

تأثیر مشاوره شناختی - رفتاری بر اساس رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل بر تغییر نگرش زوج‌های نابارور

پریسا نیلفروشان*، دکتر سیداحمد احمدی**، دکتر محمدرضا عابدی**

دکتر سیدمهدی احمدی***

چکیده:

هدف اصلی این پژوهش، بررسی تأثیر مشاوره به شیوه شناختی - رفتاری، بر اساس رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل (ICS)، بر تغییر نگرش زوج‌های نابارور نسبت به ناباروری است. این تحقیق نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. نمونه تحقیق شامل ۳۰ زوج نابارور است که از بین زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان انتخاب شده، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته نگرش نسبت به ناباروری در دو مرحله ارزیابی شدند. میزان پایایی این پرسشنامه ۰/۹۶ محاسبه شد. به گروه آزمایش شش جلسه مشاوره بر اساس رویکرد ICS ارائه شد. این بررسی نشان داد که مشاوره بر اساس رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل، نگرش زوج‌های نابارور گروه آزمایش را نسبت به ناباروری در جهت مثبت تغییر داده ($p < 0/001$)، تأثیر آن بر زنان و مردان یکسان بوده است ($p = 0/74$).

کلیدواژه‌ها: مشاوره شناختی - رفتاری، زیرسیستم‌های شناختی متعامل، زوج‌های نابارور، نگرش نسبت به ناباروری

email: panilfo@yahoo.com

* دانشجوی دکتری مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

** عضو هیأت علمی گروه مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

*** متخصص زنان و ناباروری

مقدمه

باروری یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به‌شمار رفته و داشتن یک فرزند با ورود به دنیای بزرگسالی برابر دانسته شده است. بدون این تجربه همسران باور ندارند که گذرگاه روان‌شناختی ورود به دنیای بزرگسالی را پشت سر گذاشته و رشد هویت خود را تکمیل نموده‌اند (پهلوانی، ملکوتی و تهرانی‌نژاد، ۱۳۸۱). در جوامع مختلف به دلیل آن‌که داشتن فرزند یک ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شود، زوج‌های نابارور کوشش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند (دیلون و کومپینگ، ۲۰۰۰). در ایران نیز به علت ویژگی‌های فرهنگی موضوع باروری بسیار اهمیت دارد (رجوعی، ۱۳۷۶). زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز به اهمیت این موضوع می‌افزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی و اجتماعی می‌نماید (کرمی نوری، آخوندی، اردکانی، ۱۳۸۰).

در تمام فرهنگ‌ها، زن و شوهر در صورت ناتوانی برای بچه‌دار شدن، خود را ناکامل می‌شمارند؛ دستیابی به نقش والدینی و داشتن فرزند را شرط اساسی کمال فردی، پذیرش اجتماعی، تکمیل هویت جنسی و کمال بزرگسالی می‌دانند (پهلوانی و همکاران، ۱۳۸۱). ناباروری با احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، فقدان سلامت و اعتماد به نفس همراه است. احساس‌های وابسته به این فقدان شامل احساس غم، حقارت، تنهایی، خستگی، درماندگی و ترس است (خسروی، ۱۳۸۰).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زوج‌های نابارور افسردگی و اضطراب بیشتری را نسبت به همتا‌های بارور خود تجربه می‌کنند (پهلوانی و همکاران، ۱۳۸۱). براساس شواهد موجود ناباروری زنان و مردان را به شکل‌های متفاوتی تحت تأثیر قرار می‌دهد (دیلون و کومپینگ، ۲۰۰۰)، به طوری که زنان عواطف منفی بیشتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند (ابی، اندروز و هالمن، ۱۹۹۱). با این حال بویوین (۲۰۰۳) با مطالعه مداخله‌های روان‌شناختی در ناباروری نشان داد که مردان به اندازه زنان از مشاوره بهره می‌برند.

موضوعی که در تحقیقات مرتبط با حیطة ناباروری کمتر مورد توجه قرار گرفته است نگرش نسبت به ناباروری است. نگرش به عنوان جهت‌گیری پایدار با عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری تلقی می‌شود. بخش شناختی شامل افکار، حقایق، دانش‌ها و باورهای فرد در مورد موضوع نگرش است. بخش عاطفی شامل عواطف ویژه به‌خصوص ارزش‌گذاری مثبت یا منفی نسبت به موضوع نگرش و بخش رفتاری شامل آمادگی فرد برای پاسخ و گرایش به انجام عمل در مورد موضوع نگرش است (شریفی و شریفی، ۱۳۸۰). آن‌چه به‌عنوان نگرش زوج نسبت به ناباروری مطرح است، شامل ساختارهای شناختی، جهان‌بینی، فرضیات، منطق، ویژگی‌ها و تبیین‌هایی است که به ابعاد مختلف ناباروری مربوط است و از سه منبع عقاید و نگرش‌های همگانی، عقاید خاص فردی و باورهای مشترک زوج سرچشمه می‌گیرد. این باورها که جزئی از تجربه ناباروری است، لزوماً آگاهانه یا کاملاً

روشن و واضح نیستند، بلکه اغلب به اشتباه به‌عنوان حقیقت در نظر گرفته می‌شوند (دیاموند، کزور، میرز، شارف و وینشل، ۱۹۹۹).

