

مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجانی و معنادرمانی بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری

هاجر آقایی^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۲*}، لعلیا فرزندی^۳، علی نقی اقدسی^۴

چکیده

مقدمه: علایم سایکوسوماتیک در جامعه ی ناباروری از حوزه های پرچالش دنیای روانشناسی و پزشکی است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه ای آموزش راهبردهای خونظم جویی فرآیندی هیجان و معنادرمانی بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری بود. **روش پژوهش:** از نظر روش شناسی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق، کلیه زنان مبتلا به ناباروری مراجعه کننده به دو بیمارستان دنا و زینبیه شهرستان شیراز در تابستان ۱۴۰۳ بودند. به منظور نمونه گیری، از روش نمونه گیری غیرتصادفی هدفمند استفاده شد. حجم نمونه ۴۵ نفر بودند که بعد از انتخاب، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش دو مداخله را به طور جداگانه طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش دیدند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. ابزارهای تحقیق عبارت بودند از پرسشنامه علائم سایکوسوماتیک، مداخله آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان، معنادرمانی. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. **یافته ها:** یافته ها نشان دادند که تفاوت معناداری بین آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان و معنادرمانی بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری در مقایسه با گروه کنترل وجود دارد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج بدست آمده، هر دو مداخله به یک اندازه توانستند بر علایم سایکوسوماتیک زنان نابارور اثربخش باشند. در کل، چنین استنباط می شود که هر دو مداخله قدرت اثربخشی بر علایم سایکوسوماتیک در زنان نابارور را دارد. ($p < 0/01$).

کلیدواژه ها: آموزش راهبردهای خونظم جویی فرآیندی هیجان، علائم سایکوسوماتیک، معنادرمانی، ناباروری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۹/۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۱۰/۴

استناد: آقایی هاجر، علیوندی وفا، مرضیه، فرزندی لعلیا، اقدسی علی نقی. مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجانی و معنادرمانی بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۴؛ ۱۵(۲): ۴۲-۲۶

^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران، Hajar.aghaei@yahoo.com

^۲ - دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)، m.alivand@iaut.ac.ir
 تلفن: ۰۹۱۴۸۴۵۳۳۲۵

^۳ - استاد تمام، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، laya.farzadi@yahoo.com

^۴ - استادیار، گروه مشاوره، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، ایران alinaghi.aghdasi@yahoo.com

مقدمه:

یکی از دغدغه های خانواده ها که تبدیل به آرزوی مهم شده است، داشتن فرزند است که آن را نتیجه زندگی مشترک می دانند. با توجه به اینکه برخی خانواده ها فرزندآوری را عامل تداوم زندگی خود می دانند، عدم این امر را موجب نگرانی های دشواری می دانند (۱). به عنوان مثال، باگاد و همکاران، خاطرنشان کردند که بین ناباروری و پریشانی روانی زنان مبتلا به ناباروری حتی پس از رفع ناباروری نیز رابطه وجود دارد که نشان دهنده پیامدهای بلندمدت ناباروری بر سلامت روان می باشد (۲). داشتن تجربه ناباروری یکی از سخت ترین مشکلاتی است که زوج های زیادی با آن مواجه می شوند و به عنوان یک پدیده آسیب زا بر آنها استرس وارد می کند و شدت استرس بسته به نوع فرهنگ قومی و باورهای فردی، متفاوت می باشد (۳). این امر زمانی اتفاق می افتد که معمولاً پس از دوازده ماه رابطه جنسی منظم و عدم استفاده از وسایل جلوگیری نتیجه ای حاصل نشود. این تعریف توسط سازمان بهداشت جهانی بیان گردیده است (۴). ناباروری مشکلی است که حدود ۲۰٪ زوجین با آن درگیر هستند. همچنین طبق گزارشات سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه از هر چهار زوج یک زوج مشکل ناباروری دارند و برخی گزارشها نشان می دهند بین ۱۲-۲۰٪ زوج ها نابارورند، ۴۰٪ از مجموع ناباروری ها به زنان، ۴۰٪ درصد به مردان و ۲۰٪ هم به هر دو جنس مربوط می شود (۵).

موضوع رابطه بین تن و روان از زمان های متمدنی مورد بحث بوده است و امروزه متخصصان حوزه های علمی، انسان را موجودی روانی، اجتماعی و جسمانی می دانند و این سه بعد را در زمینه شناخت انسان مورد توجه قرار داده اند و اذعان کرده اند که این سه بعد با هم رابطه متقابلی دارند (۶). باور بر این است که اختلالات روان تنی بین رابطه ذهن و بدن قرار دارند و بر همین اساس مغز از راه های ناشناسی پیام هایی را می فرستد که بر سطح آگاهی انسان تاثیر می گذارد و موجب یک بیماری جدی می شود که در ساختار بدن خلل ایجاد می کند (۷). با درک این موضوع که کیفیت زندگی، معیار اصلی درمان های مکمل محسوب می شود، روش های درمانی موجب تقویت نقش شان در بهبود شرایط زندگی فرد به دو بعد نشانه های جسمی (خستگی، درد، از دست دادن اشتها) و نشانه های عاطفی (افسردگی و اضطراب) می شوند (۸). همچنین، مکانیسم های ناشناخته روانی نیز وجود دارند که در سیستم بیوشیمی و ایمنی ایجاد می شوند و منجر به بیماری می شوند (۹). بعلاوه، متخصصان DSM بر این امر پافشاری دارند که در صورت شناسایی فشارها و عوامل روانی ایجادکننده یا تشدید کننده علائم آن بیماری، شرایط اولیه برای تشخیص گذاری اختلال روان تنی موجود هستند. این دسته از اختلالات به وجود نوعی ارتباط معنی دار، ارگانیک و متقابل بین جنبه های روانی و جسمانی وجود انسان اشاره دارند. طبق تحقیقات مقطعی، میزان بیماری افراد به دلیل اختلالات روانی در منطقه خاورمیانه نسبت به میزان کل آن در دنیا بسیار بیشتر است و در بین زنان بخاطر موانع فرهنگی و سایر محدودیت ها بیشتر به چشم می خورد که یکی از شایع ترین اختلالات، اختلالات سایکوسوماتیک یا روان تنی است (۱۰).

