

بهبود کیفیت زندگی و سازگاری زوجین نابارور با درمان یکپارچه نگر معنوی – مذهبی Improving Quality of Life and Adjustment in Infertile Couples with Spiritual - Religious Integrated Treatment

قاسم‌علی خوشنود^۱، مسعود غلام‌علی لواسانی^۲، امید حمیدی^۳، علی خوشنود^۴

Abstract:

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Spiritual - Religious Integrated treatment on improving the quality of life and adjustment in infertile couples. According to this, quasi-experimental pre-test and post-test with control group was conducted. The research population includes all infertile couples that refer to infertility Clinics in Isfahan in 1392. From them 40 patients were selected by convenience sampling method and were randomly divided to experimental (n=20) and control group (n=20). The World Health Organization Quality of Life (1999) Questionnaire and marital adjustment (spanier, 1976) was used to measure the pre-test and post-test. The experimental group received eight sessions Spiritual - Religious integrated treatment and control group remained on the waiting list. The results indicated a significant increase in quality of life and marital adjustment in the experimental group than the control group in the post test ($p < 0/001$). So, Cultural and religious beliefs in Iranian population can be successfully used in reducing problems of infertile couples.

Keywords: marital adjudment, quality of life, Spiritual - Religious Integrated treatment, infertility.

چکیده

این مطالعه به منظور بررسی تأثیر درمان یکپارچه نگر معنوی- مذهبی بر بهبود کیفیت زندگی و سازگاری زوجین نابارور انجام گرفت. برای انجام پژوهش حاضر از روش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. کلیه زوج‌های نابارور کلینیک‌های ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند که از این تعداد نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت گمارش تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) و سازگاری زناشویی (اسپانییر، ۱۹۷۶) جهت سنجش کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای درمان یکپارچه نگر مذهبی- معنوی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. یافته‌های پژوهش بیانگر افزایش معنادار نمرات کیفیت زندگی و سازگاری زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون بود ($p < 0/001$). بنابراین با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی موجود در جامعه ایرانی می‌توان از این رویکرد درمانی به طور گسترده‌تری در کاهش مشکلات زوجین نابارور استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: سازگاری زناشویی، کیفیت زندگی،

درمان یکپارچه نگر معنوی- مذهبی، ناباروری

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران. نویسنده مسئول: gh.khoshnod@gmail.com

۲- دانشیار روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

۳- دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز

۴- کارشناسی آموزش ابتدایی دانشگاه آزاد واحد شهرکرد

مقدمه

ناباروری^۱ به عنوان عدم توانایی بچه‌دار شدن بعد از حداقل یک سال از ازدواج، بدون استفاده از وسایل پیشگیری اطلاق می‌شود (بریک^۲، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها حاکی است که در حدود ۸ تا ۱۲ درصد از زوجها در دنیا با مشکل ناباروری دست و پنجه نرم می‌کنند. در این بین ۳۵ درصد مشکلات نازایی بطور اختصاصی مربوط به زنان، ۳۵ درصد مربوط به مردان، ۲۰ درصد بطور مشترک بین زن و مرد و ۱۰ درصد باقیمانده مربوط به علل ناشناخته است (سازمان بهداشت جهانی^۳، ۱۹۹۱). در ایران نیز شیوع ناباروری ۱۲ الی ۲۱/۹ درصد گزارش شده است (سیاهکال، نجومی و کمالی، ۱۳۸۵). ناباروری تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد (هایرسچ و هایرسچ^۴، ۱۹۹۵؛ برگ و ویلسون^۵، ۱۹۹۵). این تنش بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته و می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آن‌ها گردد (مک ناگتون، کاسیل و بوستویک^۶، ۲۰۰۰). ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روانشناختی، تهدید کننده و از جنبه هیجانی، ناتوان کننده است و مانند سایر فقدان‌ها، انرژی روانشناختی فرد را که معمولاً باید برای بهره‌مندی از زندگی و حل مشکلات صرف شود، تحلیل می‌برد (دارمن و دیویس^۷، ۱۹۹۱؛ به نقل از کرمی نوری، آخوندی و بهجتی، ۱۳۸۰). کرمی نوری، آخوندی و بهجتی (۱۳۸۰) در پژوهشی نشان دادند که عوامل روانشناختی می‌تواند در ایجاد ناباروری

