فصلنامه تحقیقات علوم تربیتی در نظام آموزشی

شماره مجوز: ۹۴۲۲۱ ((شماره پنجم-تابستان۱۴۰۳)) ISSN : 2981-099X

اثربخشی زندگی درمانی بر تاب‌آوری، اضطراب و عزت‌نفس زنان نابارور

(تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۴/۲۲، تاریخ تصویب ۱۴۰۳/۰۶/۲۷)

طاهره پارساجم[۱]

رزیدنت زنان وزایمان

رقیه صادق زاده[۲]

گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

مژگان وطنخواه[۳] **(نویسنده مسئول)**

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی زندگی درمانی بر تاب‌آوری، اضطراب و عزت‌نفس در زنان نابارور می‌باشد. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون وگروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی زنان و زایمان در شهرستان کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، ۳۰ نفر (زن نابارور) انتخاب شدند و به طور تصادفی در یک گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگماری شدند. گروه آزمایش، مداخله آموزشی را در ۸ جلسه دریافت کردند، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، اضطراب بک (۱۹۸۸) و عزت نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) واریانس و با نرم افزار SPSS۲۶ انجام شد. نتایج نشان داد زندگی درمانی در

[۱] dr.tparsajam@gmail.com

[۲] Roghayehsadeghzadeh@gmail.com

[۳] Mozhganvatankhah۱۳۷۱@gmail.com

زنان نابارور به ترتیب برای متغیرهای بر تاب‌اوری (P<۰/۰۱ و F=۲۸۶/۹۹)، اضطراب (P<۰/۰۱ و F=۲۷۴/۱۵) و عزت‌نفس (P< ۰/۰۱ و F=۱۲۴/۴۱)، اثربخش بود. از همین رو می‌توان نتیجه گرفت زندگی درمانی بر کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری و عزت‌نفس زنان نابارور اثربخش می‌باشد.

واژگان کلیدی: زندگی درمانی، تاب‌آوری، اضطراب، عزت‌نفس، زنان نابارور

مقدمه

در جهان امروزی، ناباروری[۱] به یک نگرانی اصلی برای سلامت عمومی تبدیل شده است. ناباروری را به عنوان ناتوانی در بارداری بعد از حداقل یک سال رابطه منظم، بدون محافظت و به موقع تعریف کرده‌اند (حمزه گردشی و همکاران، ۱۴۰۰). پیش‌بینی می‌شود با وجود پیش‌رفت در سال ۲۰۲۵، بروز ناباروری به ۷/۷ میلیون نفر گسترش یابد که آمار قابل توجهی می‌باشد (تسینگ[۲] و همکاران، ۲۰۲۳). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۷ گزارش داد در کشورهای در حال توسعه از هر چهار زوج، یک زوج ناباروری را تجربه می‌کند. طبق آمار مرکز ملی آمار سلامت، در سال ۲۰۱۷، ۱۶/۲ درصد از زنان متأهل در ایالت متحده آمریکا بین ۱۵ تا ۴۹ سال، تجربه ناباروری داشتند. فراوانی کلی ناباروری اولیه در ایران ۲۰/۱۷ درصد و فراوانی کلی ناباروری ثانویه در ایران ۴/۹ درصد است (حسن زاده و طالبی، ۱۴۰۲). طبق شواهد، ناباروری به خصوص در زنان می‌تواند آثار و عواقب روانی و اجتماعی متعددی به جای بگذارد و با کاهش اعتماد به نفس، کاهش ارتباطات، احساس تنهایی و طرد شدن، وسواس در مورد بارور شدن، احساس افسردگی، ناتوانی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا درآمدن، احساس شرم و خجالت و احساس اضطراب و تنش در هنگام برخورد با مشکلات و موانع درمانی همراه می‌باشد (حمزه گردشی و همکاران،۱۴۰۰). تاب آوری از جمله متغیرهایی است که در مورد زنان نابارور می‌تواند حایز اهمیت باشد و به آن‌ها در غلبه بر عوارض روانی و اجتماعی ناشی از ناباروری یاری برساند. تاب‌آوری به خاصیت کشسانی، بازگشت‌پذیری و ارتجاعی معنا شده است (میرزایی و دلاور، ۱۴۰۱). در روانشناسی، تاب‌آوری

۱. infertile
۲. Tsing

فرآیند پویای سازگاری مثبت و موفقیت‌آمیز در شرایط چالش‌انگیز و تهدیدکننده است و به توانایی فرد برای غلبه کردن بر مشکلات زندگی و قوی‌تر شدن در نتیجه رو به رو شدن با مشکلات اشاره دارد (ویگ و همکاران[۱]، ۲۰۲۰).

