

The Effectiveness of Group Therapy based on Quality of Life on Marital Intimacy in Infertile Women

Hadis Alsadat Adl^{1*}, Abdollah Shafi`Abadi², Zabih Pirani³

1. MA in Guidance and Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.
2. Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Received: 13 Aug 2016, Accepted: 9 Oct 2016

Abstract

Background: Infertility is described as a loss that this event is serious tension in life and it makes extreme trauma on couples. This research aimed to investigate the effect of group psychotherapy based on life quality on marriage intimacy of infertile women.

Materials and Methods: This research method was in semi-test methodology with pre-test, post-test and follow-up test plan with control group and statistical sample was 32 persons (16 persons in test group and 16 persons in control group) that they were chosen in available sampling mode from Royan center in Arak and both two groups were peer in research standards. Test group received training for 5 sessions in 90 minute. For collecting data, Bagarozzi marital intimacy questionnaire was used. Data were analyzed by analysis of covariance by using SPSS software.

Results: Results showed that life quality training affected significantly on marriage intimacy of infertile women and improved it. Significant difference between pre-test, post-test and follow-up average scores of test and control groups showed effectiveness of life quality training on infertile women ($p=0.003<0.05$, $f=27.57$).

Conclusion: The research showed that group therapy of life quality plan affected on marital intimacy and improved it. Therefore, it is recommended as a supplement.

Keywords: Infertile, Marriage intimacy, Psychotherapy based on life quality

*Corresponding Author:
Address: Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran
Email: h_adl85@yahoo.com

اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی در زنان نابارور

حدیث السادات عدل^{۱*}، عبدالله شفیع آبادی^۲، ذبیح پیرانی^۳

۱. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران.

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۷/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری به منزله یک فقدان توصیف شده است که این رویداد تنش جدی در زندگی محسوب می‌شود و ضربه روحی شدیدی را بر زوجین وارد می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بود و پی‌گیری با گروه کنترل انجام پذیرفت. نمونه آماری بالغ بر ۳۲ نفر بود که ۱۶ نفر گروه آزمایش و ۱۶ نفر گروه کنترل را تشکیل می‌دادند که به روش نمونه گیری در دسترس از مرکز رویان اراک انتخاب شدند و دو گروه از نظر ملاک پژوهش همتا شدند. گروه آزمایش طی ۵ جلسه ۱/۵ ساعته آموزش را دریافت کردند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه صمیمیت زناشویی باگروزی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS به روش تحلیل کواریانس صورت پذیرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آموزش کیفیت زندگی به طور قابل ملاحظه‌ای بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور تأثیر گذار بود و آن را بهبود بخشید. تفاوت معنادار نمرات میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری ($F=27/57$) و ($p=0/003 < 0/05$) گروه آزمایش با گروه کنترل نشان‌گر اثرگذاری آموزش کیفیت زندگی در زنان نابارور بود.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که گروه درمانی برنامه کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی تأثیر داشت و آن را بهبود بخشید. از این رو، استفاده از آن به عنوان یک برنامه مکمل پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، صمیمیت زناشویی، ناباروری.

مقدمه

ناباروری به منزله فقدان اساسی از تلخ ترین تجربه‌های زندگی مانند مرگ یکی از بستگان درجه یک که واکنش سوگ را به دنبال دارد، توصیف شده است (۱). از نظر پزشکی ناباروری عبارتست از ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت منظم، بدون استفاده از روش‌های پیش‌گیری از بارداری (۲). ناباروری به دو نوع تقسیم می‌شود: ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه. در ناباروری اولیه قبلاً بارداری صورت نگرفته است، در حالی که ناباروری ثانویه بارداری یا بارداری‌های قبلی وجود دارد (۳). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲ از هر زوج، یک زوج نابارور هستند (۴) و تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند (۵). از طرفی سالانه ۲ میلیون زوج به این جمعیت افزوده می‌شود (۶) و ناباروری حدود ۱۰-۱۵ درصد زوجین ایالات متحده و ۲۰ درصد کل جمعیت کشورهای غربی را تحت تأثیر قرار داده است (۷). در ایران بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند و با توجه به این که از نظر فرهنگ عمومی ایران، فرزند آوری دارای اهمیت زیادی است، ناباروری می‌تواند یکی از دلایل طلاق مطرح شود (۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد که اثرات روان شناختی منفی ناباروری برای زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. زنان ممکن است دچار مشکل در صمیمیت زناشویی خود شوند (۹). صمیمیت شامل احساس نزدیکی یا حمایت متقابل از یکدیگر می‌باشد (۱۰). توانایی پروراندن صمیمیت یک عامل بین شخصی است که رابطه آن با رضایت زناشویی است (۱۱). یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند بر این مولفه اثرگذار باشد، روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی است که درمانی جدید در حوزه روان شناسی مثبت می‌باشد (۱۲). این درمان از ترکیب رویکرد روان شناختی آرون تی بک در حوزه بالینی، تئوری فعالیت سکریز میهالی با روان‌شناسی مثبت سلیگمن توسط فریش در سال ۲۰۰۶ برای ۱۷ حیطه در گروه‌های بالینی و غیربالینی طراحی شد (۱۳). در این مدل درمان در کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی-رفتاری در ۵ مفهوم اصلی انجام می‌شود. اینها به طور خلاصه کاسیو (حروف اول پنج کلمه) نامیده

