

اثر بخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور

هانیه ظریف گلبار یزدی^{۱*}، دکتر حمیدرضا آقا محمدیان شعرفاف^۲، دکتر
نزهت موسوی فر^۳، دکتر مجید معینی زاده^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. مربی گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۲

خلاصه

مقدمه: ناباروری یکی از مشکلات مهم بهداشت جهانی است که دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می باشد. شیوع مشکلات روانشناختی در افراد نابارور و به خصوص زنان نابارور بالا تخمین زده شده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان بهزیستی بر میزان استرس و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری منتصریه مشهد انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر، مطالعه ای شبه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل می باشد که در تابستان ۱۳۹۰ بر روی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری منتصریه مشهد انجام شد. ۲۲ زن نابارور واجد شرایط شرکت در پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۱ نفر) و کنترل (۱۱ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی تحت درمان بهزیستی قرار گرفتند و در مقابل گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. گردآوری داده ها با استفاده از مقیاس استرس DASS-21 (پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس) و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی انجام شد.

یافته ها: پس از پایان جلسات درمانی بین گروه آزمایش و کنترل از نظر استرس و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی داری وجود داشت. میزان بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش افزایش ($p < 0/05$) و به تبع آن استرس کاهش ($p < 0/05$) معنی داری داشت.

نتیجه گیری: درمان بهزیستی بر کاهش استرس و افزایش بهزیستی روانشناختی زنان نابارور مؤثر است.

کلمات کلیدی: استرس، بهزیستی روانشناختی، درمان بهزیستی، ناباروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: هانیه ظریف گلبار یزدی؛ دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۵۵۹۵۴۷۴
پست الکترونیک: haniye_zarif@yahoo.com

مقدمه

ناباروری یا ناتوانی در باردار شدن پس از یک سال مقاربت بدون پیشگیری یکی از مشکلات مهم پزشکی و اجتماعی است (۱). بر اساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی شیوع ناباروری در مناطق مختلف بین ۵ تا ۳۰ درصد گزارش شده است (۲). ناباروری اگر چه یک بیماری نیست، ولی از آن جایی که تمام جنبه های زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار می دهد (۳) می تواند باعث اختلال های مهم جسمانی و عاطفی شود. هنگامی که آرزوی فرزنددار شدن با شکست مواجه می شود، افراد با ابهام دوسویه ای مواجه می شوند. به لحاظ روانشناختی تمایل برای فرزنددار شدن وجود دارد اما چنین میلی به طور جسمانی امکان پذیر نیست. این ابهام استرس زیادی را به افراد تحمیل می کند (۴). استرس تنها یکی از هزاران عواملی است که زندگی زوجین نابارور را برای مدت زمان بسیار زیادی درگیر خود می سازد. قرار گرفتن در شرایط استرس آمیز، خود باعث ایجاد احساس گناه، اضطراب، تنش در روابط بین فردی، افسردگی و انزوا می شود (۳). به طور کلی، حدود یک سوم ناباروری ها علت زنانه، یک سوم علت مردانه، و از یک سوم باقی مانده، ۲۰ درصد با علت ناشناخته و باقی مانده به هر دو زوج مربوط می شود (۵). علی رغم اینکه زنان و مردان به یک میزان در علت ناباروری دخیل می باشند، با این حال به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی شده و به همین دلیل زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان رو به رو می شوند (۶). این امر می تواند دلایل مختلفی داشته باشد؛ از جمله این که معمولاً زنان در تعریف هویت خود و معنای زندگی، جایی را به عنوان مادر شدن در نظر می گیرند و حتی اغلب آمادگی دارند تا موقعیت های ممتاز و موفقیت های خود را فدای فرزندپروری کنند (۷). علاوه بر این، زنان مسئولیت بیشتری را برای ناباروری، متوجه خود می دانند و شوهران نیز زنان را مسئول ناباروری می پندارند. حتی زمانی که شوهر خود عامل ناباروری است (۸) باز این زنان هستند که مورد سرزنش واقع می شوند (۹). لذا رنج و درد زنان در مقابله با ناباروری بسیار شدیدتر و عمیق تر از مردان خواهد بود (۷).

