ORIGINAL ARTICLE

The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Infertility Stress and Marital Burnout in Infertile Women

Fatemeh Talebi[1],
Bahram Mirzaian[2]

[1] MSc in Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Sari Branch, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

(Received June 14, 2023 ; Accepted October 4, 2023)

Abstract

Background and purpose: Infertility is a major concern for public health and is considered as one of the most important crises in life, which leads to psychological problems such as infertility stress and marital boredom. Therefore, the aim of the present study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on infertility stress and marital burnout in infertile women.

Materials and methods: In this clinical trial, 43 infertile women were selected from specialized obstetrics and gynecology clinic in Sari, 2023. They were recruited using non-random and convenience sampling. They were then randomly divided into two groups of intervention (CBT, n=15) and control (without any treatment, n=15). The CBT was implemented according to the Bieling protocol during weekly sessions of 45 minutes for twelve weeks. The participants were evaluated at pre-test, post-test and 45days follow-up using infertility stress by Newton et al (1999) scale and marital burnout by Pines (2005) scale. Data analysis was performed applying repeated measures ANOVA in SPSS V24.

Results: In the experimental group, the average scores in the three phases of pre-test, post-test and follow-up for infertility stress were (200.866±19.471), (146.066±12.719), and (153.066±16.086), respectively, and for marital burnout were (97.533±12.052), (67.065±5.750), and (74.666±8.286), respectively, which had a significant decrease in the two stages of post-test and follow-up compared to the pre-test stage ($P<0.05$), but no significant difference was observed in the control group ($P>0.05$). Also the results showed that cognitive-behavioral therapy in infertile women reduced infertility stress ($F=24.700$, $P=0.000$) and marital burnout ($F=146.146$, $P=0.001$).

Conclusion: The results indicated the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing infertility stress and marital burnout in infertile women, which can be used along with other medical treatment methods in infertility clinics to reduce the psychological needs and problems of infertile women.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20230524058277N1)

Keywords: cognitive-behavioral therapy, infertility stress, marital burnout, infertile women

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (226): 100-108 (Persian).

Corresponding Author: Bahram Mirzaian - Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
(E-mail: bahrammirzaian@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۶ آبان سال ۱۴۰۲ (۱۰۸-۱۰۰)

تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی در زنان نابارور

فاطمه طالبی[۱]
بهرام میرزائیان[۲]

چکیده

سابقه و هدف: امروزه ناباروری یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی و یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی به شمار می‌رود که به مشکلات روانشناختی از جمله استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی منجر می‌شود. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی در زنان نابارور بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، از بین زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی زنان و زایمان در شهرستان ساری در سال ۱۴۰۱ از ۴۳ نفر به صورت غیر تصادفی و در دسترس نمونه‌گیری شد. سپس به طور تصادفی در دو گروه مداخله شناختی-رفتاری (۱۵ نفر) و گروه شاهد (۱۵ نفر) بدون اجرای مداخله جای گرفتند. مداخله شناختی-رفتاری طبق پروتکل (بایلینگ) طی ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفتگی اجرا شد. نمونه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴۵ روزه، به وسیله پرسشنامه‌های استرس ناباروری نیوتن و همکاران (۱۹۹۹) و دلزدگی زناشویی پاینز (۲۰۰۵) ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS24 آنالیز شد.

یافته‌ها: درگروه مداخله، میانگین نمرات به ترتیب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای استرس ناباروری (۱۹/۴۷۱±۲۰۰/۸۶۶)، (۱۲/۷۱۹±۱۴۶/۰۶۶) و (۱۶/۰۸۶±۱۵۳/۰۶۶) و برای دلزدگی زناشویی (۱۲/۰۵۲±۹۷/۵۳۳)، (۵/۷۵۰ ± ۶۷/۰۶۵) و (۸/۲۸۶ ± ۷۴/۶۶۶) بود، که کاهش معنی‌داری در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون داشت (P<۰/۰۵)، اما تفاوت معنی‌داری در گروه شاهد دیده نشد (P>۰/۰۵)، هم‌چنین نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری در زنان نابارور موجب کاهش استرس ناباروری (P= ۰/۰۰۰، F= ۲۴/۷۰۰) و دلزدگی زناشویی (P= ۰/۰۰۱، F= ۱۴۶/۱۴۶) شد.

استنتاج: نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی در زنان نابارور بود، بنابراین می‌توان از این درمان در کنار سایر روش‌های درمانی پزشکی در درمانگاه‌های مختص ناباروری در جهت کاهش نیازها و مشکلات روانشناختی زنان نابارور بهره برد.

