

مقاله اصلی

اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۷/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۰۱

خلاصه

مقدمه: ناباروری، آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی فراوانی برای زنان نابارور ایجاد می‌کند که ضروری است با بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی مناسب نسبت به کاهش این آسیب‌ها اقدام شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان نابارور شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ زن نابارور با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). گروه آزمایش کیفیت زندگی درمانی (فریش، ۲۰۰۶) را طی دو ماه در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه فرسودگی زناشویی (پاینز، ۱۹۹۶) و پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور تأثیر معنادار داشته ($p < 0/001$) و توانسته منجر به کاهش فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که کیفیت زندگی درمانی با بهره‌گیری از فونونی همانند توجه به ارزش‌ها و زندگی معنوی، بهداشت و سلامت جسمی، بازی و تفریح، عشق و بهبود رابطه با دوستان، فرزندان، اقوام و بستگان و همسر می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی درمانی، فرسودگی زناشویی، پریشانی روان‌شناختی، زنان

نابارور

مهرانگیز فرازمنند^{۱*}

ساسان ابراهیمی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد

اسلامی، واحد اهر، اهر، ایران.

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، موسسه

آموزش عالی صفهان، اصفهان، ایران.

Email: Mehrazizfarazmand27@gmail.com

مقدمه

در بین تمامی نهادها، سازمان‌ها و مؤسسات اجتماعی، خانواده دارای مهم‌ترین، ارزشمندترین و اثربخش‌ترین نقش‌ها است؛ و از اهمیت تربیتی و اجتماعی برخوردار است. از آنجا که نهاد خانواده مولد نیروی انسانی و معبر سایر نهادهای اجتماعی است، از ارکان اساسی هر جامعه به شمار می‌رود (نقی‌نسب اردهائی، جاجرمی و محمدی‌پور، ۱۳۹۷)؛ که امروزه بر اساس اصول و هنجارهایی ویژه شکل می‌گیرد و حفظ و ارتقای آن از ارزشی بسیار برخوردار است (ماخانوا، مک‌نالتی، اکل، نیکنوا و مانر^۱، ۲۰۱۸). یکی از عوامل اصلی قوام و تداوم خانواده‌ها، تولد فرزند است. اما تمام ازدواج‌ها به باروری نمی‌انجامند و بعضی از آن‌ها ناخواسته گرفتار تراژدی نازایی و ناباروری^۲ می‌شوند. مسئله ناباروری و آثار آن در جوامع بشری آنچنان بعد وسیعی دارد که جایی برای تردید باقی نمی‌گذارد (الیاسی، ۱۳۹۴؛ ژانگ و لی^۳، ۲۰۱۷). پدیده ناباروری با داشتن شرایط یک حادثه بحران‌ساز، یعنی طول مدت، شرایط پیچیده، عدم قابلیت پیش‌بینی و غیرقابل کنترل بودن شرایط، بحران همه‌جانبه‌ای را در زندگی زوجین نابارور ایجاد کرده و مشکلات و آسیب‌های مختلفی را به همراه می‌آورد (کریمی، مکاری و شلانی، ۱۳۹۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که فشارهای روانی و نگرانی حاصل از ناباروری بر عملکرد فیزیولوژی بدن اثر مستقیم به جا گذاشته و در نهایت بر ناباروری تاثیر منفی می‌گذارد (برینگر، کسلر، هاوارد، پاساپاتی و میکلتان^۴، ۲۰۱۸). علاوه بر این نتایج حاصل از پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که سطح تنش و اضطراب پایین‌تر و مداخلات روان‌شناختی امکان‌باروری در زوجین را افزایش می‌دهد (ایزدی و سجادیان، ۱۳۹۶؛ همرلی، نوج و برث^۵، ۲۰۰۹).

بروز مشکلات ناباروری در زنان می‌تواند منجر به فرسودگی زناشویی^۶ در نزد آنان شود (نیکویخت، کریمی و بهرامی، ۱۳۹۰؛ ابهر زنجانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ صیادی، شاه حسینی تازیکن، مدنی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۶). فرسودگی زناشویی کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت

همراه است (اردشیری لردجانی و شریفی، ۱۳۹۷). از نظر لینگرن^۷ (۲۰۰۳)؛ به نقل از کریمی، کرمی و دهقان، ۱۳۹۳) فرسودگی از پا افتادن جسمی و عاطفی و روانی است که از عدم تناسب بین توقعات ناشی می‌شود. فرسودگی روندی تدریجی است و به ندرت به طور ناگهانی بروز می‌کند. در واقع صمیمیت و عشق به تدریج رنگ می‌بازد و به همراه آن احساس خستگی عمومی عارض می‌شود. در شدیدترین نوع آن، این فرسودگی منجر به فروپاشی رابطه می‌شود (پینز، نیل، هامر و ایکسون^۸، ۲۰۱۱). بر این اساس فرسودگی زناشویی نتیجه فرایند فرسایش است که در آن افراد با انگیزه و متعهد روحیه‌شان را از دست می‌دهند. از آنجا که فرسودگی زناشویی کاهش عشق و علاقه و افزایش رفتارهای خصمانه را بدنبال دارد، می‌تواند به نارضایتی زناشویی منجر شده و بنیان خانواده را متزلزل سازد (هاستون^۹، ۲۰۰۹).

علاوه بر این شیخ‌سجادیه و آتش‌پور (۱۳۹۶) و یوسف، مایتام، آمدو، احمد و ام بیبو^{۱۰} (۲۰۱۲) نشان داده‌اند که زنان نابارور به دلیل تجربه ناباروری، پریشانی روان‌شناختی^{۱۱} عمیق و شدیدی را تحمل می‌کنند که این شرایط می‌تواند منشا مداوم استرس‌های اجتماعی و روان‌شناختی گشته و روند زندگی عادی زنان نابارور را با آسیب‌های جدی مواجه سازد. پریشانی روان‌شناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب را تجربه می‌شود (مارگو-درمر، دپلتا، گیرارد و هادون^{۱۲}، ۲۰۱۹). افزون بر این، پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (تیزدل و آنتال^{۱۳}، ۲۰۱۶). نتایج مطالعات بیانگر این است که پریشانی روان‌شناختی به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (ویتن^{۱۴}، ۲۰۰۷؛ گیاسی^{۱۵}، ۲۰۱۹). پریشانی روان‌شناختی سبب می‌شود که به مرور زمان تحمل پریشانی افراد نیز کاهش یافته و رفتارهای ناسازگارانه بیشتری را از خود نشان دهد. تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده خودگزارشی یک

7. Lyngm

8. Pines, Neal, Hammer, Icekson

9. Huston

10. Yusuf, Maitama, Amedu, Ahmed, Mbibu

11. psychological distress

12. Margo-Dermer, Dépelteau, Girard, Hudon

13. Teasdale, Antal

14. Wheaton

15. Gyasi

1. Makhanova, McNulty, Eckel, Nikonova, Maner

2. Infertility

3. Zhang, Li

4. Biringer, Kessler, Howard, Pasupathy, Mykletun

5. Hämmerli, Znoj, Barth

6. Marital Burnout

ادراک حوزه‌ها^۶(A). استانداردهایی برای تحقق این حوزه‌ها^۷(S)، اهمیتی که برای شادکامی کلی نسبت به یک حوزه قائل می‌شود^۸(I). رضایتمندی یک شخص در دیگر حوزه‌های مهم، که فرد فعلاً به آن اهمیت نمی‌دهد^۹(O) (امامی و کجباف، ۱۳۹۳).

با توجه به پیامدهای نامطلوب عدم توجه به مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و زناشویی زنان نابارور و بروز پدیده فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی و تاثیرات گسترده این متغیرها بر روند زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی این زنان و این که می‌تواند زندگی خانوادگی و اجتماعی زنان نابارور را با آسیب جدی مواجه سازد، ضروری است اقدامات مقتضی برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، خانوادگی و زناشویی این افراد صورت گیرد. بنابراین با توجه به تاثیر کیفیت زندگی درمانی بر بهبود مشکلات روانی، رفتاری، زناشویی و هیجانی، و از سوی دیگر به دلیل عدم انجام پژوهش مشابه، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سوال است که آیا کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور تاثیر دارد؟

روش کار

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مرکز درمانی زنان نابارور، فرم‌های شرکت در پژوهش داوطلبانه به انضمام توضیحات لازم در بین زنان نابارور مراجعه کننده به این مرکز توزیع شد. سپس با جمع‌آوری فرم‌های شرکت در پژوهش، زنان داوطلب شرکت در پژوهش مشخص شد. سپس جلسه‌ای برای این افراد آنها ترتیب داده شد تا رضایت آنان جهت شرکت در پژوهش کسب گردد. سپس از بین افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش دارند، ۳۰ زن نابارور به شکل تصادفی انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن نابارور در گروه آزمایش و ۱۵ زن نابارور در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به کیفیت زندگی درمانی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی

فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی، یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود. همچنین از بعد جسمانی رفتاری، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (مک کیلوپ و دویت^۱، ۲۰۱۳).

