

The Effectiveness of Islamic Teaching Based Religious-Spiritual Psychotherapy on Quality of Life, in Infertile Women

Moazedi K¹, Porzoor P*², Pirani Z³, Adl H⁴, Ahmadi H⁵

1. Assistant Professor, Department of Islamic Studies, University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
 2. PhD student of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran
 3. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran
 4. Instructor, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Arak, Iran
 5. MA in Public Psychology, Islamic Azad University, Saveh Science and Research Branch, Iran
- * *Corresponding author.* Tel: +984531505653, Fax: +984531505653, E-mail: p.porzoor@gmail.com

Received: Nov 30, 2017 Accepted: Sep 3, 2018

ABSTRACT

Background & objectives: Studies show that the negative psychological effects of infertility are higher in women than in men. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of spiritual-religious psychotherapy based on Islamic teachings on the quality of life of infertile women.

Methods: The method of this quasi-experimental design was pretest-posttest with a control group. The statistical population of this study was all infertile women in Shiraz in the summer of 1396. A sample of 36 people, 18 in the experimental group and 18 in the control group, was selected through a sample of Shiraz's infertility centers. The two groups were matched in terms of the criteria for entering the research and the experimental group was subjected to spiritual-religious psychotherapy based on Islamic teachings for a total of 8 sessions in 45 minutes; while the control group did not receive any intervention. Both groups completed the quality of life questionnaire (short form 36 questions, 36-SF) before and after intervention as a pretest and post-test intervention.

Results: Data analysis was done using SPSS-16 software and covariance analysis. The effect of the spiritual-religious education program based on Islamic teachings on quality of life was significant at a level less than 0.05, which means that 0.882 of the changes in mean post-test scores relative to the variable pre-test of quality of life in The experimental group was based on the spiritual-religious education program based on the teachings of Islam.

Conclusion: The results showed that the effectiveness of spiritual-religious psychotherapy based on the teachings of Islam had an impact on the quality of life of infertile women and improved them. Therefore, this is a matter of great interest in our society, which has a special place in religion and spirituality.

Keywords: Spiritual-Religious Psychotherapy; Quality of Life; Infertility

بررسی اثربخشی روان درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی زنان نابارور

کاظم معاضدی عالی^۱، پرویز پرزور^{۲*}، ذبیح پیرانی^۳، حدیث السادات عدل^۴، هما احمدی^۵

۱. استادیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
 ۲. دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
 ۳. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران
 ۴. مربی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران
 ۵. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات ساوه، ایران
 * نویسنده مسئول. تلفن: ۰۴۵۳۱۵۰۵۶۵۳ فکس: ۰۴۵۳۱۵۰۵۶۵۳ ایمیل: p.porzoor@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بررسی‌ها نشان می‌دهند که اثرات روان شناختی منفی ناباروری برای زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی زنان نابارور است.

روش کار: روش این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان نابارور شهر شیراز در تابستان سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. نمونه آماری بالغ بر ۳۶ نفر ۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه کنترل بود که به روش نمونه گیری در دسترس از مراکز ناباروری شیراز انتخاب شدند. دو گروه از نظر ملاک‌های ورود به پژوهش همتا شدند و گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه ای تحت روان‌درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام قرار گرفتند؛ در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. هر دو گروه پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه ۳۶ سوالی، SF-۳۶) را قبل از مداخله به عنوان پیش آزمون و بعد از مداخله به عنوان پس آزمون تکمیل کردند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 و آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد. تأثیر برنامه آموزش معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار بود، بدین معنی که ۰/۸۸۲ از تغییرات حاصل در میانگین نمرات پس آزمون نسبت به پیش آزمون متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش به علت برنامه آموزش معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بود.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که اثربخشی روان درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی زنان نابارور تأثیر داشت و آنها را بهبود بخشید. لذا این امر در جامعه ما، که مذهب و معنویت جایگاهی ویژه دارد، توجه بیشتری می‌طلبد.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی معنوی- مذهبی، کیفیت زندگی، ناباروری

پذیرش: ۹۷/۶/۱۲

دریافت: ۹۶/۹/۹

مقدمه

یک که واکنش سوگ را به دنبال دارد، توصیف شده است و این رویداد، تنش جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد

ناباروری به منزله فقدان اساسی از تلخ‌ترین تجربه‌های زندگی مانند مرگ یکی از بستگان درجه

می‌کند (۱). از نظر پزشکی ناباروری عبارت است از ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت منظم، بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری (۲). ناباروری به دو نوع تقسیم می‌شود: ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه. در ناباروری اولیه قبلاً بارداری صورت نگرفته است، در حالی که در ناباروری ثانویه بارداری یا بارداری‌های قبلی وجود دارد (۳). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲ از هر ۶ زوج، یک زوج نابارور هستند و تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند از طرفی سالانه ۲ میلیون زوج به این جمعیت افزوده می‌شود (۴) و ناباروری حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد زوجین ایالات متحده و ۲۰ درصد کل جمعیت کشورهای غربی را تحت تأثیر قرار داده است (۵). در ایران بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند و با توجه به این که از نظر مذهبی، تاریخی، و فرهنگ عمومی ایران، فرزندآوری دارای اهمیت زیادی است، ناباروری می‌تواند یکی از دلایل طلاق مطرح شود (۶). اگرچه زن و شوهر هر دو این بحران را تجربه می‌کنند، ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که اثرات روان‌شناختی منفی ناباروری برای زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. تشخیص ناباروری، انتظارات زوجین نابارور را از زندگی به چالش می‌کشد، زیرا ناباروری یک عامل غیربرنامه ریزی شده است و بسیاری از زوجین از مهارت کافی برای مدیریت درست این مساله برخوردار نیستند (۷). یکی از دلایلی که موجب ایجاد فشار روحی مضاعف برای زنان می‌شود این است که مادرشدن به طور سنتی به عنوان نقش اساسی برای زنان پذیرفته شده (۸). با توجه به مواردی که ذکر شد، می‌توان ناباروری را در زنان به عنوان یک عامل در ایجاد برخی مشکلات قابل توجه در زندگی زناشویی دانست و کیفیت زندگی می‌توانند جزء مواردی باشند که تحت تأثیر ناباروری قرار می‌گیرند. زنان نابارور از جمله افراد اجتماع بوده که در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی هستند (۹). مطالعات نشان داده‌اند

¹ Quality of Life

منفی به زندگی از عوامل مختل کننده سلامت روان است. آنچه تفسیر هستی و تلقی جهان و انسان را برای فهم و شناخت رنج و گرفتاری‌ها و مصائب و سختی‌ها و تحمل و حتی شکیبایی در برابر مشکلات فراهم می‌کند و بالاتر از آن تضادهای واقعی را شیرین و پرجاذبه می‌گرداند، مربوط به نوع جهان‌بینی‌ها، بینش‌ها، اندیشه‌ها و عقایدی است که انسان درباره جهان و خویشتن پیدا می‌کند. زیرا اگر در جهان‌بینی خویش بتواند تفسیر عقلانی، معقول و در عین حال معنوی از هستی داشته باشد و هدف‌های روشن و راه‌های شفاف در رسیدن به آن هدف‌ها و نشاط و اجتهاد مقدس در رسیدن به آن هدف‌های متعالی را پیگیر باشد. هرگز جهان برای او تلخ نخواهد بود و رنج‌ها و گرفتاری‌های مسیر برایش تحمل ناپذیر و طاقت فرسا جلوه نخواهد کرد. بلکه باید و نبایدهای تشریحی و امور تکلیفی برای او لذتبخش است (۱۴). در سال‌های اخیر برای افزایش توان مقابله‌ای و ارتقای سلامت روان، معنویت به عنوان مؤلفه‌ای مهم وارد ادبیات نظری و پژوهشی شده است (۱۵). معنویت جنبه‌ای از آدمی است که بیانگر ارتباط و یکپارچگی او با عالم هستی است. این ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و وی را از محدوده زمان، مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (۱۶). بحران معنویت، بیماری بزرگ و کشنده انسان عصر مدرنیسم است. معنویت، نوعی راهبرد مقابله‌ای است که به هنگام بروز هرگونه شکست و ناملایمت، فرد می‌تواند با کمک آن تعادل خویش را حفظ کند (۱۷). در همین زمینه کاراسو (۱۹۹۹) نظریه معنویت درمانی را مطرح کرده و معتقد است روان درمانی معنوی بر پایه شش اصل متعالی استوار است. سه اصل سرزندگی روان که عبارتند از عشق به دیگران، عشق به کار و عشق به تعلقات؛ و سه اصل معنویت که شامل اعتقاد به معنویت، اعتقاد به یگانگی و وحدانیت و اعتقاد به دگرگونی است. این نوع درمان با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی مذهبی

