

اثربخشی ایمن سازی در مقابل استرس بر ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری

پژوهشگران: منیره حسن زاده لیف شاگرد*^۱، مرتضی ترخان^۲، محمد احسان تقی زاده^۲

۱) کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، بیمارستان آریا، رشت، ایران

۲) گروه روانشناسی، استادیار، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۶/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱/۲۰

چکیده

مقدمه: ناباروری و درمان آن یک بحران عمده در زندگی است. این رویداد و تنش حاصل از آن، بر وضعیت روانی زنان در دوران بارداری تأثیر گذاشته و باعث اثرات منفی و زبان باری بر جنین می گردد. از این رو بررسی تأثیر برنامه آموزش ایمن سازی، بر مهارت های کنترل فشارروانی زنان باردار با سابقه نازایی و کاهش اثرات زبان بار آن، حائز اهمیت است.

هدف: این تحقیق با هدف تعیین اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر فشارروانی، بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری مراجعه کننده به مؤسسه درمان ناباروری مؤسسه مهر رشت انجام شده است.

روش کار: در یک تحقیق نیمه تجربی ۶۵ نفر زن باردار با سابقه ناباروری مراجعه کننده به مؤسسه درمان ناباروری مهر در زمستان و بهار ۱۳۹۰-۱۳۹۱ به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن (PSS-14) مورد آزمون قرار گرفتند. داده ها با استفاده از آزمون های آماری توصیفی (توزیع فراوانی و شاخص های پراکندگی) و استنباطی (t مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: یافته ها نشان داد میانگین استرس ادراک شده در گروه آزمون از (۳۵.۴±۴.۸۷) قبل از مداخله، به (۲۰.۳±۳.۶۷) بعد از مداخله، به طور معنا داری کاهش یافت (p<۰.۰۱)، در حالی که در گروه کنترل میانگین نمره استرس اندکی افزایش یافت (p<۰.۰۱).

نتیجه گیری: با توجه به اثرات زیان بار فشارروانی بر روی جنین اهمیت آموزش ایمن سازی در مقابل فشارروانی برای بهبود سلامت روانی مادران جهت پیش گیری از اثرات منفی بر جنین آشکار می گردد.

کلید واژه ها: ایمنی سازی/ فشارروانی / ناباروری زنان/ زنان باردار

مقدمه

حادثه زندگی خود دانسته و دوره های مکرر و متوالی درمان را به عنوان دوره های مکرر بحران، توصیف می کنند (۴). استرس در طول حاملگی، مرتبط با تأخیر رشد حرکتی، اختلال های شناختی و رفتاری است (۵). مطالعات دیگر هم حاکی از این است که اختلالاتی در ساختمان و عملکرد مغز این نوزادان در آینده بوجود می آید که با شیزوفرنی مرتبط است و به نظر می رسد شروع این تغییرات از مراحل اولیه تکامل نوزاد است. بعضی مطالعات نشان داده اند که نوزادان مادران مضطرب و پر استرس، وزن پایین تر از متوسط دارند و نارس یا زودتر از موعد متولد می شوند (۶). اختلال در عملکرد محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال و علائم افسردگی در نوجوانی (۷) بیماری های آسم در کودکان (۸) از دیگر عوارض

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ ها به عنوان یک تجربه استرس زا، بحرانی و تهدید کننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (۱). سازمان بهداشت جهانی (WHO) از ناباروری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است (۲). نازایی عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، حدود ۱۵ درصد زوجین از ناباروری رنج می برند، علل ناباروری در ۴۰ درصد موارد مربوط به عوامل زنانه، ۴۰ درصد مربوط به عوامل مردانه و ۲۰ درصد مربوط به عوامل مشترک گزارش شده است. از ۲۰ درصد علل مشترک، ۵ تا ۱۰ درصد آن را علل ایدیوپاتیک ذکر نموده اند (۳). زنان نابارور اغلب ناباروری را تنش زاترین