از نظر گریل (۱۹۹۷) تجربه ناباروری در ابعاد بافت اجتماعی، تمرکز بر نقش جنسی، ساختار خانواده و رابطه زوج، تأثیر مراکز درمانی و اهمیت تکنولوژی باروری، نگرش نسبت به خود، کنترل بر زندگی، نگرش نسبت به آینده و روابط بین فردی قابل بررسی است که هر یک در نحوه واکنش به ناباروری مؤثر است. ابی و همکاران (۱۹۹۱) ناباروری را در ابعاد استرس، عملکرد^۱، بهزیستی و سلامت^۲، انتساب و کنترل^۳، درک مفهوم و دست‌آوردهای مثبت^۴، روابط اجتماعی، مقابله و اهمیت فرزند بررسی کردند. از نظر دیاموند و همکارانش (۱۹۹۹) باورهای مربوط به ناباروری، باورهای مربوط به جنسیت، مفهوم و ارزش فرزند و نقش والدینی، باورهای مربوط به موضوع اهداکنندگان، چهار شاخه از باورهایی هستند که به حیطة ناباروری مربوط می‌شوند.

همراه با درمان‌های پزشکی ناباروری به مداخلات روان‌شناختی نیاز است (استامر، ویشمن، ورز، ۲۰۰۲). اعتقاد بر آن است که دیدگاه شناختی - رفتاری با نیازهای زوج‌های نابارور متناسب است (قرائی، مظاهری، صاحبی پیوند، ۱۳۸۳). یکی از رویکردها در این دیدگاه، رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل^۵ (ICS) است که توسط تیزدیل و برنارد در سال ۱۹۹۳ عنوان شده است. در رویکرد ICS اختلال‌های خلقی به تغییر در مدل‌های طرحواره‌ای نسبت داده می‌شود، به‌خصوص موضوع‌هایی که به ارزش‌های شخصی و پذیرش اجتماعی یا موفقیت مربوط می‌شوند. این رویکرد دو سطح معنا را که از نظر کیفی مجزا هستند مشخص می‌کند (تیزدیل، ترجمه کاویانی، ۱۳۸۰). معانی سطح ضمنی می‌توانند مستقیماً پاسخ هیجانی ایجاد کنند، در حالی که معانی سطح گزاره‌ای نمی‌توانند (تیزدیل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵). درمان به دگرگونی در دیدگاه منجر می‌شود و به آن خود مرکز‌زادایی اطلاق می‌گردد به‌طوری‌که افراد با تجارب منفی خود به‌عنوان رخداد‌های ذهنی رابطه برقرار می‌کنند. در درمان، الگوهای طرحواره‌ای به الگوهای مربوط به همان مسائل که سازگارترند، تبدیل می‌شوند. در این تغییر باید برخی اجزاء اصلی الگوهای ناسازگار حفظ گردد و همزمان سایر اجزاء برای ایجاد الگوی کاملاً متفاوتی تغییر یابد (تیزدیل و برنارد، ۱۹۹۳). روند درمان در این رویکرد شامل مراحل توضیح منطق درمان، کار بر روی ابعاد جسمانی، رویکردهای چندوجهی از جمله راهنمایی در جهت کشف^۶، ایجاد طرحواره‌های سالم و کار بر روی احساسات، بودن در زمان حال و تجربه جدید خود شامل چهارچوب‌بندی مجدد مسایل به‌عنوان بخش سالم خود و عدم بازگشت به شیوه‌های قبلی است (کلارک، ۱۹۹۹). رامل، گلدین، کارموناو مک‌کوید (۲۰۰۴) در تحقیقی، تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن^۷ (MBSR) را بر کاهش نگرش ناکارآمد نشان دادند. شلمن (۲۰۰۴)، به‌نقل از جواهری، (۱۳۸۳) نیز تأثیر برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT)^۷ در کاهش نگرش‌های ناکارآمد را گزارش داد که این پیشرفت، در پیشگیری

از نشانه‌های افسردگی مهم است. نتایج تحقیق جواهری (۱۳۸۳) بر روی دانشجویان دانشگاه اصفهان نیز نشان داد که برنامه MBCT در کاهش نگرش ناکارآمد افسردگی مؤثر بوده است. در تحقیق حاضر تأثیر مشاوره شناختی - رفتاری براساس رویکرد ICS بر تغییر نگرش زوج‌های نابارور نسبت به ناباروری بررسی می‌شود، همچنین بررسی تأثیر آن بر حسب جنسیت در نظر گرفته شده است.