شماره ثبت کارآزمایی بالینی : IRCT۲۰۲۳۰۵۲۴۰۵۸۲۷۷N۱

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، استرس ناباروری، دلزدگی زناشویی، زنان نابارور

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی ناباروری را " بیماری سیستم تولیدمثل یا عدم تحقق حاملگی بعد از۱۲ ماه یا بیش‌تر از رابطه جنسی محافظت نشده منظم" تعریف می‌کند(۱) که امروزه به یک نگرانی عمده برای سلامت عمومی

مولف مسئول: بهرام میرزاییان- ساری، دانشگاه آزاداسلامی، واحد ساری E-mail: bahrammirzaian@gmail.com
۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۲/۳/۲۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۲/۴/۱۳ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۷/۱۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

تبدیل شده است. پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که با وجود پیشرفت در سال ۲۰۲۵، بروز ناباروری به ۷/۷ میلیون نفر افزایش یابد(۲). ناباروری ماهیتی زیستی دارد اما پیامدهای روانی و بین فردی به دنبال تشخیص ناباروری امری مورد انتظار است و حدود ۲۵ تا ۶۰ درصد افراد نابارور مشکلات روانشناختی را تجربه می‌کنند(۳). طی پژوهشی در سال ۲۰۲۳ عنوان شد که زنان بیشتر از مردان در معرض اثرات منفی روانشناختی ناشی از ناباروری هستند و اختلالات روانی در بین ۵۰ درصد از زنان نابارور شایع است(۴). بحران ناباروری و آسیب‌های روانشناختی همراه با آن، سبب می‌شود تا این افراد استرس ناباروری را تجربه کنند. استرس ناباروری شامل تعامل بین شرایط فیزیکی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس‌العمل‌های دیگران و خصوصیات روانی فردی است که ممکن است سال‌ها باقی مانده و با هر مداخله تشخیصی یا درمانی عود نماید و به تشدید ناباروری منجر شود(۵) که به صورت ترکیبی از پنج مؤلفه نگرانی اجتماعی، نگرانی جنسی، نگرانی ارتباطی، نیاز به والد بودن و نپذیرفتن سبک زندگی بدون فرزند ظاهر می‌شود(۶). نتایج یک مطالعه مقطعی نشان داد، زنان مبتلا به ناباروری، بیشتر از مردان نابارور این نوع استرس را تجربه می‌کنند(۷). از دیگر معضلات ناباروری، دلزدگی زناشویی است که شامل از پا افتادن جسمی، عاطفی و روانی و عدم تناسب بین واقعیت موجود و مورد انتظار و به عبارتی به معنای کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت است(۸). شروع دلزدگی به ندرت ناگهانی و روند آن به‌طور معمول، به صورت تدریجی است(۹). پیشرفت آن می‌تواند به فروپاشی رابطه بیانجامد، یعنی زمانی می‌رسد که زوجین درمی‌یابند با وجود چالش‌های مکرر، این رابطه به زندگی آن‌ها معنایی نمی‌دهد و در این روند به مرحله فرسودگی می‌رسند(۱۰). رابطه منفی معناداری بین سلامت روان و تعارضات زناشویی وجود دارد و مشکلات زناشویی زوج‌هایی که در آن زن یا مرد دچار مشکلات بهداشت روانی هستند، بیشتر است(۱۱). روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی و زناشویی افراد نابارور به کار گرفته شده‌است. یکی از این روش‌ها، درمان شناختی-رفتاری است که کارآمدی بالینی خود را در پژوهش‌های مختلف به نمایش گذاشته و مشخص شد که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش افسردگی، علائم روانشناختی و بهبود سلامت روان زنان نابارور می‌شود(۱۴-۱۲). درمان شناختی-رفتاری، درمانی ساختاریافته، مبتنی بر همکاری و زمان حال و از لحاظ زمانی محدود می باشد، که درمانجو را مسئول پذیرفتن نقش فعال در جلسات درمان و خارج از آن می‌داند و تاکید بر تکلیف خانگی دارد(۱۵). با توجه به تأثیر روانشناختی ناباروری بر زنان نابارور، مطالعات در زمینه ارائه مداخلات روانشناختی مؤثر و کاربردی، محدود بوده و کمتر پژوهشی به‌طور همزمان هم به مشکلات فردی (استرس ناباروری) و هم میان‌فردی (دلزدگی زناشویی) زنان نابارور پرداخته است و نظر به بعد شناختی این متغیرها، به نظر می‌رسد رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند مؤثر واقع شود. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر استرس ناباروری و دلزدگی‌زناشویی زنان نابارور انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با کد IRCT20230524058277N1 و با تایید کمیته دانشگاهی اخلاق در پژوهش با کد IR.IAU.SARI.REC.1401.217 می‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تشخیص ناباروری از سوی پزشک متخصص که به طور میانگین دو سال از نازایی آن‌ها گذشته باشد، محدوده سنی ۲۰ الی ۴۰ سال، حداقل تحصیلات ابتدایی، عدم ابتلا به بیماری صعب‌العلاج جسمی و نیز بیماری روان‌پزشکی جدی مانند اسکیزوفرنی، عدم مصرف داروی اعصاب و روان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

