

تأثیر درمان شناختی- رفتاری در کاهش میزان اضطراب زنان نابارور

طاهره حمزه پور حقیقی^۱

دکترشهره قربان شیرودی^۲

دکتر طاهر تیزدست^۳

چکیده

مطالعه حاضر باهدف پاسخگویی به این سوال است که: آیا درمان شناختی- رفتاری در کاهش میزان اضطراب موثر است؟ به این منظور از بین زنانی که به کلینیک تخصصی مهر شهر رشت طی ۴ ماه رجوع نمودند بااستفاده از آزمون اضطراب کتل ۳۰ نفر که اضطراب بالایی داشتند انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. پس از دریافت روشهای درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. پس از دریافت روشهای درمانی، اضطراب آزمودنیها مجدداً مورد سنجش و داده های خام از طریق شاخص های توصیفی و استنباطی با استفاده از برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بصورت معناداری اضطراب گروه آزمایشی را در مقایسه با گروه کنترل بهبود بخشیده است. براساس یافته های پژوهش حاضر میتوان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب زنان نابارور موثر بوده است و این روش می تواند به عنوان یک روش مداخله ای موثر برای زنان نابارور با اضطراب بالا به کار رود.

واژه های کلیدی: ناباروری، درمان شناختی- رفتاری، اضطراب

- کارشناس ارشد رشته روانشناسی بالینی

- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

مقدمه

ناباروری عبارت است از ناتوانی دربار دار شدن بعد از یک سال آمیزش جنسی منظم بدون هیچ نوع جلوگیری (برک، ۲۰۰۲). مطالعات نشان داده که ۱۵-۱۰٪ از زوج‌ها در سنین باروری مبتلا به این مشکل هستند (اسپیروف، ۲۰۰۵). در بروز این مشکل، عوامل مردانه (۴۰-۲۵٪) عوامل زنانه (۵۵-۴۹٪) ترکیبی از دو عامل مردانه و زنانه (۱۰٪) و ناباروری با علت ناشناخته (۱۰٪) دخیل است (برک، ۲۰۰۶). در مطالعه‌ای در مورد نرخ ناباروری گزارش شده است که در فاصله سال‌های ۲۰۰۶-۱۹۹۰ در میان ۲۵ جمعیت مختلف از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، ۱۲۰/۶-۷۲/۴ زن ۲۰-۴۰ ساله دگر جنس خواه و علاقه‌مند به داشتن فرزند خود، نابارور هستند (بوین^۳، ۲۰۰۷). با پیشرفت علم و تکنولوژی و ابداع روشهای نوین درمان ناباروری مانند تلقیح داخل رحم اسپرم (IUI)^۴ و لقاح خارج رحمی (IVF)^۵ میکرواینجکشن و سایر مواد درمانی، اگر چه پنجره امیدی پیش روی زوج‌های نابارور گشوده شده است ولی از طرفی آنان را وادار می‌نماید که دوره درمان بیشتر و طولانی‌تری را تجربه کنند (کی ویلیام آر^۶، ۱۳۷۵، ترجمه کریم زاده میبیدی، ۱۳۷۵). ناباروری تنها مشکلی پزشکی نیست، بلکه اغلب زندگی زوجهای نابارور را در همه ابعاد با بحران مواجه می‌سازد (نیلفرو شان و همکاران، ۱۳۸۴) این اختلال همچون بحرانی تنش‌زا بر جنبه‌های مختلف زندگی زوج نابارور اثر می‌گذارد (آلسی^۷، ۲۰۰۵، بنیامین^۸، ۲۰۰۵). شکست در امر باروری به طور عمیقی زوج‌ها را متأثر می‌سازد و مساله‌ای فردی و خانوادگی و اجتماعی است که با عوامل تنش‌زای متعددی همراه است (استمر، ۲۰۰۲، واتکینز، ۲۰۰۴، بنیامین، ۲۰۰۵).

