

اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management on Subjective Well-Being in Infertile Women

تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۷

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۱/۱۰

Choobfroushzade, A.*M. A., Kalantari, M. Ph. D.,
Molavi, H. Ph. D.

آزاده چوبفروشزاده*، مهرداد کلاتتری**، حسین مولوی**

Abstract

Introduction: Infertility is a major negative life event which has deleterious effects on subjective well-being in infertile women and men. The purpose of this study was to examine the effectiveness of cognitive behavioral stress management (CBSM) on subjective well-being in infertile women referring to Infertility and Gynecology Clinics in Yazd city.

Method: The current study was a semi experimental study with pre-test and post-test in two experimental and control groups. Research population was the infertile women referring to Infertility and Gynecology Clinics in Yazd city during summer of 1388. 24 infertile women selected by using of available sampling method and randomly assigned in two experimental (12 persons) and control groups (12 persons). The treatment group received CBSM intervention for 10 weekly sessions. Data were gathered by using subjective well-being and demographic characteristics questionnaires.

Results: The results showed average scores of subjective well-being in experimental group were significantly increased in both post-test and follow-up.

Conclusion: Results indicated the effectiveness of CBSM treatment on improving the subjective well-being in infertile women. By knowing the decreasing of subjective well-being in infertile women and effectiveness of mental intervention, it should be seriously noted for psychological treatment in this group of patients.

Keywords: Cognitive Behavioral Stress Management, Subjective Well-being, Infertility

چکیده

مقدمه: ناباروری یک رویداد منفی بسیار مهم زندگی است که تأثیرات مخربی روی بهزیستی ذهنی زنان و مردان نابارور می‌گذارد. هدف این پژوهش بررسی تأثیر مدیریت استرس به شیوهی شناختی رفتاری بر میزان بهزیستی ذهنی زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر یزد بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و پیگیری است. جامعه آماری آن زنان ناباروری بودند که در تابستان ۱۳۸۸ به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر یزد مراجعه کرده بودند. ۲۴ زن نابارور با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه درمان به مدت ۱۰ جلسه‌ی هفتگی تحت مداخله‌ی مدیریت استرس به شیوهی شناختی رفتاری قرار گرفتند. گرد آوری داده‌ها به کمک پرسشنامه سلامت ذهن و پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش افزایش معنی‌داری هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری داشته است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوهی شناختی رفتاری در بهبود بهزیستی ذهنی زنان نابارور می‌باشد. با توجه به کاهش بهزیستی ذهنی در زنان نابارور و مؤثر بودن مداخله روانی باید توجه جدی به درمان‌های روان‌شناختی در این گروه بیماران شود.

واژه‌های کلیدی: مدیریت استرس به شیوهی شناختی رفتاری، بهزیستی ذهنی، ناباروری

*Correspondence E-mail:
azadechoobfroush@yahoo.com

**نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

** گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه که در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار شد، از ناباروری به عنوان عاملی جهت آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری افراد یاد شده است. مطالعات نشان داده که ۱۵ - ۱۰ درصد از زوجها در سنین باروری مبتلا به این مشکل هستند [۱۴]. ناباروری یک رویداد منفی بزرگ در زندگی است که تأثیرات مخربی روی بهزیستی ذهنی مردان و زنان دارد [۱۵]. بهزیستی ذهنی دلالت دارد بر اینکه چگونه افراد به ارزیابی زندگی‌شان می‌پردازند و شامل متغیرهایی از قبیل رضایت از زندگی، رضایت زناشویی، خلق‌وخو و هیجانات مثبت و عدم افسردگی و اضطراب می‌گردد [۱۶]. پژوهشها نشان داده‌اند که تجربه استرس‌زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روانشناختی شامل کاهش سطح عزت‌نفس، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خود کوچک‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است. [۱۷، ۲۱]. عزت‌نفس، کنترل درونی و تعارضات بین فردی از جمله فاکتورهای مرتبط با بهزیستی ذهنی هستند که تحت تأثیر استرس ناباروری قرار می‌گیرند [۱۵]. همه افراد توانایی بچه‌دار شدن را به عنوان بخشی از هویت شخصی‌شان در نظر می‌گیرند بنابراین، ناتوانی در بچه‌دار شدن نشان دهنده شکستی است که موجب تخریب عزت‌نفس می‌شود [۲۲]. وقایع استرس‌زای زندگی موجب کاهش احساس کنترل درونی می‌شود و افراد هنگامیکه احساس می‌کنند بر وقایع کنترل دارند تمایل بیشتری به سازگاری دارند [۲۳، ۲۵]. پژوهشها نشان داده‌اند که ناباروری احساس کنترل درونی را کاهش می‌دهد [۲۶]. اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس در کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود خلق و کیفیت زندگی در گروه‌های مختلفی از بیماران از جمله مردان مبتلا به سرطان پروستات، و زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده شده است [۲۷، ۲۸].

