

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور

آزاده چوبفروش زاده^{۱*}، دکتر مهرداد کلانتری^۲، دکتر حسین مولوی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱۲/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱/۲۲

خلاصه

مقدمه: ناباروری یک رویداد منفی بسیار مهم زندگی است که تاثیرات مخربی روی کیفیت زندگی افراد می‌گذارد. هدف این پژوهش بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر میزان کیفیت زندگی زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر یزد بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری یک ماهه است. جامعه آماری آن ۲۱۴ نفر از 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 آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای هفتگی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس را دریافت کردند. گردآوری داده‌ها به کمک پرسشنامه اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی انجام شد. تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS (نسخه ۱۵) در دو سطح آمار تو صیفی و تحلیل کواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش افزایش معنی‌داری هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل داشته است ($p=0/000$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس در بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور می‌باشد. با توجه به کاهش کیفیت زندگی در زنان نابارور و موثر بودن مداخله روانی باید توجه جدی به درمان‌های روان‌شناختی در این گروه بیماران شود.

کلمات کلیدی: ناباروری؛ کیفیت زندگی؛ درمان شناختی رفتاری

* نویسنده مسئول مکاتبات: آزاده چوبفروش زاده؛ ایران، اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی؛ تلفن: ۰۹۱۳۸۶۰۱۱۸۰؛ پست الکترونیک: azadechoobforoush@yahoo.com

مقدمه

آرزوی داشتن فرزند میلی جهانی است. ناباروری هم مسئله‌ای فردی و خصوصی و هم یک مسئله عمومی و اجتماعی است. رشته‌ها و حوزه‌های مختلف مطالعاتی به بررسی مسئله ناباروری پرداخته‌اند. برای مثال متخصصان بهداشت، همه‌گیرشناسی، علوم اجتماعی و رفتاری، حقوق و اخلاق پزشکی، با این مسئله درگیر هستند (۱). عوامل مختلفی در کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند و ناباروری نیز یکی از شرایط دشوار و ناتوان‌کننده است که مشکلات اجتماعی و بهداشتی مهمی ایجاد می‌کند (۲). اندازه‌گیری کیفیت زندگی سبب درک نیاز مددجویان و در نتیجه ارتقای کیفیت خدمات می‌شود.

ناباروری به عنوان شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم وبدون پیشگیری توصیف شده است (۳). براساس آمارهای موجود بین ۲۰-۱۲ درصد زوجها نابارور می‌باشند. از این میان ۴۰٪ از موارد ناباروری به‌طور مستقیم به زن، ۴۰٪ به مرد و ۲۰٪ به هر دوی آنها مربوط می‌شود. علاوه بر این حدود ۱۲-۱۰ درصد زنان، ناباروری ثانویه را تجربه می‌کنند که منظور ناباروری بعد از یک زایمان، به دلیل بیماریهای زنان است. این امر موجب می‌شود تعداد زنانی که با مشکل ناباروری روبرو می‌شوند در مقایسه با مردان افزایش یابد و همچنین با افزایش سن به درصد ناباروری زنان افزوده می‌شود (۴). از گذشته تا کنون در جوامع مختلف، بچه‌دار شدن و فرزند پروری به‌طور سنتی یکی از برجسته‌ترین مشخصه‌های نقش جنسیتی زنانه به‌شمار آمده است و از این‌رو ناباروری به‌طور سنتی، مشکلی زنانه تلقی گردیده است (۵). بنابراین می‌توان انتظار داشت که زنان نابارور با مشکلات روانی و اجتماعی مختلفی درگیر باشند (۶).

تأثیر منفی ناباروری بر کیفیت زندگی زنان در مطالعات متعدد نشان داده شده است (۷-۹ و ۲). ناباروری تأثیرات وسیعی مانند احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره‌گیری و انزوا، مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی‌معنایی زندگی فرد ایجاد می‌کند (۱۰).

