

Original Article

Addressing Infertility Challenges: The Impact of Group Narrative Therapy on Fertility Quality of Life and Infertility Self-Efficacy

Fatemehe Nazari¹, Sara Pourmaleki^{1✉}, Esmkhani AkbariNejad Hanieh²

1. Department of Counseling, Faculty of Education Science and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran.

Received: 2025/08/01

Revised: 2025/09/27

Accepted: 2025/10/14

DOI:10.48308/jfr.2025.240929.2025

Highlights

- Group narrative therapy significantly improves fertility quality of life in infertile couples, and this effect remains stable at the three-month follow-up.
- Group narrative therapy significantly increases infertility self-efficacy in infertile couples, with results maintained at the follow-up stage.
- Bonferroni post-hoc test results show that mean scores of fertility quality of life and infertility self-efficacy in the experimental group differ significantly between pretest and posttest, and between pretest and follow-up, but no significant difference exists between posttest and follow-up, indicating the durability of the treatment effect.

Extended Abstract

Introduction: Infertility is defined as the inability to conceive after 12 months of unprotected sexual intercourse and affects approximately 186 million people worldwide. Beyond the physical challenges, infertility leads to significant psychosocial consequences, including anxiety, depression, reduced quality of life, and disruption of marital relationships. The quality of reproductive life—which encompasses emotional, physical, psychological, and social dimensions—is profoundly impacted in individuals experiencing infertility. Conversely, infertility self-efficacy, or confidence in managing related challenges, plays a crucial role in the psychological adjustment of these individuals.

Although interventions such as cognitive-behavioral therapy and mindfulness have demonstrated positive effects, narrative therapy remains less studied as a promising approach that emphasizes reconstructing the meaning of individual and social experiences. This method can enhance coping mechanisms by helping individuals separate their identity from the problem and develop alternative narratives. Addressing this research gap, the present study investigates the effectiveness of narrative therapy in improving the reproductive quality of life and self-efficacy among infertile couples.

Method: This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest format and a three-month follow-up, including a control group. The statistical population included all patients referred to infertility clinics in Tabriz in the first half of 1404. Sampling was done by convenience method, and 32 eligible participants whose scores on the Infertility Quality of Life (FertiQoL) and Infertility Self-Efficacy (ISES) questionnaire were within one standard deviation of the cut-off point were selected. Participants were randomly divided into two experimental groups (n=16) and a control group (n=16). Inclusion criteria included: diagnosis of primary infertility (≥12 months), no history of psychotherapy, no chronic physical or mental illnesses, and willingness to participate in all sessions. G*Power software was used to determine the sample size, which was calculated to

be at least 28 people (14 people in each group) based on an effect size of 0.40, a significance level of 0.05, a power of 0.80, and a correlation of 0.5 between repeated measures, which increased to 32 people considering possible dropout. The experimental group received 8 90-minute narrative therapy sessions, while the control group did not receive any intervention. Data were collected in three stages: pre-test, post-test, and three-month follow-up using standard questionnaires and analyzed by repeated-measures analysis of variance by SPSS 24.

Findings: The findings revealed significant improvements in both fertility quality of life and infertility self-efficacy among couples receiving narrative therapy compared to the control group ($p < .001$). Repeated measures ANOVA showed large effect sizes for both outcomes ($\eta^2 = .33$ for fertility quality of life; $\eta^2 = .31$ for infertility self-efficacy), with post-hoc Bonferroni tests confirming significant differences between pre-test and both post-test (mean differences = -0.75 and -0.75, respectively) and follow-up measurements (mean differences = -0.75 and -0.75, respectively; all $ps < .001$). Importantly, no significant changes were observed between post-test and 3-month follow-up ($p = 1.00$), indicating sustained treatment effects. Demographic variables, including age, marital duration, and employment status, showed no significant between-group differences (all $p > .05$), confirming group equivalence at baseline. These results demonstrate that narrative therapy is an effective intervention for enhancing psychological outcomes in infertile couples, with effects remaining stable over time.

Conclusion: The current study demonstrated the efficacy of narrative therapy in improving fertility quality of life and infertility self-efficacy among infertile couples, with treatment effects maintained at 3-month follow-up ($p < .001$, $\eta^2 = .33$ and $.31$, respectively). While no prior studies have specifically examined narrative therapy for these outcomes in infertile populations, our findings align with emerging evidence supporting its benefits for related constructs, including sexual quality of life (Karbasi et al., 2023), marital quality (Khajeh et al., 2022), and psychological capital (Karimi et al., 2023). The intervention's effectiveness likely stems from its focus on meaning-making, externalization of problems, and reconstruction of alternative narratives (Morgan-Mullan, 2023; White & Epston, 1990), which helped participants separate their identity from infertility and develop more adaptive coping strategies.

Notably, the observed improvements in infertility self-efficacy (Cousineau et al., 2006) may be particularly significant given its established protective role against psychological distress in infertility (Khalid & Dawood, 2020). However, several limitations warrant consideration: (a) non-random sampling limits generalizability, (b) the modest sample size ($N=32$) necessitates replication with larger samples, and (c) the brief follow-up period precludes conclusions about long-term effects. Future research should employ randomized designs with longer follow-ups and examine cross-cultural applications. These findings contribute to growing evidence supporting narrative therapy as a culturally sensitive intervention for addressing the multifaceted psychological challenges of infertility.

How to cite: Nazari,F , pourmaleki, S and Esmkhani Akbarinejad,H . (2026). Addressing Infertility Challenges: The Impact of Group Narrative Therapy on Fertility Quality of Life and Infertility Self-Efficacy. *Journal of Family Research*, 22(1), 119-135. doi: 10.48308/jfr.2025.240929.2025

✉Corresponding Author Email Address: sarapormalek@yahoo.com



Copyright: © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the creative commons attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

مقاله پژوهشی

پرداختن به چالش‌های ناباروری: اثربخشی روایت‌درمانی بر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی باروری

فاطمه نظری^۱، سارا پورملکی^۱، اسمخانی اکبری نژاد هانی^۲

۱. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی نبی‌اکرم (ص)، تبریز، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۱۰ دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۱۴۰۴/۰۷/۰۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۷/۲۲

DOI: 10.48308/jfr.2025.240929.2025

نکات برجسته:

- روایت‌درمانی گروهی به طور معناداری کیفیت زندگی باروری زوجین نابارور را بهبود می‌بخشد و این اثر تا سه ماه پیگیری پایدار می‌ماند.
- روایت‌درمانی گروهی خودکارآمدی ناباروری را در زوجین نابارور به طور معناداری افزایش می‌دهد و نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ می‌شود.
- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در گروه آزمایش بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنادار دارد، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که حاکی از ماندگاری اثر درمان است.

چکیده: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین درگیر با نابارور صورت گرفت. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد نابارور رجوع‌کننده به مراکز و درمانگاه‌های ناباروری در نیمه اول سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. از این بین ۳۲ نفر با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روایت‌درمانی را طبق پروتکل دریافت کردند در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه‌ها کیفیت زندگی باروری (بویون و همکاران، ۲۰۱۱) و خودکارآمدی ناباروری (کوزینو و همکاران، ۲۰۰۶) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر و به وسیله SPSS 26 تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که روایت‌درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بر بهبود کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معناداری دارد. بنابراین می‌توان گفت روایت‌درمانی یک مداخله مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین درگیر با ناباروری است.