به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرامادی از خود، دنیا، و حوادث و پدیده‌ها دست یابند و از طریق پیوند با این دنیای فرامادی، سلامت و رشد به دست آورند (۱۸). روان درمانی معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام نوعی درمان است که با استفاده از قدرت بالقوه ایمان به خدا و معنویت درمانجویان، و استناد به آیات قرآن و روایات در درمان و بهبودی مراجعان، مداخله‌هایی مبتنی بر آموزه‌های دینی-اسلامی به کار می‌گیرد. ایمان به خدا به انسان مؤمن نیرویی می‌بخشد که در تحمل سختی‌های طاقت فرسای زندگی به کمک او می‌آید. این نیرو می‌تواند نگرانی و اضطراب را برطرف کند و انسان را در فشارهای مختلف روحی-روانی یاری دهد. از دیدگاه اسلام، راه درمان اساسی اختلالات روانی، از جمله اضطراب و نگرانی، یاد خدا است (۱۹).

در این پژوهش فرضیات ذیل آزمون شد:

- ۱- روان درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی زنان نابارور موثر است.
- ۲- تأثیر روان درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور پس از یک ماه پایدار است.

روش کار

تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است که هر دو گروه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرند. اندازه‌گیری اول با اجرای یک پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم با یک پس‌آزمون انجام می‌گیرد. در این تحقیق پیگیری یک ماهه نیز صورت گرفت.

جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان نابارور شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ بودند. ملاک‌های ورود به تحقیق شامل: رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه، حداقل تحصیلات دیپلم، سن

مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. یک ماه بعد از اتمام جلسات، گروه آزمایش مجدداً به پرسشنامه‌ها جهت آزمون پیگیری پاسخ دادند. تمام پرسشنامه‌ها کنترل گردید تا هیچ یک ناقص نباشند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای کیفیت زندگی استفاده شد که در زیر به توضیح آن پرداخته می‌شود. پرسشنامه کیفیت زندگی (فرم کوتاه ۳۶ سوالی، ۳۶-SF) یک پرسشنامه معتبر است که به طور گسترده برای ارزیابی کیفیت زندگی، به کار برده می‌شود. این فرم توسط واروشربون (۲۰) در کشور آمریکا طراحی شده است. در ایران این فرم توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۵) با روش ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده و روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا (میانگین سنی ۳۵/۱ سال) که ۵۲ درصد آنها زن بودند، هنجاریابی شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای خرده مقیاس‌ها از ۷۷ تا ۹۰ درصد است، به غیر از خرده مقیاس سرزندگی که ۶۵٪ بود. در مجموع یافته‌ها نشان دادند که نسخه ایرانی این پرسشنامه ابزاری مناسب برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است. پرسشنامه (۳۶-SF) شامل ۳۶ سوال است که ۳۵ سوال آن در ۸ خرده مقیاس چندماده‌ای خلاصه شده است: هشت مقیاس (۳۶-SF) در ۲ بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی خلاصه می‌گردند. چهار خرده مقیاس اول شامل کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی و سلامت عمومی در بعد «سلامت جسمانی» و ۴ خرده مقیاس آخر شامل سرزندگی، کارکرد اجتماعی، نقش هیجان و سلامت روانی در بعد «سلامت روانی» ترکیب می‌شود.

