

بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر سازگاری با ناباروری

زنان نابارور در کلینیک الزهراء تبریز

معصومه خیرخواه^۱، محسن واحدی^۲، سیده پونه جنانی^{۳*}

۱. دانشجوی دکترای تخصصی آموزش پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دانشجوی دکترای تخصصی آمار و اطلاع رسانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۱۵

خلاصه

مقدمه: تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند و سالانه در جهان ۲ میلیون زوج به این میزان افزوده می شود. تنوع میزان سازگاری، منعکس کننده آسیب های درون فردی است که بر ظرفیت افراد جهت سازگاری با حوادث استرس زای زندگی مانند ناباروری تأثیر می گذارد. هدف از مداخلات روانی، شناخت و کمک به فرد جهت سازگاری بیشتر با شرایط موجود می باشد. با توجه به شیوع ناباروری در جامعه و مشکلات روان شناختی ناشی از آن، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر سازگاری با ناباروری انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروه در سال ۹۳-۱۳۹۲ بر روی ۹۲ زن نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراء تبریز انجام شد. از ابزار سازگاری روانی با ناباروری به منظور سنجش میزان سازگاری افراد با ناباروری استفاده شد. در گروه مشاوره گروهی، مشاوره بر اساس دستورالعمل مشاوره روانی ناباروری توسط پژوهشگر ارائه شد. گروه کنترل، مراقبت های معمول مرکز را دریافت کردند. پس از اتمام مداخله مشاوره گروهی، پرسشنامه سازگاری با ناباروری مجدداً در اختیار گروه کنترل و مداخله قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون آماری تی زوج، تی مستقل و کای دو انجام شد. $p < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمرات سازگاری با ناباروری در گروه مشاوره گروهی ($58/39 \pm 10/13$) کاهش قابل توجهی نسبت به گروه کنترل ($90/63 \pm 13/28$) داشت و از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$). بنابراین در گروه مشاوره گروهی، سازگاری زنان با ناباروری در مقایسه با گروه کنترل افزایش داشت.

نتیجه گیری: مداخله مشاوره گروهی بر افزایش سازگاری زنان نابارور تحت درمان IVF یا ICSI تأثیرگذار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که این درمان می تواند به عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان های پزشکی در مراکز درمان ناباروری ارائه شده و در سازگاری هر چه بیشتر زنان نابارور مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: سازگاری، مشاوره، ناباروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: سیده پونه جنانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۳۵۵۷۵۲۲۶۶؛ پست الکترونیک: poonehjenani@gmail.com

مقدمه

تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند (۱) و سالانه ۲ میلیون زوج به این جمعیت افزوده می شود (۲). ناباروری همچنین حدود ۱۵-۱۰٪ زوجین ایالات متحده و ۲۰٪ کل جمعیت کشورهای غربی را تحت تأثیر قرار داده است (۳). ناباروری یک بحران عمیق است که احتمال باروری فرد را بیش از پیش در معرض خطر قرار می دهد، زیرا با احساس گناه، ترس قبل از تجارب جنسی و استفاده از روش های جلوگیری از بارداری همراه است. نقص در عملکرد فیزیولوژیک بدن و ناتوانی در کنترل احساسات و روابط، باعث احساس خشم نسبت به شریک جنسی، دوستان و ... می شود (۴). واکنش نسبت به ناباروری، غم و اندوهی است که به دلیل فقدان های بغرنج و ناملموسی مانند: تجربه بارداری، زایمان و شیردهی، فرزندان و نوه ها، ادامه نسل، نقش والدینی، هویت جنسی و تکامل شخصیت به وجود می آید. این غم و اندوه تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی و احساس رضایت از زندگی دارد (۵). مشکلات روان شناختی ناشی از ناباروری می تواند یک عامل تشدید کننده ناباروری باشد، زیرا افرادی که آرامش خاطر داشته و از سلامت روانی برخوردارند، فشارهای روحی کمتری را تجربه کرده و احتمال باروری در آن ها افزایش می یابد (۶). انسان موجودی روانی - اجتماعی است که در طول مسیر زندگی دائماً در تعامل با محیط و افراد مختلف سعی می کند در ابعاد عاطفی و اجتماعی سازگار شود. سازگاری عاطفی شامل سلامت روانی، رضایت از زندگی و هماهنگی میان احساسات، فعالیت ها و افکار و سازگاری اجتماعی شامل سازگاری فرد با محیط اجتماعی است که ممکن است با تغییر دادن خود یا محیط به دست آید (۷). اگر چه درجه سازگاری با شرایط بحرانی زندگی در افراد مختلف متفاوت است. تجربه ناباروری در برخی افراد، همانند یکی از بدترین رویداد های زندگی مانند مرگ همسر بوده در حالی که برای برخی دیگر از افراد، تا این اندازه مهم نیست. تنوع میزان سازگاری، منعکس کننده آسیب های درون فردی است که بر ظرفیت افراد جهت سازگاری با حوادث استرس زای زندگی مانند ناباروری تأثیر می

