

اثر بخشی 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

مقدمه: ناباروری افراد را مستعد افسردگی و اضطراب می کند. عدم توجه به اختلالات هیجانی زنان نابارور امکان باروری را کاهش می دهد. بنابراین مداخلات روانشناختی میتواند سهم بسزایی در ارتقاء سلامت روان زنان نابارور داشته باشد.

هدف: هدف از انجام این پژوهش، بررسی تاثیر آموزش مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) بر سلامت روان زنان نابارور بود. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون 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 بانمره 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 پیش آزمون و پس آزمون تکمیل گردید.

یافته‌ها: تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار 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 پس آزمون افزایش معناداری پیدا کرده بود، ($P < .05$).
نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) می تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید، جهت افزایش سلامت روان زنان نابارور بکار رود.

کلید واژه‌ها: 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 پیام نور، ایران

*** دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه پیام نور، ایران

مقدمه

یک زوج زمانی از نظر بالینی نابارور تلقی می شود که طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری حاصل نگردد. (محمدی 1380). براساس مطالعات حدود 50 تا 80 میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می برند (برک 1998 به نقل از کرمی نوری و همکاران، 1380). یکی از پیامدهای ناباروری تاثیرات روانی و اجتماعی آن می باشد؛ به گونه ای که میتواند زوج های نابارور را مستعد ابتلا به اختلالاتی از قبیل اضطراب و افسردگی نماید. در مواجهه با ناباروری، زنان بیش از مردان آسیب پذیر هستند و تحت تاثیر قرار می گیرند. (بهجتی اردکانی و همکاران 1389).

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

اختلالات روان پزشکی و بی ثباتی شخصیتی در زنان نابارور تقریباً دو برابر زنان بارور است، که این خود بر اهمیت داشتن فرزند در کشورمان دلالت دارد. آنها استرس های بیشتری را نسبت به افراد بارور تحمل می کنند. مهمترین این استرسها مشکلات اقتصادی، جنسی، مداخلات خانوادگی و درمان های ناباروری است (جمیلیان و همکاران، 1391). بیشتر مطالعات گزارش کرده اند که در اغلب

زنان تحت درمان ناباروری، پاسخ منفی تست بارداری، علایم افسردگی را در آنان تشدید می نماید (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 می دهد. به نظر وی بطور کلی زنان بیشتر تحت تأثیر هر استرسی قرار می گیرند و احساس رضایت از زندگی زناشویی و سلامتیشان بیشتر تأثیر می پذیرد.

با توجه به فراوانی اختلالات روانپزشکی در زنان نابارور و نقش و جایگاه حساس زن در خانواده، شناخت بیشتر ویژگیهای روانی و بررسی تأثیر مداخلات روان شناختی و مشاوره ای برای مشکلات گوناگون زنان نابارور ضروری به نظر می رسد. (نور بالا و همکاران، 1387)

برنامه شناختی- رفتاری استرس انواع گوناگون آرمیدگی، تصویر سازی و دیگر تکنیکهای کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی رفتاری معمول مانند بازسازی شناختی، آموزش اثر بخشی مقابله ای، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم ترکیب کرده است.

تکنیکهای مدیریت استرس در مورد بسیاری از مشکلات هیجانی و جسمی مانند اضطراب، افسردگی، بی خوابی، دیابت، فشار خون، بیماریهای قلبی، آرتریت و سرطان به

شکل موفقیت آمیز مورد استفاده قرار گرفته است (انتونی و همکاران، 2007). با استفاده از تکنیکهای مدیریت استرس و آرمیدگی می توان سطوح استرس را کاهش داد که به نوبه خود می تواند به حفظ سلامتی و ارتقاء عملکرد ایمنی و اجتماعی منجر شود. مداخله درمانی مدیریت استرس، کاهش افسردگی و فشارخون سیستمولیک و دیاستولیک در زنان مبتلا به فشارخون، در هر دو مرحله پس از آزمون 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 (اقایی و همکاران 1392).

