

بررسی اثربخشی مشاوره گروهی شناختی عاطفی رفتاری بر سلامت روان خانم‌های نابارور

کاترین منوچهری

کارشناس ارشد مشاوره

دکتر طیبه زندی پور

عضو هیأت علمی دانشگاه الزهراء (س)

دکتر مه‌سینا پور شهریار

عضو هیأت علمی دانشگاه الزهراء (س)

دکتر سیدریحان میردامادی

عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

ناباروری یک اختلال زیستی روانی اجتماعی است و شکست در امر باروری به‌طور عمیقی بر جنبه‌های مختلف زندگی زوج نابارور تأثیر می‌گذارد لذا در درمان ناباروری باید به تمامی ابعاد آن توجه نمود. اما از آنجاکه در امور پزشکی عملاً توجه به مسائل روانی و اجتماعی بیماری کم‌رنگ است اگر نگوئیم نادیده گرفته می‌شود، لزوم انجام تحقیقاتی که در عمل سودمندی مداخلات مشاوره‌ای و روان‌شناسی را بسنجد احساس می‌گردد. به این منظور با نمونه‌ای به حجم ۱۴ نفر (۷ نفر گروه آزمایش، ۷ نفر گروه کنترل) خانم تحت درمان ناباروری با عامل ناباروری زنانه، از نوع ناباروری اولیه و اجرای جلسات مشاوره گروهی شناختی عاطفی رفتاری به مدت بیست جلسه یک ساعت و نیمه و انجام چهار مرحله ارزیابی (مرحله پیش از مداخله، مرحله پس از مداخله، پیگیری اول یک ماه پس از اتمام جلسات و پیگیری دوم سه ماه پس از اتمام جلسات) با استفاده از پرسشنامه

سلامت روان، 90 Scl، پژوهشی نیمه‌تجربی با طرح سری‌های زمانی و گروهی شکل گرفت. به‌منظور دسته‌بندی و مقایسه داده‌های آماری، از روش‌های آمار توصیفی، روش آماری اندازه‌گیری‌های مکرر و دوگروه مستقل استفاده شد. نتایج دال بر اثربخشی مداخله درمانی بر کاهش اختلالات شخصیتی و در نتیجه افزایش سلامت روان ایشان بوده است.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی شناختی عاطفی رفتاری، سلامت روان، ناباروری

مقدمه

برخلاف مدل زیست‌طبی که تنها بر بعد جسمی و فیزیولوژیکی بیماری تأکید می‌ورزد، رویکرد زیستی روانی اجتماعی بر تعامل پیچیده متغیرهای زیست‌شناسی، روان‌شناسی و اجتماعی تأکید دارد. پیوند بین عوامل روان‌شناختی و سلامت جسمی همچون یک خیابان دوطرفه است، یعنی هر حالت روان‌شناختی در مستعد ساختن فرد برای ابتلا به بیماری جسمانی نقش دارد و از طرق بیمار شدن نیز به نوبه خود حالت ذهنی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (ساراسون، ۱۹۸۷).

ناباروری نیز از این قاعده مستثنی نیست و دارای ابعاد زیستی روانی اجتماعی است (دانکل^(۱)، ۱۹۹۱). این اختلال همچون بحرانی تنش‌زا بر جنبه‌های مختلف زندگی زوج نابارور اثر می‌گذارد (آلسی^(۲)، ۲۰۰۵، بنیامین^(۳)، ۲۰۰۵). شکست در امر باروری به‌طور عمیقی زوج‌ها را متأثر می‌سازد و مسئله‌ای فردی، خانوادگی، اجتماعی است که با عوامل تنش‌زای متعددی همراه است (استمر^(۴)، ۲۰۰۲؛ واتکینز^(۵)، ۲۰۰۴؛ بنیامین، ۲۰۰۵).

هزینه‌های گزاف درمانی، نگرانی مداوم در مورد نتیجه‌بخش بودن درمان، خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس و جوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم‌گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه همسر و تنش‌های بالقوه ناشی از درمان‌ها به‌خصوص داروهای هورمونی، سبب تنیدگی زیادی در فرد و زوج می‌شود (بنیامین، ۲۰۰۵).