دخالت داشته باشد و ناباروری می‌تواند پیامدهای روانشناختی بسیاری را با خود به همراه داشته باشد. از جمله پیامدهای روانشناختی که زوجین نابارور به احتمال زیاد با آن رو به رو هستند، کیفیت زندگی پایین این افراد است. کیفیت زندگی^۸ طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از "ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند که با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم زندگی مرتبط است" (دوایی و سینگ^۹، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان داده است که ناباروری با واکنش‌های بحرانی، اجتماعی و روان‌شناختی در ارتباط است و آسیب‌های شدید در زندگی خانوادگی و روابط بین شخصی ایجاد می‌کند (ناصری، ۲۰۰۰). همچنین زنان نابارور آسیب روحی - روانی بیشتر (لی، سان و چاو^{۱۰}، ۲۰۰۱) و افسردگی شدیدتری را گزارش می‌کنند به طوری که ۱۰ درصد آنها دچار افکار خودکشی می‌شوند (فیدو^{۱۱}، ۲۰۰۶) و تأثیرات منفی قابل توجهی بر هویت جنسی آنان خواهد داشت (اوتس و آبراهام^{۱۲}، ۲۰۱۰). اونات و بجی^{۱۳} (۲۰۱۲) نیز نشان داده‌اند نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در زوج‌های نابارور بالاتر از زوج‌های بارور است و نسبت به گروه بارور دارای کیفیت زندگی پایین‌تری هستند.

سازگاری زوجین از دیگر مؤلفه‌های روانشناختی است که باید در این گروه مورد توجه قرار گیرد. سازگاری^{۱۴} توانایی آمیزش، انطباق، مصالحه، همکاری و کنار آمدن با خود، محیط و دیگران تعریف شده است (فولادی، ۱۳۸۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد نابارور دچار خشم

8. Quality of life
9. Douaihy & Singh
10. Lee, Sun & Chao
11. Fido
12. Oats & Abraham
13. Onat & Beji
14. adjustment

1. infertility
2. Berek
3. World Health Organization
4. Hirsch & Hirsch
5. Berg & Wilson
6. McNaughton, Cassill & Bostwick
7. Darman & Divis

(سرگل‌زایی، محرری و ارشدی، ۲۰۰۱) و تأثیرات منفی عاطفی (بشارت، ۲۰۰۱) هستند. گیبسون و مایرز^۱ (۲۰۰۰) نشان دادند، بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه در درمان‌های طولانی‌مدت و گاهی ناموفق ناباورری باعث ایجاد باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طردشدگی، شکایت‌های جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و بسیاری از مشکلات روانی در زوجین ناباور می‌شود. بیسلی، تامپسون و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) نشان دادند که استرس‌های زندگی و حوادث آسیب‌زا با پریشانی‌های روانشناختی ارتباط دارند. همچنین ابوالقاسمی، شیبانی، نریمانی و گنجی (۱۳۸۷) نیز در پژوهشی نشان دادند که ابعاد روان‌نژندی در زنان ناباور به طور معناداری از زنان بارور بیشتر است.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد، افرادی که از آرامش خاطر و سلامت روانی برخوردارند، چون فشارهای روحی کمتری را تجربه می‌کنند، احتمال باروری آنان افزایش می‌یابد (دومار^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین این این سؤال مطرح می‌شود که آیا با ارائه راه‌کارهای درمانی در جهت افزایش سلامت روان و بهبود دادن شرایط زندگی زوجین ناباور می‌توان تاحدودی علت‌های روانشناختی که باعث ناباورری می‌شود را کاهش داد؟

در حال حاضر دیدگاه‌های نظری متعددی با رویکردهای متفاوت به دنبال تبیین و حل مشکلات زوجین ناباور هستند. در این میان با توجه به اینکه در علم پزشکی روش‌های معالجه‌ای برای برخی از نازایی‌ها وجود ندارد، برای کاهش مشکلات روانشناختی آن‌ها به منظور سازگاری

بیشتر و تداوم زندگی، تقویت باورها و اعتقادات مذهبی می‌تواند یکی از شیوه‌هایی درمانی بسیار مؤثر تلقی گردد (نیسی، کرمعلیان و همایی، ۱۳۹۱). درمان یکپارچه‌نگر معنوی مذهبی از درمان‌های جدید در حوزه روان‌درمانی مبتنی بر مذهب است که از ترکیب درمان شناختی-رفتاری کلاسیک و ابزارهای مقابله مثبت در مذهب و معنویت بوجود آمده است (پارگامنت^۴، ۲۰۰۷). اثربخشی این درمان در کاهش مشکلات روانشناختی همچون اضطراب مزمن، افسرده‌خوبی، مشکلات خواب و خوردن در مطالعات مختلف تأیید شده است (استانلی^۵ و همکاران، ۲۰۱۱؛ اسپانگلر^۶، ۲۰۱۰؛ پاوکرت^۷ و همکاران، ۲۰۱۱؛ رزمارین، پارگامنت، پیروتینسکی و ماهونی^۸، ۲۰۱۰). علاوه بر این درمان معنوی-مذهبی به عنوان درمان ترجیحی برای برخی بیماران معرفی شده (استانلی و همکاران، ۲۰۱۱) و در برخی مطالعات نیز اثربخشی بالاتری نسبت به درمان‌های کلاسیک شناختی و رفتاری داشته است (پاوکرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ رزمارین و همکاران، ۲۰۱۰ و هوک، ورثینگتون، دیویس و گارتنر^۹، ۲۰۱۰).