¹- berek

²-spiroff

³-boivin

⁴-Intra Utrine Insemination

⁵-In Vitro Fertilization

⁶-William R

⁷-Alesi

⁸-benyamini

⁹- stammer

ناباروری برای بسیاری از زوجها بحرانی عمده و از نظر روانی، پر تنش می باشد (ویشمن، ۲۰۰۱) و مشکلات مهمی را در رابطه زوجین ایجاد می کند. زوجین به هنگام روبروشدن با ناباروری، مشکلات متعددی مانند کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی، تصمیم گیری در زندگی، اختلال عاطفی و هیجانی دارند (مظاهری^۳، ۲۰۰۱)، لذا ناباروری یک مشکل جدی پزشکی و موثر بر کیفیت زندگی می باشد (لودرمیلک^۴، ۲۰۰۴). زنان نابارور اغلب ناباروری را تنش زاترین حادثه زندگی دانسته و دوره های مکرر و متوالی درمان را به عنوان دوره های مکرر بحران توصیف می کنند (رجوعی و همکاران، ۱۳۷۶). به نظر می رسد که ناباروری تاثیر قابل ملاحظه ای روی عوامل روانی مانند ایجاد اضطراب و افسردگی و ... می گذارد و علاوه بر این، اختلالات ایجاد شده می تواند طول مدت ناباروری را افزایش دهد (رمضان زاده^۵، ۲۰۰۴).

اضطراب انرژی نامطلوب بر عملکرد فیزیولوژیک بدن بر جا گذاشته و بر نتیجه باروری تاثیر دارد. فشارهای روانی عامل کمک دهنده در بروز ناباروری است از طرف دیگر ناباروری خود موجب افزایش اضطراب می شود و سیکل معیوبی را به وجود می آورد که توانایی زوج را در باروری بیش از پیش تضعیف می کند (کی ویلیام آر^۶، ۱۳۷۵، ترجمه کریم زاده میبیدی، ۱۳۷۵).

مسئله ناباروری به ویژه در فرهنگ ما که تعداد زیادی از خانواده ها از نوع گسترده و با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، بعد عمیق تری به خود می گیرد (پزنده، ۲۰۰۴) و با تاخیر در حاملگی، کنجکاو و فشارهای اطرافیان موجب نگرانی زوجها می شود. این نوع نگرش تنها مربوط به جامعه ایرانی نیست و در جوامع دیگر نیز دیده می شود، بطوریکه واکنش های مشابهی نسبت به ناباروری در جوامع مختلف وجود دارد (ملایی نژاد، ۱۳۷۹). درمان های

¹- watkinz

²-wischman

³-mazahery

⁴-lowdermilk

⁵- ramezan zade

⁶-William R

⁷-pazaneh

مختلف ناباروری به طور روز افزون در حال افزایش است و این درمان‌ها برای زنان نابارور اضطراب‌آور می‌باشد. با افزایش مدت ناباروری اضطراب هم افزایش می‌یابد و درمان ناباروری نتیجه خوبی نخواهد داشت (اسپیروف، ۲۰۰۲). همچنین با افزایش سن زنان نابارور به علت کاهش موفقیت درمان به تدریج اضطراب در حین درمان نیز افزایش می‌یابد و زنان با تحصیلات دیپلم و یا پایین‌تر دارای اضطراب بالایی در زمان درمان ناباروری می‌باشند (سیف، ۱۳۸۷). با توجه به اضطراب آور بودن ناباروری و درمان آن تحقیقات مختلفی بر روی روش‌های کاهش اضطراب ناشی از ناباروری انجام شده است و در تمامی آن، کاهش اضطراب سبب افزایش باروری شده است. بکارگیری درمان شناختی- رفتاری شامل روشهای مختلف آرام‌سازی (عضلانی و تنفسی) بازسازی شناختی، بازخورد زیستی، حساسیت‌زدایی منظم، تمرین رفتاری، توقف فکر و جرات‌آموزی به عنوان یکی از روش‌های مقابله با مشکلات روانی حین درمان‌های طبی توسط بسیاری از محققان پیشنهاد شده است (استورات، ۱۹۹۸).

