

اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) بر سلامت

روان زنان نابارور

فاطمه هاشمی*، علیرضا فیلی**، مجید صفاری نیا***

دریافت مقاله:

92/11/17

پذیرش:

93/3/20

چکیده

هدف: ناباروری افراد را مستعد افسردگی و اضطراب می‌کند. عدم توجه به اختلالات هیجانی زنان نابارور امکان باروری را کاهش می‌دهد؛ بنابراین مداخلات روان‌شناختی می‌تواند سهم بسزایی در ارتقاء سلامت روان زنان نابارور داشته باشد. هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) بر سلامت روان زنان نابارور بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با جایگزینی تصادفی است. جامعه آماری، زنان ناباروری بودند که در تابستان 1390 به مرکز ناباروری شهر شیراز مراجعه کرده بودند. بدین منظور 24 زن نابارور با نمره استرس بالا انتخاب شدند و آموزش گروهی مدیریت استرس (شناختی - رفتاری)، طی 10 جلسه هفتگی با گروه آزمایش انجام شد. پرسشنامه سلامت روان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل گردید.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss18 و استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس) صورت گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که سلامت روان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس‌آزمون افزایش معناداری پیدا کرده بود، ($P < .05$).
نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، جهت افزایش سلامت روان زنان نابارور بکار رود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، شناختی - رفتاری، مدیریت استرس، ناباروری

* کارشناس ارشد روان‌شناسی، مشاور آموزش و پرورش فارس (نویسنده مسئول) Rp_hashemi@yahoo.com

** استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، ایران

*** دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، ایران

مقدمه

یک زوج زمانی از نظر بالینی نابارور تلقی می‌شود که طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری حاصل نگردد (محمدی 1380). بر اساس مطالعات حدود 50 تا 80 میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می‌برند (برک 1998؛ به نقل از کرمی نوری و همکاران، 1380). یکی از پیامدهای ناباروری تأثیرات روانی و اجتماعی آن است؛ به گونه‌ای که می‌تواند زوج‌های نابارور را مستعد ابتلا به اختلالاتی از قبیل اضطراب و افسردگی نماید. در مواجهه با ناباروری، زنان بیش از مردان آسیب‌پذیر هستند و تحت تأثیر قرار می‌گیرند (بهجتی اردکانی و همکاران 1389).

ناباروری برای بسیاری از زوج‌ها بحرانی عمده و از نظر روانی، پرتنش تلقی می‌شود و مشکلات مهمی را در روابط زوجین ایجاد می‌کند که کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی و تصمیم‌گیری در زندگی، اختلال عاطفی و هیجانی از آن جمله است (نیلفروشان و همکاران، 1386).

اختلالات روان پزشکی و بی‌ثباتی شخصیتی در زنان نابارور تقریباً دو برابر زنان بارور است، که این خود بر اهمیت داشتن فرزند درکشورمان دلالت دارد. آن‌ها استرس‌های بیشتری را نسبت به افراد بارور تحمل می‌کنند. مهم‌ترین این استرس‌ها مشکلات اقتصادی، جنسی، مداخلات خانوادگی و درمان‌های ناباروری است (جمیلیان و همکاران، 1391). بیشتر مطالعات گزارش کرده‌اند که در اغلب

زنان تحت درمان ناباروری، پاسخ منفی تست بارداری، علائم افسردگی را در آنان تشدید می‌نماید (ولگستن و همکاران، 2010). آندروز 1993 زوجین نابارور را بازوجین بارور مقایسه نمود و دریافت که استرس صرف نظر از منبع آن (خواه ناباروری باشد یا استرس ناشی از دیگر منابع) بر عملکرد زناشویی، جنسی و کیفیت زندگی تأثیر گذاشته و آن‌ها را کاهش می‌دهد. به نظر وی به‌طور کلی زنان بیشتر تحت تأثیر هر استرسی قرار می‌گیرند و احساس رضایت از زندگی زناشویی و سلامتی‌شان بیشتر تأثیر می‌پذیرد.

با توجه به فراوانی اختلالات روان-پزشکی در زنان نابارور و نقش و جایگاه حساس زن در خانواده، شناخت بیشتر ویژگی‌های روانی و بررسی تأثیر مداخلات روان‌شناختی و مشاوره‌ای برای مشکلات گوناگون زنان نابارور ضروری به نظر می‌رسد. (نوربالا و همکاران، 1387)

برنامه شناختی - رفتاری استرس انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر فن‌های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی رفتاری معمول مانند بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله‌ای، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم ترکیب کرده است.

تکنیک‌های مدیریت استرس در مورد بسیاری از مشکلات هیجانی و جسمی مانند اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی، دیابت، فشارخون، بیماری‌های قلبی، آرتروز و سرطان به

شکل موفقیت‌آمیز مورد استفاده قرار گرفته است (اتنونی و همکاران، 2007). با استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس و آرمیدگی می‌توان سطوح استرس را کاهش داد که به نوبه خود می‌تواند به حفظ سلامتی و ارتقاء عملکرد ایمنی و اجتماعی منجر شود. مداخله درمانی مدیریت استرس، کاهش افسردگی و فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در زنان مبتلا به فشارخون، در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری را در پی داشته است. این یافته تأیید دیگری بر کارآمدی روش مدیریت استرس در درمان فشارخون و عوامل روان‌شناختی همراه با آن است (آقایی و همکاران 1392).

استفاده از فنون شناختی - رفتاری به طور مستمر در زنان نابارور بدون علت طبی و جسمانی مشخص باعث کاهش اضطراب، افسردگی و علائم روان‌شناختی در آنها شده است. به طوری که بعد از مدتی تعدادی از آنان بارور شده‌اند (هاوس، 2011). مدیریت استرس به شیوه شناختی باعث کاهش میزان اضطراب زنان نابارور بعد از خاتمه جلسات درمانی و پس از دوره پی‌گیری 12 ماهه شده است (حمید، 1390). فرامرزی و همکاران در تحقیقی در سال 1386 گزارش کردند که درمان شناختی - رفتاری به‌تنهایی یک پیشنهاد پایا در برابر دارودرمانی نیست، اما بهتر از فلوکسیتین در درمان یا کاهش افسردگی و اضطراب زنان نابارور عمل می‌کند و فلوکسیتین بهتر از نگرفتن درمان در مورد افسردگی و اضطراب عمل می‌کند. نتایج پژوهش جبل عاملی و همکاران 1389 نشان می‌دهد که مداخله شناختی - رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی و

کاهش فشارخون گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است.

همچنین به نظر می‌رسد مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در کاهش اضطراب نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است (میرزایی و همکاران 1390).

در مطالعه‌ای که توسط حیدری و همکاران (1390) صورت گرفت، زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور برای مقابله با تنیدگی ناشی از ناباروری، از مقابله‌های متمرکز بر هیجان استفاده بیشتری می‌کنند و از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. تمرکز بر انواع راهبردهای مقابله‌ای و تأکید بر حمایت خانواده برای زنان نابارور می‌تواند تأثیر مهمی بر کاهش میزان افسردگی و اضطراب و در نتیجه افزایش سلامت روان آنان داشته باشد. نتایج پژوهش هاشمی و همکاران 1392 بر شادکامی زنان نابارور نشان داد، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری به‌عنوان روشی غیر دارویی در زمینه افزایش شادکامی زنان نابارور کارایی داشته است. پژوهش چوب‌فروش زاده، کلاتری و مولوی 1389 نیز که باهدف بررسی اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان نابارور انجام شد، نشان داد که مدیریت استرس بر بهبود بهزیستی و رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان نابارور، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پی‌گیری مؤثر است.

کاوینگتون (2007) چهارچوب تئوریک،

تحت عنوان مدل مشارکتی سلامت باروری

آزمایش (12 نفر) و کنترل (12 نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: جنسیت مؤنث، دامنه سنی 25_40 سال، سطح تحصیلات دیپلم به بالا، مدت ناباروری بین 2 تا 10 سال، داشتن استرس بالا بر اساس مقیاس استرس کوهن. ملاک خروج نیز عبارت بود از: سابقه بستری به علت اختلالات روانی. قبل از اعمال متغیر مستقل از هر دو گروه آزمایشی و گواه خواسته شد به منظور شرکت در مطالعه، فرم رضایت‌نامه کتبی را تکمیل کنند و رضایت کامل خود را از حضور در مطالعه ابراز نمایند.

سپس گروه آزمایش (در طی پروسه درمان) در 10 جلسه هفتگی و هر جلسه به مدت 2 ساعت به وسیله محقق در محل مرکز ناباروری تحت آموزش گروهی مدیریت استرس شناختی - رفتاری به شرح زیر قرار گرفتند.

جلسه اول: معارفه، ارائه تعریف استرس و بیان استرس‌زاها و پاسخ‌های استرس، آموزش آرمیدگی عضلانی برای 16 گروه ماهیچه‌ای

جلسه دوم: توضیح تأثیر استرس بر جسم و افزایش آگاهی افراد از نشانه‌های جسمانی استرس، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای 8 گروه ماهیچه‌ای

جلسه سوم: بیان ارتباط افکار و هیجانات، آموزش تصویرسازی و تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای 4 گروه ماهیچه‌ای.

طراحی نموده که برمادل الگوی زیستی - روانی - اجتماعی استوار است و در آن همه ابعاد فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی فرد نابارور در مراقبت مورد توجه قرار می‌گیرد. مدل مشارکتی سلامت باروری برنامه‌ای است که در آن تمام افراد درگیر با فرد نابارور از جمله پزشک، روان‌پزشک، روانشناس و ماما یک تیم درمانی تشکیل داده و فرد نابارور را از مراحل اولیه درمان تا مراحل پایانی کار همراهی می‌کنند. لذا با توجه به اهمیت سلامت روانی زنان نابارور و تأثیر احتمالی آن بر نتیجه درمان و احساس کمبود یک برنامه مشاوره ناباروری منظم در مراکز درمانی، پژوهشگران را بر آن داشت تا مطالعه حاضر را به منظور تعیین تأثیر آموزش مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) بر سلامت روان زنان نابارور طراحی کنند.

روش

پژوهش حاضر یک کار آزمایشی بالینی از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با جایگزینی تصادفی بود. جامعه مورد مطالعه را کلیه زنان نابارور (با تشخیص متخصص زنان و زایمان) تشکیل می‌دادند که در سال 1390 به مرکز ناباروری دکتر رستمی شیراز مراجعه کرده بودند. انتخاب آزمودنی‌ها به شکل نمونه‌گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی بود. به این صورت که از بین بیمارانی که به این مرکز مراجعه کردند، 24 نفر با استرس بالا که ملاک‌های ورود در پژوهش را داشتند، انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در 2 گروه

جلسه چهارم: بررسی تأثیر تفکر منفی و تحریکات شناختی، آموزش تنفس دیافراگمی همراه با تصویرسازی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل.

جلسه پنجم: جایگزینی افکار منطقی، آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، یکپارچه سازی آرمیدگی با مدیریت استرس

جلسه ششم: آموزش مقابله کارآمد، آموزش خود زاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی.

جلسه هفتم: اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، آموزش خود زاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی.

جلسه هشتم: آموزش کنترل و مدیریت خشم، مراقبه مانترا

جلسه نهم: آموزش ابرازگری، مراقبه شمارش تنفس

جلسه دهم: بیان فواید حمایت اجتماعی و به‌کارگیری آن و آموزش برنامه مدیریت استرس شخصی (انتونی و همکاران، 2007).

در این پژوهش، پرسشنامه‌های جمعیت شناختی محقق ساخته در یک مرحله قبل از اعمال متغیر مستقل و پرسشنامه 28 سؤالی سلامت عمومی کلدبرگ و پرسشنامه 14 سؤالی استرس کوهن در دو مرحله پیش‌آزمون (بلافاصله قبل از آموزش) و پس‌آزمون (یک هفته پس از اتمام آموزش) در افراد گروه آزمایش و کنترل اجرا شدند.

فرم 28 سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است

دارای چهارمقیاس A,B,C,D است. هر مقیاس دارای هفت پرسش است که چهار دسته از اختلالات غیر سایکوتیک شامل 1. نشانگان جسمانی¹، 2. اضطراب، اختلالات خواب²، 3. اختلال در کارکردهای اجتماعی³، 4. افسردگی⁴ و گرایش به خودکشی را اندازه‌گیری می‌کند. زیر مقیاس‌های فوق جنبه علامت‌شناسی را نشان می‌دهند و لزوماً برابر با تشخیص‌های روانی نیستند. برای هر ماده می‌توان با روش نمره‌گذاری لیکرت چهار گزینه از صفر تا سه نمره را در نظر گرفت؛ بنابراین نمره آزمون از 0 تا 84 متغیر خواهد بود. نمره پایین در این مقیاس نشان‌دهنده سلامت روان آزمودنی است. برای کل آزمون نقطه برش 23 و برای هر یک از چهار زیر مقیاس نقطه برش 14 را گزارش نموده‌اند. بدین معنی که نمرات 23 به بالا در کل آزمون نشان‌دهنده در خطر بودن سلامت عمومی و نمره 14 به بالا در هر یک از چهار زیر مقیاس حاکی از وخامت وضع آزمودنی است. بر اساس تحقیق بشارت، پایایی بازآزمایی مقیاس سلامت روانی برحسب نتایج دو بار اجرای آزمون و همسانی درونی مقیاس برحسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. ضرایب آلفای کرونباخ برای بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی در نمونه‌های بیمار و بهنجار از 0/89 تا 0/94 محاسبه شد. ضرایب پایایی بازآزمایی نیز به همین ترتیب از 0/85 تا 0/91 به دست آمد. همه ضرایب در سطح 0/001 <P معنادار بودند. روایی همزمان مقیاس سلامت

1. Somatization
2. Anxiety and sleep disorder
3. Social dysfunction
4. Depression

پرسشنامه‌های تأثیر حوادث زندگی، نشانگان افسردگی و اضطراب اجتماعی تأیید شده است (کوهن، 1988).

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی نمره سلامت روانی گروه‌های آزمایش و گواه را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون نشان می‌دهند. میانگین به دست آمده حاکی از کاهش نمره سلامت روانی در بین گروه آزمایش و ثابت ماندن آن در گروه گواه می‌باشد. به این معنا که میانگین نمره سلامت روانی زنان گروه آزمایش از 29/92 قبل از اعمال متغیر مستقل به 14/67 پس از برخورداری از آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری تقلیل یافته است، این در حالی است که میانگین نمره اختلالات روانی گروه گواه که از آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری برخوردار نشده‌اند در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی نکرده و در حدود 42 بوده است؛ بنابراین آموزش مهارت مدیریت استرس در افزایش سلامت زنان نابارور مؤثر واقع شده است. جدول 1 داده‌های توصیفی نمره سلامت روانی گروه‌های آزمایش و گواه را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

روانی برحسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس‌های این ابزار با نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی بررسی شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی 0/87- و برای درماندگی روان‌شناختی 0/88 محاسبه و در سطح $p < 0/001$ تأیید شد (بشارت، 1388). در تحقیق نوربالا و همکاران نیز روایی و پایایی پرسشنامه 0/85 گزارش شده است (نوربالا و همکاران، 1387).

پرسشنامه استرس کوهن¹: مقیاس استرس ادراک شده توسط کوهن، کاماراک، مرملستین و گلوبال در سال 1983 طراحی شده است (کوهن و همکاران، 1983). در این پرسشنامه پاسخ گزینه‌ها بر اساس روش نمره‌گذاری لیکرت از هیچ تا خیلی زیاد تنظیم شده است. به‌طورکلی مقیاس‌های مذکور به‌منظور ارزیابی شناختی پاسخگران از محرک‌های تنش‌زا (استرسورها) ایجاد شده است. در فرم 14 سؤالی دامنه نمرات از 0 تا 56 متغیر بوده و نمره بالاتر آزمودنی‌ها در این مقیاس نشان‌دهنده بالا بودن سطح استرس درک شده است. بنا بر گزارش مؤلفین، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای پرسشنامه در سه نمونه جداگانه 0/84، 0/85، و 0/86. به دست آمده است. روایی همزمان آن به‌وسیله همبستگی‌های مثبت معنی‌دار، با

1. Perceived Stress Scale

جدول 1. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره سلامت عمومی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین	تعداد
سلامت	پیش‌آزمون	آزمایش	29/92	11/56	9	49	12
روان	پس‌آزمون	گواه	41/83	11/46	25	64	12
	پس‌آزمون	آزمایش	14/67	6/3	5	22	12
		گواه	42	10/55	26	60	12

گروه آزمایش و گواه وجود دارد؛ به عبارت دیگر، تفاوت میان میانگین سلامت روان، پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه معنادار بود. میزان تفاوت‌ها حاکی از آن است که 78% کوواریانس نمرات پس‌آزمون، ناشی از آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بوده است.

جدول 2. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در نمره‌ی سلامت روانی را نشان می‌دهد. نتایج این آزمون نشان می‌دهند که با کنترل رابطه‌ی حدود 69 درصدی نمرات پیش‌آزمون سلامت روانی ($p < 0/05$) و بر اساس ضریب F محاسبه‌شده، تفاوت معناداری بین میانگین برآورد شده نمرات سلامت روانی آزمودنی‌های

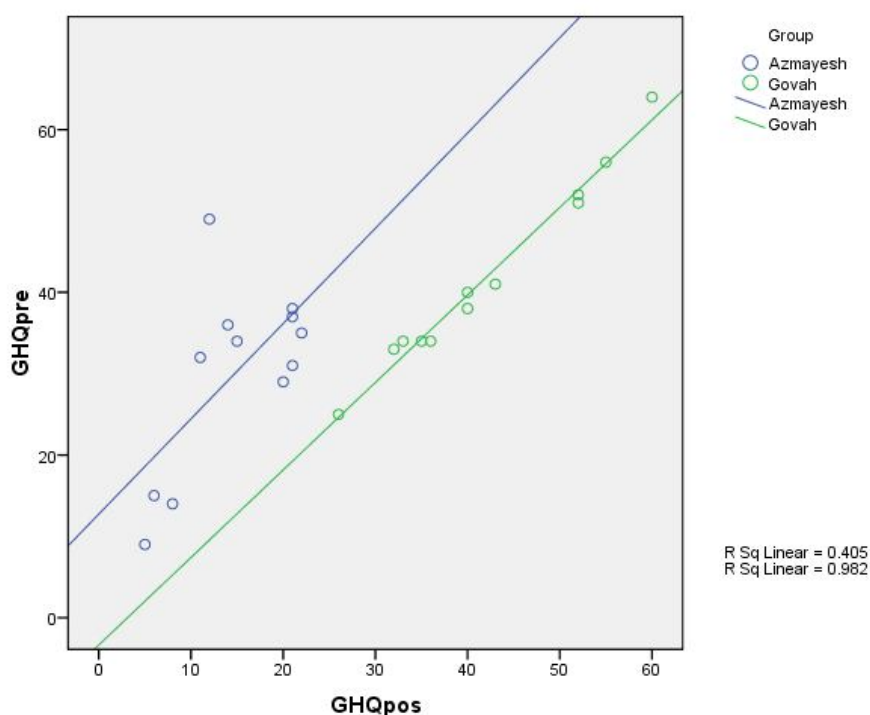
جدول 2. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در نمره سلامت عمومی

متغیر	منبع	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	مجذور	توان
	تغییرات	مجذورات	آزادی	مجذورات		معناداری	اتا	آماری
پیش		1144/201	1	1144/201	46/524	0/000	0/689	.95
سلامت	آزمون							
عمومی	گروه	1835/474	1	1835/474	74/632	0/000	0/780	.95
	خطا	516/466	21	24/593				
	کل	25410	24					

پیش‌فرض‌ها: -همگنی شیب‌ها: F: 16/603 معناداری: 0/001 -2 همگنی واریانس‌ها (نون): F: 1/385 معناداری: 0/252

توانسته است در بازیابی سلامت روان آنان مؤثر واقع شود؛ بنابراین فرضیه پژوهشی مبنی بر اینکه آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه

بر اساس این یافته زنان نابارور پس از آموزش از مشکلات روان‌شناختی کمتری برخوردار بوده‌اند و بکارگیری این روش



نمودار 1. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در سلامت عمومی

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر سلامت روان زنان نابارور بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری سلامت روان زنان نابارور را ارتقاء بخشیده بود. این امر نشان می‌دهد که هرچه، افراد تسلط بیشتری بر مهارت مدیریت استرس داشته باشند، سلامت روان بهتری خواهند داشت، چراکه مهارت کنترل استرس، مهارتی است که فرد آن را با توجه به موقعیت و ارزیابی جدی و دقیق از

احساسات و افکار خود به کار می‌گیرد. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیق حمید 1390، که تأثیر آموزش مهارت مدیریت استرس بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان نابارور را تأیید می‌کرد همسو بود. همچنین می‌توان این بخش از پژوهش آقای و همکاران 1392 که تأثیر مدیریت استرس بر کاهش افسردگی را مورد تأیید قرار می‌دهد با نتیجه پژوهش حاضر همسو دانست. پژوهش چوب‌فروش زاده، کلانتری و مولوی 1389 نیز که باهدف بررسی اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی، رضایت زناشویی و

کیفیت زندگی زنان نابارور نشان داد که مدیریت استرس بر بهبود بهزیستی و رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان نابارور، هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پی‌گیری مؤثر است، به‌نوعی مؤید نتایج پژوهش حاضر است.

همچنین پژوهش حاضر با نتایج تحقیق نیل فروشان، لطیفی، احمدی و عابدی (1386) و فرامرزی، علی‌پور، خیرخواه و پولادی (2008) همسو بود.

نتایج پژوهش حاضر با بووین¹ (2003) که نشان داد، آموزش آرامش و حمایت‌های عاطفی از افراد نابارور می‌تواند در سلامت روان و میزان باروری افراد تأثیر مثبت داشته باشد نیز همسو بود چراکه یکی از روش‌های مدیریت استرس که به‌وسیله محقق انجام شده، آموزش آرامش بوده است.

فشار روانی و استرس، هم با نمره سلامت روانی در کل و هم با نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی که بخش‌هایی از سلامت روانی هستند، همبستگی منفی دارد. یعنی با بالا رفتن میزان استرس، سلامت روانی کاهش می‌یابد. بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معناداری وجود دارد. به این ترتیب که هر چه فرد راهبرد مقابله مسئله مدار را بیشتر به کاربرد از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهد بود

و نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتری نشان خواهد داد و بالعکس. هر چه فرد راهبرد مقابله هیجان مدار را بیشتر به کاربرد از سلامت روانی کمتری بهره‌مند بوده و آسیب جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بیشتری خواهد داشت (حیدری 1390). در برنامه آموزشی مدیریت استرس فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد و مسئله مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. بر این اساس راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان‌شناختی حاصل می‌گردد (چوب‌فروش زاده، 1389). از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده منبع استرس نیز بهتر شناسایی می‌گردد و ممکن است قابل کنترل و ارزیابی شود. شناخت منبع کنترل از یک سو و قابل کنترل ارزیابی کردن آن از سوی دیگر به افزایش سلامت روانی کمک می‌کند. برحسب این که راهبرد مقابله، کارآمد یا ناکارآمد باشد مواجهه با مشکلات و مسائل فعال یا نفعال خواهد بود و به دنبال آن سطوح متفاوت سلامت روانی شکل می‌گیرد.

1. Boivin

مدیریت استرس شناختی- رفتاری برای سازگاری بهتر و بیشتر با شرایط استرس‌زا بکار می‌رود، پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این شیوه آموزش بر گروه‌های مختلف بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از آقای دکتر رستمی مسئول مرکز ناباروری شیراز که امکانات لازم برای انجام پژوهش را در اختیار قرار دادند و کلیه بیماران مرکز که در این پژوهش شرکت داشتند، صمیمانه تشکر می‌شود.

با توجه به تأثیری که کاربرد روش‌های روان‌شناختی بر حفظ سلامت روان و کاهش اضطراب ناشی از ناباروری دارد، می‌توان استفاده از آن‌ها را برای افراد نابارور توصیه کرد.

همچنین با توجه به مشکلات روان‌شناختی افراد نابارور پیشنهاد می‌شود در مراکز درمان ناباروری از روان‌شناسان مجرب در زمینه سلامت روان نیز استفاده شود. برای تعمیم نتایج در مورد تأثیر جنسیت پیشنهاد می‌شود که اثربخشی این شیوه درمانی بر جنسیت مذکر نیز بررسی شود. با توجه به اینکه آموزش گروهی

منابع

جمعیت ایرانی». نشریه پزشکی قانونی، 54. 87-91.

بهجتی اردکانی، ز؛ آخوندی م.م؛ کمالی ک؛ فضلی خلف، ز؛ اسکندری، ش. و قربانی، ب (1389). «ارزیابی سلامت روان افراد نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمانی ناباروری ابن سینا». فصلنامه باروری و ناباروری، 11 (4). 319-324.

جبل عاملی، ش؛ نشاط دوست، ح.ط. و مولوی، ح (1389). «اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون». مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، 19 (5). 88-97.

آقایی، ا؛ بختیاری آ. و جمالی پاقلعه، س (1392). «اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس بر افسردگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون». فصلنامه روان‌شناسی سلامت، 2 (2). 57-68.

