

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور تهران
دانشکده ادبیات و علوم انسانی
گروه روانشناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی عمومی

اثر بخشی آموزش مدیریت استرس (شناختی- رفتاری) بر شادکامی و سلامت روان و کاهش
استرس زنان نابارور

استاد راهنما:

دکتر احمد علی پور

استاد مشاور:

دکتر فرهاد شقاقی

فاطمه هاشمی

شهریور ماه ۱۳۹۰

تقدیر

در آغاز خداوند منان را شکر گذارم که پرتو لطف بیکرانیش راهنما و روشنگر راهم بوده و قطره ای از اقیانوس بی انتهای علم خود را به من بخشوده است، باشد که پوینده راه حق باشم.

لازم می دانم از زحمات اساتید محترم جناب آقای دکتر علی پور و جناب آقای دکتر شقاقی که راهنماییهای مفید و موثر ایشان همچون چراغی روشن رهنمونم به سوی انجام هر چه بهتر این مطالعه بود، قدر دانی و تشکر نمایم. در پایان از زحمات همسر عزیزم جناب آقای دکتر فیلی که در تمام مراحل انجام این پژوهش یار و همراه من بودند کمال تشکر و سپاس گذاری را دارم.

تقدیم به همسر عزیزم

و

گل‌های باغ زندگی‌م ریحانه و پارسا

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش، بررسی تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) بر شادکامی، سلامت روان و کاهش استرس زنان نابارور بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه گواه است. جامعه آماری، زنان ناباروری بودند که در زمستان ۱۳۸۹ به مرکز ناباروری شهر شیراز مراجعه کرده بودند. بدین منظور ۲۴ زن نابارور بانمره استرس بالا که دارای ملاکهای ورود به پژوهش بودند انتخاب شدند. دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) قرار گرفتند. آموزش گروهی مدیریت استرس (شناختی - رفتاری)، طی ۱۰ جلسه هفتگی بر گروه آزمایش انجام شد. پرسشنامه استرس، شادکامی و سلامت روان در دو مرحله پیش آزمون، پس آزمون تکمیل شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار **spss18** با استفاده از روشهای آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین نمرات استرس گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون کاهش معناداری پیدا کرده است ($P < /5$). نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمرات شادکامی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزایش معناداری پیدا کرده است ($p < /5$). میانگین سلامت روان گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون افزایش معناداری پیدا کرده بود، ($P < /5$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که آموزش مهارت مدیریت استرس (شناختی - رفتاری) می تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید، برای زنان نابارور بکار رود.

کلید واژه‌ها: نابارور، مدیریت استرس شناختی - رفتاری، استرس، شادکامی، سلامت روان

فصل اول: کلیات تحقیق

| | |
|-------------------------------|----|
| فصل اول: کلیات پژوهش..... | ۱ |
| مقدمه | ۲ |
| بیان مسئله | ۲ |
| سوالات پژوهش..... | ۷ |
| اهداف پژوهش..... | ۸ |
| ضرورت پژوهش | ۹ |
| متغیرهای پژوهش | ۱۰ |
| تعریف اصطلاحات و مفاهیم | ۱۱ |
| تعاریف نظری (مفهومی)..... | ۱۱ |
| تعریف عملیاتی..... | ۱۳ |

فصل دوم: ادبیات پژوهش

| | |
|-------------------------------------|----|
| ناباروری..... | ۱۶ |
| عوامل استرس زا در زنان نابارور..... | ۱۹ |
| علل نابارور | ۲۰ |
| علل ناباروری در زنان | ۲۰ |
| علل ناباروری در مردان | ۲۱ |
| درمان ناباروری..... | ۲۳ |
| شیوع ناباروری..... | ۲۷ |
| استرس..... | ۲۸ |
| تاثیرات استرس..... | ۲۹ |
| مبانی نظری استرس | ۳۳ |
| سیر تاریخی..... | ۳۴ |

