

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زنان نابارور

خلاصه

مقدمه: ناباروری یک رویداد منفی بسیار مهم در زندگی است که منجر به مشکلات روانی و تجربیات تنش‌زای هیجانی می‌شود. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر میزان رضایت زناشویی زنان نابارور مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های بیماری‌های زنان و نازایی شهر یزد بود.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه شاهد و پی‌گیری یک ماهه است. جامعه‌ی آماری، زنان نابارور بودند که در تابستان ۱۳۸۸ به درمانگاه‌های بیماری‌های زنان و نازایی شهر یزد مراجعه کرده بودند. ۲۴ زن نابارور با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۲ نفر) و شاهد (۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمون ۱۰ جلسه‌ی هفتگی درمان مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری دریافت کردند. ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ و پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت شناختی بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۵ با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمرات رضایت زناشویی در گروه آزمون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به طور معنی‌داری نسبت به گروه شاهد افزایش یافته است ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر میزان رضایت زناشویی زنان نابارور می‌باشد. با توجه به کاهش رضایت زناشویی در زنان نابارور و موثر بودن مداخله‌ی روانی، درمان‌های روان‌شناختی در این بیماران می‌تواند مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: تنش، رضایت، شناختی رفتاری، ناباروری

آزاده چوبفروش زاده

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

مهرداد کلاتری

دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان

حسین مولوی

استاد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

*مؤلف مسئول:

ایران، اصفهان، دانشگاه اصفهان، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۳۵۱۸۲۰۱۵۱۱

azadechoobforoush@yahoo.com

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۱/۲۱

تاریخ تایید: ۱۳۸۹/۶/۳

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی و اخلاق دانشگاه اصفهان و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از آقای وحید محمودی که در جمع‌آوری داده‌ها یاری نمودند و تمام بانوان شرکت‌کننده در این پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

Original Article

The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on marital satisfaction in infertile women

Abstract

Introduction: Infertility is a major negative event in life which leads to mental problems and emotional stressful experiences. The purpose of this study was to examine the effectiveness of cognitive behavioral stress management (CBSM) therapy on marital satisfaction in infertile women referring to infertility and gynecology clinics in Yazd, central part of Iran.

Materials and Methods: This is a quasi experimental study with pretest-post test design which has a control group and 1 month follow-up. Twenty four infertile women referring to infertility and gynecology clinics in summer 2009 were selected by using available sampling and randomly divided to two experiment and control group (12 women in each group). The experiment group received CBSM therapy for 10 weekly sessions. Data was gathered by using Enrich marital satisfaction and demographic characteristics questionnaires and was analyzed by using SPSS-15 with descriptive statistic and analysis of covariance.

Results: The finding showed that mean scores of marital satisfaction in experiment group has increased significantly in comparison with the control group ($P=0.001$) in post test and follow-up.

Conclusion: Results suggested that CBSM therapy is effective on marital satisfaction in infertile women. According to low marital satisfaction in this group and the effectiveness of mental interventions for them, psychological treatments could be useful in these patients.

Keywords: Cognitive behavioral, Infertility, Satisfaction, Stress

*Azadeh Choobforoushzadeh
Ph.D. student of psychology,
Isfahan University

Mehrdad Kalantari
Associate professor of clinical
psychology, Isfahan University

Hossein Molavi
Professor of psychology, Isfahan
University

*Corresponding Author:
Department of psychology,
Isfahan University, Isfahan, Iran
Tel: +983518201511
azadechoobforoush@yahoo.com
Received: Apr. 10, 2010
Accepted: Aug. 25, 2010

Acknowledgement:

This study was approved by research committee of Isfahan University. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Choobforoushzadeh A, Kalantari M, Molavi H. The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on marital satisfaction in infertile women. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(3): 596-603.

