

اثر بخشی آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای بر راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور

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

چکیده

زمینه: مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد. هدف از پژوهش حاضر، برآورد اثربخشی آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای بر راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور بود.

روش‌ها: از بین زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری، ۴۰ زن به صورت داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در مرحله پیش‌آزمون، افراد دو گروه همزمان به پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن-لازاروس پاسخ دادند. در مرحله بعدی، تنها گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای قرار گرفت. پس از پایان جلسات درمانی هر دو گروه به‌طور همزمان در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری توسط پرسشنامه مذکور مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS 16 و آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: بین نمرات راهبردهای مقابله‌خویش‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدبرانه مسأله، باز برآورد مثبت، راهبرد گریز و اجتناب در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود داشت ($P < 0/05$). تفاوت نمرات مقابله‌رویارویی و دوری‌جویی معنادار نبود ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای سبب افزایش کاربرد راهبردهای مقابله‌خویش‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدبرانه مسأله، باز برآورد مثبت و کاهش کاربرد راهبرد گریز و اجتناب در زنان نابارور می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای، راهبردهای مقابله‌ای، زنان نابارور

«دریافت: ۱۳۹۰/۵/۲۶ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۹/۰۸»

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، قم.

۲. کلینیک دکتر چوبساز، کرمانشاه.

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور تهران.

۴. مرکز خدمات روانشناختی زیتون، کرمانشاه.

* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، جنب درمانگاه حاج دایی، کوچه شهید محمد صالح شهیم، مرکز خدمات روانشناختی زیتون، تلفن: ۸۳۶۱۳۷۲-۸۳۱۰۸۳۱

Email: g_motiei@yahoo.com

مقدمه

تحقیقات نشان داده، زنانی که در یک برنامه لقاح آزمایشگاهی (IVF= in vitro fertilization)، (استخراج اووسیت، لقاح در آزمایشگاه و انتقال رویان به رحم از طریق سرویکس) شرکت می‌کنند، این درمان را به‌عنوان یکی از تجارب پر استرس در زندگی برشمرده‌اند (۱).

با مدل‌های ثابت زیستی، روانی و اجتماعی ناباروری، عکس‌العمل به مشکلات باروری ممکن است به بهترین

نحو مشخص شوند مانند زمینه‌هایی که به‌وسیله اثر متقابل بین فردی، ویژگی‌های فیزیولوژیکال، عوامل حفاظتی و خطر ساز، انتظارات فرهنگی و منابع مقابله کردن فردی نشان داده شده‌اند (۲).

شیوه‌هایی که آدمیان برای مقابله (coping) با رویدادها یا محرک‌های تنش‌زا به کار می‌گیرند با یکدیگر متفاوتند. عده‌ای با این موقعیت‌ها به‌طور موفقیت‌آمیز و کارآمد مقابله می‌کنند و حتی می‌توانند آن‌ها را از بین ببرند و

نابارور کمک کرده و با اصلاح راهبردهای مقابله‌ای این زنان و کاربرد راهبردهای مقابله مؤثر و فعال، آنان را به ادامه درمان امیدوار کرد و سبب نتیجه‌گیری بهتری از فرآیند درمان ناباروری شد.

با توجه به پژوهش‌های فوق، این پژوهش سعی داشته است که اثربخشی مقابله درمان‌گری بر هشت راهبرد مقابله‌ای: مقابله رویاروی‌گر (confronting coping)، دوری‌جو (distancing)، خویش‌تن‌داری (خودمهارگری) (self controlling)، جستجوی حمایت اجتماعی (seeking social support)، مسئولیت‌پذیری (accepting responsibility)، گریز و اجتناب (escape-avoidance)، حل‌مدبرانگه مسأله (planful problem solving) و بازبرآورد مثبت (positive reappraisal) را بررسی کند.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری پژوهش نیمه‌تجربی حاضر، زنان نابارور مراجعه‌کننده به یک کلینیک ناباروری در کرمانشاه بودند. از بین این افراد، بعد از توضیحات درمانگر در خصوص جلسات مداخله، ۴۰ نفر از داوطلبین شرکت در طرح، به صورت تصادفی انتخاب شدند. این افراد سپس در دو گروه ۲۰ نفری آزمایشی و کنترل (در انتظار درمان) به صورت تصادفی جایگزین شدند [در روش آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است و در چنین شرایطی که انتخاب نمونه به صورت تصادفی وجود ندارد (جهت همسان‌سازی گروه کنترل و آزمایش) اغلب از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌هایی که به مشارکت در تحقیق علاقمند هستند استفاده می‌شود. یعنی آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در شرایط مختلف تحقیق، جایگزین می‌شوند (دلور، علی، مبانی نظری و علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، ۱۳۸۷)]. بعد از مشخص شدن گروه‌های آزمایشی و کنترل، در مرحله پیش‌آزمون هر دو گروه همزمان به پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن - لازاوس پاسخ دادند.

