

اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر کنترل خشم روی سلامت روان زنان نابارور

محمد اوراکی^۱، بهاره وزیری نسب^{۲*}، احمد علیپور^۳

تاریخ دریافت 1394/04/23 تاریخ پذیرش 1394/06/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: امروزه ناباروری رویدادی بسیار فشارزا بوده و تأثیر نامطلوبی بر عوامل روان‌شناختی زوجین دارد، هدف پژوهش حاضر تعیین میزان اثربخشی آموزش مبتنی بر کنترل خشم بر سلامت روان زنان نابارور بود.

مواد و روش کار: در یک تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از بین 90 زن نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری صارم در تهران، تعداد 32 نفر که پس از پاسخ‌گویی به پرسشنامه حالت - صفت بیان خشم 2، در این آزمون نمره بالاتری نسبت به سایر افراد کسب کرده بودند به روش نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه 13 نفره آزمایش و کنترل جای گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت 10 جلسه 90 دقیقه‌ای در دوره آموزش مدیریت و کنترل خشم که به شیوه شناختی - رفتاری برگزار شد شرکت نمودند اما گروه کنترل، آموزشی را دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی 28 سؤالی بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری موجب افزایش سلامت عمومی گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری می‌تواند در بهبود سلامت روان زنان نابارور اثربخش باشد. بنابراین ارائه چنین آموزش‌هایی در کنار سایر مداخلات پزشکی به‌عنوان بخشی از درمان توصیه می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت خشم، رویکرد شناختی - رفتاری، سلامت عمومی، زنان نابارور

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره هشتم، ص 662-652، آبان 1394

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان جمهوری، خیابان گلشن، خیابان چنگیزی، پلاک 70، طبقه سوم، تلفن: 09128030762

Email: bahar2002V@yahoo.com

مقدمه

و جسمی بیشتری خواهد شد (2). در حقیقت مدیریت خشم در پی از میان برداشتن خشم نیست، بلکه در پی تشویق نظارت خود شناختی، هیجانی و رفتاری است که از کاربردهای شیوه کنترل است در اکثریت مدل‌هایی که برای مدیریت خشم عرضه‌شده‌اند، مؤلفه‌های آماده‌سازی شناختی، کسب مهارت و آموزش کاربردی از مؤلفه‌های اصلی برنامه مدیریت خشم محسوب می‌شوند (3).

شواهد پژوهش تاندازه‌ای به اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری نظیر مدیریت استرس، اضطراب و افسردگی افراد نابارور پی برده‌اند بنابراین در این قسمت تحقیقاتی را مطرح می‌کنیم که به بررسی خشم، سلامت روان، استرس در زنان نابارور و سایر گروه‌های پژوهشی پرداخته‌اند (4).

امروزه ناباروری رویدادی بسیار فشارزا بوده و تأثیر نامطلوبی بر عوامل روان‌شناختی زوجین می‌گذارد، ناباروری هم مسئله‌ای فردی و خصوصی و هم یک مسئله عمومی و اجتماعی می‌باشد. افرادی که دارای سلامت روان‌شناختی ضعیفی باشند، انگیزه و قدرت هیجان کافی برای مدیریت درمان و بیماری خود را ندارند (1).

لذا طراحی و به‌کارگیری مداخله‌های مبتنی بر رویکردهای روان‌درمانی اثربخش و سودمند در زمینه مدیریت خشم برای این‌گونه افراد ضروری به نظر می‌رسد چراکه عدم توجه به این امر بر سلامت عمومی آن‌ها اثر گذاشته و باعث ایجاد مشکلات روحی

^۱ دانشیار دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی تهران، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی تهران، ایران

- در پژوهش از لطیفی و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان بررسی تأثیر مشاوره مشارکتی ناباروری بر استرس ادراک‌شده زنان نابارور تحت درمان با IVF در این کار آزمایشی بالینی 60 زن ناباروری اولیه از مرکز تحقیقات ناباروری منتصریه مشهد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل (31 نفر) و مداخله (29 نفر) قرار گرفتند گروه مداخله در پنج جلسه انفرادی و با مشارکت ماما، متخصص زنان و روانشناسی بالینی مشاوره شدند و گروه کنترل تنها مشاوره مرسوم بخش را دریافت کردند. استرس کلی ادراک‌شده ناباروری زنان با استفاده از پرسشنامه روایی و پایایی استرس ناباروری نیوتن در ابتدای مطالعه و روز انتقال رویان موردسنجش قرار گرفت با آزمون t مستقل و من ویتنی به کمک نرم‌افزار spss (نسخه 14) تحلیل شد. از نظر استرس درک شده ناباروری تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت ($P=0/048$) و میانگین کاهش استرس در گروه مداخله 3/6 برابر گروه کنترل بود. میانگین تغییرات استرس در دو خرده آزمون پرسشنامه شامل موضوعات اجتماعی ($P=0/031$) و نیاز به والدین ($P=0/002$) تفاوت آماری معنی‌داری در دو گروه نشان داد.