با توجه به مسائل مطرح شده، اهمیت حمایت ها و مداخلات روان درمانی در کاهش پریشانی های عاطفی زوجین نابارور و به خصوص زنان بیشتر درک می شود. چنین مداخلاتی، علاوه بر کاهش استرس ناشی از درمان های طولانی مدت، با کاهش میزان چند همسری و طلاق، می تواند در بهبود بهداشت روان خانواده و به تبع آن تک تک افراد جامعه نقش بسزایی داشته باشد. موضوعی که متأسفانه علی رغم تسلط بافت سنتی حاکم بر خانواده های ایرانی و اهمیت بالای فرزند پروری در آنان، چندان مورد توجه قرار نگرفته است. بررسی مطالعات انجام شده در این زمینه، مؤثر بودن مداخلات روان درمانی بر کاهش مشکلات روانشناختی زنان نابارور را تأیید می کند. به گونه ای که محققان معتقدند مشاوره روانی اجتماعی و روان درمانی کوتاه مدت قطعاً در کاهش تأثیرات منفی ناباروری بر سلامت روان زنان مؤثر می باشد (۱۰). در این زمینه، رویکرد شناختی- رفتاری برای درمان زوج های نابارور پیشنهاد شده است زیرا اعتقاد بر این است که این رویکرد به طور مناسبی هم راستای نیازهای زوجین نابارور می باشد. برخی نیز فراتر رفته و معتقدند که اولین قدم در درمان زوج های نابارور، درمان شناختی- رفتاری می باشد (۱۱). مطالعات متعددی سودمندی درمان شناختی- رفتاری را بر کاهش اضطراب و افسردگی (۱۲)، افزایش کیفیت زندگی (۱۳) و بهزیستی ذهنی (۱۱) زنان نابارور به اثبات رسانیده اند. یک راهبرد روان درمانی نوین و نشأت گرفته از درمان شناختی - رفتاری (۱۴) برای افزایش بهزیستی روانشناختی (۱۵، ۱۶) و درمان اختلالات عاطفی (خلقی و اضطرابی) (۱۴) درمان بهزیستی (WBT)^۱ است که در مطالعات مختلف چه به تنهایی و چه به همراه CBT^۲ به کار رفته است (۱۴). لازم به ذکر است که مفهوم بهزیستی به تجارب و عملکرد بهینه روانشناختی^۳ اشاره دارد. طبق دیدگاه راین و دسی^۴ (۲۰۰۱) دو رویکرد عمده در تعریف بهزیستی وجود دارد: لذت گرایی^۵ و فضیلت گرایی^۶. بر اساس رویکرد لذت

¹ Well-Being Therapy

² Cognitive-Behavior Therapy

³ Optimal psychological functioning

⁴ Ryan & Deci

⁵ hedonic

⁶ eudaimonic

ناباروری منتصریه مشهد انجام شد. نمونه گیری در این پژوهش، داوطلبانه با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل بود. لازم به ذکر است که طبق نظر کاپلان و سادوک (۱۹۹۸)، تعداد شرکت کنندگان در گروههای روان درمانی می تواند بین ۱۵-۳ نفر باشد؛ اما اکثر متخصصین برای اثر بخش تر کردن جلسات، ۸-۱۲ نفر را پیشنهاد می کنند (۲۰). در این مطالعه، ابتدا با توجه به اطلاعات اولیه زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک ناباروری منتصریه، تعداد ۲۲ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- داشتن حداقل دو سال سابقه ناباروری بعد از ازدواج؛ ۲- نداشتن سابقه بستری در بخش روانپزشکی؛ ۳- حداقل تحصیلات دیپلم به بالا؛ ۴- داشتن نمره متوسط به بالا در زیر مقیاس استرس در پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)؛ ۵- تکمیل نمودن پرسشنامه بهزیستی روانشناختی؛ ۶- داوطلب بودن جهت شرکت در پژوهش و امضا فرم رضایت مربوطه بود. افراد به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش تحت درمان بهزیستی قرار گرفتند و در مقابل افراد گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و هیچ درمانی دریافت نکردند. پس از اجرای مداخله در گروه آزمایش که شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود، کلیه شرکت کنندگان مجدداً اقدام به تکمیل مقیاس استرس در پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی نمودند. در این پژوهش، گروه درمانی مبتنی بر بهزیستی به عنوان متغیر مستقل و میزان استرس و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر وابسته عمل می کند. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی که شامل اطلاعاتی نظیر سن، وضعیت تحصیلی، علت ناباروری و مدت آن بود و همچنین پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه بهزیستی روانشناختی انجام شد. پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس مجموعه ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است که در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شده

