

February-March 2021, Volume 15, Issue 6

Effect of Group Training on Cognitive-Behavioral Therapy on Identity Crisis and Pregnancy of Pregnant Women Applying for IVF

Shokhmgar Z¹, Rajaei A.R^{2*}, Bayazi M.H³, Teimory S⁴

1- PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Torbat-e-Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran .

2- Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e- Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e- Jam, Iran (**Corresponding Author**)

Email:rajaei.46@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat-e- Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e- Jam, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e- Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e- Jam, Iran.

Received: 15 April 2020

Accepted: 21 Oct 2020

Abstract

Introduction: The problem of infertility as a stressful event is associated with many psychological problems. The purpose of this study was to determine the effect of Group Training on Cognitive-Behavioral Therapy on identity crisis and pregnancy probability of infertile women seeking IVF.

Methods: A quasi-experimental research with pre-test, post-test with control group was the statistical population of all infertile women applying for IVF in Qain in 1398 among whom women with weak identity were selected by purposeful sampling. Randomized alternatives were divided into two groups of 17 as experimental and control groups. Group cognitive behavioral therapy was administered to the experimental group in 10 90-minute sessions. Information about the research variables was obtained by Identity Crisis Questionnaire in two stages of pre-test and post-test from experimental and control group. The data were analyzed using mean and standard deviation tests, covariance analysis.

Results: The results showed that the mean of identity crisis decreased after the experimental group (96/59) compared to the pre-test (138) but the difference between the mean pre-test (144/35) and the post-test (138/8) was significantly different. There is no evidence of the effect of group cognitive-behavioral therapy training on identity crisis in infertile women seeking IVF. Also, the difference between the two groups was in the goallessness ($f = 11/11$), absurdity ($f = 18/97$), hopelessness ($f = 56/14$), lack of confidence ($f / 68/22$), and worthless ($f (20.9\%)$), life dissatisfaction (55.3%), anxiety (21.7%), sadness (10.7%), aggression (15.5%), and anger (15.9%). 63) significant at $p < 0.05$ level. Therefore, it can be concluded that there is a significant difference between the scores of identity crisis and its components in the experimental and control groups. The results also show that since $p < 0.05$ there is a significant difference between the probability of pregnancy of infertile women applying for IVF in the experimental and control groups.

Conclusions: We conclude that cognitive-behavioral therapy affects identity crisis and its components in infertile women seeking IVF. Cognitive-behavioral therapy, by modifying negative beliefs and replacing them with positive and rational thoughts, leads to reduction of identity and component crisis. Its effects on infertile women apply for IVF. Also, group cognitive-behavioral therapy training has a significant effect on the probability of pregnancy of infertile women applying for IVF.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy - Identity Crisis - Possibility of Pregnancy - Infertility.

تأثیر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر بحران هویت و احتمال بارداری زنان نابارور

متقاضی IVF

زهرا شخمگر^۱، علیرضا رجائی^{۲*}، محمدحسین بیاضی^۳، سعید تیموری^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (نویسنده مسئول).

ایمیل: rajaei.46@yahoo.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱/۲۷

چکیده

مقدمه: مشکل ناباروری به عنوان حادثه ای استرس زا با مشکلات روانشناختی متعددی همراه است. هدف پژوهش تعیین تاثیر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر بحران هویت و احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF بود. **روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری کلیه زنان نابارور متقاضی IVF شهر قاین را در سال ۱۳۹۸ تشکیل می دهند که از بین آنها زنانی که احساس هویت ضعیف دارند با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و با جایگزین تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری به عنوان گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. درمان شناختی رفتاری گروهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای به گروه آزمایش ارائه شد. اطلاعات درباره متغیرهای پژوهش به کمک پرسشنامه بحران هویت در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از گروه آزمایش و کنترل کسب شد. داده ها با استفاده از نرم افزار اسپاس پی اس نسخه ۱۹ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان می دهد میانگین بحران هویت در پس آزمون گروه آزمایش (۹۶/۵۹) نسبت به پیش آزمون (۱۳۸) آنها کاهش داشته است ولی بین میانگین پیش آزمون (۱۴۴/۳۵) و پس آزمون (۱۳۸/۸) گروه کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد که نشان از تاثیر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر بحران هویت در زنان نابارور متقاضی IVF دارد. همچنین تفاوت بین دو گروه در متغیر بی هدفی ($f=11/01$)، پوچی ($f=18/97$)، ناامیدی ($f=14/56$)، عدم اعتماد به نفس ($f=22/68$)، بی ارزشی ($f=9/20$)، نارضایتی از زندگی ($f=12/55$)، اضطراب ($f=7/21$)، غمگینی ($f=7/10$)، پرخاشگری ($f=13/15$) و عصبانیت ($f=9/63$) در سطح ($p<0/05$) معنی دار است. پس می توان نتیجه گرفت که بین نمرات بحران هویت و مولفه های آن در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان می دهد چون ($p<0/05$) است در نتیجه بین احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری: نتیجه می گیریم که درمان شناختی رفتاری بر بحران هویت و مولفه های آن در زنان نابارور متقاضی IVF تاثیر دارد. درمان شناختی رفتاری، با اصلاح باورهای منفی و جایگزینی آن ها با افکار مثبت و منطقی، منجر به کاهش بحران هویت و مولفه های آن در زنان نابارور متقاضی IVF می شود. همچنین آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF تاثیر معنی دار دارد.

کلید واژه ها: درمان شناختی رفتاری، بحران هویت، احتمال بارداری، ناباروری.

