

اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان نابارور

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

دریافت مقاله: ۹۴/۱۰/۰۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۵/۰۵/۲۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۲۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان نابارور بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری یک ماهه و جامعه آماری زنان نابارور در مرکز رویان شهر اراک در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بود. از میان آن‌ها ۳۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، از نظر ملاک‌های ورود به پژوهش هم‌تا و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شد. ابزار پژوهش پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت، داهلم، زیمت، و فارلی، ۱۹۸۸ و ۵ جلسه مداخله روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی فریش، ۱۳۹۰ هفته‌ای یک‌بار هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس تکرار سنجش تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده گروه آزمایش را افزایش داده ($F=33/09$, $P=0/01$) و نتیجه درمان در مرحله پیگیری پایدار مانده است ($F=0/087$, $P=0/001$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان از برنامه درمانی کیفیت زندگی به‌عنوان روشی موثر برای بهبود حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان نابارور سود جست و سلامت روان آن‌ها را ارتقاء بخشید.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، کیفیت زندگی، نابارور

۱*. کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک، ایران

Email: H_adl85@yahoo.com

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

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک، ایران

در مقابل باروری، ناباروری وجود دارد که به صورت ناتوانی در فرزندآوری بعد از یک سال فعالیت جنسی مداوم و بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی تعریف می‌شود (نواک و برک^۱، ۲۰۰۷؛ نقل از زارع، بهرامی و سلیمانی، ۱۳۹۳). ناباروری به منزله فقدان اساسی از تلخ‌ترین تجربه‌های زندگی مانند مرگ یکی از بستگان درجه یک که واکنش سوگ را به دنبال دارد، توصیف شده و این رویداد، تنش جدی در زندگی محسوب شده است و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌کند (آقامحمدیان شعریاف، زارع‌زاده خیبری، حروف‌قناد و حکم‌آبادی، ۱۳۹۳).

تشخیص ناباروری، انتظارات زوجین نابارور را از زندگی به چالش می‌کشد، زیرا ناباروری یک عامل غیر برنامه‌ریزی شده است و بسیاری از زوجین از مهارت کافی برای مدیریت درست این مساله برخوردار نیستند (پترسون، نیوتن و فینگلد، ۲۰۰۷). در این پژوهش منظور از زن نابارور زنی است که قدرت و توان تولید مثل را نداشته باشد و حداقل از یک سال قبل از مشکل ناباروری خود مطلع شده باشد. ناباروری به دو نوع ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه تقسیم می‌شود. در ناباروری اولیه قبلاً بارداری صورت نگرفته است، درحالی‌که در ناباروری ثانویه بارداری یا بارداری‌های قبلی وجود دارد (پاک‌گوهر، ویژه، بابایی، رمضان‌زاده و عابدی‌نیا، ۱۳۸۷).

میزان ناباروری اولیه به سرعت در میان زنان جوان افزایش پیدا کرده است. عوامل مختلفی در افزایش ناباروری ذکر شده‌اند؛ از جمله به تعویق انداختن باروری تا اوایل ۳۰ یا اوایل ۴۰ سالگی، افزایش بیماری‌های مقاربتی، استفاده از روش‌های ضدبارداری ویژه مثل وسیله داخل رحمی^۲ (مارکون، ۲۰۱۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲ از هر زوج، یک زوج نابارور هستند (ماسکارناس، فلکسمن، بورما، وندریپول و استیونز، ۲۰۱۲) و تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند (زورایدا، ۲۰۱۰). از طرفی سالانه ۲ میلیون زوج به این جمعیت افزوده می‌شود (اسپروف و فریتز^۳، ۲۰۰۵؛ نقل از خیرخواه، واحدی و جنانی، ۱۳۹۳) و ناباروری حدود ۱۰-۱۵ درصد زوجین ایالات متحده و ۲۰ درصد کل جمعیت کشورهای غربی را تحت تأثیر قرار داده است (اسباراکلی، مورگانت، گوراک، هوفکنز، دیلیو و گاستروگیوانی، ۲۰۰۸).

در ایران بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند و با توجه به این‌که از نظر مذهبی، تاریخی، و فرهنگ عمومی ایران، فرزندآوری دارای اهمیت زیادی است، ناباروری می‌تواند به عنوان یکی از دلایل طلاق مطرح شود (بهجتی‌اردکانی، آخوندی، کمالی، فضلی‌خلف، اسکندری و قربانی، ۱۳۸۹). در ایران شیوع ناباروری ۲۴/۹ درصد گزارش شده است. تقریباً ۱/۳ درصد از موارد ناباروری

1. Novak & Berek
2. intra uterine device (IUD)
3. Speroff & Fritz

اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر ...

با علت زنانه، ۱/۳ درصد آن به مرد و ۱/۳ درصد آن در تعامل بین این دو نسبت داده می شود و ۲۰ درصد باقی مانده با علت ناشناخته مشخص می شود. با این حال، به نظر می رسد که زن به طور مداوم مسئول ناباروری یک زوج شناخته می شود و ممکن است باعث شود که شوهران این زنان، همسر خود را طلاق دهند یا این که بدون رها کردن همسر اول، اقدام به گرفتن همسر دوم نمایند (قربان اسماعیلی، ۱۳۹۲). اگرچه زن و شوهر هر دو این بحران را تجربه می کنند، ولی بررسی ها نشان می دهد که اثرهای روان شناختی منفی ناباروری برای زنان در مقایسه با مردان بیش تر است (دومار، پنزیاس، دوسیک، آمورا و دالیا، ۲۰۰۵؛ نقل از مطیعی، آقاییوسفی، چوب ساز، شقاقی، ۱۳۹۰).

