

بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی زنان نا بارور

دکتر علی طلائی^۱، دکتر سید علی کیمیایی^۲، دکتر مهدیه برهانی مغانی^۳،
دکتر فاطمه محوری^۴، اندیشه طلائی^۵، راشین خانقائی^{۶*}

۱. دانشیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۳. پزشک عمومی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه روان پزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشجوی کارشناسی بیوتکنولوژی، دانشکده پردیس علوم، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۶. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، درمانگاه سهروردی، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۶

خلاصه

مقدمه: با توجه به شیوع نا باروری در جامعه و مشکلات روان شناختی ناشی از آن مانند افسردگی و اضطراب که بر زندگی افراد نا بارور تأثیرگذار است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر افسردگی زنان نا بارور انجام شد.

روش کار: این مطالعه مداخله‌ای در سال ۱۳۹۰ بر روی ۳۰ زن نا بارور مراجعه کننده به بیمارستان نا باروری منتصریه شهر مشهد انجام شد و بیماران پرسش‌نامه افسردگی بک و همیلتون را تکمیل کردند. سپس به دو گروه کنترل و آزمون تقسیم شدند و برای گروه آزمون ۱۰ جلسه درمان هفتگی درمان شناختی رفتاری (CBT) اجرا شد. تمام افراد در پس آزمون، مجدداً پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و همیلتون را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون کوواریانس انجام شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: روش CBT بر افسردگی زنان نا بارور گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، تأثیر معنی‌داری داشت ($F=35/37, p<0/01$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری گروهی بر بهبود افسردگی و کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان نا بارور مؤثر است.

کلمات کلیدی: افسردگی، درمان شناختی، درمان رفتاری، نا باروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: راشین خانقائی؛ درمانگاه سهروردی، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۶۷۴۱۹۱؛ پست الکترونیک: Rashin7kh@yahoo.com

مقدمه

نا باروری^۱ یکی از مشکلات عمده ژنیکولوژی است و به صورت ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت، بدون استفاده از هرگونه روش پیشگیری از بارداری تعریف می‌شود (۱).

بر اساس مطالعات، حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا از نوعی نا باروری رنج می‌برند؛ به گونه ای که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار این مشکل می‌باشند (۲). مطالعات نشان داده‌اند که نا باروری می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی بسیاری به همراه داشته باشد. این که فرد به طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی‌تواند فرایند تولید مثل را دنبال کند و صاحب فرزند شود، خود به عنوان یکی از تلخ‌ترین تجربیات زندگی است که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می‌تواند به اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی کند. احساس ناتوانی در باروری و واکنش‌های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به این دسته از افراد، زمینه‌ساز بسیاری از فشارهای روانی برای این گروه است (۳). همچنین تشخیص نا باروری، انتظارات زوجین نا بارور را از زندگی به چالش می‌کشد زیرا نا باروری یک عامل تنش زای ناخواسته و غیر برنامه‌ریزی شده است و بسیاری از زوجین از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح این مسئله برخوردار نیستند (۴، ۵).

با وجود مطالعات متعدد درباره اهمیت ارتباط بدن و ذهن در پدیده نازایی، جنبه‌های روانی- اجتماعی آن به میزان لازم مورد بحث قرار نگرفته اند. درمان‌های مربوط به نازایی از پایش‌های پزشکی و هورمونی گرفته تا روش‌های بارورسازی نظیر IVF^۲، بار جسمی و روانی شدیدی را بر زنان و همسران آنان تحمیل می‌کنند (۶). اما در سال‌های اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای به نقش عوامل روان‌شناختی در نازایی شده است و دانش پزشکی، ارتباط بین نازایی و عوامل روان‌شناختی را مطرح می‌کند. نا باروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی، تهدید کننده و

تنش زا می‌باشد و به همین دلیل بسیاری از مؤلفان، پیامدهای روان‌شناختی نا باروری را به واکنش‌های سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (۷).