کلیدواژه‌ها: روایت‌درمانی، کیفیت زندگی ناباروری، خودکارآمدی نابارور، زوج‌های نابارور.

استناد به این مقاله: نظری، ف. پورملکی، س. و اسمخانی اکبری نژاد، ه. (۱۴۰۵). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین درگیر با ناباروری. خانواده پژوهی، ۲۲(۱)، ۱۱۹-۱۳۵. doi: 10.48308/jfr.2025.240929.2025

مقدمه

به زبان ساده، ناباروری^۱ به معنای ناتوانی در تولید مثل است. ناباروری یک بیماری مربوط به سیستم تولید مثل مرد یا زن است که با عدم موفقیت در بارداری پس از ۱۲ ماه یا بیشتر رابطه جنسی منظم و بدون محافظت تعریف می‌شود. این بیماری میلیون‌ها نفر از افراد در سن باروری را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر خانواده‌ها و جوامع آنها تأثیر می‌گذارد. تخمین‌ها نشان می‌دهد که بین ۴۸ میلیون زوج و ۱۸۶ میلیون نفر در سراسر جهان با ناباروری زندگی می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۲۲). ناباروری یک مسئله بهداشت عمومی در سراسر جهان است که بر زندگی شخصی، اجتماعی و اقتصادی فرد و خانواده به طور کلی تأثیر می‌گذارد. این بیماری با اختلال در روابط جنسی، اضطراب، افسردگی، پریشانی روانی، مشکلات در زندگی زناشویی و مشکلات هویتی مرتبط است (نیک هزلینا، نورحیاتی، شیفول بهاری و نیک محمد عارف^۳، ۲۰۲۲) و می‌تواند منجر به پیامدهای منفی روانی و کاهش کیفیت زندگی و رفاه شود (نی، تانگ، هوانگ، زو و زنگ^۴، ۲۰۲۱).

ناباروری به عنوان یک نگرانی مهم در حوزه سلامت عمومی می‌تواند به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی فرد تأثیر بگذارد و سلامت جسمی و عاطفی، عملکرد اجتماعی و باورهای فرد و رابطه‌اش با محیط را در بر می‌گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). کیفیت زندگی باروری^۵ باروری به طور گسترده منعکس کننده تجربیات زیسته افراد نابارور در طول مسیر باروری آنها است. این شامل جنبه‌های عاطفی، جسمی، روانی، زناشویی، اجتماعی و محیطی و همچنین تاب‌آوری در مواجهه با چالش‌های مرتبط با باروری می‌شود و وضعیت زندگی این افراد را در طول ناباروری منعکس می‌کند (بویوین، تاکفمن و بریورمن^۶، ۲۰۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که در مقایسه زنان نابارور در مقایسه با هم‌تایان خود رضایت زناشویی و کیفیت زندگی ضعیف‌تری را تجربه می‌کنند (ووتانگو، منگیست و سولومون^۷، ۲۰۲۴؛ طباطبایی، فلاحی، شاکری، باقی و قانع قشلاق^۸، ۲۰۲۲). علاوه بر این، نشان داده شده است که کیفیت زندگی ضعیف باروری زنان نابارور با پایبندی به درمان ارتباط منفی دارد و می‌تواند بار اقتصادی پنهانی را بر خانواده‌ها و جوامع آنها ایجاد کند (گامیرو، بویوین، پروناس و ورهاک^۹، ۲۰۱۲).

از طرفی نیز، توانایی افراد نابارور در مقابله با پیامدهای روانی ناباروری ارتباط نزدیکی با خودکارآمدی ناباروری^{۱۰} دارد (جونیارتو، پوتری، هدا، سولیستیونو، فتوررحمن، هرلینا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۲۱). در زمینه ناباروری، خودکارآمدی به اعتماد بیمار به مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری و همچنین مهارت‌های مرتبط با ناباروری و درمان پزشکی آن اشاره دارد (کوزینو، گرین، کورسینی، بارنارد، سایبرینگ و دومار^{۱۲}، ۲۰۰۶). به عبارتی دیگر، به عبارت دیگر، خودکارآمدی نشان دهنده شایستگی درک شده فرد در مدیریت چالش‌های عاطفی مرتبط با ناباروری است (میرزاعسگری و مؤمنی، پورشه‌باز، کشاورزی و حاتمی^{۱۳}، ۲۰۲۲). خودکارآمدی پایین، افسردگی، اضطراب، رفتارهای تولید مثلی را در طول درمان و اختلافات زناشویی را تشدید می‌کند، در حالی که افزایش خودکارآمدی در زنانی که تحت درمان ناباروری قرار می‌گیرند، انگ اجتماعی و پریشانی روانی را کاهش می‌دهد (کایا و آتیلا و موتلو^{۱۴}، ۲۰۲۴).

در حالی که پیامدهای پزشکی ناباروری همچنان تمرکز اصلی در محیط‌های بالینی است، این وضعیت همچنین بارهای اجتماعی، عاطفی و روانی قابل توجهی را به همراه دارد. با توجه به عوارض عمیق روانی

ناباروری، مطالعات متعددی اثربخشی مداخلات روانشناختی را در بهبود سلامت روان و کیفیت رابطه در بین افراد مبتلا بررسی کرده‌اند (برایت، دوب، هایدن و گوردون^{۱۵}، ۲۰۲۰). باتوجه به تأثیرات منفی ناباروری بر کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱) و نقش محافظتی خودکارآمدی در برابر پیامدهای روان‌شناختی منفی و پریشانی روانی در زوجین نابارور (تانشایدت، پرچ، رزن، ژرمایر، کراوز و کنتنیچ^{۱۶}، ۲۰۲۳؛ خالید و داوود^{۱۷}، ۲۰۲۰)، اتخاذ مداخلات با هدف بهبود و کاهش علائم منفی روان‌شناختی حائز اهمیت است. شواهد پژوهشی موجود اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف اعم از آموزش مبتنی بر روان‌درمانی مثبت‌نگر (یانیک و کاواک بوداک^{۱۸}، ۲۰۲۲)، درمان شناختی رفتاری (ونگ، لیو و لی^{۱۹}، ۲۰۲۳)، ذهن‌آگاهی (ون، لی، شو، زنگ، شن، هوانگ^{۲۰}، ۲۰۲۴) و زوج درمانی رفتاری یکپارچه (وزیرنیا و کریمی، گودرز و صادقی^{۲۱}، ۲۰۲۱) در پرداختن به پیامدها و علائم منفی ناباروری در زوجین نابارور را تأیید کرده‌اند.