استفاده از فنون شناختی- رفتاری بطور مستمر در زنان نابارور بدون علت طبی و جسمانی مشخص باعث کاهش اضطراب، افسردگی و علائم روان شناختی در آنها شده است. بطوری که بعد از مدتی تعدادی از آنان بارور شده اند (هاوس، 2011). مدیریت استرس به شیوه شناختی باعث کاهش میزان اضطراب زنان نابارور بعد از خاتمه جلسات درمانی و پس از دوره پی گیری 12 ماهه شده است (حمید، 1390). فرامرزی و همکاران در تحقیقی در سال 1386 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 درمورد افسردگی و اضطراب عمل می کند. نتایج پژوهش جبل عاملی و

همکاران 1389 نشان می دهد که مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش فشارخون گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. همچنین به نظر می رسد مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در کاهش اضطراب نشانگان پیش از قاعدگی موثر است (میرزایی و همکاران 1390).

در مطالعه ای که توسط حیدری و همکاران (1390) صورت گرفت، زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور برای مقابله با تنیدگی ناشی از ناباروری، از مقابله های متمرکز بر هیجان استفاده بیشتری می کنند و از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. تمرکز بر انواع راهبردهای مقابله ای و تأکید بر حمایت خانواده برای زنان نابارور می تواند 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 به عنوان روشی غیر دارویی در زمینه افزایش شادکامی زنان نابارور کارایی داشته است. پژوهش چوب فروش زاده، کلاتتری و مولوی 1389 نیز که با هدف بررسی اثر بخشی 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

صورت که از بین بیماران که به این مرکز مراجعه کردند، 24 نفر با استرس بالا که ملاک های ورود در پژوهش را داشتند، انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی در 2 گروه آزمایش (12 نفر) و کنترل (12 نفر) جایگزین شدند.

ملاک های 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 رضایت نامه 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 استرس زاها و پاسخهای استرس، آموزش آرمیدگی عضلانی برای 16 گروه ماهیچه ای
جلسه دوم: توضیح تأثیر استرس بر جسم و افزایش آگاهی افراد از نشانه های جسمانی استرس، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای 8 گروه ماهیچه ای

مرحله پس آزمون و هم در مرحله پی گیری موثر است.

کاوینگتون (2007) چهارچوب تئوریک، تحت عنوان مدل مشارکتی سلامت باروری طراحی نموده که برمدل الگوی زیستی - روانی - اجتماعی استوار است و در آن همه ابعاد فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی فرد نابارور در مراقبت مورد توجه قرار می گیرد. مدل مشارکتی سلامت باروری برنامه ای 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 می کنند.

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 کارآزمایی بالینی از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با جایگزینی تصادفی بود. جامعه مورد مطالعه را کلیه زنان نابارور (با تشخیص متخصص زنان و زایمان) تشکیل می دادند که در سال 1390 به مرکز ناباروری دکتر رستمی شیراز مراجعه کرده بودند. انتخاب آزمودنیها به شکل نمونه گیری در دسترس با جایگزینی تصادفی بود. به این

هفته پس از اتمام آموزش) در افراد گروه آزمایش و کنترل اجرا شدند.

فرم 28 سوالی پرسشنامه سلامت عمومی که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است دارای چهارمقیاس A,B,C,D می باشد. 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 اندازه گیری می کند. زیر مقیاسهای فوق جنبه علامت شناسی را نشان می دهند و لزوماً برابر با تشخیص های روانی نیستند. برای هر ماده می توان با روش نمره گذاری لیکرت چهار گزینه از صفر تا سه نمره را در نظر گرفت. بنا بر این نمره آزمون از 0 تا 84 متغیر خواهد بود. نمره پایین در این مقیاس نشان دهنده سلامت روان آزمودنی می باشد. برای کل آزمون نقطه برش 23 و برای هر یک از چهار زیر مقیاس نقطه برش 14 را گزارش نموده اند. بدین معنی که نمرات 23 به بالا در کل آزمون نشان دهنده ی 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 بر حسب نتایج دو بار اجرای آزمون و همسانی درونی مقیاس بر حسب ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد.

1- somatization

2- Anxiety and sleep disorder

3- Social dysfunction

4- Depression

5- Perceived Stress Scale

جلسه سوم: بیان ارتباط افکار و هیجانات، آموزش تصویر سازی و تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای 4 گروه ماهیچه ای.

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

جلسه پنجم: جایگزینی افکار منطقی، آموزش خود زاد 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 مقابله ای موثر، آموزش خود زاد همراه با تصویر سازی و خود القایی.

جلسه هشتم: آموزش کنترل و مدیریت خشم، مراقبه مانترا

جلسه نهم: آموزش ابرازگری، مراقبه شمارش تنفس

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

در این پژوهش، پرسشنامه های جمعیت شناختی محقق ساخته در یک مرحله قبل از اعمال متغیر مستقل و پرسشنامه 28 سوالی سلامت عمومی کلدبرگ و پرسشنامه 14 سوالی استرس کوهن در دو مرحله پیش آزمون (بلافاصله قبل از آموزش) و پس آزمون (یک

پرسشنامه در سه نمونه جداگانه 84، 85، و 86. به دست آمده است. روایی همزمان آن به وسیله همبستگی های مثبت معنی دار، با پرسشنامه های تأثیر حوادث زندگی، نشانگان افسردگی و اضطراب اجتماعی تأیید شده است (کوهن، 1988).

یافته ها

آماره های توصیفی نمره ی سلامت روانی گروه های آزمایش و گواه را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون نشان می دهند. میانگین به دست آمده حاکی از کاهش نمره ی سلامت روانی در بین گروه آزمایش و ثابت ماندن آن در گروه گواه می باشد. 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 شیوه ی شناختی - رفتاری تقلیل یافته است، این در حالی است که میانگین نمره اختلالات روانی گروه گواه که از آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه ی شناختی - رفتاری برخوردار نشده اند در پیش آزمون و پس آزمون تغییر چندانی نکرده و در حدود 42 بوده است. بنابر این آموزش مهارت مدیریت استرس در افزایش سلامت زنان نابارور موثر واقع شده است. جدول 1 داده های توصیفی نمره ی سلامت روانی گروه های آزمایش و گواه را در مراحل پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

ضرایب آلفای کرونباخ برای بهزیستی و درماندگی روانشناختی در نمونه های 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 $P < 0/001$ معنادار بودند. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی بر حسب ضرایب همبستگی زیر مقیاس های 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 $p < 0/001$ تایید شد (بشارت، 1388). در تحقیق نور بالا و همکاران نیز روایی و پایایی پرسشنامه 0/85 گزارش شده است (نوربالا و همکاران، 1387).

پرسشنامه استرس کوهن: (مقیاس استرس ادراک شده¹ توسط کوهن، کاماراک، مرمستین و گلوبال در سال 1983 طراحی شده است) (کوهن و همکاران، 1983). در این پرسشنامه پاسخ گزینه ها بر اساس روش نمره گذاری لیکرت از هیچ تا خیلی زیاد تنظیم شده است. بطور کلی مقیاس های مذکور به منظور ارزیابی شناختی پاسخگران از محرکهای تنشزا (استرسورها) ایجاد شده است. در فرم 14 سوالی دامنه نمرات از 0 تا 56 متغیر بوده و نمره بالاتر آزمودنی ها در این مقیاس نشان دهنده بالا بودن سطح استرس درک شده می باشد. بنا بر گزارش مولفین، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای

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 روان	پیش‌آزمون	آزمایش	29/92	11/56	9	49	12
		گواه	41/83	11/46	25	64	12
	پس‌آزمون	آزمایش	14/67	6/3	5	22	12
		گواه	42	10/55	26	60	12

آزمودنی‌های 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 محاسبه شده، تفاوت معناداری بین میانگین برآورد شده نمرات سلامت روانی

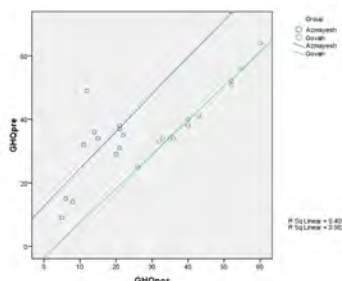
جدول 2- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در نمره‌ی سلامت عمومی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	1144/201	1	1144/201	46/524	0/000	0/689	.95
	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 (بون): F: 1/385 معناداری: 0/252

واقع شود. بنا بر این فرضیه پژوهشی مبنی بر اینکه آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی رفتاری می‌تواند باعث افزایش سلامت روان زنان نابارور گردد تأیید می‌شود.

بر اساس این یافته زنان نابارور پس از آموزش از مشکلات روانشناختی کمتری برخوردار بوده اند و بکارگیری این روش توانسته است در بازیابی سلامت روان آنان موثر



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

بحث و نتیجه گیری

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، چرا که 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 چوب فروش زاده، کلانتری و مولوی 1389 نیز که با هدف بررسی اثر بخشی 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 موثر است، به نوعی موید 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 چرا که یکی از روشهای

¹ -Boivin

مدیریت استرس که بوسیله محقق انجام شده، آموزش آرامش بوده است .

فشار روانی و استرس، هم با نمره سلامت روانی در کل و هم با نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی که بخش هایی از سلامت روانی هستند، همبستگی منفی دارد. یعنی با بالا رفتن میزان استرس، سلامت روانی کاهش می یابد. بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله ای رابطه معناداری وجود دارد. به این ترتیب که هر چه فرد راهبرد مقابله مسئله مدار را بیشتر به کار برد از سلامت روان بالاتری برخوردار خواهد بود و نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتری نشان خواهد داد و بالعکس. هر چه فرد راهبرد مقابله هیجان مدار را بیشتر به کار برد از سلامت روانی کمتری بهره مند 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 کار آمد و مساله مدار از مهارت های شناختی برای حل مسئله استفاده می کند. بر این اساس راه های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می شوند و معمولاً با یافتن راه حل های مناسب برای مشکل رضایت روان شناختی حاصل می گردد (چوب فروش زاده 1389). از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده منبع استرس نیز

بهرتر شناسایی می گردد 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 می کند. بر حسب این که راهبرد مقابله، کار آمد یا ناکار آمد باشد مواجهه با مشکلات و مسائل فعال یا نفعال خواهد بود و به دنبال آن سطوح متفاوت سلامت روانی شکل می گیرد.

با توجه به تاثیری که کاربرد روشهای روان شناختی بر حفظ سلامت روان و کاهش اضطراب ناشی از ناباروری دارد، می توان استفاده از آنها را برای افراد نابارور توصیه کرد. همچنین با توجه به مشکلات روانشناختی افراد نابارور پیشنهاد می شود در مراکز درمان ناباروری از روان شناسان مجرب در زمینه سلامت روان نیز استفاده شود. برای تعمیم نتایج در مورد تاثیر جنسیت پیشنهاد می شود که اثربخشی این شیوه درمانی بر جنسیت مذکر نیز بررسی شود. با توجه به اینکه آموزش گروهی مدیریت استرس شناختی - رفتاری برای سازگاری بهتر و بیشتر با شرایط استرس زا بکار می رود، پیشنهاد می شود که اثربخشی این شیوه آموزش بر گروه های مختلف بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدر رانی: بدینوسیله از آقای دکتر رستمی مسئول مرکز ناباروری شیراز که امکانات لازم برای انجام پژوهش رادر اختیار قرار دادند و کلیه بیماران مرکز که در این پژوهش شرکت داشتند، صمیمانه تشکر می شود.

