

August-September 2020, Volume 9, Issue 4

The Effect of Group Training on “Cognitive-Behavioral Therapy” on Marital Satisfaction in Infertile Women Applying for IVF

Zahra Shokhmgar¹, *Alireza Rajaei², Mohammad Hossein Bayazi³, Saeed Teimory⁴

1-PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Torbat-e-Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran .

2- Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e- Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e- Jam, Iran (**Corresponding Author**)

Email:rajaei.46@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e- Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e- Jam, Iran

4-Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e- Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e- Jam, Iran.

Received: 13 May 2020

Accepted: 9 June 2020

Abstract

Introduction: The problem of infertility as a problem is also associated with many psychological problems. The aim of this study was to determine the effect of group training on “Cognitive-Behavioral Therapy” on marital satisfaction in infertile women applying for IVF.

Methods: The present study was performed by quasi-experimental method with pre-test, post-test design with control group and statistical population of all infertile women applying for IVF in Ghaen city in 1398. Among them, women with low marital satisfaction were selected using targeted sampling and were divided into two groups of 17 as intervention and control groups. The data were obtained using the "Enrich Marital Satisfaction Scale" in two stages, pre-test and post-test from the intervention and control group. The content validity, face and reliability of the scale were performed by Cronbach's alpha coefficient method. Cognitive-behavioral group therapy was presented to the intervention group in 10 sessions 90-minute. Data were analyzed using SPSS. 19.

Results: The effect of group training on “Cognitive-Behavioral Therapy” on the components of marital satisfaction (contractual response, personality issues, marital relationship, conflict resolution, financial supervision, equality, leisure activities, sexual relations, marriage and children and ideological orientation) In infertile women applying for IVF at the $p < 0.05$ level is significant.

Conclusions: Group training on “Cognitive-Behavioral Therapy” leads to increased marital satisfaction in infertile women applying for IVF. Therefore, cognitive-behavioral training should be considered to increase marital satisfaction of infertile couples.

Keywords: Marital Satisfaction, Behavioral Cognition, Infertility.

بررسی تاثیر آموزش گروهی «درمان شناختی-رفتاری» بر رضایت زناشویی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی

زهرا شخمگر^۱، *علیرضا رجائی^۲، محمدحسین بیاضی^۳، سعید تیموری^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، ایران.
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: rajaei.46@yahoo.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربیت جام، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۴

چکیده

مقدمه: مشکل ناباروری به عنوان مساله‌ای تنش‌زا با مشکلات روانشناختی متعددی همراه است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش گروهی "درمان شناختی-رفتاری" بر رضایت زناشویی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر با روش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری کلیه زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی شهر قاین در سال ۱۳۹۸ انجام شد. از بین آن‌ها زنانی که رضایت زناشویی پایین داشتند با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه ۱۷ تن به عنوان گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. داده‌ها به کمک "مقیاس رضایت زناشویی انریچ" (Enrich Marital Satisfaction Scale) در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از گروه مداخله و کنترل کسب شد. روایی محتوایی، صوری و نیز پایایی مقیاس با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ انجام شد. گروه درمانی شناختی-رفتاری در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه مداخله ارائه شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار اسپاس اس اس نسخه ۱۹ تحلیل شد.

یافته‌ها: اثر آموزش گروهی "درمان شناختی-رفتاری" بر خرده مولفه‌های رضایت زناشویی (پاسخ قراردادی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، مساوات طلبی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزنداندن و جهت گیری عقیدتی) در زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی در سطح $P < 0.05$ معنا دار است. **نتیجه گیری:** آموزش "گروهی درمان شناختی-رفتاری"، منجر به افزایش رضایت زناشویی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی می‌شود. لذا باید به آموزش گروهی "درمان شناختی-رفتاری" برای افزایش رضایت زناشویی زوجین نابارور توجه شود.

کلیدواژه‌ها: رضایت زناشویی، شناختی-رفتاری، ناباروری.

مقدمه

پنجم زوجین ناباروراند (۵). شیوع ناباروری در مناطق مختلف بر اساس مطالعه‌های انجام شده از ۱۸-۱۰ درصد متفاوت است (۶). در ایران، حدود یک چهارم زوجین، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک تجربه کرده‌اند و ۳/۴ درصد آن‌ها در هر برهه‌ای از زمان دارای مشکل ناباروری هستند (۷). به علاوه، ناباروری یک عامل تنش‌زای مهم در زندگی محسوب شده و جنبه‌هایی از عملکرد زوجین مانند فعالیت جنسی و وسواس در مورد باردار شدن... را تحت تاثیر قرار

ناباروری یکی از مسائلی است که همیشه باعث نگرانی زنان می‌شود (۱). ناباروری به معنای عدم وقوع بارداری پس از یکسال نزدیکی طبیعی، پی‌در پی و بدون جلوگیری است (۲). سازمان جهانی بهداشت، ناباروری را به عنوان معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است (۳)؛ زیرا میزان ناباروری اولیه به سرعت در میان زنان جوان افزایش پیدا کرده است (۴). به طور تقریبی، یک

