

Research Paper

A Comparison Between Structural Couple Therapy and Redecision Couple Therapy on the Psychological Welfare of the Infertile Couples

Shahrogh. Mohammadi¹, Omid. Moradi^{2*}, Abdollah Shafiabady³, Hamzeh Ahmadian²

1. PhD Student in Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

2. Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

3. Department of Counseling, Professor, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran

Received: 2020/5/12

Revised: 2020/10/26

Accepted: 2020/11/7

Use your device to scan and
read the article online



DOI: 10.30495/jzv.2021.4563

Keywords:

Structural family therapy, Redecision, Psychological welfare, Infertile couples

Abstract

Introduction: The present study was carried out with the aim of comparing the effectiveness of the structural couple therapy and the re-decision one on the psychological welfare of the infertile couples at Sanandaj city. The research method was among applicable researches in terms of objective and among semi-experimental plans of pre-test and post-test types with two experimental groups (Minuchin structural and re-decision) and one control group in terms of methodology. The statistical society included all infertile couples referring to the center of infertility of Besat hospital at Sanandaj city in which 90 people were assigned to three groups as sample volume through convenience sampling method. The evaluation tool of the applied questionnaire was conceptual psychological multi-component welfare scale (Riff, 1989).

Materials and Methods: In order to analyze the data, descriptive statistical methods such as average, standard deviation and inferential statistics tests such as one-way and multi-ways covariance analyses were used. Data were analyzed using SPSS-22 software. Results of the findings represented that there is a significant relation between the average of psychological welfare scores of the pretest and that of the post-test. The difference between the average of Minuchin structural couple therapy and that of re-decision couple therapy is significant at $P < 0.01$ level.

Findings: The difference between the average of re-decision couple therapy and that of control couple therapy is significant at $P < 0.01$ level. The difference between the averages of the Minuchin structural couple therapy group and that of control group is also significant at $P < 0.01$ level. Also, the results obtained from multi-variable covariance analysis represented that there is a significant difference between the three groups in the components of self-government ($F(2,26) = 338.88$), dominance on environment ($F(2,26) = 229.15$), personal growth ($F(2,26) = 187.98$), positive relations ($F(2,26) = 303.76$), purposeful life ($F(2,26) = 50.26$), and acceptance ($F(2,26) = 323.16$) at the level of 0.001 ($P < 0.01$).

Conclusion: In general, the results represent the further effectiveness of Minuchin structural couple therapy on the increase of psychological welfare than that of re-decision couple therapy.

Citation: Mohammadi, Sh, Moradi, O, Shafiabady, A, Ahmadian, H. A Comparison Between Structural Couple Therapy and Redecision Couple Therapy on the Psychological Welfare of the Infertile Couples. Quarterly Journal of Women and Society. 2021; 12 (45): 41- 56.

* **Corresponding author:** Omid Moradi

Address: Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

Tell: 09185751606

Email: o.moradi@iausdj.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Infertility and the resulting individual and social problems are one of the most important issues for couples, which is recognized around the world and in all cultures as a stressful, critical and threatening experience of personal, marital, family and social stability [1]. Infertility and its problems not only affect the loss of a child, but also include disturbances in family and marital relationships, feelings of rejection from others, self-blame, and others. And it generally lowers the quality of life in couples and sometimes causes their lives to fall apart. The high costs of infertility treatment, the constant worry about the effectiveness of treatment, the fear of family breakdown, the loss of interest in a spouse, and the potential stress of treatment can lead to tension, feelings of helplessness, conflict, frustration, and severe self-esteem. Decreased self-esteem, withdrawal and isolation, identity problems, feelings of lack of beauty and meaninglessness are experienced [2]. On the other hand, after a while, the home environment without the presence of a child becomes boring for both men and women, and silence and loneliness make the home boring for them. In most cases, infertile couples become impatient and this affects the relationship between them [3]. Therefore, the occurrence of psychological and marital consequences following the diagnosis of infertility will be an expected phenomenon [4]. Therefore, psychological well-being is one of the variables that can negatively affect infertility and disrupt the individual, social and marital life of infertile couples by disrupting it. Psychological well-being is one of the most common areas in positive psychological research and is a multi-component concept that includes self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, environmental control, purposeful living, and personal growth [5]. Research shows that infertility is associated with a wide range of psychological disorders, including decreased quality of life, self-esteem, sexual, emotional and social satisfaction, increased stress, anxiety, depression, anger, low self-esteem, dysfunction, sexual dysfunction, and

marital problems. Decreased psychological well-being is associated [6]. Comparing psychological well-being in infertile women and normal women, they found that these women showed lower scores on the scales of positive relationship with others, purposefulness and acceptance [7]. Accordingly, infertility, which is almost constant and stressful in nature, can lead to a decrease in psychological well-being by creating stress. The large number of infertile women as well as the psychological problems resulting from infertility in addition to the negative effects within the individual that itself is a factor in the intensification and persistence of infertility has affected interpersonal relationships, especially their marital relationship [8].

Materials and Methods

In terms of purpose, the present study is among the applied researches and in terms of methodology, it is a part of semi-experimental designs of pre-test and post-test type with two experimental groups (Minochin structure and re-decision making) and a control group. The dependent variable is psychological well-being and its dimensions. The questionnaire used by Ryff [18] was a multi-component conceptual psychological well-being scale that included six dimensions (self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, mastery of the environment, purposeful living, and personal growth).

Findings

Analysis of covariance (ANCOVA) was used for statistical analysis of data related to this question. In this analysis, the mean post-test of the Minochin structural group was compared with the mean of the control group and pre-test scores were used as an auxiliary variable. Of course, it is necessary to observe the condition of homogeneity of regression curves, the results of which are also reported in After adjusting the pre-test scores of psychological well-being, there is a significant difference between the effect of the three structural groups of Minochin, re-decision making and control ($\text{sig} = .001$ and $F = 354.35$ (32 and 2) F). Therefore, the null

hypothesis that there is no difference between the three groups is rejected and it is concluded that there is a significant difference between the effectiveness of Minochin structural couple therapy and couple decision therapy and the control group in improving psychological well-being. The results generally show that the couple therapy is more effective with the structural method of Minochin than the couple re-decision therapy on increasing psychological well-being.

Discussion

This study was conducted to compare the effectiveness of structural couple therapy and decision retrieval couple therapy on psychological well-being of infertile couples. The results generally show that the couple therapy is more effective than the structural method of Minochin than the couple re-decision therapy on increasing psychological well-being. The results of this finding were consistent with the research [14 & 15]. Since both approaches help couples to interact and have a good relationship and feel close and intimate in their relationships, so the feeling of belonging and love has been effective in reducing physical and emotional weakness and fatigue.

Conclusion

Structural couple therapy and redefining create a space in which members are connected through specific roles, emphasizing the family as a whole and interactions between its subsystems, and interventions by helping people recognize their role and be aware of responsibility and life leadership. These findings are consistent with the findings [2·].

Ethical Considerations Compliance with ethical guidelines

All subjects full fill the informed consent.

Funding

No funding.

Authors' contributions

Design and conceptualization: Shahrokh Mohammadi, Omid Moradi, Abdollah Shafiabady, Hamzeh Ahmadian

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم گیری مجدد بر بهزیستی روانشناختی زوجین نابارور

شاهرخ محمدی^۱، امید مرادی^{۲*}، عبدالله شفیق آبادی^۳، حمزه احمدیان^۲

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۲. گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

۳. گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: ناباروری و مشکلات فردی و اجتماعی ناشی از آن یکی از مسائل مهم زوجین است و تأثیرات زیادی بر جنبه‌های شخصیتی، روان‌شناختی، کارکردهای خانوادگی و ارتباطی آنان می‌گذارد و بطور کلی کیفیت زندگی را در زوجین پایین می‌آورد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم گیری مجدد بر بهزیستی روانشناختی زوجین نابارور شهرستان سنندج بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۳۹۷ بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری جایگزین شدند.