بکارگیری روش‌های آموزشی و درمانی در عموم پژوهش‌های مرتبط، برای مراقبین سالمندان مغفول مانده است. یکی از رویکردهای درمانی که در سال‌های اخیر مورد توجه محققان و پژوهشگران قرار گرفته است، کیفیت زندگی درمانی^۲ است که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (نجارزادگان و فرهادی، ۱۳۹۸؛ رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷؛ قدم‌پور، یوسف‌وند، فرخزادیان، حسوند و یوسف‌وند، ۱۳۹۶؛ رستمی، ابوالقاسمی و نیمانی، ۱۳۹۵؛ امامی و کجباف، ۱۳۹۳؛ ایزدی‌خواه، عابدی، فاتحی‌زاده و پاداش، ۱۳۹۱). کیفیت زندگی احساسی از رضایت یا عدم رضایت، در مورد جنبه‌های مختلف و مهم زندگی می‌باشد (کارنی، یگار، ماگیر و تویز^۳، ۲۰۱۹). این رویکرد درمانی که توسط فریش^۴ (۲۰۰۶) فریش پایه‌گذاری شده، با ترکیب رویکرد شناختی- رفتاری و روان‌شناسی مثبت به همراه استفاده از استعاره، تن‌آرامی و مراقبه، تلاش دارد تا بتواند مولفه‌های روان‌شناختی نوجوانان را تحت تاثیر قرار دهد (رضایی و فرهادی، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی درمانی به لحاظ عملی وابستگی زیادی به فنون شناختی- رفتاری دارد اما از نظر رویکرد اتکا زیادی به روان‌شناسی مثبت‌نگر دارد. هدف کیفیت زندگی درمانی عبارت است از: افزایش خودمراقبتی حرفه‌ای با غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی، در کیفیت زندگی درمانی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه به شیوه اندیشمندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۶). این رویکرد یک مدل پنج راهه به نام CASIO در زمینه رضایت از زندگی به مثابه طرح و نقشه‌ای برای کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناسی مثبت برای درمان‌جویان مشخص می‌کند. مدل CASIO برای افزایش رضایتمندی و شادی تشکیل شده است از: شرایط عینی یک حوزه یا شرایط زندگی^۵ (C). نگرش نسبت به

6. Attitude toward perceptions of domains

7. standards for realizing these areas

8. importance

9. Other areas

1. MacKillop, De Wit

2. Quality of Life Therapy

3. Carney, Yager, Maguire, Touyz

4. Frisch

5. conditions of life

۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ است که بین ۴-۰ نمره گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر نشان دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب (CIDI) می‌باشد. همچنین ارتباط کمتر ولی معنادار میان نمرات پرسشنامه و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد (واسیلیادیس، چادزینسکی، گوتیجو-گارا و پرویل^۵، ۲۰۱۵). افزون بر آن، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربال‌گری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشد و نیز این ابزار برای مهار و نظارت‌های بعد از درمان مناسب است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربال‌گری و شناسایی اختلالات روانی است (گرین و کراکی^۶، ۲۰۱۰). چنانکه واسیلیادیس و همکاران (۲۰۱۵) و اندرسون^۷ و همکاران (۲۰۱۱) پایایی و روایی محتوایی این پرسشنامه را بر جمعیت سالمندان قابل قبول گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۱۳۹۴) نیز در ایران در پژوهشی روایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران پایایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه گردید.

روند اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان نابارور انتخاب شده (۳۰ زن نابارور) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ زن). گروه آزمایش مداخله ۸ جلسه‌ای کیفیت زندگی درمانی را در طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. برنامه مداخله‌ای در پژوهش حاضر برگرفته از برنامه کیفیت زندگی درمانی فریش (۲۰۰۶) بود که از پژوهش نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸) اقتباس شده است. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان نابارور برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند

است که گروه گواه هیچگونه مداخله روان‌شناختی را در طول پژوهش دریافت نکرد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن ناباروری، اعلام رضایت و آمادگی جهت شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و بروز مشکل و یا رخداد پیش‌بینی نشده بود.

ابزار

پرسشنامه فرسودگی زناشویی^۱

پرسشنامه دلزدگی زناشویی توسط پاینز^۲ در سال ۱۹۹۶ ابداع گردید. این پرسشنامه ۲۰ ماده دارد که شامل ۳ جزء اصلی خستگی جسمی (مثلاً احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب)، از پا افتادن عاطفی (احساس افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و از پا افتادن روانی (مثل احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) می‌باشد. تمام این موارد روی یک طیف هفت امتیازی پاسخ داده می‌شوند. سطح ۱ معرف عدم تجربه عبارت مورد نظر و سطح ۷ معرف تجربه زیاد عبارت مورد نظر. طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت (از ۱= هرگز تا ۷= همیشه) است (نادری، افتخار و آملازاده، ۱۳۸۸). کمترین نمره در این پرسشنامه ۲۰ و بیشترین نمره ۱۴۰ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده احساس دلزدگی زناشویی بیشتر است. ضریب قابلیت اعتماد آزمون- بازآزمون ۰/۸۹ برای یک دوره یک ماهه، ۰/۷۶ برای یک دوره دو ماهه، و ۰/۶۶ برای دوره چهارماهه به دست آمده است. تداوم درونی برای اغلب آزمودنی‌ها با ضریب ثابت آلفا سنجیده شد، که بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ بود (پاینز، ۱۹۹۶). در ایران نیز نعیم (۱۳۸۷) این پرسشنامه را بر ۲۴۰ نفر بررسی نمود و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش اردشیری لردجانی و شریفی (۱۳۹۷) برای نمره کلی ۰/۸۹ و برای ابعاد آن از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بدست آمد. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر برای نمره کلی ۰/۸۸ و برای ابعاد آن از ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ بدست آمد.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی^۳

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر^۴ و همکاران (۲۰۰۲) به صورت

۱. Marital Satisfaction Questionnaire

۲. Pines

۳. Psychological distress questionnaire

۴. Kessler

۵. Vasiliadis, Chudzinski, Gontijo-Guerra, Préville

۶. Green, Karraki

۷. Anderson

نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۱- خلاصه جلسات کیفیت زندگی درمانی (برگرفته از فریش، ۲۰۰۶)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری؛ تعیین اهداف گروه؛ ذکر قوانین گروه و تأکید بر توجه کامل مباحث و تمرین‌های مربوطه؛ آشنایی آنان با مفاهیم کیفیت زندگی درمانی (ارائه تصویر درختی از شانزده حیطه کیفیت زندگی). مشخص کردن رضایت از زندگی هر یک از اعضاء در شانزده حیطه کیفیت زندگی. بیان هدف دوره و منطبق درمان؛ تکلیف منزل: ذکر توانمندی‌های خود در حدود یک صفحه.
جلسه دوم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ تعریف کیفیت زندگی، رضایت از زندگی زناشویی؛ اجرای مقیاس کیفیت زندگی، نمره‌گذاری بر اساس میزان رضایت؛ آشنایی اعضا با پنج راه رسیدن به رضایت از زندگی؛ مشخص کردن پنج بعد رضایت برای هر حیطه و رتبه‌بندی حیطه‌ها برای عملکرد بهتر؛ معرفی ابعاد کیفیت زندگی درمانی همراه با معرفی پنج ریشه افزایش رضایت از زندگی. کار بر روی شرایط عینی و تغییر نگرش به منظور افزایش رضایت از زندگی مبتنی بر پنج ریشه مطرح شده در کیفیت زندگی درمانی (CASIO). ارزیابی اهداف در شانزده بُعد زندگی و اجرای تکلیف کیک شادمانی؛ بررسی علل نارضایتی در هر حیطه؛ تکلیف (تکمیل کاربرگه نظارت هرروزه بر ابعاد زندگی و ترسیم کیک شادمانی)؛ تعریف اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت برای هر حیطه؛ تکلیف منزل: نوشتن نامه به اشخاص برای عرض قدردانی.
جلسه سوم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنا کردن گروه آزمایش با مسایل تأثیرگذار همچون ارتباط در خانواده، حمایت و پذیرش اعضا، نوشتن داوطلبانه افکار توسط چند نفر از اعضاء بر تابلو؛ آموزش جایگزین‌سازی افکار غیرمنطقی با افکار منطقی؛ بررسی اصول و فرض‌های زیربنایی افکار؛ شناسایی باورهای محوری افکار غیرمنطقی و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی؛ تکلیف منزل: داده‌های ثبت شده روزانه و استرس و طرح پرسش‌های ذهن.
جلسه چهارم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با سه محور بهبود کیفیت زندگی: غنای درونی، کیفیت زمان و معنای زندگی؛ تعریف غنای درونی، معرفی ابعاد غنای درونی و راه‌های رسیدن به غنای درونی؛ درک نیمرخ روانی و آموزش چگونگی کیفیت و تحلیل آن؛ تعریف کیفیت زمان، بررسی فنون رسیدن به کیفیت زمان؛ تعیین اهداف واقع بینانه به عنوان سومین ریشه از پنج ریشه (یعنی S)؛ کار بر روی تغییر اولویت یا مسائل مهم زندگی و افزایش رضایت در دیگر حوزه‌های زندگی که قبلاً احساس می‌شده در آن رضایت پایین است؛ تکلیف منزل: کاربرگ اهداف درازمدت در حیطه‌های مختلف زندگی.
جلسه پنجم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با سایر فنون کیفیت زمان، یافتن معنای زندگی و فنون آن؛ آموزش راه‌های افزایش رضایت زناشویی؛ تعریف معنا و راه‌های رسیدن به آن، بیان اهداف معناآفرین؛ آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی با تأکید بر این امر که کیفیت زندگی درمانی دارای اصول و قواعدی برای تغییر رضایت از ابعاد مختلف زندگی است؛ تکلیف منزل: فهرست اصول شادمانی.
جلسه ششم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با پنج بعد رضایت از زندگی و کاهش عاطفه منفی؛ مروری بر مدل پنج‌گانه رضایت؛ توضیح فن تغییر نگرش و عاطفه منفی، بیان منطق آن، آموزش تمرین‌های مرتبط با تغییر نگرش و عاطفه؛ ادامه آموزش اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی؛ تکلیف منزل: تمرین‌های آگاهانه مراقبه.
جلسه هفتم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با پنج بعد رضایت از زندگی و افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی؛ توضیح من اهداف را تغییر بده؛ آموزش فنون تغییر اهداف؛ آموزش فنون تغییر اولویت‌ها؛ آموزش فنون تقویت رضایت‌مندی در سایر حیطه‌ها؛ ادامه آموزش اصول شانزده‌گانه کیفیت زندگی درمانی؛ تکلیف: استفاده از اصول شادکامی و ثبت خردمندانه افکار به شکل روزانه.
جلسه هشتم	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مرور تکالیف انجام شده؛ آشنایی اعضا با سه روش تکمیلی بهبود کیفیت زندگی؛ آموزش تممیم CASIO در تمامی ابعاد و بکارگیری اصول درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در زندگی واقعی؛ جمع‌بندی مباحث دوره آموزشی؛ تکلیف: تمرین برنامه فعالیت روزانه.

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که زنان نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۷ تا ۴۵ سال بودند که در این بین دامنه سنی ۳۲ تا ۳۵ سال دارای بیشترین فراوانی بود (۳۶/۶۶ درصد). از طرفی این زنان دارای سطح تحصیلات سیکل تا فوق لیسانس بودند که در این بین سطح تحصیلات دیپلم بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود (۳۰ درصد). میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش (فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	مولفه‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۹/۱۴	۶۱/۱۳	۹/۷۳	۷۳/۳۳	گروه آزمایش	فرسودگی زناشویی
۹/۷۱	۷۲/۴۶	۸/۵۷	۷۰/۶۰	گروه گواه	
۴/۲۰	۱۸/۳۳	۴/۶۹	۲۶/۸۰	گروه آزمایش	پریشانی روان‌شناختی
۴/۹۸	۲۶/۷۳	۴/۱۳	۲۷/۳۳	گروه گواه	

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0/05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نیز برقرار بوده است ($p > 0/05$). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0/05$). در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی برقرار بوده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی اثر کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور

ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
۰/۸۰	۵۱/۵۲	۲	۲۵	
۰/۱۹	۵۱/۵۲	۲	۲۵	۰/۰۰۰۱
۴/۱۲	۵۱/۵۲	۲	۲۵	
۴/۱۲	۵۱/۵۲	۲	۲۵	

پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور بین دو گروه آزمایش و گواه در اثر ارائه کیفیت زندگی درمانی تفاوت معنادار وجود داشته

با معناداری آزمون کوواریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای فرسودگی زناشویی و

روان‌شناختی است، به بررسی تحلیل به کوواریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

باشد. بنابراین جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در کدام یک از متغیرهای فرسودگی زناشویی و پریشانی

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری جهت بررسی اثر کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
اثر متغیر مستقل (کیفیت زندگی درمانی)	فرسودگی زناشویی	۱۳۱۰/۸۱	۱	۱۳۱۰/۸۱	۴۶/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	۱
	پریشانی روان‌شناختی	۴۵۸/۲۷	۱	۴۵۸/۲۷	۴۹/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
خطا	فرسودگی زناشویی	۷۳۲/۸۶	۲۶	۲۸/۱۸				
	پریشانی روان‌شناختی	۲۴۰/۴۶	۲۶	۹/۲۵				
کل	فرسودگی زناشویی	۱۳۶۴۵۸	۳۰					
	پریشانی روان‌شناختی	۱۶۱۳۴	۳۰					

رستمی و همکاران (۱۳۹۵) و ایزدی‌خواه و همکاران (۱۳۹۱) همسو بود. چنانکه نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸) در نتایج پژوهش گزارش کرده‌اند که کیفیت زندگی درمانی می‌تواند منجر به بهبود رضایت زناشویی و مهارت‌های ارتباطی زوجین شود. علاوه بر این رستمی و همکاران (۱۳۹۵) در نتایج پژوهش خود دریافته‌اند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی منجر به بهبود کیفیت زندگی زوجین می‌شود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی نابارور می‌توان بیان نمود که هدف کیفیت زندگی درمانی بهبود خودمراقبتی حرفه‌ای با غنای درونی و پیشگیری از فرسودگی است. در کیفیت زندگی درمانی مراقبت از خود، معادل غنای درونی است و به عنوان احساس آرامش عمیق، راحتی، هوشیاری و آمادگی برای مواجهه با چالش‌های روزانه به شیوه اندیشمندانه، عاشقانه، دلسوزانه و جامع تعریف می‌شود (فریش، ۲۰۰۶). بر این اساس کیفیت زندگی درمانی با تمرکز بر خودمراقبتی، زنان نابارور را از درگیری مفرط با فرایندهای شناختی، روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی آسیب‌زا برحذر داشته و باعث می‌شود تا آنها بتوانند روابط فارغ از سوءگیری شناختی و روان‌شناختی با همسر خود برقرار کرده که این روند با بهبود ارتباط زنان نابارور با همسرانشان، فرسودگی زناشویی آنها را کاهش می‌دهد. علاوه بر این کیفیت زندگی درمانی یک رویکرد کل‌نگر است که به سلامت روان در بافت

با توجه به نتایج جدول ۴، ارائه متغیر مستقل (کیفیت زندگی درمانی) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیر مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور با ارائه کیفیت زندگی درمانی دچار تغییر معنادار شده است. جهت تغییر نیز بدان صورت بوده است که کیفیت زندگی درمانی توانسته منجر به کاهش فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور شود. مقدار تاثیر کیفیت زندگی درمانی بر میزان فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۵ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۶۴ و ۶۵ درصد تغییرات متغیرهای فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور توسط ارائه متغیر مستقل (کیفیت زندگی درمانی) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور انجام گرفت. یافته اول پژوهش نشانگر آن بود که کیفیت زندگی درمانی منجر به کاهش فرسودگی زناشویی زنان نابارور شده بود. یافته حاضر با نتایج پژوهش نجارزادگان و فرهادی (۱۳۹۸)؛

زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این عامل را در بافت کیفیت زندگی اصلاح کند. بر این اساس در این درمان اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های باارزش زندگی آموزش داده می‌شود. تمرکز بر ارزش‌های زندگی نیز به بهبود الگوهای ارتباطی با همسر (به عنوان یکی از ارزش‌های تصریح شده) منجر می‌شود. این در حالی است که یکی از مبانی آموزشی کیفیت زندگی درمانی، تمرکز به بهبود کیفیت ارتباطی درون خانوادگی (به خصوص با همسر) است که این روند نیز می‌تواند به افزایش تعاملات بهنجار زنان نابارور با همسرشان یاری رسانده و فرسودگی زناشویی آنها را کاهش دهد.

یافته دوم پژوهش نشانگر آن بود که کیفیت زندگی درمانی منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور شده بود. یافته حاضر با نتایج پژوهش رضایی و فرهادی (۱۳۹۷)؛ قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۶) و امامی و کجباف (۱۳۹۳) همسو بود. چنانکه رضایی و فرهادی (۱۳۹۷) در نتایج پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی درمانی می‌تواند منجر به عزت‌نفس افراد شود. همچنین امامی و کجباف (۱۳۹۳) گزارش کرده‌اند که کیفیت زندگی درمانی می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی را کاهش دهد.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر پریشانی روان‌شناختی نابارور می‌توان بیان نمود که کیفیت زندگی درمانی ابتدا از افراد می‌خواهد که از میان فرایندهای روانی و هیجانی، حوزه‌های مهمی را که می‌خواهند در آن تغییر ایجاد کنند، مشخص نمایند و سپس درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در طول جلسات بر روی این حوزه‌ها تمرکز می‌یابد (کارنی و همکاران، ۲۰۱۹). برای هر کدام از این حوزه‌ها

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تکالیف و تمریناتی بر اساس تکنیک‌ها و اصول درمان برای اجرا در درون جلسات و بیرون جلسات طراحی می‌شود. بر این اساس زنان نابارور با معرفی پریشانی و آشفتگی روان‌شناختی به عنوان حوزه‌ای که خواهان تغییر در آن هستند، راه‌ها و اصولی را می‌آموزند که منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی در آنها می‌شود. چنانکه یکی از اصول آموزشی کیفیت زندگی درمانی، گسترش تعاملات اجتماعی همچون تعامل با اعضای خانواده، دوستان و خویشاوندان است. بهبود تعاملات اجتماعی برای زنان نابارور، حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتری را در پی دارد. این روند سبب می‌شود تا زنان نابارور با ادراک حمایت اجتماعی، پریشانی روان‌شناختی کمتری را گزارش نمایند.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان نابارور شهر تهران و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت هوشی زنان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، موقعیت اجتماعی آنها، عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر زنان، کنترل عوامل ذکر شده، روش نمونه‌گیری تصادفی و اجرای مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر کاهش فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود کیفیت زندگی درمانی طی کارگاهی تخصصی به مشاوران و درمانگران مراکز ناباروری آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای زنان نابارور در این مراکز، جهت کاهش فرسودگی زناشویی و پریشانی روان‌شناختی این زنان گامی عملی برداشته شود تا از این طریق روند درمانی آنها نیز بهبود یابد.

منابع

Abbar Zanjani, F., Khajeh-Mirza, V., Seyyedi, M., Shahabizadeh, F., Dastjerdi, R., Bahreinian, A. Assessment on relationship beliefs and marital burnout among fertile and infertile couples. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 2015; 17(2): 81-86. doi: 10.22038/jfmh.2015.4036

- Ardeshiri Lordjani F, Sharifi T. Effectiveness of positivist psychotherapy on marital forgiveness and burnout in the women damaged by marital betrayal. *FPCEJ*. 2018; 4 (1) :33-46
- Emami, Z., Kajbaf, M. The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Anxiety and Depression in Female High School students. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2015; 4(2): 89-102.
- Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Izadikhah Z. The effect of quality of life therapy on marital satisfaction. *J Res Behav Sci* 2013; 10(5): 363-72
- Izadi N , Sajjadian I. The Relationship between Dyadic Adjustment and Infertility-Related Stress: The Mediated Role of Self-compassion and Self-judgment. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5 (2):15-22.
- Rostami M, Abolghasemi A, Narimani M. [The effectiveness of quality of life therapy on quality of life in maladjustment couples]. *Pajouhan Scientific Journal*; 2016;15(1): 19-27.
- rezaiee, S., farhadi, H. Effectiveness of Quality of Life Therapy on Internet Addiction, Lonliness, and Self-esteem of Female Second Grade High School Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2018; 19(1): 37-49. doi: 10.30486/jsrp.2018.540477.
- sheikhsajadieh M, atashpuor H. Effectiveness of dialectical behavioral group therapy on psychological distress in infertile women in Isfahan . -. 2017; 18 (1) :23-29
- Sayadi M, Shahhosseini tazik S, Madani Y, Gholamali lavasani M. Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Marital Commitment and Couple Burnout in Infertile Couples. *J Educ Community Health*. 2017; 4 (3) :26-37
- Ghadampour E , Yousefvand M , Farokhzadian A , Hassanvand B , Yousefvand M. The Effectiveness of Quality of Life Therapy (QOLT) on the Academic Resilience and Self-Differentiation in Depressed Girls High School Students. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 4(3):77-90.
- karami J, Shalani B, mokari Z. The effectiveness of relaxation training on depression, anxiety, and stress in infertile women. *frooyesh*. 2018; 6 (4) :241-256.
- Karimi P, Karami J, Dehghan F. Relationship between Attachment Styles and Conflict Resolution Styles and Married Employee's Marital Burnout. *Quarterly Journal of Women and Society*, 2015; 5(20): 53-70.
- Naderi F., Eftekhari Z., Amola Zadeh S. The Correlations Among Personality Characteristics And Intimate Relationships With Couple Burnout In Spouses Of Addict Men In Ahwaz. *Quarterly Journal Of Social Psychology (New Findings In Psychology)*. 3(11):61-78.
- Najarzadegan F, Farhadi H. The effectiveness of quality of life therapy on communication skills, addiction to cyberspace, marital satisfaction, and emotional self-regulation in couples. *The Journal Of Psychological Science*. 18(74): 247-256.
- Naeim S. The Relationship between Marital Dissatisfaction, Intimate Relationship with Spouse and Marital Conflicts with Violence Against Women in Ilam. M.Sc. in Public Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch.
- Naghinasab Ardehaee F, Jajarmi M, Mohammadipour M. [Effectiveness of emotion focused couple therapy on marriage function and psychological well-being of women with marital conflicts]. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2018 Autumn; 20 (3): 1-10.
- Nikoubakht N, Karimi U, Bahrami H. Couple Burnout among Fertilized and Unfertilized Women Referred to Valieasr Reproductive Center, Tehran. *irje*. 2011; 7 (1) :32-37.
- Elyasi R. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Marital Satisfaction and Attitude toward Infertility in Infertile Women in Isfahan. Master thesis. Islamic Azad University of Najafabad Branch.
- Yaghubi H. Psychometric Properties of the 10 Questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly*. 6(4):45-57.
- Anderson, L.S., Grimsrud, A., Myer, L., Williams, D.R., Stien, D.J., Seedat S. (2011). The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal Methods Psychiatry Research*, 20(4), 215-223.
- Biringer, E., Kessler, U., Howard, L.M., Pasupathy, D., Mykletun, A. (2018). Anxiety, depression and probability of live birth in a cohort of women with self-reported infertility in the HUNT 2 Study and Medical Birth Registry of Norway. *Journal of Psychosomatic Research*, 113, 1-7.
- Carney, T., Yager, J., Maguire, S., Touyz, S.W. (2019). *Involuntary Treatment and Quality of Life*. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 299-307.
- Frisch, MI, B. (2006). *Quality of life therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Press.
- Green, K., Karraki, H. (2010). *Life span developmental psychology: Prospective on stress and coping* (pp. 151-174). Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gyasi, R.M. (2019). *Social support, physical activity and psychological distress among community-dwelling older Ghanaians*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 81, 142-148.
- Hämmerli, K., Znoj, H., Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Hum Reprod Update*, 15(3):279-295.

- Huston, T. (2009). What is love got to do with it? Why some marriage succeeds and other fail. *Journal of Personal Relationship*, 16(3): 301-327.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- MacKillop, J., De Wit, H. (2013). *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology*. John Wiley & Sons.
- Makhanova, A., McNulty, J.K., Eckel, L.A., Nikonova, J., Maner, J.K.(2018). Sex differences in testosterone reactivity during marital conflict. *Hormones and Behavior*, 105: 22-27.
- Margo-Dermer, E., Dépelteau, A., Girard, A., Hudon, C.(2019). Psychological distress in frequent users of primary health care and emergency departments: a scoping review. *Public Health*, 172, 1-7.
- Pines, A.M., Neal, M.B., Hamme,r L.B., Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual- earner couples in the sandwiched generation. *Social Psychology Quarterly*, 74: 361-86.
- Pinez, A. M. (1996). *Couples burnout: courses and cures*. London rout

Original Article

Effectiveness of Quality of Life Therapy on Marital Burnout and Psychological Distress in the Infertile Women

Received: 22/10/2018 - Accepted: 21/01/2019

Mehrangiz Farazmand^{*1}
Sasan Ebrahimi²

¹PhD Student of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

² Assistant Professor of clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: z.tadbir@yahoo.com

Abstract

Introduction: infertility creates various psychological and emotional damages in the infertile women that applying appropriate psychological therapies is a necessity to decrease them. Therefore, the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of quality of life therapy on the marital burnout and psychological distress in the infertile women.

Methods: the present study was quasi-experimental with pretest, posttest design and the control group. The statistical population of the present study included infertile women in the city of Tehran in 2018. 30 infertile women were selected through purposive voluntary sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups (15 women in the experimental and 15 in the control group). The experimental group received eight ninety-minute sessions of life therapy quality (Frish, 2006) during two months. The applied questionnaires in the present study included marital burnout questionnaire (Painz, 1996) and psychological distress questionnaire (Kesler, et.al. 2002). The data were analyzed through MANCOVA method.

Results: the results showed that quality of life therapy has significant effect on the marital burnout and psychological distress of infertile women ($p < 0.001$) and was able to decrease marital burnout and psychological distress in the infertile women,

Conclusion: the findings of the present study revealed that quality of life therapy can be used as an efficient therapy to decrease marital burnout and psychological distress in the infertile women employing techniques such as attending to the values and spiritual life, hygiene and physical health, play and recreation, love and improving the relationship with the friends, children, relatives and the souse.

Key words: quality of life therapy, marital burnout, psychological distress, infertile women