مقدمه

در دنیای پیشرفته، مشکل ناباروری در حال افزایش بوده و به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است (۱). یک زوج زمانی از نظر بالینی نابارور تلقی می‌شوند که طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری حاصل نگردد (۲). از سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین‌المللی ناباروری بانکوک، ناباروری به عنوان یک مشکل بهداشتی جهانی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی توصیف شده است (۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی تخمین زده می‌شود که حدود ۸ درصد از زوجین در طول سال‌های باروری خود، به نوعی مشکل ناباروری را تجربه می‌کنند. به عبارت دیگر در سراسر دنیا ۸۰-۵۰ میلیون نفر به شکل اولیه یا ثانویه دچار مشکل ناباروری می‌باشند (۱، ۳، ۴). ناباروری و درمان آن یک بحران عمده در زندگی است که سال‌های متمادی طول می‌کشد (۵). این رویداد تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه‌ی روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد (۵، ۶). این تنش بر روابط بین‌فردی، اجتماعی و زناشویی تاثیر گذاشته و می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آن‌ها گردد (۵، ۷). ناباروری با احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی و فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس همراه است. احساس‌های وابسته به این فقدان‌ها شامل غم، حقارت، تنهایی، خستگی، درماندگی و ترس است. در واقع احساس‌های تجربه شده توسط فرد نابارور مشابه با آن چیزی است که افراد در مقابل هر فقدان مهم همچون فقدان یک عزیز تجربه می‌کنند (۸). ادلمن^۱ با بررسی ۱۵۲ زوج نابارور در طی مراحل درمان ناباروری به این نتیجه رسید که سازگاری زناشویی زنانی که عامل ناباروری به آن‌ها نسبت داده شده کاهش می‌یابد. در حالی که در مورد مردان، ناباروری، موجب کاهش رضایت جنسی می‌شود (۹). ساندلوسکی^۲ نیز در بررسی ۵۲ زوج آمریکایی دریافت که متغیر زمان در سازگاری خانوادگی زنان، تاثیر به‌سزایی دارد و گذشت زمان موجب کاهش سازگاری زناشویی زنان نابارور می‌شود (۱۰).

معمولاً اگر زن و شوهر قبل از پیدایش بحران ناباروری روابط خوبی داشته باشند، پس از پدیدار شدن مسئله‌ی ناباروری و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن، شانس بیشتری برای فایز آمدن بر آن خواهند داشت. در واقع اغلب زوج‌ها به‌طور علنی اظهار می‌کنند که در اثر پیش آمدن این وضعیت ناخواسته، روابط بین آن‌ها قوی‌تر و نزدیک‌تر گردیده است، در حالی که احتمال بروز مشکلات عمده در زوج‌هایی با روابط مشکل و غیرصمیمانه، بیشتر است (۱۱).

بسیاری از پژوهشگران بر افزایش منازعات زناشویی در میان زوج‌های نابارور تاکید کرده‌اند و حتی در مواردی این منازعات به طلاق و جدایی می‌انجامد (۱۲). شاید بتوان گفت ناباروری یکی از عمده‌ترین وقایع تنش‌زا در زندگی افراد نابارور است. ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک علامت شکست تلقی شده و این احساس را به وجود می‌آورد که فرد کامل نیست. غالب مردم تصور نمی‌کنند که ممکن است نابارور باشند، به همین دلیل تشخیص ناباروری برای آنان یک شوک محسوب می‌شود (۱۳). اندریوس^۳ در مورد لزوم چاره‌اندیشی برای مشکلات روانی و خانوادگی این‌گونه افراد بیان می‌دارد که حتی اگر امکان رفع تنش ناشی از ناباروری وجود ندارد، حداقل باید برای کاهش اثرات آن تلاش شود. کاهش مشاجرات خانوادگی و راضی نگه‌داشتن زنان و همسران‌شان از روابط و زندگی جنسی و زناشویی از روش‌های مناسب برای تخفیف مشکلات زوج‌هاست (۱۴). ناباروری برای بسیاری از زوج‌ها بحرانی عمده و از نظر روانی، پرتنش می‌باشد و مشکلات مهمی را در روابط زوجین ایجاد می‌کند که کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی، تصمیم‌گیری در زندگی، اختلال عاطفی و هیجانی از آن جمله است (۱۵، ۱۶). بررسی‌ها نشان داده‌اند که جمعیت نابارور در مقایسه با جمعیت عمومی از عزت‌نفس پایین‌تر و رضایت جنسی و زناشویی کمتر برخوردارند (۸، ۲۰۸-۱۷). زنانی که احساس می‌کنند ناباروری باعث از دست‌دادن کنترل بر زندگی آن‌ها شده است، در مراحل درمان ناباروری دچار مشکلات تطابقی بیشتری می‌شوند. تعارض و جروبخت