زندگی (۱۷)، کناره گیری از اجتماع (۱۸)، اضطراب و افسردگی (۱۹) و افسردگی ویژه در زنان (۲۰) است.

در حوزه جامعه شناسی ریشه بحران هویت را در جامعه و ساختارهای فرهنگی و در حوزه روان شناسی ریشه آن را در امور فردی و روانی فرد جستجو می کنند (۲۱). انتخاب واژه بحران همان وضعیت مرزی بین سردرگمی و کسب هویت، یکپارچگی و یا اغتشاش است (۲۲). بحران هویت ممکن است در هر مرحله ای از زندگی انسان رخ دهد؛ در شرایط اضطراب انگیز و دشوار که هویت شکل یافته یارای کمک به سازگاری با شرایط جدید را ندارد، فرد دچار بحران هویت می شود. این حالت سبب می شود وی احساس کند منزوی، تهی، مضطرب و مردد شده است چنان که در طی آشفتگی هویت، فرد ممکن است احساس کند به جای آنکه در حال پیشرفت باشد دچار پسروی است (۲۱). کل بحران هویت با نشانه های افسردگی، اضطراب و شک و تردید تعریف شده است (۲۳). با این اوصاف فرد برای خروج از این بحران بایستی در پی ارزش های مثبت و پایدار در فرهنگ، مذهب یا ایدئولوژی خود باشد تا از درهم ریختگی هویت رها شود و هویت اصیل خویش را باز یابد، در پژوهشی نشان داده شد که فرآیند کسب هویت و داشتن ارزش ها و اهداف با هم روابط متقابل دارند (۲۴).

فرانکل ۲ (۲۰۰۰) نیز عنوان کرده است که جستجو برای یافتن معنای زندگی از نیازهای اساسی بشر است که بایستی برآورده شود به نظر او هنگامی که فرد نتواند معنای زندگی خودش را دریابد دچار خلاء هستی می شود. خلاء هستی در واقع شکلی از پوچی منحصر به فرد است (۲۵).

همچنین مطالعات نشان می دهند که عوامل روانشناختی می توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم پیامد آن تلقی شوند (۲۶). در این راستا، شواهد فراوانی نشان می دهند مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (۲۷ و ۲۸). درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به فرد کمک می کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می کند (۲۹). درمان شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی هایی مانند تصمیم گیری، ایجاد

ناباروری یکی از مسائلی است که همیشه باعث نگرانی زنان می شود (۱). ناباروری به معنای عدم وقوع بارداری پس از یکسال نزدیکی طبیعی، پی در پی و بدون جلوگیری است (۲). سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را به عنوان معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است (۳)؛ زیرا میزان ناباروری اولیه به سرعت در میان زنان جوان افزایش پیدا کرده است (۴). به طور تقریبی، یک پنجم زوجین ناباروراند (۵). شیوع ناباروری در مناطق مختلف بر اساس مطالعه های انجام شده از ۱۸-۱۰ درصد متفاوت است (۶). در ایران، حدود یک چهارم زوجین، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک تجربه کرده اند و ۳/۴ درصد آن ها در هر برهه ای از زمان دارای مشکل ناباروری هستند (۷). IVF یک درمان پر استرس برای بیماران می باشد که نیاز به تزریق روزانه آمپول های مصرفی، سونوگرافی واژینال سریال، آنالیز مایع سمن و سایر پروسه های تهاجمی دارد. علاوه بر این معمولاً IVF آخرین روش درمانی برای زوج های نابارور به شمار می آید و احتمالاً شکست به معنی بدون فرزند ماندن خواهد بود (۸). نتیجه IVF با بسیاری از علل شناخته شده و ناشناخته مرتبط است. شواهد نشان می دهد که علاوه بر فاکتورهای بیومدیكال (مثل سن و سابقه حاملگی)، فاکتورهای روحی روانی و وضعیت سایکولوژیک افراد مثل اضطراب و افسردگی، با نتیجه درمان IVF مرتبط هستند (۹). زنانی که تحت درمان IVF قرار دارند، معمولاً به علت مشکل ناباروری و ترس از نتیجه درمان، مضطرب و افسرده هستند (۱۰). برخی مطالعات بالینی تاثیر روحی درمان IVF را بررسی کردند. پاسخ های روحی شایع در ناباروری و درمان های آن عبارت بودند از: افسردگی، خشم، احساس گناه و غمگینی (۱۱).

پژوهشگران زیادی ارتباط بین تنیدگی هیجانی و ناباروری را مطالعه کرده اند (۱۲ و ۱۳). ناباروری اغلب با بحران زیستی-روانی-اجتماعی همراه است که با آزمون موثر و ناسازگار شناختی و رفتاری تجربه می شود. از جمله اینکه آن ها را دچار بحران هویت می کند و موجب بروز احساس بی ارزشی و بی کفایتی می شود و کاهش اعتماد به نفس، ناامنی را ایجاد می کند (۱۴)، از دست دادن کنترل در تولید مثل در این فهرست بسیار همگانی است (۱۵)، دیگر موارد شامل احساس ناکامل بودن (۱۶)، ناتوانی در برنامه ریزی برای آینده و ناتوانی در یافتن هدف متناوب و معنی دار در

انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت نفس، حل مسئله، خودنظم دهی، خودکفایتی و سلامت روان موثر است (۳۰). برنامه های آموزش گروهی در درمان و بهبود مشکلات روان شناختی اثربخشی فراوانی نشان داده اند (۳۱).

