

فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده

سال سیزدهم، شماره ۴۵، زمستان ۱۳۹۷: ۱۱۵ - ۹۷

اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی

بر تعهد زناشویی در زنان نابارور

ذبیح پیرانی^۲

حدیث السادات عدل^۱

عبدالله شفیع آبادی^۳

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۰۳/۰۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۰۳

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی در زنان نابارور است. این پژوهش از نوع مطالعات شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز رویان اراک در سال ۱۳۹۴ - ۹۵ بود. نمونه شامل ۳۲ نفر از زنان نابارور مرکز رویان اراک بود که ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل گمارش شدند. اعضای گروه آزمایش به مدت پنج جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در برنامه SPSS انجام گرفت. نتایج نشان داد که روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی زنان نابارور به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر تعهد زناشویی و مؤلفه‌های آن شامل تعهد شخصی، اخلاقی و ساختاری منجر شده است. **کلیدواژه‌ها:** تعهد زناشویی، کیفیت زندگی، ناباروری.

۱ - نویسنده مسئول: مربی گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی اراک h_adl85@yahoo.com

۲ - استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی اراک z-pirani@iau-arak.ac.ir

۳ - استاد تمام گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، علامه طباطبائی (ره) shafiabady@atu.ac.ir

مقدمه

هر ازدواج موفق حاوی سه رکن اساسی تعهد، جاذبه و تفاهم است که در این بین، تعهد زناشویی^۱ قویترین و پایدارترین عامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت و ثبات زناشویی است (موسکو^۲، ۲۰۰۹). تعهد زناشویی حدی است که در آن افراد دیدگاه بلندمدتی بر ازدواجشان دارند؛ برای رابطه خود فداکاری می‌کنند؛ برای حفظ، تقویت و همبستگی اتحادشان گام برمی‌دارند و حتی هنگامی که ازدواجشان ثمربخش نیست با همسرشان می‌مانند (هارمون^۳، ۲۰۰۵). سطوح بالای تعهد زناشویی با ابراز عشق بیشتر، سازگاری و ثبات زناشویی بهتر، مهارت حل مسئله مناسبتر و رضایت زناشویی رابطه دارد (مسترز^۴، ۲۰۰۸) و سطوح پایین آن با دلزدگی زناشویی رابطه دارد (اسدی، فتح‌آباد و شریفی، ۱۳۹۲). اگر چه تعهد یا قصد برای ادامه رابطه اغلب سازهای کلی در نظر گرفته شود به سه نوع متمایز می‌شود. این سه نوع تعهد شامل الف) تعهد به همسر (شخصی) بر اساس تمایل به باقیماندن در رابطه است و سه عامل در آن دخیل است: افراد موجود در رابطه (جذب رابطه شدن و هویت زوجها)، ب) تعهد به ازدواج (تعهد اخلاقی)، مرتبط با تعهدات اجتماعی یا دینی است و شامل اعتقاد به این ارزشها است: عمل به قول خود، پاسداشت ازدواج به عنوان نهادی اجتماعی و اخلاقی و حفظ ازدواج به عنوان مسئولیتی مقدس ج) احساس تعهد (ساختاری)، بر اساس احساس به دام افتادن در رابطه‌ای و فسخ کردن پیوند به دلیل هزینه‌ها و مشکلات موجود (کاپینوس و جانسون^۵، ۲۰۰۳). اصطلاح رایجی هست که می‌گوید: "انسان کامل انسانی است که یک درخت بکارد؛ یک کتاب بنویسد و یک فرزند داشته باشد". با این مقدمه، عیب نخواهد بود که اگر زوجی با مشکلات باروری درگیر باشد و احساس رنج و تنهایی کند. برای جامعه، غیرقابل قبول است که واژگان خانواده و زوج را هم‌معنی تعریف نکند (محمدی و خلیج‌آبادی فراهانی، ۱۳۸۰). میننگ با استفاده از الگوی کوبلر راس، مراحل روانی غم و اندوه و از دست دادن را برای توضیح تجربه ناباروری مطرح کرده است. همان‌طور که او به توصیف واکنش به ناباروری می‌پردازد به احساس گناه، خشم، افسردگی و عقب‌نشینی نیز توجه می‌کند که ممکن است به دنبال کشف اختلال در باروری پیش بیاید. جای تعجب نیست که مرحله اول واکنش به ناباروری،

1 - Marital commitment.
2 - Mosko
3 - Harmon
4 - Masters
5 - Kapinus & Johnson

تعجب است. بیشتر زوجها فرض می کنند که بلافاصله پس از قطع روشهای پیشگیری از بارداری، بارداری رخ خواهد داد؛ چرا که اغلب آنها بیشتر زندگی جنسی خود را در تلاش برای جلوگیری از حاملگی خرج کرده اند. زوجها در این زمان به بررسی رفتار، عادات و شیوه زندگی خود می پردازند و سعی می کنند بفهمند که چرا تصور آنها تحقق پیدا نکرده است. آنها در این زمان مدت زمان و روش مقاربت خود را مورد بررسی قرار می دهند تا توضیح دهند که چرا نتوانسته اند بچه دار شوند (به نقل از قربان اسماعیلی، ۱۳۹۲). اگر زن و شوهر از تلاش خود برای بچه دار شدن به دیگران بگویند آنها ممکن است از سوی دوستان و خانواده توصیه هایی را مبنی بر استراحت بیشتر، استفاده از رژیم غذایی معتدل، محدود کردن نوشیدنیهای خاص و... را دریافت کنند. زوجها معمولاً تمامی این روشها را به منظور بهبود باروری خود امتحان می کنند. موضوع مشترک در میان تمام زوجهایی که به نمایش این رفتارها می پردازند، این است که آنها ذاتاً خود را بارور می دانند و تصور می کنند که بنا به شرایط قادر به بارداری نیستند. آنها بر این باورند که هنوز هم می توانند کنترل بر باروری خود داشته باشند و هنوز نمی توان عنوان نابارور را روی آنها گذاشت. هنگامی که این تغییرات در سبک زندگی یا روش مقاربت ناموفق می شود، زن و مرد ممکن است گذشته خود را برای یافتن سرنخهایی به عنوان علت ناباروری بررسی کنند. زنانی که یک بار از راه جنسی یا سابقه سقط را داشته اند، ممکن است متقاعد شوند که ناباروری نتیجه ای از این وقایع است. این ممکن است به احساس گناه و پرسش در مورد شایستگی خود به عنوان همسر و مادر بالقوه منجر شود (کلاک^۱، ۲۰۰۴). رابطه زناشویی می تواند به دلیل ترس از این باشد که شریک بارور او را ترک خواهد کرد و تعهد خود را نادیده خواهد گرفت؛ حتی اگر زن و شوهر هر دو با هم در حال کار درباره هدفی مشترک باشند، رنج عاطفی در ارتباط با تنش و درمان ناباروری، ممکن است فراهم کردن حمایت عاطفی لازم را برای یکدیگر با دشواری روبه رو سازد. متأسفانه این اتفاق زمانی می افتد که هر یک از آنها نیاز به حمایت عاطفی و صمیمیت و تعهد زناشویی را از سوی دیگری انتظار دارد. وقتی که آنها نیازهای یکدیگر را بر آورده نمی کنند، هر شریک ممکن است برداشت خود را از موضوع داشته باشد و منزوی شود. از سوی دیگر فشار اضافی وارد شده در این رابطه ممکن است به تغییر در زندگی جنسی این زوج بینجامد؛ بدین معنی که هر عمل جنسی می تواند یادآور روشنی از این مسئله باشد که او در به دنیا آوردن کودک با شکست