از مواردی که ممکن است ناباروری زنان بر آن تأثیرگذار باشد، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی ادراک شده مفهومی است که به ارزیابی های ذهنی افراد درباره روابط و رفتارهای حمایتی اشاره دارد (ساراسون و ساراسون، ۱۳۸۷). حمایت اجتماعی عبارت است از کسب اطلاعات، کمک های مادی، توصیه سلامتی، حمایت عاطفی از افرادی که فرد به آن ها علاقه مند است و بخشی از شبکه اجتماعی وی نظیر همسر، بستگان و دوستان به شمار می روند (مارموت و ویلکینسون، ۲، ۱۳۸۷). حمایت اجتماعی ادراک شده به مثابه منبع مقابله ای موثر در فرایند رویارویی با تجارب تنیدگی زا بیانگر آن است که در صورت نیاز به دیگران، فرد از کمک آن ها بهره مند خواهد شد (کالوت و کونور-اسمیت، ۲۰۰۶). همچنین حمایت اجتماعی شامل منابع اجتماعی است که افراد آماده دریافت آن هستند تا روابطشان را بهبود بخشند (لورا، گراهام، و نامی، ۲۰۰۷؛ نقل از خوش کنش، اسدی، شیرعلی پور، کشاورز افشار، ۱۳۸۹). بنابراین زنان نابارور به دلیل احساس نقصی که در خود دارند، ممکن است درکی واقع بینانه از حمایت اجتماعی دیگران نداشته باشند. پژوهش های زیادی نشان دادند که دریافت حمایت اجتماعی از اطرافیان تأثیر استرس را کاهش می دهد و شرایط را بهبود می بخشد (خباز، بهجتی و ناصری، ۱۳۹۰). یافته های پژوهشگران نشان داده است که درک حمایت اجتماعی می تواند از بروز عوارض نامطلوب جسمانی و بیماری در فرد جلوگیری کند، میزان مراقبت از خود و اعتماد به نفس فرد را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی فرد بر جای گذارد و به طور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود (میکاییلی، مختارپور حبشی و میسمی، ۱۳۹۱).

بنابراین باتوجه به موارد ذکر شده، حمایت اجتماعی ادراک شده زنان نابارور لازم است بررسی شود و افزایش یابد. یکی از رویکردهای درمانی که می تواند بر این مولفه اثرگذار باشد، گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی است که روشی جدید در حوزه روان شناسی مثبت است و با هدف ایجاد

1. Domar, Penzias, Dusek, Amora & Dallia
2. Marmot & Wilkinson

بهریستی ذهنی، برای درمان اختلال‌های روانی نظیر افسردگی در بافت زندگی تدوین شده است. این درمان از ترکیب رویکرد شناختی آرون تی بک^۱ در سال ۱۹۶۰ در حوزه بالینی، نظریه فعالیت چکس زنت میهالی^۲ در سال ۱۹۹۷ با روان‌شناسی مثبت‌سلیگمن^۳ در سال ۲۰۰۲، توسط فریش^۴ در سال ۲۰۰۶ طراحی شده است (قاسمی، کجباف و ربیعی، ۱۳۹۰). در این رویکرد، اصول و مهارت‌هایی برای کمک به مراجعان برای شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های مهم و با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود. فریش (۲۰۰۶)؛ نقل از پاداش، فاتحی‌زاده و عابدی، ۱۳۹۰)، هفده حیطه را برای گروه‌های بالینی و غیربالینی ارائه می‌دهد. در این الگو درمان در مورد کیفیت زندگی با ایجاد تغییر شناختی-رفتاری در پنج مفهوم اصلی انجام می‌شود. در این روش با ایجاد رضایت‌مندی بین فاصله موجود بین آن‌چه که شخص می‌خواهد و آن‌چه که دارد، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد (پاداش، فاتحی‌زاده، عابدی و ایزدی‌خواه، ۱۳۹۱). بنابراین این رویکرد درمانی ممکن است بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان نابارور تأثیرگذار باشد.

سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را به‌عنوان معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است (آقامحمدیان شعرباف و همکاران، ۱۳۹۳). درماندگی، غم و افسردگی، عصبانیت، اختلال عملکرد جنسی، کاهش عزت نفس و طرد شدگی از دوستان و جامعه، پیامدهای نامطلوبی هستند که اغلب زوجین نابارور آن را تجربه می‌کنند (مالیک و کولسون، ۲۰۰۸)؛ نقل از جمشیدی‌منش، علی‌منش، بهبودی‌مقدم و حقانی، ۱۳۹۴). زنان نابارور از جمله افراد اجتماع بوده که در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی هستند (اوبی، اوانه و اوکفار، ۲۰۰۹). یکی از مواردی که ممکن است در مورد زوجین نابارور به خطر بیفتد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده این زنان است که ممکن است تحت تأثیر ناباروری آن‌ها قرار گیرد. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان در زمان درگیری افراد با شرایط تنیدگی‌زا، تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (لی، یی‌چانگ، بوگ پارک و هانگ چانگ^۵، ۲۰۰۴)؛ نقل از شامکوئیان، لطفی کاشانی، وزیری و اکبری، ۱۳۹۰). به‌نظر می‌رسد که می‌توان با آموزش برنامه کیفیت زندگی مشکلات عمده این گروه را هدف قرار داد و در کاهش مشکلات روان‌شناختی به آن‌ها یاری رساند تا سطح بالاتری از کیفیت را در زندگی به‌دست آورند. لذا هدف پژوهش حاضر پژوهش تعیین میزان اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان نابارور بود و دو فرضیه زیر آزمون شد.

1. Aaron T. Beck
2. Csikszentimihalyi
3. Seligman
4. Frisch
5. Lee, Yae Chung, Boog Park & Hong Chung

اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر ...

۱. روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده و مولفه‌های آن در زنان نابارور موثر است.

۲. تاثیر روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده و مولفه‌های آن در زنان نابارور پس از یک ماه پایدار است.

روش

پژوهش حاضر، از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور شهر اراک در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بود. به‌روش نمونه‌گیری در دسترس از رویان، تنها مرکز ناباروری اراک حجم نمونه ۳۶ نفر انتخاب و پس از همتاسازی ۱۸ نفر در گروه آزمایش و ۱۸ نفر در گروه گواه جایگزین شد. از گروه آزمایش ۲ نفر جلسه‌های درمانی را کامل نکردند، در نتیجه تعداد به ۱۶ نفر تقلیل یافت و برای گروه گواه نیز ۱۶ نفر در نظر گرفته شد. همتاسازی دو گروه بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسه‌های درمانی گروه، حداقل تحصیلات دیپلم، مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن جسمی، سن بین ۲۵ تا ۴۰ سال، مدت زمان ازدواج بین ۵ تا ۱۰ سال، گذشت حداقل یک سال از تشخیص ناباروری آن‌ها، عدم سابقه استفاده از روش‌های کمک باروری^۱، نداشتن فرزند و فرزند خوانده و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی روان‌شناختی به‌طور همزمان بود.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده^۲. این مقیاس چند بعدی ۱۲ گویه‌ای توسط زیمت، داهلم، زیمت، و فارلی^۳ ۱۹۸۸ تهیه شده است. سازه حمایت خانواده را با گویه‌های ۳، ۴، ۸، ۱۱؛ حمایت دوستان را با گویه‌های ۶، ۷، ۹، ۱۲ و حمایت افراد مهم در زندگی را با گویه‌های ۱، ۲، ۵، ۱۰ و هر یک را با ۷ عبارت متفاوت در طیف ۷ گزینه‌ای ۱ = به‌شدت مخالف، ۲ = مخالف، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافق و ۵ = به‌شدت موافق می‌سجد. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ در حد مطلوب گزارش شده است (زیمت و همکاران ۱۹۸۸). رستمی، شاه‌محمدی، قائدی، بشارت، اکبری‌زردخانه و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی را بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ به‌دست آورده‌اند. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۱۳۸۸) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت

1. assisted reproductive technology
2. multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)
3. Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley

شده از سوی خانواده = ۰/۸۶، دوستان = ۰/۸۶ و افراد مهم زندگی = ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ نیز در این پژوهش برای حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده = ۰/۸۷۲، دوستان = ۰/۹۱۹ و افراد مهم زندگی = ۰/۹۲۱ به دست آمد.

۲. برنامه گروهی کیفیت زندگی. این رویکرد درمانی توسط فریش در سال ۲۰۰۶ طراحی شده که ترکیبی از رویکرد شناختی آرون تی بک در سال ۱۹۶۰ و روان‌شناسی مثبت‌نگر سلیگمن در سال ۲۰۰۲ است و نظریه کیفیت زندگی، ۵ شیوه یا الگو را برای رضایت‌مندی از زندگی، به‌عنوان طرحی برای کیفیت زندگی و مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر ارائه می‌دهد که آموزش و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نامیده می‌شود. این ۵ شیوه یا الگو عبارت از عامل اول شرایط زندگی^۱، عامل دوم نگرش^۲، عامل سوم معیارهای خرسندی^۳، عامل چهارم ارزش‌ها^۴ و عامل پنجم رضایت‌مندی کلی^۵ است. این پنج مفهوم به‌طور خلاصه کاسیو^۶ نامیده می‌شود که پنج خط مشی برای ایجاد رضایت در این حوزه‌ها است و از کنار هم گذاشتن حرف اول پنج مفهوم اصلی ساخته شده است. فریش ۲۰۰۶ پژوهش‌های خود را در زمینه اعتبار پیش‌بین کیفیت زندگی به حیطه‌های 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 روان‌درمانی فردی مراجعه کرده بودند ارزیابی و با استفاده از رویکرد روزباچر و میلر^۷ ۱۹۹۹ در دانشگاه مینه سوتا در زمینه واریسی اعتبار روزباچر و میلر ۱۹۹۹، همبستگی با مقیاس رضایت‌مندی از زندگی پات و دینر^۸ ۱۹۹۳ را برابر ۰/۵۶ و همبستگی با شاخص کیفیت زندگی فرانزو پاور^۹ در سال ۱۹۹۲ را برابر ۰/۷۵ گزارش کرد. اعتبار درمان اغلب در مورد مقیاس‌های کیفیت زندگی که با وضعیت سلامت ارتباط دارد ثبت شده است (فریش، ۲۰۰۶؛ نقل از پاداش و همکاران، ۱۳۹۰). در این پژوهش فهرست محتوایی برنامه کیفیت زندگی به تفکیک جلسه‌ها و شرح فعالیت‌های هر جلسه به شرح زیر بود.

جلسه اول. 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

1. circumstance
2. attitude
3. standards of fulfillment
4. importance
5. overall satisfaction
6. CASIO
7. Bucher & Miller
8. Pavot & Diener
9. Ferrans & Powers

اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر ...