یا مواد مخدر طی سه ماه قبل بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از دو جلسه در درمان و عدم وجود ملاک‌های ورود بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام ۴۳ نفر زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی زنان و زایمان واقع در مجتمع نگین ساری در سال ۱۴۰۱ بود. حجم نمونه لازم با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد، از طریق نرم‌افزار GPower3.1.9.4 و با نظر به پژوهش‌های پیشین و با توجه به احتمال ریزش به‌دست آمد(۱۶). به‌علت سهولت دسترسی، جامعه آماری پژوهش فقط زنان بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. افراد انتخاب شده در گروه‌های مداخله (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای اجرای پژوهش گروه مداخله به مدت ۱۲ جلسه (هفتگی) ۴۵ دقیقه‌ای طبق دستورالعمل و براساس جدول شماره ۱ تحت درمان شناختی-رفتاری توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و زیر نظر دکتر روانشناسی عمومی قرار گرفتند(۱۷). برای گروه شاهد مداخله آموزشی صورت نگرفت. نمونه‌های مورد مطالعه نسبت به نوع مداخله آگاهی نداشتند. شرکت‌کنندگان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (ارزیابی ۴۵ روز بعد از پایان مداخله) توسط نویسنده اول به‌وسیله تکمیل پرسشنامه‌های استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی ارزیابی شدند. ابزارهای مطالعه حاضر شامل:

پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن و همکاران (۱۹۹۹)

پرسشنامه استرس ناباروری که در اصل پرسشنامه مشکلات باروری (FPI) در سال ۱۹۹۹ توسط نیوتون (Newton) و همکاران در مرکز علوم بهداشتی لندن ساخته شد. این پرسشنامه یک ابزار ۴۶ سوالی است که در یک طیف لیکرت ۶ درجه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. همچنین این مقیاس دارای پنج زیرمقیاس شامل زیر مقیاس اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند و نیاز به والد شدن است(۱۸). بعضی از سؤالات(۱-۲-۵-۶-۱۰-۱۲-۱۳-۲۱-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۴۳)، به صورت معکوس(کاملا موافق-۱، تاحدی موافق-۲، خیلی کم موافق-۳، خیلی کم مخالف-۴، تا حدی مخالف-۵ و کاملا مخالف-۶)، نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه کل نمرات ۲۶۷-۴۶ بود و در نهایت افراد از حیث داشتن استرس به گروه‌های افراد با استرس کم (۹۷-۰)، متوسط (۱۳۲-۹۸)، زیاد (۱۶۷-۱۳۳) و خیلی زیاد (نمره ۱۶۸ به بالا) تفکیک می‌شوند(۷). برای بررسی روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد و پنج زیرمقیاس این پرسشنامه مورد تائید قرارگرفتند. طی مطالعه‌ای در ایران روایی و اعتبار این ابزار بررسی شد.

برای بررسی روایی از روایی صوری استفاده شد و متن ترجمه‌شده پرسشنامه توسط متخصصان در دانشگاه‌های علامه طباطبایی، تربیت‌معلم و انستیتو روان‌پزشکی تهران

جدول شماره۱: پروتکل درمان شناختی-رفتاری بابلینگ(Bieling) و همکاران (۱۷)