1. Dunkel
3. Benyamini
5. Watkins

2. Alesi
4. Stammer

لذا از آنجا که ناباروری به عنوان مشکلی با جنبه‌های مختلف بر سلامت روان فرد و به تبع بر خانواده و جامعه تأثیر می‌گذارد مورد توجه متخصصان رشته‌های مختلف مطالعاتی از جمله متخصصان بهداشت، همه‌گیرشناسی، علوم اجتماعی و رفتاری، روان‌شناسی، اخلاق پزشکی می‌باشد (دانکل، ۱۹۹۱؛ کرمی نوری؛ ۱۳۸۰؛ فیدلر^(۱)، ۱۹۹۹). چنان‌که نتایج مطالعات متعدد حاکی از آن است که ناباروری موجب پدیدایی طیف وسیعی از مشکلات روحی از جمله اضطراب، افسردگی، سرخوردگی، انزوای طلبی، کاهش اعتماد به نفس، نارضایتی، ترس از تنهایی، احساس گناه و شرمساری، بی‌هویتی شخصی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، کاهش سلامت روان، مشکلات جنسی و زناشویی می‌شود (استمر و مراری^(۲)، ۲۰۰۲؛ اندرسون^(۳) و همکاران، ۲۰۰۳؛ واتکینز، ۲۰۰۴؛ بنیامین، ۲۰۰۵).

از طرفی نتایج پژوهش‌های ملائی نژاد در سال ۱۳۷۹؛ گیسون^(۴) و مایر^(۵) در سال ۲۰۰۰ و واتکینز در سال ۲۰۰۴ نشان می‌دهد که زنان بیش از مردان بر اثر ناباروری دچار تنیدگی و عوارض حاصل از آن می‌شوند از طرفی توقع اطرافیان از زنان برای آوردن فرزند بیش از مردان است یا به عبارتی فشار جامعه در این خصوص بر زنان بدون بچه بیشتر از مردان است (ژل ماستید و همکاران^(۶)، ۱۹۹۹). حتی در فرهنگ آمریکایی اطرافیان زنان را در امر ناباروری بیشتر از مردان مقصر می‌دانند (واتکینز و همکاران، ۲۰۰۴).

از طرفی اگرچه آمار چندان دقیقی از ناباروری در دست نیست سازمان بهداشت جهانی (WHO) نرخ باروری را ۱۰٪ الی ۱۵٪ گزارش می‌کند (عارفی و همکاران، ۱۳۸۴). اسپروف نیز در سال ۲۰۰۵ گرچه اشاره می‌کند که نرخ مراجعه افراد نابارور سه برابر شده است اما نرخ ناباروری را همان ۱۰٪ الی ۱۵٪ گزارش می‌کند.

نیازهای روان‌شناختی افراد نابارور به خصوص زنان نابارور از یک سو و بی‌اعتمادی برخی از متخصصان ناباروری به سودمندی روش‌های مداخله‌ای مشاوره و روان‌شناسی

1. Fiddler
3. Anderson
5. Myer

2. Merari
4. Gibson
6. Hjelmstedt

از سوی دیگر و کمبود تحقیقاتی دقیق با حداقل اشکالات روش‌شناسی در زمینه روان‌شناسی ناباروری بیش از پیش بر لزوم انجام تحقیقاتی در این زمینه به‌خصوص در کشورمان صحنه می‌گذارد.

لذا پژوهش حاضر با بهره‌گیری از اصول و فنون رویکردهای مختلف شناختی به‌خصوص رویکرد شناختی عاطفی رفتاری الیس و رویکرد شناختی بک و رویکردهای مشابه که همگی زیربنای مشترکی دارند و با استفاده از روش‌های مشاوره‌ای خاص برای این گروه ویژه که از مطالعات خارجی و داخلی به‌دست آمده است، جلسات مشاوره‌ای برای زنان نابارور پی‌ریزی کرده و در عمل سودمندی آن را در کاهش مشکلات روانی اجتماعی سنجیده است. چنان‌که نتایج پژوهش‌های متعدد نیز مؤید تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد شناختی عاطفی رفتاری بر کاهش طیف گسترده‌ای از اختلالات روحی بوده، یکی از بهترین راه‌ها در کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش سلامت روان محسوب می‌شود (بالور^(۱)، ۲۰۰۲؛ لژر^(۲)، ۲۰۰۲؛ بوند و درایدن^(۳)، ۲۰۰۴؛ مونرو^(۴) و همکاران، ۲۰۰۵).

