

اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد مشارکتی بر استرس اختصاصی زنان نابارور: یک کارآزمایی بالینی

سهیلا ربیعی پور^۱، زهرا اردونی اول*^۲، مرضیه عارفی^۳، طاهره بهروزی لک^۴

تاریخ دریافت 1394/09/01 تاریخ پذیرش 1394/11/10

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: برای بسیاری از افراد، ناباروری بحرانی بزرگ و عامل استرس روانی است که می‌تواند استرس عاطفی و بسیاری از واکنش‌های روانی منفی شامل افسردگی، اضطراب، نگرانی، خشم، شرم، حسادت، تنهایی، یأس و نومیدی، کاهش عزت‌نفس، عدم تعادل عاطفی، احساس عدم کفایت جنسی، اختلال عملکرد جنسی و کاهش رضایت جنسی را ایجاد کند، لذا مطالعه حاضر باهدف تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد مشارکتی بر استرس زنان نابارور انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است. در این مطالعه، 50 نفر از زنان نابارور 20-45 ساله با سابقه حداقل یک سال نازایی که طی فصل پاییز سال 1393 به کلینیک فوق تخصصی ناباروری کوثر شهرستان ارومیه مراجعه کردند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله (هر گروه 25 نفر) تقسیم شدند. ابتدا پیش‌آزمون با پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن جهت گروه کنترل تکمیل شد و دو هفته بعد پس‌آزمون جهت این گروه تکمیل گردید. برای گروه آزمون 10 جلسه مشاوره گروهی با محتوای مشاوره ناباروری، درمان و اصلاح باورهای غلط و ارائه راهکار لازم، کنترل استرس، مهارت حل مسئله و کنترل افکار غیرمنطقی ناباروری، سلامت باروری و جنسی با مشارکت کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، متخصص روانشناسی و فلوشیپ نازایی انجام شد. دو هفته بعد از مداخله مجدداً پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن جهت گروه مداخله تکمیل شد و داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها: اختلاف میانگین نمره استرس کلی بعد از انجام مداخله، بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری داشت. ($p=0.002$) همچنین در این پژوهش میانگین پنج بعد پرسشنامه استرس کلی اختصاصی ناباروری در دو گروه کنترل و مداخله مورد مقایسه گرفت و در پنج بعد نگرانی‌های اجتماعی، نگرانی‌های جنسی، نگرانی‌های ارتباطی، عدم پذیرش زندگی بدون فرزند و نیاز به والد شدن بین دو گروه کنترل و مداخله، بعد از انجام مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: مداخله مشاوره محور نقش مهمی در کاهش استرس اختصاصی ناباروری زنان نابارور دارد.

کلید واژه‌ها: ناباروری، مشاوره گروهی، ناباروری، استرس اختصاصی ناباروری، مدل مشارکتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره اول، پی‌درپی 78، فروردین 1395، ص 65-56

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: 044-32754916

Email: z.ordoni1977@gmail.com

مقدمه

مشکل می‌باشند (2). نازایی در 15 درصد از همسرانی که تمایل به داشتن فرزند دارند دیده می‌شود (3). با توجه به تحقیقات، شیوع ناباروری در ایران 20/2 درصد می‌باشد (4). طبق مطالعات در سطح جهانی عامل مردانه مسئول 51/2 درصد و انسداد لوله عامل 35-25 درصد موارد ناباروری و کاهش باروری محسوب می‌شود (1).

ناباروری به‌صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی) تعریف می‌شود (1). بر اساس مطالعات، حدود 50 تا 80 میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می‌برند؛ به‌گونه‌ای که در سراسر جهان از هر 6 زوج، یک زوج در سنین باروری دچار این

^۱ استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار دانشگاه ارومیه

^۴ استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

موفقیت‌های ممتاز و موفقیت‌های خود را فدای فرزند پروری کنند. زنان مسئولیت بیشتری را برای ناباروری، متوجه خود می‌دانند و شوهران نیز زنان را مسئول ناباروری می‌پندارند. حتی زمانی که شوهر خود عامل ناباروری است، باز این زنان هستند که مورد سرزنش واقع می‌شوند. بنابراین رنج و درد زنان در مقابله با ناباروری بسیار شدیدتر و عمیق‌تر از مردان خواهد بود (15). از طرفی نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که زنان بیشتر از مردان بر اثر ناباروری دچار تنیدگی و عوارض حاصل از آن می‌شوند. همچنین توقع اطرافیان از زنان برای آوردن فرزند بیش از مردان است (16). حتی در فرهنگ آمریکایی، اطرافیان، زنان را در امر ناباروری بیشتر از مردان مقصر می‌دانند (17).

استرس ناباروری شامل تعامل بین شرایط فیزیکی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس‌العمل‌های دیگران و خصوصیات روانی فردی است و ممکن است برای سال‌ها باقی‌مانده و با هر مداخله تشخیصی و یا درمانی عود نماید (6). بر اساس تحقیق مالستد² و همکاران 80 درصد زوجین ناباروری که طلاق را تجربه کرده بودند، استرس ناباروری را شدیدتر از طلاق توصیف کردند (18).

یکی از فرایندهای کنترل استرس مداخله می‌باشد، مهم‌ترین هدف در مداخله افزایش توان مقابله شخص با استرس و ایجاد راهکارهای مقابله‌ای مناسب در مراجعین است. یعنی شخص هم از لحاظ روان‌شناختی و هم از لحاظ مکانیزم‌های روانی فیزیولوژیکی نیرو و قدرت پیدا می‌کند و بازسازی می‌شود. روش‌ها و فن‌های مداخله در اداره استرس متعدد می‌باشند، از جمله تن آرامی، تنفس شکمی، بیوفیدبک، دارودرمانی، مشاوره، مراقبه، رفتاردرمانی، خواب و استراحت، ورزش و غیره می‌باشد (19).

