

Exploring the Effect of Cognitive – Behavioral Counseling on Marital Satisfaction and Quality of Life Through Virtual Education

Ashraf Zarei Abolkheir¹, Maryam Allahdadian*², Shamila Mosharraf¹, Hatav Ghasemi Tehrani³

1. Msc midwifery, Midwifery Department, Nursing & Midwifery Faculty, Falavarjan branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Assistant Professor, Midwifery Department, Nursing & Midwifery Faculty, Falavarjan branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3. Assistant Professor, Obstetrics and Gynecology Department, Medical Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Article Info

Received: 2020/05/26
Accepted: 2020/08/10;
Published Online: 2020/10/11

doi [10.30699/sjnhmf.29.1.53](https://doi.org/10.30699/sjnhmf.29.1.53)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Infertility interferes with sexual and emotional relationships, fears of separation, feelings of isolation and depression in infertile people, and as a result has adverse effects on marital satisfaction and Quality of life. The aim of this study was to determine the effect of cognitive-behavioral counseling on marital satisfaction and Quality of life of infertile women through virtual education in Isfahan.

Methods: The present study is a Clinical trial study with the approach of an intervention group and a control that was conducted in 2018 with the participation of 60 infertile women in Isfahan. Samples were selected by available method. The intervention group received training and cognitive-behavioral counseling via WhatsApp. In this way, the samples received 30 minutes of training and counseling in 5 weeks, and their questions were answered via text message or call. The two variables of marital satisfaction and quality of life were assessed before and after the intervention. Data were analyzed by paired t-test and Covariance using SPSS 20.

Results: Based on the results, the intervention did not cause a significant change in the marital satisfaction of infertile women compared with the control group ($P=0.187$). Based on the results, the intervention has caused a significant increase in the quality of life of infertile women compared with the control group ($P<0.001$).

Conclusion: Although virtual education did not significantly change the marital satisfaction of infertile women compared with the control group, the average score of marital satisfaction after the intervention increased compared to the previous intervention in the subjects of the intervention group. Also, intervention through virtual education has caused a significant change in the quality of life of infertile women compared with the control group, so it seems that virtual education and counseling is useful in promoting the health of infertile women.

Keywords: Marital satisfaction, Quality of life, Virtual Education, Cognitive-Behavioral Counseling, Infertility

Corresponding Information:

Maryam Allahdadian, Assistant Professor, Midwifery Department, Nursing & Midwifery Faculty, Falavarjan branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran Email: allahdadian@iaufala.ac.ir

Copyright © 2021, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Zarei Abolkheir A, Allahdadian M, Mosharraf S, Ghasemi Tehrani H. Exploring the Effect of Cognitive – Behavioral Counseling on Marital Satisfaction and Quality of Life Through Virtual Education. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2020; 29 (1) :53-60

بررسی تأثیر مشاوره شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان نابارور به کمک آموزش مجازی

اشرف زارعی ابوالخیر^۱، مریم اله دادیان^{۲*}، شمیلا مشرف^۱، هتاو قاسمی تهرانی^۳

۱. مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فلاورجان، اصفهان، ایران
۲. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران
۳. استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۱۱/۲۷	مقدمه: ناباروری سبب اختلال در روابط جنسی و عاطفی، ترس از جدایی، احساس انزوا و افسردگی در افراد نابارور می‌شود و در نتیجه تأثیرات نامطلوبی بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان نابارور از طریق آموزش مجازی انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۱۳	روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی با رویکرد یک گروه مداخله و یک کنترل است که در سال ۱۳۹۷ با مشارکت ۶۰ زن نابارور در اصفهان انجام شد. گروه مداخله از طریق فضای مجازی (واتساپ) آموزش و مشاوره شناختی-رفتاری را به صورت ویس دریافت کردند. بدین منظور نمونه‌ها طی ۵ هفته، ۵ ویس ۳۰ دقیقه‌ای آموزشی و مشاوره‌ای دریافت می‌کردند. سؤالات نیز از طریق پیام و تماس پاسخ داده می‌شد. متغیر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله سنجیده شد. داده‌ها با آزمون t زوجی، کوواریانس و با SPSS نسخه ۲۰ تجزیه شدند.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۷/۲۰	یافته‌ها: اجرای مداخله سبب تغییر معنی‌دار در میزان رضایت زناشویی زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل نبوده است ($P=0/117$)، اما سبب تغییری معنی‌دار در کیفیت زندگی زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل بوده است ($P<0/001$).
نویسنده مسئول: مریم اله دادیان استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، اصفهان، ایران پست الکترونیک: maryamallahdadian@yahoo.com	نتیجه گیری: هرچند آموزش و مشاوره مجازی سبب ایجاد تغییری معنی‌دار در میزان رضایت زناشویی زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل نشده، میانگین امتیاز رضایت زناشویی بعد از مداخله در مقایسه با قبل مداخله در آزمودنی‌های گروه مداخله افزایش داشته است. مداخله سبب تغییری معنی‌دار در میزان کیفیت زندگی زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل شده است؛ بنابراین به نظر می‌رسد آموزش و مشاوره مجازی در ارتقای سلامت زنان نابارور مفید است.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	
	کلیدواژه‌ها: رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، آموزش مجازی، مشاوره شناختی، ناباروری

