

## تأثیر آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی ادراک شده زنان نابارور

شهریار درگاهی<sup>۱\*</sup>، فرشاد محسن‌زاده<sup>۲</sup>، کیانوش زهراکار<sup>۳</sup>

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲- استادیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳- استادیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

### چکیده

هدف پژوهش بررسی تأثیر آموزش مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. از میان جامعه آماری زنان نابارور، ۲۰ زن نابارور (۱۰ نفر گروه آزمایش، ۱۰ نفر گروه کنترل) به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل گمارش شده و گروه آزمایش بصورت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته مورد آموزش مثبت‌اندیشی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و مقیاس کیفیت رابطه زناشویی ادراک شده فلیچر (PRQC) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور تأثیر داشت. همچنین در یک پیگیری سه ماهه مشخص شد که آموزش موثر بود. بنابراین می‌توان از مهارت مثبت‌اندیشی در اقدامات پیشگیرانه استفاده نمود.

**واژه‌های کلیدی:** مثبت‌اندیشی، بهزیستی روانشناختی، کیفیت رابطه زناشویی، زنان نابارور.

## مقدمه

ناباروری<sup>۱</sup> به عنوان پدیده‌ای با ماهیت زیستی، هم‌زمان تأثیرات روانی فردی و بین فردی نیز دارد. از این رو بروز پیامدهای روانی و زناشویی به دنبال تشخیص ناباروری، پدیده‌ای قابل انتظار خواهد بود (کوآترینی، سیکارون، تاتونی، ویتوری، ۲۰۱۰). ناباروری و مشکلات ناشی از آن تنها برای فقدان فرزند نیست، بلکه مواردی از جمله آشفتگی در روابط خانوادگی و زناشویی، احساس طرد از سوی اطرافیان، سرزنش شدن از سوی خود و دیگران تأثیرات زیادی بر جنبه‌های شخصیتی، روان‌شناختی، کارکردهای خانوادگی و ارتباطی فرد می‌گذارد و بطور کلی کیفیت زندگی را در زوجین پایین می‌آورد و در بعضی مواقع باعث از هم پاشیدن زندگی آن‌ها می‌شود. هزینه‌های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه بخش بودن درمان، ترس از هم‌گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه به همسر و تنش‌های بالقوه‌ی ناشی از درمان‌ها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره‌گیری و انزوا، مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی‌معنایی زندگی می‌شود (منوچهری، زندی‌پور، پورشهریاری، میردامادی، ۲۰۰۶).

لذا از جمله متغیرهایی که می‌تواند بصورت منفی تحت تأثیر ناباروری قرار گرفته و با مختل شدن آن زندگی فردی، اجتماعی و زناشویی زوجین نابارور را تحت الشعاع قرار دهد، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۲</sup> است. بهزیستی روان‌شناختی یکی از حوزه‌های شایع در تحقیقات روانشناسی مثبت<sup>۳</sup> است و یک مفهوم چند

مولفه‌ای و شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (کمپداس، تیلور، کروجر، ۲۰۰۸).

تحقیقات نشان می‌دهد ناباروری با طیف گسترده‌ی آسیب‌های روان‌شناختی شامل کاهش کیفیت زندگی، عزت نفس، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خودکوچک‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی و به‌طور کلی با کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه است (نیلوفر نشان، احمدی، عابدی، احمدی، ۲۰۰۶). السنبراخ، هان، کالسکی و آفین (۲۰۰۷) با مقایسه‌ی بهزیستی روانی در زنان نابارور و زنان عادی دریافتند که این زنان در مقیاس‌های ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی و پذیرش خود، نمرات پائین‌تری را نشان دادند. بر این اساس ناباروری که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند با ایجاد تنیدگی به کاهش بهزیستی روان‌شناختی بینجامد. تعداد زیاد زنان نابارور و همچنین مشکلات روان‌شناختی حاصل از ناباروری علاوه بر تأثیرات منفی درون فردی که خود عاملی بر تشدید و تداوم ناباروری شده بر روابط میان‌فردی بخصوص رابطه زناشویی آن‌ها تأثیر گذار بوده است (کازمیان، بهمنی، زاده‌باقری، ابوالفتح، ۲۰۱۳).

از جمله چالش‌های دیگر زنان نابارور کیفیت رابطه زناشویی<sup>۴</sup> آن‌ها است که اختلال در آن می‌تواند متاثر از مسائل روانی ذکر شده باشد و همچنین خود بر آشفتگی‌های روانی آن‌ها اثر منفی بگذارد. کیفیت روابط زناشویی مفهومی چند بعدی است که شامل ابعاد گوناگون ارتباط زوجین، مانند سازگاری، رضایت جنسی، شادمانی، انسجام و تعهد می‌شود (ساندفور،

<sup>1</sup> infertility<sup>2</sup> psychological well-being<sup>3</sup> positive psychology<sup>4</sup> marital quality

مثبت‌اندیشی شامل آموزش فکر کردن به صورت متفاوت هم راجع به حوادث و داشته‌های مثبت و هم راجع به حوادث و داشته‌های منفی و ارزش نهادن به این داشته‌ها، است. در آموزش شادکامی و مثبت‌اندیشی افراد تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود و نقاط قوت خود و زندگی‌شان و دیگران و نیز توانایی‌های بالقوه خود را باز شناسند و نقش آن‌ها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت نفس و بهبود زندگی‌شان بازشناسی کنند و با این حال، توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را کسب کنند. آنان همچنین می‌آموزند تا در جهان موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند، نه این که هر آنچه بر سرشان می‌آید را به گونه‌ای منفعلانه بپذیرند (سلیگمن، سیکزنت میهالی، ۲۰۱۴). در این رویکرد با تأکید بر استعدادها و توانایی‌ها، بهینه‌سازی شادی‌ها، توجه و تمرکز کردن بیشتر به مسایل و احساسات مثبت و منع کردن احساسات منفی از ورود به حیطه‌ی شخصی، و افزایش ارتباطات مثبت که یکی از مبانی رویکرد مثبت‌نگر است، می‌توان بر سلامت افراد تأثیر مثبتی گذاشت (وود و جوزف، ۲۰۱۰).

