

تأثیر روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان نابارور

طاهره رحمانی فرد* سید محمد کلانتر کوشه** محبوبه فرامرزی***

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: زنان نابارور نسبت به افراد بارور، استرس بیش‌تری را در زندگی تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایین‌تری دارند. هدف این مطالعه تعیین اثربخشی روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان نابارور بوده است.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی تصادفی (IRCT2017021132321N2) به روش چهارگروهی سولومون، ۶۰ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات باروری ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) شهر بابل در سال ۱۳۹۴، به طور تصادفی در چهارگروه ۱۵ نفری (آزمایش با پیش‌آزمون، آزمایش بدون پیش‌آزمون، شاهد بدون پیش‌آزمون، شاهد با پیش‌آزمون) تخصیص داده شدند. ۳۰ نفر آزمودنی گروه آزمایش، روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را طی ۸ جلسه گروهی (هفته‌ای یک بار ۱۲۰ دقیقه) دریافت نمودند. ۳۰ نفر آزمودنی گروه شاهد، هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ۳۰ آزمودنی در ابتدا و ۶۰ آزمودنی در انتهای مطالعه، پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری ANCOVA تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را در هر دو گروه آزمایش ارتقا داد. به طوری که میانگین نمرات زنان در تمامی چهار بعد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی در هر دو گروه آزمایش به طور معناداری نسبت به گروه‌های کنترل بیش‌تر شد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: به‌کارگیری روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، به عنوان یک روش قابل اعتماد ارتقا‌دهنده کیفیت زندگی زنان نابارور، در مراکز ناباروری توصیه می‌شود.

نویسنده مسئول:
محبوبه فرامرزی:
دانشکده پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی
بابل

e-mail:
mahbob330@yahoo
.com

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، ناباروری

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۶ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۶ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۶/۹/۲۷

مقدمه

افزایش شیوع ناباروری در دنیا و ایران از نگرانی‌های مهم نظام بهداشتی است. نرخ شیوع ناباروری در ایران در مطالعه‌های سیستماتیک (۲۰۱۴)، ۱۳/۲٪ گزارش شده است (۱). در دنیای امروز، ناباروری به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است و می‌تواند

ضربات روانی شدیدی را به روابط زناشویی زوج‌های نابارور وارد سازد (۲). استرس حاصل از ناباروری، به نوبه خود بر کیفیت زندگی افراد و رضایت زنان از خود و روابط زناشویی تأثیر منفی دارد (۳).

کیفیت زندگی، مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خودشان است (۴). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که از سلامت

* کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
** استادیار گروه آموزشی مشاوره دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
*** دانشجویار گروه آموزشی روان‌شناسی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران؛ عضو مرکز تحقیقات باروری و ناباروری فاطمه زهرا (س)، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

شخص، وضعیت روانی، سطح استقلال و ارتباط با محیط تأثیر می‌پذیرد. هر عاملی که تأثیر منفی بر احساس خوب بودن و توانایی فرد در انجام فعالیت‌های روزمره بگذارد، کیفیت زندگی را پایین می‌آورد (۵). با توجه به تحقیقات، زنان نابارور به طور معناداری از زندگی لذت کم‌تری می‌برند (۶). در مطالعه‌ای گزارش شد که کیفیت زندگی زنان نابارور به طور معناداری پایین‌تر از کیفیت زندگی زنان بارور است (۷).

هرچند مطالعات نشان داده که برخی از مداخلات روانی، سلامت زنان نابارور را ارتقا بخشیده است (۸-۱۰)، اما هنوز کمبود مطالعات در این زمینه محسوس است، به طوری که از تأثیر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان نابارور اطلاعی نداریم. درمان ذهن آگاهی، شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی خصوصاً بودایی دارد (۱۱). ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف کرده‌اند (۱۲). به واسطه تمرین‌ها و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های ذهنی، بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند. به طوری که از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (۱۳). افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ات و

تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند)، دارند (۱۴). ذهن آگاهی در غرب از دهه ۱۹۷۰ مورد توجه قرار گرفت. از آن زمان به بعد بیش از ۲۴۰ برنامه مبتنی بر ذهن آگاهی در آمریکای شمالی و اروپا انجام یافته است (۱۵). در ایران نیز در سال‌های اخیر استفاده از فنون ذهن آگاهی بسیار مورد توجه واقع شده است، اما از اثربخشی آن در حوزه ناباروری اطلاعی نداریم.

هرچند مطالعات قبلی نشان داده است که افسردگی و اضطراب در زنان نابارور زیاد است (۱۶ و ۱۷) و روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی و اضطراب زنان مؤثر است (۱۸)، اما تاکنون کارآزمایی بالینی چاپ شده‌ای در خصوص تأثیر روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ارتقای سلامت زنان نابارور یافت نشده است، هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان نابارور در چهار بعد سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی است.