درمان‌های مبتنی بر مذهب در تأمین سلامت، سازگاری و کیفیت زندگی افراد ضروری است؛ چرا که معنویت، بخش مهمی از زندگی انسان‌ها در فرهنگ ملل و قومیت‌های مختلف بوده و تأثیر بسزایی بر سلامت و بهزیستی افراد و خانواده‌ها دارد (رضایی، احمدی، اعتمادی و حسین‌آبادی، ۱۳۹۱). ساکسنا^{۱۰} (۲۰۰۶) نیز معنویت را یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌داند. با توجه به این که مطالعات مختلف اثر گذاری درمان‌های معنوی-مذهبی را بر افزایش سلامت

4. Pargament

5. Stanley

6. Spangler

7. Paukert

8. Rosmarin, Pargament, Pirutinsky & Mahoney

9. Hook, Worthington, Davis & Gartner

10. Saxena

1. Gibson & Myers

2. Beasley, Thompson & Davidson

3. Domar

روان، کیفیت زندگی و سازگاری زوجین نشان داده‌اند (ریچاردز و برگین^۱، ۲۰۰۵؛ جیمز و ولز^۲، ۲۰۰۳؛ زاد هوش و همکاران، ۱۳۹۰)؛ اما در زمینه زوجین نابارور این موضوع کم‌رنگ‌تر است. در این زمینه مطالعات اکرت و لیستر^۳ (۱۹۹۷) نشان می‌دهد، اعتقادات مذهبی موجب کاهش اضطراب افراد شده و با هدفمند نمودن زندگی، از احساس پوچی آن‌ها جلوگیری می‌کند. اریکسون (۲۰۰۳) معتقد است، باور برخی افراد این است که خداوند از طریق رویداد فشارزا با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کند تا چیز مهمی را به آن‌ها یادآوری کند. لطیف نژاد، آلان و اسمیت (۲۰۰۹) نشان دادند که زنان نابارور از فازهای مختلفی عبور می‌کنند تا بتوانند بیماریشان را اداره کنند و در همه این فازها توجه زنان نابارور مذهبی به باورهای دینی‌شان معطوف می‌شود. فلاح، گلزار، دادستانی، ظهیرالدین، موسوی و اکبری (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش معنویت به شیوه گروهی باعث افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. فیشر، آی، آیدین، فری و هاسلام^۴ (۲۰۱۰) نشان دادند که وابستگی‌های مذهبی برای کمک به کنار آمدن افراد با مشکلات و رویدادهای استرس‌زا کمک کننده است. نیسی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مداخله‌ای گروهی شناختی- رفتاری مذهبی بر سلامت روانی زوج‌های نابارور تأثیر داشته است.

در مجموع با توجه به مطالعات انجام شده، ناباروری و مشکلات فردی و اجتماعی ناشی از آن به عنوان یکی از مسایل مهم زوجین است و با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از

آنجا که ناباروری به روش‌های مختلف تشخیص و درمان نیاز دارد، به عنوان یکی از مهم‌ترین بحران‌های زندگی مشترک شناخته شده است (اشمیت، مایکل و مونگو^۵، ۲۰۰۵؛ ۲۰۰۵ به نقل از حیدری و لطیف نژاد، ۱۳۸۹). به این ترتیب بدیهی است که چنان چه شیوه‌های مؤثری برای رو به رو شدن و حل این مشکل در اختیار زوجین نباشد، می‌تواند به مشکلات جدی در روابط زناشویی منجر شده و در نهایت سازگاری را کاهش دهد (مظاهری، کیقبادی، فقیه ایمانی، قشنگو پاتو، ۱۳۸۰). بر این اساس، با توجه به شیوع بالای ناباروری و به منظور پرکردن خلأهای پژوهشی در این زمینه به خصوص در مورد متغیرهای کیفیت زندگی و سازگاری در این گروه و فراهم سازی زمینه‌ای برای پژوهش‌های بعدی، این پژوهش انجام شده است تا به سؤال زیر پاسخ دهد که آیا درمان یکپارچه‌نگر معنوی- مذهبی بر بهبود کیفیت زندگی و سازگاری زوجین نابارور مؤثر است؟

روش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زوج‌های نابارور مراجعه کننده به کلینیک‌های ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۳۹۲ بودند که نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین آن‌ها انتخاب شدند. گروه نمونه به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش در یک مداخله ۸ جلسه‌ای هفتگی از درمان یکپارچه‌نگر معنوی مذهبی قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار ماند.