گذارد (۵). زوجینی که ناباروری خود را می پذیرند، روابطشان صمیمانه تر از قبل شده و افسردگی بالینی در این افراد مشاهده نمی شود (۱). در صورتی که فرد نتواند به طور مثبت سازگار شود، به دنبال آن پاسخ های غیر مؤثر آشکار شده و نگرانی به وجود می آید (۷). بنابراین افراد باید تشویق شوند تا راه حلی مؤثر برای سازگاری با ناباروری بیابند.

علی رغم پیشرفت در درمان ناباروری، متأسفانه مطالعات علمی اندکی در زمینه ناباروری و توانایی سازگاری افراد در طول درمان انجام شده است (۸). در مطالعه لطیف نژاد و همکاران (۲۰۱۱) که با هدف تعیین تأثیر مشاوره مشارکتی ناباروری بر استرس درک شده زنان نابارور تحت درمان IVF^۱ انجام شد، تفاوت آماری معنی داری در جهت کاهش میانگین نمره استرس کلی در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله مشاهده شد ($p=0/004$) (۹). مطالعه چان و همکاران (۲۰۰۶) اثربخشی مداخلات گروهی شناختی، رفتاری را بر کاهش اضطراب زنان تحت درمان IVF نشان دادند (۱۰). مطالعه طلائی و همکاران (۲۰۱۴) نیز تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی را بر بهبود افسردگی و کاهش مشکلات روان شناختی زنان نابارور نشان داد ($p<0/001$) (۱۱).

تاکنون مطالعه ای در مورد سازگاری زنان نابارور صورت نگرفته است؛ در مطالعاتی هم که جهت افزایش سازگاری در بیماری های دیگری صورت گرفته، مداخلاتی مانند آموزش گروهی عزت نفس، خود متمایزسازی، آموزش مهارت های زندگی، درمان شناختی رفتاری با آموزش آرام سازی عضلانی، حل مسئله و مواجه سازی، آموزش حس شوخ طبعی و ... به کار گرفته شده است. با توجه به اینکه مداخلات روانی بر پایه مشاوره، تمام ابعاد روان شناختی را پوشش داده و تغییرات متنوعی در باورها، احساسات و رفتار فرد ایجاد می کند (۱۲) و افراد در گروهی که مشکلات مشابه دارد، احساس امنیت و آرامش بیشتری کرده و با آزادی و رغبت بیشتری به بحث و گفتگو درباره مسائل شخصی، خانوادگی و عینی خود می پردازند و از تجربه دیگران در یک فضای قابل