استرس در زمان بارداری است. درمان های مختلف ناباروری به طور روز افزون در حال افزایش است و این درمان ها برای زنان نابارور، استرس زا می باشد. تحقیقات نشان می دهند، این اختلال که ۱۰ تا ۱۵ درصد از زوج ها در سنین باروری با آن مواجه می شوند (۹). با طیف گسترده ی آسیب های روان شناختی شامل کاهش کیفیت زندگی، عزت نفس، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خود کوچک بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است (۱۰). زنانی که پس از گذراندن این مراحل سخت، باردار می شوند نسبت به زنانی که بدون هیچ مشکلی باردار می شوند، دوران بارداری بسیار پر تنش و استرس آوری را تجربه می کنند. اهمیت این دوران از این نظر چشم گیر است که سلامت و بهتر زیستن مادر بطور مستقیم بر زندگی فرزندش مؤثر است (۱۱). هزینه های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه بخش بودن درمان، خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس وجوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه همسر و تنش های بالقوه ی ناشی از درمان ها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره گیری و انزوا، اختلال هویت، احساس عدم زیبایی و بی معنایی زندگی می شود (۱۲ و ۱۳). بنابراین لازم است تیم پزشکی قادر باشند مراجعه کنندگانی که مستعد ابتلاء به اختلالات استرس ادراک شده در طی دوره حاملگی بدنبال درمان نازایی هستند با تست های لازم شناسایی نموده و در صورت نیاز به مداخله، اقدامات لازم برای کاهش این مشکلات روان شناختی انجام شود. در واقع با کاهش استرس مادر در دوران بارداری، می توان بطور غیر مستقیم بر پیامد حاملگی و بهبود تکامل نوزادان تاثیر گذاشت. برای مداخله در استرس، رویکردهای درمانی مختلفی وجود دارد، یکی از کارآمدترین روش های مداخله در فشارروانی، آموزش ایمن سازی در مقابل استرس Stress Inoculation

استرس در زمان بارداری است. درمان های مختلف ناباروری به طور روز افزون در حال افزایش است و این درمان ها برای زنان نابارور، استرس زا می باشد. تحقیقات نشان می دهند، این اختلال که ۱۰ تا ۱۵ درصد از زوج ها در سنین باروری با آن مواجه می شوند (۹). با طیف گسترده ی آسیب های روان شناختی شامل کاهش کیفیت زندگی، عزت نفس، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خود کوچک بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است (۱۰). زنانی که پس از گذراندن این مراحل سخت، باردار می شوند نسبت به زنانی که بدون هیچ مشکلی باردار می شوند، دوران بارداری بسیار پر تنش و استرس آوری را تجربه می کنند. اهمیت این دوران از این نظر چشم گیر است که سلامت و بهتر زیستن مادر بطور مستقیم بر زندگی فرزندش مؤثر است (۱۱). هزینه های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه بخش بودن درمان، خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس وجوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه همسر و تنش های بالقوه ی ناشی از درمان ها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره گیری و انزوا، اختلال هویت، احساس عدم زیبایی و بی معنایی زندگی می شود (۱۲ و ۱۳). بنابراین لازم است تیم پزشکی قادر باشند مراجعه کنندگانی که مستعد ابتلاء به اختلالات استرس ادراک شده در طی دوره حاملگی بدنبال درمان نازایی هستند با تست های لازم شناسایی نموده و در صورت نیاز به مداخله، اقدامات لازم برای کاهش این مشکلات روان شناختی انجام شود. در واقع با کاهش استرس مادر در دوران بارداری، می توان بطور غیر مستقیم بر پیامد حاملگی و بهبود تکامل نوزادان تاثیر گذاشت. برای مداخله در استرس، رویکردهای درمانی مختلفی وجود دارد، یکی از کارآمدترین روش های مداخله در فشارروانی، آموزش ایمن سازی در مقابل استرس Stress Inoculation

۱- مفهوم سازی: در مرحله مفهوم سازی تمرکز اصلی در برقراری رابطه مبتنی بر همکاری با مراجعان و کمک به آن ها جهت درک بهتر ماهیت استرس و آثار آن روی هیجان و عملکرد می باشد. ۲- مرحله اکتساب و تمرین مهارت ها: تأکید اصلی روی آموزش مهارت های مقابله ای متعدد به مراجعان است. ۳- مرحله کاربرد و پی گیری مستمر: فرد مهارت های خود را برای افزایش توانایی در مقابله با هرگونه استرس و همچنین استرس های قویتر به کار می گیرد (۱۵). این مداخله نه تنها موجب مواجهه سودمند فرد با مشکلات و عوامل استرس زا می شود، بلکه افراد به جهت رفتار موفقیت آمیز در برخورد با این عوامل، ارزیابی شناختی مثبت تری از خود داشته و به تبع آن نیز هیجان ها و عواطف مثبت تری را نیز تجربه خواهند نمود و اعتماد به نفسشان افزایش خواهد یافت (۱۶). نتایج مطالعه شیپی (Sheehy) و همکاران نشان داد که ایمن سازی باعث بهبود استرس، اضطراب و باورهای غیرمنطقی دانشجویان سال اول حقوق می شود (۱۷). مروری بر مطالعات متعدد در این مورد نشان می دهد روش آموزش ایمن سازی در مقابل استرس باعث بهبود عملکرد دانشجویان گردیده است (۱۸). پژوهشی دیگر با عنوان تاثیر این روش بر کاهش افسردگی و افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان به این نتیجه رسید که این

