

## اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی، اضطراب و ناباروری زنان

# The Effectiveness of Stress Management on Depression, Anxiety and Fertilization of Infertile Women

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۳/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۱/۲۸

Hamid N. PhD ✉

دکتر نجمه حمید ✉

### Abstract

**Introduction:** The aim of the present research was to study the effectiveness of stress management based on cognitive-behavior method on depression, anxiety and fertilization of infertile women in Ahvaz.

**Method:** This study is a quasi-experimental design with pre-test post-test and follow-up. The sample consisted of 40 infertile women with high level of depression and anxiety based on Beck Depression Inventory (BDI), Cattle Anxiety Inventory and clinical interview. They were matched for age, education, duration of infertility and other criteria considered in this research. They were randomly assigned to two experimental and control groups (n=20). The experimental group administered 12 sessions of stress management 2 hours weekly. Beck Depression Inventory (BDI) and Cattle Anxiety Inventory were used to collect data, which were analyzed using covariance analysis and repeated measure.

**Results:** There was a significant difference between two groups in depression and anxiety after the final session of intervention. Cognitive behavioral stress management significantly decreased the rate of depression and anxiety in the experimental group. The changes were persistent in 12 months of follow-up. Also, 9 women of the experimental group were fertilized after one year follow-up period.

**Conclusion:** Stress management based on cognitive behavior method decreased the depression and anxiety in infertile women in Ahvaz and increased the fertility in them. So these results indicated that stress management is considered as an important part of the treatment.

**Keywords:** Depression, Anxiety, Infertile women, Stress management, Cognitive-Behavior method

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری بر اختلالات اضطرابی، افسردگی و میزان باروری زنان نابارور شهر اهواز بوده است.

**روش:** این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه مورد مطالعه شامل ۴۰ نفر از زنان نابارور شهر اهواز طی سال‌های ۸۵-۸۸ بوده است. برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها استفاده شد. از میان افراد مراجعه‌کننده زنانی که براساس پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب کتل و مصاحبه بالینی مبتلا به اختلال اضطراب و افسردگی بوده و از لحاظ متغیرهای موردنظر در پژوهش هم‌تاسازی شده بودند؛ انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور برابر (۲۰ نفر) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به‌مدت دوازده جلسه دوساعته تحت درمان مدیریت استرس مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری قرار گرفتند. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل کوواریانس و اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل آشکار ساخت که میان دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ افسردگی و اضطراب پس از خاتمه جلسات درمانی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میان دو گروه از لحاظ افسردگی در مرحله پیگیری دوازده‌ماهه تفاوت معنی‌داری وجود داشت. میزان افسردگی و اضطراب گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته است. از سوی دیگر، تعداد ۹ زن از زنان نابارور بعد از ۶ ماه تا یک سال باردار شدند.

**نتیجه‌گیری:** آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری باعث کاهش افسردگی و اضطراب در زنان نابارور پس از خاتمه جلسات درمانی و بعد از دوره پیگیری دوازده‌ماهه شد.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، اضطراب، مدیریت استرس، روش شناختی-رفتاری، ناباروری

✉ **Corresponding Author:** Department Of Clinical Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran  
Email: n.hamid@scu.ac.ir

✉ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

## مقدمه

در سال‌های اخیر به نقش عوامل روان‌شناختی در نازایی توجه قابل ملاحظه‌ای شده و دانش پزشکی ارتباط بین نازایی و عوامل روان‌شناختی را مطرح می‌کند [۱]. ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و تنش‌زا می‌باشد. به همین دلیل است که بسیاری از مؤلفان پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنش‌های سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند [۲]. زوج‌های نابارور علاوه بر آن که با انواع مشکلات جسمانی روبه‌رو هستند، دسته‌ای از علایم روانی را نیز تجربه می‌کنند که عبارتند از: اضطراب، اشکال در روابط بین فردی، ناکامی، خشم و پرخاشگری سرکوب شده، نارضایتی در روابط بین فردی، احساس حقارت، طردشدگی، احساس گناه ناخودآگاه، افسردگی، حسادت، انزوا، کاهش عزت نفس، مشکلات جسمانی و وسواس فکری. به‌علاوه بروز ناسازگاری‌های شخصیتی در این زوجها به‌خصوص آن‌هایی که شکست در درمان را تجربه کرده‌اند، چشمگیر است [۳]. تعدادی از تحقیقات نشان می‌دهد مدت‌زمان نازایی منجر به افزایش عوامل فشارزا و تنش‌های روان‌شناختی می‌شود [۴]. هر قدر مدت‌زمان درمان نازایی طولانی‌تر و تجارب ناموفق درمانی بیشتر شده تنش و آسیب‌های روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد [۵]. در مطالعه بویوین و همکاران مشخص گردید که با افزایش طول مدت درمان نمره افسردگی افزایش یافت [۶]. در مطالعه لوک و همکاران، مشکلات روانی در زنان ناباروری که تحت درمان ناباروری قرار گرفته یا با شکست درمان مواجه شده‌اند بررسی گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که یک سوم زنان مبتلا به نازایی از نظر سلامت روانی دچار مشکل بودند و در ۱۰ درصد آنان درجاتی از افسردگی متوسط تا شدید وجود داشت [۷].