بررسی های متعددها نشان می دهد که تفاوت های جنسیتی در تنظیم هیجان، سبک های دلبستگی و مکانیسم های دفاعی در بروز علائم سایکوسوماتیک تاثیر دارند و وقتی سطح پریشانی پایین باشد زنان روان رنجورتر و علائم سایکوسوماتیک بیشتری نسبت به مردانی که سطح پریشانی پایینی دارند، بروز می دهند (۱۱). علائم سایکوسوماتیک امروز نسبت به گذشته به یک نگرانی مهم تبدیل شده است و بخش وسیعی از مشکلات را به خود اختصاص می دهد و حتی بر سلامت روان و کیفیت زندگی انسان نیز تاثیر جدی می گذارد (۱۲)؛ (۱۳). این اختلالات جسم و ذهن انسان را درگیر میکند و در بدن و پاتولوژیک فرد تغییراتی ایجاد می کند که ناشی از علل ذهنی و عاطفی می باشند (۱۴). در این بیماری ها معادله ساده ای وجود دارد که طبق آن عمل می شود: فشارهای روانی ناشی از عوامل محیطی + آمادگی قبلی زیستی و ژنتیکی (ضعف یا آسیب دیدگی اندام ها) = اختلالات روان تنی یا سایکوسوماتیک. در این بیماری یک عامل مهم به عنوان میانجی وجود دارد بنام فشارهای روانی که مابین ارگانیزم فرد و عوامل تنش زا قرار داد و بر مبنای توانایی ها و

شرایط سخت افراد، مشکلات جسمانی مختلفی ایجاد می شود. این عوامل دشوار و تنش زا مانند فشارهای شغلی و تحصیلی، حوادث زندگی، تعارض نقش ها، وجود محرومیت ها و نابرابری های اجتماعی، رواج تبعیض های نژادی قومی و جنسیتی، مشقت اقتصادی، سطح پایین استانداردهای زندگی هستند (۱۵). مطالعات جدید حاکی از وجود علایم سایکوسوماتیک متعدد مانند احساس درد در بدن، احساس سرگیجه، مشکل در هضم غذا بخاطر استرس در زنان مبتلا به ناباروری هستند (۱۶). با توجه به اینکه ناباروری، افراد را مستعد افسردگی و علائم روانی می کند، بروز رفتارهای تکانشی و باورهای منفی نسبت به بدن خود، شکایت های جسمی، مشکل در روابط زناشویی نیز به عنوان علائم فیزیکی این زنان قلمداد شده است (۱۷). اختلالات جنسی می تواند جزء عوارض مزمن ناباروری تلقی شود. شیوع بالای این اختلالات، عملکرد جنسی را تحت تاثیر مصرف داروها قرار می دهد که موجب نارضایتی زوجین می شود (۱۸). همچنین در این راستا، عدم رضایت جنسی موجب بی ثباتی رابطه زوجین و خیانت می شود و احتمال بروز طلاق را بالا می برد (۱۹).

در خصوص ناباروری، مداخله های متعدد روانشناختی وجود دارد که سالهاست به حوزه ی پزشکی ناباروری وارد شده است؛ اگرچه همنوایی مداخلاتی در این خصوص همچنان مورد تردید است ولی هدف اصلی بسیاری از مداخله های روانشناختی درباره زنان مبتلا به ناباروری، بالا بردن توانایی آنها به منظور مواجه با اضطراب و ناراحتی و تحمل درد و تحمل شیوه های درمانی است تا به بیمار کمک کند بتواند آن شرایط را کنترل نماید (۲۰). مثلاً برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی زنان مبتلا به ناباروری نشان می دهد که این امر موجب بهبود اضطراب و افسردگی جنسی و همچنین رضایت جنسی آنها می شود (۲۱). برخی متخصصان معتقدند که یکی از دلایل ناباروری، نداشتن کنترل بر هیجانات منفی و نداشتن تسلط بر عواطف نامطلوب روانی و نظم جویی هیجانی است که می تواند نقش مهمی در رویدادهای سخت و تنیدگی زا مانند ناباروری داشته باشد. این امر با افکار و شناخت ها با زندگی انسان در ارتباط است و به او کمک می کند بر هیجان های خود در طول و بعد از تجربه دشوار و استرس زا فائق آید (۲۲). نظم جویی هیجان شیوه ای است که طبق آن انسان تجربه خود از هیجان و دیدگاه خود در مورد آن را در شرایط بحرانی و ناراحتی با استفاده از راهبردهایی مانند پذیرش، سرکوب یا ارزیابی مجدد شناختی به منظور تغییر تجربه و شدت ابراز هیجان کنترل می کند (۲۳). این مدل از نظر گراس دارای پنج مرحله است که عبارتند از شروع، موقعیت، توجه، ارزیابی و پاسخ. این مدل دارای چندین مولفه می باشد که عبارتند از (الف) ابعاد درونی درک و شناسایی هیجان های خود و تعدیل و ارتباط مناسب با آنها؛ (ب) مولفه های اجتماعی درک و شناسایی حالت هیجانی افراد؛ و (ج) مولفه های رفتاری در زمان پاسخ دهی مناسب در موقعیت های بین فردی است (۲۴). در اصل، منطق این نگاه آن است که یکی از دغدغه ها و مشکلات انسان در زندگی عدم توانایی در کنترل هیجانات و واکنش مناسب داشتن بدانها و نظم جویی هیجانات در قالب شیوه های مقابله و کنار آمدن با شرایط پراسترس و رویدادهای سخت زندگی می باشد (۲۵). از طرف دیگر، تنظیم هیجان مثبت و منفی بر سازگاری با ناباروری و پریشانی زنان نابارور تاثیر دارد (۲۶). زنان معمولاً پریشانی عاطفی شدیدتری را تجربه می کنند، در حالی که مردان برای سرکوب احساسات خود تحت فشار شدیدتری هستند و این منجر به فشارهای رابطه ای نیز می شود (۲۷). در واقع، تنظیم هیجان می تواند نقش مهمی در راه اندازی، افزایش یا کاهش و یا حفظ هیجان های مثبت و منفی ایفا نماید (۲۸)؛ چراکه می تواند بر مسائل فیزیولوژیکی، تجربی و رفتاری اثر بگذارد (۲۹). نظم جویی هیجان موفق، نتایج مثبتی به همراه دارد مانند رشد صلاحیت های اجتماعی و یکی از عوامل اساسی بهزیستی می باشد (۳۰)؛ موضوعی که مورد تایید تحقیقات متعدد در حوزه های پزشکی دیگر نیز می باشد (۳۱؛ ۳۲؛ ۳۳).