بر اساس جدول شماره (۱)، برای گروه آزمون، آموزش ایمن سازی در برابر استرس به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای برگزار شد و گروه کنترل هیچ گونه آموزشی ندیدند. یک هفته پس از اتمام جلسات آموزش، پس آزمون، با به کار گیری مقیاس استرس ادراک شده کوهن برای هر دو گروه کنترل و آزمایش انجام شد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری (تی مستقل) قرار گرفت. ابزار گرد آوری داده ها در این پژوهش شامل فرم مشخصات دموگرافیک و مقیاس استرس ادراک شده کوهن (kohen perceived stress scale) بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، حاوی ۱۶ سؤال در مورد مشخصات فردی و شغلی بود که با توجه به اهداف تحقیق و مطالعه، جدید ترین منابع و مقالات مرتبط تهیه شده بود. مقیاس استرس ادراک شده، شامل ۱۴ عبارت بود که میزان افکار و احساسات افراد را در طول ماه گذشته بررسی می کرد. در این تحقیق از نسخه ۱۴ ماده ای آن استفاده شد. نحوه نمره گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب اوقات (۳) و بسیاری از اوقات (۴) بود. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری شده و از هرگز (۴) تا بسیاری از اوقات (۰) را شامل می شود. کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره (۵۶) می باشد. نمره برش ۲۱/۸ و نمره کسب شده بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر بود. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۸۴ درصد تا ۸۶ درصد در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک بدست آمده است، مقیاس استرس ادراک شده به طور معنی داری با رویدادهای زندگی، نشانه های افسردگی و جسمی، بهره مندی از خدمات بهداشتی، اضطراب و رضایت از زندگی پایین همبسته می باشد (۲۶). در مطالعه هایی که، توسط قربانی و همکاران صورت گرفت آلفای کرونباخ در جامعه آمریکا ۰/۸۶ و در نمونه ایرانی ۰/۸۱ محاسبه گردید (۲۷). روایی محتوایی این پرسشنامه ها توسط ۱۰ تن از استادان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد، تأیید شد. پایایی نسخه فارسی توسط باستانی و همکاران با روش همسانی درونی محاسبه شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ به

روش می تواند سازگاری اجتماعی دانشجویان را بهبود بخشد (۱۹). همچنین برای کاهش اضطراب و استرس مادران (۲۰) و استرس شغلی معلمان (۲۱) قابل استفاده است. علاوه نتایج مطالعات نشان می دهد که این روش می تواند کنشهای اجتماعی را افزایش و افسردگی را کاهش دهد (۲۲، ۲۳). اما در مطالعه کاواهارادا (kawaharada) و همکارانش میانگین تغییرات در ابعاد مختلف پاسخ به استرس شغلی، معنی دار نبود (۲۴). با توجه به وجود مطالعات محدود در مورد تأثیر این برنامه بر استرس زنان باردار با سابقه ناباروری و نتایج متفاوت در مورد تأثیر برنامه ایمن سازی بر استرس و با توجه به اهمیت کاهش فشارروانی در این قشر از زنان به منظور سلامتی جنین، این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش ایمن سازی در برابر فشار روانی، بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری انجام شده است.