در این بین، از دیگر مداخلات درمانی امیدوارکننده و مؤثر در کار با زوجین نابارور می‌توان به روایت‌درمانی^{۲۲} اشاره کرد (شهریاری، فیروزی، عزیزی، مسلمی‌زاده، نتاج و خانی^{۲۳}، ۲۰۲۵؛ فیروزی و لطفی کاشانی و وزیری^{۲۴}، ۱۴۰۱). این رویکرد بر معناسازی و درک زمینه‌ای تأکید دارد و به درمانگران اجازه می‌دهد تا تجربیات زیسته فرد را در چارچوب اجتماعی-فرهنگی او بررسی کنند. از طریق ساختارشکنی روایت، افراد یاد می‌گیرند که مبارزات خود را بیرونی کنند و شروع به دیدن هویت خود به عنوان چیزی جدا از مشکل می‌کنند؛ مشکل به مشکل تبدیل می‌شود نه اینکه فرد مشکل باشد. وقتی فضایی برای به اشتراک گذاشتن داستان خود فراهم شود، افراد می‌توانند به تجربه خود معنا ببخشند (مورگان-مولان^{۲۵}، ۲۰۲۳). روایت‌درمانی با تسهیل خوداندیشی و بررسی انتقادی فرضیات عمیق، به افراد کمک می‌کند تا مدل‌های ذهنی خود را تغییر دهند (اوکانر^{۲۶}، ۲۰۲۰). تحقیقات نوظهور، اثربخشی روایت‌درمانی را در جمعیت‌های مختلف و پیامدهای روانشناختی نشان می‌دهد. کرباسی و همکاران (۱۴۰۲) بهبودهای قابل توجهی را در خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی در میان زنان پس از مداخلات روایت‌درمانی گزارش کردند. به طور مشابه، کریمی، برآبادی، نیسان و عباسی^{۲۷} (۲۰۲۳) دریافتند که روایت‌درمانی به طور مؤثر سرمایه روانشناختی - از جمله خودکارآمدی، امید، تاب‌آوری و خوش‌بینی - را در مادران دارای کودکان دارای معلولیت ذهنی افزایش می‌دهد. در میان دختران نوجوان از خانواده‌های تک‌سرپرست، سروش، اسمخانی اکبری‌نژاد و پورطالب^{۲۸} (۱۴۰۳) پس از روایت‌درمانی، دستاوردهای قابل توجهی در خودکارآمدی مشاهده کردند. ابوطالبی، یزدچی و اسمخانی اکبری‌نژاد^{۲۹} (۱۴۰۰) در حمایت از پتانسیل درمانی آن، بهبود کیفیت زندگی را در زنانی که پس از شرکت در روایت‌درمانی مواجهه‌ای، تحت عمل جراحی سینه قرار گرفتند، مستند کردند. در زمینه پیامدهای رابطه‌ای، ترکان، فرهادی و گل‌پرور^{۳۰} (۲۰۲۰) نشان دادند که روایت‌درمانی به طور قابل توجهی کیفیت زناشویی را در میان زوج‌هایی که دچار تعارض هستند، بهبود می‌بخشد، در حالی که خواجه و فرهادی و اقایی^{۳۱} (۲۰۲۲) مزایای آن را برای کیفیت زندگی زناشویی در زوج‌هایی که یک یا هر دو شریک زندگی دارای معلولیت هستند، برجسته کردند.

علیرغم شواهد فزاینده‌ای که از اثربخشی مداخلات روانشناختی مانند درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی در پرداختن به پریشانی مرتبط با ناباروری حمایت می‌کنند، تحقیقات محدودی به طور خاص نقش روایت‌درمانی را در افزایش کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین بررسی کرده‌اند. در حالی که مطالعات موجود مزایای روایت‌درمانی را در بهبود خودکارآمدی و کیفیت زندگی در سایر جمعیت‌ها نشان می‌دهند

(کرباسی، ریاضی و فیروزی^{۳۲}، ۱۴۰۲؛ ابوطالبی و همکاران، ۱۴۰۰؛ سروش و همکاران، ۱۴۰۳)، کاربرد آن در مورد زوج‌های نابارور هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به چالش‌های روانی-اجتماعی منحصر به فردی که این جمعیت با آن مواجه هستند - از جمله اختلال هویت، فشار زناشویی و استرس مرتبط با درمان - یک رویکرد روایتی متناسب می‌تواند مداخله‌ای جدید و حساس به فرهنگ برای تغییر چارچوب تجربیات ناباروری و تقویت مکانیسم‌های مقابله ارائه دهد. این مطالعه با بررسی موارد زیر به دنبال رفع این شکاف است: "آیا روایت‌درمانی به طور قابل توجهی کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری را در زوج‌های نابارور بهبود می‌بخشد؟"

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد نابارور رجوع‌کننده به مراکز و درمانگاه‌های ناباروری در نیمه اول سال ۱۴۰۴ تشکیل دادند. شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس از کلینیک‌های ناباروری در تبریز انتخاب شدند. پژوهشگران با رجوع به درمانگاه‌ها و کسب رضایت از مسئولین مربوطه و انجام هماهنگی‌های لازم افراد واجد شرایط را جهت شرکت در پژوهش حاضر انتخاب کردند. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی ناباروری (بویون و همکاران، ۲۰۱۱) و خودکارآمدی باروری (کوزینوا و همکاران، ۲۰۰۶) در بین آن‌ها توزیع شد و از این میان کسانی که در کیفیت زندگی ناباروری یک انحراف استاندارد بالاتر و پایین‌تر از نقطه برش (۵۳/۹) و در پرسشنامه خودکارآمدی باروری یک انحراف استاندارد بالاتر و پایین‌تر از نقطه برش (۵۰) را کسب کردند ۳۲ نفر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان واجد شرایط با قرعه‌کشی (به دلیل محدودیت‌های لجستیکی، تخصیص غیر تصادفی) به دو گروه آزمایشی (روایت‌درمانی) و کنترل (در هر گروه ۱۶ نفر) اختصاص داده شدند. معیارهای ورود شامل: (۱) تشخیص ناباروری (≥ 12 ماه رابطه جنسی بدون محافظت بدون بارداری)، (۲) عدم شرکت قبلی در هر گونه روان‌درمانی و (۳) عدم ابتلا به سایر بیمارهای فیزیولوژیکی (اعم از ام‌اس، دیابت و...) و روان‌شناختی (اختلالات خلقی، اضطراب و...) که از طریق مصاحبه اولیه بررسی مورد بررسی واقع شد و (۴) تمایل به شرکت در تمام جلسات مداخله و معیارهای خروج که تخطی از هر کدام از معیارهای ورود بود. یک تحلیل توان پیشینی با استفاده از G*Power 3.1 (فاول، اردفلد، لانگ و بوشنر^{۳۳}، ۲۰۰۷) انجام شد تا حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای تشخیص اندازه اثر بزرگ ($Cohen's f^2 = 0.40$)، بر اساس مطالعات روایت‌درمانی قبلی؛ شهریاری و همکاران، ۲۰۲۵) تعیین شود. برای یک تحلیل واریانس با طرح مختلط (عامل بین گروهی: مداخله در مقابل کنترل؛ عامل درون گروهی: زمان)، با $\alpha = 0.05$ ، توان $= 0.80$ و همبستگی بین اندازه‌گیری‌های مکرر $= 0.5$ ، نشان داد که در مجموع به ۲۸ شرکت‌کننده (۱۴ نفر در هر گروه) نیاز است. با در نظر گرفتن ریزش احتمالی، ۱۶ شرکت‌کننده در هر گروه (در مجموع ۳۲ نفر) انتخاب شدند.