ناباروری و درمان آن یک بحران عمده در زندگی است که سالهای متمادی طول می‌کشد [۱]. یک زوج زمانی از نظر بالینی نابارور تلقی می‌شوند که طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری حاصل نگردد [۲]. این رویداد تنش‌های جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد [۱، ۳]. این تنش بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته و می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنها گردد [۱، ۴]. در جوامع مختلف، به دلیل اینکه داشتن فرزند یک ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شود زوجین نابارور کوشش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند [۳، ۵] و در عین حال به دلیل اثرات جسمی، روانی و اجتماعی درمان ناباروری دچار تنشهای شدیدی می‌شوند [۱، ۶]. در سال‌های اخیر، به سلامت روان زوجین نابارور توجه خاصی مبذول شده است. در واقع ناباروری برای بسیاری از زوجین نابارور تجربه شدید درماندگی است که نمی‌توان آن را انکار نمود. پژوهشگران گزارش کرده‌اند که ۵۰ درصد از زوجین نابارور، ناباروری را ناراحت‌کننده‌ترین تجربه زندگی خود توصیف می‌کنند [۷]. در پژوهش دیگری نشان داده شده که، ۸۰ درصد افراد تجربه ناباروری را استرس‌زا و یا بسیار استرس‌زا توصیف کردند [۸]. محققین دیگر، توجه خاصی به حوزه‌هایی مانند مشکلات سلامتی، فقدان عزت‌نفس، احساس سوگ، تهدید، افسردگی، گناه و ناکامی، درماندگی عاطفی و مشکلات زناشویی نموده‌اند و معتقدند که تمام موارد فوق، با باردار شدن ارتباط دارد [۹، ۱۰، ۱۱]. درمان‌های ناباروری تأثیرات مخرب جسمی، اقتصادی، روحی - روانی و عاطفی [۱۲]، کاهش شدید اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود، اختلال در هویت مردانگی و زنانگی، بر زنان و همسرانشان برجا می‌گذارد [۱۳].

ج) تعدیل و اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی.

د) ارتقاء مهارت‌های حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابرازگری و مدیریت خشم.

ه) افزایش دسترسی و استفاده از شبکه‌های حمایت اجتماعی از طریق مهارت‌های بین فردی و ارتباطی اصلاح شده. برنامه‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری برای توجه به مسائلی چون، فقدان کنترل شخصی، خواست‌های مقابله‌ای، انزوای اجتماعی و اضطراب و افسردگی، سازماندهی شده است که همگی در بیماران مزمن و سخت جسمی، برجسته می‌باشند. تکنیک‌های مدیریت استرس در این برنامه، با موفقیت، در مورد بسیاری از مشکلات هیجانی و جسمی، مانند اضطراب و افسردگی، بی‌خوابی، ترس از درمان‌های پزشکی، دیابت، فشارخون بالا، سردرد، بیماری قلبی، تبخال تناسلی، آرتریت، ایدز و سرطان به کار رفته است. آموزش خودزاد که یکی از روش‌های آرمیدگی مطرح شده در این برنامه است، به‌طور موفقیت آمیزی در درمان بیماری‌های مختلفی همچون فشارخون، سردرد، دیابت، کمردرد خفیف، آسم، اختلالات خواب، آرتریت و مشکلات تیروئید مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین، برای مشکلات هیجانی روانشناختی مانند اضطراب، تحریک‌پذیری و خستگی، کمک کننده بوده است. مراقبه که یکی دیگر از روش‌های آرمیدگی مطرح شده در این برنامه است، برای بسیاری از مشکلات پزشکی نیز مورد استفاده قرار گرفته است که عبارتند از: پرفشاری خون، تنش ماهیچه‌ای، سندروم سردرد، بی‌خوابی، ناباروری، بیماری قلبی، مشکلات خودایمنی (مانند آرتریت و دیابت)، مشکلات پوستی، آسم و علائم مرتبط با سرطان و ایدز [۳۸].

