

## مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب و آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل بر بی تابی روانی و

## عملکرد جنسی زنان نابارور

سوسن بلیر<sup>۱</sup>، کورش گودرزی<sup>۲\*</sup>، مهدی روزبهانی<sup>۳</sup>، محمد اسماعیل ابراهیمی<sup>۴</sup>، کیوان کاکابرای<sup>۵</sup>

**مقدمه:** مسئله ناباروری به ویژه در فرهنگ ایران و با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، بعد عمیقی به خود می گیرد. بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب و آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل بر بی تابی روانی و عملکرد جنسی زنان نابارور در خانواده بود.

**روش پژوهش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی (به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل نامعادل) بود. جامعه پژوهش حاضر زنان ناباروری بودند که سال ۹۹-۱۳۹۸ به بیمارستان آموزشی و درمانی زنان و زایمان شهر کرمانشاه مراجعه کردند. پس از انتخاب آزمودنی ها با روش نمونه گیری غیرتصادفی و با رعایت ملاک های ورود، ۷۵ نفر به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در مراحل پیش آزمون و پس آزمون شرکت کنندگان به پرسشنامه بی تابی روانی علیخانی و کاظمی حقیقی (۱۳۹۶) و مقیاس عملکرد جنسی (فرگوستن و دی آگوستین، ۲۰۰۰) پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش اول، هشت جلسه (۶۰ دقیقه‌ای) تحت آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل و گروه آزمایش دوم نیز هشت جلسه (۶۰ دقیقه‌ای) تحت آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب قرار گرفتند. داده ها با استفاده تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

۱ - دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

. ORCID:0000-0003-4121-8391, [sosanbelir@gmail.com](mailto:sosanbelir@gmail.com)

۲- گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. (نویسنده مسئول)

ORCID:0000-0002- 3908-9175, [Ko.Goodarzy@iau.ac.ir](mailto:Ko.Goodarzy@iau.ac.ir)

۳- گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

ORCID:0000-0001-5856-9310, [Mehdi.roozbahani@iau.ac.ir](mailto:Mehdi.roozbahani@iau.ac.ir)

۴ - گروه روانشناسی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

ORCID:0000-0003-0545-6915, [mse58\\_2007@yahoo.com](mailto:mse58_2007@yahoo.com)

۵ - گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

ORCID:0000-0002-9970-4854, [kakabraee@gmail.com](mailto:kakabraee@gmail.com)

**یافته ها:** یافته ها نشان داد آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل و آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب، به طور معناداری در کاهش بی تابی روانی ( $f^2 = ۳۴/۳۶۱$  و  $P < ۰/۰۰۱$ ) و عملکرد جنسی ( $f^2 = ۳۶/۱۰۶$  و  $P < ۰/۰۰۱$ ) مؤثر واقع شد. آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل در مقایسه با آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب تاثیر بیشتری بر تغییرات بی تابی روانی و عملکرد جنسی زنان نابارور داشت.

**نتیجه گیری:** بنا بر نتایج این مطالعه می توان نتیجه گرفت، مشاوره های روانشناسی می تواند در ارتقای رضایت جنسی و روانی خانواده های دارای زنان نابارور موثر باشد.

**کلیدواژه ها:** نظریه انتخاب، تحلیل متقابل، بی تابی روانی، عملکرد جنسی، زنان نابارور

**تاریخ دریافت:** ۱۳۹۹/۱۰/۲۶ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۰/۱/۱۷

استناد: بلیرس، گودرزی ک، روزبهانی م، ابراهیمی م، کاکابرای ک. مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب و آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل بر بیتابی روانی و عملکرد جنسی زنان نابارور در خانواده، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱(۲): ۶۵-۷۹

#### مقدمه:

گذر از مراحل مختلف تکامل خانواده با استرس توأم است و خانواده همواره در حال کشمکش با استرس های طبیعی و غیر طبیعی است و همواره برای برقراری تعادل تلاش می کند. در صورتی که خانواده در این راه به بن بست برسد، امکان بروز نشانه های مرضی وجود دارد. از لحظه شروع زندگی مشترک تا پایان آن، موجودیت این نظام بالنده و در حال تحول، با عبور از مراحل مختلف دگرگون می شود. در نظریه ساختی، مینوچین<sup>۱</sup> معتقد است، خانواده وقتی معیوب می شود که قواعدش اجرا نشود. وقتی مرزها خیلی سفت و سخت یا نفوذپذیر می شوند، عملکرد خانواده به عنوان یک نظام مختل می شود. اگر سلسله مراتب خانواده رعایت نشود، گاهی صف بندی های درون خانواده مخرب و به مثلث سازی منجر می شوند (۱). از سوی دیگر، مسئله ناباروری به ویژه در فرهنگ و با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، بعد عمیق تری به خود می گیرد و با تأخیر در حاملگی، کنجکاوای ها و فشارهای اطرافیان موجب نگرانی زوج ها می شود (۲). به طوری که افراد نابارور نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواجشان اظهار کرده اند (۳) بنابراین، انطباق و سازش یافتگی مجدد با مراحلی که با جدایی آنان از خانواده شکل می گیرد، امری ضروری است (۴). لذا به نظر می رسد ناباروری تأثیر قابل ملاحظه ای روی عوامل روانی مانند ایجاد اضطراب و بی تابی روانی می گذارد. در این راستا پژوهش میلر<sup>۲</sup> نشان داد که تجربه ای استرس زای ناباروری با طیف گسترده آسیب های روان شناختی از جمله کاهش سطح عزت نفس، افسردگی، عصبانیت، احساس حقارت، احساس ناکارآمدی، اختلال کارکرد جنسی و مشکلات زناشویی ارتباط دارد و در درمان های ناباروری نقش دارند. از جمله، استرس و بی تابی روانی که از طریق به تأخیر انداختن یا مانع شدن از تخمک گذاری می تواند در نتیجه درمان پزشکی اثر بگذارد (۵).