مقدمه

می‌شود [۴]. زوجین نابارور در طی روند درمان با مشکلات اقتصادی، اجتماعی و جسمانی مواجه می‌شوند که این مشکلات، بر وضعیت روانی آنها تأثیر می‌گذارد و سبب بروز اضطراب و افسردگی در آنها و در نتیجه نارضایتی از زندگی زناشویی و کیفیت زندگی می‌شود [۵]. در واقع ناباروری بحرانی است که بر سلامت روانی افراد نابارور تأثیر می‌گذارد و سبب اختلال در روابط جنسی، کاهش صمیمیت، ترس از طلاق و جدایی، کاهش عزت‌نفس و اضطراب می‌شود و در نهایت کاهش رضایتمندی زناشویی و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد [۶]. رضایت زناشویی، وجود رابطه دوسانه منطقی، تفاهم، درک یکدیگر و

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها، تجربه‌ای استرس‌زا و بحرانی تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی است [۱]. ناباروری یعنی ناتوانی در باروری حداقل پس از یک سال مقاربت بدون حفاظت از حاملگی. شیوع ناباروری در جهان ۹ درصد است و حدود ۸۰ میلیون نفر نابارور هستند [۲]. ناباروری سبب تهدید سلامت روانی افراد نابارور می‌شود و پراسترس‌ترین دوره در زندگی این افراد است. همچنین پیامدهای زیادی را به دنبال خواهد داشت [۳]. در بیشتر مواقع، ناباروری به عنوان یک مشکل پزشکی بررسی شده و کمتر به ابعاد روحی، روانی، اجتماعی و فرهنگی آن توجه

مراکز درمان ناباروری و حمایت روانی ناکافی، سبب شد تا پژوهشگران تأثیر مشاوره شناختی- رفتاری را بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان نابارور به کمک آموزش مجازی تعیین کنند. نتایج این مطالعه می‌تواند بر رفع مشکلات روانی زنان نابارور و ارتقای سلامت آنها تأثیرگذار باشد.

روش کار

مطالعه حاضر کارآزمایی بالینی با رویکرد گروه مداخله و کنترل است که در شهریور تا اسفند ۱۳۹۷ با مشارکت ۶۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری اصفهان انجام شد. حجم نمونه مطالعه با استناد از مطالعات دیگر [۱۶]، با در نظر گرفتن خطای ۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، همچنین احتمال ریزش در هر گروه، حداقل ۳۰ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۴۵-۲۰، مسلمان بودن، داشتن ملیت ایرانی، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، نداشتن مدرک تحصیلی در رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره، اعتیادناداشتن به مواد مخدر و نداشتن بیماری شدید و شناخته‌شده جسمی و روانی بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل استفاده از داروهای آرام‌بخش در طی پژوهش، یا حادثه ناگوار طی درمان بود.