¹ In Vitro Fertilization

اعتماد بهره می گیرند (۱۳)، این روند، مقابله با بحران و سازگاری با تغییر را برایشان تسهیل می کند (۱۴) و طبق بند د آیین نامه شرح وظایف ماما، مشاوره و آموزش زنان نابارور جزء وظایف ماماها می باشد، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی بر سازگاری با ناباروری انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهه (مداخله و کنترل) از اسفند ماه سال ۱۳۹۱ تا خرداد سال ۱۳۹۲ بر روی ۹۲ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراء تبریز انجام شد. حجم نمونه در این مطالعه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه در مقایسه یک متغیر کمی در مطالعات دو گروهه، با استفاده از میانگین و انحراف معیار به دست آمده از بررسی متون (۶، ۹، ۱۰، ۱۱) و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۴۲ نفر به دست آمد که با احتمال ۱۰٪ افت نمونه، ۴۶ نفر برای هر گروه محاسبه شد. پژوهشگر پس از اخذ تأیید از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران، به دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مرکز ناباروری الزهراء تبریز مراجعه کرد و پس از معرفی خود و بیان اهداف مطالعه و کسب اجازه از مسئولین مرکز ناباروری، و پس از جلب رضایت مشارکت کنندگان واجد شرایط و اخذ رضایت نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه، در اولین جلسه مراجعه زنان نابارور دارای معیارهای ورود به مطالعه جهت انجام IVF یا ICSI، شروع به نمونه گیری کرد. نمونه گیری به روش تخصیص تصادفی ساده و با استفاده از قرعه کشی انجام شد؛ بدین ترتیب که بر روی ۲ کارت، اعداد ۱ و ۲ نوشته شد و کارت ها توسط زنان نابارور به طور تصادفی انتخاب شدند. با خارج شدن کارت اول، نمونه اول و کارت باقی مانده، گروه مربوط به نمونه دوم را تعیین می کرد و این روش تا تکمیل حجم نمونه ادامه یافت. تمام شرکت کنندگان به پرسشنامه های سازگاری با ناباروری (پیش آزمون) به صورت کتبی و در حضور پژوهشگر (برای رفع ابهامات احتمالی نمونه ها) پاسخ دادند. این ابزار محقق

ساخته با الهام از ابزار گلوور و همکاران (۱۵) و با استفاده از مطالعات کتابخانه ای و منابع موجود شامل کتب، مجلات و سایت های اینترنتی معتبر و مطالعات مرتبط با موضوع پژوهش، تهیه شد و اعتبار صوری و محتوای آن تحت نظر اساتید راهنما و مشاور و با استفاده از نظرات اصلاحی ۱۰ تن از اعضاء هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بررسی شد و پرسشنامه نهایی پس از اعمال نظرات و پیشنهادات اساتید تنظیم شد. پایایی ابزار گردآوری داده ها با استفاده از روش آزمون مجدد تعیین شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه توسط ۲۰ تن از افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، تکمیل شد و با روش دو نیمه کردن سؤالات زوج و فرد و تعیین ضریب همبستگی ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ ۰/۷۲، پایایی آن تأیید شد. این پرسشنامه شامل ۲۴ جمله مثبت و منفی در خصوص سازگاری روانی افراد با ناباروری بود که به هر سؤال بر اساس نمره بندی لیکرت امتیازی بین ۱ تا ۶ (کاملاً موافقم، نسبتاً موافقم، موافقم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، کاملاً مخالفم) تعلق می گرفت و امتیاز کل برابر با مجموع امتیازاتی بود که در کل سؤالات کسب می شد. حداقل امتیاز این آزمون ۲۴ و حداکثر امتیاز ۱۴۴ می باشد؛ کسب امتیاز بالاتر، نشان دهنده سازگاری نامطلوب افراد و کسب امتیاز پایین تر، نشانگر سازگاری بیشتر افراد است. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۲۰-۳۵ سال، ناباروری اولیه، تشخیص ناباروری حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۰ سال، درمان ناباروری با IVF، ICSI، عدم دریافت مشاوره روانی رسمی قبل از ورود به مطالعه، تمایل جهت شرکت در مطالعه، نداشتن بیماری جسمی و روانی شناخته شده، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و عدم درمان با داروهای آرام بخش بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل: وقوع بارداری تشخیص داده شده توسط تست خون در طول مطالعه، مرگ یکی از نزدیکان یا سایر رویدادهای تنش زا در حین مطالعه، دریافت یا لزوم تجویز هرگونه دارو یا مشاوره روان درمانی در طول مطالعه و عدم شرکت در جلسات مشاوره به مدت ۲ جلسه یا بیشتر بود. در گروه مشاوره

