

اثربخشی آموزش برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان شاغل  
*Effectiveness of Stress Management Training Program in the Quality of Life of Working Women*

**Fariba Parsamanesh**

Islamic Azad University, Karaj branch  
fparsamanesh@yahoo.com

**Ahmad Borjali**

Allameh Tabatabayi University

**Mohsen Mansoubifar**

Islamic Azad University, Karaj branch

**Abstract**

**Aim:** The research purpose is to assess the effectiveness of stress management training programs in increasing the quality of life in terms of physical and mental health amongst working women. **Method:** The study is a quasi-experimental intervention(pre test, posttest, follow-up)with control group. The population comprised all the female staff of Hamkaran System Company, out of which a sample of 30 individuals was randomly selected and assigned to control and experimental groups. The *Short Quality of life Scale of World Health Organization* was used as the research tool and average test of two independent groups for differential scores was employed to analyze the data. **Results:** The data analysis revealed that stress management skills, have significantly increased the quality of life in terms of physical and mental health in the experimental group.

**Keywords:** Quality of Life, Physical Health, Mental Health, Stress Management Skills

**فریبا پارسامنش**

کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

**احمد برجلی**

استاد و عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

**محسن منصوبی فر**

استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

**چکیده<sup>۱</sup>**

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه آموزش مهارت مدیریت استرس بر افزایش میزان کیفیت زندگی و دو بعد آن (سلامت جسمی و روانی) در زنان شاغل است. **روش:** طرح پژوهشی حاضر از نوع شبه آزمایشی مداخله‌ای (پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری) با گروه کنترل و از تحقیقات کاربردی- بنیادی است. جامعه آماری شامل کلیه کارکنان زن شرکت همکاران سیستم بود. بدین منظور تعداد ۳۰ نفر از جامعه مذکور به طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه کنترل و گروه آزمایش جای گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمرات افتراقی استفاده شد. **نتایج:** نتایج بدست آمده بیانگر این است که آموزش مهارت مدیریت استرس، میزان کلی کیفیت زندگی و دو مولفه آن (سلامت جسمی و روانی) زنان شاغل گروه آزمایشی را به طور معناداری افزایش داده است.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، سلامت جسمی،

سلامت روانی، مهارت مدیریت استرس.

## مقدمه

کیفیت زندگی، مجموعه‌ای از رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی است که بوسیله شخص یا گروه اشخاص درک می‌شود. مانند شادی، رضایت و افتخار، به نحوی که بهترین مفهوم آن کلمه درک است و احساس خوشنودی که به هر علتی فرد از زندگی خود دارد (پارک، ۲۰۰۴).

فریش (۲۰۰۶) معتقد است یک زندگی دارای کیفیت، معمولاً به صورت خوشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فایز آمدن بر مشکلات بروز می‌کند. در واقع کیفیت زندگی به وسیله فرد ارزیابی و توصیف می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۴) کیفیت زندگی را فقط نبود بیماری نمی‌داند بلکه رفاه و آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی می‌داند (کاستچینگ و همکاران، ۱۹۹۸). مفهوم کیفیت زندگی با گسترش همه جانبه تکنولوژی و فرایند صنعتی شدن مورد توجه قرار گرفت، چرا که این فرایند متعاقباً خود باعث افزایش استرس شد (ربانی خراسانی، کیانپور، ۱۳۸۶). تحقیقات مرتبط نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و متغیرهای روانشناختی مثل استرس، سرمایه اجتماعی، عزت نفس و ... ارتباط وجود دارد (اسدی، صادقی آذر و همکاران، ۲۰۰۶؛ پسندیده، ۱۳۸۶؛ چن و همکاران، ۲۰۰۷) (به نقل از قاسمی زاد و همکاران، ۱۳۸۹). برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا اغلب باعث پریشانی و کاهش امنیت و سلامت فرد و خانواده و افت سطح کیفیت زندگی می‌شود (لوکر و گرگسون، ۲۰۰۳، ترجمه رضایی، ۱۳۸۵).

نتایج تحقیقات نشان می‌دهند که هر چقدر افراد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار باشند میزان استرس در آنان کمتر است و برعکس. بطور مثال: توین من و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که افزایش نگرانی کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. تحقیق شفیع پور و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که بین نگرانی و کیفیت زندگی ارتباط معکوسی برقرار است (به نقل از قاسمی زاد و همکاران، ۱۳۸۹).

ریبل و همکاران (۱۹۹۶) و ترزنیکا و استیتو (۱۹۹۴) و لونیس و همکاران (۲۰۰۲) و کارلوس و همکاران (۲۰۰۳) همگی تاثیر آموزش تن آرامی بر کاهش استرس و متعاقباً افزایش کیفیت زندگی در افراد را نشان دادند (به نقل از دهقان نیری و ادیب حاج باقری، ۱۳۸۵).

پاول و انرایت (۲۰۰۴) نشان دادند که انجام راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه موجب افزایش تأثیرات بلند مدت در زندگی افراد و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (به نقل از محرابی، ۱۳۸۶).

در پژوهش لوپزسی و همکاران (۲۰۱۰) مهارت مدیریت استرس اثربخشی بیشتری روی نمرات کیفیت زندگی نسبت به آموزش‌های روانی داشته است. برگر و همکاران (۲۰۰۸) نتایج بالینی اثربخشی مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری نشان داد که اثرات ماندگاری در کیفیت زندگی و سلامت روان افراد آلوده به HIV مثبت دارد. فرانک جی. پندو و همکاران (۲۰۰۳) دریافتند مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری تأثیر قابل توجهی بر بهبود کیفیت زندگی دارد. در پژوهش آنتونی (۲۰۰۳) اثرات مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری در دراز مدت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه ثابت شده است و در مرحله پیگیری ثبات را نشان داد. پژوهش نیکبخت و نصرآبادی و همکاران (۱۳۸۷) بین میزان نگرانی کلی دانشجویان و کیفیت زندگی همبستگی معکوس را نشان داد، که با افزایش سطح کیفیت زندگی میزان استرس کاهش می‌یابد و برعکس. نصرآبادی نتیجه می‌گیرد که وجود نگرانی در دانشجویان نشان دهنده وجود چالش در بهداشت روانی و جسمانی آنان است که با تامین شغلی و مالی می‌توان این نگرانی را کاهش داد. دهقان نیری و ادیب حاج باقری (۱۳۸۵) نشان دادند آموزش تن آرامی به دانشجویان باعث کاهش استرس و افزایش برخی از ابعاد کیفیت زندگی در آنان می‌شود. تحقیق قاسمی زاد و همکاران (۱۳۸۹) نشان داد که بین متغیرهای کیفیت زندگی و نگرانی رابطه منفی معناداری وجود دارد. جواهری (۱۳۸۹) میانگین نمرات گروه آزمایش بعد از مداخله مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری، کیفیت زندگی را نسبت به

گروه گواه به طور معناداری در بیماران زن مبتلا به صرع افزایش داشته است و در مرحله پیگیری ثبات را نشان داد. جبل عاملی و همکاران (۱۳۸۹) مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون شده است و در مرحله پیگیری ثبات را نشان داد. چوبفروش و همکاران (۱۳۸۹) میانگین نمرات کیفیت زندگی بعد از مداخله مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری در گروه آزمایش افزایش معنی داری نسبت به گروه کنترل در زنان نابارور داشته است و در مرحله پیگیری ثبات را نشان داد. رضایی (۱۳۸۷) با آموزش شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم شد. نشاط دوست و همکاران (۱۳۸۸) مهارت مدیریت استرس شناختی رفتاری به طور معناداری باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به آلورسی آرناتا می شود. پرند و همکاران (۱۳۸۹) مطالعه اثربخشی برنامه مدیریت استرس در بهبود سلامت روانی مادران کودکان دارای نارسایی توجه - فزون کنشی را نشان داد.

تحقیقات مختلف نشان داده اند نگرانی و استرس باعث افزایش اختلالات روانی و جسمانی (از ابعاد کیفیت زندگی) می شود به عقیده بسیاری از پژوهشگران مردم پس از رویارویی با استرس برای ابتلاء به بیماری استعداد بیشتری پیدا می کنند (به نقل از سلیه، ۱۹۷۴، ترجمه جواهری، ۱۳۷۴) و نیز رابطه استرس و بیماری دوطرفه است، بیماری های جسمانی به خصوص اگر مزمن باشند، از حوادث استرس زای مهم زندگی به شمار می روند (برگر و همکاران، ۲۰۰۸؛ هاریسون، ۲۰۰۵؛ مایکل آنتونی، ۲۰۰۷)؛ (کلی، ۲۰۰۲؛ بنقل از نصر آبادی و همکاران ۱۳۸۷). تقریباً هر نوع استرس، موجب یک افزایش فوری و بارز در ترشح هورمون محرک فوق کلیوی، توسط غده هیپوفیز قدامی، و به دنبال آن ظرف چند دقیقه منجر به افزایش شدید در ترشح کورتیزول از چند قشری غدد فوق کلیوی می شود هال و گایتون (۲۰۰۰). فشار روانی می تواند کارآیی سیستم ایمنی را کم کرده، و بدین سان آمادگی موجود زنده جهت ابتلا به بیماری های مختلف را افزایش دهد (میلر، راجرز، دبی، ریچ، ۱۹۷۹).