گاز و همکاران علایم روانی در زنان نابارور را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه نتایج حاصل آشکار ساخت که میزان افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به نازایی نسبت به گروه کنترل بالاتر بود و با افزایش سن و طولانی شدن دوره ناباروری شدت افسردگی، اضطراب و کاهش اعتمادبه‌نفس تشدید شده بود [۸]. همچنین یافته‌های حاصل از یک مطالعه نشان داد که شیوع مشکلات روانی و به‌خصوص اختلال اضطرابی منتشر در زوج‌های نابارور و به‌خصوص در زنان قابل توجه می‌باشد و به‌طور بارزی کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مسئله جزء مهمی از مشکل بزرگی است که زوج‌های نابارور با آن روبه‌رو هستند [۹]. در مطالعه دیگری مشخص گردید که آموزش روش‌های کنترل اضطراب به زنان نابارور بعد از خاتمه جلسات درمان باعث کاهش علائم اضطراب گردید و به‌کارگیری فنون شناختی-رفتاری پس از چند ماه منجر به باروری برخی زنان ناباروری شد که هیچ‌گونه ضایعه جسمانی مشخصی برای

ناباروری آن‌ها وجود نداشت [۱۰ و ۱۱].

در یک مطالعه‌ای مشخص شده است که اگرچه رویدادها و مجموعه شرایطی که افسردگی، اضطراب و استرس را آشکار می‌سازند از فردی به فرد دیگر متفاوتند، اما میزان افسردگی در زنان نابارور دو برابر زنان بارور است [۱۲].

همچنین استفاده از فنون شناختی-رفتاری و راهبردهای مقابله‌ای در موارد تنیدگی‌زا برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات مربوط به ناباروری و تقویت افکار مثبت و امیدوارکننده زنان نابارور نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی آن‌ها ایفا می‌کند [۱۳]. در پژوهش دیگری مشخص شد که استفاده از فنون شناختی-رفتاری به‌طور مستمر در زنان نابارور بدون علت طبی و جسمانی مشخص باعث کاهش اضطراب، افسردگی و علائم روان‌شناختی در آن‌ها شده است و بعد از مدتی تعدادی از آن‌ها باردار شدند [۱۴].

## روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه مورد مطالعه شامل ۵۱ زن دچار نازایی بدون علت طبی و جسمانی بوده که پس از هماهنگی با متخصصین زنان و زایمان مراکز دانشگاهی شهر اهواز در فاصله زمانی اردیبهشت ۸۵ تا اسفند ۸۸ معرفی شده بودند. برای انتخاب نمونه این پژوهش از روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها استفاده شد. از میان زنان نابارور مراجعه‌کننده، تعداد ۴۰ نفر واجد شرایط با توجه به ملاک‌های شمول و حذف برگزیده شدند. ملاک‌های شمول افراد برای شرکت در پژوهش شامل سن ۲۵-۴۰ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، ابتلا به ناباروری به‌مدت ۷ سال به بالا بعد از ازدواج بوده است. همچنین براساس پرسشنامه افسردگی (BDI) و مصاحبه بالینی افرادی که دچار اختلال افسردگی شدید بوده و نمره ۳۵ تا ۶۳ را دریافت نموده‌اند و در پرسشنامه اضطراب کتل (CAD) نمره ۲۰-۱۹ را دریافت کردند انتخاب شدند. ملاک‌های خروج ابتلا به بیماری جسمانی حاد یا مزمن، اخذ درمان‌های روان‌پزشکی در زمان مطالعه و سابقه دریافت آموزش‌های شناختی-رفتاری بودند. به‌طور کلی نمونه پژوهش از لحاظ متغیرهای موردنظر در پژوهش کاملاً همگون بودند. آن‌ها فرم مشخصات دموگرافیک (شامل نام و نام خانوادگی، سن، تحصیلات، طول مدت ناباروری، تلفن تماس) و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند. سپس این افراد به‌گونه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