گروهی، افراد به گروه های ۵ نفره تقسیم شده و مشاوره، یک روز در هفته به مدت ۴ جلسه ۲ ساعته توسط پژوهشگر ارائه شد. پژوهشگر به مدت ۱۰ جلسه در جلسات مشاوره ارائه شده توسط اعضاء هیأت علمی در انستیتو روان شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران شرکت و آموزش های لازم را دریافت کرد. محتوای جلسات پس از تنظیم توسط دانشجو و اساتید راهنما و مشاور با استفاده از منابع اینترنتی و کتابخانه ای با توجه به مداخلاتی که برای افزایش سازگاری بیماری های دیگر به کار رفته بود و با استفاده از دستورالعمل مشاوره روانی ناباروری (ESHRE)^۱ در سال ۲۰۰۳ (۱۶)، توسط چند تن از اعضاء محترم هیأت علمی مامایی و روان شناسی تعیین اعتبار شد. محتوای جلسه اول شامل: ارائه اطلاعات لازم در زمینه مطالعه و اهداف آن، ارائه آموزش های لازم در زمینه تشریح دستگاه تناسلی زنانه، تعریف ناباروری و علل آن بود. در جلسه دوم افراد به بیان احساسات، هیجانات و علائم روان شناختی منفی در مورد ناباروری ترغیب شدند و در جلسه سوم آموزش مدیریت استرس و کنار آمدن و سازش با استرس، پرهیز از استرس های غیر ضروری و جایگزینی موقعیت ها و پذیرفتن اموری که نمی توان تغییر داد، یادگیری مراحل اساسی حل مسئله و تصمیم گیری آموزش داده شد. در جلسه چهارم بر تکالیف انجام شده و روش های درمانی ناباروری مرور شد و سؤالات و ابهامات شرکت کنندگان با سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ رفع شد. در گروه مشاوره، به افراد توصیه شد که فعالیت هایی مانند پیاده روی ۲-۳ بار در هفته، حداقل به مدت ۳۰ دقیقه و با شدت متوسط را انجام دهند و از آنان خواسته شد که زمانی را برای فعالیت های مورد علاقه در طول اختصاص دهند. گروه کنترل از مراقبت معمول مرکز بهره مند شدند. مراقبت معمول یک جلسه نیم ساعته بود که توسط پرسنل بیمارستان اجرا می شد و هدف اصلی آن آشنایی زنان نابارور با روش های درمانی کمک باروری بود. با توجه به اینکه در تمام مطالعات مشابه ارزیابی

نهایی بلافاصله بعد از اتمام مداخلات صورت گرفته بود، بعد از اتمام جلسات (۴ هفته)، پرسش نامه مجدداً در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و جهت رعایت مسائل اخلاقی، در پایان مطالعه پس از جمع آوری پرسش نامه ها، پمفلت های مربوط به جلسات، همراه با شماره تلفن محقق در اختیار گروه کنترل قرار گرفت تا در صورت تمایل و وجود سؤالات احتمالی تماس گیرند. در پایان از تمام افراد جهت مشارکت در مطالعه قدردانی شد و به آن ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه خواهد ماند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون آماری تی زوج، تی مستقل و کای دو انجام شد. $p < 0.05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر با توجه به معیارهای ورود، ۹۲ نفر (۴۶ نفر در گروه مداخله و ۴۶ نفر در گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند. مشخصات فردی زنان نابارور در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- مشخصات فردی زنان نابارور

متغیر	دامنه سنی	مداخله	کنترل
	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد	فرآوانی درصد
سن (سال)	۲۴-۲۰	۸	۹
	۲۹-۲۵	۱۲	۶
	۳۵-۳۰	۲۶	۳۱
	کل	۴۶	۴۶
	ابتدایی	۳	۱۳
	راهنمایی	۱۲	۱۱
سطح تحصیلات	دبیرستان و دیپلم	۱۹	۱۷
	دانشگاهی	۱۲	۵
	کل	۴۶	۴۶
وضعیت اشتغال	خانه دار	۳۷	۴۱
	شاغل	۹	۵
	کل	۴۶	۴۶
	ضعیف	۱۱	۸
وضعیت اقتصادی	متوسط	۲۹	۳۲
	خوب	۶	۶
	کل	۴۶	۴۶

¹European Society Of Human Reproduction Embryology

جهت تعیین همگنی سن زنان نابارور ($p=0/334$)، مدت ازدواج ($p=0/089$)، مدت ناباروری ($p=0/199$) و مدت درمان ناباروری ($p=0/996$) از آزمون تی مستقل و متغیرهای سطح تحصیلات ($p=0/078$)، وضعیت اشتغال ($p=0/255$)، وضعیت اقتصادی ($p=0/501$)، علت ناباروری ($p=0/949$) و نوع درمان ($p=0/619$) از آزمون کای اسکوئر استفاده شد و نمونه ها از لحاظ تمام این متغیرها همگن بودند. از آنجایی که یکی از عوامل مؤثر بر سازگاری، عوامل شخصی نظیر سن، جنس و وضعیت تحصیلی می باشد؛ لذا همگون بودن مشخصات دموگرافیک در این مطالعه، تاثیر مخدوش کنندگی آن را بر نتایج واقعی مطالعه از بین برد. نمرات سازگاری با ناباروری در زنان گروه مداخله و کنترل قبل از انجام مشاوره گروهی در جدول ۲ ارائه شده است و نشان می دهد که وضعیت سازگاری افراد پیش از انجام مداخله معنی دار نبود و دو گروه از این نظر همگن بودند ($p>0/05$).