آزمایشهای متعدد پزشکی و بررسیهای عضوی، درمانهای مختلف دارویی و عوارض جسمی و روانی آنها، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پائین بودن میزان موفقیت روشهای درمانی و همچنین مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از عوامل تنش‌زای شدید برای زوجین نابارور می‌باشند (۱۱ و ۱۲). با وجود این که برخی مردم معتقدند که زوجین در ایجاد ناباروری مقصرند برخی فشار روانی (استرس) را سبب ناباروری می‌دانند. ارتباط بین فشار روانی و ناباروری اغلب یک دور باطل را تشکیل می‌دهد و آنها یکدیگر را تشدید می‌کنند. زوجین ناباروری که خود را علت ناباروری می‌دانند خود را سرزنش می‌کنند و این وضعیت باعث افزایش فشار روانی شده و در نتیجه مشکل را حادتر می‌کند (۱۳).

کیفیت زندگی زنان نابارور تحت تأثیر تفکرات غیر منطقی در خصوص داشتن فرزند و فشار هزینه درمان ناباروری و میزان فشار اطرافیان برای بچه دار شدن قرار می‌گیرد (۸). ابی و همکاران معتقدند که که ناباروری منجر به کاهش عزت نفس و کنترل درونی و افزایش تعارضات بین فردی در زوجین نابارور می‌شود و همچنین استرس ناشی از ناباروری اثرات مخرب روی کیفیت زندگی دارد و این تأثیر منفی در زنان بیشتر از مردان است (۹).

درمانهای ناباروری تأثیرات مخرب جسمی، اقتصادی، روحی- روانی و عاطفی (۱۴)، کاهش شدید اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود، اختلال در هویت مردانگی و زنانگی، بر زنان و همسرانشان بر جا می‌گذارد (۱۵) لذا ناباروری یک مشکل جدی پزشکی و مؤثر بر کیفیت زندگی می‌باشد (۱۶). باید تأکید نمود که اغلب درمان فیزیکی ناباروری بتهنهایی کافی نمی‌باشد. توجه به نیازهای روانی زوجهای نابارور، یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری می‌باشد. زیرا می‌تواند رابطه زوجین در طول درمان را تحت تأثیر قرار دهد، به خصوص زمانی که هر یک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می‌کند. استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری می‌تواند برای سلامت روانی زوجین و همچنین روابط بین آنها دردناک و مخرب باشد (۱۷).

روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی شامل پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را ۲۱۴ نفر از بانوان ناباروری تشکیل می‌دادند که در تابستان ۱۳۸۸ به کلینیک‌های زنان ونزایی شهر یزد مراجعه کرده بودند.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر از کلیه بانوانی که به تشخیص متخصصان زنان و زایمان نابارور بودند، با استفاده از مصاحبه ارزیابی به عمل آورد و ۲۴ نفر از کسانی که معیارهای ورود را داشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند و سپس با توجه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) واگذار شدند. ملاکهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر می‌شد:

- ۱- نداشتن سابقه بستری در بخش روانپزشکی ۲- دامنه سنی ۳۵-۲۵ سال ۳- تحصیلات دیپلم به بالا ۴- طول مدت ناباروری ۶-۱ سال. افراد گروه آزمایش در جلسات درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس شرکت کردند. این روش درمانی از الگوی ارائه شده در کتاب راهنمای عملی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس استخراج شده است (۲۲). جلسات درمانی شامل ۱۰ جلسه، هر هفته یک بار و به مدت ۲ ساعت برگزار می‌شد. هر جلسه با آموزش آرمیدگی آغاز می‌شد که شامل تمرین تکنیک‌های آرمیدگی (آموزش تن آرامی، تمرین تنفس و مراقبه) بود. قسمت دوم هر جلسه به آموزش تکنیک‌های شناختی - رفتاری از جمله: آموزش مهارت‌های ارتباطی، شیوه‌های حل مسئله، ابراز وجود، شناسایی و چالش با افکار غیر منطقی، روشهای مدیریت خشم، برنامه‌ریزی فعالیت و... پرداخته می‌شد که با مسائل مرتبط با سلامت بیماران درآمیخته بود. ابزار گردآوری داده‌ها، شامل پرسشنامه اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ و پرسشنامه ویژگیهای جمعیت‌شناختی بود. این پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون در جلسه اول