آزمودنی‌های گروه آزمایش در یک دوره آموزش مدیریت استرس که طی دوازده جلسه دوساعته هفتگی و به‌شیوه شناختی-رفتاری انفرادی و گروهی برگزار شده شرکت کردند. محتوای جلسات

جدول ۱- محتوای جلسات آموزشی درمانی		
جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی درمانی
۱	ارزیابی اولیه و مصاحبه بالینی	جلب همکاری و اطمینان بخشی، ارتباط کلامی و غیر کلامی، معرفی روش درمان و تأثیر عوامل روان شناختی بر وضعیت جسمانی
۲-۳	شناسایی تنیدگی، مقابله‌های سازگارانه و فعالیت بخشی	ثبت رویدادهای ناگوار روزانه، عواطف و افکار منفی خودکار، شناسایی نشانه‌ها و علائم تنیدگی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده، مراقبه
۳-۸	مقابله با هیجانات منفی و بازسازی شناختی	کشف خودگویی‌های منفی، مفهوم خلق منفی، شناسایی رابطه بین افکار و احساسات، شناسایی خطاهای شناختی، فنون چالش با افکار منفی، آموزش برای جایگزین کردن خودگویی‌های مثبت
۸-۹	مدیریت خشم	تعریف خشم، سبک‌های برقراری ارتباط صحیح و مؤثر، شناسایی شرایط یا موقعیت‌ها و افراد خشم‌برانگیز، آموزش روش‌های کنترل خشم
۹-۱۰	حل مسأله	مفهوم حل مسأله، انواع مقابله‌های مسأله‌دار و هیجان‌مدار، مقابله‌های هیجان‌مدار سازگارانه و ناسازگارانه
۱۱	بررسی فعالیت‌های مؤثر بر خلق و ارتباط مؤثر و شبکه حمایت اجتماعی	مرور جلسات، بررسی فعالیت‌های انجام‌شده توسط بیمار و تأثیر آن‌ها بر خلق، انتخاب تکالیف و موقعیت‌های تقویت‌کننده خلق مثبت، توصیه‌های درمانی به همسران آن‌ها در زمینه برنامه درمانی فعال کردن بیمار و حمایت اجتماعی
۱۲	آمادگی برای تکمیل و ادامه درمان و تعمیم آموخته‌ها	بررسی پیشرفت آزمودنی‌ها، ارزیابی خلق و اضطراب آن‌ها، تأکید بر استفاده مستمر از جلسات آموزشی برای مقابله سازگارانه، تعیین برنامه فعالیت‌های گروهی و حمایت اجتماعی

تحلیل داده‌ها براساس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی با گروه کنترل در مورد متغیرهای پژوهش مانند افسردگی و اضطراب صورت گرفت. از محاسبه شاخص‌های آمار توصیفی، همچون میانگین و انحراف معیار برای ارائه اطلاعات توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، تحصیلات، طول مدت ازدواج و طول مدت نابرابری) شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. همچنین برای مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل قبل و بعد از مداخله، از آزمون معناداری تفاوت نمرات پس‌آزمون با منظور کردن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریانس و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

مداخله، برگرفته از منابع مرتبط و با پشتوانه پژوهشی [۵، ۱۳، ۱۴] تدوین شد (جدول ۱). گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. جلسات آموزش در مرکز مشاوره و روان‌درمانی خصوصی محقق برگزار شد. یک هفته بعد از خاتمه جلسات درمانی گروه آزمایش، هر دو گروه با پرسشنامه‌های اضطراب کتل و افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. ارزیابی پیگیری بعد از دوازده ماه صورت گرفت. به‌منظور ملاحظات اخلاقی بعد از دوره پیگیری، گروه کنترل به‌طور گروهی در چند جلسه تحت درمان مدیریت استرس مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری قرار گرفتند.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت افسردگی است برمی‌گزیند. هر ماده، نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد و به این ترتیب کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ دارد. نقاط برش پیشنهادشده برای این پرسشنامه نمره ۱۳-۰ برای افسردگی جزئی، نمره ۱۹-۱۴ برای افسردگی خفیف، نمره ۲۸-۲۰ برای افسردگی متوسط و نمره ۶۳-۲۹ برای افسردگی شدید است. از هنگام تدوین BDI تاکنون، ارزیابی‌های بسیاری توسط پژوهشگران انجام گرفته است. ارزشیابی‌های محتوایی، سازه و افتراقی و نیز تحلیل عاملی عموماً نتایج مطلوبی داشته‌اند. همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۳، مقیاس افسردگی زونگ، ۰/۷۶ و مقیاس افسردگی MMPI، ۰/۷۶ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ در جمعیت ایالات متحده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار ۰/۹۴ در نمونه ایرانی محاسبه شده است [۱۵]. در پژوهش حاضر ضرایب پایایی پرسشنامه افسردگی بک با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۹۰ می‌باشد که میانگین ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است. این پرسشنامه به‌منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت و نمره مدنظر برای تشخیص افسردگی، سیزده و بالاتر از آن بود.