جلسات	اهداف، فعالیت‌ها و محتوای جلسات
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، ایجاد رابطه درمانی، توضیح درمورد قواعد و ساختار جلسات، ایجاد توافق اولیه بر سر اهداف و انتظارات از درمان، آشنایی با اصول اولیه درمان شناختی-رفتاری، ارائه تکالیف منزل.
جلسه دوم	آشنایی با الگوی شناختی-رفتاری شامل شناسایی زنجیره رخدادهای شناختی-رفتاری، ارائه تکالیف منزل.
جلسه سوم	مرور تکالیف، شناخت موقعیت‌ها، احساسات، عقاید و افکار و اعمال خاص (رفتار) ، ارائه تکالیف منزل.
جلسه چهارم	مرور تکالیف، پیشایندها و پیامدهای رفتار، موقعیت برانگیزاننده، روش‌های کاهش اضطراب، ارائه تکالیف منزل.
جلسه پنجم	مرور تکالیف، شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی (به‌ویژه در مورد ناباروری) ، ارائه تکالیف منزل.
جلسه ششم	مرور تکالیف، آموزش تصویر سازی و تنفس دیافراگمی و آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارائه تکالیف منزل.
جلسه هفتم	مرور تکالیف، آموزش بررسی شواهد افکار(به ویژه درمورد افکار مربوط به ناباروری)
	آموزش بررسی سود و زیان افکار(به ویژه درمورد افکار مربوط به ناباروری) ،ارائه تکالیف منزل.
جلسه هشتم	مرور تکالیف، آموزش کنترل افکار، احساسات و رفتار مرتبط با احساسات، ارائه تکالیف منزل.
جلسه نهم	مرور تکالیف، طبقه بندی تکنیک‌های مرتبط با هیجان اضطراب، آموزش راه‌های مقابله با اضطراب و عدم تحمل بلاتکلیفی ،ارائه تکالیف منزل.
جلسه دهم	مرور تکالیف، آموزش ارتباط موثر و بحث درمورد تاثیرات آن. ایجاد مهارت انتقال و دریافت روشن، صحیح و موثر افکار، احساسات و نیاز ها به ویژه در رابطه زناشویی، ارائه تکالیف منزل.
جلسه یازدهم	مرور تکالیف، بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش شیوه های حل مسئله به ویژه در مورد مشکل ناباروری و مسائل مربوط به آن مثل فرایند درمان آموزش برنامه ریزی برای رفتارهای ارتقادهنده سلامتی همچون رعایت رژیم غذایی سالم، ، مدیریت استرس پرداختن به فعالیت جسمانی، ارائه تکالیف منزل.
جلسه دوازدهم	مرور تکالیف، جمع‌بندی جلسات، جمع‌بندی مطالب، دریافت بازخورد از مراجعه کننده، تقدیر و قدردانی، اجرای پس‌آزمون.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

مورد تائید قـرار گرفـت. همچنین آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس موضوعات اجتماعی۰/۷۸، جنســـــی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۷۸، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۷۵ و نیاز به والد شدن ۰/۸۴ و نمره کل ۰/۹۱ برآورد شده است(۱۹).

پرسشنامه دلزدگی زناشویی پاینز (۲۰۰۵)

