

The effectiveness of holistic-oriented psychological intervention on health psychology in infertile women undergoing IVF

Hosseini, M., Neissi, A.K*, Davodi, I., MehrabiZade-Honarmand, M., Zargar, Y.

Abstract

Introduction: The holistic-oriented psychological intervention is a new therapeutic approach (2015) that, for the first time in Iran, has been designed based on psychological problems and needs of Iranian infertile couples. The aim of this study was to examine the effectiveness of holistic-oriented psychological intervention on depression, anxiety and stress symptoms of infertile women under IVF treatment.

Method: The present research was a semi-experimental study with pretest, posttest and control group. Among the referred patients to Moatazedi Infertility Center of Kermanshah 30 infertile women undergoing IVF treatment selected using available sampling method. They were classified into experimental (n= 15) and control (n= 15) groups using random assignment. The experimental group was treated by holistic-oriented psychological intervention for 11 sessions. Depression, anxiety and stress symptoms of subjects were measured before and after treatment. Data was analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: Results showed that HPI affected significantly on mental health of infertile women and improved it. Significant difference of post-test average scores of experimental group than control group confirm the effectiveness of HPI on infertile women.

Conclusion: The holistic-oriented psychological intervention is effective in reducing anxiety, depression and stress symptoms of infertile women under In-Vitro Fertilization (IVF) treatment.

Keywords: Holistic-oriented psychological intervention, Depression, Anxiety, Stress, Infertility, IVF.

*Correspondence E-mail:
Kazem23@yahoo.com

اثربخشی مداخله روان شناختی جامع نگر بر سلامت روان شناختی زنان نابارور تحت درمان لقاح خارج رحمی

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۰۹

منیر حسینی*، عبدالکاهن نیسی**، ایران داودی***، مهناز مهربابی زاده هنرمند****، یداله زرگر*****

چکیده

مقدمه: مداخله روان شناختی جامع نگر رویکرد درمانی نوینی است که برای اولین بار در ایران و بر اساس مشکلات و نیازهای روانی افراد نابارور طراحی شده است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله روان شناختی جامع نگر بر سلامت روان شناختی زنان نابارور تحت درمان لقاح خارج رحمی است.

روش: مطالعه حاضر پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل بود. ۳۰ زن نابارور تحت درمان لقاح خارج رحمی به صورت نمونه گیری در دسترس از میان مراجعین به مرکز ناباروری معتضدی کرمانشاه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۱۱ جلسه مداخله روان شناختی جامع نگر قرار گرفت. افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه گیری شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله روان شناختی جامع نگر به طور قابل ملاحظه‌ای بر سلامت روان شناختی زنان نابارور تأثیر گذار بوده است. تفاوت معنادار نمرات میانگین پس آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل نشانگر اثرگذاری مداخله روان شناختی جامع نگر در زنان نابارور بود.

نتیجه‌گیری: مداخله روان شناختی جامع نگر در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس زنان نابارور تحت درمان لقاح خارج رحمی موثر است.

واژه‌های کلیدی: مداخله روان شناختی جامع نگر، افسردگی، اضطراب، استرس، ناباروری، لقاح خارج رحمی.

mhossini9859@yahoo.com

Kazem23@yahoo.com

Davoudi-I@scu.ac.ir

m-mehrabizadeh@yahoo.com

zargar-y@scu.ac.ir

* دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

** نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

*** استادیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

**** استاد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

***** دانشیار، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

مقدمه

رامامورتی^۲ در بررسی زنان نابارور هند دریافت ۵۸/۹ درصد زنان نابارور سطوح بالای اضطراب و ۳۵/۷ درصد احساس بدبینی و تمایلات خودکشی داشتند (۱۱).