می‌شود که اینها عبارتند از: عامل اول شرایط زندگی عامل دوم نگرش عامل سوم معیارهای خرسندی عامل چهارم ارزش‌ها عامل پنجم رضایت مندی کلی که در واقع پنج استراتژی برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است که بر اساس ایجاد رضایت مندی بین فاصله موجود بین آنچه که شخص می‌خواهد و آنچه که دارد، باعث بالابردن کیفیت زندگی می‌شود (۱۴). در واقع صمیمیت زمینه بنیادی را در جهت رضایت و نارضایتی فرد از زندگی موجب می‌شود، چرا که تعهد زوجین برای رابطه را استحکام می‌بخشد و به طور مثبت با سعادت و سازگاری زناشویی همراه است (۱۵). عنصر مشترک در اکثر روابط آشفته این است که زوجین نیازهای صمیمیت یکدیگر را برآورده نمی‌کنند، لذا باید روشی را احیا کرد که در آن صمیمیت در رابطه افزایش یابد (۱۶). تاکنون پژوهشی مرتبط با این یافته صورت نگرفته است، اما عباسی مولید، قمرانی و فاتحی زاده (۱۳۸۸) (۲) در پژوهشی نشان دادند کاهش صمیمیت زناشویی جزء آسیب‌های زوج‌های نابارور بود. کاظمیان و همکاران (۱۳۹۱) (۱۶) نیز در پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که زوج درمانی خود تنظیمی باعث افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور شد. بنابر این سوال‌های پژوهش عبارتند از این که:

۱. آیا روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی و مولفه‌های آن (صمیمیت احساسی، صمیمیت روان شناختی، صمیمیت فکری، صمیمیت جنسی، صمیمیت جسمانی، صمیمیت معنوی، صمیمیت هنری، صمیمیت اجتماعی و تفریحی، صمیمیت زمانی) در زنان نابارور موثر می‌باشد؟
۲. آیا اثرات برنامه آموزشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی و مولفه‌های آن در زنان نابارور پس از یک ماه پایدار می‌باشد؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور شهر اراک در سال ۹۵-۹۴ بود.

نمونه‌گیری از نوع در دسترس در دو گروه آزمایش و کنترل است. ابتدا به ۵۰ نفر زنان نابارور واجد شرایط در مرکز اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده شد. سپس پرسش‌نامه صمیمیت زناشویی داده شد. در نهایت ۳۲ نفر از افرادی که مشکل در صمیمیت زناشویی داشتند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند بر اساس ملاک‌های پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. حجم نمونه، برای هر یک از گروه‌های مورد مطالعه حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است، اما حجم نمونه پژوهش حاضر برای اطمینان بیشتر از نتیجه و ریزش احتمالی، ۳۶ نفر (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه گواه) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس تنها مرکز ناباروری اراک، رویان انتخاب شدند. اما از گروه آزمایش ۲ نفر جلسات درمانی را کامل نکرده؛ در نتیجه تعداد به ۱۶ نفر تقلیل یافت و برای گروه کنترل نیز ۱۶ نفر در نظر گرفته شد (جمعاً ۳۲ نفر). دو گروه از نظر ملاک‌های ورود به پژوهش هم‌تا شدند که این ملاک‌ها به شرح زیر بودند: رضایت آگاهانه- توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه- حداقل تحصیلات دیپلم- مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن جسمی- سن آزمودنی‌ها بین ۲۵ 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 عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی روانشناختی به طور همزمان دو گروه از نظر ملاک‌های ورود به پژوهش هم‌تا شدند. زنان گروه آزمایش در کنار مراحل و اقدامات پزشکی پنج هفته جلسات هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان کیفیت زندگی قرار گرفتند و بعد از اتمام جلسات در آزمون پیگیری شرکت کردند که یک ماه بعد از اتمام جلسات واقع شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. جهت گرد آوری داده‌ها از مقیاس صمیمیت زناشویی باگاروزی به منظور اندازه‌گیری صمیمیت زناشویی زنان نابارور استفاده شد. این مقیاس دارای ۴۱ سؤال در مقیاس ۱۰ درجه‌ای تکمیل عبارت می‌باشد و نیازهای صمیمیت و ابعاد آن (عاطفی، روان شناختی،

عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی- تفریحی) را مورد بررسی قرار می‌دهد (۱۰). این پرسش‌نامه توسط اعتمادی (۱۳۸۴)، ترجمه شد (۱۷). برای تعیین روایی محتوی و صوری آن، پرسش‌نامه در اختیار پانزده نفر از استادان رشته مشاوره و پانزده زوج قرار گرفت. پس از اصلاح نهایی، پرسش‌نامه روی ۳۰ زوج اجرا شد و ضریب پایایی کل پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در مطالعه‌ای دیگر خمسه و حسینیان (۱۳۸۶)، در تعیین پایایی پرسش‌نامه با روش بازآزمون، ضریب آلفای کرونباخ را برای صمیمیت عاطفی ۰/۸۹، صمیمیت روان شناختی ۰/۸۲، صمیمیت عقلانی ۰/۸۱، صمیمیت جنسی ۰/۹۱، صمیمیت اجتماعی-تفریحی ۰/۵۱، صمیمیت زیباشناختی ۰/۷۶، صمیمیت فیزیکی ۰/۸۰، صمیمیت معنوی ۰/۶۵ و برای صمیمیت کل ۰/۸۲ به دست آمده افزون بر آن، جهت تعیین روایی آزمون، این پرسش‌نامه همراه با پرسش‌نامه صمیمیت زناشویی، هم‌زمان به وسیله ۳۰ زوج پاسخ داده شد که ضریب همبستگی بین نتایج دو آزمون صمیمیت، بیان‌گر همبستگی معنی‌دار ۰/۶۵ است (۱۸). این رویکرد درمانی توسط فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده که ترکیبی از رویکرد شناختی آرون تی بک، ۱۹۶۰ و روانشناسی مثبت‌نگر سلیگمن ۲۰۰۲ است و نظریه کیفیت زندگی، ۵ شیوه یا الگو را برای رضایت‌مندی از زندگی، به عنوان طرحی برای کیفیت زندگی و مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر ارائه می‌دهد که آموزش و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نامیده می‌شود. فریش مطالعات خود را در زمینه اعتبار پیش بین کیفیت زندگی به حیطه‌های کاملاً جدید گسترش دادند و توانایی رضایت‌مندی از زندگی را در حفظ موقعیت تحصیلی در مراکز مشاوره دانشجویی بر روی ۲۱۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه که برای روان‌درمانی فردی مراجعه کرده بودند ارزیابی کردند. با استفاده از رویکرد باچر و میلر، ۱۹۹۹ در دانشگاه مینه‌سوتا در زمینه واریسی اعتبار روز باچر و میلر، ۱۹۹۹ همبستگی با مقیاس رضایت‌مندی از زندگی (پاوت و دینر، ۱۹۹۳)، $r=0/56$ و همبستگی با شاخص کیفیت زندگی فرانزو پاور، ۱۹۹۲، $r=0/75$ ، $p<0/001$ گزارش شده است. اعتبار

