

اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت زناشویی زنان نابارور
**The Effectiveness of Group Reality Therapy on Positive and Negative
Affect and Marital Satisfaction in Infertile Women**

تاریخ پذیرش مقاله ۱۳۹۸/۱۰/۱۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۲۳

Gh. Safavizadeh., Gh.R. Manshaei

غزل السادات صفوی زاده^۱، غلامرضا منشی^{۲*}

Abstract

Aim: The present study aimed to examine the effectiveness of group reality therapy on positive and negative affect and marital satisfaction of infertile women in Isfahan. **Methods:** The study was quasi-experimental and had a pretest-posttest design with a control group and a 45-day follow-up period. The statistical population consisted of 240 infertile women in Isfahan in 2016, among whom we selected 30 women using convenience sampling and randomly assigned them to experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group received Glasser's Reality Therapy intervention for ten 90-minute sessions, while the control group did not receive any therapy. At the pre-test, post-test, and follow-up stages, both groups completed the Marital Satisfaction Scale (EMS) (Enrich et al., 1989) and the Positive and Negative Affect Scale (PANAS) (Watson et al., 1988). We used the repeated measures analysis of variance (ANOVA) to analyze data. **Results:** The results indicated that group reality therapy training affected marital

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت زناشویی زنان نابارور شهر اصفهان بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و طرح پژوهشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری ۲۴۰ زن نابارور شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ زن انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه مداخله واقعیت درمانی گلاسر را دریافت کردند، در صورتی که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری هر دو گروه پرسشنامه رضایت زناشویی (اتریچ و همکاران، ۱۹۸۹) و پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش به شیوه گروهی واقعیت درمانی بر رضایت زناشویی در پس‌آزمون و پیگیری اثر داشته است

مقاله حاضر اقتباس از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است

^۱ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
^{۲*} نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

شیوه استناد به این مقاله: صفوی زاده، غزل السادات؛ منشی، غلامرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی واقعیت درمانی به شیوه گروهی بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت زناشویی زنان نابارور. فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره و روانشناسی، ۱۲ (پیاپی ۳): ۱-۱۸

satisfaction in the post-test and follow-up ($p=0.002$, $F=12.27$). Furthermore, group training had significantly increased in terms of positive affect ($p=0.001$, $F=13.91$) and significantly decreased in terms of negative affect ($p=0.000$, $F=16.34$). **Conclusion:** The results supported the effectiveness of group training programs by reality therapy in the prevention of marital conflicts.

Keywords: *Positive affect; Negative affect; Marital satisfaction; Infertile women*

($p=0/002$, $F=12/27$). همچنین آموزش به شیوه گروهی در بعد عاطفه مثبت به طور معناداری افزایش ($F=13/91$), داشته است ($p=0/001$) و در بعد عاطفه منفی به طور معناداری کاهش داشته است ($F=16/34$, $p=0/000$). **نتیجه گیری:** یافته‌ها از اثربخشی برنامه آموزش گروهی به شیوه واقعی درمانی در پیشگیری از بروز ناسازگاری‌های زناشویی حمایت می‌کند.

کلیدواژه‌ها: عاطفه مثبت، عاطفه منفی، رضایت زناشویی، زنان نابارور

مقدمه

آرزوی داشتن فرزند میلی جهانی است؛ ناباروری هم مسئله‌ای فردی و خصوصی و هم یک مسئله عمومی و اجتماعی است. رشته‌ها و حوزه‌های مختلف مطالعاتی به بررسی مسئله ناباروری پرداخته‌اند. برای مثال متخصصان بهداشت، همه‌گیرشناسی، علوم اجتماعی و رفتاری، حقوق و اخلاق پزشکی، با این مسئله درگیر هستند (فیدلر، ۲۰۰۹). عوامل مختلفی در کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند و ناباروری نیز یکی از شرایط دشوار و ناتوان کننده است که مشکلات اجتماعی و بهداشتی مهمی ایجاد می‌کند (خیاطا، ریزک، حسن، غزال اسود و اسد، ۲۰۱۳). اندازه‌گیری رضایت از زندگی و به خصوص رضایت زناشویی سبب درک نیاز مددجویان و در نتیجه ارتقای کیفیت خدمات می‌شود؛ ناباروری به عنوان شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری توصیف شده است (صحراییان، جعفرزاده و پورسمر، ۱۳۹۳). بر اساس آمارهای موجود بین ۱۲-۲۰ درصد زوجها نابارور هستند. از این میان ۴۰ درصد از موارد ناباروری به طور مستقیم به زن، ۴۰ درصد به مرد و ۲۰ درصد به هر دوی آنها مربوط می‌شود. علاوه بر این حدود ۱۰-۱۲ درصد زنان ناباروری ثانویه را تجربه می‌کنند که منظور ناباروری بعد از یک زایمان، به دلیل بیماری‌های زنان است. این امر موجب می‌شود تعداد زنانی که با مشکل ناباروری روبرو می‌شوند در مقایسه با مردان افزایش یابد و همچنین با افزایش سن به درصد ناباروری زنان افزوده می‌شود (ترانسام، ۲۰۱۰). از گذشته تاکنون در جوامع مختلف، بچه‌دار شدن و فرزند پروری به طور سنتی یکی از برجسته‌ترین مشخصه‌های نقش جنسیتی زنانه به شمار آمده است و از این رو ناباروری به‌طور سنتی، مشکلی زنانه

تلقی گردیده است (برگ، ویلسون و واینگرتنر، ۲۰۱۰)؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که زنان نابارور با مشکلات روانی و اجتماعی مختلفی درگیر باشند (جوردن و رونسون، ۲۰۰۹).

تأثیر منفی ناباروری بر کیفیت زندگی زنان در مطالعات متعدد نشان داده شده است (ویژه و پام گوهر، ۱۳۸۹). ناباروری تأثیرات وسیعی مانند احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت‌نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره‌گیری و انزوا، مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی‌معنایی زندگی فرد، نارضایتی از زندگی زناشویی، اضطراب، افسردگی و کاهش عواطف را ایجاد می‌کند (آبی، اندروس و هالمن، ۲۰۱۲). اغلب زوجین ناباروری که خود را علت ناباروری می‌دانند خود را سرزنش می‌کنند و این وضعیت باعث افزایش فشار روانی شده و در نتیجه مشکل را حادتر می‌کند و تعادل عاطفی زوجین را برهم می‌زند (دیاموند، کیزور، میرز، شارف و واینشل، ۲۰۱۰).