بعلاوه، بررسی ها نشان داده است که ناباروری بعلا ابعاد زایشی و آفرینشی آن، با بعد معنایی زنان ارتباط دارد؛ به طوری که متخصصان امر بر استفاده از مداخلات معنامحور در سالهای اخیر تاکید شده است. معنا در اصل امری مهم و ماتقدم است و به منظور بررسی معنای

زندگی باید به سرچشمه زندگی توجه کرد. همچنین نگاه روانشناسانه به مسئله معنای زندگی نوعی فروکاست معنا از امری عام به خاص است و نگاه فلسفی بدان زمینه ساز ممانعت از پوچ گرایی عام در زندگی است (۳۴). معنادرمانی تحت عنوان یک روش درمانی نوعی محرک زندگی انسان است و موجب می شود افراد به دلایل قانع کننده ای برای زندگی داشته باشند. همچنین به خاطر اینکه این روش درمانی موجب بهبود وضعیت ذهنی می شود باعث می شود انسان در شرایط حساس و ناخوشایند زندگی عکس العمل های مثبت تر و دقیق تری نشان دهد (۳۵). بر اساس بررسی ها، معنادرمانی موجب کاهش اختلالات روانی همچون مشکلات جسمانی، افسردگی، اضطراب و وجود مشکل در روابط بین فردی می شود (۳۶). معنادرمانی برای غلبه بر مشکلات انسانی در تلاش برای درک معنا، ارزشها، آزادی، تعهد، تصمیم گیری ها و اهداف زندگی فراتر از رنج و ناراحتی بکار گرفته می شود (۳۷) و در هر شرایطی، زندگی همیشه دارای معنا است و به فرد به صورت کل نگر نگاه می کند مانند آزادی انسان در زمینه خواسته ها در زندگی از نظر زیستی، روانی و اجتماعی (۳۸). همچنین معنادرمانی می توان تحمل و باورهای فراشناختی انسان را افزایش دهد و نگرانی که آنها نسبت به تصویری که از بدن خود را کاهش دهد، لذا بکارگیری این نوع درمان می تواند میزان افسردگی زنان مبتلا به این امر را کاهش دهد (۳۹). معنادرمانی یکی از کاربردی ترین رویکردها و موردپسندترین آن ها است که ریشه در نظریه های هستی گرایی دارد و نگاهش به انسان به گونه ای است که توانایی منحصر به فردی دارد که می تواند فراتر از محیط اطرافش، دارای حس آزادی است و توانایی انتخاب کردن دارد؛ اگرچه استفاده گسترده از آن نیازمند مطالعات گسترده ای است (۴۰). معنادرمانی یکی از روشهای درمانی است که می تواند به مراجع کمک کند تا احساسات خود را در زمان مواجهه با بیماری خود بیان کند. این ابراز احساسات موجب می شود فرد بطور واضح فکر کند و به آرامش دست یابد. شرایطی که در آن احساسات کنترل شده و تفکر روشن را ترویج می دهد، افراد را قادر می سازد تا در برخورد با مشکلات تصمیم بگیرند و شرایط موجود خود را بپذیرند. توانایی تأمل بر تجربیات گذشته برای معنا بخشیدن به زندگی در زمان حال و توانایی به اشتراک گذاشتن تجربیات با افرادی که همان رنج را کشیده اند از جنبه های مهم معنادرمانی موفق است (۴۱).

در کل، بر اساس این امر که جامعه ناباروری یکی از جوامع مهم در حوزه ی روانشناسی و پزشکی است و متخصصان امر بر مطالعه ی عوامل متعدد در تجربه ی علایم سایکوسوماتیک در این گروه تاکید دارند؛ لذا پژوهش حاضر در تلاش است تا به صورت مستقیم به مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان و معنادرمانی بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری بپردازد. امید است نتایج تحقیق حاضر ضمن پر کردن خلاء پژوهشی، به لحاظ کاربردی نیز گامی در جهت ارتقا سطح روانی بیماران مبتلا به ناباروری لحاظ شود.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح مطالعه از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به ناباروری مراجعه کننده به دو بیمارستان دنا و زینبیه شهرستان شیراز در تابستان ۱۴۰۳ بودند. به منظور نمونه گیری، از روش نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد. بر اساس نظر متخصصان، برای مطالعات آزمایشی در علوم انسانی حدود ۱۵ نفر در هر گروه تعیین شده است؛ لذا، در این مطالعه نیز ۱۵ نفر برای هر گروه انتخاب شد ($n=45$) (۴۲). معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱) داشتن پرونده پزشکی ناباروری توسط پزشک معالج، ۲) داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، ۳) داشتن فاصله سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، ۴) داشتن رضایت به شرکت در جلسات، ۵) داشتن سلامت روانپزشکی (عدم استفاده از داروهای روانپزشکی). معیارهای خروج عبارتند بودند از: ۱) عدم رعایت قوانین شرکت در جلسات، ۲) تکمیل نکردن یا ناقص تکمیل کردن پرسشنامه ها ۳) داشتن غیبت بیش از دو جلسه در جلسات، ۴) تشخیص ابتلا به سایر بیماری ها در طی جلسات؛ و ۵) شرکت همزمان در مداخلات روانشناسی دیگر.

لازم به ذکر است که پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه گیری، از زنان مبتلا به ناباروری، آزمون (پرسشنامه علائم سایکوسوماتیک) گرفته شد و سپس آنها در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش مداخله آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان (مبتنی بر مدل گروس که توسط قاندى جهرمی و همکاران اعتباریابی شد) (۴۳) و معنادرمانی فرانکل (۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای) را دریافت کردند (۴۴)؛ اما افراد حاضر در گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای در طی پژوهش دریافت نکردند. سپس از آنها پس آزمون گرفته شد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت آگاهانه زنان مبتلا به ناباروری جهت شرکت در تحقیق، به شرکت کننده گان توضیح داده شد که کارآزمایی یک فرایند پژوهشی می باشد و مشارکت در آن صرفاً داوطلبانه است و اگر افراد تمایل به شرکت در تحقیق را نداشته باشند این امر مراقبت از نمونه، حقوق و سلامت آزمودنی را تحت تاثیر قرار نخواهد داد، و کلیه اطلاعات آنها در پرسشنامه ها و شرکت آنها در فرایند مداخلات درمانی به صورت محرمانه نگهداری خواهد شد. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه استفاده شد که در زیر به آنها اشاره شده است.