یافته‌ها: برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری و نرم افزار-SPSS ۲۲ تجزیه و تحلیل گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم گیری مجدد نسبت به گروه کنترل اثر معناداری بر بهزیستی روانشناختی زوجین نابارور دارد ($p < 0.01$). نتایج حاکی از اهمیت توجه به مداخلات زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم گیری مجدد بر بهزیستی روانشناختی زوجین بود.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۳

تاریخ داوری: ۱۳۹۹/۸/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۸/۱۷

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI: jzvj.2021.4563/10,30395

واژه‌های کلیدی:

خانواده درمانی ساختاری، تصمیم گیری مجدد، بهزیستی روانشناختی، زوجین نابارور.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* نویسنده مسئول: امید مرادی

نشانی: گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران

تلفن: ۰۹۱۸۵۷۵۱۶۰۶

ایمیل: o.moradi@iausdj.ac.ir

مقدمه

ناباروری و مشکلات فردی و اجتماعی ناشی از آن به‌عنوان یکی از مسائل مهم زوجین است که در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (۱). ناباروری و مشکلات ناشی از آن تنها برای فقدان فرزند نیست، بلکه مواردی از جمله آشنفگی 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 هم‌گسختگی خانواده، از دست دادن علاقه به همسر و تنش‌های بالقوه 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 (۲). از سوی دیگر، پس از مدتی محیط منزل بدون حضور کودک برای زن و مرد کسالت‌آور می‌شود و سکوت و تنهایی، منزل را برای آنها خسته‌کننده می‌سازد. در اغلب موارد، زوج‌های نابارور دچار بی‌حوصلگی می‌شوند و این امر ارتباطات بین آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). از این رو بروز پیامدهای روانی و زناشویی به دنبال تشخیص ناباروری، پدیده‌ای قابل انتظار خواهد بود (۴). 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 تحت‌الشعاع قرار دهد، بهزیستی روانشناختی است. بهزیستی روانشناختی یکی از حوزه‌های شایع در تحقیقات روانشناسی مثبت است و یک مفهوم چند مولفه‌ای و شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (۵). تحقیقات نشان می‌دهد ناباروری با طیف گسترده‌ای 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 (۶ و ۷). 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 میان فردی بخصوص رابطه زناشویی آن‌ها تأثیر گذار بوده است (۸).

بنابراین، توجه به نیازهای روانی زوج‌های نابارور یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری می‌باشد؛ زیرا می‌تواند رابطه زوجین در طول

درمان را تحت تأثیر قرار دهد؛ به‌ویژه زمانی که هریک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می‌کند (۹). روان‌درمانگران رویکردهای مختلفی را برای رفع این مشکلات مطرح کرده‌اند؛ از جمله رویکردهای فردی، زوجی و خانوادگی می‌باشد. با این وجود، صاحب‌نظران براساس تحقیقات انجام شده بر این باور هستند که هنگامی که کل خانواده و یا یک واحد دو نفری برای درمان مشکلات مربوط به زندگی خانوادگی رجوع می‌کنند، شیوه درمان خانوادگی و یا زوجی مؤثرتر از درمان فردی می‌باشد (۱۰). یکی از این رویکردها، زوج درمان ساختاری است. ایده اصلی خانواده درمانی ساختاری این است که نشانه‌های فرد هنگامی که در بافت الگوهای تعاملی خانواده ارزیابی شود بهتر قابل شناخت است از نظر خانواده درمانی ساختاری قبل از درمان و برطرف کردن نشانه‌های مرضی لازم است در سازمان یا ساختار خانواده تغییرات صورت گیرد (۱۱). ساختار خانواده مجموعه نمراتی از نقش‌های ویژه ای هست که اعضای خانواده از طریق آن به یکدیگر مرتبط می‌شوند. در این رویکرد تأکید خانواده به عنوان یک کل و تعاملات بین زیر منظومه‌های آن است. مهمترین ملاک عملکرد سالم و کارکردی زیر منظومه‌ها و برخورداری از مرزهای روشن بوده و بر نقش‌ها، قواعد و قدرت مبتنی است (۱۲). به‌طور کلی در زوج درمانی ساختاری، تأکید روی زیر منظومه زناشویی، مرز بین آنها، انجام و اجرای تکالیف بین زوجین، ارتباط زیر منظومه‌های دیگر درون و برون خانواده می‌باشد، که اگر در هر کدام از این موارد اختلال خاصی وجود داشته باشد، سعی در ارزیابی، سنجش و رفع آن موارد خواهد شد تا زوجین بتواند عملکرد مناسب خود را بازسازی نمایند. تحقیقات در این زمینه نشان داده است که زوج درمانی ساختاری اثر معنی‌داری روی کاهش تعارضات زناشویی و افزایش عملکرد خانواده داشته است (۱۳). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که زوج درمانی ساختاری زوجی و خانوادگی بر بهبود روابط صمیمانه (۱۴)، رضایت زناشویی (۱۵) مؤثر است.

علاوه بر این یکی دیگر از رویکردهای که می‌تواند در زمینه بهزیستی روانشناختی اثربخش باشد رویکرد تصمیم‌گیری مجدد است. وجهه انتخاب این رویکرد جهت مقایسه با زوج درمانی ساختاری در این است که این رویکرد تأکید دارد که با زوج درمانی ساختاری در این زمینه متفاوت است. نظریه درمان تصمیم‌گیری مجدد بر مبنای نظریه تحلیل تعاملی پایه گذاری شده است؛ بسیاری از تحلیل‌گران تعاملی، درمان‌های فردی، زناشویی و خانوادگی هم‌ارائه می‌دهند و هنگامی که آنها به درمان زوجین و خانواده‌ها می‌پردازند، نظام‌های دیگر را با تحلیل تعاملی درهم می‌آمیزند. راهبران مکتب درمان تصمیم‌گیری مجدد در رویکرد کلاسیک تحلیل تعاملی برن تغییراتی اساسی ایجاد نموده‌اند. آنان به منظور کارکرد عملی‌تر و کارآمدتر نظریه تحلیل تعاملی را با اصول و فنون گشتالت درمانی، خانواده درمانی، روان‌نمایشی و رفتار درمانی ترکیب نموده‌اند. هدف از نظریه درمان تصمیم‌گیری مجدد، کمک به افراد در چالش با خود است تا نقش شبه قربانی خود را بشناسد، نسبت به مسئولیت‌پذیری و هدایت زندگی خویش آگاه شود و در فرایند زندگی تغییرات لازم را اعمال نمایند. در این نوع درمان به درمان‌جویان کمک می‌شود تا با عقایدی که در گذشته نسبت به خودشان داشته‌اند

ساختاریافته و پرسشنامه تعارضات زناشویی استفاده گردید. هر کدام از گروه‌های آزمایش تحت ۱۰ جلسه زوج درمانی قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: زوجین نابارور که حداقل سه سال از ازدواج آنان گذشته باشد. زوجین در کنار یکدیگر زندگی می‌کنند و یکی از آنها به عنوان قهر خانه را ترک نکرده باشد. تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و عدم اعتیاد هر یک از زوجین. همچنین معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: عدم شرکت در جلسه درمانی برای دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیر متوالی بدون دلیل موجه و قابل قبول، عدم همکاری با درمانگر و انجام ندادن تکالیف اصلی پیشنهاد شده توسط درمانگر و آشکار شدن این که آزمودنی معیارهای ورود به آزمایش را نداشته است.