عواطف، بخشی اساسی از نظام پویایی شخصیت آدمی است. ویژگی‌ها و تغییرات عواطف، چگونگی برقراری ارتباط عاطفی بین زوجین و درک و تفسیر عواطف دیگران، نقش مهمی در رشد سازمان شخصیت، تحول اخلاقی، روابط اجتماعی، شکل‌گیری هویت و مفهوم خود دارد (واتسون و کلارک، ۱۹۹۰). واتسن و تلگن، ۱۹۸۵ عواطف را به دو بعد عاطفی پایه تقسیم‌بندی می‌کنند. یک بعد آن عاطفه منفی است. بدین معنی که شخص چه میزان احساس ناخوشایندی و ناخوشایندی می‌کند. عاطفه منفی یک بعد عمومی از یاس درونی و عدم اشتغال به کار لذت‌بخش است که به دنبال آن حالت‌های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می‌آید. بعد دوم عاطفه مثبت که یک ویژگی عاطفی آگاهانه (عباس، ۲۰۱۶) است که حالتی از انرژی فعال، تمرکز زیاد و اشتغال به کار لذت‌بخش بوده و شامل احساسات و هیجان‌ات مثبت مانند لذت، شادی، شور و شوق و غرور است؛ عاطفه مثبت و منفی، بیانگر ابعاد اصلی حالات عاطفی هستند (جانسون و کروگر، ۲۰۱۶).

بررسی عاطفه مثبت و منفی به عنوان نشان‌گرهای کنش‌وری مثبت و منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده رضایتمندی در زندگی به حساب می‌آید (خدایی، بزازیان و جعفری، ۱۳۹۴). فردریکسون (۲۰۰۸) بیان می‌دارد که عاطفی مثبت یکی از حوزه‌های روانشناسی مثبت است و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عاطفه مثبت افزایش خلاقیت، انعطاف‌پذیری شناختی، کارایی در تصمیم‌گیری و حل مسئله را موجب می‌شود و از طریق تقویت سیستم ایمنی، در بهبود سلامت جسمانی نقش دارد. به علاوه در زمینه سلامت روانی نیز نشان داده شده است که عاطفه مثبت، باطل‌کننده عواطف منفی و خنثی‌کننده اثرات مخرب آن نیز است.

علاوه بر آن، رضایت زناشویی با عدم باروری در ارتباط است که می‌تواند با پیامدهای چندی چون دشواری در درک تفاوت‌های جنسی، اضطراب شخصی و بین فردی، سازگاری زناشویی و غیره هم‌آیند

است. رضایت زناشویی ضعیف، اثر منفی بر کیفیت زندگی و کارکرد جنسی و عواطف دارد (نجفی، سلیمانی، احمدی، جاویدی، حسینی کامکار و پیرجاوید، ۱۳۹۳). از این رو، عواطف نوعی تنش در نظر گرفته می‌شود که به تخلیه درونی و بیرونی منجر می‌گردد، بخصوص زمانی که ناشی از نارضایتی زناشویی باشد. تانیگوچی و همکاران (۲۰۰۶) با ارائه یک برنامه درمانی شناختی رفتاری شش ماهه برای زوج‌های نابارور، نتایجی از جمله افزایش در تراکم اسپرم و کاهش افکار ناامیدکننده، کاهش عواطف منفی و کاهش نارضایتی زناشویی را در آن‌ها مشاهده کردند. مطالعات نیوتن و همکاران (۲۰۱۱) تأثیر مداخله‌های روان‌پزشکی بر اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی در زوج‌های نابارور را نشان داد که زنان در بیان نگرانی جنسی فعال‌تر از مردان هستند و سطوح بیشتری از عدم رضایت جنسی و زناشویی را گزارش می‌کنند و خود را برای ناباروری مقصر می‌دانند.

حمید (۱۳۹۰) طی پژوهشی اثربخشی واقعیت درمانی بر اضطراب و افسردگی زنان نابارور را گزارش داد. ادلمن (۲۰۰۴) با بررسی ۱۵۲ زوج نابارور در طی مراحل درمان ناباروری به این نتیجه رسید که سازگاری زناشویی زنانی که عامل ناباروری به آن‌ها نسبت داده شده کاهش می‌یابد. در حالی که در مورد مردان، ناباروری، موجب کاهش رضایت جنسی می‌شود. ساندلوسکی (۲۰۰۸) نیز در بررسی ۵۲ زوج آمریکایی دریافت که متغیر زمان در سازگاری خانوادگی زنان، تأثیر به‌سزایی دارد و گذشت زمان موجب کاهش سازگاری زناشویی زنان نابارور می‌شود. بسیاری از پژوهشگران بر افزایش منازعات زناشویی در میان زوج‌های نابارور تأکید کرده‌اند و حتی در مواردی این منازعات به طلاق و جدایی می‌انجامد (کیمان، چرون و باچمن، ۲۰۰۸). شاید بتوان گفت ناباروری یکی از عمده‌ترین وقایع تنش‌زا در زندگی افراد نابارور است. ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک علامت شکست تلقی شده و این احساس را به وجود می‌آورد که فرد کامل نیست. غالب مردم تصور نمی‌کنند که ممکن است نابارور باشند، به همین دلیل تشخیص ناباروری برای آنان یک شوک محسوب می‌شود (حمید، ۱۳۹۰). اندریوس، آبی و هالمن (۲۰۰۲) در مورد لزوم چاره‌اندیشی برای مشکلات روانی و خانوادگی این‌گونه افراد بیان می‌دارد که حتی اگر امکان رفع تنش ناشی از ناباروری وجود ندارد، حداقل باید برای کاهش اثرات آن تلاش شود.

کاهش مشاجرات خانوادگی و راضی نگه‌داشتن زنان و همسرانشان از روابط و زندگی جنسی و زناشویی از روش‌های مناسب برای تخفیف مشکلات زوج‌هاست (خدایی و همکاران، ۱۳۹۴) ناباروری برای بسیاری از زوجها بحرانی عمده و از نظر روانی، پرتنش است و مشکلات مهمی را در روابط زوجین ایجاد می‌کند که کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی، تصمیم‌گیری در زندگی، اختلال عاطفی و هیجانی از آن جمله است (چاموویچ و همکاران، ۲۰۰۷) بررسی‌ها نشان داده‌اند که جمعیت نابارور در مقایسه با جمعیت عمومی از عزت‌نفس پایین‌تر و (آبی و

همکاران، ۲۰۱۲) رضایت جنسی و زناشویی کمتر برخوردارند (صحراییان و همکاران، ۱۳۹۳) زنانی که احساس می‌کنند ناباروری باعث از دست دادن کنترل بر زندگی آنها شده است، در مراحل درمان ناباروری دچار مشکلات تطابقی بیشتری می‌شوند.

