

اثربخشی مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان نابارور

گلاره مطیعی^{۱*}، علیرضا آقا یوسفی^۲، فرزانه چوبساز^۳ و فرهاد شقاقی^۴

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۴؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۰/۴/۱۹؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۷/۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر تعیین درجه تاثیر مقابله با تنیدگی بر احساس تنهایی زنان نابارور بود. **روش:** روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پس از ۳ هفته بود. از بین ۲۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به درمانگاه ناباروری دکتر چوبساز در کرمانشاه، ۴۰ زن نابارور داوطلب شرکت در پژوهش شدند، و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون هر دو گروه همزمان به مقیاس‌های احساس تنهایی راسل، پپلاو و کورتونا (۱۹۸۰) و نسخه کوتاه افسردگی بک (۲۰۰۰) جهت تعیین روایی مقیاس احساس تنهایی، پاسخ دادند. در مرحله بعد، در گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه، مقابله درمانگری ارائه شد و در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. سپس هر دو گروه به‌طور همزمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بعد از ۳ هفته با مقیاس احساس تنهایی آزمون شدند. به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات احساس تنهایی و زیر مقیاس‌های انزوا، اجتماعی بودن، نداشتن فردی صمیمی و احساس تنهایی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است. **نتیجه‌گیری:** مقابله درمانگری می‌تواند روش مؤثری برای کاهش احساس تنهایی، انزوا و افزایش ارتباطات اجتماعی زنان نابارور باشد.

کلید واژه‌ها: احساس تنهایی، زنان نابارور، مقابله درمانگری.

E-mail: g_motiei@yahoo.com

*۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد، مشاور دانشگاه علمی کاربردی کرمانشاه

۲. استادیار دانشگاه پیام نور قم

۳. متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی، درمانگاه ناباروری چوبساز کرمانشاه

۴. استادیار دانشگاه پیام نور تهران

مقدمه

نازایی به یک سال باردار نشدن به‌رغم مقاربت و عدم استفاده از روش‌های ضد بارداری اطلاق می‌شود، که شیوع آن ۱۰-۱۵ درصد زوج‌های در سنین باروری است (اسپیروف، ۱۹۹۹). استرس ناشی از ناباروری از جمله استرس‌هایی که به شدت بر ساختار روانی و روابط بین فردی شخص تاثیرگذار است (گلشنی، ۱۳۸۳). به عبارتی ناباروری یکی از عمده‌ترین وقایع استرس‌زای زندگی و ممکن است بر جنبه‌های مختلف زندگی زوجین تاثیر بگذارد. به این دلیل ناباروری از نظر زوجین جزء تلخ‌ترین تجارب زندگی محسوب می‌شود و از آنجایی که باروری و تولید مثل در اکثر فرهنگ‌ها از جمله ایران از ارزش بالایی برخوردار است ناباروری می‌تواند فشارهای زیادی به زوجین وارد کند که سلامت روانی و جسمانی آن‌ها را به مخاطره اندازد و زمینه ابتلا آن‌ها را به اختلال‌های روان‌شناختی افزایش دهد (توفیقی، ۱۳۸۶).

مدت‌ها است که روان‌شناسان بالینی دریافته‌اند که حالت‌های عاطفی می‌توانند بر اختلال‌های جسمانی تاثیرگذار باشند. ارتباط میان تنیدگی روان‌شناختی و بیماری‌های جسمی اخیراً مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته است، اما اینک شواهد نشان می‌دهند که تقریباً هر اختلال جسمانی از سرطان گرفته تا سرماخوردگی ساده می‌تواند تا حدودی منشأ روانی داشته باشد. بنابراین چاپ‌های اخیر کتاب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱، دارای فهرستی کوتاه از اختلال‌های روانی-جسمانی ویژه است؛ در عوض طبقه‌ای فراگیر تحت عنوان «عوامل روان‌شناختی موثر بر شرایط جسمانی» وجود دارد (آقایوسفی، ۱۳۷۸).

از دست دادن منزلت شخصی یا اجتماعی، طلاق و هر آنچه که هویت شخص را زیر سؤال ببرد، می‌تواند تنیدگی نامیده شود (آرنر و استچواتر^۲، ۲۰۰۰). هر چه فرد بیشتر تحت تأثیر عوامل تنیدگی‌زای نیرومند قرار گیرد، از لحاظ جسمانی و روانی ضعیف‌تر می‌شود و در نتیجه توانایی مقابله‌اش کاهش می‌یابد. بنابراین، مهارت‌های مقابله‌ای می‌تواند یکی از عوامل مهم در تعیین و تجربه سلامتی محسوب شود (بولتمن کانت، کاسای، ون دین، برنت^۳، ۲۰۰۲). زیرا مردم اثرات زیان‌بخش عوامل تنیدگی‌زا را می‌توانند با راهبردهای مقابله‌ای کاهش دهند (پاتن و وانگ^۴، ۲۰۰۲).