منابع

- روان زنان بارور و نابارور شهر اراک". مجله علوم پزشکی اراک، 14 (6). 67-59.
- چوب فروش آزاده، کلانتری مهرداد، مولوی حسین. (1388). "اثر بخشی مدیریت شناختی رفتاری استرس بر بهزیستی ذهنی زنان نابارور" مجله روان شناسی بالینی، 4(9-1).
- حمید، نجمه (1390). "اثر بخشی مدیریت استرس بر افسردگی و اضطراب و ناباروری زنان". مجله علوم رفتاری، 5 (1). 60 - 55.
- حیدری سمیرا، آزاد فلاح پرویز، رسول زاده طباطبایی سید کاظم (1390). "زنان و مردان نابارور: عوامل تنیدگی زا، راهکارهای مقابله ای و سلامت روان". نشریه علوم رفتاری، 5 (3). 185-193.
- گرمی نوری رضا، آخوندی محمد مهدی، بهجتی اردکانی زهره (1380). "جنبه های روانی و اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی"، فصلنامه باروری و ناباروری، 5. 26 - 14.
- میزبایی فرزانه، نشاط دوست حمید طاهر، کلانتری مهرداد، نعمت الهی ماهانی کاظم، جبل عاملی شیدا، مهرالهی طاهره (1390). "تأثیر مدیریت استرس بر بهزیستی شناختی رفتاری بر اضطراب و علایم جسمانی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی". فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کار بردی، 12 (4). 61- 73.
- آقای الهام، بختیاری آزاده، جمالی پاقلعه سمیه (1392). "اثر بخشی درمان گروهی مدیریت استرس بر افسردگی و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون". فصلنامه روان شناسی سلامت 2 (2). 68-57.
- آتونی مایکل، آیرونسون گیل، اشنايدر من نیل (1387). "راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری". ترجمه سید جواد آل محمد- سولماز جوکار- حمید طاهر نشاط دوست، اصفهان، نشر دانشگاهی.
- بشارت، محمد علی (1388). "پایایی و روایی فرم 28 سوالی مقیاس سلامت روان در جمعیت ایرانی". نشریه پزشکی قانونی، 54. 87 - 91.
- بهجتی اردکانی زهره، آخوندی محمد مهدی، کمالی کوروش، فضلی خلف زهرا، اسکندری شمسیه، قربانی بهزاد. (1389) "ارزیابی سلامت روان افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز درمانی ناباروری ابن سینا". فصلنامه باروری و ناباروری، 11 (4). 319-324.
- جبل عاملی شیدا، نشاط دوست حمید طاهر، مولوی حسین (1389). "اثر بخشی مداخله مدیریت استرس بر بهزیستی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون". مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، 19 (5). 88-97.
- جمیلیان مهری، رفیعی محمد، جمیلیان حمید رضا، اسم خانی اعظم (1389). "مقایسه سلامت

زنان بارور و نابارور". فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری . 4 (1و2). 66-70 .

- محمدی محمد رضا، خلیج آبادی فراهانی فریده (1380). "مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها". فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، 1380. (2) 33-39

- هاشمی فاطمه، علی پور احمد، فیلی علیرضا (1392). اثر بخشی درمان مدیریت استرس (شناختی رفتاری) بر شادکامی زنان نابارور. ارمغان دانش مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، 18 (9). 678-688.

-Andrews FM, Abbey A, Halman LJ(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 SN, Hammer Burns L(2007). Infertility counseling.2nd ed. New York: Cambridge University Press ;17, 175-180, 493-506

- نور بالا احمد علی ، باقری یزدی سید عباس، محمد کاظم (1387)."اعتبار یابی پرسشنامه 28 سوالی سلامت با عنوان ابزار غربالگری اختلالات روان پزشکی در شهر تهران." مجله پژوهشی حکیم ، 11 (4). 47-53.

- نور بالا احمد علی،رمضان زاده فاطمه، عابدی نیا نسرين، نقی زاده محمد مهدی، حق الهی فدیه (1387)."شیوع اختلالات روانپزشکی و تیپ های شخصیتی در زنان نابارور و بارور". فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، 37. 361-351

- نیلفروشان پریسا ، لطیفی زهره ، عابدی محمدرضا ،احمدی سید احمد(1385).

"مقایسه زندگی و ابعاد مختلف آن در

-Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah Farzan, 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 SH(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.