پرسشـنامه دلزدگی‌زناشـویی توسـط پـاینز(Pines) (۲۰۰۵) درقالب ۲۰ سوال طراحی شده است. این پرسشـنامه برای ارزیابی سطح دلزدگی یا نبود عواطف نسبت بـــه همسر به‌کار می‌رود. این پرسشنامه سه مؤلفـه از پـا افتـادگی جسمی(خستگی، سستی و اختلال خواب)، از پا افتادگی عاطفی(افسـردگی، نـا امیـدی و در دام افتـادن) و از پـا افتادگی روانی (بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشـم نسـبت به همسر) را می‌سنجد(۲۰). ۱۶ ماده آن شامل عبارت‌های منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی‌ارزش بودن و ۴ مـاده آن شامل عبارات مثبت مانند خوشحال و پر انرژی بودن است. نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت لیکرت ۷ درجه‌ای در دامنه‌ای بـین ۱ (هرگـز) تـا ۷ (همیشـه) می‌باشـد کـه آزمودنی تعداد دفعات اتفاق افتاده موارد مطرح شده در رابطه زناشویی خود را مشخص می‌سازد. نمره گذاری ۴ ماده نیز به صورت معکوس انجام می‌شود. دامنه نمـرات دلزدگی زناشویی فرد در این پرسشـنامه بـین ۲۰ تـا ۱۴۰ است و نمره بالاتر نشانه دلزدگـی بـیش‌تـر می‌باشـد(۲۱). نویدی(۲۰۰۵) گزارش‌کرد که ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است و روایـی آن بـه روش روایـی همگـرا از طریـق همبسـتگی بـا مقیـاس فرسودگی زناشویی ۰/۵۴ می‌باشد(۲۲). داده‌های مطالعـه بـا کمـک نـرم‌افـزار آمـاری SPSS24 و آزمـون تحلیـل واریـانس بـا انـدازه‌گیـری مکـرر در سـطح معنـی داری آماری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از مجموع ۴۳ شرکت‌کننده در کارآزمایی ۳۰ نفـر، در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری حضور داشتند و آنالیز نهایی بر روی داده‌های مربوط بـه ۱۵ نفـر از هر گروه انجام شد. جدول شـماره ۲، مشخصـات دو گـروه از نظـر اطلاعـات جمعیـت‌شـناختی را نشـان می‌دهـد. در جـدول شـماره ۳، میـانگین و انحـراف‌معیـار متغیرهـای پژوهش در هر گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمـون و پیگیری ارائه شده است. میانگین نمرات گروه مداخلـه در متغیـر اسـترس نابـاروری و دلزدگـی زناشـویی سـیر نزولی داشته است. نتایج آزمون لوین بـرای ایـن مطالعـه نشان داد که پیش‌فرض برابر بودن واریانس نمرات بـرای متغیر اسـترس نابـاروری (P=۰/۱۶۸، F=۰/۶۸۵) و دلزدگـی زناشویی (P=۰/۰۷۹، F=۷۸۱) برقرار بود. جدول شـماره ۴، نشان‌دهنده تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با توجـه به شاخص گرین هاوس-گیزر جهت بررسی تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر استرس نابـاروری و دلزدگـی زناشـویی در زنان نابارور می‌باشد. همان‌طورکـه مشـاهده می‌شـود این درمـان تـاثیر معنـی‌داری بـر میـزان کـاهش اسـترس ناباروری و دلزدگی زناشویی با در نظر گـرفتن دو گـروه حاضر در پـژوهش داشته‌اسـت. هـم‌چنـین نتـایج نشـان داد، درمان شناختی-رفتاری با توجـه بـه زمان‌هـای پیش‌آزمـون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامـل آن بـا عضـویت در گروه‌هـا تاثیر معنـی‌داری بـر کـاهش اسـترس نابـاروری و دلزدگـی زناشویی داشته‌است. بدین معنا که این درمان باعث تفـاوت دو گروه مورد مطالعه در طول زمان از نظر میزان اسـترس نابـاروری و دلزدگـی زناشـویی شده‌اسـت. همـان‌طورکـه جدول شماره ۵ نشان می‌هد برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. مطابق جدول درمـان شناختی- رفتاری بـر کاهش اسـترس نابـاروری و دلزدگـی زناشویی در مرحله پس‌آزمون درگروه مداخله تـاثیر داشـته است و این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز تداوم داشته است.

جدول شماره۲: شاخص‌های آماری توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

	محدوده سنی (درصد)				سطح تحصیلات (درصد)			
	۳۰-۲۷	۳۳-۳۱	۳۶-۳۴	دیپلم	کارشناسی	کارشناسی ارشد	دکترا
گروه شاهد	۳۳/۳	۲۶/۷	۴۰/۰	۲۰/۰	۴۶/۷	۲۰/۰	۱۳/۳
گروه مداخله	۳۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۱۳/۳	۴۶/۷	۷/۲۶	۳۲/۷۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی در گروه‌های شاهد و مداخله

متغیرها	موقعیت	گروه شاهد (انحراف معیار ± میانگین)	گروه مداخله (انحراف معیار ± میانگین)
استرس ناباروری	پیش آزمون	۱۹۵/۷۳۳ ± ۲۰/۴۹۹	۲۰۰/۸۶۶ ± ۱۹/۴۷۱
	پس آموزن	۱۸۸/۸۰۰ ± ۱۶/۸۸۲	۱۴۶/۰۶۶ ± ۱۲/۷۱۹
	پیگیری	۱۹۲/۶۶۶ ± ۱۳/۷۸۲	۱۵۳/۰۶۶ ± ۱۶/۰۸۶
دلزگی زناشویی	پیش آزمون	۹۱/۰۶۶ ± ۱۱/۶۷۷	۹۷/۵۳۳ ± ۱۲/۰۵۲
	پس آموزن	۸۹/۵۳۳ ± ۶/۱۶۲	۶۷/۰۶۵ ± ۵/۷۵۰
	پیگیری	۸۷/۳۳۳ ± ۷/۵۷۵	۷۴/۶۶۶ ± ۸/۲۸۶

جدول شماره ۴: تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (بررسی درون گروهی (زمان) و بین گروهی (زمان و گروه) و تعامل (گروه و زمان)) استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی

متغیرها		میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
استرس ناباروری	زمان	۹۷۰۲/۸۱۷	۶۵/۱۷۲	۰/۰۰۰	۰/۶۹۹
	زمان / گروه	۷۵۰۴/۰۱۷	۵۰/۴۰۳	۰/۰۰۰	۰/۶۴۳
	گروه	۱۴۸۹۹/۴۰۰	۲۴/۷۰۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶۹
دلزگی زناشویی	زمان	۲۶۵۳/۳۵۰	۴۲/۱۵۶	۰/۰۰۰	۰/۶۰۱
	زمان/ گروه	۱۳۲۷/۸۱۷	۲۱/۸۱۱	۰/۰۰۰	۰/۳۸۴
	گروه	۲۰۵۴/۴۴۴	۱۴/۱۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۶

بحث

در این پژوهش تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر استرس ناباروری و دلزدگی‌زناشویی زنان نابارور بررسی شد. یافته‌ها نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش معنی‌دار استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی زنان نابارور بعد از مداخله در گروه مذکور نسبت به گروه شاهد شد که این نتایج در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر، نتیجه مطالعه‌ای در ترکیه نشان داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری استرس ناباروری را کاهش داده و باعث بهبود افسردگی و اضطراب و سلامت روان افراد مورد مطالعه شد(۲۳). در تایید این یافته، نتیجه یک مطالعه مروری سیستماتیک و متاآنالیز در چین اثرات شگرف و قابل توجهی از مداخلات شناختی-رفتاری را نشان داد، که می‌تواند به‌طور موثر استرس ناباروری، افسردگی و پریشانی روانی را کاهش دهد و منجر به بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور شود(۲۴). یک مطالعه نیمه تجربی با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی-رفتاری بر عشق و دلزدگی‌زناشویی در زوج‌های دارای تعارض انجام شد، نتایج این مطالعه بیان کرد زوج درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند دلزدگی زناشویی را در زوجین کاهش دهد(۲۵). مطالعه‌ای تحت عنوان اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش دلزدگی زناشویی و صمیمت جنسی زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره تبریز انجام شد که در آن رویکرد شناختی- رفتاری به زوجین دلزده، که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی زناشویی هستند موجب شده که آگاهی زوجین نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی بالا رود. هم‌چنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب دلزدگی آنان شده است، پرداخته شد. بنابراین پیشنهاد شد که می‌توان از این درمان برای کاهش دلزدگی زناشویی بهره برد که این نتیجه نیز با مطالعه حاضر همخوانی دارد(۲۶). در توضیح اثرات مثبت این درمان می‌توان گفت که این درمان به زنان نابارور کمک کرد تا علائم رفتاری، هیجانی و شناختی استرس ومشکلات ارتباطی خود در رابطه با همسرشان را تشخیص دهند و به این مو ضوع پی ببرند که احساسات و در درجه بعد رفتارها زاییده افکار و الگوهای شناختی هستند و هرگونه بهبودی منوط به اصلاح چرخه معیوب افکار و احساسات است. در راستای اصلاح افکار غیرمنطقی، درمانگر با استفاده از تکنیک‌های مختلف شناختی همچون زیر سؤال بردن این افکار و ایجاد تردید نسبت به درست بودن آن‌ها و به چالش کشیدن آن، سعی در کمک به

جدول شماره ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی استرس ناباروری و دلزدگی زناشویی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله

شاهص های آماری	پیش آزمون- پیگیری			پس آزمون- پیش آزمون			پس آزمون- پیش آزمون		
	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معنی داری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معنی داری	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معنی داری
استرسی ناباروری	۲۵/۴۳۳	۳/۱۵۰	۰/۰۰۰	-۳۰/۸۶۷	۲/۷۷۶	۰/۰۰۰	-۵/۴۳۳	۲/۶۰۶	۰/۱۳۹
دلزگی زناشویی	۱۳/۳۰۰	۲/۰۴۸	۰/۰۰۰	-۱۶/۰۰۰	۱/۷۷۶	۰/۰۰۰	-۲/۷۰۰	۱/۴۳۶	۰/۲۱۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