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که ناباروری و نگرش نسبت به آن، ممکن است زوجین را با آشفتگی‌های هیجانی مواجه می‌سازد، پژوهشگران در مورد افراد نابارور، به‌ویژه ضمن و پس از

1. Spirofe
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
3. Rnner & Schwarter
4. Bultmann, Kant, Kasi, Van den & Bran
5. patten & Wang

درمان‌های طولانی مدت و بعضاً ناموفق، بروز رفتارهای تکانشی، خشم‌های پراکنده، افسردگی، احساس درماندگی، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش، و باورهای منفی نسبت به خود را، گزارش نموده‌اند (فیضی برناجی، ۱۳۸۱).

اکثر زوج‌های نابارور، احساس تنهایی را تجربه می‌کنند که این احساس با برخوردهای نابجای اطرافیان تشدید می‌گردد احساس تنهایی برداشت ذهنی فرد از کمبود و یا فقدان روابط رضایت بخش اجتماعی است. این گونه تنهایی، هم ناخواسته و هم ناخوشایند و هم دراز مدت است (حجت، شاپوریان و معانی، ۱۳۸۷). زمانی که سیستم حمایت اجتماعی سنتی هماهنگ با نیازهای زوجها نباشد، احساس تنهایی می‌تواند منجر به کناره‌گیری اجتماعی و افزایش شدت انزوا شود (جکوبسون^۱، ۲۰۰۳). هم زنان و هم مردان نابارور احساس تنهایی اجتماعی و انزوا را گزارش کرده‌اند، اما در کل زنان احساس انزوا مکرر و بیشتری را گزارش کرده‌اند (نیوتن، شرارد و گلاواک^۲، ۱۹۹۹).

شواهد فراوانی نشان می‌دهد مشکلات روان‌شناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد. از طرفی افرادی که از آرامش خاطر و سلامت روانی برخوردارند، چون فشارهای روحی کمتری را تجربه می‌کنند، احتمال باروری آنان افزایش می‌یابد (دومار، پنزیاس، دوسیک، آمورا، دالیا، نیلسون و دبیکا^۳، ۲۰۰۵).

پژوهشگران دریافته‌اند در دوره‌ای که یک زن به طور فعال تحت درمان فناوری های کمک باروری^۴ است؛ بیشترین استرس و اضطراب نسبت به هر زمان دیگری در فرایند باروری تولید می‌شود. همچنین زنان ممکن است به‌طور نسبی بعد از شکست یک دوره از لقاح آزمایشگاه‌هی^۵ نسبت به پریشانی‌های روان‌شناختی آسیب پذیر شوند (ویوور، گلیفورد، های و رابینسون^۶، ۱۹۹۷). لذا مقابله و کنار آمدن با این استرس امری بسیار مهم و ضروری است (خدادادی، ۱۳۸۳).

برای رویارویی با موقعیت‌های تنیدگی‌زا، نه تنها فرد نیاز به آشنایی با انواع راهبردهای مقابله‌ای دارد، بلکه شدیداً به تمرینی نیاز دارد که وی را قادر سازد، در موقعیت‌های مشابه و ناگهانی تنیدگی‌زا به جای به‌کار بستن راهبردهای ناموفق عادی، مقابله‌ای مناسب داشته باشد.

1. Jacobson

2. Newton, Sherrard & Glavac

3. Domar, Penzias, Dusek, Amora, Dallia, Nielsen & Debika

4. Assisted Reproductive Technologies (ART)

5. In Vitro Fertilization (IVF)

6. Weaver, Clifford, Hay & Robinson

این آموزش و تمرین که از نظریه لازاروس و فولکمن^۱ (۱۹۸۴) مشتق شده است «مقابله درمانگری» نام دارد. از نظر فولکمن و لازاروس، مقابله شامل تلاش‌های رفتاری شناختی برای کاهش یا مهار تنیدگی‌هایی با منشاء بیرونی یا درونی و یا تعارض ناشی از این دو منبع است. بر اساس آخرین دسته‌بندی آن‌ها، هشت راهبرد مقابله‌ای وجود دارد که شامل مقابله رویاروگر^۲، دوری جویی^۳، خویشتن‌داری (خود مهارگری)^۴، جستجوی حمایت اجتماعی^۵، مسئولیت پذیری^۶، گریز و اجتناب^۷، حل مدبرانه مسئله^۸، و باز برآورد مجدد مثبت^۹ است.