با توجه به این که بر اساس آمار موجود از هر ۶ زوج، یک زوج دچار مشکل نا باروری است، در نتیجه درمان و پیگیری مستمر نتایج آن، موضوع مهمی است که باید در دستور کار متخصصین پزشکی نا باروری و بهداشت روان قرار گیرد. آمار روز افزون زنان نا بارور در جامعه و آثار روانی و مخرب آن بر این افراد و عدم توانایی باروری و واکنش‌های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به افراد نا بارور، باعث می‌شود که مشکلات روان‌شناختی عده‌ای دامن‌گیر این قشر از جامعه شود و تأثیر قابل توجهی بر جنبه‌های دیگر زندگی آنان بگذارد که هزینه درمان آن‌ها به مراتب بیشتر از هزینه‌های درمان خود نا باروری است (۳، ۸).

نا باروری می‌تواند باعث بحران‌ها و فشارهای روانی نظیر افسردگی، اضطراب، مشکلات بین فردی، خشم سرکوب شده، ناامیدی، احساس پاپین بودن نسبت به سایرین و احساس گناه به طور ناخودآگاه شود (۹، ۱۰).

درمان شناختی رفتاری (CBT)^۳ و درمان‌های دارویی، دو پیشرفت عمده در درمان افسردگی طی ۴۰ سال گذشته هستند. بر اساس نتایج یک مطالعه مروری فراتحلیلی مقایسه‌ای در مورد درمان اختلالات روان- پزشکی که در طی سال‌های اخیر انجام شده است، مشخص شده که CBT در درمان اختلال تک قطبی افسردگی بزرگسالان مؤثر است. همچنین شواهد مهمی در دست است که اثر بلند مدت آن را در پیگیری پس از قطع درمان نشان می‌دهد (۱۱). بنابر مطالعات متعدد، روان‌درمانی و به خصوص درمان شناختی رفتاری حداقل به اندازه داروها در درمان افسردگی مؤثر است (۱۲).

مطالعه فعال کلخوران و همکاران (۲۰۱۱) تحت عنوان "مقایسه اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی" نشان داد که اضطراب و افسردگی در زوجین نا بارور وجود دارد و مهم‌ترین علت‌های آن، نگرش افراد نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است (۲). مطالعه

¹ Infertility

² In Vitro Fertilization

³ Cognitive Behavioral Therapy

تارابوسی و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان دهنده لزوم حمایت‌های روان‌شناسی برای کاهش تنش در زوجین، مخصوصاً افراد شرکت‌کننده در برنامه های کمک باروری است (۱۳).

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی (CBT) بر کاهش افسردگی در زنان نابارور انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مداخله‌ای با دو گروه آزمون و کنترل می‌باشد که از سه قسمت پیش‌آزمون، مداخله و پس‌آزمون تشکیل شده است و هدف آن بررسی میزان کارآمدی درمان CBT بر کاهش افسردگی زنان نابارور است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸-۴۰ سال، دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه ناباروری، تأیید افسردگی بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک و هامیلتون، عدم وجود بیماری طبی، تحصیلات دیپلم و بالاتر و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل فرد به همکاری، باردار شدن فرد، نبود افسردگی، اختلال طبی ایجاد شده در فرد و انجام اعمال کمک باروری مانند IUI، IVF بود.

جامعه آماری این مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس شامل زنان نابارور مراجعه‌کننده جهت درمان در طول یک ماه (نیمه شهریور تا نیمه مهر ماه سال ۱۳۹۰) به بیمارستان تخصصی درمان ناباروری منتصریه مشهد بود. بر اساس معیارهای ورود، پرسش‌نامه افسردگی بک برای ۳۰ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به این مرکز با ذکر توضیحات لازم و هدف مطالعه و رضایت افراد، تکمیل شد که افراد به طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. مبنای تعیین حجم نمونه در این مطالعه، استفاده از فرمول مربوط به تعیین حجم نمونه در مقایسه یک متغیر کمی در مطالعات دو گروهه با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ بود.