درمان اغلب در مورد مقیاس های کیفیت زندگی که با وضعیت سلامت ارتباط دارد ثبت شده است (۱۹). جهت اجرای روش مداخله، با در نظر گرفتن نکات زیر اقدامات لازم صورت پذیرفت. ابتدا با تهیه معرفی نامه از طرف دانشگاه آزاد اراک، در رویان اراک حضور یافته، سپس به زنان ناباروری که به این مراکز مراجعه می کردند و دارای ملاک های شرکت در پژوهش بودند، هدف از تحقیق توضیح داده شد و از آنها خواسته شد به مقیاس صمیمیت زناشویی پاسخ داده و با توجه به پاسخ گویی آنها به پرسش نامه ها، ۱۶ نفر از زنانی که دارای مشکل در این زمینه انتخاب شده و به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شدند. با آنها تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد در زمان مشخص در مرکز مشاوره ای که فضای مناسب برای برگزاری کارگاه می داشت حضور یابند و هدف جلسات توضیح داده شد. سپس رضایت نامه کتبی حضور در جلسه های آموزشی از آنان اخذ شد و آنان متعهد شدند به مدت ۵ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه ای تحت روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گیرند، سپس ۱۶ نفر دیگر از این زنان که با گروه آزمایش همتا بودند، به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات، هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه ها پاسخ دادند. یک ماه بعد از اتمام جلسات، گروه آزمایش مجدداً به پرسش نامه ها جهت آزمون پی گیری پاسخ دادند. تمام پرسشنامه ها کنترل گردید تا هیچ یک ناقص نباشند. فهرست محتوایی برنامه کیفیت زندگی به تفکیک جلسات و شرح فعالیت های هر جلسه برای گروه آزمایش به شرح زیر بود: جلسه اول. هدف معارفه و آشنایی افراد گروه با هم و با روان درمان گر و هم چنین تشریح برنامه کیفیت زندگی و مرور اجمالی زیر بنای نظری آن بود. در این جلسه پیش آزمون اجرا و درباره نقش کیفیت زندگی در سلامت روان و بهزیستی، تعریف ناباروری، صمیمیت زناشویی، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در کنار اهمیت انجام کامل تکالیف منزل بحث شد. جلسه دوم. هدف این جلسه آموزش مدل کاسیو بود، این مدل می خواهد نشان دهد که رضایت فرد از زندگی تا حد

زیادی متشکل از مجموعه رضایت مندی در زمینه های خاص می باشد. در واقع قرار است با ایجاد تغییر شناختی و رفتاری در ۵ مفهوم به معنی کاسیو که متشکل از حروف اول پنج کلمه: شرایط زندگی، نگرش، استانداردهای تعریف شده، ارزش ها و رضایت کلی از زندگی است، به مراجعین آموزش داده شد. با توافق بر حوزه های مهم کیفیت زندگی از بین ۱۶ حوزه اصلی جلسه پیش برده شد و به عنوان تکلیف برای جلسه بعد به صورت کاربرگ به اعضا داده شد.

جلسه سوم. هدف این جلسه مرور جلسه قبل و گزارش شخصی افراد بود. تکنیک بینش و کیک شادمانی آموزش داده شد و به صورت کاربرگ در اختیار آنها قرار گرفت. به این صورت که از مراجعین خواسته می شود به تعیین اهداف و الویت های مهم و معنی دار زندگی پردازند و چارچوب کل زندگی را فراهم کنند. مراجعین باید روزانه به مدت دو هفته موفقیت های بزرگ و کوچک و دستاوردها و تجارب مثبت روزانه را بنویسند.