روبه‌رو می‌شود. احساس فشار برای داشتن رابطه جنسی در زمانهای مشخص شده، می‌تواند تأثیر منفی قابل توجه بر میل و عملکرد جنسی داشته باشد و رابطه جنسی می‌تواند به عملی ماشینی تبدیل شود و کاهش صمیمیت و افزایش تنش زن و شوهر را در بر داشته باشد (راگنی و همکاران، ۲۰۰۵). ناباروری^۱ به منزله نبود اساسی از تلخترین تجربه‌های زندگی مانند مرگ یکی از بستگان درجه یک، که واکنش سوگ را به دنبال دارد، توصیف شده است و این رویداد، تنش جدی در زندگی به‌شمار می‌رود و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌کند (آقامحمدیان‌شعرباف، زارع‌زاده‌خیبری، حروف‌قناد، حکم‌آبادی، ۱۳۹۳). از نظر پزشکی ناباروری، ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت منظم، بدون استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری است (عباسی‌مولید، قمرانی، فاتحی‌زاده، ۱۳۸۸). ناباروری به دو نوع تقسیم می‌شود: ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه. در ناباروری اولیه قبلاً بارداری صورت نگرفته است در حالی که در ناباروری ثانویه بارداری یا بارداریهای قبلی وجود دارد (پاداش، فاتحی‌زاده، عابدی، ۱۳۹۰). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲ (ماسکارناس^۲ و همکاران، ۲۰۱۲) تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند. از طرفی سالانه دو میلیون زوج به این جمعیت افزوده می‌شود (خیرخواه، واحدی، جنانی، ۱۳۹۳) و ناباروری حدود ۱۰ - ۱۵٪ زوجین ایالات متحده و ۲۰٪ کل جمعیت کشورهای غربی را تحت تأثیر قرار داده است (پاک‌گوهر، ویژه، بابایی، رمضان‌زاده، عابدی‌نیا، ۱۳۸۷). اگر چه زن و شوهر هر دو این بحران را تجربه می‌کنند، بررسیها نشان می‌دهد که تأثیرات روانشناختی منفی ناباروری برای زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. یکی از دلایلی که موجب ایجاد فشار روحی مضاعف برای زنان می‌شود، این است که مادر شدن به طور سنتی به عنوان نقش اساسی برای زنان پذیرفته شده است (پاداش، فاتحی‌زاده، عابدی و ایزدخواه، ۱۳۹۱). یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند بر این مؤلفه اثرگذار باشد، گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی^۳ است که درمانی جدید در حوزه روانشناسی مثبت است و با هدف ایجاد بهزیستی ذهنی، ارتقای رضایت از زندگی و درمان اختلال روانی نظیر افسردگی در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک در حوزه بالینی، نظریه فعالیت سکزیت میهالی^۴ و روانشناسی مثبت سلیگمن^۵، توسط فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است (فریش^۱، ۲۰۱۱). در

1 - Infertility
 2 - Mascarenhas
 3 - Psychotherapy based on quality of life
 4 - Csikszentimihalyi
 5 - Seligman

این رویکرد، اصول و مهارتهایی برای کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. فریش ۱۷ حیطه را برای گروه‌های بالینی و غیربالینی ارائه می‌کند که عبارت است از: ۱- بهداشت و سلامت جسمانی ۲- عزت نفس ۳- اهداف و ارزشها ۴- کار ۵- پول ۶- بازی ۷- یادگیری ۸- خلاقیت ۹- کمک به دیگران ۱۰- عشق ۱۱- دوستان ۱۲- فرزندان ۱۳- خویشاوندان ۱۴- خانه و همسایه ۱۵- جامعه ۱۶- همسر ۱۷- زندگی به طور کلی. در این الگو درمان در کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی - رفتاری در پنج مفهوم اصلی انجام می‌شود. این پنج مفهوم به‌طور خلاصه کاسیو (حروف اول پنج کلمه) نامیده می‌شود و عبارت است از: ۱- وضعیت زندگی^۲ ۲- نگرش^۳ ۳- استانداردهایی که ما برای خودمان تعریف کرده‌ایم. ۴- ارزشها^۵ ۵- رضایتمندی کلی از زندگی^۶. کاسیو^۷ پنج راهبرد برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است که بر اساس ایجاد رضایتمندی بین فاصله آنچه شخص می‌خواهد و آنچه دارد، باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود (پاداش، فاتحی‌زاده، عابدی، ایزدخواه، ۱۳۹۱).

- عامل اول وضعیت زندگی: منظور ویژگیهای فیزیکی و اجتماعی عینی حیطه‌ای از زندگی است که تأثیرات آن بر رضایتمندی از زندگی و سلامت ذهنی با واسطه عوامل شناختی صورت می‌گیرد.

- عامل دوم نگرش: به این معناست که ادراکات ذهنی فرد از ویژگیهای هر حیطه بر رضایتمندی از آن حیطه تأثیر دارد.

- عامل سوم معیارهای خرسندی: منظور کاربرد معیارهای فردی مربوط به ویژگیهای ادراکی در حیطه‌ای از زندگی است؛ یعنی اینکه فرد مشخص کند آیا نیازها و امیال او در حیطه ارزشمندی از زندگی برآورد شده است.