زرها شخمگر و همکاران

رابطه زناشویی است (۲۶). رضایت زناشویی به عنوان ارزیابی هیجانی-شناختی و ذهنی فرد از رابطه زناشویی اش، مورد ملاحظه قرار می گیرد (۲۷). با وجود چالش های موجود و سنجش رضایت زناشویی، اصطلاح رضایت زناشویی با اصطلاحاتی نظیر سازگاری، شادمانی و به عنوان شاخصی برای بررسی کیفیت زندگی زناشویی به طور جایگزین به کار رفته است (۲۸، ۲۹). رضایت زناشویی یک فرایند است که در طول زندگی به وجود می آید، زیرا لازمه آن انطباق سلیقه ها، شناخت ویژگی های شخصیتی و ایجاد قواعد رفتاری و شکل گیری الگوهای تعاملی مناسب است. مطالعات نشان داده است که رضایت زناشویی بر بسیاری از ابعاد زندگی فردی و اجتماعی تاثیر می گذارد. روابط زناشویی توأم با رضایت زناشویی، سنگ زیربنای عملکرد اثربخش خانواده است (۳۰). همچنین مطالعات نشان می دهند که عوامل روانشناختی می توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم پیامد آن تلقی شوند (۳۱). در این راستا، شواهد فراوانی نشان می دهند مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (۳۲، ۳۳). گروه درمانی شناختی-رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می کند (۳۴). گروه درمانی شناختی-رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی هایی مانند تصمیم گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت نفس، حل مسئله، خودنظم دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (۳۵). برنامه های آموزش گروهی در درمان و بهبود مشکلات روان شناختی اثربخشی فراوانی نشان داده اند (۳۶). برخی پژوهشگران (۳۷) مطرح می کنند که آموزش های روان شناختی گروهی با فراهم سازی کنترل و تسلط بر خود، باعث کاهش مشکلات و ناسازگاری های روان شناختی می شوند و باعث امیدواری به بهبود زندگی می گردند. برنامه های آموزش گروهی می توانند برای بهبود کیفیت زندگی بیماران و افراد داوطلب غیر بیمار سودمند باشد (۳۸). در زمینه کاربرد این گونه مداخله ها برای مساله نارضایتی زناشویی باید افزود که برنامه های آموزشی به جای درمان آسیب های روانشناختی فردی، بیشتر درصدد بهبود روابط

می دهد (۸). عمل لقاح مصنوعی یک درمان پر تنش برای بیماران می باشد که نیاز به تزریق روزانه آمپول های مصرفی، سونوگرافی واژینال سریال، آنالیز مایع سمن و سایر پروسه های تهاجمی دارد. علاوه بر این، معمولاً عمل لقاح مصنوعی آخرین روش درمانی برای زوج های نابارور به شمار می آید و احتمالاً شکست به معنی بدون فرزند ماندن خواهد بود (۹). نتیجه عمل لقاح مصنوعی با بسیاری از علل شناخته شده و ناشناخته مرتبط است. شواهد نشان می دهد که علاوه بر عوامل زیستی - پزشکی (مثل سن و سابقه حاملگی)، عوامل روحی روانی افراد مثل اضطراب و افسردگی، با نتیجه درمان عمل لقاح مصنوعی مرتبط هستند (۹). زنانی که تحت درمان عمل لقاح مصنوعی قرار دارند، معمولاً به علت مشکل ناباروری و ترس از نتیجه درمان، مضطرب و افسرده هستند (۱۰). برخی مطالعات بالینی تاثیر روحی درمان عمل لقاح مصنوعی را بررسی کردند. پاسخ های روحی شایع در ناباروری و درمان های آن شامل افسردگی، خشم، احساس گناه و غمگینی می باشد (۱۱).

پژوهشگران ارتباط بین تنیدگی هیجانی و ناباروری را مطالعه کرده اند (۱۲، ۱۳). ناباروری اغلب با بحران زیستی-روانی-اجتماعی همراه است که با آزمون موثر و ناسازگار شناختی - رفتاری تجربه می شود. از جمله اینکه آن ها را دچار بحران هویت می کند و موجب بروز احساس بی ارزشی و بی کفایتی می شود و کاهش اعتماد به نفس، ناامنی را ایجاد می کند (۱۴). از دست دادن کنترل در تولید مثل در این فهرست بسیار همگانی است (۱۵). دیگر موارد شامل احساس ناکامل بودن (۱۶)، ناتوانی در برنامه ریزی برای آینده و ناتوانی در یافتن هدف متناوب و معنی دار در زندگی (۱۷)، کناره گیری از اجتماع (۱۸)، اضطراب و افسردگی (۱۹) و افسردگی ویژه در زنان (۲۰، ۲۱) است. شادی و نشاط و داشتن کیفیت زندگی مطلوب امری نسبی است، هر فردی از چیزی و راه و روش خاصی شادمان می شود؛ در واقع از نیازهای روانی بشر شادی و نشاط بوده که به دلیل تاثیر عمده آن بر زندگی افراد همواره ذهن انسان را به خود مشغول کرده است (۲۲، ۲۳). بسیاری از افراد گاهی افکار و نگرانی هایی در ارتباط با سلامتی خود تجربه می کنند که باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و به تبع آن پایین آمدن رضایت زناشویی می شود (۲۴، ۲۵).

رضایت زناشویی یک جنبه بسیار مهم و پیچیده از یک

برد) ۶- دارو، مواد مخدر و الکل مصرف نکنند. ۷- نمره رضایت زناشویی پایین تر از نقطه برش (نمره ۵/۱۱۷) پس از پاسخگویی به "مقیاس رضایت زناشویی انریچ" (Enrich Marital Satisfaction Scale) باشد. ملاک های خروج شامل: ۱- عدم حضور در سه جلسه از جلسات درمانی بود.