ایز و فلدمن (۳۲) مطرح می کنند که آموزش های روان شناختی گروهی با فراهم سازی کنترل و تسلط بر خود، باعث کاهش مشکلات و ناسازگاری های روان شناختی می شوند و باعث امیدواری به بهبود زندگی می گردند. نشان داده شده است که برنامه های آموزش گروهی می توانند برای بهبود کیفیت زندگی بیماران و افراد داوطلب غیر بیمار سودمند باشند (۳۳). برای مقابله با واکنش های روانی ناشی از نابرابری روش های مختلفی وجود دارد. میرز و وارک (۳۴) رویکرد شناختی-رفتاری را برای درمان زوج ها پیشنهاد می کنند زیرا معتقدند که این رویکرد به طور مناسبی هم راستای نیازهای زوج نابارور است. میلر (۱۹۹۴) نیز معتقد است که درمان شناختی-رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوج های نابارور باشد (۳۵).

اهداف طراحی این برنامه عبارتند از: الف) آموزش مهارت های کاهش اضطراب، از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرامش بخش، ب) تعدیل و اصلاح ارزیابی های شناختی ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی، ج) ارتقای مهارت های حل تعارض بین فردی و ارتباطی و د) افزایش دسترسی و استفاده از شبکه های حمایت اجتماعی از طریق مهارت های بین فردی و ارتباطی اصلاح شده (۳۶). در این پژوهش هدف بررسی تاثیر آموزش گروهی درمان شناختی رفتاری بر بحران هویت و احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF بود.

روش کار

این پژوهش، کاربردی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه زنان نابارور متقاضی IVF شهر قاین را در سال ۱۳۹۸ تشکیل می دهند که از بین آنها زنانی که احساس هویت ضعیف دارند با استفاده از نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و با جایگزین تصادفی در دو گروه ۱۷ نفری به عنوان گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. دلاور (۳۷) نمونه برای پژوهش های شبه آزمایشی را حداقل ۸ و حداکثر ۱۵ نفر مناسب می داند.

بعد از انتخاب گروه نمونه پیش آزمون به صورت گروهی و با استفاده از پرسشنامه بحران هویت برای ۳۴ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، اجرا شد. پس از تقسیم تصادفی شرکت کنندگان به گروه آزمایش و گروه کنترل از گروه آزمایش خواسته شد که در آموزش گروهی درمان شناختی- رفتاری شرکت کنند. چند روز پس از اجرای پیش آزمون، برگزاری جلسات گروهی آغاز شد و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای برنامه آموزش گروهی درمان شناختی- رفتاری برای گروه آزمایش برگزار شد. برای گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نشد و کنترل شد که طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله ای دریافت نکنند. یک هفته پس از پایان نشست های آموزش همان پرسشنامه بحران هویت مورد استفاده در پیش آزمون در پس آزمون برای گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل کارگاه آموزشی نیز برگزار شد.

ملاک های ورود به پژوهش شامل: ۱- زنان نابارور متقاضی IVF ۲- عدم شرکت در برنامه درمانی قبل ۳- سطح تحصیلات حداقل سیکل ۴- عدم وجود اختلال روان شناختی یا سابقه بیماری روانی و بستری شدن در بخش های روانپزشکی (پژوهشگر از طریق مصاحبه اولیه با فرد آزمودنی و اطرافیانی که همراه آزمودنی بودند به این مورد به عنوان یکی از ملاک های ورود پی می برد) ۵- عدم مصرف دارو، مواد مخدر و الکل

ملاک های خروج شامل: ۱- عدم حضور در جلسات درمانی. ابزار مطالعه پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی پژوهشگر ساخته شامل مشخصات جمعیت شناختی زنان نابارور متقاضی عمل لقاح مصنوعی (سن، میزان تحصیلات، تعداد عمل لقاح مصنوعی) جمع آوری شد و پرسشنامه بحران هویت (ICQ) است که پرسشنامه بحران هویت، بر اساس نظریه ی درمانی شناختی- هیجانی مذهبی (RCET) تهیه گردید. بحران هویت با ده نشانه که از علائم آن عدم اکتساب کامل هویت است قابل شناسایی خواهد بود. بر این اساس رجائی، بیاضی و حبیبی پور (۳۸) اقدام به تدوین پرسشنامه ای شامل ۵۰ سوال کردند که در مجموع ۱۰ نشانه از علائم بحران هویت را که ذیلاً بدان اشاره شده است را مورد سنجش قرار می دهد: ۱- بی هدفی ۲- ناامیدی ۳- بی ارزشی ۴- پرخاشگری ۵- پوچی ۶- عدم اعتماد به نفس ۷- نارضایتی از زندگی ۸- غمگینی ۹- عصبانیت

کشیدن باورها، معرفی دام های بر کنترل افکار خودآیند، تحلیل عینی باورها، حفظ هشیاری و آگاهی نسبت به افکار خودآیند در هنگام کاهش خلق، دادن تکالیف خانگی. جلسه هفتم تا دهم: بررسی تکالیف خانگی، توضیح و تمرین تحلیل کارآمدی، توضیح و تمرین تحلیل هماهنگی در مورد باورهای اصلی، توضیح و تمرین تحلیل منطقی باورها، یافتن مخالف ورزها یا بدیل های برای باورهای خود، تغییر ادراکی از طریق شناسایی نشانه های عود، روش خود تنبیهی-خود پاداشی، مروری بر جلسات قبلی، خلاصه بندی و کمک برای اختتام درمان و در نهایت گرفتن بازخورد از آنها.