روش بررسی

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی به روش چهارگروهی سولومون است. جامعه آماری آن کلیه زنان نابارور کاندید روش کمک ناباروری لقاح آزمایشگاهی و یا تزریق اسپرم داخل تخمک مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی باروری و ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) شهرستان بابل در سه ماه اول سال ۱۳۹۴ بودند. معیار ورود به مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، فاصله ۸ هفته با تلقیح

و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۸۴ به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۲ بوده است. در طول مدت نمونه‌گیری، ۱۴۶ نفر شرایط ورود به تحقیق را داشتند، از این میان ۶۰ نفر قبول کردند که وارد طرح تحقیق شوند. در این پژوهش دو گروه آزمایش و دو گروه شاهد وجود داشت. از یکی از گروه‌های آزمایش و یکی از گروه‌های شاهد قبل از اجرای مداخله، پیش‌آزمون گرفته شد. از هر چهار گروه بعد از اجرای مداخله، پس‌آزمون گرفته شد. مزیت اصلی طرح آزمایشی سولومون این است که می‌تواند نشان دهد آیا تغییرات متغیر وابسته به دلیل کنش متقابل پیش‌آزمون و متغیر مستقل است یا خیر (۲۰). این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و دو گروه شاهد قرار گرفتند. جایگزینی تصادفی در دو گروه بر این روال بود که افراد واجد شرایط توسط فردی خارج از تیم تحقیق، از ۱ تا ۶۰ شماره‌گذاری شدند و به نسبت مساوی در بلوک‌های چهارتایی (گروه آزمایش بدون پیش‌آزمون، گروه آزمایش با پیش‌آزمون، گروه شاهد بدون پیش‌آزمون، شاهد با پیش‌آزمون) قرار گرفتند. ۱۵ نفر آزمودنی با پیش‌آزمون، ۱۵ نفر آزمودنی بدون پیش‌آزمون، ۱۵ نفر شاهد با پیش‌آزمون، ۱۵ نفر شاهد بدون پیش‌آزمون. ۳۰ نفر آزمونی گروه آزمایش، روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت نمودند. افراد گروه شاهد (۳۰ نفر) هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها (۱۵ نفر از آزمایش و ۱۵ نفر از شاهد)، پرسشنامه کیفیت زندگی را در شروع

مصنوعی، عدم شرکت در جلسات تن آرامی و یا سایر مداخلات روان‌شناختی بود. براساس معیارهای خروج، افرادی که از روش‌های دیگر ناباروری مثل تلقیح مصنوعی استفاده می‌کردند و یا بنا به دلایلی طرح درمانی آن‌ها لغو می‌شد و می‌خواستند از تحقیق خارج شوند، از مطالعه خارج شدند. برای تعیین حجم نمونه از مطالعات مشابه استفاده شد. با سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۸۰٪، با فرض $\delta_1 = \delta_2 = 7$ برای داده‌های پرسشنامه کیفیت زندگی براساس دامنه قابل پیش‌بینی برای یافتن ۵ واحد اختلاف در نمره پرسشنامه دو گروه پس از مداخله، با استفاده از فرمول، تعداد نمونه در هر گروه حدود ۳۰ نفر به دست آمد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(X_1 - X_2)}$$

جهت سنجش کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در چهار هفته اخیر، از پرسشنامه کیفیت زندگی (Quality of life) استفاده شد که سازنده آن سازمان بهداشت جهانی است. این پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد که دارای چهار حیطه سلامت فیزیکی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط زندگی می‌باشد. نحوه نمره‌گذاری به این صورت است که نمره هر گویه در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ به ترتیب اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً، و یا خیلی ناراضیم، راضی نیستم، نسبتاً ناراضیم، راضیم، کاملاً راضیم، قرار می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۹). در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵)، برای پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته‌ای، تنصیفی

تحقیق تکمیل نمودند. در پایان مداخله (بعد از ۸ هفته) تمامی آزمودنی‌ها در هر چهار گروه (۶۰ نفر) پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل نمودند (فلوچارت شماره ۱).

جلسات روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، به صورت ۸ جلسه گروهی ۱۲۰ دقیقه‌ای در دو گروه ۱۵ نفره تشکیل شد. روان‌درمانی توسط یک درمانگر، روان‌شناس زن (نویسنده اول مقاله)، انجام یافت. درمانگر قبل از شروع درمان، دوره آموزشی لازم را در خصوص یادگیری مدل درمانی گذرانیده بود. درمانگر همچنین، در طول برگزاری جلسات روان‌درمانی برای بیماران نیز از استاد و روان‌درمانگر متبحر در زمینه ذهن آگاهی (نویسنده مسؤول مقاله) سوپروایزر می‌گرفتند.

مدل درمانی ذهن آگاهی براساس Kabat-Zinn تدوین شده است (۲۱). لازم به توضیح است که در مطالعه حاضر اصول کلی درمان ذهن آگاهی و اداره جلسات براساس مشکلات خاص زنان نابارور تنظیم شده بود. به منظور به‌کارگیری مدل ذهن آگاهی در زنان بارور، با توجه به مشکلات خاص این افراد که فقدان فرزند می‌باشد، تمرین‌های ذهن آگاهی بر این موضوع خاص و مهم متمرکز می‌شد. به طوری که زنان تمرین می‌کردند که با آگاهی بر بدن خود، افکار خودآیند منفی ناباروری را که به ذهن آن‌ها خطور می‌کرد شناسایی کنند و اجازه دهند که افکار از ذهن آن‌ها بگذرد.