براساس رویکردهای شناختی این حوادث و رویدادها نیستند که فرد را ناراحت می‌سازند بلکه طرز تفکر فرد که حاصل باورها، طرحواره‌ها و نگرش اوست، بر شیوه پردازش اطلاعات تأثیر گذاشته و سبب بروز هیجانات واکنش‌های فردی می‌شوند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹). لذا بر این اساس به‌نظر می‌رسد باورها و طرز تفکر فرد پیرامون مسئله ناباروری، نوع و شدت واکنش‌هایش را شکل می‌دهد پس منطقی است که بتوان با بهره‌گیری از اصول و فنون رویکردهای شناختی عاطفی رفتاری، شیوه تفکر و باورهای غیرمنطقی و نگران‌کننده فرد را اصلاح نمود.

نتایج چند پژوهش از جمله تحقیق یکتا طلب و نجفی پور، صدیقی در سال ۱۳۸۲، قرایی و همکارانش در سال ۱۳۸۱، حیدری و همکارانش در سال ۱۳۸۰ در این راستا قرار می‌گیرد. قابل ذکر است که تحقیقات نام‌برده چه از نظر مدت و چه از نظر شیوه عمل بسیار با تحقیق حاضر متفاوت هستند. به‌طوری‌که برای مثال آموزش‌های ارائه شده در

1. Balever

2. Lesure

3. Bond & Dryden

4. Munro

مدت ده دقیقه قبل از عمل جراحی انجام گرفته و عمدتاً بر آموزش تنفس و آرام‌سازی متمرکز بوده است.

لیمنس^(۱) و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۴ گزارشی کردند که گروه‌های ذهن، جسم که تقریباً شبیه روش‌های شناختی و رفتاری است می‌تواند تنش و آرزوی بی‌جهت‌دار شدن را در زوج‌های نابارور کاهش دهد. نتایج پژوهش ویشمن در سال ۲۰۰۲ در سوئیس نیز حاکی از اثر مثبت مشاوره و زوج‌درمانی بر کاهش مشکلات روحی این زوج‌ها بوده است.

پرسش اصلی پژوهش

۱- آیا مشاوره گروهی شناختی عاطفی رفتاری بر کاهش اختلالات شخصیتی زنان نابارور مؤثر است؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح سری‌های زمانی دوگروهی، درون آزمودنی، کمی و کاربردی است.

نمونه این پژوهش ۱۴ خانم نابارور (۷ نفر گروه آزمایش، ۷ نفر گروه کنترل) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس، پس از مصاحبه‌های متعدد با بیش از صد نفر از خانم‌های نابارور مراجعه‌کننده به مطب خصوصی آقای دکتر میردامادی انتخاب شدند. مشخصات ایشان، ناباروری از نوع اولیه، تحت دارودرمانی، با سن بین بیست تا سی سال و طول نازایی دو الی هفت سال، ساکن تهران و امکان شرکت مداوم در جلسات گروه درمانی بود. قابل ذکر است که به لحاظ کمبود امکانات و عدم همکاری مراکز درمان ناباروری با این طرح و عدم توان شرکت بسیاری از افراد مورد مصاحبه در جلسات درمانی، انتخاب تصادفی نمونه امکان‌پذیر نبود. اما با توجه به روش تحقیق و طرح اندازه‌گیری‌های مکرر، تعداد نمونه مکفی است. پس از انتخاب نمونه، پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه اختلالات شخصیتی Sci90 برای هر دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد.

