

اثربخشی طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی در زوجین نابارور

حسین چارستاد^۱، رحمت اله عظیمی^۲، مریم موسوی نیک^۳

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه، ایران
^۲ مدرس گروه روان‌شناسی موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه، ایران (نویسنده مسئول)
^۳ استادیار موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی حکیم ناصر خسرو ساوه، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و خود تنظیمی هیجانی در زوجین نابارور بود. این پژوهش در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایشی و گواه اجرا شد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زوجین نابارور ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ را تشکیل دادند و حجم نمونه ۳۲ زوج از مراجعین بیمارستان صارم اکباتان تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۶ زوج) و کنترل (۱۶ زوج) جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده گردید و مداخله طرحواره درمانی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در گروه آزمایش انجام گردید. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیری (آنکوا) و مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری نشان داد طرحواره درمانی در سطح ($F=۹۲۶/۴۴۱$ ، $P < ۰/۰۱$) سرمایه روان‌شناختی در زوجین نابارور در مرحله پس‌آزمون اثر معناداری داشته است. بنابراین با عنایت به معنی دار شدن فرضیه این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که در این پژوهش، طرحواره درمانی توانسته است موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی در زوجین نابارور شهر تهران گردد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، سرمایه روان‌شناختی، زوجین نابارور

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه:

ناباروری به صورت عدم وقوع حاملگی در طی یک سال مقاربت بدون استفاده از روش های پیشگیری تعریف می شود. تشخیص ناباروری به عنوان یک موضوع بالینی و اجتماعی مهم تلقی می شود که هم رایج و هم از نظر درمانی مشکل به نظر می رسد. برخی محققین معتقدند که عوامل آسیب زای روانی نقش اساسی و پاتولوژیک در بروز این بیماری داشته و برخی دیگر معتقدند که این عوامل در درجه دوم اهمیت قرار دارند. آرزوی داشتن یک فرزند و نارضایتی در خصوص نداشتن آن اثرات عاطفی منفی روی شریک زندگی و پیامدهایی در روابط زوجین ایجاد می کند. طرف نابارور، چه آقا و چه خانم به طور ویژه از استرس های روانی ناشی از این مسئله رنج می برد (بویوین، ۲۰۱۵).

آنها نسبت به همسرشان از سرمایه روان شناختی پایین تر برخوردار هستند. یعنی از چهار مولفه سرمایه روان شناختی خودکارآمدی، تاب آوری، امید و خوش بینی پایین تر هستند. شیوع ناباروری در میان گروه های قومی و نژادی، تفاوت چندانی ندارد. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد حدود (۵ میلیون نفر) در سراسر دنیا نابارور هستند. براساس مطالعات دیگر حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می برند، به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می باشد. ناباروری را شاید بتوان به عنوان یکی از عمده ترین وقایع تنش زا در زندگی زوجین نابارور دانست (زمانی و همکاران، ۱۳۹۲).

طبق گزارش تحقیقات ناباروری، آمار ناباروری در ایران بیش از ۳ میلیون زوج است که بیشتر از میانگین جهانی می باشد. در ایران به نظر می رسد دلیل ناباروری زوج، در آقایان (۶۰ درصد موارد) و در خانمها (۴۰ درصد) است و البته در هر دو جنس علل مختلفی دارد. در آقایان ناباروری به عوامل ژنتیکی، محیطی، تغذیه، دخانیات، آلودگی هوا و عفونت ها بستگی دارد؛ همچنین در خانمها نیز عوامل ژنتیکی و محیطی می تواند تاثیرگذار باشد. اختلالات آناتومی از جمله دلایل ناباروری در خانمهاست؛ به این شکل که در خانمهای مبتلا به انسداد لوله های رحمی، به دلیل عدم انتقال به رحم، نازایی رخ می دهد. مشکل دیگر در جامعه ایران بالا رفتن سن بارداری است. ازدواج دیرهنگام و یا فاصله طولانی بین ازدواج و بچه دار شدن و یا فاصله بیش از حد بین فرزند اول و دوم می تواند منجر به کاهش توانایی باروری زوجین شود (سایت سلام نو پلاس، ۱۳۹۸).

سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به عنوان یک مشکل مهم بهداشت باروری مطرح کرده است. این رویداد تنش جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدتری را بر زوجین وارد می سازد. ناباروری گرچه یک بیماری نیست ولی می تواند باعث اختلالات عاطفی مهم گردد. از نظر روانشناسی ناباروری یک عامل تهدید کننده سلامتی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳). از آنجایی که ناباروری، مانع یکی از اساسی ترین فعالیت های بشری، یعنی بقاء نسل است، به عنوان یک بحران روانی و چالش فیزیکی محسوب می شود. مشکلاتی که زوجین بعد از تشخیص ناباروری با آن روبرو می شوند شامل اختلال در

عملکرد جنسی، کاهش اعتماد به نفس، اختلال در ارتباط بین زوجین، احساس تنهایی و طرد شدن، مواجهه با درمان های پر زحمت، وسواس در مورد باردار شدن، احساس افسردگی، ناتوانی، ناامیدی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا در آمدن و درهم شکستن، خشم، احساس گناه و انزوا طلبی می باشد. در واقع سرمایه روان شناختی افت محسوس می کند یعنی در زوجین خودکارآمدی، تاب آوری، امید و خوش بینی به حداقل می رسد (وود و وود، ۲۰۱۳).

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده سرمایه روان شناختی یک سازه مهم و تاثیرگذار در بهداشت روان زوجین مخصوصاً زوجین نابارور می شود. رفتارها ریشه در طرحواره های اولیه دارند. طرحواره به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب یا چهارچوب تعریف می شود. در روانشناسی و روان درمانی، طرحواره به عنوان هر اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. بسیاری از طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند، حتی اگر هیچ گونه کاربرد دیگری نداشته باشند. با این تعریف کلی، طرحواره می تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد و همچنین می تواند در اوایل زندگی یا در سیر بعدی زندگی شکل بگیرد. برخی از این طرحواره ها- به ویژه آن ها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار در دوران کودکی شکل می گیرند- ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن قرار بگیرند (یانگ، ۱۹۹۸). لذا در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا طرحواره درمانی بر سرمایه روان شناختی در زوجین نابارور موثر است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات و برنامه درمانی در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه گواه و در چهارچوب یک طرح پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه آزمایش و گواه صورت گرفت. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زوجین نابارور ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۰ می باشد. در این پژوهش ۳۲ زوج ناباوربه روش نمونه گیری دردسترس ساکن شهر تهران در صورت تمایل به همکاری در این پژوهش انتخاب گردیدند. سپس به طور تصادفی ۳۲ زوج در دو گروه آزمایش (۱۶ زوج) و کنترل (۱۶ زوج) جایگزین شدند و گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت طرحواره درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. قبل از شروع مداخله پیش آزمون و بعد از پایان مداخله نیز پس آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید.

ابزار پژوهش :

الف) پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۸): این پرسشنامه ۷۵ گویه است که ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه برطبق پنج نیاز هیجانی ارضا نشده تقسیم می‌شوند که آنها را حوزه‌های طرحواره می‌نامند. هر گویه روی پیوستار شش درجه ای (یک=به طور کامل درموردمن نادرست است، تا شش= به طور کامل مرا توصیف می‌کند) پاسخ داده می‌شود. نمره بالادر یک خرده مقیاس نشانگر طرحواره ناسازگار است. پایایی پرسشنامه طرحواره یانگ در نسخه غیر فارسی آن برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است.

ب) پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷): برای سنجش سرمایه روان‌شناختی از پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷) استفاده شد. این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی را می‌سنجد مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس‌ها نیز تایید شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای هر پرسش نمره‌های یک تا شش داده می‌شود. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۵۰۰ نفری برابر با ۰/۹۳ به دست آمد است و روایی صوری و محتوایی ۰/۸۹ این مقیاس مطلوب گزارش شده است که از نظر معیارهای روان‌سنجی مورد تایید می‌باشد. کاظمی (۱۳۹۱)، در پژوهشی میزان پایایی این پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