شرح جلسات بدین صورت بوده است:

جلسه اول: ارایه تعریف و توضیح مبسوط در مورد ذهن آگاهی و انجام اولین تمرین ذهن آگاهی یعنی خوردن کشمش با ذهن آگاهی.

جلسه دوم: انجام تمرین نوار مراقبه متحرک.

جلسه سوم: انجام تمرین نوار مراقبه متحرک. آموزش هدایت آگاهی از دنیای درون (بدن خود) و دنیای خارج از بدن خود (دنیای بیرونی) با استفاده از تمرین «رفت و برگشت بین دنیای درون و بیرون».

جلسه چهارم: انجام تمرین نوار مراقبه متحرک، انجام تمرین «خاطره در مقابل مشاهده» که حرکت از زمان گذشته به زمان حال را تسهیل می‌کند و توضیح در مورد انواع افکار (مشاهده گرانه، قضاوت گرانه، آینده نگرانه یا پیشگویانه، توییینی یا داستان گویانه).

جلسه پنجم: انجام تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس. انجام تمرین دیدن و شنیدن در مقابل قضاوت کردن.

جلسه ششم: انجام تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس. انجام تمرین «فکر را به آگاهی‌تان راه دهید». توضیح در این مورد که افکار واقعیت خارجی ندارند.

جلسه هفتم: انجام تمرین مراقبه نشسته با آگاهی از تنفس. انجام تمرین «مراقبه اتاق سفید». توضیح در مورد این مطلب که به جای جنگیدن با افکار، آن‌ها را وارد آگاهی کرده و صرفاً به مشاهده آن‌ها بپردازیم.

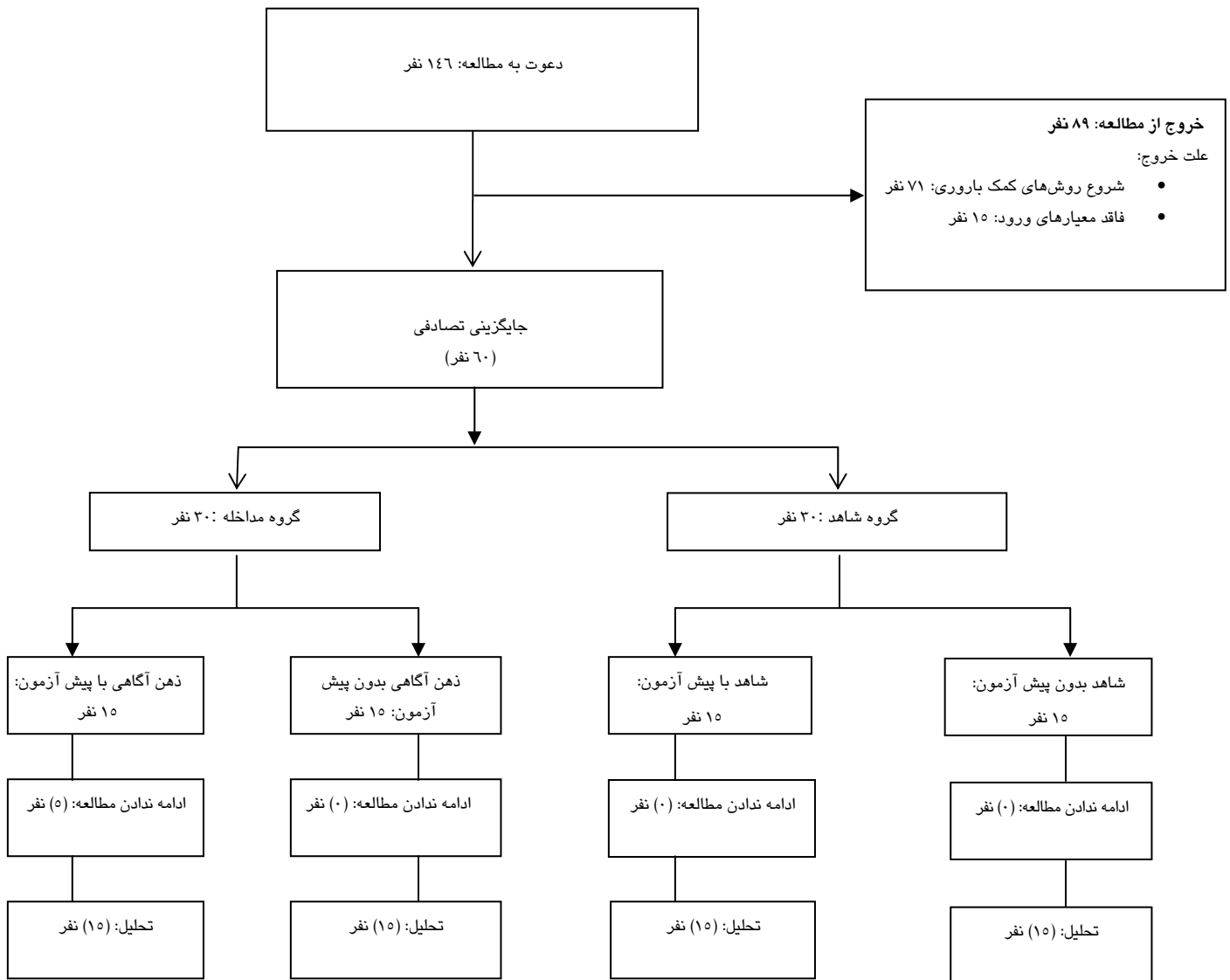
جلسه هشتم: انجام تمرین مراقبه نشسته و دیدن و شنیدن بدون قضاوت کردن. انجام تمرین «اجازه دهید افکار از کنارتان بگذرند».

