

## اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر احساس بهزیستی زنان نابارور شهر ایلام

حمید نصر الهی<sup>۱</sup>، سید رحمت الله موسوی مقدم<sup>۲</sup><sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات ایلام<sup>۲</sup> دانشیار و مدیر گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

## چکیده

سابقه و هدف: ناباروری یکی از مسائل مهم دوران زندگی زناشویی در برخی از زنان است و گروه درمانی یا روان درمانی گروهی همانند روان درمانی انفرادی است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر احساس بهزیستی زنان نابارور شهر ایلام بود.

روش بررسی: در این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه، ۸۰ نفر از زنان نابارور شهر ایلام به صورت تصادفی چندمرحله ای در دو گروه، آزمایش (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) بررسی شدند. گروه آزمایش تحت آموزش گروهی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و هر هفته ۲ جلسه) با محتوای گروه درمانی شناختی رفتاری بر احساس بهزیستی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات گروه، پس آزمون و بعد از گذشت یک ماه آزمون پیگیری اجرا شد. برای آزمودن فرضیه ها از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس دو طرفه و برای انجام عملیات آماری از نرم افزار SPSS 20/استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند احساس بهزیستی را در زنان نابارور افزایش دهد ( $p=0/001, F=109/65$ ).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند در افزایش احساس بهزیستی زنان نابارور شهر ایلام موثر باشد. واژگان کلیدی: گروه درمانی، شناختی رفتاری، احساس بهزیستی، زنان نابارور.

## مقدمه

گذاری (یک ماه) ۲۰٪ شانس حاملگی دارند. مشکلات مردان علت ۴۰٪ از موارد ناباروری است که بیشتر مربوط به مواردی مانند اشکال در تعداد، میزان حرکت و شکل اسپرم ها است. ناباروری علل مختلفی دارد و در بسیاری از بیماران، ناباروری ممکن است بیش از یک علت داشته باشد (۲). گروه درمانی یا روان درمانی گروهی همانند روان درمانی انفرادی است، با این تفاوت که در این روش روان شناس به جای تمرکز بر روی یک فرد و مشکلات مختص به وی با یک گروه و یا چندین نفر سروکار دارد. هر یک از اعضا مشکلات خود را در گروه مطرح می‌کنند. بازخورد و مشکلات دیگر اعضا را نیز می‌شنوند و در مورد آنها نظر، احساسات و افکار خود را بیان می‌کنند. در نتیجه این تعاملات، اعضای گروه در روند ایجاد تغییرات به یکدیگر کمک می‌کنند و روان شناس نیز به عنوان عضو تسهیل گر و بی طرف مسائل گروه را در مسیر مناسب و تا

ناباروری یکی از مسائل مهم دوران زندگی زناشویی در برخی از زنان است. از نظر متخصصان علوم ناباروری، زوجی نابارور هستند که اگر ۱۲ ماه پس از تصمیم جهت داشتن فرزند علیرغم انجام فعالیت جنسی طبیعی و بدون استفاده از روشهای پیشگیری، باردار نشوند (۱). البته این تعریف مربوط به شرایطی است که زن زیر ۳۵ سال سن دارد و این مدت برای زن بالای ۳۵ سال ۶ ماه است. البته ناتوانی در نگه داشتن حاملگی جهت یک تولد زنده نیز ناباروری تلقی می‌شود. معمولاً زوج‌های جوان سالم در طی یک دوره تخمک

آدرس نویسنده مسئول: ایلام، دانشگاه علوم تحقیقات ایلام، گروه روانشناسی، سید رحمت الله موسوی مقدم

(email: prof.m1344@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۲/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۴/۳

رسیدن به بینش هر یک از اعضا نسبت به مشکل خود هدایت می‌کند (۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی و گروه درمانی شناختی - رفتاری در پژوهش مختلف در درمان اختلالات گسترده‌ای، از جمله اختلالات تغذیه، طیف مختلف اختلالات اضطرابی و اختلالات افسردگی نشان داده شده است (۴).