مدت ازدواج (سال)	۹-۲	۲۶	۶۳	۲۹	۱۱	۲۴	۱۳	۲۸/۳	۵۶/۵
مدت ناباروری (سال)	۷-۱	۲۵	۶۷/۴	۳۱	۹	۱۹/۶	۱۳	۲۸/۳	۵۴/۳
علل ناباروری	زنانه	۲۱	۴۳/۵	۲۰	۱۴	۳۰/۴	۱۳	۲۸/۳	۲۸/۳
	مردانه	۵	۸/۷	۴	۴	۴۳/۵	۲۱	۴۵/۷	۴۵/۷
	هر دو	۷	۱۷/۴	۸	۸	۱۷/۴	۷	۱۵/۱	۱۵/۱
	ایدیوپاتیک	۴۶	۱۰۰	۴۶	۴۶	۱۰۰	۴۶	۱۰۰	۱۰۰
مدت درمان (سال)	۴-۱	۲۳	۵۰	۲۳	۱۶	۳۴/۸	۱۵	۳۲/۶	۵۰
	۹-۵	۱۵	۳۴/۸	۱۶	۲	۴/۳	۴	۸/۷	۸/۷
	۱۴-۱۰	۴	۱۰/۹	۵	۵	۱۰/۹	۴	۸/۷	۸/۷
	۲۰-۱۵	۴۶	۱۰۰	۴۶	۴۶	۱۰۰	۴۶	۱۰۰	۱۰۰
	کل	۳۲	۷۸/۳	۳۶	۳۶	۷۸/۳	۳۲	۶۹/۶	۶۹/۶
	IVF	۱۴	۲۱/۷	۱۰	۱۰	۲۱/۷	۱۴	۳۰/۴	۳۰/۴
	ICSI	۴۶	۱۰۰	۴۶	۴۶	۱۰۰	۴۶	۱۰۰	۱۰۰
	کل								

جدول ۲- مقایسه نمرات سازگاری با ناباروری در گروه زنان نابارور مداخله و کنترل قبل از مداخله

گروه	مداخله (انحراف معیار ± میانگین)	کنترل (انحراف معیار ± میانگین)	نتیجه آزمون
نمرات سازگاری با ناباروری	۸۲/۵ ± ۱۳/۳۷	۸۴/۹۸ ± ۱۰/۹۵	$p=0/068$

و بعد از مشاوره در جدول ۳ ارائه شده است و نشان می دهد که میانگین نمرات سازگاری در گروه مشاوره گروهی بعد از مداخله نسبت به قبل کاهش معنی داری داشت و در گروه کنترل، میانگین نمره سازگاری بعد از ۴ هفته افزایش داشت و این افزایش از نظر آماری معنی دار بود ($p<0/001$).

در این مطالعه جهت مقایسه نمرات سازگاری قبل و بعد از مداخله از آزمون تی مستقل استفاده شد. لازم به ذکر است که قبل از استفاده از آزمون تی، پیش فرض های استفاده از آزمون های پارامتریک (شامل: نرمال بودن توزیع نمرات و همسانی واریانس ها بین نمرات سازگاری با ناباروری آزمودنی ها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون) رعایت شد. نمرات سازگاری دو گروه قبل

جدول ۳- مقایسه میانگین نمرات سازگاری با ناباروری قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

گروه	قبل از مداخله (انحراف معیار ± میانگین)	بعد از مداخله (انحراف معیار ± میانگین)	نتیجه آزمون
نمره سازگاری با ناباروری	۸۲/۵ ± ۱۳/۳۷	۵۸/۳۹ ± ۱۰/۱۳	$p<0/001$
	۸۴/۹۸ ± ۱۰/۹۵	۹۰/۶۳ ± ۱۳/۲۸	$p<0/001$
	مداخله	کنترل	

بر اساس نتایج جدول ۴، میزان سازگاری با ناباروری گروه کنترل کاهش معنی داری داشت ($p < 0.001$). بعد از انجام مداخله در گروه مشاوره گروهی نسبت به

جدول ۴- مقایسه نمرات سازگاری با ناباروری بعد از انجام مداخله بین گروه های مطالعه

گروه	مداخله (انحراف معیار ± میانگین)	کنترل (انحراف معیار ± میانگین)	نتیجه آزمون
نمرات سازگاری با ناباروری	۵۸/۳۹ ± ۱۰/۱۳	۹۰/۶۳ ± ۱۳/۲۸	$p < 0.001$

بحث

نتایج تحلیل آماری مطالعه حاضر، تفاوت معنی داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر افزایش قدرت سازگاری در زنان نابارور بعد از مشاوره گروهی نشان داد. در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله کاهش آماری معنی داری در میزان سازگاری با ناباروری روی داد، که ممکن است دلیل کاهش قدرت سازگاری زنان در گروه کنترل، افزایش بیش از پیش استرس در طول مراحل درمانی باشد. در مطالعه چان و همکاران (۲۰۰۶) که بر روی اضطراب زنان نابارور تحت درمان IVF در دو گروه شاهد و مداخله انجام شد، مداخله روحی، روانی و جسمی در کاهش اضطراب زنان نابارور در روز تحریک تخمدان و انتقال جنین تأثیر داشت (۱۰). در مطالعه حمید (۲۰۱۱) استفاده از آموزش مدیریت استرس مبتنی بر فنون شناختی رفتاری در زنان نابارور، باعث کاهش میانگین نمرات افسردگی و اضطراب آن ها شد (۱۷). مطالعه قرائی و همکاران (۲۰۰۳) نیز تأثیر مداخلات شناختی و آرام سازی تنفسی را در کاهش اضطراب زنان تحت درمان ZIFT و GIFT نشان داد که با مطالعات فوق همسو بود (۱۸). در مطالعه بهجتی و همکاران (۲۰۱۰) و فرامرزی و همکاران (۲۰۰۸) نیز درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان نابارور تأثیر مثبتی داشت (۱۹، ۲۰). مداخلات روانی بر پایه مشاوره، تمام ابعاد روان شناختی را پوشش می دهد و تغییرات متنوعی در باورها، احساسات و رفتار فرد ایجاد می کند و در اکثر گروه های هدف از جمله بیماران مبتلا به سرطان، سکتة قلبی و تحت آنژیوگرافی باعث کاهش اضطراب و استرس بیماران می شود و بر میزان یادگیری، کیفیت زندگی و سطح سازگاری بیمار تأثیرگذار می باشد (۱۲)، بنابراین می توان نتیجه گرفت

که هرگونه مداخله شناختی رفتاری که با کاهش اضطراب همراه باشد، می تواند باعث افزایش سازگاری بیماران شود. در مطالعه مروری بویوین (۲۰۰۳) که با هدف بررسی تأثیر مداخلات روانی بر سلامت روان و میزان بارداری زنان نابارور و تعیین نوع مداخلات اثر بخش تر انجام شد، مشخص شد که مداخلات روانی در کاهش تأثیرات منفی ناباروری و افزایش بارداری مؤثر بوده و مداخلات مشاوره ای گروهی با تأکید بر مهارت های آموزشی از مداخلات مشاوره ای و بیان احساسات و گروه های حمایتی مفیدتر است (۲۱). برخلاف مطالعات فوق، اسپمیت و همکاران (۲۰۰۵) مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی مدیریت استرس و ارتباطات بر روی ۳۷ زوج نابارور انجام دادند و زنان گروه مداخله تنها در بُعد زناشویی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری در نمرات نشان دادند، ولی در ابعاد شخصی و اجتماعی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p < 0.05$) (۲۲)، شاید عدم تأثیر مداخلات فوق، حجم نمونه اندک در این مطالعه باشد. چوبفروش زاده و همکاران (۲۰۱۰) تأثیر مدیریت شناختی، رفتاری استرس را بر بهزیستی ذهنی ۲۴ زن نابارور بررسی کردند، گروه درمان ۱۰ جلسه مداخله آرام سازی و تکنیک های شناختی رفتاری دریافت کردند. نتایج مطالعه، تفاوت معنی داری را در میانگین نمرات بهزیستی ذهنی زنان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد. بهزیستی ذهنی دلالت بر چگونگی ارزیابی زندگی دارد و شامل متغیرهایی از قبیل رضایت از زندگی، رضایت زناشویی، خلق و خو و هیجانات مثبت و عدم افسردگی و اضطراب می باشد. عزت نفس، کنترل درونی و تعارضات بین فردی از جمله عوامل مرتبط با بهزیستی ذهنی است. وقایع استرس زای زندگی از جمله ناباروری، باعث کاهش