در سال‌های اخیر با پیشرفت علم و ابداع روش‌های نوین کمک باروری^۳ مانند لقاح خارج رحمی^۴، دریچه‌های امید به سوی زوج‌های نابارور گشوده شده است (۶). با این وجود شواهد فراوانی نشان می‌دهد مشکلات روان‌شناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری و شکست درمان آن باشد (۱۲) تا آنجا که اضطراب و افسردگی را به عنوان علت احتمالی شکست اولین دوره لقاح خارج رحمی مطرح ساخته‌اند (۱۳). پترسون^۵ نشان داد بین افسردگی و اضطراب با کاهش تحرک و غلظت اسپرم و تعداد کم تخمک‌های بازایی شده ارتباط معناداری وجود دارد (۱۴). مطالعات نشان داده‌اند ارتباط معکوسی بین استرس و ناباروری وجود دارد به طوری که کاهش استرس با افزایش احتمال ناباروری در زنان نازا همراه است (۱۵). بر این اساس توجه بیشتر به وضعیت روان‌شناختی زنان نابارور و درمان اضطراب و افسردگی و استرس آنان ضروری به نظر می‌رسد.

در دهه گذشته در پاسخ به سطوح بالای استرس، افسردگی و اضطراب زوج‌های نابارور، اغلب درمانگران از ورود درمان‌های شناختی به عنوان یک بخش اصلی از درمان‌های کمک باروری، خصوصاً لقاح خارج رحمی دفاع کرده‌اند (۱۶). تا کنون روش‌های گوناگونی از جمله درمان شناختی رفتاری، روان‌درمانی حمایتی و برنامه‌های مشاوره‌ای برای کمک به افراد نابارور طراحی و اجرا شده است، که اغلب بر اساس مفاهیم نظری یک رویکرد درمانی خاص تدوین شده‌اند، نه نیازهای روان‌شناختی افراد نابارور (۱۷). لذا اغلب برنامه‌های درمانی موجود تک بعدی بوده در تدوین آنها به جنبه‌های محدودی از مشکلات افراد نابارور توجه شده است. بررسی‌ها نشان داده تأثیر مداخله‌های التقاطی هم در کاهش پریشانی روان‌شناختی و هم افزایش نرخ بارداری معنادارتر است (۱). محققین معتقدند

ناباروری^۱ به عنوان یکی از تلخ‌ترین تجارب زندگی محسوب می‌گردد که می‌تواند تبدیل به یک بحران روانی شده بر تمام جنبه‌های زندگی فرد تأثیر گذارد (۱). هنگامی که آرزوی فرزنددار شدن با شکست مواجه می‌شود، افراد با ابهام دوسویه‌ای مواجه می‌شوند، از یک سو به لحاظ روان‌شناختی تمایل برای بچه‌دار شدن وجود دارد، از سویی دیگر چنین میلی به طور جسمانی امکان‌پذیر نیست. این ابهام استرس‌زایی را به افراد تحمیل می‌سازد (۲). افرادی که تحت استرس قرار دارند حساسیت بیشتری در مقابل بیماری‌ها داشته، نارضایتی بالاتری نسبت به سایر افراد دارند (۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه استرس زای ناباروری با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی شامل کاهش عزت نفس، افزایش سطح استرس، اضطراب و افسردگی، عصبانیت، احساس خودکم‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات جسمی همراه است (۴). شیوع کلی مشکلات روانی در زوج‌های نابارور ۲۵ تا ۶۰ درصد تخمین زده شده است (۵).

نازایی مشکلی چند عاملی است. بطورکلی حدود یک سوم ناباروری‌ها به علت زنانه، یک سوم به علت مردانه و یک سوم باقی مانده به علل ناشناخته یا هر دو زوج مربوط می‌باشد (۶). علی‌رغم این که زنان و مردان به یک میزان در علت ناباروری دخیل هستند، با این حال به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی شده، به همین دلیل زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتر نسبت به مردان روبرو بوده (۷)، در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی متعددی هستند (۸). اضطراب و افسردگی به عنوان رایج‌ترین پیامدهای ناباروری شناخته شده‌اند. مطالعات میزان افسردگی اساسی را در افراد نابارور در گستره ۱۵ تا ۵۴ درصد بیان کرده‌اند (۹). افسردگی با فقدان عزت نفس و احترام به خود، احساس گناه، احساس درماندگی و ناامیدی همراه است. افسردگی و اضطراب از انرژی فرد نابارور در تمرکز بر درمان نازایی کاسته و در نتیجه اعتماد به نفس لازم را در فرد برای درمان و ادامه کار تا حد قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهند. در عین حال ناباروری بر حس کفایت، خودکارآمدی و کنترل بر زندگی فرد نیز تأثیر می‌گذارد (۱۰).