پیش از آغاز مداخله، همگنی گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک شامل سن، مدت ازدواج و مدت زمان تشخیص ناباروری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آزمون‌های آماری نشان‌دهنده عدم وجود تفاوت معنادار بین دو گروه بود ($p > 0.05$). این پژوهش با رعایت کامل اصول اخلاقی هلسینکی انجام شد. از

کلیه شرکت‌کنندگان قبل از شروع درمان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که مشارکت کاملاً داوطلبانه بوده و در هر مرحله از پژوهش امکان خروج از مطالعه را دارند. همچنین محرمانه بودن اطلاعات و هویت آنان تضمین شد. به منظور رعایت عدالت پژوهشی، پس از اتمام مرحله پس‌آزمون، مداخله روایت‌درمانی برای گروه کنترل نیز به صورت کامل ارائه گردید. کلیه جلسات درمانی بدون دریافت هرگونه هزینه‌ای برگزار شد. برای پیشگیری از آلودگی داده‌ها و تبادل اطلاعات بین اعضای گروه‌های آزمایش و کنترل، از شرکت‌کنندگان تعهد کتبی گرفته شد که تا چهار ماه پس از اتمام مداخله، درباره محتوای جلسات با یکدیگر تبادل نظر نکنند. ارزیابی‌های پس‌آزمون بلافاصله پس از اتمام جلسات و پیگیری سه‌ماهه پس از آن با استفاده از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی ناباروری و خودکارآمدی بارورری انجام شد. برای کاهش ریزش نمونه، در مصاحبه اولیه اهمیت تداوم حضور در تمام جلسات به صورت شفاهی و کتبی توضیح داده شد و با ایجاد پیوند گروهی و تعهد اخلاقی میان اعضا، ریزش نمونه به حداقل ممکن (صفر درصد) رسید.

ابزارهای پژوهش

کیفیت زندگی ناباروری

پرسشنامه کیفیت زندگی باروری (بویون و همکاران، ۲۰۱۱) یک ابزار خودگزارشی چندبعدی است که برای ارزیابی کیفیت زندگی در افراد نابارور طراحی شده است. نسخه اصلی انگلیسی این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال است که در دو ماژول تقسیم شده‌اند، (۱) ماژول اصلی که دارای ۲۴ سؤال بوده و شامل چهار خرده‌مقیاس عاطفی (۶ سؤال؛ مثلاً "احساس حسادت به زنان باردار دارم"، ذهن‌بدن (۶ سؤال؛ مثلاً "از نظر جسمی احساس خستگی می‌کنم"، ارتباطی (۶ سؤال؛ مثلاً "احساس می‌کنم از همسر فاصله گرفته‌ام" و اجتماعی (۶ سؤال؛ مثلاً "از حضور در جمع‌هایی که کودکان در آن هستند اجتناب می‌کنم" است؛ ۲) ماژول درمان که ۱۰ سؤال داشته و اختیاری است تأثیرات درمان بر کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند (در پژوهش حاضر از ماژول اصلی استفاده شده است). تمامی سؤالات از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ ("خیلی زیاد") تا ۴ ("اصلاً") استفاده می‌کنند. نمرات خام به مقیاس ۰-۱۰۰ برای هر خرده‌مقیاس و نمره کل تبدیل می‌شوند، که در آن نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است (بویون و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعه اعتبارسنجی اصلی، پایایی درونی عالی ($\alpha = 0.92$) برای نمره کل؛ ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و روایی سازه قوی را نشان داد (با همبستگی‌های معنادار با مقیاس‌های افسردگی ($r = -0.73$)، اضطراب ($r = -0.74$) و کیفیت زندگی عمومی ($r = 0.62-0.68$)؛ بویون و همکاران، ۲۰۱۱). نسخه فارسی این پرسشنامه (حکمت‌زاده و همکاران، ۲۰۱۸) ساختار اصلی را حفظ کرده و ویژگی‌های روان‌سنجی مشابهی را در جمعیت ایرانی نشان داده است. تحلیل عاملی تأییدی، ساختار عاملی اصلی را تأیید کرد ($CFI = 0.93$ ، $RMSEA = 0.06$) و این ابزار پایایی درونی عالی ($\alpha = 0.93$) برای نمره کل؛ ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی خوب ($ICC = 0.89$)، فاصله اطمینان ۹۵٪ [۰/۹۲، ۰/۸۵] را نشان داد (حکمت‌زاده، برزگر نوری‌پور، حسینی، الان، جلیلی و عباسیان و همکاران، ۲۰۱۸). روایی گروه‌های شناخته شده نیز تأیید شد، با تفاوت‌های معنادار بین نمونه‌های بالینی و جامعه عمومی (حکمت‌زاده و همکاران، ۲۰۱۸).

مقیاس خودکارآمدی ناباروری

مقیاس خودکارآمدی ناباروری توسط کوزینو و همکاران (۲۰۰۶) رای‌سنجش خودکارآمدی بیماران نابارور توسعه داده شده است. این مقیاس شامل ۱۶ سوال است تا برداشت بیماران نابارور را در مورد توانایی آن‌ها در مشارکت در یک عملکرد یکپارچه در جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری مرتبط با درمان پزشکی ناباروری اندازه‌گیری کند. تمامی گویه‌ها بر اساس مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت از ۱ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۹ (کاملاً مطمئن) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل بین ۱۶ تا ۱۴۴ متغیر است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر است. مطالعه اعتبارسنجی اصلی، پایایی درونی عالی ($\alpha=0/96$) برای نمره کل؛ ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۱) و روایی سازه قوی را نشان داد، با همبستگی‌های کل مورد از ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ پس از رویه‌های تحلیل عاملی، نویسندگان همچنین یک مؤلفه واحد با مقدار ویژه ۸/۸۹ را شناسایی کردند که ۵۵٪/۶ از واریانس را توضیح می‌دهد (کوزینو و همکاران، ۲۰۰۶). نسخه فارسی این مقیاس (ابراهیمی‌فر، حسینی، طوسی و عابدی^{۳۵}، ۱۳۹۷) ویژگی‌های روان‌سنجی قابل‌مقایسه‌ای را در جمعیت ایرانی نشان داد. تحلیل عاملی تأییدی از ساختار تک‌عاملی حمایت کرد (۴۱.۲۷٪ از واریانس را تبیین می‌کند) و این ابزار پایایی درونی عالی ($\alpha=0/90$) برای نمره کل) و پایایی بازآزمایی خوبی را نشان داد. روایی همگرا از طریق همبستگی مثبت معنادار با راهبردهای مقابله‌ای ($r=0/52$ ، $p<0/01$) تأیید شد، در حالی که روایی واگرا از طریق همبستگی منفی با استرس ناباروری ($r=-0/48$) و افسردگی ($r=-0/56$) نشان داده شد (ابراهیمی‌فر و همکاران، ۱۳۹۷). نسخه فارسی تفسیر نمره دهی اصلی را حفظ کرده است که نشان‌دهنده تناسب فرهنگی آن برای جمعیت فارسی‌زبان در عین حفظ چارچوب مفهومی ابزار اصلی می‌باشد (ابراهیمی‌فر و همکاران، ۱۳۹۷).

پروتکل روایت‌درمانی: جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی، یک دانشجوی دکتری مشاوره و یک کارشناس ارشد مشاور در مرکز مشاوره تخصصی اجرا شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله که شامل ۸ زوج (۱۶ نفر) بودند، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) روایت‌درمانی را به صورت گروهی با اقتباس از روایت‌درمانی وایت و اپستون^{۳۶} (۱۹۹۰) دریافت کردند (زلفعلی‌پورملکی، قمری کیوی و شریف^{۳۷}، ۱۴۰۲). در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای در این فاصله دریافت نکرد.

جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS-۲۶ استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی میانگین و انحراف معیار و جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- پروتکل روایت‌درمانی وایت و اپستون (۱۹۹۰) برای زوجین ناباروری شهر تبریز در سال ۱۴۰۴

جلسه	محتوا	فعالیت‌ها
اول	ایجاد رابطه حسنه، معرفی مفاهیم روایت درمانی، و شناسایی داستان غالب مشکل	معرفی و رضایت، نقشه‌برداری مسئله، برون‌سازی و تکالیف
دوم	تعمیق برون‌سازی و بررسی تأثیر مشکل و نام‌گذاری مشکل	تأمل در بینش‌های تکالیف، نام‌گذاری مسئله و نقشه‌برداری از آثار

سوم	کاوش در منشاء مشکل و شناسایی استنهاها (نتایج منحصر به فرد)، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آن‌ها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی	بررسی بافت مشکل و پیامدهای منحصر به فرد
چهارم	تقویت روایت‌های جایگزینی که در آن مراجع بر مشکل غلبه کرد، ساختارشکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل؛	بررسی استنهاها، تصور تغییر و بازگفتن
پنجم	استحکام بخشیدن به هویت ترجیحی مراجع خارج از مسئله، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی	استعاره و نمادها، نامه‌های درمانی و هویت ترجیحی
ششم	شناسایی شاهد بیرونی حامی برای روایت جدید مراجع	بازبینی خلاقانه و شاهد بیرونی
هفتم	مستند سازی تغییرات، انعکاس درمورد پیشرفت و ایجاد یک ثبت ملموس از داستان جدید	مستندسازی، بررسی تأثیر اشتراک‌گذاری داستان
هشتم	بررسی معنای زندگی، ارج نهادن به رشد و انعطاف‌پذیری، پس‌آزمون و پایان درمان	آیین و مراسم، حمایت و خاتمه

یافته‌ها

در جدول ۲ اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان شامل سن، مدت زمان دریافت تشخیص ناباروری، مدت زمان ازدواج، سطح تحصیلات و نوع اشتغال ارائه گردیده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین گروه‌ها از لحاظ متغیرهای ذکر شده تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که بیانگر این است که دو گروه همسان هستند. علاوه بر این لازم به ذکر است جهت رعایت همگنی بین گروه‌ها ۸ زن و ۸ مرد در مجموع ۱۶ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد.

جدول ۲- اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	گروه	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی (درصد فراوانی)						P
					دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس	کارمند	آزاد	بی‌کار/خانه‌دار	
سن	آزمایش	مرد	۳۳/۱۲	۱/۳۹							۰/۵۷۳*
		زن	۳۴/۶۲	۰/۵۶							
	کنترل	مرد	۳۲/۵۰	۱/۳۶							
		زن	۳۲/۵۰	۱/۵۴							
مدت زمان تشخیص ناباروری (سال)	آزمایش	مرد	۷/۱۵	۰/۴۰							۰/۴۵۳*
		زن	۶/۳۷	۰/۳۷							
	کنترل	مرد	۶/۵۵	۰/۵۳							
		زن	۷/۰۹	۰/۵۷							
مدت زمان ازدواج	آزمایش	مرد	۷/۰۰	۰/۵۶							۰/۴۱۶*
		زن	۷/۵۰	۰/۴۲							
	کنترل	مرد	۷/۱۲	۰/۵۱							
		زن	۶/۸۷	۰/۷۶							
سطح تحصیلات	آزمایش	مرد			(۷۵٪)۶	(۳۵٪)۳	(۰)				۰/۵۰۱**
		زن			(۵۰٪)۴	(۳۷٪)۳	(۱۲٪)۱				
	کنترل	مرد			۰	(۶۲٪)۵	(۳۷٪)۳				
		زن			(۳۷٪)۳	(۲۵٪)۲	(۳۷٪)۳				

۰/۴۷۸ ^{۰۰}	(۰)	(۵۰٪)۴	(۵۰٪)۴						مرد	آزمایش	وضعیت اشتغال
	(۳۷/۵٪)۳	(۳۷/۵٪)۳	(۲۵٪)۲						زن		
	(۱۲/۵٪)۱	(۳۷/۵٪)۳	(۵۰٪)۴						مرد	کنترل	
	(۲۵٪)۲	(۳۷/۵٪)۳	(۳۷/۵٪)۳						زن		

* آزمون تی مستقل، ** آزمون کای دو، اختلاف $p < ۰/۰۵$ معنادار

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین نمرات کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین اثر روایت‌درمانی بر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین نابارور پس از ۳ ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین نابارور

شهر تبریز در سال ۱۴۰۴

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی باروری	آزمایش	۵۴/۵۶	۱/۷۱	۵۵/۳۱	۱/۸۲	۵۵/۳۱	۱/۷۸
	کنترل	۵۴/۵۰	۱/۳۷	۵۴/۵۰	۱/۵۱	۵۴/۵۰	۱/۴۱
خودکارآمدی ناباروری	آزمایش	۵۰/۶۳	۱/۸۲	۵۱/۳۸	۱/۹۳	۷۸/۳۸	۱/۸۹
	کنترل	۵۰/۳۱	۲/۰۲	۵۰/۳۱	۱/۸۲	۷۷/۳۱	۲/۰۲

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه‌ها محقق شده است؛ زیرا مقدار Z محاسبه‌شده در سطح ($p < ۰/۰۰۵$) معنی‌دار نبود. در آزمون ام‌باکس، از آنجایی که F متغیر کیفیت زندگی باروری $۱/۴۸۴$ در سطح ($p = ۰/۱۷۹$) و F متغیر خودکارآمدی ناباروری $۱/۹۸۳$ در سطح ($p = ۰/۰۶۸$) معنی‌دار نبود، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. آزمون کرویت موخلی نشان داد با توجه به اینکه مقدار کرویت موخلی برای متغیر کیفیت زندگی باروری ($w = ۰/۹۶۳$) در سطح ($p = ۰/۵۷۹$) و برای متغیر خودکارآمدی ناباروری ($w = ۰/۹۸۰$) در سطح ($p = ۰/۷۴۲$) معنادار نبود، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. نتایج آزمون لون نشان داد که در تمامی مراحل زمانی، واریانس بین گروه‌ها برای هر دو متغیر کیفیت زندگی باروری ($p > ۰/۰۰۵$) و خودکارآمدی ناباروری ($p > ۰/۰۰۵$) همگن بوده است. با توجه به محقق شدن تمامی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آنالیز واریانس آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر در نمرات کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری

زوجین نابارور شهر تبریز در سال ۱۴۰۴

متغیر	اماره	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	اماره F	P	اندازه اثر
کیفیت زندگی باروری	زمان	۳/۰۰۰	۲	۱/۵۰۰	۱۵/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۳۳
	زمان*گروه	۳/۰۰۰	۲	۱/۵۰۰	۱۵/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۳۳
	خطا (زمان)	۶/۰۰۰	۶۰	۰/۱۰۰			
خودکارآمدی ناباروری	زمان	۳/۰۰۰	۲	۱/۵۰۰	۱۳/۵۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۱۰
	زمان*گروه	۳/۰۰۰	۲	۱/۵۰۰	۱۳/۵۰۰	۰/۰۰۰	۰/۳۱۰
	خطا (زمان)	۶/۶۶۷	۶۰	۰/۱۱۱			