پرسشنامه اضطراب کتل (CAI): این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال است که در دانشگاه تهران مورد ارزیابی قرار گرفته و دارای روایی و اعتبار مقبولی است. ابزار فوق دارای مقیاس فاصله‌ای بوده و اضطراب کلی را به‌صورت کمی ارائه می‌دهد. بیست سؤال آن اضطراب پنهان و بیست سؤال دیگر اضطراب آشکار را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد که معرف ضریب پایایی مقبولی است. همچنین همبستگی آن با مقیاس اضطراب (Pt) مربوط به پرسشنامه MMPI فرم کوتاه ۷۱ سؤالی ۰/۶۵ بوده است.

## یافته‌ها

ویژگی‌های توصیفی جمعیت‌شناختی گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۲ نشان داده شده است.

شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، سن، سطح تحصیلات، طول مدت ازدواج و طول مدت ناباروری است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین سن زنان نابارور هر دو گروه ۳۴/۶۳، میانگین سطح تحصیلات زنان ۱۲/۸۹، میانگین طول مدت ازدواج ۱۱/۱۳ سال و طول مدت ناباروری آن‌ها

۱۰/۱۱ سال بوده است. میانگین هر دو گروه آزمایشی و کنترل در هر یک از متغیرهای مذکور تقریباً یکسان است.

جدول ۳، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی و کنترل را در مقیاس‌های افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد. قبل از بررسی نتایج، در رابطه با پیش فرض‌های لازم برای استفاده از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس اطمینان حاصل شد. در تمامی متغیرهای این پژوهش آزمون کرویت موجلی

جدول ۲- مقایسه دو گروه آزمایشی و کنترل از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	گروه	دامنه	میانگین (سال)	انحراف معیار
سن	آزمایشی	۲۵-۴۰	۳۱/۹۰	۵/۸۰
	کنترل	۲۴-۳۹	۳۲/۲۱	۶/۰۲
	مجموع	۲۴-۳۹	۳۳/۶۳	۵/۱۶
سطح تحصیلات (براساس تعداد سال)	آزمایشی	۹-۲۳	۱۳-۱۲	۷/۵۲
	کنترل	۱۰-۱۹	۱۲/۰۱	۸/۶
	مجموع	۹-۲۳	۱۲/۸۹	۷/۳۳
طول مدت ازدواج	آزمایشی	۵-۲۰	۹/۱۱	۶/۳۱
	کنترل	۶-۱۹	۸/۱۷	۵/۳۹
	مجموع	۵-۲۰	۱۱/۱۳	۷/۴۱
طول مدت ناباروری	آزمایشی	۵-۱۲	۸/۱۲	۵/۳۱
	کنترل	۶-۱۴	۹/۱۴	۴/۶۱
	مجموع	۵-۱۴	۱۰/۱۱	۶/۷۸

جدول ۳- نمرات شاخص‌های توصیفی مقیاس‌های افسردگی و اضطراب در مراحل مختلف آزمون در دو گروه

شاخص	گروه آزمایشی			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
افسردگی	۶۰/۲۱	۲۶/۱۸	۲۶/۰۹	۶۱/۴۲	۶۲/۱۲	۶۲/۱۷
	(۸/۴۱)	(۵/۹۱)	(۵/۶۱)	(۵/۸۳)	(۱۳/۰۹)	(۶/۸۷)
اضطراب	۲۰/۳۲	۱۴/۱۷	۱۳/۹۲	۲۱/۱۶	۱۹/۱۲	۲۲/۱۹
	(۴/۸۳)	(۲/۱۲)	(۲/۱۷)	(۳/۲۷)	(۴/۶۳)	(۳/۹۱)

(اعداد خارج پرانتز میانگین و اعداد داخل پرانتز انحراف معیار هستند)

در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس و به‌گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگن بودن ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل و از مدل آماری اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین با استفاده از آزمون لوین، واریانس گروه آزمایشی و گروه کنترل در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس

مشکلی ندارد. نتایج بررسی تغییرات درون‌گروهی با آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ آمده است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی معنادار بود.