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور می‌باشد.

افرادیکه تحت استرس قرار دارند حساسیت بیشتری در مقابل بیماریها، افسردگی، اضطراب و اعتماد به نفس پایین‌تر و نارضایتی بیشتری نسبت به سایر افراد دارند [۲۹، ۳۰]. مطالعات بسیاری اثرات روانشناختی ناباروری را آشکار ساخته‌اند [۳۱]، برای مثال در پژوهشی نشان داده شده است که ۹۰ درصد از افراد نابارور دارای ملاک تشخیص افسردگی عمده بودند در حالیکه تنها ۳۰ درصد از گروه کنترل دارای چنین ملاک تشخیصی بودند [۳۲]. همچنین گزارش شده است که، میزان اضطراب و افسردگی در زنان نابارور برابر با میزان اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به ناراحتی قلبی، سرطان و ایدز است [۳۳]. شیوع کلی مشکلات روانی در زوجین نابارور، ۶۰ - ۲۵ درصد تخمین زده می‌شود [۳۴، ۳۵]. برای مقابله با واکنش‌های روانی ناشی از ناباروری روش‌های مختلفی وجود دارد. میرز و وارک (۱۹۹۶) رویکرد شناختی- رفتاری را برای درمان زوجها پیشنهاد می‌کنند زیرا معتقدند که این رویکرد به‌طور مناسبی هم راستای نیازهای زوج نابارور است [۳۶]. برخی نیز معتقدند که درمان شناختی- رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوجها نابارور باشد [۳۷].

برنامه مدیریت شناختی رفتاری استرس، انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر تکنیک‌های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی-رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله‌ای، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم، ترکیب کرده است. اهداف طراحی این برنامه عبارتند از:

الف) جمع‌آوری اطلاعات برای افراد در مورد منابع استرس، ماهیت پاسخ‌های استرس در انسان، انواع راهبردهای مقابله‌ای که در مواجهه با استرس‌زاها به کار می‌روند.

ب) آموزش مهارت‌های کاهش اضطراب، از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرامش‌بخش.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. متغیر مستقل درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس است که طی ۱۰ جلسه به صورت هفتگی انجام شد. نمرات بهزیستی ذهنی افراد به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

آزمودنیها: جامعه‌آماری این پژوهش را کلیه بانوان نابارور مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر یزد در تابستان ۸۸ بودند. جهت انتخاب نمونه، ۲۴ نفر از بیماران در دسترس که ملاک‌های ورود را دارا، و داوطلب شرکت در جلسات بودند انتخاب شدند و سپس با توجیه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه‌ی تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل واگذار شدند (هر گروه ۱۲ نفر).

ملاک‌های ورود عبارت بودند از:

۱- نداشتن سابقه بستری در بخش روانپزشکی.

۲- دامنه‌ی سنی ۳۵ - ۲۵ سال.

۳- تحصیلات دیپلم به بالا.

۴- طول مدت ناباروری ۶ - ۱ سال.

هر دو گروه تحت درمان‌های پزشکی ناباروری بودند اما تنها گروه آزمایش، درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس را دریافت کرد.

ابزار:

۱- فرم مشخصات جمعیت شناختی: این فرم شامل اطلاعاتی از قبیل سن، وضعیت تحصیلی، طول مدت ناباروری بود.

۲- پرسشنامه‌ی سلامت ذهن: پرسشنامه‌ی سلامت ذهن در سال ۱۳۸۷ توسط مولوی و همکاران طراحی و اعتباریابی شد. این پرسشنامه سلامت ذهن را در ۴ بعد سرزندگی، اراده (عواطف مثبت)، نوروز و استرس و افسردگی (عواطف منفی) می‌سنجد و دارای ۳۹ سؤال است. نمره‌ی کل سلامت ذهن در این پرسشنامه از تفاضل عواطف مثبت و منفی به دست می‌آید بنابراین

در صورت بزرگتر بودن نمرات عواطف منفی از عواطف مثبت نمره‌ی آن می‌تواند منفی باشد. چون سؤالات بر اساس پیشینه و ابزارهای موجود طراحی شده بود، لذا از لحاظ روایی محتوا جامعیت کامل داشته است و از لحاظ روایی سازه بر اساس کلیه نظریه‌های مربوط به بهزیستی ذهنی قرار دارد. ضریب آلفای کرونباخ در مورد کل سؤالات برابر با ۰/۹۰ می‌باشد. کلیه سؤالات همبستگی مثبت و بالایی را با نمره کل پرسشنامه داشتند [۳۹]. در این پژوهش پرسشنامه سلامت ذهن جهت سنجش میزان بهزیستی ذهنی آزمودنیها به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش با استفاده از شاخص‌های آماری محاسبه میانگین، انحراف استاندارد، و تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: جلسات درمانی شامل ۱۰ جلسه بود که هر هفته یک بار به مدت ۲ ساعت برگزار می‌شد. هر جلسه با آموزش آرمیدگی آغاز می‌شد که شامل تمرین تکنیک‌های آرمیدگی بود. قسمت دوم هر جلسه به آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری پرداخته می‌شد که با مسائل مرتبط با سلامت بیماران در آمیخته بود. پیش از شروع درمان از بیماران خواسته شد پرسشنامه سلامت ذهن را پاسخ دهند و همزمان، اعضای گروه کنترل نیز پرسشنامه را تکمیل کردند (پیش‌آزمون) و هر دو گروه پس از اتمام جلسات مجدداً پس از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و یک ماه بعد به منظور ارزیابی اعتبار درمان (پیگیری) به این پرسشنامه پاسخ دادند. جلسات درمانی به صورت گروهی توسط روانشناس بالینی که در این زمینه آموزش دیده بود تشکیل می‌شد. خلاصه جلسات درمان در جدول ۱ ذکر شده است. درمانگر در پایان هر جلسه تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کرد و بیماران موظف بودند که در فاصله بین جلسات تکالیف را انجام داده و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه اول	معرفه، آگاه شدن از استرس‌زها و پاسخ‌های استرس، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای.
جلسه دوم	چگونگی تأثیر استرس بر الگوی تفکر، هیجانات و رفتار، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای.
جلسه سوم	تشریح ارتباط متقابل افکار و هیجانات، تمرین تنفس، تصویرسازی و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای.
جلسه چهارم	معرفی انواع رایج افکار منفی و تحریفات شناختی و چگونگی شناسایی و چالش با آنها، تمرین تنفس، تصویرسازی و آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل.
جلسه پنجم	جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی، آموزش خود زاد برای سنگینی و گرما.
جلسه ششم	آموختن انواع سبک‌های مقابله کارآمد، آموزش خود زاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی.
جلسه هفتم	اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خود القایی.
جلسه هشتم	آموزش روش‌های مدیریت خشم، تمرین مراقبه مانترا.
جلسه نهم	آموزش خود ابرازی در روابط بین فردی، تمرین مراقبه و شمارش تنفس.
جلسه دهم	توضیح فواید حمایت اجتماعی، ارزیابی شبکه حمایت اجتماعی، درک موانع حفظ آن و آموختن تکنیک‌های حفظ حمایت اجتماعی، برنامه‌ریزی یک برنامه مدیریت استرس شخصی.

یافته‌ها

آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0.001$). میزان تأثیر درمان (عضویت گروهی) در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۴ می‌باشد به این معنا که ۹۲ درصد تفاوت‌های فردی در میزان بهزیستی ذهنی (در مرحله پس‌آزمون) و ۸۴ درصد (در مرحله پیگیری) به خاطر تفاوت در عضویت گروهی (تأثیر درمان) می‌باشد. توان آماری ۱ بیانگر کفایت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری می‌باشد. در مجموع این نتایج بیانگر تأثیر مداخله‌ی مدیریت شناختی رفتاری استرس در میزان بهزیستی ذهنی زنان نابارور می‌باشد.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی ذهنی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ آمده است. به طور کلی دامنه تغییرات نمرات بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون 0.61 ± 2.87 ، در مرحله پس‌آزمون 0.81 ± 0.33 و در مرحله پیگیری 0.61 ± 0.47 بوده است. این افزایش در گروه کنترل مشاهده نشد بلکه با گذشت زمان میانگین نمرات بهزیستی ذهنی گروه کنترل کاهش یافته است. نتایج تحلیل کواریانس جدول ۳ نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون و متغیرهای جمعیت شناختی (این متغیرها به عنوان متغیر مداخله‌گر شناخته شدند)، بین میانگین نمرات بهزیستی ذهنی زنان نابارور گروه

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات بهزیستی ذهنی دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف سنجش

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	پیش آزمون	-۲/۸۷	۰/۶۱
	پس آزمون	-۰/۳۳	۰/۸۱
	پیگیری	-۰/۴۷	۰/۶۱
کنترل	پیش آزمون	-۲/۶۷	۰/۷۶
	پس آزمون	-۲/۸۱	۰/۷۳
	پیگیری	-۲/۹۹	۰/۷۰

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان مدیریت شناختی- رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری

منبع تغییرات	مرحله	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	پس آزمون	۴/۱۴	۱	۲۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹
	پیگیری	۰/۸۹	۱	۲/۳۴	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۳
سن	پس آزمون	۰/۰۱	۱	۰/۰۸	۰/۷۷	۰/۰۰۵	۰/۰۵
	پیگیری	۰/۵۴	۱	۱/۴۰	۰/۲۵	۰/۰۷	۰/۲
میزان تحصیلات	پس آزمون	۰/۰۱	۱	۰/۰۸	۰/۷۷	۰/۰۰۵	۰/۰۵
	پیگیری	۰/۱۴	۱	۰/۳۷	۰/۵۴	۰/۰۲	۰/۰۸
مدت ناباروری	پس آزمون	۰/۰۰۷	۱	۰/۰۳	۰/۸۵	۰/۰۰۲	۰/۰۵
	پیگیری	۰/۰۵	۱	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۰۰۷	۰/۰۶
عضویت گروهی	پس آزمون	۴۰/۶۱	۱	۲۲۰/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱
	پیگیری	۳۸/۳۷	۱	۱۰۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱

بحث

نویسندگان هیچ پیشینه پژوهشی کاملاً مشابه در این رابطه نیافتند) و از آنجا که بهزیستی ذهنی یک مفهوم کلی است که شامل، متغیرهایی از قبیل رضایت از زندگی، رضایت زناشویی، خلق و خو و هیجانات مثبت و عدم افسردگی و اضطراب می‌گردد [۱۶] نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مربوط به این متغیرها، مقایسه می‌گردد. می‌توان نتایج پژوهش حاضر را

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور بود. یافته‌های این بررسی نشان داد که درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس سبب افزایش نمرات بهزیستی ذهنی زنان نابارور در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است. در بحث حاضر به دلیل عدم وجود پژوهش‌های کاملاً مشابه با پژوهش حاضر

ارائه شده برای تلفیق تکنیک‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی می‌تواند به کاهش استرس ادراکی منجر شود. درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس، نه تنها در بهبود مشکلات روانشناختی فرد مؤثر است بلکه در ارائه راه‌حل برای مشکلات زناشویی و روابط بین فردی نیز کاربرد گسترده‌ای دارد. زیرا یکی از اهداف جلسات درمان، آموزش سبک ارتباطی صحیح، شجاعانه و توأم با ابراز وجود و کنترل خشم می‌باشد. این برنامه شرکت کنندگان را به تکنیک‌های متنوع و یکپارچه مجهز می‌کند که می‌توانند از آنها به منظور کاهش استرس و ارتقاء کیفیت زندگی استفاده کنند. پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی برخوردار بوده که مهمترین آنها عدم آگاهی بیماران از وجود مشکلات روانی و نیاز به مراجعه به روانشناس یا روانپزشک بود که، عدم همکاری این افراد در طرح پژوهشی را به دنبال داشت. نمونه‌گیری در دسترس و شمار کم آزمودنی‌ها موجب کاهش توان تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش می‌شود لذا پیشنهاد می‌شود که این طرح پژوهشی در حجم نمونه بزرگتر انجام گیرد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود و همچنین این پژوهش در مورد مردان ناباور نیز اجرا گردد.

به طور کلی این بررسی نشان داد که درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس نقش مهمی در افزایش بهزیستی ذهنی زنان ناباور دارد. با توجه به تأثیر مداخله درمانی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان ناباور این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های پزشکی در مراکز درمان ناباوروری ارائه شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از جناب آقای دکتر علی صفدرپور ریاست محترم و سایر پرسنل بیمارستان گودرز یزد، همچنین جناب آقای وحید محمودی که در اجرای پژوهش با ما همکاری کردند و کلیه بانوانی که در این پژوهش شرکت نمودند قدردانی می‌گردد.

همخوان با نتایج تحقیقات انجام یافته مشابه قبلی دانست. برای نمونه نتایج پژوهشی نشان داده که، درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس موجب افزایش بهزیستی ذهنی زنان یائسه می‌گردد [۴۰].

مطالعات زیادی نشان داده‌اند که درمان‌های روانشناختی و به خصوص درمان‌های شناختی رفتاری در گروه مداخله‌ای، کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش رضایتمندی زناشویی و موفقیت در بارداری را در پی دارد [۳۳، ۴۱-۵۰]. تغییر در این متغیرها باعث تغییر در سطح بهزیستی ذهنی می‌گردد. زیرا این متغیرها از مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی می‌باشند. بنابراین درمان شناختی رفتاری می‌تواند رویکرد مناسبی برای درمان ناباوروری باشد [۵۱]. بهزیستی ذهنی زنان ناباور به دلیل ماهیت بیماری، درمان‌های سخت و طولانی مدت و همچنین غیر قابل پیش‌بینی بودن نتیجه درمان کاهش می‌یابد. درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس، درمانی است که تمام ابعاد روانشناختی را پوشش می‌دهد و تغییرات متنوعی را در باورها، احساسات و رفتارهای فرد ایجاد می‌کند. از آنجا که بهزیستی ذهنی عواطف مثبت و منفی را ارزیابی می‌کند به نظر می‌رسد برای افزایش بهزیستی ذهنی درمان مدیریت شناختی رفتاری استرس درمانی کامل بوده که در بهبود تمام زیرمقیاس‌های بهزیستی ذهنی مؤثر است. از طریق به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی، تشویق بیماران به افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها و از این طریق افزایش موفقیت‌های روزمره، بهزیستی ذهنی در این افراد افزایش می‌یابد.

در تبیین نتایج به دست آمده همچنین باید ذکر شود که مدیریت استرس به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که در آنها باعث استرس می‌شود شناسایی کنند و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را آموزش می‌دهد. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های

منابع

- 18- Leiblum SR. The impact of infertility on sexual and marital satisfaction. Annual Review of sex Research. 1993; 4: 99-120.
- 19- Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. Family and Sterility. 1985; 43: 335-346.
- 20- Morrow KA, Thoreson RW, Penney LL. Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. Journal of Consulting and clinical Psychology. 1995; 63: 163-167.
- 21- Hynes GJ, Callan VJ, Terry DJ, Gallois CH. The psychological well-being of infertility women after a failed IVF attempt. British Journal of Medical psychology. 1992; 65: 269-278.
- 22- Matthews R, Matthews AM. Infertility and involuntary childlessness: The voluntary childlessness: The transition to non-parenthood. Journal of Marriage and Family. 1986; 48: 641-649.
- 23- Abbey AD, Andrews FM. Modeling the psychological determinants of life quality. Social Indicators Resarch. 1985; 16: 1-34.
- 24- Afflek G, Tennen H, Pfeiffer C, Fifield J. Appraisal of control and predictability in adapting to a chronic disease. Journal of Personality and Social Psychology. 1987; 53: 273-279.
- 25- Taylor SE. Adjustment to threatening events: A Theory of cognitive adaptation. American Psychology. 1983; 38: 1161-1173.
- 26- Paulson JO, H arrmann BS, Salerno RL, Asmar P. An investigation of the relationity. Fertility and Sterility. 1988; 49: 258-262.
- 27- Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimberly SR, Et al. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Arlington 2006; 74(6): 1143.
- 28- Penedo FJ, Trager LL, Dahn J, Molton I. International Journal of Behavior Med. Philadelphia. 2007; 14(3): 164.
- 29- Avison W, Turner RJ. Stressful life events and depressive symptoms: Disaggregating the effects of acute stressor and chronic strains. Journal of Health and Social Behavior. 1988; 29: 253-264.
- 30- Pearlman LI, Menaghan EG, Lieberman MA, Mullan JT. The stress process. Journal of Health and Social Behav. 1981; 22: 337-356.
- 31- Domar AA, Clapp DS, Slasby EN. The impact of group psychological interventions on Pregnancy rates in infertile women. Fertility Sterility. 2000; 73: 805-811.
- 32- Downey JS, Mckinne MA. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. American Journal of Orthopsych. 1992; 62: 196-205.
- 33- Domar A, Zuyrtmridyrt P, Friedman R. The psychological impact of infertility: A comparison to patients with other medical impact of infertility. Journal of Psychosomatic Obstet Gynecol. 1993; 14: 45-52.
- 34- Damti OB, Sarid OR, Sheiner ED, Zilberstein TH, Cwikel J. Stress and distress in infertility among women. Harefuah. 2008; 143: 256-260, 276. (Arabic)
- 35- Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Schmidt 1- Hirxsch AM, Hirsch SM. The longter, Psychosocial Effects of infertility. Journal ObstetGynecol Neo Nurs. 1995; 24(6): 517-521.
- ۲- محمدی محمدرضا، خلیج آبادی فراهانی فریده. مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. ۱۳۸۰؛ ۴(۲): ۳۹-۳۳.
- 3- Rajvir D, Ceinwen E, Cumming DC. Psychological Well-being and coping patterns in fertile men. Fertility Sterility. 2000; 74-5, 702-706.
- 4- Mcnaughton-cassill, Bostwick M. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. Fertility Sterility. 2000; 74-81, 87-93.
- 5- Bahamondes F. Score prognosis for the infertile couple based on historical factors and sperm analysis. Journal Obstetrics Gynecology. 1994; 46:311-315.
- 6- Hjelmstedt A, Andersson L, Skoog-Svanberg A. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF and ICSI treatment. Acta Obstetrics Gynecology Scandinavica. 1999; 78: 42-48.
- 7- Freeman EW, Rickels K, Tausig J, Boxer A, Mastroianni LJR, Tureck RW. Emotional and psychosocial factors in follow-up of women after IVF-ET treatment. A pilot investigation. Acta Obstetrics Gynecology Scandinavica. 1987; 66(6): 517-521.
- 8- Mahlstedt PP, Macduff SH, Bernstein JO. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. Journal In Vitro Fert Embryo Transf. 1987; 4(4): 232-236.
- 9- Menning BF. The infertile couple: A plea for advocacy. Child Welfare. 1975; 54(4): 454-460.
- 10- Pfeffer N, Woollett A. The experience of infertility. 2nd rev. Ed. London: Vixago press; 1983.
- 11- Keye WR. Psychosexual responses to infertility. Clinic Obstetrics Gynecol. 1984; 27(4): 760-766.
- 12- Cwikel JS, Gidron YU, Sheiner ER. Psychological inter-actions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004; 117(2): 126-131. Review.
- 13- Schneider Z, Elliot D, LoBiondo-Wood G, Beanland C, Haber J. Nursing research: Methods, Critical appraisal and utilization. 2nd ed. Sydney: Mosby-Elsevier; 2004.
- 14- Spiroff L, Fritz MA. Clinical gynecology endocrine-ology and infertility. 17th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005.
- 15- Abbey AD, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, Internal control and interpersonal conflict. Journal of Marriage and the Family. 1992; 54: 408-417.
- 16- Myers DG. The funds, Friends, And faith of happy people. American Psychologist. 2000; 55, 56.
- 17- Boyarsky R, Boyarsky S. Psychogenic factors in male infertility: A review. Medical Aspects of Human Sexuality. 1983; p. 17, 86.