ابزار مطالعه پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی پژوهشگر ساخته شامل مشخصات جمعیت شناختی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی (سن، میزان تحصیلات، تعداد عمل لقاح مصنوعی) جمع آوری شد. "مقیاس رضایت زناشویی انریچ" توسط Fawers & Elson (۴۳) با هدف ارزیابی و شناسایی زمینه های مشکل زا و زمینه های رضایت روابط زناشویی، همچنین برای تشخیص زوج هایی که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند، طراحی شده است (۴۳). فرم کوتاه آن شامل ۴۷ عبارت و از ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است. نمره گذاری عبارت ها از نوع مقیاس لیکرت است که پاسخ عبارت ها در یک طیف پنج گزینه ای (کاملاً موافقم= ۵، موافقم= ۴، نه موافقم نه مخالف= ۳، مخالفم= ۲، کاملاً موافقم= ۱) نمره گذاری می شود. این مقیاس دارای ۱۲ خرده مولفه پاسخ قراردادی (۱، ۳، ۵)، رضایت زناشویی (۲، ۷، ۹، ۴۲، ۴۳)، مسایل شخصیتی (۳۰، ۱۵، ۱۴، ۳۹، ۴۰)، ارتباط زناشویی (۸، ۲۱، ۲۵، ۳۴، ۳۵، ۳۶)، حل تعارض (۲۲، ۴۱، ۴۷)، نظارت مالی (۱۷، ۱۵، ۶)، مساوات طلبی (۴، ۵، ۲۹، ۲۳، ۲۴، ۳۰)، فعالیت های مربوط به اوقات فراغت (۱۱، ۱۲، ۳۳، ۳۷، ۳۸)، روابط جنسی (۱۰، ۷، ۴۴، ۳۱، ۳۲، ۳۳)، ازدواج و فرزندان (۴۵، ۴۶، ۱۸) و جهت گیری عقیدتی (۲۶، ۲۷، ۲۸)، بستگان و دوستان (۹، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱). نمره آزمودنی در این مقیاس به ترتیب ۴۷ و ۲۳۵ می باشد. نقطه برش در این پرسشنامه نمره ۵/۱۱۷ می باشد.

Fawers & Elson (۴۳) روایی صوری و محتوایی مقیاس رضایت زناشویی Enrich را با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصین حوزه روانشناسی اجتماعی مطلوب گزارش کرده اند. همچنین برای بدست آوردن پایایی ابزار آن را روی ۳۵۰ تن از زوجین در کشور انگلستان اجرا و با میزان پایایی را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند. برخی پژوهشگران پایایی مقیاس را مورد بررسی قرار داده اند. که ضریب پایایی را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ با ۲۵۵ تن از زوجین ۰/۸۵ و پایایی باز آزمایی آن را پس از ۷ هفته ۰/۸۷ و روایی صوری و محتوایی با استفاده از نظر متخصصان مطلوب گزارش شده است (۴۴). روایی صوری

زوجین و افزایش رضایت زناشویی هستند. برای مقابله با واکنش های روانی ناشی از ناباروری روش های مختلفی وجود دارد. روانشناسان (۳۹) گروه درمانی شناختی-رفتاری را برای درمان زوج های نابارور پیشنهاد می کنند زیرا معتقدند که این رویکرد به طور مناسبی هم راستای نیازهای زوج نابارور است. پژوهشگران نیز معتقدند که درمان -رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوج های نابارور باشد (۴۰). اهداف طراحی این برنامه عبارتند از:

الف- آموزش مهارت های کاهش اضطراب، از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرامش بخش. ب- تعدیل و اصلاح ارزیابی های ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی.

ج- ارتقای مهارت های حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابرازگری و مدیریت خشم.

د- افزایش دسترسی و استفاده از شبکه های حمایت اجتماعی از طریق مهارت های بین فردی و ارتباطی اصلاح شده (۴۱). لذا پژوهش حاضر با هدف تاثیر آموزش گروهی "درمان شناختی - رفتاری" بر رضایت زناشویی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی انجام شد.

روش کار

این پژوهش، کاربردی از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی شهر قاین را در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که در مرحله اول ۹۰ تن با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و با انتساب تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفت. دلاور (۴۲) نمونه برای پژوهش های شبه آزمایشی را حداقل ۸ و حداکثر ۱۵ تن مناسب می داند. در مطالعه حاضر تعداد نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۱۶ مشارکت کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۰/۸۶ برابر با ۳۴ تن برآورد شد.

ملاک های ورود به پژوهش شامل ۱- زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی باشند ۲- در برنامه درمانی شرکت نکرده باشند ۳- سطح تحصیلات حداقل سیکل باشد ۴- متارکه یا زندگی جدا از هم زندگی نکنند ۵- اختلال روان شناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری شدن در بخش های روانپزشکی نداشته باشند (پژوهشگر از طریق مصاحبه اولیه با فرد آزمودنی و اطرافیانی که همراه آزمودنی بودند به این مورد به عنوان یکی از ملاک های ورود پی می

زهرآشخامگر و همکاران

از گروه مداخله خواسته شد که در آموزش گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت کنند. چند روز پس از اجرای پیش آزمون، برگزاری جلسات گروهی در اتاق مشاوره یکی از بیمارستان های شهر قائن که دارای فضای کافی با ۲۵ صندلی بود توسط یکی از پژوهشگران که دوره تخصصی مربوط به درمان شناختی - رفتاری را طی کرده بود آغاز شد و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هر هفته دو جلسه برنامه آموزش گروهی "درمان شناختی- رفتاری" برای گروه مداخله برگزار شد. برای گروه کنترل که از یک بیمارستان دیگر شهر قائن انتخاب شده بودند هیچ مداخله ای انجام نشد و کنترل شد که طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله ای دریافت نکنند. یک هفته پس از پایان نشست های آموزش، "مقیاس رضایت زناشویی انریچ" مورد استفاده در پیش آزمون در پس آزمون برای گروه مداخله و گروه کنترل اجرا شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل کارگاه آموزشی در اتاق مشاوره یکی از بیمارستان های شهر قائن که دارای فضای کافی با ۲۰ صندلی بود توسط یکی از پژوهشگران که دوره تخصصی مربوط به درمان شناختی - رفتاری را طی کرده بود، نیز برگزار شد.