جلسه چهارم. هدف این جلسه آموزش و ارائه تکنیک دی ای پی بود. برای این کار از مراجعین خواسته شد شواهد عینی و مشخص پیشرفت، هر نوع تجربه خوشایند که دستاورد یا رضایتمندی آنها را در طی روز نشان می دهد ثبت و یادداشت کنند. تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی، بررسی عادات غلط در مورد سلامتی: باید ها و نباید ها، عادات رفتاری و فکری اشتباه، نگرانی بی مورد در مورد سلامتی، آموزش استفاده از "لیست توانمندی ها" بدین صورت بود که از مراجعین خواسته شد تا توانمندی های خود را نوشته و این فهرست را همواره در دسترس داشته باشند تا بتوانند اغلب اوقات آن را مشاهده کنند و هر قدر موارد بیشتری را به خاطر آوردند سعی کنند شرح و بسط بیشتری به این موارد بدهند و احساس مثبت خود را به آن بیفزایند. در طی روز هم تامل کرده و حداقل سه مورد از استعدادها و موهبت ها و توانمندی و استعداد های خود را بنویسند. سپس فرم فهرست نیازمندی های آرامش در زوج ها، به عنوان تکلیف خانگی در اختیار مراجعین قرار

یافته‌ها

تعداد کل آزمودنی‌هایی که داده‌های آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت ۳۲ نفر بودند و میانگین (انحراف معیار) سنی در گروه آزمایش ۳۳/۱۸ (۴/۵۵) و کم‌ترین و بیش‌ترین سن به ترتیب ۲۵ و ۴۰ سال و میانگین (انحراف معیار) سنی در گروه کنترل ۳۴ (۴/۱۶) و کم‌ترین و بیش‌ترین سن به ترتیب ۲۶ و ۳۸ سال بود. بیش‌ترین فراوانی تحصیلات آزمودنی‌ها لیسانس (۱۶) نفر و هم‌چنین بیش‌ترین فراوانی مربوط به مدت زمان ازدواج بین ۷ تا ۸ سال (۱۴) بود. بیش‌ترین فراوانی وضعیت اقتصادی متوسط (۱۸) می‌باشد. در میانگین متغیر صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش که تحت برنامه روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفته‌اند در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت دیده شد. به عبارتی متغیرهای صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) در مرحله پس‌آزمون ۲۸۸/۱۲ (۴۳/۷۰) نسبت به مرحله پیش‌آزمون ۲۰۶/۳۸ (۴۱/۳۳) بهبود یافته است. اما بین میانگین این متغیرها در گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون ۲۰۷/۳۱ (۴۰/۹۵) و پس‌آزمون ۲۰۹/۱۲ (۴۵/۷۱) تفاوتی وجود ندارد. پس از بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرونف و بررسی فرضی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون، از آزمون تحلیل کواریانس برای بررسی متغیر مستقل (دوره آموزشی) بر متغیر وابسته (صمیمیت زناشویی) استفاده شد. با توجه به خروجی نگاره آزمون کولموگروف اسمیرونف چون سطح معناداری مرتبط با متغیر وابسته صمیمیت زناشویی در گروه بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابر این فرض نرمال بودن داده‌ها پذیرفته خواهد شد. در داده‌هایی که مربوط به بررسی برابری واریانس نمونه‌ها در آزمون لون می‌باشد با توجه به مقدار به دست آمده Sig که مقداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد لذا می‌توان نتیجه گرفت که واریانس نمونه‌ها همگن می‌باشد (جدول ۱).

گرفت. این فرم متشکل از یک جدول دو ستونی است. در یک ستون "آنچه که می‌تواند تا حدودی تغییر کند" و "آنچه که غیر قابل تغییر است". از آنها خواسته شد این فرم را در مورد همسرشان پر کرده و مواردی که فکر می‌کنند قابل تغییر یا غیر قابل تغییر است را یادداشت کنند و درباره تکالیفی که باید انجام گیرد با شریک زندگی خود گفتگو کنند.

جلسه پنجم. هدف این جلسه آموزش تمرین آرامش عضلانی پیش‌رونده پی‌ام آر بود. این روش تقریباً ۳۰ دقیقه طول می‌کشد و افراد می‌توانند در جلسه این روش را ضبط کنند و سپس به نوار آموزشی گوش دهند. آن روش، تکنیک پرسش‌های دروغ سنج و طرح پرسش در دادگاه، در مورد افکار و باورها می‌باشد به طوری که افکار ناراحت کننده باید به گونه‌ای تجسم شوند که گویی فرد در جلسه دادگاه هست و می‌خواهد ببیند آیا آن افکار واقعا صحت دارند یا نه. در این مرحله تکنیک پرسش‌های دروغ سنج و طرح پرسش در دادگاه، استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک لیست اضطراری عود به منظور حفظ نتایج آموزش داده شد و در نهایت دوره جمع بندی و سپس پس‌آزمون اجرا گردید. سپس پس‌آزمون اجرا گردید. یک ماه پس از اتمام جلسات آموزشی آزمون پی‌گیری انجام شد. لازم به ذکر است برای تحلیل داده‌ها، از دو بخش آمار توصیفی (میانگین، واریانس و انحراف معیار) و آمار استنباطی (کواریانس) استفاده شد و سپس داده‌ها توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده در این پژوهش به شرح زیر بود:

۱- در نظر گرفتن رضایت زنان نابارور برای شرکت در جلسه.

۲- اخذ مجوز لازم و تاییدیه های لازم از مسولان ذیربط قبل از اجرای پژوهش.

۳- محرمانه نگه داشتن اسامی و پرسش‌نامه‌ها و اطلاعات مربوط به پرسش‌نامه.