| | |
|----|---|
| ۳۴ | نظریه روان تحلیل گری |
| ۳۵ | نظریه پردازش اطلاعات |
| ۳۶ | الگوی فرهنگی - اجتماعی |
| ۳۶ | الگوی مذهبی |
| ۳۸ | الگوی روان تنی |
| ۳۸ | الگوی واکنش حفاظتی |
| ۳۹ | الگوی پاسخ فیزیولوژیکی |
| ۴۰ | الگوی بیوشیمی |
| ۴۱ | الگوی دوهرنوند |
| ۴۲ | الگوی متغیرهای روانشناختی و اختلالهای جسمانی |
| ۴۴ | سبکهای مقابله و نقش آن در بروز بیماریها |
| ۴۵ | شادکامی |
| ۴۵ | علایم شادکامی |
| ۴۹ | تاثیر نهضت مثبت گرایی بر روانشناسی شادی |
| ۵۰ | مولفه های شادکامی |
| ۵۲ | روشهای افزایش شادکامی |
| ۵۴ | رابطه روانشناسی مثبت نگر و شادی با سلامت روان |
| ۵۵ | سلامت روان |
| ۵۶ | سلامت روان در رویکردهای مختلف روانشناسی |
| ۵۶ | رویکرد زیستی |
| ۵۷ | رویکرد روان تحلیل گری |
| ۵۸ | رویکرد رفتار گرایی |
| ۵۹ | رویکرد انسان گرایی |
| | رویکرد شناختی |
| ۶۱ | مدیریت استرس به شیوه شناختی - در مانی |
| ۶۲ | طرح کلی برنامه درمانی |
| ۶۳ | تحقیقات پیشین |
| ۶۳ | تحقیقات انجام شده در ایران |

تحقیقات خارجی ۷۴

فصل سوم: روش پژوهش

| | |
|-----------------------------|----|
| مقدمه | ۸۱ |
| جامعه مورد مطالعه | ۸۱ |
| حجم نمونه و روش نمونه گیری | ۸۱ |
| طرح کلی پژوهش | ۸۲ |
| متغیرهای پژوهش | ۸۲ |
| ابزار پژوهش | ۸۲ |
| پرسشنامه سلامت عمومی | ۸۳ |
| پرسشنامه شادکامی آکسفورد | ۸۴ |
| مقیاس استرس کوهن | ۸۵ |
| شیوهی اجرای پژوهش | ۸۷ |
| روش های تجزیه و تحلیل آماری | ۸۸ |

فصل چهارم: نتایج پژوهش

| | |
|------------------------|-----|
| مقدمه | ۹۰ |
| فرضیه های پژوهش | ۹۰ |
| تحلیل توصیفی | ۹۱ |
| تحلیل استنباطی داده ها | ۱۰۴ |

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

| | |
|-----------------------|-----|
| مقدمه | ۱۱۷ |
| بحث و نتیجه گیری | ۱۱۷ |
| جمع بندی و نتیجه گیری | ۱۲۲ |
| محدودیت های پژوهش | ۱۲۳ |
| پیشنهادات | ۱۲۳ |

| | |
|---|-----|
| پیوست‌ها | ۱۲۵ |
| پیوست شماره ۱: شرح جلسات آموزش | ۱۲۵ |
| پیوست شماره ۲: پرسشنامه استرس کوهن | ۱۳۳ |
| پیوست شماره ۳: پرسشنامه شادکامی آکسفورد | ۱۳۶ |
| پیوست شماره ۴: پرسشنامه سلامت عمومی | ۱۴۱ |
| منابع و مأخذ | ۱۴۴ |