1- infertility

2- Ramamurthi

3- Assisted Reproductive Technology (ART)

4- In Vitro Fertilization (IVF)

5- Peterson

نگر بر پریشانی روان شناختی زنان نابارور شهر کرمانشاه انجام شده است.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه تجربی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. **آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور متقاضی لقاح خارج رحمی بود که در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ به مرکز تحقیقات ناباروری شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر از زنان ناباروری که دارای شرایط ورود و فاقد شرایط خروج بوده، انتخاب و به شیوه تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیار های ورود به پژوهش شامل: داشتن سابقه ناباروری بیش از یک سال، تحت درمان ناباروری بودن، داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و داشتن نمره متوسط به بالا در استرس^۲ بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم پاسخ تخمدان ها به داروهای تحریک تخمک گذاری، تحریک بیش از حد تخمدان ها (هایپر شدن)، عدم اتمام سیکل درمانی لقاح خارج رحمی به هر دلیلی، تحت درمان روان پزشکی یا روان شناس بودن حین مطالعه و حداقل سه ماه قبل از آن، داشتن استرس های حاد خانوادگی و داشتن بیش از دو جلسه غیبت در طول مداخله بود.

ابزار

ابزار گردآوری داده‌ها، شامل پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی (شامل اطلاعاتی نظیر سن، وضعیت تحصیلی، علت ناباروری و مدت آن) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 بود. که شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخله تکمیل نمودند.

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس مجموعه ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات هیجانی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است (۱۸). این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال است که بر اساس یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. اعتبار و پایایی این

چنین مداخله های مناسب روانشناختی با کاهش اضطراب و افزایش احساس رضایت مندی و شادکامی، می توانند با متعادل سازی عملکرد مغز و هورمون ها، عملکرد سیستم تولیدمثل را به وضعیت مطلوب نزدیکتر کرده، به طور بالقوه درمان های کمک باروری را مؤثرتر سازند (۱).

مداخله روان شناختی جامع نگر^۱ یک رویکرد درمانی نوین است که برای اولین بار در ایران، جهت تعالی و ارتقای کیفیت مداخلات روان شناختی خاص افراد نابارور، و بر اساس بررسی دقیق و علمی نیازمندی ها و ضرورت های افراد نابارور، التقاط فنون و مداخلات موثر طراحی شده است. جهت تدوین این مداخله درمانی و به منظور برآورد دقیق و جامع نیازهای افراد نابارور یک رشته مطالعات وسیع (از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵) انجام شده، و طی آن بر اساس پژوهش های کیفی داخلی و خارجی که با افراد نابارور به مصاحبه پرداخته اند، مشکلات و نیازمندی های روان شناختی مشترک این افراد شناسایی شده است. سپس با بررسی نیازهای روان شناختی ۳۵۰ زن نابارور به تکمیل و تعیین مشکلات روحی نابارورها پرداخته و مشخص گردیده، افراد نابارور واقعا چه می خواهند؟ در نهایت موثرترین فونونی که در پژوهش های مختلف اثربخشی آنها در رفع مشکلات تعیین شده تایید شده بود، انتخاب گردیده است (۱۸). مداخله روان شناختی جامع نگر درمانی گروهی است که بر مدل الگوی زیستی- روانی- اجتماعی استوار بوده، پنج راهبرد عمده را در بر می گیرد شامل: راهبرد آماده سازی اطلاعاتی شامل ارائه اطلاعات در زمینه ناباروری و فرایند درمان لقاح خارج رحمی، اصلاح دانسته های غلط افراد در مورد ناباروری، مفهوم سازی و توصیف استرس و چگونگی تأثیر آن بر سیستم باروری و آموزش فن آرام سازی عضلانی. راهبرد شناختی شامل شناسایی افکار غیر منطقی و خودآیند و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی. راهبرد رفتاری، کنترل هیجان ها و مهارت آموزی برای مقابله موثر و تقویت ارتباطی. راهبرد ذهن آگاهی، پذیرش، توجه به دیگر ارزش های فرد و معنادهی مجدد به زندگی. راهبرد توجه به عواطف مثبت، بازنگری و برنامه ریزی فعالیت ها، لذت و احساس تسلط. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان شناختی جامع