هاروی و راپسی در سال ۱۹۹۵ گزارش کردند که مداخله شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب مفید بوده است (هاروی و راپسی، ۱۹۹۵). وارک و مایرز در سال ۱۹۹۶ رویکرد شناختی- رفتاری را برای درمان است (وارک^۵ و مایرز^۶، ۱۹۹۶). دومار و همکاران نیز در طی دو مطالعه جداگانه در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ گزارش کردند که به نظر می‌رسد با انجام روش رفتار درمانی شناختی و کاهش استرس خانم‌های تحت درمان ناباروری، احتمال باروری بیشتر خواهد شد. (دومار^۷ و همکاران، ۱۹۹۰ & ۲۰۰۰) ناوتون همکاران نیز در سال ۲۰۰۰ بیان کردند که مداخله‌ی شناختی- رفتاری در کاهش استرس زوج‌های نابارور تحت

¹-spiroff

²-stuart

³-hrvey

⁴-rapce

⁵- wark

⁶-myers

⁷-domar

درمان مفید بوده است (ناوتون^۱، ۲۰۰۰). نتایج پژوهش ویشمن در سال ۲۰۰۲ در سوئیس نیز حاکی از اثر مثبت مشاوره و زوج درمانی بر کاهش مشکلات روحی این زوج ها بوده است (ویشمن^۲، ۲۰۰۲). لیمنش و همکارانش نیز در سال ۲۰۰۴ گزارش کردند که گروه های ذهن، جسم که تقریباً شبیه روش های شناختی- رفتاری است می تواند تنش و آرزوی بچه دار شدن را در زوج های نابارور کاهش دهد (لیمنس^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین حیدری در سال ۱۳۸۱ و قرایی در سال ۱۳۸۳ به این نتیجه رسیدند که بعد از رفتار درمانی شناختی اضطراب خانم های نابارور تحت درمان کاهش می یابد (حیدری، ۱۳۸۱؛ قرایی، ۱۳۸۳). منوچهری و همکاران: در سال ۱۳۸۵ نتایجی دال بر اثر بخشی مداخله در مان شناختی- رفتاری در افزایش سلامت روان خانم های نابارور ارائه دادند (منوچهری و همکاران، ۱۳۸۵). فرامرزی و همکاران در تحقیقی در سال ۱۳۸۶ گزارش کردند که درمان شناختی- رفتاری به تنهایی یک پیشنهاد پایا در برابر دارو درمانی نمی باشد اما بهتر از فلوکسیتین در درمان یا کاهش افسردگی و اضطراب زنان نابارور عمل می کند و فلوکسیتین بهتر از نگرفتن درمان در مورد افسردگی و نه اضطراب عمل می کند (فرامرزی^۴ و همکاران ، ۲۰۰۸).

این که فرد به طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی تواند فرایند تولید مثل را دنبال کند و صاحب فرزند شود، خود به عنوان یکی از تلخ ترین تجربیات زندگی می باشد که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می تواند به اهمیت آن بیفزاید. آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی نماید از این رو فرضیه اصلی پژوهش حاضر به قرار زیر است:

تاثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب زنان نابارور

¹ -naughton

² -wischman

³ -lemmens

⁴ -faramarzy

روش پژوهش

روشی که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد، روش آزمایشی می‌باشد و طرح پژوهش، طرح گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه زنان نابارور که طی ماه در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ به کلینیک ناباروری و مهر شهرستان رشت مراجعه کرده‌اند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از گذشت حداقل ۶ ماه تا حداکثر ۳ سال از تشخیص ناباروری و دامنه سنی بین ۲۰-۴۰ سال. نمونه آماری در این پژوهش عبارت خواهد بود از تعداد ۳۰ زن نابارور که به صورت تصادفی از جامعه آماری انتخاب شده و سپس به طور جایگزین تصادفی در شرایط مختلف، آزمایشی در دو گروه ۱۵ تایی آزمایش و کنترل قرار داده شد. از دو پرسشنامه به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات استفاده شد. پرسشنامه اول ویژگی‌های فردی نمونه‌های مورد مطالعه را می‌سنجید و برای سنجش اضطراب از آزمون اضطراب کتل استفاده شد. پایایی پرسشنامه کتل در جامعه ایرانی هم برای زنان و هم برای مردان توسط کرمی در سال ۱۳۸۶ هنجاریابی شده است (کرمی، ۱۳۸۶). برای سنجش اعتبار این پرسشنامه از ضرایب آلفای کرونباخ استفاده شده است. بر اساس نتایج حاصله ضرایب آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۸۷ و برای زنان ۰/۸۵ بوده است. در این آزمون زنانی که نمره آنان در تراز بین ۱-۰ باشد یعنی نمره خام آنها پایین‌تر از ۲۳ باشد، شخص آرام، پابرجا، راحت و تنش زده هستند و زنانی که نمره آنان در تراز بین ۶-۴ باشد یعنی نمره خام آنها بین ۳۶ تا ۲۴ باشد واجد درجه متوسط اضطراب می‌باشند و زنانی که نمره آنان در تراز بین ۸-۷ باشد یعنی نمره خام آنها بین ۴۵ تا ۳۷ باشد افرادی مضطرب و روان‌آزرده می‌باشند و زنانی که نمره آنان در تراز بین ۱۰-۹ باشد یعنی نمره خام آنها بین ۸۰ تا ۴۶ باشد با اطمینان به دارو درمانی و روان‌درمانی نیاز دارند.