روش اجرا و پروتکل مداخله جلسات طرحواره درمانی: در این پژوهش از ۵۶ زوجین نابارور ساکن شهر تهران به روش نمونه گیری دردسترس با رعایت کلیه موازین و ملاحظات اخلاقی از آنها خواسته شد تا ابتدا به پرسشنامه‌های طرحواره یانگ، سرمایه روان‌شناختی لوتانز پاسخ بدهند و از میان ۵۶ زوج پاسخگو ۳۲ زوج که بیشترین نمره در طرحواره‌های ناسازگار اولیه و همچنین با نمره زیر نقطه برش پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز، انتخاب و سپس بعد از توضیحات کافی از هدف پژوهش برای مراجعین و با رعایت کلیه موازین و ملاحظات اخلاقی در صورت تمایل به همکاری در این پژوهش انتخاب گردیدند و برحسب تصادف به دو گروه آزمایش شامل ۱۶ زوج و گروه گواه شامل ۱۶ زوج تقسیم گردیدند و از آنها درخواست گردید که به پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی به عنوان پیش‌آزمون پاسخ بدهند. سپس مداخله طرحواره درمانی بر روی گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام گرفت و گروه گواه در انتظار قرار گرفتند. پس از پایان جلسات مداخله طرحواره درمانی، از هر دو گروه درخواست گردید مجدداً پرسشنامه سرمایه‌های روان‌شناختی را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کنند.

شرح پروتکل مداخله طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای:

اهداف آموزشی جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات و مبحث تفکر، احساس و رفتار و آموزش مدل ABC

اهداف آموزشی جلسه دوم: شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات و آشنایی با شیوه‌های تفکر منفی و ناکارآمد ماهیت طرحواره‌ها

اهداف آموزشی جلسه سوم: درک مسائل خود و پنج جنبه اصلی زندگی و دسته‌بندی باورها و شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اعضا

اهداف آموزشی جلسه چهارم: تمرکز به زمان حال و رفتار خود با تاکید بر روش‌های مراقبه و حساسیت زدایی منظم و آموزش نحوه تهیه نقشه شناختی

اهداف آموزشی جلسه پنجم: شناخت اهداف و ارزش‌ها و باورهای شخصی و بازسازی طرحواره‌های ذهنی و شیوه‌های مبارزه با باورها از طریق عینی‌تر کردن آنها

اهداف آموزشی جلسه ششم: آموزش تکنیک کاهش و با استفاده از تکنیک آزمون اعتبار طرحواره به مقابله و حذف طرحواره‌های ناسازگار افراد پرداخته شد و اعضا به بررسی شواهد عینی تأیید کننده طرحواره‌های خویش و ارائه تعریفی جدید و بررسی صورت پذیرفت.

اهداف آموزشی جلسه هفتم: مسولیت پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین از طریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای افراد پرداخته شد. انجام تکنیک صندلی خالی

اهداف آموزشی جلسه هشتم (نهایی): جمع بندی جلسات و انجام پس آزمون

یافته ها:

فرضیه پژوهش: طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی در زوجین نابارور موثر است.

جدول (۱) آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری برای سرمایه روان‌شناختی در دو گروه آزمایشی و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۴/۵۴۸	۱	۴/۵۴۸	۰/۲۵۱	۰/۶۲۰
گروه	۱۶۷۸۸/۹۴۹	۱	۱۶۷۸۸/۹۴۹	۹۲۶/۹۴۱	۰/۰۰۰
خطا	۵۲۶/۳۹۰	۲۹	۱۸/۱۵۱		
کل	۲۴۵۶۷۱/۰۰۰	۳۲			
تصحیح کل	۱۷۶۸۹/۷۱۹	۳۱			

با توجه به نتایج جدول (۱) درمان، طرحواره درمانی در سطح ($F=926/941$, $P=0/01$) در افزایش سرمایه روان‌شناختی در زوجین در مرحله پس آزمون اثر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تایید می‌گردد. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، درمان طرحواره درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی در زوجین نابارور موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

مواجه شدن با ناباروری بر زندگی زوجین تاثیر به سزایی دارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی روانی و همچنین چالش‌های جسمی، روانی و مالی موجود در روند کاربرد روش‌های کمک باروری نیز آنان را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد، به نحوی که مشکلات مربوط به ناباروری، بسیاری از افراد را در اواخر دهه دوم و سوم زندگی در سراشیبی منتهی به اختلالات روانی قرار می‌دهد و تلاش برای باردار شدن، اقدامات پزشکی گران قیمت و خسته کننده‌ای را به همراه دارد و تردید و بروز ناامیدی همراه با ناباروری می‌تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل نماید. با وجود این که مطالعات مختلف اهمیت ارتباط مسایل جسمی و روانی ناباروری را نشان داده اند (زمانی و همکاران، ۲۰۱۵)، با توجه به نتایج جدول (۴-۶) درمان، طرحواره