³Andrews¹Edelmenn²Sandelowski

مسایلی مانند فقدان کنترل شخصی، خواست‌های مقابله‌ای، انزوای اجتماعی و اضطراب و افسردگی، سازمان‌دهی شده است که همگی در مورد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و سخت جسمی، برجسته می‌باشند (۲۳).

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زنان نابارور است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد است. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمام زنان ناباروری تشکیل می‌دادند که در تابستان سال ۱۳۸۸ به درمانگاه‌های زنان و نازایی شهر یزد مراجعه کرده بودند.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و تمام زنانی که به تشخیص متخصصان بیماری‌های زنان و زایمان، نابارور بودند با استفاده از مصاحبه، ارزیابی گردیدند.

۲۴ نفر از کسانی که معیارهای ورود را داشتند به عنوان نمونه انتخاب و سپس با توجه اهداف و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش، به شیوه‌ی تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند (دو گروه ۱۲ نفره). معیارهای ورود در این پژوهش شامل نداشتن سابقه‌ی بستری در بخش روان‌پزشکی، دامنه‌ی سنی ۳۵-۲۵ سال، داشتن سطح تحصیلات دیپلم به بالا و طول مدت ناباروری ۶-۱ سال بودند. افراد گروه آزمون در ۱۰ جلسه (هر جلسه به مدت ۲ ساعت) مداخله‌ی مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری شرکت کردند. افراد گروه شاهد در لیست فهرست انتظار قرار گرفتند و پس از اتمام دوره‌ی پژوهش، درمان را دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ^۳ و پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی بود. پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ به عنوان پیش‌آزمون در جلسه‌ی اول و به عنوان پس‌آزمون در آخرین جلسه‌ی مداخله و در پی‌گیری یک ماه پس از اتمام درمان اجرا شد. پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ از ۱۴ خرده‌مقیاس تشکیل شده است و برای بررسی رضایت زناشویی و تغییراتی که در طول دوره‌ی حیات آدمی رخ می‌دهد، هم‌چنین تغییرات پدید آمده در محیط خانواده حساس

درباره‌ی کنار آمدن با ناباروری می‌تواند رضایت و بهداشت زندگی زناشویی را کاهش دهد. نقش‌های جنسیتی سنتی که در آن زن و شوهر به گونه‌ی متفاوتی احساسات منفی خود را ابراز می‌دارند، باعث می‌شود آن‌ها از روش‌های مقابله‌ای یکسانی برای مواجهه با مشکل استفاده نکنند (۲۱). هم‌چنین تنش ناشی از ناباروری می‌تواند به ساختار روابط زناشویی آسیب زده و منجر به کاهش رضایت زناشویی، سلامت ذهن و کیفیت زندگی شود (۱۸). روش‌های مختلف درمانی برای مقابله با واکنش‌های روانی ناشی از ناباروری وجود دارد. میرز و وارک^۱ رویکرد شناختی رفتاری را برای درمان زوج‌های نابارور پیشنهاد می‌کنند؛ زیرا معتقدند که این رویکرد به طور مناسبی هم‌راستای نیازهای زوج نابارور است و درمان شناختی رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوج‌های نابارور باشد (۲۲).