<sup>۱</sup>-Minoochin

<sup>۲</sup>-Mille

امروزه رویکردهای گوناگونی برای درمان و مهار مشکلات خانواده بوجود آمده است که بیشتر آنها خانواده را به عنوان یک سیستم و ساختار پیچیده مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌دهند. در این میان دیدگاه تحلیل رفتار متقابل از چند جهت قابل تامل و توجه بیشتر می‌باشد. نخست آنکه این دیدگاه به عنوان رویکرد روانکاوانه نوین توانسته است در بین دیدگاه‌های سیستمی جایگاه شایسته‌ای داشته باشد و هم در دیدگاه‌های تحلیلی. از این رو می‌توان با اطمینان خاطر بیشتری از آن در پیشگیری و درمان مشکلات و اختلال‌های رفتاری و ارتباطی درون نظام خانواده استفاده کرد (۶). آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل رفتار متقابل، به اشخاصی که به جای تطبیق با دیگران می‌خواهند تغییر کنند، به اشخاصی که به جای سازش می‌خواهند دگرگونی در درون خود به وجود آورند جواب‌های تازه‌ای داده است. تحلیل رفتار متقابل نظریه‌ای است در مورد شخصیت، و روش منظمی است برای روان‌درمانی به منظور رشد و تغییرات شخصی. در این رویکرد بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند فرایندهای سازگارانۀ زوجین که در رضایت زناشویی تأثیرگذار است عبارتند از: تبادل صحیح رفتار، ابراز فعالانه محبت و هیجان‌ات مثبت دیگر، ارتباط در جهت حل تعارض‌ها و مشکلات، انجام وظایف اساسی زندگی، حمایت کردن متقابل زوجین از یکدیگر، رضایت جنسی، باورها و انتظارات مشترک، مهارت‌های ارتباطی بالا در مقابل حوادث زندگی (۷؛ ۸). صادقی در پژوهش خود در بیان کرد آموزش رویکرد تحلیل متقابل در سلامت جنسی، خرسندی زناشویی و احقاق جنسی زوجین اثر معناداری دارد (۹).

تحقیقات نشان می‌دهند که متغیرهای متعدد مانند تعهد، ارتباط، اعتماد متقابل، احترام، حمایت، وفاداری، تبادل متقابل احساسات و افکار و تجربه‌ها با رضایت زناشویی رابطه دارند (۱۰). همچنین نتایج جدیدترین پژوهش‌ها حاکی از آن است که حرمت خود، صمیمیت بین همسران، عملکرد جنسی، هویت‌یابی شغلی و خانوادگی و توانایی زوجین برای مدیریت مشکلات در رضایت‌مندی زناشویی تأثیرگذار است (۱۱). همچنین با وجود اینکه پژوهش‌های مختلفی نظیر چیلد (۱۲)، یان و دیکس (۱۳)، ارسکین (۱۴) و غیره اثربخشی روش تحلیل رفتار متقابل و آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب را بر متغیرهای مختلف روان‌شناختی تأیید کرده‌اند، هنوز در ایران استفاده کافی از این روش‌ها نمی‌شود در این میان، زندگی جنسی افراد نابارور به خصوص زنان نابارور همواره چالش برانگیز بوده است (۱۵). که معمولاً برای کنترل بی‌تابی روانی خود مجهز به اطلاعات و ابزار مناسبی نیستند بنابراین، ناباروری، تنشی جدی و بی‌تابی روانی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد در واقع، بی‌تابی اشاره به بیمناکی، گرفتاری درونی و بی‌قراری ناشی از گردش اندیشه دارد که همراه با تظاهرات‌های بدنی است و فرد احساس می‌کند برای فعالیت، تحت فشار قرار دارد (۱۶). از این رو مسئله بی‌تابی روانی آنها باید به هنگام طراحی و اجرای برنامه‌های بهداشتی مورد توجه قرار گیرند و درک ما از موضوعاتی که این بیماران در مورد آنها نگرانند، افزایش یابد. از طرفی، رابطه جنسیکی از محوری‌ترین و اساسی‌ترین جنبه‌های روابط زناشویی و از مولفه‌های مهم و تاثیرگذار بر رضایت زناشویی می‌باشد (۱۷). یکی از مهمترین و کاربردی‌ترین مداخله‌هایی که برای بالا بردن سلامت و کاهش عملکرد جنسی و ثبات عملکرد روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب است. دوبر ورامیا در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه انتخاب بر مدیریت اضطراب نشان داد این رویکرد در کاهش استرس و بهبود عملکرد جنسی تأثیر معنی‌داری دارد (۱۸). تئوری انتخاب<sup>۱</sup> در سال (۱۹۹۸) توسط گلاسر<sup>۲</sup> پایه‌ریزی گردید و در آن بر ۵ نیاز