گرای، بهزیستی شامل شادکامی ذهنی، لذت و اجتناب از درد می باشد. در مقابل، رویکرد فضیلت گرایی بیان می کند واژه بهزیستی هنگامی ارزشمند است که با شادکامی صرف فاصله داشته باشد. روانشناسان پیرو این رویکرد معتقدند مفهوم اصلی بهزیستی، بالفعل شدن توان بالقوه فرد در فرایند ادراک خود می باشد. به طور کلی در روانشناسی بالینی، رویکرد فضیلت گرایی به دلیل ارتباط آن با توان بالقوه انسانی و نیرومند ساختن او، امکان پذیرتر به نظر می رسد (۱۷). در این راستا، ریف و سینگر^۱ (۱۹۹۵) شش عامل را به عنوان مؤلفه های سازنده بهزیستی روانشناختی معرفی می کنند که شامل بدهای تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران می باشد (۱۴). در این راستا، درمان بهزیستی که با هدف افزایش بهزیستی روانشناختی در مراجعین به وجود آمده است، یکی از مداخلات روانشناسی مثبت نگر (PPIs) محسوب می شود که منطبق و بنیان آن، بر متفاوت قائل شدن بین تفکر مثبت و انتظارات غیر واقعی و همچنین افزایش بهزیستی روانشناختی استوار می باشد. چنین امری به نوبه خود نه تنها باعث کاهش پریشانی بلکه سبب افزایش بهبودی فرد با توجه به شرایط و مقتضیات محیطی پیرامون می شود (۱۸). درمان بهزیستی روانشناختی هدفمند، مشکل مدار و بر اساس الگوی آموزشی است. تکنیک اصلی مورد استفاده در این درمان، خویشتن نگری با استفاده از دفترچه یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده میان درمانگر و بیمار است (۱۴). بنابراین با توجه به شیوع روز افزون ناباروری و تأثیرات بلند مدت آن بر سلامت روان زنان (۱۹) و نیز درمان جدید بهزیستی و موفقیت های آن در درمان اختلالات روانی (۱۴، ۱۷) مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر، یک مطالعه شبه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل است که در تابستان ۱۳۹۰ بر روی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز

¹ Ryff & Singer

² Positive Psychological Interventions

³ Depression, Anxiety, Stress Scale-21

است (۲۱). در مطالعه حاضر، تنها از مقياس استرس اين آزمون استفاده شد. روايي و اعتبار اين پرسشنامه در ايران توسط ساساني و جوکار (۱۳۸۶) بر روي ۶۳۸ نفر مورد بررسي قرار گرفته است كه اعتبار بازآزمائي براي زير مقياس استرس برابر ۰/۸ ($P < 0/001$) و ميزان همساني دروني از طريق ضريب آلفا ۰/۸۷ گزارش شده است. مجموع نتايج حاصل از اين مطالعه، نشان دهنده كفايت اين مقياس براي استفاده در ايران است (۲۱). در اين پرسشنامه هر سؤال در يك طيف ليكرت ۴ درجه اي (=۰= اصلاً در مورد من صدق نمي كند تا ۳= كاملاً در مورد من صدق مي كند) نمره گذاري مي شود. ابزار ديگر مورد استفاده در اين پژوهش، مقياس بهزيستي روانشناختي است كه نسخه اصلي آن داراي ۸۴ سؤال است. اين پرسشنامه شش مؤلفه اصلي الگوي بهزيستي روانشناختي را مورد ارزيابي قرار مي دهد. فرد مورد آزمون در يك طيف ليكرت ۶ درجه اي (=۱= كاملاً مخالفم تا =۶= كاملاً موافقم) بايد مشخص كند كه تا چه حد با هر يك از عبارات، موافق يا مخالف است (۲۲). از مجموع امتياز ۸۴ عبارت، نمره بهزيستي روانشناختي به دست مي آيد. بياني و همكاران نيز (۱۳۸۷) به منظور هنجاريابي مقياس بهزيستي روانشناختي در ايران آن را بر روي نمونه اي ۱۴۵ نفری اجرا كردند. ضريب پايابي به روش بازآزمائي مقياس بهزيستي روانشناختي ريف ۰/۸۲ ($P < 0/001$) به دست آمد كه از نظر آماری معنی دار بود (۲۳). همچنين همبستگي اين مقياس با مقياس رضاييت از زندگي، پرسشنامه شادكامي آكسفورد و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ به ترتيب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به

دست آمده است (۲۳). در نتيجه اين پرسشنامه براي استفاده در ايران معتبر مي باشد. محتوای جلسات مداخله ای گروه آزمایش نیز از منابع مرتبط و با پشتوانه پژوهشی (۱۴) تدوين شد. طبق نظر فاوا، جلسات درمانی بهزیستی می توانند به سه بخش ابتدایی، میانی و پایانی تقسیم شوند: جلسات آغازین این درمان بیشتر به تعریف بهزیستی روانشناختی و جایگاه آن در موقعیت های پیرامون فرد اختصاص دارد. بدین ترتیب که از بیماران خواسته شود حوادث روزانه زندگی شان را در یک دفترچه به طور منظم یادداشت کرده و هر حادثه، اتفاق یا مشکل را بر اساس بهزیستی روانشناختی که برای خود در آن موقعیت متصور هستند از صفر تا صد نمره گذاری کنند (۱۴). در جلسات میانی، بیماران تشویق می شوند افکار و باورهای خود را که باعث انقطاع زود هنگام بهزیستی روانشناختی می شود، مشخص کنند. در جلسات پایانی، درمانگر به بازبینی و نظارت بر بهزیستی روانشناختی فرد در موقعیت های گوناگون می پردازد تا آسیب ها و اختلالات ویژه ای که در ابعاد بهزیستی روانشناختی مراجع بر اساس چارچوب ريف وجود دارد، شناسایی شود (۱۸).

یافته ها

برخی از ویژگی های جمعیت شناختی زنان نابارور مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است. همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می شود، نیمی از افراد مورد مطالعه در فاصله سنی ۲۶-۲۲ سال قرار دارند. از نظر سطح تحصیلات، ۱۴ نفر از افراد گروه کنترل و آزمایش (۶۴٪) دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۸ نفر (۳۶٪) دارای مدرک تحصیلی فوق دیپلم و کارشناسی هستند.

جدول ۱- توزیع فراوانی زنان نابارور مورد مطالعه بر حسب برخی از ویژگی های جمعیت شناختی

متغیر	دامنه	فراوانی (درصد)
سن (سال)	۲۲-۲۶	۱۱ (۵۰)
	۲۷-۳۱	۷ (۳۲)
	۳۲-۳۷	۴ (۱۸)
میزان تحصیلات	دیپلم	۱۴ (۶۴)
	فوق دیپلم	۳ (۱۴)
	کارشناسی	۵ (۲۲)
مدت ناباروری (سال)	۲-۳	۱۴ (۶۴)
	۴-۶	۸ (۳۶)

میانگین و انحراف معیار نمرات استرس و بهزیستی روانشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمرات استرس و بهزیستی روانشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