در این پژوهش، کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان شناسی آمریکا مورد توجه قرار گرفت و اجرا گردید. در ابتدای پژوهش، ضمن ارائه توضیحات کافی به تمام داوطلبان شرکت در پژوهش در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای درمان از آن ها رضایت نامه ی کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد. همچنین کلیه ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت کنندگان در پژوهش به هنگام گزارش نتایج پژوهشی رعایت شد. در ضمن، پس از اتمام مراحل اجرایی، دوره ای مشابه برای افراد گروه کنترل برگزار شد. اطلاعاتی دریافت کد اخلاق: به اطلاع میرساند پایان نامه با عنوان تاثیر آموزش درمان گروهی شناختی رفتاری بر بحران هویت و احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF در دانشکده علوم پزشکی تربت جام بررسی و با شناسه اخلاق IR.TRJUMS.REC.1398.010 مصوب گردید.

داده های پژوهش حاضر در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی ارائه شده است. که از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی تاثیر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر نمره کل بحران هویت و از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی تاثیر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر مولفه های بحران هویت استفاده گردیده است. همچنین از آزمون کای اسکور برای بررسی آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF استفاده گردیده است. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ انجام شد.

نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می باشد. یعنی کاملاً مخالفم نمره ۱، مخالفم نمره ۲، بینابین نمره ۳، موافقم نمره ۴، و کاملاً موافقم نمره ۵ را به خود اختصاص خواهد داد. اما نکته قابل توجه این که برخی سوالات به صورت عکس این نمره گذاری می شوند که شماره این سوالات به شرح ذیل می باشد: ۴۴، ۳۱، ۲۴، ۱۴، ۱۱، ۴.

روایی پرسشنامه بحران هویت: روایی به این سوال پاسخ می دهد که ابزار اندازه گیری تا چه اندازه خصیصه مورد نظر را می سنجد. بدون آگاهی از روایی ابزار اندازه گیری نمی توان به دقت داده های حاصل از آن اطمینان داشت و روایی این پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این زمینه مورد تایید قرار گرفته است.

پایایی پرسشنامه بحران هویت: برای محاسبه پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. که از این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه گیری از جمله پرسشنامه به کار می رود. برای این منظور پایلوتی بر روی ۴۵ نفر از دانشجویان انجام گردید، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل آزمون ۰/۹۳۱ بدست آمد که بیانگر پایایی بالای این آزمون می باشد (۳۹).

طرح درمان: دستورالعمل جلسات بر اساس درمان گروهی شناختی - رفتاری مایکل فری بود.

جلسه اول تا سوم: خوشامدگویی و معارفه، تعیین خط مشی کلی با در نظر گرفتن اصل رازداری، آشنایی با بهزیستی روان شناختی، توضیح مفهوم ناباروری، تبیین تعامل بین شناخت-هیجان-رفتار، نوشتن آنها در جدول سه ستونی و دریافت مثال از شرکت کنندگان، دادن تکالیف خانگی جهت ثبت وقایع فعال ساز و بررسی واکنش هیجانی و باورها و افکار آنها، بررسی تکالیف خانگی، تمثیل چمدان و ذهن در داشتن وسایل غیرضروری باورهای غیرمنطقی، معرفی القای فکر، آشنایی با طرحواره های عمیق و باورهای زیربنایی در بهزیستی روانشناختی، آموزش روش پیکان رو به پایین برای رسیدن به طرحواره ها و باورهای هسته ای از طریق حرکت از افکار خودآیند تا رسیدن به بستر تغذیه کننده آنها، دادن تکالیف خانگی.

جلسه چهارم تا ششم: بررسی تکالیف خانگی، توضیح سبک اسناد و منبع کنترل، آموزش و تمرین پیکان رو به پایین پیشرفته، نقشه های شناختی، تغییر پذیری باورها، به چالش

یافته ها

در مطالعه حاضر تعداد کل شرکت کنندگان ۳۴ تن با دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال بودند. همچنین سطح تحصیلات شرکت کنندگان نیز به این صورت بود که ۲ تن زیر دیپلم؛ ۱۶ تن دیپلم؛ ۱۶ تن کارشناسی و بالاتر داشتند. نتایج (جدول ۱) نشان می دهد میانگین بحران هویت در پس

آزمون گروه آزمایش (۹۶/۵۹) نسبت به پیش آزمون (۱۳۸) آنها کاهش داشته است ولی بین میانگین پیش آزمون (۱۴۴/۳۵) و پس آزمون (۱۳۸/۸) گروه کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد که نشان از تاثیر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر بحران هویت در زنان نابارور متقاضی IVF دارد.

جدول ۱: یافته های توصیفی متغیر بحران هویت

مقیاس	گروه	تعداد	آزمایش		کنترل	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بحران هویت	پیش آزمون	۱۷	۱۳۸	۱۳/۳۷	۱۴۴/۳۵	۸/۹۲
	پس آزمون	۱۷	۹۶/۵۹	۱۳/۹۷	۱۳۸/۸۸	۱۹/۸۲

(بی هدفی، پوچی، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، بی ارزشی، نارضایتی از زندگی، اضطراب، غمگینی، پرخاشگری و عصبانیت) بین دو گروه تفاوت معنا داری وجود دارد برای پی بردن به این تفاوت تحلیل کواریانس چند متغیره انجام گرفت. برای بررسی اثر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری در مولفه های بحران هویت زنان نابارور متقاضی IVF از تحلیل کواریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده می کنیم که متغیر وابسته شامل مولفه های بحران هویت (بی هدفی، پوچی، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، بی ارزشی، نارضایتی از زندگی، اضطراب، غمگینی، پرخاشگری و عصبانیت) و متغیر مستقل (آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری) می باشد (جدول ۲).

برای بررسی اثر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر بحران هویت زنان نابارور متقاضی IVF از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد که نتایج نشان داد بین میزان بحران هویت آزمودنی ها در گروه آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل $(f_{(3,11)}) = ۴۴/۳۹, p < ۰/۰۱$ تفاوت معنا داری وجود دارد. با اطمینان ۹۹ درصد نتیجه می گیریم که آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر بحران هویت زنان نابارور متقاضی IVF تاثیر دارد.

همچنین چون سطح معناداری برای هر چهار آزمون (اثر پیلائی، لامبدای ویکلز، اثر هوتلینگ و بزرگترین ریشه روی) کمتر از ۰/۰۱ می باشد ($p < ۰/۰۱$) است، بر این اساس می توان گفت دست کم در یکی از متغیر های وابسته

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مولفه های بحران هویت در آزمودنی ها آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل

گروه	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	میزان تاثیر	توان آزمون
گروه	بی هدفی	۵۹/۱۷	۱	۵۹/۱۷	۱۱/۰۱	۰/۰۰	۰/۳۳	۰/۸۹
	پوچی	۱۷۴/۸۱	۱	۱۷۴/۸۱	۱۸/۹۷	۰/۰۰	۰/۴۶	۰/۹۹
	ناامیدی	۱۱۵/۵۸	۱	۱۱۵/۵۸	۱۴/۵۶	۰/۰۰	۰/۴۰	۰/۹۵
	عدم اعتماد به نفس	۱۶۳/۹۹	۱	۱۶۳/۹۹	۲۲/۶۸	۰/۰۰	۰/۵۱	۱/۰۰
	بی ارزشی	۱۱۰/۶۹	۱	۱۱۰/۶۹	۹/۲۰	۰/۰۱	۰/۲۹	۰/۸۳
	نارضایتی از زندگی	۱۲۷/۰۷	۱	۱۲۷/۰۷	۱۲/۵۵	۰/۰۰	۰/۳۶	۰/۹۲
	اضطراب	۵۰/۱۴	۱	۵۰/۱۴	۷/۲۱	۰/۰۱	۰/۲۵	۰/۷۳
	غمگینی	۸۵/۴۲	۱	۸۵/۴۲	۷/۱۰	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۷۲
	پر خاشگری	۸۳/۸۸	۲۲	۸۳/۸۸	۱۳/۱۵	۰/۰۰	۰/۳۷	۰/۹۳
	عصبانیت	۴۴/۲۰	۲۲	۴۴/۲۰	۹/۶۳	۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۸۴

زهرا شخمگر و همکاران

های بحران هویت زنان نابارور متقاضی IVF تاثیر دارد. برای بررسی آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF از آزمون کای اسکور استفاده شد که نتایج نشان می دهد چون ($p < 0/05$) است در نتیجه بین احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF تاثیر معنی داری دارد (جدول ۳).

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون کای اسکور

سطح معناداری	درجه آزادی	X ²	تعداد
0/03	1	4/63	34

استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر استرس، اضطراب و افسردگی زنان باردار نشان دادند که استرس، اضطراب و افسردگی گروه آزمایش کاهش معنی داری داشته است (۴۴). بهره گیری از الگوی شناختی رفتاری، افزایش و بهبود کنش و رضایت جنسی، کاهش افکار ناامیدکننده و افزایش مهارت و ارتباطات زناشویی را به دنبال دارد و کاربرد درمان شناختی حتی پس از ۶ ماه پیگیری نشان داد علائم روانپزشکی کاهش و رضایت زناشویی افزایش یافته است (۴۵). پژوهش نوربالا و همکاران (۴۶) نشان داد که مداخلات روان پزشکی (شامل درمان دارویی و درمان شناختی رفتاری) نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی زوجین دارد.

پاسخ تخمدانی یکی از مهم ترین پیش بینی کننده های باردارشدن است و ممکن است که یک ارتباط دهنده مهم در پیوستگی عوامل روانشناختی استرس و حاملگی باشد (۴۷). در بحث سلامت روانی افراد نیز بیماران نابارور در یک چرخه معیوب قرار می گیرند. از یک طرف مشکلات روانی باعث کاهش کارایی جسمی و پاسخ دهی آنان به درمان های طبی ناباروری شده و از طرف دیگر ادامه ناباروری و شکست های احتمالی در مراحل درمانی منجر به افزایش مشکلات روانی این افراد می شود (۴۸). چون برخی مطالعات نشان داده اند که مداخله روان درمانی منجر به سلامت روان، کاهش اضطراب و افسردگی (۴۹) خواهد شد، می توان نتیجه گیری کرد که زنان نابارور

نتایج (جدول ۲) نشان می دهد تفاوت بین دو گروه در متغیر بی هدفی ($f=11/01$)، پوچی ($f=18/97$)، ناامیدی ($f=14/56$)، عدم اعتماد به نفس ($f=22/68$)، بی ارزشی ($f=9/20$)، نارضایتی از زندگی ($f=12/55$)، اضطراب ($f=7/21$)، غمگینی ($f=7/10$)، پرخاشگری ($f=13/15$) و عصبانیت ($f=9/63$) در سطح $p < 0/05$ معنی دار است. پس می توان نتیجه گرفت که بین نمرات مولفه های بحران هویت در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه می گیریم که آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر روی مولفه