assisted reproduction. *Psychoneuroendocrin*. 2004; 29: 162-173.

۴۸- رجوعی مریم. جنبه‌های روانشناختی ناباروری. پژوهش‌های روانشناختی. ۱۳۷۷؛ ۴(۴): ۷۸-۷۲.

۴۹- حیدری پروانه. بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی بر اضطراب خانم‌های نازای اولیه تحت درمان IUI [پایان‌نامه کارشناسی ارشد]. مشهد: دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مشهد؛ ۱۳۸۰. ص. ۹۷-۱۱۲.

50- Taschen CB, Felorin ID, Krause WJ, Pook MF. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1999; 1: 7-15.

51- Slade PP, Emery JO, Liberman BA. A prospective, Longitudinal study of emotions and relationships in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*. 1997; 12: 183-190.

L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproductive*. 2008; 23(5): 1128.

36- Myers LB, Wark L. Psychotherapy for infertility: A cognitive-behavioral approach for couples. *American Journal Family Therapy*. 1996; 24(1): 9-20.

37- Michelson LK, Marchion KF. Behavioral cognitive, And pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal consulting Clini psychol*. 1991; 59: 100-114.

۳۸- آنتونی مایکل، آبرونسون گیل، اشنایدرمن نیل. راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری. ترجمه: سید جواد آل محمد، سولماز جوکار، حمید طاهر نشاط دوست. اصفهان: نشر جهاد دانشگاهی؛ ۱۳۸۷.

۳۹- مولوی حسین، پالاهنگ حسین، سلطانی ایرج، ترکان هاجر. اعتباریابی پرسشنامه‌های سلامت ذهن (رضایت از زندگی، سرزندگی و عواطف مثبت و منفی) و ارزیابی سلامت ذهن در کارکنان شرکت فولاد مبارکه اصفهان. تحت چاپ. دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۸۷.

۴۰- عقیلی مهدیه السادات. بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سلامت ذهن و رضایت زناشویی زنان یائسه شهر یزد [پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی]. اصفهان: دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۸۸. ص. ۱۰۰.

۴۱- نوربالا احمدعلی، رمضان زاده فاطمه، ملک‌افضلی اردکانی حسین، عابدی‌نیا نسربین، رحیمی فروشانی عباس، شریعت مامک. تأثیر مداخلات روانپزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج‌های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت باروری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۸۶؛ ۲: ۱۱۱-۱۰۴.

42- Terzioglu FH. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2001; 22: 133-141.

43- Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA, Houle M. Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: Implication for counseling. *Journal of Assisted Reproductive Genetic*. 1992; 9: 24-31.

44- Bringhenti F, Martinelli F, Ardeni R, La sala G B. Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: Differentiating aspects and influencing factor. *Acta Obstetrics Scandinavica*. 1997; 70: 431-437.

45- Eugster AD, Vingerhoets AJ. Psychological aspects of IVF. *Social Science Medicine*. 1999; 48: 575-589.

46- Tarabusi MD, Facchinetti FA. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *Journal of psychomatic Obstet and Gynecol*. 2004; 25: 273-279.

47- Facchinetti F, Tarabusi M. Volpe A. Cognitive-behavioral treatment decrease cardiovascular and neuroendocrin reaction to stress in women waiting for