1- holistic-oriented psychological intervention (HPI)

2- depression, anxiety, stress scale

گروه آزمایش و کنترل گمارده شده، پیش‌آزمون (پرسشنامه DASS-21) توسط دو گروه تکمیل گردید. سپس برای گروه آزمایش یک دوره مداخله روان‌شناختی جامع نگر طی ۱۱ جلسه دو ساعته برگزار شد. در این برنامه درمانی ده جلسه برای زنان نابارور و یک جلسه اختصاصاً برای شوهران آنان برگزار می‌شود. هدف از جلسه اخیر آگاه‌سازی اطلاعاتی و جلب حمایت و مشارکت همسران در فرایند درمان است (جدول ۱).

پرسشنامه در ایران توسط ساسانی و جوکار بر روی ۶۳۸ نفر مورد بررسی قرار گرفته است، که پایایی بازآزمایی برای سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ و میزان همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شده است. مجموع نتایج حاصل از این مطالعه نشان‌دهنده کفایت این مقیاس برای استفاده در ایران است (۱۸).

روند اجرای پژوهش: پس از انتخاب نمونه و جلب رضایت آگاهانه آنها، آزمودنی‌ها به طور تصادفی در دو

جدول (۱) خلاصه محتوای جلسات مداخله روان‌شناختی جامع نگر (HPI)

جلسات	محتوای جلسه آموزشی
جلسه اول	معرفه - برقراری رابطه درمانی - توضیح در مورد ناباروری و درمان آن - تأثیر ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی. مفهوم سازی استرس و تشریح چگونگی تأثیر آن بر سیستم باروری - تمرین تنش‌زدایی تدریجی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای - ارائه پمفلت‌ها و CD صوتی آموزشی و فرم ثبت انجام تکنیک آرام‌سازی روزانه
جلسه دوم	بیان افکارمراجمین در مورد ناباروری - شناخت افکار و باورهای ناکارآمد، بیش‌برآورد شده و مسئولیت‌پذیری افراطی - بررسی چگونگی مقابله با این باورها
جلسه سوم	آگاهی‌افزایی و جلب مشارکت همسران زنان نابارور و نقش حمایت‌های عاطفی شوهران در کاهش اثرات استرس زنان و روند درمان (این جلسه برای همسران زنان نابارور تشکیل می‌شود).
جلسه چهارم	جایگزینی افکار منطقی به جای غیر منطقی
جلسه پنجم	کنترل بروزعواطف منفی - آموزش روشهای مدیریت خشم
جلسه ششم	بررسی شیوه‌های مقابله‌ای - آموزش انواع سبک‌های مقابله کارآمد - آموزش حل مسئله
جلسه هفتم	آموزش سبک‌های برقراری ارتباط موثر و حل تعارض - آموزش خود ابرازی در روابط بین فردی
جلسه هشتم	ایجاد فهم جدید از رابطه و انتظارات در روابط بین فردی/زوجی - کشف نیازهای زوجی - آموزش افزایش تبادلات رفتاری مثبت
جلسه نهم	ذهن آگاهی - جدا شدن از افکار و حضور در زمان حال - تمرین تکنیک توجه آگاهانه - پذیرش ناباروری به عنوان یک واقعیت بدون قضاوت و عدم فرار از آن
جلسه دهم	شناسایی ارزشهای افراد - تصریح ارزشها و اهداف - تصریح اعمال و موانع آنها - ایجاد رابطه‌ای متفاوت با زندگی
جلسه یازدهم	توجه به عاطفه مثبت - شناخت رابطه خلق با فعالیتهای لذت بخش - تهیه لیست فعالیتهای خوشایند - ارزیابی شبکه حمایت اجتماعی - درک فواید و موانع آن و آموختن تکنیک‌های حفظ آن و جمع‌بندی و اظهار نظر مراجعان.

تماس گرفته شد و از آنها دعوت گردید تا جهت پاسخ به پرسشنامه‌ها به مرکز ناباروری مراجعه نمایند. داده‌های پژوهش توسط نرم افزار SPSS (نسخه ۱۹) و در دو بخش توصیفی و استنباطی و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

دامنه تغییرات سنی زنان در این مطالعه ۲۰ تا ۴۰ سال و میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۶۷±۵/۷۴ و گروه کنترل ۳۱/۳۳±۵/۲۹ بود. طول مدت ناباروری در آزمودنی‌ها ۲ تا

همچنین چندین بروشور به اضافه یک CD مشتمل بر چند فایل صوتی که در برگیرنده تمارین ذهن آگاهی و آرام سازی عضلانی، و همچنین یک فایل صوتی تصویری از فرایند درمان لقاح خارج رحمی بود در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و توصیه شد طبق برنامه درمانی از آن استفاده کنند. در همه جلسات آزمودنی‌ها تشویق می‌شدند تمرینات اختصاصی جلسات و تمرین‌های خانگی را به طور منظم انجام دهند. گروه کنترل در نوبت دریافت مداخله درمانی قرار گرفت. پس از اتمام جلسات مداخله شرکت کنندگان مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. با افراد گروه کنترل نیز

های آن بررسی شد. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف و لون (جدول ۲) نشان داد با توجه به اینکه سطوح معناداری بدست آمده برای هریک از ابعاد بیشتر از ۰/۰۵ است مفروضه های نرمال بودن توزیع داده ها و تساوی واریانس ها برقرار می باشد. بررسی تساوی ماتریس واریانس-کوواریانس نیز نشان داد آزمون باکس معنادار نیست ($Box's M=13/294, F=1/956, P=0/068$). در نتیجه همبستگی ماتریس های واریانس-کوواریانس رد نشده، داده ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می کنند، بنابر این اجرای کوواریانس بلا مانع می باشد.

۱۱ سال و میانگین آن در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب برابر با $6/40 \pm 3/22$ و $6/40 \pm 2/50$ بود. ۴۳ درصد افراد تحصیلات زیر دیپلم، ۴۰ درصد دانشگاهی و بقیه دیپلم بودند. همچنین یافته ها نشان داد در پیش آزمون میانگین گروه آزمایش در افسردگی $10/33 \pm 4/92$ ، اضطراب $9/4 \pm 3/13$ و استرس $13/6 \pm 2/92$ و در گروه کنترل میانگین افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب $9/47 \pm 3/5$ ، $8/53 \pm 2/64$ و $12/67 \pm 3/24$ بود. به منظور تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. جهت اطمینان از نتایج کوواریانس ابتدا مفروضه

جدول ۲) نتایج آزمون لون و کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی مفروضه های کوواریانس

بررسی پیش فرض نرمال بودن		آزمون لون به منظور بررسی همگنی واریانس ها				
سطح معناداری	کالموگروف-اسمیرنف	سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	متغیر
۰/۹۰۹	۰/۵۶۳	۰/۱۵۷	۲۸	۱	۲/۱۱۵	افسردگی
۰/۷۲۴	۰/۶۹۲	۰/۳۸۵	۲۸	۱	۰/۷۷۴	اضطراب
۰/۷۰۶	۰/۷۰۳	۰/۸۰۲	۲۸	۱	۰/۰۶۴	استرس

شد. نتایج نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر هر سه متغیر وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/0001$) و مداخله روان شناختی جامع نگر در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس گروه آزمایش تأثیر داشته است (جدول ۳). مجذور اتا که مقیاسی برای اندازه اثر است و نشانگر واریانس کلی برای هر عامل می باشد، نشان می دهد که ۵۵ درصد تغییرات در میزان افسردگی و ۶۰ درصد تغییرات در میزان اضطراب و استرس ناشی از تأثیر مداخله درمانی می باشد.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون میانگین افسردگی، اضطراب و استرس گروه های آزمایش و کنترل نشان داد که بین آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیر های روان شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/0001$ ، $F=22/178$ لامبدای ویلکز). برای مشخص شدن این مطلب که مداخله آزمایشی به چه نحوی متغیرهای وابسته را تحت تأثیر قرار می دهد، از تحلیل کوواریانس مجزا استفاده