به منظور تجزیه و تحلیل اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور، در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغییری

ANCOVA استفاده شده است. همچنین در پژوهش حاضر از روش تحلیل به قصد درمان یا ITT (Intention-to-treat analysis) نیز استفاده شده است. این روش اصولاً در مطالعات تجربی کاربرد بیشتری دارد. معمولاً در حین پژوهش پیش می‌آید که تمامی افراد در گروه درمان یا شاهد طبق پروتکل از قبل تعیین شده پیش نمی‌روند. خارج شدن برخی از افراد از فرایند پژوهش می‌تواند «همسانی دو گروه» را از بین ببرد. از آنجا که معمولاً افرادی در این گروه قرار می‌گیرند که عوامل پیش‌آگهی مهمی دارند، بنابراین تحلیل پیامدهای این افراد باید طبق گروه‌های اولیه خود صورت پذیرد و به این تغییر مداخله افراد توجه نشود. به این تحلیل، تحلیل به قصد درمان گفته می‌شود. ITT یک تحلیل به منظور محافظت مطالعه از مخدوش‌شدگی و تورش است که در آن پس از فرایند تصادفی، تمامی افراد بدن توجه به نوع مداخله دریافتی در طی مطالعه، کناره‌گیری و انصراف آن‌ها از ادامه شرکت و یا هر اتفاقی که بعد از تصادفی‌سازی روی می‌دهد، وارد تحلیل آماری می‌شوند. در ITT، مدیریت داده‌های گم

شده (نمرات افرادی که مطالعه را رها کرده‌اند) اهمیت به سزایی دارد (۲۲). در این مطالعه نیز جهت مدیریت داده‌های گم شده، از روش جایگزینی با میانگین داده‌های موجود آن متغیرها استفاده شد. بنابراین، پنج نفر از آزمودنی‌های گروه آزمایش با پیش‌آزمون که پس از جایگزینی تصادفی در جلسات روان‌درمانی شرکت نکردند و مطالعه را رها کردند، نیز از تحلیل خارج نشدند و مدیریت اطلاعات آن‌ها با میانگین داده‌های موجود انجام یافت.

شایان ذکر است که مجوز انجام طرح از دانشگاه علامه طباطبایی با کد ۱۱۵۳۱۲ اخذ گردید. در مورد داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات فردی، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. همچنین مجوز انجام طرح، از مرکز تحقیقات باروری و ناباروری حضرت فاطمه الزهرا (س) دانشگاه علوم پزشکی بابل، اخذ گردید. این طرح در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی به شماره IRCT 2017021132321N2 ثبت شده است.



نمودار ۱- فلوچارت آزمودنی‌ها در طول مطالعه

یافته‌ها

جدول شماره ۱، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. بیش از نیمی از افراد گروه نمونه در رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال قرار داشتند. همچنین نزدیک به ۷۰٪ از افراد گروه نمونه این پژوهش دارای تحصیلات دیپلم و زیردیپلم بودند. نتایج جدول شماره ۲ میانگین نمره کل کیفیت زندگی را در چهار گروه نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل کواریانس مربوط به مقایسه نمره کل کیفیت زندگی در چهار گروه در پس‌آزمون در جدول شماره ۳ آورده شده است. این یافته‌ها مشخص کرد که پس از خارج کردن تأثیر پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین میانگین نمرات گروه‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است. این مورد با توجه به مقدار ضریب F و مقدار احتمال آن یعنی معناداری که کمتر از ۵٪ می‌باشد، قابل تفسیر است.

نمرات گروه شاهد با پیش‌آزمون، با گروه شاهد بدون پیش‌آزمون معنادار نبود. از مقایسه میانگین‌ها در چهار گروه، چند نتیجه‌گیری می‌توان داشت. اول این‌که، اجرا یا عدم اجرای پیش‌آزمون بر نتایج پژوهش تأثیر معنادار نداشت. دوم این‌که، میانگین نمرات تمامی چهار بعد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی در هر دو گروه آزمایش به طور معناداری افزایش یافت ($p < 0.05$) اما در دو گروه شاهد تغییری نکرد ($p > 0.05$). بنابراین، با اطمینان ۹۵٪ می‌توان بیان داشت که روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی زنان نابارور را افزایش داده است.