دستورالعمل جلسات بر اساس درمان گروه درمانی شناختی- رفتاری Frankl بود (۲۷). دستورالعمل Frankl توسط زینالی و بیگی ترجمه و سپس به متخصصان مربوطه ارائه شده است که بر اساس نظر ۱۰ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی محتوای این دستورالعمل مطلوب و دارای روایی صوری و محتوایی می باشد (۴۸). در مطالعه زینالی و بیگی (۴۸) که با عنوان تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی ۳۰ از بیماران مبتلا به دیابت نوع یک در شهر ارومیه انجام شد کاربرد دستورالعمل گروه درمانی شناختی و رفتاری فرانکل را مطلوب گزارش کرده اند. محتوای جلسات به شرح زیر بود.

جلسه اول تا سوم: شامل: خوش آمدگویی 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 تکالیف خانگی جهت ثبت وقایع فعال ساز و بررسی واکنش هیجانی و باورها و افکار آن ها، بررسی تکالیف خانگی، تمثیل چمدان و ذهن در داشتن وسایل غیرضروری باورهای غیرمنطقی، معرفی القای فکر، آشنایی با طرحواره های عمیق و باورهای زیربنایی در

و محتوایی مقیاس با استفاده از نظر ۸ نفر از متخصصان روانشناسی سلامت در مطالعه Reardon & Peterson نیز مطلوب گزارش شده است. بعلاوه، پایایی مقیاس به روش ضریب آلفای کرونباخ با ۱۹۰ تن از زوجین را ۰/۸۸ گزارش کرده اند (۴۵). در مطالعه سلیمانیان با عنوان بررسی رابطه بین رضایت زناشویی و ابهام ماندگار در زوجینی که از افسردگی رنج می برند روی ۱۵۰ نفر از زوجین مبتلا به افسردگی در شهر ایلام انجام شد. روایی صوری و محتوایی "مقیاس رضایت زناشویی" را مطلوب گزارش شده است. پایایی مقیاس با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است (۴۶). مطالعه نوربالا و همکاران (۴۷) با عنوان تاثیر مداخلات روانپزشکی بر رضایت زناشویی زوج های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت باروری در تهران روی ۹۸ نفر از زوجین نابارور انجام شد. روایی صوری و محتوایی با استفاده از نظر متخصصان نیز مطلوب گزارش شده است. همچنین پایایی مقیاس بوسیله محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش گردید.

در مطالعه حاضر روایی صوری پرسشنامه رضایت زناشویی با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی و سلامت مطلوب گزارش شد. همچنین پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای ۸۰ تن از زنان نابارور در یکی از پلی کلینیک های تخصصی شهر قاین اندازه گیری شد و ضریب آلفای کرونباخ ضریب پایایی برای هر یک از خرده مولفه های پرسشنامه مولفه پاسخ قراردادی (۰/۷۸)، رضایت زناشویی (۰/۶۹)، مسایل شخصیتی (۰/۸۸)، ارتباط زناشویی (۰/۶۴)، حل تعارض (۰/۷۲)، نظارت مالی (۰/۹۰)، مساوات طلبی (۰/۸۸)، فعالیت های مربوط به اوقات فراغت (۰/۸۴)، روابط جنسی (۰/۹۰)، ازدواج و فرزندان (۰/۷۵) و جهت گیری عقیدتی (۰/۷۰)، بستگان و دوستان (۰/۷۶) گزارش شد.

بعد از انتخاب گروه نمونه پیش آزمون به صورت گروهی و با استفاده از "مقیاس رضایت زناشویی انریچ" در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از گروه مداخله و کنترل کسب شد. در مرحله اول ۹۰ تن از زوجین ناباروری که خواستار عمل لقاح مصنوعی بودند انتخاب شدند، سپس بر اساس ملاک های ورود به مطالعه و همچنین نمره ای که پس از پاسخگویی به "مقیاس رضایت زناشویی انریچ" کسب کردند. نهایتاً ۳۴ تن که ملاک های ورود به مطالعه را داشتند انتخاب شدند. کل فرآیند نمونه گیری تقریباً ۴۵ روز به طول انجامید. در مرحله بعد آزمودنی ها به صورت تصادفی به گروه مداخله و گروه کنترل تقسیم شدند. سپس

شرایط اجرای درمان از آن‌ها رضایت‌نامه‌ی کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد. ضمن این‌که به آن‌ها اعلام گردید، اجازه دارند در هر مرحله از مطالعه از شرکت خود انصراف دهند. همچنین کلیه ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت‌کنندگان در پژوهش به هنگام گزارش نتایج پژوهشی رعایت شد. در ضمن، پس از اتمام مراحل اجرایی، دوره‌ای مشابه برای افراد گروه کنترل برگزار شد.

داده‌های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی ارائه شده است. که از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تاثیر آموزش گروه درمانی شناختی - رفتاری بر نمره کل رضایت زناشویی و از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی تاثیر آموزش گروهی "درمان شناختی - رفتاری" بر مولفه‌های رضایت زناشویی استفاده گردیده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد کل شرکت‌کنندگان ۳۴ تن با دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال بودند. همچنین سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان نیز به این صورت بود که ۲ تن زیر دیپلم، ۱۶ تن دیپلم، ۱۶ تن کارشناسی و بالاتر داشتند.