پرسشنامه علائم روان تنی (سایکوسوماتیک) در محیط غیر بالینی موه‌ر (۴۵): پرسشنامه علائم روان تنی غیربالینی از نوع خود گزارش دهی است و شدت علائم روان تنی تجربه شده توسط فرد را اندازه گیری میکند (۴۵). این پرسشنامه برای اولین بار توسط بامامیری و همکاران ترجمه شد و دارای ۲۰ است که بر روی طیف لیکرتی ۵ درجه ای از «هیچ وقت» تا «تقریباً هر روز» پاسخ داده میشوند. پایایی درونی این پرسشنامه را در مطالعات مختلف و با نمونه های مختلف بین ۰/۷ تا ۰/۹۳ ذکر کرده است. او در پژوهش خود، میزان پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش تنصیف اسپیرمن- براون، ۰/۸۷ بدست آمد که کاملاً رضایتبخش است (۴۶). در تحقیق دمیری و همکاران پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و دونیمه سازی به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۸۹ به دست آمد. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۵ بدست آمد. در خصوص روایی، موه‌ر روایی همگرایی و روایی واگرایی این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده است (۴۷). در پژوهش بامامیری و همکاران تعیین روایی این پرسشنامه از یک سوال کلی استفاده کردند که ضریب بدست آمده ۰/۴۱ بود (۴۶). علاوه بر این، روایی علائم روانتنی در محیط غیربالینی، با استفاده از روش تحلیل عوامل تاییدی نیز مورد بررسی و تایید قرار گرفت. در تحقیق دمیری و همکاران بررسی روایی این پرسشنامه از تحلیل عوامل تاییدی استفاده کردند که شاخص های به دست آمده از الگوی تحلیل عاملی تأییدی در این مقیاس، به شاخص های برازندگی نزدیک بوده و نشان میدهند که الگوی تحلیل عاملی تأییدی، دارای برازش قابل قبولی است (۴۷).

برای آرایه مداخله ها در این تحقیق، از دو بسته ی مداخله ای آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی و مداخله معنادرمانی استفاده شد. بسته آموزش مداخله معنادرمانی که اساساً توسط فرانکل طراحی شده است و دارای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای است، استفاده شد (۴۴).

جدول ۱: بسته آموزش معنادرمانی

جلسات	شرح مختصر جلسات	تکالیف جلسات
۱	معارفه مشاور و اعضا، جهت ایجاد همبستگی. تعیین اهداف و قوانین گروه.	اندیشیدن در مورد مطالب عنوان شده در جلسه
	بیان تاریخچه معنادرمانی و توضیح مختصری از زندگینامه دکتر فرانکل	جلسه

۲	تعریف و بیان معنادرمانی و لزوم وجود معنا در زندگی. توضیح مفاهیم یافتن یک معنا برای زندگی خود اصلی معنادرمانی: خلاء وجودی، آزادی اراده، اراده معطوف به معنا و معنای زندگی
۳	آگاهی از مسئولیت پذیری و نقش آن در بدست آوردن موفقیت. آموزش پذیرش مسئولیت یکی از ناکامی های معنابخشی به زندگی و پذیرش مسئولیت در موقعیت های بحرانی و نامی زندگی خویش کننده
۴	تعریف معنای باور و پذیرش خویشتن، شناخت ویژگی های خویش. تهیه لیستی از ویژگی ها و توانایی های توجه به آزادی معنوی. بیان این موضوع که انسان تحت سلطه شرایطش درونی نیست و حق انتخاب دارد
۵	شناخت منابع معنا: ارزش های خلاق، تجربی و گرایشی در زندگی. تکنیک تغییر نگرش، برای رهایی از آموزش ترمیم و بازسازی افکار، برای رهایی از احساسات پوچ و بی ارزش احساس بی ارزشی
۶	لزوم برقراری ارتباط با دیگران و یافتن معنای عشق. صحبت در مورد جنبه ارائه ایده هایی جدید، برای افزایش عشق های متفاوت عشق. توجه به بعد انسانی عشق و حفظ جنبه های انسانی را در زندگی آن
۷	بررسی معنای رنج. توجه به این موضوع که انگیزه اصلی و هدف زندگی یافتن معنای درد و رنجی که از بیماری گریز از درد و لذت بردن نیست. بلکه معنی جویی است که به زندگی دیابت متحمل می شوند مفهوم واقعی می بخشد
۸	خلاصه و جمع بندی جلسات قبل و اجرای پس آزمون نوشتن خاطرات جلسات

آموزش راهبردهای خود نظم جویی فرایندی: بسته مربوط به آموزش راهبردهای خود نظم جویی فرایندی توسط مدل گراس ساخته شده است. محتوای جلسات آموزشی راهبردهای نظم جویی فرایندی هیجان که مبتنی بر مدل گروس است، توسط قانیدی جهرمی و همکاران اعتباریابی گردید (۴۳).

جدول ۲: بسته آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان

جلسات	مراحل	محتوای جلسات
۱	معرفی	معرفی و آشنایی با اعضای گروه؛ بیان اهداف و قواعد؛ بیان منطق و مراحل آموزش؛ ضرورت تنظیم هیجان؛ چرا باید این مهارت را بیاموزیم؟ معرفی حافظه کاری و کنترل شناختی به عنوان دو مورد از تواناییهای ذهنی و شرح نتایج تحقیقات مختلف از تأثیر هیجانات مثبت و منفی بر روی آنها. دیدگاه های درست در مورد هیجانها کدام اند؟ مروری بر هیجانهای اولیه و ثانویه

۲	انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی: (۱) هیجان نرمال و هیجان مشکل آفرین (۲) خودآگاهی هیجانی: (آموزش و معرفی هیجان؛ شناسایی و نامگذاری و برجسب زدن به احساسات؛ تمایز میان هیجانات مختلف؛ شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روانشناختی؛ عوامل موفقیت در تنظیم هیجان.) همراه با ارائه مثالهایی از وضعیتهای هیجانی مرتبط با یادگیری و تحصیل و تشریح و تحلیل موقعیتهای هیجانی معرفی شده توسط دانش آموزان
۳	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارتهای هیجانی اعضا: (۱) خود-ارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود، (۲) خود-ارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد با تمرکز بر میزان آسیب پذیری حافظه کاری و کنترل شناختی با توجه به مؤلفه های ارائه شده در فرمهایی که در اختیار دانش آموزان قرار داده بودیم، (۳) خود-ارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد
۴	انتخاب موقعیت	مرور و ادامه مباحث جلسه قبل: (۴) پیامدهای شناختی واکنشهای هیجانی، (۵) پیامدهای فیزیولوژیک واکنشهای هیجانی، (۶) پیامدهای رفتاری واکنشهای هیجانی و رابطه این سه باهم، (۷) معرفی هیجان خشم و تأثیرات آن بر مؤلفه های حافظه کاری و کنترل شناختی و راههای غلبه بر خشم
۵	اصل موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان: (۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب، (۲) آموزش راهبرد حل مسئله، (۳) آموزش مهارتهای بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض.
۶	گسترش توجه	تغییر توجه: (۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی با تمرکز بر کاهش سوگیری های توجه، (۲) آموزش توجه
۷	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابیهای شناختی: (۱) شناسایی ارزیابیهای غلط و اثرات آنها روی حالتیهای هیجانی با تمرکز بر کاهش سوگیریهای حافظه و تفسیری، (۲) آموزش راهبرد باز ارزیابی
۸	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیک هیجان: (۱) شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد مهار و بررسی پیامدهای هیجانی آن، (۲) مواجهه، (۳) آموزش ابراز هیجان
۹	تعدیل پاسخ	مرور و ادامه مباحث جلسه قبل: (۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی (۵) آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس
۱۰	ارزیابی و کاربرد	ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد: (۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف، (۲) کاربرد مهارتهای آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه، (۳) بررسی و رفع موانع انجام تکلیف

یافته ها:

در جدول و نمودار ۳، اطلاعات مربوط به عضویت گروهی افراد نمونه آورده شده است. همان طور که نشان داده شده است از میان افراد حاضر در پژوهش، ۱۵ نفر در گروه کنترل، ۱۵ نفر در گروه آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان و ۱۵ نفر در گروه معنادرمانی قرار گرفته‌اند.

