

اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس بر کیفیت زندگی

وجیهه نادری^۱ / احمد برجعلی^۲ / محسن منصوبی فر^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۰۳/۱۵ / تاریخ بررسی مقاله: ۱۳۸۹/۰۳/۲۶ / تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۵/۰۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش برنامه‌ی مدیریت استرس بر افزایش میزان کیفیت زندگی و دو بُعد ارتباطات اجتماعی و ادراک محیط زندگی در زنان شاغل است. نوع مطالعه از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر کلیه‌ی کارکنان زن شرکت «همکاران سیستم» شهر تهران در سال ۱۳۹۰ است. بدین منظور ۳۰ نفر از زنان مشغول به کار در این شرکت به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و گروه آزمایش جای گرفتند. قبل از آموزش در هر دو گروه مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد، سپس برنامه‌ی آموزش مدیریت استرس طی ۱۰ جلسه به گروه آزمایش آموزش داده شد. پس از آموزش برنامه‌ی مهارت‌ها، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی مجدداً به عنوان پس‌آزمون و بعد از ۴۵ روز به عنوان پی‌گیری برای هر دو گروه اجرا شد. برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار استفاده شد و نیز داده‌ها از روش آمار استنباطی - آزمون میانگین برای نمره‌های افتراقی - با استفاده از برنامه‌ی SPSS 16 مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که آموزش مهارت مدیریت استرس، میزان کیفیت زندگی و دو بُعد ارتباطات اجتماعی و ادراک محیط زندگی را در زنان شاغل گروه آزمایشی به طور معناداری افزایش داده است ($P < 0/01$)، این یافته‌ها حاکی از اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان شاغل است. درکل، بر اساس نتایج، افراد موفق با مهارت حل مسئله و مقابله با استرس، از کیفیت زندگی و ارتباطات اجتماعی و ادراک محیط زندگی بهتری برخوردار هستند.

کلید واژه‌ها: کیفیت زندگی، ارتباطات اجتماعی، ادراک محیط زندگی، مهارت مدیریت استرس

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

ایمیل: Vajihen@yahoo.com

^۲ استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

^۳ مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

مقدمه

«کیفیت زندگی» از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روانشناسی مثبت‌نگر^۱ است. تغییر عقیده از اینکه فقط پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژی می‌تواند زندگی را بهبود بخشد، به این باور بهزیستی فردی، خانوادگی، اجتماعی، که جامعه از ترکیب این پیشرفت‌ها به همراه ارزش‌ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می‌آید، از منابع اولیه‌ی گرایش به کیفیت زندگی است (اسکالاک^۲ و همکاران، ۲۰۰۲).

«کیفیت زندگی» از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی کردن است. با وجود این، مفهوم این واژه برای هرکس منحصر به فرد و با دیگران متفاوت است. عده‌ای از محققان این واژه را پیچیده‌تر از آن می‌دانند که بتوان در یک جمله توصیف کرد. کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه‌ی ابعاد زندگی از جمله سلامت را دربر می‌گیرد. این اصطلاح در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود و بیشتر در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی است (پارک، ۲۰۰۴).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ این مفهوم را به این صورت تعریف کرده است: کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است؛ پس، کاملاً فردی است و برای دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی شان استوار است. کیفیت زندگی درجه‌ی احساس اشخاص از توانایی‌هایشان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است.

¹ positive psychology

² Schalock, R.L.

زندگی اجتماعی قرن حاضر پر از فراز و نشیب است. علاوه بر مسائل پیش‌پاافتاده و کوچک زندگی روزمره، گاه با مسائلی مواجه می‌شویم که نیاز به شیوه‌های مقابله‌ای قوی تری دارند، مانند ازدواج، تولید نسل، مرگ و میر و بیماری، که هر کدام از اینها مستلزم تغییراتی در زندگی فرد هستند. هر یک از تغییرات، یک استرسور^۱ است که به فرد استرس وارد می‌کند. استرس‌ها چه شدید باشند و چه خفیف یقیناً واکنش‌های روانی و عاطفی متنوعی را در فرد ایجاد می‌کنند و به صورت عصبانیت، خشم، ترس، اضطراب، و... . متجلی می‌شوند (لوکر و گرگسون، ۲۰۰۳).

استرس یا فشار روانی یک پاسخ غیراختصاصی (کلی) است که بدن در مقابل درخواست‌هایی که با آن مواجه می‌شود از خود نشان می‌دهد. ارگانیسم تحریک شده برای تجدید تعادل خود در جهت سازگاری باید واکنش و پاسخی از خود نشان دهد (لولو، ۱۹۸۶، به نقل از پهلوانی، ۱۳۸۵). اگرچه مقادیر خاصی از استرس لازمی زندگی انسان است، ولی تداوم و شدت بالای آن می‌تواند اثرات آسیب‌زای روانی - جسمی داشته باشد (اتکینسون و همکاران، ۱۹۹۳، براهنی و همکاران، ۱۳۷۸).

