

اثر بخشی آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی بر کیفیت زندگی زنان نابارور

دکتر پرویز عسکری^۱ و سارا ساعدی^۲

برای مقابله با واکنش های روانی ناشی از ناباروری، روش های مختلفی وجود دارد. مدیریت شناختی- رفتاری استرس یا مصون سازی در مقابل تنیدگی می تواند علاوه بر کاهش تنیدگی، بر بهبود خلق و کیفیت زندگی در گروه های مختلفی از بیماران اثربخش باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش گروهی ایمن سازی در برابر تنیدگی بر کیفیت زندگی زنان نابارور شهر اهواز بود. بدین منظور، در یک طرح شبه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه، ۴۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک های نازایی شهر اهواز با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. گروهها در ابتدا از نظر کیفیت زندگی مورد آزمون قرار گرفتند. آموزش ایمن سازی در مقابل استرس به مدت ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای به گروه آزمایش ارایه شد و سپس دو گروه مجدد از نظر کیفیت زندگی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که آموزش گروهی ایمن سازی در برابر تنیدگی زنان نابارور، بر کیفیت زندگی و مولفه های جسمی، روان شناختی، مذهبی، اقتصادی، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی آنها موثر است و می توان گفت که آموزش گروهی ایمن سازی در برابر تنیدگی، با ایجاد طرحواره های جدید و جایگزین ساختن آن ها به جای طرحواره های قبلی، در کیفیت زندگی زنان نابارور موثر بوده است.

واژه های کلیدی: ناباروری، ایمن سازی، تنیدگی، کیفیت زندگی

مقدمه

باروری^۳، تولید مثل و داشتن فرزند، یکی از آرزوهای انسانی و اساس بقای نسل بشر است که به علل مختلف ممکن است برخی زوج ها از آن محروم شوند. ناباروری^۴، به صورت عدم وقوع

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی. واحد اهواز. اهواز، ایران.

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی. واحد اهواز. اهواز، ایران. (نویسنده مسوول) sa.saedi@yahoo.com

3. fertility

4. infertility

حاملگی طی یک سال نزدیکی جنسی بدون استفاده از روش های پیشگیری تعریف می شود و می تواند عواقب روانی و اجتماعی فراوانی بدنبال داشته باشد (ریچلین، شانتی و میورپی، ۲۰۰۳). هر چند در سال های اخیر با پیشرفت علم پزشکی دریچه های امید به سوی زوج های نابارور گشوده شده و هر ساله، افراد نابارور با استفاده از روش های مختلف باروری صاحب فرزند می شوند (سگافی و توفانی، ۲۰۰۴) اما همچنان این وضعیت، به عنوان بحرانی تنش زا، بر جنبه های مختلف زندگی همسران نابارور اثر می گذارد (السی، ۲۰۰۵؛ خایاتا، ریزک، هاسن، قازل اسود و اسعد، ۲۰۰۳؛ مونگا، الکسان دریسو، کاتز، ستین و گانیتز، ۲۰۰۴).

استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری، می تواند برای سلامت روانی زوجین و همچنین روابط بین آنها دردناک و مخرب باشد (کوچینهوف، ۱۹۹۹). هزینه های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه بخش بودن درمان، خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس و جوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه به همسر و تنش های بالقوه ی ناشی از درمان ها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره گیری و انزوا مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی معنایی زندگی می شود (بنیامین، ۲۰۰۵؛ از منوچهری، زندی پور، پورشهریاری و میردامادی، ۲۰۰۶). البته برخی افراد نیز فشار روانی را سبب ناباروری می دانند زیرا ارتباط بین فشار روانی و ناباروری، اغلب دور باطلی را تشکیل می دهد که در یک جرقه ی تاثیر و تاثر فشارآوری یکدیگر را تشدید می کنند. زوجین ناباروری که خود را در ناباروری خویش موثر می دانند، با سرزنش خود فشار روانی ادراک شده را شدیدتر کرده و در نتیجه مشکل را حادثتر می کنند (اریکا و تیلور، ۲۰۰۲).