جدول شماره ۴ میانگین زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی را در زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. جدول شماره ۵ نتایج آزمون مقایسه دو به دو میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی را با آزمون شفه در هنگام پس‌آزمون، نشان می‌دهد. نتایج حاکی است که میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش با پیش‌آزمون، با میانگین هر دو گروه شاهد (با و بدون پیش‌آزمون) تفاوت معناداری داشته، اما تفاوت با گروه آزمایش بدون پیش‌آزمون معنادار نبوده است. همچنین، میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایش بدون پیش‌آزمون، با هر دو گروه شاهد (با و بدون پیش‌آزمون) تفاوت معناداری داشت. تفاوت میانگین

جدول ۱- فراوانی و درصد توزیع سن و تحصیلات در چهار گروه مورد مطالعه از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) شهر بابل در سال ۱۳۹۴

فراوانی در گروه‌ها				درصد	فراوانی (n=60)	متغیرها	
گروه شاهد n=15	گروه آزمایش n=15	گروه شاهد n=15	گروه آزمایش n=15			سن	تحصیلات
۱	۰	۲	۱	۶.۷	۴	زیر ۲۰	سن
۷	۹	۵	۱۱	۵۳/۳	۳۲	۲۰ تا ۳۰	
۷	۶	۸	۳	۴۰	۲۴	۳۰ تا ۴۰	
۲	۲	۷	۳	۲۳/۳	۱۴	زیردیپلم	تحصیلات
۴	۹	۶	۹	۴۶/۷	۲۸	دیپلم	
۱	۰	۱	۲	۶/۷	۴	فوق دیپلم	
۷	۴	۱	۱	۲۱/۷	۱۳	لیسانس	
۱	۰	۰	۰	۱/۶	۱	فوق لیسانس	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) شهر بابل در سال ۱۳۹۴

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		موقعیت گروه‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۶/۲۱	۱۰۱/۷	۶/۰۸	۸۳/۱	آزمایش با پیش‌آزمون
۷/۸۴	۸۳/۹	۹/۲۴	۸۲/۲	شاهد با پیش‌آزمون
۴/۱۲	۱۰۲/۰	-	-	آزمایش بدون پیش‌آزمون
۴/۷۳	۸۶/۴	-	-	شاهد بدون پیش‌آزمون

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای دو گروه آزمایش و شاهد در متغیر کیفیت زندگی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) شهر بابل در سال ۱۳۹۴

Sig	F	MS	SS	df	منابع تغییر شاخص
<۰/۰۰۱	۳۷/۰۲	۸۱۰/۱۹	۸۱۰/۱۹	۱	پیش آزمون
<۰/۰۰۱	۱۰۰/۷۱	۲۲۰۳/۹۰	۲۲۰۳/۹۰	۱	گروه
		۲۱/۸۸	۵۹۰/۸۴	۲۷	خطا
			۲۶۲۲۱۶	۳۰	کل

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار زیرمؤلفه‌های کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) شهر بابل در سال ۱۳۹۴

پس آزمون		پیش آزمون		موقعیت گروه‌ها	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۴۱	۲۷/۱۳	۲/۰۳	۲۳/۴	سلامت جسمانی	آزمایش با پیش آزمون
۳/۵۱	۲۱/۹۳	۲/۰۳	۱۸/۱	سلامت روانی	
۱/۱۴	۱۱/۲۰	۱/۱۲	۹/۴	روابط اجتماعی	
۴/۳۸	۲۸/۳۳	۳/۰۶	۲۵/۴	محیط و وضعیت زندگی	
۱/۸۳	۲۳/۳	۲/۳۷	۲۳/۲	سلامت جسمانی	شاهد با پیش آزمون
۲/۵۶	۱۸/۵	۳/۲۲	۱۸/۴	سلامت روانی	
۱/۲۵	۱۰/۰	۱/۴۰	۹/۴	روابط اجتماعی	
۳/۷۷	۲۵/۱	۴/۳۱	۲۴/۲	محیط و وضعیت زندگی	
۱/۳۲	۲۸/۸	-	-	سلامت جسمانی	آزمایش بدون پیش آزمون
۱/۲۸	۲۵/۲	-	-	سلامت روانی	
۰/۹۶	۱۱/۷	-	-	روابط اجتماعی	
۴/۰۱	۲۸/۳	-	-	محیط و وضعیت زندگی	
۱/۹۸	۲۳/۹	-	-	سلامت جسمانی	شاهد بدون پیش آزمون
۱/۵۲	۱۸/۲	-	-	سلامت روانی	
۰/۸۳	۹/۸	-	-	روابط اجتماعی	
۲/۶۹	۲۷/۳	-	-	محیط و وضعیت زندگی	