کیفیت زندگی در سلامت روان و بهزیستی، ناباورری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در کنار اهمیت انجام کامل تکالیف منزل بحث شد.

جلسه دوم. هدف این جلسه آموزش الگوی کاسیو بود که متشکل از حروف اول پنج کلمه شرایط زندگی، نگرش، معیارهای تعریف‌شده، ارزش‌ها و رضایت کلی از زندگی است. این الگو می‌خواهد نشان دهد که رضایت فرد از زندگی تا حد زیادی متشکل از مجموعه رضایت‌مندی در پنج زمینه ویژه مذکور 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 کاربرگ تکلیف برای جلسه بعد به اعضا داده شد.

جلسه سوم. هدف / این جلسه مرور جلسه قبل و گزارش شخصی افراد بود. مهارت بینش و کیک شادمانی به آن‌ها آموزش داده شد و به‌صورت کاربرگ در اختیار آن‌ها قرار گرفت. به این‌صورت که از آزمودنی‌ها خواسته شد اهداف و الویت‌های مهم و معنی‌دار زندگی خود را تعیین و چارچوب کل زندگی را فراهم کنند. مراجعان آموختند روزانه به‌مدت دو هفته موفقیت‌های بزرگ و کوچک و دستاوردها و تجارب مثبت روزانه خود را در کاربرگ‌ها بنویسند.

جلسه چهارم. هدف / این جلسه آموزش و ارائه مهارت برنامه فعالیت روزانه^۱ بود. برای این کار از آزمودنی‌ها خواسته شد شواهد عینی و مشخص پیشرفت و هر نوع تجربه خوشایند را که دستاورد یا رضایت‌مندی آن‌ها را در طی روز نشان می‌دهد ثبت و یادداشت کنند. سلامتی مطابق با درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی تعریف؛ و عادات‌های غلط در مورد سلامتی، باایدها و نبایدها، عادات‌های رفتاری و فکری اشتباه، نگرانی بی‌مورد درباره سلامتی بررسی شد. استفاده از «فهرست توانمندی‌ها» آموزش داده شد و از آزمودنی‌ها خواسته شد تا توانمندی‌های خود را بنویسند و این فهرست را همواره در دسترس داشته باشند تا بتوانند اغلب وقت‌ها آن را مشاهده کنند و هر قدر می‌توانند موارد بیش‌تری را به‌خاطر بیاوردند و سعی کنند شرح و بسط بیش‌تری به این موارد بدهند و احساس مثبت خود را به آن بیفزایند. در طی روز هم تامل 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 متشکل از یک جدول دو ستونی «آن‌چه می‌تواند تا حدودی تغییر کند» و «آن‌چه که 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 غیر قابل تغییر است، یادداشت کنند و درباره تکالیفی که باید انجام گیرد با شریک زندگی خود گفتگو کنند.

1. daily activity plan (DAP)

جلسه پنجم. هدف این جلسه آموزش تمرین آرامش عضلانی پیش‌رونده^۱ 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 به گونه‌ای تجسم کنند که گویی در جلسه دادگاه هستند و می‌خواهند ببینند آیا آن افکار واقعاً صحت دارند یا ندارند. همچنین استفاده از برگه استرس‌های شخصی و سیاهه واریسی اضطراری عود، به منظور حفظ نتایج آموزش داده شد و در نهایت جلسه‌ها جمع‌بندی و پس‌آزمون اجرا شد.

شیوه اجرا. پس تهیه معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد واحد اراک، به مرکز رویان اراک مراجعه و هدف پژوهش برای زنان نابارور دارای ملاک‌های شرکت در پژوهش این مرکز بیان و از آن‌ها خواسته شد در زمان مشخص در مرکز مشاوره راه سبز اراک که فضایی مناسب برای برگزاری کارگاه داشت حضور یابند. رضایت‌نامه کتبی حضور در جلسه‌های آموزشی از آن‌ها اخذ شد و متعهد شدند به مدت ۵ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی قرار گیرند. گروه گواه با گروه آزمایش هم‌تا شد و در فهرست انتظار قرار گرفت و مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسه‌ها و یک‌ماه بعد در مرحله پیگیری هر دو گروه به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. موازین اخلاقی شامل در نظر گرفتن رضایت زنان نابارور برای شرکت در جلسه‌ها، اخذ مجوز و تاییدیه‌های لازم از مسئولان ذیربط قبل از اجرای پژوهش، محرمانه نگه داشتن اسامی آزمودنی‌ها، اطلاعات مربوط به پرسشنامه و همچنین آموزش فشرده جلسه‌ها به گروه گواه در پایان پژوهش رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس تکرار سنجش تحلیل شد.

یافته‌ها

از ۳۲ نفر آزمودنی، ۶ نفر در بازه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال، ۱۰ نفر در بازه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱۶ نفر در بازه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۳/۱۸ با انحراف معیار ۴/۵۵ و گروه گواه برابر ۳۴ با انحراف معیار ۴/۱۶ بود. وضعیت اقتصادی ۶ نفر از پاسخ‌دهندگان، خوب با درآمد بین ۳ تا ۵ میلیون در ماه، ۱۸ نفر متوسط با درآمد بین ۱ تا ۳ میلیون در ماه و ۸ نفر ضعیف با درآمد کمتر از یک میلیون در ماه بود. مدرک ۸ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم، ۱۶ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس بود. از هر گروه ۷ نفر شاغل و ۹ نفر خانه‌دار بود. طول مدت زمان ازدواج پاسخ‌دهندگان بین ۵ تا ۱۰ سال بود؛ به‌طوری‌که ۴ نفر ۵ سال، ۴ نفر ۶ سال، ۸ نفر ۷ سال، ۶ نفر ۸ سال، ۶ نفر ۹ سال و ۴ نفر مدت ۱۰ سال از زمان زندگی مشترک‌شان گذشته بود.