برنامه‌ی مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری^۲ (CBSM) انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی ذهنی و دیگر روش‌های 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 تنش، ماهیت پاسخ‌های تنش در انسان، انواع راهبردهای مقابله‌ای که در مواجهه با عوامل تنش‌زا 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.

ه) افزایش دسترسی و استفاده از شبکه‌های حمایت اجتماعی از طریق مهارت‌های بین فردی و ارتباطی اصلاح شده.

برنامه‌ی مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری برای توجه به

^۱Myers and Wark

^۲Cognitive Behavioral Stress Management

^۳ Enrich Marital Satisfaction Questionnaire

آزمون و شاهد، امکان استفاده از تحلیل کواریانس ممکن بود. یافته‌های این بررسی بین متغیرهای سن و طول مدت ناباروری با رضایت زناشویی همبستگی منفی (به ترتیب $r = -0/58$ و $r = -0/48$) و بین میزان تحصیلات و رضایت زناشویی همبستگی مثبت ($r = 0/86$) نشان داد که این مقادیر از لحاظ آماری معنی‌دار بودند ($P < 0/05$). به بیان دیگر، با افزایش سن و مدت ناباروری، رضایت زناشویی زنان نابارور کاهش می‌یابد و بر عکس. هم‌چنین با کاهش سطح تحصیلات میزان رضایت زناشویی زنان نابارور نیز کاهش می‌یابد و بر عکس.

یافته‌ها نشان دادند که در گروه آزمون، به طور متوسط ۱۶ نمره افزایش رضایت زناشویی در مرحله‌ی پس‌آزمون و ۱۶/۵ نمره افزایش در مرحله‌ی پی‌گیری به وجود آمده است. در حالی که در گروه شاهد میزان رضایت زناشویی با گذشت زمان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری کاهش یافته است (جدول ۱).

نتایج تحلیل کواریانس (جدول ۲) نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون و متغیرهای جمعیت‌شناختی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمون و شاهد در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری وجود دارد ($P = 0/001$). میزان تاثیر درمان (عضویت گروهی) در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۴۷ می‌باشد. به این معنا که ۷۱ درصد تفاوت‌های فردی در میزان رضایت زناشویی (در مرحله‌ی پس‌آزمون) و ۴۷ درصد (در مرحله‌ی پی‌گیری) به خاطر تفاوت در عضویت گروهی می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از وجود رابطه بین متغیر رضایت زناشویی با سن، میزان تحصیلات و طول مدت ناباروری است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش نوربالا و همکاران، هماهنگ است.

است. هر یک از موضوعات این پرسش‌نامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است.

ارزیابی این زمینه‌ها در درون یک رابطه‌ی زناشویی می‌تواند مشکلات بالقوه‌ی زوجها را توصیف کند یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی و تقویت آن‌ها را مشخص نماید. این ابزار هم‌چنین می‌تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی برای زوج‌هایی که در جستجوی مشاوره‌ی زناشویی و به دنبال تقویت رابطه‌ی زناشویی خود هستند به کار برده شود. اعتبار این پرسش‌نامه با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ (برای جامعه‌ی ایرانی ۰/۹۵) گزارش شده و دارای ۴۷ پرسش است (۲۴). نمره‌گذاری آن بر پایه‌ی مقیاس لیکرت می‌باشد. پنج پرسش از ۴۷ پرسش در این آزمون که در ارتباط با فرزند بود، با توجه به این موضوع که این پرسش‌نامه برای زنان نابارور اجرا می‌شد، حذف شده و زنان نابارور به ۴۲ پرسش پاسخ دادند.

تجزیه و تحلیل داده‌های خام حاصل از این پژوهش توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس صورت گرفت.