جدول ۴- نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر افسردگی و اضطراب در مقایسه دو به دوی مراحل آزمون در هر گروه

شاخص	گروه آزمایشی		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	پس‌آزمون-پیگیری
افسردگی	F	F	F	F
	۹/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۰/۰۷
اضطراب	F	F	F	F
	۸/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۰۰۹

گروه کنترل پس از کنترل تفاوت‌های اولیه در پیش‌آزمون، وجود داشت. تفاوت بین میانگین نمرات افسردگی و اضطراب پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش پس از کنترل تفاوت‌های اولیه پیش‌آزمون معنادار بود. این در حالی است که تفاوت در میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی و اضطراب برای گروه کنترل معنادار نبود. همچنین، اثرات مداخله درمانی بعد از گذشت دوره پیگیری ۱۲ ماهه نیز پایدار بود و تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش وجود نداشت.

در حالی که تفاوت معناداری میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل وجود نداشت. همچنین میان نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت. از سوی دیگر در گروه کنترل، میان نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت. تفاوت نمرات پس‌آزمون - پیگیری نیز در این گروه معنادار نبوده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در سنجش تغییرات بین گروهی براساس جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افسردگی و اضطراب پس‌آزمون گروه آزمایش با پس‌آزمون

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس مقیاس‌های نمرات افسردگی و اضطراب در زنان نابارور

متغیر	منبع متغیر	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱	۱۰۶/۲۰	۱۸/۱۵	۰/۰۰۱
	گروه	۱	۲۵/۱۷	۲۱/۴۲	۰/۰۰۱
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۱۴۱/۹۹	۳۱/۸۲	۰/۰۰۱
	گروه	۱	۱۰۹/۱۹	۲۲/۵۳	۰/۰۰۱

جلسات درمانی و دوره پیگیری تفاوت معناداری ( $P < ۰/۰۰۱$ ) وجود داشت. این نتایج با تحقیقات پیشین همخوان بوده است [۳، ۶، ۱۲، ۱۴]. از سوی دیگر بعد از اعمال مداخله شناختی-رفتاری در مورد گروه آزمایشی، تعداد ۹ نفر زن باردار شدند. این یافته نشان می‌دهد که در زنان ناباروری که جهت درمان خود به متخصصین زنان و زایمان مراجعه می‌کنند و علت عضوی مشخصی برای اختلال آن‌ها براساس معاینات پاراکلینیکی یافت نمی‌شود، ارجاع آن‌ها به مراکز مشاوره و روان‌درمانی جهت ارزیابی بالینی و استفاده از درمان‌های شناختی-رفتاری بسیار مفید بوده و بخشی از درمان ناباروری آن‌ها به‌شمار می‌آید. یافته‌های حاصل از این پژوهش در زمینه باردار شدن زنان بعد از اعمال مداخله شناختی-رفتاری با نتایج حاصل از تحقیقات پیشین همخوان بوده است [۱۲، ۱۴].

اگرچه تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است اما می‌توان ادعان داشت که مداخله‌های شناختی-رفتاری تأثیر مهمی بر زنان نابارور داشته و باعث کاهش عوامل روان‌شناختی قبل و بعد از ناباروری در آن‌ها می‌شود؛ لذا استفاده از این راهبردها در زنان نابارور باید مورد توجه متخصصین زنان و زایمان قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری باعث کاهش میزان اضطراب زنان نابارور بعد از خاتمه جلسات درمانی و پس از دوره پیگیری دوازده‌ماهه شده است. از سوی دیگر تعداد ۹ نفر از زنان باردار شدند. با توجه به نتایج حاصل می‌توان نتیجه گرفت که در مواردی که علت جسمانی مشخصی برای نازایی وجود نداشته باشد

### بحث

این پژوهش با هدف مطالعه اثر بخشی مدیریت استرس مبتنی بر فنون شناختی-رفتاری بر میزان افسردگی و اضطراب زنان نابارور انجام شده است. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که مداخله شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان نابارور نسبت به قبل از درمان و پس از دوره پیگیری دوازده‌ماهه و در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس از درمان و دوره پیگیری به‌طور معناداری مؤثر بوده است. جالب توجه آن که حدود دوازده نفر از زنان نابارور بعد از دوره پیگیری باردار شدند. یافته‌های حاصل از این تحقیق با پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه همخوان بوده است (۱، ۲، ۱۴). پژوهش‌های متعدد در حوزه روان‌شناسی سلامت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار مانند مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری در برابر موقعیت‌های تنیدگی‌زا و هیجانات منفی را عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد نشان داده‌اند [۱۴].