پایایی این پرسشنامه با روش اجرای مجدد بر ۹۷ نفر خانم نابارور حدود ۰/۰۸۳ برآورد شد. به گزارش باقری در سال ۱۳۸۱ به نقل از دراگوتیس و ریکلزاک در سال ۱۹۷۶ روایی آن با برآورد ضریب همبستگی آزمون Sci90 و آزمون MMPI بر روی ۱۱۹ نفر از ۰/۷۳ در خرده مقیاس افسردگی تا ۰/۳۶ در خرده مقیاس ترس مرضی می‌باشد. این ابزار دارای نه خرده مقیاس (شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، فویا یا ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) است. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش به‌طور متوالی در ده جلسه مشاوره گروهی شناختی عاطفی رفتاری، شرکت کردند. در پایان دوره پس‌آزمون و پس از یک ماه پیگیری اول و پس از سه ماه پیگیری دوم انجام شد. در حالی که گروه کنترل از هیچ‌گونه حمایت مشاوره‌ای و روان‌شناسی در آن دوره برخوردار نبودند. پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از روش آماری T دو گروه مستقل و اندازه‌گیری‌های مکرر، داده‌ها تجزیه تحلیل شدند.

یافته‌های پژوهش

جلد اول ۱ تا ۴ به بررسی مقایسه‌ای مقیاس کلی اختلالات شخصیتی دو گروه آزمایش و کنترل در چهار مرحله ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم مرتبط است.

جدول ۱-۱ در گروه مستقل با بررسی مقایسه نمره کل مقیاس اختلالات شخصیتی در پیش‌آزمون

سطح معناداری	درجه آزادی	میزان f	انحراف معیار	میانگن	اخص‌های آماری
					گروه‌ها
—	۱۲	۰/۰۹	۵۹/۳۵	۱۳۰/۸۵	گروه آرمایش
			۱۴/۶۷	۱۳۳	گروه کنترل

همان‌طور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، اختلاف معناداری بین نمره میانگین مقیاس کلی اختلالات شخصیتی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون وجود ندارد.

جدول ۲-۱ دو گروه مستقل مرتبط با بررسی مقایسه نمره کل مقیاس اختلالات شخصیتی در پس آزمون

شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	میزان f	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه آزمایش	۶۳/۷	۲۸/۶۸	۶/۹۸	۱۲	۰/۰۱
گروه کنترل	۱۶۰/۶	۲۲/۹۴			

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، اختلاف معناداری بین نمره میانگین مقیاس کلی اختلالات شخصیتی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون وجود دارد. به طوری که نمره این مقیاس در گروه کنترل بیشتر است.

جدول ۳-۱ دو گروه مستقل مرتبط با بررسی مقایسه نمره کل مقیاس اختلالات شخصیتی در پیگیری اول

شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	میزان f	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه آزمایش	۵۶/۸۵	۱۷/۶۲	۸/۸۶	۱۲	۰/۰۱
گروه کنترل	۱۵۶/۴	۲۳/۲۲			

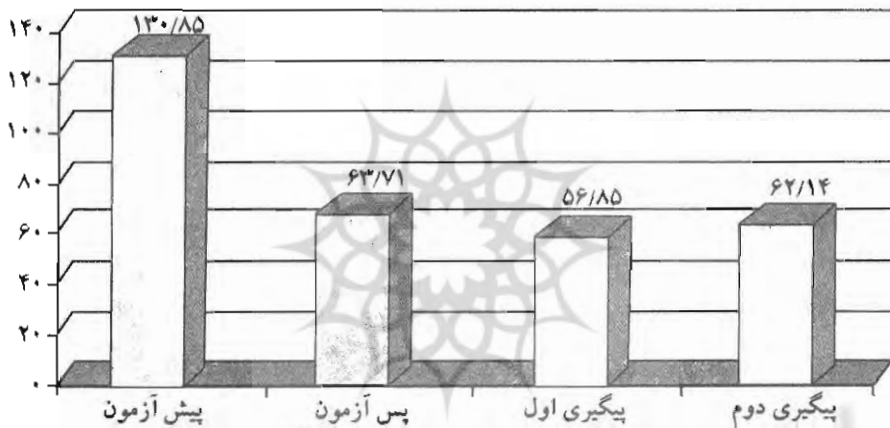
همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، اختلاف معناداری بین نمره میانگین مقیاس کلی اختلالات شخصیتی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون وجود دارد. به طوری که نمره این مقیاس در گروه کنترل بیشتر است.