آنتونی م؛ آیرونسون، گ. و اشنایدرمن، ن (1387). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری. ترجمه سید جواد آل محمد، سولماز جوکار و حمید طاهر نشاط دوست، اصفهان، نشر دانشگاهی.

بشارت، م. ع (1388). «پایایی و روایی فرم 28 سؤالی مقیاس سلامت روان در

جمیلیان، م.؛ رفیعی، م.؛ جمیلیان ح.ر. و اسم خانی، ا (1389). «مقایسه سلامت روان زنان بارور و نابارور شهر اراک». مجله علوم پزشکی اراک، 14 (6). 67-59.

چوب فروش، آ.؛ کلانتری م. و مولوی، ح (1388). «اثربخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور» مجله روان‌شناسی بالینی، 4 (4). 1-9.

حمید، ن (1390). «اثربخشی مدیریت استرس بر افسردگی و اضطراب و ناباروری زنان». مجله علوم رفتاری، 5 (1). 60-55.

حیدری س.؛ آزاد فلاح، پ. و رسول‌زاده طباطبایی، س. ک (1390). «زنان و مردان نابارور: عوامل تنیدگی زا، راهکارهای مقابله‌ای و سلامت روان». نشریه علوم رفتاری، 5 (3). 185-193.

کریمی نوری، ر.؛ آخوندی، م. م. و بهجتی اردکانی، ز (1380). «جنبه‌های روانی و اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی». فصلنامه باروری و ناباروری، 5 (5). 14-26.

میرزایی، ف.؛ نشاط دوست ح.ط.؛ کلانتری، م.؛ نعمت‌اللهی ماهانی، ک.؛ جبل عاملی، ش. و مهر‌اللهی، ط (1390). «تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب و علائم جسمانی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی». فصلنامه دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، 12 (4). 61-73.

نوربالا ا.ع.؛ باقری یزدی س.ع. و محمد، ک (1387). «اعتباریابی پرسشنامه 28 سؤالی سلامت با عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران». مجله پژوهشی حکیم، 11 (4). 47-53.

نوربالا ا.ع.؛ رمضان زاده، ف.؛ عابدی نیا، ن.؛ نقی‌زاده، م. م. و حق‌اللهی، ف (1387). «شیوع اختلالات روان‌پزشکی و تیپ‌های شخصیتی در زنان نابارور و بارور». فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، 37. 351-361.

نیلفروشان، پ.؛ لطیفی، ز.؛ عابدی، م. ر. و احمدی، س. ا (1385). «مقایسه زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان بارور و نابارور». فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، 4 (1 و 2). 66-70.

محمدی، م. ر. و خلیج آبادی فراهانی، ف (1380). «مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها». فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، 1380 (2). 33-39.

هاشمی، ف.؛ علی‌پور، ا. و فیلی، ع. ر (1392). «اثربخشی درمان مدیریت استرس (شناختی رفتاری) بر شادکامی زنان نابارور». ارمغان دانش مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، 18 (9). 678-688.

- Andrews, F. M.; Abbey, A. & Halman, L. J. (1993). "Is infertility-problem stress different? the dynamics of stress in fertile and infertile couples". *Fertil Steril*; 59(2):478-9.
- Boivin, J. (2003). "A review of psychosocial interventions in infertility". 57, (23):25-41.
- Cohen, S. K. & amarck, T. (1983). "Mermelstein, R. Aglobal measure of perceive stress". *J Health Soc Behav*, 24:385-396
- Cohen, S. & Williamson, G. (1988). *Preceived stress in a probability of the united states*". In: Spacapan S, Oskamp S. (Eds), the social psychology of health. Newbury park, California: sagep.31-67.
- Covington, S.N. & Hammer Burns, L. (2007). *Infertility counseling*. 2nd ed. New York: Cambridge University Press ; 17, 175-180, 493-506
- Faramarzi, M.; Alipor, A.; Esmaelzadeh, 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*; 108:159-164.
- House, S. H. (2011). *Epigenetics in adaptive evolution and development: The interplay between evolving species and epigenetic mechanisms*. Handbook of Epigenetics: 425-45.
- Volgsten, H.; Skoog Svanberg, A.; Ekselius, L.; Lundkvist, O. & Sundström Poromaa, I. (2010). "Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment". *Fertil Steril*; 93(4):1088-96.