افراد تاب‌آور می‌توانند شرایط بهتری برای زندگی کردن فراهم کنند، مهارت‌های حل مسأله را گسترش دهند و در برابر استرس مقاوم‌تر هستند. تاب‌آوری مفهومی روانشناختی است که آن را عامل تعدیل کننده استرس معرفی کرده‌اند چرا که تاب‌آوری به عنوان توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط دشوار باعث می‌شود که فرد در برابر استرس‌های روزمره زندگی از خود انعطاف نشان دهد و خود را با تغییرات محیطی تطبیق دهد و در نتیجه، رویدادهای استرس‌آور و اضطراب‌آور زندگی روزمره نمی‌تواند باعث آسیب جدی در فرد شود. از سویی دیگر، تاب‌آوری پایین باعث می‌شود که فرد نتواند بعد از مواجهه با رویدادهای استرس‌آور به حالت قبلی خود برگردد. بنابراین تاب‌آوری با افزایش تحمل، سازگاری با بحران‌های زندگی و غلبه بر آن‌ها همراستا است و طبق پژوهش‌ها، تاب‌آوری روانشناختی باعث افزایش توانمندی فرد در موقعیت‌های دشوار می‌شود. لی[۲] و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان داده‌اند که تاب‌آوری در زنان نابارور با کاهش سطح استرس و افزایش سطح رضایت زناشویی و کیفیت زندگی همراه است. تاب‌آوری یک ویژگی ثابت و تغییر ناپذیر شخصیتی نیست و افراد ظرفیت بازسازی آن را دارند (پاتل[۳] و همکاران، ۲۰۱۸). بارداری موجب می‌شود افراد هیجان‌های مثبت و خوشایندی را تجربه کنند، عدم بارداری با هیجانات منفی و ناخوشایندی همراه است. به همین علت فدراسیون بین‌المللی زنان و زایمان، ناباروری را به عنوان یک بیماری، تعریف می‌کند (مشرف و همکاران ۱۴۰۱). بیشتر این بیماران علائم افسردگی، اضطراب، عصبانیت و گوشه‌گیری را بعد از درمان‌های ناموفق گزارش کردند که این علائم در مدت طولانی پابرجاست و ممکن است تبدیل به افسردگی شوند. استرس و اضطراب به وجود آمده تأثیر فراوانی بر ناباروری و درمان آن دارد. افرادی که در جست و جو و اقدام برای درمان ناباروری می‌باشند نسبت به جمعیت عمومی مضطرب‌تر هستند و تنش بیشتری را تحمل

۱. Wiig
۲. Li
۳. Patel

می‌کنند (کرمی جهانگیر و همکاران، ۱۳۹۶). به طور کلی زنان نابارور در شروع استفاده از روش‌های کمک باروری سطح بالینی از اضطراب را تجربه می‌کنند که استفاده از مداخلات روان‌شناختی قبل از درمان ازطریق روش‌های کمک باروری، مفید است (مشرف و همکاران، ۱۴۰۱). به طور کلی یکی از موضوعاتی که اخیراً در زمینه موفقیت یا عدم موفقیت نتایج درمان‌های کمک باروری مطرح می‌باشد عزت‌نفس افراد نابارور می‌باشد (مقدم تبریزی و همکاران، ۱۳۹۴). عزت‌نفس، ناشی از تفاوتی است که افراد بین خود ادراک شده و خود ایده‌آل قائل هستند. هر چه این تفاوت در افراد بیشتر باشد، عزت‌نفس پایین‌تر و تفاوت کمتر منجر به افزایش عزت‌نفس می‌شود. شکست در وظایفی مانند زاد و ولد باعث کاهش اطمینان فرد نسبت به خود می‌شود که متعاقباً عزت‌نفس فرد را کاهش می‌دهد. به‌طور کلی ناباروری سبب آسیب به عزت‌نفس فرد شده و فرد را نسبت به افسردگی درمانده‌تر می‌کند. هم‌چنین به‌طور هم‌زمان احساس گناه بیشتری را در فرد برمی‌انگیزد. تأثیر ناباروری در مورد مؤلفه‌های روانشناختی از جمله افسردگی، تاب‌آوری، اضطراب و عزت‌نفس در زنان نابارور نسبت به مردان نابارور بیشتر است (ملک زاده و همکارن، ۱۳۹۹). زارع و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که زنان نابارور عزت نفس کمتری نسبت به زنان بارور داشتند. به نظر می–رسد که تیم درمان علاوه بر بعد جسمی، باید به ابعاد روحی و روانی این گروه از زنان نیز توجه داشته باشند. یکی از درمان‌های جدید در حیطه سلامت روان، درمان مبتنی بر زندگی[۱] می‌باشد که بر موضوعاتی چون اشتیاق، علاقه، خلاقیت، اهمیت ویژه‌ای داده است و علاوه بر کاهش و حذف نگرانی بر ایجاد یک نگرش سازنده نسبت به زندگی تأکید دارد و طراحی یک زندگی سالم و منحصر به فرد برای هر فرد را در نظر دارد ورفتارهای هدف گرا و داشتن عمرطولانی و همراه با عزت نفس، هیجا نات مثبت مانند خوشی، امید، عشق،دوست داشتن خود، دیگران و دنیا را مورد مطالعه قرار می‌دهد. به رفتارهای یکپارچه توجه دارد و اساساً مثبت نگر می‌باشد. در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های با ارزش زندگی آموزش داده می‌شود (حسن زاده و طالبی، ۱۴۰۲). بر اساس مطالعات انجام شده، تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند، با استرس فیزیکی،