بیشتری در این زمینه و در مورد زنانی که دارای سابقه افسردگی و اضطراب هستند صورت گیرد. همچنین می توان تحقیقاتی با هدف تعیین میزان سازگاری در تمام مقاطع زمانی قبل و بعد از درمان انجام داد تا مشخص شود کم ترین میزان سازگاری در کدام مرحله است و مداخلات بیشتری در آن مقطع انجام شود. همان گونه که پیش از این نیز ذکر شد، ضروری است هر مرکز یا بیمارستان تخصصی درمان ناباروری به بخش روان درمانی و مشاوره مجهز باشد تا بیماران در کنار بررسی های پزشکی خود، از مشاوره های روان شناسی نیز برخوردار شوند. لذا برگزاری کلاس ها و کارگاه های آموزشی جهت بازآموزی پرسنل و مسئولین مراکز ناباروری جهت جمع آوری اطلاعات جدید و افزایش دانش این گروه درمانی ضروری است. علاوه براین، افزایش امکانات و فضاهای لازم جهت مطالعات 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.

نتیجه گیری

مداخلات روانی بر پایه مشاوره تمام ابعاد روان شناختی را پوشش داده و تغییرات متنوعی در باورها، احساسات و رفتار فرد در مورد بیماران مبتلا به سرطان، سکته قلبی و تحت آنژیوگرافی ایجاد کرده و بر میزان یادگیری، کیفیت زندگی و سطح سازگاری آن ها اثر داشته است. مطالعه حاضر توانست اثربخش بودن مشاوره گروهی بر افزایش سازگاری زنان نابارور تحت درمان IVF یا ICSI را نشان دهد. بنابراین می توان گفت این درمان ها می توانند به عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان های پزشکی در مراکز درمان ناباروری ارائه شوند و در سازگاری هر چه بیشتر زنان نابارور با ناباروری مؤثر باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله با شماره مجوز ۹۱/۵/۱۳۰/۲۷۴۱ از کمیته اخلاق دانشگاه و با کد IRCT201212162751N6

احساس کنترل درونی شده و هنگامی که افراد احساس کنند بر وقایع کنترل دارند، تمایل به سازگاری خواهند داشت (۲۳). بنابراین دو متغیر بهزیستی ذهنی و سازگاری به یکدیگر وابسته بوده و افزایش هر یک بر دیگری تأثیرگذار است.

به دلیل بحران های معنوی همراه با بیماری های مزمن، اعتماد به نفس به مخاطره افتاده و ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می شود، مکانیسم های سازگاری ناکافی به نظر می رسد و ممکن است احساس تنهایی را به فرد القاء کنند (۲۴). سطح سازگاری زنان نابارور نیز به دلیل ماهیت بیماری، درمان های سخت و طولانی مدت و همچنین غیر قابل پیش بینی بودن نتیجه درمان کاهش می یابد. مؤسسات مشاوره ناباروری معتقدند تمام بیماران با تجربه ناباروری باید به مشاوره فردی - گروهی در طول، قبل و بعد از درمان دسترسی داشته باشند. توافق بین المللی برای مشاوره افراد با شکست پی در پی درمان و دارای نشانه های افسردگی وجود دارد. مشاوره، فرصت شرح نگرانی های عمیق تر در رابطه با تجربه و درمان ناباروری مانند احساس غم و اندوه، احساس گناه و اضطراب، اعتماد به نفس و تصور از بدن و مکانیسم های سازگاری یا مقابله، فرصت بررسی پویایی زوجین، یادگیری حمایت و درک یکدیگر و افزایش ارتباطات و به دست آوردن بینش بر تفاوت های جنسیتی در تجربه ناباروری را برای افراد فراهم می کند که می تواند جهت برخورد با احساسات و نگرانی های خاص و مدیریت ارتباطات با خانواده و دوستان مفید باشد (۲۵).