آزمودنی‌هایی که در پرسش‌نامه افسردگی بک حداقل نمره ۱۴ به دست آوردند، انتخاب و برای اطمینان شاخص افسردگی هامیلتون توسط پژوهشگر اجرا و پس از تأیید افسردگی، جهت بررسی همگنی بیشتر نمونه‌ها، آزمودنی‌ها پرسش‌نامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. بنابر پرسش‌نامه‌های فوق، ۳۰ نفر شرایط ورود به مطالعه را یافتند که به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمون (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمون به مدت ۲ ماه و نیم هفته‌ای یک بار (جمعاً ۱۰ جلسه دو ساعته) درمان شناختی رفتاری گروهی جهت مدیریت استرس دریافت کردند. شروع هر جلسه با آموزش آرمیدگی بود که شامل تمرین روش‌های آرمیدگی (آموزش تن آرامی، تمرین تنفس و مراقبه) بود. بخش دوم هر جلسه به آموزش روش‌های شناختی رفتاری نظیر مهارت‌های ارتباطی، شیوه‌های حل مسئله، ابراز وجود، شناسایی و درگیر شدن با افکار غیر منطقی، مدیریت خشم و برنامه‌ریزی فعالیت می‌پرداخت. تا انتهای جلسات، ۵ نفر از این گروه ریزش کردند (۱ نفر حاضر به ادامه همکاری نشد و ۴ نفر دیگر به دلیل انجام IUI و استراحت مطلق نتوانستند در کلاس‌ها شرکت کنند) و در نهایت ۱۰ نفر در هر گروه تا انتهای مطالعه پژوهشگران را همراهی کردند. پرسش‌نامه‌ها پس از اتمام گروه درمانی مجدداً توسط دو گروه تکمیل و فرم‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. جهت رعایت اخلاق به افراد گروه‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و هر کدام از افراد در هر مرحله‌ای از مطالعه می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

ابزار پژوهش:

الف- پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI)^۲: این پرسش‌نامه برای ارزیابی شدت افسردگی با تأکید بر ابعاد شناختی و رفتاری افسردگی در اوایل دهه ۱۹۶۰ گسترش یافت. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ پرسش خودسنجی است و هر کدام از آن‌ها دارای ۴ گزاره است که میزان رو به افزایش شدت را توصیف می‌کنند

²Beck Depression Inventory

¹Intra Uterine Insemination

(۱۴). حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می آید. نمره های زیر را می توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار برد: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید (۱۵). این مقیاس در مطالعات بسیاری دارای همسانی درونی بالا بوده است (۱۴).

در داخل کشور نیز مطالعات مختلفی انجام گرفته است که به اندازه گیری ویژگی های روان سنجی این ابزار پرداخته اند. از بین این مطالعات می توان به مطالعه تشکری و مهریار (۱۳۷۳) اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران ۰/۷۸ به دست آمد. در مطالعات دیگر از جمله مطالعه پرتوی (۱۳۵۴)، وهاب زاده (۱۳۵۲) و چگینی (۱۳۸۱)، اعتبار پرسش نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (۱۶).

ب- شاخص ارزیابی افسردگی هامیلتون (HAM-D)

این آزمون برای بررسی شدت افسردگی اساسی، با تأکید بر نشانه شناسی جسمی در اوایل دهه ۱۹۶۰ گسترش یافت. این نسخه در متداول ترین کاربرد دارای ۱۷ پرسش است. هر چند که نسخه ۲۴ پرسشی آن نیز در بسیاری از مطالعات و تحقیقات مورد استفاده قرار گرفته است. به هر پرسش نمره ای از ۰-۲ یا ۰-۴ داده می شود و نمره کل آن بین ۰-۵۰ متغیر است. نمره های ۷ یا پایین تر به هنجار، ۸-۱۳ خفیف، ۱۴-۱۸ متوسط، ۱۹-۲۲ شدید و ۲۳ و بالاتر بسیار شدید در نظر گرفته می شوند. پایایی این آزمون خوب تا بسیار خوب است و شامل همسانی درونی و برآوردهای بازآزمایی است. بر اساس همبستگی با سایر ابزارهای سنجش علائم افسردگی، اعتبار آن رضایت بخش به نظر می رسد (۱۴).