ابزار سنجش

پرسشنامه مورد استفاده مقیاس بهزیستی روانشناختی مفهومی چند مولفه ای ریف (۱۸) بود که در برگیرنده شش بعد (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) می باشد. ریف برای اندازه گیری این سازه ها، مقیاس بهزیستی روانشناختی همچون پرسشنامه ۲۰ سوالی، ۱۴ سوالی، ۹ سوالی و ۳ سوالی را طراحی کرد. پس از بررسی های اولیه، نسخه اصلی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی که دارای ۸۴ سوال بود، تهیه شد (۱۸). این پرسشنامه شش مولفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و بنابراین دارای ۶ زیرمقیاس (هر زیرمقیاس شامل ۱۴ عبارت است). این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده و دو نسخه ۵۴ عبارتی و ۱۸ عبارتی نیز دارد. آزمودنی باید در طیف ۶ درجه ای لیکرت (۱=کاملاً مخالفم، تا ۶=کاملاً موافقم) مشخص سازد که تا چه حد با هر یک از عبارت موافق یا مخالف است. ریان و دسینی (۱۹) ویژگی های روانسنجی نسخه اصلی مقیاس بهزیستی روانشناختی قابل قبول گزارش شده اند.

ریف به منظور هنجاریابی مقیاسهای بهزیستی روانشناختی، این آزمون را بر روی نمونه ای ۳۲۱ نفری اجرا کرد. وی ضریب همسانی زیرمقیاسهای خودمختاری=۰/۷۶، تسلط بر محیط=۰/۹۰، رشد فردی=۰/۸۷، ارتباط مثبت با دیگران=۰/۹۱، زندگی هدفمند=۰/۹۰ و پذیرش خود=۰/۹۳ بدین شرح گزارش داده است و در آن بررسی که مقیاس ۲۰ سوالی برای هر مولفه به کار برده شده بود، ضریب همسانی درونی مقیاسها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی پس از ۶ هفته بر روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد. هم چنین همبستگی بین خرده مقیاسها بین ۰/۳۲ تا ۰/۷۶ گزارش گردید که بالاترین همبستگی بین خودمختاری و روابط مثبت با دیگران (۰/۷۶) و پایین ترین همبستگی بین خودمختاری و روابط مثبت با دیگران (۰/۳۲) به دست آمد (۲۰). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آزمون‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس یک راهه و چند راهه، آزمون تعقیبی بونفرونی، نتایج آزمون لوین، آزمون ام باکس استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار Spss-22 تجزیه و تحلیل شد.

مبارزه کنند، به درمانجویان این امر، آموخته می‌شود که در انتخاب هایشان آزادند تا دوباره درمورد اینکه چه کسی هستند و چه کسی می‌خواهند باشند تصمیم بگیرند. لذا با به کارگیری این دیدگاه در درمان، زوجین می‌توانند تصمیم بگیرند تعامل‌های تازه‌ای را امتحان کنند (۱۶). درمان تصمیم‌گیری مجدد بر این پایه استوار است که وقتی افراد در موقعیتی تعارض برانگیز خود را درگیر حس می‌کنند و یا به نقطه‌ای می‌رسد که تعارض بر ایشان غیر قابل حل می‌شود معمولاً ریشه این تعارض از دوران کودکی آنها بوده است از آنجا که این در آن زمان برایشان غیر قابل حل بوده اکنون به آن بازگشت می‌کنند این بازگشت معمولاً فراسوی آگاهی فرد بوده و با پاسخ‌هایی که شخص از آن به بعد به موقعیت‌های مصاحبه می‌دهد اغلب حالت نامناسب و بی‌تأثیر را خواهد داشت (۱۷).

علی‌رغم شیوع نسبتاً بالای ناباروری و مشکلات عدیده روانی - اجتماعی که این گروه از افراد با آن در تمام مراحل ناباروری مواجهه هستند متأسفانه تحقیقات بسیار کمی در باب رویکرد مثبت و کشف نقاط قوت و معنا در زندگی فردی و زناشویی این قشر آسیب پذیر صورت گرفته است. بنابراین به نظر می‌رسد که به واسطه آگاهی و اطلاعات در خصوص جنبه‌های روان شناختی ناباروری می‌توان گام بسیار مؤثری در راه شناخت منابع فشار زا، وضعیت سلامتی روانی و شناسایی مشکلات روان شناختی افراد نابارور برداشت و در ارائه خدمات بالینی و بهداشتی به متخصصین کمک نمود. از طرفی با توجه به مشکلاتی که زنان نابارور با آن مواجه هستند بنابراین هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد بر بهزیستی روانشناختی زوجین نابارور می باشد. برای رسیدن به این هدف پژوهش حاضر در پی پاسخ دادن به دو پرسش اساسی است که فرضیه‌های پژوهش را نیز تشکیل می‌دهد.

۱. آیا بین اثربخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد در بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود دارد؟
۲. آیا بین اثر بخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد در بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

مطالعه حاضر از نظر هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی و از نظر روش‌شناسی جزء طرح‌های نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس از آزمون با دو گروه آزمایشی (ساختاری مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد) و یک گروه کنترل می‌باشد. متغیر وابسته، بهزیستی روانشناسی و ابعاد آن است.

جامعه آماری و نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش را تمامی زوجین نابارور که در سال ۹۸-۱۳۹۷ به مرکز ناباروری بیمارستان بعثت شهر سمنان مراجعه کرده بودند، تشکیل داده است. برای انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۹۰ نفر آزمودنی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و در سه گروه گمارش شدند. برای انتخاب افراد از مصاحبه نیمه

جدول ۱. خلاصه پروتکل زوج درمانی ساختاری مینوچین

محتوا	اهداف	تکلیف
جلسه اول	معارفه و ایجاد یک رابطه دوستانه - بیان اهداف جلسات، روش درمانی، مفهوم تعارضات و دلزدگی زناشویی	به افراد تکلیف داده می‌شود در یک برگه تعارضات عمده خود را نوشته و انتظارات خود را از جلسات بیان کنند.
جلسه دوم	بررسی تکالیف جلسات قبل - تعریف ارتباط وزیر منظومه های خانوادگی، و در نهایت وضعیت غالب خانواده مورد بررسی قرار می‌گیرد.	به اعضا تکلیف داده خواهد شد که مهارتهای ارتباطی را تمرین و نتایج تمرین‌ها را یادداشت کنند.
جلسه سوم	بدریافت بازخورد از جلسات قبل شروع و سپس فنون خانواده درمانی همانند الحاق، تقلید و بازگویی آموزش داده خواهد شد و تمرین لازم صورت خواهد گرفت.	به افراد تکلیف داده می‌شود تا از اثرات فنون خانواده درمانی در بهبود زندگی روز مره خود یادداشت برداری کنند.
جلسه چهارم	بامرور تکلیف جلسه قبل و دادن بازخورد توسط اعضا شروع، سپس در مورد الگوهای مراوده ای رایج و مثلث های موجود حول مشکلات خانواده بحث خواهد شد.	به افراد تکلیف داده خواهد شد تا انتظارات خود را از همسرشان بنویسند و در جلسه مطرح کنند و مواردی که از نظر آنان باعث همکاری بیشتر هر یک از زوجین می‌شود به عنوان راهکار به دیگران بیان کنند.
جلسه پنجم	بازسازی و تغییر خانواده، این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل شروع و راهکارهای بازسازی و تغییر خانواده مورد بررسی قرار می‌گیرد.	به افراد تکلیف داده می‌شود تا دو مورد از مواردی که باعث واکنش می‌شود را نوشته و در جلسه بیان کنند.
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل - نحوه ارتباط هر یک از اعضا با میزان ارتباط هر کدام از آنها با همسرشان در مقابله رابطه با اعضای خانواده خود مورد بررسی و آموزش قرار می‌گیرد.	به افراد تکلیف داده می‌شود تا چند مورد از تجارب خود را که باعث نزدیک تر شدن آنان با خانواده اصلی شان شده و باعث دوری آنان از همسرشان شده است را نوشته و در جلسه بعد بیان کنند.
جلسه هفتم	بررسی تکالیف - رابطه خانوادگی با خویشاوندان و دوستان مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.	به افراد تکلیف داده می‌شود تا چند مورد از راهکارهای که باعث متعادل ساختن رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و داشتن رابطه مناسب با دوستان می‌شود بنویسند.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف - با توجه به اینکه اختلافات زناشویی بر سر اختلاف های جنسی، بیشتر در مورد زنان و کیفیت رابطه می‌باشد به اعضا آموزش های داده می‌شود	به افراد تکلیف داده خواهد شد تا درباره زمان و کیفیت رابطه جنسی با همسرشان بحث نمایند و به توافق برسند و به توافق خود عمل نمایند.
جلسه نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل - در مورد حفظ زیر منظومه های زن و شوهری با مرزهای زیر منظومه فرزندان بحث خواهد شد.	به افراد تکلیف داده خواهد شد تا دو مورد از مواردی که منجر به جلب حمایت فرزند یا فرزندان می‌گردد بنویسند و در جلسه بعد بیان کنند.
جلسه دهم	اجرای پس آزمون - بررسی تکالیف - بحث در مورد مدیریت صحیح مالی - بحث در مورد آشتی‌های و نگرانیها	تجارب خود را در این زمینه به بحث بگذارند و با همسرشان به توافق برسند.