به گفته‌ی لازاروس^۲ (۱۹۹۴) استرس حالتی از تنیدگی روانی است که به وسیله‌ی مجموعه‌ای از اتفاقات، نیروها یا فشارهای فیزیکی، روانی و اجتماعی به وجود می‌آید. بنابراین انواع رویدادها و فشارهای فیزیکی، روانی و اجتماعی، عامل به وجود آورنده‌ی استرس به حساب می‌آید (لازاروس، ۱۹۹۶).

از نظر برخی محققان به طور کلی موقعیت‌های فشارزا تغییرات نامطلوبی است که در فعالیت‌های عادی شخص گسیختگی ایجاد می‌کند. البته بعضی از محققان بین مثبت و منفی بودن رویدادها تفاوت قائل می‌شوند و فقط رویدادهای منفی را در این زمینه مهم تلقی می‌کنند (ابراهیمی، ۱۳۷۱).

^۱ stressor

^۲ Lazarus, F.R.

اگر پاسخ‌های فرد به استرس، سازگارانه باشد حالت تعادل دوباره برقرار می‌شود و فرد از انرژی حاصل از استرس به تکاپو و حرکت منطقی می‌افتد، ولی اگر پاسخ‌ها ناسازگارانه باشند، مجدداً بر فشار روانی افزوده می‌شود و حالت ناپایداری را ابقا می‌کند (لازاروس، ۱۹۹۶).

زندگی در روزگار ما پیوسته پاسخ استرس را به موقع می‌فرستد. با توجه به این که استرس در ما پیامدهای ناخوشایندی دارد، ما می‌توانیم به بدنمان کمک کنیم تا تعادل طبیعی خود را بازیابیم. می‌توانیم پاسخ آرمیدگی را فعال کنیم. می‌توانیم در آرامش عمیق فرو رویم و به تعادل سالم بازگردیم (هریس، ۲۰۰۳، قراچه داغی، ۱۳۸۸).

پس از وقوع حادثه مهارت‌های مقابله‌ای پا به میان می‌گذارد تا فرد با کوشش‌ها و تلاش‌هایی که انجام می‌دهد تطابق با محیط را بالاتر برد و از پیامدهای ناخوشایند شرایط فشارزا جلوگیری کند (لازاروس و فولکمن^۱، ۱۹۸۴).

تحقیقات انجام شده درباره‌ی ارتقای سطح کیفیت زندگی افراد مختلف از طریق آموزش مهارت‌ها، گویای اثربخشی آن است. مثلاً نتایج تحقیق لویز. سی و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد مهارت مدیریت استرس اثربخشی بیشتری روی نمرات کیفیت زندگی نسبت به آموزش‌های روانی داشته است. فرانک جی. پند و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که مهارت مدیریت استرس شناختی - رفتاری تأثیر چشمگیری بر بهبود کیفیت زندگی دارد، مایکل اچ. آنتونی (۲۰۰۳) دریافت اثرات مهارت مدیریت استرس شناختی - رفتاری در درازمدت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه ثابت شده است. جواهری (۱۳۸۹) دریافت میانگین نمرات گروه آزمایش بعد از مداخله‌ی مهارت مدیریت استرس شناختی - رفتاری نسبت به گروه گواه به طور معناداری در بیماران زن مبتلا به صرع افزایش داشته است. جبل عاملی و همکاران (۱۳۸۹) مهارت مدیریت استرس

¹ Folk man, S.

شناختی - رفتاری را باعث افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون مؤثر می‌داند. نتایج مطالعه‌ی محققان (چوبفروش و همکاران، ۱۳۸۹) نشان داد میانگین نمرات کیفیت زندگی بعد از مداخله‌ی مهارت مدیریت استرس شناختی - رفتاری در گروه آزمایش افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل در زنان نابارور داشته است. رضایی به این نتیجه رسید که نمرات کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم بعد از مداخله‌ی مهارت مدیریت استرس شناختی - رفتاری چشمگیری افزایش یافته است (رضایی و همکاران، ۱۳۸۸). و نتایج پژوهش حمیدطاهر نشاط‌دوست در زمینه‌ی، اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری گروهی بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به آلورسی آرئاتا اشاره کرد. وی نشان داد که آموزش تکنیک ابراز وجود و آموزش مهارت‌های ارتباطی که مربوط به جزء رفتاری مداخله بوده است، توانسته روابط اجتماعی این افراد را که به علت بیماریشان کاهش پیدا می‌کند، افزایش دهد (نشاط دوست و همکاران، ۱۳۸۸). نتایج مطالعات کیپور اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر سلامت روان، تعامل اجتماعی و عملکرد خانواده در نوجوانان خانواده‌های با یک عضو HIV را نشان داد. آموزش مدیریت استرس در بهبود سلامت روان، عملکرد خانواده و روابط اجتماعی در میان نوجوانانی که با والدین دارای HIV/AIDS زندگی می‌کنند، مؤثر است (کیپور و همکاران، ۲۰۱۰). یافته‌های پژوهش خانقاهی در ارزیابی رابطه با استرس شغلی و کیفیت زندگی پرستاران نشان داد که سطح استرس شغلی بیشتر پرستاران (۹۰٪) در حد طبیعی بود و با جنسیت و وضعیت تأهل دارای رابطه‌ی معنادار آماری است و با سن، همبستگی منفی و با ساعات کار در هفته، همبستگی مثبت دارد ($P < 0/01$). سطح کیفیت زندگی کاری بیشتر پرستاران (۸۱٪) در حد متوسط بوده و با وضعیت تأهل رابطه‌ی معنادار آماری داشته است و با ساعات کار در هفته همبستگی منفی دارد ($P < 0/01$). پرستاران از حقوق و تعادل بین کار و زندگی ناراضی بودند. یافته‌ها نشان دهنده‌ی همبستگی منفی بین استرس شغلی با کیفیت

