

اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور

رمضان حسن‌زاده^۱

فاطمه طالبی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور می‌باشد. این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک تخصصی زنان و زایمان در شهرستان ساری در سال ۱۴۰۱ با تعداد ۳۷ نفر بود. برای انتخاب نمونه ۳۰ نفر از این افراد که تشخیص ناباروری را دریافت کرده بودند با روش نمونه‌گیری غیر تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره گواه و آزمایش قرار گرفتند سپس هر دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه‌های اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند زندگی درمانی در زنان نابارور به ترتیب برای متغیرهای اشتیاق به زندگی ($F=20/045, p=0/000$)، امید به زندگی ($F=31/190, p=0/000$) و کیفیت زندگی ($F=12/556, p=0/001$) اثر بخش بود از همین رو می‌توان نتیجه گرفت زندگی درمانی بر افزایش اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور تاثیر دارد.

واژه‌گان کلیدی: زندگی درمانی، اشتیاق به زندگی، امید به زندگی، کیفیت زندگی، زنان نابارور

۱- استاد گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

rhassanzadehd@yahoo.com

۲- کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

مقدمه

امروزه ناباروری^۱ یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی است پیش بینی می شود با وجود پیشرفت در سال ۲۰۲۵، بروز ناباروری به ۷,۷ میلیون نفر افزایش یابد(تانگ، ژو، وانگ و کیان، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر امروزه یکی از معضلات شایع بشر ناباروری است که حدود ۲۰ درصد از زوج ها در سراسر جهان تحت تأثیر مسائل مربوط به آن قرار دارند درواقع از هر شش زوج یک زوج دارای این مشکل هستند که تعداد آن‌ها بر اساس متغیرهای ژئوپلیتیکی و کشوری متفاوت است (مارگان، ماریوس، فیرا، پوتنکی، توتا، بگی، پوپا، برند، سیوسا، براتوسین، میلوویکو، ولایکو و دوبرسکو، ۲۰۲۲). سازمان بهداشت جهانی^۲ ناباروری را "بیماری سیستم تولیدمثل یا عدم تحقق حاملگی بعد از ۱۲ ماه یا بیشتر از رابطه جنسی محافظت نشده منظم" تعریف کرده است، ناتوانی در باردار شدن می تواند به دو شکل ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه باشد؛ ناباروری اولیه به این معناست که فرد، توانایی باردار شدن در زمان حاضر را ندارد. ناباروری ثانویه زمانی اتفاق می افتد که یک زن در گذشته توانسته است باردار شود، اما در زمان حاضر قادر به بارداری نیست. ناباروری ثانویه همچنین شامل زنانی می شود که مشکل سقط جنین و یا حاملگی خارج از رحم داشته و یا از لحاظ پزشکی نیاز به سقط جنین دارند(جاماسیان مبارکه و دوکانه ای فرد، ۱۳۹۶). شیوع ناباروری در ایران ۱۱-۱۹ درصد برآورد شده است و بر این اساس در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال حدود ۱/۷ میلیون زوج سابقه ناباروری اولیه و ثانویه دارند که حدود ۸۸ هزار زوج نابارور در هر سال به این تعداد افزوده می شوند (افشانی، ابویی و روحانی، ۲۰۲۲). ناباروری ماهیتی زیستی دارد اما پیامدهای روانی و بین فردی به دنبال تشخیص ناباروری امری مورد انتظار است. ۲۵ تا ۶۰ درصد افراد نابارور مشکلات روانشناختی را تجربه می کنند (شاهی صنوبری، معین زاده، آقامحمدی شعرباف و نوفرستی، ۲۰۲۲). بیماری های روانشناختی ناباروری از جمله اضطراب، افسردگی و استرس مزمن بین جمعیت افراد نابارور به خصوص زنان شایع است (کلیفتون، پرنیت، سی هوس، وورال و فورهند، ۲۰۲۰). طبق پژوهشی که در سال ۲۰۲۳ در عراق انجام شد نشان داده شده است که افراد نابارور دارای سطوح بالاتری از افسردگی هستند(رجب، آلانی و داوود، ۲۰۲۳). همچنین سازمان بهداشت جهانی اذعان می کند که با وجود فراوانی بالای ناباروری، اکثریت

زنان نابارور در مورد تجربه خود سکوت می کنند و همین امر شکنندگی روانی آنها را افزایش می دهد. ناباروری طبیعی ممکن است منجر به احساسات شرم، پشیمانی و اعتماد به نفس ضعیف شود. این احساسات منفی ممکن است به صورت ناامیدی، نگرانی، ناراحتی و کیفیت پایین زندگی در درجات مختلف ظاهر شوند (لاکاتوس، سزیگتی، یوجماسکستی و بلانگ، ۲۰۱۷). پژوهش لی و همکاران و نیز پژوهش جوهری نشان داد که یکی از مشکلات اساسی زنان نابارور، آشفتگی های روانشناختی آنها می باشد (لی، یه، تیان، هو و ژو، ۲۰۲۰) (جوهری، ۲۰۱۹). مطالعات دیگری نیز نشان داده اند که ناباروری برای زنان نسبت به مردان، استرس آورتر بوده و منجر به کاهش عزت نفس، افسردگی و در نهایت سلامت روان پایین تری می شود. (هولی، دیویسون و نوویک، ۲۰۲۲). از آنجا که در جوامع مختلف، داشتن فرزند یک ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می شود، افراد نابارور تلاش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می کنند و در عین حال به دلیل اثرات جسمی، روانی و اجتماعی و آزمایشات متعدد پزشکی، بررسی های عضوی، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پایین بودن میزان موفقیت روش های درمانی و مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، دچار تنش های روحی فراوانی می شوند (قاسمی، پردلان و برجیس، ۱۴۰۱). از همین رو این عوامل تأثیر مستقیمی بر اشتیاق به زندگی^۳ در این بیماران دارد (اسکیمد، اسکالمیر و کالیس، ۲۰۰۷).