در جریان شناخت درمانی، درمانجو تشویق می‌شود تا رابطه بین افکار خودکار منفی و احساس خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند، تلقی کرده و از رفتارهایی که بر این افکار منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار استفاده کند. در این شیوه هدف نه فقط تسری بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از بازگشت مشکل است (۵). این درمان به صورت گروهی نیز انجام می‌شود. طبیعت کاتالیزوری عکس‌العمل گروه باعث می‌شود که فرد، ادراک دیگران در مورد خودش را نیز مدنظر قرار داده و قادر به کسب آگاهی کامل‌تری از ذات و جوهره خود شود. با توجه به فشار همسالان شاید هیچ گروه سنی دیگری بیشتر از نوجوانان نیازمند مشاوره گروهی نباشد. نوجوان از طریق تعامل کلامی در گروه راه‌های صحیح ابراز احساسات پذیرش و تائید را تجربه می‌کند (۶).

احمدپوردیچی و همکارانش (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف بررسی اثر بخشی واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه نشان دادند که واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روان شناختی زنان مطلقه در سطح ۰/۰۵ تاثیر مثبت معنی‌داری نداشته است (۷). پورخواجوی و زین‌الدینی (۱۳۹۵) در پژوهشی با هدف بررسی تاثیر شناخت درمانی گروهی بر بهزیستی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی بیمارستان جواد الائمه شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ نشان دادند که شناخت درمانی گروهی باعث ارتقای بهزیستی هیجانی بیماران می‌شود (۸). سقائیان و همکارانش (۱۳۹۴) در پژوهشی با هدف بررسی تاثیر واقعیت درمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار نشان دادند واقعیت درمانی گروهی بر بهبود بهزیستی روانشناختی زنان سرپرست خانوار تاثیر مثبت دارد (۹). قاسمی و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان افراد، نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی افسردگی، نشانه‌های جسمانی سازی و بد کارکردی اجتماعی را در پس آزمون و پیگیری کاهش می‌دهد، ولی بر اضطراب آزمون‌ها تاثیری ندارد. همچنین این درمان، بر بهزیستی ذهنی در بعد هیجانی (افزایش عاطفه

مثبت و کاهش عاطفه منفی) در پس آزمون اثر داشت، اما در بعد شناختی (رضایت از زندگی) آزمودنی‌ها تغییری ایجاد نکرد (۱۰). مظاهری و همکارانش (۱۳۸۰) در پژوهش خود نشان دادند ناباروری باعث کاهش خشنودی زناشویی در زنان نابارور نمی‌شود (۱۱). شواهد فراوانی نشان می‌دهند مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (۱۲).

این پژوهش به منظور بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر احساس بهزیستی در زنان نابارور انجام شد. بنابراین این پژوهش یک هدف عمده را پیگیری می‌کند و آن بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش احساس بهزیستی زنان نابارور است.

### مواد و روشها

در این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه، جامعه آماری شامل تمامی زنان نابارور شهر ایلام در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بود که حداقل پرونده‌ای در مطب یا بیمارستان‌های مربوطه داشتند و هنوز دارای فرزند نشده بودند. این تعداد شامل ۱۰۷ زوج در شهرستان ایلام بود. روش تعیین برآورد حجم نمونه آماری استفاده از جدول کرسی و مورگان بود که با توجه به اینکه جامعه آماری تحقیق ۱۰۷ نفر بود، ۸۰ نفر برای توزیع پرسشنامه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. با توجه به اینکه زنان نابارور در مطب‌های زنان و زایمان یا بیمارستان‌های مربوطه دارای پراکندگی هستند، لذا روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طی چند مرحله‌ای بود. ابتدا از میان تمامی مطب‌های زنان و زایمان و بیمارستان‌های مربوطه ۳ مطب انتخاب و سپس از بین آنها نمونه آماری مورد انتخاب شد. از این میان تعداد ۸۰ نفر از زنان نابارور شهر ایلام به صورت تصادفی در دو گروه، آزمایش (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) بررسی شدند. گروه آزمایش تحت آموزش گروهی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۲ جلسه) با محتوای گروه درمانی شناختی رفتاری بر احساس بهزیستی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات گروه، پس آزمون و بعد از گذشت یک ماه آزمون پیگیری اجرا شد. ابزار استفاده شده در این پژوهش عبارت بود از پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف (۱۹۸۹) که برای اندازه‌گیری این سازه‌ها، ۲۰ عبارتی، ۱۴ عبارتی، ۹ عبارتی و ۳ عبارتی را طراحی کرد. پس از بررسی‌های اولیه نسخه اصلی مقیاس‌های بهزیستی روان شناختی که دارای ۸۴ عبارت

وسایل غیر ضروری باورهای غیر منطقی، معرفی القای فکر، آشنایی با طرحواره های عمیق و باورهای زیربنایی در بهزیستی روانشناختی، آموزش روش پیکان رو به پایین برای رسیدن به طرحواره ها و باورهای هسته ای از طریق حرکت از افکار خودآیند تا رسیدن به بستر تغذیه کننده آنها، دادن تکلیف خانگی.

جلسه چهارم تا ششم: بررسی تکالیف خانگی، توضیح سبک اسناد و منبع کنترل، آموزش و تمرین پیکان رو به پایین پیشرفته، نقشه های شناختی، تغییرپذیری باورها، به چالش کشیدن باورها، معرفی دامهای بر کنترل افکار خودآیند، تحلیل عینی باورها، حفظ هشیاری و آگاهی نسبت به افکار خودآیند در هنگام کاهش خلق، دادن تکلیف خانگی.

جلسه هفتم دهم: بررسی تکالیف خانگی، توضیح و تمرین تحلیل کارآمدی، توضیح و تمرین تحلیل هماهنگی در مورد باورهای اصلی، توضیح و تمرین تحلیل منطقی باورها، یافتن مخالف ورزها یا بدیل های برای باورهای خود، تغییر ادراکی از طریق شناسایی نشانه های عود، روش بازداری کرتکس، روش خود تنبیهی - خودپاداشی، مروری بر جلسات قبلی، خلاصه بندی و کمک برای اختتام درمان و در نهایت گرفتن بازخورد از آنها.

داده ها با نرم افزار آماری SPSS 20 با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره و t دو گروه مستقل بین متغیرهای پژوهش تحلیل شدند.

### یافته ها

جدول ۱ شاخص های آمار توصیفی از قبیل میانگین، میانه، نما، انحراف معیار، واریانس، ماکزیمم، مینیمم و خطای انحراف میانگین در دو وضعیت پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش را نشان می دهد. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین، میانه، نما، انحراف معیار، واریانس، ماکزیمم، مینیمم و خطای انحراف در پیش آزمون به ترتیب ۲۶/۹۰، ۲۷، ۱۳، ۱۰/۸۱۶، ۱۱۶/۹۸۸، ۴۳، ۱۳/۱ و ۳/۴۲ و در پس آزمون به ترتیب ۱۹، ۱۹/۵۰، ۱۵، ۷/۵۷، ۵۷/۳۳، ۳۱، ۸/۱ و ۲/۳۹ بود.

است، تهیه شد. سپس نسخه های ۵۴ عبارتی و فرم کوتاه ۱۸ عبارتی طراحی شد. نسخه کوتاه این پرسش نامه ۶ مولفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ مقیاس است و برای هر زیر مقیاس ۳ عبارت در نظر گرفته شده است. سازه های این پرسشنامه عبارتند از: ۱. پذیرش خود: یعنی نگرش مثبت نسبت به خود و پذیرش جنبه های مختلف خود مانند ویژگی های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته، ۲. روابط مثبت با دیگران: احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی ها، ۳. خودمختاری: احساس استقلال و اثر گذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها، ۴. تسلط بر محیط: حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت های بیرونی و بهره گیری موثر از فرصت های پیرامون، ۵. زندگی هدفمند: داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته او معنادار است، ۶. رشد فردی: احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه های نو به عنوان یک موجود دارای استعداد های بالقوه. این پرسشنامه استاندارد است و در مطالعات مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۳). در ایران طی پژوهشی که با نمونه ای دانشجویی انجام شد، همسانی درونی با بهره گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰، پذیرش خود ۰/۷۱، خودمختاری ۰/۷۸ و نمره کلی ۰/۸۲ بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شد (۱۴). پایایی این پرسشنامه توسط کوثری فر (۱۳۹۰) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد و روایی صوری این پرسشنامه نیز توسط اساتید دانشگاه دزفول مورد تایید قرار گرفت (۱۵).

**طرح درمان:** دستورالعمل جلسات بر اساس شناخت درمانی گروهی مایکل فری بود.

جلسه اول تا سوم: خوشامدگویی و معارفه، تعیین خط مشی کلی با در نظر گرفتن اصل رازداری، آشنایی با بهزیستی روان شناختی، توضیح مفهوم ناباروری، تبیین تعامل بین شناخت - هیجان - رفتار، نوشتن آنها در جدول سه ستونی و دریافت مثال از شرکت کنندگان دادن تکلیف خانگی جهت ثبت وقایع فعال ساز و بررسی واکنش هیجانی و باورها و افکار آنها، بررسی تکالیف خانگی، تمثیل چمدان و ذهن در داشتن

پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند بر افزایش احساس بهزیستی در زنان نابارور موثر باشد که با نتایج تحقیق قاسمی و همکارانش (۱۳۹۰)، پورخواجوی و زین‌الدینی (۱۳۹۵) و سقائیان و همکارانش (۱۳۹۴) همخوانی دارد و با تحقیقات احمدپوردیزی و همکاران (۱۳۹۵) همخوانی ندارد. بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه‌گیری کرد که گروه درمانی مبتنی بر بهزیستی که از ترکیب روان‌شناسی مثبت با رویکرد شناختی-رفتاری شکل گرفته است، شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی افراد را ارتقا می‌دهد. باید تأکید کرد که اغلب درمان‌های فیزیکی ناباروری کافی نیست، توجه به نیازهای روانی زوج‌های نابارور یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری است؛ زیرا می‌تواند رابطه زوجین در طول درمان را تحت تأثیر قرار دهد، به خصوص زمانی که هر یک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می‌کند. استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری می‌تواند برای سلامت روانی زوجین دردناک و مخرب باشد (۱۵). فشارهای روانی وارد بر بیماران ممکن است سبب ارتباط ناهماهنگ، آموزش نامناسب بیمار و ناهماهنگی روش‌های درمانی شود. افرادی که با مشکل ناباروری مواجهند، با شوک ناباروری و احساس کلی درماندگی واکنش نشان داده و اشتغال ذهنی قابل توجهی با مشکل خود پیدا می‌کنند. بدین ترتیب گروه درمانی با بیمارانی سروکار دارد که نه تنها

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد در شرایط گروه کنترل در دو وضعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در شرایط گروه آزمایش در دو وضعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و با توجه به مقدار  $t$  به دست آمده (۳/۳۶۹) و کوچک بودن مقدار سطح اطمینان (۰/۰۰۸) از ۰/۰۵ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر «گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند بر افزایش احساس بهزیستی در زنان نابارور موثر باشد» تأیید می‌شود. بر اساس نتایج موجود در جدول ۵ ( $F=109/65$ ؛  $P<0/05$ ؛  $df=1$  و ضریب اتا: ۰/۸۰۸)، متغیر مستقل توانسته است به طور معنی‌داری ۸۰ درصد تغییرات بهزیستی روان‌شناختی در زنان نابارور شهر ایلام را تبیین کند.