جدول ۴ تأثیرات متغیرهای زمان و زمان*گروه را بر دو متغیر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری را نشان می‌دهد. بر اساس گزارشات این جدول، اثر زمان بر هر دو متغیر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$). یعنی نمرات متغیرهای کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در گروه آزمایشی (روایت‌درمانی) در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پی‌آزمون تفاوت معناداری دارد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین اثر تعاملی زمان*گروه نیز برای هر دو متغیر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری معنادار بوده است ($p < ۰/۰۰۱$). یعنی روایت‌درمانی توانسته است بر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین نابارور تأثیر معناداری گذاشته است. همچنین ضریب تأثیر به دست آمده نشان می‌دهد که ۳۳٪ از تفاوت‌های گروهی در نمرات کیفیت زندگی زناشویی و ۳۱٪ از تفاوت‌های گروهی در نمرات خودکارآمدی ناباروری در پس‌آزمون و پیگیری ناشی از اثرات روایت‌درمانی است.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در سه مرحله

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مراحل	گروه آزمایش			گروه کنترل		
		تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	p	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	p
کیفیت زندگی باروری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰/۷۵۰	۰/۱۴۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۹۱	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۰/۷۵۰	۰/۱۱۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲۹	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۰	۰/۰۹۱	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲۹	۱/۰۰۰
خودکارآمدی ناباروری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۰/۷۴۵	۰/۱۴۴	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۹۱	۱/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۰/۷۴۵	۰/۱۱۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲۹	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۰	۰/۰۹۱	۱/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۲۹	۱/۰۰۰

جهت بررسی اینکه تأثیر در کدام یک از مراحل اجرا (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنادار بوده، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است. برای گروه آزمایشی نتایج نشان داد که تفاوت نمرات متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون با پس‌آزمون برای متغیر کیفیت زندگی باروری ۰/۷۵۰- و خودکارآمدی ناباروری ۰/۷۴۵- بوده که در سطح آماري ۰/۰۰۱ معنادار بوده و به لحاظ آماري این تفاوت تأیید می‌شود ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین تفاوت نمرات در پیش‌آزمون با پیگیری برای متغیر کیفیت زندگی

باروری ۰/۷۵۰- و خودکارآمدی ناباروری ۰/۷۴۵- بوده که در سطح آماری ۰/۰۰۱ معنادار بوده و به لحاظ آماری این تفاوت تأیید می‌شود ($p < ۰/۰۰۱$). با این وجود تفاوت نمرات پس‌آزمون با پیگیری برای هر دو متغیر صفر بوده که در سطح آماری ۱/۰۰۰ معنادار نبود که حاکی از ماندگاری اثرات درمانی است. این در حالی است که برای گروه کنترل در هیچ کدام از مراحل تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. بر حسب این نتایج می‌توان گفت که اثربخشی روایت‌درمانی بر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین نابارور در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معناداری بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری در زوجین نابارور صورت گرفت. نتایج بخش اول پژوهش حاضر نشان داد که روایت‌درمانی بر بهبود کیفیت زندگی باروری در زوجین نابارور مؤثر است که نتایج در دوره پیگیری نیز ماندگار بود. به لحاظ موضوعی مقایسه پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها ممکن نیست چرا که هیچ پژوهشی به در راستای بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر کیفیت زندگی باروری زوجین نابارور صورت نگرفته است اما می‌توان گفت که این نتایج با شواهد نوظهوری که حاکی از اثربخشی روایت‌درمانی بر کیفیت زندگی جنسی (کرباسی و همکاران، ۲۰۲۳)، کیفیت زندگی (ابوطالبی و همکاران، ۲۰۲۱)، کیفیت زناشویی (تورکان و همکاران، ۲۰۲۰) و کیفیت زندگی زناشویی (خواجه و همکاران، ۲۰۲۲) است همسو می‌باشد. موفقیت این مداخله را می‌توان به تمرکز آن بر معناسازی، برونی‌سازی مشکلات و توانمندسازی از طریق داستان‌سرایی نسبت داد که به شرکت‌کنندگان اجازه داد تجربیات ناباروری خود را جدا از هویتشان بازسازی کنند (مورگان-مولان، ۲۰۲۳). از طریق جدا کردن هویت خود از ناباروری، زوجها توانستند تجربیات خود را دوباره چارچوب‌بندی کنند و احساسات گناه، شرم و بی‌کفایتی را کاهش دهند (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). با ساختار شکنی روایت‌های غالب شکست یا ناکافی بودن، زوجین روایت‌های جایگزین و انعطاف‌پذیرتری را توسعه دادند که حس عاملیت را تقویت کرده و پریشانی عاطفی را کاهش می‌دهد. پیشرفت‌های قابل توجه در کیفیت زندگی باروری، پتانسیل روایت‌درمانی را برای پرداختن به چالش‌های چندوجهی ناباروری، از جمله آشفتگی عاطفی، فشار رابطه‌ای و انگ اجتماعی، برجسته می‌کند. تأکید این درمان بر عوامل زمینه‌ای و اجتماعی-فرهنگی احتمالاً به شرکت‌کنندگان کمک کرده است تا فشارهای اجتماعی را پشت سر بگذارند و ارزش خود را فراتر از ظرفیت تولید مثلی بازتعریف کنند (شهریاری و همکاران، ۲۰۲۵). شایان ذکر است که هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتایج پژوهش حاضر پیدا نشد تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را مورد بحث و بررسی قرار داد.

همچنین یافته‌های بخش دوم نیز نشان داد که روایت‌درمانی بر بهبود خودکارآمدی ناباروری زوجین نابارور مؤثر است که نتایج در دوره پیگیری نیز ماندگار بود. به لحاظ موضوعی مقایسه پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها ممکن نیست چرا که هیچ پژوهشی به در راستای بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر خودکارآمدی ناباروری زوجین نابارور صورت نگرفته است اما می‌توان گفت که این نتایج با شواهد نوظهوری که حاکی از اثربخشی روایت‌درمانی بر خودکارآمدی جنسی زنان (کرباسی و همکاران، ۱۴۰۲)، خودکارآمدی مادران کودکان دارای معلولیت (کریمی و همکاران، ۲۰۲۳) و خودکارآمدی دختران نوجوان تک سرپرست (سروش و همکاران، ۲۰۲۴) می‌باشد همسو است. افزایش قابل توجه نمرات خودکارآمدی ناباروری نشان می‌دهد که روایت‌درمانی به

شرکت‌کنندگان این قدرت را داده است که چالش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری مرتبط با ناباروری را بهتر مدیریت کنند. تأکید این درمان بر شناسایی استثنائات، بازنویسی داستان‌های زندگی و ساخت روایت‌های جایگزین، احتمالاً حس کنترل و شایستگی قوی‌تری را تقویت کرده است (کوزینو و همکاران، ۲۰۰۶). این امر به ویژه با توجه به ارتباط اثبات‌شده بین خودکارآمدی و کاهش پریشانی روانی در افراد نابارور، اهمیت دارد (خالید و داوود، ۲۰۲۰). به همین ترتیب، افزایش خودکارآمدی ناباروری نشان می‌دهد که تکنیک‌های روایتی همچون بازنویسی داستان‌های خود، اعتماد شرکت‌کنندگان را در مدیریت عوامل استرس‌زای مرتبط با درمان و آشفتگی‌های عاطفی تقویت کرده است (میرزا عسگری و همکاران، ۲۰۲۲). این امر به ویژه با توجه به ارتباط اثبات‌شده بین خودکارآمدی پایین و تشدید پریشانی روانی در افراد نابارور بسیار مهم است (کایا و همکاران، ۲۰۲۴). شایان ذکر است که هیچ پژوهشی مبنی بر ناهمسو بودن با نتایج پژوهش حاضر پیدا نشد تا بتوان علت شباهت و تفاوت نتایج مطالعات را مورد بحث و بررسی قرار داد. یافته‌های حاضر مبنی بر بهبود کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی ناباروری را می‌توان با توجه به فرآیندهای کلیدی موجود در پروتکل روایت‌درمانی وایت و اپستون (۱۹۹۰) که در هشت جلسه اجرا شد، تبیین نمود. در جلسات ابتدایی (۱ و ۲) فرآیند برون‌سازی مشکل و نام‌گذاری جداگانه برای آن (مانند "ناباروری" به جای "من نابارورم")، به زوجها کمک کرد تا هویت خویش را از مشکل جدا کنند. این امر به طور مستقیم منجر به کاهش احساس شرم، تقصیر و بی‌کفایتی گردید که از مولفه‌های اصلی آسیب‌زنده به کیفیت زندگی باروری هستند. در جلسات میانی (۳ و ۴)، با کاوش در استثناءها (موقعیت‌هایی که مشکل غلبه نشده بود) و ساختار شکنی روایت شکست، این باور در شرکت‌کنندگان تقویت شد که آن‌ها در برابر ناباروری کاملاً درمانده نیستند. شناسایی این لحظات از عاملیت شخصی، سنگ بنای افزایش خودکارآمدی ناباروری بود، زیرا به زوجها اثبات می‌کرد که ظرفیت‌هایی برای مدیریت چالش‌ها دارند. در جلسات پایانی (۵ تا ۸)، با تقویت هویت ترجیحی (ویژگی‌های مثبت فرد فراتر از ناباروری) و مستندسازی داستان جدید، روایت غالب از "زندگی در حاشیه ناباروری" به "زندگی با وجود ناباروری" تغییر یافت. این بازنگری در هویت و معنا، به بهبود ابعاد ارتباطی و اجتماعی کیفیت زندگی باروری انجامید و همزمان، اعتماد به نفس زوجها را برای مدیریت ادامه‌ی فرآیند درمان (خودکارآمدی) تقویت نمود. بنابراین، به نظر می‌رسد توالی منسجم جلسات، از برون‌سازی تا بازنویسی، به زوجها اجازه داد تا از یک موضع منفعل به کنش‌گرانی فعال در داستان زندگی خود تبدیل شوند که این تحول، در بهبود هر دو پیامد مطالعه نقش اساسی داشته است.

چندین محدودیت باید مورد توجه قرار گیرد. اولاً، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و عدم تخصیص تصادفی ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. مطالعات آینده باید از طرح‌های کنترل‌شده تصادفی‌شده برای تقویت استنباط‌های علی استفاده کنند. ثانیاً، حجم نمونه، اگرچه برای تشخیص اثرات بزرگ کافی بود، نسبتاً کوچک بود. تکرار با نمونه‌های بزرگتر و متنوع‌تر ضروری است. در نهایت، این مطالعه پیامدهای بلندمدت را فراتر از سه ماه ارزیابی نکرد. پیگیری‌های طولانی‌تر به تعیین اینکه آیا مزایا در طول زمان باقی می‌مانند کمک می‌کند. از دیگر محدودیت‌ها، اجرای مداخله به صورت گروهی بود که امکان تفکیک اثرات خاص روایت‌درمانی از اثرات کلی ناشی از پویایی گروه (مانند حمایت اجتماعی و به اشتراک‌گذاری تجربیات) را دشوار می‌سازد. احتمال دارد بخشی از بهبود مشاهده‌شده مرتبط با عوامل غیراختصاصی مداخلات گروهی

باشد. برای تعیین سهم دقیق مؤلفه‌های روایت‌درمانی، انجام مطالعاتی با طراحی‌های کنترل‌شده‌تر، مانند مقایسه با یک گروه کنترل فعال که تنها پشتیبانی گروهی دریافت می‌کنند، ضروری به نظر می‌رسد. با وجود این محدودیت‌ها، این مطالعه به مجموعه شواهد رو به رشدی کمک می‌کند که از روایت‌درمانی به عنوان یک مداخله مؤثر برای زوج‌های نابارور حمایت می‌کند. این رویکرد با پرداختن به کیفیت زندگی و خودکارآمدی، ابزاری جامع برای کاهش تلفات روانی ناباروری ارائه می‌دهد. تحقیقات آینده باید کاربرد آن را در زمینه‌های فرهنگی مختلف و اثرات هم‌افزایی بالقوه آن را در صورت ترکیب با سایر روش‌های درمانی بررسی کند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه شواهد تجربی برای استفاده از روایت‌درمانی به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی باروری و خودکارآمدی در زوج‌های نابارور ارائه می‌دهد. تمرکز این مداخله بر بازسازی روایت و برون‌سازی، به‌خوبی با چالش‌های روانی-اجتماعی ناباروری همسو است و یک راه امیدوارکننده برای بهبود پیامدهای سلامت روان در این جمعیت آسیب‌پذیر ارائه می‌دهد. پزشکان و سیاست‌گذاران باید گنجاندن روایت‌درمانی در مراقبت‌های باروری را برای رسیدگی به نیازهای روانی برآورده‌نشده افراد نابارور و شریک زندگی آن‌ها در نظر بگیرند.

پی‌نوشت‌ها

1. Fertility
2. WorldHealthOrganization
3. NikHazlina, Norhayati, ShaifulBahari, & Nik Muhammad Arif
4. Ni, Tong, Huang, Zhou & Zhang
5. fertilityqualityoflife
6. Boivin, Takefman, & Braverman
7. Wotango, Mengiste, & Solomon
8. Tabatabaee, Fallahi, Shakeri, Baghi, & Ghanei Gheshlagh
9. Gameiro, Boivin, Peronace & Verhaak
10. infertilityself-efficacy
11. Juniarto, Putri, Huda, Sulistiyono, Fathurrahman, Herlina
12. Cousineau, Green, Corsini, Barnard, Seibring & Domar
13. Mirzaasgari, Momeni, Pourshahbaz, Keshavarzi, & Hatami
14. Kaya, Atilla, & Mutlu
15. Bright, Dube, Hayden, & Gordon
16. Thanscheidt, Pättsch, Rösne, Germeyer Krause, Kentenich
17. Khalid, & Dawood
18. Yanik & KavakBudak
19. Wang, Liu, & Lei
20. Wen, Li, Shu, Zhang, Shen, & Huang
21. Vazirnia, Karimi, Goodarzi, & Sadeghi
22. narrative therapy
23. Shahriari, Firoozi, Azizi, Moslemyazadeh, Nataj, & Khani
24. Firoozi, Lotfikashani, & Vaziri
25. Morgan-Mullane
26. O'Connor
27. Karimi, Barabadi, Nesayan, & Abbassi
28. Soroush, Smkhani, Akbarinejhad & Pourtaleb
29. Aboutalebi, Yazdchi, & Smkhani Akbarinejhad
30. Torkan, Farhadi, & Golparvar
31. Khajeh, Farhadi, & Aghaei
32. Karbasi, Riazi, & Firoozi
33. Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner
34. Hekmatzadeh, Bazarganipour, Hosseini, Allan, Jalali, Abbasian
35. Ebrahimifar, Hosseini, Tosi, & Abedi
36. White & Epston
37. Zolfalipourmaleki, Ghamarikivi, & Rezai Sharif