اشتیاق به زندگی عنصری بسیار مهم برای زندگی کارآمد و اثربخش می باشد چرا که تنها راه مؤثر برای رویارویی با موانع زندگی است، و به معنای ایجاد فضایی برای اثرات جانبی منفی از قبیل افکار و احساسات ناخوشایند به منظور خلق یک زندگی ارزشمند است که خوشبختانه در ادامه مسیر، اثرات جانبی مثبتی را نیز با خود به همراه دارد. اما اشتیاق فقط به معنای تحمل کردن، پذیرش شرایط یا توانایی مقابله با آن نیست، بلکه به معنای در آغوش کشیدن تجربه است، اگر چه ممکن است آن را دوست نداشته باشیم، این مولفه به معنی مواجه شدن و استقبال از رویدادهاست (حسن زاده، ۱۳۹۹). برای کاهش آثار منفی ناباروری باید علاوه بر درمان های پزشکی به عواقب روانی آنها نیز توجه شود. یکی از راه های کاهش این آثار، افزایش امیدواری در این قشر می باشد، چرا که امید منجر به خودپنداره مثبت، نگرش مثبت به زندگی، برخورداری از سلامت روانی و تعادل هیجانی، امیدواری به آینده، روابط اجتماعی

متعادل و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (نادی، سعیدپور و بلند، ۱۳۹۸). اهمیت بررسی متغیر امید به زندگی^۱ در این افراد به این خاطر است که لانگ در پژوهشی عنوان کرده‌است که کاهش امید یکی از پیامدهای ناباروری است (لانگ، ۲۰۱۵). امید مفهومی است که در دو دهه اخیر احتمالاً بیشترین پژوهش‌ها را به سوی خود جلب کرده است، فرایندی که به افراد اجازه می‌دهد تا هدف‌هایی را طراحی کرده و آن را پیگیری کنند و قابلیت درک شده از به وجود آوردن مسیرهای مطلوب در جهت دستیابی به اهداف و برانگیخته شدن در جهت استفاده از این راه‌ها می‌باشد و سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، رضایت از زندگی، کنار آمدن مؤثر و رفتارهای ارتقادهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیشبینی می‌کند (محمدی، فتحی و پاهنگ، ۱۴۰۱). امید مجموعه‌ای شناختی مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون و مسیرها است که به معنای توانایی باور به دارا بودن احساس بهتر، در آینده است. که با نیروی نافذ خود، محرک فعالیت فرد است تا بتواند تجارب نو کسب کند و نیروهای تازه‌ای در فرد به منظور تقویت منابع مقابله‌ای انسان در سازگاری با مشکلات ایجاد کند (طجری، کریمی و گودرزی، ۱۳۹۹) به عبارتی دیگر امید شامل ادراکات شخص در باره توانایی هایش برای تعیین اهداف روشن، تدوین طرح‌هایی برای رسیدن به این اهداف، یافتن و حفظ انرژی و انگیزه مورد نیاز برای رفتن به دنبال آن اهداف و پیگیری آن‌ها است و شامل تصورات فرد به آینده مثبت است و موجب افزایش تلاش وی برای بهبود شرایط می‌شود. روان‌شناسان مثبت‌نگر معتقدند امید می‌تواند از افراد در برابر رویدادهای تنش‌زای زندگی حمایت کند چرا که امید در مواجهه مؤثر با مشکلات و استرس ناشی از آن نقش مهمی دارد و به عنوان عاملی بالقوه نیرومند در بهبود و سازگاری بیماران مؤثر است. از همین رو، امید با افزایش هدفمندی در زندگی همراه است (نیک‌روی، حسن‌زاده و حیدری، ۱۴۰۱). اسنایدر و همکارانش عنوان می‌کنند که امید مبتنی بر احساس موفقیت ناشی از منابع گوناگون (تصمیم‌های هدفمندار) و مسیرها (شیوه‌های انتخاب شده برای نیل به اهداف) است و از طریق ترکیب منابع و مسیرها، می‌توان به اهداف رسید. اگر هر کدام از این دو عنصر شناختی وجود نداشته باشند، رسیدن به اهداف غیرممکن است، همچنین بیان می‌کنند امید مهارتی آموختنی

است که از طریق جریان اجتماعی شدن از سال های کودکی آموخته می شود، در حقیقت، امید به زندگی یک موضوع تازه مطرح شده در مورد کیفیت زندگی است (استایدر، ۲۰۰۲). و برطبق مطالعات انجام گرفته امید به زندگی بالاتر با سلامت جسمی و روانشناختی، خود ارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی رضایتمند رابطه دارد (لوی، دی گلیو، دیلگو، لازارویگ و ساوربرگ، ۲۰۲۲).

همچنین زربخش بحری و همکاران در تحقیقی به کاهش کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان نابارور و موثر بودن مداخله روانی و آموزش در بهبود این متغیرها، به موازات درمان ناباروری اشاره کردند (زربخش بحری، شعاع حسنی، ظهیری سروری، امیرسادات هفشنجانی و خادمی، ۱۳۹۲)، در همین راستا تاسینگ و همکاران در سال ۲۰۲۳ در یک مطالعه طولی عنوان کردند که زنان نابارور از کیفیت زندگی^۱ پایین تری نسبت به مردان نابارور برخوردارند (تسینگ، چینگ، هانگ، هوی و هانگ، ۲۰۲۳). و در پژوهشی دیگر که توسط امان الهی فرد و همکاران انجام شد عنوان کردند که بین زنان بارور و نابارور از لحاظ سلامت جسمانی، سلامت عاطفی-روانی، استرس و کیفیت کلی زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد بدین معنا که زنان نابارور رضایت زناشویی و کیفیت زندگی پایین تری نسبت به زنان بارور داشتند (امان الهی فرد، نیکبخت، حسینی، احمدی فخر و حسینی، ۱۳۹۱). همچنین کیم و همکاران طی پژوهشی در سال ۲۰۱۸ اعلام می کنند که ناباروری و پریشانی های احساسی ناباروری اثر بیشتر و قوی تری را بر روی زنان نسبت به مردان دارد (کیم، شین و یان، ۲۰۱۸) و طبق بررسی فرنام و همکاران در تحقیقی در سال ۱۳۹۸ عنوان کردند که زنان نابارور تحت درمان لقاح آزمایشگاهی در مقایسه با زنان بارور از نظر کیفیت زندگی و بهزیستی اجتماعی در وضعیت پایین تر و نامطلوب تری قرار دارند (فرنام، مقصودلو و محمدی، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی یکی از بنیادی ترین مفاهیم مطرح شده در روانشناسی مثبت نگر (تغییر تمرکز از پزشکی و آسیب شناسی روانی به نقاط قوت انسان) می باشد. اسکالوک و همکاران عنوان می کنند که تغییر عقیده از این که تنها پیشرفت های علمی، پزشکی و تکنولوژی می تواند منجر به بهبود زندگی شود، به این باور که بهزیستی فردی، خانوادگی، اجتماعی و جامعه از ترکیب این پیشرفت ها به همراه ارزش ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می آید از منابع اولیه گرایش به کیفیت

زندگی است (اسکالوک، بروان، کامس، فلس، ماتیکا، کیت و پارمنتر، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی، احساس خوب بودن و رضایت و عدم رضایت نسبت به جنبه‌های مهمی از زندگی افراد می‌باشد و یک ساختار چندبعدی است که به عنوان ابزاری جهت بررسی و اندازه‌گیری شرایط سلامتی در حیطه‌های مختلف زندگی از جمله سلامت روانی و جسمی به کار می‌رود مفهوم کیفیت زندگی دربرگیرنده توانایی‌های بالقوه شخص (وضعیت عملکردی) دسترسی به منابع و فرصت‌ها جهت استفاده از توانایی‌ها برای پیگیری و انجام علاقه‌مندی‌ها (کیفیت زندگی عینی) و به طور کلی احساس رفاه (کیفیت زندگی ذهنی) می‌باشد (جمالی، صالحی و چرامی، ۱۴۰۰). امانتی و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور پرداختند و دریافتند که کیفیت زندگی زنان نابارور تحت تأثیر تفکرات غیر منطقی درخصوص داشتن فرزند و فشار هزینه درمان ناباروری و میزان فشار اطرافیان برای بچه دار شدن می‌باشد (امانتي، عالمي، شکرابی، حقانی و رمضان‌زاده، ۲۰۰۹). یکی از رویکرهای درمانی که می‌تواند بر این متغیرها اثر بگذارد زندگی درمانی^۲ است. زندگی درمانی شاخه‌ای از حوزه روان‌شناسی است که به مفاهیمی چون حیات، زندگی، اشتیاق به زیستن، امیدواری نسبت به آینده، و داشتن طول عمر می‌پردازد. این حوزه از روان‌شناسی به رشد و تکامل فردی و رشد و تکامل اجتماعی توجه دارد. درمان مبتنی بر زندگی یا زندگی درمانی از رویکردهای درمانی وابسته به زندگی است که این رویکرد به صورت مستقیم به مفهوم و معنای زندگی مربوط می‌شود. فلسفه زندگی از موضوعات عمده در زندگی انسان است که مفهوم آن از فردی به فرد دیگر متفاوت است. در بسیاری از موارد، افراد درک روشن و قابل درکی از خود زندگی و معنای آن ندارند ایت رویکرد درصدد است که به مراجع کمک کند زمانی را تلف نکند، هر لحظه از زندگی را فرصتی برای زیستن، بودن، شکوفایی و کمال، تلقی کند، حوزه‌های مختلف زندگی خود را به روشنی تدوین کرده و در همه حوزه‌های طراحی شده، مقاصد و اهدافی را دنبال کند،

به مراجع کمک می‌شود سازگاری مناسب و مؤثری با چالش‌های زندگی داشته باشد، ایجاد نگرشی باز و وسیع نسبت به زندگی اهمیت دارد. وقتی به کل زندگی و معنای کلی آن تأکید می‌شود، این می‌تواند به اجزای تشکیل دهنده زندگی، مفهوم جدیدی ارائه کند. هدف

زندگی درمانی ایجاد مفهوم گسترده در زندگی و حوزه های زندگی مراجعان است. بر اساس نظریه گشتالت « کل، چیزی بیش از اجزای تشکیل دهنده آن است» و بر این فرض و اساس، در زندگی درمانی کل زندگی مفهومی متفاوت از اجزای تشکیل دهنده آن است و می تواند در زندگی مراجع نگرشی متفاوت ایجاد کند. وقتی بتوانیم درک کامل و وسیعی از زندگی و ضرورت هایش در مراجع ایجاد کنیم، او راحت تر می تواند موضوعات، مسائل و مشکلات آن را حل و فصل کند (حسن زاده، ۱۳۹۹). باتوجه به اینکه پژوهش منسجم و کاربردی در خصوص موضوع وجود ندارد، محقق در صدد آن است که به این مسئله پاسخ دهد، آیا زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیف زندگی زنان نابارور تاثیر دارد؟

روش تحقیق

این مطالعه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک تخصصی زنان و زایمان واقع در مجتمع نگین ساری در سال ۱۴۰۱ با تعداد ۳۷ نفر بود. برای انتخاب نمونه ۳۰ نفر از این افراد که تشخیص ناباروری را دریافت کرده بودند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با روش نمونه گیری غیر تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره گواه و آزمایش قرار گرفتند. حجم نمونه لازم با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد، خطای نوع ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۹۵٪، برای هر گروه که به تعداد ۱۵ نفر بودند، دست آمد. معیارهای ورود شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن، دریافت تشخیص ناباروری توسط یک پزشک متخصص زنان، سن بین ۲۰ الی ۴۰ سال، داشتن رضایت آگاهانه و توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه و معیارهای خروج شامل عدم حضور بیش از دو جلسه در طول درمان و تایید تشخیص وجود اختلالات توسط روانشناس بود. در ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1401.203 اخذ شد با انجام هماهنگی های لازم از مراجع ذیربط به کلینک زنان و زایمان واقع در مجتمع نگین شهرستان ساری مراجعه شد و پس از هماهنگی با پزشک متخصص فهرست اسامی زنان نابارور و تحت درمان تهیه گردید. با توجه به معیارهای ورود به مطالعه تعداد ۳۰ بیمار برای

شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در آغاز پژوهشگر به افرادی که دارای تشخیص ناباروری و ملاک‌های ورود به مطالعه بودند توضیحاتی درمورد هدف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه و اطمینان خاطر دادن به آن‌ها درباره محرمانه بودن اطلاعات می‌دهد و بعد پرسشنامه‌های اشتیاق زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی را در اختیار آزمودنی‌ها قرار می‌دهد. سپس برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (گروهی و هفتگی) ۹۰ دقیقه‌ای زندگی درمانی قرار گرفتند. برای گروه کنترل مداخله آموزشی صورت نگرفت. همه آزمودنی‌ها بعد از اتمام جلسه مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. همچنین بعد از گذشت ۹۰ روز پرسشنامه‌ها مجدداً در اختیار هر دو گروه جهت اجرای مرحله پیگیری قرار گرفت. جلسات مداخله در کلینیک زنان و زایمان شهرستان ساری توسط نویسنده اول مقاله از اوایل آبان تا اوایل دی ۱۴۰۱ و به صورت گروهی برگزار شد. در طی جلسات، درمانگر در مورد مفاهیمی چون، معنای زندگی، اهداف زندگی، اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و رضایت از زندگی با اعضای گروه به بحث و تبادل نظر می‌پرداخت در پایان هر جلسه با دادن تکالیف خانگی به شرکت‌کنندگان، آن‌ها را در یادگیری و اجرای بهتر مطالب آموزش داده شده کمک می‌کرد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. همچنین برای اطمینان از عدم آشنایی و اشتراک‌گذاری اطلاعات بین شرکت‌کنندگان دو گروه، سعی شد انتخاب شرکت‌کنندگان دو گروه به گونه‌ای باشد که اعضا با هم آشنایی قبلی نداشته باشند و همچنین با دعوت شرکت‌کنندگان دو گروه در روزهای متفاوت برای تکمیل پرسشنامه‌ها، از برخورد و آشنایی آن‌ها در طی مطالعه پیگیری شود. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه

گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-24 استفاده گردید.

پرسشنامه اشتیاق به زندگی: پرسشنامه اشتیاق به زندگی که توسط رمضان حسن زاده سال ۱۳۹۴ ساخته شده است پرسشنامه اشتیاق به زندگی دارای ۵۰ سؤال است. این پرسشنامه در طیف لیکرت پنج درجه ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. عبارت‌های ۴۴ - ۳۳ - ۲۵ - ۱۹ - ۱۶ - ۱۳ - ۱۱ - ۸ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند: (کاملاً موافقم = ۱، موافقم = ۲، نظری ندارم = ۳، مخالفم = ۴، کاملاً مخالفم = ۵) و بقیه عبارت‌ها به این صورت (مستقیم) نمره گذاری می‌شوند: (کاملاً موافقم = ۵، موافقم = ۴، نظری ندارم = ۳ مخالفم = ۲، کاملاً مخالفم = ۱). پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با استفاده از روش باز آزمایی ۰/۸۵ محاسبه شده است، روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۶۱، معنای زندگی ۰/۵۹، مقیاس پنداشت زندگی ۰/۶۸، مقیاس رضایت از زندگی ۰/۶۳ و مقیاس جهت گیری به زندگی ۰/۷۰ گزارش شده است. نمره بالا در این پرسشنامه به معنای اشتیاق به زندگی بیشتر و نمره پایین به معنای اشتیاق به زندگی کمتر می‌باشد (حسن‌زاده، ۱۳۹۹).

پرسشنامه امید به زندگی: پرسشنامه امید به زندگی مشتمل بر ۳۳ ماده است که آزمودنی‌ها براساس مقیاس لیکرت (کاملاً، تقریباً، هرگز) به آن پاسخ می‌دهند. عبارت‌های ۱-۳-۷-۹-۱۰-۱۱-۲۸-۲۶-۲۴-۲۱-۲۰-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۲ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند: (کاملاً=۱، تقریباً=۲، هرگز=۳) و بقیه عبارت‌ها به این صورت (مستقیم) نمره‌گذاری می‌شوند: (کاملاً=۳، تقریباً=۲، هرگز=۱). برای سنجش همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله، ضریب آلفای کل نمونه، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب (۰/۸۹، ۰/۹۴، ۰/۹۲) است. روایی محتوایی پرسشنامه توسط متخصصان گزارش شده است. برای سنجش روایی مقیاس این آزمون مجدد پس از ۴ تا ۶ هفته به ۹۵ آزمودنی دختر و ۹۱ آزمودنی پسر که در مرحله اول شرکت داشتند، داده شد. میانگین و احراف معیار کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و پسر در مرحله بازآزمایی عبارتند از $(SD=19/26)X=35/24$ ، $(SD=15/8)X=31/39$ ، $(SD=19/22)X=30/16$. (حسن‌زاده، ۱۳۹۹).