شاخص	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	پیش آزمون	۲۵/۸۱	۳/۱۵	۲۶/۷۲	۴/۳۱
	پس آزمون	۱۴/۵۴	۴/۴۸	۲۷/۰۹	۴/۸۴
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۲۹۷/۷۲	۳۲/۶۴	۳۰۰/۴۵	۲۷/۶۳
	پس آزمون	۳۸۳/۴۵	۳۵/۰۲	۲۸۹/۹۰	۲۵/۷۹

که این آزمون نشان دهنده توزیع نرمال متغیرهای استرس و بهزیستی روانشناختی بود، مدل آماری تحلیل کوواریانس به کار گرفته شد. لازم به ذکر است که پیش فرض های لازم برای انجام تحلیل کواریانس^۲ (برابری واریانس ها و همگنی شیب رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۳ همراه با نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده است.

میانگین استرس و بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش قبل از انجام مداخله درمانی به ترتیب ۲۵/۸۱ و ۲۹۷/۷۲ و پس از انجام مداخله درمانی به ترتیب ۱۴/۵۴ و ۳۸۳/۴۵ بود؛ در حالی که در گروه کنترل میانگین استرس آزمودنی ها در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش و میانگین بهزیستی روانشناختی آنان کاهش یافته است. جهت انتخاب آزمون آماری مناسب، ابتدا از آزمون کولموگروف- اسمیرنف^۱ استفاده شد. از آن جایی

جدول ۳- نتایج تست لون و تحلیل کواریانس تاثیر درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص	درجه آزادی	درجه آزادی	نتایج تحلیل کوواریانس		
			سطح معنی داری	منبع تغییرات	میانگین مربعات
استرس	۱	۲۰	۰/۱۹	پیش آزمون	۹۷/۳۸
	۲	۲۰	۰/۱۹	گروه پیش آزمون*	۱۰/۳۸
بهزیستی روانشناختی	۱	۲۰	۰/۳۵	پیش آزمون	۱۲۷۵۸/۱۸
	۲	۲۰	۰/۳۵	گروه پیش آزمون*	۲۵/۱۱

که سطح معناداری پیش آزمون در شاخص استرس ۰/۰۲۶ و در شاخص بهزیستی روانشناختی ۰/۰۰۰ می باشد که کوچکتر از ۰/۰۵ است، می توان نتیجه گرفت بین میزان استرس و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور در گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر درمان بهزیستی مؤثر واقع شده است.

بر اساس این جدول ۳، سطح معناداری در تست لون و نیز اثر متقابل گروه در پیش آزمون بیشتر از ۰/۰۵ می باشد که نشان می دهد واریانس ها برابر و اثر متقابل وجود ندارد و در نتیجه استفاده از تحلیل کواریانس امکان پذیر می باشد. در تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون استرس و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر وابسته، گروه به عنوان متغیر ثابت و نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همگام در نظر گرفته شد. از آن جایی

²Analysis of Covariance

¹Kolmogorov-Smirnov test

بحث

ناباروری، استرس مزمنی است که می تواند مشکلات روانشناختی بسیاری را برای زوجین ایجاد کند؛ تا آن جایی که دمار و همکاران (۱۹۹۳) معتقدند ناباروری از نظر ایجاد طیف وسیعی از نشانه های روانشناختی باید در ردیف سایر بیماری های مهم جسمانی همچون سرطان، بیماری های قلبی و غیره قرار گیرد (۲۴). به طور کلی، میزان شیوع مشکلات روانشناختی در زوجین نابارور بین ۲۵ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (۴). لازم به ذکر است که در مطالعات انجام شده در این زمینه، مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری در زنان بیش از مردان مورد تأکید قرار گرفته است؛ زیرا بسیاری از زنان، مادر شدن را به عنوان بخش مهمی از هویت زنانه خود تلقی می کنند. چنین یافته هایی باعث شده که لزوم درمان های روانشناختی برای زنان نابارور بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

در این راستا، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان بهزیستی بر میزان استرس و بهزیستی روانشناختی زنان نابارور انجام شد. نتایج بررسی ها در جدول ۳ نشان می دهد که درمان بهزیستی به طور معناداری باعث افزایش میزان بهزیستی روانشناختی و به تبع آن، کاهش میزان استرس در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه می شود. در سایر مطالعات انجام شده مشابه مطالعه حاضر آورده شده زنان ناباروری که از فنون شناختی- رفتاری استفاده می کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسأله از نظر شناختی با موقعیت استرس زا به کار می گیرند و در نتیجه از سلامت روانی بالاتری برخوردار خواهند شد (۱۲). نتایج حاصل از چندین مطالعه در ایران نیز مؤید این مطلب است؛ به عنوان مثال ثابت شده است که مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری باعث کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش احتمال باروری، بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی زنان نابارور می شود (۱۱-۱۳). سایر فنون شناختی نظیر بازسازی شناختی و آرام سازی تنفسی در کاهش اضطراب زنانی که برای اولین بار جهت IUI اقدام کرده بودند (۲۵) یا زنان نابارور تحت درمان

اولیه با انتقال داخل لوله ای گامت^۲، انتقال داخل لوله ای زیگوت^۳ به طور معنی داری مؤثر بوده است (۲۶). مطالعه نوربالا و همکاران نیز نشان داد مداخلات روانپزشکی (دارو درمانی و درمان شناختی- رفتاری) در ارتقاء سلامت روان (کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی) زنان نابارور مؤثر است (۲۷، ۲۸).

همان گونه که مشاهده می شود در مطالعات گذشته بیشتر به عوامل هیجانی منفی نظیر اضطراب و افسردگی توجه شده و عوامل هیجانی مثبت کمتر در نظر قرار گرفته شده اند. در حالی که بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی انسان فراتر از فقدان بیماری ها است (۲۹) و تعریف صحیح و جامع سلامتی انسان باید بر اساس وجود معیارهای مثبتی همچون رفاه و بهزیستی استوار گردد. امروزه متخصصین به این نتیجه رسیده اند که وجود عاطفه مثبت، نقطه مقابل و یا در تضاد با عاطفه منفی نمی باشد (۱۷)؛ بنابراین نمی توان ادعا کرد که با استفاده از رویکردهایی همچون درمان شناختی- رفتاری که تمرکز عمده آنها تنها بر کاهش نشانه های منفی است می توان باعث ایجاد عاطفه مثبت در بیماران و ارتقاء سلامت روان در آنان شد (۱۴).

در مطالعه حاضر، در راستای توجه به عوامل مثبت در زندگی بیماران، درمان بهزیستی به کار رفته است که شاخه ای نوین و مثبت گرا از درمان شناختی- رفتاری محسوب می شود. لازم به ذکر است عدم توجه به عواطف مثبت در بیماران، نه تنها باعث تشدید عواطف منفی آنان شده بلکه باعث می شود بیماران به طور کلی وقوع حوادث مثبت و سازنده را در زندگی خود انکار کنند. به گونه ای که طبق نظر فاوا در جلسات اولیه درمان، اکثر بیماران بر داشتن احساس بهزیستی پایین در موقعیت های مختلف زندگی خود تأکید می کنند اما با پیشرفت جلسات درمان و تلاش درمانگر برای یافتن لحظاتی از زندگی (چه در جلسه درمان و چه در خارج از آن) که فرد احساس بهزیستی بالایی را تجربه می کند، بیمار قادر به یافتن احساسات مثبت خود و ثبت آن در دفترچه یادداشت روزانه می شود

² Gamete Intra Fallopian Transfer

³ Zygote Intra Fallopian Transfer

¹ Intra Uterine Insemination

در انتها قابل ذکر است به دلیل نوین بودن کاربرد درمان بهزیستی چه در حوزه روان درمانی به طور عام و چه در حوزه مداخلات و حمایت های روانی به کار گرفته شده در زمینه ناباروری، به کارگیری این شیوه درمانی در قالب طرح های تک آزمودنی، آزمایشی و مقایسه ای ضروری به نظر می رسد. علاوه بر این به علت تعداد کم آزمودنی ها و همچنین عدم وجود مرحله پیگیری، نتایج این پژوهش را باید با احتیاط لازم تفسیر نمود. همچنین پیشنهاد می شود روش درمانی حاضر برای زنان نابارور با علت ناباروری مشترک (زنانه و مردانه) و مردان نابارور نیز انجام گیرد. به علاوه، توجه به سلامت روان مبتلایان به ناباروری، می تواند باعث کاهش مشکلات ناشی از ناباروری در جامعه همچون کاهش میزان چند همسری و طلاق و افزایش سلامت روان افراد شود.

نتیجه گیری

درمان بهزیستی باعث افزایش بهزیستی روانشناختی و به تبع آن، کاهش استرس در زنان نابارور می شود. لذا با توجه به مؤثر بودن این درمان بر کاهش مشکلات روانشناختی پیشنهاد می شود به ضرورت کاربرد درمان های روانشناختی در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری توجه شود.

تشکر و قدردانی

با حمد و ثنای خالق هستی، بدینوسیله از سرکارخانم اسحاقی، سرپرستار محترم مرکز تحقیقاتی و درمانی منتصریه و سایر پرسنل محترم این مرکز و همچنین از کلیه عزیزانی که در انجام این پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

(۱۴). نس (۱۹۹۱) معتقد است علت ناتوانی بیماران در مشخص نمودن احساسات مثبت آن است که به طور کلی احساسات و تجربیات منفی بسیار آسان تر از احساسات و تجربیات مثبت درک شده و یا در آینده به خاطر آورده می شوند. بنابراین وظیفه رویکردهای روان درمانی آن است که بر کاهش توجه و یادآوری خاطرات منفی و افزایش توجه مثبت و سازنده به خاطرات مثبت تأکید ورزند (۳۰)؛ وظیفه ای که درمان بهزیستی، با تشویق بیماران به ثبت حوادث مثبت زندگی و سپس تعیین میزان شدت احساس بهزیستی در هر موقعیت انجام می دهد. لازم به ذکر است که درمان بهزیستی در مطالعات متعدد (۱۷) به کار رفته و نشان می دهد که افزایش بهزیستی روانشناختی و توجه به نکات مثبت و سازنده در زندگی بیماران (به جای توجه نشانه های منفی و تلاش برای از بین بردن آنان) سبب بهبود و کاهش پریشانی، استرس، افسردگی، اضطراب و نیز آسیب پذیری بیماران نسبت به پیدایش مجدد اختلالات در شرایط آسیب زا می شود (۱۵،۱۶).

در خصوص استفاده از گروه درمانی در این مطالعه، ذکر این نکته ضروری است که استفاده از درمان های گروهی برای بیماران نابارور نسبت به درمان های انفرادی منافع بیشتری را به دنبال دارند، زیرا ملاقات افراد در گروه، این فرصت را برای بیماران نابارور فراهم می کند تا علاوه بر درک این موضوع که مشکل منحصر به فردی ندارند، تجربیتهای خود را گسترش بخشند. داده و راهبردهای مقابله ای خود را گسترش بخشند. علاوه بر این شرکت در گروه باعث می شود که اطلاعات ارزشمندی را در مورد روش برخورد دیگران با ناباروری به دست آورند (۳۱).

منابع

1. Drosdzol A, Skrzypulec, V. Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. J Psychosom Obstet Gynecol 2009 Mar;30(1):11-20.
2. Haemmerli K, Znoj H, Burri S, Graf P, Wunder D, Perrig-Chiello P. Psychological interventions for infertile patients: a review of existing research and a new comprehensive approach. Couns Psycho Res 2008 Dec;8(4):246-52.
3. Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. Issues Ment Health Nurs 2002 Jan-Feb;23(1):31-41.
4. 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.

5. Shapiro CH. Therapy with infertile Heterosexual couples: It's not about gender-or is it?. *Clin Soc Work J* 2009;37:140-9.
6. Abbasi-shavazi MJ, Ashghani-khanghah A, Razeghi-Nasrabad HB. [Women and infertility experience: a case study of Tehran] [Article in Persian]. *Woman Stud* 2006;3(3):91-113.
7. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihi-Imani Z, Gha-shang N, Pato M. [Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples] [Article in Persian]. *J Reprod Infertil* 2001;2(4):22-32.
8. Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. [A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problem] [Article in Persian]. *Iran J Psychiat Clin Psychol* 2006;12(2):146-53.
9. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia:Wolter Kluwer; 2007.
10. Wischmann T. Implication of psychosocial support in infertility--a critical appraisal. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008 Jun;29(2):83-90.
11. Choobforoushzade A, Kalantari M, Molayi H. [The effectiveness of cognitive behavioral stress management on subjective well-being in infertile women] [Article in Persian]. *J Clin Psychol* 2010;1(4):1-9.
12. 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.
13. Choobforoushzade A, Kalantari M, Molayi H. [The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on quality of life in infertile women] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Inferti* 2011 Spring;14(1):14-21.
14. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol Med* 1998 Mar;28(2):475-80.
15. Rafanelli C, Park SK, Fava GA. New psychotherapeutic approaches to residual symptoms and relapse prevention in unipolar depression. *Clin Psychol Psychother* 1999;6:194-201.
16. Fava GA, Ruini C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2003 Mar;34(1):45-63.
17. Moeenizadeh M, Kumar K. Well-being therapy (WBT) for depression. *Int J Psycholl Stud* 2010;2(1):107-115.
18. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. *J Personal Soci Psychol* 1989;57(6):1069-81.
19. Hinton L, Kurinczuk JJ, Ziebland S. Infertility; isolation and the internet: a qualitative interview study. *Patient Educ Couns* 2010 Dec;81(3):435-41.
20. Bijari H, Ghanbari HashemAbadi BA, Aghamohammadian Sherbaf HR, Homayi Shandiz F. [Effects of hope-based group therapy on the pro,otion of hope in women with breast cancer] [Article in Persian]. *Stud Edu Psychol* 2010;10(1):171-84.
21. Sasani S, Jokar B. [Studying reliability and validity of the short-form version of the depression anxiety stress scale] [Article in Persian]. *J Soc Sci Hum Shiraz Univ* 2007;26(3):65-77.
22. Ruini C, Ottolini F, Rafanelli C, Tossani E, Ryff CD, Fava G. The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychother Psychosom* 2003 Sep-Oct;72(5):268-75.
23. Bayani AS, Koocheky AM, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;14(2):146-51.
24. Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman, R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1993;14 Suppl:45-52.
25. Heidari P, Latifnejad R, Sahebi A, Jehanian A, Mazlom SR. Impact of cognitive behavior therapy on anxiety level in primary infertile women undergoing IUI. *J Reprod Infertil* 2002;3(3):5-14.
26. Gharai V, Mazaheri MA, Sahebi A, Peivandi S, Agha-Hossinie M. Effect of behavioral-cognitive education on reduction of anxiety in women with primary infertility who undergo GIFT and ZIFT. *J Reprod Infertil* 2004;5(2):170-80.
27. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Malek-Afzali H, Abedinia N, Rahimi-Forooshani A, Shariat M. [Effectiveness of psychiatric interventions on depression rate in infertile couples referred to Vali-Asr Reproductive Health Research Center] [Article in Persian]. *Hakim* 2008;10(4):17-26.
28. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Malek-Afzali H, Abedinia N, Rahimi-Forooshani A, Shariat M. [Effectiveness of psychiatric interventions on quality of life rate in infertile couples referred to Reproductive Health Research Center] [Article in Persian]. *Iran J Psychiatry Clin Psycholo* 2005;13(2):104-11.
29. Keyes CL. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav* 2002 Jun;43(2):207-22.
30. Nesse RM. What good is feeling bad?: the evolutionary benefits of psychic pain. *Sciences* 1991 Nov-Dec;31:30-7.
31. Speroff L, Glass RH, Kase NG. *Clinical gynecology endocrinology & infertility*. 6th ed. Baltimore:Lippincott Williams & Wilkins;1999.