<sup>۱</sup>. Theory Choice

<sup>۲</sup>. Glaser

اساسی انسان (بقاء، عشق و تعلق، قدرت، آزادی و تفریح) تأکید شد که انگیزش تمام انسان‌ها از آن نشأت می‌گیرد. افراد با توجه به دنیای مطلوب خود و مقایسه آن با واقعیتی که از دنیا درک کرده‌اند، به صورت کاملاً هوشمندانه رفتارهایی را برای نیل به نیازهایشان انتخاب می‌کنند و در واقع تا وقتی که این رفتارها نتیجه‌بخش هستند، آن‌ها را ادامه می‌دهد (۱۹). با توجه به اینکه، امروزه کیفیت زناشویی به عنوان یکی از حیطه‌های اصلی کیفیت زندگی زوجین مورد توجه قرار گرفته است و افراد نابارور در این حیطه از مسائل و مشکلات عمده‌ای برخوردار کردند لذا در ابتدا مسائل مرتبط با کیفیت زناشویی مورد بررسی قرار گرفته می‌شود که لازمه‌ی شکل‌گیری آن، انطباق شناخت‌ها، سلیقه‌ها و خصوصیات زن و شوهر، وضع قوانین رفتاری و شکل‌گیری الگوهای مناسب ارتباطی است (۲۰). یکی از مهمترین ویژگی مشترک در بین دو درمان تئوری انتخاب و رویکرد تحلیل متقابل رفتار تعهد درمانی خود شخص است که موجب بهبود کیفیت زندگی می‌گردد لذا در تبیین نقش آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب رویکرد تحلیل متقابل در افراد متأهل باید گفتاهمیت و ضرورت این پژوهش از دو دیدگاه نظری و کاربردی قابل توجه است. در دیدگاه کاربردی باید گفت جامعه زنان بخصوص زنان نابارور نسبت به مسائل عاطفی و روابط بین فردی حساس‌تر و آسیب‌پذیرترند (۲۱) به همین خاطر، یافتن روش‌های مبتنی بر روابط بین فردی و مسائل عاطفی، برای کاهش سطح بی‌تابی روانی آنان و حتی بهبود عملکرد جنسی زنان، گام بزرگی در جهت تأمین سلامت روانی زنان است. بنابراین با توجه به اینکه جامعه آماری این پژوهش را زنان تشکیل می‌دهند، در صورت اثربخشی آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب تحلیل رفتار متقابل بر بی‌تابی روانی و عملکرد جنسی، می‌توان نتایج آن را در اختیار سازمان‌های متولی سلامت روانی جامعه و خصوصاً زنان قرار داد تا بر اساس آن برنامه‌های نظام‌مندی جهت آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب و آموزش تحلیل رفتار متقابل با هدف ارتقای کیفیت زندگی زنان تدارک ببینند. در دیدگاه نظری، این پژوهش با توجه به اینکه تاکنون در ایران اثربخشی آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب و آموزش تحلیل رفتار متقابل بر هر دو متغیر بی‌تابی روانی و عملکرد جنسی به صورت منسجم بررسی نشده است، می‌تواند به بدنه دانشی حوزه چهار متغیر آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب و آموزش تحلیل رفتار متقابل، بی‌تابی روانی و عملکرد جنسی بیفزاید و راه را برای پژوهش‌های بیشتر بگشاید. نکته دیگر اینکه جامعه آماری این پژوهش را زنان نابارور تشکیل می‌دهند، بدین معنا که این پژوهش با کنترل متغیر جنس به دقت نتایج حاصل شده کمک کرده و به تبیین‌های بهتری در خصوص یافته‌های پژوهش دست خواهد یافت.

لذا با توجه به نکات گفته شده، این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی آموزش مبتنی بر واقعیت درمانی، آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل رفتار بر عملکرد جنسی و بی‌تابی روانی و به جهت پاسخگویی به این سوال انجام خواهد شد که آیا بین دوروش مداخله ای فوق تفاوت وجود دارد؟

## روش پژوهش:

این تحقیق به روش نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل نا برابر (آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب و آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل) بود. روش بررسی و مطالعه در این پژوهش کارآزمایی بالینی است که پس از کسب موافقت نامه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ناباروری است که در پاییز، زمستان ۱۳۹۸ و بهار ۱۳۹۹ به کلینیک‌های روانشناختی سازمان بهزیستی و کلینیک مامایی و بیمارستان آموزشی و درمانی زنان و زایمان شهر کرمانشاه مراجعه کردند. برای تحقیقات نیمه آزمایشی و شبه آزمایشی، تعداد ۱۵ تا ۳۰ نفر برای هر یک از گروه آزمایش پیشنهاد شده

است. (دلاور، ۱۳۹۲) به دلیل احتمال ریزش نمونه‌ها در ابتدا برای هر گروه ۲۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شد که مجموع گروه نمونه ۲ گروه ۲۵ نفره بود. ابزارهای اندازه‌گیری شامل موارد زیر بود:

**الف) پرسشنامه بی‌تابی روانی:** پرسشنامه بیتابی<sup>۱</sup> ابزاری است که برای نخستین بار با کوشش ناصرالدین کاظمی حقیقی تهیه و تدوین شده است. این مؤلفه شامل ۲۴ گویه است که مجموعاً یک عامل را با ۵۷٪ واریانس می‌سنجد: «بیتابی» شامل «بیمناکی»، «بیقراری»، «گرفتاری درونی»، «گردش اندیشه»، «نظاها‌های اندیشه» و «احساس تحت فشاربودن» می‌شود. که شامل ۲۵ سوال می‌باشد و نمره گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه ای است بنابراین کمترین نمره ۲۵ و بیشترین نمره ۷۵ می‌باشد در مورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات این پرسشنامه از طریق جمع نمرات سؤال‌ها و تقسیم آن در تعدادسوالات به دست می‌آید (۲۲) در ایران علیخانی نیز در پژوهش خود، در بر روی ۹۷۳ نفر از دانش‌آموزان انجام داد و پایایی آزمون از طریق بازآزمایی را بررسی کرد و نتایج نشان داد که همبستگی بین مولفه‌های حوزه مورد بررسی آزمون بالاتر از ۰/۹ بوده و در سطح ۰۰۱ معنادارند ( $P > 0.01$ ) که بیانگر پایایی بالای آزمون است. روایی آزمون از طریق بررسی روایی سازه و با روش تحلیل عاملی مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفت، نتایج نشان داد که بارهای عاملی استاندارد همه گویه‌ها بالاتر ۰/۳۲ است. (۲۳).

**ب) پرسشنامه استاندارد شاخص عملکردجنسی زنان (FSFI):** این پرسشنامه که از نوع خودگزارش‌دهی و شامل ۱۹ سوال است و ۶ حیطه‌ی عملکردجنسی زنان را مورد سنجش قرار می‌دهد، توسط روسن، هیومان، لیبلام، مستون، شبسوگه، فرگوستن و دی آگوستین<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است. (۲۴)، هر سوال پرسشنامه دارای دارای ۵ یا ۶ گزینه با حداقل و حداکثر امتیاز ۰ یا ۱ تا ۵ است. در مورد نحوه نمره‌دهی، نمره گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. بنابراین حداکثر نمره‌ی فرد ۳۶ و حداقل ۲ امتیاز در نظر گرفته می‌شود. امتیاز بیشتر موید عملکردجنسی بهتر در نمونه پژوهش است و تقسیم‌بندی نهایی برای مجموع امتیازات پرسشنامه به صورت عملکردجنسی طبیعی با امتیاز بیشتر از ۲۸ است (۲۵). میزان پایایی داخلی مقیاس و خرده مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش محمدی، حیدری و فقیه زاده به دست آمد که برای کل افراد  $\geq 70$  محاسبه شد. (۲۶).

### پ) بسته آموزشی مبتنی بر نظریه انتخاب

آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب براساس درمان گلاسر (۱۹۹۸) معرفی شده است (۱۹) و برای ۸ جلسه درمانی برنامه ریزش گردیده است. در این پژوهش از اصول تئوری انتخاب با تأکید بر بهبود بی‌تابی روانی، عملکرد جنسی طراحی شده که این برنامه در قالب ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یکبار به مدت دو ماه اجرا شد.

جدول (۱) خلاصه محتوای طرح درمان مبتنی بر نظریه انتخاب

<sup>1</sup>Rosen, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson, D'Agostino

Table (1) Summary of the content of the treatment plan based on selection theory

جلسه	هدفهای درمان مبتنی بر نظریه انتخاب	راهکارهایی که بکار گرفته میشوند
۱- ذهن آگاهی	پس از معارفه افراد و اجرای پیش‌آزمون در دو جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به تعریف و بررسی ذهن آگاهی برآمده از رویکرد درمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش بیثباتی به فرد آموزش داده شد	دو برنامه تمرینی در داخل جلسه درمان و دو برنامه تمرینی ما بین جلسات برای فرد در نظر گرفته شد که فرد طی هفته حداقل ۲ ساعت و روزانه ۱۵ تا ۲۰ دقیقه این تمرینات را انجام دهد.
۲- تنظیم هیجان	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه تکنیکهای تنظیم هیجان بر اساس رویکرد درمان مبتنی بر تنظیم هیجان جهت تنظیم خلق انجام شد. تکنیکهای مورد استفاده طی یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در جهت تنظیم هیجانهای زنان نابارور صورت گرفت.</li> </ul>	سه برنامه تمرینی در داخل جلسه درمان و سه برنامه تمرینی ما بین جلسات برای فرد در نظر گرفته شد که فرد طی هفته حداقل ۲ ساعت انجام دهد.
۳- تأیید هیجانی	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در طی یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مهارت حل مسئله به فرد آموزش داده شد و درمانگر به شناسایی و رفع مشکلات فرد در گامهای مختلف این فرایند پرداخته است.</li> </ul>	سه برنامه تمرینی در داخل جلسه درمان و سه برنامه تمرینی ما بین جلسات برای فرد در نظر گرفته شد که فرد طی هفته حداقل ۲ ساعت انجام دهد
۴- شفاف سازی ارزشها	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه تکنیک شفاف سازی ارزشها برآمده از درمان مبتنی بر ارزش و تعهد جهت شناسایی ارزشهای فردی و با هدف ارتقای انگیزه و امید به باروری و همچنین انجام رفتارهایی در راستای هویت فردی انجام گرفت.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تکنیک مورد استفاده در این روش تکنیک دارت هریس بود. تکنیک فوق طی یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مورد استفاده و تمرین قرار گرفت.</li> </ul>
۵- فعال سازی رفتاری	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه تکنیک فعالسازی رفتاری طی ۶۰</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- دو برنامه تمرینی در داخل جلسه درمان و سه برنامه تمرینی ما بین جلسات برای فرد</li> </ul>

در نظر گرفته شد که فرد طی هفته حداقل ۲ ساعت انجام دهد	دقیقه انجام گرفت. فعالسازی رفتاری جهت بازگشت فرد به جریان زندگی بعد از افت خلق شدید و مبتنی بر تکنیک شفاف سازی ارزشها صورت گرفت.	
سه برنامه تمرینی در داخل جلسه درمان و دو برنامه تمرینی ما بین جلسات برای فرد در نظر گرفته شد که فرد طی هفته حداقل ۲ ساعت انجام دهد	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در طی یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای مهارت حل مسئله به فرد آموزش داده شد و درمانگر به شناسایی و رفع مشکلات فرد در گامهای مختلف این فرایند پرداخته است.	۶- حل مساله
برنامه تکنیکی بر اساس تکنیک لوما انجام گرفت در انتهای این جلسه پس‌آزمون در بین آزمودنیها اجرا شد.	ضمن گزارشی از تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد در این جلسه تکنیک بر آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار گرفت و از طریق استعاره و یک تمرین تجربی منجر به ارتقا تمایل فرد جهت مواجهه با رفتارهای درونی (افکار، احساسات بدنی، هیجانها، خاطرات) ناخوشایند شد	۷- پذیرش و تعهد

### ت) پروتکل آموزش گروهی تحلیل روابط متقابل

روش آموزشی و مشاوره ای و درمانی تحلیل روابط متقابل برخاسته از نظریه اریک برن است. او در سال ۱۹۵۷ در مقاله ای تحت عنوان «تجزیه و تحلیل ارتباط محاوره ای: شیوه گروه درمانی جدید مؤثر» را بیان کرد (۲۷). اولین کتاب برن در سال ۱۹۶۱ با عنوان تحلیل ارتباط محاوره ای در روان درمانی به چاپ رسید (۲۸). وجود محدودیت ساعات آموزشی در شرکت ساپکو باعث شد که پژوهشگر مدت هشت جلسه را برای آموزش گروهی تحلیل روابط متقابل در نظر بگیرد. در ادامه، شرح مختصر جلسات ارائه می گردد.

### خلاصه ای از جلسات

**جلسه اول:** معارفه و تشکر از اعضا به خاطر همکاریشان، اجرای پیش آزمون، بیان اهداف و ذکر قوانین گروه، بیان مقدمه ای راجع به تعهد سازمانی و تحلیل تبادلی

**جلسه دوم:** بیان مقدماتی در باب اهمیت روابط درون سازمانی معرفی نظریه تحلیل رفتار متقابل، آشنایی با الگوهای حالات نفسانی، تشخیص اجتماعی و رفتاری الگوها و آموزش ترسیم اگو گرام.

**جلسه سوم:** آموزش مدل شش گانه روابط، آموزش انواع روابط، آشنایی با انواع الگوهای حالات نفسانی و آشنایی با موضوع آسیب شناسی در تحلیل رفتار متقابل بیان مضرات آن در سطح سازمان

**جلسه چهارم:** آشنایی با مبحث نوازش ها ( انواع نوازش ها، فیلتر نوازشی، نمودار نوازشی، اهمیت خویشتن نوازی، اقتصاد نوازش)، بیان اهمیت مدیریت سازمان در ارائه نوازش و تاثیر آن روی تعهدات سازمانی

**جلسه پنجم:** آشنایی با انواع روش های ساخت دادن به زمان (گوشه گیری، مناسک، وقت گذرانی، فعالیت، بازی و صمیمیت). آشنایی با مبحث پیش نویس زندگی و انواع آن (برنده، بازنده، غیر برنده) و تاثیرات آن در سازمان

**جلسه ششم:** آشنایی با وضعیت های زندگی من خوبم - تو خوب نیستی، من خوب نیستم - تو خوب هستی، من، خوب نیستم - تو خوب نیستی، من خوبم - تو خوبی، بحث پیرامون دلایل انتخاب هر کدام از این وضعیت ها و اثرات هر یک روی عملکرد و روابط سازمان و آشنایی با بازی های روانی و ویژگی های آن

**جلسه هفتم:** آشنایی با مثلث نمایشی کارپمن ( قربانی، آزاردهنده و نجات دهنده)، آشنایی با بازی های رایج سازمانی به من لگد بزن، حالا گیرت آوردم فلان فلان شده و چوب زیر بغل)

**جلسه هشتم:** شرح دیگر بازی های معمول سازمان ( سرسام، آره. اما، بین مجبورم کردی چکار کنم و من فقط داشتم کمک می کردم) و بیان رابطه نوع بازی های انتخابی، وضعیت زندگی، پیش نویس و مثلث نمایشی.

یافته ها:

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین، نمودار، انحراف استاندارد و از آمار استنباطی آزمون کلموگراف اسمیرونف، تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای آزمون به تفکیک نوع و گروه آزمون

Table No. 2- Mean and standard deviation of test variables by type and test group

متغیر	آزمون	میانگین	انحراف معیار
آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب	گروه		
	آزمایش		
عملکرد جنسی	پیش آزمون	۲۴/۶۴	۴/۸۸
	پس آزمون	۵۱/۳۲	۴/۴۱
بی تابی روانی	پیش آزمون	۹۴/۴	۴/۵۴
	پس آزمون	۴۶/۶۸	۴/۸



		آموزش مبتنی بر رویکرد		گروه
		تحلیل متقابل		آزمایش
۵/۶۵	۲۸/۰۸	پیش آزمون	عملکرد جنسی	
۴/۲۶	۵۷/۸۴	پس آزمون		
۵/۲۴	۹۵/۲۸	پیش آزمون	بی تابی روانی	
۱/۷۱	۲۹/۰۴	پس آزمون		
		گروه گواه		گروه گواه
۵/۵۶	۲۵/۸	پیش آزمون	عملکرد جنسی	
۵/۳۳	۲۶/۰۸	پس آزمون		
۵/۰۴	۸۸	پیش آزمون	بی تابی روانی	
۵/۸۳	۸۷/۲۸	پس آزمون		

بر اساس اطلاعات جدول شماره ( ۲ )، اگرچه نمرات پیش آزمون در گروه گواه و آزمایش تقریباً یکسان است اما نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، تغییر داشته است و آموزش ها بر روی متغیرها اثر گذاشته و افراد در آن موارد بهبود داشته اند.

جدول شماره ۳- جدول نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده ها

Table 3 - Table of results of Kolmogorov-Smirnov test to check the normality of the data

عملکرد جنسی	بی تابی روانی	
کلموگروف- اسمیرنوف	۰/۱۲۸	۰/۱۱۵
سطح معناداری	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰

بر اساس یافته های بدست آمده سطح معناداری آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای سلامت عمومی، عملکرد جنسی و بی تابی روانی به ترتیب برابر با ۰/۰۷۶، ۰/۲۰۰ و ۰/۲۰۰ محاسبه شد. بنابراین فرض یک مبنی بر غیرنرمال بودن داده های پرسشنامه سلامت عمومی، عملکرد جنسی و بی تابی روانی رد شده و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن داده های این پرسشنامه توسط آزمون کلموگروف اسمیرنوف تایید شد.

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین بی تابی روانی دردو آموزش

Table 4 - Results of analysis of covariance comparing the average of mental impatience in three trainings

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fنسبت	سطح معناداری	مجذورات انا
آموزش*گروه	۱۹۲۳۲/۵۲	۲	۶۴۱۰/۸۴	۳۴/۳۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
گروه*آزمون	۹۳۱۳۹/۲۸	۱	۹۳۱۳۹/۲۸	۴۹۹/۲۰۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹
خطا	۳۶۳۸۱/۸۸	۱۹۵	۱۸۶/۵۷۴			
مجموع	۱۱۷۰۰۶۰	۲۰۰				

بر اساس ارقام بدست آمده از جدول شماره (۴)، سطح معناداری مشاهده شده در مورد آزمون، گروه های آزمایشی و همچنین اثرات تعاملی آزمون با گروه های آزمایشی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین، می توان با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفت که تغییرات بی تابی روانی در پیش آزمون و پس آزمون ها در دو گروه آزمایش و گواه به یک میزان نمی باشد و بین آموزش های انجام گرفته بر روی زنان نابارور تفاوت معنی داری وجود دارد. چنانکه مقایسه تغییرات در جدول شماره (۱) نشان می دهد میزان بی تابی روانی آزمودنی هایی که آموزش ها را دریافت نموده اند به طور معناداری نسبت به گروه گواه، کاهش یافته است. مقایسه میانگین های بدست آمده حاکی از این است که آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل در مقایسه با آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب تاثیر بیشتری بر تغییرات بی تابی روانی زنان نابارور داشته است. میزان انا نیز بیانگر آن است که تقریباً ۳۴/۶ درصد از بی تابی روانی تحت تاثیر گروه های آزمایش تغییر می کند. این نتایج به خوبی در نمودار تعاملی زیر نیز نمایان است.

جدول شماره ۵- نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه میانگین عملکرد جنسی در دو آموزش

Table 5 - Results of analysis of covariance comparing the average sexual function in three trainings

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fنسبت	سطح معناداری	مجذورات انا
آموزش*گروه	۷۶۶۲/۰۵۵	۳	۲۵۵۴/۰۱۸	۳۶/۱۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷
گروه*آزمون	۲۷۱۲۱/۲۰۵	۱	۲۷۱۲۱/۲۰۵	۳۸۳/۴۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶۳
خطا	۱۳۷۹۳/۴۹۵	۱۹۵	۷۰/۷۳۶			
مجموع	۳۰۳۶۸۹	۲۰۰				

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول شماره (۵)، سطح معناداری مشاهده شده در مورد آزمون، گروه های آزمایشی و همچنین اثرات تعاملی آزمون با گروه های آزمایشی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین، می توان با ۹۵ درصد اطمینان نتیجه گرفت که تغییرات عملکرد جنسی در پیش آزمون و پس آزمون ها در دو گروه آزمایش و گواه به یک میزان نمی باشد و بین آموزش های انجام گرفته بر روی زنان نابارور تفاوت معنی داری وجود دارد. چنانکه مقایسه تغییرات در جدول شماره (۱) نشان می دهد میزان عملکرد جنسی آزمودنی هایی که آموزش ها را دریافت نموده اند به طور معناداری نسبت به گروه گواه، افزایش یافته است. مقایسه میانگین های

بدست آمده حاکی از این است که آموزش مبتنی بر رویکرد تحلیل متقابل در مقایسه با آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب تاثیر بیشتری بر تغییرات عملکرد جنسی زنان نابارور داشته است. میزان اتا نیز بیانگر آن است که تقریباً ۳۵/۷ درصد از عملکرد جنسی تحت تاثیر گروه های آزمایش تغییر می کند. این نتایج به خوبی در نمودار تعاملی زیر نیز نمایان است.