پیشنهاد می شود در مطالعات آینده حجم نمونه بیشتری در نظر گرفته شده و زوجین به صورت توأم مورد بررسی قرار گیرند تا نتایج کامل تری به دست آید. از آنجا که مطالعه حاضر با محدودیت زمانی مواجه بود، پیشنهاد می شود در طرح های بعدی فرآیند جلسات پیگیری با اهداف دراز مدت جهت سنجش میزان باروری زنان تحت مداخله انجام شود. از آنجایی که مطالعات کافی در این زمینه در ایران و کشورهای دیگر انجام نشده است، پیشنهاد می شود مطالعات

انجام مطالعه را فراهم نمودند، همچنین از تمام بانوان مراجعه کننده به این مرکز که همکاری لازم را در انجام مطالعه مبذول داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

انجام شده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مسئولان مرکز الزهراء تبریز که امکان

منابع

- Zuraida AS. Psychological distress among infertile woman: exploring biopsychosocial response to infertility. *Malas J Psychiatry* 2010;19(2):1-11.
- Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2005.
- Sbaraqli C, Morgante G, Goracci A, Hofkens T, De Leo V, Castrogiovanni P. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertil Steril* 2008 Dec;90(6):2107-11.
- Fisher J, Astbury J, Cabral de Mello M, Saxena S. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva:World Health Organization;2009.
- Mahajan NN, Turnbull DA, Davies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Hum Reprod* 2009 Apr;24(4):906-12.
- Agha-Yousefi A, Choubsaz F, Shaghghi F, Motiei G. [The effect of coping techniques on coping strategies of infertile woman in Kermanshah] [Article in Persian]. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2012;16(2):155-64.
- Kushyar H, Heidari A. [Theories and nursing theorists]. Tehran:Andishe Rafee;2009. [in Persian].
- Parr KS, Crisis. *Grief and coping with infertility* [MS Dissertation]. Washington:Washington University;2008.
- Latifnejad Roudsari R, Rasolzadeh Bidgoly M, Mousavifar N, Modarres Gharavi M. [The effect of collaborative counseling on perceived infertility-related stress in infertile women undergoing IVF] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011;14(4):22-31.
- Chan CH, Ng EH, Chan CL, Chan TH. Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertil Steril* 2006 Feb;85(2):339-46.
- Talaei A, Kimiaei SA, Borhani Moghani M, Moharreri F, Talaei A, Khanghaei R. [Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in infertile women] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014;94(17):1-9.
- Raufi Klachayh S, Rohani M, Shahnava.A. [Evaluation of anxiety in patients with myocardial infarction and their hospitals] [Article in Persian]. *J Health Care* 2011;12(3):20-5.
- Navabinezhad SH. [Guidance and group counseling]. 5th ed. Tehran:Organization of Study and Codification the Social Sciences Books;2010. [in Persian].
- Baheiraei A, Mirghafourvand M. [Health promotion from concepts to practice]. Tehran:Noor-e-Danesh;2011. [in Persian].
- Glover L, Hunter M, Richards JM, Katz M, Abel PD. Development of the fertility adjustment scale. *Fertil Steril* 1999 Oct;72(4):623-8.
- Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J Corrigan E, et al. Guidelines for counseling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001 Jun;16(6):1301-4.
- 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.
- Gharaei V, Mazaheri MA, Sahebi A, Peivandi S, Agha Hoseini M. [Effectiveness of cognitive behavioral education for reducing anxiety in primery infertile women undergoing ZIFT and GIFT] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2003;170-80..
- 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.
- 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.
- Boivin J. A review of psychosocial intervention in infertility. *Soc Sci Med* 2003 Dec;57(12):2325-41.
- Schimidt L, Tiornhoi-Thomsen T, Boivin J, NyboeAndersen A. Evaluation of communication and stress management training program for infertile couples. *Patient Educ Counsg* 2005 Dec;59(3):252-62.
- 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(47):596-603.
- Valiani M, Abedyan S, Ahmadi M, Pahlevanzadeh S, Hassanzadeh A. The effect of relaxation techniques to ease the stress in infertile woman. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010 Fall;15(4):259-64.
- Van den Broeck U, Emery M., Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns* 2010 Dec;81(3):422-8.