تحقیقات نشان می دهد، این اختلال که ۱۵-۱۰ درصد از زوج ها در سنین باروری با آن مواجه می شوند (اسپیروف و فریتز، ۲۰۰۵) با طیف گسترده ی آسیب های روان شناختی شامل کاهش کیفیت زندگی، عزت نفس، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب افسردگی، عصبانیت، احساس خود کوچک بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است (واتکینز، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش های واتکینز (۲۰۰۴) نشان می دهد که زنان، بیشتر از مردان بر اثر ناباروری دچار تنیدگی و عوارض حاصل از آن می شوند؛ از طرفی توقع اطرافیان از زنان برای آوردن فرزند، بیش از مردان است؛ یا به عبارتی، فشار جامعه در این

خصوص بر زنان بدون فرزند بیشتر از مردان است حتی در فرهنگ آمریکایی نیز اطرافیان، زنان را در امر ناباروری بیشتر از مردان مقصر می دانند. مطالعه ی دراسدزول و اسکرزپلوس (۲۰۰۸) در خصوص تاثیر ناباروری بر کیفیت زندگی زوجین نابارور، نشان داد که زنان، کیفیت زندگی پایین تری نسبت به مردان دارند؛ به علاوه در زنان مسن تر، با سطح تحصیلات پایین تر و بیکار، سطح کیفیت زندگی پایین تر است نسبت به زنان نابارور جوانتر، با سطح تحصیلات بالاتر و شاغل. در همین رابطه، پژوهش دیگری که توسط یوپکونگ و اورجی (۲۰۰۶) جهت مقایسه ی ۱۱۲ زن نابارور و ۹۶ زن بارور انجام گرفت، نشان داد آمادگی برای ابتلا به اختلالات روانی، اضطراب و افسردگی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور به ترتیب $۴/۴۶/۴$ ، $۵/۳۷/۵$ و $۹/۴۲/۹$ است. ماتسو بایاشی، هوساکا، ایزومی، سوزیکی و ماکینو (۲۰۰۱) نیز نشان دادند که اختلالات هیجانی و استرس روانی زنان نابارور نسبت به زنان بارور، بیشتر است. سطح مشکلات روانی در این گروه از افراد به حدی است که پژوهش های انجام شده در زمینه ی کیفیت زندگی زنان نابارور، لزوم مداخله های روان شناختی را مطرح کرده است (نوربالا، رمضان زاده، اردکانی، عابدی نیا، رحیمی فروشانی، شریعت، ۲۰۰۸؛ بریسنکی و تایمور، ۱۹۷۹).

برای مقابله با واکنش های روانی ناشی از ناباروری، روش های مختلفی وجود دارد. میرز و وارک (۱۹۹۶) برنامه مدیریت استرس به شیوه ی شناختی- رفتاری را برای درمان زوج ها پیشنهاد کرده و معتقدند که این رویکرد به طور مناسبی نیازهای زوج های نابارور را برای مقابله با فشارهای روانی تامین می کند. تحقیقات، نشان می دهد مدیریت شناختی- رفتاری استرس یا مصون سازی در مقابل تنیدگی، می تواند علاوه بر کاهش تنیدگی، بر بهبود خلق و کیفیت زندگی در گروه های مختلفی از بیماران اثربخش باشد (پیندو، تراگر، داهن و ملتون، ۲۰۰۷؛ آنتونی، لچنیر، کازی و ویمبرلی، ۲۰۰۶).

ایمن سازی در مقابل استرس^۱ نوعی مداخله ی رفتاری- شناختی است و بر یادگیری مهارت های مقابله ای به خصوص مهارت در شناسایی خودگویی های منفی در موقعیت های پر استرس تاکید می کند و به مراجعین کمک می کند تا بر موقعیت های استرس زا، غلبه کنند. اصول برنامه ی آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، این است که افراد باید عقاید خود را درباره ی رفتارهای استرس زا و همچنین خودگویی هایشان را درباره ی راه های مقابله با استرس تغییر دهند. این

1. Stress- Inoculation Training

آموزش، گستره ی وسیعی دارد که شامل جمع آوری اطلاعات، آموزش تن آرامی، تمرینات شناختی، حل مساله، تمرینات رفتاری و فنون رفتاری- شناختی است (مایکین بام، ۱۹۸۵). مطالعه ی ویچروسکی (۲۰۰۵) در خصوص مقایسه ی اثربخشی ایمن سازی در برابر تنیدگی در افزایش عزت نفس، نشان داد که این روش علاوه بر افزایش عزت نفس در افراد، می تواند انعطاف پذیری آنها را در مقابل تغییرات و مشکلات زندگی افزایش دهد و همچنین احساس رضایت از زندگی و خودکفایی را در آنها تقویت کند.