ج- پرسش نامه فرم کوتاه کیفیت زندگی

(WHOQOL-BREF)^۲: این پرسش نامه توسط سازمان جهانی بهداشت به زبان های مختلف تهیه شده که برخلاف نسخه های پیشین پرسشنامه، دارای ۲۶

سؤال است که به ارزیابی ۴ دامنه از کیفیت زندگی افراد می پردازد. این ۴ دامنه به شرح ذیل است:

- سلامت جسمی، ۷ حوزه (سؤالات: ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸). فعالیت های روزانه زندگی، وابستگی به مواد دارویی و کمک های پزشکی، انرژی و خستگی، تحرک، درد و ناراحتی، خواب و استراحت، استعداد کار را مورد سنجش قرار می دهد.

- سلامت روان شناختی، ۶ حوزه (سؤالات: ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶): ظاهر و تصویر، احساسات منفی و مثبت، عزت نفس، معنویت و دین، عقاید شخصی و تفکرات، یادگیری و حافظه را مورد سنجش قرار می دهد.

- روابط با دیگران، ۸ حوزه (سؤالات: ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵): منابع مالی، آزادی، امنیت فیزیکی، تأمین مراقبت اجتماعی و بهداشتی، در دسترس بودن و محیط خانه را مورد سنجش قرار می دهد.

- محیط زندگی، ۳ حوزه (سؤالات: ۲۰، ۲۱، ۲۲): روابط شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت جنسی را می سنجد.

سؤالات ۱ و ۲ هم به طور کلی کیفیت زندگی و وضعیت سلامت را ارزیابی می کنند (۱۷).

سؤالات پرسش نامه مذکور بر اساس طیف لیکرت در ۵ درجه (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. حداقل امتیاز افراد معادل ۲۶ و حداکثر آن معادل ۱۳۰ می باشد (۱۷).

ضرایب آلفای کرونباخ پرسش نامه کیفیت زندگی در نمونه فارسی، ۸۴ درصد به دست آمده است. این مقیاس از ثبات درونی و روایی و اعتبار مناسبی در جمعیت ایرانی برخوردار است و توسط نصیری، بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا شده و روایی و اعتبار آن مورد بررسی قرار گرفته است. وی برای بررسی اعتبار این مقیاس از ۳ روش بازآزمایی، روش تخصیص و همسانی درونی استفاده کرد (۱۸).

داده ها پس از گردآوری از طریق پرسش نامه های فوق، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته

¹Hamilton Rating Scale for Depression

²WHO Quality of Life-BREF

شد. این مطالعه پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند انجام شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر با توجه به معیارهای ورود، ۳۰ نفر در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند که پس از ریزش ۵ نفر از گروه آزمون به دلیل عدم همکاری و ۵ نفر از گروه کنترل خارج شدند، در نهایت ۲۰ نفر (۱۰ نفر در

گروه آزمون و ۱۰ نفر در گروه کنترل) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. یافته‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها در جدول ۱ آمده است. بر اساس نتایج، بیشتر افراد (۵۰٪) در گروه سنی ۲۱-۲۵ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات مقطع تحصیلی دیپلم بیشترین فراوانی (۵۰٪) و مقطع کارشناسی دارای کمترین فراوانی (۱۵٪) در بین نمونه‌ها بود. از نظر وضعیت مدت نا باروری، بیشترین مدت نا باروری افراد ۲-۳ سال (۷۵٪) بود.

جدول ۱- متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان نا بارور

متغیر	دامنه‌ی سنی (سال)	آزمون		کنترل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۲۵-۲۱	۵	۵۰	۶	۶۰
	۲۹-۲۶	۳	۳۰	۴	۴۰
	۳۷-۳۱	۲	۲۰	۱	۱۰
	کل	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰
تحصیلات	دیپلم	۴	۴۰	۵	۵۰
	کاردانی	۲	۲۰	۲	۲۰
	کارشناسی	۴	۴۰	۳	۳۰
	کل	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰
مدت نا باروری به سال	۲	۵	۵۰	۶	۶۰
	۳	۲	۲۰	۲	۲۰
	۴	۲	۲۰	۱	۱۰
	۵	۱	۱۰	۱	۱۰
	کل	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰

نمرات آزمون‌های افسردگی بک، هامیلتون و کیفیت زندگی در گروه زنان نا بارور گروه‌های کنترل و آزمون، قبل از درمان شناختی- رفتاری در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- نمرات آزمون‌های افسردگی بک، هامیلتون و کیفیت زندگی در گروه زنان نا بارور کنترل و آزمون قبل از مداخله