بولیبر، هاورمن، وسترهورف، ریپر، اسمیت، بومیجر (۲۰۱۳) در یک پژوهش فراتحلیلی نشان دادند که روانشناسی مثبت بر بهزیستی روانشناختی تأثیر مثبت معناداری دارد. پژوهش‌های متعددی نشان دادند که درمان مثبت‌نگری بر بهزیستی روانشناختی، امیدواری، عزت نفس، شادکامی موثر است (پیکت، کاگری، متیو، هولمز، ۲۰۱۱، حریری، خدامی، ۲۰۱۱؛ آلگو، هدیت، گابل، ۲۰۰۸). پیکت و همکاران (۲۰۱۱) چرخه‌ی جالب تأثیر عواطف مثبت و منفی بر احساسات مثبت و منفی را جهت تبیین اثرگذاری این رویکرد و برای جستجوی نحوه‌ی ایجاد شادکامی و

ناباروری زندگی زوج‌ها را با مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت و ارتباط زناشویی، احساس گناه، افسردگی و احساس خلاء مواجه می‌سازد. از طرفی این مشکلات روانی و عاطفی نیز می‌تواند یکی از علل ناباروری به حساب آیند (ولگیستون، اسوانبرگ، اکسلوس، لاندکویست، پرووما، ۲۰۱۰). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که زوجین نابارور نسبت به زوجین بارور از رضایت زناشویی، ابراز علاقه نسبت به همسر، سازگاری زناشویی و رضایت جنسی پایین‌تری برخوردارند (مونگا، الکساندرسو، کاتس، استین، گنیتس، ۲۰۰۴).

در تحقیقی که هدف آن بررسی تأثیر ناباروری بر روابط جنسی زوج‌ها بود مشخص شد که زنان نابارور غالباً کمتر آمیزش جنسی را گزارش می‌دادند، کمتر در پیش‌نوازی و معاشقه با همسر شرکت می‌کردند و برانگیختگی و تمایل جنسی کمتری داشتند. همچنین واکنش‌های هیجانی منفی نسبت به موضوع رابطه جنسی نشان می‌دادند، رضایت کلی کمتری نسبت به روابط زناشویی خود داشتند و رضایت از ازدواج پایین‌تری را گزارش می‌دادند (کاظمیان، بهمنی، زاده‌باقری، ابوالفتح، ۲۰۱۳). در زمینه درمان و آموزش‌های درمانی، روش‌هایی مانند تعدیل و تنظیم هیجان‌ات<sup>۱</sup>، آموزش و روان‌درمانی‌شناختی و رفتاری<sup>۲</sup> در خصوص واکنش‌های روانشناختی طبیعی بر روی زوجین نابارور اجرا شده است که همگی تأثیر بسزایی روی این زوجین داشتند (سلطانی، شعیری، ۱۳۹۱).

از جمله مداخلات دیگری که می‌تواند بر بهزیستی روانشناختی و رابطه زناشویی زنان نابارور موثر باشد، آموزش مهارت مثبت‌اندیشی<sup>۳</sup> است. مهارت

<sup>1</sup> emotion regulation

<sup>2</sup> cognitive-behavioral psychotherapy

<sup>3</sup> positive thinking

پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنانی تشکیل دادند که در نیم سال دوم سال ۱۳۹۳ برای دریافت خدمات درمانی به مراکز زنان و زایمان و نازایی شهرستان پارس‌آباد مغان مراجعه کرده بودند. نمونه آماری شامل ۲۰ نفر از زنان نابارور (۱۰ نفر گروه آزمایش و ۱۰ نفر گروه کنترل) بودند که بعد از مصاحبه اولیه و داوطلب شدن خود افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به شیوه تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش گمارده شدند. ملاک‌های ورود عبارتند از: داشتن تشخیص پزشک در مورد ناباروری، داشتن تحصیلات سیکل و بالاتر، اطمینان از حضور در جلسات، نداشتن مشکل روانپزشکی. ملاک‌های خروج: داشتن مشکلات روانپزشکی، علل ناباروری از سوی همسر، حضور در جلسات مشاوره و روان‌درمانی به غیر از مداخله

*ابزارهای سنجش:*

پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی ادراک شده<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط فلیچر، سیمپسون، توماس (۲۰۰۰) طراحی و ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال در شش بعد (رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی و عشق) که هر بعد با ۳ سؤال سنجیده می‌شود. آزمودنی پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای (۱= اصلاً، ۷= کاملاً) مشخص می‌کند. حداقل نمره ۱۸ و حداکثر ۱۲۶ است که از جمع نمرات حاصل می‌شود. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت کمتر و نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت بهتر رابطه زناشویی در ابعاد مختلف است. ضریب آلفای کرونباخ توسط فلیچر و همکاران (۲۰۰۰) مطلوب گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه از طریق

ایجاد افسردگی در افراد بیان کرده‌اند. آنان نشان دادند که افراد مضطرب با ایجاد عواطف منفی، منجر به افزایش ملالت و بی‌قراری خود شده و در نهایت در یک سیکل و یک فرآیند تونلی قرار می‌گیرند. با توجه به این مسئله مطالعات نشان داده‌اند که خودپذیری در سلامت روانی از اهمیتی اساسی برخوردار است (رمضانی، دولتیان، شمس، علوی، ۲۰۱۲) و شادی حاصل از مثبت‌نگری، فعالیت‌های اجتماعی افراد را بیشتر می‌کند (استوارت، واتسون، کلارک، ایمییر، دیری، ۲۰۱۰).

همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زوج درمانی مثبت‌نگر بر رضایت از زندگی، صمیمیت زناشویی و عملکرد جنسی زوجین موثر است (نژاد، نظری، بحرینیان، ۲۰۱۴؛ بلقان‌آبادی، حسن‌آبادی، اصغری‌نکاح، ۲۰۱۴). با توجه به مشکلاتی که زنان نابارور با آن مواجه هستند و همچنین با توجه به این مسئله که در ایران تحقیقات بسیار کمی در باب رویکرد مثبت و کشف نقاط قوت و معنا در زندگی فردی و زناشویی این قشر آسیب‌پذیر صورت گرفته است، بنابراین هدف این پژوهش تعیین تاثیر آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی و مولفه‌های آن‌ها در زنان نابارور بود. در این پژوهش به بررسی فرضیه‌های زیر پرداخته شد. ۱- آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر ابعاد بهزیستی روانشناختی زنان نابارور اثر دارد. ۲- آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر ابعاد کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور اثر دارد.

## روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش به روش نیمه آزمایشی بود و طرح مورد نظر برای اجرا نیز طرح

<sup>1</sup> Perceived Relationship Quality Components

روش اجراء و تحلیل: از طریق فراخوانی که در سراسر شهرستان به خصوص مراکز مشاوره و مراکز مامایی و نازایی شهرستان پارس آباد اعلام گردید، از زنان نابارور دعوت به عمل آمد. سپس با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه‌سازی زنان مراجعه‌کننده و کسب اجازه از آن‌ها، رضایت افراد نمونه تحقیق برای شرکت در این پژوهش جلب شد. سپس بعد از تکمیل مقیاس کیفیت رابطه زناشویی افرادی که نمره آن‌ها یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بود، شناسایی و سپس از بین زنان مراجعه‌کننده با توجه به ملاک‌های ورود ۲۰ نفر به صورت هدفمند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. قبل از شروع روش آموزشی از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود تکمیل نمایند. سپس گروه آزمایش تحت آموزش گروهی مثبت‌اندیشی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. مدت جلسات درمانی شامل ۸ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته بود و به صورت گروهی و در هفته یکبار در محلی که شبکه بهداشت و درمان شهرستان پارس آباد مغان تعیین کرده بود صورت گرفت. پس از اتمام جلسات آموزشی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. و پس از گذشت ۵ ماه پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد.

سرفصل جلسات آموزشی بر اساس کتاب فنون روانشناسی مثبت‌گرا نوشته ال و موئی (۱۳۹۱) تنظیم گردید. شرح مختصر جلسات آموزش مهارت مثبت‌اندیشی در جدول (۱) آمده است.

همسانی درونی، توسط نیلفروشان (۱۳۹۰) ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۴ گزارش شده و مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش نیز پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شد.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی<sup>۱</sup> ریف: این پرسشنامه توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و در سال ۱۹۹۵ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. در این پژوهش از فرم ۱۸ سوالی استفاده شد (ریف و کیس، ۱۹۹۵). این پرسشنامه شش عامل خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را می‌سنجد، ضمن این‌که مجموع این شش عامل به صورت نمره کلی بهزیستی روانشناختی را محاسبه می‌کند. این آزمون نوعی خودسنجی است که در یک مقیاس شش درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. شواهد مربوط به اعتبار همگرایی این آزمون حاکی از آن است که شش عامل بهزیستی روانشناختی با مقیاس‌های رضایت از زندگی و عزت نفس رابطه مثبت و با افسردگی، اعتقاد به شانس و منبع کنترل بیرونی رابطه منفی دارد (بارنز، ماچین، ۲۰۰۹). لیندفورس، برنتسون و لندبرگ (۲۰۰۶) دامنه ضریب ثبات درونی را برای ابعاد مختلف مقیاس ریف بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۰ گزارش کرده است. در ایران این مقیاس توسط بیانی، کوچکی، بیانی (۱۳۸۷) بر روی ۱۴۵ دانشجویان انجام شد و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۲ و خرده مقیاس‌های پذیرش خود (۰/۷۱)، روابط مثبت با دیگران (۰/۷۷)، خودمختاری (۰/۷۸)، تسلط بر محیط (۰/۷۰)، زندگی هدفمند و رشد شخصی (۰/۷۸) به دست آمد. در این پژوهش نیز ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شد.

<sup>۱</sup> Psychological Well-Being

## جدول ۱. محتوای جلسات آموزش گروهی مثبت نگر

جلسه	موضوع	اهداف و خلاصه جلسه
اول	آشنایی و معارفه، انجام ارزیابی‌های اولیه	آشنایی و معرفی رهبر و اعضا به یکدیگر، بیان اهداف و قواعد گروه، احترام متقابل، شرکت منظم و نظایر آن، اجرای پیش‌آزمون
دوم	بررسی نوع جهان‌بینی اعضا نسبت به دنیا و وضعیت کنونی زندگی	تشویق اعضا به بحث در رابطه با ناباروری به عنوان یک مشکل عادی یا یک مشکل غیر قابل باور و پرداختن به چهارچوب‌دهی مجدد
سوم	آشنایی با نقش مثبت‌نگری و پرداختن به تجارب اعضا نسبت به امید و مثبت‌نگری	تشویق اعضا به بحث گروهی در مورد نمونه‌ها و تجارب خود اعضا و چگونگی تاثیر آن‌ها بر شادکامی و امیدواری در زندگی و چگونگی غنابخشی آنان به زندگی
چهارم	درک اهمیت تمرکز بر هدف و پذیرفتن مشکل و معنادهی به مسئله	هدایت اعضا به سمت درک رابطه شادکامی با تمرکز بر هدف و پذیرفتن مشکل، ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکار خود درباره پذیرفتن مشکل، جنبه‌های مثبت درون یک مشکل و تمرکز بر هدف، بیان احساسات اعضا در زمینه معناداری زندگی، کنکاش نقش معنا در زندگی، ارائه تکلیف متناسب با جلسه
پنجم	تمرکز بر نقطه قوت خود، دیگران، زندگی و همسر. احساس مسئولیت همسری و پذیرش آن	ترغیب اعضا به برشمردن نقاط مثبت و قوت خود، زندگی و همسر و استفاده از صندلی داغ و برشمردن نقاط مثبت توسط هریک از اعضا برای همدیگر. تشویق اعضا به بیان احساسات خود در رابطه با پذیرفتن مسئولیت همسری، تحلیل رابطه عدم‌مسئولیت‌پذیری با احساس گناه و سرخوردگی، ارائه تکلیف متناسب با جلسه
ششم	تمرکز بر تجارب و خاطرات مشترک مثبت، برقراری رابطه موثر با دیگران بخصوص همسر، مبارزه با افکار ناکارآمد	پرداختن به تکلیف جلسه قبل، تشویق اعضا به بازگویی خاطرات مثبت برای همدیگر، همچنین نزدیک شدن بیشتر به همسر و توانمند کردن اعضا در برقراری رابطه خوب با همسر خود به عنوان توانایی بالقوه، اجرای روش ABC ایس برای به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی در ارتباط با خود و همسر
هفتم	توانمند کردن اعضا در بیان احساسات و لذت بردن از یکدیگر	پرداختن به تکلیف جلسه قبل، ترغیب و آموزش افراد برای بیان احساسات خود با همسر در زمینه ناباروری، و آموزش آن‌ها در ایجاد رابطه زناشویی خشنودکننده با همسر خود، ارائه تکلیف متناسب با جلسه
هشتم	یکپارچه‌سازی مطالب و فرآیندهای جلسات قبل، تبیین تجربه گروه و اختتام.	گزارش اعضا در توانمندی این تکلیف، مرور مطالب قبل و فرآیند گروه، بیان احساسات و نگرش‌های اعضا درباره تجربه گروه درمانی، تبیین چالش‌های آینده اعضا، بازخورد عاطفی و فکری اعضا درباره گروه و پایان آن.

