مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۲، شهریور ۱۴۰۲، ۶۱۶-۵۹۷

مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار با واقعیت‌درمانی بر افزایش سازگاری، صمیمیت زناشویی و عملکرد جنسی زنان نابارور: یک مطالعه نیمه‌تجربی

فریبا حبیب‌اللهی نجف‌آبادی[۱]، محمد زارع نیستانک[۲]

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۱/۱۲/۲۱ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۲/۰۴/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری بحران سخت زندگی است که از نظر روان‌شناختی تهدید کننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است و سازگاری، صمیمیت و عملکرد جنسی زوجین در معرض آسیب قرار می‌گیرد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با واقعیت‌درمانی بر افزایش سازگاری، صمیمیت زناشویی و عملکرد جنسی زنان نابارور بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. تعداد ۴۵ نفر از زنان نابارور استان اصفهان در سال ۱۴۰۱ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های ۱۵ نفره درمان هیجان‌مدار، واقعیت درمانی و کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش به‌ترتیب در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار درمان هیجان‌مدار و ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار واقعیت درمانی دریافت کردند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های سازگاری زناشویی Spanier و عملکرد جنسی Rosenhan و صمیمیت Walker استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آنالیز کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، هر دو روش درمانی تأثیر معنی‌داری بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی زنان نابارور داشته است ($P<۰/۰۰۱$). هم‌چنین، درمان هیجان‌مدار نسبت به واقعیت‌درمانی تأثیر بیشتری بر متغیرهای پژوهش داشته است ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد علاوه بر درمان هیجان مدار، واقعیت درمانی نیز بر افزایش سازگاری، صمیمیت زناشویی و عملکرد جنسی زنان نابارور اثر داشته است. بنابراین، متخصصان سلامت می‌توانند از دو روش مذکور برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: درمان هیجان‌مدار، واقعیت‌درمانی، صمیمیت، عملکرد جنسی، سازگاری زناشویی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران
تلفن: ۰۳۱-۴۲۶۲۱۳۵۵، دورنگار: ۰۳۱-۴۲۶۲۱۳۵۵، پست الکترونیکی: Zarehneyestananak@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

مقدمه

ناباروری (Infertility) یک بحران زیستی-روانی-اجتماعی است که سلامت روانی زوج‌های نابارور را تهدید می‌کند [۱]. ناباروری به صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یک تا دو سال نزدیکی جنسی محافظت نشده، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی تعریف می‌شود [۲]. ناباوری در بین زنان عاملی است که تعادل روانی را برهم زده و روابط بین فردی و زناشویی را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهد. در واقع عاملی است که زمینه را برای پایین آمدن میزان صمیمیت و رضایت زناشویی زوجین فراهم می‌کند [۳]. در پژوهشی زنان نابارور ناخرسند از روابط جنسی بوده، واکنش هیجانی منفی نسبت به موضوع رابطه جنسی داشته و رضایت زناشویی کمی گزارش دادند [۴].

یکی از مداخلاتی که در ایجاد صمیمیت، سازگاری و ابراز وجود می‌توان از آن استفاده کرد، واقعیت‌درمانی (Reality therapy) است. از نظر Glasser، مشکلات و آسیب‌های زندگی زناشویی ناشی از تلاش هر یک از زوجین برای به کنترل درآوردن دیگری به منظور ارضاء نیازها و خواسته‌های خود است [۵]. هدف واقعیت‌درمانی کاهش کنترل بیرونی و رشد کنترل درونی در زوجین است، هدف آن است که زوجین نیاز به همسر را در خود کاهش دهند و بیشتر به کنترل خود بپردازند، یعنی به جای سر در به کنترل در آوردن همسر، سعی در به کنترل در آوردن رفتار خود داشته باشند. به علاوه، هر یک از آن‌ها رفتارهای خود را مورد ارزیابی قرار دهند که تا چه اندازه می‌تواند زندگی زناشویی آن‌ها را تقویت و مستحکم سازد [۶].

نظریه انتخاب رویکردی آموزشی برای ارتقاء روابط زوج‌ها و هدف آن کمک به زوج‌ها برای آگاهی از واقعیت و مسئولیت خودشان، کاوش رفتار مثبت و مخرب خود، گسترش همدلی و صمیمیت و رشد ارتباط مؤثر و مهارت‌های حل مسأله است. نتایج پژوهش Badakhshan و همکاران نشان می‌دهد واقعیت‌درمانی بر کارکردهای خانوادگی زنان دارای تعارضات زناشویی اثربخشی دارد [۷]. Alirezaee و همکاران در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که اثربخشی واقعیت درمانی را بر نشانگان تنیدگی در زنان دارای تعارض زناشویی مثبت و دارای اثر ماندگار است [۸].

از دیگر مداخلاتی که می‌تواند نقش مهمی در خودآگاهی و عزت نفس جنسی، افزایش عملکرد جنسی و کاهش تعارضات زناشویی و عواطف منفی زوجین داشته باشد، درمان هیجان‌مدار (Emotionally focused couple therapy) Jonson و Greenberg است. این درمان به عنوان یک رویکرد ساختاری تجربی در فعالیت‌های روان درمانی معاصر مطرح شده است. مسأله اصلی درمان متمرکز بر هیجان این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد و اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان شناختی می‌شود [۹]. Wiebe و Johnson معتقدند زوج درمانی هیجان‌مدار به علت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان گام به گام برای زوج‌ها، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها داشته و احتمال عود در آن به شدت کمتر است [۱۰]. این رویکرد به نقش مهم هیجانات و ارتباطات در سازمان‌دهی الگوهای ارتباطی و هیجانات اشاره دارد [۱۱]. رویکرد هیجانی به روابط زناشویی در کنار رویکرد رفتاری، بیشترین خطوط پژوهشی را به خود اختصاص داده است [۱۲]. Burgess Moser و همکاران دریافتند درمان هیجان‌مدار بر تعهد زناشویی مؤثر است [۱۳]. Weissman و همکاران نشان دادند زوجینی که تحت درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند از رضایت جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و سطح پایین‌تر اضطراب و افسردگی برخوردار بودند [۱۴].

از آن‌جا که محور اصلی رویکرد هیجان‌مدار، بر هیجان متمرکز است و رویکرد واقعیت‌درمانی بر شناخت نیازها و مسئولیت‌پذیری و عدم کنترل‌گری متمرکز است، مقایسه بین این دو از این جهت مؤثر و کاربردی خواهد بود که می‌تواند برتری و نقش هیجان و شناخت را در مشکلات زوجین ایرانی به طور دقیق‌تری بیان نماید. لذا با توجه به نکات گفته شده و اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی زنان نابارور انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام شد. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.1401.264 در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان ثبت شده است. جامعه پژوهش تمامی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری استان اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود.

ملاک‌های ورودی شامل سن ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم باروری بدون استفاده از روش‌های پیش‌گیری از حاملگی در ۳ سال گذشته، عدم سازگاری زناشویی بر اساس مصاحبه بالینی و دارا بودن اختلال عملکرد جنسی بر اساس پرسش‌نامه عملکرد جنسی، تحصیلات دیپلم و بالاتر و ملاک‌های خروج شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند مداخله بود. پژوهش با اخذ رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان و محرمانه ماندن اطلاعات ایشان صورت گرفت. به این ترتیب پژوهش‌گر (روان‌شناس) از بین مراجعه‌کنندگان ۴۵ نفر را به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب که به صورت تصادفی با قرعه‌کشی، ۱۵ نفر در گروه هیجان‌مدار، ۱۵ نفر در گروه واقعیت‌درمانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

برای تعیین حجم نمونه، با استفاده از نرم افزار G*Power نسخه ۳/۱ حجم نمونه محاسبه شد. به این منظور، ابتداء نوع آزمون آماری مناسب مشخص گردید (با توجه به نوع مطالعه، آنالیز کوواریانس در نظر گرفته شد)، هم‌چنین نوع فرضیه به صورت دوطرفه (دو دامنه) قرار گرفت. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۹ درصد، اندازه اثر ۰/۴ و توان آماری ۰/۹۸، ۱۵ نفر در هر گروه به دست آمد.