بیمار برای جایگزینی این باورها با باورهـایی سـالم تـر و منطقـی‌تـر دارد(۲۷). از بعـد رفتـاری درمـان شـناختی-رفتـاری، درمـانگر بـا تکیـه بـر تکنیـک‌هـایی همچـون برنامه‌ریزی و تقویت رفتار مثبت، به شناسـایی و اصـلاح الگوهای ارتباطی ناسالم پرداخت. که این فرایند از یک سو به ایجاد و تقویت رفتارهـای آمـوزش خودمـدیریتی به زنان نابارور کمک کرد تا تفکرات و نگرش‌های خـود را تغییر دهند و این به صورت تمرین‌هـای خودنظـارتی، آمـوزش مهـارت‌هـای کـاهش اسـترس، آمـوزش فنـون بازسازی شناختی، جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقـی، آمـوزش مهـارت‌هـای ارتبـاطی و مـدیریت خشم انجام گرفت(۲۸). همچنین در مطالعه مشابهی نشان داده شد درمان شناختی- رفتاری به صورت معناداری بر دلزدگی زناشویی و مولفه‌های آن، رضـایت زناشـویی و صمیمیت زناشویی تأثیر دارد(۲۹). ضمن اینکه بنا بر نظـر برخی محققان در راستای مدیریت عوامل روانی اجتمـاعی، استفاده از درمان روانشناختی (شـناختی-رفتـاری) بـرای شرایط پزشکی مانند ناباروری، ضروری است(۳۰). با این حال، با توجه به وجـود ناهمگنـی‌هایـی در مطالعات و محـدود بـودن مطالعـات در ایـن زمینـه، برای تایید این یافته‌ها، نیاز به انجام مطالعات بیش‌تری وجود دارد. از محدودیت‌های این کارآزمایی می‌توان گفت که مطالعه فقط یک گروه مداخله داشت و در نتیجه امکان مقایسـه درمان با سایر مداخلات فراهم نبود. از دیگرمحدودیت‌های این پژوهش عدم تعمیم‌پذیری نتایج به کل جمعیت افراد نابارور به‌دلیل اجرای مداخله فقط بر روی نمونه زن بود. برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود نمونه‌ها از میان مـردان و زنان انتخاب شود و هم‌چنین در بازه زمـانی طـولانی‌تر برای اثرات بلندمدت در نظر گرفتـه شـود. هـم‌چنـین بـه ارائه‌کنندگان خدمات آموزشی، درمانی و حمـایتی ازجملـه پزشکان، روانشناسان و پرسـتاران و نیـز دریافت‌کننـدگان خدمات مذکور از قبیل بیماران و خانواده‌های آنـان توصـیه به استفاده از یافته‌های به‌دست آمده از پـژوهش فعلـی و پژوهش‌های مشابه و بهره‌گیری از نتایج و دسـتاوردهای حاصله درکنار درمان پزشکی می‌شود. درمان شـناختی-رفتاری می‌تواند در کنار سایر روش‌هـای مـورد اسـتفاده بـه عنـوان یکی از رویکردهای درمانی مطلوب در رونـد درمان روانشـناختی زنان نابارور به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

ایـن پـژوهش حاصـل پایـان‌نامـه کارشناسـی ارشـد روانشناسی بالینی می‌باشد. بدین‌وسیله مجریـان از حـوزه معاونت محترم پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسـلامی استان مازندران و نیز مدیریت وکارکنان کلینیک تخصصـی زنـان و زایمـان مجتمـع نگـین سـاری در فـراهم آوردن زمینه‌های انجام تحقیق تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Jafarzadeh-Kenarsari F, Ahmad-Amraji L, Abouzari-Gazafroodi K. Evaluation of Infertility-related Stress and its Associated Factors in Infertile Clients: A Cross-Sectional Study. PCNM 2021; 11(1): 1-10 (Persian).
2. Tang Q, Zhou Zh, Wang N, Qian X. Irrational parenthood cognition and infertility stigma among infertile women: a cross-sectional study in Changsha, China. 24th. Researchsquare 2023.
3. Ying L, Wu LH, Loke AY. The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. J Assist Reprod Genet 2016; 33(6): 689-701.
4. Gana K, Jakubowska S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. J Health Psychol 2016; 21(6): 1043-1054.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