جدول ۲. خلاصه پروتکل درمان تصمیم گیری مجدد

محتوا	اهداف	تکلیف
جلسه اول	معارفه و ایجاد یک رابطه دوستانه ، اجرای پیش آزمون ، بیان اصول و مقررات	تکمیل پرسشنامه، بیان مشکلات توسط زوجین
جلسه دوم	آشنایی بامعانی و ابعاد تعارض زناشویی- معایب و اثرات آن بر زوجین- بحث راجع به دلزدگی زناشویی.	مطالعه جزوه تدارک دیده شده توسط مشاور، آمادگی برای جلسات بعد
جلسه سوم	آشنایی با رویکرد تصمیم گیری مجدد، آشنایی با ساختار شخصیت یا حالات من (والد- بالغ- کودک) آشنایی اعضا با فرایند شکل گیری شخصیت از دیدگاه برن .	مطالعه جزوه تدارک دیده شده توسط مشاور، آمادگی برای جلسات بعد و رفع ابهامات .
جلسه چهارم	توضیح رویکرد تصمیم گیری مجدد و نام بردن مولفه های آن و بازدارنده ها و سوق دهنده ها، آشنایی باتصمیماتی که در نتیجه باز دارنده ها و سوق دهنده ها اتخاذ می شود.	یادداشت کردن بازدارنده ها و سوق دهنده ها که والدین از زوجین خود به یاد دارند .
جلسه پنجم	آموزش طریقه کشف نمایشنامه زندگی - آشنایی بامفهوم و انواع نوازش	مطالعه جزوه ولیست کردن نوازش هایی که در کودکی دریافت کرده اند.
جلسه ششم	توضیح در مورد عقد قرارداد- گفتگودر رابطه با مسئولیت شخصی بانک تک اعضا و بستن قرارداد با آنها	تبادل نظر در مورد عقد قرارداد، مکتوب کردن مواردی که در توقع دارند در زندگی زناشویی تغییر دهند.
جلسه هفتم	شناسایی قواعد خانوادگی و باید و نبایدها با استفاده از تکنیک های شناختی (جدال شناختی، مباحثه، پرسش های افراطی) برای درک تصمیم های اولیه	شناسایی باورهای معیوب و پیشنهاد دادن باورهای واقع گرایانه
جلسه هشتم	کار بروی تصمیم های اولیه به کمک تکنیک های گشتالت درمانی (ایفای نقش، وارونگی نقش ، سندلی خالی) برای بازسازی مجدد صحنه های که از گذشته به ذهن اعضا می رسد	کاربرد تصمیم های اولیه با استفاده از تکنیک های گشتالت درمانی ، روپروشدن با کارهای ناتمام از طریق فن سندلی خالی
جلسه نهم	به بحث گذاشتن سوالات بازنگری در تصمیمات (آیاشما میاید بعضی از تصمیم های اولیه خود را مورد بازنگری قرار دهید؟ آیا این تصمیمات هنوز برای شما مفید است و چه تصمیمات جدیدی را می خواهید اتخاذ می کنید؟	از اعضا خواسته می شود هفته ها یا روزهای رامشخص کنند و دست کم در یک محیط مانند خانه یا محل کار به گونه ای باشند و به گونه ای عمل کنند که گویی آن فرد هستند.
جلسه دهم	برگزاری پس آزمون - مصاحبه بازوجین مشارکت کننده و طرح مبنی بر تصمیم شان در مورد ادامه زندگی	صحبت در مورد تغییراتی که در طی درمان در آنها ایجاد شده است.

یافته های پژوهش

جدول ۳. نتایج توصیفی گروه آزمایش و کنترل

گروه	میانگین سن	میانگین مدت ازدواج	میانگین مدت ناباروری
ساختاری	۲۸/۰۸	۵/۲۵	۳/۵۸
تصمیم گیری مجدد	۲۸/۹۱	۵/۴۱	۴/۲۵
کنترل	۳۳/۵۸	۷	۵/۰۸

سوال ۱ پژوهش: آیا بین اثربخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم گیری مجدد در بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود دارد؟

برای تحلیل آماری داده های مربوط به این سوال از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. در این تحلیل میانگین پس آزمون گروه

ساختاری مینوچین با میانگین گروه کنترل مقایسه شده و نمره های پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی به کار گرفته شدند. البته رعایت شرط همگنی شیب های رگرسیون لازم می باشد که نتایج آن در نیز گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی همگنی شیب رگرسیون در پیش آزمون بهزیستی روانشناختی

منبع شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری
گروه	۵۳۴۹/۴۷۷	۲	۲۶۷۴/۷۳۹	۸/۳۹۶	۰/۰۰۱
پیش آزمون بهزیستی روانشناختی	۷۴۲/۲۴۶	۱	۷۴۲/۲۴۶	۲/۳۳۰	۰/۱۳۷
گروه × پیش آزمون	۱۳۶۷/۷۱۱	۲	۶۸۳/۸۵۵	۲/۱۴۷	۰/۱۳۴
خطا	۹۵۵۶/۷۷۳	۳۰	۳۱۸/۵۵۹		
کل	۴۰۶۸۲۳۲	۳۶			

همچنین در جدول زیر نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیر وابسته آمده است.

همان‌طور که در جدول (۴) آمده است تعامل بین گروه و پیش آزمون بهزیستی روانشناختی معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند ($P=0/134$) و ($F=2/147$).

جدول ۵. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیر بهزیستی روانشناختی

لوین	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
بهزیستی روانشناختی	۱/۳۱۶	۲	۳۳	۰/۱۹۹

واریانس‌ها رعایت شده است و می‌توان از آزمون کوواریانس استفاده کرد.