- در پژوهش از میلانی نژاد (1378) در مقاله‌ای تحت عنوان، ارتباط سازگاری زناشویی و تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری در زنان مراجعه‌کننده به مرکز درمان و ناباروری شهر اصفهان، تحقیقی ارتباطی و تک گروهی است که به‌منظور بررسی و تعیین استرس ناشی از ناباروری و ارتباط آن با عملکرد و سازگاری زناشویی زنان مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری و ناباروری شهر اصفهان انجام شده است (5). این دو متغیر توسط پرسشنامه‌ای در سه بخش شامل مشخصات فردی، تنیدگی (استرس)، ناشی از ناباروری) و سازگاری زناشویی در 200 نفر از زنان مراجعه‌کننده جهت پیگیری، تشخیص و درمان (DAS) ناباروری به این مرکز اندازه‌گیری شد، سپس ارتباط این متغیرها با یکدیگر موردسنجش قرار گرفت. تمام زنان نابارور موردپژوهش، از استرس ناشی از ناباروری (به درجات مختلف) رنج‌برده و حدود نیمی (46 درصد) از آنان از سازگاری زناشویی برخوردار نبودند. نتایج نشان داد که این دو متغیر همبستگی قوی با یکدیگر داشته ($r=-0/39, P<0/001$) و سازگاری زناشویی نمونه‌ها برحسب شدت تجربه تنیدگی (استرس) آن‌ها در اثر ناباروری، متغیر می‌باشد. در میان متغیرهای مختلف مشکلات اقتصادی، ترکیب خانواده، مدت درمان و امید به موفقیت درمان، بیشترین همبستگی را با تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری داشته و مدت آگاهی از مشکل ناباروری و سابق حاملگی ناموفق، بیشترین همبستگی را با سازگاری زناشویی نمونه‌های موردپژوهش، نشان دادند (6).

- رشیدی و همکاران (2008) در مقاله‌ای تحت عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زوج‌های نابارور با روش درمان IVF که در ایران و در پژوهش‌کننده رویان اجرا شد (7)، مطالعه‌ای مقطعی است که در آن با استفاده از فرم کوتاه به بررسی سلامت (SF-36) انجام شد. که در آن ویژگی‌های دموگرافیک و بالینی بیماران نیز ثبت شد. اطلاعات شامل مقایسه کیفیت زندگی در زنان و مردان نابارور است تا کیفیت زندگی در زوج‌های نابارور مورد تجزیه‌وتحلیل و پیش‌بینی قرار دهد. در این پژوهش 514 زن و 514 مرد ($N=1028$) مورد مطالعه قرار گرفتند. تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان نشان می‌دهد که مردان نمرات بالاتری در مقیاس کیفیت زندگی گرفتند. برای زنان مؤنث بودن، کم سن بودن، و سواد کم یک کیفیت نامطلوب است. هیچ نتیجه قابل‌توجهی را برای طول مدت ناباروری و یا علل ناباروری یا جسمی یا روانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت وجود ندارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که طول مدت ناباروری و یا علل ناباروری اثرات قابل‌توجهی بر روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زوجین نابارور ندارد. با این وجود، زوج نابارور، به‌ویژه زنان کمتر تحصیل‌کرده جوان در معرض خطر که از کیفیت، نامطلوب زندگی برخوردارند، باید از کمک و حمایت لازم برای بهبود وضع زندگی بهره‌مند شوند.

- بالک¹ و همکاران (2010) در مقاله‌ای تحت عنوان ارتباط بین استرس درک شده، طب سوزنی، میزان بارداری در میان بیماران تحت درمان با IVF بودند انجام شد (1). این پژوهش آینده‌نگر است که در آن از 57 زن نابارور تحت درمان با IVF، 7/64 درصد که تحت درمان طب سوزنی قرار گرفته بودند، باردار شدند، در حالی که بارداری در کسانی که تحت درمان با طب سوزنی قرار نگرفتند 42/5 درصد بود. افرادی که درمان طب سوزنی را دریافت کردند، نمرات استرس پایین‌تری در قبل و بعد از ET در مقایسه با کسانی که این درمان را دریافت نکردند، داشتند و کاهش نمرات استرس ادراک‌شده با افزایش میزان حاملگی رابطه داشت.

- سالواتور² و همکاران (2001) در مقاله‌ای تحت عنوان آسیب‌شناسی روانی، شخصیت و روابط زناشویی در بیماران تحت درمان IVF، که مطالعه‌ای مقطعی است (8)، نشان می‌دهد که این بیماران نسبت به گروه گواه دارای سطح بالاتری از اضطراب‌اند، اگرچه این افراد، ابعاد شخصیت غیر نرمال ندارند ولی گروه تحت درمان با IVF الگوی خاص روانی و الگوی روابط زناشویی مختلفی نسبت به گروه گواه دارند.

¹ Balk

² Salvator

نویدی با بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی دانش آموزان پسر دوره متوسطه نشان داد که آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی دانش آموزان مؤثر است (12). امانی در پژوهش خود با عنوان بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل خشم بر سلامت عمومی زنان خانه‌دار، گزارش داد که آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی شرکت‌کنندگان مؤثر است.

مبانی نظری:

خشم³: خشم نوعی از هیجان است که اغلب بر اثر واکنش شخص نسبت به رفتارهای نامناسب دیگران بروز می‌کند. از دیدگاه کلینیک مهارت‌های کنترل خشم شامل استفاده از نظام‌های حمایت اجتماعی، مهارت‌های مسئله‌گشایی، مهارت‌های خود آرام‌سازی، مهارت‌های حفظ تسلط درونی، استفاده از مهارت‌های شوخ‌طبعی، آموزش مهارت‌های صحبت کردن (13) و گفتگوی مؤثر، مهارت‌های گوش دادن و بیان صریح احساسات خود می‌باشد (14) هدف از مدیریت و کنترل خشم، کاهش احساسات هیجانی و برانگیختگی جسمانی است که به‌موجب خشم به وجود می‌آید (۱۶،۱۵).

سلامت روان: سلامت روانی به معنی رفتار موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آن‌ها، ارضاء نیازهای خویشتن به‌طور متعادل و شکوفایی استعدادی فطری خویش می‌باشد (17).

مفهوم سلامت روانی در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است. سلامت روان در تعریف سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان یکی از ملاک‌های لازم برای سلامت عمومی در نظر گرفته شده است. بر اساس نظر کارشناسان، این سازمان سلامتی عبارت است از حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی، و این به معنای فقدان بیماری و ناتوانی نیست.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایش دارای گروه کنترل و آزمایش همراه با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری صارم واقع در شهر تهران بود که از بین آن‌ها تعداد 90 داوطلب بودند.

شیوه نمونه‌گیری به این صورت بود که تعداد 32 نفر از افرادی را که بیشترین نمره را از پرسشنامه حالت - صفت بیان خشم (STAXI-2) گرفته بودند انتخاب شدند در این پرسشنامه

- در تحقیقی از اسچمیدت¹ و همکاران (2005)، در مقاله‌ای تحت عنوان بررسی ارتباط استرس و مدیریت برنامه آموزش برای زوج‌های نابارور طراحی شده است (10.9)، در مطالعه‌ای آینده‌نگر، 37 زوج شرکت داشتند، که به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند، پرسشنامه ارزیابی استرس قبل و بعد از آزمون در طول 12 ماه انجام گرفت. تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای بین دو گروه وجود داشت، به‌عنوان مثال کسانی که بیشتر صحبت می‌کردند از کسانی که کمتر صحبت می‌کردند، استرس کمتری را تجربه کردند، یعنی ارتباطات اجتماعی به‌گونه‌ای نظام‌دار در کاهش استرس مؤثر بود.

- سکر و براون (2009)² در پژوهش با عنوان تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر متغیرهای سلامت عمومی مراقبان بیماران دچار پارکینسون 30 مراقب را که از بیماران دچار پارکینسون مراقبت می‌کردند و در پرسشنامه در سلامت عمومی (GHQ) نمره حدنصاب را به دست نیاورده بودند انتخاب کرده و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم نمود. گروه آزمایش به مدت 12 جلسه تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که نمره سلامت عمومی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافته است. بنابراین مطابق یافته‌های این تحقیق، درمان شناختی - رفتاری، سلامت عمومی مراقبان را به‌طور کلی بهبود بخشیده است.

به‌علاوه نمره‌های خرده مقیاس‌های اضطراب، کنش اجتماعی و علائم جسمانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنادار کاهش یافت که این کاهش در خرده مقیاس علائم جسمانی بارزتر بود. اما درمان شناختی - رفتاری بر کاهش نمره خرده مقیاس افسردگی تأثیری نداشت.

- امانی (1389)، در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل خشم بر سلامت عمومی زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرداری منطقه 7 تهران پرداخت. این پژوهش از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. در این مطالعه 30 نفر از زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده را به‌صورت داوطلبانه از بین جامعه پژوهشی انتخاب‌شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه پرخاصگری ایزنک و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) بود. مهارت‌های کنترل خشم در هشت جلسه 90 دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه شد. نتایج این پژوهش نشانگر آن بود که آموزش مهارت‌های کنترل خشم بر سلامت عمومی زنان خانه‌دار تأثیرگذار بوده است (11).

¹ Schemident

² Brown / Secker

³ Anger

بروز کلامی خشم، تمایل به بروز فیزیکی خشم، خلق‌وخوی خشمگینانه و واکنش خشمگینانه.

مواد 1 تا 15 به مقیاس حالت خشم اختصاص یافته است که 3 خرده مقیاس احساس خشم، احساس نیاز به بیان کلام خشم و احساس نیاز به بیان فیزیکی را در برمی‌گیرد.

مواد 15 تا 26 برای اندازه‌گیری صفت خشم اختصاص یافته و خرده مقیاس‌های خلق‌وخوی خشمگین و واکنش خشمناک را در برمی‌گیرد مواد 26 تا 57 به مقیاس‌های بیان خشم و کنترل خشم اختصاص دارد. شرکت‌کنندگان به هنگام پاسخ دادن به پرسشنامه، وضع خود را بر روی یک مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از تقریباً هرگز (1) تا تقریباً همیشه (4)، رتبه‌بندی می‌کنند و بدین‌وسیله شدت احساسات خشم خود را در یک زمان معین و نیز فراوانی تجربه، بیان، سرکوب یا کنترل خشم خودشان را اندازه‌گیری می‌کنند. کل ابزار دارای محدوده 221-57 و در شاخص کلی بیان خشم دارای دامنه 96-0 است.

پرسشنامه سلامت عمومی 28 سؤالی (GHQ-28):

جهت جمع‌آوری اطلاعات مربوطه به متغیر سلامت روان، از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده می‌گردد. این پرسشنامه به پرسشنامه سلامت عمومی معروف است که یک پرسشنامه سرندی مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که از آن در مجموعه‌های بالینی باهدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، استفاده می‌شود (22). در این پرسشنامه به دوطبقه اصلی از پدیده‌ها توجه می‌شود، ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش‌وری سالم و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول کننده پرسشنامه سلامت عمومی را می‌توان به‌عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به‌عنوان یک طبقه کلی از آن‌هایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین، هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله‌مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است (22).

نسخه اصلی پرسشنامه سلامت عمومی از 60 سؤال تشکیل شده است. اما تعدادی از نسخه‌های کوتاه‌تر نیز تهیه شده که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: GHQ 28-، GHQ 30-، GHQ 12- فرم 28 ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار سرندی می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند (23).

اطلاعاتی از بیماران شامل سن، آدرس، تلفن، میزان تحصیلات گرفته شد.

افراد وقتی پرسشنامه خشم را پر کردند، 32 نفر از آن‌ها بر اساس نمره شاخص کلی بیان خشم که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند (18). ملاک‌های ورود به این پژوهش، زنان ناباروری بود که به‌طور طبیعی قادر به بارداری و حاملگی نبودند و تمایل به انجام عمل IVF داشتند. در ضمن این افراد بایستی سواد کافی برای پر کردن پرسشنامه‌ها و شرکت در کلاس‌ها را داشته باشند و علاقه‌مند به شرکت در برنامه درمانی باشند. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان نیز عبارت بود از بیماری‌های دیگر یا مصرف داروهای روان‌گردان یا سوء هدف دارو و سابقه دریافت آموزش مدیریت خشم. در ادامه، کلیه شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی و با تعداد مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند سپس به پرسشنامه سلامت عمومی 28 سؤالی به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. ابزارهای اجرای این ارزیابی‌ها زیر معرفی شده‌اند در ضمن 3 نفر از گروه کنترل و 3 نفر از گروه آزمایش به دلایل مختلف ازجمله غیبت پیش از سه جلسه، عدم شرکت در پس‌آزمون از مطالعه حذف شدند بنابراین 13 نفر از گروه آزمایش و 13 نفر از گروه کنترل و مجموعه تعدادشان 26 نفر بود. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر بکار برده شدند (19):

پرسشنامه حالت - صفت بیان خشم 2 (STAXI-2)¹:

نسخه نخست پرسشنامه حالت و صفت بیان خشم STAXI با 44 عبارت در سال 1988 منتشر شد (20). این پرسشنامه در سال 1996 مورد بازنگری قرار گرفت و ضمن تجدیدنظر در مقیاس‌های نخستین، مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های جدیدی به آن اضافه شد. در این بازنگری، تعداد عبارات پرسشنامه به 57 عبارت افزایش یافت و نسخه جدید تحت عنوان (STAXI-2) منتشر گردید (20). این پرسشنامه به‌عنوان ابزاری برای ارزیابی‌های پیش و پس از مداخله در برنامه‌های آموزش مدیریت خشم کاربرد گسترده‌ای داشته است. این پرسشنامه از زمان پیدایش به سبب قابلیت کاربردهای پژوهشی و کلینیکی آن در جوامع بسیاری ازجمله سوئد، فرانسه، روسیه، هلند و انگلستان ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن مورد مطالعه قرار گرفته است. کلیه این مطالعات، مفهوم‌سازی مناسب، روایی و اعتبار قابل قبول و کاربرد جهانی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند (21).

STAXI2- دارای 6 مقیاس، 5 خرده مقیاس و یک شاخص بیان خشم است. مقیاس‌ها عبارت‌اند از: احساس خشم، تمایل به

¹ State And Trait Anger Expression Inventory (Staxi-2)

کلی جلسات آموزش مدیریت خشم عبارت بود از: جلسه اول، معارفه اعضای گروه، معرفی برنامه و قوانین گروه. جلسه دوم: چهارچوب مفهومی برای شناخت خشم. جلسه سوم: عوامل ایجادکننده خشم و نشانه‌های خشم. جلسه چهارم: فنون آرمیدگی، جلسه پنجم: نقش افکار منفی و خطاهای شناختی در تجربه خشم. جلسه ششم: نقش افکار منفی و خطاهای شناختی در تجربه خشم و استفاده از خودگویی مثبت، جلسه هفتم: شیوه‌های ابراز خشم و آموزش جرئت ورزی. جلسه هشتم: شیوه‌های مقابله با مشکلات. جلسه نهم: آموزش راهبردهای حل مسئله. جلسه دهم: مرور و جمع‌بندی مطالب، تمرکز بر آینده و تعیین هدف، بازخورد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس برای تعیین اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی استفاده گردید.

یافته‌ها

با توجه به اینکه هدف پژوهش، تعیین میزان تأثیر آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی داوطلبین متقاضی عمل IVF بود و به دلیل تعداد کم آزمودنی‌ها، تحلیل به صورت کلی صورت گرفت.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از پارامترهای مرکزی (میانگین و میانه) و پارامترهای پراکندگی (انحراف استاندارد، واریانس، کجی و کشیدگی) استفاده شد و در بخش استنباطی برای پاسخ به سؤالات از آزمون کوواریانس استفاده شد. و نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت جدول توصیف آماری مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان افراد داوطلب به شرح زیر است.

این پرسشنامه دارای 4 زیر مقیاس است: خرده نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارضا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی. از این آزمون برای هر فرد 5 نمره به دست می‌آید که 4 نمره آن مربوط به خرده مقیاس‌ها و یک نمره هم از مجموع نمرات خرده مقیاس‌ها به دست می‌آید، که نمره کلی می‌باشد. وجود چهار زیر مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) به دست آمده است. روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب است که از گزینه الف تا د، نمره صفر، یک، دو و سه متعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد در یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا 21 و در کل پرسشنامه از صفر تا 84 خواهد بود. نمرات هر شرکت‌کننده در هر مقیاس به‌طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات 4 زیر مقیاس جمع کرده و نمره کلی را به دست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد. بر اساس نمره به دست آمده و با استفاده از جدول زیر می‌توان وضعیت فرد را در هر یک از زیر مقیاس‌ها و در کل پرسشنامه تعیین نمود.

پس از اجرای پرسشنامه سلامت عمومی به‌عنوان پیش‌آزمون، افراد گروه آزمایش طی 10 جلسه هفتگی تحت آموزش مدیریت خشم به شیوه شناختی - رفتاری گروهی قرار گرفتند. برای هر جلسه تکالیفی در مورد مسائل مطرح شده در جلسه در نظر گرفته شده بود که هر یک از افراد گروه تا جلسه بعد با توجه به شرایط واقعی خود، انجام دهد. در هر جلسه ضمن دریافت بازخورد از جلسه قبل، تکالیف جلسه قبل، مرور می‌شدند و پس از رفع اشکالات موجود مطالب جدید ارائه می‌گردید. ساختار ثابت هر جلسه به‌صورت مرور تکالیف خانگی و رفع سؤالات و اشکالات موجود، آموزش مطالب و فن‌های در نظر گرفته شده و ارائه تکالیف خانگی بود. در پایان برنامه مداخله، افراد هر دو گروه مجدداً به پرسشنامه سلامت عمومی به‌عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. ساختار

جدول (۱): آزمون f همسانی واریانس‌ها مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان

سطح معناداری	Df1	Df2	F	
0/957	30	1	0/003	نمرات پیش‌آزمون سلامت روان
0/418	30	1	0/674	نمرات پیش‌آزمون سلامت روان

می‌توان گفت در متغیر سلامت روان بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون یکسانی واریانس‌ها مشاهده می‌شود در نتیجه آزمون کوواریانس برای مقایسه نمرات در این متغیر قابل آزمون است.

جدول فوق مربوط به آزمون همسانی واریانس‌ها جهت اجرای آزمون کوواریانس است نتایج نشان می‌دهد f مشاهده در سطح آلفای 5 صدم معنادار نیست و فرض صفر رد نمی‌شود در نتیجه

جدول (۲): آمار توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
آزمایش	46/84	4/71	13
سلامت روان پیش‌آزمون	47/31	4/67	13
کل	47/16	4/61	26
آزمایش	33/53	4/91	13
سلامت روان پس‌آزمون	46/69	4/67	13
کل	40/11	8/18	26

جدول فوق مربوط به میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان است همان‌طور که مشاهده می‌شود در نمرات پیش‌آزمون بین میانگین گروه کنترل و آزمایش نسبت به کنترل پایین‌تر است. تفاوتی مشاهده نمی‌شود اما در نمرات پس‌آزمون بین دو گروه تفاوت مشاهده می‌شود به‌طوری‌که میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به کنترل پایین‌تر است.

جدول (۳): آزمون کوواریانس مربوط به نمرات مربوط به سلامت روان

منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری
فاکتورها	630/019	1	630/019	35/58	0/001
تعامل (فاکتورها و گروهی)	523/55	1	523/55	29/57	0/001
خطا	424/92	24	17/71		

چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود f مشاهده‌شده حاصل از تعامل فاکتورها با یکدیگر (نمرات سلامت روان پیش‌آزمون و پس‌آزمون) معنادار است به عبارتی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین‌ها می‌توان گفت نمرات پس‌آزمون دارای میانگین پایین‌تری می‌باشد (با توجه به آزمون سلامت روان نمره پایین نشان‌دهنده سلامت روان بالاتر است) در نتیجه می‌توان گفت آموزش کنترل و مدیریت خشم در افزایش سلامت روان تأثیر داشته است.

جدول (۴): آزمون تحلیل واریانس مربوط به اثر فاکتورهای بین گروهی

منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
Intercept	98832/48	1	98832/48	3618/36	0/001
گروه‌ها	602/48	1	602/48	22/17	0/001
خطا	655/54	24	27/314		

چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود f مشاهده‌شده حاصل از اثر گروه‌ها معنادار است به عبارتی بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و با توجه به میانگین‌ها می‌توان گفت گروه آزمایش دارای سیر نزولی بوده است و گروه کنترل هیچ‌گونه تغییری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهشی حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی داوطلبین متقاضی عمل IVF بود که نابارور بودند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری اثر معناداری بر ارتقاء سلامت عمومی در افراد نابارور دارد. فرضیه اول در این پژوهش تأثیر آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی افرادی بود که داوطلب و متقاضی انجام عمل IVF بوده و نابارور بودند. ازجمله پژوهش‌هایی که با

یافته‌های پژوهش حاضر همگام می‌باشند می‌توان از تحقیق شاکری و همکاران (1382) در خصوص مقاله‌ای تحت عنوان بررسی سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF نام برد (24). از جمله سایر پژوهش‌هایی که به نحوی با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشند می‌توان به پژوهش سکندر و براون در خصوص تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر متغیرهای سلامت عمومی مراقبان بیماران دچار پارکینسون اشاره نمود. همچنین پژوهش نویدی با عنوان بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم بر سلامت عمومی بر روی 32 نفر از پسران دوره متوسطه یکی از دبیرستان‌های منطقه یک آموزش و پرورش شهر تهران نشان داد که اجرای برنامه آموزش مدیریت خشم، نشانه‌های اختلال در سلامت عمومی افراد شرکت‌کننده را کاهش می‌دهد (25).

همچنین پژوهش فرامرزی (26) در خصوص مقایسه تأثیر روش‌های درمانگری شناختی - رفتاری، دارودرمانی و دارونما بر سلامت روانی زنان نابارور نشان داد که درمان شناختی - رفتاری سلامت عمومی زنان نابارور را بهبود بخشیده است. پژوهشی در خصوص اثربخشی آموزش مهارت‌های کنترل خشم بر سلامت عمومی زنان خانه‌دار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرداری منطقه 7 تهران نشان داد که آموزش این مهارت بر سلامت عمومی زنان خانه‌دار تأثیرگذار بوده است. همچنین می‌توان به پژوهش ولیئی (27) با عنوان تأثیر درمانگری شناختی رفتاری بر افسردگی سلامت عمومی و سازگاری زبان متأهل افسرده دیابتی، نشان داد که درمان شناختی - رفتاری نمره کل سلامت عمومی بیماران را افزایش داده است. ولچن و همکارانش نیز در تحقیقی با عنوان تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر سبک زندگی به‌منظور کنترل دیابت در افراد دیابتی نوع 2، نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری سلامت عمومی بیماران دیابتی را افزایش داده است (28).

همچنین می‌توان به پژوهش امیری و همکاران در خصوص تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران دیابتی و نیز پژوهش اکبری پور و همکاران در خصوص اثربخشی آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل تنیدگی بر سلامت عمومی بیماران عروق کرونری قلب و همچنین پژوهش انصاری و همکاران در خصوص تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به فشارخون بالا اشاره نمود.

مبتلا، اضطراب و پریشانی را نیز در او کاهش داده باشند (29). از طرفی احتمالاً راهبردهای شناختی مانند حل مسئله، شناخت خطاهای شناختی و مبارزه با افکار منفی، تفکر منطقی و استفاده از خودگویی مثبت، باعث تغییر در نگرش‌ها و شناخت‌های بیماران شده‌اند به‌طوریکه بیمار بودن خود را پذیرفتند و به‌گونه‌ای منطقی‌تر با پیامدهای روانی آن مواجه شدند و با به‌کارگیری مهارت‌های آموزش داده‌شده در جهت بهبود هر چه بیشتر خود گام برداشتند (30). داشتن چنین باوری در تأمین سلامت روانی نقش مهمی ایفا می‌کند زیرا نگرانی نسبت به بیماری و پیامدهای آن و نگرش منفی به درمان، باعث صرف انرژی روانی زیادی می‌گردد و در بسیاری از موارد نیز می‌تواند زمینه‌ساز بروز خشم، اضطراب، ناامیدی، احساس شکست و افسردگی در فرد گردد. همچنین احتمالاً در این آموزش با کنترل افکار خود آیند منفی تا حدی از گوش‌به‌زنگی و در انتظار وقوع نشانه‌ها و عوارض بیماری بودن، در بیماران کاسته شد و باعث گردید که بیماران در ذهن خود امکان بروز عوارض بیماری را بدهند، ولی خشم و اضطراب ناشی از آن را مدیریت و کنترل کنند، که این خود باعث احساس آرامش بیشتر و مشکلات خواب کمتر گردید. از طرف دیگر چالش با افکار منفی و آموزش حل مسئله باعث می‌شود تا افراد دیدگاه‌ها و باورهای خود را به‌عنوان اصول کامل و خالی از اشکال نپندارند و نسبت به درستی و نادرستی عقاید خود، دیدگاه منعطف‌تری پیدا کنند، یعنی نسبت به پذیرش افکار، نظرات و باورهای جدید پذیرا تر گردند و فرصت‌های جدیدتری برای رشد بیابند که این امر در درمان افسردگی بسیار مهم است (31). زیرا به‌این ترتیب افراد نسبت به شناخت‌های معیوب خود دچار شک و تردید گردیده و درصدد تغییر آن‌ها برمی‌آیند. همچنین بهبود علائم و واکنش‌های منفی روان‌شناختی این بیماران از قبیل خشم، افسردگی و اضطراب و به‌طور کلی افزایش سلامت عمومی آن‌ها باعث بهبود نگرش نسبت به خود، محیط و آینده در بیماران شده و بهبود عملکرد اجتماعی را به دنبال دارد که در نتیجه بیمار بهتر با دیگران ارتباط برقرار کرده و همین امر، لذت، احساس آرامش و رضایت را در فرد بیمار افزایش می‌دهد.

در مجموع می‌توان اثربخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی - رفتاری بر سلامت عمومی افراد ناباروری را که عمل IVF انجام داده‌اند را به عواملی مانند شناخت بیماری و تطبیق با موقعیت فعلی خود، انتظارات مثبت بیماران در مورد آینده و یادگیری چگونگی مقابله مؤثر با شرایط خشم انگیز نسبت داد، که تعیین سهم هر یک از این عوامل احتمالی در بهبود، بر عهده تحقیقات آینده است. فقدان گروه مقایسه‌ای غیر از گروه کنترل که آموزش دیگری دریافت کنند و فقدان پیگیری نتایج از جمله

نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس و محدود از یک مرکز انتخاب شدند، تعمیم‌پذیری نتایج به‌سادگی امکان‌پذیر نبوده و رعایت احتیاط در این زمینه ضروری است

- توصیه می‌شود که در این‌گونه پژوهش‌ها علاوه بر گروه کنترل در انتظار، گروه‌های مختلفی که درمان یا آموزش متفاوتی دریافت کنند نیز وجود داشته باشد تا نتایج مورد مقایسه و تبیین بهتری قرار گیرد.

- یکی از محدودیت‌های موجود در این پژوهش، نداشتن زمان کافی برای پیگیری تغییرات ایجادشده در طی زمان می‌باشد که سؤالاتی را در زمینه پایداری نتایج باقی می‌گذارد.

- مداخله اجرایشده به‌صورت یک برنامه آموزش مدیریت خشم عمومی مورد استفاده قرار گرفت نه یک برنامه اختصاصی برای زنان نابارور که این مسئله از محدودیت‌های این پژوهش است.

- دوره درمان IVF از زمان شروع عمل تا زمان حاملگی ۲ ماه می‌باشد. بنابراین سعی شد در این بازه زمانی کوتاه، جلسات مدیریت خشم به‌صورت فشرده برگزار شود.

- بعضی از بیماران تمایل داشتند که تست‌ها را با همسرانشان پر کنند که این مسئله گاهی باعث می‌شد که در پر کردن تست‌ها افراد دقت و صداقت لازم را به خرج ندهند.

سپاسگزاری

پژوهشگر از همه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین از قسمت پژوهشی بیمارستان "صارم" که امکان انجام این تحقیق را برای این‌جانب فراهم نمودند قدردانی می‌نماید.

References:

1. Balk J, Catov J, Horn B, Gecsi K, Wakim A. The relationship between perceived stress, acupuncture, and pregnancy rates among IVF patients: a pilot study. *Complement Ther Clin Pract* 2010;16(3):154-7.
2. Azad H, Psychopathology. *Besat publications*; 2010. p.110-123. (Persian)
3. American psychological association. Controlling anger before it controls you. *Psychological review*; 2003.P. 185-190.
4. Akhundi MM, Sadeghi M. The necessity of applying supplementary fertility technics in human regeneration;2011. P.139-49. (Persian)

محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌روند، از سوی دیگر مداخله اجرایشده به‌صورت یک برنامه آموزش مدیریت خشم عمومی مورد استفاده قرار گرفت نه یک برنامه اختصاصی برای زنان نابارور. کاهش روایی بیرونی و تعمیم‌پذیری نتایج به دلیل شرایط کنترل‌شده پژوهش، انتخاب آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس و محدود از یک مرکز، ریزش ۳ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر از گروه کنترل را نیز باید مدنظر داشت. با توجه به اینکه آموزش مدیریت خشم، برای نخستین بار برای افراد ناباروری که به مراکز ناباروری مراجعه می‌کنند بکار برده شده است، پیشنهاد می‌شود این پژوهش با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع و با پیگیری‌های بلندمدت تکرار شده و مطالعاتی نیز برای بررسی عوامل و متغیرهای واسطه‌ای تأثیر این مداخلات انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود یک برنامه اختصاصی مدیریت خشم از سوی متخصصین برای زنان نابارور طراحی شده و ادغام رسمی این آموزش در برنامه‌های درمانی مورد توجه قرار گیرد. همچنین امید است در تحقیقات آتی این آموزش برای سایر افرادی که تمایل به عمل ICSI, GIFT, ZIFT, IUI، هستند اجرایشده و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد.

محدودیت‌های پژوهش:

هر پژوهشی محدودیت‌های خاص خود را دارد که این پژوهش نیز از آن مستثنا نیست. در زیر به محدودیت‌های این پژوهش اشاره می‌شود:

- با توجه به اینکه آزمودنی‌های این پژوهش، از طریق

5. Najmi B, Ahmadi SS, Ghassemi G. Psychological characteristics of infertile couples referring to Isfahan Fertility and Infertility Center (IFIC). *J Reproduc Infertility* 2001;2(4):40-57. (Persian)
6. Vahid RF, Ayati S, Mirzaeian S, Shakeri M, Akhtardel H. Fertility outcome after IVF and related factors. *J Gorgan Univ Med Sci* 2009;11(3):42-6. (Persian)
7. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research* 2008;8(1):186. (Persian)
8. Gallinelli A, Roncaglia R, Matteo ML, Ciaccio I, Volpe A, Facchinetti F. Immunological changes

- and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril* 2001;76(1):85-91.
9. Smeenk MJ, Verhaak CM, Eugster A, Van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DDM. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Hum Reprod* 2001;16(7):1420-3.
 10. Smeenk MJ, Verhaak CM, Vingerhoets A, Sweep CGJ, Merkus J, Willemsen SJ, et al. Stress and outcome success in IVF: the role of self-reports and endocrine variables. *Hum Reprod* 2005;20(4):991-6.
 11. Shirazi N, The effects of education on the rage with a cognition- behavior approach and general health, medical data and controlling blood sugar in patients with diabetes type 2, (Dissertation). Tehran: Payam Noor University, Tehran Central; 2012. P.50-110. (persian)
 12. Navidi N. Investigating the effects of educating rage management on public health, Tehran, Entesharat Center; 2008. p. 90-6. (Persian)
 13. Clanick CL. Life skills. Translation, Mohammadkhani SH. Tehran, Espand Honar Publications; 2009. P.325-31. (Persian)
 14. Hashemian F, The effects of educating stress management (cognitive- behavioral) on mental happiness and health and reducing stress among infertile women. (Dissertation). Tehran: Payam Noor University, Tehran Central; 2009. P. 90. (Persian)
 15. Mohammadi M, Farnam R. Applied guidelines of group cognition therapy. 1st ed. Tehran: Roshd Publications; 2007. P.70. (Persian)
 16. Naseri H, Nikparvar R. Investigating educational effects and life skills on the students' mental health. 2nd nationwide conference of welfare organization students' mental health; 2004. P.20-32. (Persian)
 17. Rahbar N, Ghorbani R, Moazzen S, Sotude A. The relation between spontaneous abortion and general health. (Dissertation). Semnan: University of medical sciences; 2000. p.7-12. (Persian)
 18. Sarmad Z, Bazargani A, Majazi E. Research methods in behavioral sciences. Tehran: Agah publications; 2002. p.25. (Persian)
 19. Delavar A. Research guidelines and evaluation in psychology and pedagogical sciences. 7th ed. Tehran: Arasbaran publications; 2000.p.40-52. (Persian)
 20. Jaladi - tehrani S. An application at cognitive Therapy in Iran. *Cognitive Therapy J* 1996; 3(10): 219-25. (Persian)
 21. Jednczczak P, Lucaak-Wawrzynia J. Przewozna J. Tazsarck-Hallke G. Pawelczyk L. Feeling and emotions in woman treated for infenility. *J przegal Lek* 2004; 61(12):1334-7.
 22. Fathi Ashtiyani A, Azimi Ashtiani H. Health psychology. 1st ed. Tehran: Besat Publications; 2005.p.30-2. (Persian)
 23. Ghasemzade H, Cognitive behavioral therapy, applied guidelines in curing mental malfunctions. 2nd ed. Tehran: Arjomand publications; 2002 .p.46. (Persian)
 24. Shakeri J, Hossein M, Golshani S, Sadeghi Kh, Feyzollahi V. Investigating general health, contrastive strategies and marital satisfaction among infertile women under treatment (IVF). *Periodical of fertility and infertility* 2007; 269-85. (Persian)
 25. Navidi N, Investigating the effects of educating rage management on public health. Tehran: Entesharat Center; 2008. P.76-85. (Persian)
 26. Faramarzi M. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy methods, pharmacotherapy and placebo on infertile women's mental health. (Dissertation). Tehran: Payam Noor University, Tehran central; 2007. p.188. (Persian)

27. Valiei Zh. The effects of cognitive- behavioral therapy on depression, public health and compatibility of married depressed women with diabetes. Tehran: Payam Noor University, Tehran central; 2009.p.102. (Persian)
28. Shirazi N. The effects of education on the rage with a cognition- behavior approach and general health, medical data and controlling blood sugar in patients with diabetes type 2. (Dissertation). Tehran: Payam Noor University, Tehran Central; 2012 .p.32-46. (Persian)
29. Delavar A. Theoretical and scientific and research basics of social and human sciences. Tehran: Roshd Publications; 2005.P.16-34 .(Persian)
30. Jakraz J. Mental diseases, translated by: Dadsetan M. Tehran: Darya publication; 1990.p.86.
31. Hossieni L. The relationship between anxiety and personality with results of surgery operation for zift infertility in Navid infertility institute. (Dissertation). Tehran: Payam Noor University, Tehran Central; 1999.

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION FOR ANGER MANAGEMENT ON MENTAL HEALTH OF INFERTILE WOMEN

Mohammad Oraki¹, Bahare Vaziri², Ahmad Alipour³

Received: 14 Jul, 2015; Accepted: 16 Sep, 2015

Abstract

Background & Aims: Nowadays, infertility is a stressful problem and has an undesirable influence on psychological states of the couples. This research aims to determine efficiency of training courses of anger control on their mental health

Materials & Methods: This research is a semi-experimental method under pre and post tests. 90 infertile women referred to Sarem Clinic in Tehran and filled up Spielberger anger expression scale questionnaire, among them 32 candidates obtained the highest score. They also were selected according to voluntary sampling method and were divided into experimental and control groups, randomly. Subsequently, experimental group participated in training course of anger management held upon cognitive- behavioral approach within 10 sessions (each session was 90 min.), the control group did not receive any instruction. General health questionnaire (28 questions) was used in two stages of pre and post tests. Covariance and Khido tests were applied for the data analysis to determine the frequency of infertility.

Results: The results showed that training of anger control upon cognitive- behavioral approach caused to increase the mental health among individuals in the experimental group.

Conclusion: It was indicated that training course has a significant effect on increasing mental health. Therefore, such trainings are advised beside other medical instruction as a part of treatment.

Keywords: Anger Management, Cognitive- behavioral approach, Mental health, Infertile women

Address: No. 70, 3rd Floor, Changizi St., Golshan St., Jomhoori St., Tehran, Iran

Tel.: +982166424171

E-mail: bahar2002V@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(8): 662 ISSN: 1027-3727

¹Associate Professor, Psychology Department, Payame Noor University, Tehran, Iran

²Master in General Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ Professor, Psychology Department, Payame Noor University, Tehran, Iran