در کنار تمام منابع و عوامل تنیدگی‌زا، سطح تنیدگی تجربه شده توسط هر شخص به مقدار زیادی بستگی به توانایی شیوه‌های مقابله، نحوه ادراک و قضاوت او نسبت به این عوامل دارد و چه بسا بیش از خود عوامل تنیدگی‌زای زندگی، در ایجاد بیماری نقش داشته باشد (پاتن و وانگ، ۲۰۰۲). بنابراین ضروری است که به موضوع مقابله با استرس بیش از پیش توجه شود؛ چه ممکن است بتوان با اصلاح راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور به سلامت روان، کاهش احساس تنهایی و استرس آن‌ها کمک کرد؛ و از طرفی با استفاده از راهبردهای مقابله موثر و فعال آنان را به ادامه درمان امیدوار نمود و سبب نتیجه‌گیری بهتری از فرایند درمان ناباروری شد. در کل هدف پژوهش حاضر تعیین درجه تأثیر روش مقابله با تنیدگی بر احساس تنهایی زنان نابارور و فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بود.

۱. مقابله درمانگری احساس تنهایی زنان نابارور را کاهش می‌دهد.
۲. مقابله درمانگری انزوای زنان نابارور را کاهش می‌دهد.
۳. مقابله درمانگری اجتماعی بودن زنان نابارور را افزایش می‌دهد.
۴. مقابله درمانگری احساس نداشتن فرد صمیمی زنان نابارور را کاهش می‌دهد.
۵. مقابله درمانگری نداشتن احساس تنهایی زنان نابارور را کاهش می‌دهد.

-
1. Folkman & Lazarous
 2. confronting coping
 3. distancing
 4. self – controlling
 5. seeking social support
 6. accepting responsibility
 7. escape – avoidance
 8. planful problem solving
 9. positive reappraisal

روش

روش پژوهش از لحاظ هدف، کاربردی و از نظر روش‌شناسی، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به مدت ۳ هفته بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی دکتر چوبساز به تعداد ۲۰۰ نفر بود که از میان آن‌ها ۴۰ نفر داوطلب به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. دلاور (۱۳۸۷) در روش آزمایشی حداقل ۱۵ نفر را برای هر گروه توصیه کرده است. در شرایطی که انتخاب نمونه به صورت تصادفی وجود ندارد جهت همسان سازی گروه گواه و آزمایش اغلب از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌هایی که به مشارکت در پژوهش علاقه‌مندند استفاده می‌شود.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس احساس تنهایی دانشگاه کالیفرنیا، لس‌آنجلس^۱. این مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط راسل، پیلاو و کورتونا^۲ در دانشگاه لوس آنجلس کالیفرنیا ساخته شد و شامل ۲۰ ماده است. میزان احساس تنهایی با توجه به نمره‌ای که هر آزمودنی بر اساس مقیاس احساس تنهایی به دست می‌آورد، محاسبه خواهد شد. در پژوهش، داورپناه (۱۳۷۲) وجود ۴ عامل در مقیاس تشخیص داده شد. این عوامل «انزوا» با شماره مواد ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۸؛ «اجتماعی بودن» با شماره مواد ۱، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۰؛ «نداشتن فردی صمیمی» با شماره مواد ۲، ۳، ۷؛ و ماده شماره ۴ «نداشتن احساس تنهایی» نام گرفتند که در مقیاسی چهار گزینه‌ای از نوع لیکرت نمره گذاری می‌شود. در این مقیاس‌ها یک = هرگز و چهار = بیشتر اوقات و نمره به دست آمده، بین ۲۰ الی ۸۰ است. گزارش ضریب آلفا = $0/94$ برای این مقیاس، نشان دهنده همسانی درونی زیاد این مقیاس و برای بررسی احساس تنهایی ابزاری قابل اعتماد است. از نظر روایی در این پژوهش در زنان نابارور همبستگی معنادار $0/56$ بین مقیاس احساس تنهایی و مقیاس کوتاه افسردگی بک^۳ به دست آمد که با توجه به تعداد ۴۰ نفر نمونه بیانگر روایی نسبتاً بالای مقیاس است. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر، بالا و برابر با $0/71$ بود.