گروه	آزمون	کنترل
نمره افسردگی بک (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	$20 \pm 7/37$	$17/5 \pm 5/2$
نمره افسردگی هامیلتون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	$21/9 \pm 7/23$	$19/6 \pm 6/1$
نمره کیفیت زندگی (میانگین $\pm$ انحراف معیار)	$79/6 \pm 12/86$	$67/8 \pm 9/2$

بر اساس نتایج مطالعه وضعیت افسردگی و کیفیت زندگی زنان نا بارور گروه آزمون و کنترل پیش از انجام مداخله، معنی‌دار نبود ($p=0/961$, $p=0/88$) و دو گروه از این نظر همگن بودند.

نمرات آزمون‌های افسردگی بک و هامیلتون در گروه زنان نا بارور آزمون و کنترل قبل و بعد از درمان شناختی-رفتاری در جدول ۳ نشان داده شده است. همانگونه که ملاحظه می شود این تفاوت ها در گروه

آزمون معنی دار ($p < 0.05$) ولی در گروه کنترل معنی دار نبود ($p > 0.05$).

جدول ۳- نمرات آزمون‌های افسردگی بک و هامیلتون در قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	پس از درمان شناختی-رفتاری	پیش از درمان شناختی-رفتاری	
$P < 0.05$	14.5 ± 6.94	20 ± 7.37	نمره افسردگی بک (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
$P < 0.05$	16.0 ± 10.83	21.9 ± 7.23	نمره افسردگی هامیلتون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
$P > 0.05$	18.23 ± 6.3	17.5 ± 5.2	نمره افسردگی بک (میانگین $\pm$ انحراف معیار)
$P > 0.05$	21.0 ± 8.3	19.6 ± 6.1	نمره افسردگی هامیلتون (میانگین $\pm$ انحراف معیار)

مستمر در زنان نا بارور بدون علت طبی و جسمانی مشخص، باعث کاهش اضطراب و افسردگی و علائم روان‌شناختی در آن‌ها شد و پس از مدتی، تعدادی از آن‌ها باردار شدند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱).

در مطالعه چوبفروش زاده و همکاران (۲۰۱۰) که بر روی ۲۴ زن نا بارور در یزد با قرارگیری در دو گروه آزمون و شاهد و با استفاده از مدیریت تنش به شیوه شناختی رفتاری انجام شد، این شیوه، تأثیر مثبتی در مدیریت تنش زنان گروه آزمون داشت و سطح رضایت زناشویی آنان را نیز افزایش داد (۲۲). در مطالعه ظریف و همکاران (۲۰۱۲) با استفاده از درمان بهزیستی بر روی گروه آزمون در طی ۸ جلسه هفتگی و بکارگیری آزمون DASS-21 (پرسش نامه افسردگی، اضطراب، استرس)، استرس زنان تحت این درمان به طور معنی-داری نسبت به گروه شاهد کاهش یافت (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه حمید (۲۰۱۱) که بر روی ۴۰ زن نا بارور در دو گروه شاهد و آزمون انجام شد، زنان گروه آزمون تحت درمان مدیریت استرس مبنی بر فنون شناختی رفتاری به مدت ۱۲ جلسه ۲ ساعته قرار گرفتند که نتایج حاصل حاکی از کاهش میزان افسردگی و اضطراب در این گروه نسبت به گروه شاهد بود (۲۴). نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر در خصوص تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان نا بارور با مطالعه حاضر همسو است (۲۵، ۲۶). در مطالعه قرائی و همکاران (۲۰۰۴) که به بررسی نقش آموزش‌های شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب زنان

همانگونه که ملاحظه می شود میزان افسردگی در گروه کنترل در مرحله دوم نسبت به مرحله اول افزایش داشت هر چند تغییرات از نظر آماری معنی دار نبود ($p > 0.05$) ولی این تفاوت در گروه مداخله کاملاً محسوس بود ($p < 0.05$). بر اساس نتایج آزمون آنالیز کواریانس (با کنترل پیش آزمون بین افسردگی)، پس از مداخله بین زنان گروه‌های آزمون و کنترل از لحاظ افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$).

