند و می‌توانند قدرت تعاملات زوجین در مصاف با پدیده ناباروری را در دوره درمان ناباروری افزایش دهند.

این تحقیق با محدودیت‌هایی مواجه بود که ضعف آموزش‌پذیری نمونه‌ها به‌دلیل وفور نمونه‌هایی با سواد پایین که منجر به وقفه در آموزش‌ها می‌شد. قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج که بیشتر به خانواده‌های نابارور قابل تعمیم است. یکی از محدودیت‌ها، پژوهش کم در خصوص خودکارآمدی ناباروری و اثر رویکردهای این پژوهش بر آن بود که قابلیت تعمیمی نتایج به مطالعات پیشین را محدود می‌کرد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش زوج‌درمان‌گران و درمان‌گران ناباروری و مشاوران می‌توانند با آموزش زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی و زوج‌درمانی هیجان‌مدار در جهت افزایش سلامت (مؤلفه خودکارآمدی ناباروری) زوجین نابارور اقدام نمایند.

## References

1. Grunberg P, Miner S, Zelkowitz P. Infertility and perceived stress: the role of identity concern in treatment-seeking men and women. *Human Fertility*. 2020;1-11.
2. Bashtian MH, Khadivzadeh T, Aval SB, Esmaily H. Evaluation of acupressure effects on self-efficacy and pregnancy rate in infertile women under in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection treatment: A randomized controlled trial. *Journal of education and health promotion*. 2018;7.
3. Altiparmak S, Derya YA. The effects of fertility-supporting health training on healthy lifestyle behaviors and infertility self-efficacy in infertile women: A quasi-experimental study. *European Journal of Integrative Medicine*. 2018;20:146-53.
4. Ebrahimifar M, Hosseinian S, Safariyan Tosi Mr, Abedi Mr. Psychometric properties of the Persian version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Pejouhesh dar Pezeshki (Research in Medicine)*. 2018;42(2):100-5.
5. Zare E, Bahrami N, Soleimani MA. Comparison of self-esteem in fertile and infertile women. *Iran Journal of Nursing*. 2014.
6. Moghaddam Tabrizi F, Feizbakhsh N. Self-esteem, self-efficacy and treatment outcome in infertile women undergoing in vitro fertilization referring to Urmia infertility center, 2014. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2015;13(6):535-43.
7. Ebrahimifar M, Hosseinian S, Tosi MRS, Abedi MR. Psychometric properties of the Persian version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Research in Medicine*. 2018;42(2):100-5.
8. Heidari P, Latifnejad R. Relationship between psychosocial factors and marital satisfaction in infertile women. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2010;14(1):26-32.
9. Mazaheri M, Bahramian S. Predication Of psychological well-being based on the positive and negative affection and coping self-efficacy. *Positive psychology research*. 2016;1(4):13.
10. Hosseini M, Neisi A, Davodi I, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Zargar Y. The effectiveness of holistic-oriented psychological intervention on psychological health and pregnancy rate of unexplained infertile women undergoing IVF. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;25(1):59-74.
11. Dimidjian S, Martell CR, Christensen A. Integrative behavioral couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*. 2008:73-103.
12. Gurman AS, Lebow JL, Snyder DK. *Clinical handbook of couple therapy*: Guilford Publications; 2015.
13. Roddy MK, Nowlan KM, Doss BD, Christensen A. Integrative behavioral couple therapy: Theoretical background, empirical research, and dissemination. *Family process*. 2016;55(3):408-22.
14. Kirby JS, Lataillade JJ. *Cognitive behavioral couple therapy*. Clinical handbook of couple therapy New York, NY: Guilford Publications. 2015.
15. Barraca J. *Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) as a third-wave therapy*. 2015.
16. Fischer MS, Baucom DH, Cohen MJ. Cognitive-behavioral couple therapies: Review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions. *Family Process*. 2016;55(3):423-42.
17. Moradi O, Chardouli S. The survey of Effectiveness of couple therapy combining cognitive-behavioral with structural on aspects life's quality of couples divorced. *journal of counseling research*. 2016;15(57):24-40.
18. Karimian N, Zarei E, Mohammadi K, Christensen A. *Integrative treatments, Sex and Couple Therapy: study and*