بحث

نتایج نشان می دهد میانگین بحران هویت درپس آزمون گروه آزمایش (۹۶/۵۹) نسبت به پیش آزمون (۱۳۸) آنها کاهش داشته است ولی بین میانگین پیش آزمون (۱۴۴/۳۵) و پس آزمون (۱۳۸/۸) گروه کنترل تفاوت چندانی وجود ندارد که نشان از تاثیر آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر بحران هویت در زنان نابارور متقاضی IVF دارد. همچنین تفاوت بین دو گروه در متغیر بی هدفی ($f=11/01$)، پوچی ($f=18/97$)، ناامیدی ($f=14/56$)، عدم اعتماد به نفس ($f=22/68$)، بی ارزشی ($f=9/20$)، نارضایتی از زندگی ($f=12/55$)، اضطراب ($f=7/21$)، غمگینی ($f=7/10$)، پرخاشگری ($f=13/15$) و عصبانیت ($f=9/63$) در سطح $p < 0/05$ معنی دار است. پس می توان نتیجه گرفت که بین نمرات بحران هویت و مولفه های آن در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد بنابراین آموزش گروهی درمان شناختی - رفتاری بر بحران هویت و مولفه های آن در زنان نابارور متقاضی IVF تاثیر دارد. همچنین نتایج نشان می دهد چون $p < 0/05$ است در نتیجه بین احتمال بارداری زنان نابارور متقاضی IVF در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. طبق نتایج، همسو با نتایج پژوهش های پیشین، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود نمره سلامت روان می شود (۴۱ و ۴۲)؛ همچنین مانند نتایج پژوهش های جباری، هاشمی و حقابقی (۴۳) با عنوان بررسی اثر بخشی مدیریت

نتیجه گیری

درمان شناختی - رفتاری توانست در رهاسازی افکار خودکار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم به زنان نابارور کمک کند به گونه ای که آن ها توانستند به توانایی های خود پی ببرند و با تعویض نقش در زندگی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی خود را بهبود بخشند. بنابراین، بر اساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می شود از درمان شناختی رفتاری در مراکز مشاوره زناشویی و ازدواج به ویژه برای زنان نابارور استفاده شود همچنین پیشنهاد می شود متخصصان، آموزش این رویکرد را به عنوان یک ضرورت جزء برنامه درمانی برای این زنان در مراکز ناباروری زنان قرار دهند.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی روبه رو بود. از جمله این محدودیت ها می توان به عدم کنترل برخی از متغیرهای خانوادگی مثل شاغل یا خانه دار بودن و با توجه به اینکه این پژوهش بر روی زنان نابارور متقاضی IVF انجام شده است، در تعمیم آن به گروه های دیگر باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می شود جهت افزایش گستره تعمیم پذیری یافته ها، مشابه این پژوهش در مردان نابارور و سایر نقاط کشور با تعداد بیشتری از شرکت کنندگان در دوره زمانی طولانی تر تکرار و نیز پژوهش هایی کاربردی با موضوع های مشابه در زمینه تاثیر این روش درمانی بر مشکلات روانشناختی انجام شود.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند به ویژه مرکز بهداشت شهرستان قاین و زنان نابارور متقاضی IVF تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

نیاز به مداخلات روان شناختی و مشاوره دارند. ارائه مشاوره مناسب و دادن اطلاعات لازم در مورد فیزیولوژی دستگاه تولید مثل، علل ناباروری، روند درمان و تاثیر جانبی داروها می تواند تا حد زیادی اضطراب زنان در درمان ناباروری را کاهش دهد (۵۰).

نتایج پژوهش مولر (۱۹۹۳) نشان می دهد فشارهای روانی و نگرانی حاصل از ناباروری بر عملکرد فیزیولوژی بدن اثر مستقیم به جا گذاشته و در نهایت بر ناباروری تاثیر منفی می گذارد (۲۷). از طرفی افرادی که آرامش خاطر داشته و از سلامت روانی برخوردارند، فشارهای کمتری تجربه کرده و در نتیجه احتمال باروری آنان افزایش می یابد (۲۸).

ایز و فلدمن (۳۲) مطرح می کنند که آموزش های روان شناختی گروهی با فراهم سازی کنترل و تسلط بر خود، باعث کاهش مشکلات و ناسازگاری های روان-شناختی می شوند و باعث امیدواری به بهبود زندگی می گردند. نشان داده شده است که برنامه های آموزش گروهی می توانند برای بهبود کیفیت زندگی بیماران و افراد داوطلب غیر بیمار سودمند باشند (۳۳). در پژوهش حاضر می توان به سه مفروضه اصلی در مداخله های شناختی رفتاری که تیلور (۲۰۱۳) نیز عنوان کرده و شامل شناخت بر رفتار تاثیرگذار است؛ شناخت قابلیت تغییر و نظارت گری دارد و تغییر رفتار به واسطه تغییر شناخت انجام می شود؛ اشاره کرد. لذا با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری با تاکید بر مولفه های شناختی از جمله نگرش ها و افکار منفی، تمرکز ویژه ای برای جایگزین کردن ارزیابی های شناختی غیرواقع نگرانه با ارزیابی های واقع نگرانه تر از طریق افزایش بینش و آگاهی فرد در ادراک ارتباط میان به راه اندازهای وابسته به موقعیت، شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش وری مناسب دارد؛ می توان انتظار داشت که به اصلاح و تعدیل مولفه های شناختی نشخوار ذهنی و به تبع آن اصلاح هیجان های منفی و رفتارهای نارسا کنش ور زنان نابارور این پژوهش منتهی شود (۵۱).