نتایج فراتحلیل ریس، بن نیت، ویست، دوی و ابراهیم (۲۰۰۴) نشان داد که مداخلات روان شناختی با برنامه ی مدیریت استرس، باعث افزایش رضایت از زندگی و کاهش میزان افسردگی و اضطراب در بیماران می شود. بررسی ها نشان داده است که بهره گیری از الگوی شناختی- رفتاری از قبیل ایمن سازی در برابر تنیدگی، افزایش و بهبودکنش و رضایت جنسی، کاهش افکار ناامید کننده و افزایش مهارت و ارتباطات زناشویی را به دنبال دارد (برینگ هینتی، مارتینلی، اردینتی و لاسالا، ۱۹۹۷). با توجه به مطالب فوق و نقش ارزنده ی مصون سازی در برابر تنیدگی بر جنبه های مذهبی، اقتصادی، رضایت جنسی، عاطفی، اجتماعی و سلامت جسمانی و روانی زنان نابارور، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مصون سازی در برابر تنیدگی بر کیفیت زندگی زنان نابارور شهر اهواز بود.

روش

این پژوهش، از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری این پژوهش را بانوان نابارور مراجعه کننده به کلینک های زنان و نازایی شهر اهواز در بهار ۹۰ تشکیل می داد که از این جامعه، ۴۰ نفر به صورت نمونه ی در دسترس به شرط رضایت برای شرکت در جلسات درمان، نداشتن سابقه ی بستری در بخش روانپزشکی، قرار داشتن در دامنه ی سنی ۳۵-۲۵ سال، تحصیلات دیپلم به بالا و ۱ تا ۴ سال ناباروری انتخاب شدند و سپس به شیوه ی تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفری (تجربی و کنترل) کاربندی شدند. گروهها قبل و بعد از مداخله با پرسشنامه ی کیفیت زندگی زوجین نابارور (یغمایی، محمد و علوی مجلد، ۱۳۸۷) مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه ی کیفیت زندگی زوجین نابارور، یک مقیاس ۷۲ سوالی است که به وسیله ی یغمایی و همکاران (۱۳۸۷) تنظیم و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه، جنبه های مهم زندگی زوجین نابارور را در ۷ بعد جسمی، روان شناختی، مذهبی، جنسی، عاطفی، اقتصادی و اجتماعی، مورد سنجش قرار می دهد. یغمایی و همکاران (۱۳۸۷) اعتبار این پرسشنامه را برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای هر یک از عوامل، بین ۰/۹۵-۰/۷۱ و پایایی آن را برای کل پرسشنامه ی ۰/۸۹ و برای هر یک از عوامل نیز بین ۰/۹۴ تا ۰/۸۱ گزارش کرده اند. پایایی کل پرسشنامه کیفیت زندگی زوجین نابارور در تحقیق حاضر، ۰/۷۸ به دست آمد.

در این پژوهش، روش ایمن سازی در برابر تنیدگی، طی ۱۰ جلسه ی ۷۰ دقیقه ای به مدت پنج هفته و هفته ای دو جلسه به آزمودنی ها آموزش داده شد (جدول ۱).