۲. روش مقابله درمانگری. پایه نظری این روش درمانی از نظریه‌های تنیدگی و مقابله لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) توسط آقاییوسفی (۱۳۷۸)، اقتباس و معرفی شد و در پژوهش‌های آقاییوسفی (۱۳۸۰، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۵) اثربخشی آن تأیید شد. اجرای آن در پژوهش حاضر بر پایه برنامه‌ای

1. Loneliness scale University of California, Los Angeles (UCLA)

2. Russell, Peplau & Curtone

3. Beck Depression Inventory BDI

است که آقاییوسفی پیشتر (۱۳۷۸، ۱۳۸۰ و ۲۰۰۴) توضیح داده است. بدلیل انعطاف پذیری بالای این فن، برای هر مراجع براساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راه‌های مقابله‌ای فرد، طرح درمانی معینی ترتیب داده می‌شود، فرایند کلی مقابله درمانگری بر اساس برنامه به صورت زیر است. جلسه ۱. در این جلسه تنیدگی توصیف شد. سپس راه‌های مقابله‌ای و فرایند انتخاب راه مقابله‌ای موثر توضیح داده شد.

جلسه ۲. پس از تفسیر نتایج پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای شرکت کنندگان، راه‌های مقابله‌ای دیگری که هر یک می‌توانستند به‌کارگیرند، بررسی شد.

جلسه ۳. در این جلسه مهمترین تنیدگی هفته گذشته فرد، کارآمدی مقابله‌ای او و بحث در خصوص راه‌های مقابله‌ای مؤثرتری که فرد می‌توانست به‌کارگیرد، بررسی شد. شرکت کنندگان ضمن حفظ محتوای جلسه تا پایان دوره، هر روز می‌بایستی در فاصله یک هفته‌ای جلسات، مهمترین رویداد تنیدگی‌زا و راه‌های مقابله‌ای خود و میزان کارآمدی آن‌ها را در کاهش تنیدگی یادداشت، و در طی جلسه درباره آن‌ها صحبت کنند.

جلسه ۴ تا ۸. مهمترین تنیدگی هفته گذشته فرد، کارآمدی مقابله او بررسی شد. سپس درباره راه‌های مقابله‌ای مؤثرتری که فرد می‌توانست به‌کارگیرد بحث شد.

شیوه اجرا. در مرحله پیش‌آزمون، خانم‌های نابارور هر دو گروه، به مقیاس‌های احساس تنهایی، و نسخه کوتاه افسردگی بک که برای تعیین روایی مقیاس احساس تنهایی به کار گرفته شده بود، پاسخ دادند. سپس مقابله درمانگری فقط به گروه آزمایش هفته‌ای یکبار طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای ارائه شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمانی هر دو گروه به طور همزمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بعد از ۳ هفته از اتمام جلسات آزمون شدند و در انتها نیز مقابله درمانگری به گروه گواه که در فهرست انتظار درمان قرار داشتند، ارائه شد.

یافته‌ها

۶ نفر از گروه آزمایش به‌دلیل باردار شدن (۴ نفر در مرحله پس‌آزمون و ۲ نفر در مرحله پیگیری) از گروه حذف شدند و ۴ نفر از گروه گواه (۲ نفر در مرحله پس‌آزمون و ۲ نفر در مرحله پیگیری) به دلایلی در پژوهش شرکت نکردند. در نتیجه در دو گروه، ۱۰ نفر افت آزمودنی وجود داشت. هر دو گروه آزمایش و گواه از دامنه سنی یکسانی برخوردار بودند. اما با این وجود گروه گواه اندکی مسن‌تر از گروه آزمایش به‌نظر می‌رسد. همچنین در مجموع از ۳۰ نفری که در هر سه نوبت آزمون حضور داشته‌اند نسبت سطح تحصیلاتی دو گروه برابر به نظر می‌رسد اما با این وجود می‌توان اذعان کرد که بیشتر افراد گروه آزمایش یعنی ۴۲/۹ درصد (۶ نفر) و اکثریت افراد گروه گواه (۶۲/۵) درصد (معادل ۱۰ نفر) مدرک دیپلم داشتند. نسبت خانه‌دارها در گروه

اثر مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان نابارور

آزمایش بیشتر از گروه گواه و بنابراین نسبت شاغلین در گروه گواه بیشتر از گروه آزمایش بود. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۱. تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر احساس تنهایی دو گروه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

اندازه اثر	F _(2,56) زمان و گروه	F _(2,56) زمان	پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش			۶/۹۴	۳۳/۸۵	۷/۲۱	۳۴/۷۱	۸/۸۹	۴۴/۵۷
گواه	۰/۵۸	۳۹/۰۱**	۵/۹۴	۴۸/۹۴	۷/۳۹	۴۹/۶۸	۷/۰۴	۴۶
کل		۱۰/۶۹**	۹/۹۲	۴۱/۹۰	۱۰/۴۵	۴۲/۷	۷/۸۴	۴۵/۳۳

**P < ۰/۰۱

جدول ۱ نشان می دهد بین نمرات احساس تنهایی زنان نابارور دو گروه آزمایش و گواه، با توجه به تعامل زمان با گروه، در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار است. نمرات احساس تنهایی گروه آزمایش پس از مقابله درمانگری در پس آزمون و در پیگیری کاهش پیدا کرده است. در حالی که نمرات گروه گواه در سه مرحله آزمون تقریباً ثابت مانده و حتی اندکی افزایش یافته است. با توجه به این که احساس تنهایی دارای چهار خرده مقیاس (انزوای اجتماعی بودن، نداشتن فرد صمیمی، نداشتن احساس تنهایی) است.