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان روان شناختی جامع نگر بر نمرات افسردگی، اضطراب و استرس زنان نابارور

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معناداری
افسردگی	۲۰۸/۳۶۷	۱	۲۰۸/۳۶۷	۳۰/۳۳۰	۰/۵۵۱	۱	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۱۹۷/۱۱۴	۱	۱۹۷/۱۱۴	۳۶/۵۹۹	۰/۶۰۲	۱	۰/۰۰۰۱
استرس	۲۵۴/۸۴۰	۱	۲۵۴/۸۴۰	۳۸/۱۰۲	۰/۶۰۴	۱	۰/۰۰۰۱

بحث

زنان نابارور را به شکل قابل توجهی کاهش داده، سلامت روان شناختی آنان را ارتقاء بخشد. از آن جایی که مداخله روان شناختی جامع نگر رویکردی جدید است نویسندگان هیچ پیشینه پژوهشی کاملاً مشابهی در این رابطه نیافتند. لذا

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخله روان شناختی جامع نگر بر پریشانی روان شناختی زنان نابارور شهر کرمانشاه انجام گرفت. یافته های پژوهش نشان داد مداخله روان شناختی جامع نگر می تواند افسردگی، اضطراب و استرس

درمانی به بیماران کمک می‌کند با اصلاح ارزیابی‌های شناختی، از تمرکز بر افکار ناکارآمد، نالرزنده ساز و ناامیدی نسبت به آینده کاسته، با آموزش ذهن آگاهی و دور ساختن ذهن از ناباروری و تبعات آن، در روش استفاده از فرایند توجه تغییر ایجاد کنند. به گونه‌ای که رویدادهای ذهنی وابسته به ناباروری را مشاهده کنند به جای این که آنها را واقعی پنداشته یا قسمتی از خود بدانند (۲۳).

پذیرش و هدفمندی دو عامل مهم محافظت‌کننده در برابر پریشانی‌های روان شناختی در افراد نابارور شناخته شده‌اند (۲۴). پروتکل جامع نگر با آموزش و تاکید بر پذیرش، به زنان نابارور کمک می‌کند تا تجارب درونی ناخوشایند را بدون قضاوت کردن بپذیرند. از طرفی ترغیب زنان نابارور به شناسایی دیگر ارزش‌ها و اهداف خود و حرکت در مسیر آنها باعث می‌شود، تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آنها، از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی مثل اضطراب و افسردگی‌های یابند. فاصله گرفتن از قضاوت و پیش‌داوری و تجربه کردن احساسات و هیجانات، آن‌گونه که وجود دارند موجب کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه مانند فاجعه‌سازی (۲۵) که یکی از تحریف‌های شناختی عمده در ناباروری است می‌شود.

امروزه متخصصان به این نتیجه رسیده‌اند که وجود عاطفه مثبت، نقطه مقابل عاطفه منفی نیست (۲۶). بنابراین نمی‌توان ادعا کرد که با استفاده از رویکردهایی که تمرکز عمده آنها بر کاهش نشانه‌های منفی است می‌توان باعث ایجاد عاطفه مثبت و ارتقاء سلامت روان در افراد شد. یکی از مزیت‌های مداخله روان شناختی جامع نگر در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی و هیجانات مثبت به همراه جنبه‌های شناختی، به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. این رویکرد با برنامه‌ریزی و افزایش فعالیت‌های مثبت و مفید که منابع و خاستگاه حیاتی فرد را تامین می‌کند و استفاده از فنونی مانند "روز خشنودی" و ... سعی در افزایش طرح‌واره‌های مثبت و سازنده در فرد دارد. سبک‌های سازنده پایه و اساس شناختی زندگی سالم، روابط صمیمانه، انعطاف‌پذیری و خوش‌بینی را تشکیل می‌دهند (۲۷). مداخله روان شناختی جامع نگر درمانی گروهی است. عناصر درمان گروهی مانند همدلی اعضا گروه، بیان آزادانه

نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی که از دیگر روش‌های درمانی استفاده کرده‌اند مقایسه می‌گردد. پژوهش‌های قبلی (۱۶، ۱۹-۲۱) نشان داد درمان‌های روان شناختی در گروه مداخله، کاهش اضطراب و افسردگی و به تبع آن موفقیت در بارداری را در پی دارند. بر اساس مطالعه فردریکسون^۱ (۲۲) کاهش پریشانی روان شناختی می‌تواند با افزایش توانمندی روانی و جسمی برای مقابله با مشکلات و بهبود کیفیت زندگی افراد نابارور همراه باشد. برخی محققین معتقدند مداخلات روانی اجتماعی موجود، در کاستن اضطراب و در نتیجه افزایش نرخ باروری موثرند، اما در کاهش افسردگی افراد نابارور تحت درمان‌لحاق خارج رحمی ناموفق بوده‌اند. لذا بر ایجاد مداخله‌های جدید براساس شواهد منطقی‌تر تاکید دارند (۱۳).

نتایج این مطالعه نشان داد مداخله روان شناختی جامع نگر نه فقط منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان نابارور شده است، بلکه موجب گردیده میزان افسردگی و استرس آنها به طور فاحشی به پایین‌تر از نقطه برش آزمون برسد.

در تبیین این که چرا مداخله روان شناختی جامع نگر بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان نابارور تحت درمان لحاق خارج رحمی موثر است، می‌توان گفت با توجه به منطق پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار در شدت پریشانی روان شناختی زنان نابارور، به واسطه آماج قرار دادن عوامل عمده و مشترک در ایجاد مشکلات آنان و استفاده از تجمیع مهارت‌ها و فنون اثربخش در این پروتکل درمانی می‌باشد. این رویکرد درمانی از طریق آموزش مهارت‌های مختلف به افراد کمک می‌کند استرس‌های روزمره زندگی و فشارهای اجتماعی را شناسایی کرده، از راهبردهای مقابله‌ای و ارتباطی موثر برای مواجهه با آنها استفاده کنند. یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند منجر به رشد اعتماد به نفس و خودکارآمدی در فرد شود. هرچه زنان نابارور احساس کنترل و تسلط بیشتری داشته باشند، اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند. دریافت اطلاعات علمی و دقیق در مورد ناباروری و روش‌های درمانی آن، به صورت چند رسانه‌ای (CD، بروشور، فیلم و ...) ابهامات و سردرگمی‌های زنان نابارور را کاسته، تصمیم‌گیری‌ها و طی کردن فرایند درمان را راحت‌تر می‌سازد. همچنین این روش

- 7- ABBASI SM, ASGARI KA, RAZEGHI NH. Women and Infertility Experience a Case Study in Tehran. 2005.
- 8- Obi SN, Onah HE, Okafor II. Depression among Nigerian women following pregnancy loss. *Int J Gynecol Obstet.* 2009; 105(1): 60-2.
- 9- Chen T-H, Chang S-P, Tsai C-F, Juang K-D. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human reprod.* 2004; 19(10): 2313-8.
- 10- Hassani F, Navabjhad SH, R N. The Comparison of Effectiveness between two Couple Therapies, CBCT and EFT on depression in Infertile Male Factor Pairs. *J Women dev Policy.* 2007; 6(3): 830-61.
- 11- Ramamurthi R, Kavitha G, Pounraj D, S R. Psychological impact and coping strategies among women with infertility-A hospital based cross sectional study. *Inter Assoc Infant Massage.* 2016; 3(2): 114-8.
- 12- Ying L, Wu LH, Loke AY. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. *J assist reprod genet.* 2016; 33(6): 689-701.
- 13- Olivius C, Friden B, Borg G, Bergh C. Why do couples discontinue in vitro fertilization treatment? A cohort study. *Fertil steril.* 2004; 81(2): 258-61.
- 14- Depression and anxiety: do they impact infertility treatment? *Infertility and Mental Health.*, (2010).
- 15- Domar AD, Gross J, Rooney K, Boivin J. Exploratory randomized trial on the effect of a brief psychological intervention on emotions, quality of life, discontinuation, and pregnancy rates in in vitro fertilization patients. *Fertil steril.* 2015; 104(2): 440-51.
- 16- Ramezanzadeh F, Noorbala A-A, Abedinia N, Forooshani AR, Naghizadeh MM. Psychiatric intervention improved pregnancy rates in infertile couples. *Malaysian J Med Sci.* 2011; 18(1): 16.
- 17- Boivin J, Gameiro S. Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and sterility.* 2015; 104(2): 251-9.
- 18- M H. The effectiveness of holistic-oriented psychological intervention on psychological health, quality of life, stress of infertility, marital adjustment and rate of infertility in infertile women undergoing IVF in Kermanshah. 2016.
- 19- Chow KM, Cheung MC, Cheung IK. Psychosocial interventions for infertile couples: a critical review. *J clin nurs.* 2016; 25(15-16): 2101-13.
- 20- Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Mindfulness-based program for infertility: Efficacy study. *Fertil steril.* 2013; 100(4): 1059-67.