جدول ۱: نحوه ی اجرای جلسات درمانی

جلسه	اقدامات
اول	معرفه، مفهوم سازی و توصیف استرس، تشریح نقش آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی در کنترل بهتر استرس و کاهش پیامدهای ناشی از ناباروری، تمرین تنش زدایی تدریجی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای
دوم	بررسی تاثیر استرس بر الگوی تفکر و باورها، تمرین تنش زدایی تدریجی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای.
سوم	تشریح ارتباط متقابل افکار و هیجانات و ناباروری، تمرین تنفس و تنش زدایی تدریجی عضلانی
چهارم	بازسازی شناختی (شناسایی افکار خود کار منفی و تحریفات شناختی مربوط به ناباروری و بررسی چگونگی مقابله با این افکار)، آموزش تنش زدایی تدریجی عضلانی برای ۷ گروه ماهیچه ای.
پنجم	جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی، تمرین تنش زدایی تدریجی عضلانی برای ۷ گروه ماهیچه ای.
ششم	آموزش حل مساله (آموزش انواع سبک های مقابله ای کارآمد) و تمرین تنش زدایی تدریجی عضلانی
هفتم	اجرای پاسخ های مقابله ای موثر مانند فن توقف فکر یا حواس پرتی و آموزش مرحله یادآوری تنش زدایی تدریجی عضلانی.
هشتم	آموزش مرحله یادآوری همراه با شمارش تنش زدایی تدریجی عضلانی و اجرای تصویرسازی ذهنی التیام بخش.
نهم	آموزش فن خود فرمانی با گفتگوی شخصی هدایت شده و آموزش و اجرای مرحله ی شمارش تنش زدایی تدریجی عضلانی.
دهم	آماده سازی نهایی برای عوامل استرس آور و برنامه ریزی یک برنامه ی مدیریت استرس شخصی

برای بررسی تاثیر آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی بر کیفیت زندگی زنان نابارور با توجه به وجود دو گروه و دوبار اندازه گیری در قبل و بعد از مداخله ی درمانی، از روش تحلیل کواریانس استفاده کردیم. در این پژوهش، داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و پیرایش ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۲، مولفه های توصیفی کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه آزمایش و کنترل ارایه شده است.

جدول ۲: ویژگی های توصیفی مولفه های کیفیت زندگی در گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
جسمی	آزمایش	۲۵/۸۵	۵/۲۹	۲۹/۲۰	۷/۳۲
	کنترل	۲۶/۲	۴/۹۱	۲۶/۶۵	۵/۲۰
روان شناختی	آزمایش	۲۵/۴۰	۴/۹۱	۴۲/۹۷	۷/۲۱
	کنترل	۲۵/۶۵	۵/۱۹	۲۵/۲۸	۵/۰۴
مذهبی	آزمایش	۱۵/۷۰	۴/۰۴	۱۸/۸۱	۴/۸۳
	کنترل	۱۴	۳/۰۹	۱۴/۷۰	۴/۰۳
اقتصادی	آزمایش	۹/۱۵	۱/۵۰	۱۰/۶۴	۲/۰۹
	کنترل	۹/۷۵	۲/۵۳	۹/۱۱	۲/۲۶
رضایت	آزمایش	۹/۴۰	۳/۷۱	۱۲/۰۳	۳۵/۴
	کنترل	۹/۷۴	۲/۵۲	۸/۶۷	۲/۰۵
جنسی	آزمایش	۱۱/۳۵	۲/۲۵	۱۳/۸۵	۳/۴۳
	کنترل	۱۱/۳۰	۲/۲۵	۱۰/۶۵	۱/۹۴
اجتماعی	آزمایش	۱۲/۷۰	۳/۴۰	۱۷/۴۳	۳/۴۷
	کنترل	۱۲/۵۵	۳/۷۳	۱۲/۶۲	۳/۲۰

برای مقایسه ی نمرات ابعاد کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی، ابتدا مفروضه های تحلیل کواریانس بررسی شد. نتایج آزمون لون (جدول ۳) نشان داد با توجه به اینکه سطوح معناداری به دست آمده برای هر یک از ابعاد بیشتر از ۰/۰۵ است. داده ها، مفروضه ی تساوی خطای واریانس ها را زیرسوال نبرده اند. بررسی تساوی ماتریس واریانس - کوواریانس نشان می دهد که آزمون باکس معنادار نیست ($F(28, 5/032) = 1/201, p = 0/214$)؛ در نتیجه فرض همبستگی ماتریس های واریانس - کوواریانس رد نمی شود؛ به علاوه با توجه به اینکه اثر متقابل