1. progressive muscle relaxation

اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر ...

جدول ۱. یافته‌های توصیفی دو گروه در مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده و خرده‌مقیاس‌های آن در سه مرحله اندازه‌گیری (تعداد = ۱۶ نفر در هر گروه)

متغیر حمایت	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خانواده	گواه	۸/۷۵	۱/۸۰	۹/۱۲	۱/۶۲	۸/۹۱	۱/۷۲
	آزمایش	۹/۱۸	۱/۶۴	۲۰/۶۲	۲/۶۲	۱۹/۹۵	۱/۸۵
دوستان	گواه	۹/۱۲	۱/۶۲	۹/۲۵	۱/۴۳	۸/۸۶	۱/۵۴
	آزمایش	۱۰/۱۲	۳/۴۶	۲۲/۳۱	۲/۵۴	۲۱/۷۵	۲/۶۸
افراد مهم و تاثیرگذار	گواه	۹/۶۲	۱/۸۵	۹/۲۵	۱/۴۳	۹/۱۴	۱/۵۲
	آزمایش	۱۰/۲۵	۳/۴۹	۲۲/۷۵	۱/۷۳	۲۱/۳۴	۱/۸۴
اجتماعی	گواه	۲۷/۵	۳/۵۰	۲۷/۶۲	۳/۵۹	۲۶/۸۷	۳/۲۸
ادراک شده	آزمایش	۲۹/۵۶	۷/۱۷	۶۵/۶۸	۵/۶۱	۶۴/۱۸	۵/۷۹

اطلاعات جدول ۱ حاکی از بهبود میانگین نمره‌های متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و مولفه‌های شامل حمایت خانواده، حمایت دوستان، حمایت افراد مهم و تاثیرگذار در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه و نسبت به مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۲. آزمون شاپیروویلک و لون در مورد حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه

متغیر حمایت	گروه	آزمون شاپیروویلک		آزمون لون	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره
خانواده	گواه	۳۲	۰/۸۱۳	۳۰	۱/۰۲
	آزمایش	۳۲	۰/۸۵۷	۳۰	۴/۰۶
دوستان	گواه	۳۲	۰/۵۶۳	۳۰	۰/۳۶۸
	آزمایش	۳۲	۰/۸۳۴	۳۰	۰/۰۷۲
افراد مهم و تاثیرگذار	گواه	۳۲	۰/۷۶۴	۳۰	۰/۲۴۲
	آزمایش	۳۲	۰/۸۱۴	۳۰	۰/۴۶۸
اجتماعی	گواه	۳۲	۰/۸۶۴	۳۰	۰/۱۶۴
ادراک شده	آزمایش	۳۲	۰/۸۳۳	۳۰	۰/۰۹۴

در جدول ۲ نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر برقراری توزیع طبیعی داده‌ها و نتایج آزمون لون نیز نشان‌دهنده برقراری همسانی واریانس‌ها در متغیر حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن است.

جدول ۳. نتایج آزمون کرویت موخلی در مورد حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه

حمایت	آماره موخلی	خی دو	درجه آزادی	مقدار p	اپسین گرین هاوس گیزر
خانواده	۰/۲۸۲	۷/۹۹	۲	۰/۵۸	۰/۸۹۵
دوستان	۰/۶۰۸	۳/۹۸	۲	۰/۵۰	۰/۸۵۱
افراد مهم و تاثیرگذار	۰/۷۱۸	۴/۹۸	۲	۰/۱۳	۰/۷۶۸
اجتماعی ادراک شده	۰/۸۱۷	۶/۳۸	۲	۰/۲۶	۰/۹۵۳

جدول ۳ نشان می‌دهد فرض کرویت و مفروضه همگنی برابری کواریانس‌ها برقرار است و دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش وجود ندارد. مقدار اسپیلن گرین هاوس گیزر نشان می‌دهد ماتریس واریانس کواریانس الگو به میزان جزئی از الگوی آماری F انحراف دارد.

جدول ۴. مشخصه‌های چهارگانه F تحلیل اندازه گیری مکرر در مورد تاثیر روان درمانی بر حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

حمایت	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
خانواده	گروه	۲۵۵۶/۱۲۵	۱	۲۵۵۶/۱۲۵	۴۷۹/۱۳*	۰/۹۶۶
	خطا	۸۹/۸۷۵	۳۱	۲/۸۹		
	کل	۲۶۴۶	۳۲			
دوستان	گروه	۲۷۰۱/۱۲۵	۱	۲۷۰۱/۱۲۵	۱۱۴/۵۳*	۰/۹۷۴
	خطا	۷۰/۷۵	۳۱	۲/۳۵۸		
	کل	۲۷۷۲	۳۲			
افراد مهم و تاثیرگذار	گروه	۲۸۵۰/۱۲۵	۱	۲۸۵۰/۱۲۵	۱۰۳/۳۳*	۰/۸۴۶
	خطا	۸۲/۷۵	۳۱	۲/۷۶		
	کل	۲۹۳۴	۳۲			
اجتماعی ادراک شده	گروه	۲۴۳۱۰/۱۲۵	۱	۲۴۳۱۰/۱۲۵	۱۹۳/۱۳*	۰/۸۹۳
	خطا	۳۷۷/۷۵	۳۱	۱۲/۵۹		
	کل	۲۴۶۸۸	۳۲			

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین نمره‌های حمایت خانواده، دوستان، حمایت افراد مهم و حمایت اجتماعی ادراک شده در دو گروه تفاوت دارد ($P < 0.01$). حال آزمون بن‌فرونی نشان می‌دهد که این تفاوت مربوط به کدام مرحله است.

جدول ۵. نتایج آزمون بن‌فرونی در مورد حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن در سه مرحله

متغیر	پس‌آزمون-پیش‌آزمون	پیگیری-پیش‌آزمون	پیگیری-پس‌آزمون
حمایت	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین	تفاوت میانگین
خانواده	-۱۰/۸۷*	-۱۱/۴۹*	-۰/۶۲
دوستان	-۱۲/۹۶*	۱۲/۹۷*	-۰/۰۲
افراد مهم و تاثیرگذار	-۱۳/۲۴*	-۱۳/۲۸*	-۰/۰۴
اجتماعی ادراک شده	-۳۷/۰۷*	-۳۷/۷۵*	-۰/۶۹

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین نمره‌های حمایت اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0.01$). اما تفاوت میانگین بین

اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر ...

آزمون و پیگیری معنادار نیست. این تفاوت بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر برنامه روان‌درمانی پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مولفه‌های آن در زنان نابارور گروه آزمایش و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری یک ماهه 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 به‌سوی همسر خوب بودن متعهد می‌سازد و در این‌صورت رضایت‌مندی از زندگی بیش‌تر می‌شود. هنگام نوسازی از یک جریان یا معنی در وضعیتی دشوار، می‌توان معانی و جریان‌های دیگری را یافت که شرایط را تحمل‌پذیر کند؛ به‌شرطی که باور داشته باشیم که راه‌های دیگری نیز وجود دارد. خوش‌بین باشیم و برای کشف این راه‌ها تلاش کنیم و در بهبود کیفیت زندگی نیز اصول شادمانی را خوب به‌کار گیریم (فریش، ۱۳۹۰).

این رویکرد درمانی با ایجاد این باورها می‌تواند منجر به بهبود حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان نابارور شود. عزتی، نوری و حسنی (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند کاهش حمایت خانواده، باعث ایجاد افسردگی در زنان نابارور می‌شود. طلوعی (۱۳۹۴) در پژوهشی با هدف مقایسه بهزیستی روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و رضایت زناشویی در زوجین نابارور با زوجین بارور مراجعه‌کنندگان به مرکز نازایی میلاد و درمانگاه مادر شهر تبریز به این نتیجه دست یافت تفاوت زوجین نابارور در همه مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و نیز در مولفه‌های رضایت زناشویی از جمله مدیریت مالی، اوقات فراغت، ازدواج، فرزندان، اقوام و دوستان با زوجین بارور معنادار است، ولی تفاوت آن‌ها در مولفه‌های حل تعارض، روابط جنسی و مذهبی و همچنین در زمینه مولفه‌های حمایت اجتماعی با زوجین بارور معنادار نیست. عباسی‌مولید، قمرانی و فاتحی‌زاده (۱۳۸۸) در پژوهش خود نشان دادند احساس فقدان حمایت اجتماعی، جزء آسیب‌های تجربه‌شده از سوی زوج‌های نابارور است.

استیوبر و های (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند افزایش مستقیم زنان درباره ناباروری به‌طور مثبت و معناداری با سطح کیفیت حمایت اجتماعی ادراک‌شده آن‌ها مرتبط است و با کیفیت زندگی کلی ارتباط مثبت دارد. نتایج پژوهش دیگری با هدف تعیین اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی نشان از تفاوت معنی‌دار بین میانگین نمره‌های

آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون داشت (پاداش و همکاران، ۱۳۹۱). نتیجه پژوهش گروه مارتینز، پترسون، امید، مسکویتا-گویماریس و کوستا (۲۰۱۳) با هدف تعیین نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی همسر، خانواده و دوستان بر افزایش استرس ناشی از ناباروری، این بود که استرس ناباروری با حمایت اجتماعی ادراک‌شده ضعیف خانواده‌ها برای زنان نابارور و نیز حمایت اجتماعی ادراک‌شده ضعیف از طرف همسر هم در مردان و هم در زنان نابارور مرتبط است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سمت دوستان چه برای زنان نابارور و چه برای مردان نابارور، با استرس ناباروری ارتباط معناداری نداشت. اما استرس ناباروری مردان با حمایت اجتماعی ادراک‌شده ضعیف دوستان و خانواده مرتبط بود. های و استیوبر (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند زنان نابارور بیش‌ترین اختلاف را بین آن حمایتی که دوست داشتند دریافت کنند و حمایتی که می‌شد از سمت پزشکان متخصص دریافت کنند، تجربه کردند و تقریباً همه آن‌ها دوست داشتند حمایتی بیش از آن‌چه دریافت کرده بودند، دریافت می‌کردند. مارتینز و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی چنین نتیجه گرفتند استرس ناباروری در زنان با حمایت اجتماعی ادراک‌شده ضعیف خانواده‌ها و همسر مرتبط است.