شرکت‌کنندگان قبل از شروع مداخلات، پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند که به عنوان نمرات پیش‌آزمون در

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

نظر گرفته شد. تکمیل پرسش‌نامه به صورت خود گزارشی بوده است. سپس گروه‌های آزمایش هر کدام در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار درمان هیجان‌مدار و یا در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار واقعیت‌درمانی طی بازه زمانی ۲ ماهه صبح‌ها ساعت ۱۰ در یک مکان آرام (یکی از اتاق‌های مراکز ناباروری) که از نظر فیزیکی (نور و دما) شرایط مناسبی داشت، شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در این مدت و نیز پس از پایان پژوهش مداخله‌ای دریافت ننمود. پس از اتمام مداخلات، مجدداً ابزارهای پژوهش برای هر دو گروه اجرا شد و نمرات به دست آمده به عنوان نمرات پس‌آزمون در نظر گرفته شد. در این پژوهش ریزش نمونه‌ها وجود نداشت.

در پژوهش حاضر به منظور گردآوری اطلاعات علاوه بر پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی (سن افراد، مدت زمان ازدواج، سطح تحصیلات، شغل، مدت زمان ناباروری) از پرسش‌نامه‌ها و برنامه‌های درمانی تدوین شده زیر استفاده شد. مقیاس سازگاری زناشویی (Dyadic adjustment scale): این پرسش نامه ۳۲ سؤالی توسط Spanier طراحی شد و چهار مؤلفه شامل سازگاری و رضایت از زندگی زناشویی را با سؤال‌های ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۳۱؛ پیوستگی به زندگی مشترک را با سؤال‌های ۲۴ تا ۲۸؛ توافق در زندگی مشترک را با سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵؛ و تجلی و ابراز عواطف و احساس‌های زوجین در محیط خانواده را با سؤال‌های ۴، ۶، ۲۹ و ۳۰ می‌سنجد [۱۵]. حداکثر نمره در این پرسش‌نامه ۱۵۰ و حداقل آن صفر است. نمره پایین‌تر از ۱۰۰ سازگاری زناشویی کمتر و نمره بالاتر از ۱۰۰ سازگاری زناشویی بهتر را نشان می‌دهد [۱۵]. Spanier اعتبار مقیاس را بر اساس نمره کلی ۰/۹۶ و برای مقیاس‌های فرعی به ترتیب رضایت‌مندی دو نفره ۰/۹۴، توافق دو نفره ۰/۹۰، همبستگی دو نفره ۰/۸۱، و ابراز عواطف در روابط دو نفره ۰/۷۳، مشخص کرد [۱۵]، در ایران پایایی آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و میزان روایی هم‌زمان آن با پرسش‌نامه سازگاری زناشویی Locke Wallace برابر ۰/۹۰ گزارش کردند [۱۶]. در مطالعه حاضر، مقدار پایایی کل مقیاس برای پرسش‌نامه مذکور از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌ها در محدوده ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

شاخص عملکردی جنسی زنان (Female sexual function index): این شاخص توسط Rosen و همکارانش طراحی شد و با ۱۹ سؤال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایت مندی و درد جنسی می‌سنجد. برای سؤال‌های میل جنسی امتیاز ۵-۱ و برای سؤال‌های سایر حوزه‌ها ۵-۰ در نظر گرفته شده است. نمره صفر بیان‌گر آن است که فرد طی یک ماه گذشته هیچ‌گونه فعالیت جنسی نداشته است. در نهایت، جهت محاسبه نمره هر کدام از خرده مقیاس‌ها در ضریب عددی خاص ضرب می‌شود (میل جنسی در ۰/۶، تحریک جنسی و رطوبت مهبلی در ۰/۳، ارگاسم، درد هنگام مقاربت و رضایت‌مندی جنسی در ۰/۴). حداقل و حداکثر نمره برای خرده مقیاس‌ها به این صورت است: میل جنسی ۲-۱/۶ و سایر مقیاس‌ها ۶-۰، و حداقل نمره برای کل مقیاس ۲ و حداکثر نمره ۳۶ می‌باشد و در مجموع کسب نمره بیشتر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

نشان دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است. مطالعه Rosen و همکاران، روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه Rosen و همکاران، پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شد [۱۷]. هم‌چنین، تحقیقی که توسط Mohammadi و همکاران در سال ۱۳۸۳ در دانشگاه شاهد انجام شد، اعتبار و پایایی پرسش‌نامه را تأیید کردند. ضریب اعتبار کلی آزمون با دو روش تصنیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۰۷۸ و ۰/۰۷۵ برای خرده آزمون‌ها با روش تصنیف ۶۳ /۰ تا ۰/۰۷۵ و با روش بازآزمایی ۰/۰۷۰ تا ۸۱ /۰ گزارش شد [۱۸]. در مطالعه حاضر، مقدار پایایی پرسش‌نامه مذکور برای کل مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس‌ها در محدوده ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس صمیمیت زناشویی (Thompson intimacy scale): این مقیاس توسط Walker و Thompson ساخته شده و یک ابزار ۱۷ سؤالی است، نمره آزمودنی از طریق جمع نمرات سؤالات و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود که دامنه نمرات هر سؤال از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) تغییر می‌کند. به این صورت که هرگز ۱ نمره، بندرت ۲ نمره، گاهی ۳ نمره، اغلب ۴ نمره، اکثراً ۵ نمره، تقریباً همیشه ۶ نمره و همیشه ۷ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بالاتر نشانه بی‌آلایشی (صمیمیت) بیشتر است [۱۹] و سه خرده مقیاس شامل نزدیکی عاطفی با سؤالات ۱، ۲، ۱۰، ۱۴ و ۱۶؛ از خود گذشتگی با سؤالات ۶، ۷، ۱۱ و ۱۲؛ رضایت با سؤالات ۳، ۴، ۵، ۸، ۱۳، ۱۵ و ۱۷ را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه توسط Etamadi و همکاران برای تعیین میزان اعتبار مورد ارزیابی قرار گرفت [۲۰]. این مقیاس توسط Sanaei ترجمه شد [۲۱]. روایی محتوایی و صوری آن توسط ۱۵ نفر از اساتید مشاوره بررسی و پرسش‌نامه در مورد ۱۰۰ زن و شوهر در شهر اصفهان اجرا شد و ضریب پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد که حاکی از پایایی قابل قبول پرسش‌نامه است. محاسبه ضریب پایایی با حذف تک تک سؤال‌ها نیز نشان داد که حذف هیچ یک از سؤال‌ها تأثیر محسوسی در ضریب پایایی ندارد [۲۰]. در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه برای خرده مقیاس‌ها در محدوده ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ و برای کل پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

در جداول ۱ و ۲ به ترتیب خلاصه پروتکل آموزشی واقعیت درمانی و خلاصه پروتکل آموزشی درمان هیجان مدار به تفکیک جلسات آمده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

جدول ۱- خلاصه پروتکل آموزشی واقعیت درمانی به تفکیک جلسات [۲۲]