احساسات و شناختن و اعتبار بخشیدن به هیجان‌ها می‌تواند احساسات منفی را کم‌رنگ کند. تعامل آزادانه در گروه موجب گردد تا افراد از تجارب، دانش و حمایت یکدیگر برخوردار گشته، در نتیجه انزوای آنها کاهش یابد. علی‌رغم فواید ویژه این روش درمانی، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. نمونه‌گیری دردسترس، عدم دسترسی در طول دوره به همسران زنان نابارور و اجرای درمان در مورد زنان از جمله مواردی است که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی زوج‌های نابارور مورد استفاده قرار گیرند.

به‌طور کلی این مطالعه نشان داد که مداخله روان‌شناختی جامع‌نگر نقش مهمی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان نابارور تحت درمان لقاح خارج رحمی دارد. با توجه به تأثیر مداخله روان‌شناختی جامع‌نگر بر افزایش سلامت روان‌شناختی زنان نابارور، این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل در کنار مراقبت‌های معمول ناباروری مورد استفاده قرار گرفته و موجب ارتقای سلامت روانی و کیفیت درمان‌های طبی در افراد نابارور گردد.

تشکر و قدردانی

از مسئولین و پرسنل محترم مرکز درمان ناباروری معتضدی کرمانشاه و کلیه بانوانی که در این پژوهش همکاری نمودند قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1- Domar AD, Prince LB. Impact of psychological interventions on IVF outcome. *Sex, Reprod Menopause J.* 2011; 9(4): 26-32.
- 2- Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient educa couns.* 2010; 81(3): 422-8.
- 3- Avison WR, Turner RJ. Stressful life events and depressive symptoms: Disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains. *J health soc behav.* 1988; 29: 253-64.
- 4- Choobforoushade A, Kalantari M, Molav H. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Stress Management on Subjective Well-Being in Infertile Women. *Journal of Clinical Psychology.* 2010; 1(4): 1-9.
- 5- Peterson B, Pirritano M, Christensen U, Schmidt L. The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reprod.* 2008; 23(5): 1128-37.
- 6- Novak E. Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins. 2007.

- 21- Peterson BD, Eifert GH. Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cogn Behav Pract*. 2011; 18(4): 577-87.
- 22- Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2015; 5(1): 592-99.
- 23- Koszycki D, Bisslerbe J-C, Blier P, Bradwejn J, Markowitz J. Interpersonal psychotherapy versus brief supportive therapy for depressed infertile women: first pilot randomized controlled trial. *Arch women's mental health*. 2012; 15(3): 193-201.
- 24- Rockliff HE, Lightman SL, Rhidian E, Buchanan H, Gordon U, Vedhara K. A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human reprod update*. 2014; 20(4): 594-613.
- 25- Garland EL, Gaylord SA, Fredrickson BL. Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*. 2011; 2(1): 59-67.
- 26- Golbar-yazdi Z, Agha-mohamadayan-sherbat H, Mosavifar N, M. m. Effectiveness of well-being therapy on stress and psychological well-being of infertile woman. . *Int J Gynecol Obstet* 2012; 15(2): 49-56.
- 27- Frisch MB. *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*: John Wiley & Sons. 2005.