پژوهشهای انجام شده در زمینه کیفیت زندگی زنان نابارور، مشاوره و مداخله‌های روانی را لازمه کمک به این زنان دانسته‌اند (۱۸). چرا که مشاوره باعث ارتقای کیفیت زندگی بسیاری از افرادی که قربانی ناباروری گشته‌اند، می‌شود (۱۹). برای مقابله با واکنشهای روانی ناشی از ناباروری روشهای مختلفی وجود دارد. میرز و وارک (۲۰) رویکرد شناختی-رفتاری را برای درمان زوجها پیشنهاد می‌کنند زیرا معتقدند که این رویکرد به طور مناسبی هم راستای نیازهای زوج نابارور است. میلر (۱۹۹۴) نیز معتقد است که درمان شناختی- رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوجها نابارور باشد (۲۱).

برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، 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 استرس‌ها به کار می‌روند، ب) آموزش مهارت‌های کاهش اضطراب، از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرامش‌بخش، ج) تعدیل و اصلاح ارزیابیهای شناختی ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی، د) ارتقای مهارت‌های حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابرازگری و مدیریت خشم و 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 با توجه به مسائلی چون، فقدان کنترل شخصی، خواسته‌های مقابله‌ای، انزوای اجتماعی و اضطراب و افسردگی، سازماندهی شده است که همگی در بیماران مزمن و سخت جسمی، برجسته می‌باشند (۲۲).

در این پژوهش هدف بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور بود. با این فرضیه که این درمان باعث بهبود کیفیت زندگی در زنان نابارور می‌گردد.

¹ World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

درون خوشه‌ای α کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد. ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار α کرونباخ ۵۵٪ بود که می‌تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. از طرفی در ۰/۸۳ موارد همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌های بالاتر بود و امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند (۲۳).

تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۵) در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس صورت گرفت.

نتایج

دامنه تغییرات سنی زنان در این مطالعه ۳۵-۲۵ سال، با میانگین و انحراف استاندارد ۲۹/۵۴±۳ / ۶۹ و طول مدت ناباروری ۶-۱ سال با میانگین و انحراف استاندارد ۳/۵۰±۱/۳۱ بود. سطح تحصیلات دیپلم و لیسانس هر کدام با ۳۷/۵ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی زنان نابارور مورد مطالعه مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر یزد در تابستان ۱۳۸۸ بر حسب برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

| متغیرها | فراوانی (%) |
|---------------|-------------|
| سن | ۱۳ (۵۴/۱۶) |
| | ۱۱ (۴۵/۸۳) |
| میزان تحصیلات | ۹ (۳۷/۵) |
| | ۶ (۲۵) |
| | ۹ (۳۷/۵) |
| مدت ناباروری | ۱۲ (۵۰) |
| | ۱۲ (۵۰) |

منفی به ترتیب ($r=-0/58$) و ($r=-0/42$) و بین میزان تحصیلات و کیفیت زندگی همبستگی مثبت ($r=0/84$) نشان داد که این مقادیر از لحاظ آماری معنادار بودند. $p<0/05$ (جدول ۲). به بیان دیگر، با افزایش سن و مدت ناباروری کیفیت زندگی زنان نابارور کاهش می‌یابد و برعکس. همچنین با کاهش سطح تحصیلات، کیفیت زندگی زنان نابارور نیز کاهش می‌یابد و برعکس.

انجام شد. پرسشنامه اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به عنوان پس‌آزمون در آخرین جلسه‌ی مداخله و پیگیری نیز یک ماه پس از اتمام درمان انجام شد. در سال ۱۳۸۵ مطالعه‌ای به‌منظور ترجمه و اعتبارسنجی، پرسشنامه اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی برای اولین بار در ایران انجام شد. این پرسشنامه شامل ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. برای اعتبارسنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران به صورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان بر اساس وجود یا عدم وجود بیماری مزمن یا غیر مزمن به ادعای خود به چهار گروه تقسیم گردیدند. پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای (α) کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. روایی پرسشنامه با قابلیت متمایز از این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری پرسشنامه، از ماتریس همبستگی سوالات با حیطه‌ها استفاده شد. نتایج میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۶/۶ و میانگین سالیانه تحصیلی ۱۱/۵ بدست آمد. مقادیر همبستگی