نتایج

دامنه‌ی تغییرات سنی زنان در این مطالعه ۳۵-۲۵ سال با میانگین و انحراف استاندارد $29/54 \pm 3/69$ و طول مدت ناباروری ۶-۱ سال با میانگین و انحراف استاندارد $1/31 \pm 3/50$ بود. سطح تحصیلات دیپلم و کارشناسی (هر کدام با ۳۷/۵ درصد) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند.

نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر دو پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها (با استفاده از آزمون لوین) و نرمال بودن (با استفاده از آزمون شاپیر و ویلک) برقرار است ($P < 0/05$) و با توجه به برابری تعداد بیماران در دو گروه

جدول ۱- مقایسه‌ی میانگین و انحراف استاندارد نمرات رضایت زناشویی دو گروه آزمون و شاهد در مراحل پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پی‌گیری

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پی‌گیری
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
آزمون	۱۰۱	۱۱۷/۳۳	۱۱۷/۵۸
شاهد	۱۰۲/۹۱	۱۰۲/۳۳	۱۰۰/۳۳

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر درمان مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی دو گروه آزمون و شاهد در مرحله‌ی پس آزمون و پی گیری

منبع تغییرات	مرحله	میانگین مجدورات	سطح معنی داری	میزان تاثیر	توان آماری
پیش آزمون	پس آزمون	۲۲۷۴/۰۵	۰۰۰	۰/۷۹	۱
سن	پی گیری	۲۲۹۸/۳۷	۰۰۰	۰/۵۲	۰/۹۸
	پس آزمون	۲۲/۵۹	۰/۴۱	۰/۰۳	۰/۱۲
میزان تحصیلات	پی گیری	۸/۸۲	۰/۷۸	۰/۰۰۴	۰/۰۵
	پس آزمون	۸/۰۲	۰/۶۲	۰/۰۱	۰/۰۷
مدت ناباروری	پی گیری	۲۱/۱۹	۰/۶۷	۰/۰۱	۰/۰۶
	پس آزمون	۳۰/۴۹	۰/۳۴	۰/۰۴	۰/۱۵
عضویت گروهی	پی گیری	۳/۵۴	۰/۸۶	۰/۰۰۲	۰/۰۵
	پس آزمون	۱۵۰۱/۴۷	۰۰۰	۰/۷۱	۱
	پی گیری	۱۹۰۴/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۰/۹۶

افسردگی، افزایش رضایت مندی زناشویی و موفقیت در باروری را در پی دارد (۳۰-۲۸).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که رضایت مندی زناشویی زوج‌های نابارور کمتر از زوج‌های بارور است. علایم روان شناختی به ویژه اضطراب در رضایت زناشویی موثر است و بهره‌گیری از الگوی شناختی رفتاری سبب افزایش و بهبود کنش و رضایت جنسی، کاهش افکار ناامیدی و افزایش مهارت و روابط زناشویی می‌گردد که اثر آن در پی‌گیری ۶ ماه بعد تداوم داشته است. بنابراین درمان شناختی رفتاری می‌تواند رویکرد مناسبی برای درمان ناباروری باشد (۳۱، ۳۲). نتایج بررسی‌های علمی نشان داده‌اند که وجود تنش، تعارضات زناشویی را افزایش و عزت نفس، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و رضایت جنسی (فراوانی و عملکرد جنسی) را کاهش می‌دهد. هم‌چنین میزان تنش را می‌توان به کمک درمان‌های روان شناختی و شناختی رفتاری کاهش داد (۳۵-۳۳).