آگوستینی، مانتی، پسکالیس، پترلینی، سلا و بیلکشتاین (۲۰۱۱) نیز گزارش کردند زوجین نابارور حمایت کم‌تری را از افراد مهم زندگی‌شان دریافت می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت در نظریه کیفیت زندگی، مفهوم رضایت از زندگی به ارزیابی ذهنی فرد از میزان برآورده شدن مهم‌ترین نیازها، اهداف و آرزوهای وی اشاره دارد. بنابراین تصور و ادراک فرد از فاصله بین آن‌چه دارد و آن‌چه می‌خواهد در زمینه‌های ارزشمند زندگی داشته باشد تعیین‌کننده سطح رضایت یا نارضایتی از زندگی او است (اید و لارسون، ۲۰۰۸). نتایج پژوهشی با مرور ۷۹۴ مقاله معتبر از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ در مورد روابط زناشویی در زنان و مردان نابارور نشان داد ناباروری در مردان، تأثیر منفی در روابط زناشویی ندارد. به‌علاوه مردانی که مشکل ناباروری داشتند، رضایت زناشویی بالاتری در مقایسه با زنان‌شان نشان دادند و زنان نابارور به‌طور معناداری روابط زناشویی ناپایدارتری در مقایسه با زنان بارور داشتند (تائو، کوتس و میکوک، ۲۰۱۲).

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 شوخ‌طبعی، اصل نشخوارهای فکری، اصل خردورزی فردی، اصل توجه به نقاط مثبت خویش، اصل تفریحات سالم و چندین اصل دیگر که در هریک راه‌کارهایی ارایه می‌شود، به زنان نابارور می‌آموزد تا با استفاده از تغییر نگرش در عاطفه و شادی به افزایش حمایت اجتماعی خود بپردازند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که این رویکرد باعث تغییراتی در خرده مقیاس‌های حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت افراد مهم شده است. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت این

اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر ...

رویکرد با تأثیری که بر رضایت فرد از زندگی می‌گذارد و با تغییری که در شرایط زندگی ایجاد می‌کند، موجب می‌شود این زنان هم انتظار واقع‌بینانه‌تری نسبت به آن‌چه از دیگران انتظار دارند، از جمله حمایت اجتماعی از سوی دیگران، داشته باشند و هم با برقراری روابط بهتر و بیش‌تر، از حمایت بالاتری برخوردار شوند. بدیهی است انجام 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 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 مقابله‌ای 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 به‌عنوان 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 هرچند وقت یک‌بار پس از پایان درمان، برای حفظ اثرهای درمانی تا طولانی مدت برگزار شود. همچنین با توجه به اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی، بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده 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.

منابع

- آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا، زارع‌زاده خیبری، شیوا، حروف‌قناد، معصومه، و حکم‌آبادی، محمدابراهیم. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با عملکرد جنسی زنان نابارور. *مجله زنان ملامی و نازایی/ ایران*، ۱۷(۳): ۹-۱۷.
- بهجتی‌اردکانی، زهره، آخوندی، محمدمهدی، کمالی، کوروش، فضلی‌خلف، زهرا، اسکندری، شمسیه، و قربانی، بهزاد. (۱۳۸۹). ارزیابی سلامت روانی افراد نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری ابن سینا دانشگاه شهید بهشتی. *مجله باروری و ناباروری*، ۱۱(۴): ۳۲۴-۳۱۹.
- پاداش، زهرا، فاتحی‌زاده، مریم‌السادات، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر شادکامی همسران. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۱): ۱۱۵-۱۳۰.

پاداش، زهرا، فاتحی زاده، مریم، عابدی، محمدرضا، و ایزدی خواه، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۷(۲۶): ۳۷۲-۳۶۳.

پاک گوهر، مینو، ویژه، مریم، بابایی، غلامرضا، رمضان زاده، فاطمه، و عابدی نیا، نسرين. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان نابارور. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۴(۱): ۳۰-۲۱.

جمشیدی منش، منصوره، علی منش، نیلوفر، بهبودی مقدم، زهرا، و حقانی، حمید. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش بر خودکارآمدی زنان نابارور. *نشریه پایش*، ۱۴(۲): ۲۳۷-۲۲۷.

خباز، محمود، بهجتی، زهرا، و ناصری، محمد. (۱۳۹۰). رابطه حمایت اجتماعی و سبک های مقابله، با تاب آوری در پسران نوجوان. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۵(۴): ۱۲۳-۱۰۸. خیر خواه، معصومه، واحدی، محسن، و جنانی، سیده پونه. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر سازگاری با ناباروری زنان نابارور در کلینیک الزهراء تبریز. *هفته نامه زنان مامایی و نازایی ایران*، ۱۷(۲۳): ۱۴-۷.

خوش کنش، ابوالقاسم، اسدی، مسعود، شیرعلی پور، اصغر، و کشاورز افشار، حسین. (۱۳۸۹). نقش نیازهای بنیادین و حمایت اجتماعی در سازگاری اجتماعی دانش آموزان مقطع متوسطه. *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۴(۱۱): ۹۴-۸۲.

رستمی، رضا، شاه محمدی، خدیجه، فائدی، غلام حسین، بشارت، محمدعلی، اکبری زردخانه، سعید. و نصرت آبادی، مسعود. (۱۳۸۹). رابطه خودکارآمدی با هوش هیجانی و حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه تهران. *فصلنامه افق دانش*، ۴(۲): ۵۴-۴۶.

زارع، الهام، بهرامی، نسیم، و سلیمانی، محمدعلی. (۱۳۹۳). مقایسه عزت نفس در زنان بارور و نابارور. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۷(۲ و ۳): ۲۱-۱۴.