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر احساس بهزیستی زنان نابارور شهر ایلام بود. نتایج این مطالعه نشان داد که بین نمرات احساس بهزیستی در شرایط گروه کنترل در دو وضعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین بین نمرات احساس بهزیستی در شرایط گروه آزمایش در دو وضعیت پیش‌آزمون و

جدول ۱. شاخص‌های آمار توصیفی در دو وضعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش

شاخص وضعیت	میانگین	میانه	نما	انحراف معیار	واریانس	ماکزیمم	مینیمم	خطای انحراف
پیش‌آزمون	۲۶/۹۰	۲۷	۱۳	۱۰/۸۱۶	۱۱۶/۹۸۸	۴۳	۱۳/۱	۳/۴۲
پس‌آزمون	۱۹	۱۹/۵۰	۱۵	۷/۵۷	۵۷/۳۳	۳۱	۸/۱	۲/۳۹

جدول ۲. مقایسه نمرات احساس بهزیستی گروه کنترل در دو وضعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

وضعیت	میانگین	اختلاف میانگین	درجه آزادی df	t	P-value
پیش‌آزمون	۲۳/۸۰	۳/۳۰	۳۹	۱/۴۷۲	۰/۱۷۵
پس‌آزمون	۲۰/۵۰				

جدول ۳. مقایسه نمرات احساس بهزیستی گروه آزمایش در دو وضعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

وضعیت	میانگین	اختلاف میانگین	درجه آزادی df	t	P-value
پیش‌آزمون	۲۶/۹۰	۷/۹۰	۳۹	۳/۳۶۹	۰/۰۰۸
پس‌آزمون	۱۹				

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثربخشی گروه درمانی رفتاری بر احساس بهزیستی زنان نابارور

منبع پراش	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	مجذور اتا
گروه	۸۹۲/۴۹	۱	۸۹۲/۴۹	۱۰۹/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۸

مشاوره، کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها استفاده شود. پیشنهاد می‌شود به کمک اساتید محترم روان‌شناسی، محتواهایی از مولفه‌ها و مباحثی که در جلسات گروه درمانی تبیین و توضیح داده شده است، تهیه و برای سایر زنان نابارور نیز اجرا شود. با توجه به شیوع ناباروری در این عصر، به روان‌شناسان، گروه درمانگران، متخصصان زنان و زایمان و افراد دارای مطب روان‌شناسی توصیه می‌شود این شیوه را در جلسات درمانی خودشان به کار گیرند. پیشنهاد می‌شود اجرای گروه درمانی به شیوه شناختی رفتاری برای درمان انواع مشکلات در کودکان، نوجوانان و دیگر گروه‌های انسانی در تحقیقات آینده مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه، متغیرهای دیگری مانند جنسیت، سن ازدواج والدین، طلاق والدین، اعتیاد اعضای خانواده، تعداد فرزندهای دختر و پسر در خانواده، زندگی در شهر یا روستا و دیگر متغیرهای تأثیرگذار بررسی شوند.

در این مطالعه، تعمیم یافته‌های حاصل از این پژوهش به جوامع دیگر و زنان دارای مشکلات دیگر امکان‌پذیر نیست. محتوای بعضی از پرسش‌ها که انتظار می‌رود تأثیر زیادی بر رضایت زناشویی زنان نابارور داشته باشد، مانند رضایت از مسائل جنسی و پیگیری‌های مربوط به این مسئله در جلسات، به دلیل ارتباط با مسایل خصوصی زنان در جلسات قابل بررسی و پیگیری نبود.

خواستار کمک برای مشکلات فیزیکی هستند، بلکه از نظر عاطفی و روانی نیز جریحه‌دار شده‌اند (۱). در نهایت می‌توان بیان کرد که به دلیل گروه درمانی است که زنان نابارور نسبت به زنانی که تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار نگرفته‌اند، احساس بهزیستی بیشتری می‌کنند.