زندگی کاری پرستاران $r = -0/637$ و $(P < 0/01)$ و همچنین همبستگی مثبت بین بیشتر ابعاد کیفیت زندگی کاری با یکدیگر بود $(P < 0/01)$ (خاقانی زاده و همکاران، ۱۳۸۷).

حال با توجه به نوع کار (خدماتی-پشتیبانی) شرکت همکاران سیستم، استرس در این شغل و بالطبع در زنان این سازمان بیشتر خواهد بود، در حالی که نمی‌توان استرسی که مربوط به شغل این زنان وجود دارد را جدا از زندگی و تجربیات روزانه‌ی آنان دانست. بنابراین استرس تمام جوانب زندگی فرد را دربرخواهد گرفت که در نتیجه استرس بالقوه ناشی از کار بر زندگی افراد تأثیر مستقیم دارد و برای کنترل نتایج این استرس‌ها بر زندگی افراد، باید از روش‌های مدیریت استرس استفاده کرد که یکی از این روش‌ها، مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری است. با تکیه بر ادبیات پژوهش هدف تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش مهارت مدیریت استرس بر افزایش میزان ارتباطات اجتماعی و ادراک محیط زندگی (دو مؤلفه‌های کیفیت زندگی) زنان شاغل در سازمان همکاران سیستم است.

روش

طرح پژوهش حاضر، یک طرح نیمه‌آزمایشی مداخله‌ای است. این طرح به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش حاضر، دربرگیرنده‌ی زنانی است که در سازمان همکاران سیستم به صورت تمام وقت مشغول به کار هستند. نمونه‌ی تحقیق حاضر، شامل ۳۰ نفر از زنانی است که در تست کیفیت زندگی نمره‌ی پایینی کسب کردند، که این زنان به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند، که یک گروه، گروه آزمایش و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل یا گواه انتخاب شده‌اند. در این طرح، آموزش مهارت مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی به عنوان متغیروابسته در نظر گرفته شده است. به منظور

توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و به منظور تحلیل استنباطی داده‌ها از روش آمار استنباطی-از آزمون میانگین دو گروه همبسته (برای مقایسه‌ی دو به دو میانگین‌ها در سه نوبت پیش‌آزمون پس‌آزمون و پی‌گیری) و نیز از آزمون میانگین دو گروه مستقل (برای نمره‌های افتراقی سه گروه آزمایش و کنترل)- از برنامه SPSS 16 استفاده شد. آزمون به کار رفته (مقیاس کیفیت زندگی) در این تحقیق، قبل و بعد از انجام مداخله در گروه‌های آزمایش و کنترل، اعمال شد و نتایج به دست آمده در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند. همچنین به منظور ارزیابی میزان اثربخشی این مداخله، گروه آزمایش بعد از گذشت ۴۵ روز از انجام پس‌آزمون مجدداً این آزمون را (به عنوان پی‌گیری) انجام دادند.

به منظور اندازه‌گیری میزان کیفیت زندگی از آزمون مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) استفاده شد. این مقیاس به مطالعه‌ی چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط با دیگران و ادراک محیط زندگی (نصیری، ۱۳۸۵). که در این تحقیق به دو بعد روابط با دیگران و ادراک محیط زندگی اشاره می‌شود. برای سنجش روابط اجتماعی ۳ گویه و محیط زندگی ۸ گویه در نظر گرفته شده است. به علاوه، یک مورد از گویه‌های بُعد روابط اجتماعی به دلیل ناهماهنگی فرهنگی حذف شد.^۱ برای هر گویه نمره‌ای از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است. بنابراین نمرات بُعد روابط اجتماعی بین ۲ و ۱۰ و در نهایت بُعد محیط زندگی بین ۸ و ۴۰ قرار دارند. نمره‌ی روایی کل آزمون و نمره‌ی خرده مقیاس‌های آن، با نمره‌ی کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌ی سلامت عمومی^۲ (GHQ) از روش روایی همزمان^۳ در سطح مطلوبی گزارش شده است (نصیری، ۱۳۸۵). ضریب همسانی درونی آزمون از طریق محاسبه‌ی ضریب همبستگی هر گویه با بُعد مربوط به خود عبارت است

^۱ این گویه به ارزیابی کیفیت روابط جنسی افراد می‌پرداخت.

^۲ general health questionnaire

^۳ concurrent validity

از: بعد ارتباط اجتماعی ۰/۶۲ و بعد ادراک محیط زندگی ۰/۸۷ و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده‌مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (نصیری و رضویه، ۱۳۸۵). در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای بررسی پایایی مقیاس از سه روش بازآزمایی^۱ (با فاصله‌ی سه هفته‌ای) برای ۴۵ سؤال ۰/۶۷، تنصیفی^۲ برای ۳۰۲ سؤال ۰/۸۷ و آلفای کرونباخ برای ۳۰۲ سؤال ۰/۸۴ استفاده کرده است که هر سه مورد بیانگر پایایی مطلوبی است. در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ در بُعد ارتباط اجتماعی ۰/۶۵ برای ۲ سؤال و در بعد محیط زندگی ۰/۷۷ برای ۸ سؤال و در کل مقیاس ۰/۸۸ برای ۲۳ سؤال محاسبه شد.

مداخله: این برنامه، یک مداخله‌ی گروهی بسته‌ی ساختار یافته است که شامل ۱۰ جلسه‌ی هفتگی است (یک بار در هفته) که هر جلسه به مدت ۲ ساعت برگزار می‌شود (انتونی و همکاران، ۲۰۰۷). آموزش به شرح زیر است:

جلسه‌ی اول (استرس و آگاهی): آگاه شدن از تأثیرات استرس، درک اهمیت آگاهی در مدیریت استرس، افزایش آگاهی از پاسخ‌های جسمی به استرس‌زها، نظارت بر سطوح استرس (انجام تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای).

جلسه‌ی دوم (استرس‌زها و پاسخ‌های استرس): ایجاد فهرستی از استرس‌زها، درک تعریف استرس، آگاه شدن از تأثیرات استرس، آگاهی از پیامدهای احتمالی استرس بر سلامت، (انجام تمرینات آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای).

جلسه‌ی سوم (ارتباط افکار و هیجانات): مرور جلسات گذشته، درک ارتباط بین افکار و احساسات، درک چرخه‌ی افکار، هیجانات و حس‌های بدنی، یادگیری فرایند ارزیابی (انجام تمرینات تنفس دیافراگمی، تصویرسازی به منظور کسب آرمیدگی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای).

¹ test- retest

² split half

جلسه‌ی چهارم (تفکر منفی و تحریفات شناختی): بررسی انواع مختلف تفکر منفی و تحریفات شناختی، تمرین شناسایی افکار منفی، درک تأثیر تفکر منفی بر رفتار (انجام تمرینات ترکیب کردن تنفس دیافراگی با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص).

جلسه‌ی پنجم (جایگزینی افکار منطقی): شناسایی خودگویی منطقی و غیرمنطقی، آموختن گام‌های جایگزینی افکار منطقی (انجام تمرینات جایگزینی افکار منطقی به جای افکار تحریف شده و آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، یکپارچه سازی آرمیدگی با مدیریت استرس و یادگیری آموزش خودزاد).

جلسه‌ی ششم (مقابله‌ی مؤثر یا کارآمد): یکپارچه کردن مدیریت استرس و آرمیدگی در زندگی، درک تعریف مقابله، آموختن انواع مقابله، شناسایی سبک مقابله‌ای شما (انجام تمرینات خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، تمرین کردن تمام دوره‌های خودزاد).

جلسه‌ی هفتم (اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر): آموختن و تمرین گام‌های مقابله‌ای مؤثر، تمرین نرم کردن برای استرس‌زاهای طاقت فرسا (انجام تمرینات خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی مثبت، تمرین مراقبه‌ی نور خورشید همراه با خودزادها).

جلسه‌ی هشتم (تفکر منفی و تحریفات شناختی): آموختن مسائلی در مورد خشم، آگاهی از پاسخ‌ها و الگوهای خاص خشم، آموختن مدیریت خشم (انجام تمرینات مراقبه‌ی مانترا).

جلسه‌ی نهم (آموزش ابرازگری): یادگیری سبک‌های بین فردی، تمرین ارتباط ابرازگرانه، درک موانع رفتار ابرازگرانه، استفاده از مهارت حل مسئله برای تعارض‌ها، مرور گام‌های رفتار ابرازگرانه (انجام تمرینات مراقبه، شمارش تنفس، ادامه‌ی تمرین مراقبه‌ی نور خورشید).

جلسه‌ی دهم (حمایت اجتماعی): درک فواید حمایت اجتماعی، ارزیابی شبکه‌ی حمایت اجتماعی، شناسایی موانع حفظ حمایت اجتماعی، آموختن تکنیک‌های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی (انجام تمرینات برنامه‌ی مدیریت استرس شخصی شامل، مرور کل برنامه، برنامه‌ریزی برای تمرین آرمیدگی خانگی، تنظیم یک برنامه‌ی مدیریت استرس شخصی).

یافته‌ها

جدول ۱: شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمره‌ی «کیفیت زندگی» آزمودنی‌ها

بیشینه	کمینه	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	آزمون	گروه
۷۷	۵۴	۵/۸۱۵	۶۷/۶۷	۱۵	پیش آزمون	آزمایشی
۱۰۶	۸۵	۶/۰۹۳	۹۴/۱۳	۱۵	پس آزمون	
۱۰۳	۷۵	۹/۲۱۵	۹۲/۲۷	۱۵	پی گیری	
۷۶	۶۴	۴/۳۱۳	۷۰/۲۰	۱۵	پیش آزمون	گواه
۸۹	۶۲	۷/۱۰۰	۷۰/۱۳	۱۵	پس آزمون	
۸۲	۶۳	۵/۲۶۴	۷۰	۱۵	پی گیری	

جدول ۲: شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی نمره‌ی «ارتباطات اجتماعی» آزمودنی‌ها

گروه	آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
آزمایشی	پیش آزمون	۱۵	۶/۰۷	۱/۷۱۰	۴	۹
	پس آزمون	۱۵	۷/۹۳	۰/۸۸۴	۷	۹
گواه	پیش آزمون	۱۵	۶/۲۷	۱/۱۰۰	۵	۸
	پس آزمون	۱۵	۶/۴۰	۱/۰۵۶	۵	۸

جدول ۳: شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی نمره‌ی «ادراک محیط زندگی» آزمودنی‌ها

گروه	آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
آزمایشی	پیش آزمون	۱۵	۲۲/۸۰	۳/۴۸۹	۱۷	۳۱
	پس آزمون	۱۵	۳۰/۶۷	۲/۷۶۹	۲۵	۳۵
گواه	پیش آزمون	۱۵	۲۳/۲۰	۲/۳۹۶	۲۰	۲۸
	پس آزمون	۱۵	۲۲/۹۳	۳/۱۵۰	۱۸	۳۰

جدول ۴: نتایج آزمون میانگین دو گروه همبسته [کیفیت زندگی]

نوبت اجرای آزمون (الف)	نوبت اجرای آزمون (ب)	میانگین تفاوت‌ها	انحراف معیار تفاوت‌ها	خطای استاندارد میانگین	درجه‌ی آزادی	t	سطح معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	- ۱۳/۲۰۰	۱۴/۵۴۷	۲/۶۵۶	۲۹	- ۴/۹۷۰	P= ۰/۰۰۰
پیش آزمون	پی‌گیری	- ۱۲/۲۰۰	۱۴/۳۰۳	۲/۶۱۱	۲۹	- ۴/۶۷۲	
پس آزمون	پی‌گیری	۱/۰۰۰	۵/۱۸۰	۰/۹۴۶	۲۹	۱/۰۵۷	

با توجه به جدول فوق، میانگین نمره‌های آزمون بین دو نوبت اجرا (پس آزمون و پیگیری) پس از آموزش مهارت مدیریت استرس با یکدیگر تفاوت معنادار آماری ندارند، ولی میانگین این دو نوبت اجرا به طور معناداری با میانگین نمره‌های پیش آزمون تفاوت

معنادار آماری دارد. به عبارت دیگر، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری بالاتر از نمره‌های پیش‌آزمون است.

جدول ۵: نتایج آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمره‌های افتراقی [کیفیت زندگی]

سطح معناداری	آزمون میانگین دو گروه مستقل				آزمون یکسانی واریانس‌ها	نمره‌های افتراقی		گروه	نوبت اجرا (ب)	نوبت اجرا (الف)
	t	درجه‌ی آزادی	خطای استاندارد تفاوت	تفاوت میانگین‌ها		F	انحراف معیار			
P = ۰/۰۰۰	- ۱۳/۱۳۷	۲۸	۲/۰۲۰	- ۲۶/۵۳۳	۱/۴۵۰	۶/۰۸۱	- ۲۶/۴۷	آزمایشی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
						۴/۹۲۰	۰/۰۷	گواه		
	- ۹/۸۹۲	۱۵/۶۱۹	۲/۵۰۷	- ۲۴/۸۰۰	۲۴/۷۳۵	۹/۴۴۰	- ۲۴/۶۰	آزمایشی	پی‌گیری	پیش‌آزمون
						۲/۲۷۴	۰/۲۰	گواه		
	۰/۹۱۴	۱۸/۲۵۴	۱/۸۹۷	۱/۷۳۳	۵/۰۳۱	۶/۸۳۳	۱/۸۷	آزمایشی	پی‌گیری	پس‌آزمون
						۶/۰۸۱	- ۲۶/۴۷	گواه		