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری بین واریانس گروه‌ها وجود ندارد ($P>0/05$)، بنابراین فرض همگنی

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت پس آزمون بهزیستی روانشناختی بین سه گروه

منبع شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پس آزمون بهزیستی روانشناختی	۳۶۱۷/۳۵۰	۱	۳۶۱۷/۳۵۰	۱۰/۵۹۶	۰/۰۰۳	۰/۲۴۹
گروه	۲۴۲۲۶۶/۳۹۳	۲	۱۲۱۱۳۳/۱۹۶	۳۵۴/۸۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵۷
خطا	۱۰۹۲۴/۴۸۳	۳۲	۳۴۱/۳۲۶			
کل	۴۰۶۸۲۳۲	۳۶				

ساختاری مینوچین و زوج درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد و گروه کنترل در بهبود بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد. در ضمن میانگین و انحراف معیار تعدیل شده بهزیستی روانشناختی سه گروه ساختاری مینوچین، تصمیم‌گیری مجدد و کنترل در جدول (۷) نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول (۶) آمده است پس از تعدیل نمرات پیش آزمون بهزیستی روانشناختی، بین اثر سه گروه ساختاری مینوچین، تصمیم‌گیری مجدد و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارند ($Sig = 0/001$) و ($F_{(2, 32)} = 354/823$)، بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین سه گروه رد شده و نتیجه گرفته می‌شود که بین اثربخشی زوج درمانی

جدول ۷. میانگین و خطای معیار تعدیل شده بهزیستی روانشناختی بین گروه‌ها

گروه	میانگین	خطای معیار تعدیل شده
ساختاری مینوچین	۴۲۳/۹۳	۵/۶۴
تصمیم‌گیری مجدد	۳۳۹/۲۷	۵/۳۲
کنترل	۲۱۱/۷۹	۵/۴۵

همچنین در جدول ۸ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیر بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه‌های ساختاری مینوچین، تصمیم‌گیری مجدد و کنترل آمده است.

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه متغیر بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه‌های ساختاری مینوچین، تصمیم‌گیری مجدد و کنترل

گروه	اختلاف میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
ساختاری مینوچین	۸۴/۶۶*	۷/۹۶	۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری مجدد	۲۱۲/۱۴*	۸/۰۹	۰/۰۰۱
کنترل	۱۲۷/۴۸*	۷/۵۵	۰/۰۰۱

* $P < 0.05$

سوال ۲ پژوهش: آیا بین اثر بخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد در بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود دارد؟

برای تحلیل آماری داده‌های مربوط به این سوال از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. در این تحلیل میانگین پس آزمون گروه آزمایشی با میانگین گروه کنترل مقایسه شده و نمره‌های پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی به کار گرفته شدند. البته رعایت شرط آزمون ام باکس، لون و لامبدای ویلکز لازم می‌باشد که نتایج آن در ادامه گزارش شده است. در جدول (۹) اطلاعات مربوط به میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در سه گروه آمده است.

بررسی میانگین‌ها در جدول (۸) نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی در پیش آزمون با پس آزمون معنادار است. تفاوت بین میانگین‌های زوج درمانی ساختاری مینوچین با زوج درمانی تصمیم‌گیری مجدد در سطح ($P < 0.01$) و بین زوج درمانی تصمیم‌گیری مجدد و کنترل در سطح ($P < 0.01$) و بین میانگین‌های گروه زوج درمانی ساختاری مینوچین و کنترل معنادار شده است ($P < 0.01$). نتایج به طور کلی نشان دهنده اثربخشی بیشتر زوج درمانی به روش ساختاری مینوچین نسبت زوج درمانی تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش بهزیستی روانشناختی است.

جدول ۹. میانگین و انحراف استاندارد مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در ۳ گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
خودمختاری	ساختاری مینوچین	۷۰/۲۷	۲/۲۵
	تصمیم‌گیری مجدد	۵۷/۸۳	۳/۱۸
	کنترل	۳۸/۶۷	۶/۲۴
تسلط بر محیط	ساختاری مینوچین	۶۹/۲۷	۲/۲۶
	تصمیم‌گیری مجدد	۵۵/۳۳	۴/۱۶
	کنترل	۳۴/۱۷	۴/۷۴
رشد فردی	ساختاری مینوچین	۶۹/۷۲	۱/۷۹
	تصمیم‌گیری مجدد	۵۴/۵۸	۵/۳۳
	کنترل	۳۶	۴/۹۳
روابط مثبت با دیگران	ساختاری مینوچین	۷۰/۲۷	۲/۹۳
	تصمیم‌گیری مجدد	۵۷/۹۲	۳/۸۹
	کنترل	۳۶/۰۸	۴/۱۹
زندگی هدفمند	ساختاری مینوچین	۶۹/۲۷	۳/۱۰
	تصمیم‌گیری مجدد	۵۹/۲۵	۳/۷۹
	کنترل	۳۵/۹۲	۳/۶۵
پذیرش خود	ساختاری مینوچین	۶۹/۱۲	۲/۴۴
	تصمیم‌گیری مجدد	۵۶/۶۷	۳/۴۴
	کنترل	۳۴/۵۸	۴/۲۱

جهت رعایت پیش فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام باکس و لوین بررسی شده است که جداول زیر آمده است. در جدول (۱۰) نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها، ارائه شده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس

متغیر	ام باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
مولفه‌های بهزیستی روانشناختی	۱۱/۵۳۰	۱/۸۶۲	۴۲	۲۹۹۴/۵۵۳	۰/۲۱۵

همان‌گونه که در جدول (۱۰) نشان داده شده، مقدار F به‌دست آمده برای متغیر مولفه‌های بهزیستی روانشناختی با درجات آزادی (۴۲ و ۲۹۹۴/۵۵) در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، و زمانی فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس در آزمون ام باکس رد می‌شود که مقدار F به‌دست آمده برای متغیرها، در سطح ۰/۰۱ معنادار باشد. بنابراین در آزمون حاضر تأیید می‌شود. از آنجایی که آزمون ام باکس معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. در جدول (۱۱) نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا در پیش آزمون آمده است.

جدول ۱۱. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌ها

مولفه	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
خودمختاری	۱/۶۶۰	۲	۳۲	۰/۲۰۶
تسلط بر محیط	۰/۵۵۲	۲	۳۲	۰/۵۲۵
رشد شخصی	۳/۲۶۶	۲	۳۲	۰/۰۵۹
روابط مثبت	۰/۲۵۶	۲	۳۲	۰/۴۵۱
زندگی هدفمند	۱/۴۰۲	۲	۳۲	۰/۲۶۱
پذیرش	۱/۵۳۲	۲	۳۲	۰/۲۳۲

با توجه به نتایج جدول (۱۱)، مقادیر F به‌دست آمده برای ابعاد مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در پس آزمون با درجات آزادی (۲ و ۳۲) معنادار نیست ($P > 0.05$). عدم معناداری در آزمون لوین نشان دهد که، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است. در نتیجه تفاوت معناداری بین واریانس خطای گروه‌ها وجود ندارد و بنابراین فرض همگنی واریانس‌های خطا رعایت شده است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد. با توجه به این که پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره رعایت شده است.