روش کار

طرح این تحقیق، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق را زنان باردار بین ۲۰ تا ۴۹ سال مراجعه کننده به مؤسسه درمان ناباروری مهر شهر رشت در زمستان و بهار ۱۳۹۱-۱۳۹۰ تشکیل می داد. معیارهای ورود به مطالعه، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه ابتلا به بیماری روانی و معیارهای خروج از مطالعه ابتلا به بیماری مزمن و وجود ناهنجاری جنین بود. ۶۵ نفر از زنان باردار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای پیش آزمون به این ۶۵ نفر، پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن، داده شد. پس از اجرای مقیاس، ۴۵ نفر نمره بالاتر از نقطه برش یعنی ۲۱/۸ گرفتند، و با استرس بالا شناسایی شدند. از بین ۴۵ نفر با نمره بالاتر از نقطه برش ۳۰ نفر بر اساس جدول مورگان به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس این ۳۰ نفر با توجه به نیمه آزمایشی بودن تحقیق، به صورت داوطلبانه به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند (۲۵). برای بررسی همگنی دو گروه از نظر استرس ادراک شده، قبل از مداخله از آزمون تی مستقل استفاده شد. و پس از تأیید همگن بودن دو گروه،

تقویت کنند.

جلسه هشتم: آموزش این مرحله عبارت بود از تشویق مراجعین به انجام پاسخ های مقابله ای در موقعیت های عملی روزمره و به حداکثر رساندن امکان تعمیم نتایج در زندگی فعلی خود، در این مرحله پژوهش گر از شیوه تسلط گام به گام استفاده کرد که در این روش ابتدا واحدهای کوچک قابل کنترل استرس در شرایط آزمایشی ارائه شد و سپس به تدریج به شرایط واقعی انتقال یافت. در نیل به اهداف بالا پژوهش گر از انواع فنون از جمله تمرین رفتاری و تصویر سازی ذهنی، نقش گزاری، سرمشق دهی و تمرین تدریجی در شرایط واقعی بهره برد.

جلسه هشتم، در واقع جمع بندی از تمامی جلسات و تجربیات گفته شده و تکرار مفاهیم اصلی و بررسی اشکالات احتمالی در انجام فنون بود.

یک هفته پس از اجرای آموزش، به منظور تعیین تأثیر متغیر مستقل یعنی برنامه آموزشی ایمن سازی در برابر استرس بر متغیر وابسته یعنی استرس ادراک شده، هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد پس آزمون قرار گرفتند. نتایج بدست آمده از پس آزمون مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده های خام از شاخص های توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و از آزمون تی مستقل استفاده شد. لازم به ذکر است که در هنگام پرکردن پرسش نامه ها در مورد محفوظ ماندن کلیه اطلاعات خانوادگی و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد و افراد با رضایت آگاهانه در روند پی گیری شرکت نمودند. پس از پایان آموزش و اجرای پس آزمون نیز در چندین مرحله، پیگیری با گروه آزمایش از طریق تلفن و گاهی حضوری صورت گرفت و نسبت به پیگیری و اهمیت استفاده از این فنون، در طول بارداری و حتی کاربرد آن، پس از بارداری تاکید و یادآوری های لازم صورت گرفت.

نتایج

میانگین سنی زنان شرکت کننده در این مطالعه ۳۴±۱۴/۸۱ سال بود. ۲۶/۶۷ درصد افراد گروه آزمون و

دست آمده است (۲۸). محمدی یگانه و همکاران نیز پایایی این ابزار را تأیید کرده اند (۲۹). آموزش مراجعه کنندگان به صورت گروهی و در پاره ای موارد به صورت انفرادی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به شرح زیر صورت گرفت:

جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و با رهبر گروه، بررسی اهداف گروه و انتظارات افراد از شرکت در جلسات آموزشی.

جلسه دوم: شناخت مشکل به عنوان اولین گام (مفهوم سازی مجدد مشکل)، مفهوم سازی ماهیت تعاملی استرس و آشنایی با مفاهیم و تعاریف مختلف استرس، همچنین اثرات ناخواسته فیزیولوژیک (جسمانی)، هیجانی، شناختی و رفتاری استرس بر فرد.

جلسه سوم: فن تصویرپردازی ذهنی توضیح داده و اجرا شد.

جلسه چهارم: آشنایی با اثرات زیان بار استرس بر جینین و لزوم پیشگیری از این اثرات همچنین آموزش فن آرمیدگی (Relaxation)

جلسه پنجم: در این جلسه، ابتدا مروری بر جلسات قبل و تمرینات فن آرمیدگی، صورت گرفت و سپس درباره راهبردهای شناختی توضیح داده شد، که چگونه افکار بد باعث احساس بد و احساس بد باعث رفتار بد می شود. و بر لزوم پیش گیری و ممانعت از ورود افکار بد به ذهن تأکید شد.