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی شفه برای بررسی تفاوت میانگین دو به دو گروه‌ها در متغیر کیفیت زندگی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) شهر بابل در سال ۱۳۹۴

sig	خطای استاندارد	تفاوت میانگین دو گروه i-j	گروه J	گروه I
<۰/۰۰۱	۲/۱۵	۱۷/۷۶	شاهد با پیش آزمون	آزمایش با پیش آزمون
۰/۹۹۹	۲/۱۵	-۰/۳۰	آزمایش بدون پیش آزمون	
<۰/۰۰۱	۲/۱۵	۱۵/۳۰	شاهد بدون پیش آزمون	آزمایش بدون پیش آزمون
<۰/۰۰۱	۲/۱۵	۱۸/۰۶	شاهد با پیش آزمون	
<۰/۰۰۱	۲/۱۵	۱۵/۶۰	شاهد بدون پیش آزمون	شاهد با پیش آزمون
۰/۶۶۴	۲/۱۵	-۲/۴۶	شاهد با پیش آزمون	

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه یافته‌های آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی زنان نابارور را در چهار بعد سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی ارتقا داد. نتایج این تحقیق، با مطالعه کاویانی و همکاران همسواست (۲۳). آن‌ها در پژوهشی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کیفیت زندگی افراد افسرده غیربالینی گزارش کردند. محققان دریافتند که تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه حال، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد و در نتیجه موجب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود. همچنین مدنی و حجتی در تحقیق خود اذعان داشتند که شناخت درمانی مبتنی بر آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می‌دهد (۲۴). Kocovski و همکاران، نیز در مطالعه خود بیان داشتند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، وضعیت خلقی، کارکردی و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (۲۵). Baer در مطالعه خود نتیجه گرفت که تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد که چنین حالتی می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد (۲۶). Morone و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که تمرینات ذهن آگاهی، باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شود که این امر تأثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد (۲۷). Davidson و همکاران، در

مطالعه خود اذعان داشتند آموزش ذهن آگاهی بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را در پی دارد (۲۸). همچنین Nyklicek و Kuijpers مشاهده کردند که ذهن آگاهی موجب کاهش استرس ادراک شده و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۲۹). همچنین نتیجه تحقیق Roth و Robbins، به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، حاکی از افزایش سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی بوده است (۳۰). حبیبی و همکاران، نیز در پژوهشی اثربخشی درمان ذهن آگاهی را بر ارتقای کیفیت زندگی سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر نشان دادند (۳۱).

در تبیین اثربخشی ذهن آگاهی بر ارتقای کیفیت زندگی زنان نابارور می‌توان به چند نکته اشاره نمود. در این مدل درمانی، آزمودنی‌ها با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابند که هیجانات مثبت از قبیل شادی، کیفیتی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند. هیجانات خوشایند، زمانی تجربه می‌شوند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به یک نوع رهایی برسد. تمرینات ذهن آگاهی موجب شد تا زنان نابارور نسبت به افکار و احساساتشان هوشیارتر شوند و آن‌ها را صرفاً به صورت رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه جنبه‌هایی از «خود». در نتیجه،

نحوه ارتباط آن‌ها با افکارشان تغییر کرد و باعث شد به مسایل منفی و رویدادهای ناخوشایند که موجب اثرات منفی بر کلیت کیفیت زندگی آن‌ها می‌شد، واقع بینانه‌تر و با حالتی از پذیرش و به دور از قضاوت پاسخ دهند. همچنین، زنان نابارور در طی تمرینات ذهن آگاهی آموختند که افکار واقعیت خارجی ندارد و ساخته و پرداخته ذهن آن‌ها است. در نتیجه در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا این تغییر را پیدا کردند که با اتخاذ موضع غیر قضاوتی و مشاهده‌گرانه از کنار افکار خود رد شوند و صرفاً به تماشای آن‌ها بپردازند، بدون این که الزاماً طبق آنچه که افکارشان دستور می‌دهد، رفتار کنند.

حال سؤال مهم این است که سازوکار تأثیر روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود سلامت جسمانی و روانی زنان نابارور چیست؟ ناباروری مسأله بغرنجی است که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی بسیاری به همراه داشته باشد. احساس ناتوانی در باروری و واکنش‌های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به این دسته از افراد زمینه‌ساز بسیاری از فشارهای روانی برای این گروه است و موجب کاهش کیفیت زندگی در آنان می‌شود (۳۲). براساس مطالعه‌ای مداخلات روان‌شناختی بر کیفیت زندگی زوج‌های نابارور مؤثر است و همچنین در این افراد میزان بارداری نیز افزایش می‌یابد (۳۳). با توجه به اهمیت ارتباط ذهن و بدن در پدیده ناباروری، در سال‌های اخیر توجه قابل ملاحظه‌ای به نقش عوامل روان‌شناختی در زمینه نازایی شده است و دانش پزشکی ارتباط بین نازایی و عوامل

روان‌شناختی را مطرح می‌کند (۳۴). Kabat-Zinn، معتقد است فنون ذهن آگاهی با فراهم آوردن فرصتی برای مراقبه، در افزایش آرام بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد (۳۵). تمرینات ذهن آگاهی با حذف یا کاهش احساسات ملال انگیز ناشی از ناباروری می‌تواند کمک قابل توجهی به این گروه از زنان و بهبود کیفیت زندگی بنماید. همچنین با توجه به پیشینه پژوهشی که حاکی از کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در اثر تمرینات ذهن آگاهی می‌باشد، نیز می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که تمرینات ذهن آگاهی به صورت غیرمستقیم بر بهبود کیفیت زندگی مؤثر واقع می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر، ضرورت وجود روان‌شناسان و مشاوران متبحر در فنون روان‌درمانی، به خصوص ذهن آگاهی را در مراکز ناباروری تأکید می‌نماید.