نمونه‌ها به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و گروه مداخله (۳۰ نفر) قرار گرفتند. شیوه تخصیص تصادفی به‌صورت تصادفی‌سازی متوالی ساده به روش پرتاب سکه بود. از این روش معمولاً برای ایجاد توالی تصادفی در کارآزمایی‌های دوگروهی استفاده می‌شود [۱۷]؛ به‌گونه‌ای که یکی از گروه‌های مطالعه، شیر و گروه دیگر خط در نظر گرفته شدند و براساس حجم نمونه مورد نظر به همان تعداد، سکه پرتاب شد و افراد به دو گروه تخصیص تصادفی یافتند. ابزارهای پژوهش شامل فرم مشخصات کلی واحدهای پژوهش، پرسشنامه اینریچ برای بررسی رضایت زناشویی اینریچ و پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL-BRE بود. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. قسمت فرم مشخصات کلی واحدهای پژوهش شامل اطلاعاتی درباره سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت درآمد بود. پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ ۱۰ سؤال دارد که با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم به ترتیب امتیاز ۵ تا ۱ داده می‌شود. سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۹ امتیازدهی معکوس دارند. هرچه جمع امتیازات بیشتر باشد،

ارضای نیازهای مادی و معنوی زن و مرد است [۷]. درواقع رضایت زناشویی تجربه فردی در ازدواج است که افراد آن را با توجه به میزان مسرت و خوشی در زندگی زناشویی ارزیابی می‌کنند. همچنین به معنای میزان رضایتی است که زوجین در روابط خود آن را احساس می‌کنند [۸]. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که از سلامت شخص، وضعیت روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی و ارتباط با محیط تأثیر می‌پذیرد؛ از این رو هر عاملی که تأثیری منفی بر احساس خوب بودن و توانایی فرد در فعالیت‌های روزانه داشته باشد، کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. بهبود کیفیت زندگی بر سلامت شخص، وضعیت روانی و روابط اجتماعی تأثیر مثبتی دارد [۹، ۱۰]. در این میان، عوامل مختلفی در کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد که ناباروری یکی از این عوامل دشوار است که مشکلات اجتماعی مهمی برای زوجین ایجاد می‌کند [۱۱، ۱۲].

تاکنون روش‌های گوناگونی از جمله مداخلات روان‌شناختی، درمان‌های شناختی رفتاری، برنامه‌های آموزشی، روان‌درمانگری و برنامه‌های مشاوره‌ای برای کمک به افراد نابارور طراحی و اجرا شده است. از این میان، مشاوره تأثیر مثبتی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس این افراد دارد و سبب افزایش میزان باروری آنها می‌شود؛ بنابراین برنامه‌های مداخله‌ای مشاوره باید به‌عنوان یک درمان کمکی در درمان ناباروری استفاده شود [۷]. Link و Darling در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که زنان نابارور در طی درمان، میزان اضطراب بالا و نارضایتی زناشویی بیشتری دارند [۱۳]؛ بنابراین مداخلات روان‌شناختی برای جلوگیری از آشفته‌گی‌های روانی و کاهش رضایت زناشویی و کاهش کیفیت زندگی که از پیامدهای ناباروری است، در زنان نابارور ضروری به نظر می‌رسد [۱۴].

در مطالعه Cousineau و همکاران، مداخله سلامت روانی به شیوه الکترونیک در زنان با تجربه ناباروری نشان می‌دهد، مداخله آموزشی الکترونیک می‌تواند تأثیرات مفیدی در حوزه‌های مختلف روانی داشته باشد و حتی ممکن است مؤثرتر از سایر شیوه‌های پرهزینه در زمینه درمان ناباروری باشد. نتایج مداخله الکترونیک بر سلامت روان زنان نابارور نشان می‌دهد، کاهش قابل توجهی در دغدغه‌های اجتماعی، اضطراب و همچنین سایر نگرانی‌های مرتبط با ناباروری مشاهده شده است [۱۵]؛ بنابراین با توجه به اهمیت سلامت روانی زنان نابارور، تأثیر احتمالی سلامت روان بر نتیجه درمان، رضایت زناشویی و در نتیجه کیفیت زندگی، همچنین احساس کمبود یک برنامه مشاوره در

زندگی و اختلال‌های عملکرد جنسی بود و پس از پایان از افراد خواسته شد سؤالات و نگرانی‌های خود در این باره را با مشاور مطرح کنند. مشاور نیز راهنمایی لازم را در این باره به آنها ارائه داد. چهارمین ویس در رابطه با تأثیر مشاوره شناختی-رفتاری بر زندگی و کنترل استرس و اضطراب ناشی از درمان بود. پنجمین ویس نیز درباره تکنیک‌های آرام‌سازی ارائه شد؛ بدین ترتیب که به معرفی و آموزش تکنیک آرام‌سازی و بیان فواید آن در بهبود و ارتقای سلامت پرداخته و سپس از واحد پژوهش خواسته شد تا تکنیک را در منزل انجام دهند. یک ماه بعد از آخرین جلسه آموزش مجازی، پرسشنامه استاندارد زناشویی و کیفیت زندگی دوباره تکمیل شد. برای مقایسه گروه‌ها از نظر تفاوت میانگین امتیاز رضایت زناشویی و کیفیت زندگی از t زوجی و برای بررسی اثر متغیرهای مداخله‌گر از آنالیز واریانس دوطرفه استفاده شد.

پژوهشگر پس از کسب موافقت کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد به شماره IR.IA U.NAJAFABAD.REC.1397.018 و ثبت کارآزمایی در سایت کارآزمایی بالینی ایران و اخذ کد به شماره IRCTID: IRCT20131110015349N3 با ارائه معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی به مسئولان مراکز درمان ناباروری مراجعه کرد و پس از شناسایی زوجین نابارور به معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش پرداخت. معیارهای ورود به مطالعه براساس چک‌لیست انتخاب واحد پژوهش در افرادی که تمایل به همکاری داشتند، بررسی شد. فرم رضایت آگاهانه نیز به همراه سایر پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس نتایج در گروه کنترل، زنان در محدوده سنی ۴۵-۲۰ با میانگین سن $3/57 + 29/83$ و در گروه مداخله در محدوده سنی ۳۸-۲۶ با میانگین سن $3/23 + 31/00$ سال بودند. نتیجه آزمون t مستقل اختلاف معنی‌داری بین میانگین سنی دو گروه نشان نداد ($P=0/190$ ، $t(58)=-1/327$). از نظر سطح تحصیلات بیشترین فراوانی مشاهده‌شده در کل نمونه (۴۳/۳ درصد) مربوط به زنان با تحصیلات لیسانس بود. در گروه‌های کنترل (۴۰/۰ درصد) و مداخله (۴۶/۷ درصد) نیز بیشترین فراوانی مشاهده‌شده مربوط به زنان با تحصیلات لیسانس بود. نتیجه آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی‌داری را در توزیع سطح تحصیلات بین دو گروه نشان نداد ($P=0/916$) و دو گروه از نظر

نشانه رضایت بیشتر از زندگی زناشویی است. روایی و پایایی در مطالعه Alidosti، Nakhaei و Khanjani و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه اینریچ فرم ده سؤالی ۷۴ درصد به دست آمد و از روایی و پایایی مناسب برخوردار بود [۱۸]. روایی پرسشنامه فوق نیز به روش محتوایی و صوری بررسی شد.

برای بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه WHOQOL-BREF استفاده شد. این پرسشنامه چهار جنبه از سلامت را ارزیابی می‌کند که شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط و حاوی ۲۴ سؤال است (هریک از جنبه‌های سلامت به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال هستند). دو سؤال اول به هیچ‌یک از جنبه‌های سلامت مربوط نیست و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی می‌سنجد؛ بنابراین این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال است. پس از محاسبات کافی در هر یک از جنبه‌ها امتیازی معادل ۲۰-۴ برای هر یک از جنبه‌های سلامت به تفکیک به دست آمد که در آن امتیاز ۴ نشان‌دهنده بدترین نشانه و امتیاز ۲۰ نشان‌دهنده بهترین وضعیت در آن جنبه مورد نظر از سلامت است [۱۹]. روایی و پایایی این پرسشنامه را Nejat و همکاران بررسی کردند و در مطالعه حاضر پایایی آن بار دیگر بررسی نشد [۲۰].

هنگام مشخص شدن نمونه‌ها از آنها شماره موبایل شخصی یا ایمیل گرفته شد. گروه کنترل مراقبت روتین را دریافت کردند. در گروه مداخله نیز مطالب آموزشی از طریق فضای مجازی (واتساپ) و به صورت ویس در اختیار فرد گذاشته شد. همچنین سؤالات فرد از طریق پیام یا تماس تلفنی پاسخ داده شد. محتوای مشاوره برای تعیین «اعتبار محتوا» در اختیار یک متخصص زنان و زایمان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و یک نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی قرار گرفت. محتوا و تعداد جلسات مشاوره براساس مطالعات قبلی انجام شد.

محتوای مشاوره شامل پنج ویس ۳۰ دقیقه‌ای بود بدین‌منظور گروه مداخله از طریق واتساپ، طی ۵ هفته، ۵ ویس ۳۰ دقیقه‌ای آموزشی و مشاوره‌ای دریافت کردند. همچنین سؤالات آنها از طریق پیام یا تماس پاسخ داده می‌شد. ویس اولین جلسه درباره ارائه اطلاعات در زمینه ناباروری و روش‌های درمان و نگرانی‌های زوجین در این باره بود. دومین ویس درباره آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی و سیکل قاعدگی، چگونگی تأثیر استرس و اضطراب بر تغییرات هورمونی سیستم باروری بود. سومین ویس در رابطه با رضایت زناشویی، مفهوم کیفیت

نداشت ($P=0/231$). همچنین در گروه مداخله امتیاز رضایت زناشویی در پس‌آزمون و پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/064$).

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد، اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون در سطح خطای ۵ درصد معنی‌دار است ($P<0/001$)، اما با کنترل عامل پیش‌آزمون، مقدار F برای تفاوت بین دو گروه معنی‌دار مشاهده نشد ($P=0/187$)، $F(1,57)=1/784$ ؛ بدین معنا که با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین امتیازات رضایت زناشویی آزمودنی‌های دو گروه در پس‌آزمون وجود ندارد. مقدار مجذور آتا برابر است با $0/30$ ، یعنی تنها حدود ۳ درصد از تغییرات رضایت زناشویی ناشی از تفاوت در گروه‌های آزمایشی است؛ بنابراین اجرای مداخله سبب ایجاد تغییر معنادار در میزان رضایت زناشویی زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل نبوده است. در **جدول ۱**، نتایج آنالیز کوواریانس در مقایسه با میانگین امتیاز پس‌آزمون رضایت زناشویی آزمودنی‌های دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون آمده است.

توزیع سطح تحصیلات همگن بودند. براساس نتایج، ۷۰ درصد از زنان گروه کنترل و ۸۰ درصد از زنان گروه مداخله خانهدار بودند. نتیجه آزمون کای‌دو اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر وضعیت شغلی نشان نداد ($P=0/371$)، $\chi^2(1)=0/800$ و دو گروه از نظر توزیع شغلی همگن بودند. براساس نتایج، از نظر میزان درآمد، بیشترین فراوانی مشاهده در گروه‌های کنترل ($83/3$ درصد) و مداخله ($63/3$ درصد) و همچنین در کل نمونه ($73/3$ درصد) مربوط به افراد با درآمد متوسط بود. نتیجه آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر وضعیت درآمد نشان نداد ($P=0/251$) و دو گروه از نظر درآمد همگن بودند. نتایج نشان می‌دهد در گروه کنترل میانگین امتیاز رضایت زناشویی قبل از مداخله $4/47 \pm 31/17$ بود که پس از مداخله به $4/35 \pm 31/33$ رسید. در گروه مداخله، میانگین امتیاز رضایت زناشویی قبل از مداخله $4/45 \pm 30/40$ بود که پس از مداخله به $3/91 \pm 31/30$ افزایش یافت. میانگین امتیاز رضایت زناشویی آزمودنی‌های گروه کنترل در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری

جدول ۱. نتایج آنالیز کوواریانس در مقایسه با میانگین امتیاز پس‌آزمون رضایت زناشویی آزمودنی‌های دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور آتا
پیش‌آزمون	۸۱۳/۶۵۶	۱	۸۱۳/۶۵۶	۲۶۱/۵۶۷	$<0/001$	۰/۸۲۱
بین‌گروهی	۵/۵۵۰	۱	۵/۵۵۰	۱/۷۸۴	۰/۱۸۷	۰/۰۳۰
خطا	۱۷۷/۳۱۰	۵۷	۳/۱۱۱			

نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون در سطح خطای پنج درصد معنادار است ($P<0/001$). همچنین با کنترل عامل پیش‌آزمون، مقدار F برای تفاوت بین دو گروه معنادار مشاهده شد ($P<0/001$)، $F(1,57)=18/348$ ؛ بدین معنا که با کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین امتیازات کیفیت زندگی آزمودنی‌های دو گروه در پس‌آزمون مشاهده شد. همچنین میانگین امتیاز پس‌آزمون در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر بوده است. مقدار مجذور آتا نیز برابر است با $0/244$ ؛

براساس نتایج، در گروه کنترل میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل از مداخله $7/52 \pm 54/19$ بود که پس از مداخله به $6/17 \pm 54/50$ رسید. در گروه مداخله، میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل از مداخله $12/89 \pm 58/83$ بود که پس از مداخله به $12/49 \pm 63/22$ افزایش یافت؛ به عبارتی دیگر، میانگین امتیاز کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه کنترل در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری نداشت ($P=0/679$)، اما در گروه مداخله در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معناداری افزایش داشته است ($P<0/001$).

مقایسه با گروه کنترل شده است. در [جدول ۲](#)، نتایج آنالیز کوواریانس در مقایسه با میانگین امتیاز پس‌آزمون کیفیت زندگی آزمودنی‌های دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

بدین معنا که حدود ۲۴ درصد از تغییرات کیفیت زندگی ناشی از تفاوت در گروه‌های آزمایشی است؛ بنابراین اجرای مداخله سبب افزایش معنی‌داری در کیفیت زندگی زنان نابارور در

جدول ۲. نتایج آنالیز کوواریانس در مقایسه با میانگین امتیاز پس‌آزمون کیفیت زندگی آزمودنی‌های دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۴۶۰۱/۵۷۷	۱	۴۶۰۱/۵۷۷	۲۵۶/۰۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۱۸
بین‌گروهی	۳۲۹/۶۸۴	۱	۳۲۹/۶۸۴	۱۸/۳۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۴
خطا	۱۰۲۴/۲۲۴	۵۷	۱۷/۹۶۹			

بحث

که نتیجه گرفتند در بررسی شیوه‌های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوجین نابارور و بارور تفاوت فراوانی وجود ندارد [۲۳]. مطالعه Aviv, Leiblum, و Hamer نیز نشان می‌دهد که سازگاری زناشویی در سه گروه IVF موفق، IVF ناموفق بدون فرزندخوانده، IVF ناموفق با فرزندخوانده تفاوت فراوانی نداشته است [۲۴]. در مقابل مطالعات Noorbala و همکاران نشان می‌دهد، درمان‌های شناختی- رفتاری نقش بسزایی در افزایش رضایتمندی زناشویی دارند [۲۵]. Farrokh Eslamlou نیز نشان داد که یک ماه پس از مشاوره در گروه مداخله، رضایت جنسی زنان از گروه کنترل بیشتر بود [۲۶]. براساس مطالعه Vizheh و Pak Gohar نیز مشاوره سبب بهبود رضایتمندی جنسی در زنان نابارور می‌شود [۲۷].

براساس نتیجه آزمون t زوجی میانگین امتیاز کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه کنترل در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری نداشت، اما در گروه مداخله در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون به‌طور معنی‌داری افزایش داشته است. در مطالعه Monga و همکاران به این نکته اشاره شد که فرزنددار شدن اغلب یک توقع مهم از ازدواج است و برای بیشتر زوج‌ها بچه‌دار شدن پیامد قابل‌انتظار جنسی است. در این میان فشارهای اجتماعی و اطرافیان برای ادامه نسل می‌تواند سبب فشار روانی و در نتیجه کاهش رضایت زناشویی و از طرفی کیفیت زندگی زوجین نابارور شود [۲۸]. نتایج مطالعه Goli و Ahmadi نشان می‌دهد که سطح کیفیت زندگی در زنان نابارور پایین است و نازایی تأثیر منفی بر کیفیت زندگی این افراد دارد [۲۹]. همچنین مطالعه Hamzeh Pourhaghghi, Ghorban Shiroodi

براساس نتایج مطالعه، هرچند میانگین امتیاز رضایت زناشویی بعد از مداخله در مقایسه با قبل مداخله در آزمودنی‌های گروه کنترل و در گروه مداخله افزایش داشته است، میانگین امتیاز رضایت زناشویی آزمودنی‌های گروه کنترل در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری نداشته است. همچنین در گروه مداخله امتیاز رضایت زناشویی در پس‌آزمون و پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همسو با این مطالعه، Sexton و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که مداخله مقابله با استرس ناباروری به‌صورت مجازی سبب کاهش علائم مربوط به استرس عمومی زنان نابارور شده است، اما تفاوت آماری میان دو گروه از نظر استرس درک‌شده ناباروری به وجود نیامده است [۲۱]. همچنین Cousineau و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند، مداخله آموزش روانی به شیوه مجازی سبب بهبود نمره خرده‌آزمون موضوعات اجتماعی پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن در مقایسه با گروه کنترل نشده است [۱۵]. هرچند مشاوره و آموزش مجازی تأثیر مثبتی در جهت ارتقای سلامت روانی زوجین دارد، به‌اندازه مشاوره حضوری تأثیرگذار نیست. در واقع با توجه به ماهیت مجازی بودن مداخله، ممکن است متغیرهای مداخله‌گر وجود داشته باشد که از کنترل محققان نیز خارج و بر نتیجه اثرگذار بوده است.

Barth و Znoj, Hämmerli در مطالعه خود بیان کردند که مداخلات روان‌شناختی در زنان نابارور تأثیری بر بهبود سلامت روان شامل افسردگی، اضطراب و دیسترس‌های روانی ندارد [۲۲]. نتایج مطالعه حاضر همسو با مطالعه Mazaheri و همکاران است

حضوری انجام گیرد. نتایج این مطالعه می‌تواند موجب ارتقای کیفیت مراقبت‌های درمانی افراد نابارور شود.

سیاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد پرستاری و مامایی فلاورجان به‌دلیل تصویب و حمایت مالی با شماره ثبت ۳۰۱/۲۸۴۱۲ این طرح تشکر و قدرانی می‌شود. همچنین پژوهشگران از همه زنان ناباروری که در این مطالعه شرکت کردند، مسئولان محترم مراکز ناباروری اصفهان و همه عزیزانی که از مقالات ایشان در این پژوهش استفاده شد، کمال تشکر را دارند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد پرستاری و مامایی فلاورجان، ایران، تامین شده است.

و Tizdast نشان می‌دهد، مشاوره گروهی با رویکرد مشارکتی سبب کاهش استرس اختصاصی ناباروری در جنبه‌های مختلف زندگی از جمله کاهش دغدغه‌های جنسی در زنان نابارور می‌شود و کیفیت زندگی آنها را افزایش می‌دهد [۳۰]. در این مطالعه نیز مشخص شد مشاوره و آموزش سبب بهبود روابط زوجین می‌شود؛ به همین دلیل کیفیت زندگی در آنها افزایش می‌یابد. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش بعد از مداخله دو جلسه گروهی مشاوره برای هر دو گروه برگزار شد.

نتیجه‌گیری

مشاوره شناختی-رفتاری به‌کمک آموزش مجازی سبب ایجاد تغییری معنی‌دار در میزان رضایت زناشویی زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل نبوده است، اما به نظر می‌رسد این مشاوره‌ها سبب افزایش رضایت زناشویی در این گروه شده است و این امر به افزایش معنی‌دار در کیفیت زندگی این افراد انجامیده است. پیشنهاد می‌شود برای حصول نتایج بهتر، مشاوره درباره رضایت زناشویی در زوجین به‌صورت هم‌زمان انجام شود و تعدادی از جلسات مشاوره به‌صورت مجازی و تعدادی به‌صورت

References

1. Bushnik T, Cook JL, Yuzpe AA, Tough S, Collins J. Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Hum Reprod.* 2012 Mar 1;27(3):738-46. [DOI:10.1093/humrep/der465] [PMID] [PMCID]
2. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007;22(6):1506-12. [DOI:10.1093/humrep/dem046] [PMID]
3. De Berardis D, Mazza M, Marini S, Del Nibletto L, Serroni N, Pino MC, Valchera A, Ortolani C, Ciarrocchi F, Martinotti G, Di Giannantonio M. Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter.* 2014;165(3):163-9.
4. Haririan HR, Mohammadpour Y, Aghajanloo A. Prevalence of depression and contributing factors of depression in the infertile women referred to Kosar infertility center, 2009. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecol Infertil.* 2010;13(2):45-9.
5. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med.* 2014;12(2):131.
6. Terzioglu F, Turk R, Yucel C, Dilbaz S, Cinar O, Karahalil B. The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. *African Health Sci.* 2016;16(2):441-50. [DOI:10.4314/ahs.v16i2.12] [PMID] [PMCID]
7. Behdani F, Erfanian M, Hebrani P, Hojat SK. Prevalence of depression and related factors in infertile women referred to Montaserie infertility clinic in Mashhad. *J Fundam Ment Health.* 2005; 23&24:141-146
8. Solati K, Lo'Bat Ja'Farzadeh AH. The effect of stress management based on group cognitive-behavioural therapy on marital satisfaction in infertile women. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(7):VC01. [DOI:10.7860/JCDR/2016/17836.8077] [PMID] [PMCID]
9. Clayton D. Correlates of quality of life patient with MS. *Rehab Nursing.* 1995;19:634-7.
10. Cella DF. Quality of life: concepts and definition. *J Pain Symp Manag.* 1994;9(3):186-92. [DOI:10.1016/0885-3924(94)90129-5]
11. Yaghmaei F, Mohammadi S, Majd HA. Developing "quality of life in infertile couples questionnaire" and