برعکس، عده‌ای هم در مقابل رویدادهای تنش‌زا به قدری درمانده و ناتوان هستند که آسیب قابل‌ملاحظه‌ای به زندگی و سلامت روانی آن‌ها وارد می‌شود (۳).

لازاروس (Lazarus)، مقابله را فرآیندی می‌داند که طی آن فرد به اداره خواسته‌هایی می‌پردازد که فراتر از توانایی‌های شخصی بوده و تهدیدکننده هستند. در هر صورت، مقابله یعنی برخورد فرد با عوامل تنیدگی‌زا، یعنی وقتی به موقعیتی بر می‌خوریم که تعامل فعلی ما را به هم می‌زند، چگونه پاسخ می‌دهیم (۴). راهبردهای مقابله‌ای، راه‌های هشیار و منطقی برای مواجهه شدن با اضطراب‌های زندگی هستند (۵).

در کنار تمام منابع و عوامل تنیدگی‌زا، سطحی از تنیدگی که هر شخص تجربه می‌کند به مقدار زیادی بستگی به توانایی شیوه‌های مقابله شخص و نحوه ادراک و قضاوت وی نسبت به این عوامل دارد و چه بسا بیشتر از خود عوامل تنیدگی‌زای زندگی، در ارتباط بین تنیدگی و بیماری نقش داشته باشد (۶).

شواهد فراوانی نشان می‌دهد مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد. از طرفی افرادی که آرامش خاطر داشته و از سلامت روانی برخوردارند، فشارهای روحی کم‌تری را تجربه کرده، در نتیجه احتمال باروری آنان افزایش می‌یابد (۷).

یافته‌های متفاوت دیگری که بوسیله تری و هاینس (Terry & Hynes) گزارش شده‌اند، ناباروری را مانند یک موقعیت با کنترل پایین و استفاده از ترجیحات جبرانی بین انواع راهبردهای مقابله، شرح می‌دهند (۸).

گروهی از محققان به آزمایش نقش روان‌شناختی که تنیدگی ممکن است در ناباروری بازی کند، امیدوار بودند. از دیدگاه این محققین، حمایت اجتماعی مانند یک منبع مهم در مقابل تنیدگی است و روابط اجتماعی محدودشده را مانند یک مداخله‌کننده معنادار در استرس در نظر داشته‌اند (۹).

بنابراین جا دارد که موضوع مقابله، مورد توجه بیشتری واقع شود. چه ممکن است به سلامت روان زنان

نبرد»)، یک نشانگر «خیلی کم (تا حدی)»، دو نشانگر «کمی به کار بردم» و سه نشانگر «به مقدار زیاد به کار بردم» است.

در یک بررسی، پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی ۰/۷۵ و پایایی خرده مقیاس‌های آن از ۰/۶۱ برای روش مقابله دوری‌جو تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد، توسط فولکمن و لازاروس گزارش شده است (۱۲). همچنین پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی آلفای کرونباخ برای یک نمونه ۷۶۳ نفری از دانش‌آموزان دبیرستانی تهران ۰/۸۰ برآورد شده است (۱۴). در پژوهش ارائه‌شده نیز در نمونه مورد بررسی (زنان نابارور) با استفاده از آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه محاسبه شد و ضریب ۰/۷۶ به دست آمد که بیانگر پایایی بالای پرسشنامه می‌باشد. پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان ابزاری است که هر دو کارکرد مشکل‌مدار و عاطفه‌مدار و تغییر در مقابله، چه در مواجهات متفاوت و چه در یک مواجهه معین را به تسخیر خویش در می‌آورد. بنابراین روایی سازه پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای تأیید می‌شود (۴).

یافته‌ها

۶ نفر از گروه آزمایش به دلیل باردار شدن (۴ نفر در مرحله پس‌آزمون و ۲ نفر در مرحله پی‌گیری) از گروه حذف شدند و ۴ نفر از گروه کنترل (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 کنترل از دامنه سنی یکسانی برخوردار بودند. اما با این وجود، گروه کنترل، اندکی مسن‌تر از گروه آزمایش بود. همچنین نسبت سطح تحصیلاتی دو گروه برابر به نظر می‌رسد اما با این وجود می‌توان اذعان کرد که بیشتر افراد گروه آزمایش (۶ نفر) و اکثریت افراد گروه کنترل (معادل ۱۰ نفر) دیپلمه بودند. براساس نتایج می‌توان ملاحظه نمود که نسبت خانه‌داران در گروه آزمایش بیشتر از گروه

در مرحله بعدی، تنها گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی، هر دو گروه آزمایش و کنترل به‌طور همزمان در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری (بعد از ۳ هفته از اتمام جلسات)، مجدداً به پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن - لازاروس پاسخ دادند. در آنها، گروه کنترل (در انتظار درمان) نیز تحت آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای قرار گرفتند. به‌منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS 16، با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و از طریق روش ذکرشده به مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از راهبردهای مقابله‌ای، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری (طرح آماری یک درون، یک بین) پرداخته شد.