جدول ۲. تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر انزوای دو گروه در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

اندازه اثر	F _(2,56) زمان و گروه	F _(2,56) زمان	پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون	
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایش			۱/۹۴	۷/۳۵	۲/۵۷	۷	۲/۹۹	۹/۷۱
گواه	۰/۱۹	۶/۷۱**	۲/۸۰	۱۰	۲/۹۲	۹/۸۷	۲/۷۹	۹/۹۴
کل		۶/۸۵**	۲/۷۵	۸/۷۶	۳/۰۸	۸/۵۳	۲/۸۴	۹/۸۳

**P < ۰/۰۱

جدول ۲ نشان می دهد که نمرات انزوای زنان نابارور در گروه آزمایش پس از مقابله درمانگری در پس آزمون کاهش و در پیگیری اندکی افزایش یافته است، ولی همچنان اختلاف چشمگیری با نمرات افراد قبل از آموزش دارد و از آن کمتر است. در حالی که نمرات گروه گواه در سه مرحله آزمون تقریباً ثابت بوده و تغییر محسوسی نداشته است.

جدول ۳. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر اجتماعی بودن دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

اندازه اثر	F _(2,56) زمان وگروه	F _(2,56) زمان	پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
			۴/۰۴	۳۰/۲۱	۴/۰۱	۲۹/۵	۵/۶۵	۱۷/۶۴	آزمایش
۰/۱۲	۳/۹۸**	۲۸/۳۷**	۵/۴	۲۴	۶/۰۷	۲۴/۰۶	۵/۰۵	۱۸/۴۳	گواه
			۵/۶۹	۲۶/۹	۵/۸۴	۲۶/۶۳	۵/۲۶	۱۸/۰۷	کل

**P<۰/۰۱

جدول ۳ نشان می‌دهد که نمرات اجتماعی بودن گروه آزمایش پس از مقابله درمانگری، در پس‌آزمون افزایش یافته و در پیگیری این روند افزایشی را حفظ کرده است. نمرات گروه گواه نیز روند افزایش داشته، اما این روند نسبت به روند افزایشی گروه آزمایش کندتر است. در مجموع می‌توان تاثیر آموزش مقابله درمانگری بر اجتماعی بودن زنان نابارور را مثبت ارزیابی کرد.

جدول ۴. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نداشتن فرد صمیمی دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

اندازه اثر	F _(2,56) زمان وگروه	F _(2,56) زمان	پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
			۱/۴۳	۵/۰۷	۱/۵۹	۴/۹۳	۲/۰۴	۶/۷۸	آزمایش
۰/۲۵	۹/۳۲**	۳/۵۳*	۱/۹۲	۸/۱۲	۲/۰۳	۸	۲/۴۴	۷/۶۲	گواه
			۲/۲۹	۶/۷۰	۲/۳۸	۶/۵۷	۲/۲۷	۷/۲۳	کل

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

جدول ۴ نشان می‌دهد که نمرات نداشتن فرد صمیمی گروه آزمایش پس از مقابله درمانگری در پس‌آزمون کاهش یافته و در پیگیری اندکی افزایش پیدا کرده است، ولی همچنان اختلاف چشمگیری با نمرات افراد قبل از آموزش دارد، در حالی که نمرات گروه گواه در سه مرحله آزمون تقریباً ثابت بوده و حتی روند افزایشی داشته است.

جدول ۵. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نداشتن احساس تنهایی دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

اندازه اثر	F _(2,56) زمان وگروه	F _(2,56) زمان	پیگیری		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
			۰/۸۲	۳/۲۸	۰/۷۶	۳/۴۲	۱/۱۵	۲/۳۶	آزمایش
۰/۱۲	۳/۳۷*	۱/۲۷	۰/۸۱	۲/۴۳	۰/۹۱	۲/۱۸	۱/۰۳	۲/۵۶	گواه
			۰/۹۱	۲/۸۳	۱/۰۴	۲/۷۶	۱/۰۷	۲/۴۷	کل