تعارض و جروبحث درباره‌ی کنار آمدن با ناباروری می‌تواند رضایت و بهداشت زندگی زناشویی را کاهش دهد. نقش‌های جنسیتی سنتی که در آن زن و شوهر به گونه‌ی متفاوتی احساسات منفی خود را ابراز می‌دارند، باعث می‌شود آنها از روش‌های مقابله‌ای یکسانی برای مواجهه با مشکل استفاده نکنند (دیاموند و همکاران، ۲۰۱۰) همچنین تنش ناشی از ناباروری می‌تواند به ساختار روابط زناشویی آسیب‌زده و منجر به کاهش رضایت زناشویی، سلامت ذهن و کیفیت زندگی شود (ویژه و پاک‌گوهر، ۱۳۸۹)؛ روش‌های مختلف درمانی برای مقابله با واکنش‌های روانی ناشی از ناباروری وجود دارد. واقعیت‌درمانی بر اساس نظریه‌ی انتخاب گلاسر و گلاسر (۲۰۰۸) بنا نهاده شده است. در این نظریه اعتقاد بر این است که تمام اعمالی که انجام می‌دهیم، رفتار است و تقریباً تمامی رفتارهای ما انتخاب می‌شوند. گلاسر (۲۰۰۸) رفتار را شامل چهار مؤلفه‌ی عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که ما بر دو مؤلفه‌ی عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به طور غیرمستقیم کنترل داریم. تأکید اساسی نظریه‌ی انتخاب بر دو مؤلفه‌ی عملکرد و تفکر است. علاوه بر آن، در هر ارتباطی از هر نوع و شکل، فرد می‌تواند خود را تغییر دهد و این به معنای کنترل درونی است؛ بنابراین برای رسیدن به موفقیت بایستی دست از خصلت (کنترل) بیرونی برداشت.

واقعیت‌درمانی دارای قابلیت کاربرد در افراد دچار هرگونه مشکل روانی از آشفتگی خفیف عاطفی گرفته تا گوشه‌گیری جنون‌آمیز کامل است. واقعیت‌درمانی، تبادل عشق و محبت و احساس ارزشمندی است. این روش در مورد اختلالات رفتاری افراد جوان و سالمند و مشکلات مربوط به الکلیسم و مواد مخدر، مؤثر و موفق است. پاشا و امینی (۱۳۸۷) اثربخشی واقعیت‌درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی در همسران شهدا را نشان دادند. پژوهش غفاری، قنبری هاشم‌آبادی و آقا محمدیان شعرباف (۱۳۸۷) اثربخشی واقعیت‌درمانی و درمان انگیزشی نظام‌مند را در افزایش رضایت زناشویی نشان دادند؛ از آن جا که زنان نابارور از مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، عاطفه منفی و باورهای ناکارآمد رنج می‌برند و منجر به نارضایتی در امر زناشویی می‌شود، سؤال مطرح می‌شود که آیا واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت زناشویی زنان نابارور مؤثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است و طرح پژوهشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه و دوره ۴۵ روزه پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را، تمام زنان ناباروری که در فروردین تا خردادماه سال ۱۳۹۵ به مرکز باروری و ناباروری اصفهان مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. تعداد این افراد در آن بازه زمانی ۲۴۰ نفر برآورد شد که از جامعه‌ی مذکور تعداد ۳۰ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: نابارور بودن به تشخیص پزشک متخصص؛ تمایل افراد برای شرکت در گروه آزمایش و حداقل سواد سیکل و ملاک‌ها خروج از پژوهش عبارت بودند از ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی به تشخیص روان‌پزشک؛ گذراندن دوره آموزشی یا هر نوع مداخله مشابهه دیگر و غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش. داده‌های حاصل از پرسشنامه اضطراب و عاطفه مثبت و منفی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه بیست و یکم در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار، نمودار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱: این پرسشنامه ۴۷ سؤالی توسط اولسون، فورنیر، درانگمن ۱۹۸۷ ساخته شد و موضوع‌های شخصیتی را با سؤال‌های ۲، ۴، ۱۲، ۲۲ و ۴۰ ارتباط زناشویی را با سؤال‌های ۶، ۱۳، ۲۳، ۳۲ و ۴۱ حل تعارض را با سؤال‌های ۷، ۱۴، ۲۴، ۳۳ و ۴۲ مدیریت مالی را با سؤال‌های ۸، ۱۵، ۱۶، ۲۵ و ۳۶ اوقات فراغت را با سؤال‌های ۹، ۱۷، ۲۶، ۳۵ و ۴۳ رابطه جنسی را با سؤال‌های ۱۰، ۱۸، ۲۷، ۳۶ و ۴۴ فرزندپروری را با سؤال‌های ۱۱، ۱۹، ۲۸، ۳۷ و ۴۵ خانواده و دوستان را با سؤال‌های ۲۰، ۲۹، ۳۱، ۳۸ و ۴۶ و جهت‌گیری مذهبی را با سؤال‌های ۵، ۲۱، ۳۰، ۳۹ و ۴۷ می‌سنجد. پاسخ به آزمون پنج گزینه‌ای و از نوع لیکرت کاملاً موافق = ۵، موافق = ۴، نه موافق و نه مخالف = ۳، مخالف = ۲، کاملاً مخالف = ۱ و نقطه برش در این آزمون بین نمره ۶۰-۴۱ است. افرادی که در بین این نمره‌ها قرار بگیرند رضایت زناشویی متوسط و مطلوب و پایین‌تر از نمره ۴۱ رضایت زناشویی کم و بالاتر از نمره ۶۰ رضایت زناشویی زیاد دارند (خادمی، ولی‌پور، مرادزاده خراسانی و نیشابوری، ۱۳۹۳). اعتبار نسخه اصلی ۱۱۵ سؤالی این پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. در ایران سلیمانیان و نوابی نژاد در سال ۱۳۷۳، نسخه اصلی آن را هنجاریابی

^۱. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire

کردند و تعداد ۱۱۵ سؤال آن را به ۴۷ سؤال کاهش دادند و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ میزان اعتبار نسخه کوتاه شده را ۰/۹۵ گزارش کردند (نیکویی و سیف، ۱۳۹۰). در پژوهش خادمی و همکاران (۱۳۹۳) میزان ضریب آلفای کرونباخ نسخه کوتاه ۰/۹۵ و در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی^۱: این پرسشنامه توسط واتسون و همکاران (۱۹۸۸) طراحی شده است و یک سنجش ۲۰ آیتمی است که برای سنجش دو بعد خلفی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده و هر خرده مقیاس دارای ۱۰ آیتم که عاطفه مثبت (علاقه‌مندی، شور و شوق، نیرومندی و غیره) و عاطفه منفی (پریشانی، ناراحتی، آشفتگی، خصومت و غیره) است. دامنه نمرات برای هر زیر مقیاس بین ۱۰ تا ۵۰ است. آزمودنی باید در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=بسیار کم، ۵=بسیار زیاد) مشخص سازد که تا چه حد هر یک از عبارات را تجربه کرده است؛ و اگر حالت عاطفه به مدت یک هفته گذشته سنجیده شود، شق حالتی و در صورتی که به مدت طولانی‌تری سنجیده شود شق صفتی را مشخص می‌کند، نمره کل این آزمون کاربردی ندارد؛ ضرایب آلفا برای عاطفه مثبت ۰/۸۸ و برای عاطفه منفی برابر ۰/۸۷ است. پایایی آزمون مجدد با فاصله ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی برابر ۰/۷۱ است. این دو عامل از هم مستقل هستند (واتسون و همکاران، ۱۹۸۸). روایی این پرسشنامه نیز با اعتبار ۰/۸۷ توسط بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۸۵ گزارش کرد که حاکی از ثبات درونی مقیاس‌ها بود. ضرایب همبستگی درونی مؤلفه‌ها و کل مقیاس شواهدی دال بر روایی سازه‌ای آن فراهم ساخت. در این پژوهش ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ برآورد شد.

شیوه اجرا. طرح پژوهشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، دوره ۴۵ روزه پیگیری انجام شد. گروه آزمایش طی هشت جلسه به مدت یک ساعت و نیم تحت بسته آموزشی واقعیت درمانی گلاسر قرار گرفتند، در صورتی که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. شرح مختصر جلسات واقعیت درمانی به شرح زیر است:

جدول شماره ۱. پروتکل واقعیت درمانی گروهی

| جلسات | اهداف | محتوای جلسات | تکالیف |
|----------|---|---|---|
| جلسه اول | شکل‌گیری گروه، شناخت اعضای گروه، آشنایی با قوانین کار گروهی | اجرای پیش‌آزمون، خوشامدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات واقعیت | لیست نمودن مسئولیت‌های من و فعالیت‌هایی که باید |

^۱. Positive and Negative Affect Scale

| | | |
|---|--|---|
| <p>در برابر مسئولیت‌ها انجام دهم</p> | <p>درمانی، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، ایجاد ارتباط و درگیری عاطفی بین مشاور و اعضای گروه، توضیح در مورد مفهوم هیجان از دیدگاه واقعیت درمانی؛ آموزش خودشناسی (شناخت استعدادهای ذاتی، اکتسابی، توانایی‌ها و نقاط ضعف)</p> | <p>به منظور تقویت اعتماد به نفس و ایجاد توانایی در اعضا جهت خودباوری و پذیرش خویشتن</p> |
| <p>یادداشت هفت مورد از اعمالی که باعث شده اعضا خود را کنترل و هفت مورد از اعمالی که سعی نمودند، دیگران را کنترل کنند.</p> | <p>بحث گروهی در رابطه با مسئولیت‌ها و فعالیت‌های لیست شده از سوی هر یک از اعضا، تلاش در جهت ارتقا مسئولیت‌پذیری، اصلاح مسئولیت‌پذیری و فعالیت مسئولانه در قبال مسئولیت‌ها</p> | <p>جلسه دوم ارتقاء مسئولیت‌پذیری و آشنا شدن اعضا با مسئولیت‌ها و فعالیت‌های مسئولانه‌ای است که هر کدام از اعضا بایستی از این پس مورد توجه قرار دهند.</p> |
| <p>یادداشت پنج مورد از انتخاب‌های درست و نادرست که تاکنون داشته‌اید</p> | <p>بررسی اعمال کنترل‌کننده هر یک از اعضا و بحث در مورد آن‌ها، آموزش نظریه کنترل، آموزش و تأکید بر کنترل داشتن بر روی اعمال خود و کنترل نداشتن بر روی اعمال دیگران</p> | <p>جلسه سوم افزایش آگاهی اعضای گروه در رابطه با میزان کنترل بر رفتار دیگران و رفتار خود</p> |
| <p>یادداشت پنج مورد از ارتباط‌های موفق و غیر موفق</p> | <p>بحث در رابطه با انتخاب‌های نادرست و درست هر یک از اعضا، آموزش انتخاب خواسته‌ها و انتظاراتی که خوشایندترین نتیجه را داشته باشد، آموزش در جهت ارتقا آگاهی برای انتخاب بهتر و ارتقا مسئولیت‌پذیری</p> | <p>جلسه چهارم پرهیز اعضا از انتخاب‌های نادرست جهت ارضای نیازهای خود و آموزش شناسایی دلایل درونی رفتار</p> |
| <p>یادداشت پنج مورد از واقعیت‌هایی که در زندگی خود پذیرفته‌اید و پنج مورد از واقعیت‌هایی که در زندگی خود انکار کرده‌اید</p> | <p>بحث در رابطه با ارتباط‌های موفق و غیر موفق هر یک از اعضا، آموزش اهمیت ارتباط، شناسایی رفتارهای بهبود بخش و تخریب‌کننده روابط بین فردی، شناسایی عوامل مخرب ارتباط بین فردی</p> | <p>جلسه پنجم آشنایی با عادات تخریب‌کننده رفتار و عادات پیوند دهنده رفتار و پیامدهای هر یک از این رفتارها</p> |
| <p>مشخص کردن رفتارهای جایگزین برای</p> | <p>بحث در رابطه با واقعیت‌های پذیرفته‌شده و انکار شده هر یک از اعضا، بحث در رابطه با مزایا و معایب</p> | <p>جلسه ششم طرح واژه واقعیت، آگاهی یافتن اعضا نسبت به نمونه‌هایی از انکار واقعیت در زندگی خود و</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>دستیابی اهداف</p> | <p>قبول و انکار واقعیت، تشریح موقعیت واقعی از زندگی انکار شده، شناسایی مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده رفتار (عمل)، احساس، فیزیولوژی، افکار)</p> | <p>تلاش در جهت جبران، به‌کارگیری و کمک گرفتن از تفکر و عملی که منجر به هیجان‌ها و مکانیسم‌های بدنی مثبت شود</p> |
| <p>اجرای برنامه تهیه شده برای تغییر رفتار جهت دستیابی به خواسته‌ها</p> | <p>آموزش هویت مثبت و منفی (توفیق و شکست)، تصویرسازی ذهنی در مورد هویت‌های شکست و توفیق، آموزش چگونگی دستیابی به هویت توفیق، شناسایی عوامل تسریع‌کننده و موانع هویت توفیق</p> | <p>گفتگوی آزادانه و آشکار در گروه در مورد تصوراتی که افراد از خود دارند، شناسایی عوامل مخل ایجاد هویت توفیق و گام برداشتن به سمت سلامت روانی</p> |
| | <p>آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون</p> | <p>مرور جلسات پیشین، خلاصه و جمع‌بندی و تهیه طرح جامعی از موارد آموزش داده شده و گام‌های طی شده در جلسات پیشین</p> |

یافته‌ها

حداقل و حداکثر سن در نمونه گروه گواه به ترتیب ۲۸ و ۴۱ سال و حداقل و حداکثر سن در نمونه گروه آزمایش به ترتیب ۲۶ و ۳۹ سال است و میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۳۰/۲۸ (۴/۵۷) سال و میانگین و انحراف معیار گروه گواه ۳۱/۲۸ (۵/۴۷) سال است. از این بین در گروه آزمایش ۵۳/۳٪ دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۳۳٪ دارای مدرک تحصیلی کاردانی و کارشناسی و ۱۳/۵٪ دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه گواه ۶۰٪ دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۳۳٪ دارای مدرک تحصیلی کاردانی و کارشناسی و ۷٪ دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر هستند.

جدول ۲. داده‌های توصیفی نمره‌های رضایت زناشویی و مؤلفه‌هایش و اضطراب در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n= ۳۰)

| شاخص‌های آماری | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|----------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|---------|--------------|
| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| رضایت زناشویی | آزمایش | ۴۳/۵۳ | ۱/۵۹ | ۴۷/۲۰ | ۱/۶۵ | ۴۷/۴۶ | ۱/۷۶ |
| | گواه | ۴۳/۹۳ | ۱/۶۲ | ۴۴/۰۴ | ۱/۴۸ | ۴۴/۰۶ | ۱/۸۵ |
| ارتباطات | آزمایش | ۲۷/۴۰ | ۲/۵۸ | ۳۲/۵۳ | ۲/۴۴ | ۳۲/۴۶ | ۲/۲۶ |
| | گواه | ۲۷/۷۳ | ۲/۲۱ | ۲۷/۸۶ | ۲/۲۶ | ۲۸/۰۰ | ۲/۴۴ |
| حل تعارض | آزمایش | ۲۴/۲۰ | ۳/۹۶ | ۳۰/۱۳ | ۳/۵۶ | ۳۰/۲۰ | ۳/۱۴ |
| | گواه | ۲۵/۰۶ | ۳/۱۲ | ۲۵/۱۳ | ۲/۸۹ | ۲۵/۲۶ | ۲/۸۶ |
| تحریف آرمانی | آزمایش | ۱۵/۷۳ | ۱/۵۳ | ۱۱/۴۰ | ۱/۱۲ | ۱۱/۱۳ | ۱/۰۶ |
| | گواه | ۱۵/۸۶ | ۲/۰۹ | ۱۵/۵۳ | ۱/۷۶ | ۱۵/۴۰ | ۱/۶۸ |
| عاطفه مثبت | آزمایش | ۱۸/۰۶ | ۲/۱۸ | ۲۳/۲۰ | ۱/۷۸ | ۲۳/۲۶ | ۱/۵۳ |
| | گواه | ۱۸/۹۳ | ۱/۷۹ | ۱۹/۲۰ | ۱/۸۵ | ۱۹/۳۳ | ۱/۶۳ |
| عاطفه منفی | آزمایش | ۳۹/۷۳ | ۲/۱۲ | ۳۴/۷۶ | ۱/۷۸ | ۳۴/۵۳ | ۲/۰۶ |
| | گواه | ۳۹/۵۳ | ۲/۱۳ | ۳۹/۲۶ | ۲/۱۲ | ۳۹/۲۰ | ۲/۲۴ |

همان‌طوری که در جدول ۲. ملاحظه می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره رضایت زناشویی و مؤلفه‌های ارتباطات، تحریفات آرمانی و حل تعارض در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه تفاوت‌های معناداری به دست آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌های رضایت زناشویی و مؤلفه‌هایش در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (n= ۳۰)

| متغیر | کلموگراف-اسمیرنوف | | موخلی | | آزمون لوین | |
|---------------|-------------------|--------------|----------------------|--------------|------------|--------------|
| | آماره | سطح معناداری | مقدار % ^۲ | سطح معناداری | آماره | سطح معناداری |
| رضایت زناشویی | ۰/۱۶ | ۰/۲۰ | ۲/۸۴ | ۰/۲۴ | ۰/۰۴۳ | ۰/۸۳ |
| | ۰/۲۱ | ۰/۰۶ | | | | |
| ارتباطات | ۰/۲۳ | ۰/۰۶ | ۳/۵۱ | ۰/۱۶ | ۱/۰۴ | ۰/۳۱ |

| | | | | | | | |
|---------|--------|------|------|------|------|------|------|
| | | | | ۰/۰۷ | ۰/۱۱ | گواه | |
| حل | آزمایش | ۰/۲۱ | ۰/۱۲ | ۲/۷۰ | ۰/۲۲ | ۱/۲۸ | ۰/۲۶ |
| تعارض | گواه | ۰/۱۸ | ۰/۱۹ | | | | |
| تحریفات | آزمایش | ۰/۱۶ | ۰/۲۰ | ۲/۳۳ | ۰/۱۸ | ۰/۴۰ | ۰/۵۲ |
| آرمانی | گواه | ۰/۲۰ | ۰/۰۸ | | | | |
| عاطفه | آزمایش | ۰/۱۷ | ۰/۲۰ | ۳/۵۲ | ۰/۱۱ | ۰/۴۰ | ۰/۵۲ |
| مثبت | گواه | ۰/۱۵ | ۰/۲۰ | | | | |
| عاطفه | آزمایش | ۰/۱۶ | ۰/۲۰ | ۰/۸۲ | ۰/۶۶ | ۰/۰۸ | ۰/۹۸ |
| منفی | گواه | ۰/۱۹ | ۰/۱۱ | | | | |

در جدول فوق نتیجه کلموگراف-اسمیرنف حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و تساوی واریانس‌ها در آزمون لوین در متغیره رضایت زناشویی و مؤلفه‌هایش است. همچنین در جدول فوق نتیجه آزمون موخلی نشان می‌دهد مفروضه کروییت برقرار است و می‌توان از نتیجه آزمون‌های درون گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه مکرر ر گروه‌های آزمایش و کنترل

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | df | میانگین مجذورات | F | Sig | مجذور اتا | توان آزمون |
|----------------|---------------|----|-----------------|-------|-------|-----------|------------|
| رضایت آموزش | ۹۴/۶۵ | ۱ | ۹۴/۶۵ | ۱۲/۲۷ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۰ | ۰/۹۲ |
| زناشویی خطا | ۲۱۵/۸۵ | ۲۸ | ۷/۷۰ | | | | |
| ارتباطات آموزش | ۱۹۳/۶۰ | ۱ | ۱۹۳/۶۰ | ۱۲/۱۰ | ۰/۰۰۲ | ۰/۳۰ | ۰/۹۱ |
| خطا | ۴۴۷/۷۳ | ۲۸ | ۱۵/۹۹ | | | | |
| حل آموزش | ۱۹۹/۵۱ | ۱ | ۱۹۹/۵۱ | ۶/۹۲ | ۰/۰۱ | ۰/۱۹ | ۰/۷۱ |
| تعارض خطا | ۸۰۶/۴۴ | ۲۸ | ۲۸/۸۰ | | | | |
| تحریف آموزش | ۱۸۲/۰۴ | ۱ | ۱۸۲/۰۴ | ۲۷/۷۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۹ | ۰/۹۹ |
| آرمانی خطا | ۱۸۳/۷۷ | ۲۸ | ۶/۵۶ | | | | |
| عاطفه آموزش | ۱۲۴/۸۴ | ۱ | ۱۲۴/۸۴ | ۱۳/۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳ | ۰/۹۴ |
| مثبت خطا | ۲۵۱/۱۵ | ۲۸ | ۸/۹۷ | | | | |
| عاطفه آموزش | ۲۰۱/۰۰ | ۱ | ۲۰۱/۰۰ | ۱۶/۳۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۳۶ | ۰/۹۷ |
| منفی خطا | ۳۴۴/۴۱ | ۲۸ | ۱۲/۳۰ | | | | |

با توجه به نتایج جدول (۶) مقدار F محاسبه شده برای اثر آموزش واقعیت درمانی در سطح $0/01$ معنی دار است ($P < 0/01$ و $F=12/27$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رضایت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین مقدار F محاسبه شده برای ارتباطات در سطح $0/01$ معنی دار است ($P < 0/01$ و $F=12/10$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارتباطات تفاوت معنادار وجود دارد. مقدار F محاسبه شده برای حل تعارض نیز در سطح $0/01$ معنی دار است ($P < 0/01$ و $F=6/92$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری حل تعارض تفاوت معنادار وجود دارد و نهایتاً مقدار F محاسبه شده برای تحریف آرمانی در سطح $0/01$ معنی دار است ($P < 0/01$ و $F=27/73$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تحریف آرمانی تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در متغیر رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ($n=30$)

| شاخص‌های آماری | | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|----------------|-----------|--------------------|-----------|-------------------|---------|
| | | پیش آزمون - پیگیری | | پس آزمون - پیگیری | |
| | | تفاوت | میانگین | تفاوت | میانگین |
| رضایت زناشویی | $-2/03^*$ | $0/17$ | $1/89^*$ | $0/13$ | $0/14$ |
| ارتباطات | $-2/66^*$ | $0/22$ | $2/63^*$ | $0/13$ | $0/14$ |
| حل تعارض | $-3/03^*$ | $0/44$ | $3/00^*$ | $0/18$ | $0/33$ |
| تحریف آرمانی | $2/53^*$ | $0/23$ | $-2/33^*$ | $0/16$ | $-0/20$ |
| عاطفه مثبت | $-2/80^*$ | $0/20$ | $2/70^*$ | $0/17$ | $0/10$ |
| عاطفه منفی | $2/76^*$ | $0/14$ | $-2/61^*$ | $0/16$ | $-0/15$ |

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

در جدول فوق نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین متغیرهای رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی بین مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری معنادار است ($P=0/05$) اما تفاوت میانگین بین پس آزمون و پیگیری در متغیرهای رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه‌ی گروهی بر عاطفه مثبت و منفی و رضایت زناشویی نابارور شهر اصفهان صورت گرفته است. بررسی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که زوج‌هایی که به شیوه‌ی گروهی واقعیت‌درمانی وارد شده‌اند در بعد عاطفه مثبت افزایش و در بعد عاطفه منفی کاهش را پس از آموزش نشان دادند همچنین در مؤلفه‌های رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض توانایی و رضایت بیشتری را پس از آموزش گزارش نمودند. همچنین در مؤلفه تحریف آرمانی گزارش کمتری را ارائه کردند. به‌طوری که بین میانگین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری به دست آمد و در مرحله پیگیری نیز از ثبات برخوردار بود. نتایج این فرضیه با یافته تحقیقات پاشا و امینی (۱۳۸۷)، غفاری و همکاران (۱۳۸۷)، تاسکن و همکاران (۲۰۰۶)، آبی و همکاران (۲۰۱۲) و بروس و همکاران (۲۰۱۳) همخوان است. در خصوص تبیین این فرضیه می‌توان عنوان کرد که در واقعیت‌درمانی برای رهایی از کنترل بیرونی و آشنایی با دنیای کیفی زنان نابارور تأکید می‌شود. انسان برای ارضای نیازهای بنیادین خود ازدواج می‌کند به نظر گلاسر (۲۰۰۸)، مسئله زمانی دشوار می‌شود که همسران انتظارات متفاوت و غیرواقع‌بینانه‌ای درباره‌ی نحوه‌ی ارضای نیازهای اساسی‌شان از یکدیگر داشته باشند بخصوص زنان نابارور و یا شدت میان نیازهای آن‌ها با یکدیگر متفاوت باشد. چنان‌چه به زنان نابارور در مورد نیازهای اساسی آن‌ها آموزش داده شود، این آگاهی از نیازها و تلاش برای تأمین نیازهای همسر می‌تواند بر رضایت آن‌ها از ازدواجشان اثر شگرفی بگذارد، آموزش اصول در نتیجه نظریه‌ی انتخاب، آگاهی دادن به همسران در مورد شدت نیازهای آنان و ایجاد حس مسؤلیت در افراد برای ارضای نیازهای خود می‌تواند نقش مهمی در ایجاد و بهبود روابط صمیمانه داشته باشد (خدایی و همکاران، ۱۳۹۴).

زنان نابارور با توجه به آموزش واقعیت‌درمانی می‌توانند شادمانی را انتخاب کنند و از انتخاب اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روان‌شناختی ناشی از عدم ناباروری بپرهیزند، یکی از هدف‌های درمان تئوری انتخاب، کاهش روانشناسی کنترل بیرونی و رشد روانشناسی کنترل درونی در افراد است و در زوج‌درمانی تلاش می‌کند که استفاده از عادات مخرب کنترل بیرونی را در روابط زوجین کاهش دهد و با کاهش عادات تخریب‌گر کنترل بیرونی و جایگزینی آن با عادات مهرآمیز کنترل درونی، رضایت زناشویی زوجین افزایش خواهد یافت نتایج این پژوهش نیز در تأیید این مسئله، نشان می‌دهد که آموزش کنترل درونی و عدم استفاده از کنترل بیرونی در روابط زناشویی که در جلسات اول مداخله در این پژوهش مطرح گردید، باعث افزایش رضایت زناشویی و ارتباطات زوجی شده است (حسینی غفاری و همکاران، ۱۳۸۷).

زنان نابارور سعی می‌کنند از واقعیت عدم باروری فرار کنند، واقعیت درمانی می‌تواند به آنان کمک کند تا بر رفتار و انتخاب‌های خویش تسلط و کنترل داشته باشد. حتی زنان نابارور برای افزایش رضایت زناشویی خود می‌توانند با توجه به اصل انتخاب در واقعیت درمانی در خصوص تقبل مسئولیت فرزند از پرورشگاه اقداماتی شایسته انجام دهند (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۲). درک عوامل تهدیدکننده نامشخص توسط زنان نابارور از سوی دیگران می‌تواند به آن‌ها احساس گناه دهد و نداشتن مسئولیت در خصوص فرزند پروری به دلیل ناباروری آنان را مبتلا به مشکلات روان‌شناختی نماید. زنان نابارور همواره ترس از ارزیابی دیگران درباره خود را دارند که ناباروری با توجه به اقتضای سن زنان و اهمیت تربیت نسل یک رفتار ناسازگارانه تلقی می‌گردد که واقعیت درمانی می‌تواند در خصوص نارضایتی زنان نابارور مهم و مؤثر واقع شود (خدایی و همکاران، ۱۳۹۴).

زنان نابارور واقعیت را نادیده می‌گیرند، با اینکه از آن آگاه‌اند ولی برای فرار از درد و رنج حاصل از احساس بی‌ارزشی و مهم نبودن، سعی می‌کنند از سایر ابعاد زندگی خود طفره برونند. به‌طور کلی، نارضایتی زنان نابارور هنگامی آغاز می‌شود که آن‌ها نمی‌توانند نیاز خود را برای تجربه عشق یا احساس ارزشمند بودن در خصوص توجه به فرزند ارضاء نمایند. ناتوانی فرد برای کسب یا حفظ ارزش برای خود، از فقدان تجربه موفقیت یا نداشتن فرصت برای انجام دادن کاری باارزش، حاصل می‌شود. زنان نابارور که به دلیل ناباروری احساس ارزش نمی‌کنند، نمی‌توانند به شیوه‌های مناسب به دیگران عشق بورزند یا مورد عشق و علاقه دیگران قرار گیرند (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۲). فقدان تجربه عشق و احساس ارزش، موجب می‌شود شخص در روابط مبتنی بر عشق و احساس ارزش با دیگران درگیر نشود و نیز این نوع محرومیت فرد از تجربه چنین احساس‌هایی، منتهی به هویت شکست وی می‌شود. واقعیت درمانی می‌تواند با تکیه بر هویت موفقیت این زنان و ایجاد حس مسئولیت در خصوص روابط زناشویی و اداری به آن‌ها احساس ارزشمندی اعطا کند (بروس و همکاران، ۲۰۱۳). در ادامه نتایج این پژوهش یافته‌ها نشان می‌دهد که زوج‌هایی که به شیوه‌ی گروهی واقعیت درمانی وارد شده‌اند در مؤلفه‌های عاطفه‌ی مثبت و منفی توانایی بیشتری را پس از آموزش گزارش نمودند. به‌طوری که بین میانگین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری به دست آمد و در مرحله پیگیری نیز از ثبات برخوردار بود. با توجه به بررسی‌های انجام شده یافته تحقیقات همخوان و ناهمخوان در خصوص تأیید یا رد این فرضیه یافت نشد. در تبیین اثربخشی آموزش واقعیت درمانی بر عاطفه منفی باید گفت از آنجا که در عاطفه منفی، زنان نابارور مجموعه‌ای از هیجانات منفی مانند خشم، ترس، اضطراب، افسردگی، حسادت و نگرانی را تجربه می‌کند و این هیجانات با شناخت‌ها و رفتارهای منفی شکل می‌گیرند و تقویت می‌شوند عدم مسئولیت‌پذیری می‌تواند این عواطف و هیجانات رو تقویت ببخشد. می‌توان برای کاهش شناخت‌ها و هیجان‌های منفی عمیق که ممکن است

تظاهرات بیمارگونه داشته باشد از طریق فنون واقعیت‌درمانی بهره برد (نجفی و همکاران، ۱۳۹۳). عواطف یکی از جنبه‌های رفتار زنان است که نقش مهمی در زندگی آنان دارد نقش سودمندی برای حس مادر بودن ایفا می‌کند. عواطف از آن جهت برای زنان سودمند است که فعالیت‌های آنان را به سوی هدفی متوجه می‌سازد و بدین ترتیب زنان را وادار به انجام کارهایی می‌نماید که برای بقاء و پرورش فرزند سودمند است و از انجام کارهایی که جهت بقاء او مضر است، آگاه می‌سازد. عواطف به دو بعد عاطفه مثبت و منفی تقسیم‌بندی می‌شود. یکی عاطفه منفی بدین معنی که شخص تا چه میزان احساس ناخوشایندی و ناخوشایندی، حالات خلقی اجتنابی، ترس، عصبانیت و احساس گناه را تجربه می‌کند که زنان نابارور به شدت از این عواطف رنج می‌برند. دیگری عاطفه مثبت بدین معنی که زنان بارور به چه میزان دارای انرژی فعال، تمرکز، شادی، احساس توانمندی، شور و شوق، علاقه و اعتماد به نفس است (حمید، ۱۳۹۰). عاطفه مثبت زنان بارور نشان می‌دهد، که تا چه میزان شور و شوق به زندگی دارد و به چه میزان احساس فاعلیت و هشیاری می‌کنند، عاطفه مثبت بالا به انرژی زیاد، تمرکز کامل، اشتغال لذت‌بخش و عاطفه منفی زنان نابارور به غمگینی و رخوت می‌انجامد. عاطفه منفی یک بعد عام ناراحتی درونی و احساس ناخوشایند را نشان می‌دهد. همان‌گونه که از مبانی نظری عواطف مثبت و منفی مشخص می‌گردد، این عواطف با هیجان و چگونگی پدید آیی و ابراز آن در ارتباط است. چنان‌که وقتی زنان نابارور دارای هیجان‌ات مثبت باشند این هیجان‌ات به دیگر زمینه‌های زندگی روان‌شناختی و محیطی وی نیز جریان می‌یابد. این امر با ذکر این نکته قابل تبیین است که چون هیجان‌ات فرایندی درونی و ذهنی هستند بر همین اساس بر فرایندهای ذهنی دیگر نیز تأثیر می‌گذارد و این تأثیر، برون داد محیطی خود را در میزان شادی، حس اعتماد به نفس، سرخوشی و انرژی بالا نمایان می‌سازد و به زبانی کلی‌تر فرد میزان بالایی از عاطفه مثبت را تجربه می‌کند. نقش واقعیت‌درمانی نیز همین است که با به سطح آوری و بروز هیجان‌ات زنان نابارور باعث می‌شود تا از میزان هیجان‌ات منفی آنان کاسته شود و به جای آن زنان نابارور هیجان‌ات مثبتی را تجربه نمایند (ویژه و پاک گوهر، ۱۳۸۹). این هیجان‌ات مثبت سبب شکل‌گیری حالتی خوشایند در الگوهای تعاملی و در نتیجه در درون فرد شود. چنین حالتی باور ذهنی زنان نابارور از این که سطح زندگی‌شان چگونه هست را می‌سازد تا به ارزیابی مثبت و بالایی دست یابند. پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادهای پژوهش را تصریح کرده و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. این پژوهش تنها بر روی جمعیت زنان نابارور اصفهان صورت گرفته و در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به محدودیت پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروه نمونه دیگر زنان نیز انجام شود و نتایج آن

مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین پژوهش‌های مشابهی در سایر شهرها مختلف انجام شود و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از به مرکز باروری و ناباروری اصفهان و همچنین کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش و تمامی همراهان ابراز می‌دارد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- بخشی پور، عباس؛ دژکام، محمود. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی تأییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله روانشناسی، ۹(۴): ۳۵۱-۳۶۵
- پاشا؛ غلامرضا؛ امینی، سهیلا. (۱۳۸۷). تأثیر واقعیت درمانی بر امید به زندگی و اضطراب همسران شهیدا. یافته‌های نو در روانشناسی (روانشناسی اجتماعی)، ۳(۹): ۳۷-۵۰
- حسینی غفاری، فاطمه؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ آقامحمدیان شعراب، حمیدرضا. (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی روان درک‌کنی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان انگیزشی نظام‌مند در افزایش رضایت زناشویی. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۹(۲): ۶۵-۷۸
- حمید، نجمه. (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت استرس مبتنی بر روش‌شناختی- رفتاری بر اختلال افسردگی، اضطراب و ناباروری زنان. علوم رفتاری، ۵(۱): ۳۸-۴۹

خادمی، علی؛ ولی پور، مریم؛ نادرزاده خراسانی، لاله؛ و نیشابوری، سیمین. (۱۳۹۳). رابطه ویژگی‌های شخصیتی با رضایت زناشویی و مؤلفه‌های آن در زوج‌ها. *روانشناسی کاربردی*، ۸(۴): ۳۴-۱۰۹-۹۵.

خدایی، راحله؛ بزازیان، سعیده؛ جعفری، اصغر. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تحلیل رفتار متقابل در خودپنداره و عاطفه مثبت و منفی زنان. *مطالعات زن و خانواده*، ۳(۲): ۱۸۵-۲۰۴.

صحراپیان، کیمیا؛ جعفرزاده، فاطمه؛ پورسمر، سیده لیلیا. (۱۳۹۳). رابطه میان حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی در زنان نابارور بر اساس عامل ناباروری. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۲(۱۲): ۱۱۰۴-۱۱۰۹.

نجفی، مریم؛ سلیمانی، علی‌اکبر؛ احمدی، خدابخش؛ جاویدی، نصیرالدین؛ حسینی کامکار، الناز؛ پیرجاوید، فاطمه. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان مدار (EFT) بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی زوجین نابارور. *مجله مامایی و نازایی زنان ایران*، ۱۷(۱۳۳): ۸-۲۱.

نیکویی، مریم؛ و سیف، سوسن. (۱۳۹۰). بررسی رابطه دین‌داری با رضایت زناشویی. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۴(۱۳): ۶۱-۷۴.

ویژه، مریم؛ پاک گوهر، مینو. (۱۳۸۹). بررسی اثرات مشاوره نازایی بر روابط زناشویی زنان نابارور. *فصلنامه پرستاری منیش*، ۱(۱): ۹۰-۷۶.

References

- Abbass A. (2016). the Emergence of Psychodynamic Psychotherapy for Treatment Resistant Patients: Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(2): 245-280
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. (2012). Infertility and subjective wellbeing: The mediating roles of self-esteem, internal control and interpersonal conflict. *J Marriage and Fam*. 54, 40817.
- Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. (2012). Gender's role infertility. *Psychol Women*. 15: 295-316.
- Andrews FM, Abbey A. Halman LJ. (2002). is fertility problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril*. 57: 1247-53.
- Anderson EM, Sharpe M, Patrag A, Lvvine D. (2012). Distress and concerns in couples to specialist infertility clinic. *J psychosom Res*. 54(4); 353- 5.
- BruceMK, Rzmary C, Peng T. (2013). Study of sex in infertility: a systematic review of quantitative studies. Department of Sexology, School of Public Health, Curtin University, Perth, Perth, Australia. 13(2).
- Berg BJ, Wilson JF, Weingrtner PJ. (2010). Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex role identification. *Soc Sci Med*. 33 (9): 1071- 80.

- Chachamovich JR, Chachamovich E, Zachia S, Knauth D, Passos EP. (2007). what variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Hum Reprod.* 22 (7): 1946-52.
- Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Weinshel M. (2010). *Couple therapy for infertility*. New York: Gilford Press. 36-34.
- Edelmenn RJ, Humphery M, Owens DJ. (2004). the meaning of parenthood and couple's reaction to male infertility. *Br J Med Psychol.* 67: 291-9.
- Fiddler AT, Bernstein J. (2009). Infertility: from a personal to a public health problem. *Public Health Rep.* 114(6):494511.
- Fredrickson, B.L. (2008). The Role of positive Emotion in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotion. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Glasser, W. (2008). *Station of the mind: New direction for reality therapy*. New York.
- Glasser, W& Glasser, C. (2008). *Eight lessons for a happier marriage*. New York.
- Kemman E, Cheron C, Bachman G. (2008). Good luck rites in contemporary infertility. *Reprod Med.* 43 (3): 196-8.
- Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, GhazalAswad S, Asaad MA. (2013). Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *Int J Gynaecol Obs.* 80(2):1838.
- Jordan C, Revenson TA. (2009). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *J Behav Med.* 22(4): 34158.
- Johnson, W, & Krueger, R.F. (2016). How money buys happiness: Genetic and environmental processes linking finances and life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9(4), 680-691.
- Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA, Houle M. (2011). Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: implications for counseling. *Journal of Assist Reprod Genet*; 9(1): 24-31.
- Sandelowski MH. (2004). Living the life explanation of infertility. *Soc Healthiness.* 12: 195-215.
- Perrewé, P.L, & Spector, P.E. (2002). Personality research in the organizational sciences. *Personnel and Human Resources Management*, 21, 1-64.
- Taniguchi, S. T., Freeman, P. A., Taylor, S., & Malcarne, B. (2006). A study of married couples' perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation, *Journal of Experiential Education*, 28(3): 253-256.
- Taschen Caffier B, Felorin I, Krause W, Pook M. (2006). Cognitive behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychother and Psychosom.* 68(1):15 21.
- Trantham P. (2010). The infertile couple. *Am FAM Physic.* 1996; 54:100110.
- Watson, D, & Clark, L.A. (1990). Mood and the mundane: relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (2), 296-308.
- Watson, D, & Tellegen, A. Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.