- عامل چهارم ارزشها: بر اساس نظریه کیفیت زندگی، رضایتمندی از حیطه خاصی از زندگی بر اساس اهمیت یا ارزشی سنجیده می‌شود که آن فرد در معادله ذهنی خود از رضایتمندی به‌طور

-
- 1 - Frisch
 - 2 - Circumstance
 - 3 - Attitude
 - 4 - Standards of fulfillment
 - 5 - Importance
 - 6 - Overall satisfaction
 - 7 - CASIO

کلی برای آن حیطه خاص قائل شده است. رضایتمندی در حیطه‌های بسیار ارزشمند زندگی برای ارزیابیهای فرد از رضایتمندی کلی از زندگی، بیشتر از حیطه‌هایی با رضایتمندی یکسان تأثیر دارد که اهمیت کمتری دارد.

- عامل پنجم رضایتمندی کلی: از آنجا که رضایتمندی کلی از زندگی تا حدی بارتاب مجموعه رضایتمندیها در تمامی حیطه‌های ارزشمند زندگی است، افراد با افزایش دادن رضایتمندی در هر حیطه یا تمامی حیطه‌های ارزشمند، رضایتمندی کلی خود را از زندگی تقویت می‌کنند (فریش، ۲۰۰۶ ترجمه خمسه، ۱۳۹۰). سازمان جهانی بهداشت، ناباروری را به‌عنوان مشکل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است (عباسی‌مولید، قمرانی، فاتحی‌زاده، ۱۳۸۸). ناباروری عامل تنش‌زای مهم در زندگی است و درماندگی، غم و افسردگی، عصبانیت، اختلال عملکرد جنسی، کاهش عزت‌نفس و طرد شدگی از دوستان و اجتماع، پیامدهای نامطلوبی است که اغلب زوجین نابارور آن را تجربه می‌کنند (جمشیدی‌منش، علی منش، بهبودی‌مقدم، حقانی، ۱۳۹۴). زنان نابارور از جمله افراد اجتماع هستند که در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی هستند (اوبی، اونا و اوکفار، ۲۰۰۹)^۱. مطالعات نشان می‌دهد که ناباروری برای زنان، نسبت به مردان، تنش‌آورتر است و به عزت‌نفس ضعیفتر، رضایت از زندگی کمتر و افسردگی بیشتر در زنان منجر می‌شود (عزتی، نوری، حسنی، ۱۳۹۲).

با در نظر گرفتن این مطالب، پرداختن به عواملی که ممکن است تحت تأثیر ناباروری زنان قرار گیرد، مهم و ضروری به‌نظر می‌رسد. یکی از مواردی که در مورد زوجین نابارور ممکن است در معرض خطر باشد، تعهد زناشویی است. بنابراین پرداختن به رویکرد درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی به منظور بهبود این مؤلفه‌ها و پیشگیری از مشکلات جدیتر مهم و ضروری به‌نظر می‌رسد؛ با وجود این تاکنون تحقیقی در داخل کشور انجام نشده است که این موضوع را مورد بررسی قرار دهد؛ لذا هدف پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی زنان نابارور است. این پژوهش، که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد و در صدد پاسخگویی به این سؤال است که: "آیا روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی زنان نابارور تأثیر دارد؟" در سطح توصیفی تجزیه و تحلیل داده‌ها از آماره‌های میانگین و انحراف معیار، و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس^۲ استفاده شد.

1 - Obi, Onah & Okafar
2 - ANCOVA

روش

پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل تمام زنان نابارور شهر اراک در سال ۱۳۹۵ - ۱۳۹۴ بود. حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های مورد مطالعه حداقل پانزده نفر توصیه شده است (دلاور، ۱۳۹۰)، اما نمونه آماری پژوهش برای اطمینان بیشتر از نتیجه و ریزش احتمالی، ۳۶ نفر (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه گواه) و با توجه به ملاکهای ورود به تحقیق (رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات دیپلم، مبتلا نبودن به بیماریهای مزمن جسمی، سن آزمودنیها بین ۳۰ تا ۴۰ سال، مدت زمان ازدواج بین ۵ - ۱۰ سال، گذشت حداقل یک سال از تشخیص ناباروری آنان، عدم سابقه استفاده از روشهای کمک باروری، نداشتن فرزند و فرزند خوانده و عدم شرکت در کلاسهای آموزشی روانشناختی به طور همزمان) به روش نمونه‌گیری در دسترس از تنها مرکز ناباروری اراک انتخاب شدند به این صورت که پس از برقراری ارتباط با آزمودنیهایی که دارای ملاکهای ورود به تحقیق بودند و پس از توجیه آنها در رابطه با اهداف تحقیق، این افراد به پرسشنامه‌های تعهد زناشویی پاسخ دادند و پس از هم‌سازی ۳۶ نفر از زنانی که تعهد زناشویی ضعیفی داشتند، انتخاب، و ۱۸ نفر از آنان برای گروه آزمایش و ۱۸ نفر برای گروه گواه در نظر گرفته شدند. این زنان بیشتر در رده سنی ۳۵ - ۴۰ قرار داشتند و از نظر وضعیت اقتصادی بیشتر در حد متوسط بودند و از نظر تحصیلی بیشتر آنها کارشناسی داشتند و در مورد بیشتر آنها هفت سال بود که متأهل شده بودند. گروه آزمایش به پنج جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفتند در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. از گروه آزمایش دو نفر جلسه‌های درمانی را کامل نکردند. در نتیجه هر گروه به ۱۶ نفر و به طور کلی حجم نمونه به ۳۲ نفر کاهش یافت. بعد از پایان جلسات، هر دو گروه دوباره به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. یک ماه بعد از پایان جلسات، گروه آزمایش دوباره به پرسشنامه‌ها به‌منظور آزمون پیگیری پاسخ دادند. تمام پرسشنامه‌ها گواه شد تا هیچ یک ناقص نباشد. از میان اعضای گروه آزمایش پژوهش میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۳/۱۸ و کمترین و بیشترین سن به ترتیب ۲۵ و ۴۰ سال و میانگین سنی در گروه گواه ۳۴ و کمترین و بیشترین سن به ترتیب ۲۶ و ۳۸ سال بود. بیشترین فراوانی تحصیلات آزمودنیها کارشناسی (۱۶) نفر و هم‌چنین بیشترین فراوانی

مربوط به مدت زمان ازدواج بین ۷ تا ۸ سال (۱۴) بود. بیشترین فراوانی وضعیت اقتصادی متوسط (۱۸) است.