- comparison of the effectiveness of integrative behavioral couple therapy and redecision therapy in improvement of marital commitment of competing couples. 2017.
19. Soudani M, Dastan N, KHojaste MR, Rajabi GR. Comparing the effectiveness of narrative couple therapy and integrative behavior couple therapy on conflict solving tactics of female victims of violence. *Sociology of women (journal of woman and society)*. 2015;6(3):23.
20. Dalglish TL, Johnson SM, Burgess Moser M, Wiebe SA, Tasca GA. Predicting key change events in emotionally focused couple therapy. *Journal of marital and family therapy*. 2015;41(3):260-75.
21. Hardy NR, Fisher AR. Attachment versus differentiation: The contemporary couple therapy debate. *Family process*. 2018;57(2):557-71.
22. Agha-Mohammadi S, Kajbaf M-B, Neshat-Dost H-T, Abedi A, Kazemi Z, Sadeghi S. Effectiveness of Self-Efficacy Training on Social Relationships in Runaway Girls: A Single-Subject Research. *Journal of Clinical Psychology*. 2011;3(2):79-89.
23. Cousineau TM, Green TC, Corsini EA, Barnard T, Seibring AR, Domar AD. Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertility and sterility*. 2006;85(6):1684-96.
24. Galharido A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Measuring Self-Efficacy to Deal With Infertility: Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Version of the Infertility Self-Efficacy Scale. 2013.
25. Cordova JV, Jacobson NS, Christensen A. Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: impact on couples in session communication. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1998;24(4):437-55.
26. Greenberg LS, Johnson SM. *Emotionally focused therapy for couples*: Guilford Press; 1988.
27. Jacobson N, Christensen A, Babcock J. *Integrative behavioral couple therapy*: Norton; 1996.
28. Doss BD, Thum YM, Sevier M, Atkins DC, Christensen A. Improving relationships: mechanisms of change in couple therapy. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(4):624.
29. Johnson SM. *Leading to Change: The Challenge of the New Superintendency*. Jossey-Bass Education Series: ERIC; 1996.
30. Jamshidimanesh M, Alimanesh N, Behbodi Moghaddam Z, Haghani H. Effect of an Educational package on self-efficacy of infertile women. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2015;14(2):227-37.
31. Moore A, Rasmussen R, Sandberg J, Holt-Lunstad J, Carrell D, Straseski J, et al. Intensive lifestyle intervention including emotionally-focused couples therapy leads to more pregnancies and weight loss in obese infertile couples. *Fertility and Sterility*. 2016;106(3):e101.
32. Faghieh S, Kazemi H. Effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy on the Control of Infertile Couples' Emotions. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2019;29(3):31-6.
33. Sayadi M, Madani Y. Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Marital Commitment and Couple Burnout in Infertile Couples. *J Educ Community Health*. 2017;4(3):26-37.
34. Soleimani AA, Najafi M, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH, Mahboubi M. The effectiveness of emotionally focused couples therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile couples with marital conflicts. *International journal of fertility & sterility*. 2015;9(3):393.

35. Najafi M, Soleimani AA, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH. The effectiveness of emotionally focused therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *International journal of fertility & sterility*. 2015;9(2):238.
36. Niazi E, Mami S, Ahmadi V. Comparison of the Efficacy of the Integrative Behavioral Couple Therapy and Rational-Emotive Behavior Therapy on the Communication Beliefs among Maladjustment Couples. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9(0):14.
37. Cox SJ, Glazebrook C, Sheard C, Ndukwe G, Oates M. Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. *Fertility and sterility*. 2006;85(1):84-9.
38. Christensen A, Glynn S. Integrative behavioral couple therapy. 2019.
39. Pasch LA, Sullivan KT. Stress and coping in couples facing infertility. *Current opinion in psychology*. 2017;13:131-5.
40. Vernon A. Cognitive and rational-emotive behavior therapy with couples: Theory and practice: Springer Science & Business Media; 2012.
41. Pasch LA, Christensen A. Couples facing fertility problems. 2000.