فهرست نمودارها

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۹۲ | نمودار ۱- میانگین، کمینه و بیشینه نمره‌ی استرس گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ۹۵ | نمودار ۲- میانگین، کمینه و بیشینه نمره‌ی شادکامی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ۹۸ | نمودار ۳- میانگین، کمینه و بیشینه نمره‌ی سلامت گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ۱۰۰ | نمودار ۴- میانگین، کمینه و بیشینه علائم جسمانی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ۱۰۴ | نمودار ۵- میانگین، کمینه و بیشینه نمره‌ی اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ۱۰۶ | نمودار ۶- میانگین، کمینه و بیشینه نمره‌ی اختلال در کارکرد گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ۱۱۰ | نمودار ۷- میانگین، کمینه و بیشینه نمره‌ی افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ۱۱۲ | نمودار ۸- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه استرس |
| ۱۱۵ | نمودار ۹- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در شادکامی |
| ۱۱۷ | نمودار ۱۰- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در سلامت |
| ۱۱۹ | نمودار ۱۱- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در علائم جسمانی |
| ۱۲۱ | نمودار ۱۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در اضطراب |
| ۱۲۳ | نمودار ۱۳- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در کارکرد اجتماعی |
| ۱۲۴ | نمودار ۱۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه در افسردگی |

فهرست جداول

| صفحه | عنوان |
|------|---|
| ۸۱ | جدول ۱-۳ طرح کلی پژوهش..... |
| ۸۷ | جدول ۲-۳ عناوین و موضوعات کلی جلسات آموزش گروهی مدیریت استرس شناختی- رفتاری..... |
| ۹۲ | جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمره‌ی استرس در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون |
| ۹۳ | جدول ۲- نتایج توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی استرس |
| ۹۳ | جدول ۳- نتایج توصیفی نمرات پیش‌آزمون دوگروه پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی استرس |
| ۹۴ | جدول ۴- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمره‌ی شادکامی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون |
| ۹۶ | جدول ۵- نتایج توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی شادکامی |
| ۹۶ | جدول ۶: خلاصه یافته‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی شادکامی |
| ۹۷ | جدول ۷- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه سلامت عمومی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون |
| ۹۹ | جدول ۸: توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی سلامت روان |
| ۹۹ | جدول ۹: یافته‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی سلامت روان |
| ۱۰۰ | جدول ۱۰- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه ی علایم جسمانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون |
| ۱۰۱ | جدول ۱۱ توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی علایم جسمانی |
| ۱۰۲ | جدول ۱۲: نتایج توصیفی نمرات پیش‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی علایم جسمانی |
| ۱۰۳ | جدول ۱۳- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمره‌ی اضطراب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون |
| ۱۰۴ | جدول ۱۴: نتایج توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی اضطراب |
| ۱۰۵ | جدول ۱۵: نتایج توصیفی پیش‌آزمون پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی کلی اضطراب |
| ۱۰۶ | جدول ۱۶ میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه اختلال در کارکرد در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون |
| ۱۰۷ | جدول ۱۷: نتایج توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره اختلال در کارکرد |
| ۱۰۸ | جدول ۱۸- میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینه نمره‌ی افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون |
| ۱۰۹ | جدول ۱۹: توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون نمره‌ی افسردگی |
| ۱۱۰ | جدول ۲۰: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون در نمره‌ی استرس |
| ۱۱۱ | جدول ۲۱: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون در نمره‌ی شادکامی |

- جدول ۲۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون در نمره‌ی سلامت عمومی ۱۱۵
- جدول ۲۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون در نمره‌ی علایم جسمانی ۱۱۷
- جدول ۲۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون در نمره‌ی اضطراب ۱۱۹
- جدول ۲۵: تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون در نمره‌ی اختلال در کارکرد اجتماعی ۱۲۱
- جدول ۲۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون در نمره‌ی افسردگی ۱۲۳

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

ناباروری، تجربه عاطفی دردناکی است. واکنش زوجین در مقابل این احساس اندوه به شکل مشکلات روان شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی و کاهش در عملکرد شخص بروز می‌نماید. ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که می‌تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگون قرار دهد (قربانی، ۲۰۰۹). بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه در درمان‌های طولانی مدت و گاهی ناموفق، باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طردشدگی، شکایت‌های جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و تکلیفی قلمداد کردن آن به دلیل بی‌حاصلی، کاهش کیفیت زندگی، کاهش عزت نفس و کاهش ارتباطات اجتماعی از جمله مشکلات روانی هستند که از سوی محققین گزارش شده‌اند (ون دن اکر^۱، ۲۰۰۵). ناباروری، برای بسیاری از زوجین نابارور تجربه‌ی شدید درماندگی است، که می‌توان آن را انکار نمود (ویچمن^۲، ۲۰۰۱).

در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه که در سال (۱۹۹۴) در قاهره برگزار شد از ناباروری به عنوان عاملی برای آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری افراد یاد شده است. مطالعات نشان می‌دهد ۱۰ تا ۱۵ درصد از زوجها در سنین باروری مبتلا به این مشکل هستند (اسپیرف و فریتز^۳، ۲۰۰۵). پدیده ناباروری پیامدهای روان شناختی بسیاری به همراه دارد. و همچنین عوامل روان شناختی می‌تواند در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشد. اینکه فرد به طور طبیعی نمی‌تواند فرآیند باروری داشته باشد و صاحب فرزند شود به عنوان یکی از تجربیات تلخ و درد آور زندگی است که زمینه‌ها و شرایط روانی اجتماعی نیز می‌تواند بر اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی اجتماعی نماید (دونالد^۴، ۲۰۰۱). مونچ^۵ (۱۹۹۳) موضوع تشابه واکنش ناباروری با واکنش سوگ را تایید کرده است. پژوهشهای بسیاری در مورد ویژگیهای زنان نابارور انجام گرفته است که نشان می‌دهد زنان نابارور به درجات مختلفی دارای مشکلات روانی هستند. در بعضی موارد آشفتگیهای روانی در آنان به حدی می‌رسد که در پی درمانهای ناموفق اقدام به خودکشی نیز در آنها مشاهده می‌شود. از نظر بسیاری از محققین افراد نابارور در مقایسه با افراد بارور استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. اثرات منفی استرس ناباروری به طور قابل ملاحظه‌ای در زنان بیشتر از مردان است (رمضان زاده، عابدی نیا، اقوی، زاپیری، شریعت، ۱۳۸۳).

1-van den akker

2-wischmann

3-Spiroff & Fritz

4-Donald

5-Monach

بیان مسئله

امروزه با تکیه بر مدل زیستی- روانی- اجتماعی توجیه نسبتاً کاملی برای علت بروز بیماریها و درمان آنها فراهم شده است. بر اساس این مدل ابعاد روانی، فرایند فیزیولوژیکی، محیط و روابط بین فردی در ارتباط دائم با یکدیگر هستند و می توانند زمینه ساز بیماری یا سلامت محسوب شوند. پژوهشهای زیادی بیانگر نقش عوامل روانی در بروز و سیر بیماری و سلامت جسمانی می باشند. تکنیکهای درمان روانی (روانکاوی، شناختی، رفتاری) نه تنها در پیشگیری و درمان مشکلات مختلف روانشناسی مانند اضطراب، افسردگی و ترسهای مرضی موثر هستند، بلکه در سلامت جسمانی و همچنین میزان حاملگی نیز تاثیر بسیار مهمی دارند (رمضان زاده، عابدی نیا، ۱۳۸۳).

درصد ابتلاء زنان به اختلالات روانی دو برابر مردان است. زنان بیش از مردان در معرض بیماریهای روانی و افسردگی قرار دارند. که دلیل آن مسائل بیولوژیکی و شرایط محیطی است. همچنین نابسامانیهای اجتماعی و قانونی نیز در این مسئله موثر است (برنشتاین^۱، ۱۹۹۳).