باید تأکید نمود که اغلب درمان فیزیکی ناباروری به‌تنهایی کافی نیست. توجه به نیازهای روانی زوج‌های نابارور، یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری است. مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی زنان نابارور، مشاوره و مداخله‌های روانی را لازمه کمک به این زنان دانسته‌اند (20).

مشاوره گروهی فرایند میان فردی پویایی است که روی رفتار و افکار آگاهانه متمرکز است و کارکردهای درمانی آزادگذاری، تمایل به واقعیت، تخلیه هیجانی و اعتماد دوجانبه، مراقبت، درک، پذیرش و حمایت را در بر دارد. موفقیت گروهی به شرکت‌کنندگان اجازه می‌دهد تا در توانایی‌های همدیگر سهیم شوند و از مهارت‌های هم استفاده کنند. بعلاوه مشاوره گروهی، شرکت‌کنندگان را قادر

برای بسیاری از افراد ناباروری بحرانی بزرگ و عامل استرس روانی است که می‌تواند استرس عاطفی و بسیاری از واکنش‌های روانی منفی شامل افسردگی، اضطراب، نگرانی، خشم، شرم، حسادت، تنهایی، یأس و نومیدی، کاهش عزت‌نفس، عدم تعادل عاطفی، احساس عدم کفایت جنسی، اختلال عملکرد جنسی و کاهش رضایت جنسی را ایجاد کند (5,6). با توجه به مطالعات انجام شده، ناباروری می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی بسیاری به همراه داشته باشد، اینکه فرد به‌طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی‌تواند صاحب فرزند شود، خود به‌عنوان یکی از تلخ‌ترین تجربیات زندگی است که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می‌تواند آن را تشدید و تبدیل به یک بحران روانی کند. احساس ناتوانی در باروری و واکنش‌های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به این دسته از افراد، زمینه‌ساز بسیاری از فشارهای روانی برای این گروه است (7). تشخیص ناباروری، انتظارات زوجین نابارور را از زندگی به چالش می‌کشد زیرا ناباروری یک عامل تنش‌زای ناخواسته و غیر برنامه‌ریزی شده است و بسیاری از زوجین از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح این مسئله برخوردار نیستند (8,9). ناباروری همچون بحرانی تنش‌زا بر جنبه‌های مختلف زندگی زوج نابارور اثر می‌گذارد (10). هزینه‌های بالای درمان، نگرانی‌های مداوم در خصوص نتیجه درمان، کنجکاوای مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم‌گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه همسر و تنش‌های بالقوه ناشی از درمان‌ها بخصوص داروهای هورمونی، سبب تنیدگی زیادی در فرد و زوج می‌شود (11).

ارتباط بین فشار روانی و ناباروری معمولاً دوطرفه بوده و هر یک دیگری را تشدید می‌کند. زوجین ناباروری که خود را عامل ناباروری می‌دانند، خود را سرزنش کرده و این وضعیت باعث افزایش فشار روانی شده و در نتیجه مشکل را حادث می‌کند (12).

ابی¹ و همکاران معتقدند که ناباروری منجر به کاهش عزت‌نفس و کنترل درونی و افزایش تعارضات بین فردی در زوجین نابارور می‌شود و همچنین استرس ناشی از ناباروری اثرات مخرب بر کیفیت زندگی دارد و این تأثیر منفی در زنان بیشتر از مردان است (13). علیرغم اینکه زنان و مردان به یک‌میزان در علت ناباروری دخیل می‌باشند، با این حال به دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی شده و به همین دلیل زنان معمولاً با مسائل و مشکلات خانوادگی و اجتماعی بیشتری نسبت به مردان روبه‌رو می‌شوند (14). این موضوع ممکن است دلایل متفاوتی داشته باشد، از جمله این‌که معمولاً زنان در تعریف هویت خود و معنای زندگی، جایی را به‌عنوان مادر شدن در نظر می‌گیرند و حتی اغلب آمادگی دارند تا

2. Malsted

1. Abbey

ابزار پژوهش شامل فرم اطلاعات کلی پژوهش و پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن، فرم ثبت شرکت واحد پژوهش در جلسات مشاوره و فرم ثبت انجام فن آرام سازی در منزل بود. فرم اطلاعات کلی پژوهش شامل سه قسمت، الف: اطلاعات جمعیت شناختی (سن، تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، مدت ازدواج، ترکیب خانواده) ب: اطلاعات ناباروری (مدت ناباروری، علت ناباروری، مدت درمان، نوع درمان‌های استفاده شده، اقدام به درمان، امید به موفقیت درمان، هزینه درمان) ج: اطلاعات روان شناختی (احساس فرد نسبت به مشکل ناباروری) بود. پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن شامل یک ابزار 46 سؤالی است که در سال 1999 توسط نیوتن طراحی شد و به منظور اندازه گیری استرس درک شده ناباروری افراد نابارور به کار می‌رود. این پرسشنامه در 5 بعد مشتمل بر نگرانی‌های اجتماعی حاوی 10 سؤال، نگرانی‌های جنسی حاوی 8 سؤال، نگرانی‌های ارتباطی حاوی 10 سؤال، نیاز به والدین شدن حاوی 10 سؤال و عدم پذیرش زندگی بدون فرزند حاوی 8 سؤال تنظیم شده است. نمره استرس کل از جمع نمره‌های 5 بعد به دست می‌آید. پاسخ‌ها به شیوه لیکرت و در 6 نقطه از شدیداً مخالف تا شدیداً موافق تنظیم شده است که از 1 تا 6 نمره دهی شدند. همچنین نمره‌دهی سؤالات 1-2-6-10-12-13-21-24-25-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-43 به صورت معکوس انجام شد. حداقل نمره این آزمون 46 و حداکثر آن 276 بود. افزایش نمره این آزمون نشان دهنده افزایش استرس اختصاصی ناباروری در افراد نابارور بود (24).

روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران نیز توسط علیزاده (1384) انجام شده است. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای موضوعات اجتماعی 0/78، موضوعات جنسی 0/77، موضوعات ارتباطی 0/78، رد سبک زندگی بدون فرزند 0/75، نیاز به والد بودن 0/84 و استرس کلی 0/91 برآورد شده است (25).

پس از موافقت کمیته اخلاق و دریافت کد و ارائه معرفی نامه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، نمونه‌گیری در کلینیک نازایی کوثر و مطابق با معیارهای ورود انجام شد. به دلیل طولانی بودن مدت مداخله (حدوداً 3 ماه) و احتمال ارتباط واحد های پژوهش در گروه کنترل و آزمون به منظور پیشگیری از انتشار اطلاعات بین واحدهای پژوهش، کار اجرایی طرح به دو قسمت تقسیم شد، ابتدا پیش‌آزمون با پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن جهت گروه کنترل تکمیل شد و دو هفته بعد مجدداً پرسشنامه مذکور جهت گروه کنترل تکمیل گردید که به دلیل عدم همکاری 2 نفر از واحدهای پژوهش گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، برای

می‌سازد با دیگر اعضای گروه شبکه اجتماعی تشکیل دهند که به منزله مبنایی برای تغییر محیط عمل کند (21).

کاوینگتون³ (2007) چهارچوب تئوریک تحت عنوان مدل مشارکتی سلامت باروری طراحی نموده که بر مدل الگوی زیستی - روانی - اجتماعی استوار است که در آن همه ابعاد فیزیولوژیک، روانی، فردی و اجتماعی فرد نابارور در مراقبت مورد توجه قرار می‌گیرد. مدل مشارکتی سلامت باروری برنامه‌ای است که در آن تمام افراد درگیر با فرد نابارور از جمله پزشک، ماما، روانشناس و روان پزشکی یک تیم درمانی را تشکیل داده و فرد نابارور را از مراحل اولیه درمان تا مراحل پایانی کار همراهی می‌کنند (22).

با توجه به اهمیت توجه به سلامت روان افراد نابارور، ضرورت پژوهش‌هایی باهدف مذکور و با تأکید بر لزوم مشاوره ضمن درمان‌های نازایی مشخص می‌گردد. لذا پژوهش حاضر با بهره‌گیری از مداخلات مشاوره محور و استفاده از رویکرد مشارکتی، جلسات مشاوره گروهی برای زنان نابارور پی‌ریزی کرده و تأثیر آن را بر استرس اختصاصی زنان نابارور سنجیده است.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. در این مطالعه، 50 نفر از زنان نابارور 45-20 ساله با سابقه حداقل یک سال نازایی که طی فصل پاییز سال 1393 به کلینیک فوق تخصصی ناباروری کوثر شهرستان ارومیه مراجعه کردند و معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، به این صورت که پژوهشگر با استفاده از مصاحبه با بیش از 100 نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصصی ناباروری، ارزیابی به عمل آورد و پنجاه نفر از کسانی که معیارهای ورود را داشتند با توجه اهداف پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش به عنوان نمونه انتخاب کرد و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله (هر گروه 25 نفر) تخصیص داده شدند. حجم نمونه با توجه به فرمول 46 نفر (23 نفر در هر گروه) برآورد شد که با توجه به احتمال ریزش نمونه‌ها در مطالعه ما 50 نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ملیت ایرانی، سکونت در ارومیه، نازایی اولیه، نداشتن فرزندخوانده، نداشتن بیماری‌های طبی، نداشتن بیماری‌های اعصاب و روان، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، نداشتن حوادث ناگوار مثل مرگ نزدیکان، نزاع خانوادگی در یک ماه منتهی به مطالعه، عدم اشتغال و یا تحصیلات در رشته‌های علوم پزشکی و روانشناسی، و معیارهای خروج از مطالعه عدم همکاری، باردارشدن، رخ دادن هرگونه حادثه ناگوار از قبیل مرگ عزیزان.

3. Cavington

دو هفته بعد از مداخله مجدداً پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن جهت گروه مداخله تکمیل شد و داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 22 در دو بخش توصیفی و استنباطی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون تی مستقل تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها

مشخصات کلی واحدهای پژوهش شامل الف: مشخصات فردی و خانوادگی (سن، تحصیلات خود فرد، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال، مدت ازدواج و ترکیب زندگی) ب: اطلاعات مربوط به ناباروری (مدت اطلاع از ناباروری، مدت تشخیص و درمان ناباروری، تعداد IUI، تعداد IVF، عامل ناباروری، اقدام به درمان ناباروری، امید به موفقیت درمان، پرداخت هزینه‌های اقتصادی) ج: اطلاعات روان‌شناختی بود.

بخش مشخصات فردی و خانوادگی در گروه مداخله: میانگین سنی زنان نابارور $28/38 \pm 5/34$ ، میزان تحصیلات زنان نابارور، 3 نفر دیپلم و 18 نفر دیپلم و بالاتر می‌باشند. تحصیلات همسران آنان، 6 نفر زیر دیپلم و 15 نفر دیپلم و بالاتر بودند. شغل خانم‌های نابارور 19 نفر خانه‌دار و 2 نفر شاغل بودند. میانگین مدت ازدواج $5/17 \pm 6/43$ ، ترکیب زندگی 17 نفر به صورت زن و شوهر و 4 نفر با والدین و سایرین زندگی می‌کردند.

در گروه کنترل نیز میانگین سنی خانم‌های نابارور $29/04 \pm 5/28$ ، میزان تحصیلات 5 نفر زیر دیپلم و 15 نفر دیپلم و بالاتر بودند. تحصیلات همسران آنان 4 نفر زیر دیپلم و 19 نفر دیپلم و بالاتر بودند. شغل خانم‌های نابارور، 18 نفر خانه‌دار و 5 نفر شاغل بودند. میانگین مدت ازدواج آنان $4/32 \pm 7$ ، از نظر ترکیب زندگی 20 نفر به صورت زن و شوهر و 3 نفر با والدین یا سایر افراد زندگی می‌کردند.

