

اثر زوج درمانی رفتاری بر سلامت روان و تعارضات زناشویی زوج‌های نابارور

سید مجتبی احمدی^۱، خیراله صادقی^۱، میترا بختیاری^۲، منصور رضایی^۳، جمیله شاهرودی^{۴*}

^۱ گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

^۲ گروه علوم تشریح و بیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

^۳ گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

^۴ کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

چکیده

افراد مبتلا به ناباروری در معرض مشکلاتی همچون کاهش سلامت روان و تعارضات زناشویی قرار گیرند. زوج درمانی رفتاری رویکرد جدیدی است که ممکن است در رفع مشکلات افراد مؤثر باشد. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثر زوج درمانی رفتاری بر افزایش سلامت روان و کاهش تعارضات زناشویی زوجین نابارور بود. جامعه‌ی آماری پژوهش زوج‌های نابارور کرمانشاه بودند که از میان آن‌ها ۲۴ زوج با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌های سلامت روان (GHQ-28) و تعارضات زناشویی کنزاس (KMCS) بود. بر اساس یافته‌ها بین دو گروه آزمایشی و کنترل در متغیر تعارضات زناشویی دو گروه مذکر و مؤنث تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین در متغیر سلامت روان زنان بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت؛ در گروه مذکر تفاوت یافت نشد. بنابراین زوج‌درمانی رفتاری در افزایش سلامت روان و کاهش تعارضات زناشویی زوجین نابارور مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: زوج‌درمانی رفتاری؛ سلامت روان؛ تعارضات زناشویی؛ ناباروری

مقدمه

نازایی عبارت است از عدم باروری بعد از یک سال مقاربت بدون استفاده از وسایل جلوگیری از باروری. بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده ۱۵ درصد زوج‌ها علی‌رغم تمایل، فرزند ندارند و ۱۰ درصد نیز کمتر از تعداد دلخواه فرزند دارند. سازمان بهداشت جهانی، ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر را در سراسر جهان درگیر ناباروری اولیه و ثانویه می‌داند (Seyed fatemi, F., 2001). فرایند ناباروری ابعاد هیجانی و عاطفی خاصی را در افراد ایجاد می‌کند. با توجه به یافته‌های پژوهشی میزان بالای اضطراب و افسردگی باعث کاهش باروری، حتی پس از اجرای راهبردهای IVF می‌شود (Saki, M., 2005). با توجه به این مسائیل چشم‌پوشی کردن از مشکلات روانی ناباروری و فقط بررسی آن در زمینه‌ی پزشکی مانعی بزرگ بر سر راه درک انسان به‌صورت یک کل یکپارچه است. پس باید ناباروری را در قلمرو علوم رفتاری نیز مورد بررسی قرارداد (Hasani, F., 2008). همچنین یک رابطه‌ی زناشویی صمیمی مستلزم آن است که زوجین یاد بگیرند با هم ارتباط برقرار کنند و با هم متفاوت باشند. تعارض زمانی به وجود می‌آید که زوجین به دلیل همکاری و تصمیمات مشترکی که می‌گیرند درجات مختلفی از استقلال و همبستگی را نشان دهند که این تفاوت‌ها را می‌توان روی یک پیوستار، از تعارض خفیف تا تعارض کامل طبقه‌بندی کرد (Afkhani, E., 2007).

علیرغم اهمیت تعارضات در روابط زناشویی تاکنون تحقیقات کاربردی اندکی در این زمینه انجام شده است. در این پژوهش کاربرد نظریه زوج‌درمانی رفتاری در کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سلامت روان زوجین مورد بررسی قرار می‌گیرد. انجام این تحقیق کاربرد فنون زوج‌درمانی رفتاری را در شرایط فرهنگی - اجتماعی ایران را بررسی کرده و ضمن جبران کمبود تحقیقات کاربردی، الگوهای عملی و رفتاری را برای کاهش تعارضات زوجین و افزایش سلامت روان آن‌ها تدوین و ارائه می‌کند.

روش

شرکت کنندگان

این پژوهش، از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی زوج‌های نابارور شهر کرمانشاه بودند که برای درمان ناباروری به مرکز درمان ناباروری معتضدی مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی پژوهشی آن شامل ۲۴ زوج بودند که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند. این ملاک‌ها شامل: کسب نمره‌ی بالاتر از ۲۲ در پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، تأیید وجود اختلال در سلامت روان افراد بر طبق مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت نامه کتبی، ایجاد نشدن اختلال در فرایند درمان ناباروری، عدم وجود اختلال روان پزشکی دیگر به صورت همزمان، گذشت حداقل دو سال از زمان ازدواج زوجین و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بود.

ابزار

پرسش‌نامه‌ی سلامت روان (GHQ): توسط گلدبرگ و هیلر ساخته شد استفاده شده که دارای ۲۸ ماده و چهار زیر مقیاس می‌باشد و نمره‌ی کم‌تر در این پرسش‌نامه بیانگر سلامت روانی بهتر است. ضریب اعتبار در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ به دست آمد.

* e-mail: Shahverdi.jamile@yahoo.com

پرسش نامه تعارض زناشویی کنزاس (KMCS): یک ابزار ۲۷ ماده‌ای است. این آزمون از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است و اعتبار حاصل از روش باز آزمایی بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۶ به دست آمد.

شیوه اجرا

ابتدا روی زوجینی که به دلیل ناباروری به مرکز درمان ناباروری معتضدی مراجعه کردند پیش آزمون اجرا شد و از آن‌ها ۲۴ زوج که نمره‌ی سلامت روان آن‌ها بیشتر از ۲۲ بود، انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. مداخله‌ی آزمایشی طی ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته روی گروه آزمایش اجرا و گروه کنترل فقط درمان روتین ناباروری را دریافت می‌کردند. پس از پایان ۱۰ جلسه مداخله‌ی درمانی، پس آزمون روی هر دو گروه اجرا گردید و بعد از دو ماه پیگیری انجام شد. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با شماره ۴۴۵۱ مورد تأیید قرار گرفته است و در مرکز ثبت کار آزمایی بالینی ایران با کد IRCT2014010716121N1 ثبت گردیده است.

نتایج

در این قسمت داده‌های حاصله بر اساس متغیرهای مورد مطالعه در قالب جدول گزارش شده است.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار نمره‌های تعارض زناشویی و سلامت روان دو گروه آزمایشی و کنترل در زمان‌های مختلف به تفکیک جنسیت

متغیرها	جنسیت	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پی گیری
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
تعارض زناشویی	زن	آزمایش	۷۵/۵۰	۷/۴۷	۸۹/۴۵	۷/۹۱	۵/۹۹
	زن	کنترل	۷۹/۹۱	۸/۰۸	۷۷/۳۳	۱۰/۴۸	۸/۳۰
سلامت روان	مرد	آزمایش	۸۰/۱۸	۱۱/۶۸	۹۱/۳۰	۱۰/۲۷	۸/۳۶
	مرد	کنترل	۸۴/۲۵	۱۱/۲۰	۸۷/۱۰	۹/۷۰	۹/۸۰
سلامت روان	زن	آزمایش	۶۱/۷۵	۷/۹۱۰	۴۱/۱۸	۱۰/۶۱	۱۱/۳۷
	زن	کنترل	۵۸/۹۱	۱۱/۸۸	۶۳/۱۶	۱۲/۹۵	۱۲/۰۱
سلامت روان	مرد	آزمایش	۴۶/۷۲	۷/۲۱	۴۲/۹۰	۷/۹۳	۱۱/۷۰
	مرد	کنترل	۴۵/۰۸	۹/۰۴	۸۰/۴۵	۸/۶۵	۷/۷۱

در مقیاس تعارض زناشویی در دو طبقه‌ی مونث و مذکر در گروه آزمایش، پس آزمون و پی گیری نسبت به پیش آزمون افزایش نمره دیده می‌شود (در پرسش نامه‌ی تعارض زناشویی کنزاس هر چه نمره افزایش یابد تعارض زناشویی کاهش پیدا می‌کند) اما در گروه کنترل تغییر چشم گیری در نمرات دیده نشد. در مقیاس سلامت روان دو طبقه‌ی مذکر و مونث در گروه آزمایش، پس آزمون و پی گیری نسبت به پیش آزمون کاهش نمره دیده می‌شود (در پرسش نامه‌ی سلامت روان هر چه نمره کاهش پیدا کند سلامت روان بهتر است) ولی در گروه کنترل آن‌ها افزایش نمره دیده می‌شود.

بحث

سلامت روان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ارتقاء زندگی انسان‌ها محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می‌کند. خانواده به‌عنوان اولین گروه اجتماعی نقش عمده‌ای در شکل‌گیری سلامت روان افراد دارد (Mirahmadi L, 2012). تمام انسان‌ها اولین تجارب خود را از خانواده آغاز می‌کنند و زوجین به‌عنوان کانون خانواده نقش مهم‌تری به عهده‌دارند. بنابراین باید به زوجین به‌عنوان هسته اصلی خانواده توجه ویژه‌ای شود (seligman MEP, 2002). سلامت و پویایی خانواده ریشه در سلامت روان و شادابی زوجین و سلامت روانی زوجین به نحوه تفکر، احساس و عمل آن‌ها بستگی دارد (Keshavarz A, 2007). این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری برافزایش سلامت روان و کاهش تعارضات زناشویی زوجین نابارور انجام شده است. نتایج نشان می‌دهد که سلامت روان در زوج‌های نابارور قبل از مداخله کم بود و در دوره‌ی پس‌آزمون و پی گیری افزایش داشته است. البته سلامت روان در زنان بعد از مداخله در مقایسه با گروه کنترل بیشتر شد اما گروه آزمایش مردان نسبت به گروه کنترل تغییر معناداری یافت نشد که نشان می‌دهد قرار گرفتن در گروه کنترل برای مردان مشابه با قرار گرفتن در گروه آزمایش بود زوج‌درمانی به شیوه‌ی رفتاری باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سلامت روان در زوج‌های نابارور بعد از پایان جلسات درمانی و پس از دوره‌ی پی گیری ۲ ماهه شده است؛ و شاید تعارضات و مسایل روان‌شناختی از عوامل عمده در نازایی این زوجین باشد که حتی درمان جسمی را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر بعد از اعمال مداخله زوج‌درمانی رفتاری در مورد گروه آزمایش ۲ نفر باردار شدند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که در زوجین ناباروری که جهت درمان خود به متخصصین زنان و زایمان مراجعه می‌کنند و علت عضوی مشخصی برای اختلال آن‌ها بر اساس معاینات پاراکلینیکی یافت نمی‌شود، ارجاع آن‌ها به مراکز مشاوره و روان‌درمانی جهت ارزیابی بالینی و استفاده از درمان‌های زوج‌درمانی رفتاری بسیار مفید بوده و بخشی از درمان ناباروری آن‌ها به شمار می‌آید (Hasani F, 2008).

نتایج مطالعه همچنین نشان داد که تعارضات زناشویی قبل از مداخله در زوج‌های نابارور بالا بود و بعد از مداخله کاهش چشمگیری داشت. البته این تفاوت نمره در گروه آزمایش زنان نسبت به گروه کنترل چشمگیرتر بود؛ اما در دو گروه آزمایش و کنترل مردان تفاوت معناداری یافت نشد که نشانه می‌دهد قرار گرفتن در گروه کنترل در آن‌ها مشابه قرار گرفتن در گروه آزمایش است؛ و این نتایج در دوره پی‌گیری نیز حفظ شد (Soudani M, 2011).

زوج‌درمانی به شیوهی رفتاری باعث کاهش تعارضات زناشویی و افزایش سلامت روان در زوج‌های نابارور بعد از پایان جلسات درمانی و پس از دوره‌ی پی‌گیری ۲ ماهه شده است؛ و شاید تعارضات و مسایل روان‌شناختی از عوامل عمده در نازایی این زوجین باشد که حتی درمان جسمی را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. از سوی دیگر بعد از اعمال مداخله زوج‌درمانی رفتاری در مورد گروه آزمایش ۲ نفر باردار شدند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که در زوجین ناباروری که جهت درمان خود به متخصصین زنان و زایمان مراجعه می‌کنند و علت عضوی مشخصی برای اختلال آن‌ها بر اساس معاینات پاراکلینیکی یافت نمی‌شود، ارجاع آن‌ها به مراکز مشاوره و روان‌درمانی جهت ارزیابی بالینی و استفاده از درمان‌های زوج‌درمانی رفتاری بسیار مفید بوده و بخشی از درمان ناباروری آن‌ها به شمار می‌آید.

در این پژوهش افراد با تحصیلات زیر دیپلم از مطالعه خارج شدند که این مسئله می‌تواند جزء محدودیت‌های پژوهش محسوب شود. اگرچه تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است اما می‌توان ادعا داشت که مداخله زوج‌درمانی رفتاری تأثیر مهمی بر زوجین نابارور داشته و باعث کاهش عوامل روان‌شناختی قبل و بعد از ناباروری در آن‌ها می‌شود؛ لذا استفاده از این راهبردها در زوجین نابارور باید مورد توجه متخصصین زنان و زایمان قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این پژوهش از تمام پرسنل زحمتکش مرکز درمان ناباروری معتضدی و بیمارانی که آنها را در جمع آوری اطلاعات کمک کند تشکر می‌کنند.

منابع

- Afkhami, E., Fatehizade, M. & Bahrami, F. (2007). A correlational study on couples' forgiveness and marital conflicts in Yazd province. *Journal of Family Research*, 3(9), 431-442.
- Hasani, F. (2008). The comparison of effectiveness between two couple therapies, CBCT and EFT on marital satisfaction in infertile male factor pairs. *Andisheh va raftar*, 4(14), 77-88.
- Hasani, F., Navabi Nezhad, S. & noranipoor, R. (2008). A Comparison of Effectiveness of Two Couple Therapies, CBCT and EFT, on Depression in Infertile Male-factor Pairs. *Women in development and politics*, 6(3), 61-83.
- Keshavarz, A. & Vafaian, M. (2007). Happiness and related factors. *Appl psychol*, 2(5), 51-62. (persian).
- Mirahmadi, L., Ahmadi, A. & Bahrami, F. (2012). Short-term effectiveness of marital therapy to self-regulation practices of happiness and mental health. *New findings in psychology*, 22, 33-43.
- Saki, M., Janani, F. & Estee, P. (2005). Emotional aspects of infertile couples seeking sperm receptor. *Journal of Reproduction and Infertility*, Abstract Proceedings of the National Seminar on gamete and embryo donation in infertility treatment, Supplement No. 5.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Translated by MostafaTabrizi, Ramin Karimi and Ali Niloofari. Australia: Random House Australia.
- Seyed fatemi, F. & Mehdi Hosseini, F. (2001). *Study of stressors and coping strategies of infertile women referring to Tabriz Al-Zahra hospital*. MA thesis. University of Tabriz University of Medical Sciences.
- Soudani, M., Nazari far, M., & Mehrabi zاده Hounarmand, M. (2011). The Effectiveness of Bornstein Behavioral-Communication Couple Therapy on Marital Conflicts. *Journal of Clinical Psychology*, 8(4), 1-8.