روش اجرا

این رویکرد در ۸ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه و به مدت ۴ هفته) به شرح زیر اجرا شد:

آزمودنی‌ها بین ۳۰ تا ۴۰ سال، مدت زمان ازدواج بین ۵ تا ۱۰ سال، گذشت حداقل یک سال از تشخیص ناباروری آنان، عدم سابقه استفاده از روش‌های کمک‌باروری (ART)، نداشتن فرزند و فرزندخوانده بودند. نمونه‌های آماری به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراکز ناباروری شیراز انتخاب شدند. با توجه به اینکه روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود، حجم نمونه برای هر یک از گروه‌های مورد مطالعه ۳۶ نفر (۱۸ نفر گروه آزمایش و ۱۸ نفر گروه کنترل) انتخاب شدند. به این صورت که پس از برقراری ارتباط با آزمودنی‌هایی که دارای ملاک‌های ورود به تحقیق بودند و پس از توجیه آنها در رابطه با اهداف تحقیق، این افراد به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی پاسخ دادند و پس از هم‌تاسازی ۳۶ نفر از زنانی که کیفیت زندگی پائینی داشتند انتخاب شده و ۱۸ نفر از آنان برای گروه آزمایش و ۱۸ نفر برای گروه کنترل در نظر گرفته شدند. این زنان بیشتر در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند و از ۳۶ نفر از پاسخ دهندگان، ۹ نفر (۲۵ درصد) از پاسخ دهندگان دارای وضعیت اقتصادی خوب، ۱۸ نفر (۵۰ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط و ۹ نفر (۲۵ درصد) دارای وضعیت اقتصادی ضعیف هستند و هیچ کدام از پاسخ دهندگان، وضعیت اقتصادی عالی ندارند. از ۳۶ نفر از پاسخ دهندگان، ۸ نفر (۲۲/۲۲ درصد) از پاسخ دهندگان دارای مدرک دیپلم، ۵ نفر (۱۳/۸۹ درصد) مدرک فوق دیپلم، ۱۶ نفر (۴۴/۴۴ درصد) لیسانس و ۵ نفر (۱۳/۸۹ درصد) دارای مدرک فوق لیسانس هستند. مدت زمانی که از ازدواج پاسخ دهندگان گذشته است، ۵ سال و بالاتر می‌باشد؛ بطوری که ۶ نفر در ۵ سال اول زندگی، ۴ نفر به مدت ۶ سال، ۸ نفر به مدت ۷ سال، ۶ نفر به مدت ۸ سال، ۶ نفر به مدت ۹ سال و ۴ نفر به مدت ۱۰ سال از مدت زمان زندگی مشترکشان می‌گذرد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای تحت روان درمانی معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام قرار گرفتند؛ در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسات، هر دو گروه

جدول ۱. پروتکل درمانی

جلسه اول	هدف معارفه و آشنایی افراد گروه باهم و با روان‌درمانگر و همچنین تشریح برنامه، فراهم کردن زمینه پیش‌آزمون.
جلسه دوم	آگاهی از برنامه مداخله و آشنایی با مولفه‌های رویکرد معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام، بررسی اعتقادات شخصی افراد، آشنایی با مفهوم کیفیت زندگی.
جلسه سوم	تبیین مفهوم ناباروری، بررسی باورهای مختلف این افراد نسبت به موضوع ناباروری، نقش باورهای افراد در میزان اعتقادات افراد و عملکرد آنها، ایجاد چهارچوب جهت ایجاد اهداف.
جلسه چهارم	آشنایی با مضامین دینی و آموزه‌های اسلامی بر اساس روایات و کمک و بهره‌گیری از آیات قرآن، اشاره به نقش توکل در زندگی روزمره، پذیرش الوهیت الهی، بیان آثار و پیامد داشتن ایمان در زندگی.
جلسه پنجم	آشنایی با مفهوم خدانشناسی، شناخت ماهیت خود، توانمندی‌ها، محدودیت‌ها و پذیرش ضعف‌های خود، پذیرش مسولیت الهی.
جلسه ششم	نقش اعتماد خدا در آرامش روان، بیان مصداق‌های مربوطه با توجه به آیات در زندگی روزمره، زودودن افکار منفی و جایگزینی با افکار مثبت با استناد و بهره‌گیری از آیات قرآن مجید، آرزای عواطف و بیان احساسات و هیجانات ناشی از اعمال معنوی مشترک مثل دعا، صبر.
جلسه هفتم	معنادگی به تجربیات سخت، شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و اعتقاد به خدا و برشمردن نعمات زندگی.
جلسه هشتم	توانمند شدن و مقتدر شدن برای حل مشکلات خود و دیگران، تعمیم امور به زندگی با توکل به خدا، مرور و جمع‌بندی.

یافته‌ها

نفر از پاسخ‌دهندگان دارای مدرک دیپلم، ۶ نفر مدرک فوق دیپلم، ۱۸ نفر لیسانس و ۴ نفر دارای مدرک فوق لیسانس بودند. مدت زمانی که از ازدواج پاسخ‌دهندگان گذشته بود، ۵ سال و بالاتر بود؛ بطوری که ۱۰ نفر در سال پنجم تا دهم زندگی و ۲۶ نفر هم در سال دهم تا پانزدهم زندگی زناشویی خود بودند.

از ۳۶ نفر نمونه مورد مطالعه، ۱۲ نفر در بازه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال، ۲۴ نفر در بازه سنی ۳۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۴ نفر از پاسخ‌دهندگان دارای وضعیت اقتصادی عالی، ۱۲ نفر وضعیت اقتصادی خوب و ۲۰ نفر دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند و هیچ‌یک از پاسخ‌دهندگان وضعیت اقتصادی ضعیف نداشتند. ۸

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون تعد زناشویی و زیر مقیاس آن در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
کیفی	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
زندگی	۱۰/۱۲	۱۰۸/۲۳	۱۶/۰۷	۱۰۸/۲۳	۱۰/۱۲	۱۰۸/۲۳	۱۰/۱۲	۱۰۸/۲۳

پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بهبود یافته بود، اما همانطور که مشاهده می‌شود بین میانگین این متغیر در گروه کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوتی وجود نداشت.

در میانگین متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش که تحت برنامه آموزش معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام قرار گرفتند در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت دیده شد؛ به عبارتی متغیرهای کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مرحله

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مولفه‌های متغیر کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل (n=۳۶)

متغیر	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
کارکرد جسمانی	۱۴/۱۶	۲/۲۹	۱۴/۳۳	۳/۱۴	۱۴/۱۶	۲/۳۸	۱۴/۱۶	۲/۳۸
نقش جسمانی	۲/۲۲	۰/۸۱	۲/۱۱	۰/۷۵	۲/۲۷	۰/۸۲	۲/۲۲	۰/۸۲
درد جسمانی	۴/۲۸	۲/۰۲	۴/۱۶	۲/۰۹	۴/۰۵	۰/۹۳	۴/۲۸	۰/۹۳
سلامت عمومی	۸/۲۲	۳/۵۱	۸/۰۰	۳/۵۸	۸/۰۰	۳/۵۸	۸/۲۲	۳/۵۸
سلامت جسمانی	۲۴/۸۹	۴/۰۴	۲۴/۶۱	۴/۹۷	۲۴/۵۰	۳/۹۵	۲۴/۸۹	۳/۹۵
سرزندگی	۸/۱۱	۳/۳۲	۸/۰۵	۳/۳۸	۸/۳۸	۳/۳۵	۸/۱۱	۳/۳۵
کارکرد اجتماعی	۴/۰۵	۲/۱۱	۴/۰۵	۰/۹۴	۴/۰۵	۲/۰۵	۴/۰۵	۲/۰۵
نقش هیجان	۰/۶۸	۰/۷۸	۰/۵۶	۰/۷۱	۰/۷۳	۰/۸۴	۰/۶۸	۰/۸۴
روان سالم	۹/۸۹	۳/۷۳	۹/۷۷	۳/۶۶	۹/۶۶	۳/۲۷	۹/۸۹	۳/۲۷
سلامت روانی	۲۰/۷۷	۵/۹۳	۲۰/۴۴	۶/۰۳	۱۹/۸۳	۵/۴۰	۲۰/۷۷	۵/۴۰

ملاحظه می‌شود میانگین تمامی مولفه‌های متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش که تحت برنامه آموزش معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام قرار گرفتند، در پیش آزمون و پس آزمون با هم متفاوت بود، به عبارتی میزان این متغیر بهبود یافت.

اما با توجه به جدول ۳، ملاحظه می‌شود میانگین تمامی مولفه‌های متغیر کیفیت زندگی در گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون با هم تفاوت چندانی نداشتند.

جدول ۴. کلموگروف اسمیرنوف و شاپیروویلیک و لون برای متغیر وابسته

متغیر	آزمون	آماره	سطح معناداری
کلموگروف اسمیرنوف		۰/۲۸۹	۱/۰۰
شاپیروویلیک		۰/۸۷۴	۰/۵۱۳
لون		۱۳۷/۰۹	۰/۲۳

با توجه به خروجی نگاره‌های فوق چون سطح معناداری مرتبط با متغیر وابسته بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین فرض نرمال بودن داده‌ها پذیرفته

خواهد شد. در جدول فوق که مربوط به بررسی برابری واریانس نمونه‌ها می‌باشد، با توجه به سطح معناداری که مقداری بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ لذا

آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی به اندازه ضریب اتا (۰/۸۸۲) می‌باشد، بدین معنی که ۰/۸۸۲ از تغییرات حاصل در میانگین نمرات پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش به علت برنامه آموزش معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام می‌باشد. آزمون پیگیری یک ماهه: تاثیر آموزش گروهی مبتنی بر امید درمانی بر سازگاری زناشویی بعد از یک ماه پایدار است.

می‌توان نتیجه گرفت که واریانس نمونه‌ها همگن می‌باشد. لذا با توجه به نتایج آزمون‌های کولموگراف- اسمیرنف و آزمون لون می‌توان چنین مطرح کرد که امکان استفاده از آزمون‌های آماری پارامتری در این مطالعه وجود دارد. پس از انجام تجزیه و تحلیل کواریانس و با توجه به ردیف سوم جدول چون سطح معناداری برابر ۰/۰۰۱ و کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا فرضیه دوم پذیرفته می‌شود. میزان تأثیر برنامه آموزش معنوی- مذهبی مبتنی بر

جدول ۵. نتایج آزمون t جهت بررسی تفاوت نمرات کیفیت زندگی پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	آزمون برابری واریانس‌ها		آماره t	درجه آزادی	احتمال معنی‌داری	تفاضل میانگین‌ها
	آماره F	احتمال معنی‌داری				
کیفیت زندگی	۲/۷۶۳	۰/۱۱۶	۱/۰۳۲	۳۴	۰/۴۱۳	۴/۶۶

می‌گیرند (۲۱). یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی رویکرد معنوی- مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی در زنان نابارور گروه آزمایش و پایداری این تاثیر در مرحله پیگیری یک ماهه بود. بر اساس یافته‌های بدست آمده همه مولفه‌ها در این پژوهش پذیرفته شدند. این به آن معنا است که رویکرد روان‌درمانی معنوی- مذهبی بر مولفه‌های کیفیت زندگی (کارکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد جسمانی سلامت عمومی، سلامت جسمانی، سرزندگی، سلامت روانی، نقش هیجان، روان سالم، کارکرد اجتماعی) موثر بوده و آن‌ها را بهبود بخشیده است. با توجه به جدول ۲، به عبارت دیگر بین میانگین نمرات کیفیت زندگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش تفاوت وجود دارد. ولی بین میانگین نمرات کیفیت زندگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل تفاوت وجود ندارد. پس از انجام تجزیه و تحلیل کواریانس و با توجه به جدول ۴ چون سطح معناداری برابر ۰/۴۱۳ و کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا فرضیه پذیرفته می‌شود. نتایج پژوهش نشان داد که متغیر کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و آزمایش دارای تفاوت معنادار می‌باشد که این یافته

با توجه به جدول فوق، احتمال معنی‌داری ستون سوم (۰/۱۱۶) مربوط به متغیر کیفیت زندگی، فرض برابری واریانس‌ها در دو گروه پذیرفته می‌شود؛ لذا برابری واریانس‌ها مفروض است. با توجه به ستون ششم که احتمال معنی‌داری (۰/۴۱۳) بیشتر از ۰/۰۵ است، بنابراین بین کیفیت زندگی گروه آزمایش با کیفیت زندگی همان گروه در یکماه بعد تفاوت وجود دارد.

بحث

در آستانه هزاره سوم خانواده همچنان به عنوان مهمترین قرارداد زندگی شناخته می‌شود. درمان معنوی- مذهبی، به عنوان یکی از راهبردهای اساسی و یکی از روش‌های درمانی موثر، موجب می‌شود بشر از طریق آن بتواند از ابتلا به بیماری‌های جسمانی، روانی، عاطفی، اجتماعی و... پیشگیری کند و با بهره‌گیری از دین، نماز و نیایش به منبع لایزال و نامتناهی وابسته شود، و او حساس امید و آرامش داشته باشد. اکنون بسیاری از درمانگران، باورها و رفتارهای معنوی را به عنوان منابع قدرتمند تغییر، در روان‌درمانی‌های فردی، گروهی یا خانواده در نظر

با یافته‌های پژوهش زره‌پوش و همکاران، سلیمانی و همکاران، بابایی و همکاران غفرانی و همکاران همسو می‌باشد (۲۲). در مطالعات خارجی هم می‌توان گفت معنویت در تقابل با فشارهای زندگی عمل می‌کند و از این طریق موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۲۳، ۲۴). در نهایت، با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت معنویت عبارت است از حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی با این تعریف پایه و مبنای کار روان درمانی معنوی مذهبی است. مردم ایران تحت تأثیر موقعیت فرهنگی و مذهبی‌شان برای سازگاری با وضعیت بحرانی، بیشتر به مذهب روی می‌آورند.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که اثربخشی روان درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کیفیت زندگی زنان نابارور تأثیر داشت و آنها را بهبود بخشید. پژوهشگران معتقدند معنویت با اعمال و عقاید پذیرفته شده هر فرهنگ بیان می‌شود و شکل می‌گیرد (۲۵). این امر در جامعه ما، که مذهب و معنویت جایگاهی ویژه دارد، خود را بیشتر نشان می‌دهد. حال با توجه به اینکه بافت و فرهنگ در انتخاب عوامل حمایت‌کننده افراد آن جامعه نقش بسزایی دارد (۲۶) و اینکه بیشتر پژوهش‌های انجام

گرفته در این زمینه در بافتی متفاوت از بافت مذهبی کشور ما صورت گرفته، پیشنهاد می‌شود در زمینه بررسی تأثیر باورهای معنوی بر توانایی فرد برای سازگاری با مشکلات و افزایش کیفیت زندگی و دیگر متغیرها در جوامع آماری متفاوت پژوهش‌های بیشتری در سراسر کشور انجام شود. لذا پیشنهاد می‌شود که با توجه به اثرگذاری این رویکرد بر مهارت‌های رفتاری در حوزه مسائل پزشکی و توانایی‌های کارکردی با آموزش این رویکرد از مشکلات جدی‌تر پیشگیری کنند و بعنوان یک ضرورت جزو برنامه درمانی آنها قرار دهند. از آنجایی که ممکن است اثرات درمان پس از گذشت یک ماه بعد از مرحله پس‌آزمون تداوم نداشته باشد، لذا پیشنهاد می‌شود این رویکرد درمانی هرچند وقت یکبار پس از پایان درمان، برای حفظ اثرات درمانی تا طولانی مدت برگزار شوند. پژوهش‌هایی کاربردی با موضوعاتی مشابه در زمینه تأثیر امیددرمانی گروهی بر مشکلات روان شناختی دیگر در این زنان از جمله افسردگی و اضطراب صورت گیرد. مطالعاتی که بر مداخلات آموزشی (مانند آموزش مقابله‌های موثر، آموزش روابط زوجین، آموزش‌های مربوط به روابط جنسی) مبتنی هستند، در بررسی‌های آینده گنجانده شوند.

References

- 1- Aghamohamadian-sherbafe HR, Zarezadeh-Kheybari SH, Hrofghanad M, Hokmabadi M. The Relationship between Perfectionism and Sexual Function in infertile women. *Women's journal of Midwifery and Infertility*. 2014; 17 (97): 9-17.
- 2- Abbasi-Molid H, Ghamarani A, Fatehizadeh M. Pathology of Iranian infertile couples. *Journal of Medicine and purification*. 2009; 72: 8-20.
- 3- Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M. Effectiveness of psychotherapy training based on improving the quality of life for the happiness of family counseling and psychotherapy. *Journal of health*. 2011; 1 (1): 115-130.
- 4- Mascarenhas MN, Flaxman, SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since, a systematic analysis of 277 health surveys. *Plos medicine*, 2012; 9(12): 100-110.

- 5- Ramezandadeh F, Abedinia N, Babaei GH, Vizheh M, Pak Gohar M. The effect of counseling on sexual satisfaction of infertile women. *Journal of faculty nursing & midwifery, Tehran university of medical (Hayat)*. 2008; 14 (1), 21-30.
- 6- Behjati-Ardakani Z, Akhondi M, Kamali C, Fazli-Khalaf Z, Eskandari SH, Ghorbani B. Mental health assessment referring to Avicenna Infertility Center, Beheshti University, Tehran, Iran. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2010; 11 (45): 319-324.
- 7- Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertil Steril*. 2007; 88(4):911-914.
- 8- Padash Z, Fatehizadeh M, Abedi M, Eazadikhah Z. Research of effectiveness of quality of life based on consent. *Behavioral Science*. 2012; 10 (5), 363-372.
- 9- Obi SN, Onah HE, Okafar II. Depression among nijerian women following pregnancy loss. *Int J Gynecol Obstet*. 2009; 105(1): 602-610.
- 10- Ezati A, Nori R, Hasani J. Pattern structural relationships social support, Coping strategies and social labels with symptoms of depression in infertile women in Tehran. *Women's magazine and Infertility*. 2010; 16(45), 20-28.
- 11- Alizadeh S, Mohseni M, Khanjani N, Momenabadi V. The relationship between women's social participation and their quality of life in Kerman. *Health management perspective*. 2014; 3 (2): 42-34.
- 12- Fouladi F, Aega J, Gholamali-Lavasani MA, Barzegarkhanmouy S, Jalavani R. The Effectiveness of Communication Skills Training on Improving the Quality of Life of Married Women. *Journal of Education and Evaluation*. 2013; 6 (21): 127-141.
- 13- Rabbani-Khorasgani AS, Kianpour M. Income on theoretical approaches and practical definitions of the concept of quality of life. *Social Work*. 2010; 5 (4): 56-43.
- 14- Rudgar MJ. The Role of Religion in Dealing and Reducing Human Suffering, With Approach to Shahid Motahhari's Mutahari's Opposites. 2010; 15(56): 140-113.
- 15- Shimako J. *Handbook of Multicultural Mental Health*, 1st ed., San Diego: Academic Press. 2013.
- 16- Boulahari J, Nazari Q, Zamanian S. Effectiveness of short-term interpersonal therapy on psychological well-being and quality of life of addicted spouses. Chapter One of *Educational Psychology*. Tonekabon Azad University. 2012; 2 (1): 36-22.
- 17- Pond MF. *Investigating Climbing as a Spiritual Experience*, MSc Thesis in Recreation and Sport Sciences, Ohaio: Faculty of the Patton College of Education. Ohaio University. 2013.
- 18- Richards S, Bergin AE. *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. Washington DC. American Psychological Association, 2002.
- 19- Soleimani I, Najafi M, Bashpour S, Sheikholeslami A. Effect of Spiritual Intelligence on Quality of Life and Success of Students Covered by the Imam's Relief Committee. *Culture at Islamic University*. 2013; 4 (5): 546-537.
- 20- Shiri Z, Kazemi S, Sohrabi N. The Effect of Positive Thinking on Women's Quality of Life in Qeshm. *Psychological methods and models*. 2011; 2 (6): 57-67.
- 21- Ghafouri S, Mashhadi A, Hasan Abadi H. The Effectiveness of Forgivable Spiritual Therapy in Increasing Marital Satisfaction and Reducing Conflict of Couples in Mashhad. *Mental Health Principles*. 2013, 15(1): 45 -57.
- 22- Babaei Z, Latifi V, Isma'ili M. The role of spiritual excellence in predicting the mood and satisfaction of students' lives. *Culture at the Islamic University*. 2013; 4 (5): 536-515.
- 23- Amram JY. *The Contribution of Emotional and Spiritual Intelligences to Effective Business Leadership*, PhD Thesis in Psychology, Palo Alto: Faculty of Psychology. Institute of Transpersonal Psychology. 2009.
- 24- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD. Religiousness and Spiritual Support among Advanced Cancer Patients and Associations with End-of-life Treatment Preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*. 2007; 25: 555-560
- 25- Fallahi-Khoshkat M, Mazaheri M. *Psychology, Spiritual Care and Therapeutic Spirituality*. University of Welfare and Rehabilitation Sciences. Tehran. 2008.
- 26- Cicchetti D. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*. 2000; 71 (3): 543-562.