## یافته‌ها

دارای مدرک تحصیلی سیکل، ۲۵ درصد آن‌ها دیپلم و ۲۰ درصدشان نیز دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند. ۴۰ درصد زنان نابارور بین ۵ تا ۱۰ سال، ۴۵ درصد زنان بین ۱۰ تا ۱۵ سال و تنها ۱۵ درصد زنان نابارور مدت ازدواجشان بین ۱۵ تا ۲۰ سال بود.

با توجه به یافته‌های پژوهش میانگین سنی گروه آزمایش ۳۴/۸۰ با انحراف معیار ۷/۷۵ بود. میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۳۴/۱۰ با انحراف معیار ۵/۲۱ بود. همچنین طبق این یافته‌ها ۵۵ درصد زنان نابارور

واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که با توجه به عدم معناداری آزمون لوین برای پیش‌آزمون - پس‌آزمون می‌توان نتیجه گرفت که پیش فرض همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. در جدول (۲) و (۳) نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی آمده است.

برای آزمودن نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع نمرات متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون نرمال بوده و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بود ( $P > 0/05$ ). همچنین برای بررسی همگنی

## جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی تأثیر مداخله آزمایشی بر بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پذیرش	پیش‌آزمون	۴/۱۶	۱	۴/۱۶	۲/۱۲	۰/۰۸	۰/۱۲	۰/۱۹۰
	پس‌آزمون	۲۱/۳۵	۱	۲۱/۳۵	۷/۴۸	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۸۱۹
	پیگیری	۲۲/۱۱	۱	۲۲/۱۱	۷/۷۸	۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۸۳۲
روابط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	۱/۰۹	۱	۱/۰۹	۱/۰۵	۰/۰۹	۰/۰۷	۰/۱۷
	پس‌آزمون	۱۰/۸۰	۱	۱۰/۸۰	۵/۸۰	۰/۰۳	۰/۳۸	۰/۸۳۳
	پیگیری	۷/۸۷	۱	۷/۸۷	۵/۶۴	۰/۰۴	۰/۳۳	۰/۷۲۴
خودمختاری	پیش‌آزمون	۵/۱۹	۱	۵/۱۹	۱/۲۳	۰/۱۱	۰/۱۰	۰/۱۷
	پس‌آزمون	۲۷/۷۸	۱	۲۷/۷۸	۷/۴۴	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۷۹۲
	پیگیری	۲۸/۴۴	۱	۲۸/۴۴	۸/۱۹	۰/۰۱	۰/۴۰	۰/۸۰۱
تسلط بر محیط	پیش‌آزمون	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	۰/۸۸۹	۰/۲۲	۰/۰۶	۰/۱۳
	پس‌آزمون	۱۸/۴۵	۱	۱۸/۴۵	۷/۴۰	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۸۰۲
	پیگیری	۱۷/۲۳	۱	۱۷/۲۳	۷/۱۲	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۷۵۸
زندگی هدفمند	پیش‌آزمون	۳/۱۳	۱	۳/۱۳	۱/۷۷	۰/۲۲	۰/۱۳	۰/۲۱
	پس‌آزمون	۱۳/۹۹	۱	۱۳/۹۹	۶/۸۵	۰/۰۲	۰/۳۶	۰/۷۹۷
	پیگیری	۱۵/۸۸	۱	۱۵/۸۸	۸/۷۵	۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۸۱۲
رشد فردی	پیش‌آزمون	۲/۸۳	۱	۲/۸۳	۱/۰۴	۰/۲۲	۰/۰۸	۰/۱۵
	پس‌آزمون	۱۶/۵۰	۱	۱۶/۵۰	۶/۰۸	۰/۰۳	۰/۳۵	۰/۷۷۸
	پیگیری	۱۸/۲۷	۱	۱۸/۲۷	۸/۸۸	۰/۰۲	۰/۳۷	۰/۷۹۲
نمره کل بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	۳۴/۸۱	۱	۳۴/۸۱	۲/۰۵	۱	۰/۱۰	۰/۲۲
	پس‌آزمون	۱۱۹۷/۲۵	۱	۷۰/۷۴	۷۰/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۰/۹۸۷
	پیگیری	۱۲۵۷/۱۵	۱	۱۲۵۷/۱۵	۷۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱

مرحله پس‌آزمون و پیگیری بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی‌دار

همانگونه که در جدول (۲) دیده می‌شود، تفاوت بین نمرات بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در

تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مولفه‌های بهزیستی روانشناختی و ۸۰ درصد برای نمره کل آن مربوط به تاثیر مداخله است. اندازه اثر ۳۳ تا ۴۰ درصدی در پیگیری نشان از اثر پایدار این مداخله آموزشی دارد. همچنین بالا بودن توان آماری حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه در بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن است.