مقیاس پرسشنامه تعهد زناشویی آدامز و جونز (MCQ)^۱: این پرسشنامه میزان پایبندی افراد را به همسر و ازدواجشان و ابعاد آن اندازه گیری می کند. این پرسشنامه به وسیله آدامز و جونز در سال ۱۹۹۷ تهیه و تدوین شده است (آدامز و جونز، ۱۹۹۷) و سه بعد تعهد زناشویی را اندازه گیری می کند که شامل تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد ساختاری است. در این پژوهش منظور از نمره استاندارد تعهد زناشویی نمره ای است که فرد به سؤالات ۴۴ ماده ای پرسشنامه آدامز و جونز می دهد. مؤلفه های آن عبارت است از تعهد به همسر (شخصی) سؤالات ۱ تا ۱۰، تعهد به ازدواج (اخلاقی) سؤالات ۱۱ تا ۲۲، احساس تعهد (ساختاری) سؤالات ۲۳ تا ۴۴. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. سؤالات زیر به صورت معکوس نمره گذاری می شود: ۲ - ۴ - ۶ - ۷ - ۹ - ۱۰ - ۱۴ - ۱۵ - ۱۶ - ۱۹ - ۲۰ - ۲۲. امتیازات این ۴۴ عبارت با یکدیگر جمع می شود. حداقل امتیاز ممکن ۴۴ و حداکثر ۲۲۰ خواهد بود. نمره بین ۴۴ تا ۸۸: تعهد زناشویی ضعیف است. نمره بین ۸۸ تا ۱۳۲: تعهد زناشویی متوسط است. نمره بیش از ۱۳۲: تعهد زناشویی زیاد است. آدامز و جونز در شش پژوهش گوناگون برای رسیدن به پایایی و روایی پرسشنامه آن را در مورد ۴۱۷ نفر متأهل، ۳۴۷ نفر مجرد و ۴۶ نفر مطلقه اجرا کردند. در این مطالعات همبستگی هر پرسش با نمره کل پرسشنامه زیاد و معنادار بود. پایایی کل پرسشنامه ۸۲٪ گزارش شد. در پژوهش زارعی و حسینقلی (۱۳۹۲)، نیز ضریب آلفای کرونباخ ۸۰٪ به دست آمد. در اعتباریابی آزمون توسط (شاهسیاه، بهرامی و محبی، ۱۳۸۸)، روایی محتوایی توسط استادان دانشگاه اصفهان تأیید شد و آلفای کرونباخ ۸۵٪ به دست آمد (کریمیان، کریمی و بهمنی، ۱۳۹۰).

برنامه گروهی کیفیت زندگی: یک رویکرد درمانی است که توسط فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده (شاهسیاه، بهرامی و محبی (۱۳۸۸) که ترکیبی از رویکرد شناختی آرون تی بک در سال ۱۹۶۰ و روانشناسی مثبت نگر سلیگمن در سال ۲۰۰۲ است. پنج شیوه یا الگو را برای رضایتمندی از زندگی به عنوان طرح کیفیت زندگی و مداخله های روانشناسی مثبت نگر ارائه می کند که آموزش و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نامیده می شود. این پنج شیوه یا الگو

عبارت است از عامل اول وضعیت زندگی، عامل دوم نگرش، عامل سوم معیارهای خرسندی، عامل چهارم ارزشها و عامل پنجم رضایتمندی کلی است. این پنج مفهوم به طور خلاصه کاسیو نامیده می شود که پنج خط مشی برای ایجاد رضایت در این حوزه ها و از کنار هم گذاشتن حرف اول پنج مفهوم اصلی ساخته شده است. فریش (۲۰۰۶) پژوهشهای خود را در زمینه اعتبار پیش بین کیفیت زندگی به حیطه های کاملاً جدید گسترش داد و توانایی رضایتمندی از زندگی را در حفظ موقعیت تحصیلی در مراکز مشاوره دانشجویی در مورد ۲۱۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه که برای روان درمانی فردی مراجعه کرده بودند، ارزیابی، و با استفاده از رویکرد روزباچر و میلر^۱ (۱۹۹۹) در دانشگاه مینه سوتا در زمینه واری اعتبار روزباچر و میلر (۱۹۹۹)، همبستگی با مقیاس رضایتمندی از زندگی پاورت و دینر^۲ (۱۹۹۳) را برابر ۰/۵۶ و همبستگی با شاخص کیفیت زندگی فرانزو پاور^۳ (۱۹۹۲) را برابر ۰/۷۵ گزارش کرد. اعتبار درمان اغلب در مورد مقیاسهای کیفیت زندگی ثبت شده است که با وضعیت سلامت ارتباط دارد (فریش، ۲۰۱۱). جلسات به صورت گروهی تشکیل شد که خلاصه محتوای هر جلسه در ذیل آمده است:

جدول ۱: شرح جلسات روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی

اهداف و محتوا	جلسات
هدف، معارفه و آشنایی افراد گروه باهم و با روان‌درمانگر و هم‌چنین تشریح برنامه کیفیت زندگی و مرور اجمالی زیربنای نظری آن بود. در این جلسه پیش‌آزمون اجرا و درباره نقش کیفیت زندگی در سلامت روان و بهزیستی، ناباورری، حمایت اجتماعی ادراک شده، و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در کنار اهمیت کامل تکالیف منزل بحث شد.	اول
هدف این جلسه آموزش الگوی کاسیو بود که متشکل از حروف اول پنج کلمه وضعیت زندگی، نگرش، معیارهای تعریف شده، ارزشها و رضایت کلی از زندگی است. این الگو می‌خواهد نشان دهد که رضایت فرد از زندگی تا حد زیادی شامل مجموعه رضایتمندی در پنج زمینه ویژه است و در واقع قرار است تغییر شناختی و رفتاری در پنج مفهوم ایجاد شود. در این جلسه کاسیو به آزمودنیها آموزش داده شد. سپس با توافق بر حوزه‌های مهم کیفیت زندگی از بین شانزده حوزه اصلی جلسه ادامه یافت و کاربرد تکلیف برای جلسه بعد به اعضا داده شد.	دوم
هدف این جلسه مرور جلسه قبل و گزارش شخصی افراد بود. مهارت بینش و کیک شادمانی به آنها آموزش داده شد و به صورت کاربرد در اختیار آنها قرار گرفت؛ به این صورت که از آزمودنیها خواسته شد اهداف و اولویتهای مهم و معنی‌دار زندگی خود را تعیین، و چارچوب کلی زندگی را فراهم کنند. مراجعان آموختند روزانه به مدت دو هفته موفقیت‌های بزرگ و کوچک و دستاوردها و تجربه مثبت روزانه خود را در کاربرگها بنویسند.	سوم
هدف این جلسه آموزش و ارائه مهارت برنامه فعالیت روزانه ^۱ بود. برای این‌کار از آزمودنیها خواسته شد شواهد عینی و مشخص پیشرفت و هر نوع تجربه خوشایند را که دستاورد یا رضایتمندی آنها را طی روز نشان می‌دهد، ثبت و یادداشت کنند. بایدها و نبایدها، عاداتهای رفتاری و فکری اشتباه، نگرانی بی‌مورد درباره سلامتی بررسی شد. استفاده از «فهرست توانمندیها» آموزش داده شد این فهرست را همواره در دسترس داشته باشند تا بتوانند اغلب وقتها آن را مشاهده کنند و هر قدر می‌توانند موارد بیشتری را به خاطر بیاوردند و سعی کنند شرح و بسط بیشتری به این موارد بدهند و احساس مثبت خود را به آن بیفزایند. در طی روز هم تأمل کنند و حداقل سه مورد از استعدادها، موهبت‌ها، توانمندی و استعدادهای خود را بنویسند. سپس برگه فهرست نیازمندیهای آرامش در زوجها، به‌عنوان تکلیف خانگی در اختیار آزمودنیها قرار گرفت. این برگه شامل یک جدول دو ستونی «آنچه می‌تواند تا حدودی تغییر کند» و «آنچه غیرقابل تغییر است» بود. از آنها خواسته شد این برگه را در مورد همسرشان پر کنند و مواردی را که فکر می‌کنند، قابل تغییر یا غیرقابل تغییر است، یادداشت کنند.	چهارم
هدف این جلسه آموزش تمرین آرامش عضلانی پیش‌رونده بود. آموزش این روش تقریباً ۳۰ دقیقه طول کشید و افراد توانستند در جلسه آن را ضبط، و سپس به نوار آموزشی گوش کنند. در این مرحله مهارت پرسش‌های دروغ‌سنج و طرح پرسش در دادگاه، در مورد افکار و باورها آموزش داده شد و آزمودنیها توانستند افکار ناراحت‌کننده را به‌گونه‌ای تجسم کنند که گویی در جلسه دادگاه هستند و می‌خواهند ببینند آیا آن افکار واقعا صحت دارد یا ندارد. هم‌چنین استفاده از برگه تنش‌های شخصی و سیاهه واری اضطراری عود به‌منظور حفظ نتایج آموزش داده شد، و در نهایت جلسه‌ها جمع‌بندی و پس‌آزمون اجرا شد.	پنجم

فصلنامه فرهنگی - تربیتی زنان و خانواده، سال سیزدهم، شماره ۴۵، زمستان ۱۳۹۷

یافته‌ها

در این قسمت اطلاعات مربوط به فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد نتایج اجرای پرسشنامه تعهد زناشویی در مورد زنان نابارور گروه گواه و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه می‌شود.

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعهد زناشویی و زیر مقیاس آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه کنترل				گروه آزمایش			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تعهد شخصی	۱۶/۸۷	۵/۱۴	۱۶/۸۷	۴/۹۹	۱۶/۷۵	۴/۸۲	۳۹/۶۲	۵/۸۷
تعهد اخلاقی	۲۱/۴۳	۵/۴۲	۲۱/۸۷	۴/۳۷	۲۱/۱۸	۵/۶	۴۲/۷۵	۱۲/۱
تعهد ساختاری	۱۹/۵۰	۴/۷۶	۱۹/۸۱	۴/۹۲	۱۹/۸۱	۴/۸۴	۴۱/۲۵	۷/۸۵

جدول ۲ شاخصهای توصیفی داده‌های اجرای پرسشنامه تعهد زناشویی را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه نشان می‌دهد. در میانگین در زیر مقیاسهای متغیر تعهد زناشویی در گروه آزمایش، که تحت برنامه روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفته است در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت دیده می‌شود؛ به عبارتی این متغیرها در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبود یافته است؛ اما همان‌طور که مشاهده می‌شود بین میانگین این متغیرها در گروه گواه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوتی وجود ندارد. هم‌چنین بین میانگین نمره‌های تعهد شخصی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت وجود دارد؛ ولی بین میانگین نمره‌های تعهد شخصی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه گواه تفاوت وجود ندارد.

جدول ۳: نتایج پس‌آزمون مؤلفه‌های تعهد زناشویی در هر دو گروه

مجدورات	سطح معنی‌داری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع تغییرات متغیر
						تعهد شخصی
۰/۸۲۸	۰/۰۰۳	۱۴۴/۸۹۰	۴۱۸۶/۱۲۵	۱	۴۱۸۶/۱۲۵	پیش‌آزمون
۰/۸۲۸	۰/۰۰۳	۱۴۴/۸۹۰	۴۱۸۶/۱۲۵	۱	۴۱۸۶/۱۲۵	گروه
			۲۸/۸۹۲	۳۰	۸۶۶/۷۵	خطا
				۳۲	۱۹۷۲۵۶۱	کل
						تعهد اخلاقی
۰/۵۸۲	۰/۰۰۱	۴۱/۸۳۳	۳۷۱۹/۵۳۱	۱	۳۷۱۹/۵۳۱	پیش‌آزمون
۰/۵۸۲	۰/۰۰۱	۴۱/۸۳۳	۳۷۱۹/۵۳۱	۱	۳۷۱۹/۵۳۱	گروه
		۴۱/۸۳۳	۸۸/۹۱۵	۳۰	۲۶۶۷/۴۳۸	خطا
			۳۷۱۹/۵۳۱	۳۲	۳۹۰۹۱	کل
						تعهد ساختاری
۰/۷۴۲	۰/۰۰۱	۸۶/۳۴۲	۳۶۷۶/۵۳۱	۱	۳۶۷۶/۵۳۱	پیش‌آزمون
۰/۷۴۲	۰/۰۰۱	۸۶/۳۴۲	۳۶۷۶/۵۳۱	۱	۳۶۷۶/۵۳۱	گروه
			۴۲/۵۸۱	۳۰	۱۲۷۷/۴۳۸	خطا
			۳۶۷۶/۵۳۱	۳۲	۳۴۷۸۳	کل

پس از تجزیه و تحلیل کواریانس و با توجه به ردیف سوم جدول چون سطح معناداری برابر ۰/۰۰۳ و از ۰/۰۵ کمتر است، فرضیه پذیرفته می‌شود. میزان تأثیر برنامه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد شخصی به اندازه ضریب اتا (۰/۸۲۸) است؛ بدین معنی که ۰/۸۲۸ تغییرات میانگین نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون متغیر تعهد شخصی در گروه آزمایش به علت برنامه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی است. بین میانگین نمره‌های تعهد اخلاقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت وجود دارد. پس از تجزیه و تحلیل کواریانس و با توجه به ردیف سوم جدول چون سطح معناداری برابر ۰/۰۰۱ و از ۰/۰۵ کمتر است، فرضیه پذیرفته می‌شود. میزان تأثیر برنامه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد اخلاقی به اندازه ضریب اتا (۰/۵۸۲) است؛ بدین معنی که ۰/۵۸۲ تغییرات میانگین نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون متغیر تعهد اخلاقی در گروه آزمایش به علت برنامه روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت

زندگی است. بین میانگین نمره‌های تعهد ساختاری پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت وجود دارد. پس از تجزیه و تحلیل کواریانس و با توجه به ردیف سوم جدول چون سطح معناداری برابر ۰/۰۰۱ و از ۰/۰۵ کمتر است، فرضیه پذیرفته می‌شود. میزان تأثیر برنامه روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد ساختاری به اندازه ضریب اتا (۰/۷۴۲) است؛ بدین معنی که ۰/۷۴۲ تغییرات میانگین نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون متغیر تعهد ساختاری در گروه آزمایش به علت برنامه روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی است (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

در آستان هزاره سوم، خانواده همچنان مهمترین قرارداد زندگی شناخته می‌شود. تعهد زناشویی مهمترین عاملی است که می‌تواند پایداری به این قرارداد را تضمین کند؛ تعهد که وفای به آن بیش از هر چیز دیگر ناشی از ویژگیهای شخصیتی و روانی زوجها است. یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی و مؤلفه‌های آن در زنان نابارور گروه آزمایش و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری یکماهه بود. در نظریه کیفیت زندگی ارزش یا اهمیتی که به حیطه ویژه‌ای از زندگی داده می‌شود، بازتاب آرزوها و اهدافی است که بیش از هر چیز دیگر مورد علاقه فرد است و بر قضاوتها و ارزیابی کلی از رضایتمندی از زندگی تأثیر شگرفی دارد. فرد خود را بیشتر به سوی همسر خوب بودن متعهد می‌سازد و در این صورت رضایتمندی از زندگی بیشتر می‌شود. هنگام نوسان امید از هر جریان یا معنی در وضعیتی دشوار، می‌توان معانی و جریانهای دیگری را یافت که وضعیت را تحمل‌پذیر کند؛ به شرطی که باور داشته باشیم که راه‌های دیگری نیز هست.

خوشبین باشیم و برای کشف این راه‌ها تلاش کنیم و در بهبود کیفیت زندگی نیز اصول شادمانی را خوب به کار گیریم (فریش، ۱۳۹۰). این رویکرد درمانی با ایجاد این باورها می‌تواند به بهبود تعهد زناشویی زنان نابارور منجر شود. بر اساس یافته‌های این پژوهش هر سه مؤلفه تعهد زناشویی پذیرفته شد. این به آن معناست که رویکرد کیفیت زندگی بر مؤلفه‌های تعهد زناشویی (تعهد شخصی، تعهد ساختاری، تعهد اخلاقی) مؤثر، و آنها را بهبود بخشیده است.

نتایج این یافته با یافته پژوهشهای عدل، شفیق‌آبادی، پیرانی، ۱۳۹۵ الف؛ خدایاری‌فرد، زارع پور، حجاری، ۱۳۹۰؛ عدل، شفیق‌آبادی، پیرانی، ۱۳۹۵ ب؛ صیادی، شاه‌حسینی‌تازیک، مدنی،

غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۶؛ علی پورنوتاش، ۱۳۹۲ همسو است. پژوهشی مرتبط با این یافته صورت نگرفته است؛ با اینکه در ایران مطالعات بسیار کمی در این زمینه انجام شده است. در پژوهشی مشابه با هدف اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان نابارور انجام شد که نتایج نشان داد بین میانگین نمره‌های آزمودنیها در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد که هم‌چنین در مرحله پیگیری یکماهه این تغییر تداوم داشت (عدل، شفیع‌آبادی، پیرانی، ۱۳۹۵ الف). در پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر صمیمیت زناشویی دانشجویان متأهل دانشگاه تهران، نتایج بیانگر اثربخشی مهارت حل مسئله بر صمیمیت کلی، صمیمیت روان‌شناختی، عقلانی و فیزیکی بود (خدایاری‌فرد، زارع‌پور، حجاری، ۱۳۹۰). در پژوهشی مشابه با هدف اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی در زنان نابارور انجام شد که نتایج نشان داد بین میانگین نمره‌های آزمودنیها در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد که هم‌چنین در مرحله پیگیری یکماهه این تغییر تداوم داشت (عدل، شفیع‌آبادی، پیرانی، ۱۳۹۵ ب). در پژوهشی دیگر نشان داده شد که زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث افزایش معنادار میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیر زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن (تعهد شخصی، تعهد اخلاقی، تعهد ساختاری) در گروه آزمایش شده است. هم‌چنین نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری بیانگر این بود که میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیر دلزدگی زناشویی در گروه آزمایش و کنترل در سطح $p < 0/01$ تفاوت معناداری با یکدیگر دارد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی بر زوج‌درمانی هیجان‌مدار باعث بهبود تعهد زناشویی در زوجین می‌شود و دلزدگی زناشویی را کاهش می‌دهد (صیادی، شاه‌حسینی تازی‌ک، مدنی، غلامعلی‌لواسانی، ۱۳۹۶). هم‌چنین یافته پژوهش دیگر نشان داد بین رضایت جنسی، باورهای ارتباطی و تعارض زناشویی با تعهد زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. هم‌چنین ارتباط مستقیم و معنی‌داری بین رضایت جنسی و تعهد زناشویی است. ارتباط مستقیم و معناداری بین باورهای ارتباطی و تعهد زناشویی است. ارتباط معکوس و معنادار بین تعارض زناشویی و تعهد زناشویی است. نتایج ضریب همبستگی چندگانه نشان می‌دهد که بین زیر مقیاس‌های باورهای ارتباطی (باور به تخریب‌کنندگی مخالفت، باور به عدم تغییرپذیری همسر، توقع ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی، درک درست نداشتن از تفاوت‌های شناختی و فیزیولوژیکی زن و مرد) با تعهد زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود ندارد. هم‌چنین بین زیر مقیاس‌های تعارض

زناشویی (کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، افزایش رابطه با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر) با تعهد زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (علی‌پورنوتاش، ۱۳۹۲). های و استیوبر (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند زنان نابارور بیشترین اختلاف بین آن حمایتی که دوست داشتند دریافت کنند و حمایتی که می‌شد را از سمت پزشکان متخصص تجربه کردند و تقریباً در مورد همه افراد دوست داشتند، حمایتی بیش از آنچه دریافت می‌کردند، اتفاق بیفتد. مارتینز، پترسون، المیدا، مسکوتیا، کوستا (۲۰۱۳) در پژوهشی چنین نتیجه گرفتند که تنش ناباروری در زنان با حمایت اجتماعی ادراک شده ضعیف خانواده‌ها و همسر مرتبط بود. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت در نظریه کیفیت زندگی، مفهوم رضایت از زندگی به ارزیابی ذهنی ما از میزان برآورده شدن مهمترین نیازها، اهداف و آرزوهای ما اشاره دارد. بنابراین تصور و ادراک فاصله بین آنچه داریم و آنچه می‌خواهیم در زمینه‌های ارزشمند زندگی داشته باشیم، تعیین‌کننده سطح رضایت یا نارضایتی از زندگی است (اید و لارسون، ۲۰۰۸). در پژوهشی با هدف بررسی رابطه زناشویی در زنان و مردان نابارور از ۷۹۴ مقاله معتبر از سال ۱۹۹۰ - ۲۰۱۱، نتایج نشان داد ناباروری در مردان در روابط زناشویی تأثیر منفی ندارد. به‌علاوه مردانی که مشکل ناباروری داشتند، رضایت زناشویی بیشتری در مقایسه با زنانشان نشان دادند و زنان نابارور به‌طور معناداری روابط زناشویی ناپایدارتری در مقایسه با زنان بارور داشتند (تائو، کوتس و میکوک^۱، ۲۰۱۲).

همان‌طور که پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد می‌توان به اثرگذاری رویکرد کیفیت زندگی در افزایش حمایت و صمیمیت و تعهد زناشویی در زنان نابارور اشاره کرد. بدیهی است این پژوهش در نمونه‌ای وسیعتر و با استفاده از ابزارهای سنجش جامعتر، امکان تعمیم نتایج را در سطحی بالاتر فراهم می‌سازد. هم‌چنین لازم است پژوهش‌های متعدد دیگری در این زمینه انجام شود و گروه‌های جمعیتی مختلفی در این پژوهشها بررسی شوند. پژوهشهایی کاربردی با موضوعهایی مشابه در زمینه تأثیر روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر مشکلات روان‌شناختی دیگر در این زنان از جمله افسردگی و اضطراب صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در بررسیهای آینده، پژوهشهایی که بر مداخله‌های آموزشی مانند آموزش روشهای مقابله‌های مؤثر، آموزش روابط

متقابل زوجین و آموزشهای روابط جنسی مبتنی است، گنجانده شود. با توجه به یافته‌های پژوهش، روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی زنان نابارور مؤثر بود و آنها را بهبود بخشید. در نظریه کیفیت زندگی، ارزش یا اهمیتی که به حیطه خاصی از زندگی داده می‌شود، بازتاب آرزوها و اهدافی است که بیش از هر چیز دیگر مورد علاقه فرد است و بر قضاوتها و ارزیابی کلی از رضایتمندی از زندگی تأثیر شگرفی دارد. فرد خود را بیشتر به سوی همسر خوب بودن متعهد می‌سازد و در این صورت رضایتمندی از زندگی بیشتر می‌شود. هنگام ناامیدی از هر جریان یا معنی در وضعیت دشوار، می‌توان معانی و جریانهای دیگری را یافت که اوضاع را تحمل پذیر گرداند؛ به شرطی که به راه‌های دیگر برای خود باور داشته باشیم؛ خوش بین باشیم و برای کشف این راه‌ها تلاش کنیم و در بهبود کیفیت زندگی نیز اصول شادمانی را خوب به کار گیریم (فریش، ۲۰۰۶ ترجمه خنجر، ۱۳۹۰). در نتیجه این رویکرد درمانی می‌تواند به بهبود تعهد زناشویی زنان نابارور منجر شود. محدود بودن جامعه به زنان نابارور امکان تعمیم نتایج این پژوهش را به زنان بارور با محدودیت روبه‌رو می‌سازد. هم‌چنین این پژوهش در شهر اراک انجام شده و تعمیم نتایج به دیگر شهرها و جمعیت‌های دیگر که ویژگیهای جمعیت شناختی متفاوت دارند با احتیاط باید صورت گیرد. در مجموع از آنجا که این رویکرد بر مهارتهای رفتاری در حوزه مسائل پزشکی و تواناییهای کارکردی مثل کنش نقش اجتماعی اثرگذار است، پیشنهاد می‌شود متخصصان، آموزش این رویکرد را به عنوان ضرورت جزء برنامه درمانی برای این زنان در مراکز ناباروری زنان بگنجانند. هم‌چنین ممکن است اثرهای درمان تداوم نداشته باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود این رویکرد درمانی هر چند وقت یک‌بار پس از پایان درمان برای حفظ اثرهای درمانی تا طولانی مدت برگزار شود. هم‌چنین با توجه به اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر تعهد زناشویی زنان نابارور، پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی کلاسهای آموزشی مرتبط با این رویکرد برای این زنان توسط متخصصان برگزار شود تا بتوان تا حد زیادی مشکلات آنها را در این زمینه برطرف ساخت.

منابع

- آقامحمدیان شعریاف، حمیدرضا؛ زارعزاده خیبری، شیوا؛ حروفقناد، معصومه؛ حکمآبادی، محمدابراهیم. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با عملکرد جنسی زنان نابارور. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*. ش ۱۷(۹۷): ۹-۱۷.
- اسدی، عدالت؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ محمدشرفی، فواد (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین دلدزدگی زناشویی، باورهای بدکارکردی جنسی و احقاق جنسی در زنان متأهل. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ش ۴: ۶۶۱-۶۸۴.
- پاداش، زهرا؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ عابدی، محمدرضا؛ ایزدینخواه، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*. ش ۱۰(۵): ۳۶۳-۳۷۲.
- پاداش، زهرا؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ش ۱(۱): ۱۱۵-۱۳۰.
- پاک‌گوهر، مینو؛ ویژه، مریم؛ بابایی، غلامرضا؛ رمضان‌زاده، فاطمه؛ عابدی‌نیا، نسرین (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان نابارور. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*. ش ۱۴(۱): ۲۱-۳۰.
- جمشیدی‌منش، منصوره؛ علی‌منش، نیلوفر؛ بهبودی‌مقدم، زهرا؛ حقانی، حمید (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش بر خودکارآمدی زنان نابارور. *نشریه پایش*. ش ۱۴(۲): ۲۲۷-۲۳۷.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ زارع‌پور، مریم؛ حجاری، الهه (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله بر صمیمیت زناشویی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران*. ش ۴۱(۳): ۴۹-۶۰.
- خیرخواه، معصومه؛ واحدی، محسن؛ جنانی، سیده‌پونه (۱۳۹۳). بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر سازگاری با ناباروری زنان نابارور در کلینیک الزهراء تبریز. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*. ش ۱۷(۱۱۳): ۷-۱۴.
- دلاور، علی (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. چ چهارم. تهران: انتشارات رشد.
- شاه‌سیاه، مرضیه؛ بهرامی، فاطمه؛ محبی، سیامک (۱۳۸۸). بررسی رابطه رضایت جنسی و تعهد زناشویی زوجین شهر اصفهان. *مجله علمی - پژوهشی اصول بهداشت روانی*. ش ۱۱(۳): ۲۳۳-۲۳۸.
- صیادی، معصومه؛ شاه‌حسینی‌تازیک، سعید؛ مدنی، یاسر؛ غلامعلی‌لواسانی، مسعود (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر تعهد زناشویی و دلدزدگی زناشویی در زوجین نابارور. *مجله آموزش و سلامت جامعه*. ش ۴(۳): ۲۹-۳۷.
- عباسی‌مولید، حسین؛ قمرانی، امیر؛ فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۸۸). آسیب‌شناسی زندگی زوجهای نابارور ایرانی. *فصلنامه علمی - پژوهشی طب و تزکیه*. ش ۷۲-۷۳: ۸-۲۰.

- عدل، حدیث‌السادات؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ پیرانی، ذبیح (۱۳۹۵ الف). بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان نابارور. **فصلنامه روانشناسی کاربردی**. ش ۲(۳۸): ۲۳ - ۳۵.
- عدل، حدیث‌السادات؛ شفیق‌آبادی، عبدالله؛ پیرانی، ذبیح (۱۳۹۵ ب). بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور. **مجله علوم پزشکی اراک**. ش ۱۹(۱۱۵): ۵۹ - ۷۱.
- عزتی، عادل؛ نوری، ربابه؛ حسینی، جعفر (۱۳۹۲). الگوی روابط ساختاری حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و برچسب اجتماعی با علائم افسردگی در زنان نابارور استان تهران در سال ۱۳۸۹. **مجله زنان، مامایی و نازایی ایران**. ش ۱۶(۴۵): ۲۰ - ۲۸.
- علیپورنوتاش، بیتا (۱۳۹۲). **رابطه کارکردهای رضایت جنسی، باورهای ارتباطی و تعارض زناشویی بر تعهد زناشویی دانشجویان متأهل**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی، گرایش خانواده درمانی و دانشکده علوم انسانی. دانشگاه علم و فرهنگ.
- فریش، مایکل (۱۳۹۰). **روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی**. ج اول. ترجمه اکرم خسته. تهران: ارجمند.
- قربان‌اسماعیلی، مهین (۱۳۹۲). **مقایسه تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بین زنان بارور و نابارور شهر اراک**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی. گروه مشاوره و راهنمایی.
- کریمیان، نادر؛ کریمی، یوسف؛ بهمنی، بهمن (۱۳۹۰). **بررسی رابطه ابعاد سلامت روان و احساس گناه با تعهد زناشویی افراد متأهل**. **فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده**. ش ۱(۲): ۲۴۳ - ۲۵۶.
- محمدی، محمدرضا؛ خلیج‌آبادی‌فراهانی، فریده (۱۳۸۰). **مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها**. **فصلنامه باروری و ناباروری**. ش ۳: ۳۳ - ۳۹.

- Adams, J.M., Jones, T. (1997). The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of personality and social psychology*, 72, 1177-1196.
- Eid M, Larson RJ. *The Science of subjective well-being*. New York: Guilford press; 2008.
- Harmon, Kh. D. (2005). *black men and marriage: the impact of spirituality, religiosity, and marital commitment on satisfaction*. Unpublished doctoral dissertation, university of Alabama.
- High, Andrew C., & Steuber, Keli Ryan.(2014). *an Examination of Support (In) Adequacy: Types, Sources, and Consequences of Social Support among Infertile Women*. *Communication Monographs*, 81(2): 157-178.
- Kapinus, C. A., & Johnson, m. p. (2003). *The utility of family life cycle as theoretical and* 24(2), 155-184.
- Klock, S.(2004). *Psychological adjustment to twins after Infertility*. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*; 18(4): 645-656.
- Martins, M.V., Peterson, B.D., Almeida, V., Mesquita-Guimarães, J. & Costa, M.E.(2013). *Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility*. *Human Reproduction*, 29(1): 83-89.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G.A.(2012). *National, regional, and global trends in infertility prevalence since, a systematic analysis of 277 health surveys*. *PLoS medicine*, 9(12), e1001356.

- Masters, A. (2008). Marriage, commitment and divorce in a matching model with empirical tools. Commitment and family life- cycle stage. Journal of family issues, differential aging. Review of Economic Dynamics, 11, 614-628.
- Mosko, J.(2009). Commitment and attachment dimensions. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy: Purdue University.
- Obi SN, Onah HE, Okafar II.(2009). Depression among Nigerian women following pregnancy loss. Int J Gynecol Obstet, 105(1), 602.
- Ragni, G., Mosconi, P., Baldini, M.P., Somigliana, E., vegetti, W., Caliari, A.E. (2005). Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. Human Reproduction; 20(5): 1286-91.
- Tao, Peng., Coates, Rosemary & Maycock, Bruce.(2012). Investigating Marital Relationship in Infertility: A Systematic Review of Quantitative Studies. J Reprod Infertil; 13(2): 71-80.