جدول ۴-۱ دو گروه مستقل مرتبط با بررسی مقایسه نمره کل مقیاس اختلالات شخصیتی در پیگیری دوم

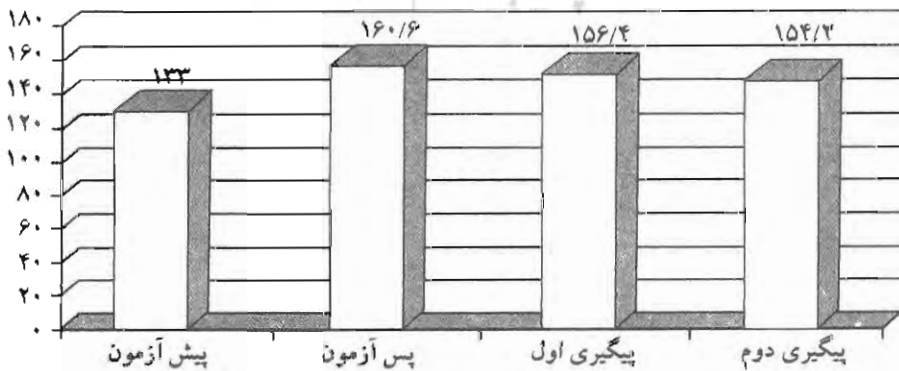
شاخص‌های آماری گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	میزان f	درجه آزادی	سطح معناداری
گروه آزمایش	۶۳/۱۴	۲۳/۰۲	۷/۷۲	۱۲	۰/۰۱
گروه کنترل	۱۵۴/۲	۲۳/۵۱			

همان‌طور که جدول شماره ۴ نشان می‌دهد، اختلاف معناداری بین نمره میانگین مقیاس کلی اختلالات شخصیتی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد. به طوری که نمره این مقیاس در گروه کنترل بیشتر است.

نمودار ۱- میانگین نمره کلی اختلالات روان‌شناختی در گروه آزمایش



نمودار ۲- میانگین نمره کلی اختلالات روان‌شناختی در گروه کنترل



جدول ۵- بررسی مقایسه‌ای اختلالات شخصیتی در چهار سطح

(پیش‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
درون آزمودنی	۲۵۸۷۰/۶۷	۳	۸۶۲۳/۵۶	۱۴/۴۳	۰/۰۱
خطا	۱۰۷۵۴/۵۷	۱۸	۵۹۷/۴۷		

با توجه به جدول فوق و با تأکید بر میزان F به دست آمده ($F = ۱۴/۴۳$)، در سطح $(\alpha = ۰/۰۱)$ معنادار است، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری بین نمره مقیاس اختلالات شخصیتی در چهار سطح (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری اول و پیگیری دوم) وجود دارد. بنابراین، ضروری است تا از جداول آزمون‌های تعقیبی استفاده به عمل آورده و به مقایسه دو به دو میانگین‌ها پرداخته شود.

جدول ۶- آزمون‌های تعقیبی مقایسه‌ای سطوح ارزیابی مقیاس اختلالات شخصیتی

پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری اول	پیگیری دوم
پیش‌آزمون	۶۷/۱۴	۷۴	۶۸/۷۱
پس‌آزمون	۰/۰۱	۶/۸۵	۱/۵۷
پیگیری اول	۰/۰۱	—	۵/۲۸
پیگیری دوم	۰/۰۱	—	—

با توجه به جدول فوق، می‌توان مطرح نمود که تفاوت معناداری در سطح $(\alpha = ۰/۰۱)$ بین اختلالات شخصیتی در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون، همچنین پیش‌آزمون با پیگیری اول و در نهایت پیش‌آزمون با پیگیری دوم وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطابق یافته‌های به‌دست آمده (جداول ۶، ۵) می‌توان با ۰/۰۹۹/۰ اطمینان مطرح نمود که درمان مؤثر بوده و توانسته است اختلالات شخصیتی را به‌طور متوسط در گروه آزمایش کاهش دهد و همچنین تا سه ماه پس از درمان نیز اثر درمان تداوم داشته است. در حالی‌که در گروه کنترل نه‌تنها اختلالات روانی در طول این مدت ثابت نبوده بلکه بر شدت اختلالات نیز افزوده شده است.