این مطالعه به رغم جنبه‌های مثبت زیادی که داشت، از جمله کاربرد تکنیک روان‌درمانی ذهن آگاهی برای اولین بار در حوزه ناباروری ایران و طرح تحقیقی چهار گروهی سولومون، با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بوده است. تعداد زیادی از بیماران به علت تمایل به شروع درمان‌های کمک باروری، شرط فاصله از درمان برای ۸ هفته را نپذیرفتند، بنابراین وارد مطالعه نشدند. این مشکل ممکن است تا حدی نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد. نکته دیگر آن که، تعداد ۵ نفر از گروه آزمایش نیز از مطالعه خارج شدند. البته با تحلیل آماری «قصد درمان» تا حد زیادی سوگیری حذف بیماران، کنترل شد.

مصنوعی، لقاح آزمایشگاهی و یا تزریق اسپرم داخل تخمک، بر نتایج باروری موفق در تحقیقات بعدی، از دیگر پیشنهادها می‌باشد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر منتج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته مشاوره توانبخشی است که در سال ۱۳۹۴ انجام یافته است. از این روی از تمامی کارکنان مرکز تحقیقات باروری و ناباروری حضرت فاطمه زهرا (س) شهرستان بابل و همه زنان ناباروری که در مطالعه شرکت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

نتیجه کلی آن که، روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، یک روش درمانی قابل اعتماد جهت ارتقای کیفیت زندگی زنان نابارور در ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، و محیط زندگی می‌باشد. این یافته‌ها به پزشکان و کارکنان مراکز ناباروری پیشنهاد می‌کند که با آموزش فنون ذهن آگاهی به مراجعان مراکز ناباروری، سلامت جسمانی و روانی این بیماران را ارتقا دهند. همچنین، پیشنهاد می‌شود سایر اثرات فنون ذهن آگاهی از جمله تأثیر بر روابط زوج‌ها در مطالعات بعدی بررسی گردد. اثربخشی به‌کارگیری فنون ذهن آگاهی قبل از شروع درمان‌های کمک ناباروری از قبیل تلقیح

منابع

- 1 - Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. [The prevalence of infertility in Iran, a systematic review]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2014; 16(81): 1-7. (Persian)
- 2 - Pasha H, Basirat Z, Esmailzadeh S, Faramarzi M, Adibrad H. Marital intimacy and predictive factors among infertile women in northern Iran. *J Clin Diagn Res*. 2017 May; 11(5): QC13-QC17.
- 3 - Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GH, Braat DD, Brewaeys AM, Dolfin JG, et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Hum Reprod*. 2003 Jul; 18(7): 1536-43.
- 4 - Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL. Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007 Apr; 88(4): 529-36.
- 5 - Goli M, Firozeh F, Ahmadi SM. [Quality of life and its related factors in infertile women of Isfahan 2008]. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2012; 20(3): 63-70. (Persian)
- 6 - Jamilian M, Rafei M, Jamilian HR, Esmkhani F. [The comparison of general health between fertile and infertile women of Arak City in 2010]. *Arak Medical University Journal*. 2012; 14(59): 27-35. (Persian)
- 7 - Nilforooshan P, Latifi Z, Abedi MR, Ahmadi SA. [Quality of life and its different domains in fertile and infertile women]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2006; 4(1,2): 66-70. (Persian)
- 8 - Faramarzi M, Kheirkhah F, Esmaelzadeh S, Alipour A, Hjiahmadi M, Rahnama J. Is psychotherapy a reliable alternative to pharmacotherapy to promote the mental health of infertile women? A randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008 Nov; 141(1): 49-53.
- 9 - Faramarzi M, Pasha H, Esmailzadeh S, Kheirkhah F, Heidary Sh, Afshar Z. The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril*. 2013 Oct-Dec; 7(3): 199-206.
- 10 - Vittengl JR, Jarrett RB, Weitz E, Hollon SD, Twisk J, Cristea I, et al. Divergent outcomes in cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for adult depression. *Am J Psychiatry*. 2016 May 1; 173(5): 481-90.
- 11 - Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008 Mar; 46(3): 296-321.
- 12 - Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.