جدول ۱. آزمون کلموگروف اسمیرونف و آزمون لون برای نرمال بودن داده‌ها

متغیر وابسته	صمیمیت زناشویی	سطح معناداری
مقدار آماره آزمون لون	۷/۱۳۴	۰/۱۰۱
کلموگروف اسمیرونف	۰/۹۴۸	۰/۳۳۰

جدول ۲. یافته‌های توصیفی مربوط به صمیمیت زناشویی گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری

تعداد	میانگین	انحراف معیار		
۱۶	۲۰۷/۳۱	۴۰/۹۵	پیش آزمون	کنترل
۱۶	۲۰۹/۱۲	۴۵/۷۱	پس آزمون	
۱۶	۲۰۸/۴۸	۴۰/۸۵	پی گیری	
۱۶	۲۰۶/۳۸	۴۱/۳۳	پیش آزمون	آزمایش
۱۶	۲۸۸/۱۲	۴۳/۰۷	پس آزمون	
۱۶	۲۹۰/۳۱	۴۱/۵۸	پی گیری	

آزمایش در مرحله پس آزمون و پی گیری نسبت به مرحله پیش آزمون بهبود یافته است. اما همان طور که مشاهده می‌شود بین میانگین این متغیرها در گروه کنترل تفاوتی وجود ندارد

در جدول ۲ شاخص آماری میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری ارائه شده است. در میانگین متغیر صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش که تحت برنامه روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفته اند در گروه

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مولفه‌های متغیر صمیمیت زناشویی گروه کنترل و آزمایش (n=۳۲)

متغیرها	گروه	میانگین		انحراف معیار		خطای انحراف میانگین	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
صمیمیت احساسی	کنترل	۱۷/۸۱	۱۷/۹۳	۵/۷۲	۶/۱۰	۱/۴۳	۱/۵۲
	آزمایش	۱۷/۸۱	۲۷/۰۰	۵/۷۲	۷/۱۰	۱/۴۳	۱/۷۷
صمیمیت روانشناختی	کنترل	۱۹/۵۶	۲۰/۰۰	۴/۹۶	۵/۹۱	۱/۲۴	۱/۴۷
	آزمایش	۱۹/۵۶	۲۹/۴۳	۴/۹۶	۷/۰۲	۱/۲۴	۱/۷۵
صمیمیت فکری	کنترل	۲۲/۰۰	۲۱/۸۱	۵/۵۳	۵/۵۸	۱/۳۸	۱/۳۹
	آزمایش	۲۱/۹۳	۳۰/۸۷	۵/۵۷	۶/۱۳	۱/۳۹	۱/۵۳
صمیمیت جنسی	کنترل	۲۲/۳۱	۲۲/۴۳	۶/۴۱	۶/۴۲	۱/۶۰	۱/۶۰
	آزمایش	۲۳/۲۵	۳۳/۰۶	۶/۴۳	۵/۸۷	۱/۶۰	۱/۴۶
صمیمیت جسمانی (غیرجنسی)	کنترل	۲۴/۵	۲۴/۵	۵/۶۹	۵/۶۲	۱/۴۲	۱/۴۰
	آزمایش	۲۴/۳۷	۳۴/۳۱	۵/۷۰	۴/۷۷	۱/۴۲	۱/۱۹
صمیمیت معنوی	کنترل	۲۸/۳۱	۲۷/۶۸	۷/۵۵	۶/۹۵	۱/۸۸	۱/۷۳
	آزمایش	۲۸/۱۸	۳۶/۲۵	۷/۵۷	۴/۳۲	۱/۸۸	۱/۰۸
صمیمیت زیبایی شناختی(هنری)	کنترل	۲۸/۱۸	۲۹/۲۵	۵/۲۳	۷/۵۷	۱/۳۰	۱/۸۹
	آزمایش	۲۷/۹۳	۳۷/۷۵	۵/۱۸	۴/۷۲	۱/۲۹	۱/۱۸
صمیمیت اجتماعی و تفریحی	کنترل	۲۹/۴۴	۳۰/۲۵	۶/۰۴	۷/۹۱	۱/۵۱	۱/۹۸
	آزمایش	۲۹/۰۶	۳۸/۱۲	۵/۹۲	۴/۴۵	۱/۴۸	۱/۱۱
صمیمیت زمانی	کنترل	۱۴/۱۸	۱۵/۲۵	۳/۶۹	۵/۳۱	-/۹۲	۱/۳۳
	آزمایش	۱۴/۲۵	۲۱/۳۱	۳/۶۴	۴/۹۶	-/۹۱	۱/۲۴

با توجه به جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین تمامی مولفه‌های متغیر صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش که تحت برنامه روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گرفته‌اند، در پیش آزمون و پس آزمون با هم تفاوت دارند عبارتی میزان این متغیر بهبود یافته است. اما میانگین تمامی مولفه‌های متغیر صمیمیت زناشویی در گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون با هم تفاوت چندانی ندارند.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس نمره‌های صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

منبع	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	p	میزان تاثیر
پیش‌آزمون	۵۰۶۵۹/۰۵۹	۱	۵۰۶۵۹/۰۵۹	۲۷/۵۷۴	۰/۰۰۳	۰/۴۸۷
گروه	۵۰۶۵۹/۰۵۹	۱	۵۰۶۵۹/۰۵۹	۲۷/۵۷۴	۰/۰۰۳	۰/۴۸۷
خطا	۵۳۲۷۸/۶۸۳	۳۰	۱۸۳۷/۱۹۶			
مجموع	۱۹۷۲۵۶۱	۳۲				

پس از انجام تجزیه و تحلیل کواریانس و با توجه به ردیف سوم جدول چون سطح معناداری برابر ۰/۰۰۳ و کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد لذا فرضیه اول پذیرفته می‌شود. میزان تاثیر برنامه روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی به اندازه ضریب اتا (۰/۴۸۷) می‌باشد بدین معنی که ۰/۴۸۷ تغییرات حاصل در میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون متغیر صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش به علت برنامه روان درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی می‌باشد.

جدول ۵. مرحله پیگیری: تاثیر مداخله روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی و حمایت اجتماعی ادراک شده پس از یک ماه پایدار است.

متغیر	آزمون برابری واریانس‌ها		آماره t	درجه آزادی	احتمال معنی‌داری	تفاضل میانگین‌ها
	آماره F	احتمال معنی‌داری				
صمیمیت زناشویی	۰/۰۱	۰/۹۹	۰/۰۹	۳۰	۰/۹۳	۱/۳۷

با توجه به جدول فوق، احتمال معنی‌داری ستون سوم (۰/۹۹) مربوط به متغیر صمیمیت زناشویی، فرض برابری واریانس‌ها در دو گروه پذیرفته می‌شود؛ لذا برابری واریانسها مفروض است. با توجه به ستون ششم که احتمال معنی‌داری (۰/۹۳) بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین بین صمیمیت زناشویی گروه آزمایش با صمیمیت زناشویی همان گروه در یک ماه بعد تفاوت وجود ندارد.

بحث

یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی در زنان نابارور بود. و مولفه‌های آن در زنان نابارور گروه آزمایش و پایداری این تاثیر در مرحله پیگیری یک ماهه بود. در نظریه کیفیت زندگی ارزش یا اهمیتی که به حیثه خاصی از زندگی داده می‌شود، بازتاب آرزوها و اهدافی است که بیش از هر چیز دیگر مورد علاقه فرد هستند و بر قضاوت‌ها و ارزیابی کلی از رضایت مندی از زندگی تأثیر شگرفی دارند. فرد خود را بیشتر به سوی همسر خوب بودن متعهد می‌سازد و در این صورت رضایت‌مندی از زندگی بیشتر می‌شود. هنگام ناامیدی از یک جریان یا معنی در یک وضعیت دشوار، می‌توان معانی و جریان‌های دیگری را یافت که شرایط را تحمل پذیر گرداند؛ به شرطی که به راه‌های

موجود دیگر برای خود باور داشته باشیم؛ خوش بین باشیم و برای کشف این راه ها تلاش کنیم و در بهبود کیفیت زندگی نیز اصول شادمانی را خوب به کار گیریم (۱۹). این رویکرد درمانی با ایجاد این باورها می تواند منجر به بهبود صمیمیت زناشویی زنان نابارور شود. پژوهشی مرتبط با این یافته صورت نگرفته است، اما عباسی مولید، قمرانی و فاتحی زاده (۲)، در پژوهشی نشان دادند کاهش صمیمیت زناشویی جزء آسیب های زوج های نابارور بود. کاظمیان و همکاران (۱۶)، نیز در پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که زوج درمانی خودتنظیمی باعث افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور شد. طلوعی (۱۳۹۴)، در پژوهشی با هدف مقایسه بهزیستی روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده و رضایت زناشویی در زوجین نابارور با زوجین بارور مراجعه کنندگان به مرکز نازایی میلاد و کلینیک مادر شهر تبریز، نتایج نشان داد که زوجین نابارور در همه مولفه های بهزیستی روانشناختی با زوجین بارور تفاوت معناداری دارند. زوجین نابارور در مولفه های رضایت زناشویی از جمله مدیریت مالی، اوقات فراغت، ازدواج، فرزندان، اقوام و دوستان دارای تفاوت معناداری با زوجین بارور بودند، ولی در مولفه های حل تعارض، روابط جنسی و مذهبی تفاوت معناداری میان آنها وجود نداشت. هم چنین زوجین نابارور در زمینه مولفه های حمایت اجتماعی با زوجین بارور تفاوت معناداری ندارند (۲۰). عزتی، نوری و حسنی (۱۳۹۲)، در مطالعه ای با هدف ارزیابی عوامل مؤثر بر افسردگی زنان نابارور استان تهران، به بررسی روابط علی متغیرهای راهبردهای مقابله ای، حمایت اجتماعی، برجسب اجتماعی (استیگما) و افسردگی، در جمعیت زنان نابارور پرداختند. نتایج نشان داد استیگما یا برجسب اجتماعی که زنان نابارور دریافت می کنند، در صورتی که با راهبرد مقابله ای هیجان مدار همراه شود و هم چنین در شرایط کاهش حمایت خانواده، باعث ایجاد افسردگی در زنان نابارور می شود؛ به عبارت دیگر، راهبرد مقابله هیجان مدار و حمایت خانواده، نقش میانجی در رابطه استیگما و افسردگی بر عهده داشتند (۲۱). محمدی (۱۳۹۲)، در