این یافته در راستای یافته‌های پژوهش دومارو مک ناگتون^(۱) در سال ۲۰۰۰، ویشمن در سال ۲۰۰۲ و کرمی نوری در سال ۱۳۸۰ می‌باشد. نتایج به‌دست آمده توسط آنها نیز مؤید اثربخشی رویکرد شناختی رفتاری بر بهبود وضعیت روانی افراد ناباور می‌باشد. می‌توان عامل بهبود روانی این افراد را کاهش تنش دانست. کاهش تنش می‌تواند حاصل اصلاح و تعدیل باورها و ارزش‌های خشک و کلیشه‌ای ناسازگارانه، مشکل‌ساز، مطلق‌گرایانه و غیرمنطقی، کشف و اصلاح خطاهای شناختی و طرحواره‌های معیوب در مورد بچه‌دار شدن یا مشکل نازایی باشد. چنان‌که در بررسی یافته‌های تحلیلی پژوهش حاضر، وجود باورها، افکار و اهداف غیرمنطقی و ناسازگارانه در این خصوص مشهود است. در رابطه با وجود باورها و اهداف غیرمنطقی افراد ناباور پیرامون بچه‌دار شدن به‌عنوان یک عامل تنش‌زا، تحقیق حاضر با تحقیقات (ویشمن، ۲۰۰۲؛ مک ناگتون، ۲۰۰۰؛ فیکس، ۲۰۰۳؛ لیمنس، ۲۰۰۴) همسو است. نکته مهم دیگری که در توجیه اثربخشی مداخله مذکور می‌توان به آن اشاره کرد اثر حمایت روانی «گروه» است که طبیعی است با توجه به این‌که این افراد احساس تنهایی کرده و مشکل‌شان را منحصر به فرد می‌دانند و از طرفی نمی‌توانند احساسات و مشکلات خود را هر جایی مطرح کنند، لذا گروه امن‌ترین مکان را جهت تخلیه روانی و بحث در مورد ناگفته‌ها فراهم می‌آورد. نتایج پژوهش پیرامون خرده‌مقیاس‌ها نیز کاهش معناداری را در خرده‌مقیاس‌های اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت بین‌فردی و افکار پارانوئیدی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری‌ها نشان داد که به علت تعداد جداول و طولانی شدن متن، تنها به فرضیه اصلی پژوهش پرداخته شده است. لذا با

1. McNaughton

توجه به کارآمدی مشاوره گروهی به خصوص با رویکرد مذکور، استفاده از آن در بیماری‌های مختلف جسمی به خصوص بیماری‌های روان‌تنی پیشنهاد می‌گردد.

پیشنهادات

- توجه به ابعاد روانی اجتماعی بسیاری از بیماری‌های جسمی به خصوص بیماری‌های مزمن یا بیماری‌های وخیم از جمله انواع سرطان‌ها، ایدز، M.S....
- استفاده از خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناسی در کنار درمان‌های پزشکی
- همکاری تیمی پزشکان، مشاوران و روان‌شناسان باتجربه
- به‌جای تأکید بر درمان اختلالات روانی با ارائه خدمات مشاوره‌ای می‌توان از بروز مشکلات و بحران‌های حاد روانی اجتماعی ناشی از بیماری‌ها به خصوص ناباروری پیشگیری کرد.
- اجرای جلسات مشاوره گروهی CEBT برای افراد نابارور تحت درمان که با مشکلات متعدد روانی اجتماعی مواجه می‌شوند.

منابع

- اسپیروف، ا. (۱۳۸۴). اندوکرینولوژی بالینی زنان و ناباروری. ترجمه س. ر، میردامادی. تهران: انتشارات تیمورزاده.
- باقری، ن. (۱۳۸۱). بررسی رابطه میان باورهای غیرمنطقی و سلامت روان معلمان مقطع راهنمایی و ابتدایی شهرستان چالوس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- پروچاسکا، ج؛ نورکراس، ج.س. (۱۳۷۸). نظریه‌های روان‌درمانی. ترجمه ی، سیدمحمدی. تهران: انتشارات رشد.
- حیدری، پ و همکاران. (۱۳۸۰). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان IUI. فصلنامه علمی پژوهشی باروری و ناباروری، شماره ۱۱. تهران: انتشارات پژوهشکده ابن‌سینا.
- زیارتی، ا. (۱۳۷۹). بررسی رابطه میان باورهای غیرمنطقی و سلامت روان دانشجویان دانشگاه کاشان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- ساراسون، ا.ج. (۱۳۶۶). روان‌شناسی مرضی. ترجمه ب، نجاریان. تهران: انتشارات رشد.
- عارفی، س و همکاران. (۱۳۸۴). روش‌های نوین کمک باروری. تهران: انتشارات پژوهشکده ابن‌سینا.