بحث

نتایج تحلیل آماری مطالعه حاضر، تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر کاهش میزان افسردگی در زنان نا بارور بعد از CBT نشان داد که با نتایج مطالعه بهجتی و همکاران (۲۰۱۰) همسو می‌باشد (۱۹). در مطالعه فرامرزی و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی اضطراب و افسردگی زنان نا بارور در سه گروه شاهد و تحت درمان شناختی رفتاری و فلوکستین انجام شد، درمان شناختی رفتاری بیشترین تأثیر را در کاهش اضطراب و افسردگی این زنان داشت (۲۰).

در مطالعه حریریان و همکاران (۲۰۱۰) که به بررسی فراوانی افسردگی در زنان نا بارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی کوثر ارومیه با حجم نمونه شامل ۱۰۰ زن نا بارور پرداخت، ۲۱ درصد افراد در حد افسردگی بالینی بودند و نتایج نشان داد که با توجه به وجود علائم افسردگی بالینی در زنان نا بارور، حضور روان شناسان و روان پرستاران در مراکز تشخیص و درمان نا باروری لازم به نظر می‌رسد (۳). در مطالعه هوس (۲۰۱۱) استفاده از فنون شناختی - رفتاری به طور

مبتلا به نا باروری اولیه که تحت درمان ZIFT و GIFT قرار گرفته بودند پرداخت، درمان شناختی رفتاری در زنان گروه آزمون، باعث کاهش اضطراب و افزایش موفقیت در درمان نسبت به گروه شاهد شد (۲۷) که همین مطلب در مورد مطالعه دومار و همکاران (۲۰۰۰) نیز صادق است (۲۸).

با توجه به این مطلب که در زنان نا بارور، شیوع افسردگی و اضطراب بالا است (۲۹، ۳۰) و این امر به نوبه خود طول مدت نا باروری را افزایش می‌دهد (۳۱)، (۳۲) و نظر به اینکه تنش ناشی از نا باروری می‌تواند به ساختار روابط زناشویی صدمه زده و باعث کاهش رضایت زناشویی و سلامت ذهن و کیفیت زندگی شود (۳۳)، لذا توجه به آن و ارائه درمان مناسب، ضروری به نظر می‌رسد. استفاده از الگوی شناختی رفتاری و تأثیر مثبت آن بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی (۳۷-۳۴)، کاهش افکار ناامیدی و افزایش مهارت و بهبود روابط زناشویی (۳۸، ۳۹)، همچنین افزایش احتمال باروری (۲۸-۲۴، ۴۰، ۴۱) این روش را به صورت رویکرد مناسبی برای بهبود سلامت روان افراد نا بارور و درمان نا باروری نشان داده است.

در مطالعه حاضر تأثیر CBT بر افسردگی افراد نا بارور مشخص شد. همانطور که مشاهده شد اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب در سیکل معیوبی که به راه می‌اندازند، منجر به تشدید مشکلات شده و با استفاده از چنین درمان‌هایی، افراد نا بارور می‌توانند بنیان خانوادگی خود را با بهره‌گیری از رضایت مندی زناشویی مطلوب و زندگی بدون استرس تحکیم بخشند. بدیهی است که وجود منابع و افراد متخصص در زمینه آموزش مدیریت استرس و درمان شناختی رفتاری به صورت فردی، زوج درمانی و گروهی در کلینیک‌های درمان نا باروری می‌تواند نقش مهمی در کاهش مشکلات این افراد داشته باشد (۴۲، ۴۳).

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این مطالعه با حجم نمونه بالاتر و همچنین زن و شوهر به صورت توأم مورد بررسی قرار گیرد که احتمالاً نتایج کامل‌تری به دست می‌دهد. از آنجا که مطالعه حاضر با محدودیت زمانی

مواجه بود، پیشنهاد می‌شود در طرح‌های بعدی از فرآیند جلسات پیگیری جهت حصول اطمینان از اثرات دراز مدت این شیوه مداخله‌ای استفاده شود. همچنین اگر خانواده درمانی در گروه درمانی‌های زنان نا بارور مورد نظر قرار گیرد، می‌تواند در افزایش نتایج مثبت در جهت کاهش مشکلات روان شناختی این بیماران مؤثر باشد. لازم به ذکر است که در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی اجتماعی بیماران نیز در مطالعات آینده می‌تواند نتایج کامل‌تری به دست دهد که البته این امر تا حد زیادی با انجام پرسشنامه کیفیت زندگی (وجود آیتم‌هایی در این خصوص در پرسشنامه) قبل از درمان و عدم تفاوت معنی‌دار گروه‌های آزمون و شاهد با هم مرتفع شده است.