در مورد آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای باید گفت که این تکنیک توسط آقاییوسفی (۵)، معرفی شده و در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (۴، ۱۰ و ۱۱) و اجرای آن بر پایه پروتکلی که وی پیشتر توضیح داده انجام می‌گیرد (۵ و ۱۰). پایه نظری این تکنیک درمانی از نظریه‌های تنیدگی و مقابله لازاروس و فولکمن (Folkman)، اقتباس شده است (۴).

برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای از پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن - لازاروس (CSQ= coping strategies questionnaires)، استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط لازاروس و فولکمن، ابداع و در سال ۱۳۷۳ توسط آقاییوسفی به فارسی برگردانده شد. پرسش‌نامه شامل ۶۶ ماده و ۸ مقیاس است. مقیاس‌ها عبارتند از: ۱- مقابله رویارویی، ۲- دوری‌جو، ۳- خویش‌تن‌داری (خودمهارگری) ۴- جستجوی حمایت اجتماعی، ۵- مسئولیت‌پذیری، ۶- گریز و اجتناب ۷- حل مدبرانه مسأله و ۸- باز برآورد مثبت. جهت نمره‌گذاری، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می‌دهد: صفر نشانگر «به کار

مقابله‌ای می‌تواند در افزایش راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی مؤثر باشد (جدول ۲).

همین‌طور نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین نمرات راهبرد مسئولیت‌پذیری آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پی‌گیری دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/003$ و $F_{(2,56)}=7/53$). همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات راهبرد مسئولیت‌پذیری گروه آزمایش پس از آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای در پس‌آزمون، افزایش معناداری یافته و در پی‌گیری این روند افزایشی حفظ شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های

جدول ۱- توزیع سنی، تحصیلاتی و شغلی آزمودنی‌ها در دو گروه

مشخصات آزمودنی‌ها	آزمایش		کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
طبقات	۷	۵۰	۶	۳۷/۵
سنی	۷	۵۰	۲	۵۶/۲
(سال)	۰	۰	۱	۶/۲
راهنمایی	۲	۱۴/۳	۰	۰
دیپلم	۶	۴۲/۹	۱۰	۶۲/۵
فوق‌دیپلم	۳	۲۱/۴	۳	۱۸/۸
لیسانس	۲	۱۴/۳	۳	۱۸/۸
بی‌پاسخ	۱	۷/۱	۰	۰
خانه‌دار	۱۱	۷۸/۶	۶	۳۷/۵
مدیر مهد	۰	۰	۱	۶/۲
بهبیار	۰	۰	۱	۶/۲
فرهنگی	۰	۰	۲	۱۲/۵
شغلی	۱	۷/۱	۰	۰
کارمند	۱	۷/۱	۰	۰
دانشجو	۱	۷/۱	۰	۰
بی‌پاسخ	۱	۷/۱	۶	۳۷/۵
کل	۱۴	۱۰۰	۱۶	۱۰۰

کنترل است. بنابراین به نظر می‌رسد که نسبت شاغلین در گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش است (جدول ۱).

نتایج داده‌های به‌دست‌آمده از اندازه‌گیری راهبردهای مقابله‌ای هر دو گروه با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین نمرات راهبرد مقابله رویارویی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پی‌گیری دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنادار وجود ندارد ($P=0/68$ و $F_{(2,56)}=2/81$) (جدول ۲).

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مشخص کرد که بین نمرات راهبرد دوری‌جویی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پی‌گیری دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنادار وجود ندارد ($P=0/248$ و $F_{(2,56)}=1/43$) (جدول ۲).

نتایج آزمون ذکرشده مشخص نمود که بین نمرات راهبرد خویش‌تن‌داری آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پی‌گیری دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/002$ و $F_{(2,56)}=6/78$). به عبارت روشن‌تر، نمرات راهبرد خویش‌تن‌داری گروه آزمایش پس از آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای در پس‌آزمون، افزایش داشته است و در پی‌گیری این روند افزایشی حفظ شده است، در حالی که نمرات گروه کنترل، تغییر معناداری نشان نمی‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای می‌تواند در افزایش راهبرد خویش‌تن‌داری مؤثر باشد (جدول ۲).