*P<۰/۰۵

جدول ۵ نیز نشان می‌دهد که نمرات نداشتن احساس تنهایی گروه آزمایش پس از مقابله درمانگری در پس‌آزمون افزایش و در پیگیری اندکی کاهش یافته است، ولی همچنان از نمرات افراد قبل از آموزش بیشتر است. در حالی که نمرات گروه گواه در سه مرحله آزمون تقریباً ثابت بوده و حتی در پس‌آزمون روند کاهشی داشته است. در مجموع می‌توان استنباط نمود که آموزش مقابله درمانگری بر نداشتن احساس تنهایی زنان نابارور تاثیر مثبت دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان از تاثیر مثبت آموزش مقابله درمانگری بر کاهش احساس تنهایی زنان نابارور دارد. با توجه به نظریات فولکمن و لازاروس (۱۹۸۴) که تنیدگی را به رابطه بین محیط و فرد نسبت می‌دهند و می‌جوسکوویک^۱ (۱۹۸۸)، که نقش پر قدرتی برای نیروی انگیزشی روابط اجتماعی قائل است می‌توان گفت مقابله درمانگری سبب کاهش احساس تنهایی زنان نابارور می‌شود. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های کی لو چو^۲ (۲۰۰۴)، لوکسی و واک^۳ (۱۹۹۹)، شاکری، حسینی، گلشنی، صادقی و فیض‌الهی (۱۳۸۵) و فراهانی (۱۳۸۰) که احساس تنهایی را در زنان نابارور گزارش کرده‌اند همسو است. همچنین با توجه به این که استفاده و آموزش راهبردهای مقابله‌ای، شامل ابعادی مانند راهبرد حل‌مدبرانه مسئله که معرف راهبردهای مسئله‌مدار و شناختی است نه تنها می‌تواند احساس تنهایی و انزوای زنان نابارور را کاهش دهد، بلکه مقابله درمانگری می‌تواند با آموزش روش‌های مقابله‌مدار تعارضات زناشویی را نیز کاهش دهد. که پژوهش‌های توسچن، فلورین، کراوس و پوک^۴ (۱۹۹۹)، دیاموند، کزور، می‌یرز و اسچارف^۵ (۱۹۹۹)، مک ناگتون و بوسویک^۶ (۲۰۰۰)، جکوبسون^۷ (۲۰۰۳)، دلیز و استرواس^۸ (۲۰۰۵)، ربیع‌زاده و کرمی (۱۳۸۱)، حیدری، لطیف‌نژاد، صاحبی، جهانیان و مظلوم (۱۳۸۱) و یونسی (۱۳۸۱) نیز آن را تأیید کرده است.

همچنین نتایج تاثیر مقابله درمانگری بر زیر مقیاس‌های مربوط به احساس تنهایی، در زنان نابارور پژوهش حاضر نشان داد، مقابله درمانگری سبب کاهش انزوا و نداشتن فردی صمیمی در زنان نابارور و افزایش اجتماعی بودن و نداشتن احساس تنهایی زنان نابارور می‌شود. در تأیید

1. Mijuskovic
2. Kee – Lee Chou
3. Lukse & Vacc
4. Tuschen, Florin, Krause & Pook
5. Diamond, Kezur, Meyers & Scharf
6. Mc, Naughton & Bostwick
7. Jacobson
8. De Lize & Strauss

نتایج به دست آمده می‌توان به پژوهش‌های لالوس^۱ (۱۹۸۶)، آبی، اندروز و هلمان^۲ (۱۹۹۵)، جیرکا، اسکات و فاکسال^۳ (۱۹۹۶)، استراوس، هب، استایدینگ^۴ (۱۹۹۸)، نیوتن و شرارد و گلاواک^۵ (۱۹۹۹)، دیاموند و همکاران (۱۹۹۹)، جکوبسون (۲۰۰۳)، یونسی (۱۳۸۱)، اشاره کرد. در رابطه با تأیید اثر بخشی فن مقابله درمانگری پژوهش‌های گاردنر، رز، ماسون، تیلور، کاشوی^۶ (۲۰۰۵)، آقاییوسفی (۱۳۸۰)، حیدری (۱۳۸۷)، داودی فر (۱۳۸۷)، نوبخت (۱۳۸۸)، همسو با نتایج به دست آمده در این پژوهش است. از نتایج حاصل می‌توان به ضرورت ارائه خدمات روان‌شناختی در مراکز درمان ناباروری پی برد. چه احساس تنهایی خود می‌تواند در بردارنده استرس و دیگر پیامدهای روان‌شناختی و در نتیجه منجر به نتیجه نگرفتن از فرایند پر هزینه درمان ناباروری شود. بنابراین جا دارد که درمان‌های روان‌شناختی از جمله روش اجرا شده در پژوهش حاضر که کارآمدی آن نشان داده شد، در مراکز درمان ناباروری به اجرا درآید، باشد که گامی در جهت ارتقاء سلامتی این قشر از جامعه یعنی زنان نابارور برداشته شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به جامعه آماری اشاره کرد که نمونه‌گیری به صورت در دسترس و داوطلبانه بود و این مورد سبب محدودیت حجم نمونه نیز شد. به همین دلیل در این پژوهش یکسان سازی گروه‌ها به دلیل محدودیت حجم نمونه انجام نشد. به دلیل محدودیت نمونه و زمان، امکان مقایسه روش مقابله درمانگری با سایر روان‌درمانگری‌ها وجود نداشت، و به دلیل محدودیت دسترسی به همسران خانم‌های نابارور، درمان فقط در مورد خانم‌ها صورت پذیرفت، بدیهی است در صورت همراهی همسران نتیجه بهتری از درمان گرفته می‌شد. همچنین به دلیل مشکلات مربوط به دسترس نبودن آزمودنی‌ها جلسات تقویتی و یادآور نیز انجام نشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری با استفاده از روش مقابله درمانگری در مورد احساس تنهایی زنان نابارور صورت گیرد و نقش متغیرهایی چون اضطراب، افسردگی، سوگیری‌های شناختی و تنیدگی نیز مطالعه شود. چرا که احساس تنهایی و سبک‌های مقابله می‌توانند در تعامل با متغیرهای مختلف دیگری باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با توجه به اثر مقابله درمانگری در نمونه‌هایی با انواع مختلف ناباروری و با تفکیک جنس در ناباروری انجام شود.