### نتیجه گیری:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد تغییرات بی تابی روانی و عملکرد جنسی در پیش آزمون و پس آزمون ها در دو گروه آزمایش و گواه به یک میزان نمی باشد و بین آموزش های انجام گرفته بر روی زنان نابارور تفاوت معنی داری وجود دارد. این یافته ها هم راستا با نتایج چیلد (۱۲)، یان و دیکس (۱۳)، ارسکین (۱۴) همسو بود. بر اساس یافته های این پژوهش در یک جمع بندی می توان گفت تنش ها و بی تابی های ناشی از ناباروری از عوامل مهم تاثیر گذار در زندگی و روابط زناشویی و بخصوص عملکرد جنسی است چرا که زوجین رضامند از میزان بالای روابط مطلوب زناشویی برخوردارند یعنی مجموعه ای از منابع و ذخایر ارزشمندی که به صورت ذاتی و نهفته در ذات سلامت روان وجود دارد. بدین صورت که روابط مطلوب زناشویی زوجین و عملکرد جنسی مطلوب با فراهم آوردن احساس امنیت و نظام اخلاقی، ارزشی و هنجاری مشترک، افزایش تعاون و همکاری در بین آنها، همگرایی ذهنی و همبستگی آنها را تقویت می کند و رضامندی زناشویی را افزایش می دهد و در نهایت باعث ارتقای توانمندی های آنها می شود و احتمال موفقیت آنها را در بارداری افزایش می دهد (۲۹) از طرفی با وجود اینکه پژوهش های مختلفی نظیر چیلد (۱۲)، یان و دیکس (۱۳)، ارسکین (۱۴) و غیره اثربخشی روش تحلیل رفتار متقابل و آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب را بر متغیرهای مختلف روان شناختی تأیید کرده اند، هنوز در ایران استفاده کافی از این روش ها نمی شود آموزش مبتنی بر تئوری انتخاب و رویکرد تحلیل متقابل در صورتی که بتوانند به اندازه کافی موجب غلبه بر عوامل تنش زا و بی تابی روانی شوند، به عنوان یک منبع روانی ارزشمند که نیرو روانی افراد را به مسیری مثبت و سازنده سوق می دهند می توانند موجب شوند تا افراد به صورت اصولی با مشکلات ناشی از ناباروری مقابله کنند و برای رسیدن به اهداف مشترکشان که از همسانی ویژگی های شخصیتی و ارزشی آنها نشأت گرفته، تلاش فراوانی می کنند، در رویارویی با موانعی بر سر اهداف آنها قرار می گیرند، خوش بینانه و تاب آورانه ثابت قدم میشوند. چرا که امید به باروری و صاحب فرزند شدن، نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می کند. امید به انسان ها انرژی می دهد و مجهزشان می کند، به آسانی برای کار و فعالیت های روزمره عمل می کند و زوجین به دیگران به عنوان منابع حمایتی و پایگاه هایی که می توانند به آنها تکیه نمایند می نگرند و به راحتی با چالش هایی که ممکن است در زندگی شان با آنها روبه رو شوند سازگار می شوند و به موانع خوش بینانه می نگرند (۳۰). مطالعات خانواده ها نشان داده افراد دارای دانش و سرمایه روان شناختی بالا نه تنها در برابر مشکلات مقاومت و پشتکار به خرج می دهند، بلکه به دلیل تسلط فضای عاطفی - شناختی مثبت اغلب راه حل های سازنده تری را برای حل مشکلات پی جویی و به مرحله اجرا در می آورند (۳۱). در یک جمع بندی، رضامندی و سازگاری، تخیل مثبت، کنترل شخصی در حوادث، به کارگیری مهارت ها، شایستگی و حل مسئله احتمالاً نه تنها منجر به حل مشکلات در زندگی خانوادگی و زناشویی زوجین بلکه افزایش شیوه های مثبت حل تعارض می شود. پیشنهاد می شود که پژوهشگران آتی با انجام پژوهش کیفی با به کارگیری مصاحبه عمیق به بررسی بی تابی روانی و عملکرد جنسی همسران و شناسایی عوامل دیگر اثرگذار بر ناباروری بپردازند. پیشنهاد می شود پژوهش حاضر در افراد با طبقات اجتماعی - اقتصادی متفاوت صورت گیرد. با توجه به این که بهترین راه برای کمک

به پیشگیری از تابی روانی و بهبود عملکرد جنسی و حل تعارض ناسازنده در همسران، دادن آگاهی و ارتقاء درک افراد از شرایط و متغیرهای زمینه‌ای مرتبط است، در این خصوص می‌توان از طریق آموزش‌های رسمی و غیررسمی مناسب و بالابردن سطح آگاهی افراد و خانواده‌ها فرآیند پیشگیری را در همسران مستعد به فروپاشی خانواده تسریع کرد و پیامدهای متعاقب آن را کاهش داد. بنابراین از طریق افزایش مهارت‌های زوجین در فراهم آوردن حمایت و پشتیبانی برای یکدیگر می‌توان حل مشکلات زناشویی از جمله ناباروری را در آن‌ها افزایش داد.

### محدودیت های پژوهش

به هر حال در بطن خود یک مجموعه محدودیت‌هایی را خواهد داشت. در این پژوهش از ابزار خود گزارشی برای اندازه‌گیری بی تابی روانی و عملکرد جنسی استفاده شد که ممکن است افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند. ممکن است ویژگی‌های دموگرافیکی شرکت‌کننده‌ها مانند طبقه اجتماعی - اقتصادی که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر می‌بود، بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشند.

### تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی با حقوق نویسندگان بیان نشده است.

### ملاحظات اخلاقی

برای اجرای مداخلات اخلاقی در پژوهش حاضر، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی ایران و آمریکا (۲۰۰۳) و سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۵) مورد توجه قرار گرفت. بر این اساس، مؤلفه‌های زیر در مورد تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش (در هر یک از مراحل پژوهش) رعایت شد: اصل احترام به شأن و آزادی انسان؛ اصل وظیفه شناسی و مسئولیت‌پذیری؛ اصل سودمندی و عدم آسیب‌رسانی؛ اصل عدم تبعیض؛ اصل توجه به رفاه دیگران واصل توجه به نظام ارزشهای جامعه.

### کاربرد پژوهش:

نتایج این بررسی می‌تواند به شناخت بهتر عوامل ایجادکننده بی تابی روانی، رضامندی زناشویی و عملکرد جنسی بهتر در حل مشکلات ناشی از ناباروری کمک کند.