درمانی در سطح ($F=926/941$ ، $P = 0/01$) در افزایش سرمایه روان‌شناختی در زوجین در مرحله پس از آزمون اثربخشی درمانی داشته است. بنابراین فرضیه صفر رد شده و فرضیه تحقیق تایید می‌گردد. یعنی، نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، درمان طرحواره درمانی بر افزایش سرمایه روان‌شناختی در زوجین ناباور موثر بوده است. در مقایسه یافته‌های بدست آمده از فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر با نتایج پژوهش علیزاده، میرزائی و عباسی (۲۰۲۰)، در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و زنان وابسته آسیب پذیر مبتلا به سرطان پستان» که در ژورنال *مدیکال سرجیکال* به چاپ رسانده اند در این پژوهش به این نتیجه رسیدند که در خصوص تأثیر طرحواره درمانی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی و کاهش دلبستگی آسیب‌پذیر موثر بوده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر در کنار سایر روش‌های درمانی برای کاهش مشکلات زنان دارای سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد. با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. در مطالعه صادقین، حیدریان پور و عابد (۱۳۹۸)، در پژوهشی با عنوان «مقایسه مشکلات روانی در زوجین (زنان و مردان) ناباور در شهر همدان» در این پژوهش ۲۰۰ زوج مراجعه کننده به درمانگاه، بیمارستان فاطمیه شهر همدان به صورت نمونه‌گیری در دسترس گزینش شده و سپس از طریق آزمون *sc190* مورد سنجش قرار گرفته اند. نتیجه این پژوهش حاکی از آن است که زنان در هر ۹ مقیاس بالینی وسواس، افسردگی، اضطراب، حساسیت ارتباط بین فردی، پارانوئید، سایکوتیک و پرخاشگری بیشتری نسبت به مردان داشته اند. در مطالعه اسمیت و جونز (۲۰۰۹) در تحقیقی با عنوان طرحواره‌های ناسازگارانه، رویدادهای منفی زندگی و ناراحتی‌های روان‌شناختی به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های رویدادهای منفی زندگی باعث ناراحتی‌های روان‌شناختی شدیدتر می‌شوند. بنابراین طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه و تجارب منفی زندگی هر یک به طور مستقل در اختلالات روان‌شناختی دخیل هستند، با نتایج این پژوهش همسو و همخوانی دارد. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر سرمایه روان‌شناختی در زوجین ناباور می‌توان عنوان نمود که با مداخله طرحواره درمانی زوجین دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر این باورند که نیازهای هیجانی طبیعی آنها توسط افراد مهم زندگی مخصوصاً همسر به‌طور کافی برآورده نخواهد شد و به سه شکل محرومیت هیجانی الف) محرومیت از مراقبت: فقدان توجه، عاطفه، گرمی یا محبت؛ ب) محرومیت از همدلی، فقدان درک، خود افشاگری، تبادل احساس‌ها، و فقدان شنونده؛ و ج) محرومیت حمایت، فقدان هدایت و راهنمایی دیگران ایجاد خواهد شد. که با مداخله طرحواره درمانی، زوجین می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به صورت ناهمخوان دیده و در نتیجه برای رهایی، انگیزه بیشتری پیدا می‌کنند. ما از طریق این طرحواره‌ها به جهان نگاه می‌کنیم، طرحواره‌ها باورها و احساسات مهمی در مورد خود و محیط می‌باشند که زوجین آنها را بدون چون و چرا پذیرفته‌اند و در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند. معمولاً این طرحواره‌ها به غیر از بافت درمانی در جای دیگری تغییر نمی‌کنند.

^۱- Smith & Jones

با آموزش در مداخله طرحواره درمانی، به زوجین کمک می‌شود تا راه‌های سازگارانه‌تری برای ارضاء پنج نیاز هیجانی اساسی بیابند و نتیجه آن موجب افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی می‌شود. پیشنهاد می‌گردد مشاوران و روانشناسان برای افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی زوجین نابارور با توجه به نتایج پژوهش حاضر، جلسات و کارگاه‌های آموزش طرحواره درمانی را در برنامه کاری خود قرار دهند. و همچنین به پژوهشگران توصیه می‌شود که در تحقیقات بعدی پژوهش حاضر بر روی زوجین نابارور در شهرهای دیگر کشور انجام گیرد.