بین پیش آزمون مولفه های کیفیت زندگی و گروه، معنادار نیست، داده ها از فرضیه ی همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند. بنابراین اجرای کواریانس برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون کیفیت زندگی و گروه جایز است. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون ابعاد کیفیت زندگی گروه های آزمایش و کنترل، نشان می دهد که بین آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از ابعاد کیفیت زندگی (جسمی، روان شناختی، مذهبی، رضایت جنسی، عاطفی، اقتصادی و اجتماعی) تفاوت معناداری وجود دارد ($F(۷ و ۲۵) = ۰/۳۷۲, p = ۰/۰۰۱$).

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی مفروضه ی همگنی واریانس

متغیر ها	F	df	df2	سطح معناداری	متغیر ها	F	df	سطح معناداری
جسمی	۰/۷۴۰	۱	۳۸	۰/۳۹۵	رضایت جنسی	۰/۰۱۳	۱	۳۸
روان شناختی	۰/۰۴۸	۱	۳۸	۰/۸۲۸	عاطفی	۸/۸۹	۱	۳۸
مذهبی	۰/۵۲۲	۱	۳۸	۰/۴۷۴	اجتماعی	۰/۰۱۸	۱	۳۸
اقتصادی	۱/۰۰۳	۱	۳۸	۰/۳۲۳				

برای بررسی بیشتر تفاوت بین میانگین نمرات پس آزمون ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل، از آزمون تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا استفاده شد (جدول ۴). همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی تفاوت معناداری بر ابعاد کیفیت زندگی زنان نابارور شامل ابعاد جسمی، روان شناختی، مذهبی، رضایت جنسی، عاطفی، اقتصادی و اجتماعی داشته است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن (مانکوا) روی نمرات پس آزمون ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر ها	df	F	سطح معناداری	متغیر ها	df	F	سطح معناداری
جسمی	۱	۵/۸۱	۰/۰۲۲	رضایت جنسی	۱	۴۲/۸۱	۰/۰۰۱
روان شناختی	۱	۱۰۲/۰۲	۰/۰۰۱	عاطفی	۱	۲۶/۱۲	۰/۰۰۱
مذهبی	۱	۴۲/۱۸	۰/۰۰۱	اجتماعی	۱	۲۴/۰۷	۰/۰۰۱
اقتصادی	۱	۱۲/۷۱	۰/۰۰۱				

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش، با هدف بررسی تاثیر آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی بر ابعاد کیفیت زندگی زنان نابارور شهر اهواز انجام گرفت. یافته های این پژوهش نشان داد زنانی که ایمن سازی در برابر تنیدگی را آموزش دیده اند (گروه آزمایش) نسبت به زنانی که این روش ها را فرا نگرفته اند (گروه کنترل) از نظر کیفیت زندگی و ابعاد آن، تفاوت معناداری دارند ($p < 0.001$). این بدین معنا است که آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی، در بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور شهر اهواز موثر بوده است.

این یافته با یافته های پژوهش های چوب فروش زاده، کلاتری و مولوی (۲۰۱۱)؛ چوب فروش زاده، کلاتری و مولوی (۲۰۰۹)؛ نور بالا (۲۰۰۸)؛ پیندو و همکاران (۲۰۰۷)؛ آنتونی و همکاران (۲۰۰۶)؛ منوچهری و همکاران (۲۰۰۶)؛ ریس و همکاران (۲۰۰۴)؛ تریزویگلو (۲۰۰۱)؛ دومار کلاب، اسلاوسی، دوسک، کسل و همکاران (۲۰۰۰)؛ کیوچینهوف (۱۹۹۹)؛ میرز و وارک (۱۹۹۶) و نیوتان، هرن، یوزبه و یول (۱۹۹۱) همخوانی دارد.

در تبیین این که چرا آموزش ایمن سازی در برابر تنیدگی بر بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور موثر است، می توان گفت با توجه به اینکه یکی از علل کاهش کیفیت زندگی زنان نابارور، وقوع تنیدگی های روزمره ی زندگی و فشار اجتماعی است بنابراین، به نظر می رسد مدیریت استرس می تواند به افراد کمک کند تا موقعیت هایی را که باعث استرس می شود، شناسایی و سپس راهبردهای مقابله ای برای مواجهه با این موقعیت ها را به دست آورند. این روش، باعث می شود که بیماران با اصلاح ارزیابی های شناختی، بهبود مهارت های مقابله ای و تمرین های ارایه شده برای تلفیق تکنیک های آموخته شده با موقعیت های زندگی واقعی خود، نه تنها استرس ادراکی و مشکلات روان شناختی خود را به نحو احسن کاهش دهند بلکه بتوانند مشکلات زناشویی و روابط بین فردی خود را نیز به صورت مطلوب، بهبود بخشند.

همچنین، به نظر می رسد این رویکرد درمانی توانسته است با ایجاد طرحواره های جدید و جایگزین ساختن آنها به جای طرحواره های مربوط به ناباروری اولیه، نگرش به ناباروری را تغییر دهد به طوری که زنان نابارور در مورد این دیدگاه که معنا و هدف زندگی، محدود به داشتن فرزند است، تامل کرده و نگرش منفی آنها نسبت به نداشتن فرزند، کاهش یافته است. احتمالاً زنان نابارور توانسته اند به جای ارزیابی ناباروری در سطح ضمنی، آن را به عنوان یک پدیده در

سطح گزاره ای، ارزیابی کنند. براساس رویکرد زیر سیستم های شناختی متعامل، سطح ضمنی با موضوعاتی رابطه دارد که مستقیماً به خود و معنای شخصی مرتبط است (کلاک، ۱۹۹۹ از لوویدیرمیلک و پیری، ۲۰۰۴)؛ در نتیجه، ارزیابی ناباروری در سطح ضمنی به معنای احساس تقصیر، نقص، عیب و غیره است در حالی که ارزیابی آن در سطح گزاره ای شرایطی را فراهم می کند که طی آن زوج نابارور بتوانند خود را به عنوان یک زوج در نظر بگیرند؛ به عبارتی تغییرات ایجاد شده در دیدگاه زنان نابارور ناشی از خود-ایمن سازی است. این مساله در مورد نگرش به همسر نیز صادق است.

نکته ی مهم دیگری که در توجیه اثربخشی مداخله ی مذکور می توان به آن اشاره کرد، اثر حمایت روانی است که در گروه بر تغییر نگرش زنان نابارور نسبت به خود تاثیر می گذارد زیرا حضور در گروهی که همه مشکل و نگرانی مشابهی دارند، باعث می شود تا ذهنیت جدیدی برای این افراد تشکیل شود. آنها دیگر احساس تنهایی نکرده و مشکل شان را منحصر به فرد نمی دانند و فضایی به دست می آورند که در آن می توانند احساسات و مشکلات خود را مطرح کنند. شرایطی که باعث ارتقای روابط و انعطاف پذیری افراد نسبت به مشکلات ناباروری شود.

References

- Alesi, R. (2005). Infertility and its treatment an emotional roller. *Aust form physicion*, 34:135-8.
- Antoni, M. H., Lechner, S. C, Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., Phillips, K., Glück, S., & Carver C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consuling and Clinical Psychology*.Arlington, 74(6): 1143.
- Bresnick, E., & Taymor, M. L. (1979). The role of counseling in infertility. *Fertil Stril*, 32(2):1546.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardeni, R., & Lasala, G. B. (1997). Psychological adjustment of infertile women entering.IVF treatment: Differentiating aspects and influencing factor. *Acta Obstet Scand*, 70:4317.
- Chubforosh Zadeh, A., Kalantari, M., & Molavi, H. (2009). Effectiveness of cognitive behavior therapy, stress management, mental well-being of infertile women. *Journal of Clinical Psychology*, 1 (4): 1-9.
- Chubforosh Zadeh, A., Kalantari, M., & Molavi, H. (2011). Effectiveness of stress management cognitive behavior therapy on quality of life of infertile women. *Journal of Clinical Psychology*, 14 (1): pp. 14-21.L.
- Cwikel, J., Gidron, Y., & Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *Journal of Obstet Gynecol Reprod Biol*, 117(2):12631.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & freizinger, M. (2000). Impact of group psychological intervention on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril*, 73(4):805-11.
- Drosdzol, A. & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Journal of Contracept Reprod Health Care*, 13(3):271-281.
- Erica, M. & Taylor, M. (2002). The stress of infertility. *Hum Ecol*, 95(1):12.
- Khayata, G. M., Rizk, D. E., Hasan, M. Y., Ghazal, A. S., & Asad, M. A. (2003). Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *Journal of Gynaecol Obstet* , 80(2):1838.
- Kuchenhoff, J. (1999). Unfulfilled desire for children: What is the grief for men? *There Umsch*, 56(5):2604.
- Lowedermilk, D., & perry, S. (2004). Maternity and woman helth careed. *Journal of Mosby* , 16(7)1274.