روش

این تحقیق نیمه‌تجربی، از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون بوده، در آن از دو گروه آزمایش و گواه استفاده شده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

به منظور اجرای پژوهش ۳۰ زوج نابارور از بین زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان انتخاب شدند. زوج‌های شرکت‌کننده با آگاهی و رضایت در این طرح شرکت کردند. انتخاب نمونه با توجه به این ملاک‌ها صورت گرفت: داشتن تشخیص پزشک در مورد ناباروری، نداشتن فرزند از حاملگی‌های قبلی، نداشتن فرزندخوانده. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ زوج) و گواه (۱۵ زوج) جایگزین شدند. ویژگی‌های آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش از این قرار است: میانگین سنی زنان نمونه ۲۷/۰۶ سال، زنان گروه آزمایش ۲۸/۶ و زنان گروه گواه ۲۵/۵ سال؛ میانگین سنی مردان نمونه ۳۲/۲ سال، مردان گروه آزمایش ۳۲/۹ و مردان گروه گواه ۳۱/۶ سال. میانگین طول مدت ازدواج زوج‌ها ۷ سال، در گروه آزمایش ۸ سال و در گروه گواه ۶ سال می‌باشد.

ابزارهای پژوهش

آزمودنی‌ها در دو مرحله قبل و بعد از جلسات مشاوره توسط پرسشنامه محقق ساخته نگرش نسبت به ناباروری ارزیابی شدند. این پرسشنامه حاوی ۵۱ گزاره با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. نمره فرد از طریق جمع نمرات گزینه‌ها بدست می‌آید. هرچه فرد نمره بالاتری کسب کند نشان‌دهنده نگرش منفی‌تر او نسبت به ناباروری است. حداقل نمره در این آزمون ۵۱ و حداکثر ۲۵۵ است. در این پرسشنامه ابعاد نگرش نسبت به ناباروری با توجه به منابع و تحقیقات پیشین و نیز مصاحبه‌هایی که با متخصصان ناباروری و مشاوره و افراد نابارور صورت گرفته به این شکل مطرح شده است: نگرش نسبت به ناباروری و درمان، نگرش نسبت به اهمیت فرزند و نقش والدینی، نگرش نسبت به روابط بین فردی، نگرش نسبت به روابط زناشویی و جنسی،

نگرش نسبت به کنترل زندگی، نگرش نسبت به آینده، نگرش نسبت به خود و همسر و نگرش نسبت به پذیرش اجتماعی.

به منظور بررسی روایی همزمان این پرسشنامه، در مطالعه‌ای مقدماتی که توسط پژوهشگران بر روی ۵۶ نفر از افراد ناباور مراجع‌کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان انجام شد، از آزمون‌های اضطراب و افسردگی بک استفاده گردید. براساس نتایج تحقیقات، همسران ناباورور بیش از سایرین در معرض ابتلا به افسردگی و اضطراب هستند (خسروی، ۱۳۸۰)، هم‌چنین فرض بر این بود که هرچه نگرش نسبت به ناباروری منفی‌تر باشد، فرد ناباورور اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه خواهد کرد. نتایج نشان داد که بین نگرش نسبت به ناباروری با اضطراب ($r = 0/53$, $p < 0/001$) و افسردگی ($r = 0/71$, $p < 0/001$) رابطه مثبت معنادار وجود دارد. برای تعیین پایایی آزمون از آلفای کرونباخ برای همسانی درونی آزمون استفاده شد. آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۶ محاسبه شد. در مطالعه دیگری این پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر (۱۵ زوج) ناباورور اجرا شد و پایایی این آزمون با روش بازآزمایی یک ماهه، ۰/۸۷ ($p < 0/001$) بدست آمد.

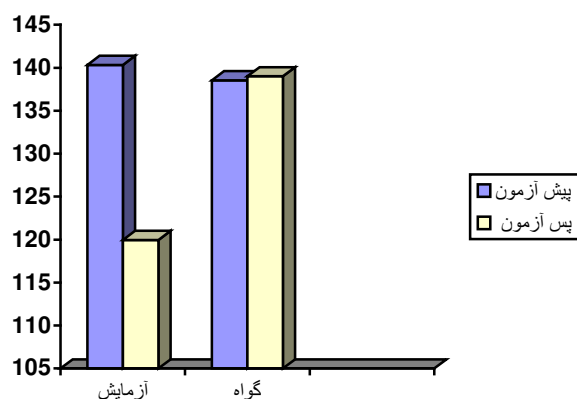
شیوه اجرا

در این پژوهش در مرحله مداخله، زوج‌های ناباورور گروه آزمایش در ۶ جلسه (یک بار در هفته و هر جلسه به مدت دو ساعت) مشاوره شناختی - رفتاری بر اساس رویکرد ICS شرکت کردند. در جلسه اول به بیان اهداف، پیامدهای عاطفی ناباروری، نحوه ایجاد و رابطه آنها با ناباروروری پرداخته شد. به‌علاوه تمرین آرمیدگی همراه با تصویرسازی ذهنی انجام شد. جلسه دوم بر شناسایی افکار و احساسات متمرکز بود، به‌خصوص کار مستقیم بر روی احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت، تمرکز بر تنفس، مرور بدن و تصویرسازی ذهنی. محور جلسه سوم، افکار بود. شرکت‌کنندگان نمونه‌هایی از افکار خود را بیان داشته، نحوه مقابله با افکار را فرا گرفتند به‌گونه‌ای که افکار را به‌عنوان رخداد‌های ذهنی بنگرند نه واقعیت. هم‌چنین تمرین حضور ذهن انجام شد. جلسه چهارم با تمرین حضور ذهن آغاز شد و با شناسایی طرحواره‌ها و ایجاد طرحواره‌های جانشین ادامه یافت. تمرین این جلسه تمرکز بر تنفس بود. در جلسه پنجم به ایجاد طرحواره کنترل پرداخته شد. در این جلسه شیوه‌های رفتاری برای مواجهه با افسردگی و اضطراب مورد بحث قرار گرفت. جلسه ششم به استفاده از آموخته‌ها برای مقابله با حالات عاطفی در آینده تأکید داشت.

یافته‌ها

بررسی آمار توصیفی نشان داد که میانگین نگرش نسبت به ناباروری در پیش‌آزمون، در گروه آزمایش ۱۴۰/۳۳ ($S = 27/42$) و در گروه گواه ۱۳۸/۵۳ ($S = 31/81$) بود. میانگین نگرش گروه آزمایش

در پس‌آزمون، در گروه آزمایش ۱۱۹/۹۶ ($S=۲۳/۶۶$) و در گروه گواه ۱۳۹/۰۰ ($S=۲۹/۶۷$) بدست آمد. این نتایج در نمودار ۱ مشخص شده است.



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمرات نگرش به ناباروری پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه

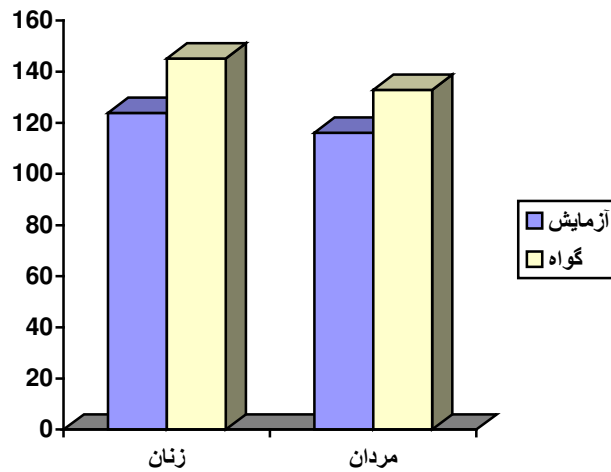
برای تعیین معناداری تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه با رعایت پیش‌فرض‌ها، از تحلیل کواریانس استفاده شد و در آن پیش‌آزمون کنترل گردید. نتایج این تحلیل در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به رابطه عضویت گروهی و نگرش نسبت به ناباروری

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنادار	میزان تأثیر	توان آماری
نگرش نسبت به ناباروری	گروه	۱	۶۲۲۹/۵۱	۲۲/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۹۷
	جنسیت	۱	۵۱۳/۱۷	۱/۸۶	۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۲۶
	گروه جنسیت	۱	۲۸/۵۱	۰/۱۰	۰/۷۴	۰/۰۰۰۲	۰/۰۶

همان‌طور که در این جدول مشهود است، تفاوت بین میانگین دو گروه آزمایش و گواه معنادار است ($p < ۰/۰۰۰۱$). در نتیجه مشاوره براساس رویکرد ICS، بر تغییر نگرش نسبت به ناباروری مؤثر بوده است. میزان این تأثیر ۲۹٪ و توان آماری ۰/۹۹۷ می‌باشد. براساس نتایج، تفاوت نگرش زنان و مردان معنی‌دار نبود. همچنین تعامل گروه و جنسیت نیز معنادار نیست. یعنی تأثیر مشاوره براساس

رویکرد ICS بر تغییر نگرش به ناباروری به جنسیت بستگی ندارد. واریانس مشترک نیز دال بر عدم معنادار بودن این رابطه است. زیرا تنها ۰/۰۲٪ از کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در نگرش به ناباروری، به تعامل گروه و جنسیت مربوط می‌شود. نتایج توصیفی مربوط به تأثیر مشاوره بر اساس رویکرد ICS بر حسب جنسیت در نمودار (۲) نشان داده شده است.



نمودار ۲: مقایسه میانگین نمرات نگرش به ناباروری در دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک جنسیت در پس‌آزمون

به‌عنوان نتایج جانبی، وضعیت دو گروه آزمایش و گواه در ابعاد نگرش نسبت به ناباروری در پیش‌آزمون بررسی شد. نتایج آمار توصیفی آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار ابعاد نگرش به ناباروری

در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه

انحراف معیار	میانگین	گروه	حیطه نگرش	انحراف معیار	میانگین	گروه	حیطه نگرش
۲/۲۴	۱۱/۲۰	آزمایش	نگرش به کنترل	۳/۸۵	۱۴/۳۳	آزمایش	ناباروری و درمان
۳/۰۲	۱۰/۹۶	گواه		۳/۶۶	۱۴/۱۳	گواه	
۳/۲۸	۱۳/۳۶	آزمایش	نگرش به آینده	۳/۳۲	۲۷/۶۰	آزمایش	اهمیت فرزند
۴/۴۷	۱۲/۹۳	گواه		۵/۵۲	۲۸/۸۶	گواه	
۷/۹۵	۲۵/۲۳	آزمایش	خود و همسر	۳/۹۳	۱۴/۴۶	آزمایش	روابط بین فردی
۷/۶۹	۲۴/۲۶	گواه		۳/۵۲	۱۳/۴۶	گواه	
۳/۲۳	۱۳/۰۶	آزمایش	پذیرش اجتماعی	۵/۰۰	۲۱/۰۶	آزمایش	روابط زناشویی
۴/۰۲	۱۱/۷۰	گواه		۶/۳۴	۲۲/۲۰	گواه	

برای بررسی معناداری تفاوت دو گروه در هر یک از ابعاد نگرش نسبت به ناباروری در پیش‌آزمون با رعایت پیش‌فرض‌ها، از تحلیل مانوا استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل مانوا مربوط به مقایسه ابعاد نگرش

به ناباروری در پیش‌آزمون دو گروه

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	ابعاد نگرش
۰/۸۳	۰/۰۴	۰/۶۰	۱	۰/۶۰	ناباروری و درمان
۰/۲۸	۱/۱۵	۲۴/۰۶	۱	۲۴/۰۶	اهمیت فرزند، والدینی
۰/۳۰	۱/۰۷	۱۵/۰۰	۱	۱۵/۰۰	روابط بین فردی
۰/۴۴	۰/۵۹	۱۹/۲۶	۱	۱۹/۲۶	روابط زناشویی
۰/۷۳	۰/۱۱	۰/۸۱	۱	۰/۸۱	کنترل
۰/۶۸	۰/۱۶	۲/۸۱	۱	۲/۸۱	آینده
۰/۶۳	۰/۳۲	۱۴/۰۱	۱	۱۴/۰۱	خود و همسر
۰/۱۵	۲/۰۹	۲۸/۰۱	۱	۲۸/۰۱	پذیرش اجتماعی

نتایج گویای آن است که میانگین گروه آزمایش و گواه در ابعاد نگرش، تفاوت معنادار ندارد. به بیان دیگر وضعیت دو گروه در پیش‌آزمون در ابعاد نگرش به ناباروری مشابه است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار ابعاد نگرش نسبت به ناباروری

در پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه

انحراف معیار	میانگین	گروه	ابعاد نگرش	انحراف معیار	میانگین	گروه	ابعاد نگرش
۲/۲۲	۱۰/۴۰	آزمایش	نگرش به کنترل	۳/۳۳	۱۲/۴۳	آزمایش	ناباروری و درمان
۲/۶۸	۱۰/۷۰	گواه		۳/۶۳	۱۴/۱۳	گواه	
۲/۸۳	۱۰/۵۶	آزمایش	نگرش به آینده	۴/۰۶	۲۳/۰۶	آزمایش	اهمیت فرزند
۴/۰۷	۱۲/۷۶	گواه		۴/۵۰	۲۸/۱۶	گواه	
۶/۲۹	۲۱/۴۳	آزمایش	خود و همسر	۳/۰۱	۱۲/۱۳	آزمایش	روابط بین فردی
۶/۹۶	۲۴/۸۰	گواه		۳/۶۰	۱۳/۵۳	گواه	
۳/۰۰	۱۱/۰۰	آزمایش	پذیرش اجتماعی	۴/۸۶	۱۸/۹۳	آزمایش	روابط زناشویی
۳/۷۳	۱۲/۲۰	گواه		۷/۰۲	۲۲/۷۰	گواه	

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شد بین میانگین نگرش نسبت به ناباروری در دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین و انحراف معیار دو گروه در هر یک از ابعاد، در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر مشاوره بر اساس رویکرد ICS بر تغییر

ابعاد نگرش نسبت به ناباروری در گروه‌های آزمایش و گواه

توان آماری	میزان تأثیر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	حیطه نگرش
۰/۷۳	۰/۱۱	۰/۰۱	۶/۸۷	۴۹/۹۶	۱	۴۹/۹۶	ناباروری و درمان
۰/۹۹	۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۲۳/۸۰	۲۷۲/۰۷	۱	۲۷۲/۰۷	اهمیت فرزند، والدینی
۰/۷۶	۰/۱۱	۰/۰۰۹	۷/۴۰	۵۵/۷۰	۱	۵۵/۷۰	روابط بین فردی
۰/۶۹	۰/۱۰	۰/۰۱	۶/۲۵	۱۲۹/۶۳	۱	۱۲۹/۶۳	روابط زناشویی
۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۴۵	۰/۵۶	۲/۶۳	۱	۲/۶۳	کنترل
۰/۹۶	۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	۱۴/۹۵	۹۱/۰۴	۱	۹۱/۰۴	آینده
۰/۹۶	۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	۱۴/۹۴	۲۴۲/۶۰	۱	۲۴۲/۶۰	خود و همسر
۰/۹۱	۰/۱۷	۰/۰۰۱	۱۱/۴۵	۶۶/۹۲	۱	۶۶/۹۲	پذیرش اجتماعی

برای آن که مشخص شود این شیوه، بر کدامیک از ابعاد نگرش نسبت به ناباروری مؤثر بوده است، پس از رعایت پیش فرض‌ها، از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ نشان داده شده است. با توجه به این نتایج مشخص می‌شود که میانگین نگرش زوج‌های نابارور گروه آزمایش، در حیطه‌های ناباروری و درمان ($p=0/01$)، اهمیت فرزند و نقش والدینی ($p=0/0001$)، روابط بین فردی ($p=0/009$)، نگرش به روابط زناشویی ($p=0/01$)، نگرش به آینده ($p=0/0001$)، نگرش نسبت به خود و همسر ($p=0/0001$)، نگرش نسبت به پذیرش اجتماعی ($p=0/001$) به‌طور معناداری کمتر از میانگین گروه گواه بود. تفاوت میانگین دو گروه در نگرش نسبت به کنترل زندگی معنادار نبود. به عبارت دیگر مشاوره براساس رویکرد ICS بر کاهش نگرش منفی در همه ابعاد نگرش به ناباروری، به جز بعد نگرش به کنترل زندگی مؤثر بوده است.

بحث

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که در پس‌آزمون میانگین نگرش نسبت به ناباروری زوج‌های نابارور در گروه آزمایش به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود. بنابراین مشاوره براساس رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل، نگرش منفی نسبت به ناباروری را کاهش می‌دهد. این نتایج، با تحقیق رامل و همکاران (۲۰۰۴)، شلمن (۲۰۰۴)، به‌نقل از جواهری، (۱۳۸۳) و جواهری (۱۳۸۳) که تأثیر برنامه‌های مبتنی بر رویکرد ICS را بر کاهش نگرش ناکارآمد نشان دادند، در یک راستا است. سایر یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که مشاوره براساس رویکرد ICS بر کاهش نگرش منفی همسران نسبت به ابعاد ناباروری و درمان، اهمیت فرزند و نقش والدینی، روابط بین فردی، روابط زناشویی و جنسی، آینده، خود و همسر و پذیرش اجتماعی مؤثر است. به‌گونه‌ای که میانگین گروه آزمایش در هر یک از حیطه‌های مذکور نگرش، به‌طور معناداری کمتر از گروه گواه بود. تفاوت میانگین دو گروه در بعد نگرش نسبت به کنترل زندگی معنادار نبود. در زمینه دلایل احتمالی تأثیر این شیوه بر تغییر نگرش نسبت به ناباروری می‌توان گفت که مشاوره شناختی - رفتاری که براساس رویکرد ICS طراحی شده بود، توانسته است با ایجاد طرحواره‌های جدید و جایگزین ساختن آن‌ها به جای طرحواره‌های قبلی مربوط به ناباروری، نگرش به ناباروری را تغییر دهد. به‌طوری‌که زوج‌های نابارور در مورد این دیدگاه که معنی و هدف زندگی محدود به داشتن فرزند است، تأمل کرده و نگرش منفی آنان نسبت به نداشتن فرزند، کاهش یافته است. احتمالاً زوج‌ها توانسته‌اند به جای ارزیابی ناباروری در سطح ضمنی، آن را به‌عنوان «یک پدیده» در سطح گزاره‌ای ارزیابی نمایند. براساس رویکرد زیرسیستم‌های شناختی متعامل، سطح ضمنی با موضوعاتی رابطه دارد که مستقیماً به خود و معنای شخصی مرتبط است (کلارک، ۱۹۹۹). در نتیجه، ارزیابی ناباروری در سطح ضمنی به معنای احساس تقصیر، نقص، عیب و غیره است در حالی که ارزیابی آن در سطح گزاره‌ای شرایطی

را فراهم می‌کند که در طی آن زوج بتوانند خود را به‌عنوان زوجی در نظر گیرند که با این پدیده در حال دست و پنجه نرم کردن می‌باشند. به‌عبارتی تغییرات ایجاد شده در دیدگاه زوج‌های نابارور ناشی از خود - مرکز‌دایی است. این مسئله در مورد نگرش به همسر نیز صادق است. به‌علاوه زوج‌ها با درنظر گرفتن الگوهای ذهنی بهتر درباره ناباروری به طرحواره‌های جدیدی دست یافتند که می‌تواند جایگزین طرحواره‌های ناسازگار قبلی گردد. به‌عبارتی شیوه راهنمایی در جهت کشف، گزینه‌ها و انتخاب‌هایی را برای زوج‌ها مطرح ساخته است که در کنار ایده‌های منفی، به آن‌ها توجه کنند. تمرین‌های بودن در زمان حال، بر نگرش نسبت به آینده تأثیرگذار بوده است. شاید تغییر نگرش در سایر حیطه‌ها از جمله ناباروری و درمان توانسته بر نگرش نسبت به آینده اثر گذارد. یافته دیگر تحقیق مبنی بر تغییر نگرش نسبت به پذیرش اجتماعی در رابطه با ناباروری با اصول دیدگاه ICS هماهنگ است. به‌نظر تیزدیل (۱۳۸۰، ترجمه کاویانی) در هنگام افسردگی، افراد به‌سوی مدل‌های ذهنی ناکارآمد تغییر جهت می‌دهند که این مدل‌ها متضمن وابستگی بیشتر ارزش‌های شخصی به پذیرش اجتماعی و تلاش فرد است. بر این اساس کاهش نگرش منفی نسبت به پذیرش اجتماعی می‌تواند در کاهش افسردگی زوج‌های نابارور مؤثر باشد. عامل دیگر در تغییر نگرش زوج‌های نابارور، حضور در گروهی است که همگی مشکل و نگرانی مشابهی داشتند. این مسئله باعث ایجاد ذهنیتی جدید و طرحواره‌ای جایگزین شده، به‌گونه‌ای که مشکل را فقط مربوط به خود ندانسته و آن را پدیده‌ای در نظر گیرند که افراد دیگر نیز درگیر آن هستند. توجه به روابط و کیفیت زندگی دیگر زوج‌ها در نگرش آنان تغییراتی ایجاد کرده است. شاید بسیاری از تمرین‌ها و بحث‌ها در این دوره در تغییر نگرش افراد به سمت پذیرش، مؤثر بوده باشد، به‌طوری‌که در زوج‌ها احساس انعطاف‌پذیری بیشتری ایجاد کرده و به آن‌ها کمک کرده که در لحظه زندگی کنند.

تحلیل داده‌ها نشان داد که در زوج‌هایی که از مشاوره براساس رویکرد ICS بهره بردند، میانگین نگرش نسبت به ناباروری بین زنان و مردان تفاوت معنادار نداشت. به‌عبارت دیگر مشاوره شناختی - رفتاری براساس رویکرد ICS هم در زنان و هم در مردان، بر تغییر نگرش مؤثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیق بویوین (۲۰۰۳) همخوان بود. وی با بررسی پژوهش‌های مختلف در زمینه ناباروری، نشان داد که مردان به اندازه زنان از مشاوره بهره می‌برند. از نظر وی این نتیجه قابل انتظار نبود زیرا زنان عموماً تمایل بیشتری به مشاوره دارند و به‌طورکلی نگرانی بیشتری نسبت به مردان گزارش می‌کنند. تغییر نگرش نسبت به ناباروری در هر دو جنس منطقی است زیرا ناباروری برای هر دو جنس موضوعی قابل توجه و بوده و هر دو با مسئله ناباروری مواجه‌اند. از آن‌جا که نگرش یک مؤلفه شناختی است، به نظر می‌رسد تأثیر این رویکرد به جنسیت مربوط نبوده است. همان‌طور که بررسی مقدماتی پرسشنامه نگرش نسبت به ناباروری به منظور تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار نشان داد و در بخش روش به آن اشاره شد، نگرش نسبت به ناباروری با اضطراب و افسردگی در زوج‌های

نابارور رابطه مثبت و معنادار دارد و نگرش به ناباروری در نحوه واکنش به ناباروری مؤثر است (گریل، ۱۹۹۷). بر این اساس با استفاده از مشاوره براساس رویکرد ICS و تغییر نگرش نسبت به ناباروری می‌توان تأثیرات منفی روان‌شناختی ناباروری بر زوج‌های نابارور را کاهش داد.

یادداشت‌ها

1. Performance
2. Well-being
3. Attribution and control
4. Perfection of meaning and positive benefits
5. Interacting cognitive subsystems
6. Guided discovery
7. Mindfulness Based Stress Reduction
8. Mindfulness Based Cognitive Therapy

منابع

- پهلوانی، ه؛ ملکوتی، کاظم و شاهرخ تهرانی‌نژاد، انسیه (۱۳۸۱). بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابط آن با سلامت روانی در افراد نابارور، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۴، ص ۸۷-۷۹.
- تیزدیل، جان دی (۱۳۸۰). دانش و روش‌های کاربردی رفتار درمانی شناختی، ترجمه ح. کاویانی، جلد اول، تهران: فارس.
- جوهری، فروزان (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از افسردگی در دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دانشگاه اصفهان در پاییز و زمستان ۱۳۸۳، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- خسروی، زهره (۱۳۸۰). عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان در زوج‌های نابارور، فصلنامه باروری و ناباروری، سال سوم، شماره ۹، ص ۶۴-۵۶.
- رجوعی، مریم (۱۳۷۶). جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره چهارم، شماره ۳ و ۴، ص ۸۸-۷۲.
- شریفی، حسن پاشا و شریفی، نسترن (۱۳۸۰). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: سخن.
- قرائی، وجیهه؛ مظاهری، محمدعلی؛ صاحبی، علی و پیوندی، سپیده (۱۳۸۳). بررسی تأثیر آموزش‌های رفتاری - شناختی بر کاهش اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان GIFT و ZIFT، فصلنامه باروری و ناباروری، سال پنجم، شماره ۱۸، ص ۱۸۰-۱۷۱.
- کرمی‌نوری، رضا؛ آخوندی، محمد مهدی و بهجتی اردکانی، زهره (۱۳۸۰). جنبه‌های روانی - اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی، فصلنامه باروری و ناباروری، سال دوم، شماره ۷، ص ۲۶-۱۳.

- Abbey, A; Andrews, F. & Halman, J. (1991). Gender's role in response to infertility. *Psychology of Women*. 15, 295- 316.
- Boivin, J. (2003). A review of psychological interventions in infertility. *Social Science and Medicine*. 57(12), 2325- 2314.

- Clark, I. (1999). Cognitive therapy and serious mental illness. An interacting cognitive subsystems approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 6, 375- 383.
- Dhillon, R; Cumming, C. & Cumming, D. (2000). Psychological well- being and Coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*. 74(5), 702-706.
- Diamond, R. Kezur; Meyers, M; Scharf, C. N. Weinshel, M. (1999). *Couple therapy for infertility*. New York: The Guilford press.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the Literature, *Social Science and Medicine*. 55(11), 1679- 1704.
- Ramel, W; Goldin. P. R; Carmona, P. E; Mc Quaid, J. R. (2004). The effects of Mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*. 28(4), 433-455.
- Stammer, H. Wischman, T & Verres, R. (2002). Counseling and couple therapy for infertile couples. *Family Process*. 41(1), 111-121.
- Teasdale, J. D. Barnard, P. (1993). *Affect, cognition and change re- modeling Depressive thought*. London: Lawrence Elbaume associates Ltd.
- Teasdale, J. D; Segal, Z & Williams, M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research Therapy*. 33(1), 25-39.