منابع:

اعتمادی، عدرا، نوابی نژاد، شکوه، احمدی، احمد، و فرزند، ولی الله. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر زوج درمانی به شیوه ایما گوتراپی بر افزایش صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۱۹، صص ۲۲-۹. سایت سام نو پلاس، (۱۳۹۸).

سلیمی، سید حسین، آزاد مرزآبادی، اسفندیار، امیری، ماندانا، و تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۹۷). ابعاد رضایت زناشویی در همسران جانباز. فصلنامه اندیشه‌های نوین تربیتی، ۴، صص ۷۲-۵۵.

متقی کاشانی، معصومه؛ ملکی راد، علی اکبر (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال افسردگی اساسی، تعارض زناشویی و کیفیت زندگی زنان دارای سوء مصرف مواد مخدر. یازدهمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی. محمودی، شهلا؛ محمدی، علی زاده؛ فلاح زاده، هاجر (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دلزدگی زناشویی در متاهلین شهر تبریز. دومین همایش روانشناسی و علوم تربیتی ایران.

نظری، علی محمد. (۱۳۹۳). بررسی و مقایسه تأثیر برنامه غنی سازی ارتباط و مشاوره راه حل محور بر رضایت زناشویی زوج‌های هر دو شاغل. رساله دکتری رشته مشاوره، دانشگاه تربیت معلم تهران.

نوربالا، احمد علی، رمضان زاده، فاطمه، ملک افضلی اردکانی، حسین، عابدی نیا، نسرین، رحیمی فروشانی، عباس، و شریعت، مالک. (۱۳۹۶). تأثیر مداخلات روانپزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج‌های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت روانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۴۹، ص ۱۰۴.

یانگ، جفری؛ کلوکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۲۰۰۳). طرح‌واره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی).

ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۸). تهران: ارجمند.

یانگ، جفری (۱۹۹۹). شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح‌واره محور. ترجمه حسن حمیدپور و علی صاحبی (۱۳۹۵). تهران: آگه، ارجمند.

Carter J, Applegate L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z.(2014) A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertile Sterile* 2014;95(2):711-6

Diener, E, Sandvic, E & Pavot, W. (2015). *Happines is the frequency , not the intensity, of positive versus negative affect*. *Inf*.

Gordon, L.O., Heyman, D.C. (1999). *Preventive approaches in couple therapy*.

Gordon, T. (2015). *What is pairs? Murph design studios*. Pennsylvania.

Grath, M.C., Catherine, Mantgomery, Karolyn, Whit, Kerridge, Lanh. (2016). *A narrative account of positive thinking on discussion about death and dying*.

Johnson, S.M., Denton, W. (2012). *Clinical hand book of couple therapy*. New York: Guilford.

Luthans, F. (2007). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of organizational behavior*, 23, 695-706

Lazarus, R. S.s &Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York; Springer.

Linley A. P. Maltby, J, Wood, A.P. Hurling, R, (2009). Measuring happiness: The higher order factor structure of subjective and psychological Well-being measures. *personality and Individual.*, Dferencess New. Jersey: wiley

Fredrickson, B.L. (2011). *The rolr of positive emotion in positive psychology*. *Journal of American Psychologist*, 3, pp 218-226.

Ryan KJ, Kistner. (2015). *Gynecology and women's health*. 7th ed. Michigan: Mosby; ۱۹۹۹. ۶۶۰.

Ryff. C.D.Singer. B.Love .G.D.Essex, M.(1998)Resilience in adulthood and later life: Defining features and dynamic processes. In J.Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mentalhealth: An integrative approach*. New York: Plenum.

Seligman.M.E. P.Walker.E.F.&Rosenhan, D, L, (2001). *Abnormal phycology* (4 td ed). New York: Norton company.

Sodock, B.J.&Sodock, V. A (2005). *comprehensive textbook of psychaiatry*. philadelphia: Lippincott Willims&Wikins

Stiles, O. E. (2004). *Early maladaptive schemas and intimacy in young adults' romantic relationships*. Alliant International University, San Francisco Bay.

- Taggart, T. C., Bannon, S. M., & Hammett, J. F. (2019). Personality traits moderate the association between conflict resolution and subsequent relationship satisfaction in dating couples. *Personality and Individual Differences, 139*, 281-289.
- Wood, S. Wood, E. (2013). *The World of Psychology* (2ndEdn.), Allyn and Bacon, USA
- Yoing J.E. & Brown.G. (2003). Young schema Questionnaire Special Edition. New York: schema Therapy Institute.