References

1. LatifnejadRousari, R., Allan, H.T. & Smith, P.A. (2009). Navigating the journey of infertility: Muslim and Christian infertile women's experiences. In: EvansMT, Walker ED. Religion and psychology. Guildford: Nova Science Publishers.
2. Aghamohammadian Sharabaf, Hamidreza., Zarezadeh Khabari, Shiva., Horooofghanad, Masoumeh., And Hekamabadi, Mohammad Ebrahim. (2014). The Relationship between Perfectionism and Sexual Function of Infertile Women. Iranian Journal of Midwifery and Infertility, 17 (3): 17-9
3. Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., Nygren, K.G. (2007). Intentional estimates of infertility prevalence and treatment seeking: Potential need and demand for infertility medical care. Human Sexual Response, 22(6): 1506-1512. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem046>
4. Adl, Hadith al-Sadat., Shafiabadi, Abdollah., And Pirani, Zabih. (2016). The Effectiveness of Group Quality Psychotherapy Based on Perceived Social Support in Infertile Women. Journal of Applied Psychology, 10 (2): 191-175
5. Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. Plos Medicine, 9(12):100-135. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001356>
6. Sbaraqli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. Fertile Sterile, 90(6): 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.10.045>
7. Vahidi, S., Ardalan, A., & Mohammad, K. (2009). Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health, 21(3): 287-293. <https://doi.org/10.1177/1010539509336009>
8. De Klerk C, Heijnen EM, Macklon NS, Duivenvoorden HJ, Fauser BC, Passchier J, et al. The psychological impact of mild ovarian stimulation combined with single embryo transfer compared with conventional IVF. Hum Reprod 2006; 21(3): 721-727. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei395>
9. Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A, VanMinnen A, Zielhuis GA, Braat DD. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. Hum Reprod 2001; 16(7):1420-1423. <https://doi.org/10.1093/humrep/16.7.1420>
10. Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. Fertil Steril 1985; 43(3): 335-346. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(16\)48428-1](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(16)48428-1)
11. Mahlstedt PP. Psychological issues of infertility and assisted reproductive technology. Urol Clin North Am 1994; 21(3): 557-566.
12. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Variability in the Difficulties Experienced by Women Undergoing Infertility Treatments. Fertil Steril 2005; 83(2):275-283. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.01>
13. Klonoff -Cohen H, Natarajan L. The Concerns During Assisted Reproductive Technologies (CART) Scale and Pregnancy Outcomes. Fertility and Sterility 2004; 81(4): 982-988. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.08.050>
14. Ali Zadeh, Turan., Farahani, Mohamadeghi., Shahrarai, Mehrnaz., And Ali Zadegan, Shahrzad. (2005). The relationship between self-esteem and locus of control with infertility stress in infertile men and women. Journal of Reproduction and Infertility, 5 (3): 204-194
15. Clarke LH, Martin-Matthews A, Matthews R. the Continuity and Discontinuity of the Embodied Self in Infertility. Can Rev Soc Anthropol 2006; 43: 95-113. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2006.tb00856.x>
16. Filetto JN, Makuch MY. Long-term Follow-up of Women and Men After Unsuccessful IVF. Reprod Biomed Online 2005; 1(14): 458-463. [https://doi.org/10.1016/S1472-6483\(10\)61141-8](https://doi.org/10.1016/S1472-6483(10)61141-8)
17. Meyers M, Diamond R, Kezur D, Scharf C, Weinschel M, Rait DS. An Infertility Primer for Family Therapists: I. Medical, Social, and Psychological Dimensions. Fam Process. 1995; 34:219-229. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1995.00219.x>
18. Higgins BS. Couple Infertility: From the Perspective of the Closer Relationship Model. Fam Relat. 1990; 39:81-86. <https://doi.org/10.2307/584953>
19. Yong P, Martin C, Thong J. A Comparison of Psychological Functioning in Women at Different Stages of in Vitro Fertilization Treatment Using the Mean Affect Adjective Check list. Journal of Assisted Reproduction and Genetics. 2000; 17(10):553-556. <https://doi.org/10.1023/A:1026429712794>
20. Ashkani H, Akbari A, Heydari ST. Epidemiology of Depression Among Infertile and fertile Couples in Shiraz, Southern Iran. Indian Journal of Medical Science 2006; 60(10):399-406. <https://doi.org/10.4103/0019-5359.27670>
21. Sharifi, Mohammad Reza (2008). Youth and the Crisis of Identity, Tehran: Soroush.
22. Omidian, Morteza (2009). Identity from a Psychological Perspective, Ch 1, Yazd: Yazd University.
23. Rossi, N.E., & Mebert, C.J. (2011); Does a Quarterlife Crisis Exist?, Journal of Genetic Psychology, 172(2), 141-161. <https://doi.org/10.1080/00221325.2010.521784>
24. Duriez, B., Soenens, B., & Berzonsky, M.D. (2012); A process-content approach to adolescent identity formation: examining longitudinal associations between identity styles and goal pursuits, Journal of Personality, 80(1), 135-161. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2011.00729.x>
25. Frankl, W. E. (2000). The unconscious God: Psychotherapy and Theology New York: Simon and Schuster. Chapter 9. P. 137-166.
26. Karami Noori, Reza (2000), Psychological and Social Infertility, Journal of Reproduction and Infertility Medicine, Volume 2, Number 2, 57-68.
27. Keye, W.R., Chang, R.J., Rebar, R.W., & Soules, MR. (eds). (1995). Infertility. Evaluation and Treatment. Philadelphia: WB Saunders.
28. Domar, A.D.; Clapp D. & Slasby, E. (2000), The impact of group Psychological intervention on Pregnancy rates in infertile women, Fertil Steril, 73(7), 805-811. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(99\)00493-8](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(99)00493-8)
29. Allison JO, Roger C, Pamela MS, David JA. (2008). A meta-analysis of CBT for Pathological worry among clients with GAD. J Anx Disord; 22:108-160.