فری، م. (۱۳۷۸). شناخت درمانی گروهی. ترجمه صاحبی و همکاران: مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی مشهد.

قرائی، و همکاران. (۱۳۸۱). بررسی نقش آموزش‌های رفتاری، شناختی بر کاهش اضطراب خانم‌های نابارور. فصلنامه علمی پژوهشی باروری و ناباروری، شماره ۱۳. تهران: انتشارات پژوهشکده ابن‌سینا.

کریمی نوری، ر. و همکاران. (۱۳۸۰). جنبه‌های روانی، اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی. فصلنامه علمی پژوهشی باروری و ناباروری، شماره ۱۰. تهران: انتشارات پژوهشکده ابن‌سینا.

کریمی نوری، ر. (۱۳۷۹). ناباروری و جنبه‌های روانی اجتماعی آن. فصلنامه باروری و ناباروری، شماره ۵. تهران: انتشارات پژوهشکده ابن‌سینا.

ملائی‌نژاد، م. (۱۳۷۹). بررسی ارتباط سازگاری زناشویی و تنیدگی ناشی از ناباروری در زنان مراجع‌کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

یکتاطلب، ش. و نجفی‌پور، ص. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر روان‌درمانی گروهی بر افسردگی و اضطراب زنان نازا. نخستین کنگره سراسری آسیب‌شناسی خانواده در ایران.

Alesi, R. (2005). Infertility and its treatment -an emotional roller. Coaster. *Aust Fam Physician*, 34(3).

Anderson, K.M. & et al. (2003). Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(3).

Balevre, P. (2002). Rational nursing: A concept analysis for practical application. *Journal for Nurses Instaff Development*, 18(3).

Benyamini, Y. & et al. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatment. Elsevier inc. *Fertility and Sterility*, 83(2).

Bond, F. & Dryden, W. (2004). *Hand book of brief cognitive behaviour therapy*. England. John Wiley & Sons. Inc.

Domar, A. & et al. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. Israel. *Health Psychology*, 19(6).

- Domar, A. (2004). Impact of psychological factors on drop out rates in insured infertility patients. UsA. *Fertility and Sterility*, 81(2).
- Dunkel. & et al. (1991). *Psychological reaction to infertility*. New York. Plenum Press.
- Fekkes, M. & et al. (2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment, *Human Reproduction*, 18(7).
- Fiddler, A.T. & Bernstein, J. (1999). Infertility: From a personal to public health problem. *Public Health Reports*, 144(6).
- Hjelmstedt, A. & et al. (2003). Personality factors and emotional responses to pregnancy: A comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 36(2).
- Lemmens, G.M.D. & et al. (2004). Coping with infertility: A body-mind group intervention programme for infertile couples. *Human Reproduction*, 19(8).
- lesure-lester, Evelyn, G. (2002). An application of cognitive behaviour principles in the reduction of aggression among abused african american adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(6).
- McNaughton-Cassill, M. & et al. (2000). Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. USA, Elsevier Inc, *Fertility and Sterility*, 14(1).
- Merari, D. & et al. (2002). Emotional reactions and attitudes prior to invitro fertilization: An inter-spouse study. *Psychology Health*, 17(5).
- Munro, S. & et al. (2005). Cognitive behaviour therapy within acute mental health care: A critical appraisal, *Int Journal Mental Health Nurs*, 14(2).
- Smith, M. & et, al. (2005). *Cognitive behaviour therapy for choronic insomnia a occurring within the context of medical anol*.
- Stammer, H. & et al. (2002). *Counselling and couple therapy for infertile couple*. Verres Rolf.
- Watkins, K. & et al. (2004). *The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestion for counsellours*.

Wischmann, T. (2003). Psychogenic Infertility - Myths and facts. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 20(12).



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی