Original Article

The effectiveness of psychological empowerment therapy and dialectical behavior therapy on infertility stress of infertile women in pretreatment stage of in vitro fertilization

Bahrami-Kerchi A, Manshaee Gh*, Keshti-Aray N

Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 2020/07/5 | Accepted: 2020/10/11

Abstract:

Background: Infertility treatment methods, despite having successful results, are associated with psychological consequences and high levels of stress in infertile women. This study aimed to determine the effectiveness of psychological empowerment package and Dialectical Behavior Therapy (DBT) on infertility stress of infertile women in the pretreatment phase of In Vitro Fertilization (IVF).

Materials and Methods: The present research employed a pretest-posttest and 45-day follow-up control group quasi-experimental design with three groups. The sample size consisted of 45 infertile women seeking IVF treatment referred to infertility centers in Isfahan city, selected via a convenience sampling method based on the inclusion criteria. Then they were randomly assigned to two experimental and one control groups (each with 15 participants). Experimental groups participated in psychological empowerment therapy and Dialectical Behavior Therapy (DBT). To measure the dependent variable of infertility Stress, Infertility Stress Inventory (Newton et al., 1999) was administered to three groups in three research phases. The data were analyzed using the repeated measures ANOVA and through SPSS version: 24.

Results: The results showed that only psychological empowerment therapy has had a significant effect on infertility stress ($P<0.001$). Bonferroni post hoc test revealed that psychological empowerment therapy was more effective in reducing infertility stress than Dialectical Behavior Therapy (DBT).

Conclusions: As the research results indicate, psychological empowerment therapy is a good method to reduce infertility stress of infertile women, in the pretreatment phase of IVF.

Keywords: Infertility, Female, Empowerment, Behavior therapy, Stress, In vitro fertilization

***Corresponding Author**
Email: Smanshaee@yahoo.com
Tel: 0098 31 353 54001
Fax: 0098 31 353 54001

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, December, 2020; Vol. 24, No 5, Pages 554-564

Please cite this article as: Bahrami-Kerchi A, Manshaee Gh, Keshti-Aray N. The effectiveness of psychological empowerment therapy and dialectical behavior therapy on infertility stress of infertile women in pretreatment stage of in vitro fertilization. ***Feyz*** 2020; 24(5): 554-64.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

اثربخشی درمان توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر استرس ناباروری زنان نابارور در مرحله قبل از درمان لقاح آزمایشگاهی

آزاده بهرامی کرچی [۱]، غلامرضا منشئی [۲*]، نرگس کشتی‌آرای [۳]

خلاصه:

سابقه و هدف: روش‌های درمان ناباروری، علی‌رغم داشتن نتایج موفقیت‌آمیز در درمان ناباروری، با پیامدهای روان‌شناختی و سطح بالای استرس در زنان نابارور همراه می‌باشند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بسته توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر استرس ناباروری زنان نابارور در مرحله قبل از درمان لقاح آزمایشگاهی IVF انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با پیگیری ۴۵روزه و سه‌گروهی بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از زنان نابارور متقاضی درمان IVF مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر اصفهان بودند که به‌صورت دردسترس و مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه‌های آزمایش، تحت درمان توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند. برای سنجش متغیر وابسته استرس ناباروری از پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن (EPI) در سه مرحله پژوهش و در سه گروه استفاده شد. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس و با اندازه‌گیری مکرر و از طریق نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج نشان داد که فقط درمان توانمندسازی روان‌شناختی بر کاهش استرس ناباروری تأثیر معنی‌دار داشت ($P<۰/۰۰۱$). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که درمان توانمندسازی روان‌شناختی نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش استرس ناباروری زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF مؤثرتر است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از پژوهش، به‌نظر می‌رسد درمان توانمندسازی روان‌شناختی، برای کاهش استرس ناباروری زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF روش مؤثری باشد.

واژگان کلیدی: ناباروری، زنان، توانمندسازی، رفتاردرمانی، استرس، لقاح آزمایشگاهی

دو ماهنامه علمی – پژوهشی فیض، دوره بیست و چهارم، شماره ۵، آذر – دی ۱۳۹۹، صفحات ۵۶۴-۵۵۴

مقدمه

روش‌های کمک‌باروری به مجموعه‌ای از روش‌های پزشکی اطلاق می‌گردند که برای درمان ناباروری به‌کار می‌روند [۱]. یکی از روش‌های کمک‌باروری که به‌صورت شایع برای درمان ناباروری استفاده می‌شود، لقاح آزمایشگاهی (Invitro Fertilization) است.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۳. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:**
گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)

تلفن: ۰۳۱۳۵۳۵۴۰۰۱ **دورنویس:** ۰۳۱۳۵۳۵۵۴۰۰۱

پست الکترونیک: Smanshaee@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۴/۱۵ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۹/۷/۲۰

شواهد حاکی از آن است که این روش درمانی، علی‌رغم نتایج موفقیت‌آمیز آن، یکی از تجارب بسیار استرس‌زا در زندگی زنان نابارور می‌باشد و استرس ناشی از آن موجب کاهش عملکرد فردی و کیفیت روابط زوجین می‌گردد [۲]. سایر پیامدهای روان‌شناختی ناشی از روش درمانی لقاح آزمایشگاهی (IVF) عبارت است از: پریشانی روانی، ترس، اضطراب، نگرانی، غم و اندوه و افسردگی [۳]. در این میان استرس ناباروری، یکی از عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمان می‌باشد که باید در طی فرآیند درمان مورد توجه قرار گیرد. استرس ناباروری عبارت است از: تعامل بین شرایط فیزیکی مستعدکننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس‌العمل‌های دیگران و خصوصیات روانی فردی که ممکن است برای مدت طولانی همراه شخص باشد و با هر مداخله تشخیصی یا درمانی از جمله درمان لقاح آزمایشگاهی (IVF) و سایر درمان‌های ناباروری عود کند [۴]. نتایج مطالعات در زمینه اختلالات روان‌شناختی در زنان نابارور، مؤید این نکته است که درمان مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور کمتر مورد توجه قرار گرفته است و اکثر درمان‌های به‌کاررفته برای این افراد، بر جنبه جسمانی اختلال تمرکز دارند [۵]. بنابراین زمان آن فرا رسیده است تا درمان‌های نوین و کاربردی جهت ارتقای

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

سلامت روان‌شناختی زنان نابارور طراحی شود و مورد استفاده قرار گیرد. یکی از عواملی که می‌تواند تأثیر چشمگیری بر پاسخ افراد به عوامل تنش‌زا داشته باشد، توانمندسازی روان‌شناختی (psychological empowerment) است. توانمندسازی روان‌شناختی، رویکردی نوین در انگیزش درونی می‌باشد و به معنی آزاد کردن نیروها و قدرت درونی افراد است که بر افزایش انگیزه درونی برای انجام تکلیف و نقاط قوت و شایستگی‌های فردی و اجتماعی تأکید می‌کند. توانمندسازی زنان به این معناست که آن‌ها بر شرم بی‌مورد خود فائق آیند، کردار و گفتارشان پر از اعتماد به نفس و اطمینان خاطر باشد، قادر به ارزیابی صحیح و شناخت واقعی خویش باشند، به استعدادها و محدودیت‌های درونی خویش آگاه باشند و بتوانند با افزایش توانمندی خویش به هدف‌های موردنظر برسند. در آموزش توانمندسازی به زنان نابارور کمک می‌شود تا اعتماد به نفس خود را بهبود بخشند و بر احساس ضعف و ناتوانی خود چیره شوند [۶]. با توجه به نوین بودن بسته درمانی توانمندسازی روان‌شناختی ویژه زنان نابارور داوطلب درمان لقاح آزمایشگاهی (IVF)، پژوهشی در این خصوص یافت نگردید. اما پژوهش‌هایی که با موضوع آموزش راهبردهای کنار آمدن و مشاوره برای توانمندسازی روان‌شناختی در جوامع آماری مختلف انجام شده بود، مورد بررسی قرار گرفت که از آن جمله می‌توان به فراتحلیلی در خصوص نقش مؤثر راهبردهای توانمندسازی شناختی در بهزیستی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی زنان نابارور [۷]، تأثیر آموزش توانمندسازی فردی بر کاهش علائم افسردگی و استرس زنان آسیب‌دیده [۸] و تأثیر توانمندسازی روان‌شناختی بر افزایش کیفیت زندگی کادر پزشکی [۹]، اشاره نمود. رفتاردرمانی دیالکتیک (dialectical behavior therapy) یکی از روش‌های درمانی موفقیت‌آمیزی است که برای ارتقای سلامت روان‌شناختی به کار برده می‌شود [۱۰]. در واقع محور اصلی تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیک، پیرامون یادگیری به‌کارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی می‌گردد که در طی این روش درمانی، آموزش داده می‌شود و هدف نهایی آن، کمک به بیمار برای پیروزی و فائق آمدن بر این چرخه معیوب است [۱۱]. در خصوص اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر متغیرهای روان‌شناختی، پژوهش‌هایی انجام شده است که از جمله این مطالعات می‌توان به اثربخشی این درمان بر کاهش استرس ناباروری [۱۲]، بر کاهش افسردگی و تلاش برای خودکشی در افراد با شخصیت مرزی [۱۳]، بر کاهش استرس در بیماران با سندروم روده تحریک‌پذیر [۱۴]، بر کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز، افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به ایدز [۱۵] و بر کاهش علائم افسردگی در مادران با کودک عقب‌مانده ذهنی اشاره نمود [۱۶]. بررسی مطالعات نشان می‌دهد که در خصوص مقایسه این دو راهبرد درمانی، سابقه پژوهشی موجود نمی‌باشد؛ بنابراین مقایسه این دو بسته درمانی که از دو دیدگاه متفاوت (شناختی و رفتاری) سعی بر پیشگیری و درمان مشکلات روان‌شناختی دارند، می‌تواند راهگشایی در زمینه انتخاب روش درمانی مناسب برای درمان‌گرانی باشد که با مشکلات و عوارض روان‌شناختی در زنان نابارور در مرحله قبل از درمان (IVF) مواجه می‌باشند. با توجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر استرس ناشی از ناباروری زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با شماره کارآزمایی بالینی IRCT20200319046815N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت گردیده است و دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1398.085 می‌باشد. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری ۴۵ روزه و سه گروهی بود. در این پژوهش، متغیر وابسته، استرس ناباروری و جامعه آماری، زنان نابارور متقاضی درمان لقاح آزمایشگاهی (IVF) مراجعه‌کننده به کلینیک درمان ناباروری شهر اصفهان در زمستان سال ۱۳۹۸ بودند. طی فراخوان کلینیک ناباروری شهر اصفهان در خصوص برگزاری جلسات آموزشی به منظور کاهش استرس ناباروری، ۵۲ نفر از زنان نابارور برای شرکت در پژوهش اعلام تمایل نمودند. از این تعداد، براساس ملاک‌های ورود و خروج و با توجه به این‌که در اغلب مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی از حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده می‌شود [۱۷]، ۴۵ نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه، عبارت بودند از: قرار داشتن در رده سنی ۲۸ تا ۴۰ سال، داوطلب ورود به درمان IVF، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی و روانی (بیماری‌های جسمانی و روانی که توسط پزشک معالج تشخیص داده شده است و موجب عدم حضور مستمر بیمار در جلسات درمانی می‌گردد و یا به دلیل ایجاد مشکلات روان‌شناختی باعث عدم درک مطالب آموزشی ارائه‌شده در جلسات درمان می‌شود)، نازایی اوّلیه، عدم وقوع حوادث استرس‌زا در ۶ ماه اخیر (فوت بستگان درجه یک، سانحه تصادف، تغییر مکان زندگی و...)، نداشتن مدرک تحصیلی در رشته روان‌شناسی، عدم شرکت در دوره‌های آموزشی روان‌شناسی، تابعیت ایرانی و تأهل در هنگام پژوهش. ملاک‌های خروج هم شامل قرار

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

داشتن در رده سنی زیر ۲۸ و بالای ۴۰ سال، عدم تمایل به درمان IVF، ابتلا به بیماری‌های شدید جسمانی و روانی، نازایی ثانویه، وقوع حوادث استرس‌زا در ۶ ماه اخیر (فوت بستگان درجه یک، سانحه تصادف، تغییر مکان زندگی و...)، داشتن مدرک تحصیلی در رشته روان‌شناسی، شرکت در دوره‌های آموزشی روان‌شناسی، عدم تابعیت ایرانی و عدم تأهل می‌شد. لازم به ذکر است که کلیه شرکت‌کنندگان در مرحله قبل از درمان IVF قرار داشتند و طبق نظر پزشک متخصص زنان، شروع اقدامات درمانی به فاصله ۴۵ روز الی ۲ ماه پس از اوّلین ملاقات آغاز می‌شد. ملاحظات اخلاقی موردنظر در پژوهش، اعم از رعایت رازداری برای تک‌تک شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار تام برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی در مورد پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. در عین‌حال گروه کنترل (گواه) در راستای معیارهای اخلاقی توصیه‌شده در پژوهش‌های علمی، در پایان دوره اجرای پژوهش، به‌صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از درمان‌های توانمندسازی روان‌شناختی و یا رفتاردرمانی دیالکتیک قرار گرفتند. شیوه اجرای پژوهش به این‌صورت بود که پس از انتخاب و گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان (روش تصادفی ساده) به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گروه درمان توانمندسازی روان‌شناختی (۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و رفتاردرمانی دیالکتیک (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) توسط روان‌شناس و درمانگر دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی و با یک دهه تجربه آموزش و درمان در حوزه درمان‌های شناختی و رفتاری در محل آموزشگاه خصوصی پارسامهر اصفهان، به‌صورت دو جلسه در هر هفته، تحت درمان قرار گرفتند. در هنگام شروع درمان به‌عنوان پیش‌آزمون و پس از اعمال مداخلات، به‌عنوان پس‌آزمون و پس از مدت ۴۵ روز (به این دلیل که شرکت‌کنندگان در مرحله قبل از درمان IVF قرار داشتند و پس از شروع درمان IVF و نیز مدت تقریبی ۴۵ روز الی دو ماه بعد طبق نظر پزشک معالج در مرحله استراحت در منزل قرار می‌گرفتند و دسترسی به آنان امکان‌پذیر نبود)، یک‌بار دیگر به‌عنوان پیگیری، میزان استرس زنان نابارور سه گروه مورد سنجش قرار گرفت. در این مطالعه کورسازی به‌صورت یک‌سویه انجام شد، بدین‌صورت که ارزیاب آماری از نوع و چگونگی مداخلات در گروه‌های آزمایش و کنترل بدون اطلاع بود. بسته توانمندسازی شناختی در این پژوهش طی یک فرآیند پیچیده و طولانی چند ماهه از طریق تحلیل موضوعی و محتوایی متون شناختی متناسب با تحلیل شبکه مضامین Attride Stirling [۱۸] برای اوّلین‌بار تهیه و تدوین شد. برای این کار ابتدا متون علمی گردآوری‌شده مرتبط با موضوع، کدگذاری گردید؛ سپس به تهیه شبکه مضامین به‌صورت مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر پرداخته شد و در پایان تکنیک‌های درمانی متناسب با مضامین فراگیر از متون علمی معتبر استخراج شد و به بسته درمانی اضافه گردید. در ادامه به منظور تعیین اعتبار محتوایی، بسته تدوین‌شده برای پنج داور متخصص روان‌شناس در حوزه درمان‌های روان‌شناختی ارسال گردید و پس از اعمال نظرات اصلاحی داوران، بسته مجدداً در اختیار آنان قرار گرفت و ضریب توافق ارزیابان با روش کاپا ۰/۹۷ محاسبه شد. در مرحله بعدی، این بسته درمانی نوین، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) از نظر تناسب و امکان اجرا همراه با اثربخشی مقدماتی بر زنان نابارور در مرحله قبل از درمان (IVF) بررسی و برای اجرای نهایی تأیید شد [۱۹]. بسته رفتاردرمانی دیالکتیک توسط Linehan (۲۰۰۸) طراحی شده [۲۰] و در پژوهش شاملو، مدرس غروی و اصغری‌پور [۲۱] مورد استفاده قرار گرفته است. شرح مختصر جلسات توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک به ترتیب در جدول‌های شماره ۱ و ۲ ارائه شده است. برای سنجش متغیر وابسته پژوهش از پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن (EPI) به شرح زیر استفاده گردید.

پرسشنامه استرس ناباروری (EPI)

این پرسشنامه یک ابزار ۴۶ سؤالی چندبعدی است که توسط Newton (۱۹۹۹) تنظیم شده است و به بررسی سنجش استرس ادراک‌شده افراد نابارور در ۵ بعد نگرانی‌های اجتماعی حاوی ۱۰ سؤال، نگرانی‌های جنسی حاوی ۸ سؤال، نگرانی‌های ارتباطی حاوی ۱۰ سؤال، عدم پذیرش سبک زندگی بدون فرزند حاوی ۸ سؤال و نیاز به والد شدن حاوی ۱۰ سؤال می‌پردازد. نمره استرس کل از جمع نمره‌های ۵ بعد به‌دست می‌آید. این ابزار براساس مقیاس لیکرت از درجه کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمرات آزمون ۴۶ و حداکثر آن ۲۷۶ بود. افزایش نمره این آزمون نشان‌دهنده افزایش استرس اختصاصی ناباروری در افراد نابارور بود. در مطالعه نیوتن و همکاران، همبستگی درونی استرس ادراک‌شده در بعد اجتماعی ۸۷ درصد، در بعد جنسی ۷۷ درصد، در بعد ارتباطی ۸۲ درصد، در بعد عدم پذیرش سبک زندگی بدون فرزند ۸۰ درصد، در بعد نیاز به والد بودن ۸۴ درصد و در بعد استرس کلی ۹۳ درصد بود [۲۲]. پرسشنامه استرس ناباروری نیوتن در ایران توسط علیزاده و همکاران (۱۳۸۴)، برای به‌دست آوردن پایایی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از افراد نابارور به‌کار گرفته شد که ضریب آلفای کرونباخ آن‌ها به‌ترتیب برای استرس در ابعاد اجتماعی ۷۸ درصد، جنسی ۷۷ درصد، ارتباطی ۷۸ درصد، سبک زندگی بدون فرزند ۷۵ درصد، نیاز به والد بودن ۸۴ درصد و در بعد استرس کلی، ۹۳ درصد بود [۲۳]. همچنین آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۲ محاسبه گردید.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول شماره ۱- شرح مختصر جلسات درمان توانمندسازی روان‌شناختی

جلسات درمانی	شرح مختصر جلسات
جلسه اوّل	آشنایی گروهی، معرفی بنیان‌های توانمندسازی روان‌شناختی و کاربرد آن در زندگی فردی و جمعی، آموزش تعیین توانمندی‌های خاص
جلسه دوم	آموزش و اجرای تکنیک شاد بودن مبتنی بر احساس سرزندگی و شور و نشاط، آموزش آشنایی با افکار منفی و راه‌های تعدیل آن و در نهایت خوش‌بین بودن
جلسه سوم	ترغیب افراد برای به چالش کشیدن مسائل (نگرانی از طرد شدن، نقص در خودارزیابی، خلق پایین) در حین تقویت معنا و شادمانی از طریق صحبت کردن، آموزش و آشنایی با تفکر مثبت و تأثیر آن بر سلامتی جسم و روان و ترغیب به انجام آن‌ها
جلسه چهارم	درمان مشکلات شناختی مرتبط با ناباروری، آشنایی با نمونه‌ای از تفکرات منفی و تحریفات شناختی، تکنیک جایگزین کردن افکار منطقی و کارآمد به‌جای افکار منفی، تحلیل خودگویی‌ها و بازسازی شناختی همراه با تمرین
جلسه پنجم	آموزش مراقبه شمارش دفعات تنفس، آموزش ایجاد ارتباط بین افکار و احساسات و اجرای تکنیک استمرار در تمرین افکار مثبت، آموزش و اجرای تکنیک افزایش خودآگاهی و بررسی و نقد خود و بیان نقاط قوت و ضعف از دیدگاه خود و دیگران
جلسه ششم	تکنیک تنفس دیافراگمی، تکنیک مراقبه، تکنیک مدیریت خشم، آگاهی از پویایی قدرت در موقعیت، تمرین ارزیابی و ابراز خشم و استفاده از گزینه‌های جایگزین به‌جای سرکوب خشم یا احساس انفجار
جلسه هفتم	درمان استرس‌های مرتبط با ناباروری تکنیک مدیریت استرس، تکنیک مقابله با استرس از طریق آشنایی با مهارت‌های مقابله کارآمد (مسأله‌مدار و هیجان‌مدار) و مقابله ناکارآمد
جلسه هشتم	تکنیک حل مسأله، تکنیک آگاهی از نشانه‌های خشم (نشانه‌های جسمی، آگاهی از الگوی پاسخ و پویایی قدرت در موقعیت)، آموزش مدیریت خشم، تکنیک ابراز خشم و گزینه‌های جایگزین به‌جای سرکوب خشم یا احساس انفجار
جلسه نهم	تکنیک آموزشی ابرازگری از طریق آگاهی با چهار سبک بین‌فردی اساسی، تمرین پاسخ‌های ابرازگرانه، موانع رفتار ابرازگرانه توسعه خیال‌پردازی‌های جنسی و برقراری ارتباط کلامی و غیرکلامی مؤثر، مهار تشویش و نگرانی، تقویت اعتماد به نفس و خودباوری جنسی
جلسه دهم	درمان مشکلات اجتماعی مرتبط با ناباروری، آشنایی با حمایت اجتماعی (منابع شخصی و مادی) و انواع آن، آگاهی از فواید حمایت اجتماعی (تمرین نمونه‌ای از موانع بالقوه حمایت اجتماعی)، آموزش گذشت و بخشش اشتباهات دیگران
جلسه یازدهم	آگاهی از تنش جسمانی، تمرین بررسی ذهنی، بدنی، تمرین تصویرسازی افکار و هیجانات و حس‌های بدن، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای هشت گروه ماهیچه‌ای، تکنیک نرم کردن در برابر درد

جدول شماره ۲- خلاصه جلسات آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک DBT (موشاین، ۲۰۰۸)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اوّل	آشنایی با افراد گروه، ارائه جملات مثبت، ارائه مطالبی با مضمون چرا باید این مهارت را بیاموزیم، شناخت هیجان‌ها و پذیرش و کنترل آن‌ها، دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند؟ الگوسازی از تمرین‌های ذهن‌آگاهی و منطق استفاده از آن در زنان نابارور و تمرین، ارائه تکلیف خانگی و خلاصه‌ای از جلسه.
جلسه دوم	ارائه جملات مثبت، معرفی رویکرد خودمراقبتی، ادامه مهارت ذهن‌آگاهی، معرفی سطوح ذهن، تمرین خودآگاهی و تنفس شکمی، تمرین، بازخورد
جلسه سوم	تأکید بر مهارت ذهن‌آگاهی، تمرین تحمل پریشانی و منطق استفاده از آن، بازخورد و ارائه تکلیف خانگی و تمرین.
جلسه چهارم	ادامه آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، ادامه توجه به سطوح ذهن و تلاش برای کاهش آسیب‌پذیری، تمرین، بازخورد
جلسه پنجم	آرامش‌بخشی و ارائه شفاهی و الگوسازی از مهارت‌های تنظیم هیجان و منطق استفاده از آن برای زنان نابارور، تمرین، بازخورد
جلسه ششم	تأکید بر به‌کارگیری مهارت ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی در جلسات و زندگی روزمره، ادامه آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تمرین، بازخورد.
جلسه هفتم	آرامش‌بخشی، ارائه شفاهی و الگوسازی از مهارت‌های بین‌فردی مؤثر و منطق استفاده از آن برای زنان نابارور، اهمیت تأثیرگذاری در روابط بین‌فردی و گرفتن حمایت بیشتر در زندگی، تمرین، بازخورد.
جلسه هشتم	ادامه آموزش مهارت‌های بین‌فردی مؤثر و تمرین آن‌ها در جلسه، تمرین، بازخورد و خلاصه‌ای از جلسات و معرفی منابع برای ادامه درمان، اعلام زمان ارزیابی درمان‌جویان.

پس از گردآوری داده‌ها، این اطلاعات وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ گردید و از آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (شامل تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی) جهت بررسی و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

ابتدا متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. این تحلیل در راستای اطمینان از عدم تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای جمعیت‌شناختی انجام گرفت. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P>۰/۰۵$).

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول شماره ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی درمان توانمندسازی روان‌شناختی، رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه کنترل

متغیر	گروه توانمندسازی روان‌شناختی		گروه رفتاردرمانی دیالکتیک		گروه کنترل	
سن	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
	۳۹/۶	۳/۲۶	۳۹/۸	۲/۷۷	۴۰	۱/۹۰
	F=۰/۱۱۲ ،P=۰/۸۹					
	فراوانی (درصد فراوانی)		فراوانی (درصد فراوانی)		فراوانی (درصد فراوانی)	
تحصیلات						
دیپلم	۱ (۶/۷)		۲ (۱۳/۳)		۲ (۱۳/۳)	
کاردانی	۲ (۱۳/۳)		۲ (۱۳/۳)		۲ (۱۳/۳)	
کارشناسی	۹ (۶۰)		۹ (۶۰)		۶ (۴۰)	
کارشناسی ارشد	۲ (۱۳/۳)		۲ (۱۳/۳)		۴(۲۶/۷)	
دکترا	۱(۶/۷)		۰		۱(۶/۷)	
	χ^2=۳/۱ ،P=۰/۹۲					
شغل						
خانه‌دار	۸ (۵۳/۳)		۸ (۵۳/۳)		۱۰ (۶۶/۷)	
کارمند	۲ (۱۳/۳)		۵(۳۳/۳)		۳ (۲۰)	
شغل آزاد	۵(۳۳/۳)		۲ (۱۳/۳)		۲ (۱۳/۳)	
	χ^2=۳/۷ ،P=۰/۴۴					
ابتلا به بیماری						
عدم ابتلا	۱۳ (۸۶/۷)		۱۲ (۸۰)		۱۳ (۸۶/۷)	
بیماری جسمی	۱(۶/۷)		۲ (۱۳/۳)		۱(۶/۷)	
بیماری روان‌شناختی	۱(۶/۷)		۱(۶/۷)		۱(۶/۷)	
	χ^2=۰/۵۵ ،P=۰/۹۶					

در جدول شماره ۴ آماره‌های توصیفی متغیر استرس ناباروری همراه با آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن داده‌ها بین گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پژوهش ارائه شده است.

جدول شماره ۴- آماره‌های توصیفی به تفکیک سه گروه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (تعداد ۴۵ نفر)

متغیر	مرحله	توانمندسازی روان‌شناختی		رفتاردرمانی دیالکتیک		کنترل	
		شاپیروویلک		شاپیروویلک		شاپیروویلک	
استرس ناباروری	پیش‌آزمون	۱۷۲/۶۶ ±۲/۸۱	۰/۲۹	۱۷۲/۰۶ ±۳/۲۹	۰/۷۳	۱۷۳/۶۳ ±۲/۴۵	۰/۷۵
	پس‌آزمون	۹۵/۰۶±۳/۴۱	۰/۲۶	۱۵۸/۷۳ ±۳/۷۷	۰/۹۶	۱۶۷/۶۰ ±۲/۱۳	۰/۱۵
	پیگیری	۱۰۳/۳۳ ±۳/۱۶	۰/۶۷	۱۶۱/۰۳ ±۳/۹۵	۰/۹۳	۱۷۱/۴۶ ±۲/۷۴	۰/۱۱

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات استرس ناباروری گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش بارزی نداشته است. اما میانگین نمرات استرس ناباروری گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایشی توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک کاهش بارز داشته است و این تفاوت میانگین در گروه آزمایشی توانمندسازی روان‌شناختی بیشتر می‌باشد. نتایج آزمون شاپیروویلک نشان داد که فرض توزیع نرمال نمرات استرس ناباروری در هر سه مرحله غیرمعنی‌دار است. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار است. با انجام آزمون لوین،

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

فرض صفر در مورد تساوی واریانس‌های سه گروه در متغیر استرس ناباروری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب با سطح معنی‌داری ۰/۶۵، ۰/۱۷ و ۰/۱۱ تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون باکس نشان داد که پیش‌فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس سه گروه در متغیر وابسته پژوهش با سطح معنی‌داری ۰/۰۷ تأیید می‌شود. نتایج آزمون کرویت ماچلی در بررسی یکسانی تفاوت واریانس درون آزمودنی‌ها نشان داد که با توجه به سطح معنی‌داری ($P<۰/۰۵$) فرض کرویت ماچلی برای متغیر وابسته پژوهش رد می‌شود؛ در نتیجه از آزمون تحلیل واریانس تعدیل‌یافته با استفاده از Greenhouse Giesser Epsilon، برای بررسی سؤالات پژوهش استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرارشده درون‌گروهی و بین‌گروهی استرس ناباروری در سه مرحله آزمایش در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول شماره ۵- نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی‌ها و بین آزمودنی

	نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
درون آزمودنی	آزمون	۲۹۳۵۱/۵۲	۱/۳۴۲	۲۱۸۷۰/۷۲	۳۱۸/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴	۱/۰۰۰
	تعامل آزمون با گروه	۲۸۹۱۱/۴۰	۲/۶۸۴	۱۰۷۷۱/۳۸	۱۵۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲	۱/۰۰۰
	خطا	۳۸۶۵/۰۶	۵۶/۳۶۶	۶۸/۵۷۱				
بین آزمودنی	گروه	۵۶۸۲۳/۷۴	۲	۲۸۴۱۱/۸۷	۵۵۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۴	۰/۹۸۴
	خطا	۲۱۵۱/۰۶	۴۲	۵۱/۲۱				

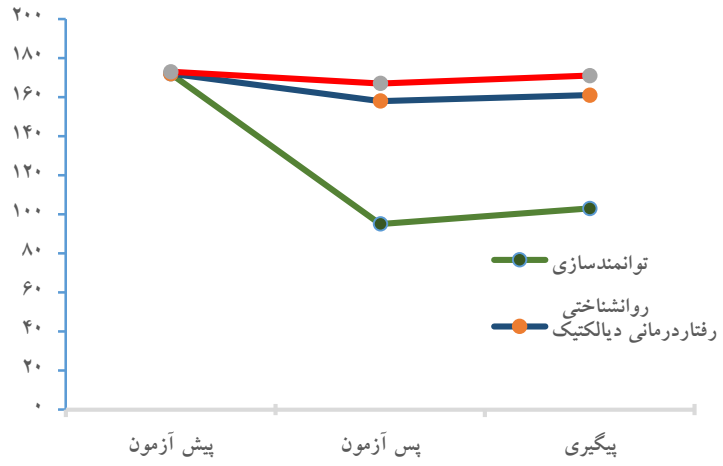
نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که اثرات درون آزمودنی تعامل زمان و گروه و همچنین اثرات بین آزمودنی برای متغیر استرس ناباروری معنی‌دار است ($P<۰/۰۱$). همچنین در بخش اثرات بین گروهی نشان داده شد که عامل گروه نیز معنی‌دار است. این یعنی حداقل در یکی از دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین سه گروه پژوهش در زمینه استرس ناباروری تفاوت وجود دارد ($P<۰/۰۱$). برای تشخیص تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه میانگین‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ نشان داده شده است.

جدول شماره ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دوی گروه‌های پژوهش

گروه اوّل	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای استاندارد تفاوت	معنی‌داری
گروه توانمندسازی روان‌شناختی	گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	-۴۱/۶۲	۱/۵۰۸	۰/۰۰۱
گروه توانمندسازی روان‌شناختی	گروه کنترل	-۴۵/۲۰۰	۱/۵۰۸	۰/۰۰۱
گروه رفتاردرمانی دیالکتیک	گروه کنترل	-۳/۵۷۷	۱/۵۰۸	۰/۰۶۷

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، بین گروه درمان توانمندسازی روان‌شناختی با گروه کنترل در متغیر استرس ناباروری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۱$)؛ همچنین بین دو درمان هم با یکدیگر تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۱$). ولی بین رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) و گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P>۰/۰۵$). نمودار زیر روند تغییرات نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و کنترل را در متغیر استرس ناباروری نشان می‌دهد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]



شکل شماره ۱- مقایسه میانگین نمرات استرس ناباروری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

بحث

هدف از اجرای این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر استرس ناباروری زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF بود. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که درمان توانمندسازی روان‌شناختی باعث کاهش استرس ناباروری در زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF می‌شود، ولی بین رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری به‌دست نیامد. در حالی‌که بین دو درمان توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد. در مورد تأثیر درمان توانمندسازی روان‌شناختی بر استرس ناباروی زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF سوابق پژوهشی یافت نشد. اما پژوهش‌هایی با موضوع آموزش راهبردهای کنار آمدن و مشاوره برای توانمندسازی روان‌شناختی در جوامع آماری مختلف انجام شده است که در این مبحث به آن‌ها اشاره خواهد شد. نتایج تأثیر درمان توانمندسازی روان‌شناختی با یافته‌های مطالعاتی نظیر مطالعه تائبی و همکاران در خصوص این‌که راهبردهای توانمندسازی شناختی زنان نابارور نقش مؤثری در بهزیستی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی آنان دارد [۷] و مطالعه Esmeralda و همکاران که بیانگر تأثیر آموزش توانمندسازی فردی بر کاهش علائم افسردگی و استرس زنان آسیب‌دیده می‌باشد [۸] و همچنین مطالعه Cougot و همکاران درباره تأثیر معنی‌دار توانمندسازی روان‌شناختی بر افزایش کیفیت زندگی کادر پزشکی [۹] همسو می‌باشد. اثربخشی درمان توانمندسازی روان‌شناختی بر کاهش استرس ناباروری، در پژوهش حاضر این‌گونه قابل تبیین است که استرس، اضطراب ناشی از رویدادها و مسؤولیت‌هایی است که فراتر از توانایی فرد می‌باشند [۲۴]. بدین‌صورت که وقتی شرایط و مقتضیات محیطی، خارج از توانایی‌های فرد برای کنترل و مدیریت مشکلات و چالش‌های زندگی باشد، استرس ایجاد می‌گردد. در توانمندسازی از طریق آموزش شناسایی افکار منفی و باورهای غیرمنطقی که موجب احساس ضعف و ناتوانی در مواجهه با مشکل ناباروری و مسائل متعاقب آن در درمان‌جو می‌شوند و نیز با آموزش روش‌های جایگزین کردن افکار مثبت و باورهای منطقی، به افراد کمک می‌شود تا اعتماد به نفس خود را بهبود بخشند و بر احساس ناتوانی خود چیره شوند که پیامد آن کاهش استرس در درمان‌جو می‌باشد [۲۵]. در جلسات آموزشی توانمندسازی روان‌شناختی، مهارت‌های حل مسأله به درمان‌جو آموزش داده می‌شود. با این روش درمان‌جو می‌آموزد تا در رویارویی با مشکلات و مسائل به‌ظاهر لاینحل زندگی به کمک انتخاب و به‌کارگیری راهبرد متناسب با مقتضیات و شرایط، در صدد حل مشکل برآید و همین امر موجب تقویت احساس توانایی و خودکارآمدی در وی می‌شود و در نهایت احساس در کنترل بودن شرایط و خودکارآمدی، موجب کاهش استرس در درمان‌جو خواهد شد. از طرفی افزایش خودکارآمدی یکی از روش‌های توانمندسازی زنان برای وقوف به توانایی‌های خویش در استفاده از مهارت‌های روان‌شناختی جهت کنترل هیجانات (اضطراب، استرس و...) مرتبط با ناباروری می‌باشد [۲۶]. همچنین معرفی انواع حمایت‌های اجتماعی و روش‌های برخورداری از حمایت‌های مؤثر (همسر، خانواده، شبکه دوستان، اقوام و نزدیکان) موجب فراهم آمدن محیط امنی برای این افراد می‌شود تا با برقراری ارتباط صحیح، با چالش‌ها و مشکلات زندگی خود، به نحو مطلوب مقابله نمایند و متعاقب آن از استرس و نشانه‌های آن رهایی یابند. در این بسته درمانی ضمن آموزش تکنیک مدیریت استرس و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

روش‌های آن برای افراد توضیح داده می‌شود که با به‌کارگیری توانایی‌ها و شایستگی‌های فردی و با توجه به شرایط شخصی و محیطی خود، روش‌های مناسب برای مدیریت استرس را انتخاب و اجرا نمایند. همچنین با آموزش تکنیک مقابله کارآمد با استرس که شامل مقابله هیجان‌مدار و مسأله‌مدار می‌باشد، به کاهش استرس درمان‌جو کمک می‌شود. دیگر تکنیک‌های مؤثر این درمان برای کاهش استرس درمان‌جو، شامل تنفس دیافراگمی و مراقبه می‌باشد. این تکنیک‌ها با تنظیم فعالیت غدد درون‌ریز و سیستم قلبی - عروقی و تأثیر بر سیستم عصبی موجب برطرف شدن علائم فیزیولوژیک استرس (افزایش فشارخون، تپش قلب، تنگی نفس و...) می‌شوند و نیز با کاهش دادن فعالیت سیستم سمپاتیک، موجب کاهش علائم استرس و ایجاد احساس آرامش در درمان‌جو می‌شوند. در خصوص تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT)، سوابق پژوهشی بر متغیر استرس زنان نابارور یافت نشد؛ ولی در مورد تأثیر آن بر سایر متغیرهای روان‌شناختی زنان نابارور مطالعاتی مشاهده شد. نتایج بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) با نتایج مطالعه شیخ سجادیه و همکاران که نشان‌دهنده تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر کاهش اضطراب زنان نابارور می‌باشد [۱۲]، Jen Lin و همکاران که به بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) و نقش مؤثر آن بر کاهش افسردگی و تلاش برای خودکشی در افراد دارای شخصیت مرزی پرداخته‌اند [۱۳]، حقیقت و همکاران در خصوص تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) و اثربخشی آن بر کاهش استرس در بیماران با سندروم روده تحریک‌پذیر [۱۴] و Brlier و همکاران که بیانگر تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT) بر کاهش علائم افسردگی در مادران دارای کودک عقب‌مانده ذهنی بود [۱۵]، ناهمسو می‌باشد. عدم اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش استرس زنان نابارور این‌گونه قابل تبیین است که برخلاف درمان توانمندسازی روان‌شناختی که بر شناسایی، تقویت نقاط قوت فردی، ایجاد انگیزش و مبارزه با چالش‌های زندگی تأکید می‌کند، این درمان بر ذهن‌آگاهی و آموزش سطوح ذهنی که مفاهیمی انتزاعی هستند، تمرکز می‌کند و گرچه این درمان باعث کاهش نسبی نمرات استرس ناباروری در درمان‌جویان گردید، ولی این کاهش در سطح معنی‌دار آماری نبود. تبیین احتمالی دیگر تعداد جلسات کمتر رفتاردرمانی دیالکتیک نسبت به درمان توانمندسازی روان‌شناختی می‌باشد. با افزایش تعداد جلسات درمانی، درمان‌جویان از آموزش و تکنیک‌های روان‌شناختی بیشتری بهره‌مند خواهند شد که همین امر بر نتایج درمان تأثیر بسزایی خواهد داشت. احتمال دیگر این‌که ممکن است زنان نابارور تحت درمان با رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT)، تمرین‌های ارائه‌شده توسط درمانگر را به اندازه کافی انجام نداده و یا به‌طور جدی درگیر تمرینات نشده باشند. این امر نیز می‌تواند اثرات درمان را تضعیف نماید. در پایان لازم است که به محدودیت‌های پژوهش نیز توجه شود. محدودیت اوّل به نمونه پژوهش مربوط می‌شود که زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF بودند، بنابراین در این خصوص تعمیم نتایج به کلیه زنان نابارور امکان‌پذیر نمی‌باشد و به تکرار پژوهش تا حصول نتایج نهایی در این گروه نیاز می‌باشد. محدودیت دوم استفاده از پرسشنامه در قالب خودپاسخگویی بود. این روش ممکن است در فرآیند سنجش، اطلاعات سطحی و آمیخته با مطلوب‌نمایی اجتماعی را ارائه دهد. با توجه به موارد مذکور پیشنهاد می‌شود، اثربخشی درمان توانمندسازی روان‌شناختی و رفتاردرمانی دیالکتیک بر روی زنان ناباروری نیز که در مرحله قبل از درمان IVF نیستند، انجام شود و انجام مصاحبه هم برای دستیابی به اطلاعات عمیق‌تر در کنار پرسشنامه خودپاسخگویی، در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده، به‌نظر می‌رسد که درمان توانمندسازی روان‌شناختی علی‌رغم محدودیت‌های ذکرشده بتواند گام مفید و مؤثری جهت کاهش استرس ناباروری زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF بردارد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمان ناباروری، دوره‌های درمان و آموزش مبتنی بر رویکرد توانمندسازی روان‌شناختی به‌صورت هر سه ماه یک‌بار (با توجه به طول دوره این درمان که یازده جلسه است)، برنامه‌ریزی شود و از طریق درمان‌گران مجرب برای زنان نابارور در مرحله قبل از درمان IVF به اجرا درآید تا از این طریق بتوانند استرس ناباروری زنان نابارور را در مرحله قبل از درمان IVF کاهش دهند و به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری آزاده بهرامی با راهنمایی آقای دکتر غلامرضا منشئی در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه زنان ناباروری که با همکاری خود زمینه و امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]

References:

[1] Aleixandre-Benavent R, Simon C, Fauser BC. Trends in clinical reproductive medicine research: 10 years of growth. ***Int J Fertil Steril*** 2015; 104(1): 131-7.

[2] Malina A, Pooley JA. Psychological consequences of IVF fertilization – Review of research. ***Ann Agric Environ Med J*** 2017; 24(4): 554–8.

[3] Rich CW, Domar AD. Addressing the emotional barriers to access to reproductive care. ***Int J Fertil Steril*** 2016; 105(5): 1124-7.

[4] Covington SN, Hammer Burns L. Infertility counseling.2nded. NewYork: Cambridge University Press; 2007: P. 493-506.

[5] Obeisat S, Muntaha K, Gharaibeh A, Huda Gh. Adversities of being infertile: the experience of Jordanian women. ***Feritility Sterility J*** 2012; 98: 444-9.

[6] Whetten DA, Cameron KS. Developing management skills. Pearson Education; 2000. P. 156.

[7] Taebi M, Simbar M, Abdolahian S. Psychological empowerment strategies in infertile women: A systematic review. ***J Edu Health Promot*** 2018; 7: 68.

[8] Esmeralda RG, Jane K, Stoever PW, Ilona SY. Empowerment, Stress, and Depressive Symptoms Among Female Survivors of Intimate Partner Violence Attending Personal Empowerment Programs. ***J Interpersonal Violence*** 2019; 19(4): 1–23.

[9] Cougot B, Gauvin J, Gillet N, Bach-Ngohou K, Lesot J, Getz I, et al. Impact at two years of an intervention on empowerment among medical care teams: study protocol of a randomized controlled trial in a large French university hospital, ***BMC Health Services Res*** 2019; 927(19): 1-13.

[10] Burckhardt R, Manicavasagar V, Shaw F, Fogarty A, Batterham PJ, Dobinson K, et al. Preventing mental health symptoms in adolescents using dialectical behaviour therapy skills group: A feasibility study. ***Int J Adolescence Youth*** 2018; 23(1): 70-85.

[11] Bornovalva MA, Daughters SB. How does Dialectical Behavior therapy facilitate the treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? ***Clin Psychol Rev*** 2007; 27: 923-43.

[12] Sheikhsajadieh M. Atashpour H. Effectiveness of dialectical behavioral group therapy on psychological distress in infertile women Isfahan. ***Nowledge Res Appl Psycho J*** 2017; 18(1): 23-9. [in Persian]

[13] Jen Lin T, Chen Ko H, Wei Wu JY, Po Oei T, Yuan Lane H, et al. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group vs. Cognitive Therapy Group on Reducing Depression and Suicide Attempts for Borderline Personality Disorder in Taiwan. ***J Homepage*** 2019; 23(1): 125-38.

[14] Haghayegh SA, Neshatdoost H, Adibi P, Shafii F. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Stress, Resilience and Coping Strategies in Irritable Bowel Syndrome Patient ***Zahedan J Research in Med Sci*** 2017; 1(4): 221-36. [in Persian]

[15] Brlier S, Ansari M, Mohammade SH. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Risky Behaviors, Depression, Anxiety and Stress in patient with AIDS. ***Health Res J*** 2018; 3(3): 46-57. [in Persian]

[16] Khani H, Belir S, Zamani S, Zamani N. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Depression. ***J Mazandaran Univ Med Sci*** 2015; 25(126): 200-5. [in Persian]

[17] Smith PL, Little DR. Small is beautiful: In defense of the small-N design. ***Psycho Bull Rev*** 2018; 25: 101-283.

[18] Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. Qualitative Research, SAGE Publications, London; 2001. P. 385-405.

[19] Bahrami Kerchi A. Manshaee GH, Keshti Aray N. Formulation of a psychological empowerment package for infertile women in pretreatment stage (IVF) and comparison of its effect with dialectical behavior treatment on depression anxiety, infertility stress sexual satisfaction and hope. [Dissertation]. Isfahan. Iran: Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch; 2020. [in Persian]

[20] Linehan MM, Dexter-Mzze E. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Clinical handbook of psychological disorders. New York: Elisevier; 2008. P. 154.

[21] Shamloo N, Modarres Gharavi M, Asgharipour N. The effectiveness of dialectical behavior therapy based on emotion regulation training on depression symptoms. ***J Fundamentals Mental Health*** 2014; 16(3): 71-261.

[22] Newton CR, Sherrard MA, Glavac I. The fertility problem inven-tory: measuring perceived infertility-related stress. ***Fertil Steril J*** 1999; 72: 54–62.

[23] Alizadeh T, Farahani M, Shahr aray M, Alizadegan S. The relationship between self-esteem and locus of control with stress in infertile women and men. ***J Reproductive Infertility*** 2006; 6(2): 204-194.

[24] Seaward, BL. Managing stress: Principle and strategies for health and wellbeing. London: Jones and Bartlett Publisher; 2017. P. 325.

[25] Jose G, Mampilly SR. Psychological Empowerment as a Predictor of Employee Engagement: An Empirical Attestation. ***Global Business Rev J*** 2014; 15(1): 93-104.

[26] Jamshidimanesh M, Alimanesh N, Behbodi Moghaddam Z, Haghani H. Effect of an Educational package on self-efficacy of infertile women. ***J Iran Institute Health Sci Res*** 2015; 2(14): 227-37. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-19]