پژوهشی با هدف کشف خصوصیات روابط صمیمانه زوجین، نشان داد عشق و علاقه، قدرت در خدمت رابطه و نه فرد، احترام، توجه متقابل، مشارکت، تشریک مساعی، مصاحبت و هم فکری از جمله ویژگی های زوجینی است که می توان آن ها را صمیمی نامید. از پیامدهای جانبی این ویژگی ها نیز احساس تعهد، اعتماد همسران نسبت به یک دیگر و در نتیجه، رضایت از رابطه است. زوجینی که در سنین میان سالی قرار دارند نیز با این که در رابطه آن ها عشق هیجانی کاهش یافته، خردمندی و شکیبایی شان افزایش یافته است و عشق و علاقه بینشان از بین نرفته است (۲۲). در مطالعه ای به منظور تعیین تأثیر آموزش معنا-محور بر صمیمیت زناشویی زنان شهر تهران نتایج نشان داد صمیمیت زناشویی گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد پس از اجرای متغیر مستقل افزایش یافت (۲۳). کاظمیان زاده، باقری، بهمنی، خلیلی زاده، باقری و ابوالفتحی (۱۳۹۱)، در پژوهشی با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی کوتاه مدت خودتنظیمی بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور، چنین نتیجه گرفتند که زوج درمانی خودتنظیمی باعث افزایش صمیمیت زناشویی زنان نابارور گروه آزمایش در مقایسه با کنترل شد (۱۶). در پژوهشی مشابه با هدف بررسی اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان نابارور انجام شد که نتایج نشان داد بین میانگین نمرات آزمودنی ها در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی دار وجود دارد، که هم چنین در مرحله پیگیری یک ماهه این تغییر تداوم داشت (۲۴). استیوبر و های (۲۰۱۵)، در پژوهشی با هدف بررسی رابطه کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده با افشای ناباروری در زنان نابارور آمریکا، نشان دادند افشای مستقیم زنان درباره ناباروری به طور مثبت و معناداری با سطح کیفیت حمایت اجتماعی ادراک شده مرتبط بود و با کیفیت زندگی کلی ارتباط مثبت معنادار داشت (۲۵). 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، تأثیر منفی

در روابط زناشویی ندارد. به علاوه مردانی که مشکل ناباروری داشتند، رضایت زناشویی بالاتری در مقایسه با زنان شان نشان دادند و زنان نابارور به طور معناداری روابط زناشویی ناپایدارتری در مقایسه با زنان بارور داشتند (۲۶). 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 روان شناختی، عقلانی و فیزیکی بود (۲۷).

رویکرد درمانی کیفیت زندگی با استفاده از اصول خود از جمله اصل پذیرش و علاقه به جسم خویش، اصل شاهد خلق و خوی هیجانی خود، اصل سهمیه ناکامی، اصل عادت‌های شادکامی، اصل شوخ طبعی، اصل نشخوارهای فکری، اصل خردورزی فردی، اصل توجه به نقاط مثبت خویش، اصل تفریحات سالم و چندین اصل دیگر که در هر یک راه کارهایی ارائه می‌شود، به زنان نابارور می‌آموزد تا با استفاده از تغییر نگرش در عاطفه و شادی به افزایش صمیمیت زناشویی بپردازند. هم چنین نتایج این پژوهش نشان داد که این رویکرد باعث تغییراتی در خرده مقیاس‌های صمیمیت احساسی، صمیمیت روان شناختی، صمیمیت فکری، صمیمیت جنسی، صمیمیت جسمانی، صمیمیت معنوی، صمیمیت هنری، صمیمیت اجتماعی و تفریحی، صمیمیت زمانی شده است. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت این رویکرد با تأثیری که بر رضایت فرد از زندگی می‌گذارد و با تغییری که در شرایط زندگی ایجاد می‌کند، موجب می‌شود این زنان هم در جهت رضایت از زندگی و هم در جهت افزایش صمیمیت زناشویی گام موثری بردارند. چرا که افزایش صمیمیت تعهد زوجین را برای رابطه زناشویی استحکام می‌بخشد. عنصر مشترک در اکثر روابط آشفته این است که زوجین نیازهای صمیمیت یکدیگر را برآورده نمی‌کنند، لذا باید به احیای روشی پرداخت که موجبات افزایش آن را فراهم کند. بنابراین این رویکرد با تغییر در نگرش‌ها افکار منفی و نگرش‌های غلط را تغییر داده و موجب می‌شود روابط با همسر بهبود یابد و در نتیجه آن

صمیمیت زناشویی این زنان نیز تحت تأثیر قرار گرفته و افزایش یابد (۱۶). بدیهی است انجام این پژوهش در نمونه‌ای وسیع تر و با استفاده از ابزارهای سنجش جامع تر، امکان تعمیم نتایج را در سطحی بالاتر فراهم می‌سازد. هم چنین 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 روان‌درمانی 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 موثر، آموزش روابط متقابل زوجین، آموزش‌های روابط جنسی مبتنی هستند، گنجانده شوند.

از آنجایی که این رویکرد بر مهارت‌های رفتاری در حوزه مسایل پزشکی و توانایی‌های کارکردی مثل کنش نقش اجتماعی اثرگذار است؛ پیشنهاد می‌شود متخصصان، آموزش این رویکرد را به عنوان یک ضرورت جزء برنامه درمانی برای این زنان در مراکز ناباروری زنان بگنجانند. نیز 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. هم چنین با توجه به اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی، بر حمایت اجتماعی ادراک شده 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 مرتفع ساخت.

نتیجه گیری

آموزش برنامه کیفیت زندگی می‌تواند بر صمیمیت زناشویی زنان نابارور موثر باشد و آن را بهبود بخشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره نویسنده اول دفاع شده در سال ۹۴ در دانشگاه آزاد می باشد. بدین وسیله از مشارکت زنان نابارور شهر اراک که در این پژوهش شرکت کردند تشکر می گردد.