تاسکن کافیر^۲ و همکاران یک برنامه‌ی درمانی شناختی رفتاری ۶ ماهه در جهت بهبود عملکرد و رضایت جنسی، کاهش افکار ناامیدی و بهبود مهارت‌های ارتباط زناشویی را بر روی ۷۰ زوج نابارور انجام دادند که پیشرفت در تراکم اسپرم، کاهش

آن‌ها در پژوهش خود دریافتند که میزان رضایت زناشویی در گروه با سطح تحصیلی بالاتر (دیپلم و بالاتر، بالاترین سطح تحصیل در نمونه‌ی پژوهش)، گروه سنی پایین‌تر (۱۹-۲۵ سال، کمترین محدوده‌ی سنی در نمونه‌ی پژوهش) و طول مدت ناباروری کمتر (کمتر از ۵ سال، کمترین محدوده‌ی مدت زمان ناباروری در نمونه‌ی پژوهش) بیشتر است (۲۴). برخی پژوهش‌ها نیز سن بالا و سطح تحصیلات پایین را پیشگویی کننده‌ی کیفیت زندگی پایین در زنان نابارور دانسته‌اند. بنابراین مشکلات روان شناختی بیماران نابارور تحت تاثیر عواملی چون تفاوت‌های جنسیتی، علت و طول مدت ناباروری، کاربرد روش‌های درمانی و تحقیقی خاص، قرار می‌گیرد (۲۷-۲۵). یافته‌های این پژوهش نشان داد که مداخله‌ی مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری سبب افزایش رضایت زناشویی زنان نابارور می‌گردد. در همین راستا پژوهش نوربالا و همکاران نشان داد که مداخله‌های روان پزشکی (شامل درمان دارویی و درمان شناختی رفتاری) نقش مهمی در فرآیند درمان ناباروری و افزایش رضایت زناشویی زوجین نابارور دارد (۲۴). پژوهش‌های نیوتون، هرن، یوزپه و یول^۱ نشان داد که درمان‌های روان شناختی در گروه مداخله‌ای، کاهش اضطراب و

²Taschen-Caffier

¹Newton, Hearn, Yuzpe and Houle

مهارت‌های خودابرازی و کنترل خشم نیز از جمله مهارت‌هایی بودند که به طور خاص در این شرایط می‌توانست به آن‌ها کمک کند تا از ایجاد چنین موقعیت‌هایی جلوگیری و در صورت مواجهه با آن‌ها به نحو مناسب، مقابله نمایند. به طور کلی این مطالعه نشان داد که مداخله‌ی درمانی مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی‌رفتاری نقش مهمی در افزایش رضایت زناشویی زنان نابارور دارد.

پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی برخوردار بود که مهم‌ترین آن‌ها ناآگاهی 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. با توجه به تاثیر مداخله‌ی درمانی مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی‌رفتاری بر رضایت زناشویی زنان نابارور این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان پیشنهادی در کنار درمان‌های پزشکی در مراکز درمان ناباروری ارایه شود.

افکار ناامیدی و کاهش نارضایتی‌های زناشویی در گروه تحت درمان، از نتایج این پژوهش بود. این پژوهشگران معتقدند درمان شناختی‌رفتاری می‌تواند رویکرد مناسبی برای درمان ناباروری باشد و یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هماهنگ است (۳۶).

در تبیین نتایج به دست آمده باید ذکر شود که مدیریت تنش به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌های تنش‌زا را شناسایی کنند و سپس راه‌بردهای مقابله‌ای با آن‌ها را بیاموزند. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های ارایه شده برای تلفیق روش‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی می‌تواند به کاهش تنش ادراکی منجر شود. در نمونه‌های این پژوهش، عمده‌ترین مسایل تنش‌زا در رابطه با مسایل بین فردی بود که شامل روابط زناشویی می‌شد. این بیماران در جریان مداخله آموختند که چگونه می‌توانند این موقعیت‌ها را به شرایط قابل کنترل و غیر قابل کنترل، تقسیم و به دو شکل مسئله مدار و هیجان‌مدار با آن‌ها برخورد کنند و