همانگونه که پیش از این نیز ذکر شد، ضروری است هر مرکز یا بیمارستان تخصصی درمان نا باروری به بخش روان‌درمانی و مشاوره مجهز باشد تا بیماران در کنار بررسی‌های پزشکی خود، از مشاوره‌های روان‌شناسی نیز برخوردار شوند لذا برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی جهت بازآموزی پرسنل و مسئولین مراکز نا باروری برای جمع‌آوری اطلاعات جدید و افزایش دانش این گروه درمانی ضروری است. علاوه بر این، افزایش امکانات و فضاهای لازم جهت تحقیقات در زمینه بررسی مشکلات روان شناختی و ایجاد تسهیلات بیشتر در این راه برای محققین لازم است تا گامی در جهت بهبود و ارتقاء سلامت جامعه برداشته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی زنان نا بارور تأثیر مثبتی داشته و به بهبود آنها کمک نموده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. از همکاری کارکنان محترم بیمارستان منتصریه مشهد و شرکت کنندگان در این تحقیق سپاسگزاری می‌گردد.

1. Shahsavari Isfahani S, Morshed Behbahani B, Beigizadeh Sh, Sobhanian S. [Epidemiological factors associated with infertility in infertile couples referred to clinic of Peymaniyeh Hospital in Jahrom in years 1999-2009]. J Sci Health 2010;5:51.
2. Faal Kalkhoran L, Bahrami H, Farrokhi NA, Zeraati H, Tarahomi M. [Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2011;12(2):157-63.
3. Haririan HR, Mohammadpour Y, Aghajanloo A. [Prevalence of depression and contributing factors of depression in the infertile women referred to Kosar Infertility Center, 2009] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2010;13(2):45-50.
4. Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. Fertil Steril 2007 Oct;88(4):911-4.
5. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark: Epidemiology and psychosocial consequences. Dan Med Bull 2006 Nov;53(4):390-417.
6. Cwikl J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004 Dec;117(2): 126-31.
7. Hamid N. [The effectiveness of stress management on depression, anxiety and fertilization of infertile women] [Article in Persian]. J Behav Sci 2011 Spring;5(1):55-60.
8. Behdani F, Mousavifar N, Mirani P, Soltanifar A, Mohammadnejad M. [Assessment of anxiety and mood disorders in infertile women referred to Montaseriyeh clinic] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2008;15(3):11-23.
9. Schneid-Kofman N, Sheiner E. Does stress effect male infertility? --a debate. Med Sci Monit 2005 Aug;11(8):SR11-1.
10. Gox SI, Glazebrook C, Sheard C, Ndukwe G, Oates M. Maternal self-esteem after successful treatment for infertility. Fertil Steril 2006 Jan;85(1):84-9.
11. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2006 Jan;26(1):17-31.
12. Jacobson NS, Hollon SD. Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the Jury's returned its verdict, it's time to present rest of the evidence. J Consult Clin Psychol 1996 Feb;64(1):74-80.
13. Tarabusi M, Volpe A, Facchinetti F. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. J Psychosom Obstet Gynecol 2004 Sep-EDec;25(3-4):273-9.
14. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2009.
15. Growth G. [Guideline of psychometry]. Pasha Sharifi H, Nikkhoo MR. (translators). Tehran: Roshd; 2000: 1011, 1014, 1015. (Persian)
16. Azkhosh M. [Application of psychological tests and clinical diagnosis]. 3rd ed. Tehran:Ravan 2008:224-6. [in Persian].
17. World Health Organization. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/farsi_whoqol.pdf
18. Nasiri H. [The validity and reliability of Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)-Persian version]. Proceeding of the 3rd conference on mental health of students]. Tehran, 2005. [in Persian]].
19. Behjati Ardakani Z, Akhoondi MM, Kamali K, Fazli Khalf Z, Eskandari Sh, Ghorbani B. [The evaluation of mental health among infertile patients referred to Ibn-e-Sina Infertility Centers] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2010;11(4):319-24.
20. Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. J Affect Disord 2008 May;108(1-2):159-64.
21. House SH. Epigenetic in adaptive evolution and development: the interplay between evolving species and epigenetic mechanisms. In: Tollefsbol T. Handbook of epigenetic: the new molecular and medical genetics. Cambridge:Academic Press;2011:425-45.
22. Choobforoushadeh A, Kalantari M, Molavi H. [The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on marital satisfaction in infertile women] [Article in Persian]. J Fundament Mental Health 2010;12(3):596-603.
23. Zarif Golbar Yazdi H, Aghamohammadian Sharbaf H, Mousavifar N, Moeenizadeh M. [The effectiveness of well-being therapy on stress, and psychological well-being in infertile women] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012;15(2):49-56.
24. Hamid N. [The effectiveness of stress management on depression, anxiety and fertilization of infertile women] [Article in Persian]. J Behav Sci 2011;5(1):55-60.
25. Wischmann T. [Psychosocial aspects of fertility disorders] [Article in German]. Urology A 2005 Feb;44(2):185-94.
26. Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non pregnant women. Fertil Steril 1995 Oct;64(4):802-10.