بهزیستی روانشناختی، آموزش روش پیکان رو به پایین برای رسیدن به طرحواره‌ها و باورهای هسته‌ای از طریق حرکت از افکار خودآیند تا رسیدن به بستر تغذیه‌کننده آن‌ها بود. تکالیف خانگی به آزمودنی‌ها ارائه دادند.

جلسه چهارم تا ششم: شامل بررسی تکالیف خانگی، توضیح سبک اسناد و منبع کنترل، آموزش و تمرین پیکان رو به پایین پیشرفته، نقشه‌های شناختی، تغییر پذیری 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 بود. تکالیف خانگی به آزمودنی‌ها ارائه دادند.

جلسه هفتم تا دهم: شامل 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 بدیل‌های برای باورهای خود، تغییر ادراکی از طریق شناسایی نشانه‌های عود، روش خود تنبیهی - خود پاداشی، مروری بر جلسات قبلی، خلاصه بندی و کمک برای اختتام درمان و در نهایت گرفتن بازخورد از آن‌ها بود.

در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا مورد توجه قرار گرفت و اجرا گردید. در ابتدای پژوهش، ضمن ارائه توضیحات کافی به تمام داوطلبان شرکت در پژوهش در مورد اهمیت، شیوه، مدت و

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیر رضایت زناشویی

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
رضایت زناشویی	آزمایش	پیش آزمون	۸۴/۶۵	۸/۳۶
		پس آزمون	۱۱۷/۴۷	۱۰/۵۸
	کنترل	پیش آزمون	۹۱/۴۱	۹/۵۹
		پس آزمون	۹۶/۹۴	۹/۸۸

عمل لقاح مصنوعی از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد که متغیر وابسته شامل مولفه‌های (رضایت زناشویی پاسخ‌قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزند، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری عقیدتی) و متغیر مستقل (آموزش گروه درمانی شناختی - رفتاری) بود. نتایج آزمون ام باکس $F=1/72$ و $F=229/22$ ام باکس نشان داد که چون $P < 0/01$ است، فرض همگنی ماتریس وارینانس - کواریانس وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل کواریانس تک

نتایج یافته‌های توصیفی داد که میانگین مولفه کلی رضایت زناشویی در پس آزمون گروه مداخله $117/47$ ($SD=10/58$) که نسبت به پیش آزمون $84/65$ ($SD=8/36$) آن‌ها افزایش داشته است ولی بین میانگین پیش آزمون $91/41$ ($SD=9/59$) و پس آزمون $96/94$ ($SD=9/88$) گروه کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد که نشان از تاثیر آموزش گروهی "درمان شناختی - رفتاری" بر رضایت زناشویی در زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی دارد (جدول ۱)

برای بررسی اثر آموزش گروهی "درمان شناختی - رفتاری" در مولفه‌های رضایت زناشویی در زنان نابارور متقاضی

زهرا شخمگر و همکاران

می باشد ($P < 0/01$) است، بر این اساس می توان گفت دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش های مساوات طلبی و جهت گیری عقیدتی) بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت تحلیل کواریانس تک متغیره در متن تحلیل کواریانس تک متغیره انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در (جدول ۲) آمده است.

متغیری روی خرده مولفه های رضایت زناشویی همچنین نشان داد که بین میزان رضایت زناشویی آزمودنی ها دو گروه آموزش و گروه کنترل $F(31,0) = 121/73, P < 0/01$ تفاوت معناداری وجود دارد. با اطمینان ۹۹ درصد آموزش گروهی "درمان شناختی - رفتاری" بر رضایت زناشویی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی تأثیر دارد. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره نشان داد که چون سطح معناداری برای هر چهار آزمون اثر پیلایی، لامبدای و بکلز، اثرهوتلینگ و بزرگترین ریشه روی $F = 36/80$ کمتر از $0/01$

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره خرده مولفه های رضایت زناشویی در آزمودنی های گروه مداخله و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p-value
پاسخ قراردادی	پیش آزمون	۲/۰۴	۲/۰۴	۰/۰۱۵	۰/۹۰۵
	پس آزمون	۱۵/۹۲	۱۵/۹۲	۶/۰۵	۰/۰۲
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۳/۰۴	۳/۰۴	۰/۰۳۹	۰/۸۶۹
	پس آزمون	۲۷/۷۵	۲۷/۷۵	۸/۲۱	۰/۰۱
مسایل شخصیتی	پیش آزمون	۳/۳۷۵	۰/۳۷۵	۰/۰۴۲	۰/۸۱۱
	پس آزمون	۴۵/۵۰	۴۵/۵۰	۱۰/۶۹	۰/۰۰۱
ارتباط زناشویی	پیش آزمون	۶	۶	۱/۱۰۶	۰/۳۰۴
	پس آزمون	۲۹/۹۲	۲۹/۹۲	۱۰/۸۸	۰/۰۰۱
حل تعارض	پیش آزمون	۴/۳۶	۴/۳۶	۰/۰۵۹	۰/۴۵۱
	پس آزمون	۴۴/۵۸	۴۴/۵۸	۱۵/۰۷	۰/۰۰۱
نظارت مالی	پیش آزمون	۲/۳۱	۲/۳۱	۰/۰۱۹	۰/۸۹۱
	پس آزمون	۲۶/۹۸	۲۶/۹۸	۱۳/۳۱	۰/۰۰۱
مساوات طلبی	پیش آزمون	۱/۴۲	۱/۴۲	۰/۰۱۲	۰/۹۷۸
	پس آزمون	۶/۶۸	۶/۶۸	۶/۱۰	۰/۰۲
اوقات فراغت	پیش آزمون	۲/۰۱	۲/۰۱	۰/۰۱۴	۰/۹۰۸
	پس آزمون	۱۵/۹۵	۱۵/۹۵	۱۳/۹۸	۰/۰۰۱
روابط جنسی	پیش آزمون	۲/۵۹	۲/۵۹	۰/۰۳۲	۰/۸۰۱
	پس آزمون	۲۵/۷۷	۲۵/۷۷	۱۱/۱۷	۰/۰۰۱
ازدواج و فرزندان	پیش آزمون	۲/۲۲	۲/۲۲	۰/۰۷۱	۰/۸۵۶
	پس آزمون	۱۶/۵۴	۱۶/۵۴	۱۰/۸۰	۰/۰۰۱
بستگان و دوستان	پیش آزمون	۱/۰۹	۱/۰۹	۰/۰۱۰	۰/۹۹۲
	پس آزمون	۵/۱۸	۵/۱۸	۱/۵۳	۰/۲۳
جهت گیری عقیدتی	پیش آزمون	۷/۳۱	۷/۳۱	۱/۲۶۵	۰/۲۹۸
	پس آزمون	۳۲/۲۲	۳۲/۲۲	۱۲/۸۹	۰/۰۰۱