## References

1. Pailler M., Johnson M., Attwood K.. Adjustment to Acute Leukemia: The Impact of Social Support and Marital Satisfaction on Distress and Quality of Life Among Newly Diagnosed Patients and Their Caregivers. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2016; 23(3): 298-309.
2. Bruce M., Arnett P.. Clinical correlates of generalized worry in Diabete. J ClinExp Neuropsychol. 2009; 31(6):698-705.

3. Forbes A, While A., Taylor M.. What people with Diabete perceive to be important to meeting their needs? *Journal of Advanced Nursing*.2017; 58(1):11-22.
4. Bloch L., Haase M. Levenson M.. Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion*. 2014; 14(1):130-139.
5. MillerH, Fazekas F, Montalban X., Reingold C., Trojano M. Pregnancy, sex and hormonal factors in Diabete. *Diabete Journal*. 2016; 20(5):527-36.
6. Zamani M., Tavoli A., Khasti Y., Sedighimornani N., Zafar M.. Sexual Therapy for Women with Diabete and Its Impact on Quality of Life. *Iranian journal of psychiatry*.2018; 12(1):58-69.
7. Polenick C., Zarit S., Birditt K.S., Bangerter L.R. Intergenerational support and marital satisfaction: Implications of beliefs about helping aging parents. *Journal of Marriage and Family*.2017; 79(1): 131-146.
8. Powell J.. Exploring the Role of Raising Children upon the Association between Perfectionism and Marital Satisfaction. *Pace University*;2015.
9. Sadeghi M, Ahmadi A., Bahrami F., Etemadi O. Poursaid R.. Investigating the effect of mutual behavior analysis training on couples' lovemaking styles. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*.2013; 3 (2): 71-84.
10. Carpenter D. Resonating Personality Types for Couples: An Enneagram Application for Predicting Marital Satisfaction; 2015.
11. Belanger C., Schiavi F., Sabourin S.. Self-esteem, coping efforts and marital adjustment. *Europe's Journal of Psychology*. 2014;10(4): 660-671.
12. Child D. Using transactional analysis to understand the supervisory process;2014.
13. Yan N, & Dix, T. Mothers' early depressive symptoms and children's first-grade adjustment: A transactional analysis of child withdrawal as a mediator. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.2014; 55(5), 495-504.
14. Erskine R.. A Transactional Analysis of obsession: integrating diverse concepts and methods. In *Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy*;201812(3):1-25.
15. Thornton W., Tedman S., Rigby S., Bashforth H., Young C.. Worries and concerns of patients with Diabete: development of an assessment scale. *Mult Scler*.2016; 12(2):196-203.
16. KazemiHaghighi N.. Commercial Directions in "Spherical Structure of Talent" Theory: Commercial Talent; IRDTE Conference, Brisbane;2015.
17. EsmailS, Munro B, Gibson N. Couple's Experience with Diabete in the Context of their Sexual Relationship. *Sex Disabil*.2007; 25(1):163-77.
18. Dviri M, Haham M, Friedler A, Roumia S. The use of Virtual reality (VR) technology in infertily women. *Fertility and Sterility, Supplement*. 2020;12(5):223-224.
19. Glasser, W., choice theory, New York, harper Collins, 1998

20. Dastgheib Z., GhobadiDashdebi K., Gharlipour Z., Hoseini F., Vafae R. Investigation of the relationship between self-esteem and depressive symptoms among young patients with Diabete [persian]. *Journal of Research on Religion & Health*.2015; 1(2):28-35.
21. Haghighi N. Economic Creativity Development/Ekonomik Yaraticiligin Gelisimi. *Türk Üstün Zekâve Egitim Dergisi*.2014; 4(1):44-51.
22. Alikhani M., Khaki N.. Standardization of the dynamic-non-Thai test in the field of thriller Thesis Master's thesis, Islamic Azad University.Ghodss;2017.
23. Rosen C., Heiman S., Leiblum C., Meston R., Shabsigh D., Ferguson R., D'Agostino R.. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex &Marital Therapy*.2000; 26(2):191-208.
24. Khakbazan Z., Daneshfar F., Behboodi-Moghadam Z.. The effectiveness of the Permission, Limited Information, Specific suggestions, and Intensive Therapy (PLISSIT) model based sexual counseling on the sexual function of women with Diabete who are sexually active. *Diabete and Related Disorders*. 2016; 11(8):3-9.
25. Mohammadi K, Rahnama P, Mohseni S, Sahraian M. Determinants of sexual dysfunction in women with Diabete. *BMC Neurology*.2013; 13(83):1-6.
26. Nagel N., König J., Ottman S Hahnle A.. The development by the German Transactional Analysis Association of a scientifically-based online evaluation system of transactional analysis training. *International Journal of Transactional Analysis Research & Practice*, 2017; 8(2)23-34.
27. Shafi'abadi A., Naseri Gh.. Theories of counseling and psychotherapy. Tehran, University Publishing Center;2002.
28. Gholizadeh A., Esmaelian Ardestani Z.. The Effect of Social Capital Components on Marital Satisfaction of Married Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017; 15(56): 37-46.
29. Tong E.. Hope and Hopelessness. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)*. Elsevier; 2015.pp. 197-201.
30. Edwards L.. *An Examination of Resilience over Time Between Men and Women in Psychological First Aid*;2018.
31. Renshaw K., Blais K. Smith. Components of negative affectivity and marital satisfaction: The importance of actor and partner anger. *Research in Personality*.2010; 44(3): 328-334.