جدول ۱۲. آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تأثیر گروه

متغیر	ارزش F	درجه آزادی سوال	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
مولفه‌های بهزیستی روانشناختی	۰/۰۱۶	۱۲	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵

همان‌طور که نتایج جدول (۱۲) نشان می‌دهد تأثیر گروه در ابعاد مولفه‌های بهزیستی روانشناختی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد. بنابراین نتایج حاکی از آن است که حداقل بین یکی از مولفه‌های

جدول ۱۳. تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه پیش آزمون و پس آزمون در سه گروه

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معناداری	مجزورات
خودمختاری	اثر	۵۴۲۶/۶۱۲	۲	۲۷۴۵/۳۰۶	۳۳۸/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶۳
	خطا	۲۱۰/۶۲۷	۲۶	۸/۱۰۱			
تسلط بر محیط	اثر	۵۸۲۷/۵۶۶	۲	۲۹۱۳/۷۸۳	۲۲۹/۱۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
	خطا	۳۳۰/۶۰۹	۲۶	۱۲/۷۱۶			
رشد شخصی	اثر	۵۷۴۰/۳۳۴	۲	۲۸۷۰/۱۶۷	۱۸۷/۹۸۰	۰/۰۰۵	۰/۹۳۵
	خطا	۳۹۶/۹۸۰	۲۶	۱۵/۲۶۸			
روابط مثبت	اثر	۶۰۶۰/۹۶۶	۲	۳۰۳۰/۴۸۳	۳۰۳/۷۶۳	۰/۰۰۵	۰/۹۵۹
	خطا	۲۵۹/۳۸۸	۲۶	۹/۹۷۶			
زندگی هدفمند	اثر	۵۷۷۶/۰۲۳	۲	۲۸۸۸/۰۱۲	۵۰/۲۶۰	۰/۰۰۵	۰/۷۹۵
	خطا	۱۴۹۳/۹۸۴	۲۶	۵۷/۴۶۱			
پذیرش	اثر	۵۵۲۰/۸۳۱	۲	۲۷۶۰/۴۱۶	۳۲۳/۱۵۶	۰/۰۰۵	۰/۹۶۱
	خطا	۲۲۲/۰۹۳	۲۶	۸/۵۴۲			

همان گونه که در جدول ۱۳ آمده در مولفه خودمختاری (همانگونه که در جدول ۱۳ آمده در مولفه خودمختاری) $(F(2,26)=338/884)$ و پذیرش $(F(2,26)=323/156)$ در سطح $0/001$ بین سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$).
 تسلط بر محیط $(F(2,26)=229/148)$ و رشد شخصی $(F(2,26)=187/980)$ ، روابط مثبت $(F(2,26)=303/763)$ و زندگی هدفمند $(F(2,26)=50/260)$ در سطح $0/005$ تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/01$).

جدول ۱۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه ابعاد بهزیستی روانشناختی

عامل	عامل	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودمختاری	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۱۵/۱۳۷*	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۴/۸۳۱*	۱/۳۵۰	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۱۹/۶۹۳*	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۵/۸۶۰*	۱/۶۰۵	۰/۰۰۱
رشد شخصی	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۲۰/۴۱۳*	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۷/۳۹۱*	۱/۷۵۹	۰/۰۰۱
روابط مثبت	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۳۵/۸۴۹*	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۸/۴۵۹*	۱/۶۷۹	۰/۰۰۱
زندگی هدفمند	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۱۴/۰۶۸*	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۶/۲۴۷*	۱/۴۲۲	۰/۰۰۱
پذیرش	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۲۲/۱۷۸*	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۳/۵۵۹*	۳/۴۱۲	۰/۰۰۱
خودمختاری	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۳۵/۳۴۶*	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۷۸۶*	۳/۲۵۶	۰/۰۰۱
تسلط بر محیط	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۱۳/۲۶۱*	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۴/۵۵۷*	۰/۳۸۵	۰/۰۰۱
رشد شخصی	مینوچین	تصمیم گیری مجدد	۲۱/۲۹۶*	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۲۹۶*	۱/۲۵۶	۰/۰۰۱

وقتی که تعدیل بنفرونی برای تعداد مقایسه‌ها انجام گرفت، نتایج نشان داد که بین مولفه‌های بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی میانگینها در جدول ۱۴ نشان می‌دهد که بین خودمختاری در

گروه مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد در سطح $(P < 0/01)$ ، گروه مینوچین و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ و همچنین بین گروه تصمیم‌گیری مجدد و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ تفاوت معنادار وجود

داشت. نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین خودمختاری گروه مینوچین بیشتر از گروه تصمیم‌گیری مجدد و گروه کنترل است.

بین تسلط بر محیط در گروه مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد در سطح $(P < 0/01)$ ، گروه مینوچین و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ و همچنین بین گروه تصمیم‌گیری مجدد و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین تسلط بر محیط گروه مینوچین بیشتر از گروه تصمیم‌گیری مجدد و گروه کنترل است.

بین رشد شخصی در گروه مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد در سطح $(P < 0/01)$ ، گروه مینوچین و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ و همچنین بین گروه تصمیم‌گیری مجدد و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین رشد شخصی گروه مینوچین بیشتر از گروه تصمیم‌گیری مجدد و گروه کنترل است.

بین روابط مثبت در گروه مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد در سطح $(P < 0/01)$ ، گروه مینوچین و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ و همچنین بین گروه تصمیم‌گیری مجدد و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین روابط مثبت گروه مینوچین بیشتر از گروه تصمیم‌گیری مجدد و گروه کنترل است.

بین زندگی هدفمند در گروه مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد در سطح $(P < 0/01)$ ، گروه مینوچین و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ و همچنین بین گروه تصمیم‌گیری مجدد و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین زندگی هدفمند گروه مینوچین بیشتر از گروه تصمیم‌گیری مجدد و گروه کنترل است.

بین پذیرش در گروه مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد در سطح $(P < 0/01)$ ، گروه مینوچین و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ و همچنین بین گروه تصمیم‌گیری مجدد و کنترل در سطح $(P < 0/01)$ تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین پذیرش گروه مینوچین بیشتر از گروه تصمیم‌گیری مجدد و همچنین گروه کنترل است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور مقایسه اثربخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی تصمیم‌گیری مجدد در بهزیستی روانشناختی زوجین ناباور انجام شد. سوال اول پژوهش: آیا بین اثربخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد در بهبود بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود دارد؟ نتایج به طور کلی نشان دهنده اثربخشی بیشتر زوج درمانی به روش ساختاری مینوچین نسبت زوج درمانی تصمیم‌گیری مجدد بر افزایش بهزیستی روانشناختی است. نتایج این یافته با پژوهش (۱۴ و ۱۵) همسو بود. باتوجه به اینکه هر دو رویکرد به زوجین کمک می‌کند تا تعامل و ارتباط مطلوبی داشته باشند و در روابط خود احساس نزدیکی و صمیمیت بکنند، بنابراین احساس تعلق و عشق

در کاهش ضعف و خستگی جسمی و عاطفی روانی تاثیر گذار بوده است. زوج درمانی ساختاری و تصمیم‌گیری مجدد فضایی را ایجاد می‌کند که اعضا از طریق نقش‌های ویژه بهم مرتبط شوند و تاکید به خانواده بعنوان یک کل و تعاملات بین زیر منظومه‌های آن است و مداخلات از طریق کمک به افراد در شناخت نقش خود و آگاهی از مسئولیت‌پذیری و هدایت زندگی است. این یافته‌ها هماهنگ با یافته‌های (۲۱) است.