در بخش اطلاعات مربوط به ناباروری در گروه مداخله مدت اطلاع از ناباروری $63/8 \pm 60/67$ ماه، مدت تشخیص و درمان ناباروری $48/14 \pm 53/36$ ماه، از نظر تعداد IVF 18 نفر اصلاً از IVF استفاده نکرده بودند و 3 نفر یک‌بار و بیشتر IVF شده بودند. از نظر IUI 6 نفر اصلاً IUI استفاده نکرده بودند، 15 نفر یک‌بار و بیشتر IUI شده بودند.

از نظر علل ناباروری: 3 نفر علت مردانه، 8 نفر علت زنانه، 3 نفر مشترک و 7 نفر علت ناشناخته بود.

از نظر اقدام به درمان ناباروری: 5 نفر همسرانشان اقدام به درمان کرده بودند و 16 نفر هر دو نفر مشترکاً برای درمان اقدام کرده بودند. از نظر امید به موفقیت درمان: 11 نفر امید به موفقیت درمان بسیار زیاد و زیاد، 6 نفر متوسط و 4 نفر امید به موفقیت درمان کم

23 نفر پرسشنامه پس‌آزمون تکمیل گردید. گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین مرکز ناباروری را دریافت کرده بودند. سپس، مداخله گروه آزمون انجام شد. با توجه به اینکه استاندارد تعداد گروه در مشاوره گروهی 15-3 نفر می‌باشد جهت اثربخش بودن مشاوره، گروه آزمون به دو گروه 12 و 13 نفره تقسیم شدند. برای گروه آزمون 10 جلسه مشاوره گروهی، انجام شد بدین شرح: دو جلسه مشاوره نازایی در خصوص ناباروری، درمان و اصلاح باورهای غلط و ارائه راهکار لازم توسط فلوشیپ نازایی و پژوهشگر، شش جلسه مشاوره گروهی در زمینه کنترل استرس، مهارت حل مسئله و کنترل افکار غیرمنطقی ناباروری توسط دکتری تخصصی روانشناسی تربیتی و پژوهشگر به شرح ذیل انجام شد:

جلسه اول، خوش‌آمد گویی به مراجعان و معرفی درمان و جلسات دوم و سوم، شناسایی افکار منفی انجام شد. در این جلسات درباره تأثیر تمرین‌های انجام شده توسط بیمار بر حالات بدن، فکر و احساس او و سپس درباره اثرات درمان‌های روان‌شناختی بر بیماری، و نقش عوامل روان‌شناختی بر هیجان‌ها و تجربیات حسی در این دوره بحث شد. سپس شناسایی افکار منفی آموزش داده شد و تکلیف خانگی تعیین گردید.

جلسه چهارم، ارزیابی افکار منفی و ایجاد پاسخ‌های جایگزین، که در این جلسه به‌طور کوتاه جلسه قبلی مرور، سپس آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت 10 دقیقه انجام شد. جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی تمرین شد، و از بیمار درباره تأثیر افکار منفی و مثبت بر احساسات و بدنش نظرخواهی و در مورد آن بحث و تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسات پنجم و ششم، خودگویی‌های مقابله‌ای، افشای هیجانی به‌صورت نوشتاری، ارتباط جرئت ورزانه و دو جلسه سلامت باروری در خصوص سیکل قاعدگی، تشخیص بارداری، بارداری و سلامت جنسی توسط پژوهشگر انجام شد. مدت‌زمان هر جلسه 90 دقیقه و فواصل بین جلسات یک هفته بود.

در پایان هر جلسه فن آرام‌سازی به مدت 15 دقیقه به روش آرام‌سازی جکوبسن (شامل حرکات متناوب انقباضی و انبساطی عضلات بدن از اندام تحتانی به سمت اندام فوقانی) توسط پژوهشگر انجام و ضمن آموزش و در اختیار قرار دادن پمفلت آموزشی و سی دی آرام‌سازی و فرم ثبت انجام آن در منزل از واحد پژوهش خواسته شد تا فن را روزانه در منزل انجام و اطلاعات خواسته‌شده را ثبت کنند. در گروه مداخله، ضمن مداخله یک نفر به دلیل باردارشدن، یک نفر به دلیل تشخیص سرطان پستان ضمن مداخله و دو نفر به دلیل عدم همکاری از مطالعه خارج شدند و 21 نفر در گروه آزمون شرکت داشتند.

نفر مشکل را پذیرفته و یک نفر احساسی غیر از موارد ذکر شده را ابراز کرده بود.

ازلحاظ نتایج آماری تی مستقل در متغیرهای کمی و کالی دو در متغیرهای کیفی تفاوت معناداری در مشخصات کلی واحد پژوهش (مشخصات فردی و خانوادگی، اطلاعات مربوط به ناباروری، اطلاعات روان‌شناختی) در دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد و دو گروه از لحاظ مشخصات کلی فوق قبل از مطالعه همگن بودند.

در رابطه با اهداف اصلی پژوهش نتایج بیانگر آن بود که قبل از اجرای مداخله میانگین نمرات استرس کلی در گروه مداخله (170/52±30/71) و در گروه کنترل (156/13±30/43) بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. (p=0.12) و دو گروه از لحاظ میزان استرس کلی در شروع مطالعه همگن بودند. اما پس از مداخله میانگین نمرات گروه مداخله (137/86±34/76) و گروه کنترل (168/65±28/11) بود. نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد این اختلاف بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری داشت. (p=0.002). این نشان داد که مداخله مشاوره محور در کاهش استرس کلی زنان نابارور گروه مداخله تأثیر داشته است (جدول 1).