داده‌های پژوهش توسط شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل کواریانس با استفاده از نرم افزار SPSS-16 مورد

1. Richards & Bergin
2. James & Wells
3. Eckert & Lester
4. Fischer, Ai, Aydin, Frey, & Haslam

تجزیه و تحلیل قرار گرفت. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چند متغیّری، جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون M باکس و لوین استفاده شد و شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/ کواریانس بررسی شد.

شیوه درمان

درمان یکپارچه‌نگر مبتنی بر مذهب، اقتباسی از دستورالعمل درمانی باررا، زنو، بوش، استانلی و باربر^۱ (۲۰۱۲) است که برای درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی و افزایش مؤلفه‌های سلامت روان به کار گرفته شده است. در پژوهش حاضر سعی شده است علاوه بر بومی‌سازی، مؤلفه‌های اعتقادی و مذهبی درمان متناسب با نیازمندی‌های زوج‌های نابارور در دستورالعمل تنظیم و اجرا گردد.

در این دستورالعمل در جلسه اول، تنفس عمیق و آرامش عضلانی پیشرونده آموزش داده شد. اصول آرامش عضلانی در این درمان رعایت گردید، با این تفاوت که برای افزایش احساس آرامش از تمرکز و تصویرسازی بر کلماتی همچون الله، محمد، علی، بهشت، و جاودانگی استفاده گردید.

در جلسه دوم آرام‌سازی افکار و بازسازی شناختی انجام گرفت. علاوه بر بهره‌گیری از اصول شناختی- رفتاری کلاسیک، در این درمان بر توکل بر قدرت لایزال و نامتناهی خداوند تأکید شد. بدین ترتیب که فرد بپذیرد درست است که من نمی‌توانم از چیزی که اتفاق می‌افتد مطمئن باشم و بر تمام جوانب زندگی کنترل داشته باشم، اما می‌دانم قدرتی برتر و بزرگتر از تمامی مشکلات، ناظر و حامی من است.

در جلسه سوم تکنیک توقف افکار به زوجین آموزش داده شد. هدف از این بخش توقف افکار استرس‌زایی است که در هنگام شدت گرفتن علائم اضطرابی و افکار خود آیند منفی در زوجین نابارور شکل می‌گیرد. برای تحقق این هدف

از تنفس عمیق در کنار تمرکز و تصویرسازی با استفاده از لغات و عبارات آرامش بخش معنوی و مذهبی استفاده شد.

در جلسه چهارم تکنیک بخشش به کار گرفته شد. بخشش در آموزه‌های اسلامی و همچنین در درمان معنوی- مذهبی نقش کلیدی را بازی می‌کند. بخشش از متغیّره‌های مهمّ در روانشناسی مثبت به شمار می‌رود که با متغیّره‌های سلامت روان ارتباط مثبت و معناداری دارد. در درمان معنوی مذهبی فرد ارزش بخشش را از نظر پروردگار جهانیان ارزیابی می‌کند و به امید بخشیده شدن از جانب خالقش، مخلوقات او را می‌بخشد.

در جلسه پنجم توقف رفتارهای اضطرابی به زوجین آموزش داده شد. تکرار، نگرانی و اجتناب از مواجهه سازنده از علل اساسی اضطراب در اکثر بیماران به شمار می‌رود. درمان معنوی مذهبی با تأکید بر اصل مسؤلیت‌پذیری در ادیان دور باطل اجتناب و شدت گرفتن اضطراب را می‌شکند.

در جلسه ششم فعال‌سازی رفتاری به کار گرفته شد. برای کاهش مشکلات ناشی از کاهش سطح فعالیت در زوجین نابارور، درمانگر سعی می‌کند با تشویق بیمار به انجام فعالیت‌های مذهبی همچون دعا، مراقبه و شرکت در محافل مذهبی او را از نظر فعالیت در سطح مطلوبی نگاه دارد.

در جلسه هفتم خواب آرام بخش برای زوجین به کار گرفته شد. علاوه بر آموزش مفاهیم اساسی درباره مراحل و اهمیت خواب، می‌توان با بهره‌گیری از تصویرسازی‌های معنوی، استفاده از موسیقی‌های آرام‌بخش مذهبی و خواندن قرآن و کتب مذهبی پیش از خواب، با ایجاد احساس امنیت، خوابی عمیق و آرام را فراهم کرد.

در نهایت در جلسه هشتم فرآیند حل مسأله به زوجین آموزش داده شد. علاوه بر آموزش راه‌کارهای اساسی در حل مسأله، درمانگر به بیمار توصیه می‌کند که می‌تواند بخشی از بار حل مسائل و مشکلات را، همچون درخواست داشتن

فرزند را به دوش قدرت نامتناهی پروردگار مهربانش بگذارد، بدین ترتیب می‌توان بخشی از استرس ناشی از عدم کنترل را در زوجین کاهش داد.

برای انجام پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده گردید:

• پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی

بهداشت^۱ (۱۹۹۹): پرسشنامه کیفیت زندگی توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۹) به منظور سنجش کیفیت زندگی طراحی شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است. در این پرسشنامه جهت سنجش سلامت جسمانی ۷ گویه، سلامت روان‌شناختی ۶ گویه، روابط اجتماعی ۳ گویه و سلامت محیطی ۸ گویه طراحی شده است. ۲ سؤال اول نیز حیطه کلی کیفیت زندگی را می‌سنجد (نجات، منتظری، هلاکوبی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵). در ایران فرم کوتاه ۲۶ سؤالی آن هنجاریابی شده و روایی و پایایی آن مطلوب گزارش شده است (نصیری، هاشمی و حسینی، ۱۳۸۵). در این پژوهش عامل کلی کیفیت زندگی مد نظر قرار گرفته است.

• پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر^۲

(۱۹۷۶): این مقیاس که اولین بار توسط اسپانیر (۱۹۷۶) ساخته شد، دارای ۳۲ سؤال است که به کیفیت رابطه زناشویی یا روابط دو نفری مشابه آن می‌پردازد. با استفاده از نتایج این مقیاس، امکان تمایز زوج‌های سازگار و ناسازگار از جمله کسانی که احتمال اقدام به طلاق در آن‌ها بیشتر است، فراهم می‌شود. دامنه نمرات این مقیاس بین صفر تا ۱۵۱ است و نمرات زیر ۱۰۱ در خطر ناسازگاری هستند. میزان آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه در پژوهشی معادل ۰/۹۵ بدست آمد (ملازاده، منصور، اژهای، کیامنش، ۱۳۸۱).

همچنین روایی همزمان آن با مقیاس سازگاری زناشویی

لاک و والاس معادل ۰/۸۶ بدست آمد (اسپانیر، ۱۹۷۶ به نقل از ثنایی، ۱۳۸۷).

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش ۳۸/۲۳ (۵/۱۱) و گروه کنترل ۳۶/۴۹ (۳/۵۲) بود. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان دو گروه از دیپلم تا لیسانس بود. نسبت جنسیتی در دو گروه یکسان بود. به منظور تحلیل نتایج نمرات ترکیبی زوج‌ها جدای از این که مشکل نابرابری مربوط به کدام یک باشد، مورد محاسبه قرار گرفت. جدول ۱ بیانگر میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و کنترل در سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی است و نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بیشتر است.

جدول ۱.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

مرحله	متغیر	گروه‌ها	M	SD
پیش	سازگاری	کنترل	۹۲/۲۳	۲/۲۷
آزمون	زناشویی	آزمایش	۹۱/۱۱	۳/۱۱
	کیفیت زندگی	کنترل	۵۱/۴۷	۳/۳۲
		آزمایش	۵۱/۳۳	۲/۱۸
پس آزمون	سازگاری	کنترل	۹۰/۱۸	۱/۲۱
	زناشویی	آزمایش	۱۰۸/۰۲	۲/۳۳
	کیفیت زندگی	کنترل	۴۸/۱۱	۱/۱۱
		آزمایش	۸۶/۳۵	۳/۱۸

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد. سطوح معناداری همه آزمون‌ها در جدول ۲ نشان می‌دهد که امکان استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری وجود دارد. نتایج پیش فرض

1. World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)
2. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

متغیرها، شرط برابری واریانس‌های گروه‌های مورد مطالعه، رعایت شده است ($P=0/32$).

تساوی واریانس‌ها حاکی از همگنی واریانس‌ها بود ($BOX=15/181$, $F=1/359$, $P=0/18$). همچنین، بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای همه

جدول ۲.

نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی متغیرهای سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	آزمون	ارزش	F	P
پیلاتی- بارتلت		۰/۸۲	6/233	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویکلز		۰/۰۴	6/233	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	گروه	۳۸/۴۱۱	6/233	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی		۶/۲۳۳	6/233	۰/۰۰۰۱

سازگاری زناشویی در گروه آزمایش افزایش معناداری را نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پس از کنترل اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد (جدول ۳).

خلاصه نتایج تحلیل کواریانس با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان داد پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون، نتایج در پس‌آزمون تفاوت معناداری را بین دو گروه نشان می‌دهد. به عبارت دیگر نمرات کیفیت زندگی و

جدول ۳.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری تأثیر درمان بر سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی

منبع	SS	df	F	P
سازگاری	۳۰۱/۱۸	۱	۸۱/۱۱۳	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	۲/۷۷	۱	۱۲/۹۵۱	۰/۰۰۰۱

بحث

نتایج با یافته‌های گزارش شده از پژوهش‌هایی که درمان‌های شناختی- رفتاری و به ویژه درمان‌های مبتنی بر مذهب را در افزایش ابعاد گوناگون سلامت، همچون سازگاری و کیفیت زندگی مؤثر می‌دانند، همسو است (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۵؛ جیمز و ولز، ۲۰۰۳؛ هوک و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسپانگلر، ۲۰۱۰؛ پاوکرت و همکاران، ۲۰۱۱؛ رزمارین و همکاران، ۲۰۱۰؛ استانلی و همکاران، ۲۰۱۱؛ زاد هوش و همکاران، ۱۳۹۰؛ نیسی و همکاران، ۱۳۹۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، زوجینی که در جلسات درمان یکپارچه‌نگر مذهبی معنوی شرکت داشتند نسبت به گروه کنترل که در لیست انتظار بودند و هیچ درمانی را دریافت نکردند، در پایان جلسات درمان، سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی بالاتری داشتند. به این معنی که درمان یکپارچه‌نگر مبتنی بر مذهب موجب افزایش سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی در زوجین ناباور گروه آزمایش شده است. این

در تبیین یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که نظریه‌های شناختی و رفتاری می‌توانند مؤثر بودن روش درمانی شناختی- رفتاری را توجیه نمایند، اما این که این درمان‌ها با رویکرد مبتنی بر مذهب و معنویت مؤثر واقع شده است نیز دور از ذهن نیست چرا که تأثیرگذاری باورها بر احساسات و رفتارها، هم با تجارب عقل سلیم و هم با نظریات شناختی هماهنگ است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد انسان‌هایی که دینداری را به عنوان راهبرد مقابله‌ای برگزیده‌اند، با بهره‌گیری از متغیرهای شخصیتی و مرتبط با سلامت روان همچون بخشش، امید و سرسختی (ناوارا و جیمز^۱، ۲۰۰۵؛ براون و اهایون^۲، ۲۰۰۹؛ باتسون و شوالب^۳، ۲۰۰۶) و همچنین یافتن معنا و مفهوم در لحظه لحظه زندگی، نه تنها بحران‌ها و نامالایمات را پشت سر گذاشته‌اند، بلکه به رشد و پختگی بیشتری نیز رسیده‌اند. گرچه ناباروری به عنوان یک نقص در خانواده محسوب می‌شود و موجب افسردگی، اضطراب و ناتوانی در ادامه روابط زناشویی می‌گردد (چانگ، ۲۰۱۱؛ هالفورد^۴، ۲۰۱۱ و استفنس^۵، ۲۰۱۰) با این حال، زوجینی که از اعتقادات مذهبی به عنوان راهبرد مقابله‌ای بهره می‌گیرند، با توکل به خداوند استرس‌ها را بهتر تاب می‌آورند، با بهره‌گیری از دعا و فعالیت‌های مذهبی احساس کنترل بیشتری می‌کنند و با داشتن معنا و هدف در زندگی از احساس پوچی رهایی می‌یابند.

علاوه بر این، مذهب راهنمایی جامع در ارتباط با روابط جنسی، نقش‌های جنسیتی، از خود گذشتگی و

حل تعارضات زناشویی ارائه می‌دهد، که این قوانین می‌توانند استحکام و سازگاری را در پیوند زناشویی تضمین نمایند (ماهونی، ۲۰۰۳). افراد مذهبی ازدواج خود را با کیفیت معنوی بالاتری ارزیابی می‌کنند (ماهونی، ۲۰۰۵) و باورها و فعالیت‌های مشترک مذهبی در این زوجین، زمینه را برای توافق شناختی و در نهایت سازگاری زناشویی بالاتر هموار می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد دینداری و وجود مفاهیم ارزشی مشترک بین زوجین می‌تواند به عنوان عاملی تسهیل کننده در جهت ایجاد تفاهم، سازگاری و افزایش کیفیت زناشویی، حتی در شرایط استرس‌زایی همچون ناباروری مفید و مؤثر واقع شود. لذا نهادینه کردن مفاهیم عمیق و اصیل مذهبی در خانواده‌ها و به ویژه زوج‌های جوان در درجه اول و همچنین تربیت کادر درمانی مسلط و معتقد به اصول و راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مذهب، می‌تواند در جهت کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت، در سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد.

هزینه زیاد تحقیقات مداخله‌ای، عدم دسترسی آسان به زوجین نابارور و عدم استفاده از نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. لذا پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آینده با بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری دقیق‌تر و در گروه‌های هدف دیگر انجام گیرد تا تعمیم‌پذیری بیشتر را برای نتایج پژوهش حاضر میسر سازد.

منابع

ابوالقاسمی، ع.، شیبانی، ح.، نریمانی، م.، و گنجی، م. (۱۳۸۷). مقایسه ابعاد روان‌نژندی و آندروژنی در زنان نابارور و بارور شهر تهران. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶ (۷)، ۵۱۴-۵۰۸.

1. Navara & James
2. Braun & Ohayon
3. Batson & Shwalb
4. Halford
5. Stephenson

- ثنایی، ب. (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- حیدری، پ.، و لطیف نژاد، ر. (۱۳۸۹). ارتباط عوامل روانی اجتماعی با رضایت زناشویی زنان نابارور. *مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۴ (۱)، ص ۳۱-۲۷.
- رضایی، ج.، احمدی، ا.، اعتمادی، ع.، رضایی حسین آبادی، م. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش زوج درمانی اسلام محور بر تعهد زناشویی زوجین. *روانشناسی و دین*، ۵ (۱)، ص ۳۷-۶۰.
- زادهوش، س.، نشاط دوست، ح.، کلانتری، م.، رسول زاده طباطبایی، ک. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری همراه با توصیه‌های مذهبی و گروه درمانی شناختی - رفتاری کلاسیک بر کیفیت ارتباط زناشویی بانوان. *خانواده پژوهی*، ۷ (۲۵)، ص ۶۸-۵۵.
- سیاهکل، م.، نجومی، م.، کمالی، م. (۱۳۸۵). شیوع ناباروری و کم باروری. *مجله دانشکده پزشکی ساری*، ۶۱ (۵)، ۳۷۶-۳۷۱.
- فلاح، ر.، گلزاری، م.، داستانی، م.، ظهیرالدین، ع.، موسوی، م.، اکبری، م. ا. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)*، ۵ (۱۹)، ۷۶-۶۵.
- فولادی، ع. (۱۳۸۳). مشاوره هم‌تایان: چشم‌اندازها، مفاهیم بهداشت روان و مهارت‌ها. چاپ سوم، تهران: انتشارات طلوع دانش.
- کرمی‌نوری، ر.، آخوندی، م.، بهجتی اردکانی، ز. (۱۳۸۰). مطالعه و بررسی جنبه‌های روانی و اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۲ (۳)، ص ۲۵-۱۳.
- مظاهری، م.، ع.، کیقبادی، ف.، فقیه ایمانی، ز.، قشنگ، ن.، و پاتو، م. (۱۳۸۰). شیوه‌های حل مسأله و سازگاری زناشویی در زوج‌های نابارور و بارور. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۳ (۹)، ص ۳۲-۲۲.
- ملازاده، ج.، منصور، م.، ازهای، ج.، کیامنش، ع. (۱۳۸۱). سبک‌های رویارویی و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. *مجله روانشناسی*، دوره ۶، ۳ (پیاپی ۲۳)، ۲۷۵-۲۵۵.
- نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکویی نایینی، ک.، محمد، ک.، مجدزاده، س. ر. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴)، ۱-۱۲.
- نیسی، ع.، کرمعلیان، ح.، همایی، ر. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش مداخله‌ای گروهی شناختی رفتاری مذهبی بر سلامت روانی زوج‌های نابارور شهر اصفهان. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲ (۲)، ص ۱۵۱-۱۶۲.
- Barrera, T., L., Zeno, D., Bush, A., L., Barber, C., R., & Stanley, M., A. (2012). Integrating Religion and Spirituality into Treatment for Late-life Anxiety: Three Case Studies, *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 346-58.
- Batson, M. D., & Shwalb, D. W. (2006). Forgiveness and religious faith in Roman Catholic married couples. *Pastoral Psychology*, 55 (2), 119-129.
- Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual differences*, 34 (1), 77-95.
- Berek, J. S. (2007). *Berek & Novak's gynecology*. 14th ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1197.

- Ericsson, K. (2003).** *Should Happiness Be our ultimate Goal?* [http:// www religion happiness.](http://www.religionhappiness.com)
- Fido, A. (2006).** Emotional distress in infertile women in Kuwait. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49(1), 8-24.
- Fischer, P., Ai, A. L., Aydin, N., Frey, D., & Haslam, S. A. (2010).** The relationship between religious identity and preferred coping strategies: An examination of the relative importance of interpersonal and intrapersonal coping in Muslim and Christian faiths. *Review of General Psychology*, 14 (4), 365.
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2000).** *The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women*, Doctoral dissertation, University of North Carolina at Greensboro.
- Halford, W., K. (2011).** Best practice in couple relationship infertility couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 3, 385-396.
- Hirsch, A., M., Hirsch, S., M. (1995).** The longer, psychosocial effects of infertility. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 24, 6, 517-21.
- Berg, B., J., Wilson, J., F. (1995).** Patterns of psychological distress in infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 16 (2), 65-78.
- Besharat, M., A. (2001).** The contribution of couple`s attachment style to the adjustment to infertility. *Journal of Reproduction and Infertility*, 2(5), 17-25.
- Braun, M., & Ohayon, H. (2009).** Religiosity and Hope: path for woman coping with and diagnosis of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 5(5), 525-533.
- Change, S., A. (2011).** The Effects Of Solution-Counseling Program For infertility couples. *Family Process*, 34(7), 202-211.
- Domar, A., Penzias, A., Jeffery, D., Magna, A., Merai, D., Nielsen, B., & Paul, D. (2005).** The stress and distress of infertility: Does religion help women cope? *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 3(2), 45-51.
- Douaihy, A., & Singh, N. (2001).** Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *The AIDS reader*, 11 (9), 450-4.
- Eckert, R. M., & Lester, D. (1997).** Altruism and religiosity. *Psychological Reports*, 81 (2), 562-562.

- fertilization treatment. *Journal Fertility and Sterility*, 74(81), 87-93.
- Navara, G., S., James, S. (2005).** Acculturative stress of missionaries: Does Religious Orientation affect religious coping and adjustment? *International Journal Of Intercultural Relations*. 31(3), 63-39.
- Oats, J., Abraham, S. (2010).** *Fundamental of obstetrics & gynecology*. 9th ed. London: Mosby; 246.
- Onat, G., Beji, N., K. (2012).** Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *Journal Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 165(2), 243-248.
- Pargament, K. I. (2007).** *Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Paukert, A. L., Phillips, L. L., Cully, J. A., Romero, C., & Stanley, M. A. (2011).** Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41 (2), 99-108.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005).** *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*.
- Hook J., N., Worthington E., L., Davis, D., E., Jennings D., J., Gartner, A., L. (2010).** Empirically supported religious and therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 66(16), 46-72.
- James, A., & Wells, A. (2003).** Religion and mental health: Toward a cognitive behavioral framework. *British Journal of Health Psychology*, 8, 359-376
- Latifnejad Roudsari, R., Allan, H., T., Smith, P., A. (2009).** Navigating the journey of infertility: Muslim Christian infertile women's experiences. In: Evans MT, Walker ED. Religion and Psychology. New York: Nova Science Publishers: 208-41.
- Lee, T., Y., Sun, G., H., Chao, S., C. (2001).** The effect of an infertility diagnosis on treatment-related stresses. *Journal of Anthology*, 84(2), 178-80.
- Mahoney, A., Pargament, k. I., Swank, A., B., & Swank, N. (2003).** Sanctification of family relationships. *Review of Religious Research*; 44, 220-236.
- Mahoney, A. (2005).** Religion and conflict in marital and parent child relationship. *Journal of social issues*; 61(4), 689-706.
- Mc Naughton, B., Cassill, M., E., Bostwick, J., M. (2000).** Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro

- and behavioral Practice*, 17(3), 358-370.
- Stanley, M., A., Bush, A., L., Camp, M., E., Jameson, J., P., Phillips, L., Barber, C., R., Cully, J., A. (2011).** Older adult's preference for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging and mental Health*, 15 (5), 334-343.
- Stephenson, M. (2010).** The Effectiveness of Solution Focused Therapy with infertility couples: A Preliminary Report. *Family in Society*. 86(5), 468-484.
- World Health Organization (WHO). (1991).** Infertility: A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary fertility. Geneva. *WHO program on maternal and child health and family planning. Division of family health.*
- American Psychological Association, 119, 448-487
- Rosmarin, D., H., Pargament, K., I., Pirutinsky, S., Mahoney, A. (2010).** A randomized controlled evaluation of spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2): 799-808.
- Sargolzaee, M., R., Moharreri, F., Arshadi, H., R., Javadi, K., Karimi, S., Fayyazi-bordbar, M., R. (2001).** Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad Infertility Treatment Center. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2(8), 46-51.
- Saxena, S., H., & WHO QOL SRPB Group. (2006).** A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.
- Spangler, D., L. (2010).** Heavenly bodies: Religious issues in cognitive behavioral treatment of eating disorders. *Cognitive*