استرس به طور منفی، عملکرد ایمنی ۴ را تحت تاثیر قرار می دهد. همین طور احتمال بیشتری وجود دارد که مردم وقتی تحت استرس هستند دچار سرماخوردگی شوند. به این دلیل که استرس، باعث تضعیف سلول ها و آنتی بادی های ۵ می شود که از فرد در برابر ویروس ها محافظت می کنند. افزایش هورمون های استرس، مانند کورتیکواستروئیدها و آدرنالین، با کاهش عملکرد ایمنی مرتبط می باشد (به نقل از آنتونی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه آل محمد و همکاران، ۱۳۸۸).

نتایج پژوهش های (شیریم، ۱۳۷۸؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۸۶؛ محرابی، ۱۳۸۶؛ دوازده امامی و همکاران، ۱۳۸۸؛ پرند و شکوهی یکتا، ۱۳۸۹) نشانگر تأثیر مستقیم و غیرمستقیم مدیریت استرس بر بهبود اختلالات روانی و مشکلات جسمی بوده است.

با توجه به اینکه استرس، جزء جدانشدنی زندگی بشر است، برنامه هایی برای مقابله مؤثر با استرس و مهار استرس وجود دارد که به آن "مدیریت استرس" ۶ گفته می شود (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۷، ترجمه آل محمد و همکاران، ۱۳۸۸). مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری که شامل انواع گوناگون آرمیدگی (برنشتاین و برکووک، ۱۹۷۳، ۷)، تصویر سازی و دیگر تکنیک های کاهش اضطراب با رویکردهای شناختی - رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی (بک و امری، ۱۹۷۹، ۸)، آموزش مقابله مؤثر (فولکمن و

<sup>3</sup> - Harrison

<sup>4</sup> - Immune Functioning

<sup>5</sup> - Antibodies

<sup>6</sup> - Stress Management

<sup>7</sup> - Bernstein & Borkovec

<sup>8</sup> - Beck & Emery

دیگران، ۱۹۸۹)، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم (ایرونسون ۹ و دیگران، ۱۹۸۹) است (به نقل از آنتونی و همکاران، ۲۰۰۷، آل محمد و همکاران، ۱۳۸۸).

در دهه اخیر موضوع استرس و آثار آن در سازمان‌ها مورد توجه بسیار واقع گردیده است. چرا که استرس اثرات فراوانی بر عملکرد و فعالیت‌های اعضای سازمان دارد. مدیران، کارکنان و ارباب رجوع سازمان تحت تاثیر فشارهای عصبی دچار حالات روانی خاصی می‌شوند و دست به اعمالی می‌زنند که مستقیماً در بازدهی سازمان منعکس می‌گردد. فشارهای عصبی دارای آثار جسمانی نیز هست و از این طریق هم به سازمان لطمات شدیدی می‌آورد. استرس‌های حاد نیروی انسانی سازمان را هم ضایع می‌کند و هدف سازمان را دستخوش تزلزل می‌سازد (الوانی، ۱۳۸۹). به همین دلیل هدف تحقیق بررسی اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و دو بعد آن (سلامت جسمی و روانی) در کارکنان زن سازمان همکاران سیستم می‌باشد.

### روش

طرح پژوهش حاضر، یک طرح نیمه آزمایشی مداخله‌ای است که به صورت پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری انجام شد که از جمله تحقیقات کاربردی-بنیادی محسوب می‌شود.

### جامعه آماری و نمونه

جامعه پژوهش حاضر، دربرگیرنده کلیه زنان شاغل در سازمان همکاران سیستم بود. نمونه تحقیق حاضر، شامل ۳۰ نفر از زنان شاغل در این سازمان که به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جای گرفتند. در این طرح، مداخله به شیوه شناختی رفتاری به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. آزمون به کاررفته (کیفیت زندگی) در تحقیق، قبل و بعد از مداخله اجرا و نیز پس از ۴۵ روز به عنوان پیگیری تکرار گردید. سپس نتایج به دست آمده در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند.

به منظور توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار؛ و به منظور تحلیل استنباطی داده‌ها از روش آمار استنباطی-آزمون میانگین دو گروه مستقل (برای نمره‌های افتراقی دو گروه آزمایش و کنترل) استفاده شد که با استفاده از برنامه SPSS تحت ویندوز (۲۰۰۷) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ابزار

به منظور اندازه‌گیری میزان کیفیت زندگی از آزمون مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شد. این مقیاس به مطالعه چهار دامنه از کیفیت زندگی (سلامت جسمی؛ سلامت روان؛ روابط با دیگران؛ و محیط زندگی) افراد می‌پردازد (نصیری، ۱۳۸۵). جهت سنجش سلامت جسمی ۷ گویه، سلامت روانی ۶ گویه، برای هر گویه نمره‌ای از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است (نمرات بعد سلامت جسمی بین ۷ و ۳۵، و نمرات بعد سلامت روان بین ۶ و ۳۰) نمره روایی کل آزمون و خرده مقیاس‌های، مقیاس حاضر با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ۱۰ از روش روایی همزمان ۱۱ در سطح مطلوبی گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵). ضریب همسانی درونی آزمون از طریق محاسبه ضریب همبستگی هر گویه با بعد مربوط به خود عبارت است از بعد سلامت جسمی ۰/۸۳، بعد سلامت روان ۰/۸۳، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای کل مقیاس گزارش شده است (نصیری و رضویه، ۱۳۸۵). در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای بررسی پایایی مقیاس از آلفای کرونباخ برای ۳۰۲ سوال ۰/۸۴ است که بیانگر پایایی

<sup>9</sup> - Ironson

<sup>10</sup> - General Health Questionnaire (GHQ)

<sup>11</sup> - Concurrent Validity

مطلوبی است. و در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ در بعد سلامت جسمی ۰/۷۰/۰ برای ۷ سوال، در بعد سلامت روان ۰/۷۷/۰، و در کل مقیاس ۰/۸۸/۰ برای ۲۳ سوال محاسبه شد.

مدخله برنامه درمانی در پژوهش حاضر، یک مداخله گروهی بسته ساختار یافته می باشد که شامل ۱۰ جلسه هفتگی است (یک بار در هفته) که هر جلسه به مدت ۲ ساعت برگزار می شود (انتونی و همکاران، ۲۰۰۷).

**نکته:** کلیه جلسات با مرور تمرینات جلسه قبل آغاز و با تمرینات آرمیدگی خاتمه می یافت.

جلسه اول	اجرای پیش آزمون و درک اهمیت آگاهی از تاثیرات جسمی و روانی استرس و اهمیت مدیریت و نظارت بر سطوح استرس و ایجاد فهرستی از استرس زها (تمرینات آرمیدگی)
جلسه دوم	درک ارتباط بین افکار و احساسات و یادگیری فرایند ارزیابی (تمرینات آرمیدگی با تنفس دیافراگمی)
جلسه سوم	تمرین شناسایی انواع مختلف افکار منفی، درک تأثیر تفکر منفی بر رفتار (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویر سازی)
جلسه چهارم	شناسایی خودگویی منطقی و غیر منطقی، آموختن گام های جایگزینی افکار منطقی (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی)
جلسه پنجم	آموختن انواع مقابله، شناسایی سبک مقابله ای خود و مقابله موثر یا کارآمد (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی)
جلسه ششم	آموختن و تمرین گام های مقابله ای موثر، تمرین نرم کردن برای استرس زهای طاقت فرسا (تمرینات آرمیدگی بصورت تصویر سازی همراه خود القایی مثبت، تمرین مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها)
جلسه هفتم	آموختن مدیریت خشم (انجام تمرینات مراقبه مانترا)
جلسه هشتم	یادگیری سبک های بین فردی، تمرین ارتباط ابرازگرانه و استفاده از مهارت حل مسئله (انجام تمرینات مراقبه شمارش تنفس، ادامه تمرین مراقبه نور خورشید)
جلسه نهم	درک فواید حمایت اجتماعی، شناسایی موانع حفظ حمایت اجتماعی، آموختن تکنیک های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی (تمرینات آرمیدگی بصورت تصویر سازی همراه با تنفس دیافراگمی)
جلسه دهم	انجام تمرینات برنامه مدیریت استرس شخصی شامل: مرور کل برنامه، برنامه ریزی برای تمرین آرمیدگی خانگی، ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی، اجرای پس آزمون (انجام تمرینات مراقبه مانترا)

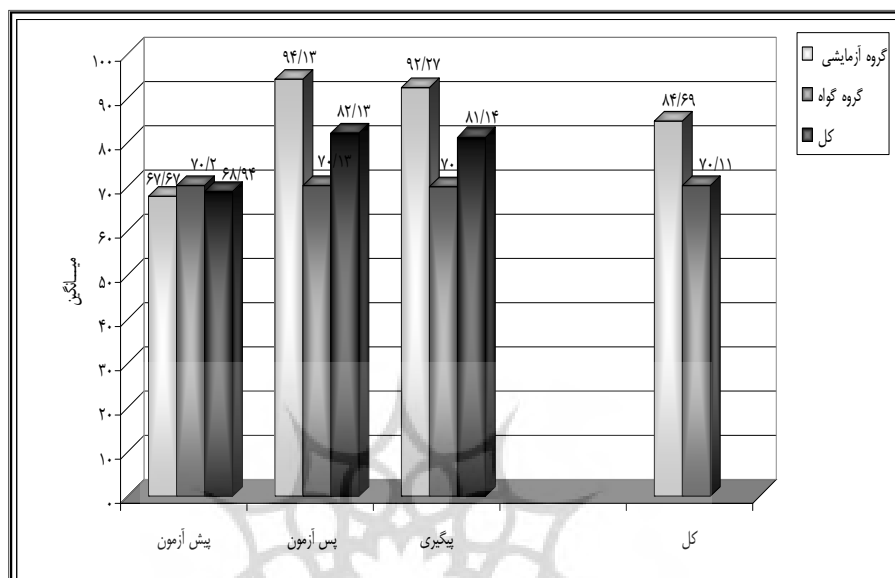
### نتایج

به منظور توصیف آماری داده ها از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی استفاده شد که نمرات مربوط به کیفیت زندگی و همچنین ابعاد آن در آزمودنی های گروه نمونه به تفکیک گروه آزمایشی و گروه گواه و در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول های ۱-۴ نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی نمره کیفیت زندگی، سلامت جسمی و روانی آزمودنی ها

	سلامت روانی		سلامت جسمی		کیفیت زندگی		
	SD	M	SD	M	SD	M	N
پیش آزمون	۲/۲۶۱	۱۸/۶۰	۳/۱۶۷	۲۰/۲۰	۵/۸۱۵	۶۷/۶۷	۱۵
پس آزمون	۱/۳۸۷	۲۶/۷۳	۳/۰۹۸	۲۸/۸۰	۶/۰۹۳	۹۴/۱۳	۱۵
پیگیری					۹/۲۱۵	۹۲/۲۷	۱۵
پیش آزمون	۱/۹۴۴	۱۹/۲۷	۲/۲۳۰	۲۱/۴۰	۴/۳۱۳	۷۰/۲۰	۱۵
پس آزمون	۲/۲۸۲	۱۹/۰۷	۳/۱۳۵	۲۱/۶۰	۷/۱۰۰	۷۰/۱۳	۱۵
پیگیری					۵/۲۶۴	۷۰/۰۰	۱۵

میانگین نمره کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه نمونه به تفکیک دو گروه آزمایشی و گواه در مراحل مختلف اجرای آزمون در شکل زیر نشان داده شده است.



شکل ۱. میانگین نمره کیفیت زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مراحل مختلف اجرای آزمون

به منظور استنباط آماری داده‌ها از آزمون میانگین دو گروه مستقل استفاده شد. برای دستیابی به نمره‌های افتراقی (تفاضل نمره دو نوبت اجرا) نمرات آزمودنی‌ها در مقایسه‌های دو نوبت اجرا (پیش‌آزمون - پس‌آزمون / پیش‌آزمون - پیگیری / پس‌آزمون - پیگیری) محاسبه و سپس در هر مقایسه با استفاده از آزمون میانگین دو گروه مستقل، میانگین نمره‌های افتراقی در گروه آزمایشی و گروه گواه آزمون شده که نتایج حاصل در جداول شماره ۲ الی ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج نمره‌های افتراقی دو نوبت اجرا و آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمره‌های افتراقی کیفیت زندگی

ت	df	SED	MD	Levin	SD	M	گروه	نوبت اجرا (ب)	نوبت اجرا (الف)
-۱۳/۱۳۷ **	۲۸	۲/۰۲۰	-۲۶/۵۳۳	F ۶/۰۸۱	۴/۹۲۰	-۲۶/۴۷	آزمایشی	پس آزمون	پیش آزمون
				۱/۴۵۰		۰/۰۷	گواه		
-۹/۸۹۲ **	۱۵/۶۱۹	۲/۵۰۷	-۲۴/۸۰۰	۲۴/۷۳۵ **	۹/۴۴۰	۲۴/۶۰	آزمایشی	پیگیری	پیش آزمون
					۲/۲۷۴	۰/۲۰	گواه		
۰/۹۱۴	۱۸/۲۵۴	۱/۸۹۷	۱/۷۳۳	۵/۰۳۱ *	۶/۸۳۳	۱/۸۷	آزمایشی	پیگیری	پس آزمون
					۲/۶۹۶	۰/۱۳	گواه		

\*  $P < 0.05$ , \*\*  $P < 0.01$

با توجه به جدول بالا نتیجه می‌گیریم که میانگین نمره‌ها پس از اعمال مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معناداری با میانگین نمره‌ها در مرحله پیش آزمون تفاوت آماری دارد. به عبارت دیگر میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری به طور معناداری بالاتر از نمره‌های پیش آزمون می‌باشد.

نتیجه‌گیری پژوهشی: آموزش مهارت مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی زنان شاغل در همکاران سیستم می‌شود. و این افزایش در طول زمان دارای پایداری اثر است.

جدول ۳. نتایج نمره‌های افتراقی دو نوبت اجرا و آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمره‌های افتراقی [سلامت جسمی]

		نوبت اجرا (الف)		نوبت اجرا (ب)		گروه	
t	DF	SED	MD	Levin	SD	M	
-۸/۷۴۰ **	۲۸	۰/۹۶۱	-۸/۴۰۰	F	۳/۱۵۸	-۸/۶۰	آزمایشی
				۱/۸۸۸	۱/۹۷۱	-۰/۲۰	پس آزمون گواه

با توجه به جدول بالا نتیجه می‌گیریم که میانگین نمره‌ها پس از اعمال مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معناداری با میانگین نمره‌ها در مرحله پیش آزمون تفاوت آماری دارد. به عبارت دیگر میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری به طور معناداری بالاتر از نمره‌های پیش آزمون می‌باشد.

جدول ۴. نتایج نمره‌های افتراقی دو نوبت اجرا و آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمره‌های افتراقی [سلامت روان]

		نوبت اجرا (الف)		نوبت اجرا (ب)		گروه	
t	df	SED	MD	Levin	SD	M	
-۸/۵۷۹ **	۲۸	۰/۹۷۱	-۸/۳۳۳	F	۳/۱۱۴	-۸/۱۳	آزمایشی
				۲/۴۶۵	۲/۱۱۱	۰/۲۰	پس آزمون گواه

با توجه به جدول بالا نتیجه می‌گیریم که میانگین نمره‌ها پس از اعمال مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری به طور معناداری با میانگین نمره‌ها در مرحله پیش آزمون تفاوت آماری دارد. به عبارت دیگر میانگین نمره‌های پس آزمون و پیگیری به طور معناداری بالاتر از نمره‌های پیش آزمون می‌باشد.

نکته: با توجه به این که میانگین نمره‌های افتراقی (در سه جدول بالا) منفی می‌باشد، بنابراین تفاوت‌های مشاهده شده در جهت افزایش نمرات است.

نتیجه‌گیری پژوهشی: آموزش مهارت مدیریت استرس باعث افزایش سلامت روانی و جسمانی زنان شاغل در شرکت همکاران سیستم می‌شود.

### بحث و نتیجه گیری

آموزش برنامه مهارت مدیریت استرس بر افزایش خلاقیت کودکان دختر بی‌سرپرست تاثیر مثبت دارد و در دوره پیگیری ثبات دارد. یافته‌های این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل با ۹۹٪ اطمینان افزایش یافته و با ۹۹٪ اطمینان دارای ثبات است. که این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط (ترزانیکا و استپتو، ۱۹۹۴؛ ریل و همکاران، ۱۹۹۶؛ لونس و همکاران، ۲۰۰۲؛ لوکر و گرگسون، ۲۰۰۳؛ کارلوس و همکاران، ۲۰۰۳؛ پاول و انزایت، ۲۰۰۴؛ آنتونی، ۲۰۰۳؛ فرانک جی. پندو و همکاران، ۲۰۰۳؛ توین من و همکاران، ۲۰۰۴؛ برگر و همکاران، ۲۰۰۸؛ شفیع پور و همکاران، ۲۰۰۸؛ لوپز سی و همکاران، ۲۰۱۰؛ دهقان نیری و ادیب حاج باقری، ۱۳۸۵؛ نیکبخت و نصرآبادی و همکاران، ۱۳۸۷؛ رضایی و همکاران، ۱۳۸۸؛ قاسمی زاد و همکاران، ۱۳۸۹؛ جواهری، ۱۳۸۹؛ جبل عاملی و همکاران، ۱۳۸۹؛ چوفروش و همکاران، ۱۳۸۹؛ نشاط دوست و همکاران، ۱۳۸۸؛ دهقان نیری و ادیب حاج باقری، ۱۳۸۵) هماهنگ می‌باشد.

مقابله سازگار شامل بازشناسی منابع فشارروانی و شناخت اساسی از آنچه در گذر است و نگاهی از منابع فردی جهت مقابله می‌باشد. چنین شناختی راهبردهایی همچون ایجاد تغییرات در زندگی، تعیین اهداف، تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌ها، استفاده بهینه از زمان، کسب مشورت، ابراز وجود بیشتر، اتخاذ عملی در جهت کاهش درخواست‌های درونی را در برمی‌گیرد. نتایج انجام راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه موجب افزایش تأثیرات بلند مدت می‌گردد. افراد با شیوه مقابله موثر آگاهی‌شان از استرس و توانایی‌شان را برای مقابله با استرس بالا می‌برند. این برنامه روش‌های تأیید شده‌ای را برای مدیریت استرس و ایجاد آرمیدگی فراهم می‌کند. با تکیه بر

ادبیات پژوهش و نتایج پژوهش حاضر می‌توان مدعی شد که آموزش مهارت مدیریت استرس موجب افزایش کیفیت زندگی افراد را نیز در پی خواهد داشت.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشانگر تأثیر مستقیم و غیرمستقیم مدیریت استرس بر بهبود اختلالات روانی و مشکلات جسمی بوده است که این یافته با پژوهش‌های (میلر، راجرز، دبی، ریچ، ۱۹۷۹؛ کلی، ۲۰۰۲؛ هاریسون، ۲۰۰۵؛ مایکل آنتونی، ۲۰۰۷؛ برگر و همکاران، ۲۰۰۸؛ لوپز، سی، ۲۰۱۰؛ شیریم، ۱۳۷۸؛ سلگی، ۱۳۸۴؛ محرابی، ۱۳۸۶؛ کاویانی و همکاران، ۱۳۸۶؛ دوازده امامی و همکاران، ۱۳۸۸؛ پرنده و شکوهی یکتا، ۱۳۸۹) هماهنگ است.

طبق تحقیقات انجام شده وقایع استرس‌زا انسان را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا برای سازگاری و تطابق با محیط، بشر نیازمند آگاهی و مجهز شدن به مهارت‌هایی است که او را در مقابله با استرس یاری کند، زیرا اگر استرس خارج از سطح تحمل شخص باشد، سلامتی او را به مخاطره می‌اندازد.

اصطلاح «پاسخ استرس» به یک سلسله پاسخ‌های پیچیده و متفاوت اشاره دارد که توسط بدن برای رویارویی با هر شرایطی ایجاد می‌شود. پاسخ استرس همیشه تا حدی فعال است تا ما را قادر سازد که بتوانیم با تغییرات روزمره محیط برخورد کنیم. وقتی که یک چالش یا یک تهدید جدید و یا غیرمعمول به وجود می‌آید، پاسخ استرس این اطمینان را به وجود می‌آورد که بدن همیشه در حالت آمادگی برای برخورد با آن‌ها قرار دارد. اما برای بدن به صرفه نخواهد بود که برای برخورد با تمام وقایع، از یک پاسخ استرس ثابت استفاده نماید؛ بنابراین فعال شدن پاسخ استرس در سطوح و درجات مختلف، ما را قادر خواهد ساخت که به بهترین شیوه عمل نماییم. آن چه در حال حاضر حائز اهمیت است، روش‌هایی است که بتواند اثربخشی مداخلاتی چون مدیریت استرس را به حداکثر ممکن برساند و جنبه‌های مختلف انسان را تحت پوشش خود قرار دهد. باید به افراد کمک شود تا هم نسبت به علائم و نشانه‌های استرس آگاهی یافته و هم شیوه‌های مناسبی برای مقابله اتخاذ نمایند. امروزه اکثر روان‌درمان‌گران از راهبردهای مقابله‌ای شناختی رفتار برای درمان استرس استفاده می‌نمایند. با توجه به تأثیر این روش بر سلامت جسمی و روانی و با عنایت بر این مسئله که آموزش شیوه‌های مواجهه با استرس از کلیه تکنیک‌های آرمیدگی عضلانی و مهارت حل مسئله مفیدتر و آسان‌تر است و در ضمن اثرات منفی و عوارض جانبی مانند درمان‌های دارویی را ندارند. لذا پرداختن به شیوه‌های درمانی غیردارویی مناسب و مؤثر و کم‌هزینه‌تر نیز خواهد بود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای پژوهش در سازمان همکاران سیستم است، که می‌توان عمده یافته‌های این تحقیق را به این سازمان تعمیم داد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود که طرح پژوهشی در حجم بزرگتری انجام تا نتایج از تعمیم پذیری بالاتری برخوردار شود.

## منابع

- الوانی، س. م. (۱۳۷۹). مدیریت عمومی، تهران: انتشارات نی.
- آنتونی، م.، ایرنسون، گ.، و اشنایدرمن، ن. (۲۰۰۷). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (ترجمه سید جواد آل محمد، سولماز جوکار و حمیدطاهر نشاطدوست). اصفهان: جهاد دانشگاهی.
- پرنده، ا.، و شکوهی یکتا، م. (۱۳۸۹). مطالعه اثربخشی برنامه مدیریت استرس در بهبود سلامت روانی مادران کودکان دارای نارسایی توجه/فزون‌کنشی. اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تهران، ایران.
- جبل عاملی، ش.، نشاطدوست، ح. ط.، و مولوی، ح. (۱۳۸۹). اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۵، ۸۸-۹۷.



- جواهری، ر.، نشاطدوست، ح. ط.، مولوی، ح.، و زارع، م (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۳(۲)، ۳۲-۴۳.
- چوبفروش، ا.، کلاتری، م.، و مولوی، ح (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان نابارور. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۴(۱)، ۸۵-۸۸.
- دوازده امامی، م.، روشن، ر.، محرابی، ع.، و طاری، ع (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس شناختی رفتاری بر کنترل قند خون و افسردگی بیماران دیابتی نوع ۲. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۱(۴)، ۳۸۵-۳۹۲.
- دهقان نیری، ن.، و ادیب حاج باقری، م (۱۳۸۵). تاثیر تن آرامی بر استرس و کیفیت زندگی دانشجویان مقیم خوابگاه دانشجویی. *فصلنامه علمی پژوهشی فیض*، ۱۰(۲)، ۵۰-۵۷.
- رضایی، ف.، نشاط دوست، ح. ط.، مولوی، ح.، و امرا، ب (۱۳۸۷). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری، مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۶(۱)، ۹-۱۶.
- سلگی، ز (۱۳۸۴). تاثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مرد (HIV) شهر کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه الزهراء، تهران.
- سلیه، ه (۱۹۷۴). *مفهوم فشار روانی* (ترجمه محمدرضا جواهری). مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- شیریم، زهرا، سودانی، م.، و شفیع آبادی، ع (۱۳۷۸). اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان. *قاسمی زاد، ع.، ارنجیان تبریزی، ح.، عابدی، م.، ر.، و برزیده، ا.* (۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای رابطه کیفیت زندگی با عزت نفس، کانون کنترل، استرس و سرمایه اجتماعی فرزندان شاهد و اینترگر فارس. *فصلنامه علمی پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی*، ۱(۴)، ۱۰۷-۱۲۴.
- کاوایانی، ح.، پورناصح، م. ا.، و محمدی، م. ر (۱۳۸۶). اثربخشی آموزش کنترل استرس در کاهش اضطراب و افسردگی شرکت کنندگان در کلاس کنکور. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۹(۲)، ۶۱-۶۸.
- لوکر، ت.، و گرگسون، ا (۲۰۰۳). *خودآموز مدیریت استرس* (ترجمه مهدی رضایی و محسن ژکان). تهران: نشر دانژه.
- محرابی، ع (۱۳۸۶). اثربخشی مدیریت استرس بر کنترل قند خون و تغییر برخی شاخص‌های سلامت روان در بیماران دیابتی نوع یک. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- نشاطدوست، ح. ط.، نیلفروش زاده، م. ع.، دهقانی، ف.، و مولوی، ح (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسی آرناتا در مرکز تحقیقات پوست سالک اصفهان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲، ۳۳۱-۵۲۱.
- نصیری، ح. ا.، (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و تهیه نسخه ایرانی آن، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۳ و ۴ خرداد ماه ۱۳۸۵.
- نصیری، ح. ا.، و رضویه، ا (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه شیراز بر اساس مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF)، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۳ و ۴ خرداد ماه ۱۳۸۵.
- نیکبخت نصرآبادی، ع.، مظلوم، س. ر.، نثاری، م.، و گودرزی، ف (۱۳۸۷). ارتباط حیطه‌های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان. *فصلنامه پیش*، ۱۸(۱)، ۸۵-۹۳.

- Antony, M. H(2003). Cognitive behavioral stress management intervniion and Posetive psychological changes in breast cancer patiens after surgery and their physiological correlates. 2003Asco Annual meeting. General Poster session, Palliative, Supportive, and Elderly care.
- Berger, S., Schad, T., Von Wyl, V., Hlert, U., et al(2008). Effects of cognitive ehavioral stress management on HIV-1 RNA, CD4 cell counts and sychosocial parameters of HIV infected persons. *AIDS*, 22(6), 767-775.
- Frisch, M. B(2006). *Quality of life therapy: A life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Hall, U. R(2000). Stress amongst district nurses: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3), 9.
- Harrisons, B(2005). Principles of International Medicine. American: New York & Sons. LTD.
- Lazarruss, R. S., & Folkman, S(1984). Coping and emotion in stress and coping. Ed by Monat & R.S Lazarruss. New York: Colombia University Press.
- Lopes, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., & et al(2010). A pilot study of cognitive behavioral strees management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. University of Miami, FL.USA.
- Miller, P. J., Rogers, M. G., & Debey, T. R(1979). Plasma Catecholamina and Lymphocyte beta2-adrenergic receptor alterationin elderly Alzheimer caregivers under stress. *Psychosomatic Medicine*, 59, 251-256.
- Park, K.)2004). *Rark's text book of preventive and social medicine*, India, 15<sup>th</sup> edition.
- Penedo, F. J., Jason, R., Dahn, I. M., Jeffrey, S., & et al(2003).Cognitive behavioral stress management improves stress-management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma, *Cancer*, 100(1), 192-00.