رویکرد ساختاری به زوجین کمک می‌کند که با شناخت ساخت خانواده خود، با عملکرد پنهان خانواده خود آشنا شوند. به تعبیری، ساخت خانواده مجموعه نامرئی از ویژه نقش‌ها است که اعضای خانواده از آن طریق به یکدیگر مرتبط می‌شوند. با توجه به این مسئله که ساخت روی خانواده اثر بهتر یا بدتر می‌گذارد و خانواده‌هایی که ساخت مناسب و باز دارند با سرعت بیشتری بهبود می‌یابند و در مقایسه با خانواده‌های فاقد چنین آرایشی در دراز مدت عملکرد بهتری دارند. با توجه به نقاط قوت زوج درمانی ساختاری نسبت به زوج درمانی تصمیم‌گیری مجدد که به آنها اشاره کردیم زوج درمانی ساختاری در بهبود بهزیستی روانشناختی زوجین نسبت به زوج درمانی تصمیم‌گیری مجدد تاثیر بیشتری داشته است. در تبیین بیشتر این یافته‌ها می‌توان به این امر اشاره کرد که زوج درمانی ساختاری و تصمیم‌گیری مجدد با ایجاد ساختارهای، مواردی که اعضا در درونشان نهفته است باهمسر خود در میان بگذارند و احساساتشان درباره زندگی، آینده، ترس‌ها، نگرانی‌ها و تجارب دردناکی که در تنهایی به ندرت می‌توانند بر آن‌ها فایز آیند، آشکار سازند. پژوهش‌های دیگر نیز به روشنی نشان دادند که تصحیح روابط زوجین می‌تواند باعث کاهش از پافتادگی جسمی، عاطفی و روانی گردیده و دلزدگی زناشویی را کاهش دهد همچنین می‌تواند زندگی زناشویی را با چالش‌های بسیاری مواجه نماید که مشاجرات زوجین، نزاع‌های خانوادگی و خشونت‌های خانگی ناشی از همین عدم احساس رضایتمندی و خستگی از زندگی زناشویی باشد. زوج درمانگران ضمن ایجاد احساس مثبت در بین اعضا و بهبود کارکردهای خانواده و ایجاد صمیمت زوجین رضایتمندی را افزایش داده که همین امر باعث کاهش دلزدگی زناشویی گردیده است. روشن و منعطف در خانواده باعث شوند که زوجین دامنه اختیارات و وظایف خود را بشناسند، آزادانه از حقوق خود دفاع کنند، به راحتی به زیر منظومه‌های دیگر خانواده دسترسی داشته باشند و با هم به بیان احساسات بپردازند و با کمک و همدلی و حمایت یکدیگر بهره‌مند شوند. سوال دوم پژوهش: آیا بین اثربخشی زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم‌گیری مجدد در کاهش بهزیستی روانشناختی تفاوت وجود دارد؟ با توجه به یافته‌های بدست آمده بین خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت، زندگی هدفمند، پذیرش در گروه مینوچین و تصمیم‌گیری مجدد تفاوت معنادار وجود داشت. نتایج آمار توصیفی نشان می‌دهد که میانگین خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت، زندگی هدفمند و پذیرش گروه مینوچین بیشتر از گروه تصمیم‌گیری مجدد و گروه کنترل است. نتایج این پژوهش با پژوهش (۲۲ و ۲۳) همسو بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در زوج درمانی ساختاری تاکید روی خانواده به عنوان یک کل و همچنین تعاملات بین زیر منظومه‌های

می کند تا کنترل زندگی خود را بعنوان عضوی ارزشمند تاثیر گذار در اختیار بگیرند و فرد را به سمتی پیش می برد تا بتواند یک جهان بینی جامع برای خود اتخاذ کند که شامل مجموعه ای از ارزشها مربوط به اعضای خانواده می باشد. مجموعه این عوامل زندگی فرد را معنادار ساخته و سلامت روان او را بهبود می بخشد. احساس رضایتمندی در زندگی را ایجاد می نماید که این احساس با کاهش دلزدگی زناشویی و ارتقای سلامت روان در ارتباط است.

در این کار پژوهشی، با توجه به خصوصیات این رویکرد و تاثیری که بر روی ساخت خانواده داشته است (از طریق بررسی مرزبندیها و زیرمنظومهها و ...). از طرفی اثربخشی درمان تصمیم گیری مجدد را می توان این گونه تبیین نمود که این درمان سعی در افزایش آگاهی و بینش مراجع از سد شدن احساسات و عدم برون ریزی آنها به شکل صحیح و کارآمد دارد. افراد روابط خود را در بزرگسالی براساس تصمیماتی که در کودکی با افراد نزدیک خود در نتیجه دستورات و بازدارنده ها، اتخاذ کرده اند؛ سازمان دهی می کنند. تصمیماتی که در کودکی کاربرد داشتند و در بزرگسالی مفید نیستند. بنابراین مراجعان با آگاهی یافتن از دلیل رفتارها و سبکهای ارتباطی ناکارآمد خود و تجربه اتفاقات دوران کودکی در جلسه درمان یاد می گیرند که در مواقع لازم و به شکلی صحیح احساسات خود را بروز دهند. این باعث بهبود تعارضات زناشویی گردید. سبب شده است که بهزیستی روانشناختی زوجین، افزایش پیدا کنند و نتایج حاکی از این باشد که زوج درمانی ساختاری اثر معناداری نسبت به زوج درمانی تصمیم گیری مجدد در رابطه با بهزیستی روانشناختی داشته است. هر پژوهشی با محدودیتها و چالشهایی مواجه است که اشاره به آنها علاوه بر آگاهی مخاطب از مشکلات اجراء این پژوهش موجب کمک به پژوهشگران بعدی می شود تا این نواقص را در طرح تحقیق خود مدنظر قرار دهند.

- یکی از محدودیتهای اصلی پژوهش حاضر این بود که به دلیل اختلافات زناشویی و عدم همکاری زوجین با یکدیگر، هماهنگ کردن زمان جلسات آموزشی بسیار مشکل بود.

- با توجه به نو بودن پژوهش و کمبود و عدم دسترسی کافی به پژوهشهای داخلی و خارجی در زمینه زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی تصمیم گیری مجدد دسترسی به منابع اطلاعاتی در مورد این رویکرد با مشکل مواجه شدیم.

- همچنین این نتایج تنها مرتبط با نمونه کوچکی بوده است، لذا تصمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در مطالعه حاضر فرمهای رضایت نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنیها تکمیل شد.

حامی مالی

هزینه های مطالعه حاضر توسط نویسندگان مقاله تامین شد.

اعضای خانواده است. بعضی خانوادههای ناسازگار به ائتلافها دست می زنند. ائتلاف، اتحادی بین اعضای خاصی از خانواده علیه عضو سوم است. ائتلاف محکم، اتحادی ثابت و غیر قابل انعطاف است که جز غالب عملکرد روزمره خانواده می شود. یک ائتلاف بیراهه رو ائتلافی است که در آن دو نفر عضو سوم خانواده را مسئول مشکلات و تعارضات- هاشان با یکدیگر می دانند، بنابراین فشار را از روی خود یا روابطشان کاهش می دهند. علاوه بر آن، تز اصلی نظریه ساختی این است که نشانه های مرضی شخص هنگامی بهتر درک می شوند که در بافت الگوهای مرادده ای خانواده ریشه یابی شوند. خانواده به عنوان مراجع دیده می شود. امید است که از طریق ساختار سازی یا بازسازی سیستم، همه اعضای خانواده و خود خانواده قوی تر شود. از این دیدگاه خانوادهها به عنوان سیستمهای زنده مفهوم سازی می شوند. آنها در محیط مادام التغییری عمل می کنند که ارتباط و باز خورد در آن مهم است. در نتیجه، تغییر پایدار به تغییر تعادل و اتحادهای موجود در خانواده بستگی دارد به طوری که روشهای جدید تعامل به واقعات تبدیل می شود. همچنین زیرمنظومهها جنبه های مهم این نظریه هستند. زیرمنظومهها واحدهای کوچکتر سیستم خانواده به عنوان یک کل هستند. آنها وجود دارند تا وظایف متعدد خانوادگی را انجام دهند. بدون زیر منظومهها کل سیستم خانواده کارکرد نخواهد داشت. آنها توسط مرزها و قوانین مربوط به آنها به بهترین وجه تعریف می شوند. زیرمنظومهها هنگامی تشکیل می شوند که اعضای خانواده به یکدیگر می پیوندند تا ویژه نقش یا وظایف متعددی را انجام دهند. بعضی از این ویژه نقشها موقتی هستند از قبیل رنگ کردن یک اتاق. سایر وظایف دائمی تر هستند از قبیل وظایف والدینی در قبال بچه. رویکرد ساختاری از طریق بازتعریف و تجدید نظر در این زیرمنظومهها، سعی در حل مشکلات دارد. بنابراین، جهت رفع مشکلات زوجین و خانواده، فهم این زیر منظومهها و یا همان مفهوم مرزها برای یک درمانگر از اهمیت بالایی برخوردار است. زوج درمانی ساختاری با تغییر ساختار مشکلزاه، تغییرات متنوعی را در ساخت خانواده ایجاد می کند. و جهت اطمینان از گزارش، کافی است که شرایط گروه به وسیله متغیرهای متفاوت سنجیده شود. رویکرد سیستمی-ساختاری، رویکرد مناسبی برای درمانگران تازه کار است. درمانگران می توانند با استفاده از این رویکرد در مواقع مقتضی پاسخهای مناسب به گروه و زوجین ارائه دهند و فرایند جلسه را اداره کنند. بنابراین به طور کلی می توان گفت که: خانواده یکی از ارکان اصلی جامعه به شمار می رود. دستیابی به جامعه سالم در گروه سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم در گروه روابط بین زوجین و توانمندیهای آنان برای مواجهه با شرایط دشوار زندگی است. زوج درمانی ساختاری و زوج درمانی به شیوه تصمیم گیری مجدد زمینه ساز بهبود دلزدگی زناشویی گردید. یکی از طریقی که به واسطه آن شرکت کنندگان درزوج درمانی بهبود سلامت روان را نشان می دهند ایجاد ساختارهای جدید، مرزبندی، بررسی ارتباط اعضا، کمک به تصحیح روابط معیوب، آشنایی با بازدارنده ها و سوق دهنده ها، آشنایی با مسئولیتهای مهم و ایفای نقش می باشد. و شرکت در جلسات زوج درمانی به اعضا کارکردهای جدید از خانواده ارائه می دهد که شامل مسئولیت پذیری و معنای جدید برای زندگی کردن است و به واسطه دستیابی به این مهم زندگی آن ها را هدفمند می سازد. آن ها را ترغیب