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مشخص کرد که بین نمرات راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پی‌گیری دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد ($P=0/001$ و $F_{(2,56)}=11/17$). به بیان روشن‌تر، راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی گروه آزمایش پس از آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای در پس‌آزمون، افزایش معناداری یافته و در پی‌گیری این روند افزایشی حفظ شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میانگین‌های راهبرد مقابله‌ای زنان نابارور دو گروه آزمایش و کنترل در سه

مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

P زمان و گروه	P زمان	اندازه اثر	F(2,56) زمان و گروه	F(2,56) زمان	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		گروه	راهبردهای مقابله‌ای
					انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۶۸	۰/۷۲	۰/۰۹	۲/۸۱	۰/۶۱	۱/۷۲	۸/۷۱	۲/۱۴	۹/۱۴	۳/۶۹	۹/۵۰	آزمایش	رویاروگری
					۲/۸۰	۸/۳۱	۳/۰۸	۸/۰۶	۲/۱۶	۷	کنترل	
					۲/۳۳	۸/۵۰	۲/۷۰	۸/۵۶	۳/۱۸	۸/۱۶	کل	
۰/۲۴۸	۰/۳۳۰	/۰۵	۱/۴۳	۱/۱۳	۲/۳۱	۶/۵۷	۲/۶۱	۷/۲۱	۱/۸۴	۷	آزمایش	دوری جویی
					۲/۸۱	۱۰/۷۵	۳/۳۱	۱۰/۸۱	۳/۹۵	۹/۳۴	کنترل	
					۳/۳۱	۸/۸۰	۳/۴۷	۹/۱۳	۳/۴۴	۸/۵۷	کل	
۰/۰۰۲	۰/۰۱۳	/۱۹	**۶/۷۸	*۴/۶۵	۱/۷۰	۱۱/۵۷	۱/۷۸	۱۱/۳۵	۲/۴۷	۹/۵۷	آزمایش	خوابشنداری
					۳/۴۶	۹	۳/۵۵	۹/۳۱	۴/۲۲	۹/۳۱	کنترل	
					۳/۰۳	۱۰/۲۰	۳	۱۰/۲۷	۳/۴۷	۹/۴۳	کل	
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸	**۱۱/۱۷	**۳۷/۲۲	۲/۶۲	۱۳/۸۵	۲/۷۹	۱۳/۴۲	۳/۱۶	۱۰/۴۲	آزمایش	جستجوی حمایت اجتماعی
					۲/۱۶	۹/۱۲	۳/۰۸	۸/۴۳	۳/۰۱	۷/۷۸	کنترل	
					۳/۳۶	۱۱/۳۳	۳/۸۵	۱۰/۷۷	۳/۲۹	۹/۰۶	کل	
۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	۰/۱۴	**۷/۵۳	**۹/۲۱	۱/۵۶	۸/۵۰	۱/۴۷	۸/۲۱	۲/۴۳	۶/۷۱	آزمایش	مسئولیت‌پذیری
					۲/۱۹	۶/۱۲	۲/۲۱	۵/۳۷	۲/۵۸	۵/۵۰	کنترل	
					۲/۲۴	۷/۲۳	۲/۳۶	۶/۷۰	۲/۵۴	۶/۰۷	کل	
۰/۰۰۰۱	۰/۲۳۳	۰/۵۱	**۲۹/۷۶	۱/۵۱	۲/۶۷	۷/۹۲	۲/۹۵	۸/۷۱	۴/۵۷	۱۱/۲۸	آزمایش	گریز و اجتناب
					۲/۷۵	۱۱/۶۸	۳/۰۵	۱۱/۱۸	۲/۹۲	۹/۵۶	کنترل	
					۳/۲۸	۹/۹۳	۳/۲۱	۱۰/۰۳	۳/۸۱	۱۰/۳۶	کل	
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	**۲۸/۰۷	**۱۳/۲۱	۲/۰۱	۱۱/۹۳	۱/۸۲	۱۱/۶۴	۲/۳۶	۸/۰۷	آزمایش	حل‌مدیرانه مسئله
					۱/۷۷	۷/۰۶	۲/۲۲	۷/۱۸	۲/۷۴	۷/۸۱	کنترل	
					۳/۰۸	۹/۳۳	۳/۰۲	۹/۲۷	۲/۵۳	۷/۹۳	کل	
۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷	**۱۶/۲۲	**۲۴/۰۶	۲/۸۳	۱۵/۷۸	۲/۵۷	۱۵	۳/۶۰	۱۱/۷۱	آزمایش	بازبرآورد مثبت
					۴/۰۷	۱۱/۲۵	۳/۵۶	۱۱/۰۶	۴/۵۴	۱۰/۸۱	کنترل	
					۴/۱۸	۱۳/۳۶	۳/۶۷	۱۲/۹	۴/۰۹	۱۱/۲۱	کل	

آزمایش به‌طور معناداری کاهش یافته است. این کاهش در پی‌گیری نیز باقی است (P=۰/۰۰۰۱ و F(2,56)=۲۹/۷۶). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای می‌تواند در کاهش راهبردگریز اجتناب مؤثر باشد (جدول ۲).

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

مقابله‌ای می‌تواند در افزایش راهبرد مسئولیت‌پذیری مؤثر باشد (جدول ۲).

داده‌های حاصل از اندازه‌گیری راهبرد مقابله‌گریز و اجتناب در هر دو گروه از طریق تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که نمرات راهبرد مقابله‌گریز و اجتناب آزمودنی‌ها در پس‌آزمون و پی‌گیری در گروه

دوری‌جویی زنان نابارور در کرمانشاه نیز اثر معناداری ندارد و نتیجه به‌دست‌آمده با پژوهش‌های هولوس و همکاران (۱۵)، مگ ناگتون و بوسویک (۱۶) و لوکسی و واک (۱۷) همسو است. آن‌ها به چندین استراتژی مقابله‌ای از جمله تعویض مکرر شریک زندگی و مهاجرت در این زنان پی بردند که هر دو راهبرد می‌توانند از جمله راهبردهای دوری‌جویی باشند. مک ناگتون و بوسویک (۱۶)، انزوا در ناباروری و لوکسی و واک (۱۷)، اجتناب از تماس اجتماعی در ناباروری (مقابله دوری‌جویی) را گزارش کرده‌اند. از طرفی یافته‌های ما با پژوهش عزتی (۱۸) و فراهانی (۱۹) مغایر است. پژوهش‌های عزتی (۱۸) نشان داد آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای موجب تغییر به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای شده و نتایج حاصل از شیوه درمانی، موجب تغییر موفقیت‌آمیز دو شیوه مقابله‌ای (دوری‌جویی و گریز و اجتناب) در افراد افسرده می‌شود. فراهانی (۱۹) گزارش کرد که روانشناس می‌تواند بر روی سه عامل مداخله‌کننده درمانی استرس ناشی از ناباروری و جلوگیری از ادامه استرس نقش داشته باشد، این سه عامل عبارتند از: ادراک کنترل، استراتژی مقابله و حمایت اجتماعی.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای بر راهبردهای مقابله‌ای خویش‌تن‌داری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، گریز و اجتناب، حل‌مدبرانه مسأله و بازبرآورد مثبت زنان نابارور در کرمانشاه اثر مثبت دارد و سبب افزایش کاربرد تمامی راهبردهای فوق‌به‌غیر از راهبرد گریز و اجتناب می‌شود. همان‌طور که انتظار می‌رفت کاربرد گریز و اجتناب کاهش می‌یابد.

نتایج به‌دست‌آمده در رابطه با کاربرد راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور، همسو با پژوهش‌های بووین و لنکستل (۲۰)، لاوری و اوها (۲۱)، پترسون و همکاران (۲۲)، الیزابت کوانت (۲۳)، اولگا آکر (۲۴)، رینا اسمیت لورن (۹)، بووین و لنکستل (۲۰)، آلیس دومار و

مشخص کرد که بین نمرات راهبرد حل‌مدبرانه آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پی‌گیری دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد. یعنی نمرات راهبرد حل‌مدبرانه گروه آزمایش پس از آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای در پس‌آزمون، افزایش معناداری دارد ($F_{(2,56)}=28/07$ و $P=0/0001$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای می‌تواند در افزایش راهبرد حل‌مدبرانه مؤثر باشد (جدول ۲).

در نهایت، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر راهبرد مقابله بازبرآورد مثبت نشان داد که نمرات راهبرد بازبرآورد مثبت آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پی‌گیری در گروه آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است ($F_{(2,56)}=16/22$ و $P=0/0001$) و بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای می‌تواند در افزایش راهبرد بازبرآورد مثبت مؤثر باشد (جدول ۲).

بحث

با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای بر راهبرد مقابله رویارویی زنان نابارور در کرمانشاه، اثر معناداری ندارد. می‌توان گفت نتیجه به‌دست‌آمده با پژوهش‌های ناصری (۱۳) و مینینگ (۸) که خشم (نوع شدت‌یافته مقابله رویارویی) را به‌عنوان یکی از واکنش‌های روانی نسبت به ناباروری گزارش داده‌اند و پژوهش‌های واسر، سوال و سولز (۱۴) که بیشتر اثرات ناباروری را بر زندگی شخصی، به‌صورت سطوح بیشتر اضطراب، خصومت و اضطراب می‌دانند (همسو است)، همچنین نتیجه به‌دست‌آمده در رابطه با اثربخشی آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای با پژوهش معماریانی (۱۲) مبنی بر این‌که آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای می‌تواند به‌صورت معناداری نمره راهبرد رویارویی را افزایش دهد مغایر می‌باشد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده همچنین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای بر راهبرد مقابله

آنهایی که اعتقادات مذهبی قوی ندارند یا تمرینات مذهبی را ادامه نمی‌دهند، تحمل می‌کنند (بازبرآورد مثبت). بنیامینی، گزلان و کوکیا (۲۶) نیز به فرآیندهای مقابله کردن مثبت که می‌تواند جایگزین شود اشاره می‌کنند. همان‌طور که جکوبسن (۲۷) اظهار می‌کند یک استراتژی مقابله مسأله‌محور به‌وسیله زنان و مردان نابارور که در جستجوی شکل‌های دیگر، یا روش‌های غیرسستی هستند، بر روی نصیحت دیگران برای درگیر شدن با ناباروری پایه‌گذاری شده است. بنا به گزارش گرتی (۲۸)، در دوره‌ای که یک زن به‌طور فعال تحت درمان (ART) است، بیشترین استرس و اضطراب نسبت به هر زمان دیگری در فرآیند باروری تولید می‌شود و همین مورد، ضرورت کاربرد راهبردهای کارآمد مقابله‌ای را نشان می‌دهد. یافته‌های ویورو و همکاران (۲۹)، نشان‌دهنده یک ارتباط بین حالت روان‌شناختی و توانایی مقابله کردن با درمان ناباروری به‌خصوص ART می‌باشد. بنابر نتایج هاینس و همکاران (۳۰)، مقابله از طریق اجتناب، با تنیدگی بیشتر مربوط است و مقابله مسأله‌محور یا هدایت عمل با سازگاری بهتر همبسته است. به گزارش برگ، ویلسون و وینگارتنر (۳۱)، زنان با احتمال بیشتری در جستجوی حمایت اجتماعی هستند و این آسیب‌پذیری اجتماعی آن‌ها را افزایش می‌دهد. مطالعات پالوتزین و الیسون (۳۲) مشخص کرده است که احساس تنهایی با هیجان‌ات دردناک مثل افسردگی، عدم همدلی، طرد، ناکامی و احساس بی‌ارزشی در جمعیت عمومی، رابطه دارد (ضرورت مقابله جستجوی حمایت اجتماعی). یافته‌های پژوهش شاکری و همکاران (۳۳) نشان می‌دهد که ۶۸/۸ درصد زنان نابارور، شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار (گریز و اجتناب، دوری‌جویی و رویارویی) داشته‌اند و کم‌تر از شیوه مقابله مسأله‌مدار (حل‌مدبرانه مسأله، مسئولیت‌پذیری و جستجوی حمایت اجتماعی) استفاده می‌کردند.

با توجه به این‌که استفاده و آموزش راهبردهای مقابله از جمله درمان‌های شناختی رفتاری است و با در نظر

همکاران (۲۵)، بنیامینی و همکاران (۲۶)، جکوبسن (۲۷)، گرتی (۲۸)، ویورو و همکاران (۲۹)، هاینس و همکاران (۳۰)، برگ و همکاران (۳۱)، پالوتزین و الیسون (۳۲) و شاکری و همکاران (۳۳) می‌باشد. مطابق با یافته‌های بووین و لنکستل (۲۰) در درمان فعال جهت ناباروری، آزمودنی‌ها نه تنها از راهبردهای هیجان‌محور مثل اجتناب، بازبرآورد مثبت و پذیرش در طی مرحله انتظار (جهت نتیجه تست حاملگی) استفاده کردند، بلکه مقابله مسأله‌محور نیز بیشتر از بازبرآورد مثبت استفاده شد. لاوری و اوها (۲۱) نیز نتیجه گرفتند که اگر مقابله را در دو بعد منفی و مثبت جدا کنیم، مقابله کردن منفی، مذهبی به‌نظر می‌آید و به‌طور منفی با سازگاری با بیماری در بیماران سرطانی همبستگی دارد در حالی که رابطه مقابله کردن مثبت مذهبی (بازبرآورد مثبت) و سازگاری با بیماری واضح نبود. پترسون و همکاران (۲۲) به این نتیجه رسیدند که راهبردهای مقابله فعال و غیرفعال به‌طور معناداری با مشکلات اجتماعی و زناشویی در سطح فردی و زوجین رابطه دارد. یافته‌های الیزابت مورگان و الیزابت کوانت (۲۳) نشان داد که آزمودنی‌های آن‌ها تکنیک‌های مقابله مثبت (مثل بازبرآورد مثبت، حل‌مدبرانه مسأله، مسئولیت‌پذیری و جستجوی حمایت اجتماعی) را از طریق تصور هدف‌های زندگی نشان دادند. طبق گزارش اولگا آکر (۲۴)، احتمال این‌که گروهی از زنان نابارور که تحت درمان‌های کمکی باروری (ART= assisted reproductive technologies) قرار داشتند، از راهبرد مقابله‌ای انکار (مقابله‌گریز و اجتناب) استفاده کنند، به‌طور معناداری بیشتر بود. رینا اسمیت لورن (۹) گزارش کرد که زنان نابارور با اختلال عملکرد تخمدان - هیپوفیز - هیپوتالاموس، رضایت‌مندی کم‌تر، منابع کم‌تر حمایت اجتماعی و تکیه کم‌تر بر روی بهترین دوست را دارا هستند (راهبرد مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی). مطالعات آلیس دومار و همکاران (۲۵) نشان داده است بیماران (زنان نابارور) با اعتقادات مذهبی قوی، درمان‌های پزشکی پیچیده را با نتیجه بهتر از