نتایج بررسی پیش فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش فرض تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک) برقرار است ($p<0/05$). و با توجه به این که تعداد بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل برابر بود ($n=12$)، استفاده از تحلیل کوواریانس بلا مانع شناخته شد. یافته‌های این بررسی بین متغیرهای سن و کیفیت زندگی، طول مدت ناباروری و کیفیت زندگی همبستگی

جدول ۲- ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی زنان نابارور مورد مطالعه مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر یزد در تابستان ۱۳۸۸

| کیفیت زندگی | |
|---------------|--------------|
| متغیرها | ضریب همبستگی |
| سن | -۰/۵۸ |
| میزان تحصیلات | ۰/۸۴ |
| مدت ناباروری | -۰/۴۲ |

یافته‌ها نشان دادند که در گروه آزمایش، به طور متوسط ۱۱ نمره افزایش کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و ۱۰ نمره افزایش در مرحله پیگیری به وجود آمده است به طوری که متوسط نمره کیفیت زندگی زنان نابارور در گروه آزمایش از میانگین و انحراف

استاندارد $62/50 \pm 7/80$ در مرحله پیش‌آزمون به میانگین و انحراف استاندارد $73/50 \pm 7/37$ در مرحله پس‌آزمون و میانگین و انحراف استاندارد $72/58 \pm 7/76$ در مرحله پیگیری رسیده است. این افزایش در گروه کنترل مشاهده نشد و با گذشت زمان میانگین نمرات کاهش یافته است. به‌طور کلی میانگین نمرات زندگی در گروه کنترل از میانگین و انحراف استاندارد $62/08 \pm 7/21$ در مرحله پیش‌آزمون به میانگین و انحراف استاندارد $59/33 \pm 5/98$ در مرحله پس‌آزمون و میانگین و انحراف استاندارد $57/41 \pm 5/43$ در مرحله پیگیری رسیده است (جدول ۳).

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر یزد در تابستان ۱۳۸۸ در گروه آزمایش و کنترل طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|--------|-----------|------------------|----------|------------------|--------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | |
| آزمایش | 62/50 | 7/80 | 73/50 | 7/37 | 7/76 |
| کنترل | 62/08 | 7/21 | 59/33 | 5/98 | 5/43 |

کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($p=0/000$). میزان تاثیر درمان (عضویت گروهی) در مرحله پس‌آزمون $0/88$ می‌باشد بدین معنای که 88% تفاوت‌های فردی در میزان کیفیت زندگی به خاطر تفاوت در عضویت گروهی (تاثیر درمان) می‌باشد. توان آماری ۱ بیانگر کفایت حجم نمونه و دقت آماری قابل قبول برای این نتیجه‌گیری می‌باشد.

نتایج تحلیل کوارینانس و تاثیر عضویت گروهی بر میزان کیفیت زندگی زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد. یافته‌ها پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون (متغیر همگام) و متغیرهای جمعیت‌شناختی (از آنجا که هر سه متغیر جمعیت‌شناختی رابطه معنی‌داری با کیفیت زندگی داشتند به عنوان متغیر همگام باید تاثیر آنها از روی متغیر کیفیت زندگی برداشته می‌شد)، نشان دادند که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات

جدول ۴- نتایج تحلیل کوارینانس تاثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و نازایی شهر یزد در تابستان ۱۳۸۸ در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

| منبع تغییرات | مراحل | میانگین جذورات | درجه آزادی | F | سطح معنی‌داری | میزان تاثیر | توان آماری |
|--------------|----------|----------------|------------|--------|---------------|-------------|------------|
| پیش‌آزمون | پس‌آزمون | 209/19 | 1 | 28 | 0/000 | 0/60 | 0/99 |
| | پیگیری | 127/67 | 1 | 6/84 | 0/01 | 0/27 | 0/69 |
| سن | پس‌آزمون | 0/03 | 1 | 0/005 | 0/94 | 0/000 | 0/05 |
| | پیگیری | 0/65 | 1 | 0/03 | 0/85 | 0/002 | 0/05 |
| تحصیلات | پس‌آزمون | 1/04 | 1 | 0/14 | 0/71 | 0/008 | 0/06 |
| | پیگیری | 1/12 | 1 | 0/06 | 0/80 | 0/003 | 0/05 |
| مدت ناباروری | پس‌آزمون | 1/83 | 1 | 0/24 | 0/62 | 0/01 | 0/07 |
| | پیگیری | 0/34 | 1 | 0/01 | 0/89 | 0/001 | 0/05 |
| عضویت گروهی | پس‌آزمون | 1061/61 | 1 | 142/10 | 0/000 | 0/88 | 1 |
| | پیگیری | 1276/08 | 1 | 68/56 | 0/000 | 0/79 | 1 |

بحث

یافته‌های پژوهش حاکی از وجود رابطه بین کیفیت زندگی با ویژگیهای جمعیت شناختی سن، تحصیلات و طول مدت ناباروری بود به گونه‌ای، که سن بالاتر، طول مدت ناباروری بیشتر و تحصیلات پایین‌تر، پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی پایین‌تر است. در همین رابطه پژوهش دیگری توسط دراسدزول و همکاران (۲۰۰۸) جهت ارزشیابی تأثیر ناباروری بر کیفیت زندگی زوجین نابارور انجام شد. در این مطالعه، اطلاعات توسط فرم کوتاه شده بررسی سلامت (SF-36) و با شرکت ۲۰۶ زوج نابارور و ۱۹۰ زوج بارور در گروه کنترل جمع‌آوری گردید. یافته‌ها نشان داد که زنان، دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت مردان هستند. به علاوه زنان مسن‌تر، با سطح تحصیلات پایین‌تر و نیز بدون شغل، سطح کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به زنان نابارور جوانتر، با سطح تحصیلات بالاتر و شاغل، دارا بودند (۲۴). برخی پژوهشهای دیگر نیز سن بالا و تحصیلات پایین را پیشگویی کننده کیفیت زندگی پایین در زنان نابارور دریافته‌اند در حالی که زنان نابارور دارای تحصیلات بالاتر و سن کمتر کیفیت زندگی بهتری را داشته‌اند (۱۹، ۸، ۲). بنابراین مشکلات روان‌شناختی بیماران نابارور تحت تأثیر تعدادی از عوامل چون سن، علت و طول مدت ناباروری، میزان تحصیلات قرار می‌گیرد.

یافته‌های این بررسی نشان داد که درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس سبب بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور می‌گردد. در بحث حاضر به دلیل عدم وجود پژوهشهای کاملاً مشابه با پژوهش حاضر نویسندگان هیچ پیشینه پژوهشی کاملاً مشابهی در این رابطه نیافتند و از آنجا که کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است و پرسشنامه به کار رفته در پژوهش دارای چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهشهای مربوط به این ابعاد و پژوهشهایی که تأثیر مداخله مدیریت استرس را بر کیفیت زندگی سایر گروههای بیمار بررسی کرده‌اند، مقایسه می‌گردد. اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر

بهبود کیفیت زندگی برخی دیگر از گروه بیماران، همچون زنان یائسه (۲۵) زنان مبتلا به سرطان سینه (۲۶) و مردان مبتلا به سرطان پروستات (۲۷) نیز نشان داده شده است.

پژوهشهای انجام شده توسط دومار و همکاران (۲۸)، ترزیوگلو (۲۹) و نیوتان، هرن، یوزپه و یول (۳۰) نشان داد که درمانهای روان‌شناختی در گروه مداخله‌ای، کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش رضایتمندی زناشویی، موفقیت در بارداری را در پی دارد.

بررسیها نشان داده‌اند که رضایتمندی زناشویی زوجهای نابارور کمتر از زوجهای بارور است. علایم روان‌شناختی بویژه اضطراب در رضایت زناشویی مؤثر است (۳۱) و بهره‌گیری از الگوی شناختی-رفتاری، افزایش و بهبود کنش و رضایت جنسی، کاهش افکار ناامید کننده و افزایش مهارت و ارتباطات زناشویی را به دنبال دارد. کاربرد درمان شناختی حتی پس از ۶ ماه پیگیری نشان داد علائم روانپزشکی کاهش و رضایت زناشویی افزایش یافته است. بنابراین درمانهای شناختی-رفتاری می‌تواند رویکرد مناسبی برای درمان ناباروری باشد (۳۲). نتایج یک بررسی علمی نشان داد که استرس، تعارضات زناشویی را افزایش و عزت نفس، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و رضایت جنسی (عملکرد جنسی و فراوانی این ارتباط) را کاهش می‌دهد. همچنین استرس را می‌توان به کمک درمانهای روان‌شناختی و شناختی-رفتاری کاهش داد (۳۳، ۳۴، ۳۵).

پژوهش نور بالا و همکاران (۱۸) نشان داد که مداخلات روانپزشکی (شامل درمان دارویی و درمان شناختی رفتاری) نقش مهمی در فرآیند درمان ناباروری و افزایش رضایت زناشویی زوجین نابارور دارد.

تاسکن و همکاران (۳۶) یک برنامه درمانی شناختی رفتاری ۶ ماهه در جهت بهبود عملکرد و رضایت جنسی، کاهش افکار ناامید کننده و بهبود مهارتهای ارتباط زناشویی روی ۷۰ زوج نابارور انجام دادند. نتایج نشان دهنده پیشرفت در تراکم اسپرم، کاهش افکار ناامید کننده و کاهش ناراضیتهای زناشویی در گروه درمان بود. این پژوهشگران معتقدند درمان شناختی رفتاری می‌تواند رویکرد مناسبی برای درمان ناباروری

جامعه تعمیم داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مورد مردان نابارور نیز اجرا گردد.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی این بررسی نشان داد که درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی زنان نابارور دارد. با توجه به تاثیر درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور، این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان پیشنهادی در کنار درمانهای پزشکی در مراکز درمان ناباروری ارائه شود.

تشکر و قدردانی

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

باشد و یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهشهای پیشین هماهنگ است.

در تبیین نتایج به دست آمده 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 موقعیتهای آموزش می‌دهد. اصلاح ارزیابیهای شناختی و بهبود مهارتهای مقابله‌ای و تمرینهای ارائه شده برای تلفیق تکنیک‌های آموخته شده با موقعیتهای زندگی واقعی می‌تواند به کاهش استرس ادراکی منجر شود. این برنامه شرکت‌کنندگان را به تکنیک‌های متنوع و یکپارچه مجهز می‌کند که می‌توانند از آنها به منظور کاهش استرس و ارتقای کیفیت زندگی استفاده کنند (۲۲).

پژوهش حاضر از محدودیتهایی نیز برخوردار می‌باشد 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

منابع

1. Fiddler AT, Bernstein J. Infertility: from a personal to a public health problem. Public Health Rep 1999 Nov-Dec;114(6):494-511.
2. Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, Ghazal-Aswad S, Asaad MA. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. Int J Gynaecol Obs. 2003;80(2):183-8.
3. Mohammadi MR, Khalaj Abadi Farahani F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them. J Reprod Infertil 2001;2 (4):33-9. (Full Text in Persian)
4. Trantham P. The infertile couple. Am Fam Physic 1996; 54:1001-10.
5. Berg BJ, Wilson JF, Weingrtner PJ. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex role identification. Soc Sci Med. 1991; 33 (9): 1071-80.
6. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. J Behav Med. 1999; 22(4): 341-58.
7. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjust-ment and sexual function. Urology. 2004;63(1):126-30.
8. Amanati L, Allami M, SHokrabi SH, Haghani H, Ramezanzade F. Quality of life and infeluncing factors in infertile women. Iran J Obstet Gynocol Infertil 2009;1(4):25-31. (Full Text in Persian)
9. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well- being: The mediating roles of self-esteem, internal control and interpersonal conflict. J Marriage and Fam 1992;54, 408-17.
10. Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Wein-shel M. Couple therapy for infertility. New York: Gilford Press; 1999: P:34.
11. Rajvir D, Ceinwen E, Cumming DC. Psychological Well-being and coping patterns in fertile men. Fertil Steril 2000; 74-5, 702-6.
12. Beutel M, Kuprer J, Kirchmeyer P, et al. Treatment – related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. Andrologia 1999;31:27-35.
13. Erica M,Taylor. The stress of infertility. Hum Ecol 2002;95(1):12

14. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological inter-actions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;117(2):126-31
15. Schneider Z, Elliot D, LoBiondo-Wood G, Beanland C, Haber J. *Nursing research: methods, critical appraisal and utilization*. 2nd ed. Sydney: Mosby-Elsevier; 2004: P:487.
16. Lowedermilk D, Perry S. *Maternity and women`s health care*. 8th ed. United States: Mosby; 2004: P:1274.
17. Kuchenhoff J. Unfulfilled desire for children: What is the grief for men? *Ther Umsch*. 1999; 56(5):260-4.
18. Noorbala AA, Ramezanzade F, Malekafzali Ardakani H, Abedinia N, Rahimi Foroshani A, Shariat M. The effect of psychiatry interventions on marital satisfaction in infertile couples in a center of investigation healthy fertiliti. *J Ir Psychiatry and Cli Psychol* 2008;2:104-11. (Full Text in Persian)
19. Bresnick E, Taymor ML. The role of counseling in infertility. *Fertil Stril* 1979; 32(2):154-6.
20. Myers LB, Wark L. Psychotherapy for infertility: A cognitive - behavioral ap proach for couples. *Am J Fam Therapy* 1996;24(1):9-20.
21. Michelson LK, Marchion K. Behavioral cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *J consult Cli psychol* 1991;59:100-14.
22. Antoni M H, Ironson G, Schneiderman, N. Cognitive- Behavioral Stress Management. Alemohammad, SJ, Jokar S, Neshat Doost H.(Translators) 2007.31-5. In Press. (Full Text in Persian)
23. Nejat SN, Montazeri A, Holakhoei Naeini K, Mohammad K, Majdzadeh SR. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) ques-tionnaire: translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health* 2007;4(4):1-12. (Full Text in Persian)
24. Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contra-cept Reprod Health Care* 2008;13(3):271-81.
25. Aghili M. The effectiveness of cognitive behavioral stress management intervention on quality of life in menopausal women (Dissertation). Isfahan: university of Isfahan. 2009;78. (Text in Persian)
26. Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimberly SR, Sifre T, Urcuyo KR, et al. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(6):1143-52.
27. Penedo FJ, Trager L, Dahn J, Molton I, Schneiderman N, Antoni MH Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual hispanic men Treated for localized prostate cancer: effects of a randomized controlled trial. *Int J Behav Med* 2007;14(3):164.
28. Domar AD, Clapp D, Slaw sby EA, Dusek J, kessel B, freizinger M. Impact of group psychological intervention on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000;73:805-811.
29. Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J of Psychosomatic Obstet and Gynecol* 2001; 22:133-41.
30. Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA, Houle M. Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: Implication for counseling. *J Assist Reprod Genet* 1992;9: 24-31.
31. Bringhenti F, Martinelli F, Ardeni R, La sala G B. Psychological adjustment of infertile women entering. IVF treatment: Differentiating aspects and influencing factor. *Acta Obstet Scand* 1997;70:431-7.
32. Slade P, Emery J, Liberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997;12:183-90.
33. Eugster A, Vingerhoets AJ. Psychological aspects of Ivf. *Soc Sci Med* 1999;48:575-89.
34. Tarabusi M, Facchinetti FP. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *J psychom Obstet Gynaecol* 2004;25:273-9.
35. Facchinetti F, Tarabusi M. Volpe A. Cognitive- behavioral treatment decrease cardiovascular and neuroendocrin reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:162-73.
36. Taschen-Caffier B, Felorin I, Krause W, Pook M. Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychother and Psychosom* 1999;68(1):15-21.