بررسی اثر بخشی آموزش مدیریت استرس و حل مساله بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور

* محمدرضا زربخش بحری[1]، زهرا شعاع حسنی[1]، زیبا ظهیری سروری[2]، فریده امیرالسادات هفشجانی[1]، محمدجواد خادمی [1]

[1] دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن
[2] مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

*نویسنده مسئول: مازندران، تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن، گروه آموزشی روانشناسی
ایمیل: rzarbakhsh@yahoo.com

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مدیریت استرس و آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور اجرا گردید.

مواد و روش ها: پژوهش از نوع آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه ی آماری ۴۰۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری در شهر رشت بوده که به طور تصادفی ۲۵۰ نفر از آنان انتخاب شده و کیفیت زندگی و امید به زندگی آنان مورد سنجش قرارگرفت. سپس ۴۵ نفر از آن ها که کیفیت زندگی و امید به زندگی پایین تری داشتند به طور تصادفی ساده، در سه گروه ۱۵ نفر، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروهای آزمایش هرکدام به مدت ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای به ترتیب تحت آموزش مدیریت استرس و حل مساله قرار گرفتند. پس از اتمام برنامه آموزشی آزمودنی ها بار دیگر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: بین نمرات امید به زندگی و کیفیت زندگی گروه های آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت($P<0/05$)، در حالی که بین نمرات دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت($P<0/05$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش مدیریت استرس و حل مساله بر امید به زندگی و کیفیت زندگی زنان نابارور می باشد. با توجه به کاهش کیفیت زندگی و امید به زندگی در زنان نابارور و موثر بودن مداخله روانی و آموزش در بهبود این متغیرها، پیشنهاد می شود که برنامه های آموزشی به موازات درمان ناباروری برای این افراد در نظر گرفته شود.

واژه های کلیدی: آموزش مدیریت استرس، آموزش حل مساله، کیفیت زندگی، امید به زندگی، ناباروری

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

نسل انسانها تنها با باروری حفظ می گردد و شاید بتوان گفت عمیق ترین خواسته هر فرد در زندگی ، اطمینان از حفظ نسل و آثار او از طریق فرزندانش می باشد(۱). بنا به تعریف پسک (۲) ناباروری عبارت است از عدم باروری بعد از یک سال مقاربت بدون استفاده از وسایل ضد بارداری. از آنجا که زوج های نابارور، اغلب ناباروری را استرس زا ترین حادثه زندگی خود دانسته و دوره های مکرر و متوالی درمان را به عنوان دوره های پرتنش توصیف می کنند، این مساله بحرانی جدی در زندگی اجتماعی و زناشویی تاثیر گذاشته، می تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، قطع رابطه بین آنان و حتی طلاق گردد (۳) . ناباروری تنها مشکلی پزشکی نیست؛ بلکه اغلب زندگی زوج های نابارور را در همه ابعاد با بحران مواجه می سازد(۴، ۵) . ناباروری ودر واقع نگرش نسبت به آن، زوجین را با آشفتگی های هیجانی مواجهه می سازد (۶). با مواجه شدن زوجین با ناباروری مشکلات متعددی شامل مشکل در ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، کنش وری جنسی، تصمیم گیری، فرآیند بهداشت عاطفی و هیجانی و حتی تحول روانشناختی، در زوجین نابارور ایجاد می گردد(۷ ، ۸). آزمایش های متعدد پزشکی و بررسیهای عضوی، درمانهای مختلف دارویی و عوارض جسمی و روانی آنها، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پائین بودن میزان موفقیت روشهای درمانی و همچنین مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از عوامل تنش زای شدید برای برخی زوجین نابارور میباشند(۹، ۱۰). همسرانی که در این موقعیت بحرانی قرار گرفته باشند، بیش از سایرین در معرض ابتلا به افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین و نارضایتی هستند(۴ ، ۱۱ ، ۷ ، ۱۲). از گذشته تا کنون در جوامع مختلف، بچه دار شدن و فرزند پروری به طور سنتی یکی از برجسته ترین مشخصه های نقش جنسیتی زنانه به شمار آمده است و از این رو ناباروری به طور سنتی، مشکلی زنانه تلقی گردیده است(۱۳) .از سویی دیگر معمولاً زنان در تعریف هویت خود و معنای زندگی جایی را به عنوان مادر شدن خالی می گذارند و حتی اغلب آمادگی دارند تا موقعیتهای ممتاز و موفقیتهای خود را قربانی فرزند پروری کنند . رنج و درد آنها در مقابله با ناباروری شدیدتر و عمیق تر از مردان خواهد بود. به همین جهت زنان در برابر ناباروری خود را آسیب پذیرتر از مردان نشان داده اند(۷ ،۱۴، ۱۵).

بنابراین می توان انتظار داشت که زنان نابارور با مشکلات روانی و اجتماعی مختلفی درگیر باشند(۱۶، ۱۷ و ۱۸). ناباروری تأثیرات وسیعی مانند احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره گیری و انزوا، مشکل در هویت، احساس عدم زیبایی و بی معنایی زندگی فرد ایجاد می کند(۱۹، ۲۰ ، ۲۱، ۷). تاثیر منفی ناباروری بر کیفیت زندگی زنان در مطالعات متعدد نشان داده شده است (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵). کیفیت زندگی مجموعه ای از واکنشهای عاطفی و شناختی افراد، در مقابل وضعیت جسمانی ،روانی و اجتماعی خود است(۲۶) و به عنوان یکی از شاخص های بهداشتی با ترکیبی از شناخت های هر فرد در جنبه های مختلف زندگی و عملکرد در روابط انسانی، کاری و اجتماعی است که برای ادامه بهینه حیات و بهزیستی فرد ضروری می نمایدآنچه مسلم است اینکه کیفیت زندگی، یک مفهوم چند بعدی است که سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی یک شخص را در بر می گیرد(۲۷).

کیفیت زندگی زنان نابارور تحت تاثیر تفکرات غیر منطقی در خصوص داشتن فرزند و فشار هزینه درمان ناباروری و میزان فشار اطرافیان برای بچه دار شدن قرار می گیرد (۲۵). ابی و همکاران معتقدند که که ناباروری منجر به کاهش عزت نفس و کنترل در ونی و افزایش تعارضات بین فردی در زوجین نابارور می شود و همچنین استرس ناشی از ناباروری اثرات مخرب روی کیفیت زندگی دارد و این تاثیر منفی در زنان بیشتراز مردان است(۲۸).درمانهای ناباروری تأثیرات مخرب جسمی، اقتصادی روحی روانی و عاطفی (۲۹)کاهش شدید اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود، اختلال در هویت مردانگی وزنانگی، بر زنان و همسرانشان بر جا می گذارد (۳۰)بنابراین ناباروری یک مشکل جدی پزشکی و مؤثر بر کیفیت زندگی می باشد(۳۱، ۱۷).

در پژوهشها مشخص شده است که کیفیت زندگی با امیدواری و راهبردهای مقابله ای ارتباط مثبت دارد، به این معنی که افراد با کیفیت زندگی بالا در رسیدن به اهداف خود مصمم هستند و همچنین راهبردهای قدرتمندی را برای رسیدن به اهداف و حل مسائل استفاده می کنند(۳۲، ۳۳). در کنار تمام منابع و عوامل تنیدگی‌زا، سطحی از تنیدگی که هر شخص تجربه می‌کند به مقدار زیادی بستگی به توانایی شیوه‌های مقابله شخص و نحوه ادراک و قضاوت وی نسبت به این عوامل دارد(۳۴).در پژوهش جوشی ، سینگ و بین دیو (۳۵) که به منظور بررسی و مقایسه کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله با استرس در زنان نابارور و عادی انجام شد ، نشان دادند که زنان نابارور از کیفیت زندگی پایین تر برخوردار بوده و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد تری استفاده می کنند. از سویی دیگر زنان نابارور در اثر درمانهای سخت و طولانی مدت و استفاده از راهبردهای ناکارآمد مقابله ای ، دچار نا امیدی شده و نا امیدی ایجاد شده می تواند سبب ادامه استفاده از از راهبردهای ناکارآمد شده و این چرخه معیوب سبب افزایش ناامیدی و رها کردن درمان به صورت ناتمام می شود(۳۶). مدیریت استرس یک شیوه شناختی رفتاری است که به صورت فردی و گروهی طبق جلسات آموزشی با محتوای مشخص به شرکت کنندگان در جلسات ارائه می گردد(۳۷) و توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور تلقی می شود. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس ، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکار آمد، باز سازی شناختی، آموزش

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

حل مساله، آموزش مهارت های ابراز وجود ، مدیریت خشم و مدیریت زمان می باشد (۳۸).

مهارت های مقابله ای با آموزش توانایی های روانی – اجتماعی ، فرد را قادر می سازد که به طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش های زندگی روبرو شود. این مهارت ها ، تلاشهای شناختی و رفتاری هستند که افراد برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات خود به کار می برند. . مهارت های مقابله ای عبارت است از تلاشهای فکری ، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام روبرو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن ویا به حداقل رساندن عوارض این فشار ها بکار می گیرد(۳۹).اثر بخشی این شیوه در پژوهشهای مختلف به اثبات رسیده است از جمله پژوهش حمید و همکاران(۴۰) که نشان داد ، آموزش ایمن سازی در مقابل استرس به طور معناداری موجب کاهش میزان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران MSمی گردد. نتایج مطالعه نظری (۴۱) نیز نشان دهنده اثر بخشی آموزش مصون سازی در مقابل استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور بوده است. همچنین چوبفروش و همکاران (۱۷) در پژوهشی که به منظور بررسی اثر بخشی مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور انجام دادند، نشان دادند که مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی این گروه می گردد(۱۷).

یکی از تواناییهای زنان نابارور که به دلیل استرس ، دچار مشکل شده ،توانایی حل مسئله در این افراد می باشد که هم به دلیل وجود افکار منفی نسبتا زیاد و هم استرس این افراد می باشد. حل بحران یا شیوه های حل مسئله یکی از۴ عامل مهم در نحوه برخورد فرد با ناباروری به شمار می رود (۴۲). هدف روش حل مساله، دستیابی به نتایج مثبت (تقویت مثبت) و اجتناب از عواقب منفی (تقویت منفی) محسوب می شود(۴۳). در پژوهش مظاهری و همکاران (۴۴) که به منظور مقایسه زوجین بارور و نابارور با یکدیگر، انجام شد،نتایج نشان داد که زنان نابارور کنترل درونی کمتری نسبت به توانایی خود در حل مشکلات نشان می دهند . آنها اظهار داشتند که در مواجه با مشکلات خانوادگی زوجهای نابارور، یکی از محورهای عمده و مهمی که ممکن است مشکل داشته و یا مشکل ساز باشد، شیوه های حل مسئله در این زوجها است که بایستی در اقدامات بالینی مورد توجه قرار گیرد (۴۴).

ادبیات پژوهشی نشان داده که ناباروری یک عامل استرس در زنان نابارور بوده (۱۷، ۶، ۹، ۱۰ ، ۴۴،)و وجود استرس کیفیت زندگی آنان را کاهش می دهد(۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۴۵) و از سویی دیگر این افراد در مواجهه با مشکل از شیوه های ناکارآمد حل مسئله استفاده می کنند (۴۴).بنا براین به نظر می رسد که در این حوزه ها زوجین نیازمند خدمات رونشناختی بوده و این امر می تواند در روند درمان پزشکی نیز مفید واقع شود. لذا پژوهش حاضر در جهت دست یابی به شیوه هایی موثر به منظور افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور ، دو شیوه مدیریت استرس و حل مسئله را مورد بررسی قرار داده و در صدد پاسخگویی به این سوال است که : آیا آموزش مدیریت استرس و حل مساله بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور موثر است؟

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه ی آماری کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به یکی از کلینیکهای ناباروری شهر رشت بوده که در فاصله زمانی تیرماه تا شهریور ماه سال ۱۳۹۱ به این مرکز برای درمان مراجعه نموده و تعداد این افراد ۴۰۰ نفر بوده است. به منظور غربالگری و به روش تصادفی ساده ۲۵۰ نفر از این افراد از لیست مراجعه کنندگان انتخاب شده و با پاسخگویی به پرسشنامه های مورد استفاده پژوهش، کیفیت زندگی و امید به زندگی آنان مورد سنجش قرارگرفت و تعداد ۴۵ نفر از آنها که کیفیت زندگی و امید به زندگی پایین تری داشتند(کیفیت زندگی بین ۲۰% تا ۴۰% نمره کل و امید به زندگی کمتر از۲۲)، به طور تصادفی ساده بعنوان نمونه انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفر، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش اول به مدت ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش مدیریت استرس ، گروه آزمایش دوم به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش حل مساله قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد. پس از اتمام برنامه آموزشی آزمودنی های هر سه گروه بار دیگر با پرسشنامه های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند .

روش مداخله: برنامه ای که در این طرح پژوهشی برای هر یک از گروههای آزمایش، مورد استفاده قرارگرفت، به طور متوسط در طول ۱۰ جلسهٔ ۹۰ دقیقه ای (برای زنان نابارور) اجرا شد.این برنامه برای گروه آزمایشی که مدیریت استرس را آموزش می دیدند شامل مراحلی کلی بوده که عبارتند از:

مرحله اول: این مرحله شامل جلسه اول است که یک جلسه ی توجیهی، آشنایی و ایجاد رابطه ی حسنه بین افراد شرکت کننده در پژوهش است.

مرحله دوم : این مرحله شامل جلسات دوم تا چهارم است. در این مرحله فرد از تاثیرات استرس بر جنبه های مختلف زندگی خود آگاهی می یابد.پیامد منفی ناشی از آن را می شناسد ،چگونگی ارزیابی صحیح را می آموزد، با افکار ناکارمد و تحریفهای شناختی آشنا می شود.

مرحله سوم : این مرحله شامل جلسات پنجم تا هفتم است. در این مرحله افراد می آموزند که چگونه افکار مثبت را جایگزین افکار منفی کنند. با مقابله های کارآمد آشنا شده و توانایی انتخاب راهکار مقابله ای مناسب را کسب می کنند.

مرحله چهارم: این مرحله شامل جلسات هشتم تا دهم بوده که فرد مدیریت خشم ، روشهای داشتن روابط بین فردی مطلوب و جذب و استفاده مناسب از شبکه های حمایت اجتماعی را فرا می گیرد. سپس استفاده از این آموخته ها را در زندگی واقعی تمرین کرده و بین ترتیب جلسات خاتمه می یابد.

و این مراحل برای گروه آزمایشی که حل مسئله را آموزش می

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

دیدند عبارتند از:
مرحله اولیه: شامل جلسه اول می باشد.هدف از این مرحله آشنایی اعضا ، مشخص کردن چارچوبهای اساسی گروه و تعریف، تشخیص و شناسایی مشکلات، توافق درباره اهداف درمانی و تعهد به آن و لزوم انجام تکالیف در ادامه بهتر دوره آموزش می باشد.
مرحله میانی : این مرحله شامل جلسات دوم تا هشتم می باشد . هدف اساسی این مرحله آموزش فنون و راهبردهای بهبود حل مسئله و تصمیم گیری صحیح است. در این مرحله، پژوهشگر فنون و مراحل مهارت حل مسئله مانند: معرفی و درک ماهیت مسئله ، شناخت موانع شناختی حل مسئله، ویژگی های مقابله کننده موفق ، کشف راه حل های احتمالی برای مسئله ، عمل کردن بر اساس راه حل های کشف شده ، آشنایی اعضا با سه نوع تعارض و آشنایی با سه نکته کلیدی در فرایند حل مسئله را آموزش می دهد. در هرجلسه اعضای گروه تکالیف خانگی داشته که در شروع جلسه بعد ابتدا تکالیف ارائه و مرور می شود سپس مبحث جلسه آغاز می گردد.
مرحله پایانی: این مرحله شامل جلسه نهم و دهم می باشد.هدف اساسی این مرحله به کارگیری فنون آموخته شده در دنیای واقعی زندگی و قطع رابطه ی درمانی می باشد .در این مرحله پژوهشگر ، اعضای گروه را ترغیب می نماید تا مهارت های فرا گرفته شده در جلسات را به منظور مقابله صحیح با موقعیتهای استرس آفرین زندگی، در دنیای واقعی زندگی خود به کار گیرند و راه حلهای کارآمد تری را جایگزین راه حلهای گذشته نمایند.
ابزار استفاده شده در این پژوهش عبارتند از:
کیفیت زندگی زوجین نابارور: این پرسشنامه توسط یغمایی و همکاران (۴۶) طراحی و هنجار یابی شده و دارای ۷۲ سوالی است که در ۷ بخش جسمی، روانشناختی، معنوی، و اعتقادات مذهبی، اقتصادی، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی تنظیم شده است. آزمودنی ها براساس مقیاس لیکرت (کاملا موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملا مخالفم) به آن پاسخ می گویندکه امتیاز هر سوال بین ۰-۴ است . نمرت هر بعد محاسبه شده سپس از مجموع آنها نمره ای به دست آمده که به صورت درصدی از نمره کل محاسبه می شود و بدین صورت تفسیر می گردد. کیفیت زندگی کاملا منفی کمتر از ۲۰% ، کیفیت زندگی منفی بین ۲۰% تا ۴۰% ، کیفیت زندگی خنثی بین ۴۰% تا ۶۰% ، کیفیت زندگی مثبت بین ۶۰% تا ۸۰% و کیفیت زندگی کاملا مثبت بزرگتر یا مساوی ۸۰% می باشد. برای تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از عوامل (۰/۹۵-۰/۷۱) و کل پرسشنامه (۰/۸۱) محاسبه گردید. همچنین ضرایب پایایی آزمون مجدد نیز برای هر یک از عوامل (۰/۹۴-۰/۸۱) و کل پرسشنامه (۰/۸۹) محاسبه شد.
پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱): این پرسشنامه توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد. دارای ۱۲ عبارت است . چهار عبارت برای سنجش تفکر عاملی، چهار عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و چهار عبارت انحرافی است. بنابر این این پرسشنامه دو زیر مقیاس را در بر می گیرد عامل و راهبرد. این پرسشنامه براسا س مقیاس لیکرت (کاملا درست= ۴، تا حدی درست= ۳، تاحدی غلط = ۲ و کاملا غلط=۱) نمره گذاری می شود.دامنه تغییرات بین ۸ تا ۳۲ است. نمره ۲۲ به عنوان نقطه برش پیشنهاد شده است. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این پرسشنامه به عنوان مقیاس اندازه گیری امیدواری حمایت می کند. همسانی درونی کل آزمون ۰./۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون- باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است. همسانی درونی زیر مقیاس عامل ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیر مقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است(۴۷).

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی مدیریت استرس و حل مسئله بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور انجام گرده است. با توجه به طرح پژوهش جهت تحلیل دادها از روش تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد و نتایج حاصل از تحلیل در جداول زیر ارائه گردیده است.

منبع	امید به زندگی				کیفیت زندگی			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مدیریت استرس	۲۶	۱/۸۵	۲۹/۹۳	۱/۶۷	۱۶۳/۹۳	۳۰/۵۹	۱۹۹	۲۱/۶۷
حل مسأله	۲۴/۴۰	۲/۰۴	۲۸/۸۷	۱/۶۴	۱۶۳/۴۰	۱۴/۹۸	۱۹۸/۵۳	۲۳/۵۳
کنترل	۲۵/۱۳	۲/۵۸	۲۵/۲۷	۲/۲۵	۱۶۸/۲۷	۱۹/۹۸	۱۶۸/۸۰	۱۵/۸۸

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته ، کیفیت زندگی و امید به زندگی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

در جدول شماره ۱ مشخصه اماری متغیرهای وابسته امید به زندگی و کیفیت زندگی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل نشان داده شده است. از داده های جدول مشخص است که بین میانگین گروه کنترل و میانگین گروه های آزمایش در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. این اختلاف در دو متغیر و در هر دو گروه آزمایشی، از گروه کنترل بیشتر است. همچنین، از بین گروه های آزمایشی میانگین حل مسأله در متغیر امید به زندگی اندکی بیشتر است.

براساس نتایج جدول شماره ۲، مشاهده می شود که تفاوت بین سطوح متغیرمستقل در ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی دار است. اساساً آزمون های چند متغیری، بطور همزمان اثر هریک از عوامل را بر متغیرهای وابسته آزمون می کنند. آزمون لامبدای ویلکز یک نمونه از این آزمون هاست که در این تحلیل مورد استفاده قرار گرفته است. بر اساس داده های جدول فوق، تفاوت بین سه گروه نیز با توجه به دو متغیر وابسته معنی دار است (Sig < ۰/۰۵). همچنین، میزان این تفاوت (مجذور سهمی اتا) ۰/۵۴ و توان آماری ۱/۰۰۰ می باشد.

همان طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود، در گروه مدیریت استرس اثر پیش آزمون بر امید به زندگی از لحاظ آماری معنادار است (F =۷۲/۶۱۳ ، Sig < ۰/۰۵). این بدان معنی است که نمرات پیش آزمون (متغیر همراه)، نمرات امید به زندگی را تحت تأثیر قرار داده است. همچنین، در گروه آزمایشی دوم (حل مسأله)، پیش آزمون با متغیر وابسته (پس آزمون کیفیت زندگی) رابطه معناداری دارد (F = ۶۷/۰۸۳ ، Sig < ۰/۰۵) و آن را تحت تأثیر قرار داده است. همین طور، مجذور سهمی اِتا که اندازه ی اثر نمرات متغیر همراه بر متغیر وابسته را نشان می دهد، در هردو مورد حداکثر است. مجذور اتا در واقع با مجذور همبستگی (r۲) مترادف است. برای آزمودن اثر آموزش مهارت ها در گروه های مدیریت استرس و حل مسأله بر متغیر های امید به زندگی و کیفیت زندگی لازم است اثر پیش آزمون ها کنترل شوند. نتایج فوق نشان می دهد که اثر متغیرهای مستقل به رغم حذف متغیرهای همراه همچنان از لحاظ آماری معنادار است و این معناداری برای متغیرهای امید به زندگی و کیفیت زندگی به ترتیب (F = ۶۷/۰۸۹ ، Sig < ۰/۰۵) و (F = ۲۷/۰۸۳ ، Sig < ۰/۰۵) می باشد.

اثر		مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی داری	مجذور سهمی اتا	توان آماری
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۲۰۹	۲۳/۱۵۹	۴	۷۸	< ۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۱/۰۰۰

جدول ۲:نتایج تحلیل واریانس چند متغیری اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون مدیریت استرس	امید به زندگی	۸۲/۲۸۵	۱	۸۲/۲۸۵	۷۲/۶۱۳	< ۰/۰۰۱	۰/۶۴۵	۱/۰۰۰
	کیفیت زندگی	۵۶/۷۳۱	۱	۵۶/۷۳۱	۰/۳۰۲	۰/۵۸۶	۰/۰۰۷	۰/۰۸۴
پیش آزمون حل مسأله	امید به زندگی	۶/۷۸۴	۱	۶/۷۸۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹۴	۰/۰۰۰	۰/۵۰
	کیفیت زندگی	۹۲۲۶/۲۰۹	۱	۹۲۲۶/۲۰۹	۴۹/۱۲۶	< ۰/۰۰۱	۰/۵۵۱	۱/۰۰۰
گروه	امید به زندگی	۱۵۲/۰۴۹	۲	۷۶/۰۲۵	۶۷/۰۸۹	< ۰/۰۰۱	۰/۷۷۰	۱/۰۰۰
	کیفیت زندگی	۷۵۱۲/۷۶۷	۲	۵۰۸۶/۳۸۳	۲۷/۰۸۳	< ۰/۰۰۱	۰/۵۷۵	۱/۰۰۰

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری اثربخشی روشها

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان داد که آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور موثر است (p < ۰/۰۵، ۷۶/۰۶۶ =F و p < ۰/۰۵، ۵۶/۱۷۶ =F). از آنجایی که ناباروری یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان شناختی تهدید کننده و تنش زا می باشد (۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱) .فشار طول دوره ناباروری، نوع درمان های دریافت شده، سیستم های مقابله ای فرد برای ایجاد سازگاری، حمایت های عاطفی و روانی موجود اجتماعی، استرس ناشی از پرهزینه بودن شیوه های جدید درمان ، مراجعات مکرر به کلینیک های ناباروری ، انجام آزمایشات پر هزینه، صرف وقت زیاد، تعیین برنامه ارتباط زناشویی طبق تقویم پزشک، غیبت از کار جهت درمان، تصور هرگز بچه دار نشدن و نا امیدی از درمان، فشار خانواده و اجتماع، مقایسه دایم خود با زوج های بارور، اختلال در سازگاری و روابط زناشویی و... در بسیاری از موارد منتهی به اضطراب، استرس شدید و مداوم و افسردگی زوج نابارور می گردد (۵۲، ۵۳) .

بنابراین می توان گفت با توجه به اینکه یکی از علل کاهش کیفیت زندگی زنان نابارور، وقوع تنیدگی های روزمره ی زندگی و فشار اجتماعی است(۴۵) ، به نظر می رسد مدیریت استرس می تواند به افراد کمک کند تا موقعیت هایی را که باعث استرس می شود، شناسایی و سپس راهبردهای مقابله ای برای مواجهه با این موقعیت ها را به دست آورند. در این روش افراد با اصلاح ارزیابی های شناختی، بهبود مهارت های مقابله ای و تمرین های ارایه شده برای تلفیق تکنیک های آموخته شده با موقعیت های زندگی واقعی خود، استرس ادراکی و مشکلات روان شناختی خود را کاهش می دهند و با رفع عوامل مخاطره ساز کیفیت زندگی در بهبود آن گام برمی دارند.

علاوه بر کیفیت زندگی ، در افراد نابارور امید به زندگی نیز کاهش یافته ، چون درمانهای ناباروری طولانی مدت بوده و در مواردی هم چندین بار ناموفق بوده و باید تکرار گرددند ، این افراد دچار ناامیدی می شوند. امیدواری پیوندی است میان رفتارهای مرتبط با هدف و باورهای فرد برای رسیدن به این اهداف. امیدواری از طریق تجارب موفقیت آمیز زندگی افزایش می یابد و به واسطه تجارب شکست تقلیل می یابد (۵۴). وقتی آسیب پذیری شناختی افراد با موقعیت زندگی پر استرس تداخل کند ، آنها تمایل دارند تفسیرهای منفی درباره آینده و خود ارزش دهی را بوجود اورند. این تعبیرها منجر به نا امیدی در بدست آوردن هدف های زندگی در زمان جاری و آینده می شود و به سادگی، تعامل آسیب پذیری شناختی و استرس ، باید نا امیدی را پیش بینی کند و این مسئله به نوبه خود منجر به کاهش رفتار هدایت شده به سوی هدف می شود(۵۵).

افراد نابارور به دلیل نا امیدی شکل گرفته در آنها ونگرش بدبینانه نسبت به ناباروری ، راهبردهای مناسب مقابله ای نداشته و در موقعیت ها نمی توانند مقابله های کارآمدی داشته باشند (۳۶). توجه به آموزش مهارت های مدیریت استرس مانند آرامش آموزی، خوش بینی و مثبت اندیشی و بهره گیری از راهبردهای کنار آمدن موثرتر مانند ارزیابی مجدد و مساله گشایی ، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی ، جستجوی حمایت اجتماعی وغیره در زنان نابارور، بسیاری از مشکلات آنها به ویژه ناامیدی و احساس پوچی و بی معنایی و سرخوردگی را تخفیف خواهد داد. بنابراین با آموزش مدیریت استرس می توان این افراد را با این راهبردهای مناسب آشنا و توانمند نمود. از سویی این روش با ایجاد نگرشهای جدید نسبت به مشکل ناباروری جایگزین ساختن آنها به جای نگرشهای اولیه ، نگرشهای منفی نسبت به ناباروری را کاهش می دهد. به طوری که زنان نابارور در مورد این دیدگاه که معنا و هدف زندگی، محدود به داشتن فرزند است، تامل کرده و نگرش منفی آنها نسبت به نداشتن فرزند، کاهش می یابد. نتیجه دیگر حاصل از پژوهش حاکی از این است که آموزش حل مساله بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور موثر است(F=۱۰۶/۲۰۳،p = ۰/۰۰۰ و P=۰/۰۰۰، F=۵۰/۸۸۸).

ناباروری با ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به یکی از اصلی ترین اهداف ازدواج، یعنی تولیدمثل و والد شدن، جریان تحول خانواده به دور ه های بعدی را مسدود و یا حداقل با مشکل بسیار جدی مواجه ساخته است . در مواجهه با این مشکل، زوج نابارور به طور مکرر چرخه ماهیانه مزمنی از امید و فقدان را تجربه می کند (۵۶). بدین ترتیب بدیهی است که چنانچه شیوه های موثری برای روبرو شدن و حل این مشکل در اختیار زوجین نباشد، می تواند به مشکلات جدی در روابط زناشویی منجر شده (۴۴) و در نهایت کیفیت زندگی این افراد را کاهش دهد. پژوهشها نشان داده که این افراد در حل مسئله معمولا از شیوه های نا کارآمد استفاده می کنند از جمله ، در پژوهش مظاهری و همکاران (۴۴) مقایسه زوجین با یکدیگر نشان داد که زنان نابارور کنترل درونی کمتری نسبت به توانایی خود در حل مشکلات نشان می دهند. آموزش مهارت های حل مسأله مانند تعریف دقیق مشکل، بررسی راه حل های موجود و انتخاب بهترین منابع و راه حل جهت تصمیم گیری، اجرا و ارزیابی فرایند حل مساله و مهمتر از همه ادراک خویشتن، که یکی از مراحل حل مساله است با تعریف کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی که کیفیت زندگی را ادراک فرد از موقعیت زندگی خود در زمینه فرهنگ ، ارزش ها و... همپوشی دارد. بنابراین آموزش حل مساله موجب توسعه ادراک خویشتن شده و می تواند بر افزایش کیفیت زندگی زنان نابارور موثر واقع شود. در پژوهشها مشخص شده است که کیفیت زندگی با امیدواری و راهبردهای مقابله ای ارتباط مثبت دارد(۳۳). ، به این معنی که افراد با کیفیت زندگی بالا در رسیدن به اهداف خود مصمم هستند و همچنین راهبردهای قدرتمندی را برای رسیدن به اهداف و حل مسائل استفاده می کنند(۲۷). آموزش حل مسئله می تواند افراد را امیدوارتر کند. زنان ناباروری که مهارت های حل مسأله را کسب نمودند به این نتایج می رسند ، برای به دست آوردن چیزی که برایشان مهم است به راه حل های زیادی فکرکنند، یاد می گیرد ، در جایی که دیگران نا امید می شوند می تواند راه حلی پیدا کند و برای مشکلش راه حل های زیادی وجود دارد که با بررسی راه حل ها ، بهترین راه حل را انتخاب می کندوباعث افزایش سطح امید در فرد می شود ،افراد امیدوار با بهره گیری از راهبردهای حل مساله ، تعریف دقیق مشکل ، بررسی راه حل های ممکن ، انتخاب بهترین راه حل، در جاهایی که دیگران نا امید می شوند می توانند راه حل مناسبی را بیابند .

به طور کلی می توان بیان نمود که هر دو روش مدیریت استرس و حل مسئله ، بر کیفیت زندگی و امید به زندگی زنان نابارور موثر بوده و باعث افزایش کیفیت زندگی و بالابردن سطح امیدواری افراد می شود.البته نتایج این پژوهش نشان داد که میزان تأثیرگذاری آموزش مدیریت استرس تا حدودی بیشتر از میانگین اثربخشی آموزش مهارت حل مسأله می باشد. به طور کلی این بررسی نشان داد که هم مدیریت استرس و هم توانایی حل مسئله می توانند در بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی زنان نابارور موثر باشد و می توانند به عنوان درمانهای پیشنهادی در کنار درمانهای پزشکی در مراکز درمان ناباروری ارائه شوند

تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل محترم کلینیک ناباروری دکتر ظهیری شهر رشت و خانواده های محترم شرکت کننده در پژوهش که نهایت همکاری را در انجام پژوهش داشته‌اند، تشکر و قدردانی می نماییم.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

منابع

1. Verena.T, Conselling for loss and Beravement. Sage publication. First Edition. 1997; pp:-64 6.
2. Pasch,L.A,&Bradbury,T.n.Social support ,Coflict, and the development of marital dysfunction. Journal of Consulting and Clinical psychology.230-66:219;2009.
3. Prghandan. Religious attitudes with regard to public health and marital adjustment in infertile couples. 2010. Proceedings of the Third Congress of Psychology, Tehran, Iran martyr Beheshti University.
4. Nilforoshan. P. Ahmadi. S.A. Abedi. M.R. Ahmadi. S.M. Attitudes towards infertility and its relation to depression and anxiety in infertile. Journal of Reproduction and Infertility.;2005 552-545.
5. Shanner L. Men, women and infertility: Intervention and treatment Strategies. J Psychosomat Res.104-103:(1) 42;1997.
6. Najmi. B. Ahmadi. S. S. Ghasemi. Gh. Psychological characteristics of infertile couples attending the Infertility Center of Isfehan. Journal of Reproduction Vnabarvry.2000.
7. Diamond R., Kezur D., Meyers M., Scharf C., Weinshel M. Couple therapy for infertility. New York, The Guilford Press.45-35;1999.
8. Chandra P.S., Chaturvedi S.K., Isaac M.K. et al. Marital life among infertile spouse, the wife's perspective and its implication in therapy. Family Therapy. 54-145 :18 ;1991.
9. Rajvir D, Ceinwen E, Cumming DC. Psychological Wellbeing and coping patterns in fertile men. Fertil Steril 7026 ,745 ;2000.
10. Beutel M, Kuprer J, Kirchmeyer P, et al. Treatment – related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. Andrologia 31:2735;1999.
11. Khosravi. Z. Predictors of mental health of infertile couples. Journal of Reproduction and Infertility. 64-56 :9 ;2001.
12. khoshbin A, Haghani H, Roshaninejad M, Sabagh MSh. Relation between loneliness and social support in infertile couples. J Iran Nurs. 36-31:(26)13;2000. [Persian]
13. Berg BJ, Wilson JF, Weingrtner PJ. Psychological sequelae of infertility treatment: the role of gender and sex role identification. Soc Sci Med. 80 –1071 :(9) 33 ;1991.
14. Schiedel D.G., Marcia J.E. Ego identify, intimacy, sex role orientation and gender. Developmental Psychol. 60-149 :21 ;1985.
15. Cloninger S.C. Personality. New York, Freeman. 1996.
16. Tofighi G. Study of comparative mental health and individual's characters in infertile and fertile couples who refers to Navid infertility treatment center. [Dissertation]. Tehran, 2007. [Persian
17. Chubforosh Zadeh, A., Kalantari, M., & Molavi, H.. Effectiveness of stress management cognitive behavior therapy on quality of life of infertile women. Journal of Clinical Psychology.;2011 21-14:(1)14.
18. Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: a meta–analysis. J Behav Med. 34158 :(4)22 ;1999.
19. O'Moore A.M., O'Moore R.R., Harisson R.F., et al. Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: effects of treatment with autogenic training. J Psychol Res. 51-145 :27 ;1983.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

20. Edelman R.J., Connolly K. Psychological aspects of infertility. Br J Med Psychol. :19 ;1986 19-209.
21. Greil A.L., Not yet pregnant: infertile couples in contemporary. America, New Brunswick, Rutgers University Press. 1991
22. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. Urology. 30-126:(1)63;2004.
23. Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, GhazalAswad S, Asaad MA. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. Int J Gynaecol Obs. 38-18:(2)80;2003.
24. Chachamovich, J. Chachamovich, E. Fleck, M.P. Cordova, F.P. Knauth, D. and Passos, E. Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. Oxford Journals Medicine Human Reproduction. 57-2151:(9)24 ;2009.
25. Amanati L, Allami M, SHokrabi SH, Haghani H, Ramezanzade F. Quality of life and infeluncing factors in infertile women. Iran J Obstet Gynocol Infertil. 31-25:(4)1;2009.
26. Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL. Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. Arch Phys Med Rehabil, ;2007 536 -88:529.
27. Almasi. F. Quality of life and its influencing factors in patients female Evin prison. PhD thesis, University of Social Medicine, Shahid Beheshti University.
28. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective wellbeing: The mediating roles of selfesteem, internal control and interpersonal conflict. J Marriage and Fam 40817 ,54;1992.
29. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 12631:(2)117;2004
30. Schneider Z, Elliot D, LoBiondoWood G, Beanland C, Haber J. Nursing research: methods, critical appraisal and utilization. 2nd ed. Sydney: MosbyElsevier; 2004: P:487.
31. Lowedermilk D, Perry S. Maternity and women`s health care. 8th ed. United States: Mosby; 2004: P:1274.
32. Brairwaite V. The hope process and social inclusion Ann Am acad political and Soc Sci. 28-92 :(5);2004.
33. Snyder CR, Lopez SJ. (Eds). Handbook of Positive Psychology. Oxford University press. 170-125 :2005.
34. Wang J, Patten SB. The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population. Can J Psychiatry. 73-167:(2)47;2002.
35. Joshi, H. Singh , R. Bindu. Psychological Distress, Coping and Subjective Wellbeing among Infertile Women. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 336-329 :(2)35 ;2009.
36. Agha-Yousefi A. Choobsaz F. The effect of coping therapy on hopelessness of infertile women . Journal of Behavioral Sciences 125-119:(2)5 ;2011.
37. Hamid N. Effectiveness of management of stress based on cognitive–behavioral way on depression, anxiety disorder and infertility of woman. J Behav Sci. 60-55:(1)5;2011. [Persian]
38. Linden,w.(2005).Stress management ;from basic science to better practice. published by SAGE.
39. Dafeai. M. The relationship between coping strategies and demographic characteristics and mental health of infertile couples Yazd. 1997. General Psychology Master›s thesis. Teacher training University

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

40. Hamid N, Mehrabi Zadeh Honarmand M, Sadeghi S. The Effect of Stress Inoculation Training (SIT) on Depression and Quality of Life in Multiple Sclerosis (MS) Patients with Control of Duration of Disease in Esfahan City. Jundishapur Sci Med J. 84-77:(1)11 ;2012.
41. Nazary, I. , Hosainpoor, M. (2010). The Effects of Social Skill on Anxiety And self-esteem among high school female students Baghmlk. Journal of New findings in psychology. :(6)2 ;2010 116-95.
42. Berk A., Sapiro J.L. Some implication of infertility on marital therapy: development of multifactorial measure. Br J Clin Psychol. 77-263 :35 ;1984.
43. Ahmadi. KH. Abdiyan. SH. Salimi. S. H. Communication skills, problem solving and marital satisfaction. 2011. Proceedings of the Third Iranian Congress of Psychology.
44. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihi Imani Z, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. J Reprod Infertil. -22:(4)2;2001 32. Persian.
45. Asgari, P. Saedi, S. Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2012; 6 (24).
46. Yaghmaei F. [Measuring behavior in research by valid and reliable instruments]. 1st ed. Tehran: Shaheed Beheshti University of Medical Sciences and Health Services; 58 .2007 p. Persian.
47. Snyder CR, Lopez SJ. Positive psychology: The scientific and practical exploration of human strengths. Newyork: Sage Pablication Inc; 2007.
48. Noorbala AA); Ramezanzadeh F; Malakafzali H,; Abedinia N,; Rahimi Foroushani A, (phD); Shariet M, (MD). Effectiveness of psychiatric interventions on depression rate in infertile couples referred to Vali-Asr Reproductive Health Research Center. Hakim Research Journal ;2008 26 -17 :(4)10.
49. Greil A. L. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. Soc Sci Med.1704-1670:(11) 45;1994.
50. Andrews F., Abbey A., Halman J. Is fertility problem stress different?. Fertil Steril.1253-57:1247;1992.
51. Peivandi. S. , Aghahossaini. M., The role of training in cognitive - behavioral therapy for reducing anxiety in women with primary infertility, GIFT and ZIFT. Journal of Reproduction and Infertility. 3 .4.
52. Saki. M ., Saki. M. Asti. P., Emotional aspects of infertile couples requesting client. Gametes, Journal of Reproduction and Fertility, Abstract Proceedings of First National Seminar on gamete and embryo donation Infertility. 2005.
53. Hassani. F., Navayee Nejad. SH. Nooranipour. R. Comparative efficacy of behavioral couples therapy - cognitive and Hyjanmhvr on depression in man infertile couples,. Search of Women 83 -61 .3 .6 .2008.
54. You, S., Furlong, M. J. Felix, E., Sharkey, J. D., & Tanigawa, D. (2008). Relations among school connectedness, hope, life satisfaction, and bully victimization. Psychology in the schools,;2008 5)45).
55. Haeffel GJ, Abramson LY, Brazy PC, Shah JY. Hopelessness theory and the approach system: Cognitive vulnerability predicts decreases in goal-directed behavior. Cogn Ther Res. -32:281 ;2008 90.
56. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Coping processes of couples experiencing infertility. Fam Relat. 39-227 :(2)55 ;2006.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]

Effects of stress management training and problem solving on quality of life and life expectancy among infertile women

Mohammad Reza Zarbakhsh Bahri [1], Zahra Shoa Hassani [1], Ziba Zahiri Sorouri [2], Farideh Amiralsadat Hafshejani [1], Mohammad Javad Khademi [1]

[1] Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Mazandaran, Iran
[2] Research Centre for Reproductive Health, Gilan University of Medical Sciences, Gilan, Iran

research article

Abstract

Introduction: This study aims to evaluate the effectiveness of stress management training and problem–solving training on quality of life and life expectancy of infertile women was conducted.

Material and Methods: The method of this study was experimental with pretest – posttest design with a control group. population of ۴۰۰ infertile women who referred to infertility center in Rasht were randomized to ۲۵۰ of them were selected and the quality of life and life expectancy of the study were the ۴۵ members of the quality of life and life expectancy lower were more randomly in three groups of ۱۵ people, including two experimental groups and one control group were replaced. Each experimental groups were trained for ۱۰ sessions of ۹۰ minutes, respectively, stress management and problem–solving. Upon completion of the training program, participants were assessed again.

Results: The result of present study showed that there was a significant difference between the experimental groups and control group in the scores of quality of life and life expectancy (P<۰,۰۵) while there was no significant difference between ۲ experimental groups in these scores (P>۰,۰۵).

Conclusion: Stress management and problem solving training were effective on life expectancy and quality of life of infertile women but there was no significant difference between the effectiveness of these two methods on life expectancy and quality of life of infertile women.

Key Words: Stress management training, Teaching problem solving, Quality of life, Life expectancy, Infertility

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-22]