یکسان‌سازی گروه‌ها به دلیل محدودیت حجم نمونه انجام نشد. به دلیل محدودیت نمونه و زمان، امکان مقایسه با روش روان‌درمانی دیگری وجود نداشت و همچنین 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. عدم انجام جلسات تقویتی و یادآور به دلیل مشکلات مربوط به دسترسی نبودن آزمودنی‌ها نیز از دیگر محدودیت‌ها بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به این‌که زنان نابارور تحت درمان‌های سخت و طولانی مدت قرار دارند، با استفاده از راهبردهای ناکارآمد مقابله‌ای، امکان رها کردن درمان ناباروری و نتیجه نگرفتن از درمان‌های پرهزینه ذکر شده به صورت ناتمام وجود دارد. بنابراین جا دارد که درمان‌های روان‌شناختی از جمله روش اجرا شده در پژوهش که کارآمدی آن نشان داده شد، در مراکز درمان ناباروری به اجرا درآید، باشد که گامی در جهت ارتقاء سلامتی این قشر از جامعه (زنان نابارور) برداشته شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از اساتید محترمی که با نظرات سازنده‌شان، راهنما و مشوق این پژوهش بوده‌اند و پرسنل محترم کلینیک ناباروری که نهایت همکاری را در انجام پژوهش داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

داشتن این‌که حتی مقابله با تعارضات زناشویی نیز می‌تواند شامل آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای باشد ضرورت استفاده از یک تکنیک روان‌درمانی در زنان نابارور توسط پژوهش‌ها مورد تأیید است. لیز و استرواس (۳۴) گزارش کردند که زوج‌درمانی فردی و گروهی در ناباروری منجر به کاهش احساس اضطراب می‌شود. همچنین توسیچن و همکاران (۳۵) در مورد درمان شناختی رفتاری بر روی زوج‌های نابارور پیشنهاد می‌دهند که درمان شناختی رفتاری ممکن است یک رویکرد اثربخش برای درمان ناباروری باشد. در رابطه با تأیید اثربخشی آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای می‌توان به پژوهش معماریانی (۱۲)، عزتی (۱۸) و نوبخت (۳۶) که نشان دادند مقابله درمانگری، علایم افسردگی و افکار خودکار دانشجویان را کاهش داده و در افزایش بهزیستی آنان تأثیر داشته است اشاره کرد. پژوهش حیدری (۳۷) نیز نشان داد که مقابله درمانگری باعث کاهش تنیدگی بیماران زن مبتلا به اختلال عروق کرونر می‌شود. پژوهش آقاییوسفی (۴) نشان داد که افسردگی، متأثر از عوامل عمقی شخصیت و سپس عوامل سطحی و راه‌های مقابله‌ای است.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه آماری اشاره کرد که به همین دلیل، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و داوطلبانه صورت گرفت که مورد ذکر شده سبب محدودیت حجم نمونه نیز شد. همچنین به دلیل مذکور در پژوهش ارائه شده،

References

- Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, Mastroianni L Jr. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril*. 1985;43(1):48-53.
- Sexton MB, Byrd MR, von Kluge S. Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *J Psychiatr Res*. 2010;44(4):236-41.
- Khodadadi M. Normalization stress coping ways questionnaire (Lazarous-folkman) and comparison of this ways between boys and girl university students. B.A thesis. Tehran: Azad university of Rodehen. 2004; 8-15.
- Agha Yousefi A. [Role of personality trait on coping ways and coping therapy's effect on personality trait and depression (Persian)]. PhD. Thesis. Tehran: Psychology and Human's Science Faculty. Tarbyat Modares University. 2001: 57-95, 127-9.
- Agha Yousefi A. [Introducing of newest ways for psychotherapy (Persian)]. 1st ed. Qum: Shahryar Express 1999: 202-51.