۱. Life therapys,

اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است که تمامی ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (حمزه گردشی و همکاران (۱۴۰۰). همچنین بر اساس بررسی‌های انجام شده افسردگی، اضطراب، پایین بودن عزت نفس، نارضایتی زناشویی و نارضایتی جنسی از پیامدهای روان شناختی ناباروری به خصوص در زنان می‌باشد. در تحقیقی میزان اضطراب و افسردگی در زنان نابارور برابر با میزان اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به ناراحتی قلبی و سرطان و ایدز برآورد شده است . در واقع بچه‌دار شدن و مادری کردن، بخشی از هویت یک زن محسوب می‌شود و بنابراین ناباروری به صورت یک عامل استرس‌زا، با تحت تأثیر قرار دادن زنان از نظر هیجانی و اجتماعی می‌تواند، عامل خطری برای سلامتی آن‌ها باشد. عدم توانایی زنان برای داشتن فرزند منجر به احساس درماندگی و تجربه عواطف منفی در آن‌ها می‌گردد و استرس، احساس انزوا، افسردگی، خشم، اضطراب، گناه و ناکامی از جمله هیجانات منفی هستند که در نتیجه ناباروری در زنان ایجاد می‌گردد (حمزه گردشی و همکاران، ۱۴۰۰).

مهدی‌خانی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهش خود با عنوان اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی در مادران دارای فرزند بیش‌فعال نشان دادند که زندگی درمانی برافزایش اشتیاق به زندگی در مادران دارای فرزند بیش‌فعال اثربخش است و به نظر می‌رسد زندگی درمانی می تواند در افزایش سلامت روان و امیدواری مادران دارای فرزند بیش‌فعال مؤثر واقع شود. همچنین حسن زاده و طالبی (۱۴۰۲) در پژوهش خود به اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفت زندگی در زنان نابارور پرداخته و نشان دادند که زندگی درمانی بر افزایش اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفت زندگی در زنان نابارور تأثیر دارد که با نتایج حاصل از پژوهش صلاحی ابدی و همکاران (۱۴۰۲) که نشان دادند زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی دانشجویان پرستاری شهرستان ساری تأثیر دارد، همسو می‌باشد. سر آبادی و همکاران (۱۴۰۱) نیز در پژوهش خود به این نتایج دست یافتند که توجه به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و زندگی درمانی بر افزایش بهزیستی و امنیت روانی، این درمان‌ها می‌توانند به عنوان مداخلات کمکی، حمایتی و توان‌بخشی در کنار درمان‌های دارویی در راستای توان‌بخشی و ارتقاء کیفیت زندگی آنان به کار گرفته شود که با توجه به هزینه‌های گزاف درمان‌های ناباروری توجه به مسائل روحی و

روانی در جریان ناباروری می‌توان گفت نادیده گرفته شده و توجه به این امر می‌تواند در یک درمان کمکی باشد. به همین دلیل ضرورت انجام پژوهش‌هایی در این حیطه وجود دارد و در این پژوهش نیز به دنبال پاسخ به این سؤال هستیم که آیا زندگی درمانی بر تاب‌آوری، اضطراب و عزت‌نفس زنان نابارور اثربخش است؟

بخش اول: روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی دارای پیش‌آزمون- پس‌آزمون دارای یک گروه آزمایش و یک گروه گواه می‌باشد و جامعه‌آماری پژوهش، شامل کلیه زنان نابارور ۴۵-۲۵ ساله مراجعه کننده به کلینیک‌های تخصصی زنان و زایمان شهر کرمانشاه در ۱۴۰۳ می‌باشد. از میان این زنان، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند برحسب معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری جایگماری شدند. قبل از انجام مداخله برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا شد. برای گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار زندگی درمانی اجرا شد و اما گروه گواه بدون دریافت هیچ‌گونه مداخله مورد ارزیابی قرارگرفتند. سپس برای ارزیابی اثربخشی رویکرد زندگی درمانی، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش: بازه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، مبتلا به ناباروری (به تشخیص پزشک متخصص زنان)، تحت درمان بودن، رضایت جهت شرکت در جلسات آموزشی، عدم دریافت مداخله روانشناختی دیگر به صورت هم‌زمان، تعهد به حضور در تمام جلسات بود. ملاک‌های خروج: سابقه اختلال رفتاری، عدم حضور در بیش از دو جلسه، داشتن بیماری جسمی و روانی دیگر بوده است.