5. Vaughan DA, Shah J, Penzias A, Domar A, Toth T. Infertility remains a top stressor despite the COVID-19 pandemic. Reprod Biomed Online 2020; 41(3):425-435.
6. Chehreh R, Ozgoli G, Abolmaali K, Nasiri M, Mazaheri E. Comparison of the infertility-related stress among couples and its relationship with infertility factors. Int J Women's Health Reprod 2018; 7(3): 313-318.
7. Amini L, Ghorbani B, Afshar B. The Comparison of Infertility Stress and Perceived Social Support in Infertile Women and Spouses of Infertile Men. I J N 2020; 32(122): 74-85 (Persian).
8. Shreffler K, Gallus K, Peterson B, Greil AL. Couples and infertility.The handbook of systemic family therapy 2020; 3:385-406.
9. Kahnamouei S, Fattahi A, Mirhashemi M. The effect of differentiation, attachment styles and family functioning on couple burnout mediated by emotional intelligence. Knowledge & Research in Applied Psychology 2022; 23(2): 63-76 (Persian).
10. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Marital Self-regulation, Marital Burnout and Self-criticism of Infertile Women. J Arak Uni Med Sci 2020; 23 (4) :488-497 (Persian).
11. Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M. Infertility-related stress and life satisfaction among Chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. Sex Roles 2020; 82(1): 44-52.
12. Starabadi M, Amirfakhraei A, keramati K, Samavi A. Efficacy of Cognitive- Behavioral Therapy (CBT) on the Infertility Stress and Depression in the Infertile Couples. Medical Journal Of Mashhad University Of Medical Sciences 2021:61(6) : 3127-3136 (Persian).
13. Vioreanu AM. Using CBT for Depression: A Case Study of a Patient with Depressive Disorder Due to a Medical Condition (Infertility). Mental Health: Global Challenges Journal 2023; 6(1): 2-15.
14. Kheirkhah F, Faramarzi M, Shafierizi S, Chehrazi M, Basirat, Z. Preliminary examination of acceptability, feasibility, and effectiveness of internet-based cognitive behavioral therapy for treatment of depression and anxiety in infertile women. Heliyon 2023: 9(5): e15760 (Persian).
15. Prochaska J, Norcross J. Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis. 9rd ed. California :Wadsworth Pub Co; 2018.
16. Quinn G P, Keough MJ. Experimental design and data analysis for biologists. 2rd ed. London: Cambridge university press; 2002.
17. Bieling P J, McCabe R E, Antony M M. Cognitive-behavioral therapy in groups. 11rd ed. New York: Guilford publications; 2022.
18. Newton C, Sherrard M, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infetility-related stress. Fertil Steril 1999; 72(1): 54-62.
19. Alizadeh T, Farahani M, Shahraray M, Alizadegan Sh. The relationship between self-esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. Journal Of Reproduction & Infertility 2005; 6(2): 194-204 (Persian).
20. Pines A, Nunes R. The relationship between career and coupl burnout: Implications for career and couple counseling. J Employ Couns 2005; 40(2): 50-64.
21. Meidanchi MR, Yaghoobi A, Goodarzi K, Karimi J. Effectiveness of choice theory Training on the Couples' Marital Satisfaction and marital burnout. Medical Journal Of Mashhad University Of Medical Sciences 2021; 64(5): 4108-4118 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]

22. Navidi F. Investigating and comparing the relationship between marital disturbance and organizational climate factors among staff of educational and nursing departments of Tehran hospitals. Master's thesis, Consultation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid Beheshti University (Persian).
23. Karaca A, Yavuzcan A, Batmaz S, Cangür Ş, Çalişkan A. The effect of cognitive behavioral group therapy on infertility stress, general health, and negative cognitions: a randomized controlled trial. J Ration Emot Cogn Behav Ther 2019; 37(4): 375-394.
24. Wang G, Liu X, Lei J. Cognitive behavioural therapy for women with infertility: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Psychother 2023; 30(1): 38-53.
25. Hajloo N, Rahnejat A, Ahmadi M, Pourabdol S. The effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on love and marital burnout in couples with marital conflict. Journal of Research in Psychopathology 2022; 3(7): 25-34 (Persian).
26. Asadi R, Kazemi R, Mousazadeh T. The effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy on reducing marital burnout and sexual intimacy of couples referring to counseling centers in Tabriz. Medical Journal Of Mashhad University Of Medical Sciences 2022; 65(4): 1940-1951 (Persian).
27. Ghahari S, Bazazian S, Ghodrati S. The effectiveness of cognitive-behavioral education on rumination and marital rumination in female teachers during quarantine coronavirus. Rooyesh 2022; 11(8): 121-130 (Persian).
28. Foroughameri M, Hatami M, Rafiepoor A, Nicknam M. The Effectiveness of Cognitive-Bbehavioral Therapy on Infertility Stress and Health-Promoting Behaviors of Infertile Women. Community Health Journal 2021; 15(3): 65-75 (Persian).
29. Karimi B, Khalatbari J. The Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on Couple's Burnout, Marital Adjustment and Intimacy. Journal of Educational Psychology 2017; 8(1): 65-74 (Persian).
30. Choudhary M, Halder S.Cognitive Behavior Therapy in Management of Psychosocial Factors in Female Infertility. J Psychosoc Res 2019; 14 (1).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-19]