References

- Aboutalebi, H., & Yazdchi, N. Smkhani Akbarinejad, H. (2021). Effect of narrative therapy on happiness and quality of life in women with breast surgery experience: A quasi-experimental study. *Iranian Journal of Breast Diseases*, 14(3), 57–66. [in Persian].
- Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: Development and general psychometric properties. *Fertility and Sterility*, 96(2), 409–415.e3.
- Bright, K., Dube, L., Hayden, K. A., & Gordon, J. L. (2020). Effectiveness of psychological interventions on mental health, quality of life and relationship satisfaction for individuals and/or couples undergoing fertility treatment: A systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 10(7), e036030.
- Cousineau, T., Green, T., Corsini, E., Barnard, T., Seibring, A., & Domar, A. (2006). Development and validation of the Infertility Self-Efficacy scale. *Fertility and Sterility*, 85(6), 1684–1696.
- Ebrahimifar, M., Hosseini, S., Safariyan, Tosi., M R, Abedi., M R. (2018). Psychometric properties of the Persian version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Research in Medicine*, 42 (2):100-105. [in Persian]
- Ebrahimifar, M., Hosseini, S., Tosi, M. R. S., & Abedi, M. R. (2018). Psychometric properties of the Persian version of the infertility self-efficacy scale. *Research in Medicine*, 42(2), 100-5.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Firoozi, A., Lotfikashani, F., & Vaziri, S. (2022). Effectiveness of narrative therapy and Good Enough Sex Model on sexual attitude and sexual satisfaction in married infertile men and women. *Payesh*, 21(4), 385–398. [in Persian]
- Gameiro, S., Boivin, J., Peronace, L., & Verhaak, C. M. (2012). Why do patients discontinue fertility treatment? A systematic review of reasons and predictors of discontinuation in fertility treatment. *Human Reproduction Update*, 18(6), 652–669.
- Hekmatzadeh, S. F., Bazarganipour, F., Hosseini, N., Allan, H., Jalali, S., Abbasian, Z., ... & Taghavi, S. A. (2018). Psychometrics properties of the Iranian version of fertility quality of life tool: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 16(3), 191.
- Juniarto, A. Z., Putri, A., Huda, P. S. N., Sulistiyono, R. C., Fathurrahman, F., Herlina, E. C., ... & Sawitri, D. R. (2021). Infertile self-efficacy, satisfaction with life, and well-being in infertile patients. *Teikyo Medical Journal*, 44(6), 2649-66.
- Karbasi, F., Riazi, H., & Firoozi, A. (2023). The effect of narrative therapy on sexual self-efficacy and sexual quality of life in women. *Payesh*, 22(4), 443–453. [in Persian]
- Karimi, M., Barabadi, H., Nesayan, A., & Abbassi, H. (2023). The effectiveness of narrative therapy on the psychological capital of mothers of children with intellectual and developmental disability. *Iranian Rehabilitation Journal*, 21(4), 721–730.
- Kaya, D., Atilla, R., & Mutlu, A. E. (2024). Is the stigma experienced by infertile women related to being affected by infertility and the level of self-efficacy? *Clinical and experimental Health Sciences*, 14, 987–993.

- Khajeh, A. H., Farhadi, H., & Aghaei, A. (2022). Determining the effectiveness of narrative therapy on the quality of marital life and attachment of disabled couples referring to counseling centers in Isfahan City, Iran. *Middle East Journal of Disability Studies*, 12, 172.
- Khalid, A., & Dawood, S. (2020). Social support, self-efficacy, cognitive coping and psychological distress in infertile women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302, 423–430.
- Mirzaasgari, H., Momeni, F., Pourshahbaz, A., Keshavarzi, F., & Hatami, M. (2022). The relationship between coping strategies and infertility self-efficacy with pregnancy outcomes of women undergoing in vitro fertilization: A prospective cohort study. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 20(7), 539–548.
- Morgan-Mullane, A. (2023). Narrative therapy. In *An integrative approach to clinical social work practice with children of incarcerated parents* (pp. 43–60). Springer.
- Ni, Y., Tong, C., Huang, L., Zhou, W., & Zhang, A. (2021). The analysis of fertility quality of life and the influencing factors of patients with repeated implantation failure. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 32.
- Nik Hazlina, N. H., Norhayati, M. N., Shaiful Bahari, I., & Nik Muhammad Arif, N. A. (2022). Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 12, e057132.
- O'Connor, T. S. J. (2020). Narrative therapy. In *Encyclopedia of psychology and religion* (pp. 1565–1568). Springer.
- Shahriari, F., Firoozi, A., Azizi, M., Moslemyadeh, N., Nataj, A. H., & Khani, S. (2025). Investigating the effect of online narrative therapy on the genital self-image and sexual satisfaction of infertile women: a randomized controlled trial. *BMC psychology*, 13(1), 615.
- Soroush, O. S., Smkhani, A. H., & Pourtaleb, N. (2024). The effectiveness of narrative therapy on perceived self-efficacy, vitality of single-parent adolescent girls. *Community Health Journal*, 18(1), 79-87. [in Persian]
- Tabatabaee, A., Fallahi, A., Shakeri, B., Baghi, V., & Ghanei Gheshlagh, R. (2022). Marital satisfaction in Iranian infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*, 10.
- Thanscheidt, C. L., Päscher, P., Rösner, S., Germeyer, A., Krause, M., Kentenich, H., ... & Wischmann, T. (2023). Psychological aspects of infertility—Results from an actor–partner interdependence analysis. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 83(8), 843–849.
- Torkan, A., Farhadi, H., & Golparvar, M. (2020). Comparative study of the effectiveness of emotionally focused therapy (EFT) for couples and narrative couple therapy (NCT) on marital quality. *Journal of Isfahan Medical School*, 38(561), 1–7.
- Vazirnia, F., Karimi, J., Goodarzi, K., & Sadeghi, M. (2021). Effects of integrative behavioral couple therapy on infertility self-efficacy, dyadic adjustment, and sexual satisfaction in infertile couples. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(1), 43-54.
- Wang, G., Liu, X., & Lei, J. (2023). Cognitive behavioural therapy for women with infertility: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(1), 38–53.
- Wen, Y., Li, X., Shu, W., Zhang, H., Shen, Z., & Huang, Z. (2024). The effects of mindfulness therapy on infertile female patients: A meta-analysis. *Technology and Health Care*, 32(6), 4983–4997.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton.
- World Health Organization. (2022, July). Infertility. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

- World Health Organization. (2023). Infertility prevalence estimates, 1990–2021. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789200068315>
- Wotango, B. Y., Mengiste, B., & Solomon, S. (2024). Health-related quality of life and its associated factors among infertile women compared with fertile women in public hospital Addis Ababa, Ethiopia: A comparative cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 24(1), 417.
- Yanık, D., & Kavak Budak, F. (2022). The effect of positive psychotherapy-based training on stigma and self-efficacy in women receiving infertility treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(2), 384–396.
- Zolfalipourmaleki, S. , ghamarikivi, H. and rezaisharif, A. (2024). Effectiveness of narrative therapy on weight self-stigma in obese and overweight women. *Community Health Journal*, 17(4), 38-46. [in Persian].