- measuring its psychometric properties. *J Reprod Infertil.* 2009;10(2).
12. Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro MC, Soares I. Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Hum Reprod.* 2012 Feb 1;27(2):496-505. [DOI:10.1093/humrep/der388] [PMID]
 13. Link PW, Darling CA. Couples undergoing treatment for infertility: Dimensions of life satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 1986;12(1):46-59. [DOI:10.1080/00926238608415393] [PMID]
 14. Shokrollahzadeh M, Forouzes M, Hosseini H. The effect of cognitive behavioral couple therapy on marital conflicts and marital burnout. *Family Pathology, Counseling and Enrichment Journal.* 2017;3(1):115-31.
 15. Cousineau TM, Green TC, Corsini E, Seibring A, Showstack MT, Applegarth L, Davidson M, Perloe M. Online psychoeducational support for infertile women: a randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2008;23(3):554-66. [DOI:10.1093/humrep/dem306] [PMID] [PMCID]
 16. Mohammady M, Janani L. [Randomization in randomized clinical trials: From theory to practice]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran Uni Med Sci.* 2016; 22(2): 102-114.
 17. Latifnejad Rudsari R, Rasoulzadeh Bidgoli M, Mousavifar N, Modares Gharavi M. Investigating the effect of infertility participatory counseling on perceived stress in infertile women treated with IVF. *Iran J Obstet, Gynecol Infertil.* 2011; 14 (4): 22-31.
 18. Alidosti A., Nakhaei N, Khanjani N. Reliability and validity of Kansas and Inrich marriage questionnaires abbreviated in Persian. *J Health Dev.* 2015; 4(2): 167-158
 19. WHOQOL-BREF WH. Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment-Field Trial Version. Geneva, Switzerland. 1996.
 20. Nejat SA, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad KA, Majdzadeh SR. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.* 2006;4(4):1-2.
 21. Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Jacobs NN. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(4):347-58. [DOI:10.1007/s00737-009-0142-x] [PMID]
 22. Hämmerli K, Znoj H, Barth J. The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reprod Update.* 2009;15(3):279-95. [DOI:10.1093/humupd/dmp002] [PMID]
 23. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Imani ZF, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. *J Reprod Infertil.* 2001;8(2):22-23.
 24. Leiblum SR, Aviv A, Hamer R. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Human reproduction (Oxford, England).* 1998;13(12):3569-74. [DOI:10.1093/humrep/13.12.3569] [PMID]
 25. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Malakafzali H, Abedinia N, Rahimi Foroushani A, Shariet M. Effectiveness of psychiatric interventions on depression rate in infertile couples referred to Vali-Asr. *Hakim Res J.* 2008;10(4):17-26.
 26. Farrokh Eslamlou HR, Hajishafiha M, Kazemi ES, Oshnouei S. Impact of primary infertility on life quality in Urmia, Iran. *J Urmia Univ Med Sc.* 2014;25(7):598-604.
 27. Vizheh M, Pak Gohar M, Rouhi M, Veisy A. Impact of Gender Infertility Diagnosis on Marital Relationship in Infertile Couples: A Couple Based Study. *Sexuality and Disability.* 2015;33(4) :457-468. DOI: 10.1007/s11195-015-9417-5 [DOI:10.1007/s11195-015-9417-5]
 28. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology.* 2004;63(1):126-30. [DOI:10.1016/j.urology.2003.09.015] [PMID]
 29. Goli M, Ahmadi S. Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008. *Sci J Ilam Uni Med Sci.* 2012;20(3):63-70.
 30. Hamzeh Pourhaghghi T, Ghorban Shiroodi Sh, Tizdast T, The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on the Reduction of Anxiety in Infertile Women. *Eu J Exp Biol.* 2009;2(5):415-419.