در مقایسه با وقایع پر استرس زندگی ناباروری پس از مرگ مادر، مرگ پدر و خیانت همسر در رتبه چهارم قرار دارد (اودنس^۲، ۱۹۹۹). نتایج تحقیقات نشان داده است که ناباروری افراد را مستعد افسردگی و اضطراب با شدت بالا می کند. عدم توجه به اختلالات هیجانی زوجهای نابارور و علائم ثانویه به ناباروری (اشکال در روابط بین فردی، عدم رضایت زناشویی و کاهش تمایلات جنسی) سیکل معیوبی ایجاد می کند که احتمال درمان ناباروری را کاهش می دهد (گیسون و مایرز^۳، ۲۰۰۰). شیوع مشکلات روانی در زوجین نابارور حدود ۲۵ الی ۶۰ درصد تخمین زده می شود (سیبل، تیمور^۴، ۲۰۰۶). از جمله استرسهایی که ساختار روانی و روابط بین فردی شخص را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد، استرس ناشی از ناباروری است. پژوهشهای متعدد نشان می دهد که ناباروری و در واقع نگرش نسبت به آن زوجین را به آشفتگیهای هیجانی مواجه می سازد. محققین بروز رفتارهای تکانشی، افسردگی، بی کفایتی و اضطراب را در مورد این افراد گزارش نموده اند و اغلب گزارشات به فراوانی و شدت این اختلالات در زنان نابارور نسبت به مردان اشاره دارد (هچل مستد، ۲۰۰۳).

شیوع اختلالات روانپزشکی و بی ثباتی شخصیتی در زنان نابارور بیش از زنان بارور است و آنها استرس های بیشتری را نسبت به افراد بارور تحمل می کنند. از جمله مهمترین این استرسها مشکلات اقتصادی، جنسی، مداخلات خانوادگی و درمان های ناباروری می باشد.

در پژوهشی که توسط نوربالا و همکاران در ارتباط با شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران انجام گرفت (۲۷/۸٪) زنان بارور و (۴۴٪) زنان نابارور اختلالات روانپزشکی داشتند زنان نابارور دو برابر زنان بارور مبتلا به اختلالات روانپزشکی بودند.

¹ - Bernashtain

² - Odense

³ - Gibson- Myers

⁴ - Seible & Taymor

⁵ - Hachelmasthed

لیست عوامل ایجاد کننده استرس در زنان نابارور نشان دهنده این است که، بیشترین عامل استرس زا در این افراد، بازخوردها و واکنش های اطرافیان ، احساس تنهایی و درما های ناباروری بوده است . با توجه به یافته های به دست آمده از پژوهشهای مختلف ، شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان نابارور در ایران در مقایسه با کشورهای غربی بیشتر و در مقایسه با برخی از کشورهای آسیایی کمتر است. افزایش تقریباً دو برابر شیوع اختلالات روان پزشکی در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور ، به اهمیت داشتن فرزند در کشورمان دلالت دارد. یافته های این پژوهش همچنان نشان داد زنان نابارور در مقیاس افکار پارانوئیدی ، افسردگی و حساسیت در روابط بین فردی ، بالاترین و در مقیاس های روان پریشی و ترس مرضی ، پایین ترین میزان را دارا هستند و در گروه زنان بارور ، مقیاس های افکار پارانوئیدی ، افسردگی و شکایت جسمانی ، بیشترین و روان پریشی و ترس مرضی ، کمترین میانگین را دارا هستند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷).

منابع استرس و روشهای پاسخ دهی به آن در زنان و مردان با یکدیگر تفاوت دارد. بیشتر زنان از استرس های ناشی از ارتباط با دیگران رنج می برند؛ این روند از اولین سال های زندگی آغاز می شود. در خردسالی تمامی کودکان چه دختر و چه پسر نسبت به سوءاستفاده و مورد غفلت قرار گرفتن ، آسیب پذیرند و بهداشت روانی آنها به طور مستقیم به کسانی که از آنها نگهداری می کنند، بستگی دارد. علاوه بر این ، ممکن است از سوی گروه های بزهکار و خلافکار مورد سوءاستفاده قرار گیرند. تا قبل از سن بلوغ خطر سوءاستفاده از دختران و پسران تقریباً به یک میزان است ، ولی در سن بلوغ این خطر، دختران را بیش از پسران تهدید می کند. در این سن ، منابع استرس در دختران همچنان ارتباطی است و شدت نشانگان در آنان بیش از پسران است. برای مثال در نزاع های زناشویی ، زنان بیش از مردان دچار استرس می شوند. این موضوع در واکنش پذیری قلبی - عروقی ، نیم رخ های چربی ، فشار خون و سایر نشانگان فیزیولوژیکی استرس در زنان نیز مشاهده شده است (کندال و تاکت ۲۰۰۵).

در مجموع ، زنان در مقابل بیماری های ناشی از استرس از مردان آسیب پذیرترند؛ چنانچه بیماری های قلبی - عروقی اولین عامل مرگ و میر در زنان است و میزان افسردگی در زنان دو برابر مردان است. زنان نسبت به اختلال استرس پس ضربه ای (PTSD)^۲ در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری هستند (کندال، تاکت ۲۰۰۳).

به نظر فلینگیم^۳ (۲۰۰۳) ، احتمال بروز نشانگان درد در زنان ، حتی بدون وجود ضربه بیش از مردان است . البته به نظر می رسد بین ضربه و دردهای مزمن رابطه وجود دارد و بیشتر افراد بویژه زنان پس از وقوع حادثه ای به بیماری هایی نظیر سردرد مزمن و کمردرد مبتلا می شوند (کندال و تاکت ۲۰۰۳).

^۱ -Kandal & Tachett

^۲ -Post-Traumatic-Stress - Disorder

^۳-Feelingim

در بین پژوهش‌های متعددی که در باره استرس در زنان انجام شده است تحقیقی که توسط (ویتکین - لانو^۱، ۱۹۸۵) صورت گرفته از اهمیت خاصی برخوردار است. این محقق در روی آورد کلی نسبت به مسئله استرس در زنان نشانه‌هایی نظیر، قاعدگی و استرس قبل از آن، سردرد و افسردگی پس از زایمان، سرد مزاجی و ناتوانی در ارضاء جنسی و ناباروری را خاطر نشان می‌سازد. به این اختلالات می‌توان پاره‌ای از اختلالات دیگر را که در زنان فراوان ترند اضافه نمود مثل: پرخوری، بی‌اشتهایی، اضطراب، اختلالات اسکیزوافکتیو (موریس، مسترز، کانتر^۲، ۲۰۰۵).

شادمانی بر سلامتی تاثیر گذاشته و خلق شاداب و سرزنده، سیستم ایمنی بدن را فعال می‌سازد و علاوه بر این تاثیر شادی بر سلامت ذهن به فرآیندهای شناختی از قبیل نوع نگاه کردن به زندگی و متفاوت نگرستن به خویشتن مربوط است (آرگایل^۳، ۲۰۰۵).

در سالهای اخیر پژوهشها نشان دادند که هیجانات مثبت از قبیل شادمانی نیز می‌تواند بر افزایش سلامتی موثر باشد. درمان مبتنی بر فعالیتهای خوشایند و برخی از شیوه‌های درمان شناختی در شادی مستقیماً مورد توجه قرار گرفته‌اند و معلوم شده است که موثر می‌باشد (همان منبع)

لازاروس که یک نظریه پرداز شناختی هیجانی است شادی را احساسی می‌داند که حاصل پیشرفت منطقی در جهت رسیدن به هدف می‌باشد. لذا در دیدگاه شناختی شادی ماخوذ از هدف و به عبارت دیگر هدف انگیزنده است. ولی در دیدگاه لذت جویی شادی خود هدف است (لازاروس^۴، ۱۹۹۷).

(ود^۵، ۲۰۰۰) معتقد است شادی حالت مبهمی از رضایت و خوشی، آزادی هیجانات است. و این امر زمانی حاصل می‌شود که دوست شویم. نه با یک فرد یا یک شغل بلکه با خودمان و خود را دوست بداریم. این امر که با خودخواهی فرق دارد ما را در رسیدن به اهداف شغلی، به دست آوردن یک دوست خوب و رسیدن به رستگاری کمک می‌کند. احساس آرامش و رضایت می‌کنیم و از عهده سختیها با موفقیت بر می‌آییم.

در بین صفات شخصیتی رضایت از زندگی، عزت نفس و اجتماعی بودن با شادمانی رابطه مثبت دارند و پریشانی، تنهایی، کم‌رویی، افسردگی و اضطراب اجتماعی با شادمانی رابطه منفی دارند (نتو^۶، ۲۰۰۱). اندریوس^۷ (۱۹۹۲) در مورد لزوم چاره‌اندیشی برای مشکلات روانی و خانوادگی اینگونه افراد بیان میدارد که حتی اگر امکان رفع تنش ناشی از ناباروری وجود ندارد، حداقل باید برای کاهش اثرات آن تلاش شود. کاهش مشاجرات خانوادگی و راضی نگه‌داشتن زنان و همسرانشان از روابط و زندگی جنسی و زناشویی از روش‌های مناسب برای تخفیف مشکلات زوجهاست.

¹ - Witcine & Lanow

² - Muris & Meesters & Kanter

³ - Argyle

⁴ - Lazarus

⁵ - Wood

⁶ - Natow

⁷ - Anderws

طبق نتایج تحقیقات بسته به نوع مقابله به کار گرفته شده تنیدگی ناشی از ناباروری می تواند آثار متفاوتی در سلامت روانی افراد داشته باشد. بر همین اساس مکانیزمهای مقابله سازگاران فرآیند تعامل فرد با محیطش را کامل می کند. اما یک مقابله ناموفق می تواند به عنوان منبع تنیدگی عمل کند که نیازمند تلاشهای مقابله ای بیشتری است (دومار^۱، ۲۰۰۱).

انبوهی از تحقیقات روان شناسی سلامت، درباری روشهایی است که در آنها فرایندهای ذهنی و رفتاری می توانند به افراد، برای مقابله با استرس کمک کنند. روش هایی چون کنترل افکار غیرمنطقی، کاهش برانگیختگی و کاهش هشدار درونی در کنار ورزش و روشهای مبتنی بر مهارت حل مساله می توانند بر افزایش عزت نفس و کاهش اضطراب منجر شوند (راتوس^۲، ۲۰۰۷، به نقل از شیربیم و همکاران ۱۳۸۸).

با شناسایی مهارتهای مقابله ای مفید و کارساز و ارائه آنها از طریق برنامه های آموزشی درمانی می تواند فرایند سازگاری افراد درگیر با تنیدگی را تسهیل نموده و از آثار منفی آن کاست. برای مقابله با واکنشهای روانی ناشی از ناباروری روشهای مختلفی وجود دارد. میرز و وارک^۳ (۱۹۹۶) رویکرد شناختی رفتاری را برای درمان زوجها پیشنهاد می کنند. زیرا معتقدند معتقدند این رویکرد به طور مناسبی هم راستای نیازهای زوجهای نابارور است. برخی نیز معتقدند درمان شناختی رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوجهای نابارور باشد. برنامه شناختی رفتاری مدیریت استرس از مجموعه درمانهای کارآمد است که از لحاظ علمی و عملی توسط بورد مشاورین علمی مورد تایید قرار گرفته است. در چند دهه اخیر پژوهشهای مختلفی بر روی مدیریت استرس و تاثیرات آن بر ارتقاء بهداشت روانی و جسمی صورت پذیرفته است. نتایج پژوهشها نشانگر تاثیر مستقیم و غیر مستقیم مدیریت استرس بر بهبود اختلالات روانی و مشکلات جسمانی بوده است (بارلو^۴ ۲۰۰۷).

برنامه مدیریت 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 ابراز گری و مدیریت خشم ترکیب کرده است. اهداف طراحی این برنامه عبارتند از:

- ۱- جمع آوری اطلاعات برای افراد در مورد منابع استرس، ماهیت پاسخهای استرس در انسان، انواع راهبردهای مقابله ای که در مواجهه با استرس زها به کار میروند
- ۲- آموزش مهارت کاهش استرس از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی، تصویر سازی ذهنی آرام بخش
- ۳- اصلاح ارزیابیهای شناختی از طریق باز سازی شناختی.
- ۴- ارتقاء مهارتهای حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابرازگری و مدیریت خشم
- ۵- افزایش دسترسی و استفاده از شبکه های حمایت اجتماعی از طریق مهارتهای بین فردی و ارتباطی اصلاح شده.

¹ - Domar

² -Ratoos

³ -Myers & Warak

⁴ -Barlow

تکنیکهای مدیریت استرس در مورد بسیاری از مشکلات هیجانی و جسمی مانند اضطراب افسردگی، بی خوابی، دیابت، فشار خون، بیماریهای قلبی، آرتروز و سرطان به شکل موفقیت آمیز مورد استفاده قرار گرفته است. آموزش خود زاد که یکی از روشهای آرمیدگی مطرح شده در این برنامه است به طور موفقیت آمیزی در درمان بیماریهای مختلفی همچون فشار خون، سردرد، دیابت، آسم، اختلالات خواب، آرتروز، کمر درد خفیف و مشکلات تیروئید مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین برای مشکلات هیجانی روان شناختی مانند اضطراب تحریک پذیری و خستگی کمک کننده یوده است. مراقبه که یکی دیگر از روشهای آرمیدگی مطرح شده در این برنامه است، برای بسیاری از مشکلات پزشکی نیز مورد استفاده قرار گرفته است. که عبارتند از پرفشاری خون، تنش ماهیچه ای، سردرد، بی خوابی، ناباروری، بی ماری قلبی، آرتروز و دیابت، مشکلات پوستی و آسم (آنتونی، آبرونسون، اشنایدرمن¹ - ترجمه آل محمد، جوکار، نشاط دوست ۱۳۸۸).

با توجه به توضیحات فوق، در این مطالعه پژوهشگر به دنبال آن است تا تاثیر مدیریت شناختی رفتاری استرس بر استرس، شادکامی و سلامت روان زنان نابارور را تعیین نماید.

سوالات پژوهشی

سوالات اصلی پژوهش

- ۱- آیا آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری می تواند بر کاهش استرس زنان نابارور تاثیر مثبت داشته باشد؟
- ۲- آیا آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری می تواند باعث افزایش احساس شادکامی در زنان نابارور شود؟
- ۳- آیا آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری می تواند باعث افزایش سلامت روانی زنان نابارور گردد؟

سوالات فرعی پژوهش

- ۱- آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری چه تاثیری بر علائم جسمانی زنان نابارور دارد؟
- ۲- آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری چه تاثیری بر اضطراب زنان نابارور دارد؟

¹ -Antoni & Ironson & Schneiderman

- ۳- آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری چه تاثیری بر کارکرد اجتماعی زنان نابارور دارد؟
- ۴- آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری چه تاثیری بر میزان افسردگی زنان نابارور دارد؟

اهداف پژوهش

هدف از این پژوهش عبارت بود از بررسی تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری در کاهش استرس، افزایش سلامت روان و احساس شادکامی زنان نابارور. در این تحقیق راهبردهای مقابله ای استرس به زنان نابارور بر اساس روش درمان شناختی- رفتاری آموزش داده شد و تاثیر آن بر میزان استرس کلی و سلامت روان و احساس شادکامی آنان مورد بررسی قرار گرفت.

۱. تعیین تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر احساس شادکامی در زنان نابارور *
۲. تعیین تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر میزان استرس زنان نابارور.
۳. تعیین تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس . به شیوه شناختی- رفتاری بر سلامت روان زنان نابارور.
۴. تعیین تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر نشانه های جسمانی زنان نابارور.
۵. تعیین تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس . به شیوه شناختی- رفتاری بر میزان اضطراب زنان نابارور.
۶. تعیین تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس . به شیوه شناختی- رفتاری بر کارکرد اجتماعی زنان نابارور.
۷. تعیین تاثیر آموزش مهارت مدیریت استرس . به شیوه شناختی- رفتاری بر میزان افسردگی زنان نابارور.

ضرورت پژوهش:

با توجه به اینکه بیش از یک میلیون زوج نابارور در کشور ما زندگی می کنند و از نظر مذهبی، تاریخی، فرهنگی در جامعه ایران ، فرزند آوری دارای اهمیت زیادی است و از آنجا که تجربه استرس زای ناباروری با طیف گسترده آسیبهای روان شناختی و اجتماعی شامل کاهش عزت نفس، احساس حقارت،