است و گروه آزمایشی در هر دو مرحله میانگین بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته است ( $P \leq 0/05$ ). بدین معنی که آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و مولفه‌های آن در زنان نابارور موثر است. همچنین اندازه اثر بین ۰/۳۲ و ۰/۳۸ برای مولفه‌های بهزیستی روانشناختی و ۰/۸۰ برای کل آن گزارش شده است. بدین معنا که ۳۲ تا ۳۸ درصد از

### جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی تاثیر مداخله آزمایشی بر کیفیت رابطه زناشویی و مولفه‌های آن

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
رضایت از رابطه	پیش‌آزمون	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۰۸	۰/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶
	پس‌آزمون	۲۵/۲۰	۱	۲۵/۲۰	۶/۶۶	۰/۰۲	۰/۳۵	۰/۷۵۰
	پیگیری	۲۸/۸۷	۱	۲۲/۱۱	۹/۹۸	۰/۰۱	۰/۴۱	۰/۷۹۸
تعهد	پیش‌آزمون	۱/۹۹	۱	۱/۹۹	۰/۶۰	۰/۷۶	۰/۰۹	۰/۰۷
	پس‌آزمون	۳۰/۲۷	۱	۳۰/۲۷	۶/۱۰	۰/۰۳	۰/۳۳	۰/۶۹۹
	پیگیری	۳۴/۳۲	۱	۳۴/۳۲	۷/۵۵	۰/۰۲	۰/۴۲	۰/۸۱۲
صمیمیت	پیش‌آزمون	۰/۳۹	۱	۰/۳۹	۰/۱۵	۰/۶۶	۰/۰۲	۰/۰۹
	پس‌آزمون	۲۰/۲۶	۱	۲۰/۲۶	۶/۳۲	۰/۰۱	۰/۳۴	۰/۷۱۱
	پیگیری	۲۳/۴۴	۱	۲۳/۴۴	۷/۸۷	۰/۰۱	۰/۳۵	۰/۷۳۴
اعتماد	پیش‌آزمون	۱/۰۹	۱	۱/۰۹	۰/۴۴	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۰۵
	پس‌آزمون	۱۶/۸۶	۱	۱۶/۸۶	۶/۶۲	۰/۰۲	۰/۳۵	۰/۷۸۸
	پیگیری	۱۷/۱۹	۱	۱۷/۱۹	۶/۹۸	۰/۰۱	۰/۳۷	۰/۷۹۵
شور و هیجان جنسی	پیش‌آزمون	۳/۷۷	۱	۳/۷۷	۲/۰۹	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۱۳
	پس‌آزمون	۹/۷۱	۱	۹/۷۱	۶/۰۱	۰/۰۳	۰/۳۳	۰/۶۴۷
	پیگیری	۱۱/۰۸	۱	۱۱/۰۸	۸/۲۴	۰/۰۱	۰/۴۴	۰/۷۹۵
عشق	پیش‌آزمون	۳/۸۴	۱	۳/۸۴	۱/۹۶	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۲۳
	پس‌آزمون	۱۵/۲۵	۱	۱۵/۲۵	۶/۹۸	۰/۰۲	۰/۳۶	۰/۸۲۱
	پیگیری	۱۷/۰۹	۱	۱۷/۰۹	۸/۷۳	۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۸۱۳
نمره کل کیفیت رابطه زناشویی	پیش‌آزمون	۴۰/۸۲	۱	۴۰/۸۲	۱/۴۹	۰/۰۸	۰/۲۳	۰/۲۸
	پس‌آزمون	۱۴۶۹/۱۵	۱	۱۵/۲۵	۵۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۸۲۱
	پیگیری	۱۶۳۳/۴۳	۱	۱۶۳۳/۴۳	۵۷/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۰/۸۸۲

است و گروه آزمایشی در هر دو مرحله میانگین بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته است ( $P \leq 0/05$ ). بدین معنی که آموزش مهارت مثبت‌اندیشی بر افزایش کیفیت رابطه زناشویی و مولفه‌های آن در زنان نابارور

همان‌گونه که در جدول (۳) دیده می‌شود، تفاوت بین نمرات کیفیت رابطه زناشویی و مولفه‌های آن در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل، معنی‌دار



۴۲ درصدی در پیگیری نشان از اثر پایدار این مداخله آموزشی دارد. همچنین بالا بودن توان آماری حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه در همه مولفه‌های کیفیت رابطه زناشویی است. میانگین‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون و پیگیری در جدول زیر ارائه شده است.

موثر است. همچنین اندازه اثر برای مولفه‌های کیفیت رابطه زناشویی بین ۰/۳۲ و ۰/۳۸ و برای نمره کل آن ۰/۷۶ گزارش شده است. بدین معنا که ۳۲ تا ۳۸ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون مولفه‌های کیفیت رابطه زناشویی و ۰/۷۶ برای کل کیفیت رابطه زناشویی مربوط به تاثیر مداخله است. اندازه اثر ۳۳ تا

#### جدول ۴. میانگین‌های تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون و ارزیابی بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی

##### برحسب عضویت گروهی

پیگیری		پس‌آزمون		عضویت گروهی	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	-	مولفه‌ها
۰/۹۷	۱۱/۲۳	۰/۸۷	۱۰/۹۰	آزمایش	پذیرش خود
۱/۲	۸/۱۲	۲/۲	۸/۸۱	کنترل	
۱/۰۹	۹/۵۵	۰/۷۳	۹/۰۹	آزمایش	روابط مثبت با دیگران
۱/۱۱	۶/۶۷	۱/۴۳	۷/۴۰	کنترل	
۱/۹۳	۱۲/۲۲	۱/۷۷	۱۱/۳۰	آزمایش	خودمختاری
۱/۰۹	۸/۲۹	۱/۴۳	۷/۳۳	کنترل	
۱/۱۱	۹/۵۵	۰/۹۱	۹/۹۱	آزمایش	تسلط بر محیط
۱/۸۸	۷/۸۸	۱/۹۳	۷/۲۱	کنترل	
۱/۲۱	۱۰/۶۷	۱/۲۸	۱۰/۰۱	آزمایش	زندگی هدفمند
۱/۸۷	۷/۱۱	۱/۲۶	۷/۵۸	کنترل	
۱/۹۸	۱۱/۰۴	۱/۱۴	۱۱/۱۰	آزمایش	رشد فردی
۱/۱۲	۶/۷۵	۱/۷۲	۷/۸۸	کنترل	
۱/۴۵	۱۲/۷۷	۰/۸۰	۱۰/۰۲	آزمایش	رضایت از رابطه
۱/۰۹	۷/۱۲	۱/۴۳	۷/۴۴	کنترل	
۱/۳۳	۱۲/۱۴	۰/۹۴	۱۲/۳۸	آزمایش	تعهد
۲/۶۲	۹/۰۱	۲/۶۲	۸/۷۰	کنترل	
۱/۰۷	۱۱/۲۳	۱/۱۹	۱۰/۹۰	آزمایش	صمیمیت
۱/۸۸	۷/۸۸	۲/۱۱	۷/۳۰	کنترل	
۱/۸۷	۹/۹۷	۱/۰۳	۱۰/۸۰	آزمایش	اعتماد
۱/۰۸	۷/۱۰	۱/۷۲	۷/۹۰	کنترل	
۱/۳۳	۱۱/۷۷	۱/۴۱	۱۰/۷۵	آزمایش	شور و هیجان جنسی
۲/۶۶	۷/۶۶	۱/۶۶	۷/۸۹	کنترل	
۰/۸۹	۱۰/۱۳	۰/۷۰	۹/۵۰	آزمایش	عشق
۲/۴۴	۸/۶۶	۲/۰۹	۸/۲۰	کنترل	
۳/۳۳	۶۷/۲۳	۳/۳۳	۶۵/۲۵	آزمایش	بهزیستی روانشناختی
۳/۷۸	۴۹/۸۸	۴/۶۶	۴۸/۸۰	کنترل	
۲/۷۷	۶۷/۶۸	۲/۸۷	۶۶/۵۰	آزمایش	کیفیت رابطه زناشویی
۲/۹۵	۴۹/۶۶	۳/۰۹	۴۷/۴۳	کنترل	

همانطور که در جدول (۴) قابل مشاهده است، میانگین تعدیل شده نمرات بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی گروه آزمایش در همه مولفه‌ها نسبت به گروه کنترل افزایش داشته و همچنین در مرحله پیگیری ماندگاری این تفاوت به نفع گروه آزمایش قابل مشاهده است.

## بحث

نتایج به دست آمده نشان داد آموزش مهارت مثبت‌اندیشی به شیوه‌ی گروهی در افزایش ابعاد بهزیستی روانشناختی زنان نابارور اثربخش بوده است. یافته پژوهش با پژوهش‌های پیکنت و همکاران (۲۰۱۱)، حریری و خدابی (۲۰۱۱)، بولیر و همکاران (۲۰۱۳)، آلگو و همکاران (۲۰۰۸) همخوان بوده است که نشان دادند افرادی که حوادث منفی را در زندگی تجربه کرده‌اند، اما بر جنبه‌های مثبت زندگی تمرکز نموده‌اند، بهزیستی روانی و رضایت از زندگی بیشتری را گزارش می‌کنند. در ارتباط با تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان اظهار داشت که آموزش فنون و مهارت‌های مثبت‌اندیشی به افراد، به منظور تقویت و بهبود ارتباط مثبت با خود، دیگران و دنیا و نیز افزایش شادکامی انجام می‌گیرد تا افراد خود را بهتر شناخته و تجربه‌های مثبت خود را بازشناسند و نقش این تجارب مثبت را در افزایش و ارتقای احترام به خود بشناسند. توجه به نقاط مثبت خود، زندگی مشترک و تجارب خوب گذشته، احتمال بروز برداشت‌های مثبت‌تر از خویش و دیگران را افزایش می‌دهد و همین امر سبب می‌شود که افراد قادر به پذیرش مسئولیت بیشتر در قبال ارزش خود شوند و به درک کاملتری از خویش نائل آیند (آلگو و همکاران، ۲۰۰۸).

برای کنکاش پذیرش مسئولیت در زندگی در سراسر فرایند گروه به شناخت و بررسی این مسائل، دغدغه‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه افراد به خود و زندگی و تغییر این دیدگاه پرداخته شد، زیرا این شیوه به افراد گروه که دچار ناکارآمدی در روابط و کارکرد اجتماعی هستند کمک می‌کند، از طریق تلاش برای ایجاد آفرینندگی، تغییر نگرش و جهان‌بینی و خلق ارزش‌های تازه، ارزش‌های فعلی خود را تغییر داده و ارزش‌های متناسب با موقعیت خود ایجاد کنند. بدین سبب بارزترین ویژگی این رویکرد، تاکید بر جهان‌بینی و نوع نگرش فرد به خود و زندگی کنونی خویش است. رویکرد مثبت‌نگر به اعضای گروه کمک می‌کند که در جهت شناخت توانایی، قابلیت‌ها و جنبه‌های مثبت خود و اطرفیان گام بردارند که براینکه آن تصحیح نگرش نسبت به دیگران و چارچوب‌دهی مجدد نگاه‌شان به واقعیت‌های زندگی است (وود و جوزف، ۲۰۱۰). در ارتباط با تاثیر این مهارت بر ابعاد بهزیستی روانشناختی می‌توان گفت چگونگی فایده‌آمدن افراد بر حوادث منفی و استرس‌زای زندگی می‌تواند در توانایی شخصی و خودمختاری آن‌ها نقش مؤثری داشته باشد. افرادی که حوادث منفی در زندگی را تجربه کرده‌اند، اما بر جنبه‌های مثبت زندگی تمرکز نموده‌اند زندگی هدفمندتری را گزارش می‌کنند (وود و جوزف، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر چنین کسانی حوادث منفی زندگی را که واقعیات زندگی هستند، از حوادث مثبت جدا نموده و توجه‌شان را بر حوادث مثبت متمرکز می‌کنند. در تبیین اثر این مهارت بر کنترل و تسلط بر محیط و زندگی می‌توان گفت که افراد خوشبین و با تفکر مثبت در هنگام بروز موقعیت‌های مشکل‌زا از مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند و به جست‌وجوی حمایت