- 13 - Rygh JL, Sanderson WC. Treating generalized anxiety disorder: evidence-based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford Press; 2004.
- 14 - Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*. 2007; 18(4): 211-237.
- 15 - Cayoun BA. A four-stage model of mindfulness-based cognitive behavioral therapy: training manual for crisis intervention and relapse prevention. Manuscript sent for publication. 2005.
- 16 - Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord*. 2008 May; 108(1-2): 159-64.
- 17 - Pasha H, Faramarzi M, Esmailzadeh S, Kheirkhah F, Salmalian H. Comparison of pharmacological and nonpharmacological treatment strategies in promotion of infertility self-efficacy scale in infertile women: a randomized controlled trial. *Iran J Reprod Med*. 2013 Jun; 11(6): 495-502.
- 18 - Panahi F, Faramarzi M. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on depression and anxiety in women with premenstrual syndrome. *Depression Research and Treatment*. 2016; Article ID 9816481.
- 19 - WHO. Measuring quality of life. Geneva: World Health Organization; 1996.
- 20 - Creswell JW. Educational research: planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. 4th ed. Boston, MA: Pearson; 2012.
- 21 - Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York, NY: Delacorte Press; 1990.
- 22 - Mohammady M, Sadeghi M, Janani L. [Intention to treat analysis in randomized clinical trials: a review]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(2): 138-151. (Persian)
- 23 - Kaviani H, Hatami N, Shafieabadi A. [The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people]. *Advances in Cognitive Science*. 2009; 10(4(40)): 39-48. (Persian)
- 24 - Madani Y, Hojati S. [The effect of mindfulness-based cognitive therapy on marital satisfaction and quality of life in couples]. *Applied Psychological Research Quarterly*. 2015; 6(2): 39-60. (Persian)
- 25 - Kocovski NL, Fleming JE, Rector NA. Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: an open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009 Aug; 16(3): 276-289.
- 26 - Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003 Jun; 10(2): 125-143.
- 27 - Morone NE, Lynch CS, Greco CM, Tindle HA, Weiner DK. "I felt like a new person." the effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *J Pain*. 2008 Sep; 9(9): 841-8.
- 28 - Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug; 65(4): 564-70.
- 29 - Nyklicek I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med*. 2008 Jun; 35(3): 331-40.
- 30 - Roth B, Robbins D. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. *Psychosom Med*. 2004 Jan-Feb; 66(1): 113-23.
- 31 - Habibi M, Imani S, Pashaei S, Zahiri Sorori M, Mirzaee J, Zare M. [Effectiveness of mindfulness treatment on quality of life in opium abusers: promotion of the mental and physical health]. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2013; 2(5): 63-81. (Persian)
- 32 - Haririan HR, Mohammadpour Y, Aghajanloo A. [Prevalence of depression and contributing factors of depression in the infertile women referred to Kosar Infertility Center, 2009]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010; 13(2): 45-49. (Persian)
- 33 - Abedinia N, Ramezanzadeh F, Noorbala AA. Effects of a psychological intervention on quality of life in infertile couples. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2009 Oct; 3(3): 87-93.
- 34 - Feili A, Borjali A, Sohrabi F, Farrokhi N. [The comparative efficacy of cognitive - behavior therapy and teasdale mindfulness-based cognitive therapy of infertile depressed women's rumination]. *Armaghane Danesh*. 2012; 17(1): 14-21. (Persian)
- 35 - Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003 Jun; 10(2): 144-156.

The effect of mindfulness-based cognitive psychotherapy on quality of life in infertile women

Tahere Rahmani Fard* (MSc.) - Seyed Mohammad Kalantarkousheh** (Ph.D) - Mahbobeh Faramarzi*** (Ph.D).

Abstract

Article type:
Original Article

Received: May 2017
Accepted: Aug. 2017
e-Published: 18 Dec. 2017

Background & Aim: Infertile women experience greater stress in their life and have lower quality of life compared to fertile women. The present study aimed to evaluate the effect of mindfulness-based cognitive psychotherapy (MBCT) on quality of life in infertile women.

Methods & Materials: In a randomized clinical trial (IRCT2017021132321N2) with the Solomon four-group design, 60 infertile women referred to Fatemeh Zahra Infertility Research Center in Babol in 2015, were randomly assigned into four groups (15 in the group of experiment with pretest, 15 in the group of experiment without pretest, 15 in the group of control with pretest, 15 in the group of control without pretest). A total of thirty participants in the experimental group received MBCT in eight group sessions (120 minutes, once a week). The control group received no intervention. Thirty participants at the beginning and sixty participants at the end of study completed the Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-26). Data were analyzed by the SPSS software version 20 using univariate ANCOVA.

Results: The mindfulness-based cognitive psychotherapy improved the quality of life in both experimental groups. The mean scores for all the four domains of quality of life including, physical health, psychological health, social relationships, and environment significantly increased in both experimental groups compared to control groups ($P < 0.05$).

Conclusion: The use of MBCT as a reliable method for promoting the quality of life of infertile women is recommended in infertility clinics.

Corresponding author:
Mahbobeh Faramarzi
e-mail:
mahbob330@yahoo.com

Key words: mindfulness based psychotherapy, quality of life, infertility

Please cite this article as:

- Rahmani Fard T, Kalantarkousheh SM, Faramarzi M. [The effect of mindfulness-based cognitive psychotherapy on quality of life in infertile women]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(3): 277-289. (Persian)

* MSc. in Rehabilitation Counseling, School of Psychology and Education Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

** Assistant Professor, Dept. of Counseling, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

*** Associate Professor, Dept. of Psychology, School of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran; Member of Infertility and Reproductive Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran