

اثر بخشی آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب و فرانگرانی زنان دارای

سقط مکرر جنین

مریم آخته*، احمد علی پور**، شیدا شریفی ساکی***

دریافت مقاله:

92/9/10

پذیرش:

93/2/20

چکیده

هدف: مشکلات و حوادثی مختلفی که در زندگی انسان رخ می دهد حالات روحی و روانی فرد را دستخوش تغییر می کند. سقط مکرر جنین نیز یکی از رخداد هایی است که بر هیجانان زنان تاثیر زیادی دارد. این مطالعه با هدف نقش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب و فرانگرانی در زنان دارای سقط جنین مکرر انجام شد.

روش: جامعه این مطالعه زنان دارای مشکل سقط جنین در مراکز بهداشت شهر رشت بود که از بین آنها با توجه به ویژگی های سنی، و عدم مشکلات شخصیتی، به صورت هدفمند 40 نفر انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل به صورت تصادفی انتساب شد. میزان اضطراب و فرانگرانی شرکت کنندگان قبل و بعد از آموزش مدیریت استرس با استفاده از دو مقیاس اضطراب کتل و فرانگرانی ولز (2000) اندازه گیری شد.

یافته ها: نتایج نشان داد آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس، میزان اضطراب و فرانگرانی را در زنان دارای سقط جنین مکرر کاهش می دهد.

نتیجه گیری: افرادی که مهارت های مقابله ای لازم برای کنترل اضطراب و استرس را دریافت می کنند، توانایی این را دارند که افکار مضطرب و نگران کننده خود را کنترل کنند. در نتیجه استرس، اضطراب و فرانگرانی به صورت پیوسته کاهش پیدا می کنند.

کلیدواژه: اضطراب، فرانگرانی، مدیریت استرس، سقط مکرر جنین

* کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد (نویسنده مسئول) Maryam.aakhte67@gmail.com

** استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

*** دانشجوی گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی ترین محرک های انسانی است. اگر تلاش در باردار شدن و داشتن فرزند با شکست مواجه شود، می تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد (خداکرمی، هاشمی، صدیق، حمدیه، طاهری نیا، 1388). تولد فرزند به تثبیت هویت زنان کمک می کند تا جایی که زنان موفقیت زیستی، روانی و اجتماعی خود را تا حدودی زیاد تابع توانایی خود در به دنیا آوردن فرزند می دانند و چنانچه فاقد این قدرت باشند، احساس عدم کفایت می کنند (بهرامی، ستارزاده، قوجازاده، سلیمانی، نلمی و صادقی، 1389).

عدم داشتن فرزند به دلایل مختلفی اتفاق می افتد که یکی از این دلایل، سقط جنین است. 50 تا 60 درصد بارداری ها در دو یا سه هفته اول پس از لقاح سقط می شوند، به نحوی که حتی خود مادران باردار نیز متوجه نمی شوند و خونریزی ناشی از سقط را یک دوره قاعدگی طبیعی به شمار می آورند. 12 تا 15 درصد بارداری ها هم به پایان می رسد و زنان باردار متوجه سقط جنینشان می شوند (سیمپسون¹، 2000).

ناباروری و سقط مکرر جنین از مشکلات فردی و اجتماعی هستند که عامل ناخشنودی یا تراژدی جدی برای خانواده های درگیر است و می تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای

روانی گوناگونی قرار دهد (قربانی و میلانفر، 2009). بروز رفتارهای تکانشی و خشم های پراکنده، استرس، احساس درماندگی، احساس بی ارزشی و بی کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه در درمان های طولانی و ناموفق، باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی درمورد جذابیت جنسی، احساس طردشدگی، نگرانی شدید و کاهش عزت نفس از جمله مشکلات روانی هستند که از سوی محققین گزارش شده اند (وندن اکر²، 2005). همچنین پس از این رخداد در زندگی، خانواده ها پیگیر علت سقط یا مرگ جنین، علل عارضه، نقش خود در بروز عارضه، علل ژنتیکی و ارثی، تکرار سقط جنین، و همچنین چگونگی اطمینان از سلامت در بارداری مجدد هستند که معمولاً برای این سوالات پاسخی ندارند (بارو بوردی³، 2004). این سوالات خود منجر به استرس و اضطراب در این افراد می گردد.

استرس یکی از عوامل روان شناختی ناشی از سقط مکرر جنین است. هانس سلیه⁴ (1980) استرس را پاسخ نامشخص بدن به هر گونه تقاضا می نامد. استرس، می تواند نیروها را تحلیل ببرد و فعالیت ها و تلاش ها را تحت تأثیر قرار دهد. وقتی که عامل استرس زا، زندگی انسان را تحت تأثیر قرار دهد، حالت هیجانی و تفکر فیزیولوژیکی ما از سطح بهنجار و متعادل خود خارج شده، فعالیت های شناختی آسیب

2. VandenAkker
3. Barr & Burdi
4. Selye

1. Simpson

دو(فرانگرانی³) شامل ارزیابی منفی از نگرانی یا به عبارتی نگرانی درمورد نگرانی است. نمونه هایی از فرانگرانی از این قرارند: نگرانی مرا دیوانه خواهد کرد، من نمی توانم نگرانی های خود را کنترل کنم، افکار نگرانی زا می توانند سبب وقوع حوادث بد شوند (دیوی و تالیس⁴، 2000).

طبق مدل ولز، افراد مبتلا به اختلال اضطرابی، باورهای فراشناختی مثبت انعطاف ناپذیری درباره مفیدبودن نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله ای دارند. نمونه هایی از باورهای مثبت نگرانی از این قرارند: «نگرانی به من کمک می کند تا با مسائل آینده کنار بیایم»؛ «اگر نگران نباشم همه امور درست نخواهد شد»؛ «نگرانی به من کمک می کند تا کارم را انجام دهم» (ولز، 2000). در بیماران اختلال اضطرابی و یا کسانی که آمادگی ابتلا به این اختلال را دارند، پس از آغاز استفاده از نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله ای، باورهای منفی در مورد نگرانی فعال می شود و منجر به ارزیابی های منفی در مورد فرایند نگرانی می شوند. چنین ارزیابی های منفی منجر به پیدایش نوع دوم نگرانی (فرانگرانی) می شود. بنابراین، هرگاه نگرانی بهنجار به نگرانی آسیب شناختی تبدیل شود، فرانگرانی پدید می آید. بر اساس این مدل، فرانگرانی منجر به تشدید و پایداری نگرانی و شکل گیری نگرانی پاتولوژیک می شود. فرانگرانی مفهومی است که رابطه مستقیمی با استراتژی های ناسازگارانه فراشناختی دارد. طبق

پذیر می گردد و مشکلات رفتاری به صورت احساس اضطراب و افسردگی فرا خوانده می شود (شیریم، شفیع آبادی و سودانی، 1387).

افکار منفی تکرار شونده از ویژگی های مهم بسیاری از مشکلات روان شناختی است، به طوری که افسردگی با نشخوار ذهنی و اضطراب با نگرانی ارتباط نزدیکی دارد. امروزه نگرانی پاتولوژیک به عنوان خصیصه اصلی اختلالات اضطرابی مطرح است. اغلب مردم در موقعیت های مختلف ممکن است نگران شوند، آنها مدت زمان زیادی نگراند و نگرانی آنها حوزه وسیعی از موضوعات را در بر می گیرد. مطالعات نشان می دهد که کنترل ناپذیری نگرانی از بارزترین شاخص های نگرانی پاتولوژیک است (راسیو و بروکوک¹، 2004).

ولز² در مدل فراشناختی خود کوشیده است تفاوت ها و شباهت های موجود بین نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب شناختی را تبیین کند. بر اساس این مدل بیشتر فعالیت های شناختی به عوامل فرا شناختی که آنها را ارزیابی، بازبینی و کنترل می کند بستگی دارد (ولز، 2000). در مدل ولز (2005) به نقش باورهای منفی فراشناختی و فرانگرانی در شکل گیری و پایداری اختلالات اضطرابی تأکید می شود. ولز (2005) دو نوع نگرانی را ذکر می کند. نگرانی نوع یک، نوعی نگرانی در مورد رخدادهای بیرونی و رخدادهای غیرشناختی درونی مانند نگرانی های اجتماعی و نگرانی در مورد سلامتی است و نگرانی نوع

3. Meta Worry
4. Davey & Tallis

1. Rascio & Brokovec
2. Wells

پیش بینی تئوری فراشناختی ولز باورهای فراشناختی نیز ارتباط مثبتی با استراتژی های مقابله ای ناسازگار دارد (دیویدسون، کرینگ و نیل¹، 2004). هرچند فرانگرانی، منجر به تشدید اضطراب و استرس می شود ولی چون فرد نیاز به نگرانی را نوعی مقابله تصور می کند، در جهت پاره کردن زنجیره نگرانی بر نمی آید (ولز و کارتر²، 2001) و به این ترتیب، نگرانی به صورت عاملی برای اجتناب از شکست در فرآیند سازگاری عمل می کند.

در مدل نظری ولز (2000) چند دلیل برای تکوین و تداوم فرانگرانی وجود دارد. نخست اطلاعات درباره پیامدهای خطرناک نگرانی ممکن است از چند منبع بدست آید. دوم فرهنگ معمول غربی حاوی این انگاره است که نگران شدن بد است یا آنکه نگرانی به لحاظی نابهنجار و نشانه ای از شخصیت روانرنجور است که عدم پذیرش اجتماعی را به همراه دارد. سوم، فردی که از طریق مقایسه اجتماعی از نگرانی برای سازگاری استفاده می کند، ممکن است دریابد که سازگاری با تهدیدهای متوجه خود، بهنجار نیست. چهارم نگرانی مکرر موجب دسترسی فزون تر به اطلاعات منفی برای پیش بینی نتایج ناخواسته شود، پس کنترل نگرانی طولانی تر و سخت تر می شود. پنجم، اجتناب و رفتارهای ایمنی و عملیات کنترل فکر باعث می شود که فرد درگیر در حالت نگرانی باقی بماند و آخر آنکه، پیامدهای عاطفی نگرانی، نظیر اضطراب مرتبط با انتظار وقایع فاجعه آمیز

و توقف پردازش هیجانی باعث تداوم احساس اضطراب و برانگیختگی می شود. بنابراین به فرانگرانی می انجامد و فرانگرانی نیز منجر به پیدایش، تشدید و پایداری نگرانی پاتولوژیک می گردد (پردن³، 2004).

از نظر ویت⁴ (2000) زمانی که افراد تحت استرس هستند، باید مهارت های مقابله ای لازم را داشته باشند تا بتوانند اثر استرس را کاهش دهند. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارت های مقابله ای مؤثر فراهم شود، فرد قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش های زندگی خود به شیوه بهتری کنار آید. مدیریت استرس توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور تلقی می شود. مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس به خانواده ای از درمانهای مدیریت استرس گفته می شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مساله، آموزش مهارت های ابراز وجود، مدیریت خشم و مدیریت زمان است (لیندین⁵، 2005؛ نقل از یثربی نژاد، 1390).

رویکرد های شناختی - رفتاری کنترل استرس سعی می کنند افکار، احساسات، و اعمال مرتبط با استرس را تغییر دهند. فنون شناختی- رفتاری به طور سنتی شامل سه نوع درمان می شود: بازسازی شناختی، درمانهای

3. Purdon
4. Whit
5. Linden

1. Davidson, Kring, & Neal
2. Carter

هدف درمان مبتنی بر حل مساله، ایجاد راهبردهای عمومی و همگانی برای حل طبقه وسیعی از مشکلات است. درمانهای مبتنی بر حل مساله اساساً ترکیبی از درمانهای بازسازی شناختی و درمانهای مبتنی بر مهارتهای مقابله هستند. درمان حل مساله 5 مرحله را شامل می شود: (1) جهت گیری عمومی (2) تعریف و تدوین مشکل (3) تولید جایگزین (4) تصمیم گیری (5) ثبات یا تایید (دابسون و کیت، 1988).

لذا با توجه به آنچه که ذکر گردید، هدف مطالعه حاضر، بررسی نقش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب و فرانگرانی است.

روش

روش این مطالعه از نظر جمع آوری اطلاعات نیمه آزمایشی است. جامعه این مطالعه شامل زنان دارای مشکل سقط جنین مکرر مراکز بهداشت و درمان رشت (پاییز و زمستان، 1391) بود. از بین مراجعه کنندگان به صورت هدفمند (داشتن مدرک تحصیلی دیپلم تا ارشد، دو بار سابقه سقط جنین) 40 نفر انتخاب شد، که با انجام مصاحبه نیمه ساختاریافته مشخص شد مشکلات شخصیتی ندارند. سپس شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه متناسب شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان 32 با انحراف استاندارد 0/34، و میانگین مدت زمان ازدواج آنها 8/05 با انحراف 3/52 بود. شرکت کنندگان موافقت خود را جهت همکاری اعلام کردند و به دو پرسشنامه اضطراب و فرانگرانی در پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند.

مبتنی بر مهارت های مقابله و درمانهای مبتنی بر مساله گشایی. هدف بازسازی شناختی ایجاد و برقراری الگوهای فکری است که انطباقی تر و کمتر استرس زا باشند. نمونه هایی از بازسازی شناختی، درمان عقلانی، هیجانی رفتاری (REBT)، درمان شناختی، آموزش خودآموزی و درمان ساختی (دابسون و کیت¹، 1988).

هدف درمان مبتنی بر مهارت های مقابله ای، ایجاد و گسترش مجموعه هایی از مهارت هایی است که به افراد کمک می کند با موقعیت های استرس زای مختلف مقابله کنند. بازسازی عقلانی سیستماتیک، آموزش کنترل اضطراب و آموزش تلقیح استرس مهم ترین درمانهای مبتنی بر مهارتهای مقابله هستند. هدف بازسازی عقلانی سیستماتیک که در واقع بسط حساسیت زدایی منظم است، این می باشد که بوسیله آموزش مراجعان در مورد چگونگی تغییر افکاری که به طور خودکار در موقعیت های اضطراب زا رخ می دهد، توانایی مقابله موثری را برای آنها فراهم آورد. از طریق آموزش کنترل اضطراب مراجعان یاد می گیرند که با استفاده از آرامیدگی و مهارت های خوب و توانمندانه، اضطراب را بدون صرف توجه به محرک اضطراب زایی که ممکن است با مشکل خاص آنها مربوط نباشند را تجسم کنند و سپس مهارت های آرامیدگی را به کار گیرند و تصور کنند که هوشمندانه به آن پاسخ می دهند (دابسون و کیت، 1988).

1. Dabson&keith

مقیاس اضطراب کتل: این مقیاس شامل 40

سوال است که به صورت دو بخش 20 سوالی ارائه می شود و هر سوال، نمره ای بین صفر تا 2 دارد. بنابراین، حداقل نمره در هر بخش بین صفر تا 40، و در کل پرسشنامه 80 است. نمرات استاندارد، 0-3 مربوط به افراد بدون اضطراب، 4-6 اضطراب متوسط، 7-8 روان آزرده مضطرب، و نمرات 9-10 فرد مورد نیاز به درمان گر را نشان می دهد. در مطالعات فلاحی (1381)، و فرامرزی (1384) ضریب همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ به ترتیب 0,76 و 0,60 بدست آمد. در این مطالعه ضریب همسانی درونی 0,79 بدست آمد.

مقیاس فرانگرانی: ولز (2000) برای ارزیابی

جنبه خطر فرانگرانی و فراوانی و میزان باور به فرانگرانی به منظور ارزیابی مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر (DSM-IV) این مقیاس را طراحی کرد. مقیاس فرانگرانی (MWQ) شامل هفت ماده با طیف لیکرت چهار درجه ای با نمره گذاری 1 تا 4 است. ولز (2000) ضریب همسانی این مقیاس را بین 0/72 تا 0/87 گزارش کرده است. ضریب همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حمید پور و همکاران (1389) 0/78 گزارش شده است. در این مطالعه ضریب همسانی درونی 0/81 بدست آمد.

شیوه ی اجرا: شرکت کنندگان (40 نفر) به

دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. هر یک از شرکت کنندگان به صورت تصادفی به یکی از گروه ها انتساب شد. با استفاده از بسته آموزشی

مدیریت استرس براساس نظریه شناختی - رفتاری (آنتونی، ایرنسون و اشنایدنرمن، 2007؛ ترجمه آل محمد، جوکار و نشاط دوست، 1388)، هشت جلسه آموزش مدیریت استرس (هر جلسه 2 ساعت) روی گروه آزمایش اجرا شد. محتوای هشت جلسه درمان شناختی - رفتاری عبارت بود از: 1) برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی برنامه استرس زاها و پاسخ های استرس؛ 2) آموزش و بحث در مورد آرمیدگی، استرسوآگاهی، ارتباط فکر و احساس؛ 3) آموزش و بحث در مورد افکار منفی و رفتارها، گامهای جایگزین یا فکار منطقی، 4) آموزش و بحث در مورد انواع مقابله های کارآمد و ناکارآمد، 5) گام های مقابله موثر، 6) بحث در مورد مدیریت خشم، 7) سبکهای بین فردی، موانع ابرازگرانه، مولفه های ارتباط ابرازگرانه و استفاده از حل مسئله برای تعارض، 8) بررسی پیشرفت آزمودنی ها، ارزیابی خلق و اضطراب آنها، درک حمایت های اجتماعی تکالیف ماهیانه و فهرست منابع حمایتی.

یافته ها

برای حذف اثر پیش آزمون از تحلیل کوواریانس چند متغیری¹ استفاده شد. شاخص های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد دو گروه کنترل و آزمایش در جدول 1 به صورت پیش آزمون و پس آزمون اضطراب و فرانگرانی گزارش شده است.

¹MANCOVA

تحلیل واریانس نشان داد که در دو گروه در متغیر اضطراب ($F_{1,36}=1884/35$) و فرانگرانی ($F_{1,36}=254/32$) تفاوت معنی داری وجود دارد. با توجه به میانگین های گزارش شده، گروه آزمایش دارای میانگین کمتری در متغیرهای مورد مطالعه می باشد.

مفروضه های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز با مقدار $F_{2,34}=1557/83$ نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری ($P < 0/01$) وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تک متغیری

جدول 1. شاخص های توصیفی اضطراب و فرانگرانی، و تحلیل واریانس

F	MS _b	گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیر	ردیف
		SD	M	SD	M		
		3/2	69/6	3,3	67,2	پیش آزمون	1
**1884/4	20424/01	3/1	67/4	3/89	20/2	پس آزمون	2
		1,97	20,5	2,45	24,2	پیش آزمون	3
254/3**	647/51	2/3	23/9	1/68	15/7	پس آزمون	4

$P < 0/01$ ** N=40

همکاران (1380)، حمید (1390)، فرهانی (1384)، قرایی و همکاران (1385)، نصیری و همکاران (1389)، هاشمی (1390) همخوان است که در تمامی این پژوهش ها اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری و تاثیر مشاوره و روان درمانی در کاهش اضطراب و فرانگرانی زنان نابارور و دارای سقط مکرر جنین مورد تایید قرار گرفته است. چراکه این روش نه تنها باعث بهبود وضعیت روحی و روانی در زنان نابارور و سقط مکرر جنین می شود بلکه احتمال باروری و به دنیا آوردن نوزاد را در آنها افزایش می دهد.

مدیریت استرس به افراد کمک می کند تا موقعیت هایی را که باعث اضطراب و استرس می شود را شناسایی کنند، شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط ضعف و قوت خود را بشناسند و سپس راهبردهای مقابله ای برای

بحث و نتیجه گیری

هدف این مطالعه بررسی اثر بخشی مدیریت استرس به شیوه درمان شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب و فرانگرانی است. نتایج بدست آمده نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری باعث کاهش اضطراب و فرانگرانی در گروه آزمایش شد. این نتیجه با نتایج پژوهش های دیگری از جمله پژوهش بیوتل¹ (1999)، بووین² (2011)، بووین و تاکن³ (1995)، کارسو⁴ (2000)، گریل⁵ (1994)، نیل فروشان⁶ و همکاران (2006)، نیوتن⁷ (2001)، پاک گوهر و همکاران (1387)، پهلوانی و

1. Beutel
2. Bovin
3. Takefman
4. Carruco
5. Greil
6. Nilforoshan
7. Newton

مواجهه با این موقعیت ها را بیاموزند. فرانگرانی خود زاییده اضطراب و استرس است. در نتیجه با پایین آوردن میزان اضطراب می توان فرانگرانی را نیز کنترل کرد. در زنان نابارور و دارای سقط مکرر جنین عامل نگرانی و به دنبال آن فرانگرانی بسیار مشهود است. افرادی که مهارت های مقابله ای لازم برای کنترل اضطراب و استرس را دریافت می کنند، توانایی این را دارند که افکار مضطرب و نگران کننده خود را کنترل کنند. در نتیجه استرس، اضطراب و فرانگرانی به صورت پیوسته کاهش پیدا می کنند.

مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری که آموزش تن آرامی، تصویرسازی، تنفس دیافراگمی، اصلاح ارزیابی شناختی، بهبود مهارت های مقابله ای و تلفیق تکنیک های آموخته شده با موقعیت های زندگی واقعی را شامل می شود، می تواند به کاهش اضطراب و استرس و همچنین، فرانگرانی منجر شود. این شیوه، شامل هر دو مولفه شناختی و رفتاری است. مولفه شناختی بر تفسیر شخص از محرک تنش زای معلوم و مولفه های عاطفی مرتبط با آن تفسیر تمرکز می کند. مولفه رفتاری این مداخلات به سمت رهایی از تنش، کاهش درد و خودکارآمدی جهت گیری شده است. در طول آموزش شناختی - رفتاری بر افزایش آگاهی در مورد اثرات استرس، تشخیص و سازماندهی مجدد افکار اتوماتیک، آموزش ابراز وجود و

استفاده از شبکه های اجتماعی تاکید می شود (آنتونی¹، 2006).

اضطراب و استرس خود عامل موثری در به وجود آمدن و افزایش افکار ناکارآمد و نگرانی می باشد و بدین صورت فرد وارد یک دور باطل (افزایش استرس و افکار ناکارآمد) می شود. از آنجا که استرس با افزایش تنش عضلانی همراه است، برنامه مدیریت استرس با آموزش تکنیک های تن آرامی می تواند باعث کاهش تنش در بدن و در نتیجه احساس آرامش شده و از تشدید علائم بکاهد و این دور باطل را از بین ببرد.

از جمله شیوه های رفتاری که برای افزایش روابط اجتماعی به کار برده شد، استفاده تکنیک های ابراز وجود و آموزش مهارت های ارتباطی بود. از آنجایی که این بیماران به تدریج دچار انزوا می شوند و روابط اجتماعی آنان محدود می گردد، آموزش شیوه های ابراز وجود به فرد می آموزد که چگونه در روابط اجتماعی به گونه ای جرات ورزانه با دیگران ارتباط برقرار کند. همچنین با دادن آگاهی های صحیح در مورد بیماری، ترس های غیر واقع بینانه بیماران کاهش پیدا کرده و انزوای کمتر، افزایش فعالیت های اجتماعی و فردی، بهزیستی هیجانی و شادکامی را در آنان را افزایش می دهد.

یکی دیگر از عوامل احتمالی افزایش سلامت روان و کاهش استرس در این بیماران، افزایش احساس ذهنی کنترل بر بیماری در این افراد بود که از طریق تکنیک مدیریت خود به این بیماران

1. Antoni

مکرر جنین در مقایسه با زنان بارور و سالم و ارائه خدمات مشاوره ای به آنان به موازات انجام درمان های پزشکی در راستای کاهش این مشکلات حائز اهمیت تلقی می گردد و ارائه آموزش های لازم به افراد نابارور و دارای سقط مکرر با استفاده از کارگاه های آموزشی در زمینه بهداشت باروری و ناباروری و سقط مکرر جنین، بسته های آموزشی، اطلاع رسانی رسانه ای به آحاد جامعه و خانواده ها می تواند کمک شایان توجهی در جهت کاهش مشکلات این بیماران باشد.

آموزش داده شد. تغییر در افکار اتوماتیک و ناکارآمد و بازسازی شناختی که در آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری مورد توجه است باعث می شود، فرد رابطه بین رویداد استرس زا، افکار اتوماتیک و واکنش های رفتاری و عاطفی خود را دریابد و بتواند با تغییر شناخت خود از رویداد استرس زا واکنش های خود را نسبت به آن رویداد تغییر دهد.

با توجه به نتایج پژوهش، توجه به جنبه های روانی بیماری می تواند درمان بهتر و سریعتر بیماران را به دنبال داشته باشد. تعیین مشکلات عاطفی شایع در میان زنان نابارور و دارای سقط

منابع

- آنتونی، م؛ ایرونسون، گ؛ و اشنایدرمن، ن. (2007). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری*. ترجمه سید جواد آل محمد؛ سولماز جوکار؛ و حمید طاهر نشاط دوست. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- بهرامی، ن؛ ستارزاده، ن؛ قوجازاده، م؛ سلیمانی، م؛ نلمی، ح؛ و صادقی، ط. (1389). بررسی ارتباط ناباروری با میزان رضایت جنسی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، 4 (2)، 32-37.
- پاک گوهر، م؛ بابایی، غ؛ رمضان زاده، ف؛ و عابدی، ن. (1387). تاثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان نابارور، *مجله حیات*، 4 (1)، 30-21.
- پهلوانی، ه؛؛ ملکوتی، ک؛ و تهرانی، ش. (1380). بررسی عواملی استراس زا و راهبردهای مقابله ای و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، 7 (4)، 79-81.
- حمید، ن. (1390). اثر بخشی مدیریت استرس برافسردگی، اضطراب و ناباروری زنان. *مجله علوم رفتاری*، 5 (1)، 30-55.
- حمیدپور، ح؛ دولتشاهی، ب؛ پورشهناز، ع؛ و دادخواه، ا. (1389). کارایی شناخت درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، 16 (4)، 78-89.
- خدکرمی، ن؛ هاشمی، س؛ صدیق، ص؛؛ حمیدیه، م؛ و طاهری نیا، ح. (1388).

فصلنامه باروری و ناباروری، 2 (8)، 60-52.

- فلاحی، ا. (1381). مقایسه اثر بخشی روش

های حساسیت زدایی منظم و قصد متناقض در کاهش اضطراب بین دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان شهر اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

- نصیری، ف؛ رمضانی، ف؛ سیمبر، م؛ و محمدپور، ر. (1389). نگرانی های زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک: یک مطالعه کیفی. مجله غدد درون ریز و متابولیسم، 15 (6)، 55-41.

- هاشمی، ف. (1390). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر شادکامی و سلامت روان و کاهش استرس زنان نابارور. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور تهران.

- یثربی نژاد، ل. (1390). تأثیر آموزش شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

تجربه زندگی با ناباروری: یک بررسی پدیدارشناسی. فصلنامه باروری و ناباروری، 10 (4)، 287-297.

- شیربیم، ز؛ شفیق آبادی، ع؛ و سودانی، م. (1387). اثربخشی آموزش مهارت های مدیریت استرس بر افزایش سلامت روان دانشجویان، فصلنامه اندیشه و رفتار، 2 (8)، 24-33.

- قزایی، و؛ مظاهری، م؛ صاحبی، ع؛ پیوندی، س؛ و آقا حسینی، م. (1385). بررسی نقش آموزش های رفتاری - شناختی بر کاهش اضطراب خانم های مبتلا به ناباروری اولیه تحت درمان GIFT و ZIFT. فصلنامه باروری و ناباروری، 5 (2)، 170-180.

- فرامرزی، ف. (1384). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر کاهش اضطراب و افزایش مسئولیت پذیری معتادین مرد خود معرف بهزیستی شهرستان مسجد سلیمان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد اهواز.

- فرهانی، م. (1384). جنبه های روانشناختی مقابله با ناباروری و نقش روانشناس.

- Antoni, M. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 74 (6), 11-43.
- Barr, M., & Burdi, A. R. (2004). Evaluation of the abortus and stillborn infant. *The Journal of reproductive medicine*, 27(9), 601.

- Beutel, M. (1999). Treatment- related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF. *Andrologia*, 31(1), 27-35.
- Bovin, J. (2011). A review of psychological intervention in infertility. *Soc*, 57, 2325-41.

- Bovin, J., & Takefman, J. E. (1995). Stress level across stage of in vitro fertilization woman. *FertilSteril*, 64(4), 802-881.
- Carruco, K. (2000). Psychological status of in vitro fertilization. *Fertile steril*, 73(7), 1234-1334.
- Davey, F., & Tallis, F. (2000). *Worrying: perspectives in theory, assessment and treatment*. New York: John Wiley and sons, Inc.
- Davidson, G., Kring, A., & Neal, J. (2004). *Abnormal psychology*. New York.
- Dobson, J., & Keith, F. (1988). *Hand book of cognitive – Behavioral therapies*. London.
- Ghrohani, B., & Milanifar, A. R. (2009). Infertility and Insurance. *Tehran Avicenna Research Institute*, 57-65.
- Greil, A. (1994). Infertility and Psychological distress. *SocSci Med*. 45(11), 1670- 1704.
- Newton, C. R. (2001). Psychological of infertility treatment. *SocSci Ned*, 33(9), 90-110.
- Nilforoshan, P., Ahmadi, S. A., Abesi, M. R., Ahmadi, S. M. (2006). Attitude toward infertility and its relation to depression and anxiety in fertile Couples. *Journal of Reproduction and Infertility*, 6 (5), 13-25.
- Purdon, C. (2004). Psychological treatment of rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Rascio, A. M., & Brokovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1469 – 1482.
- Selye H. (1980). The stress concept today. *Handbook on Stress and anxiety*. San Francisco.
- Simpson, J. L. (2000). Genetic Causes of spontaneous abortion. *Contemporary Observations*, 35, 25-40.
- Vandenaeker, O. B. (2005). Quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient Education and counseling*, 57(2), 183 – 9.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Wells, A. (2005). The metacognition model of GAD: assessment of meta-worry and relationship with DSM- IV generalized anxiety disorder. *Cognitive therapy Research*, 22 (7), 107 – 21.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85-102.
- Whit, J. (2000). *Mental health concept and skill*. Salem – Keizar public schools. 1-892.