6. Wang J, Patten SB. The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population. *Can J Psychiatry*. 2002;47(2):167-73.
7. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril*. 2000;73(4):805-11.
8. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril*. 1980;34(4):313-9
9. Smith L. A qualitative exploration of the relationship between psychology and medicine in the area of infertility treatment for women. PhD thesis in psychology. San Diego: Faculty of the California School of Professional Psychology. Alliant International University. 2005; 16-25.
10. Agha Yousefi A. The effects of coping therapy (as an innovative technique) in anxiety treatment. 28th International Congress of Psychology. Beijing, China. 2004.
11. Agha Yousefi A. Coping-Therapy (an innovative cognitive technique) changed some primary personality trait scores: A pilot study. XIII world congress of psychiatry. Cairo, Egypt. 2005.
12. Memaryani M. [Effect of coping therapy on personal well-being's mothers of exceptional students (somatic-movement) of Tehran city's girls (Persian)]. BA dissertation. Tehran: Human's Science Faculty, Payame – nor University. 2009; 3-5, 50-55.
13. Nasserri M. Psychological and social aspect of infertility and infertility treatment: the Persian experience. PhD thesis. Middlesex University. 2000; 5-8.
14. Wasser SK, Sewall G, Soules MR. Psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertil Steril*. 1993;59(3):685-9.
15. Hollos M, Larsen U, Obono O, Whitehouse B. The problem of infertility in high fertility populations: meanings, consequences and coping mechanisms in two Nigerian communities. *Soc Sci Med*. 2009;68(11):2061-8.
16. McNaughton-Cassill ME, Bostwick JM, Vanscoy SE, Arthur NJ, Hickman TN, Robinson RD, et al. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2000;74(1):87-93.
17. Lukse MP, Vacc NA. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstet Gynecol*. 1999;93(2):245-51.
18. Ezati J. [Relation of spiritual intelligence with depression and effect of coping therapy on spiritual intelligence and depression and coping ways (Persian)]. BA thesis. Tehran: Human's Science Faculty, Payame –nor University. 2009; 3-10.
19. Farahani M. [Psychological aspects of coping and adjustment with infertility and the role of psychologist(Persian)]. *Fertility and Infertility Section*. 2001; 2(4): 52-60.
20. Boivin J, Lancaster D. Medical waiting periods: imminence, emotions and coping. *Womens Health (Lond Engl)*. 2010;6(1):59-69.
21. Lavery M, Erin O. Religious/Spiritual coping and adjustment in individuals with cancer: unanswered questions, important trends, and future directions. *Religion & Culture*. 2010;13(1): 55-65.
22. Peterson BD, Pirritano M, Christensen U, Boivin J, Block J, Schmidt L. The longitudinal impact of partner coping in couples following 5 years of unsuccessful fertility treatments. *Hum Reprod*. 2009;24(7):1656-64.
23. Morgan EM, Quint EH. Assessment of sexual functioning, mental health, and life goals in women with vaginal agenesis. *Arch Sex Behav*. 2006;35(5):607-18.
24. van den Akker OB. Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Educ Couns*. 2005;57(2):183-9.
25. Domar A, Penzias A, Jeffery D, Magna A, Merai D, Nielsen B, et al. The stress and distress of infertility: Does religion help women cope? *Sexuality, Reproduction & Menopause*. 2005; 3(2): 45-51.
26. Benyamini Y, Gozlan M, kokia E. On the selfregulation of a health threat: cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognitive Therapy and Research*. 2004; 28(5): 577-92.
27. Jacobson H. Religious devotion and the psychical squeal of infertility. PhD thesis. New York: Ferkanf Graduate School of Psychology. Yeshiva University. 2003; 6-15, 94.
28. Gerrity D. A biopsychosocial theory of infertility. *Family Journal*. 2001; 9: 151-9.
29. Weaver SM, Clifford E, Hay DM, Robinson J. Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient Educ Couns*. 1997;31(1):7-18.
30. Hynes GJ, Callan VJ, Terry DJ, Gallois C. The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: the effects of coping. *Br J Med Psychol*. 1992;65 (Pt 3):269-78.
31. Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex-role identification. *Soc Sci Med*. 1991;33(9):1071-80.
32. Paloutzian R, Ellison C. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley. 1982; 224-37.
33. Shakeri J, Hosseini M, Sadeghi S, Sadeghi, K, Fayzollahi V. [Study of general health, coping ways and couple's satisfaction in infertile Women under treatment of IVF (Persian)]. *Fertility and Infertility Section* 2006; 7(3): 269-75.

34. de Liz TM, Strauss B. Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Hum Reprod.* 2005;20(5):1324-32.
35. Tuschen-Caffier B, Florin I, Krause W, Pook M. Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychother Psychosom.* 1999;68(1):15-21.
36. Nobakht S. [Study of coping therapy effects on depression, automatic thought and psycho well-being of girl students in Urumiyeh university's dormitories (Persian)]. BA thesis. Tehran: Human's Science Faculty, Payame - Nor University. 2009; 3-8.
37. Haydari R. [Effects of coping therapy for decreasing stress in women patients with coronary artery disorder (Persian)]. BA thesis. Tehran: Human's Science Faculty, Payame - Nor University. 1999; 5-12.