27. Gharaei V, Mazaheri MA, Sahebi A, Peivandi S, Aghahosseini M. [The role of education of cognitive behavioral therapy in reducing of anxiety in women with primary infertility undergoing ZIFT and GIFT] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2004;5:170-80.
28. Domar AD, Clapp D, Slawsby E, Kessed B, Orar J, Freizinger M. The impact of group psychological intervention on distress in infertile women. *J Health Psychol* 2000 Nov;19(9):568-75.
29. Sargolzaee MR, Moharreri F, Arshadi HR, Javidi K, Karimi S, Fayyazi Bordbar MR. [Psychosexual depression disorders in infertile female referring to Mashhad infertility treatment center. [Article in Persian] *J Reprod Infertil* 2001;2(4):46-51.
30. Berg BJ, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med* 1991 Feb;14(1):12-26.
31. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariati M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health* 2004 Nov;4(1):9.
32. Ogawa M, Takamatsu K, Horiguchi F. Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility. *Biopsychosocial Med* 2011 Dec 23;5(1):15.
33. 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 May;54(2):408-17.
34. Armand A, Talaei A. [The effectiveness of cognitive behavioral stress management training in reducing psychological problems and symptoms of premenstrual syndrome] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012 15(21(61)):24-31.
35. Cohen E. CBT support group for women receiving infertility treatment. Available from: <http://www.drcohen.ca/cbt/cbt-support-group-for-women-receiving-infertility-treatment/>, [cited 14 Dec 2011]
36. Gurevich R. CBT and group therapy for fertility as mind-body medicine. Available from: URL; http://infertility.about.com/od/alternativetreatments/ss/Mind-Body-Medicine-Therapies-For-Fertility_7.htm, [cited 31 Aug 2012].
37. Ebrahim Sh, Montoya L, Truong W, Hsu S, Kamal El Din M, Carrasco-Labra L, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in patients receiving disability benefits: a systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS One* 2012;7(11):e50202.
38. Bringhenti F, Martinelli F, Ardenti R, La Sala GB. Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: differentiating aspects and influencing factor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997 May;76(5):431-7.
39. Slade P, Emery J, Liberman BA. A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997 Jan;12(1):183-90.
40. Gorayeb R, Borsari AC, Rosa-e-Silva AC, Ferriani RA. Brief cognitive behavioral intervention in groups in a Brazilian assisted reproduction program. *Behav Med* 2012;38(2):29-35.
41. Tuschen-Caffier B, Florin I, Krause W, Pook M. Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychother Psychosom* 1999;68(1):15-21.
42. Schmidt L, Tjornhoj-Thomson T, Boivin J, Nyboe Andersen A. Evaluation of a communication and stress management training program for infertile couples. *Patient Educ Couns* 2005 Dec;59(3):252-62.
43. Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counseling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns* 2010 Dec;81(3):422-8.