- Manouchehri, C., Zandi Pour, T., Porshhryary, M., & Mirdamadi, S. (2006). Evaluate the effectiveness of cognitive-emotional-behavioral group counseling on mental health of infertile women. *Research and counseling*, 5 (20): 9-22.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T. & Makino, T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprot. May*, 16 (5):966-9.
- Meichenbaum, D. (1985). Stress Inoculation Training: A Preventative and Treatment Approach. *New York: pergamon press*, 120-39.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S ,E., Stein, M., & Ganiats, T,. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Journal of Urology*, 63(1):12630.
- Myers, L. B., & Wark, L,. (1996). Psychotherapy for infertility: A cognitive behavioral approach for couples. *Am Journal of Fame Therapy*, 24(1):920.
- Newton, C. R., Hearn, M. T., Yuzpe, A. A., & Houle, M. (1992). Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: Implication for counseling. *Journal of Assist Reprod Genet*, 9: 2431.
- Noorbala, A. A., Ramezanzade, F., Malekafzali Ardakani, H., Abedinia, N., Rahimi Foroshani, A. & Shariat, M. (2008). Theeffect of psychiatry interventions on marital satisfaction in infertile couples in a center of investigation healthy fertiliti. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2:104-111.
- Penedo, F.J., Trager, L. L., Dahn, J., & Molton, I. (2007).International Journal of Behavior Med. *Journal of Philadelphia.*, 14(3): 164.
- Qasem Abadi, A. (2008). Determine the effectiveness of the immunization training in stress reduction Conflicts married. *General Psychology MA thesis*, University Branch. (persian)
- Ramezanzadeh, F., Norbala, A., Malek Afzali, H., Abedi nia, N., Bagheri, M., & Rashidi, B. (2007). Effect of psychiatric intervention in pregnancy in infertile couples, *Journal of Medicine*, 65, 8: 63 -57.(persian)
- Rees, K., Bennett, P., West, R., Davey, S. G. & Ebrahim, S. (2004). Psychological interventions for coronary heartdisease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Art. No.: CD002902. DOI: 10. 1002/14651858. CD002902. pub2.
- Richlin, S. S., Shanti, A. & Murphy, A. A. (2003). Assisted reproductive technology. In: Scott JR, Gibbes RS,Karlan BY, Haney AF. Danforths obstetrics and gynecology. 9th ed. Philadelphia: LippincottWilliams and Wilkins. PP. 647-713.
- Saghafi, N. & Tofani, H. (2004). Relationship of mental status of infertile women between duration of therapy. *Ofogh Danesh*. Winter, 9:10-12.(persian)
- Spiroff, L., & Fritz, M. A. (2005). Clinical gynecology endocrine-ology and infertility. 17th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Terzioglu, F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstet and Gynecol*, 22:13341.
- Upkong, D. & Orji, E. (2006). Mental health of infertile women in Nigeria. *Turk Psikiyatri Derg*. Winter, 17(4):259-65.
- Watkins, k.(2004). the infertility experience: Biopsychosocial effect and suggestion for counsellours.
- Wichroski, F.(2005). Facilitating Self Esteem and social supports in family life skills program. *jurnal of women and social work*.N:15(2).
- Yaghmaei, F., Mohammad, S., & Alavi Majd, H. (2008). Psychometric questionnaire design and quality of life in infertile couples. *Reproduction*: 3, 143-137.(persian)