بهتری با همسر خود داشته‌اند، لذا بین عزت نفس و کیفیت رابطه زناشویی رابطه مثبت معناداری وجود دارد (رمضانی، دولتیان، شمس، علوی ۲۰۱۲). با توجه به این مسئله عزت نفس نقش مهمی را در بافت رابطه زوجی ایفا می‌کند. زنانی که از عزت نفس و خودپنداره مثبت بالایی برخوردارند و قابلیت‌های خود را می‌شناسند و در کنار نقاط منفی خود، بر داشته‌های مثبت تمرکز دارند و سعی دارند خود را با این داشته‌ها به دیگران معرفی کنند در برقراری ارتباط موثر با دیگران و بخصوص با همسر خود موفق‌تر هستند. با افزایش عزت نفس و بازشناسی ویژگی‌های مثبت خود و همسر و زندگی مشترک و در کنار این افزایش اعتماد زوجین به همدیگر، تعهد زنان نابارور نسبت به همسر و زندگی مشترک بیشتر می‌شود. خلق ارزش‌های جدید در زندگی مشترک شور و شوق و هیجان‌های مثبت را وارد زندگی کرده و موجب می‌شود زنان و زوجین نابارور محیط و بافت خود را معنادار سازند.

دوم این‌که در رویکرد مثبت با متمرکز کردن اعضای گروه بر نقاط مثبت و داشته‌های خود، همسر و زندگی مشترک‌شان توانایی و انگیزه تغییرات مثبت در جهت افزایش رابطه توأم با شور و شوق و تغییراتی که حاکی از رضایتمندی باشد را پیدا خواهند کرد. از مهمترین این تغییرات می‌توان به برقراری رابطه جنسی رضایت بخش اشاره نمود. تغییری که اگر زوجین نابارور در عمل و رابطه جنسی موفق باشند، همه بخش‌های مهم زندگی آنان را در برخواهد گرفت و احساس شادکامی زناشویی و عشق بیشتری نسبت به همسرشان خواهند داشت. همچنین تشویق اعضای گروه برای ایجاد این تغییرات در جهت بهبود رابطه زناشویی آن‌ها و بازخورد دادن اعضا به همدیگر از طریق به چالش طلبیدن و مبارزه با افکار خودکار و

اجتماعی بر می‌آیند و در ضمن بر جنبه‌های مثبت رویدادهای منفی تأکید می‌کنند.

هدفمندی زندگی به وسیله تعهد به اهداف واقع‌بینانه ایجاد می‌گردد. داشتن احساسی از معنا و هدفمندی با ایجاد تفکر مثبت و تمرکز مجدد بر رویدادهای ناگوار که خود می‌تواند نقطه مثبتی بر زندگی باشد. در ارتباط با خودپذیری می‌توان گفت مثبت‌اندیشی و بررسی نکات مثبت زندگی و توانمندی‌های شخصی و در کل نگرش مثبت به زندگی مستقیماً با افزایش عزت نفس در ارتباط است. عزت نفس در واقع خود ارزیابی‌هایی است که انسان در زندگی با آن روبه رو می‌شود. توانایی برقراری روابط مثبت با دیگران جزء مهمی از سلامت روانی تلقی می‌شود. افرادی که به نکات مثبت زندگی خود تمرکز بیشتری می‌کنند و بیشتر به زندگی خود معنا داده و عزت نفس بالایی دارند با دیگران احساس نزدیکی بیشتری کرده و احساس اعتماد و مورد علاقه بودن می‌کنند.

همچنین نتایج این پژوهش همسو و همخوان با پژوهش‌های نژاد، نظری، بحرینیان، (۲۰۱۴)؛ بلقان‌آبادی، حسن‌آبادی، اصغری نکاح، (۲۰۱۴) نشان داد که استفاده از مهارت مثبت‌اندیشی و آموزش آن به زنان نابارور بر کیفیت رابطه زناشویی موثر است به طوری که باعث بهبود و ارتقای رابطه زناشویی آن‌ها می‌شود. این یافته پژوهش را می‌توان به دو صورت تبیین کرد. اول این‌که رویکرد مثبت‌نگر به اعضای گروه کمک می‌کند که در جهت شناخت توانایی، قابلیت‌ها و جنبه‌های مثبت خود و اطرفیان و زندگی گام بردارند که برآیند آن تصحیح نگرش نسبت به خود و دیگران شده که همین امر باعث ارتقای عزت نفس آن‌ها می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زنانی که از عزت نفس بالایی برخوردار هستند، رضایت از زندگی