بخش دوم: ابزار پژوهش

پرسشنامه تاب‌اوری کانر و دویوید سون[۱]: این پرسشنامه را توسط کانر و دیوید سون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران

۱. Connor-Davidson Resilience Scale

سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه کنندگان این پرسشنامه بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کانر و دیوید سون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین ۱ (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است. خرده مقیاس تصور از شایستگی فردی، ۲۴-۱۲-۱۱-۲۵-۱۰-۲۳-۱۷-۱۶، خرده مقیاس اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، ۲۰-۱۸-۱۵-۶-۷-۱۹-۱۴، خرده مقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، ۱-۴-۵-۲-۸، خرده مقیاس کنترل، ۲۲-۱۳-۲۱، خرده مقیاس تاثیرات معنوی،۳-۹ می‌باشد. مطالعه مقدماتی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران نشان داد که این ابزار همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی همگرا و واگرای کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چند بعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تایید کرده است. این مقیاس در مطالعه در ایران بر روی ۲۴۸ نفر اجرا شد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفت (خوشویی، ۱۳۸۹). شیوه نمره‌گذاری: طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه شامل: کاملاً غلط (۱)، تا حدودی غلط (۲)، نظری ندارم (۳)، تاحدودی درست (۴)، کاملاً درست (۵) می‌باشد.

پرسشنامه اضطراب بک[۱]: اضطراب یک حالت احساسی نا آرام است. واژه اضطراب برای بیان حالتی از تنش نه چندان زیاد تا وحشت دامنه دار استفاده می‌شود. وقتی کسی می گوید اعصابم ناراحت است، منظورش این است که همین حالا احساس اضطراب می کند. اضطراب ترس مزمن است و هنگامی رخ می دهد که رویدادی تهدید کننده، محتمل امّا غیر قابل پیش بینی است. آزمون اضطراب بک (۱۹۸۸)، دارای ۲۱ سؤال و هر سؤال دارای ۴ گزینه می‌باشد. این پرسشنامه

۱. The Beck Anxiety Inventory (BAI) Scale

وضعیت اضطرابی افراد را در طی هفته گذشته مورد ارزیابی قرار می دهد. بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی برروی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله یک هفته، ۰/۷۵ نشان دادند. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسشنامه بر روی ۱۶۰ نفر بیمار سرپایی به‌دست آمد. فدریخ و همکاران (۱۹۹۲) نیز ضریب پایایی ۰/۶۷ و ضریب آلفای ۰/۹۴ را برای ۴۰ بیمار سرپایی گزارش کردند. در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران و بیمارستان روزبه انجام شد، پایایی این آزمون در جمعیت سالم و بالینی نشان داده شده است. در این پژوهش که بر روی ۵۶ فرد نابارور انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به‌دست آمد. جامعه هدف این پرسشنامه به صورت خود گزارشی بوده و برای افراد بالای ۱۸ سال است. شیوه نمره‌گذاری: پاسخ های پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای در طیف لیکرت تنظیم شده است. برای هر یک از عبارات زیر، این نمره را در نظر گرفته شده است: (ابداً: صفر، خفیف: ۱، متوسط: ۲، شدید: ۳). هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علایم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. نمره کل در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد و در تفسیر آزمون اضطراب بک:۰ تا ۷: هیچ یا کمترین، ۸ تا ۱۵: خفیف، ۱۶ تا ۲۵: متوسط، ۲۶تا ۶۳: شدید می‌باشد.

پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت: پرسشنامه‌ی عزت‌نفس کوپر اسمیت (۱۹۶۷) به منظور سنجش میزان احساس ارزشمندی دانش‌آموزان و دانشجویان در زمینه‌های اجتماعی و تحصیلی ساخته شده است. او با این فرض که عزت‌نفس خصیصه‌ای نسبتاً ثابت است براساس تجدید نظری که روی مقیاس راجرز و دایموند (۱۹۴۵) انجام داد آن را تهیه کرده است. این پرسشنامه مشتمل بر پنج موضوع است که عبارت است از انجام تکالیف آموزشی، روابط اجتماعی، خانواده، خود و آینده و دارای چهار خرده مقیاس است، عزت‌نفس کلی، عزتنفس اجتماعی (همسالان)، عزت‌نفس خانوادگی (والدین)، عزت‌نفس تحصیلی (آموزشی). این پرسشنامه دارای ۵۸ سؤال دو گزینه‌ای با گزینه‌های "بلی" و " خیر" است که هر فرد متناسب با وضعیت خود یکی از گزینه‌ها را انتخاب می‌کند. چون تست دارای خرده مقیاس آموزشگاهی است، این تست را تنها می‌توان بر روی دانشجویان و دانش‌آموزان مورد استفاده قرار داد. این سیاهه به دو جنبً ذهنی و رفتارهای آشکار

عزت‌نفس اشاره دارد. پرسشنامه‌ی عزت‌نفس کوپر اسمیت از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸را برای نمرهی کلی آزمون گزارش کرده‌اند. همچنین جهت سنجش روایی بین نمره کل آزمون با خرده مقیاس روان آزرده گرایی در آزمون شخصیت آیسنک، روایی واگرایی منفی و معنادار، و با خرده مقیاس برون گرایی، روایی همگرای مثبت معنادار را نشان داده است. ادموندسون و همکاران (۲۰۰۶) نیز ضریب همسانی درونی ۰/۶۸ تا ۰/۹۰ را برای آزمون عزت‌نفس کوپر اسمیت گزارش کرده‌اند. کوپراسمیت و همکاران (۱۹۹۰) ضریب بازآزمایی را بعد از پنج هفته۰/۸۸ و بعد از سه سال ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. برومند (۱۳۸۰) سیاههی عزت‌نفس کوپر اسمیت را بر روی دانش‌آموزان دورهی دبیرستان و پیش دانشگاهی شهرستان اسلام شهر هنجاریابی کرده است. ضریب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹محاسبه شده است. برای بررسی روایی، همبستگی نمره‌های آن با نمره‌های حاصل از پرسشنامه آیزنگ محاسبه شده و ضریب همبستگی ۰/۸۱۴ نشان دهندهی روایی ملاکی قابل قبول برای سیاههی کوپر اسمیت است. نتایج پژوهش آقاداداشی (۱۳۸۴) نیز که در شهرستان ابهر انجام شده است، نشان دهندهی اعتبار و روایی قابل قبول برای سیاههی عزت‌نفس کوپر اسمیت است. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۹۶ محاسبه شده است. شیوهی نمره گذاری پرسشنامهی عزت‌نفس کوپر اسمیت به صورت صفر و یک است و نیز ۸ سؤال دروغ سنج بوده و در محاسبه نمرهی کل، این ۸ سؤال منظور نمی‌شود. شماره‌ی سؤالات دروغ سنج عبارت است از: ،۶ ،۱۰ ،۲۳ ،۲۷ ،۰۵ ،۵۱ ،۵۸ ،۴۴ چنانچه پاسخ دهنده از سؤالات بالا بیش از ۵ نمره بیاورد یعنی به ۵ سوال پاسخ "بله" بدهد، بدان معنا است که اعتبار آزمون پایین بوده و آزمودنی سعی کرده خود را بهتر از آنچه هست جلوه دهد. اما در مورد نمره‌گذاری سایر سؤاالت چنانچه آزمودنی به سؤاالت،۲ ،۵ ،۴ ،۱۳ ،۱۱ ،۱۵ ،۱۸ ،۱۹ ،۲۱ ،۲۰ ،۲۵ ،۲۸ ،۲۹ ،۰۳ ،۰۲ ،۰۶ ،۵۴ ،۵۷ ،۴۷ با "بله" پاسخ دهد، یک نمره و اگر با خیر پاسخ دهد نمره صفر می‌گیرد. و بقیه سؤالات به صورت معکوس است یعنی پاسخ "خیر" آن‌ها یک نمره و پاسخ بله، صفر نمره می‌گیرد.

مداخله گروهی زندگی درمانی: محتوای آموزشی جلسه‌ها با الگوگیری از پیشینه پژوهش (حسن‌زاده و طالبی، ۱۴۰۲) گرفته شده است. این پروتکل توسط متخصص روانشناس در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو بار برای گروه آزمایش به مدت یک ماه اجرا شد.

جدول (۱): پروتکل زندگی درمانی

جلسه	محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است، ارائه کلی مطالب آموزش پیرامون زندگی و نتایج آن.
دوم	طرح سؤالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، الفبای زندگی و اهداف زندگی، ایجاد امید و انتظار درمان و نقش آن در کاهش چالش‌ها و موانع زندگی، و ارائه تکلیف در زمینه تدوین قطب نما یا حوزه‌های زندگی و مشکلات آن و رویکرد حل مسئله.
سوم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، بحث پیرامون شیوه تدوین اهداف رفتاری (جزیی) و غیر رفتاری (کلی) و اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور (Eisenhower)، ارائه تکلیف در زمینه تدوین فرم تصمیم گیری و اهداف زندگی.
چهارم	بررسی و بحث تکالیف پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم اشتیاق به زندگی، بیان ویژگی‌های افراد مشتاق به زندگی، بحث پیرامون نقش اشتیاق به زندگی در سلامت روانی افراد، بحث و گفتگو در مورد الفبای زندگی، ارائه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد شوق به زندگی.
پنجم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، بحث و گفتگو در مورد مفهوم امید و ناامیدی، بیان نقش امید در زندگی، ویژگی‌های افراد امیدوار، ارائه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی.
ششم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگیف بحث پیرامون نقش مفهوم گردونه عافیت در زندگی، ارائه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی.
هفتم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی و مثبت

	اندیشی و فضاسازی در زندگی، بحث و گفتگو در مورد مفهوم دایره زندگی، ارائه تکلیف در زمینه تدوین دایره زندگی.
هشتم	بررسی تکالیف، جمع بندی مطالب اخذ تعهد از اعضاء جهت تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی از حضورشان در جلسات و اجرای پس‌آزمون.

بخش سوم: روش اجرا

در جلسه‌ای توجیهی برای مشارکت‌کنندگان در پژوهش، ضمن تشریح اهداف پژوهش از آن‌ها خواسته شد تا رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت خود در پژوهش را تکمیل نمایند. در ضمن به شرکت‌کنندگان در این پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه‌ها و نام آن‌ها به‌صورت محرمانه حفظ می‌شود و نتایج حاصل از پژوهش، در سطح کلی به‌منظور حفظ اسرار شخصی و عدم تجاوز به حریم شخصی افراد گزارش شود تا برای پیش‌برد اهداف درمانی در اختیار روان‌شناسان و متخصصان و مراکز خصوصی مربوط به سلامت زنان قرار گیرد. برای ارزیابی تاب‌آوری، اضطراب و عزت‌نفس مشارکت‌کنندگان از پرسشنامه‌های مربوطه برای پیش‌آزمون استفاده شد. محتوای جلسه درمانی برای گروه آزمایش (۱۵ نفره) تحت زندگی درمانی، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۴ هفته اجرا شد و گروه گواه در این بازه زمانی هیچ درمانی دریافت نکرد. در پایان جلسات درمانی، هر دو گروه (گروه آزمایشی و گروه گواه) به عنوان پس‌آزمون توسط پرسشنامه تاب‌اوری، اضطراب و عزت‌نفس مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌های به‌دست آمده از این آزمون برای دو گروه با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) در نرم‌افزار spss۲۶ تجزیه و تحلیل شد. روایی محتوایی و صوری برنامه استفاده شده در این پژوهش، در پژوهش حسن زاده و طالبی (۱۴۰۲) مورد اجرا قرار گرفته است و از همان برنامه بهره برده شده است.

بخش چهارم: یافته‌های پژوهش

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار متغیر تاب‌آوری، اضطراب

و عزت‌نفس به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
تاب آوری	آزمایش	۱۵	۵۶/۱۳	۱۷/۴۹	۱۰۹/۰۶	۱۲/۵۰
	کنترل	۱۵	۵۴/۶۶	۲۲/۳۸	۵۵/۰۰	۲۲/۸۵
اضطراب	آزمایش	۱۵	۴۶/۵۳	۱۰/۹۴	۱۸/۲۰	۱۰/۹۴
	کنترل	۱۵	۴۵/۸۰	۱۴/۴۲	۴۵/۸۰	۱۴/۴۲
اعتماد به نفس	آزمایش	۱۵	۲۰/۰۶	۹/۳۰	۳۹/۰۰	۷/۰۳
	کنترل	۱۵	۲۰/۸۰	۱۰/۸۹	۲۰/۸۰	۱۰/۹۸

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد در گروه آزمایش (زندگی درمانی)، در میانگین متغیر تاب‌آوری و اضطراب و عزت‌نفس در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متفاوت است و آموزش مؤثر بوده است. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نشان داد که در سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای اندازه‌گیری ۰/۰۵= α، سطح معناداری برای همه متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ محاسبه شده (P>۰/۰۵)، لذا داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار می‌باشند. همچنین نتایج آزمون باکس برای برابری ماتریس کواریانس نشان داد چون سطح معناداری آزمون ام باکس بزرگ‌تر از ۰/۰۵ محاسبه شده (P>۰/۰۵)، لذا ماتریس واریانس-کواریانس‌ها همگن می‌باشند و نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها نشان داد سطح معناداری برای همه متغیرها بزرگ‌تراز ۰/۰۵ محاسبه شده (P>۰/۰۵) است، لذا تفاوت واریانس‌ها از نظر آماری معنادار نیست و فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است. چون سطح معناداری برای همه متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ محاسبه شده (P>۰/۰۵)، لذا مفروضه همگنی شیب رگرسیونی نیز برقرار است.

جدول (۳): نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری زندگی درمانی بر تاب‌اوری،

اضطراب و عزت‌نفس زنان نابارور

متغیرها	مجموع مجذورات (SS)	df	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری	ایتا
تاب‌آوری	۲۰۹۰۴/۸۹	۱	۲۰۹۰۴/۸۹	۲۸۶/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۹۲
اضطراب	۵۹۵۹/۹۲	۱	۵۹۵۹/۹۲	۲۷۴/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۲
عزت‌نفس	۲۶۳۲/۴۳	۱	۲۶۳۲/۴۳	۱۲۴/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۸۵

جدول (۳) نشان می‌دهد که زندگی درمانی بر تاب‌اوری (P<۰/۰۱ و F=۲۸۶/۹۹)، اضطراب (P<۰/۰۱ و F=۲۷۴/۱۵) و عزت‌نفس (P< ۰/۰۱و F=۱۲۴/۴۱)، پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش‌آزمون، از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. از این‌رو می‌توان نتیجه گرفت زندگی درمانی بر تای‌اوری، اضطراب و عزت‌نفس زنان نابارور اثربخش می‌باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که مداخله زندگی درمانی موجب کاهش اضطراب و افزایش معنی‌دار نمرات متغیر تاب‌آوری و عزت‌نفس در زنان نابارور شده است. این یافته مطابق با نتایج مطالعات قبلی است که گویای تأثیر معنی‌دار زندگی درمانی در کاهش شدت آسیب‌های روانی و جسمانی و افزایش معنای زندگی، امید و اشتیاق به زندگی می‌باشد (صلاحی ابدی و همکاران، ۲۰۲۲) همسو می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش (حسن زاده و طالبی، ۱۴۰۲)، (سرآبادی و همکاران، ۱۴۰۱) و مهدیخانی و همکاران، ۱۴۰۲) اثربخشی زندگی درمانی را مورد تأیید قرار می‌دهد. در تبیین نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان اذعان داشت که زندگی درمانی در یاری به افراد در جهت کسب بینش و آگاهی مورد نیاز نسبت به زندگی، چالش‌ها و... ضروری به نظر می‌رسد. در واقع درمانگر در رویکرد زندگی درمانی تلاش داشته که مراجع زمانی را تلف نکند

و از هر لحظه زندگی خود بهره برده و برنامه‌ای را برای زیستن، بودن، شکوفایی و کمال تدوین کند و اهدافی را برای مقاصد خود مشخص کند. در این رویکرد درمانگر به مراجع کمک کرده تا سازگاری مناسب و مؤثری با چالش‌ها و مشکلات زندگی داشته باشد که موجب افزایش تاب‌اوری زنان نابارور می‌گردد. در واقع به ایجاد نگرشی باز و وسیع نسبت به زندگی به او کمک می‌کند. هدف اصلی رویکرد زندگی درمانی ایجاد مفهوم گسترده در زندگی و حوزه‌های مرتبط با آن است که با با توجه به حالت روحی مراجعین و ترس از شکست‌های متوالی که گاهاً در روند درمان ناباروری اتفاق می‌افتد، می‌تواند موجب افزایش عزت‌نفس و در نتیجه کاهش اضطراب را همراه داشته باشد. همچنین مخاطراتِ فکری این افراد از جنبه‌های مختلف ناباروری، به نظر می‌رسد در ارتباط بودن با مشاور و گرفتن آموزش‌های روانشناسی از جمله رویکرد زندگی درمانی گامی در جهت افزایش میزان موفقیت در باروری آنان نیز باشد. چراکه موفقیت در درمان ناباروری ترکیبی از مداخلات پزشکی و سلامت روان است و باید جزیی از روند درمان درنظر گرفته شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، به محدود شدن جامعه مورد مطالعه به زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان شهرستان کرمانشاه اشاره داشت که تعمیم نتایج را محدودتر می‌سازد. تکرار پژوهش حاضر در زمان‌ها و مکان‌های دیگر می‌تواند موجب غنی‌سازی خدمات بهداشت درمانی قابل ارائه به زنان نابارور شود. در مطالعه حاضر، داده‌ها با ابزار خودگزارشی گردآوری شد که ممکن است موجب پاسخ‌دهی سوگیرانه شده باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده در کنار پرسشنامه، برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه بالینی نیز استفاده شود و برای دستیابی به نتایج با اعتبار بیرونی بیشتر، از جامعه آماری بزرگ‌تری استفاده شود. افزون بر این پیشنهاد می‌شود از این پرتکل درمانی جهت افزایش سلامت روان زنان نابارور در کلینیک و مراکز ارائه خدمات به این زنان بهره برده شود.

تشکر وقدردانی: سپاس از همه افرادی که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند.

منابع و مآخذ

- حسن‌زاده، رمضان، طالبی، فاطمه. (۱۴۰۲). اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفت زندگی در زنـان نابـارور. فصـلنامه پـژوهش هـای کـاربردی در مشاوره.۳۸-۱۹ ,(۱)۶
- حمزه گردشی زینب، الیاسی فروزان، موسی زاده محمود، احمدی ایمانه، احمدیان مـریم، انصاری فاطمه. (۱۴۰۰). مداخلات غیرداروییی مرتبط با بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور: مطالعه مروری دامنه ای. مجله تحقیقات سلامت در جامعه. ۷ (۲) :۷۲–۸۵
- زارع، الهام و بهرامی، نسیم و سلیمانی، محمد علی. (۱۳۹۳). مقایسه عزت نفس در زنان بارور و نابارور.
- سرآبادانی اعظم، حسن زاده رمضان، عمادیان سـیده علیـا. (۱۴۰۱). مقایسـه اثربخشـی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و زندگی درمانی بر بهزیستی ذهنی و امنیت روانـی زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعـه نیمـه تجربـی. مجلـه دانشـگاه علـوم پزشکی رفسنجان. ۱۴۰۱; ۲۱ (۱۲) :۱۲۴۹–۱۲۶۶
- صلاحی ابدی، سحر و احمد خسروی، سعید و عباسـی، قـدرت الـه. (۱۴۰۲). اثربخشـی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی در دانشجویان پرستاری شهرستان ساری، شانزدهمین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.
- کرمی جهانگیر، شلانی بیتا، مکاری زهرا. اثربخشـی آمـوزش آرام سـازی عضـلانی بـر افسردگی، اضطراب، و استرس زنان نابارور. رویـش روان شناسـی. ۱۳۹۶; ۶ (۴) :۲۴۱–۲۵۶.
- ملک‌زاده فریده، نویـد بهنـاز، محمـدی مـریم، عمـانی سـامانی رضـا. (۱۳۹۹). بررسـی عزت‌نفس و سبک‌های دفاعی در زوج‌های نابارور بـر اسـاس علـت نابـاروری در مرکـز درمان ناباروری رویان در سال ۱۳۹۶. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۳۹۹; ۲۸ (۷) :۲۸۶۷–۲۸۷۸

- مقدم تبریزی فاطمه، فیض بخش نگار. (۱۳۹۴). عزت‌نفس، خودکارآمدی و پیامد درمان در زنان نابارور خواهان استفاده از روش لقاح داخل آزمایشگاهی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳. مجله پرستاری و مامایی. ۱۳۹۴; ۱۳ (۶) :۵۳۵-۵۴۳
- مشرف شمیلا، اله دادیان مریم، زارعی ابوالخیر اشرف، تهرانی هتاو. بررسی تاثیر مشاوره شناختی – رفتاری بر اضطراب زنان نابارور از طریق آموزش مجازی. نشریه پژوهش پرستاری ایران. ۱۴۰۱; ۱۷ (۶) :۷۵-۸۴
- مهدیخانی، ملیحه و احمدی، عاطفه و الحبیب، سمانه. (۱۴۰۲). اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی در مادران دارای فرزند بیش فعال، ششمین کنفرانس بین المللی علوم انسانی، حقوق، مطالعات اجتماعی و روانشناسی.

ب) منابع لاتین

- *Khoshouei MS. (۲۰۰۹). Psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) using Iranian students. International Journal of Testing. Mar ۲۰; ۹(۱): ٦۰-٦۰.*
- *Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L.(۲۰۱۹). Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. Health and quality of life outcomes. ۲۰۱۹ Dec; ۱۷(۱): ۱-۹.*
- *Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M.(۲۰۲۰). Infertility-Related stress and life satisfaction among chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. Sex Roles. ۲۰۲۰ Jan;۸۲(۱): ٤٤-٥۲.*
- *Patel A, Sharma PS, Kumar P.(۲۰۱۸). Role of mental health practitioner in infertility clinics: A review on past, present and future directions. Journal of Human Reproductive Sciences. Jul; ۱۱(۳): ۲۱۹.*
- *Seiler A, Jenewein J.(۲۰۱۹). Resilience in cancer patients. Frontiers in psychiatry. Apr ٥; ۱۰:۲۰۸.*

- *Tsing Lo, S., Ching-Yin, Wong, G., Hung-Yu, Ng E., Hoi-Yan, Chan E., & Hang-Wun, Li R.(۲۰۲۳). Longitudinal study on sexual function and quality of life in infertile couples undergoing intrauterine insemination, The Journal of Sexual Medicine, ۲۰ (۱): ۳۰- ۳۷.*
- *Wiig S, Aase K, Billett S, Canfield C, Røise O, Njå O, Guise V, Haraldseid-Driftland C, Ree E, Anderson JE, Macrae C.(۲۰۲۰). Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. BMC health services research. ۲۰۲۰ Dec; ۲۰(۱): ۱- ۹.*