پس از انتخاب نمونه پیش‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شده و پس از آن گروه آزمایش در هشت جلسه درمان گروهی شناختی-رفتاری شرکت کردند، در حالیکه گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نداشتند. در

انتها پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل و اطلاعات با استفاده از روش آنکوا انجام گرفت .

یافته های پژوهش

جهت بررسی پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس استفاده شده است . چون این روش آماری به پژوهشگر اجازه می دهد تا اثر یک متغیر مستقل را بر متغیرهای وابسته بررسی نماید و اثر متغیرهای دیگر را از بین می برد .

جدول ۱ میزان میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون برای گروه آزمایش و کنترل را در آزمون اضطراب کتل نشان می دهد. مطابق جدول ۱ میانگین اضطراب در پیش آزمون گروه آزمایش ۴۸/۶۷ می باشد که در مقایسه با پس آزمون گروه آزمایش ۳۲/۶۷ است نشان دهنده کاهش در میزان میانگین اضطراب در گروه آزمایش است. در حالی که میانگین اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل تغییر محسوسی نکرده است .

جدول (۱) : توزیع میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در میزان اضطراب

انحراف استاندارد	میانگین	آزمون	
S	X	-	
۴/۱۳۵	۴۸/۶۷	پیش آزمون	آزمایش
۳/۲۴۴	۳۲/۶۷	پیش آزمون	
۳/۲۶۲	۴۸/۹۳	پیش آزمون	کنترل
۳/۰۸۱	۴۸/۷۳	پیش آزمون	

جدول ۲ میزان میانگین و انحراف استاندارد تعدیل شده را در پس آزمون گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد، همان طور که جدول نشان می دهد در گروه آزمایشی که درمان شناختی- رفتاری را دریافت کرده اند میانگین نمرات اضطراب کمتر از گروه کنترل است .

جدول (۲): توزیع میانگین و انحراف استاندارد نمرات پس آزمون (تعدیل شده)

انحراف استاندارد	میانگین	N	X - S
۰/۶۲۲	۳۲/۷۴۲	۱۵	گروه شناختی- رفتاری
۰/۶۲۲	۴۸/۶۵۸	۱۵	گروه کنترل

جدول (۳):

تحلیل کوواریانس بین میزان اضطراب براساس درمانی شناختی- رفتاری و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزوات SS	درجه آزادی d.f.	میانگین مجزوات MS	F	سطح معناداری sig.	اندازه اثر Eta	توان آزمون
منبع تغییرات	۲۰۵۹/۶۳	۲	۱۰۲۹/۸۱۷	۱۱۷/۴۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲۹	۱/۰۰۰
مدل اصلاح شده	۲۸/۱۱۰	۱	۲۸/۱۱۰	۴/۸۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۵۲	۰/۵۶۵
چگونگی تشخیص کننده	۱۳۲/۶۰۱	۱	۱۳۲/۶۰۱	۲۱/۳۰۲	۰/۰۰۰	۰/۴۴۱	۰/۹۹۴
پیش تست	۱۸۹۷/۳۳۷	۱	۱۸۹۷/۳۳۷	۳۲۶/۹۹۰	۰/۰۰۰	۰/۹۲۴	۱/۰۰۰
گروهها	۱۵۶/۶۶۶	۲۷	۵/۸۰۲				
خطا	۵۱۹۱۱	۳۰					
مجموع	۲۲۱۶/۳۰۰	۲۹					

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول شماره (۳)، و پس از تعدیل میانگین نمرات پیش آزمون به مقدار (۴۸/۸۰) برای متغیر اضطراب، با توجه به F محاسبه شده ($P < ۰/۰۰۰۵$)، $f = ۳۲۶/۹۹۰$ ، $d.f = ۱/۲۷$ ، $\text{Eta} = ۰/۹۲۴$ چون سطح معناداری کوچکتر از (۰/۰۰۰۵) است) بنابراین F محاسبه شده از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است و این نتیجه نشان می دهد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب موثر است.

با عنایت به معنادار شدن تفاوت میانگینها با ۰/۹۹ اطمینان بیان می کنیم که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب موثر است، تایید می شود.

بحث و نتیجه گیری:

تحلیل نتایج نشان داده که آموزش شناختی- رفتاری با توجه به لزوم تاکید بر نحوه نگرش، شناسایی و بازسازی تحریف های شناختی، تکنیک های تفکر صحیح و نیز بررسی قضاوت ها و تکالیف شناسایی افکار منفی می تواند با توجه به پایین آوردن سطح اضطراب، افسردگی و دیگر مشکلات روانشناختی و همچنین ارتقاء کنترل شخصی تکانه ها، هیجانات و یا نگرش ها، اثر بخشی بسزایی در سلامت روانی زنان نابارور داشته باشد. این تاثیر از طریق آرام سازی عضلات و کاهش تعداد تنفس شروع شده و به آرامش عصبی منتهی می گردد و به فرد کمک می کند تا تنش عضلاتش را کنترل نماید. تا تنش عضلاتش را کنترل نماید. بنابراین منجر به هماهنگی تغییرات فیزیولوژیک شامل کاهش مصرف اکسیژن دفع دی اکسید کربن و کاهش تعداد ضربان قلب و فشار خون، کاهش مصرف انرژی و کاهش انقباض ماهیچه و در نتیجه کاهش اضطراب و فشارهای روحی فرد می شود. این تغییرات به دلیل کاهش عمومی فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک ایجاد می گردد. از طرف دیگر افراد با استفاده از تکالیف خانگی سازمان یافته و ارائه پسخوراندهای لازم فنون رفتاری از فرار گرفته و در محیط عادی و طبیعی خود بکار می گیرند که این روش درمانی با

توجه به رابطه بین رویداد، باور، پیامد و شناسایی تحریف های شناختی و امکان پیامدهای رفتاری تا کارآمد و شناسایی باورها و توانایی تغییر آنها با تحلیل واقعی ف تحلیل سودمندی و منطقی، میزان اضطراب را کاهش دهد.

نتایج آزمون آماری نشان داد که افراد گروه کنترل که هیچ نوع مداخله ای دریافت نکردند دارای نمره بالا در پس آزمون اضطراب بودند در حالی که نمره اضطراب در گروه آزمایشی کاهش یافت. از این رو می توان با آموزش آرام سازی تنفسی و همچنین ارائه اطلاعات صحیح و درک منطقی از شرایط، از بروز علائم اضطرابی پیشگیری کرد.

مطابق با آنچه هاروی و راپسی در سال ۱۹۹۵ گزارش کردند که مداخله شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب موثر است می توان نتیجه گرفت که یافته های پژوهش حاضر همسو با نتایج هاروی و راپسی می باشد (هاروی^۱ و راپسی^۲، ۱۹۹۵).

این نتایج در راستای یافته های پژوهش دومار و مک ناوتون در سال ۲۰۰۰ است. نتایج به دست آمده توسط آنها نیز موید اثر بخشی از رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش استرس خانم های تحت درمان ناباروری می باشد (دو مار^۳، ۲۰۰۰: ناوتون^۴، ۲۰۰۰). در رابطه با کاهش تنش و اضطراب حاصل از ناتوانی در باروری تحقیق حاضر همسو با تحقیقات ویشمن ۲۰۰۲ و لیمنس ۲۰۰۴ می باشد که درمان شناختی-رفتاری را در کاهش این تنش ها موثر می دانند (ویشمن^۵، ۲۰۰۲: لیمنس^۶، ۲۰۰۴).

همچنین حیدری در سال ۱۳۸۱ و قرایی در سال ۱۳۸۳ به این نتیجه رسیدند که بعد از رفتار درمانی شناختی اضطراب خانم های نابارور تحت درمان کاهش می یابد، که این نتایج نیز در راستای نتایج پژوهش حاضر می باشد (حیدری، ۱۳۸۱: قرایی، ۱۳۸۳).