## منابع

- غیرمنطقی در ارتباط با رابطه جنسی و زناشویی نقش مهمی در شروع این تغییرات دارد. ترغیب و توانمندکردن اعضا گروه با آموزش‌های لازم در برقراری رابطه کارآمد با همسر و ارائه تکالیف خانگی و تبدیل کردن این توانایی به عنوان داشته و نقطه مثبت در زندگی مشترک زوج‌های نابارور از برنامه‌های مهم این رویکرد بود. لذا افراد با تمرکز بر نقاط قوت در جهت تغییرات مثبت گام بر می‌دارند. لذا با افزایش عزت نفس زنان نابارور و شروع تغییرات کارآمد در عملکرد آنان، تمرکز بر خود ابرازگری و تسهیل بیان احساسات می‌تواند بر صمیمیت، همبستگی، ابراز نیازهای جنسی و روانشناختی زوجین نابارور موثر و مهارت بحث و مذاکره در مورد مسائل مختلف بین این زوجین را تسهیل نماید.
- بنابراین با توجه به اهمیت و نقش زنان در یک رابطه زناشویی و شرایط متفاوتی که زنان نابارور دارا هستند، یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله رویکرد درمانی مثبت‌نگر در بهبود و ارتقای بهزیستی روانشناختی و کیفیت رابطه زناشویی موثر بوده است. پژوهش به دلیل خودگزارشی بودن ابزار اندازه‌گیری و عدم برخورداری گروه کنترل از جلسات مشاوره خنثی به منظور حذف اثر انتظار گروه درمانی که به دلیل محدودیت وقت و امکانات میسر نبود، با محدودیت روبه روست، لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود، در صورت امکان تمامی زنان ناباروری که مورد بررسی قرار می‌گیرند، حداقل یک چرخه‌ی کامل IVF را گذرانده باشند.
- ال، ج. و موئی، م. (۱۳۹۱). فنون روانشناسی مثبت‌گرا. ترجمه: ف. براتی سده. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۸).
- بیانی، ع.، کوچکی، م. و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)، ۴۴-۵۹.
- سلطانی، م. و شعیری، م. (۱۳۹۱). تاثیر زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش سازگاری زناشویی زوجین نابارور، مجله علوم رفتاری، ۶(۴)، ۳۸۹-۳۸۳.
- نیلفروشان، پ. (۱۳۹۰). مدل معادله ساختاری کیفیت رابطه زناشویی بر اساس ویژگی‌های روان‌شناختی زوجین. پایان‌نامه دکترا، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- Algoe, S. B., Haidt, J., & Gable, S. L. (2008). Beyond reciprocity: Gratitude and relationships in everyday life. *Emotion*, 8(3), 425-429.
- Bolghan Abadi, M., Hassanabadi, H., & Asgari Nekah, S. M. (2014). Effectiveness of positive couple therapy on life satisfaction of mothers of children with special needs. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(5), 50-53.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119-139.
- Burns, R.A., & Machin, A. M. (2009). Investigating the structural validity of Ryff's psychological well-being scales across two samples, *Social Indicators Research*, 93(2), 359-375.
- Elsenbruch, S., Hann, S., Kowalsky, D., Offner, A. (2007). Quality Of life ,Psychological well-bing and sexual satisfaction in women with pycystic

- depression of infertile couples. *Middle East Fertility Society Journal*, 11(1), 43-47.
- Pictet, A., Coughtrey, A. E., Mathews, A., & Holmes, E. A. (2011). Fishing for happiness: The effects of generating positive imagery on mood and behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 855-891.
- Quattrini, F., Ciccarone, M., Tatoni, F., & Vittori, G. (2010). Psychological and sexological assessment of the infertile couple. *Sexologies*, 19(1), 15-19.
- Ramezani, N., Dolatian, M., Shams, J., & Alavi, H. (2012). The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak Medical University Journal*, 14(6), 57-65.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719-727.
- Sanford, K. (2006). Communication during marital conflict: When couples alter their appraisal, they change their behavior. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 256-265.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive Psychology: An introduction* (pp. 279-298). Netherlands: Springer.
- Stewart, M. E., Watson, R., Clark, A., Ebmeier, K. P., & Deary, I. J. (2010). A hierarchy of happiness? Mokken scaling analysis of the Oxford Happiness Inventory. *Personality and Individual Differences*, 48(7), 845-848.
- Volgsten, H., Svanberg, A. S., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., & Poromaa, I. S. (2010). Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertility and sterility*, 93(4), 1088-1096.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of affective disorders*, 122(3), 213-217.
- Ovary syndrome, *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(12), 5801-5807.
- Fletcher, G. J., Simpson, J. A., & Thomas, G. (2000). The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory factor analytic approach. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 340-354.
- Hariri, M., & Khodami, N. (2011). A study of the efficacy of teaching happiness based on the Fordyce method to elderly people on their life expectancy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1412-1415.
- Kamp Dush, C. M., Taylor, M.G., Kroeger, R.A. (2008). Marital happiness and psychological well-being across the life course, *Family Relation*, 57(2), 211-226.
- Kazemian, Z., Behmani, N., Zadehbaghri, L., & Abalfath, M. (2013). The efficacy of self-regulation couple therapy on marital intimacy among infertile women. *Armaghane danesh*, 18(5), 368-379.
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40 (6), 1213-1222.
- Manouchehri, C., Zandi Pour, T., Porshhryary, M., & Mirdamadi, S. (2006). Evaluate the effectiveness of cognitive-emotional-behavioral group counseling on mental health of infertile women. *Research and Counseling*, 5 (20), 9-22.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130.
- Nejad, F. N., Nazari, A. M., & Bahrainian, A. (2014). Investigating the effect of training positive thinking on intimacy, satisfaction and sexual performance in housewives of 5th region in Tehran. *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, 3(4), 26-32.
- Nilforooshan, P., Ahmadi, A., Abedi, M. R., & Ahmadi, M. (2006). Studying the effect of cognitive-behavioral counseling based on interacting cognitive subsystems on



## **The Effect of Positive Thinking Training on Psychological Well-being and Perceived Quality of Marital Relationship on Infertile Women**

**Sh. Dargahi <sup>1\*</sup>, F. Mohsenzade <sup>2</sup>, K. ZahraKar <sup>3</sup>**

1- M. A. Family counseling Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University of Tehran, Iran

2- Assistant professor Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University of Tehran, Iran

### **Abstract**

The aim of the research was to investigate the effect of positive thinking training on psychological well-being and perceived quality of marital relationship on infertile women. The research method was quasi-experimental with pretest- posttest and 3 months follow up, with a control group. Among the population of infertile women, twenty infertile women (10 persons in experimental group, 10 persons in control group) were selected by purposeful sampling method and were assigned in experimental and control groups. The experimental group received 8 session (1 ½ hours for each) of positive thinking training. For data collection, Ryff Psychological Well-Being Questionnaire and Fletcher Perceived Quality of Marital Relationship Scale were used. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used for analyzing the data. The results showed the positive thinking training was effective on the psychological well-being and quality of marital relationship among infertile women. Also, the training was effective in a 3 months follow up. Therefore, positive thinking skills can be used in prevention actions.

**Keywords:** Positive thinking, psychological well-being, quality of marital relationship, infertile women.

---

\* shahriardargahi@yahoo.com