نتایج (جدول ۲) نشان می دهد تفاوت بین دو گروه در پاسخ قراردادی ($F = 6/05$)، رضایت زناشویی ($F = 8/21$)، مسایل شخصیتی ($F = 10/69$)، ارتباط زناشویی ($F = 10/88$)،

حل تعارض ($F = 15/07$)، نظارت مالی ($F = 13/31$)، مساوات طلبی ($F = 6/10$)، فعالیت های مربوط به اوقات فراغت ($F = 13/98$)، روابط جنسی ($F = 11/17$)، ازدواج و فرزندان

مراحل درمانی منجر به افزایش مشکلات روانی این افراد می شود (۴۷). لذا آموزش شناختی-رفتاری باعث کاهش این تنش در زوجین شده و میزان رضایت زناشویی را ارتقا می دهد. از طرفی افرادی که آرامش خاطر داشته و از سلامت روانی برخوردارند، فشارهای کمتری تجربه کرده و در نتیجه احتمال باروری آنان افزایش می یابد (۲۸). مشابه نتیجه مطالعه حاضر، برخی پژوهشگران مطرح می کنند که آموزش های روان شناختی-گروهی با فراهم سازی کنترل و تسلط بر خود، باعث کاهش مشکلات و ناسازگاری های روان شناختی می شوند و باعث امیدواری به بهبود زندگی می گردند (۳۲). به طور کلی در مقایسه نتایج این مطالعه با پژوهش های دیگر می توان گفت که یکی از مهمترین دلایلی که نتایج همسو با مطالعات قبلی بدست آمده است این است که درمان شناختی-رفتاری با تاکید بر مولفه های شناختی از جمله نگرش ها و افکار منفی، تمرکز ویژه ای برای جایگزین کردن ارزیابی های شناختی غیرواقع نگراانه با ارزیابی های واقع نگراانه تر از طریق افزایش بینش و آگاهی فرد در ادراک ارتباط میان فردی به راه اندازهای وابسته به موقعیت، شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش وری مناسب کمک می کند که حاصل همه این ها افزایش رضایت زناشویی در زوجین نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی است (۴۱). این مطالعه برای اولین بار است که در ایران اجرا شده است و از این حیث می تواند دارای نوآوری است و از اهمیت علمی بالایی برخوردار است.

نتیجه گیری

آموزش شناختی-رفتاری بر میزان خرده مولفه های رضایت زناشویی در زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی اثری مثبت و معنادار داشته است. لذا با توجه به این یافته ها پیشنهاد می شود که بر آموزش هر چه بیشتر شناختی-رفتاری برای زنان نابارور تاکید شود تا زوجینی که متقاضی عمل لقاح مصنوعی هستند و به دلیل مشکل ناباروری از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند، کمک شود تا سطح رضایت زناشویی و کیفیت زندگی خود را ارتقا دهند. پژوهش حاضر با محدودیت هایی از جمله عدم کنترل برخی از متغیرهای خانوادگی مثل شاغل یا خانه دار بودن زنان نابارور و همچنین انتخاب نمونه فقط از بین زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی، روبه رو

و جهت گیری عقیدتی ($F=10/80$) در سطح $P<0/01$ معنادار است. در نتیجه می توان گفت بین نمرات رضایت زناشویی در گروه درمانی آموزش شناختی-رفتاری و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. لذا آموزش گروهی "درمان شناختی-رفتاری" بر روی مولفه های رضایت زناشویی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی تاثیر دارد.

بحث

نتایج نشان می دهد که بین نمرات رضایت زناشویی و مولفه های آن در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد بنابراین، آموزش گروهی "درمان شناختی-رفتاری" بر رضایت زناشویی و مولفه های آن در زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی تاثیر دارد.