جدول ۳: فراوانی مربوط به سن

کنترل		خودنظم جویی فرآیندی هیجان		معنادرمانی	
سن	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
۲۰ تا ۲۵ سال	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۱
۲۶ تا ۳۰ سال	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۷
۳۱ تا ۳۵ سال	۶	۴۰	۴	۲۶/۷	۳
۳۶ تا ۴۰ سال	۳	۲۰	۵	۳۳/۳	۴
کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۵

در جدول بالا، اطلاعات مربوط به سن افراد نمونه به تفکیک برای افراد گروه‌های کنترل، آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان و معنادرمانی آورده شده است. در جدول ۴، اطلاعات مربوط به علائم سایکوسوماتیک به تفکیک برای افراد گروه‌های کنترل، آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان و معنادرمانی در مراحل مداخله آورده شده است.

جدول ۴: توصیف آماری نمرات علائم سایکوسوماتیک در سه مرحله اندازه گیری به تفکیک گروه

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
علائم سایکوسوماتیک	کنترل	پیش آزمون	۶۶/۳۸	۴/۳۳۷
		پس آزمون	۶۵/۶۰	۳/۶۴۱
	خودنظم جویی فرآیندی هیجان	پیش آزمون	۶۵/۳۳	۶/۷۲۶
		پس آزمون	۵۲/۸۰	۶/۱۶۷
معنادرمانی		پیش آزمون	۶۵/۲۷	۶/۲۸۵
		پس آزمون	۵۶/۶۰	۴/۹۹۷

همان طور که ملاحظه می‌گردد در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد؛ ولی در گروه‌های آزمایش، کاهش نمرات در مراحل پس آزمون نسبت به پیش آزمون قابل رویت است.

به منظور مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون و بررسی پیش فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است.

جدول ۵: نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
پیش‌آزمون علائم سایکوسوماتیک	۱/۱۵۸	۴	۵۶	۰/۳۳۴
پس‌آزمون علائم سایکوسوماتیک	۱/۹۴۳	۳	۵۶	۰/۱۳۳

همانطور که در جدول ۵ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین معنادار نمی‌باشد. از این رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تایید قرار می‌گیرد.

جدول ۶: نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
سطح	معنی	سطح	معنی
Z کالموگروف	اسمیرنوف	Z کالموگروف	اسمیرنوف
متغیر	داری	داری	داری
علائم سایکوسوماتیک	۰/۱۱۴	۰/۳۹۱	۰/۰۷۸
			۰/۸۳۳

براساس جدول ۶، نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابر این فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

جدول ۷: نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی (زمان) تک متغیری برای مقایسه علائم سایکوسوماتیک گروه‌های کنترل و آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکرار						
علائم سایکوسوماتیک	۲۷۹۹/۷۵۳	۱/۲۵۲	۲۲۳۵/۸۵۵	۱۲۶/۰۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
گرین هوس-گیزر						
هین-فلت	۲۷۹۹/۷۵۳	۱/۳۳۶	۲۰۹۵/۹۲۸	۱۲۶/۰۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
کران پایین	۲۷۹۹/۷۵۳	۱	۲۷۹۹/۷۵۳	۱۲۶/۰۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲

تکرار *	علائم	سایکوسوماتیک	گرین هوس -	۹۳۱/۰۱۴	۳/۷۵۷	۲۴۷/۸۳۳	۱۳/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
گروه			گیزر						
	هین-فلت			۹۳۱/۰۱۴	۴/۰۰۷	۲۳۲/۳۲۳	۱۳/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
	کران پایین			۹۳۱/۰۱۴	۳	۳۱۰/۳۳۸	۱۳/۹۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸
	گرین هوس -			۱۲۴۳/۴۰۰	۷۰/۱۲۴	۱۷/۷۳۲			
	گیزر								
	هین-فلت			۱۲۴۳/۴۰۰	۷۴/۸۰۴	۱۶/۶۲۲			
	کران پایین			۱۲۴۳/۴۰۰	۵۶	۲۲/۲۰۴			

در جدول ۷، نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی تک متغیری برای مقایسه متغیرهای علائم سایکوسوماتیک گروه کنترل، آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در این جدول، مقادیر F مربوط به اثرات تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری)، برای هر سه متغیر در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ($p < ۰/۰۱$). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات علائم سایکوسوماتیک گروه کنترل، آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی در طی مراحل اندازه‌گیری است. همچنین، به منظور مقایسه زوجی میانگین نمرات در طی مراحل اندازه‌گیری، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۸: آزمون تعقیبی بن‌فرونی تفاوت درون گروهی

گروه	متغیر وابسته	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
کنترل	علائم سایکوسوماتیک	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۷۳۳	۱/۳۲۲	۱
آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان	علائم سایکوسوماتیک	پیش آزمون	پس آزمون	۱۲/۵۳۳	۱/۳۲۲	۰/۰۰۱
معنادرمانی	علائم سایکوسوماتیک	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۶۶۷	۱/۳۲۲	۰/۰۰۱

در این جدول، مقایسه‌های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات علائم سایکوسوماتیک در طی مراحل درمان، برای گروه کنترل، گروه آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده در گروه‌های مداخله آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۹: نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه میانگین نمرات علائم سایکوسوماتیک گروه‌ها

منبع تعییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	علائم سایکوسوماتیک	۲۶۴۸/۱۱۵	۳	۸۲۲/۷۰۵	۹/۹۴۱	۰/۰۰۱
خطا	علائم سایکوسوماتیک	۴۹۷۲/۳۰۰	۵۶	۸۸/۷۹۱		

در جدول ۹، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی جهت بررسی میانگین نمرات علائم سایکوسوماتیک گروه کنترل، آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی، ارائه شده است. بر اساس نتایج بدست آمده مقادیر F مربوط به تمامی متغیرها معنی دار هستند ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۱۰: آزمون تعقیبی بن فرونی

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
علائم	کنترل		۱۰/۰۱۱	۱/۹۸۷	۰/۰۰۱
سایکوسوماتیک		خودنظم جویی فرایندی هیجان	۸/۶۲۲	۱/۹۸۷	۰/۰۰۱
		معنادرمانی	۶/۰۶۷	۱/۹۸۷	۰/۰۲۱
	خودنظم جویی فرایندی هیجان	معنادرمانی	-۲/۵۵۶	۱/۹۸۷	۱

در جدول ۱۰، مقایسه های زوجی جهت بررسی میانگین نمرات علائم سایکوسوماتیک در گروه کنترل، آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده میانگین نمرات علائم سایکوسوماتیک به طور معنی داری کمتر از افراد گروه کنترل است ($p < ۰/۰۵$) که نشان دهنده اثربخشی هر یک از روش های درمانی در بهبود علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری است. همچنین بین میانگین نمرات علائم سایکوسوماتیک گروه های آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) که نشان دهنده عدم وجود تفاوت بین اثربخشی این روش های درمانی در بهبود علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری است.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان و معنادرمانی بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری انجام گردید. نتایج نشان دادند که این دو درمان بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری اثربخش می باشند.

یافته‌ی مربوط به اثربخشی آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان با یافته‌های (۳۲)، (۱۱)، (۳۱)، (۴۸)، (۴۹)، و (۵۰)، همسو می‌باشد. در تبیین نظری، گراس معتقد است شناخت ابعاد درونی درک و شناسایی هیجان‌ها و مدیریت آنها در کنار مولفه‌های اجتماعی و رفتاری در زمان پاسخ‌دهی مناسب در موقعیت‌های بین فردی می‌تواند سلامت هیجانی را بالا برده و بهبود پاسخ را سبب شود. در اصل، بر پایه این نظریه، ناتوانی در کنترل هیجانات و نداشتن واکنش مناسب به آنها در شرایط سخت زندگی می‌تواند سیستم روانی و واکنشی فرد را مختل کرده و سلامت روانشناختی او را متاثر سازد (۲۵). در مطالعه حاضر نیز، آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرآیندی هیجان در زنان مبتلا به ناباروری به این دلیل که موجب توانمندسازی آنها در ابعاد هیجان می‌شود و به دلیل انجام این آموزش، این افراد به صحت و سقم ابعاد مشکلات خود در زندگی فردی و در جامعه را شناسایی کردند. در این درمان، افراد آموختند که شناخت‌ها، احساسات و واکنش‌های خود را در مقابل حالات هیجانی و در مقابل ارتباط با دیگران ارتقا دهند. همچنین، شناخت هیجان و کمک به نظم دادن آنها می‌تواند نشانه‌های روانشناختی این بیماری را مدیریت کند. برچسب زدن به انسانها بخاطر ابتلا به ناباروری بار روانی زیادی به همراه دارد و از آنجاکه برخی از آنها خود فرد نابارور می‌بینند که نمی‌توانند مانند سایر افراد بچه دار شوند تلاش برای انجام فرایند درمانی را بیهوده و ناکارآمد می‌دانند. آموزش راهبردهای خودنظم جویی فرایندی هیجان توانست در جهت رفع موانع و مشکلات این بیماران کمک‌کننده باشد و هیجانات منفی و نامطلوب را هدف قرار دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد، معنادرمانی بر علائم سایکوسوماتیک زنان مبتلا به ناباروری بطور معناداری اثربخش بوده است به گونه‌ای که میانگین نمرات علائم سایکوسوماتیک در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پایین‌تر بوده است. یافته این تحقیق با یافته‌های (۵۱)، (۵۲)، (۵۳)، (۵۴)، و (۵۵) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت معنادرمانی به مسائلی خاص مانند آزادی اراده، مسئولیت‌پذیری، معنای زندگی و رنج‌ها و کنار آمدن با مشکلات و نوعی درمان ساده است بر یافتن معنای مناسب برای زندگی تمرکز دارد. در واقع، فرانکل "خود به معنادرمانی به عنوان یک سیستم باز و رویکردی مشترک که می‌تواند با سایر جهت‌های روان درمانی پیوند بخورد" می‌نگرد. توجه و تمرکز بر مسائل و مشکلات اصلی زندگی می‌تواند بیماران را در انجام برنامه درمانی حمایت نماید. زمانی که انسان با شرایطی مواجه می‌شود و پی به بی‌معنا بودن زندگی خود می‌برد باید به دنبال معنای خاصی باشد تا بتواند با کمک آن انگیزه کسب کند و برای ادامه زندگی به شور و شوق دست یابد و توانایی‌ها و قابلیت‌های خود را بشناسد و در بطن آن قدم بردارد. در زمینه مشکلات سایکوسوماتیک، بدن و ذهن تحت تاثیر قرار می‌گیرند به گونه‌ای که این افراد دچار فشارهای روانی شدیدی نسبت به افراد بهنجار می‌شوند و هر نوع مکانیسمی که در خصوص پایین آوردن میزان بار درد فعال باشد و تغییراتی را ایجاد کند می‌تواند درد و ناتوانی ناشی از آن را کم کند. از نظر روان تحلیلی فروید نیز، روان تنی یک مکانیزم دفاعی روان است و بدن نسبت به تهدید روانشناختی عکس‌العمل نشان می‌دهد.

بر اساس ساخت و جهت‌گیری، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. از محدودیت‌های مهم این تحقیق می‌توان به حجم کم نمونه، روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، تک‌جنسیتی بودن (زنان)، مکان جغرافیایی مطالعه (شیراز) و دامنه سنی تعریف شده اشاره کرد که مدیریت آنها در مطالعات آتی می‌تواند قدرت نتایج را بهبود بخشد. بر اساس آنچه حاصل آمد، پیشنهاد می‌شود از نتایج این تحقیق در مکانهای پزشکی و نازایی برای بهبود شرایط کلی زنان نابارور یا بعنوان مداخله‌ای کمکی استفاده شود؛ چراکه مدیریت هیجانها ممکن است با تاثیرگذاری بر فرآیند هیجان-شناخت-رفتار، آرامش کلی فرد را سبب شده و با ارتقای کیفیت مراقبت‌های درمانی، امکان بارداری را بالا ببرد. همچنین، این دو رویکرد درمانی در طول درمانهای نازایی به منظور حفظ تاثیر درمان تا طولانی مدت پیشنهاد می‌شود. ساخت کلاسهای آموزشی در هر دو حوزه‌ی مداخلاتی نیز برای مراکز درمانی نازایی پیشنهاد می‌شود. از نظر پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر در گروه‌های مرد و در جوامع دیگر و با تعداد بالا استفاده شود.

- 1) Sargolzari MR, Moharii F, Arshadi HR, Javidi K, Karimi Sh, Fayazi Bordbar MR. Psychosexual disorders and depression in infertile women referring to Mashhad Infertility Treatment Center. Quarterly Journal of Fertility and Infertility, 2001: 46-51.
- 2) cBagade T, Thapaliya K, Breuer E, Kamath R, Li Z, Sullivan E.. Investigating the association between infertility and psychological distress using Australian Longitudinal Study on Women's Health (ALSWH). Sci Rep, 2022; 12(1):10808
- 3) Salma U, Sultana N, Rahman F, Farhin KK, Ishrat S. Sexual Dysfunction in Infertile Patients with Polycystic Ovarian Syndrome. Fertility & Reproduction. 2023; Jun 7:1-9.
- 4) El Osta R, Almont T, Diligent C, Hubert N, Eschwège P, Hubert J. Anabolic Steroids Abuse and Male Infertility. Basic Clinical Andrology, 2016; 26(1): 1-8
- 5) Hsu I, Hsu L, Dorjee S, Hsu CC. Bacterial colonization at caesarean section defects in women of secondary infertility: an observational study. BMC Pregnancy and Childbirth, 2022; 22(1):1-1
- 6) Shan-Ze Wang; Chao Yang; Hong-Fang Tian; Shi-Hao Du; Wen-Bin Fu; Ji-Ping Zhao. From the body-mind holism to psychosomatic medicine: theory and practice of acupuncture and moxibustion. National library of medicine, 2023; 43(4): Doi: 10.13703/j.0255-2930.20221130-k0005.
- 7) Margreet S H Wortman; Tim C Olde Hartman; Johannes C van der Wouden; Sarah Dankers; Bart Visser; Willem J J Assendelft. Perceived working mechanisms of psychosomatic therapy in patients with persistent somatic symptoms in primary care: a qualitative study, national library of medicine, 2022; 12(1): 435. <http://orcid.org/0000-0003-4060-4354>Henriëtte E van der Horst
- 8) Costa D, Mercieca-Bebber R, Rutherford C, Tait MA, King MT. How is quality of life defend and assessed in published research? Qual Life Res; 2021;30(8):2109–21. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02826-0>. PubMed PMID: 33792834
- 9) Mahmoudi N, Malekshahifar M. Study of the prevalence and relationship between psychosomatic disorders with emotional intelligence and attachment style in boys' secondary schools in Zanjan province, Isfahan Azad University, Fourth International Psychosomatic Congress, 2012
- 10) Noorbala Ahmad A, Nomani F, Yahyavi Dizaj J, Anvari S, Mahmoudpour Azari M. Burden of Mental Disorders: A Study of Countries in the Middle East. Scientific and Research Journal of the Medical System Organization, 2019; 38(1): 19-26.
- 11) Badai A, Vaziri Sh, Lotfi Kashani F. The contribution of emotion regulation, defense mechanisms and attachment in predicting psychosomatic symptoms with the moderation of

- gender and distress level. Scientific-Research Journal of the Medical System Organization, 2019; 39(1): 30-38.
- 12) Giannotta F., Nilsson K.W., Åslund C., Larm P. Among the swedish generation of adolescents who experience an increased trend of psychosomatic symptoms. Do they develop depression and/or anxiety disorders as they grow older?. BMC psychiatry, 2022; 22(1): 779. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04432-x>
 - 13) Shida B, Shayest A. The role of bioactive components in psychosomatic disorders. Editors: Takura, M; Balwal, T. Springer, Singapore; 2002
 - 14) Gondivkar S.M., Gadbaile A.R., Sarode S.C., Hedao A., Dasgupta S., Sharma B., Sharma A., Yuwanati M., Gondivkar R.S., Gaikwad R.N., Sarode G.S., Patil S. Oral psychosomatic disorders in family caregivers of oral squamous cell carcinoma patients. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP, 2021; 22(2): 477–483. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.2.477>
 - 15) Riyahi MI. A comparative study of gender differences in the dietary habits of Iranian and Indian students. Women's Studies Quarterly, 2005; 8: 97-125.
 - 16) Razhan C. The Relationship among Stressors, Stress Level, and Mental Symptoms for Infertile women: a systemic review. RBMO, 2023; 412(2): 326
 - 17) Koert E, Takefman J, Boivin J. Fertility quality of life tool: update on research and practice considerations. Human Fertility, 2021; 24(4):236-48
 - 18) Sater AC, Nisihara R, Miyague DM, Schuffner A, Miyague AH. Evaluation of Sexual Dysfunction in Brazilian Women with Infertility Undergoing Assisted Reproduction Treatment. Archives of Obstetrics and Gynaecology, 2023; Mar 6;4(1):12-7.
 - 19) Leeners B, Tschudin S, Wischmann T, Kalaitzopoulos DR. Sexual dysfunction and disorders as a consequence of infertility: a systematic review and meta-analysis. Human reproduction update. 2024; Jan 29(1):95-125
 - 20) Ahmed MA, Mohammed AA, Ilesanmi AO, Aimakhu CO, Bakhiet AO, Hamad SB. Female Genital Tuberculosis Among Infertile Women and Its Contributions to Primary and Secondary Infertility: A systematic review and meta-analysis. Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ], 2021
 - 21) Hosseini F., Aghaei H., Nouhi S., Tabatabaei S. The effectiveness of a mindfulness-based stress reduction program on sexual function in women with primary infertility. Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, 2014; 67 (2): 546-557.
 - 22) McRae K., Gross J.J.. Emotion regulation. Emotion, 2020; 20(1): 1–9.
 - 23) Gross James J. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology, 2002; 39(3): 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>

- 24) Thompson R.A. Emotionl regulation a theme in search for definitionIn. The Developmental of Emotion Regulation Behavioral and Biological Considerations Monographs of the society for research in chield Development, 1994; 59: 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- 25) Keleynikov M., Benatov J., Cohen N. Emotion Regulation among Parents Raising a Child with Disability: A Systematic Review and Conceptual Model. Journal of Child and Family Studies, 2023: 1-18. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02530-8>
- 26) Qaderi M., Dokaneifard F., Jahangir P., Vosough Taghi-Dizaj A. A predictive model of psychological distress based on emotional regulation mediated by adjustment to infertility in infertile women. Psychological Achievements, 2023; 4(30): 223-244.
- 27) Idugboe MI, Nneka Josephine Umeh O, Adewara A, Jarjusey S, Edwards Okobi O, Adetifa O. The Psychological Impact of Infertility on Couples: Exploring the Role of Support Systems and Coping Mechanisms. International Journal of Research and Reports in Gynecology, 2024; 7(1):88-98. <https://journalijrrgy.com/index.php/IJRRGY/article/view/103>
- 28) Vatankhah M., Kafi S.M., Abolghasemi A., Shakerinia I.. The effectiveness of self-regulation training with the interaction of body mass index on weight control, executive function and emotional regulation in overweight and obese adolescents. Journal of Psychological Advances, 2019; 27(2): 89-110.
- 29) Li D., Li D., Wu N., Wang Z. Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. Children and Youth Services Review, 2019; 101: 113-122.
- 30) Eisenberg N. Emotion regulation and moral development. Annu Rev Psychol, 2000; 51: 665-97.
- 31) Glaser M., Green G., Barak S., Bord S, Levi S, Jakobovich R., Dunsky A, Zigdon A, Zwilling M, Tesler R. The effects of the Friendship Online Intervention Program on physical activity, substance abuse, psychosomatic symptoms, and well-being among at-risk youth. National library of medicine, 2023; 10.
- 32) Mohammad N, Hatami M, Niknam M. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and emotion regulation process on anxiety sensitivity in patients with multiple sclerosis. Health Psychology, 2021; 10(37): 109-126.
- 33) Kulthum M, Hanifa B. Depression, anxiety, psychosomatic symptoms and perceived social support in type D and non-type D individuals. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior), 2021; 27(1): 92-103.
- 34) Rahnema Sh, Amiri M, Karami Moghaddam P. The search for meaning in life; a psychological perspective or a philosophical inquiry. Journal of Biological Ethics, 2023; 13(38): 3-9.
- 35) Ghasemi N, Fathi-Aghdam Q, Qamari M, Pooyamanesh J. A comparison of the effectiveness of group semantic therapy and group metacognitive therapy on resilience of female students. Sports Psychology Studies, 2022; 9(34):197-214.

- 36) Bakhshi F, Yektaei T, Hajimiri K. The effectiveness of group semantic therapy on life expectancy of HIV patients in northern Iran. *Caspian Health Research Quarterly*, 2018; 4(1):16-20.
- 37) Maqhfirah D., Ginting D.A.B. The Relationship between Social Support and the Meaning of Life in Patients Undergoing Hemodialysis at the Special Kidney Hospital Medan. *International Research Journal of Advanced Engineering and Science*, 2021; 6(1): 301–305
- 38) Jundiah R.S., Dirgahayu I., Rahmadina F.N. Hubungan Lamanya Menjalani Hemodialisis Dengan Depresi Pada Klien Gagal Ginjal Kronik. *Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah*, 2020; 6(2): 17. <https://doi.org/10.33867/jka.v6i2.132>
- 39) Kakavand F, Yousefvand M. The effectiveness of group-based semantic therapy on tolerance of ambiguity and concern about body image and metacognitive beliefs in women with depressive symptoms. *Journal of Medical Ethics*, 2012;16(47): 3-12.
- 40) Barakova E.I., Bajracharya P., Willemsen M., Lourens T., Huskens B.. Long- term LEGO therapy with humanoid robot for children with ASD. *Expert Systems*, 2015; 32(6): 698-709.
- 41) Hosseinigolafshani S.Z., Taheri S., Mafi M., Mafi M.H., Kasirlou L. The Effect of Group Logo Therapy on The Burden of Hemodialysis Patients' Caregivers. *Journal of Renal Injury Prevention*, 2020; 9(4): 1-8. <https://doi.org/10.34172/JRIP.2020.33>
- 42) Gul F.A., Chen C.J.P Tsui, J.S.L. Discretionary accounting accruals, managers incentives, and audit fees', *Contemporary Accounting Research*, 2003; 20: 441-464.
- 43) Qaedinia Jahromi A., Hassani J., Nouri R., Farmani Shahreza Sh. The effectiveness of group training in emotion regulation strategies in cognitive coping of individuals with substance abuse. *Quarterly Journal of Addiction Research and Substance Abuse*, 2014; 8(31): 216.
- 44) Frankel V.E. *The Unheard Cry for Meaning: Psychotherapy and Humanism*. New York, NY: Touchstone; 1979
- 45) Mohr G. The changing significance of different stressors after the announcement of bankruptcy: A longitudinal investigation with special emphasis on job insecurity. *Journal of Organizational Behavior*, 2000; 21(3): 337- 359.
- 46) Babamiri M., Nisi A., Arshadi N., Mehrabizadeh Honarmand M., Bashlideh K. Investigating occupational stress and personality traits as predictors of psychosomatic symptoms in employees of a company in Ahvaz. *Journal of Psychological Achievements*, 2015
- 47) Damiri H, Nisi A, Arshadi N, Naami A. The effectiveness of comprehensive stress management training on reducing job stress, burnout, depressive symptoms, and general symptoms of psychosomatic disorders in employees of the National Iranian Drilling Company. PhD thesis in Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, 2015
- 48) Tajlifar M., Hayati M, Ghodrati M, Mirkouhi A. The effectiveness of group semantic therapy on self-esteem and feelings of worthlessness in elderly people with type 2 diabetes. *Psychology of Aging*, 2010; 6(4): 383-399.

- 49) Nelis D., Quoidbach J., Hansenne M., Mikolajczak M. Measuring individual differences in emotion regulation: The Emotion Regulation Profile-Revised (ERP R). Psychologica Belgica, 2011
- 50) Slivnick J., Lampert B.C. Hypertension and Heart Failure. Heart failure clinics, 2019
- 51) Qaraei Ardakan, Sh., Azadfallah P., Tolai SA. The effectiveness of the acceptance and commitment therapy approach in reducing the intensity of pain experience in women with chronic headache disorder. Clinical Psychology, 2012; 4(2): 39-50.
- 52) Rezaian M., Ebrahimi A., Zargham M.. Acceptance and commitment therapy on catastrophizing and pain disability in women with chronic pelvic pain, Journal of Cognitive and Behavioral Sciences Research, 2019; 4(2): 17-30.
- 53) Dezutter J, Casalin S, Wachholtz A, Luyckx K, Hekking J, Vandewiele W. Meaning in life: an important factor for the psychological well-being of chronically ill patients?, 2013
- 54) Normann N, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy: A systematic review and metaanalysis. Frontiers in Psychology, 2018; 9: 2211.
- 55) Mostarac I, Brajkovic L. Life after Facing Cancer: Posttraumatic Growth, Meaning in Life and Life Satisfaction. Journal of clinical psychology in medical settings, 2022; 29(1):92-102.