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12): پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۲ سوالی است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را از نظر درک کلی از سلامت خود (عبارت ۱)، عملکرد فیزیکی (عبارات ۳ و ۲)، سلامت جسمانی (عبارات ۵ و ۴)، مشکلات جسمانی (عبارات ۷ و ۶)، درد جسمانی (پرسش ۸)، عملکرد اجتماعی (عبارت ۹)، نشاط و انرژی حیاتی (عبارت ۱۱) و سلامت روان (عبارات ۱۲ و ۱۱) قرار می‌دهد (کامکاری و عسگریان، ۱۳۸۹). روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش با روش روایی محتوی سنجیده شد و جهت تعیین اعتبار ابزار از روش آزمون مجدد استفاده گردید ($r = 0/09$) حبیبی سولا و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین این پرسش‌نامه در جامعه سالمندان و کل جامعه ایرانی اعتبار یابی شده است (رزیک و ناهم، ۲۰۰۱؛ منتظری و همکاران، ۲۰۰۹). سوالات هم با مقیاس چندگزینه ای لیکرت و هم به صورت بلی و خیر است. نمره کل پرسش‌نامه از جمع نمرات مربوطه به ۱۲ پرسش محاسبه و به دست می‌آید. به عبارت دیگر عدد جلوی هر پاسخ نمره مربوطه به آن پرسش است که آزمونگر می‌تواند با جمع کردن نمرات هر پرسش نمره کل پرسش‌نامه و یا نمره کل کیفیت زندگی آزمودنی را محاسبه کند. همچنین سوالات ۱ و ۸ و ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. به عنوان مثال نمره ۵ در عبارت شماره یک به ۱ و نمره ۱ در همان پرسش به نمره ۵ تبدیل شود. افراد بر حسب نمره‌ای که در پرسشنامه کسب می‌کنند به سه دسته ضعیف نمره (۲۴ - ۱۲)، متوسط نمره (۳۶ - ۲۵) و خوب نمره (۴۸ - ۳۷) طبقه بندی می‌شوند. دامنه نمرات از ۱۲ تا ۴۸ متغیر است. به عبارت دیگر امتیاز بالا نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است (حسن‌زاده، ۱۳۹۹).

جدول شماره ۱: زندگی درمانی

جلسات	اهداف، فعالیت‌ها و محتوای جلسات
جلسه اول	معرفی شرکت‌کنندگان و آشنایی اعضای گروه با درمانگر و یکدیگر و شرح مختصری از ۸ جلسه، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	بیان مفاهیم مربوط با روانشناسی زندگی دیدگاه‌های مرتبط با حیات طرح سوالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، اهداف زندگی و ایجاد امید و انتظار درمان و کاهش چالش‌ها و موانع زندگی پیش روی زنان نابارور

جلسه سوم	کمک به فرد برای شناسایی اهداف زندگی و اولویت‌های آن بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و صحبت درباره احساسات افکار اعضای گروه در مقابله با مشکل ناباروری، بحث پیرامون اهداف کوتاه‌مدت و میان‌مدت و بلندمدت این افراد به ویژه در طول مدت درمان، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور و ارائه تکلیف در زمینه فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی
جلسه چهارم	توضیح در مورد مفهوم اشتیاق به زندگی نقش آن در سلامت روانی بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و آموزش مفهوم اشتیاق به زندگی و نقش آن در سلامت روانی
جلسه پنجم	بیان مفاهیم مربوط با امیدواری به عنوان شعله ضروری زندگی و چراغ راهی برای مقابله با مشکلات مربوط به درمان ناباروری بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و گفتگو درباره امید و امیدواری، نقش امید در زندگی و مقابله با مشکلات و اثر گذاری آن در ادامه درمان بیماری‌ها و ویژگی افراد امیدوار
جلسه ششم	توضیح در مورد مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی و کیفیت زندگی و رضایت از آن بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی
جلسه هفتم	بیان مفاهیم مربوط با رضایت از زندگی مثبت اندیشی و فضا سازی در زندگی حین طی کرن مسیر دشوار درمان بیماری و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی در شرایط سخت بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل و آموزش مفاهیم رضایت از زندگی مثبت اندیشی و فضا سازی در زندگی
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسات قبل، جمع‌بندی مطالب، ارائه بازخورد به اعضای گروه و تقدیر و قدردانی و پس‌آزمون

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه مداخله $30/40 \pm 4/28$ و گروه کنترل $31/66 \pm 4/48$ سال بود. از نظر تحصیلات نیز در گروه مداخله ۳۳ درصد (دیپلم)، ۲۷ درصد (کارشناسی) و ۴۰ درصد (کارشناسی ارشد) بودند همچنین شرکت کنندگان گروه کنترل ۳۰ درصد (دیپلم)، ۵۰ درصد (کارشناسی) و ۲۰ درصد (کارشناسی ارشد) بودند.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

متغیرها	موقعیت	گروه کنترل		گروه مداخله	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اشتیاق به زندگی	پیش‌آزمون	۷۲/۶۹۹	۱۵/۰۰۸	۶۸/۴۶۶	۱۲/۰۷۶
	پس‌آزمون	۷۸/۹۳۳	۱۷/۲۶۰	۱۱۴/۹۳۳	۱۸/۹۲۶
	پیگیری	۷۴/۶۰۰	۱۵/۲۱۶	۱۰۰/۴۰۰	۲۱/۷۰۱
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۵۷/۴۰۰	۹/۸۲۵	۴۹/۸۶۶	۹/۹۸۴
	پس‌آزمون	۵۷/۶۰۰	۹/۶۱۲	۸۸/۸۶۶	۵/۹۸۸
	پیگیری	۵۸/۴۶۶	۶/۹۰۶	۷۹/۹۳۳	۷/۶۱۰
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۲۹/۸۰۰	۸/۲۴۷	۲۰/۰۰۰	۵/۳۱۸
	پس‌آزمون	۲۶/۲۰۰	۶/۲۸۱	۴۴/۳۳۳	۲/۴۵۷
	پیگیری	۲۸/۲۶۶	۴/۵۷۴	۳۵/۸۰۰	۲/۵۸۹

اطلاعات جدول ۲ حاکی از افزایش اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون می‌باشد.

جدول شماره ۳: نتایج آزمون شاپیروویلک برای متغیرهای پژوهش

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		آماره	درجه آزادی	آماره	درجه آزادی
اشتیاق به زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۶۱	۱۵	۰/۹۲۶	۱۵
	پس‌آزمون	۰/۹۵۸	۱۵	۰/۹۴۹	۱۵
	پیگیری	۰/۹۲۳	۱۵	۰/۹۳۷	۱۵
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۶۲	۱۵	۰/۹۷۹	۱۵
	پس‌آزمون	۰/۹۵۸	۱۵	۰/۹۶۳	۱۵
	پیگیری	۰/۹۵۳	۱۵	۰/۸۹۲	۱۵
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۱۱	۱۵	۰/۹۶۲	۱۵
	پس‌آزمون	۰/۹۴۹	۱۵	۰/۹۱۲	۱۵
	پیگیری	۰/۹۰۲	۱۵	۰/۸۹۹	۱۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد آزمون شاپیروویلک حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها است.

جدول شماره ۴: آزمون لوین

متغیر	مرحله پس آزمون	مرحله پیگیری
	F	F
سطح معناداری	سطح معناداری	سطح معناداری
اشتیاق به زندگی	۰/۳۷۶	۱/۹۳۶
امید به زندگی	۳/۳۱۰	۰/۷۵۰
کیفیت زندگی	۳/۶۶۳	۱/۵۴۴

برای بررسی فرض یکسانی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده می‌شود با توجه به جدوا شماره ۴ پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری رد نشده و باقی مانده است؛ لذا این پیش فرض تایید می‌شود.

جدول شماره ۵: آزمون موخلی

متغیر	موخلی	درجه آزادی
اشتیاق به زندگی	۰/۸۴۴	۲
امید به زندگی	۰/۸۶۱	۲
کیفیت زندگی	۰/۵۰۲	۲

با توجه به جدول شماره ۵ که آزمون کرویت موچلی را نشان می‌دهد که برای هر سه متغیر برقرار است.

جدول شماره ۶: تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری‌های مکرر در سه مرحله

متغیر	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اشتیاق به زندگی	زمان ۴۰۶۷/۲۶۷	۱۹/۹۲۹	۰/۰۰۰	۰/۴۱۶
زمان*گروه	۳۵۸۸/۲۶۷	۱۷/۵۸۲	۰/۰۰۰	۰/۳۸۶
گروه	۹۰۴۰/۰۴۴	۲۰/۰۴۵	۰/۰۰۰	۰/۴۱۷
امید به زندگی	زمان ۲۱۸۴/۰۶۷	۳۲/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲۷
زمان*گروه	۱۸۱۵/۰۰۰	۲۶/۹۶۱	۰/۰۰۰	۰/۴۹۱
گروه	۳۶۴۸/۱۰۰	۳۱/۱۹۰	۰/۰۰۰	۰/۵۲۷
کیفیت زندگی	زمان ۷۶۲/۲۶۷	۳۶/۲۸۰	۰/۰۰۰	۰/۵۶۴
زمان*گروه	۱۱۲۶/۶۶۷	۵۳/۵۵۴	۰/۰۰۰	۰/۶۵۷
گروه	۶۲۹/۲۷۸	۱۲/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که تعامل زمان با گروه آزمایش در سه مرحله اندازه‌گیری در نمره اشتیاق به زندگی ($P=0/000$) با اندازه اثر ۰/۴۱۷، و امید به زندگی ($P=0/000$) با اندازه اثر ۰/۵۲۷ و کیفیت زندگی ($P=0/004$) با اندازه اثر ۰/۲۵۹ موثر بوده است.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص‌های آماری			پیش‌آزمون - پیگیری			پس‌آزمون - پیگیری		
تفاوت میانگین			انحراف معیار			انحراف معیار		
معناداری			تفاوت میانگین			تفاوت میانگین		
اشتیاق به زندگی	-۱۶/۴۶۴	۳/۶۸۹	۰/۰۰۱	۱۱/۱۶۷	۲/۵۶۲	۰/۰۰۰		
امید به زندگی	-۱۲/۰۶۷	۲/۱۱۸	۰/۰۰۱	۷/۵۳۳	۱/۶۰۳	۰/۰۰۰		
کیفیت زندگی	-۱۰/۳۶۷	۱/۳۶۱	۰/۰۰۰	۳/۲۳۳	۰/۹۰۰	۰/۰۰۴		

با توجه به جدول شماره ۷ می‌توان عنوان کرد که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث

یافته مطالعه حاضر حاکی از آن بود که مداخله زندگی درمانی موجب افزایش معنی‌دار نمرات متغیر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور شده است. این یافته مطابق با نتایج مطالعات قبلی است که گویای تأثیر معنی‌دار زندگی درمانی در کاهش شدت آسیب‌های روانی و جسمانی و افزایش معنای زندگی، امید و اشتیاق به زندگی می‌باشد (صلاحی‌آبادی، ۲۰۲۲). در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان چنین استدلال کرد که زندگی درمانی، در کمک به افراد برای کسب بینش و آگاهی لازم نسبت به زندگی، چالش‌ها، ضرورت‌ها، الزامات آن است. درمانگر در رویکرد زندگی درمانی درصدد است که به مراجع کمک کند فقط زمانی را تلف نکند، بلکه هر لحظه از زندگی را فرصتی برای زیستن، بودن، شکوفایی و کمال، تلقی کند، حوزه‌های مختلف زندگی خود را به روشنی تدوین کرده و در همه حوزه‌های طراحی شده، مقاصد و اهدافی را دنبال کند. در این رویکرد درمانی، به مراجع کمک می‌شود سازگاری مناسب و مؤثری با چالش‌های زندگی داشته باشد. ایجاد نگرشی باز و وسیع نسبت به زندگی اهمیت دارد. وقتی به کل

زندگی و معنای کلی آن تأکید می شود، این می تواند به اجزای تشکیل دهنده زندگی، مفهوم جدیدی ارائه کند. هدف زندگی درمانی ایجاد مفهوم گسترده در زندگی و حوزه های زندگی مراجعان است. بر اساس نظریه گشتالت «کل، چیزی بیش از اجزای تشکیل دهنده آن است» و بر این فرض و اساس در زندگی درمانی کل زندگی مفهومی متفاوت از اجزای تشکیل دهنده آن است و می تواند در زندگی مراجع نگرشی متفاوت ایجاد کند. وقتی بتوانیم درک کامل و وسیعی از زندگی و ضرورت هایش در مراجع ایجاد کنیم، او راحت تر می تواند موضوعات، مسائل و مشکلات آن را حل و فصل کند (حسن زاده، ۱۳۹۹). متین فر در پژوهشی نشان داد که معنادرمانی موجب افزایش میانگین امیدواری در بیماران قلبی می شود (متین فر، ۲۰۲۱)، همچنین پوستچیان و همکاران به بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر معنادرمانی بر امید به زندگی و تاب آوری زنان مطلقه پرداختند نتایج این مطالعه بیانگر آن است که معنادرمانی گروهی با اثرگذاری مثبت بر سلامت روان و کاهش فشارهای عصبی می تواند در کاهش مشکلات و فشارهای روانی زنان مطلقه و به دنبال آن سبب افزایش امید به زندگی و تاب آوری آنان مورد استفاده قرار گیرد (پوستچیان، کاظمی، رضایی و کاظمی، ۱۳۹۶) در مطالعه دیگری قاسم پور و همکاران به مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلا به کووید ۱۹ شهر تهران پرداختند نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و معنادرمانی در کاهش افسردگی به یک اندازه مؤثر بوده اند و در افزایش تاب آوری و امید به زندگی معنادرمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب آوری و امید به زندگی تأثیر گذار بوده است (قاسم پور، علیزاده، حسین زادگان، آشکار، سام خیانینی و میرلوحیان، ۱۴۰۱). رجایی لاهیجی و همکاران در پژوهشی عنوان کردند که معنادرمانی گام مهمی در بهبود اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان برمی دارد (رجایی لاهیجی، سجادیان، حقیقت، رجایی لاهیجی و رزمپوش ۲۰۲۲). در مطالعه ای که در سال ۲۰۲۱ انجام شد نتایج حاکی از اثربخشی یا تأثیر معنادرمانی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران اسکیزوفرنی بود (اسریلستاری، اراتی و روحاماد، ۲۰۲۱). ادیها (۲۰۱۶) در مطالعات خود بیان داشت که فرانکل بر این عقیده است که هنگامی که انسان با موقعیتی ناکام کننده روبه رو می شود، هنوز فرصت دیگری برای تحقق معنا دارد، او می تواند بالاترین ارزش را درک کند تا عمیق ترین معنا را کامل نماید. در اینجا پیام

معنادرمانی این است که "بار مسئولیت معنایابی روی شانه شخص سنگینی می‌کند" (صالحی‌آبادی، ۲۰۲۲). می‌توان نتیجه گرفت معنای زندگی باعث می‌شود شخص به طور فعال مسئولیت‌هایش را جستجو کند و با امید در زندگی ادامه دهد. زندگی درمانی عنوان می‌کند که زندگی خوب و خوب زیستن را نیز می‌توان آموخت. یکی از وظایف درمانگر آموختن چگونگی زیستن یک زندگی خوب به سبک ویژه خاص در هر یک از مراجعان است. ایجاد مهارت و قدرت تمایز در مراجع بین یک زندگی خوب و یک زندگی بد، یک زندگی موفق و یک زندگی ناموفق، و یک زندگی کارآمد از یک زندگی ناکارآمد، نقش کلیدی در روان‌درمانی ایفا می‌کند (حسن‌زاده، ۱۳۹۹).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود شدن جامعه مطالعه به زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و زایمان شهرستان ساری بود که تعمیم نتایج را محدودتر می‌سازد. تکرار پژوهش حاضر در زمان‌ها و مکان‌های دیگر می‌تواند موجب غنی‌سازی خدمات بهداشتی - درمانی قابل ارائه به زنان نابارور شود. در مطالعه حاضر، داده‌ها با ابزار خودگزارشی گردآوری شد که ممکن است موجب پاسخ‌دهی سوگیرانه شده باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده در کنار پرسشنامه، برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه بالینی نیز استفاده شود. همچنین برای دستیابی به نتایج با اعتبار بیرونی بیشتر، از جامعه آماری بزرگتری استفاده شود.

منابع

- ۱) امان الهی فرد، عباس؛ نیکبخت، روشن؛ حسینی، محمدعلی؛ احمدی فخر، سحر و حسینی، زهرا (۱۳۹۱). مقایسه‌ی رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور. مشاوره کاربردی، ۲(۱)، ۷۵-۸۸.
- ۲) پوست چیان، طیه؛ کاظمی، آمنه سادات؛ رضایی، امید و کاظمی مریم سادات (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر معنادرمانی بر امید به زندگی و تاب آوری زنان مطلقه. روان پرستاری، ۵(۶)، ۴۵-۵۲.
- ۳) جاماسیان مبارکه، آریتا و دوکانه‌ای فرد، فریده (۱۳۹۶). اثربخشی واقعیت درمانی گروهی برافزایش تاب آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۸(۲۹).
- ۴) جمالی، کورش؛ صالحی، کریم و چرامی، مریم (۱۴۰۰). مقایسه کیفیت زندگی در نوجوانان بزهکار و عادی شهر لردگان». مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵(۶۴).
- ۵) حسن زاده، رمضان (۱۳۹۹). روان شناسی زندگی، تهران: ویرایش.
- ۶) زربخش بحری، محمدرضا؛ شعاع حسنی، زهرا؛ ظهیری سروری، زیبا؛ امیرسادات هفشجانی، فریده و خادمی، محمد جواد (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس و حل مساله بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور. پژوهان، ۱۳(۴)، ۱-۱۰.
- ۷) طجری، مریم؛ کریمی، جواد و گودرزی، کوروش (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانی به روش پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و شفقت به خود در زوجین متقاضی طلاق. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶(۶۳).
- ۸) قاسم پور، الهه؛ علیزاده، زهرا؛ زارع حسین زادگان، زهره؛ آشکار، زهرا؛ سام خانانی، اسحاق و میرلوحیان، میترا (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنادرمانی بر کاهش افسردگی و افزایش تاب آوری و امید به زندگی در بیماران بهبود یافته از کوید ۱۹. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۳(۶۵).
- ۹) قاسمی، بهاره؛ پردلان، نوشین و برجیس، کتایون (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش خودشفقت‌ورزی بر خودانتقادی و آشفته‌گی روانشناختی در زنان نابارور. آموزش پرستاری، ۱۱(۵)، ۳۱-۲۱.

- ۱۰) محمدی، شروین؛ فتحی، آیت‌اله و پاهنگ، عصمت (۱۴۰۱). اثر بخشی روان‌درمانی مثبت نگر بر امید به زندگی و خود کارآمدی در بیماران دیابتی شهرستان شهریار. پرستاری دیابت، ۱۰ (۳)، ۱۹۳۶-۱۹۲۴.
- ۱۱) نادى، الهه؛ سعیدپور، فریبا و بلند، حسن (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی - رفتاری مذهب محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان نابارور. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۳ (۳).
- ۱۲) نیک روى، زهرا؛ حسن زاده، رمضان و حیدری، شعبان (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی نوع دوم. سلامت جامعه، ۱۶ (۳).
- 13) Afshani, S., Abooei, A., & Ruhani, A. (2022). Lived Experience of Infertile Women of Their Infertility Issue. *Woman in Development & Politics*, 20(1): 1-21.
- 14) Amanati, L., Allami, M., Shokrabi, S., Haghani, & H., Ramazanzade, F. (2009). Quality of Life and Influencing Factors among Infertile Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 12(4): 30-36
- 15) Clifton, J., Parent, J., Seehuus, M., Worrall, G., Forehand, R., & et al. (2020). An internet-based mind/body intervention to mitigate distress in women experiencing infertility: A randomized pilot trial. *PLOS ONE*, 15(3).
- 16) Farnam, A., Maghsoodlo, F., & Mohammadi, R. (2019). Comparison the quality of life and social well-being in infertile women undergoing in vitro fertilization therapy and fertile women. *Scientific Journal of Social Psychology*, 6(50): 1-10.
- 17) Hoyle, RH., Davisson, EK., & Novice, ML. (2022). Relations between protective traits and psychological distress among women experiencing infertility. *Journal of Health Psychology*, 27(2): 397-407.
- 18) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- 19) Johari, M. (2019). Comparison of psychological disorders, self-concept and hardiness in infertile women with normal women. Doctoral dissertation, Master Thesis in Psychology. Babolsar University.
- 20) Kim, J., Shin, H., & Yun, E. (2018). A dyadic approach to infertility stress, marital adjustment, and depression on quality of life in infertile couples. *Journal of Holistic Nursing*, 36(1): 6-14.

- 21) Lakatos, E., Szigeti, JF., Ujma, PP., Sexty, R., & Blong, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17 (48).
- 22) Li, X., Ye, L., Tian, L., Huo, Y., & Zhou, M. (2020). Related psychological distress and life satisfaction among Chinese infertile woman: A moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. *Sex Roles* 82:44-52.
- 23) Long, M.(2015). Infertility in inflammatory bowel diseases: a cause for hope? *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(9): 1647-1649.
- 24) Luy, M., Di, Giulio P, Di Lego, V., Lazarevič, P., & Sauerberg, M.(2022). Life expectancy: frequently used, but hardly understood. *Gerontology*, 66 (1): 95-104.
- 25) Margan, R., Marius Margan, M., Fira-Mladinescu, C., Putnoky, S., Tuta-Sas, I., Bagiu, R., Laurentiu. Popa Z., Bernad, E., Mihaela, Ciuca. I, Bratosin, F., Codruta, Miloicov-Bacean, O., Vlaicu, B., & Dobrescu, A. (2022). Impact of Stress and Financials on Romanian Infertile Women Accessing Assisted Reproductive Treatment. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19 (6):3256.
- 26) Matinfar, B. (2021). The effectiveness of meaning therapy on life expectancy in heart patients. *JNIP*, 7 (11): 1-9.
- 27) Rajab, Y., Al aany, R., & Dawood, M. (2023). Depression among infertile attending an infertility clinic in Ramadi teaching hospital for maternity and childhood, Iraq. *HIV Nursing*, 23 (2).
- 28) Raji Lahiji, M., Sajadian, A., Haghighat, S., Zarrati, M., Dareini, H., Raji lahiji M., & Razmpoosh, E.(2022). Effectiveness of logotherapy and nutrition counseling on psychological status, quality of life, and dietary intake among breast cancer survivors with depressive disorder: a randomized clinical trial. *Support Care Cancer*, 30: 7997–8009.
- 29) Salahiabadi, S. (2022). The effectiveness of life therapy on the meaning of life, hope and passion for life in nursing student of sari city. Doctoral dissertation, Master Thesis in Psychology. Sari University.
- 30) Schalock, R., Brown, I., & Cumms, A., Felse, D., Matikka, L., Keith, K., Parmenter, T. (2002). Conceptualization measurement and application of qualify of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40 (6): 457-470.
- 31) Schmid-Ott, G., Schallmayer, S., & Calliess, IT (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clin Dermato*;25(6): 547-54
- 32) Shahi Senobari S, Moeenizadeh M., Aghamohammadian Sharbaf H, & Noferesti A. Investigating the Effectiveness of teaching the positive

thinking based on belief to good on Life Satisfaction and Hope of infertile women.(2022). Journal of Modern Psychological Researches, 17(66):189-197.

- 33) Srilestari, R., Erawati, E., & Rohmad, B. (2021). The Effect of Logotherapy Interventions on Improving Quality of Life in Schizophrenic Patients Jurnal Keperawatan Malang, 6(2).
- 34) Snyder, C.(2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. Psychological Inquiry; 13 (4):249-275.
- 35) Tang, Q., Zhou, Zh., Wang, N., & Qian, X.(2023). Irrational parenthood cognition and infertility stigma among infertile women: a cross-sectional study in Changsha, China. Researchsquare.
- 36) Tsing Lo, S., Ching-Yin, Wong, G., Hung-Yu, Ng E., Hoi-Yan, Chan E., & Hang-Wun, Li R.(2023). Longitudinal study on sexual function and quality of life in infertile couples undergoing intrauterine insemination, The Journal of Sexual Medicine, 20 (1):30-37.