این یافته با نتایج مطالعات (۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷) همسو است. طبق نتایج، همسو با نتایج پژوهش های پیشین، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود نمره سلامت روان می شود (۴۱، ۴۲). همچنین نتایج پژوهشی (۴۳) با عنوان بررسی اثر بخشی مدیریت تنش به شیوه شناختی-رفتاری بر تنش، اضطراب و افسردگی زنان باردار نشان می دهد که تنش، اضطراب و افسردگی گروه مداخله کاهش معناداری داشته است (۴۴). یکی از دلایل برای همسویی نتیجه این مطالعه با مطالعات قبلی و تبیین این یافته این است که بهره گیری از الگوی شناختی-رفتاری، افزایش و بهبود کنش و رضایت جنسی، کاهش افکار ناامیدکننده و افزایش مهارت و ارتباطات زناشویی را به دنبال دارد و کاربرد درمان شناختی حتی پس از ۶ ماه پیگیری نشان داد علائم روانپزشکی کاهش و رضایت زناشویی افزایش یافته است (۴۵). ضمن مقایسه یافته پژوهش حاضر با مطالعه (۴۶) که نشان داد مداخلات روان پزشکی (شامل درمان دارویی و درمان شناختی-رفتاری) نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زوجین دارد، می توان چنین تبیین کرد که پاسخ تخمدانی یکی از مهم ترین پیش بینی کننده های باردار شدن است و ممکن است که یک ارتباط دهنده مهم در پیوستگی عوامل روانشناختی تنش و حاملگی باشد (۴۷). در بحث سلامت روانی افراد نیز بیماران نابارور در یک چرخه معیوب قرار می گیرند. از یک طرف مشکلات روانی باعث کاهش کارایی جسمی و پاسخ دهی آنان به درمان های طبی ناباروری شده و از طرف دیگر ادامه ناباروری و شکست های احتمالی در

زهرا شخمگر و همکاران

همکاری نمودند به ویژه مرکز بهداشت شهرستان قاین و زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

References

1. Latifnejad Roudsari R, Allan HT. [Women's experiences and preferences in relation to infertility counselling: A multi-faith dialogue]. *Int J Fertil Steril*. 2011; 5(3): 158-167.
2. Aghamohammadian Sharabaf H, Zarezadeh Khabari S, Horoofghanad M, Hekamabadi Mohammad E. [The relationship between perfectionism and sexual function of infertile women]. *Iranian Journal of Midwifery and Infertility*. 2014; 17 (3): 17-9
3. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren K. International estimates of infertility prevalence and treatment seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Sexual Response*, 2007; 22 (6): 1506-1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
4. Shafibadi A, Pirani Z. [The Effectiveness of Group Quality Psychotherapy Based on Perceived Social Support in Infertile Women]. *Journal of Applied Psychology*. 2016; 10 (2): 191-175
5. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *Plos Medicine*. 2012; 9 (12): 100-135. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356> PMID:23271957 PMCID:PMC3525527
6. Sbaraqli C, Morgante G, Goracci A. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertile Sterile*. 2008; 90 (6): 11 -21. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.10.045> PMID:18462733
7. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. [Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005]. *Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*. 2009; 21 (3): 287-293. <https://doi.org/10.1177/1010539509336009> PMID:19443880

بود، که تعمیم یافته ها را با محدودیت روبه رو می کنند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته موضوع رساله دکترا دانشجو زهرا شخمگر با راهنمایی دکتر علیرضا رجائی می باشد که با شناسه اخلاق IR.TRJUMS.REC.1398.010 مصوب گردیده است. بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه

8. Yaghmaei F, Mohammadi Sh, Alavi Majd H. [Build a credible and reliable tool to study the quality of life of infertile women]. *Journal of Fertility and Infertility*. 2009; 10 (2): 143-138.
9. De Klerk C, Heijnen EM, Macklon NS, Duivenvoorden HJ, Fauser BC, Passchier J, et al. The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared to conventional IVF. *Hum Reprod* 2006; 21 (3): 721-727. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei395> PMID:16311295
10. Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A, VanMinnen A, Zielhuis GA, Braat DD. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Hum Reprod*. 2001; 16 (7): 1420-1423. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.7.1420> PMID:11425823
11. Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. *Fertil Steril*. 1985; 43 (3): 335-346. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)48428-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48428-1)
12. Mahlstedt PP. Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. *Urol Clin North Am*. 1994; 21 (3): 557-566.
13. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. [Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments]. *Fertil Steril*. 2005; 83 (2): 275-283. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014> PMID:15705363
14. Klonoff-Cohen H, Natarajan L. The Concerns During Assisted Reproductive Technologies (CART) Scale and pregnancy outcomes. *Fertility and Sterility* 2004; 81 (4): 982-988. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.08.050> PMID:15066452
15. Ali Zadeh T, Farahani M, Shahrarai M, Ali Zadehan S. [The relationship between self-esteem and locus of control with infertility stress in infertile men and women]. *Journal of*

- Reproduction and Infertility. 2005; 5 (3): 204-194
16. Clarke LH, Martin-Matthews A, Matthews R. the Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility. *Can Rev Soc Anthropol* 2006; 43(19):95-113. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2006.tb00856.x>
 17. Filetto JN, Makuch MY. Long-term Follow-up of Women and Men After Unsuccessful IVF. *Reprod Biomed Online* 2005; 1 (14): 458-463. [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)61141-8](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)61141-8)
 18. Meyers M, Diamond R, Kezur D, Scharf C, Weinsel M, Rait DS. An Infertility Primer for Family Therapists: I. Medical, Social, and Psychological Dimensions. *Fam Process*. 1995; 34(17):219-229. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00219.x> PMID:7589419
 19. Higgins BS. Couple infertility: From the perspective of the closer Relationship Model. *Fam Relat*. 1990; 39(51):81-86. <https://doi.org/10.2307/584953>
 20. Yong P, Martin C, Thong J. A Comparison of psychological functioning in women at different stages of in vitro fertilization treatment using the mean affect adjective check list. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2000; 17 (10): 553- 556. <https://doi.org/10.1023/A:1026429712794> PMID:11209535 PMCID:PMC3455452
 21. Ashkani H, Akbari A, Heydari ST. [Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, Southern Iran]. *Indian Journal of Medical Science* 2006; 60 (10): 399-406. <https://doi.org/10.4103/0019-5359.27670> PMID:17006025
 22. Ghamari M, Elahi Far H, Zaharakar K. [The effectiveness of group education “quality of life treatment” on the happiness of female teachers]. *Health Promotion Management Magazine*. 2019; 8 (5): 62-56.
 23. Namdar A, Naghizadeh MM, Zamani M, Yaghmaei F, Mohammad Hadi Samen MH. [Quality of life and general health of infertile women]. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 17 (10): 553- 556. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0712-y> PMID:28701163 PMCID:PMC5508693
 24. Heidari Shams J, Ali Mohammad Zadeh ST, Maher A. [Correlation of health literacy and quality of life with health anxiety in outpatients referred to Shahid Beheshti Specialized Polyclinic]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 9 (1): 9-2.
 25. Royani Z, Mohammad Heidari, Vatanparast M, Yaghmaei F, Kalantari Sarcheshme AK, Majomerd JK. [Predictors of quality of life in infertile couples]. *J Menopausal Med*. 2019; 25 (1): 35-40. <https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.35> PMID:31080787 PMCID:PMC6487287
 26. Duriez B, Soenens B, Berzonsky MD. A process-content approach to adolescent identity formation: Examining longitudinal associations between identity styles and goal pursuits. *Journal of Personality*. 2012; 80 (1): 135-161. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00729.x> PMID:21299563
 27. Frankl WE. *The unconscious God: Psychotherapy and Theology* New York: Simon and Schuster. 2009; 9: 137-166.
 28. Karami Noori R. [Psychological and social infertility]. *Journal of Reproduction and Infertility Medicine*. 2000; 73 (7): 805-811.
 29. Allison JO, Roger C, Pamela MS, David JA. A meta-analysis of CBT for Pathological worry among clients with GAD. *J Anx Disord*. 2008; 22(3): 108-160. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.002> PMID:17321717
 30. Hall J, Kellett S, Berrios R. Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Am J Geria Psychiat*. 2016; 24 (11): 1063-73. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.006> PMID:27687212
 31. Hayes, AM, Feldman, G. *The Change and Growth Experiences Scale (CHANGE)*. Unpublished manuscript. 2009.
 32. Michalak EE, Yathan LN. Perceived quality of life in patients with bipolar disorder: does psycho education have an impact? *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005; 50(2): 95 -100. <https://doi.org/10.1177/070674370505000204> PMID:15807225
 33. Khayefi Ashkari M. [The effect of spiritual intelligence training on quality of life, depression, anxiety and stress in chronic kidney patients]. 2011.
 34. Sedighi R, Danesh Kojori M, Jafarpour M, Hosseini F, Farimani M. [The effect of

- preparation on anxiety and treatment success in infertile women]. Iranian Journal of Nursing. 49-56: (39) 17 ;2016.
35. Alizadegan Sh. [Mental health status of women referred to Royan Institute. Royan Institute of Cellular and Infertility Research Center].2008.
 36. Jabari Z, Hashemi H, Haghghat A. [Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on stress, anxiety and depression in pregnant women]. Journal of Health System Research. 2010; 8 (7): 415-127.
 37. Nilforoushan P, Ahmadi SA, Abedi MR, Ahmadi SM. [Attitude toward Infertility and its Relationship with Depression and Anxiety in Infertile People]. Journal of Fertility and Infertility. 2009; 7 (5): 542-522.
 38. Duriez B, Soenens B, Berzonsky M. A process-content approach to adolescent identity formation: examining longitudinal associations between identity styles and goal pursuits, Journal of Personality. 2012; 80 (1), 135-161. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00729.x> PMID:21299563
 39. Ebbesen SMS, Zachariae R, Mehlsen MY, Thomsen D, Hoygaard A, Ottosen L, Petersen T, Ingerslev HJ. Stressful life events are associated with a poor in vitro Fertilization (IVF) Outcome: A prospective study. Human Reproduction 2009; 24 (9): 2173-2182. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep185> PMID:19465459
 40. Simbar M, Hashemi S, Shams J, Alavi Majd H. [Viewing The anxiety relation of infertile female with technology condition of helping fertility in those who refer to Therapy Center of Infertility in Tehran]. J Reprod Infertil. 2009; 10 (4): 279-85.
 41. Yektatalab Sh, Parsanejad ME, Jahanmiri Sh. [The Effect of Group Psychotherapy on Anxious and Depressed Infertile Women]. Sci Med J Jondishapour Univer Med Sci. 2003; 38: (14): 43-9.
 42. Delaware A. [Research in Psychology and Educational Sciences]. Tehran: edited.1977.
 43. Fawers L, Elson J. Designing a tool to measure marital satisfaction in couples. Journal of Psychological Information. 1998; 21 (8): 415-391.
 44. Shakeri J, Hosseini M, Golshani S. SadeghiKh V. [Investigating Public Health, Comparison Strategies and Female Satisfaction in the Female]. Infertility Under IVF Treatment, J Reprod Infertil. 2006; 2 (83): 269-275.
 45. Reardon R, Peterson G. Person-environment congruence, self-efficacy, and environmental identity in relation to marriage satisfaction: A career decision theory perspective. Journal of Employment Counseling, 2007; 2 (7):112-124.
 46. Soleimani A. [Examining the relationship between marital satisfaction and enduring ambiguity in couples suffering from depression]. Quarterly Journal of Modern Psychological Research. 2004; 1 (7): 150-132.
 47. Noorbala AA, Ramadanzadeh F, Malek Afzali Ardakan H, Abedinia N, Rahimi F, Shariat M . [The effect of psychiatric interventions on marital satisfaction of infertile couples in a reproductive health research center]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;13 (2): 111-104.
 48. Z einali A, Beigi A. [The effect of cognitive-behavioral therapy group on reducing depression and increasing the quality of life of patients with type 1 diabetes in order to provide nursing care] Diabetes Nursing Journal. 2014; 2 (5): 139-148.