¹ -harvey

² -rapce

³ -domar

⁴ -naught

⁵ -wischman

⁶ -limense

نتایج تحلیلی منوچهری و همکاران در سال ۱۳۸۵ همسو با پژوهش حاضر و حاکی از این یافته است که اثربخشی مداخله درمان شناختی- رفتاری در افزایش سلامت روان خانم‌های نابارور می‌تواند بر اثر حمایت‌روانی گروه نیز باشد، با توجه به این که افراد نابارور احساس تنهایی کرده و مشکل شان ر منحصر به فرد می‌دانند و از طرفی نمی‌توانند احساسات و مشکلاتشان را در هر جایی مطرح کنند، لذا گروه امن‌ترین مکان را جهت تخلیه روانی و بحث در مورد ناگفته‌ها فراهم می‌آورد (منوچهری، ۱۳۸۵).

مشابه نتایج بدست آمده از این مطالعه، پژوهش فرامرزی و همکاران در سال ۲۰۰۸ نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بهتر از فلوکسیتین در درمان یا کاهش افسردگی و اضطراب زنان نابارور عمل می‌کند (فرامرزی، ۲۰۰۸).

تعداد کم افراد نمونه به دلیل ریزش نمونه‌ها به عللی نظیر عدم اجرای برخی از تکنیک‌های شناختی- رفتاری و عدم همکاری برخی از افراد در مرحله پس‌آزمون از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

همچنین از آنجا که در این پژوهش افراد مورد مطالعه از شروع درمان تا مرحله انجام عمل IUO مورد بررسی قرار گرفتند و پیگیری واحدهای مورد پژوهش تا زمان حصول آزمایش مثبت بارداری مقدور نبود، پیشنهاد می‌گردد در آینده تحقیقاتی در ارتباط با تاثیر درمان شناختی رفتاری بر موفقیت روش‌های کمک باروری و همچنین تاثیر این تکنیک بر اضطراب افراد تحت درمان ناباروری تا مرحله نتیجه آزمایش بارداری صورت گیرد.

نتایج این مطالعه نیاز به ایجاد واحدهای بهداشت روان و تشکیل تیم‌های روان‌شناسی و مشاوره در کنار تیم درمانی ناباروری در مراکز درمان ناباروری و اهمیت توجه به مشکلات روانی زوجین، در درمان ناباروری را نشان می‌دهد.

منابع

- اسپروف، لیون (۱۳۸۱)، اندوکرینولوژی زنان و ناباروری (ترجمه، بهرام قاضی خانی و همکاران). تهران: انتشارات گلبن.
- حیدری، پروانه، لطیف نژاد، ربابه، صاحبی، علی، جهانیان، منیره و مظلوم، سیدرضا (۱۳۸۱)، تاثیر درمان شناختی رفتاری بر اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان IUI. فصلنامه باروری ناباروری، تابستان ۱۳۸۱، ۵۱-۴۰.
- رجوعی، مریم (۱۳۷۶)، جنبه‌های روانشناختی ناباروری. پژوهش‌های روانشناختی، سال چهارم، شماره ۳ و ۴، ۸۵-۷۲.
- سیف، علی‌اکبر (۱۳۸۷)، تغییر رفتار و رفتار درمانی نظریه‌ها و روش‌ها (چاپ دهم). تهران: نشر دوران.
- قزایی، وجیهه، مظاهری، محمدعلی، صاحبی، علی، پیوندی، سپیده، و آقا حسینی، مرضیه (۱۳۸۳)، بررسی نقش آموزش‌های رفتاری-شناختی بر کاهش اضطراب خانم‌های مبتلا به ناباروری اولیه تحت درمان ZIFT و GIFT. فصلنامه باروری و ناباروری، بهار ۸۳، ۱۸۰-۱۷۰.
- کرمی ابوالفضل (۱۳۸۶)، هنجارهایی آزمون اضطراب کتل. تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- کی، ویلیام آر، چانگ، جفری، ربار، برت، سولز، میخائیل آر (۱۳۷۵)، ارزیابی و درمان ناباروری (چاپ اول) (ترجمه کریم زاده میبیدی و همکاران. یزد: انتشارات یزد.
- ملائی نژاد، م (۱۳۷۹)، بررسی ارتباط سازگاری زناشویی و تنیدگی ناشی از ناباروری در زنان مراجع کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- منوچهری، کارترین، زندی پور، طیبه، پورشهریاری، مه سیم، و میردامادی، سیدریحان (۱۳۸۵)، بررسی اثر بخشی مشاوره گروهی شناختی عاطفی رفتاری بر سلامت روان خانم‌های نابارور. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، ۵(۲۰).
- نیلفروشان، پریسا، واحدی، سیداحمد، عابدی، محمدرضا، واحدی، سیدمهدی (۱۳۸۴)، نگرش نسبت به نابارور و رابطه‌ان با افسردگی و اضطراب در افراد نابارور. فصلنامه باروری و ناباروری، زمستان ۸۴، ۵۴۵-۵۵۲.
- Alesi, R.(2005), Infertility and its treatment—an emotional roller. Coaster. Aust FAM physician, 34(3).