226. [DOI: 10.1111/j.1741-3729.2008.00495.x]
6. [6] Nilforooshan, P., Ahmadi, A., Abedi, M. R., & Ahmadi, M. (2006). Studying the effect of cognitive-behavioral counseling based on interacting cognitive subsystems on depression of infertile couples. *Middle East Fertility Society Journal*, 11(1), 43-47. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=73168>
7. [7] Elsenbruch, S., Hann, S., Kowalsky, D., Offner, A. (2007). Quality of life, Psychological well-being and sexual satisfaction in women with polycystic Ovary syndrome, *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 88(12), 5801-5807. [DOI: 10.1210/jc.2003-030562]
8. [8] 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. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-324-fa.html>
9. [9] Abhar Zanjani F, Khajeh-Mirza V, Seyyedi M, Shahabizadeh F, Dastjerdi R, Bahreinian A. (2015). Assessment on relationship beliefs and marital burnout among fertile and infertile couples. *J Fundament Ment Health*;17(2):81-6. [Persian]. [DOI: 10.22038/JFMH.2015.4036]
10. [10] Najafi M, Soleimani AA, Ahmadi K, Javidi N, Kamkar EH. (2015). The effectiveness of emotionally focused therapy on enhancing marital adjustment and quality of life among infertile couples with marital conflicts. *Int J Fertil Steril*;9(2):238-46. [DOI: 10.22074/ijfs.2015.4245]
11. [11] Dargahi F, Mohsenzade K, Zahrakar (2015). The Effect of Positive Thinking Training on Psychological Well-being and Perceived Quality of Marital Relationship on Infertile Women Vol. 1, No. 3, Autumn 2015 /5. [Persian]. https://pppls.ui.ac.ir/article_20708_en.html
12. [12] Gillanders DT, Sinclair AK, MacLean M, Jardine K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-

مشارکت نویسندگان

طراحی و ایده پردازی: شاهرخ محمدی، امید مرادی، عبدالله شفیق آبادی؛ حمزه احمدیان روش شناسی و تحلیل داده ها: شاهرخ محمدی نظارت و نگارش نهایی: امید مرادی

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

تقدیر و تشکر

از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله مستخرج از پایان نامه دانشجویی در مقطع دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنجن می باشد و دارای کد اخلاق به شناسه IR.MUK.REC.1397.5007 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان می باشد.

References

- [1] Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M (2010). Taheripanah R. Life experience with infertility; a phenomenological study. *J Reprod Infertil*;10(4):287-97. [Persian]. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=98662>
- [2] 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. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=64652>
- [3] Sayadi M, Shahhosseini tazik S, Madani Y, Gholamali lavasani M. (2017). Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Marital Commitment and Couple Burnout in Infertile Couples. *J Educ Community Health*; 4 (3) :26-37. <http://jech.umsha.ac.ir/article-1-307-fa.html>
- [4] Quattrini, F., Ciccarone, M., Tatoni, F., & Vittori, G. (2010). Psychological and sexological assessment of the infertile couple. *Sexologies*, 19(1), 15-19. [DOI: 10.1016/j.sexol.2009.06.008]
- [5] 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-

18. [18] Ryff, C.D., Singer, B.H., & Love, G.D. (1998). "Positive health: Connecting well-being with biology." *Philosophical transactions of the royal society of London*. 359, 1383- 1394. [DOI: 10.1098/rstb.2004.1521]
19. [19] Ryan. R.M. & Deci, E.L., (2001). "On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being." *Annual Review of Psychology*. 52, 141-166. [DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.141]
20. [20] Kazemi. N. Et al (2020). The effectiveness of self compassion training program on psychological well-being and rumination of the mothers of children with special learning disabilities. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*,9(1). <http://frooyesh.ir/article-1-1480-fa.html>
21. [21] Greenberg LS. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *person-centered & experiential psychotherapies*; 16(2): 106-17. [DOI: 10.1080/14779757.2017.1330702]
22. [22] BaderA, PearsonP. (2011). Applying redecisiontherapy to couple's work. *Transactional Anal J*. 2011; 41(1):69-76. [DOI: 10.1177%2F036215371104100109]
23. [23] Denton, W. H., Wittenborn, A. K., & Golden, R. N. (2012). Augmenting antidepressant medication treatment of depressed women with emotionally focused therapy for couples: A randomized pilot study. *Journal of marital and family therapy*, 38, 23-38. [DOI: 10.1111/j.1752-0606.2012.00291.x]
13. [13] Graham CD, Gouick J, Krahe C, Gillanders D. (2016). A systematic review of the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in chronic disease and long-term conditions. *Clinical Psychology Review*. Jun 1; 46:46-58. [DOI: 10.1016/j.cpr.2016.04.009]
14. [14] Banker, J. E., Kaestle, C. E., & Allen, K. R. (2010). Dating is hard work: A narrative approach to understanding sexual and romantic relationships in young adulthood. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 32(2), 173-191. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10591-009-9111-9>
15. [15] Bustan, E. (2007). Investigating the effectiveness of group couple therapy by teaching re-decision-making approaches and narrative therapy on increasing marital satisfaction in student marriages. M.A. Thesis of Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Tehran. (Persian). <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=77188>
16. [16] Martin J, Yi Y, Alberola T, Rodríguez-Iglesias B, Jiménez-Almazán J, Li Q, Du H, Alama P, Ruiz A, Bosch E, Garrido N. (2015). Comprehensive carrier genetic test using next-generation deoxyribonucleic acid sequencing in infertile couples wishing to conceive through assisted reproductive technology. *Fertility and sterility*. Nov 1;104(5):1286-93. [DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.07.1166]
17. [17] Simister HD, Tkachuk GA, Shay BL, Vincent N, Pear JJ, Skrabek RQ. (2018). Randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy for fibromyalgia. *The Journal of Pain*. 1;19(7):741-53. [DOI: 10.1016/j.jpain.2018.02.004]