*با توجه به اینکه یکسانی واریانس‌ها در دو گروه در مقایسه‌ی دوم و سوم، برقرار نیست، درجه‌ی آزادی آزمون میانگین اصلاح شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود، فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره‌های افتراقی بین دو گروه آزمایشی و گواه، در هر سه مقایسه (پیش‌آزمون - پس‌آزمون / پیش‌آزمون - پیگیری / پس‌آزمون - پیگیری) رد شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمره‌های افتراقی [ارتباطات اجتماعی]

سطح معناداری	آزمون میانگین دو گروه مستقل				آزمون یکسانی واریانس‌ها	نمره‌های افتراقی		گروه	نوبت اجرا (ب)	نوبت اجرا (الف)
	t	درجه‌ی آزادی	خطای استاندارد تفاوت	تفاوت میانگین‌ها		F	انحراف معیار			
P = ۰/۰۰۰	- ۳/۸۱۰	۱۸/۱۵۸	۰/۴۵۵	- ۱/۷۳۳	۱۳/۸۹۳	۱/۶۴۲	- ۱/۸۷	آزمایشی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
						۰/۶۴۰	- ۰/۱۳	گواه		

*با توجه به اینکه یکسانی واریانس‌ها در دو گروه برقرار نیست، درجه آزادی آزمون میانگین اصلاح شده است.

همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره‌های افتراقی بین دو گروه آزمایشی و گواه رد شده است.

جدول ۷: نتایج آزمون میانگین دو گروه مستقل برای نمره‌های افتراقی [ادراک محیط زندگی]

سطح معناداری	آزمون میانگین دو گروه مستقل				آزمون یکسانی واریانسها	نمره‌های افتراقی		گروه	نوبت اجرا (ب)	نوبت اجرا (الف)
	t	درجهی آزادی	خطای استاندارد تفاوت	تفاوت میانگینها		F	انحراف معیار			
P=۰/۰۰۰	-۸/۰۸۲	۱۸۹۶۴	۱/۰۰۶	-۸/۱۳۳	۵/۲۳۷	۰/۵۸۳	-۷/۸۷	آزمایشی	پس	پیش
						۱/۵۳۴	۰/۲۷	گواه	آزمون	آزمون

*با توجه به اینکه یکسانی واریانس ها در دو گروه برقرار نیست، درجهی آزادی آزمون میانگین اصلاح شده است.

همان طور که در جدول شماره ۷ ملاحظه می‌شود، فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت میانگین نمره‌های افتراقی بین دو گروه آزمایشی و گواه رد شده است.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان دادند که زنان شاغل در همکاران سیستم که در برنامه‌ی مداخله‌ی شناختی - رفتاری گروهی شرکت کرده بودند، بعد از پایان مداخله کیفیت زندگی آنها با ۹۹٪ اطمینان بهبود یافته است. این یافته مبتنی بر پژوهش‌های لویز. سی و همکاران (۲۰۱۱)، فرانک جی. پند و همکاران (۲۰۰۳)، مایکل اچ. آنتونی (۲۰۰۳)، جواهری (۱۳۸۹)، جبل عاملی و همکاران (۱۳۸۹)، چوبفروش و همکاران (۱۳۸۹)، رضایی و همکاران (۱۳۸۸) است.

در خصوص آموزش مهارت مدیریت استرس بر ارتباطات اجتماعی نیز یافته‌های این پژوهش نشان داد که زنان شاغل در همکاران سیستم که در برنامه‌ی مداخله‌ی شناختی - رفتاری گروهی شرکت کرده بودند، بعد از پایان مداخله، روابط اجتماعی آنها با ۹۹٪ اطمینان بهبود یافته است. در مورد این یافته متأسفانه مطالعات زیادی وجود ندارد و

پژوهشگر تنها مطالعه هم‌خوان با این تحقیق را در تحقیق کیپور در سال ۲۰۱۰ می‌توان دید که آموزش مهارت مدیریت استرس بر عملکرد خانواده و روابط اجتماعی در میان نوجوانانی که با والدین دارای HIV/AIDS زندگی می‌کنند، مؤثر است. طاهر نشاط‌دوست در سال ۱۳۸۸ در مطالعه‌ی خود روی بیماران آلپوسی آرناتا عنوان کرد که آموزش مهارت مدیریت استرس باعث بهبود روابط اجتماعی کسانی می‌شود که ارتباطاتشان به علت بیماری کاهش پیدا کرده بود، می‌شود.