References

1. Sciarra J. Infertility an international problem. *J Obs Gyn* 1994; 64: 155-63.
2. Mohammadi MR, Khalaj Abadi Farahani F. [Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them]. *Journal of reproduction and infertility* 2001; 2(4): 33-9. (Persian)
3. Spiroff L, Fritz MA. *Clinical gynecology endocrineology and infertility*. 17th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005:12.
4. Berek J S, Adashi EY, Hillard PA. *Novak's gynecology*. 12th ed. Baltmor: Williams and Wilkins; 1996: 915.
5. Hirxsch AM, Hirsch SM. The longer, psychosocial effects of infertility. *J Obs Gyn Neonatal Nurs* 1995; 24(6): 517-21.
6. Rajvir D, Ceinwen E, Cumming DC. Psychological well-being and coping patterns in fertile men. *Fertil Steril* 2000; 74-5: 702-6.
7. Mcnaughton C, Bostwick M. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2000; 74: 87-93.
8. Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *J Counseling Dev* 2000; 78(4): 400-10.
9. Edelmenn RJ, Humphery M, Owens DJ. The meaning of parenthood and couple's reaction to male infertility. *Br J Med Psychol* 1994; 67: 291-9.
10. Sandelowski MH, Davis D. Living the life explanation of infertility. *Soc Healthness* 1990; 12: 195-215.
11. Rebarsolzekey CH. [Infertility and treatment]. 1st ed. Karimzadeh Maybodi MA. (translator). Yazd: Yazad; 1996: 32. (Persian)

12. Kemman E, Cheron C, Bachman G. Good luck rites in cotemporary infertility. *Reprod Med* 1998; 43 (3): 196-8.
13. Berg B, Wilson J. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med* 1991; 14: 11-26.
14. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril* 1992; 57: 1247-53.
15. Nilforooshan P, Latifi Z, Abedi MR, Ahmadi SA. [Quality of life and its different domains in fertile and infertile women]. *Journal of research of behavioral sciences* 2006; 4(1-2): 70-7. (Persian)
16. Chachamovich JR, Chachamovich E, Zachia S, Knauth D, Passos EP. What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Hum Reprod* 2007; 22 (7): 1946-52.
17. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Gender's role infertility. *Psychol Women* 1991; 15: 295-316.
18. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control and interpersonal conflict. *J Marr Fam* 1992; 54: 408-17.
19. Callan VJ, Hennessey JF. Psychological adjustment to infertility: A unique comparison of two groups of infertile women, mothers and women childless by choice. *J Reprod Infant Psycho* 1988; 7: 105-12.
20. Kedem P, Mikulincer M, Nathanson YE. Psychological aspects of male infertility. *Br J Med Psychol* 1990; 63: 73-80.
21. Abbey A, Andrews FM. Psychosocial predictors of life quality. *J Fam Issue* 1994; 15(2): 253.
22. Myers LB, Wark L. Psychotherapy for infertility: A cognitive-behavioral approach for couples. *Am J Fam Ther* 1996; 24(1): 9-20.
23. Antoni MH, Ironson G, Schneiderman, N. [Cognitive-behavioral stress management]. Al-e-Mohammad SJ, Jokar S, Neshat Doost H. (translators). Isfahan: Jahad publication 2007: 31-5. (Persian)
24. 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 fertility]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008; 2: 104-11. (Persian)
25. Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(3): 271-81.
26. 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.
27. Bresnick E, Taymor ML. The role of counseling in infertility. *Fertil Steril* 1979; 32(2): 154-6.
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. *Reprod Endocrinol* 2000; 73: 805-11.
29. Terzioglu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obs Gyn* 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 Gen* 1992; 9: 24-31.
31. Bringhentti F, Martinelli F, Ardenti R, La Sala GB. Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: Differentiating aspects and influencing factor. *Acta Obs 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 Psychosom Obs Gyn* 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. *Psychoneuroendocrin* 2004; 29: 162-73.
36. Taschen-Caffier B, Felorin I, Krause W, Pook M. *Psychother Psychosom* 1999; 1: 7-15.