- Benyamini, Y. & et all. (2005), Variability in the difficulties experienced by Woman undergoing infertility treatment. Elsevier inc. Fertility and Sterility, 83 (2).
- Berek, Y.S., Novaks, E. (2002), Gynecology (13th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1018-1048.
- Berek, J.S., Novak, E. (2006), Berek&Novak's gynecology (14th ed). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Boivin, J., Binting, L., Collins, j., Nygren, K. (2007), :International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. Human Reproduction, 22(6), 1506
- Domar, A., Sieble, M.M., Benson, H. The mind, body program for Infertility: A new behavioural treatment approach for women with Infertility. (1990), Fertil Steril, 53(2), 245-249.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessed, B., Orar, j., Freizinger, M. (2000), The impact of group psychological intervention on distress in infertile women. J Health Psychol, 19(9), 568-575.
- Faramarzi, M., Alipour, A., Esmaelzade, S., Kheirkhah, F., Poladi, K., Pash, h. (2008), Treatment of depression and anxiety in infertile Women :Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. Journal of Affective Disorders, 108(1-2), 159-164.
- Harvey, A.G., Rapce, R.M. (1995), Cognitive behavior therapy for Generalized anxiety disorder. Psychia clin North Am, 18(4), 859-870.
- Lemmens, G.M.D. & et al. (2004), coping with infertility: A body-Mind group intervention program for infertile couples. Human Reproduction, 19(8).
- Lowdermilk, D., Perry, S. (2004), Maternity and women 's health Care. United States: Mosby. 1274p.
- Mazaheri, M.A., Keyghobadi, F., Fghihi Imani, Z., Ghashang, N., Pato, M. (2001), Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. J Reproduction and infertility, 2(4):22-32.persian.

- Myeres, LB., Wark, L. Psychotherapy for infertility: A cognitive-Behavioral approach for couples. (1996), Am J Fam Therapy, 24(1), 9-20.
- Naughton, M.C.(2000), Development of brief stress management support Groups for couples undergoing invitro fertilization treatment..Fertile Steril, 74(1), 87-93.
- Pazandeh, F, Sharghi, N.(2004), Comparing wellbeing of fertile and Infertile women referring to health centers at shaheed Beheshty University of Medical Sciences and Health Services and Infertile centers At Tehran .Fac Nurs Midwifery Q,44,4-10. Persian.
- Ramezanzadeh, F, Aghssa, M.M., Abedini, N., Zayeri,F., Khanafshar, N., Shariat,M.,et al. (2004), A survey of relationship between anxiety, Depressin and duration of infertility . BMC Women's health.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2000), Kaplan and sadok comprehensive Textbook of psychiatry (7th ed).USA .Lippincott Williams &Wilkins.
- Spiroff, L., Fritz, M.A.(2005),Clinical gynecology endocrinology and infertility (17th ed.).Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Stammer, H.& et all(2002), Counseling and couple therapy for infertile Couple. Verres Rolf.
- Stuart, G.W., Laaraia, M.T.(1996), Principals and practice of Psychiatric nursing(6th ed). USA, Mosby.
- Watkins, K. & et al.(2004), The infertility experience; Biopsychosocial effects and suggestion for counsellours.
- Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., Verres, R.(2001), Psychological caractereistics of infertile coules: a study by the Heidelberg Fertility Consultation service. Hum Reprod, 16(8), 1753-61.
- Wischmann, t.(2003), Psychogenic Infertility Myth and facts. Journal of Assisted Reproduction and Genetics,20(12)