جلسه ششم: در این جلسه ابتدا اشکالاتی که در مورد نحوه انجام هر کدام از فنون گفته شده، وجود داشت بررسی و رفع اشکال شد، سپس در مورد مسأله گشایی و قابل حل بودن عوامل استرس زا یا واکنش های استرسی صحبت شد.

جلسه هفتم: گفتگوی درونی و هدایت شده: گفتگوی شخصی هدایت شده برای کمک به مراجعین طرح ریزی شده تا شرایط مورد نیاز موقعیت را ارزشیابی کرده و برای عوامل استرس زای آینده نقشه بکشند، برای مواجهه با موقعیت های پر استرس «روحیه» خودشان را بالا ببرند، به عملکرد خود فکر کنند و خودشان را برای اقدام به مقابله

از مداخله ۰/۷ نمره می باشد (۴/۳۷-۳/۶۷=۰/۷). بنابراین مشاهده می گردد تفاوت محسوس بین میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده بین دو گروه قبل و بعد از مداخله وجود دارد. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که این تفاوت (۹/۲۵) در سطح $p < 0/01$ معناداری باشد. بنابراین بین دو گروه از لحاظ استرس ادراک شده بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. به دیگر سخن آموزش مصون سازی در مقابل فشار روانی موجب کاهش استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری در گروه آزمایش شده است.

جدول شماره (۱): میانگین، انحراف معیار، و آزمون تی مستقل نمره های استرس ادراک شده دو گروه قبل از مداخله

نتیجه آزمون	t	درجه آزادی	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	شاخص گروه ها
۰/۶۵۲	۱/۷۱	۲۸	۲۵@۴@۸۷	۱۵	آزمون
			۲۲@۴@۴۵	۱۵	کنترل

جدول شماره (۲): میانگین، انحراف معیار، و آزمون تی مستقل نمره های استرس ادراک شده دو گروه بعد از مداخله

نتیجه آزمون	t	درجه آزادی	میانگین \pm انحراف معیار	تعداد	شاخص گروه ها
۰/۰۰۲	۹/۲۵	۲۸	۲@۰۰@۳@۶۷	۱۵	آزمون
			۳۳@۶@۴@۴۷	۱۵	کنترل

بحث و نتیجه گیری

یافته های این تحقیق نشان داد که میانگین نمره استرس ادراک شده گروه مداخله، به طور معنی داری در مرحله بعد از مداخله، کاهش یافت. به عبارتی میزان استرس افراد گروه آزمون در طی مداخله کاهش یافته است. این امر نشان دهنده تاثیر برنامه آموزشی ایمن سازی در برابر فشار روانی بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری است. شیپهی و همکاران گزارش کردند که میانگین استرس دانشجویان حقوقی که چهار هفته آموزش ایمن سازی در برابر فشار روانی را دریافت نمودند، ۶/۶ درصد در مرحله بعد از مداخله و ۴/۴ درصد در مرحله پیگیری، کاهش یافت (۱۷). نتایج حاصل از مطالعه شیپهی و همکاران با پژوهش حاضر همخوانی دارد. ره گوی و همکاران نیز تاثیر کاربرد ایمن سازی در مقابل استرس را بر استرس پرستاران سنجیدند. یافته های این مطالعه نشان داد که دو هفته پس از اجرای کارگاه ۲

۳۳/۳۳ درصد افراد گروه کنترل در رده سنی ۳۵ تا ۳۹ سال قرار داشتند. حدود ۵۳ درصد مدت زمان ناباروری زنان در دو گروه آزمون و کنترل، بین (۷ تا ۱۰) سال بود. ۳۳/۳۳ درصد افراد گروه آزمون و ۴۶/۶۷ درصد افراد گروه کنترل دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند. ۸۶/۷ درصد افراد دو گروه آزمون و کنترل خانه دار و ۱۳/۳ درصد شاغل بودند. حدود ۴۳/۳ درصد گروه آزمون و ۳۳/۳۴ درصد گروه کنترل سابقه سقط داشتند. میانگین نمره استرس ادراک شده در مرحله قبل از مداخله، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت و دو گروه از این نظر همگن بودند. ولی بعد از مداخله تغییراتی در میانگین بدست آمد. این میانگین در گروه آزمون از نمره ۳۵/۲ قبل از مداخله به ۲۰/۲۰ بعد از مداخله رسید، یعنی به میزان (۱۵) نمره کاهش نشان داد. در حالیکه در گروه کنترل بدون مداخله میانگین استرس از ۳۲/۶ به ۳۳/۰۶ رسید. یعنی مختصری (۰/۴۶) افزایش داشت. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که کاهش نمره استرس ادراک شده گروه مداخله به تفکیک در مرحله بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل معنی دار بود.

همان طوریکه جدول شماره (۱) نشان می دهد میزان تفاضل میانگین استرس ادراک شده گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله $(۳۵/۲ - ۳۲/۶ = ۲/۶)$ و میزان تفاضل انحراف معیار استرس ادراک شده گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله $(۰/۴۲ - ۰/۴۵ = -۴/۴۵)$ بین میانگین و انحراف معیار دو گروه قبل از مداخله تفاوت وجود دارد. ولی آزمون تی مستقل نشان داد که این تفاوت، (۱/۷۱) در سطح $p < 0/01$ معنادار نیست. بنابراین بین دو گروه از لحاظ استرس ادراک شده قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد و این دو گروه از لحاظ استرس ادراک شده قبل از مداخله معادل هم یا به عبارتی همگن می باشند.

جدول شماره (۲) نشان می دهد، که میزان تفاضل استرس ادراک شده گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله نمره $(۱۲/۸۶ - ۲۰/۲۰ = ۳۳/۰۶)$ و میزان تفاضل انحراف معیار استرس ادراک شده گروه آزمون و کنترل بعد

ادراکی منجر شود. این برنامه شرکت کنندگان را به تکنیک های متنوع و یکپارچه مجهز می کند که می توانند از آنها به منظور کاهش فشار روانی و ارتقای کیفیت زندگی استفاده کنند. محدودیت این مطالعه، در تعداد کم نمونه و انتخاب افراد از یک مؤسسه درمان نازایی می باشد که باعث محدودیت در تعمیم پذیری نتایج شده است. نتایج این پژوهش با هدف تعیین سلامت روان دوران بارداری، بخصوص در مادران باردار با سابقه چندین سال ناباروری، و روش های کاهش استرس ادراک شده به منظور کاهش اثرات زیان بار آن بر جنین صورت گرفت و با توجه به اولویت پیش گیری بر درمان، این مطالعه می تواند گامی موثر در جهت ارتقاء بهداشت روان مادران و فرزندان آنان باشد. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود، در مؤسسه های درمان ناباروری، پزشکان و پرسنل، ضمن برخورداری شدن از دید وسیع تری نسبت به مسئله فشار روانی، فنون آموزشی ایمن سازی در مقابل فشار روانی را در برنامه های درمانی این مادران، به منظور کاهش یا کنترل استرس ادراک شده قرار دهند اجرای درست و به موقع این طرح، از عوارض هزینه های سنگین اقتصادی وارده به خانواده و اجتماع، بدنبال زایمان زودرس و بستری شدن نوزاد نارس در مراکز مراقبت ویژه نوزادان نارس (N.I.C.U) جلوگیری خواهد نمود. همچنین با کاهش ترس و فشار روانی این مادران از تعداد موارد سقط، مرده زایی، زایمان زودرس و تألم ناشی از آن برای خانواده کاسته خواهد شد.

تشکر و قدر دانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه با شماره تصویب ۱۰۴۷۴/۵/۱۰۲۴۷ است. بدین وسیله از همکاری صمیمانه سرکار خانم دکتر مرضیه مهر افزا ریاست محترم مرکز درمان ناباروری مؤسسه مهر رشت و کلیه مادرانی که در این تحقیق شرکت کردند کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

روژه ایمن سازی، میانگین استرس گروه مداخله، به طور معنی داری به میزان ۲۴ نمره (۰/۷/۸) کاهش یافت که با مطالعه ما همخوانی دارد (۱۸). در واقع اجرای این برنامه به پرستاران کمک کرد تا احساس کردانی آموخته شده را به واسطه تجارب موفقیت آمیز در مقابله با سطوح قابل کنترل استرس در خود پدید آورند و مکانیسم های دفاعی آینده نگر شامل مهارت ها و انتظارات مثبت را که به آنان آموخته شده بود به طور مؤثر و مفید در مقابله با موقعیت های استرس زا به کار گیرند (۱۴). کاواهارادا و همکارانش در یک مطالعه کار آزمایی کنترل شده غیر تصادفی، تأثیر برنامه آموزش ایمن سازی در برابر فشار روانی را بر استرس خدمتکاران در ژاپن سنجیدند. نتایج نشان داد که پس از انجام سه جلسه مداخله، میانگین استرس گروه مداخله، به طور معنی داری کاهش نیافت که این یافته ها با نتایج تحقیق ما همخوانی ندارد (۲۴). عدم همخوانی پژوهش ما با مطالعه کاواهارادا، می تواند به علت تفاوت در شرایط فرهنگی - اجتماعی باشد. اکبری پور نشان داد که آموزش ایمن سازی در مقابل فشار روانی بر میزان سلامت عمومی، علایم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی بیماران موثر است و این روش می تواند همراه با مراقبت های معمول پزشکی در بهبود و توان بخشی بیماران قلبی - عروقی استفاده گردد (۲۲). همچنین در تحقیق مکی پور و همکاران نتایج بیانگر آن بود که آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، تأثیر پایداری بر کاهش استرس شغلی و مؤلفه هاییش داشته است (۳۰). بنی هاشمی در تحقیق خود نشان داد که مداخله آموزشی، بر استرس شغلی معلمان گروه آزمایش تأثیر معنادار داشته است (۲۱). در تبیین نتایج به دست آمده باید ذکر شود که این برنامه آموزشی، به افراد کمک می کند تا موقعیت هایی را که آن ها باعث استرس می شوند، شناسایی کنند و سپس راهبرد های مقابله ای برای مواجهه با این موقعیت ها را به آنها آموزش می دهد. اصلاح ارزیابی های شناختی، بهبود مهارت های مقابله ای و تمرین های ارائه شده برای تلفیق فنون آموخته شده با موقعیت های زندگی واقعی، می تواند به کاهش استرس

References:

1. Covington SN, Hammer Burns L. Infertility counseling. 2nd ed. New York: Cambridge University Press. 2007. pp:1-17, 175-180, 493-506.
2. Boivin J, Bunting L, Collins J, Nygren K. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Hum Reprod. 2007 march. 22(6).pp: 1506-1512 .
3. Berga S. Psychiatry and Reproductive medicine. In: Sadock BA, Sadock VA. Comprehensive text book of psychiatry. 7 en ed. USA: Williams & wilkins. 1999. pp: 1940 - 1941.
4. Schmidt L. Infertile couples assessment of infertility treatment. *Acta Ob Gyn Scand*. 1998. 77. pp: 649-653.
5. Huizink A, Mulder E, Robles de, Medina P, Viser Gh, Buitelaar JK. Is pregnancy Anxiety a distinctive syndrome? Early Hum Dev. 2004. september. 79 (2).pp: 81-91.
6. wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birt : a prospective investigation. Am J Obstet Gynecol. 1993. October. 169 (4) .pp: 858-865.
7. Vandenberg Br. High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14 and 15 years-olds. Neurosci Biobehav-Rev .2005. 29. pp: 259-269.
8. Cookson H, Granell R, Joinson C, Ben-shlomo Y, Henderson AJ. Mothers Anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. J. Allergy Clinical Immunology. 2009. 123(4).PP: 847 -853.
9. Speroff L, Fritz M. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. translated by Mirdamadi SR. Tehran : Tymoorzadeh. 2005. pp: 661. [text in Persian].
10. Watkins K j, Blade TD. The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestion for counsellors. J COUNS DEV. 2004. 82(4).pp:394-402.
11. Sedaghaty P, Khalaje H, Khoozehchian H, Arjmand A. Does influence systematic hiking on infertile women s general state trait anxiety ? fasnameh olampic. 2007. 16. (42). PP:19-28.
12. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatment. Fertil Steril. 2005 Feb. 83(2). pp :275-83.
13. Manoochehri CA, Zandipour T, Pour shahyari M, Mirdamadi SR. The effectiveness of cognitive emotional behavioral group counseling on mental health of infertile women. News and research consulting. 2006. (20)5. pp: 9-22.
14. Meichenbaum D. Self- instructional training : A cognitive prosthesis for the aged. Human development . 1974. 17(4).pp: 273-280.
15. Mobini S. Stress Inoculation Training. 2nd ed. Tehran: Rooshd publications. 2008. pp: 65. [text in Persian].
16. Spencer M. Stress inoculation training for single mothers .PhD Thesis. USA: University of Hartford. 2010.
17. Sheehy R, Horan J. Effects of Stress Inoculation training for first year law students. Int J Stress Manag. 2004. 11. pp:41-55.
18. Rahgooy A, Fallahi Khshknab M, Karimloo M, Gaeeni M. The effect of application method of stress inoculation on Stress of Nurses. Journal of Rehabilitation. 2004. 7(2).pp:61-65. [text in Persian]
19. Poorhomayon P. Effectivness stress inoculation training on social adjustment in new instance girl students [Dissertation]. Marvdasht : Marvdasht azad university ; 2008. [text in Persian]
20. Rahgozar A. Effect muscle relaxation training in reduction mothers anxiety and academic performace children in primary school [Dissertation]. Isfahan University; 2002. [text in Persian]
21. Bani Hashemi J. Effectiveness of group stress inoculation training (SIT) on The Elementary Teachers' Job Stress city Lordegan. Quarterly News and advicers Research. 2004. 4(16). pp: 63. [text in Persian].
22. Akbari pour S. Effectiveness of stress inoculation training on coronary artery heart disease of public health in Esfahan. Master's thesis. Islamic Azad University of Esfahan. 2006. [text in Persian].
23. gaini M, Rahgo A, Fallai KM, Karimloo M. Investigation effect of stress inoculation training on stress of nurse in Qhom city . J Rihabi . 2006; 7(2); 61-65. [text in Persian]
24. Kawaharada M, Yoshioka E, Saijo Y, Fukui T, Ueno T, Kishi R. The Effects of a Stress Inoculation training Program for Civil Servants in Japan: a Pilot Study of a Non-randomized Controlled trial. Ind Health. 2009 Apr. 47(2). pp:173-82.
25. Delavar A. Basics of Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. 7th ed. Tehran: Roshd publication. 2010. pp:137. [Text in Persian].
26. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983 Dec. 24(4). pp:385-96.
27. Ghorbani N, Bing MN, Watson PJ, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. Int J Psychol . 2002. 37(5). pp: 297-308.
28. Bastani F, Rahmatnejad L, Jesmi F, Haghani H. Breastfeeding Self efficacy and Perceived Stress. Iranian Journal of Nursing. 2008. 21(54). pp: 9-22. [text in Persian].
29. Mohammadi Yeganeh L, Bastani F, Feizi Z, Agilar Vafaie M. The effect of stress management training on mood and perceived stress in women consuming contraceptive pills. Iranian Journal of Nursing. 2009. 21(53). pp: 2-12. [text in Persian].
30. make pour S. Study group stress inoculation training (SIT) on occupational stress inoculation stress s Razak Pharmaceutical Company Tehran. Advisory Master's thesis. Islamic Azad University of Khoozestan. 2010 . [text in Persian].

Effectiveness of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women with infertility

BY:Hasanzadeh L M^{*1}, Tarkhan M², Taghizadeh ME²

1. MSc in General Psychology, Arya Hospital, Rasht, Iran

2. Department of Psychology, Assistant professor, Pyam Noor University, Tehran, Iran

Received: 2012/9/9

Accept: 2013/4/9

Abstract

Introduction: Infertility and its treatment is a major crisis in the life. This event and its tension affects women's mental status during pregnancy, and it causes harmful and negative effects on the fetus. Hence, it is important to study immunization training effects on pregnant women's stress control skills with history of infertility and reduce its harmful effects.

Objective: This study was conducted to determine the effectiveness of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women with infertility admitted to Mehr Infertility Institute.

Methods: In a semi-experimental study, 65 pregnant women with a history of infertility referred to Mehr Infertility Institute were selected by convenience sampling methods in winter and spring (2011-2012), Cohen's (PSS-14) perceived stress scale was used as data gathering scale. Data was analyzed using descriptive statistical tests (distribution and dispersion indices) and analytical test (independent t).

Results: Research finding showed that the average perceived stress decreased significantly in experiment group from (35.2 ± 4.87) before intervention to (20.20 ± 3.67) after intervention ($p < 0.01$) whereas, the average perceived stress score slightly increased in control group ($p < 0.01$).

Conclusion: In attention to the harmful effects of stress on fetus, the importance of stress inoculation training for improvement of mothers' mental health for prevention of its negative effects on fetus is clear.

Key words: Immunization / stress, psychological / Infertility, female / pregnant women.

*Corresponding Author: Monireh Hasanzadeh Lifshagerd, Arya Hospital, Rasht

Email: monire.hassanzadeh@yahoo.com