جلسات	محتوا
اول	مصاحبه اولیه، گرفتن پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با مفاهیم روان شناسایی کنترل درونی و بیرونی، بیان اهداف و قواعد گروه، معرفی دوره، طرح سؤالات اساسی، آموزش مفاهیم کنترل درونی و بیرونی انتخاب رفتار کلی بازخورد.
دوم	جلسه آموزش دنیای کیفی، شامل شناخت دنیای کیفی و عکس‌های درون آن، ارزیابی و سنجشدنیای کیفی خود، شناخت دنیای کیفی همسر و عکس‌های درون آن، چگونگی راهیابی به دنیای کیفی و درک آن.
سوم	جلسه آموزش هفت رفتار مهلک، شامل ارزیابی میل به کنترل دیگران توسط خود فرد، شناسایی و آموزش هفت عادت مهلک در زندگی به زوجین، و آموزش نقش هفت رفتار مهلک در زوجین
چهارم	آموزش هفت رفتار مهرورزی: شامل آموزش ویژگی‌های روابط دوستانه و فرق آن با روابط زناشویی شخص، و آموزش هفت رفتار مهرورزی به شخص و نقش آن دربهبود روابط زوجین ورسیدن به خواسته‌ها
پنجم	آموزش نیازهای اساسی، شامل آموزش پنج نیاز اساسی به اعضا، و کمک به درک پنج نیاز اساسی خود.
ششم	شناخت نیازهای اساس همسر، شامل ارزیابی سطح نیاز، ارزیابی نیازها، و آموزش تفاوت نیازها در زن و مرد.
هفتم	آموزش دایره حل، شامل آموزش دایره فرضی حل، تشکیل دایره فرضی حل مشکل.
هشتم	ارزیابی محتوای آموزش جلسات قبلی و اجرای پس آزمون. شامل مرور گاربرگ جلسه قبل، ارزیابی اعضاء در زمینه درک مفاهیم: انتخاب رفتارها، کنترل درونی و بیرونی، دنیای کیفی، نیازهای اساسی هفت رفتار مهرورزی و هفت رفتار مهلک، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری نهایی با کمک اعضاء و در نهایت ارائه پس‌آزمون

جدول ۲- خلاصه پروتکل آموزشی هیجان‌مدار به تفکیک جلسات [۲۳]

جلسات	محتوا
اول	معرفی، آشنایی با یگدیگر، سؤال کردن در مورد انگیزه و انتظار اعضاء از جلسات، ارائه تعریفی از هر کدام از مفاهیم هیجان، رضایت، ارتباط عاطفی، جنسی، الگوهای ارتباطی اولیه.
سوم	شناسایی احساسات، ابراز هیجانات، بیان احساسات خالص، حذف حواشی، تصدیق احساسات، تفاوت بین هیجان خالص و حواشی، مشاهده نحوه تعامل هر کدام از زوجین، کشف ترس‌ها و نا ایمنی‌های اساسی ارتباط زوجی، تجربه عواطف.
چهارم	روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، هماهنگی بین تشخیص درمانگر و زوج، پذیرش چرخه تعامل توسط زوج و افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، پذیرش هیجانات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی
پنجم	مشخص کردن ترس‌های ناشی از ارتباط، توضیح در مرد اضطراب و تأثیرات منفی بر روی بدن، توضیح در مورد مسری بودن اضطراب، ارتقاء روش‌های جدید تعامل، تمرکز روی خود نه دیگری، ابراز خواسته و آرزوها در حضور همسر و تعاریف مجدد دلبستگی.
ششم	گسترش پذیرش تجربه شده هر شریک توسط شریک دیگر، بازسازی تعاملات، تغییر رویدادها، نمادگذاری آرزوها به ویژه آرزوهای سرکوب شده.
هفتم	پاسخ به سؤالات زوجین، تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها برای ساخت مجدد تعاملات بر پایه ادراک جدید، بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب‌رسان و تسهیل راه حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی.
هشتم	تحکیم ایجاد شده فعلی، صحبت در مورد درگیری صمیمانه زوج، پذیرش وضعیت‌های جدید، ایجاد دلبستگی ایمن، ساختن داستانی شاد از رابطه، بررسی نقطه نظر مثبت و منفی اجرای طرح درمانی.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت. در قسمت جمعیت شناختی از فراوانی و درصد فراوانی و در قسمت آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در قسمت آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مآنکووا)، تحلیل کوواریانس یک‌متغیره در متن آنکووا، آزمون تعقیبی Bonferroni و آزمون مجذور کای استفاده شد. سطح معنی‌داری در آزمون ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در پژوهش حاضر ۴۵ نفر زنان نابارور مورد مطالعه قرار گرفتند. آزمون مجذور کای نشان داد که گروه‌های مداخله و کنترل از نظر سطح تحصیلات (P=۰/۹۸۵)، شغل (P=۰/۸۷۳)، سن (P=۰/۷۷۷)، مدت زمان ازدواج (P=۰/۸۶۸) و مدت زمان ناباروری (P=۰/۹۷۸) تفاوت معناداری نداشتند که این نشان دهنده آن است که گروه‌ها از نظر سطح تحصیلات، شغل، سن، مدت زمان ازدواج و مدت زمان ناباروری مشابه می‌باشند (جدول ۳).

نتایج

جدول ۳- برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری استان اصفهان در سال ۱۴۰۱ برحسب گروه‌های مورد بررسی

متغیرها	طبقات	گروه هیجان‌مدار (n=۱۵) (درصد) فراوانی	گروه واقعیت‌درمانی (n=۱۵) (درصد) فراوانی	گروه کنترل (n=۱۵) (درصد) فراوانی	مقدار P
سطح تحصیلات	دیپلم	۴ (۲۶/۶۷)	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳۳)	۰/۹۸۵
	فوق دیپلم	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)	۴ (۲۶/۶۷)	
	لیسانس	۴ (۲۶/۶۷)	۴ (۲۶/۶۷)	۳ (۲۰)	
	فوق لیسانس	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۳ (۲۰)	
شغل	آزاد	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳۳)	۰/۸۷۳
	کارمند	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	
	پاره وقت	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)	۳ (۲۰)	
سن	۲۰ تا ۲۷ سال	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶۷)	۰/۷۷۷
	۲۸ تا ۳۴ سال	۵ (۳۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	۶ (۴۰)	
	۳۵ تا ۴۰ سال	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	
مدت زمان ازدواج	۳ تا ۷ سال	۵ (۳۳/۳۳)	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶۷)	۰/۸۶۸
	۸ تا ۱۲ سال	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۴ (۲۶/۶۷)	
	۱۳ تا ۱۸ سال	۴ (۲۶/۶۷)	۵ (۳۳/۳۳)	۳ (۲۰)	
	۱۹ سال و بالاتر	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)	
مدت زمان زمان ناباروری	۱ تا ۳ سال	۱ (۶/۶۷)	۱ (۶/۶۷)	۱ (۶/۶۷)	۰/۹۷۸
	۴ تا ۵ سال	۲ (۱۳/۳۳)	۲ (۱۳/۳۳)	۱ (۶/۶۷)	
	۶ سال و بالاتر	۱۲ (۸۰)	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۶/۶۷)	

آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

با نگاهی به جدول ۴، می‌توان دریافت که میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایشی به مراتب بالاتر از میانگین نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون در گروه کنترل است.

جدول ٤- میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برحسب گروه‌های مورد بررسی در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری استان اصفهان در سال ١٤٠١

متغیر	مرحله	گروه هیجان‌مدار (n=۱۵)	گروه واقعیت‌درمانی (n=۱۵)	گروه کنترل (n=۱۵)
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
نمره رضایت	پیش‌آزمون	۶۶/۸۷ ± ۰/۷۴	۶۷/۱۳ ± ۰/۷۴	۶۷/۰۷ ± ۰/۸۰
	پس‌آزمون	۷۴/۷۳ ± ۲/۲۸	۷۲/۰۰ ± ۳/۲۹	۶۷/۲۰ ± ۰/۹۴
نمره همبستگی	پیش‌آزمون	۲۲/۴۰ ± ۰/۵۱	۲۲/۴۷ ± ۰/۵۲	۲۲/۴۷ ± ۰/۵۲
	پس‌آزمون	۲۵/۳۳ ± ۰/۸۲	۲۴/۲۰ ± ۰/۶۸	۲۲/۵۳ ± ۰/۶۴
نمره توافق	پیش‌آزمون	۱۰/۷۳ ± ۰/۷۰	۱۰/۷۳ ± ۰/۷۰	۱۰/۶۷ ± ۰/۷۲
	پس‌آزمون	۱۲/۶۷ ± ۰/۹۰	۱۲/۰۷ ± ۰/۸۸	۱۰/۷۳ ± ۰/۷۰
نمره ابراز محبت	پیش‌آزمون	۲۶/۲۰ ± ۰/۹۴	۲۶/۰۰ ± ۰/۸۴	۲۶/۲۰ ± ۰/۷۰
	پس‌آزمون	۲۸/۲۷ ± ۰/۸۸	۲۷/۴۰ ± ۰/۹۱	۲۶/۲۷ ± ۰/۷۷
نمره کل سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	۱۲۶/۲۰ ± ۱/۲۱	۱۲۶/۰۳ ± ۱/۳۴	۱۲۶/۴۰ ± ۱/۹۲
	پس‌آزمون	۱۴۱/۰۰ ± ۲/۷۰	۱۳۵/۶۷ ± ۳/۸۵	۱۲۶/۷۳ ± ۲/۱۲
نمره تحریک روانی	پیش‌آزمون	۲/۳۳ ± ۰/۴۹	۲/۴۰ ± ۰/۵۱	۲/۲۰ ± ۰/۴۲
	پس‌آزمون	۳/۶۷ ± ۰/۶۲	۳/۶۰ ± ۰/۶۳	۲/۲۷ ± ۰/۴۶
نمره ارگاسم	پیش‌آزمون	۳/۳۳ ± ۰/۴۹	۳/۴۷ ± ۰/۵۲	۳/۴۷ ± ۰/۵۳
	پس‌آزمون	۴/۵۳ ± ۰/۵۲	۴/۴۰ ± ۰/۶۳	۳/۵۳ ± ۰/۵۲
نمره رطوبت	پیش‌آزمون	۲/۴۰ ± ۰/۵۱	۲/۲۰ ± ۰/۴۱	۲/۲۷ ± ۰/۴۷
	پس‌آزمون	۴/۵۳ ± ۰/۵۲	۴/۰۰ ± ۰/۷۶	۲/۲۷ ± ۰/۴۶
نمره میل	پیش‌آزمون	۲/۳۳ ± ۰/۴۹	۲/۵۳ ± ۰/۵۲	۲/۴۰ ± ۰/۵۱
	پس‌آزمون	۴/۴۷ ± ۰/۵۲	۳/۸۰ ± ۰/۶۷	۲/۴۷ ± ۰/۵۲
نمره رضایت‌مندی	پیش‌آزمون	۲/۲۷ ± ۰/۴۶	۲/۴۰ ± ۰/۵۲	۲/۰۴ ± ۰/۵۱
	پس‌آزمون	۴/۵۳ ± ۰/۵۲	۴/۲۰ ± ۰/۶۷	۲/۴۷ ± ۰/۵۲
نمره درد جنسی	پیش‌آزمون	۲/۳۳ ± ۰/۴۹	۲/۴۷ ± ۰/۵۲	۲/۳۳ ± ۰/۴۹
	پس‌آزمون	۴/۵۳ ± ۰/۵۲	۳/۸۷ ± ۰/۷۴	۲/۴۷ ± ۰/۶۴
نمره کل عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۱۵/۰۰ ± ۰/۹۳	۱۵/۴۷ ± ۱/۸۱	۱۵/۰۷ ± ۱/۶۲
	پس‌آزمون	۲۶/۲۷ ± ۱/۴۹	۲۳/۸۷ ± ۲/۱۰	۱۵/۴۷ ± ۱/۸۱
نمره نزدیکی عاطفی	پیش‌آزمون	۸/۲۷ ± ۰/۸۸	۸/۳۳ ± ۰/۹۰	۸/۳۳ ± ۰/۸۲
	پس‌آزمون	۱۳/۲۰ ± ۰/۹۴	۱۰/۶۰ ± ۱/۵۹	۸/۴۰ ± ۰/۸۳
نمره از خود گذشتگی	پیش‌آزمون	۵/۱۳ ± ۰/۷۴	۵/۰۷ ± ۰/۷۰	۵/۰۷ ± ۰/۵۹
	پس‌آزمون	۱۰/۶۷ ± ۰/۷۲	۶/۴۷ ± ۰/۵۲	۵/۱۳ ± ۰/۶۴
نمره رضایت	پیش‌آزمون	۱۵/۰۷ ± ۰/۷۰	۱۴/۹۳ ± ۰/۷۰	۱۵/۰۰ ± ۰/۸۴
	پس‌آزمون	۲۰/۵۳ ± ۰/۵۲	۱۸/۹۳ ± ۱/۸۳	۱۵/۱۳ ± ۰/۹۰
نمره کل صمیمیت	پیش‌آزمون	۲۸/۴۷ ± ۱/۳۰	۲۸/۳۳ ± ۱/۱۱	۲۸/۴۰ ± ۱/۱۸
	پس‌آزمون	۴۴/۴۰ ± ۱/۱۸	۳۹/۰۰ ± ۲/۸۵	۲۸/۶۷ ± ۱/۵۰

برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون ناپارامتریک Kolmogorov-Smirnov استفاده شد. با توجه به نتایج آزمون، توزیع متغیرهای پژوهش در تمام مراحل مطالعه (پیش آزمون و پس آزمون) در گروه‌های مورد

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

بررسی دارای توزیع نرمال بودند (P>۰/۰۵). نتایج آزمون Levene نشان داد برای متغیرهای پژوهش، همگنی واریانس گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون با بررسی اثر تعاملی گروه و پیش آزمون برای متغیرهای سازگاری زناشویی (F=۰/۶۹۲، P=۰/۴۲۳)، عملکرد جنسی (F=۰/۸۳۲، P=۰/۵۹۲) و صمیمیت (F=۰/۰۶۲، P=۰/۹۲۸)، معنادار نبود. بنابراین، فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش برقرار است. هم‌چنین بر اساس آزمون ام باکس، فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید بود (Box's M=۱۴/۲۹، P=۰/۰۸۸).

سطوح معناداری تحلیل کوواریانس چند متغیره با کنترل پیش‌آزمون بر روی میانگین نمرات خرده مقیاس‌های تمامی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که بین دو گروه آزمایش (واقعیت درمانی و درمان هیجان‌مدار) و گروه کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته مربوط (خرده‌مقیاس‌های سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (P<۰/۰۰۱، F=۱۱/۸۳، ۰/۰۱۰=لامبدای ویلکز). هم‌چنین ضریب تأثیر برابر با ۰/۷۰ می‌باشد، بدین معنی که ۷۰ درصد تغییرات در گروه‌های آزمایش در متغیرهای وابسته ناشی از درمان هیجان مدار و واقعیت درمانی است. این به آن معنا است که درمان هیجان‌مدار و واقعیت درمانی توانسته است در میانگین این متغیرها در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییرات معنی‌داری ایجاد نماید.

نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در متن آنکووا، در جدول ۵ نشان داده شده است. نتایج نشان می‌دهد که اثرات تمامی متغیرهای مورد بررسی با P<۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۶۸/۸ درصد از تغییرات نمره رضایت، ۷۹/۷ درصد از تغییرات نمره همبستگی، ۶۵/۵ درصد از تغییرات نمره توافق، ۵۷/۱ درصد از تغییرات نمره ابراز محبت، ۷۲ درصد از تغییرات نمره تحریک روانی، ۶۲/۳ درصد از تغییرات نمره ارگاسم و هم‌چنین مابقی خرده مقیاس‌ها مربوط به تأثیر رویکرد هیجان مدار و واقعیت درمانی است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره بر روی میانگین نمرات خرده مقیاس‌های سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی گروه‌های مورد مطالعه در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری استان اصفهان در سال ۱۴۰۱

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
نمره رضایت	پیش‌آزمون	۱۵/۵۷۲	۱	۱۵/۵۷۲	۲/۵۴۸	۰/۱۲۱	۰/۰۸۱	۰/۳۳۹
	گروه	۳۹۰/۱۰۳	۲	۱۹۵/۰۵۲	۳۱/۹۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۱
	خطا	۱۷۷/۲۳۷	۲۹	۶/۱۱۲	-	-	-	-
	کل	۲۲۹۵۱۱/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-
نمره همبستگی	پیش‌آزمون	۱/۷۳۱	۱	۱/۷۳۱	۳/۴۲۴	۰/۰۷۴	۰/۱۰۶	۰/۴۳۲
	گروه	۵۷/۴۵۳	۲	۲۸/۷۲۷	۵۶/۸۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۷	۱
	خطا	۱۴/۶۶۰	۲۹	۰/۵۰۶	-	-	-	-
	کل	۲۶۰۴۹/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-
نمره توافق	پیش‌آزمون	۰/۳۰۹	۱	۰/۳۰۹	۰/۷۰۱	۰/۴۰۹	۰/۰۲۴	۰/۱۲۸

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

	گروه	۲۴/۲۸۷	۲	۱۲/۱۴۳	۲۷/۵۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۵	۱
	خطا	۱۲/۷۶۵	۲۹	۰/۴۴۰	–	–	–	–
	کل	۶۳۴۸/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره ابراز محبت	پیش‌آزمون	۱/۶۱۲	۱	۱/۶۱۲	۲/۱۰۵	۰/۱۵۸	۰/۰۶۸	۰/۲۸۹
	گروه	۲۹/۵۵۶	۲	۱۴/۷۷۸	۱۹/۲۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱	۱
	خطا	۲۲/۲۰۹	۲۹	۰/۷۶۶	–	–	–	–
	کل	۳۳۶۲۵/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره تحریک روانی	پیش‌آزمون	۰/۷۷۴	۱	۰/۷۷۴	۴/۰۸۲	۰/۰۵۳	۰/۱۲۳	۰/۴۹۷
	گروه	۱۴/۱۰۱	۲	۷/۰۵۱	۳۷/۱۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۱
	خطا	۵/۴۹۷	۲۹	۰/۱۹۹	–	–	–	–
	کل	۴۸۷/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره ارگاسم	پیش‌آزمون	۰/۰۰۶	۱	۰/۰۰۶	۰/۰۳۰	۰/۸۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۵۳
	گروه	۹/۶۱۷	۲	۴/۸۰۸	۲۴/۰۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۳	۱
	خطا	۵/۸۰۷	۲۹	۰/۲۰۰	–	–	–	–
	کل	۷۹/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره رطوبت	پیش‌آزمون	۰/۴۴۸	۱	۰/۴۴۸	۱/۴۴۶	۰/۲۳۹	۰/۰۴۸	۰/۲۱۴
	گروه	۳۸/۵۱۷	۲	۱۹/۲۵۹	۶۲/۱۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۱	۱
	خطا	۸/۹۹۰	۲۹	۰/۳۱۰	–	–	–	–
	کل	۶۴۰/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره میل	پیش‌آزمون	۰/۵۳۷	۱	۰/۵۳۷	۲/۴۱۸	۰/۱۳۱	۰/۰۷۷	۰/۳۲۴
	گروه	۳۰/۶۶۹	۲	۱۵/۳۳۴	۶۹/۱۰۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۷	۱
	خطا	۶/۴۳۵	۲۹	۰/۲۲۲	–	–	–	–
	کل	۶۲۱/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره رضایت‌مندی	پیش‌آزمون	۰/۰۹۷	۱	۰/۰۹۷	۰/۳۲۳	۰/۵۷۴	۰/۰۱۱	۰/۰۸۵
	گروه	۳۴/۴۰۷	۲	۱۷/۲۰۳	۵۷/۲۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۸	۱
	خطا	۸/۷۱۱	۲۹	۰/۳۰۰	–	–	–	–
	کل	۶۷۸/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره درد جنسی	پیش‌آزمون	۰/۴۰۴	۱	۰/۴۰۴	۱/۰۴۹	۰/۳۱۴	۰/۰۳۵	۰/۱۶۸
	گروه	۳۱/۴۵۸	۲	۱۵/۷۷۴	۴۰/۹۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۹	۱
	خطا	۱۱/۱۶۵	۲۹	۰/۳۸۵	–	–	–	–
	کل	۶۴۱/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره نزدیکی عاطفی	پیش‌آزمون	۶/۴۴۶	۱	۶/۴۴۶	۴/۸۶۸	۰/۰۳۵	۰/۱۴۴	۰/۵۶۹
	گروه	۱۷۲/۵۳۱	۲	۸۶/۲۶۶	۶۵/۱۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۱۸	۱
	خطا	۳۸/۳۹۷	۲۹	۱/۳۲۴	–	–	–	–
	کل	۵۴۱۵/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره از خودگذشتگی	پیش‌آزمون	۰/۳۷۰	۱	۰/۳۷۰	۰/۸۸۹	۰/۳۵۳	۰/۰۳۰	۰/۱۴۹
	گروه	۲۱۹/۰۳۰	۲	۱۰۹/۵۱۵	۲۶۳/۱۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۴۸	۱
	خطا	۱۲/۰۶۹	۲۹	۰/۴۱۶	–	–	–	–
	کل	۳۴۶۳/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–
نمره رضایت در صمیمیت	پیش‌آزمون	۴/۶۴۸	۱	۴/۶۴۸	۲/۷۳۶	۰/۱۰۹	۰/۰۸۶	۰/۳۵۹
	گروه	۲۰۵/۲۱۳	۲	۱۰۲/۶۰۷	۶۰/۴۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۶	۱
	خطا	۱۲/۰۶۹	۲۹	۱/۶۹۹	–	–	–	–
	کل	۱۵۲۰۱/۰۰۰	۴۵	–	–	–	–	–

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

برای بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی بر روی نمرات کل سازگاری زناشویی، عملکرد جنسی و صمیمیت از آنالیز کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. سطوح معناداری تمامی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که بین دو گروه آزمایش (واقعیت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار) و گروه کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نمره کل متغیرهای سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود (P<۰/۰۰۱، F=۳۸/۳۱۴، ۰/۰۵۹=لامبدای ویلکز). به عبارت دیگر، با توجه به جدول ۶، در پژوهش مورد نظر بین واقعیت‌درمانی و درمان هیجان‌مدار و کنترل، در بهبود نمره کل متغیرهای سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی زنان نابارور تفاوت معنادار آماری وجود دارد. بر اساس یافته‌های جدول ۶، نتایج آنالیز کوواریانس یک‌متغیره در متن آنکووا، جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون نمره کل متغیر سازگاری زناشویی (P<۰/۰۰۱، F=۹۰/۲۱۳)، نمره کل عملکرد جنسی (P<۰/۰۰۱، F=۴۸۱/۵۹۰) و نمره کل صمیمیت (P<۰/۰۰۱، F=۹۵۸/۵۵۰)، برحسب عضویت گروهی، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۸۲/۲ درصد از تغییرات نمره سازگاری زناشویی، ۷۹/۸ درصد از تغییرات نمره عملکرد جنسی، و ۷۲/۶ درصد از تغییرات نمره صمیمیت مربوط به تأثیر رویکرد هیجان‌مدار و واقعیت-درمانی است.

جدول ٦- نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیره بر روی میانگین نمرات کل سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی گروه‌های مورد مطالعه در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری استان اصفهان در سال ۱۴۰۱

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور اتا	توان آماری
نمره کل سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	۱۳/۴۷۳	۱	۱۳/۴۷۳	۱/۵۵۲	۰/۱۲۱	۰/۲۲۰	۰/۲۲۶
	گروه	۱۵۶۶/۳۱۰	۲	۷۸۳/۱۵۵	۹۰/۲۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱
	خطا	۳۳۸/۵۶۷	۲۹	۸/۶۸۱	-	-	-	-
	کل	۸۱۵۵۸۹/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-
نمره کل عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۵/۱۴۹	۱	۵/۱۴۹	۱/۸۳۳	۰/۰۷۴	۰/۱۸۴	۰/۱۶۴
	گروه	۹۶۳/۱۸۰	۲	۴۸۱/۵۹۰	۱۷۱/۴۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۹۸	۱
	خطا	۱۰۹/۵۵۹	۲۹	۲/۸۰۹	-	-	-	-
	کل	۲۲۶۲۰/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-
نمره کل صمیمیت	پیش‌آزمون	۳/۹۳۷	۱	۳/۹۳۷	۰/۹۳۳	۰/۴۰۹	۰/۳۲۴	۰/۱۹۸
	گروه	۱۹۱۷/۰۹۹	۲	۹۵۸/۵۵۰	۲۴۲/۷۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۶	۱
	خطا	۱۵۳/۹۹۷	۲۹	۳/۹۴۹	-	-	-	-
	کل	۶۴۸۷۷/۰۰۰	۴۵	-	-	-	-	-

در جدول ۷، با توجه به معنی‌داری اثر گروه، نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni جهت مقایسه زوجی گروه‌ها ارائه شده است. نتایج آزمون نشان داد که بین گروه‌های آزمایشی با گروه کنترل در متغیرهای وابسته تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، بدان معنا که میانگین نمره گروه واقعیت درمانی و درمان هیجان‌مدار با یکدیگر در بهبود

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی متفاوت است و گروه درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری را بر روی بهبود سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی داشته است (P<۰/۰۰۱).

جدول ۷- نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های سازگاری زناشویی، صمیمیت، عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون در زوج گروه‌های مورد بررسی در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری استان اصفهان در سال ۱۴۰۱

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	مقدار P
نمره رضایت	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۲/۸۶۳	۰/۹۷۸	۰/۰۲۰
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۷/۵۳۹	۰/۹۵۷	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۴/۶۷۶	۰/۹۵۴	<۰/۰۰۱
نمره همبستگی	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۱/۴۴۰	۰/۲۸۱	<۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۲/۹۳۱	۰/۲۷۵	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱/۴۹۱	۰/۲۷۴	<۰/۰۰۱
نمره توافق	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۰/۶۲۴	۰/۲۶۲	۰/۰۷۳
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۱/۸۶۳	۰/۲۵۷	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱/۲۴۰	۰/۲۵۶	<۰/۰۰۱
نمره ابراز محبت	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۰/۹۸۰	۰/۳۴۶	۰/۰۲۵
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۲/۰۹۹	۰/۳۳۹	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱/۱۱۹	۰/۳۳۸	۰/۰۰۷
نمره کل سازگاری زناشویی	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۵/۱۸۱	۱/۰۸۷	<۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۱۴/۳۰۰	۱/۰۷۸	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۹/۱۱۹	۱/۰۸۳	<۰/۰۰۱
نمره تحریک روانی	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۰/۲۷۵	۰/۱۷۲	۰/۳۶۵
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۱/۳۶۳	۰/۱۶۸	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱/۰۸۸	۰/۱۶۸	<۰/۰۰۱
نمره ارگاسم	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۰/۲۱۳	۰/۱۷۷	۰/۷۱۸
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۱/۱۲۱	۰/۱۷۳	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۰/۹۰۸	۰/۱۷۳	<۰/۰۰۱
نمره رطوبت	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۰/۴۶۵	۰/۲۲۰	۰/۱۳۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۲/۲۵۶	۰/۲۱۵	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱/۷۹۱	۰/۲۱۵	<۰/۰۰۱
نمره میل	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۰/۹۴۰	۰/۱۸۶	<۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۲/۱۳۳	۰/۱۸۲	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱/۱۹۳	۰/۱۸۲	<۰/۰۰۱
نمره رضایت‌مندی	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۰/۴۵۳	۰/۲۱۷	۰/۱۳۶
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۲/۱۳۷	۰/۲۱۲	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱/۶۸۴	۰/۲۱۱	<۰/۰۰۱

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۰/۸۰۰	۰/۲۴۵	۰/۰۰۹
نمره درد جنسی	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۲/۱۴۲	۰/۲۴۰	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱/۳۴۱	۰/۲۳۹	<۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۲/۶۷۹	۰/۶۱۸	<۰/۰۰۱
نمره کل عملکرد جنسی	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۱۰/۸۹۵	۰/۶۱۳	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۸/۲۱۶	۰/۶۱۶	<۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۲/۹۵۷	۰/۴۵۵	<۰/۰۰۱
نمره نزدیکی عاطفی	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۵/۰۷۲	۰/۴۴۵	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۲/۱۱۵	۰/۴۴۴	<۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۱/۱۷۲	۰/۲۵۵	<۰/۰۰۱
نمره از خودگذشتگی	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۵/۴۰۲	۰/۲۵۰	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۴/۲۳۰	۰/۲۴۹	<۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۱/۵۹۷	۰/۵۱۶	<۰/۰۰۱
نمره رضایت در صمیمیت	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۵/۳۶۵	۰/۵۰۴	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۳/۷۶۸	۰/۵۰۳	<۰/۰۰۱
	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه واقعیت‌درمانی	۵/۵۳۷	۰/۷۳۳	<۰/۰۰۱
نمره کل صمیمیت	گروه درمان هیجان‌مدار-گروه کنترل	۱۵/۷۵۲	۰/۷۲۷	<۰/۰۰۱
	گروه واقعیت‌درمانی-گروه کنترل	۱۰/۳۹۵	۰/۷۳۱	<۰/۰۰۱

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی زنان نابارور بود. نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار تأثیر بیشتری نسبت به واقعیت‌درمانی بر سازگاری زناشویی، صمیمیت و عملکرد جنسی زنان نابارور دارد. Mclean و همکارش [۲۴] در یک مطالعه موردی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار را در یک زوج که یکی از همسران مبتلا به سرطان بدخیم بود، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که درمان باعث بهبود آشفتگی زناشویی، افزایش امید به زندگی، کاهش دردهای فیزیولوژیکی، کاهش افکار خودکشی و درگیر شدن بیشتر در فعالیت‌های روزمره زندگی شده است. در مطالعه Harrington و همکاران [۲۵]، مصاحبه با زوجین در پایان درمان هیجان‌مدار نشان داد که آن‌ها در مطالعه خود بیشتر از هیجانات اولیه و دلبستگی استفاده کرده و همدلی بیشتری را گزارش کردند. ولی نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مرتبط مثل Javadi و همکاران [۲۶]، Jonson و همکارش [۲۷]، Bridg [۲۸]، Asadpour و همکاران [۲۹]، Davoodvandi و همکاران [۳۰]، Greenberg و همکاران [۳۱]، همسو بود.

در تبیین یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان اظهار کرد که بخش وسیعی از رابطه همسران ریشه در مسائل عاطفی و هیجانی دارد و ناتوانی در ابراز به موقع و به طریق مناسب این هیجانات در ابتدا منجر به کناره‌گیری عاطفی و از دست

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

رفتن صمیمت و در نهایت طلاق عاطفی و اختلال در عملکرد جنسی آن‌ها می‌شود. از آن‌جا که بسیاری از مسائل و مشکلات زوج‌ها ریشه در چگونگی ابراز هیجانات زیربنایی دارد، زوج درمانی هیجان‌مدار به حل مسائل درونی زوج‌ها و ریشه‌یابی و برطرف کردن مشکلات مربوط به عملکرد جنسی آن‌ها که ممکن است مربوط به هیجانات و مسائل درونی آن‌ها باشد، می‌پردازد. عملکرد جنسی سالم در خلال ابراز هیجانات به طریق سالم و بر اساس نشان دادن هیجانات بهنگام می‌تواند قابلیتی دست یافتنی برای زوج‌ها باشد و این‌که عملکرد جنسی سالم با یادگیری بروز مناسب هیجانات به عنوان یک مهارت می‌تواند امری دست یافتنی شود [۳۲].

این موضوع زمانی بهتر تبیین می‌شود که در نظر بگیریم نارضایتی جنسی در روابط زوج‌ها با گله و شکایت کردن، متهم ساختن یکدیگر، سرزنش نمودن و عیب‌جویی کردن از یک‌دیگر نمایان می‌شود و این حیطه از روابط به شدت تهدیدکننده دلبستگی است، چرا که برای زوج‌ها، ارتباط جنسی چیزی فراتر از تماس جنسی است و این امر، مدخلی برای دست‌یابی به هماهنگی و فعالیت مشترک و ایجاد عواطف مثبت و رابطه دلبستگی محسوب می‌شود. هم‌چنین، درمان هیجان‌مدار شیوه درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجانات در الگوهای دایمی ناسازگاری در زوجین آشفته می‌باشد. تلاش این رویکرد آشکار ساختن هیجانات آسیب‌پذیر در هر کدام از زوج‌ها و تسهیل توانایی زوج‌ها در ایجاد این هیجانات به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز می‌باشد. پردازش این هیجانات در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت بخش‌تر می‌باشد. هم‌چنین، زوج درمان‌هیجان مدار از طریق تضعیف چرخه‌های تعاملی منفی، بازسازی الگوهای تعاملی و تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباط باعث ارتقاء باورهای ارتباطی زوج‌ها می‌شود. افزون بر این زوج درمانی هیجان‌مدار با تأکید بر حمایت زوجین از یکدیگر، گشودگی هیجان و بروز آن به طریق مثبت، تمرکز بر هیجانات خود و شناسایی آن‌ها، بیان تجارب جدید در زندگی زناشویی و هیجانات همراه با آن، شکل‌دهی تعاملات جدید در رابطه، تأکید بر مراقبت از همسر، شناسایی چرخه‌های تعاملی منفی و حذف آن‌ها در زندگی زناشویی به شرکت‌کنندگان کمک نمود تا ارتباط خود را با همسرشان بازسازی نموده و در پرتو یک ارتباط سالم و مؤثر باعث ارتقاء باورهای ارتباطی زوج‌ها می‌شود. [۳۳]

رویکرد هیجان‌مدار این قابلیت را دارد که با افزایش آگاهی هیجانی، نمادگذاری هیجانی، آگاهی از عاملیت در تجربه و تغییر پردازش‌ها به فرد کمک کند تا روابط بین فردی خود را که مهم‌ترین آن‌ها رابطه با همسر است، تغییر دهد و کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در این رویکرد سعی می‌شود هیجانات مورد شناسایی قرار گرفته و به پیام‌های قابل درک و رفتارهای سازنده تبدیل شوند. در این رویکرد درمانگران به همسران کمک می‌کنند تا عناصر موجود در رابطه مخرب را تغییر دهند. وقتی چرخه منفی مختل شده و پاسخ‌ها شروع به تغییر کردن می‌کنند، یک

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

چرخه مثبت‌تر به وجود می‌آید که به زوج‌ها کمک می‌کند تا به سمت پیوندی ایمن‌تر پیش بروند. هدف درمان هیجان‌مدار این است که کاری کند همسران به پاسخ‌های هیجانی که زیربنای الگوی تعاملی منفیشان هستند، دسترسی پیدا کرده، آن‌ها را ابراز و پردازش مجدد کنند. سپس همسران می‌توانند علائم هیجانی جدیدی را بفرستند که اجازه می‌دهند الگوهای تعاملی به سمت دسترس‌پذیری و پاسخ‌گو بودن بیشتری پیشرفته و در نتیجه یک پیوند ایمن‌تر و رضایت‌بخش‌تری خلق شود [۳۴].

به طور کلی نتایج حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار بر صمیمیت سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی زنان نابارور اثر می‌گذارد. استفاده از برنامه هیجان‌مدار با توجه به اثربخشی بیشتر به عنوان درمان انتخابی سازگاری زناشویی، بهبود عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی انتخاب گردد تا ضمن ارتقاء سلامت روان و عزت‌نفس آنان به کاهش تنش‌های بین فردی و تعارضات زوجین و بهبود روابط زناشویی و سازگاری آنان و افزایش کیفیت زندگی و شادکامی کمک نماید.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت فرهنگی- اجتماعی است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از دیگر روش‌های نمونه‌گیری (چند مرحله‌ای، خوشه‌ای، طبقه‌ای) و حجم نمونه‌هایی بزرگ‌تر استفاده شود. علاوه بر این، به منظور بررسی ماندگاری نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مرحله پی‌گیری نیز مورد توجه قرار گیرد و هم‌چنین تأثیر متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت فرهنگی-اجتماعی نیز کنترل شود.

نتیجه گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان هیجان مدار و واقعیت درمانی بر افزایش سازگاری ، صمیمیت زناشویی و عملکرد جنسی زنان نابارور مؤثر بوده است. از این‌رو، درمان‌گران و متخصصان سلامت می‌توانند از هر دو روش مذکور در کنار سایر روش‌های مؤثر برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

از تمامی زحمات و همکاری مسئولان کلیه مراکز درمان ناباروری استان اصفهان در برگزاری جلسات درمان هیجان‌مدار و واقعیت‌درمانی و تمامی شرکت کنندگان در پژوهش به دلیل مشارکت در پر کردن پرسش‌نامه‌ها و شرکت در جلسات درمانی قدردانی به عمل آمد.

References

[1] Besharat MA, Shahrabi Farahani H, Samani Omani R, RezaZadeh MR. Predict Adjustment to Infertility based on Attachment Styles in Infertile Women. *Rooyesh* 2019; 7(11): 31-44. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

[2] Berek JS, Berek & Novak Gynecology. 16th Publisher: Lippincott Williams & Wilkins (LWW) 2020; P 942-1000.

[3] Adl HA, Shafi`Abadi A, Pirani Z. The Effectiveness of Group Therapy based on Quality of Life on Marital Intimacy in Infertile Women. *J Arak Uni Med Sci* 2017: 19(10): 59-71. [Farsi]

[4] Abbasi S, Dokaneifard F, Shafiabadi A. The Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Family Cohesion and Marital Satisfaction of Veteran' Wives in Khoramabad city. *Psychological Sciences* 2019; 17(7): 823-9. [Farsi]

[5] Ng JH, Page A. Revised Reality Therapy: A new Intervention to Help Boost Self-Esteem in Malaysian Secondary Schools In Multicultural Counseling Applications for Improved Mental Healthcare Services 2019: pp. 64-83. IGI Global.

[6] Jackson D. Integrating Spirituality and Reality Therapy. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy* 2019; 38(2): 8.

[7] Badakhshan F, Kiamarshi A, Ghafari A. Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Reality Therapy on Family/Sexual Function and Control Emotion Women have Conflicts. *Management Medicine* 2021; 10(3): 19-29. [Farsi]

[8] Alirezaee M, Fathiaghdam G, Ghamari M, Bazzazian S. Comparing the effectiveness of reality therapy and schema therapy on emotion regulation in women with marital conflict. *Psychiatric Nursing* 2020; 8(2): 1-13.

[9] Greenberg LJ, Warwar SH, Malcolm WM. Differential Effects of Emotion-Focused Therapy and Psychoeducation in Facilitating Forgiveness and Letting Go of Emotional Injuries. *Journal of Counseling Psychology* 2008; 55(2): 185-96.

[10] Wiebe SA, Johnson SM. A Review of the Research in Emotionally Focused Therapy for Couples. *Fam Process* 2016; 55(3): 390-407.

[11] Karukivi M, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Is Alexithymia linked with Marital Satisfaction or Attachment to the Partner? A

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

Study in a Pregnancy Cohort of Parents-to-be. *Comprehensive Psychiatry* 2014; 55(5): 1252-7.

[12] Denton WH, Wittenborn AK. Golden RN. Augmenting Antidepressant Medication Treatment of Depressed Women with Emotionally focused therapy for couples, A Randomized Pilot study. *Journal of Marital and Family Therapy* 2012; 38(1): 23-38.

[13] Burgess Moser M, Johnson SM, Dalgelish T, Wiebe SA, Tasca GA. The Impact of Blamersoftening on Romantic Attachment in Emotionally Focused Couples Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* 2018; 44(4): 640-54.

[14] Weissman N, Batten SV, Rheem KD, Wiebe SA, Pasillas RM, Potts W, et al. The Effectiveness of Emotionally focused Couple's Therapy with veterans with PTSD: A Pilot Study. *Journal of Couple & Relationship Therapy* 2018; 17(1): 25-41.

[15] Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and Family* 1976; 38: 15-28.

[16] Molazadeh J, Mansour M, Ajei J, Kyamanesh A. Coping Styles and Marital Adjustment in Shahid's Children. *Journal of Psychology* 2002; 6(3): 255-75. [Farsi]

[17] Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multi Dimensional Self-Report Instrument for the assessment of Female Sexual function. Journal of sex & marital Therapy 2000; 26(2): 191-208.

[18] Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI):

[19] Walker AJ, Thompson L. Intimacy and intergenerational aid and contact among mothers and daughters. *Journal of Marriage and the Family* 1983; 45(4): 841-9. [Farsi]

[20] Etamadi A, Ahmadi A, Farzad V. Investigating the effect of couples' therapy Using Imago therapy on Increasing the Intimacy of Couples Who Refer to Counseling Centers in Isfahan City. *Counseling News and Research* 2015; 5(19): 9-22. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]

[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

[21] Sanaei B. The role of the Family of Origin in Marriage Children. *Journal of Consulting Research and News* 1999; 6-21. [Farsi]

[22] Abbasi H, Ahmadi SA, Fatehi zadeh M, Bahrami F. The Effect of Glaser's Reality Therapy on Personal Commitment of Couples. *Family Pathology, Counseling & Enrichment Journal* 2016; 2(1): 39-53. [Farsi]

[23] Hassanabadi H, Mojarad S, Soltanifar A, Evaluation of Effectiveness of Emotion-Focused Thrapy on Marital Adjustment and Positive Emotion of Couples in Extramarital Relationships. *CPCR* 2010; 1(2): 25-38. [Farsi]

[24] Mclean LM, Hales S. Childhood Trauma, Attachment Style, and A Couples Experience of Terminal Cancer: Case Study. *Palliat Support Care* 2010; 8(2): 227-33.

[25] Harrington S, Pascual□Leone A, Paivio S, Edmondstone C, Baher, T. Depth of experiencing and therapeutic alliance: What predicts outcome for whom in emotion□focused therapy for trauma? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2021; 94(4): 895–914.

[26] Javadi N, Soleimani AA, Ahmadi Kh, Samadzadeh M. The Effectiveness of Emotionally Focused Couples' Therapy (EFT) to Improve Communication Patterns in Couples. *RBS* 2013; 11(5): 402-10. [Farsi]

[27] Jonson SM, Brubacher LL. Deepening Attachment Emotion in Emotionally Focused Couple Therapy (EFT). In: G. Weeks, S. Fife, & C. Peterson (Eds.), Techniques for the Couple Therapist: Essential Interventions. New York: Routledge. 2016. pp. 155-60.

[28] Bridg E. Emotionally Focused Couple Therapy: A Couple's Struggle with Infidelity. *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi* 2019; 4(8): 155-66.

[29] Asadpour I, Nazari AM, Sanai Zaker B, Shaghaghi SH. An Investigation of Effectiveness of The Emotionally focused Couple Therapy on Increasing Marital Intimacy in couples Entered at Counseling Centers in Tehran. *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2012; 2(1): 25-38. [Farsi]

[30] Davoodvandi M, Navabi Nejd SH, Valiollah F. Examining the Effectiveness of Gottman Couple

Therapy on Improving Marital Adjustment and Couples' Intimacy. *Iranian Journal of Psychiatry* 2018; 13(2): 135-41. [Farsi]

[31] Greenberg L, Warwar S, Malcolm W. Emotion-focused couples' therapy and the facilitation of forgiveness. *Journal of Marital and Family Ther*apy 2010; 36(1): 28-42.

[32] Asadpour E, Veisi S. The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Sexual Self-Esteem and Sexual Function in Women with Multiple Sclerosis. *J Arak Uni Med Sci* 2017; 20(7): 1-12. [Farsi]

[33] McKinnon JM, Greenberg LS. Vulnerable motional expression in emotion focused couple's therapy Relating interactional processes to outcome. *Journal Marital Family Ther*apy 2017; 43(2): 198-212.

[34] Dalgleish TL. Examining Predictors of Change in Emotionally Focused Couples Therapy. University of Ottawa (Canada). 2013. pp. 45-75.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]

Comparing the Effectiveness of Attractive Orientation with Reality Therapy on Increasing Compatibility, Marital Intimacy, and Sexual Performance of Infertile Women: A Qusai-Experimental Study

Fariba Habibollahi Najaf Abadi [1], Mohammad Zare Neyestanak [2]

Received: 13/02/23 Sent for Revision: 12/03/23 Received Revised Manuscript: 15/07/23 Accepted: 17/07/23

Background and Objectives: Infertility is a difficult crisis in life, which is psychologically threatening and emotionally stressful, and couples' compatibility, intimacy, and sexual performance are exposed to damage. Therefore, the aim of the present study was to compare the effectiveness of emotion-oriented therapy with reality therapy on increasing compatibility, marital intimacy, and sexual performance of infertile women.

Materials and Methods: The present study was a qusai-experimental group-based study (two experimental groups and one per-control group) in the form of a pretest-posttest design. A number of 45 infertile women in Isfahan Province in 2022 were selected by convenience sampling method and randomly placed in 15 groups of emotionally oriented therapy, reality therapy, and control. The experimental groups received emotional therapy in 8 sessions of 90 minutes once a week and reality therapy in 8 sessions of 60 minutes once a week, respectively. The control group did not receive any intervention. In order to collect data, the questionnaires of the Spanier's Marital Compatibility, Rozenhan's Sexual Performance, and Walker's Intimacy were used. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results showed that in comparison with the control group, each treatment method had a significant effect on compatibility, intimacy, and sexual performance of infertile women ($p<0.001$). Also, emotional therapy had a greater effect on the research variables than reality therapy ($p<0.001$).

Conclusion: The results showed that in addition to emotion-oriented therapy, reality therapy also had an effect on increasing the compatibility, intimacy, and sexual performance of infertile women. Therefore, health professionals can use the two mentioned methods along with other effective methods to improve health-related characteristics.

Key words: Emotional therapy, Reality therapy, Intimacy, Sexual function, Marital compatibility

Funding: This study did not have any funds**.**

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University of Isfahan, Khorasgan Branch, approved the study (IR.IAU.KHUISF.1401.264).

How to cite this article: Habibollahi Najaf Abadi Fariba, Zare Neyestanak Mohammad. Comparing the Effectiveness of Attractive Orientation with Reality Therapy on Increasing Compatibility, Marital Intimacy, and Sexual Performance of Infertile Women: A Qusai-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2023; 22 (6): 597-616. [Farsi]

1- MSc Student, Dept. of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran
2- Assistant Prof., Dept. of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein, Iran,ORCID: 0000-0003-2907-0435
(Corresponding Author) Fax: (031) 42621355, Tel: (031) 42621355, E-mail: Zarehneyestananak@yahoo.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1402.22.6.5.9]
[DOI: 10.61186/jrums.22.6.597]