ساراسون، ایروین جی، ساراسون، باربارا آر، ا. (۱۳۸۷). *روان شناسی مرضی*. ترجمه بهمن نجاریان، محمدعلی اصغری مقدم و محسن دهقانی. تهران، رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۰). ساسان نژاد، رکسانا. (۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی زوجین (CRE) بر رضایت زناشویی، رضایت جنسی و صمیمیت زوجین*. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه علم و فرهنگ، پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی.

سلیمی، عظیمه، جوکار، بهرام، و نیک پور، روشنک. (۱۳۸۸). ارتباطات اینترنتی در زندگی: بررسی نقش ادراک حمایت اجتماعی و احساس تنهایی در استفاده از اینترنت. *مطالعات روان شناختی*، ۵(۳): ۸۱-۱۰۲.

اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر ...

شامکوتیان، لایلا، لطفی کاشانی، فرح، وزیری، شهرام، و اکبری، محمداسماعیل. (۱۳۹۰). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۰(۳ پیاپی ۳۹): ۲۸۵-۲۹۵.

طلوعی، حمیده. (۱۳۹۴). مقایسه رضایت زناشویی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی در زوجین بارور و نابارور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی عمومی. دانشگاه تربیت معلم تهران. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

عباسی‌مولید، حسین، قمرانی، امیر، و فاتحی‌زاده، مریم‌السادات. (۱۳۸۸). آسیب‌شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی. *طب تزکیه*، ۱۷(۱ و ۲ پیاپی ۷۲ و ۷۳): ۲۰-۸.

عزتی، عادل، نوری، ربابه، و 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*، ۱۶(۱): ۲۸-۲۰.

فلاح‌زاده، هاجر، ثنایی‌ذاکر، باقر، و فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی سیستمی تلفیقی بر کاهش اضطراب صمیمیت زوج‌ها. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸(۴ پیاپی ۳۲): ۴۸۴-۴۶۵.

فریش، مایکل. (۱۳۹۰). *روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی*. ترجمه اکرم خمسه. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به‌زبان اصلی، ۲۰۰۶).

قاسمی، نظام‌الدین، کج‌باف، محمداقبر، و ربیعی، مهدی. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۲): ۳۵-۲۳.

قربان اسماعیلی، مهین. (۱۳۹۲). *مقایسه تنظیم هیجان، دهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بین زنان بارور و نابارور شهر اراک*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته راهنمایی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک.

مارموت، مایکل، و ویلکینسون، ریچارد. (۱۳۸۷). *مؤلفه‌های اجتماعی سلامت*. ترجمه علی منتظر. تهران: سازمان جهاد دانشگاهی پژوهشکده علوم بهداشتی. (تاریخ انتشار به‌زبان اصلی، ۱۹۹۹).

مطیعی، گلاره، آقاویوسفی، علی‌رضا، چوب‌ساز، فرزانه، و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان نابارور. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۳): ۹۸-۸۵.

میکاییلی، نیلوفر، مختارپورحیثی، الهام، و میسمی، سهیلا. (۱۳۹۱). نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۷(۲، ۲۳): ۱۷-۵.

Agostini, F., Monti, F., Pascalis, L. D., Paterlini, M., Sala, G., & Blickstein, I. (2011). Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment. *Fertility and Sterility*, 95(2):707-710.

- Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2006). Perceived social support, coping, and symptoms of distress in American and Spanish students. *Anxiety, Stress & Coping*, 19(1): 47-65.
- High, A. C., & Steuber, K. R. (2014). An examination of support (In) adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Communication Monographs*, 81(2): 157-178.
- Eid, M., & Larson, R.J. (2008). *The science of subjective well-being*. New York: Guilford press.
- 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.
- Marroquin, B. (2011). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(1): 1276-1290.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *Plos medicine*; 9(12):100-135.
- Obi, S.N., Onah, H.E., Okafar, I.I. (2009). Depression among Nigerian women following pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*: 105(1): 2-60.
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril*: 88(4): 4-11.
- Sbaraqli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertile Sterile*; 90(6): 11-21.
- Tao, P., Coates, R. & Maycock, B. (2012). Investigating marital relationship in infertility: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Reproduction & Infertility*: 13(2): 71-80.
- Zuraida, S. (2010). Psychological distress among infertile woman: exploring bio psychosocial response to infertility. *Males Journal Psychiatry*: 19(2): 1-11.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده

به شدت موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	به شدت مخالف	عبارت‌ها
۵	۴	۳	۲	۱	۱. فرد ویژه‌ای وجود دارد که در هنگام نیاز به او دسترسی داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲. فرد ویژه‌ای وجود دارد که می‌توانم شادی‌ها و غم‌هایم را با او در میان بگذارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳. خانواده‌ام واقعاً سعی می‌کنند که به من کمک کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۴. وقتی که به کمک و حمایت احساسی اعضای خانواده‌ام نیاز دارم، آن را از آن‌ها دریافت می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵. فرد ویژه‌ای در زندگی‌ام وجود دارد که باعث تسلی خاطر من می‌شود.
۵	۴	۳	۲	۱	۶. دوستانم واقعاً سعی دارند که به من کمک کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۷. در هنگام بروز مشکل می‌توانم روی دوستانم حساب کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۸. می‌توانم در مورد مشکلاتم با خانواده‌ام صحبت کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹. دوستانی دارم که می‌توانم با آن‌ها شادی‌ها و غم‌هایم را در میان بگذارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. فرد ویژه‌ای در زندگی‌ام وجود دارد که برای احساساتم ارزش قائل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. خانواده‌ام مایلند که در مواقع تصمیم‌گیری به من کمک کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. در مورد مشکلاتم می‌توانم با دوستانم صحبت کنم.