1. Lalos
2. Abbey, Andrews & Halman
3. Jirka, Schuett & Foxall
4. Strauss, Hepp & Staeding
5. Newton, Sherrard & Glavac
6. Gardner, Rose, Mason, Tyler & Cushway

منابع

- آقایوسفی، علیرضا. (۱۳۷۸). معرفی جدیدترین روی آوردهای روان‌درمانگری. چاپ اول، قم: انتشارات شهریار.
- آقایوسفی، علیرضا. (۱۳۸۰). نقش عوامل شخصیتی بر راهبردهای مقابله‌ای و تاثیر روش مقابله درمانگری بر عوامل شخصیتی و افسردگی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.
- اسپیروف، لیون، کیس، ناتان، و گلاس، رابرت. (۱۳۷۹). اندوکوینولوژی بالینی زنان و نازایی / اسپروف. ترجمه رشیدی، شقایق، زاهدی، لیلا، ذکایی، هانیا. جلد ۲، چاپ اول، تهران: نشر طبیب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۹)
- توفیقی، گلبرگ. (۱۳۸۶). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی و ویژگی‌های شخصیتی در زوج‌های بارور و نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری نوید. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- حجت، محمد رضا، شاپوریان، رضا، و معانی، ایرج. (۱۳۸۷). روان‌شناسی بهزیستی. چاپ اول، نشر نیکتاب.
- حیدری، پروانه، لطیف نژاد، رباب، صاحبی، علی، جهانیان، منیره، و مظلوم، سید رضا. (۱۳۸۱). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان IUI. فصلنامه باروری و ناباروری، ۳(۱۱): ۵۱-۴۰.
- حیدری، ربابه. (۱۳۸۷). اثر مقابله درمانگری برای کاهش تنیدگی بیماران زن مبتلا به اختلال عروق کرونر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشگاه پیام نور، دانشکده علوم انسانی.
- خدادادی، محمد. (۱۳۸۳). هنجاریابی پرسشنامه شیوه‌های مقابله با استرس (لازاروس - فولکمن) و مقایسه این شیوه‌ها بین دانشجویان دختر و پسر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشکده علوم انسانی.
- داورپناه، فروزنده. (۱۳۷۲). هنجاریابی نسخه‌ی تجدید نظر شده مقیاس احساس تنهایی UCLA برای دختران ۱۲ تا ۱۸ ساله در تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- داوودی‌فر، آزیتا. (۱۳۸۷). تاثیر مقابله درمانگری بر باورهای خود کارآمد، تنیدگی شغلی و فرسودگی شغلی مدرسان کنسرواتور تهران در سال تحصیلی ۸۷-۱۳۸۶. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، تهران، دانشگاه پیام نور، دانشکده علوم انسانی.
- دلاور، علی. (۱۳۸۷). مبانی نظری و علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ ششم، تهران: انتشارات رشد.

ربیع زاده، زهرا، و کرمی نوری، رضا. (۱۳۸۱). سوگیری‌های شناختی در ناباروری. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۴(۱): ۷۰-۵۵.

شاکری، جلال، حسینی، منیر، گلشنی، صنوبر، صادقی، خیراله، و فیض الهی، وحید. (۱۳۸۵). بررسی سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۷(۳): ۲۷۵-۲۶۹.

فراهانی، محمدنقی. (۱۳۸۰). جنبه‌های روان‌شناختی مقابله و سازگاری با ناباروری و نقش روان‌شناس. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۲(۴): ۶۰-۵۲.

فیضی برناجی، لطف اله. (۱۳۸۱). تعیین میزان سلامت روان، کفایت شخصی و رضایت زناشویی در بانوان متاهل نابارور شهر کرمانشاه. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی.

گلشنی، صنوبر. (۱۳۸۳). بررسی اختلال‌های روحی - روانی در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز آموزش درمانی چهارمین شهید کرمانشاه. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای پزشکی، کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پزشکی.

نوبخت، سحر. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر مقابله درمانگری بر افسردگی، افکار خودکار و بهزیستی روانی دانشجویان دختر خوابگاه‌های دانشگاه ارومیه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. تهران، دانشگاه پیام نور، دانشکده علوم انسانی.

یونس، سید جلال. (۱۳۸۱). استیگما و ناباروری در ایران- راهکارهایی برای مقابله. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۳(۴): ۸۷-۷۳.

Abbey, A., Andrews, F. M., & Hallman. (1995). Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on marital quality of life for infertile individuals? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(3): 455-469.

Agha Yousefi, Alireza. (2004). *The effects of coping therapy (as an innovative technique) in anxiety treatment*, 28th International Congress of Psychology. August 8-13, Beijing, China.

Agha Yousefi, Alireza. (2005). *Coping-Therapy (an innovative cognitive technique) changed some primary personality trait scores: A pilot study*. XIII world congress of psychiatry, September 10-15, Cairo, Egypt.

Bultmann, U., Kant, I. J., Kasl, S.V., & Van den, Brandt, P. A. (2002). Psychosocial work characteristics as risk factors for the onset of fatigue and psychological distress. *Prospective results from the Maastricht cohort Reference: study Psycho med*, 32(2): 333-45.

De Liz, T.M. (2005). Strauss, B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20(5): 1324-1332.

- Diamond, R., Kezur, D., Meyers, M., & Scharf, C. (1999). *Couple therapy for infertility*. Guilford Press. New York.
- Domar, Alice. D., Penzias, Alan., Jeffery, Dusek. A., Magna, Amora., Merai, Dallia., Nielsen, Barbara., & Paul, Debika. (2005). *The stress and distress of infertility: Does religion help women cope?*, *Sexuality, Reproduction & Menopause* , 3(2): 45-51.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* , 5A: 466-475.
- Gardner, B., Rose, J., Mason, O., Tyler, P., & Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work & stress*, 19(2): 137-152.
- Jacobson, Hadassa. T.Billet. (2003). *Religious devotion and the psychocial sequelae of infertility*. Yeshiva university: Submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, 11-103.
- Jirka, J., Schuett, S., & Foxall, M. (1996). Loneliness and social support in infertile couples. *Journal of Gynecologic and Neonatal Nursing*, 25(1): 55-60.
- Kee, C. L., & Iris, C. (2004). Childlessness and psychological well- being in Chinese older adults. *In ternational Journal of Geriatric psychiatry* , 19(5): 449.
- Lalos, A., Lalose, O., Jacobsson, L., & Schoultz, Von. B. (1986). Depression, isolation and guilt among infertile women and their partners. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 5: 197-206.
- Lazarus, R.S.Sc., & Folkman. S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lukse, M. P., & Vacc, N. A. (1999). Grief, depression , and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetric & Gynecology*, 93(2): 254-251.
- Mc naughton, C., & Bostwick, M. (2000). Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, 74(81): 87-93.
- Mijuskovic, B. (1988). Loneliness and adolescent alcoholism. *Adolescence*, 23: 503-516.
- Newton, C.R., Sherrard, M.A., & Glavac., I. (1999). The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility* , 72(1): 54-62.
- patten, S. B. & Wang, J. (2002). the moderating effects of coping strategies on major depression of the general population .*can I psychiatry*, 47:167-173.
- Rnner, B., & Schwarter, R. (2000). Social- cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Journal of health psychology* , 19: 487-895.
- Strauss, B., Hepp, U., & Staeding, G. (1998). Psychological characteristics of infertile couples:can they predict pregnancy and treatment persistence? *J comm Apple Soc Psychol*, 8: 289-301.

- Tuschen, B. C., Florin, I., Krause, W., & Pook, M. (1999). Cognitive-Behavioral Therapy for idiopathic infertile couples. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 68(1): 15-21.
- Weaver, S., Glifford, E., Hay, D., & Robinson, J. (1997). Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Education and Counseling*, 31: 7-18.