زنان ناباروری که از فنون شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسأله از نظر شناختی با موقعیت تنیدگی‌زا به‌کار می‌گیرند و از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهند شد [۱۲، ۱۳، ۱۴]. نتایج جدول ۳ نشان داد که میزان افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی بعد از خاتمه جلسات درمانی نسبت به قبل از درمان به‌طور معناداری کاهش یافته است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). همچنین این یافته بعد از دوره پیگیری دوازده‌ماهه پایدار بود ( $P < ۰/۰۰۱$ ). در حالی که این تفاوت برای گروه کنترل معنادار نبود. نتایج جدول ۴ و ۵ اندازه‌گیری مکرر و آزمون تحلیل کوواریانس آشکار ساخت که از لحاظ افسردگی و اضطراب میان دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از مراحل پس از خاتمه

- 5- Carreño Meléndez J, Morales Carmona F, Sánchez Bravo C, Henales Almaraz C, Espindola Hernández JG. An explanation of depression and anxiety symptoms in sterile women. *Ginecol Obstet Mex*. 2007; 75(3):133-41.
- 6- Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertil Steril*. 1995; 64(4):802-10.
- 7- Lok IH, Lee DT, Cheung LP, Chung WS, Lo WK, Haines CJ. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecol Obstet Invest*. 2002; 24(4):267-71.
- 8- Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003; 24(4):267-71.
- 9- Upkong D, Orji E. Mental health of infertile women in Nigeria. *Turk Psikiyatri Derg*. 2006; 17(4):259-65.
- 10- Gulseren L, Cetinay P, Tokatlioglu B, Sarikaya OO, Gulseren S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med*. 2006; 51(5):421-6.
- 11- Willmott SA, Boardman JA, Henshaw CA, Jones PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004; 39(8):613-7.
- 12- Gludice MD, Bruce JE, Shirtcliff EA. The adaptive calibration model of stress responsivity. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, in press, corrected proof, Available online, 2010.
- 13- Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Raymond E, Rosenwaks BZ. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: The emotional, sexual, and quality of life impact. *Fertility and sterility*. 2011; 95(2):711-16.
- 14- House SH. Epigenetics in adaptive evolution and development: The interplay between evolving species and epigenetic mechanisms. *Handbook of Epigenetics*. 2011: 425-45.
- 15- Alibaygi N. Comparison of depressive symptoms attitudes and control [dissertation]. Tehran: Psychiatric Institute; 2004. [Persian]

استفاده از فنون شناختی-رفتاری گام مهمی در درمان این زنان به شمار می‌آید و شاید استرس و مشکلات روان‌شناختی از عوامل عمده در نازایی این زنان باشد که حتی درمان جسمی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. البته تعمیم‌پذیری این نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. در خاتمه استفاده از درمان‌های شناختی-رفتاری افزون بر درمان‌های جسمانی نازایی مورد تاکید قرار گرفته و ضروری است که متخصصان زنان و زایمان به آن توجه داشته باشند و به بیماران توصیه نمایند.

### تشکر و قدردانی

با حمد و ثنای خالق هستی، در پایان از همکاری صمیمانه متخصصین زنان و زایمان مراکز آموزشی دانشگاهی شهر اهواز و سایر عزیزانی که در زمینه‌های مربوط به پژوهش مشارکت داشتند قدردانی می‌شود.

### منابع:

- 1- Richlin SS, Shanti A, Murphy AA. Assisted reproductive technology. In: Scott JR, Cibbes RS, Karlan BY, Haney AF. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins. 2003: 647-713.
- 2- Saghafi N, Tofani H. Relationship of mental status of infertile women between duration of therapy. *Ofogh Danesh*. 2004; 9:10-12.
- 3- Wischmann T. Psychosocial aspects of fertility disorders. *Urolog*. 2005; 44(2):185-94.
- 4- Verhaak CM, Smeenk JM, Van Minnen A, Kremer JA, Kraaijaak FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod*. 2005; 20 (8):2253-60.