- <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.01.002>
30. Hall J, Kellett S, Berrios R, Bains MK, Scott S.(2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta- analysis, and meta-regression. *Am J GeriaPsychiat* ; 24(11): 1063-73. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.006>
 31. Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J.L., Dalgard, O.S., Page, H., Lehtinen, V., et al.(2010). Problem solving and group psychoeducation for depression: multicentrerandomised controlled trial. Outcome of Depression International Network (ODIN) Group. *BMJ*.321:1450-1454. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7274.1450>
 32. Hayes, A. M., & Feldman, G. C. (2009). The Change and Growth Experiences Scale (CHANGE). Unpublished manuscript.
 33. Michalak EE, Yathan LN, Wan DD, Lam RW. (2005).Perceived quality of life in patientswith bipolar disorder: does psycho education have an impact? *CanadianJournalof Psychiatry*; 50: 95 -100. <https://doi.org/10.1177/070674370505000204>
 34. Myers LB, Wark L. Psychotherapy for infertility: A cognitive behavioralaproach for couples. *Am J Fam Therapy* 1996;24(1):920. <https://doi.org/10.1080/0192618950825101>.
 35. Michelson LK, Marchion K. Behavioral cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *J consultClipsychol* 1991;59:10014. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.100>
 36. Antoni M H, Ironson G, Schneiderman, N. CognitiveBehavioral Stress Management. Alemohammad, SJ, Jokar S, NeshatDoost H.(Translators)2007.315. InPress.(FullTextinPersian) <https://doi.org/10.1093/med:psy/9780195327908.001.0001>
 37. Delaware, Ali (1977). *Research in Psychology and Educational Sciences*, Tehran: edited.
 38. Rajaei, Alireza; Bejazi, Mohammad Hossein; and Habibipour, Hamid (2008). *Identity Crisis Journal*. Torbat-e Jam: Islamic Azad University of Torbat-e-Jam Branch.
 39. Rajaie, Alireza (2008). Emotional-religious cognitive therapy. Abstracts of Regional Conference on New Mental Health Promotion Methods, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam Branch 17-19.
 40. Khayefi Ashkari, Mahshid (2011). The effect of spiritual intelligence training on quality of life, depression, anxiety and stress in chronic kidney patients.
 41. Sedighi, Rufia; Danesh Kojori, Mahvash; Jafarpour, Mahshid; Hosseini, Fatemeh; and Farimani, Marzieh (2012). The effect of preparation on anxiety and treatment success in infertile women. *Iranian Journal of Nursing*, 17 (39): 49-56.
 42. Alizadegan, Shahrzad (2008). Mental health status of women referred to Royan Institute. *Royan Institute of Cellular and Infertility Research Center*.
 43. Jabari, Zahra Hashemi, Hassan and Facts, Abbas (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral stress management on stress, anxiety and depression in pregnant women. *Journal of Health System Research*. 8 (7).
 44. perdue,V.,Reardon, R.& Peterson , G. Person-environment congruence, self-efficacy, and environmental identity in relation to job satisfaction : a career decision theory perspective . *Journal of Employment Counseling* , 2007; 44.112-124. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2007.tb00022.x>
 45. Nilforoushan, Parisa; Ahmadi, Seyed Ahmad; Abedi, Mohammad Reza; and Ahmadi, Seyed Mehdi (2008). Attitude toward Infertility and its Relationship with Depression and Anxiety in Infertile People. *Journal of Fertility and Infertility*, 7 (5): 542-522.
 46. Noorbala, Ahmad Ali; Ramadanzadeh, Fatemeh; Malek Afzali Ardakan, Hossein Abedinia, Nasrin; Rahimi Forosani, Abbas; and Shariat, Mamak (2010). The effect of psychiatric interventions on marital satisfaction of infertile couples in a reproductive health research center. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13 (2): 111-104.
 47. Ebbesen S M S, Zachariae R, Mehlsen MY, Thomsen D, Hojgaard A, Ottosen L, Petersen T, Ingerslev HJ. Stressful Life Events are Associated with a poor in vitro Fertilization (IVF) Outcome: a Prospective Study. *Human Reproduction* 2009;24(9): 2173-2182. <https://doi.org/10.1093/humrep/dep185>
 48. Shakeri J, Hosseini M, Golshani S. SadeghiKh, Feizollahi V, Investigating Public Health , Comparison Strategies and Female Satisfaction in the Female, Infertility Under IVF Treatment, *J ReprodInfertil*, 2006;2(83):269-275. [Persian]
 49. Yektatalab Sh, Parsanejad ME, Jahanmiri Sh. The Effect of Group Psychotherapy on Anxious and Depressed Infertile Women. *Sci Med J JondishapourUniver Med Sci* 2003;38:43-9.[Persian]
 50. Simbar M, Hashemi S, Shams J, AlaviMajd H, Viewing The Anxiety Relation of Infertile Female With Technology Condition of Helping Fertility in those who refer to Therapy Center of Infertility in Tehran. *J ReprodInfertil* 2009; 10(4): 279-85.[Persian]
 51. Taylor, R.R. (2013). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness anddisability*. Publisher: Springer US.