بود. از جهت مشکلات پرداخت هزینه درمان 5 نفر همیشه مشکل داشتند، 10 نفر اغلب و معمولاً و 6 نفر بعضی اوقات مشکل داشتند. در گروه کنترل نیز مدت اطلاع از ناباروری 55/30±42/86 ماه مدت تشخیص و درمان ناباروری 42/78±43/05 ماه از نظر تعداد IUI 10 نفر اصلاً از IUI استفاده نکرده بودند و 5 نفر یک بار و بیشتر از یک بار IVF کرده بودند. از نظر علل ناباروری 2 نفر علت مردانه، 14 نفر علت زنانه، 3 نفر مشترک و 4 نفر علت ناشناخته بود. از نظر اقدام به درمان ناباروری، یک نفر خودش اقدام به درمان کرده بود، 3 نفر همسرانشان اقدام به درمان و 19 نفر مشترکاً اقدام به درمان کرده بودند.

از نظر امید به موفقیت درمان: 10 نفر امید به موفقیت درمان بسیار زیاد و زیاد و 13 نفر متوسط بود. از جهت مشکلات پرداخت هزینه درمان 6 نفر همیشه مشکل داشتند، 14 نفر اغلب و معمولاً و 3 نفر بعضی اوقات مشکل داشتند.

در بخش اطلاعات روان‌شناختی از نظر احساس فرد نسبت به مشکل ناباروری، در گروه مداخله 19 نفر احساس غم، اضطراب، خشم یا احساس گناه داشتند. یک نفر این مشکل را پذیرفته و یک نفر احساسی غیر از موارد ذکر شده را عنوان کرده بود. در گروه کنترل نیز 18 نفر احساس غم، اضطراب، خشم یا احساس گناه را ابراز، 4

جدول (۱): مقایسه میانگین نمره استرس کلی بین دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله در زنان نابارور

استرس کلی	گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون آماری تی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	مستقل
قبل از مداخله	170/52±30/71	156/13±30/43	P=0.12
بعد از مداخله	137/86±34/76	168/65±28/11	P=0.002

ارتباطی، عدم پذیرش زندگی بدون فرزند و نیاز به والد شدن بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول 2).

در این پژوهش میانگین پنج بعد پرسشنامه استرس کلی اختصاصی ناباروری در دو گروه کنترل و مداخله مورد مقایسه گرفت و در پنج بعد نگرانی‌های اجتماعی، نگرانی‌های جنسی، نگرانی‌های

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات ابعاد استرس اختصاصی ناباروری در دو گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون آماری تی
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	مستقل
نگرانی‌های اجتماعی	قبل از مداخله 36/52±9/21	29/91±10/2	P=0.01
	بعد از مداخله 28/24±7/75	39/34/61±9	
نگرانی‌های جنسی	قبل از مداخله 26/52±8/29	23/87±8/08	P=0.01
	بعد از مداخله 6/20±20/67	7/45±25/787	
نگرانی‌های ارتباطی	قبل از مداخله 31/48±7/18	30/04±9/43	P=0.02
	بعد از مداخله 26/81±8/41	32/96±8/76	
عدم پذیرش زندگی بدون فرزند	قبل از مداخله 37/24±6/63	34/35±5/28	P=0.003
	بعد از مداخله 30/05±8/38	36/39±4/78	
نیاز به والد شدن	قبل از مداخله 38/76±8/24	37/96±8/30	P=0.01
	بعد از مداخله 32/1±10/32	38/91±7/14	

با توجه به یافته‌ها، در بعد نگرانی‌های اجتماعی، پس از مداخله میانگین نمرات گروه مداخله ($28/24 \pm 7/75$) و گروه کنترل ($36/61 \pm 9/39$) بود. نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد این اختلاف بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ($p=0.01$).

همچنین میانگین تفاوت بعد نگرانی‌های جنسی در گروه مداخله ($20/67 \pm 6/20$) و گروه کنترل ($25/78 \pm 7/45$) بود. نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد این اختلاف بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ($p=0.01$).

در بعد نگرانی‌های ارتباطی، میانگین نمرات گروه مداخله ($26/81 \pm 8/41$) و گروه کنترل ($32/96 \pm 8/76$) بود. آزمون تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر بعد نگرانی‌های ارتباطی در جهت کاهش استرس در زمینه نگرانی‌های ارتباطی در گروه مداخله نشان داد ($p=0.02$).

در بعد عدم پذیرش زندگی بدون فرزند، میانگین نمرات گروه مداخله ($30/05 \pm 8/38$) و گروه کنترل ($36/39 \pm 4/78$) بود. نتایج آزمون آماری تی مستقل تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر بعد عدم پذیرش زندگی بدون فرزند در جهت کاهش استرس در زمینه عدم پذیرش زندگی بدون فرزند در گروه مداخله نشان داد ($p=0.003$).

در بعد نیاز به والد شدن، میانگین نمرات گروه مداخله ($32/1 \pm 10/32$) و گروه کنترل ($38/91 \pm 7/14$) بود. نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد این اختلاف بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ($p=0.01$).

با توجه به یافته‌های فوق مداخله مشاوره محور با رویکرد مشارکتی در کاهش استرس زنان نابارور در پنج بعد استرس اختصاصی ناباروری تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد مشاوره گروهی با رویکرد مشارکتی بر کاهش استرس اختصاصی ناباروری در ابعاد مختلف یعنی نگرانی‌های اجتماعی، نگرانی‌های جنسی، نگرانی‌های ارتباطی، نگرانی‌های عدم پذیرش زندگی بدون فرزند و نگرانی‌های نیاز به والد بودن مؤثر بوده است.

در این مطالعه، تفاوت میانگین نمرات بعد نگرانی‌های اجتماعی گروه آزمون قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معناداری داشته است ($P=0.01$). بنابراین مداخله در کاهش نگرانی‌های اجتماعی واحد پژوهش مؤثر بوده است. کازینو (2008) در مطالعه خود بیان کرد که گره دریافت‌کننده مداخله آموزشی روانی به شیوه اینترنتی کاهش معناداری در نمره بعد اجتماعی پرسشنامه استرس ناباروری

نیوتن نسبت به گروه کنترل نشان داده است که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (26). در مطالعه لطیف نژاد و همکاران (1388) که مداخله به‌صورت مشاوره فردی در زنان تحت درمان IVF انجام شده بود، در بعد نگرانی‌های اجتماعی دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معناداری مشاهده شده بود که با نتایج مطالعه ما هماهنگی داشت (24). تفاوت میانگین نمره نگرانی‌های اجتماعی در مطالعه حاضر $8/28$ در حالی که در مطالعه لطیف نژاد و همکاران 2 بوده است، کاهش بیشتر نمره بعد نگرانی‌های اجتماعی در مطالعه حاضر ممکن است به دلیل تأثیر رویکرد گروهی مشاوره باشد، با توجه به اینکه مشاوره گروهی فرایند میان فردی پویایی است که روی رفتار و افکار آگاهانه متمرکز است و کارکردهای درمانی آزادگذاری، تمایل به واقعیت، تخلیه هیجانی و اعتماد دوجانبه، مراقبت، درک، پذیرش و حمایت را دربر دارد. موقعیت گروهی به شرکت‌کنندگان اجازه می‌دهد تا در توانایی‌های همدیگر سهیم شوند و از مهارت‌های هم استفاده کنند. بعلاوه مشاوره گروهی، شرکت‌کنندگان را قادر می‌سازد با دیگر اعضای گروه شبکه اجتماعی تشکیل دهند که به‌منزله مبنایی برای تغییر محیط عمل کند، لذا گروه امن‌ترین مکان را جهت تخلیه روانی و بحث در مورد ناگفته‌ها فراهم می‌آورد. این موضوع یکی از عوامل تأثیرگذار در مطالعه حاضر بود.

طبق یافته‌های این پژوهش میانگین نمره بعد نگرانی‌های جنسی قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری داشت و مداخله منجر به بهبود نگرانی‌های جنسی گروه آزمون شده بود. در مطالعه دی پیترسون و همکاران (2007) استرس جنسی قبل از مداخله در زنان نابارور بالا بوده است (8). در مطالعه والیانی و همکاران نیز نگرانی‌های جنسی بعد از مداخله کاهش یافته بود و میانگین نمرات در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری داشت ($P < 0/001$) (27) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در مطالعه ریوکاری (2007)، دو گروه بارور و نابارور، حین بارداری که در زنان بارور به‌صورت خودبه‌خود و در زنان نابارور به‌وسیله روش‌های کمک باروری صورت گرفته بود مورد مقایسه قرار گرفتند و زنان در گروه استفاده‌کننده از روش‌های کمک باروری، چنانچه در معرض حوادث استرس‌زا قرار می‌گرفتند، رضایتمندی جنسی پایین‌تری داشتند (28). احتمالاً علت تفاوت نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر، باردار بودن افراد مورد مطالعه باشد، زیرا بارداری خود از عوامل مؤثر بر رضایت جنسی می‌باشد و در زنان بارور با روش‌های کمک باروری ترس از صدمه به جنین و از دست دادن بارداری به‌مراتب بیشتر از زنانی است که خودبه‌خود بارور شده‌اند، اما در مطالعه حاضر گروه پژوهش منحصراً زنان نابارور بودند.

و مشکل خود را منحصر بفرد می‌دانند و از طرفی نمی‌توانند احساسات و مشکلات خود را هرجایی مطرح کنند، گروه‌درمانی منجر به ایجاد حس همدلی بین گروه پژوهش می‌شود و پی می‌برند که این مشکل فقط منحصر به آنان نیست و ملاقات افراد در گروه این فرصت را برای افراد نابارور ایجاد می‌کند تا تجربیاتشان را در اختیار یکدیگر قرار داده و راهبردهای مقابله‌ای خود را گسترش بخشند.

طبق یافته‌ها میانگین تفاوت استرس کلی اختصاصی ناباروری تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان داد ($P=0.002$). در مطالعه سیلویا مایومی و همکاران (2011) و علیزاده (1384) استرس کلی ناباروری در زنان نابارور نسبت به مردان نابارور بالا بود (32). در مطالعه لطیف نژاد و همکاران استرس کلی ناباروری در پایان مطالعه کاهش یافته بود (24) که با نتایج مطالعه ما همسو بود. نتایج مطالعه سکستون (2010)، کازینو (2008) نشان داد که مداخله مقابله‌ای اینترنتی با استرس ناباروری منجر به کاهش علائم استرس عمومی زنان نابارور می‌شود، اما تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه از نظر استرس درک شده ناباروری وجود نداشت (26، 33). با توجه به اینکه مطالعه ما یک مداخله حضوری بود به نظر می‌رسد عوامل مداخله‌گر در مطالعه ما نسبت به مطالعه سکستون و کازینو که مطالعات اینترنتی بوده‌اند، کم‌تر بوده است. همچنین مشاوره به صورت مشارکتی و متشکل از یک تیم شامل کارشناس ارشد مشاوره در مامایی، دکتری روانشناسی تربیتی و فلوشیپ نازایی انجام شد، به نظر می‌رسد رویکرد مشارکتی مشاوره از طرفی و مشاوره گروهی از طرف دیگر بر نتایج مطالعه اثرگذار بوده است.

در مطالعه حاضر تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد مشارکتی بر استرس اختصاصی ناباروری مشخص شد. همان‌طور که مطرح شد اختلالات روان‌شناختی مانند استرس در سیکل معیوبی که به راه می‌اندازند، منجر به تشدید مشکلات شده و با استفاده از چنین مشاوره‌هایی افراد نابارور می‌توانند بنیان خانوادگی خود را با بهره‌گیری از رضایت‌مندی زناشویی مطلوب و زندگی بدون استرس و نگرانی تحکیم بخشند. بدیهی است وجود منابع و کار تیمی متخصصین زنان، مشاوره در مامایی و روانشناسی در کلینیک‌های ناباروری نقش مهمی در کاهش مشکلات این افراد دارد.

در تبیین یافته‌ها لازم به ذکر است تکنیک‌های تن آرامی و شناسایی افکار خود آیند منفی و جایگزینی افکار مثبت و واقعی به جای آن‌ها، مشاوره به شیوه مشارکتی با همکاری ماما، روانشناس و متخصص زنان در مشاوره زنان نابارور مورد تأکید قرار گرفته است. به‌طورکلی این مطالعه نشان داد مشاوره گروهی با رویکرد مشارکتی نقش مهمی در کاهش استرس اختصاصی ناباروری زنان

با توجه به نتایج، میانگین نمرات نگرانی‌های ارتباطی گروه آزمون بعد از مداخله کاهش یافته و مداخله منجر به بهبود ارتباطات واحد پژوهش شده است. در مطالعه لی (2003) که تأثیر مداخله بر پاسخ‌های روانی زنان نابارور تحت درمان IVF را بررسی کرده است، روابط بین فردی ضعیف در گروه مداخله بهبود یافته بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد (29). در مطالعه لطیف نژاد و همکاران در میانگین نمره نگرانی‌های ارتباطی قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشد (24) که نتایج آن با مطالعه ما همسو نبود. این اختلاف در نتایج ممکن است به دلیل گروه‌درمانی شناختی رفتاری در مطالعه حاضر باشد. تشخیص ناباروری، انتظارات زوجین نابارور را از زندگی به چالش می‌کشد زیرا ناباروری یک عامل تنش‌زای ناخواسته و غیر برنامه ریزی شده است و بسیاری از زوجین از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح این مسئله برخوردار نیستند. در سایر مطالعات انجام شده مشابه مطالعه حاضر، زنان ناباروری که از فنون شناختی- رفتاری استفاده می‌کنند، در واقع رفتارهایی را برای بازسازی دوباره مسئله از نظر شناختی با موفقیت استرس‌زا به کار می‌گیرند و در نتیجه از سلامت روانی بالاتری برخوردار خواهند شد (30).

در پژوهش حاضر میانگین نمرات نگرانی‌های پذیرش سبک زندگی بدون فرزند و همچنین نیاز به والد شدن قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری داشت و مداخله منجر به کاهش نگرانی‌های ابعاد مذکور در واحد پژوهش شد. در مطالعه لطیف نژاد و همکاران نیز در بعد نیاز به والد شدن بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معناداری مشاهده شده بود (24) که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود اما در بعد عدم پذیرش سبک زندگی بدون فرزند بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. شاید این اختلاف نتایج به دلیل رویکرد فردی مشاوره در مطالعه مذکور بوده است در حالی که در مطالعه حاضر علاوه بر رویکرد مشارکتی، رویکردهای گروهی و شناختی رفتاری نیز مدنظر قرار گرفت. لیمنس و همکارانش نیز در سال 2004 گزارش کردند که گروه‌های ذهن، جسم که تقریباً "شبهه روش‌های شناختی و رفتاری است می‌تواند تنش و آرزوی بچه‌دار شدن را در زوج‌های نابارور کاهش دهد (31). بر اساس رویکردهای شناختی این حوادث و رویدادها نیستند که فرد را ناراحت می‌کنند، بلکه طرز تفکر فرد که حاصل باورها، طرح‌واره‌ها و نگرش اوست، بر شیوه پردازش اطلاعات تأثیر گذاشته و سبب بروز هیجانات و واکنش‌های فردی می‌شوند. بنابراین به نظر می‌رسد که باورها و طرز تفکر فرد پیرامون مسئله ناباروری، نوع و شدت نگرانی‌هایش را شکل می‌دهد (23). نکته مهم دیگری که در توجیه اثربخشی مداخله مطالعه حاضر قابل ذکر است، اثر حمایت روانی (گروه) است با توجه به این‌که این افراد احساس تنهایی کرده

در مامایی می‌باشد که دارای شماره مجوز: Umsu.rec.1393.185 مورخه 93/8/20 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد و با کد IRCT2014112220045N1 در پایگاه کارآزمایی بالینی ثبت شده است.

بدین‌وسیله از همکاری صمیمانه تمامی زنان نابارور شرکت کننده در پژوهش و پرسنل محترم دفتر پرستاری و مرکز تحقیقاتی درمانی ناباروری کوثر بیمارستان شهید مطهری شهرستان ارومیه تقدیر و تشکر می‌گردد.

نابارور دارد. با توجه به تأثیر مشاوره مشارکتی در کاهش استرس زنان نابارور در پایان پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

- بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر استرس مردان نابارور
- بررسی تأثیر مشاوره مشارکتی بر استرس زوجین نابارور
- بررسی تأثیر مشاوره بر نگرانی‌های جنسی زوجین نابارور

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره

References:

1. Berek JS. Berek & Novak's gynecology: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. Translated by Ghazijahani B. 15 Edition. Tehran: Golban; 2012.
2. Faal Kalkhoran L BH, Farrokhi NA, Zeraati H, Trachoma. Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran. *J Reprod Infertil* 2011;12(2):157-63. (Persian)
3. Ryan K, Bercovits R. Kisthner Gynecology. Translated by Ghazijahani B. Tehran: Golban; 2008
4. Available from: Avicenna Research Institute. 1392.
5. Sadock B. Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. 9th ed. (translated by Pourafkari N) Tehran, Iran: Shahrab Publishers; 2000. P.55.
6. Lee S-H. Effects of Using a Nursing Crisis Intervention Program on Psychosocial Responses and Coping Strategies of Infertile Women During In Vitro Fertilization. *J Nurs Res* 2003;11(3):197-208.
7. Haririan HR, Mohammadpour Y, Aghajanloo A. Prevalence of depression and contributing factors of depression in the infertile women referred to Kosar Infertility Center, 2009. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010;13(2):45-50. (Persian)
8. Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility Sterility* 2007;88(4):911-4.
9. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark: Epidemiology and psychosocial consequences. *Dan Med Bull* 2006;53(4):390-417.
10. Alesi R. Infertility and its treatment: an emotional roller coaster. *Australian family physician*. 2005;34(3):135.
11. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertil Steril*. 2005;83(2):275-83.
12. Erica M, Tay lor. The stress of infertility. *Hum Ecol* 2002;95(1): 12.
13. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Psychosocial Predictors of Life Quality How Are They Affected by Infertility, Gender, and Parenthood?. *J Family Issues* 1994;15(2):253-71.
14. Abbasi-shavazi MJ, Ashghani-khanghah A, Razeghi-Nasrabad HB. Women and infertility experience: a case study of Tehran. *Woman Stud* 2006;3(3):91-113. (Persian)
15. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihi-Imani Z, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. *J Reprod Infertil* 2001;2(4):22-32. (Persian)
16. Hjelmstedt A, Widström AM, Wramsby H, Matthiesen AS, Collins A. Personality factors and emotional responses to pregnancy among IVF couples in early pregnancy: a comparative study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2003;82(2):152-61.

17. Watkins KJ, Baldo TD. The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *J Counsel Develop* 2004;82(4):394-402.
18. Mohammadi F. Investigating the stress causing parameters and resolving methods for infertile females in Alzahra clinical center of Tabriz M.S.C Thesis. (Dissertation). Tabriz: Tabriz University of medical sciences; 1997-1998. P.1-7 (Persian)
19. Mahmoody JHG. *Mental Health*; 1997.
20. Noorbala AA, Ramezanzade F, Malekafzali Ardakani H, Abedinia N, Rahimi Foroshani A, Shariat M. The effect of psychiatry interventions on marital satisfaction in infertile couples in a center of investigation healthy fertiliti. *J I r Psychiatry and Cli Psy chol* 2008;2: 104-11. (Persian)
21. Waldo MMDaM. *Mental Health Counseling Theory and Practice*. 1995
22. Covington SN, Burns LH. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge University Press; 2006.
23. Prochaska J, Norcras JS. *Theories of Psychotherapy*; Translators: seyedmohammadi; Tehran Publications Roshd; 2001.
24. Latifnejad R. The effects participatory consultation on perceived stress in infertile women undergoin treatment IVF, School of Nursing and Midwifery, Meshad; 2009.
25. Alizadeh T. Stress associated with self-control source. *J Reproduc Infertil* 2005; 6(2): 194-205.
26. Cousineau TM, Green TC, Corsini E, Seibring A, Showstack MT, Applegarth L, et al. Online psychoeducational support for infertile women: a randomised controlled trial. *Hum Reprod* 2008; 23(3):554 -66.
27. Valiani M, Abedian S. Infertile women's satisfaction with the stress reduction care process during their treatment period. *Sci J Hamedan Nurs Midwifery faculty* 2015;23(1) (Persian)
28. Repokari L, Punamäki RL, Unkila-Kallio L, Vilksa S, Poikkeus P, Sinkkonen J, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod* 2007;22(5):1481-91.
29. Lee S. Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. *J Nurs Res* 2003 Sep; 11(3):197-208.
30. Hamid N. The effectiveness of stress management on depression, anxiety and fertilization of infertile women. *J Behav Sci* 2011;5(1):55-60. (Persian)
31. Lemmens GMD, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, D'Hooghe T, et al. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod* 2004;19(8):1917-23.
32. Gradwohl SMO, Osis MJD, Makuch MY. Stress of men and women seeking treatment for infertility. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013;35(6):255-61.
33. Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Jacobs NN. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Arch Women's Ment Health* 2010;13(4):347-58.

THE EFFECTIVENESS OF GROUP COUNSELING BY COLLABORATIVE APPROACHES ON SPECIFIC STRESS IN INFERTILE WOMEN

*Soheila Rabeipour¹, Zahra Ordoni Avval*², Marzieh Arefi³, Tahereh Behroozilak⁴*

Received: 22 Nov, 2015; Accepted: 30 Jan, 2016

Abstract

Background & Aims: Infertility can cause critical for many infertile people. This study aimed to investigate the effects of group counseling by collaborative approaches on specific stress in infertile women

Material & Methods: This study is clinical trial. In this study, 50 infertile women at the age of 20-45 years old with a history of at least one year infertility who referred to Urmia Kosar infertility clinic were selected in autumn, 2014. They were randomly assigned into two groups, control and intervention (each group of 25 people). Pre-test was completed by control group, two weeks later; the questionnaire was completed by the control group again. The experimental group received 10 sessions of group counseling, including infertility treatment strategy, stress management, problem solving. Controlling the irrational beliefs of infertility was conducted. Two weeks after the intervention, post test was completed for intervention group. The collected data was analyzed using SPSS software.

Results: After the intervention, a significant difference was seen between the two groups ($P = 0.002$). The specific stress of infertility in both groups were compared in five domains of social concerns, sexual concerns, relationship concerns, rejection of childfree lifestyle, and need for parenthood. After the intervention, there was a statistically significant difference.

Conclusion: Group counseling with collaborative approach has important role in reducing the stress of infertility among infertile women.

Keywords: Group Counseling, Infertility, infertility specific distress, Reproductive health Collaborative model

Address: Urmia, Urmia University of Medical sciences

Tel: 044-2754916

Email: z.ordoni1977@gmail.com

¹ Assistant professor Urmia University of Medical sciences, Urmia, Iran

² MSc student Urmia University of Medical sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor Urmia University, Urmia, Iran

⁴ Assistant professor Urmia University of Medical sciences, Urmia, Iran