منابع

8. Behjati Ardakani Z, Akhondi M, Kamali C, Fazli Khalaf Z, Eskandari Sh, Ghorbani B. Mental health assessment referring to Avicenna Infertility Center, Beheshti University, Tehran, Iran. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2010; 11 (45): 319-324. (Full Text in Persian)
9. Volgston H, Skoog S, Vanberg A, Ekselius Lundkvist O. Sundstom poeomaa. Risk factor for psychiatric disorder infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2010 ; 93(4): 1088-99.
10. Hamed B, Shafiabadi A, Navabinejad Sh, and Delaware A. Effectiveness of emotion-focused approach on increasing marital intimacy and self-reliance couples Danshvjv.fslnamh *Journal of Research in Educational Management*. 2013; 4 (3): 56-43. (Full Text in Persian)
11. Fallahzadeh H, Sanaee Zakir B and F V. To evaluate the effectiveness of couple therapy and couples therapy combined system to reduce the anxiety of intimacy. *JOURNAL OF FAMILY RESEARCH*. 2012; 8 (32): 465-484. (Full Text in Persian)
12. Ghasemi N, Kajbaf MB and Rabie M. Effectiveness of group therapy based on subjective well-being, quality of life and mental health. *Journal of Clinical Psychology*. 2011; 3 (2): 23-35. (Full Text in Persian)
13. Padash Z, Fatehizadeh, M. and Abedi M. Effectiveness of psychotherapy training based on improving the quality of life for the happiness of family counseling and psychotherapy. 2011; 1 (1): 115-130. (Full Text in Persian)
14. Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M and Eyzdykhvah Z. reserach of effectiveness of quality of life based on consent. *Behavioral Science*. 2012; 10 (5): 363-372. (Full Text in Persian)
15. Papageorgio C, Wells A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory and treatment chic ester*. 5th ed. UK: Wiley. 2004; 187-215.
16. Kazemian S, A. Bagherizadeh GH, Bahmani N, Khalili Sh, Bagherizadeh L
1. Aghamohamadian sherbaf HR, Zarezadeh Kheybari Sh, Hrofghanad M, and Hokmabadi, M . The Relationship between Perfectionism and Sexual Function in Infertile Women. *Women's journal of Midwifery and Infertility* . ۲۰۱۴; 17 (97): 9-17. (Full Text in Persian)
2. Abbasi Molid H; Ghamarani A and Fatehizadeh M. Pathology of Iranian infertile couples. *Journal of Medicine and purification*. 2009; 72-73: 8-20. (Full Text in Persian)
3. Pak Gohar M, Vijeheh M, Babaei Gh, Ramezandadeh F and Abedinia N. The effect of counseling on sexual satisfaction of infertile women. *Journal of faculty nursing & midwifery Tehran university of Medical (Hayat)*. 2008; 14 (1): 21-30. (Full Text in Persian)
4. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since, a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*. 1990; 9(12):e1001356.
5. Zuraida S. Psychological distress among infertile woman: exploring biopsychosocial response to infertility. *Malas J Psychiatry*. 2010 ; 19(2):1-11.
6. Khirkhah M, Vahedi M, and Jinan s.P. Effect of group counseling on coping with infertility infertile women Alzahra Clinic. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2014; 17 (113): 7-14. (Full Text in Persian)
7. Sbaraqli C, Morgante G, Goracci A, Hofkens T, De Leo V, Castrogiovanni P. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertil Steril*. 2008 ; 90(6):2107-11.

- , and Abolfathi M. Even short-term treatment to determine the effectiveness of self-regulation on increasing marital intimacy Nabarvr.armghan knowledge, Journal of medical science.2012;18 (5): 368-379. (Full Text in Persian)
- 17.Etemadi o, Navabinejad Sh, Ahmadi A, Farzad V. Survey of the effect Couples therapy Imago therapy on increasing intimacy in couples therapy. Journal of Scientific-Research News and Research. 2005,(19)5. (Full Text in Persian)
- 18.Khamse A, and Hoseinian, S. Examine gender differences among different dimensions of intimacy in married students. Socio-psychological studies of women (Women's Studies).2008;6 (1): 35-52. (Full Text in Persian)
- 19.Frisch, Michael b.rvan therapy based on improving the quality of life. Vol. (Translation of the Khamse). Tehran: Venerable.2011. (Text in Persian)
- 20.Toloei H. Compare marital satisfaction, perceived social support and psychological well-being In fertile and infertile couples. Master's thesis: Tehran university.2015. (Text in Persian)
- 21.Ezati A, Nori R, Hasani J. Pattern structural relationships social support, Coping strategies and ocial labels with symptoms of depression in infertile women in Tehran. Women's magazine and Infertility.2010;.۲۸-۲۰:(۴۵)۱۶. (Full Text in Persian)
- 22.Mohamadi B. Survey Relationship marital commitment Based on forgiveness and marital intimacy in married women working In Education City Shahrood . Master's thesis: Bojnoord university.2014 . (Text in Persian)
- 23.Nasr esfahani N,Etemadi A,Shafiabadi A. Survey the effect meaning-centered training on marital intimacy. Journal scientific University of Medical Sciences of Qazvin.2013;:(۱)۱۷ .۴۷-۴۳. (Full Text in Persian)
- 24.Adl H, Shafiabadi A,Pirani Z. The effectiveness of group therapy based on quality of life onsocial support in infertile women. Journal of Applied Psychology University of Shahid Beheshti of Tehran, 2016,:2(38)-175.192. (Full Text in Persian)
25. Steuber KR. & High A. Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. Hum Reprod. 2015;30(7):1635-42.
26. Tao Peng, Coates, Rosemary & Maycock, Bruce. Investigating Marital Relationship in Infertility: A Systematic Review of Quantitative Studies. J Reprod Infertil.2015;13(2): 71-80.
- 27.Khodayari fard M, Zarepour M, Hejazi E. The effectiveness skills training of problem-solving on marital intimacy. Journal of Science Education, Tehran University.2011;.۶۰-۴۹:(۳)۴۱