در تبیین یافته‌ی حاضر پارک در سال ۲۰۰۴ بیان کرد، شرایط زندگی در نتیجه‌ی ترکیب دامنه‌ی کاملی از عواملی است، مانند آن‌چه تعیین‌کننده سلامت، شادی، آموزش و دستاوردهای اجتماعی و فردی، آزادی عمل، عدالت و نبودن ستم است. و اسکالاک و همکاران در سال ۲۰۰۲، کیفیت زندگی را یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم مطرح در روانشناسی مثبت‌نگر دانسته‌اند و تغییر عقیده از اینکه فقط پیشرفت‌های علمی، پزشکی و تکنولوژی می‌تواند زندگی را بهبود بخشد، به این باور رسیدند که بهزیستی فردی، خانوادگی، اجتماعی و جامعه از ترکیب این پیشرفت‌ها به همراه ارزش‌ها و ادراکات فرد از بهزیستی و شرایط محیطی به وجود می‌آید. پژوهشگر در تبیین این یافته عنوان می‌کند که، از جمله شیوه‌های رفتاری که برای افزایش روابط اجتماعی به کار برده شد، استفاده از تکنیک ابراز وجود و آموزش مهارت‌های ارتباطی بود. از آنجا که زنان شاغل، به علت فرصت بسیار کم و بی‌حوصلگی و خستگی ناشی از کار روزانه‌ی خارج از منزل و داخل منزل، ممکن است زودرنج شوند و همین زودرنجی باعث ایجاد مشکل در روابط اجتماعی آنها شود و آنها نتوانند خواسته‌های خود را به صورت واضح و روشن بیان کنند. روابط اجتماعی یکی از مؤلفه‌های مهم در کیفیت زندگی افراد است. با آموزش شیوه‌های ابراز وجود فرد می‌آموزد چگونه در روابط اجتماعی به گونه‌ای جرأت‌ورزانه (نه منفعلانه و نه پرخاشگرانه) با دیگران ارتباط برقرار کند. در واقع آموزش شیوه‌های ارتباطی صحیح به زنان شاغل

می‌آموزد چگونه خواسته‌های خود را در محل کار بدون ترس از دست دادن شغل و یا دیگر روابطشان بیان کنند.

اما در مورد آموزش مهارت مدیریت استرس بر ادراک محیط زندگی زنان شاغل در سازمان همکاران سیستم، یافته‌ها نشان داد که زنان شاغل در همکاران سیستم که در برنامه‌ی مداخله‌ی شناختی-رفتاری گروهی شرکت کرده بودند، بعد از پایان مداخله محیط زندگی آنها با ۹۹٪ بهبود یافته است. متأسفانه پژوهشگر، تحقیقات مرتبط با این یافته را پیدا نکرده است.

در تبیین این یافته‌ها دیان فر در سال ۱۳۸۴ گفت: کیفیت زندگی اندیشه‌ای بنیادی است و به شخص و محیط زندگی او توجه می‌کند، به استانداردهای عالی می‌اندیشد و در بردارنده‌ی مفاهیم مثبتی مانند خوشحالی، موفقیت، ثروت، سلامت و رضایت است. کیفیت زندگی عمومی دارای چهار بخش است. اولین بخش: مهارت‌های رفتاری است. (فرد در حیطه‌ی سلامت خود و استفاده‌ی مناسب از زمان و رفتارهای اجتماعی تا چه اندازه خوب عمل می‌کند) که از طریق استانداردهای اجتماعی مورد قضاوت قرار می‌گیرند. دومین بخش: کیفیت محیطی است که از طریق معیارهای شخصی از قبیل آب و هوا و کیفیت مسکن مورد قضاوت قرار می‌گیرد. بخش سوم: کیفیت زندگی درک شده است که کاملاً ذهنی است و منعکس‌کننده‌ی ارزیابی خود فرد از سلامتی، خانواده، مسکن، محیط اطراف، استفاده از اوقات فراغت، دوستان و سایر جنبه‌های زندگی است. بخش چهارم: سلامت روان شناختی است که جنبه‌ی کلی از سلامت روان را در برمی‌گیرد و شامل مفاهیمی چون افسردگی، وضعیت عواطف مثبت و رضایت کلی از سلامت از زندگی است. از دیر باز بشر به دنبال آرمان شهری بوده که در آن با رضایت زندگی کند و از زندگی خود خشنود باشد. شادمانی، رضایت از زندگی و احساس ذهنی بهزیستی واژه‌هایی هستند که برای بیان این حالت به کار می‌رود. با توجه به مطالب عنوان شده و اینکه محیط زندگی، نیز یکی از

ابعاد اصلی در پرسشنامه ی کیفیت زندگی بوده است، پژوهشگر در تبیین این فرضیه بیان کرد که وقتی کیفیت زندگی افراد بعد از مداخله افزایش پیدا می‌کند، محیط زندگی آنان هم تحت تأثیر قرار دارد و این بُعد نیز به نوبه ی خود افزایش خواهد یافت. زمانی که افراد دارای سلامت جسمی، سلامت روان و روابط اجتماعی مناسب باشند، بنابراین در محیط زندگی خود که متشکل از ادراک خانواده، همسالان و محیط کار است، بهتر عمل خواهند کرد و توانایی لازم برای پیشبرد در کارها را خواهند داشت و باعث موفقیت آنان در زندگی‌شان خواهد شد، در نتیجه کیفیت زندگی بالایی خواهند داشت و خشنودی لازم را در زندگی خود دارند. در نهایت پیشنهاد می‌شود مداخله ی مهارت مدیریت استرس روی کیفیت زندگی زنان خانه‌دار نیز بررسی شود و مهارت مدیریت استرس روی کیفیت زندگی گروه مردان نیز انجام گیرد.

همچنین، پیشنهاد می‌شود که طرح پژوهشی در حجم بزرگتری انجام گیرد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود.

Archive of SID

منابع

- آنتونی، مایکل؛ ایرنسون، گیل و اشنایدرمن، نیل. (۴). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری*. (مترجم، سید جواد آل محمد، سولماز جوکار و حمیدطاهر نشاط دوست، ۱۳۸۸). اصفهان: جهاد دانشگاهی.
- ابراهیمی، امرالله. (۱۳۷۱). *مطالعه‌ی جنبه‌های روان شناختی سازگاری پس از ضایعه‌ی نخاعی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- اتکینسون، رتال ال؛ اتکینسون، ریچارد سی؛ اسمیت، ادوارد ای؛ بم، داریل جی و نولن هوکسما، سوزان. (۱۹۹۳). *زمینه‌ی روان شناسی هیگارد*. (مترجم، محمد نقی برهانی و همکاران، ۱۳۷۸). تهران: رشد.
- پهلوانی، هاجر. (۱۳۸۵). *بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد ناباور*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران.
- خاقانی زاده، مرتضی؛ عبادی، عباس؛ سیرتی نیر، مسعود و رحمانی، منظر. (۱۳۸۷). *بررسی رابطه‌ی استرس شغلی و کیفیت زندگی کاری پرستاران شاغل در بیمارستان های منتخب نیروهای مسلح. نشریه‌ی علمی پژوهشی مجله طب نظامی*، پاییز، ۱۰ (۳ مسلسل ۳۷).
- لوکر، تری و گرگسون، الگا. (۴). *خودآموز مدیریت استرس*. (مترجم، مهدی رضایی و محسن ژکان، ۱۳۸۵). تهران: نشر دانژه.
- نشاط دوست، حمیدطاهر؛ نیلفروش‌زاده، محمدعلی؛ دهقانی، فهیمه و مولوی، حسین. (۱۳۸۸). *اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلورپسی آرناتا در مرکز تحقیقات پوست سالک اصفهان. مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲، صفحه ۳۳۱ - ۵۲۱.
- نصیری، حبیب الله. (۱۳۸۵). *بررسی روایی و پایایی مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BREF) و تهیه نسخه‌ی ایرانی آن. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۳ و ۴ خرداد ماه.
- نصیری، حبیب الله و رضویه، اصغر. (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 خردادماه.

هادیان فرد، حبیب. (۱۳۸۴). احساس ذهنی بهزیستی و فعالیت‌های مذهبی در گروهی از مسلمانان. *مجله‌ی روان پزشکی و روان شناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، سال یازدهم، ۲، صفحه ۲۲۴ - ۲۳۲.

هریس، کلر. (۹). *کاهش استرس در اوج موفقیت*. (مترجم، مهدی قراچه داغی، ۱۳۸۸). تهران: نشرگالی.

Park, K. (2004). *Rark's text book of preventive and social medicine*. (15th ed). India.

Keypour, M., Arman, S., & Maracy, M.R. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral stress management training on mental health, social interaction and family function in adolescents of families with on human Immunodeficiency virus (HIV) positive member. *JRMS*, 16(6).

Lazarruss, F.R. (1996). *Stress management for the individual teacher*. Iancater: Frame Work press.

Lazarruss, R.S., & Folkman, S. (1984). *Coping and emotion in stress and coping*. Monat & R. S Lazarruss (Eds). New York: Colombia University Press.

Schalok, R.L., Brown, I., Brown, R., Ummins, R.A., Felce, D., Mattikka, L., Keih, K.D., & Paramenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40(6): 457-470.

Archive of SID