همچنین، نتایج نشان داد که نمرات احساس بهزیستی در گروه آزمایش ( $t=3/369$ ) بیشتر از گروه کنترل ( $t=1/472$ ) شد که با توجه به نتایج بین نمرات احساس بهزیستی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در نتیجه برای تبیین می‌توان گفت، گروه آزمایش به دلیل اینکه تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند، باعث شد که احساس بهزیستی بیشتری کنند و گروه کنترل به دلیل اینکه تحت کنترل قرار گرفته بودند و گروه درمانی روی آنها اجرا نشده بود احساس بهزیستی کمتری داشتند.

با توجه به اینکه گروه درمانی شناختی رفتاری در افزایش احساس بهزیستی زنان نابارور موثر بود، پیشنهاد می‌شود که با توجه به فراوانی مشکل ناباروری و تأثیر نامطلوب آن روان این قشر از جامعه، این محتوا به عنوان یکی از مهارت‌های زندگی در جامعه کار شود. با توجه به اینکه مشکل کاهش رضایت زناشویی در زنانی که برای مدت طولانی موفق به بارداری نشده‌اند وجود دارد، پیشنهاد می‌شود از این شیوه و محتوا به عنوان بخشی از درمان مشکلات این دست از افراد در مراکز

## REFERENCES

1. Rashidifarfar, E. Social aspects and consequences of infertility [Master Thesis]. Shiraz: University of Social Sciences; 2007. [In Persian]
2. Berek JS, Ed. Berek and Novak's gynecology. 14th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
3. Navabinejad Sh, Ed. Theories, counseling and group therapy. Tehran: Organization of study and compilation of Social Sciences; 2005. [In Persian]
4. Wilson GT, Zandberg LJ. Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: effectiveness and scalability. Clin Psychol Rev. 2012; 32:343-57.
5. Nazari AM, Asadi M. The effectiveness of cognitive group therapy on decreasing depression among high school students. Knowledge Health. 2011; 6:44-48. [In Persian].
6. Zahrakar K, Parnian F, Kahloee Z, Eds. Group counseling: concepts and methods. 3<sup>rd</sup> edition. Tehran: Arasbaran Press. 2013. [In Persian]
7. Ahmadpour Dizaji J Shafiabadi AA, Esmaeili M. The effect of group therapeutic reality on the psychological distress of absolute women. Third International Conference on Science and Engineering; Istanbul, Turkey; 2016.
8. Pourkhashavi P, Zainuddini Z. The effect of group cognitive therapy on emergency well-being of cancer patients under chemo therapy in Javad Alaymeh Hospital in Kerman. Third World Conference on Psychology and Education, Law and Social Sciences at the Beginning of the Third Millennium; Shiraz, 2016.
9. Saghaeian A, Eskandari M, Bahmani B, Asgari A. The effectiveness of group therapeutic reality on the psychological well-being of female heads of households. Second National Conference; and the First International Conference on Modern Research in the Humanities, Tehran, Institute of Managers of the Vida Capital; 2015.
10. Ghasemi NA, Kajbaf MB, Rabiee M. Effectiveness of group therapy based on subjective well-being, quality of life and mental health. BMC Psychol. 2018; 6: 11.

11. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihimani Z, Ghashang N, Pato M. Problem-solving strategies and marital adjustment in fertile and infertile couples. *J Reprod Infertil* 2002;4: 32 -23.
12. Domar AD, Clapp D, Slasby E. The impact of group Psychological intervention on pregnancy ractes in infertile women. *Fertil Steril*. 2000; 73: 805-811.
13. Ryff CD. Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well- being. *J Personal Social Psychol*. 1989; 6: 1069-81.
14. Bayatiani AA, Mohammadkouchaki A, Bayani A. Reliability and Validity of Psychological well-being. *J Psy Clin Psychol*. 2009; 14: 151-146.
15. Kosarifar F. Investigating the relationship between psychological well-being and mental health of students of Islamic Azad University of Dezful Branch [BSc Thesis]. Dezful, Iran: Islamic Azad University of Dezful Branch; 2011.