

## بررسی تاثیر آموزش مداخله ای گروهی شناختی رفتاری مذهبی بر سلامت روانی

### زوجهای نابارور شهر اصفهان

عبدالکازم نیسی<sup>۱</sup>

دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز

حسن کرملیان

استادیار دانشگاه پیام نور، مرکز اصفهان

رضا همایی

عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور، زاینده رود

پذیرش مقاله: ۹۱/۵/۲۵

دریافت مقاله: ۹۱/۲/۶

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر تعیین تاثیر آموزش مداخله ای گروهی شناختی رفتاری مذهبی بر سلامت روانی زنان نابارور شهر اصفهان بود.

**روش:** روش پژوهش نیمه تجربی با گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش آزمون و پس آزمون بود. حجم نمونه برابر با ۱۰ زوج نابارور در گروه آزمایش و ۱۰ زوج نابارور در گروه کنترل بود که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی (GHQ) بود. برای تحلیل نتایج از تحلیل کواریانس استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج تحقیق نشان داد که بین سطح سلامت روانی زنان نابارور گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد.

**نتیجه گیری:** آموزش مداخله ای گروهی شناختی رفتاری مذهبی بر سلامت روانی زوجهای نابارور تاثیر داشته است.

**کلید واژه‌ها:** آموزش مداخله ای گروهی شناختی رفتاری مذهبی، سلامت روانی، زوجهای نابارور

<sup>۱</sup>. E.mail: kazem23@yahoo.com

## مقدمه

تولید مثل یکی از توانایی‌های انسان است که سمبلی از جاودانگی و میل به حیات را در وی نشان می‌دهد و این رفتار بر شخصیت انسان و اجتماع اثرات پایداری می‌گذارد. همان‌طور که ناباروری نیز اثرات پایداری بر شناخت، عاطفه و رفتار فرد می‌گذارد، به طوری که عملکرد او را در اجتماع تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر تعاملات وی با دیگران تأثیر می‌گذارد (سبحانی نژاد و همایی، ۱۳۸۳).

درواقع، یکی از تلخ‌ترین حوادث زندگی انسان، عدم توانایی در تولید مثل است. این حادثه می‌تواند موجب افت شدید روانی زوج‌ها شود به طوری که، بقیه زندگی آن‌ها را تحت الشعاع قرار دهد و چه بسا موجب فرو پاشی زندگی مشترک آن‌ها گردد، زیرا علت برخی از طلاق‌ها، نازایی یکی از زوجین بوده است (داروینسن، ۱۹۹۴). باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی بچه دار شدن یکی از محرک‌های قوی در تداوم زندگی و علاقه بیشتر در بین زوجین می‌باشد. به همین جهت بچه‌دار شدن و تشکیل خانواده یکی از هدف‌های اصلی ازدواج به شمار می‌رود. آمارها نشان می‌دهد در جوامع مختلف حدود ۱۵-۱۰ درصد زوج‌ها دارای مشکل نازایی بوده و تمام ازواجها به باروری نمی‌انجامد و برخی از آنها ناخواسته گرفتار تراژدی ناباروری می‌شوند (ونگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). این آمار طبق آمار مرکز نازایی اصفهان بین ۱۰ تا ۱۳ درصد می‌باشد. طی بررسی‌های انجام شده، از هر پنج جنس مذکر که در سنین باروری ازدواج کرده‌اند یک نفر به علت نازایی به پزشک مراجعه نموده است (رایان<sup>۲</sup>، برکویتز، باربیری و دونایف، ۱۳۸۸). کاستی‌های مربوط به ناباروری و دیگر عواقب روان شناختی آن، می‌توانند تأثیری نامطلوب بر زندگی افراد بگذارد به طوری که، در صورت تداوم زندگی نیز، زوجین با اضطراب ناشی از آن، زندگی همراه با افسردگی، احساس گناه و استرس را ادامه خواهند داد و بر اثر این فشارها سلامت روان آن‌ها بر هم خواهد خورد.

مطالعات پژوهشگران خارجی و داخلی حکایت از وجود اضطراب، استرس، افسردگی و احساس گناه و پایین بودن سطح سلامت روانی در زوجین نابارور دارد. مطالعات چانگ<sup>۳</sup> (۲۰۱۱)، هالفورد<sup>۴</sup> (۲۰۱۱)، استونس<sup>۵</sup> (۲۰۱۰)، فوتنت<sup>۶</sup> (۲۰۰۵)، ونگ<sup>۷</sup> (۲۰۰۴)، شیبیا، موری، مارکا، کشویکری، نادوک، ساتو و هری<sup>۸</sup> (۱۹۹۶)، ویلچنز و پارک<sup>۹</sup> (۱۹۹۴) و داروینسن<sup>۹</sup> (۱۹۹۴) در خارج از کشور و مطالعات سبحانی نژاد و همایی (۱۳۸۳)، پهلوانی (۱۳۸۱)، سامانی (۱۳۸۰) و غباری بناب و سهرابی (۱۳۸۰) در داخل کشور نشان می‌دهد زنان و مردان نابارور به علت استرس شدید ناشی از ناباروری دچار اضطراب، افسردگی و احساس گناه بوده‌اند.

1. Wong
2. Rayan
3. Change
4. Halford
5. Stephenson
6. Fotnet

1. Chiba, Mori, Morioka, Kashiwakura,, Nadaok, Satio, and Hiroi
2. Welchenez & Parck
3. Darvison

بنابر این سلامت روانی زوجهای مذکور سخت در خطر می‌باشد. همچنین در مطالعات چانگ (۲۰۱۱)، هالفورد (۲۰۱۱) و استونس (۲۰۱۰)، نیز گزارش داده شد که مداخلات روانشناختی زوج درمانی می‌تواند موجب کاهش افسردگی و اضطراب، و بهبود سلامت روانی زنان نابارور شده است.

بنابراین، می‌توان اذعان نمود، زنان و مردان نابارور از سلامت روانی مناسبی برخوردار نبوده و به علت عدم باروری دچار تنیدگی، اضطراب، افسردگی و احساس گناه می‌باشند. موس (۲۰۰۰) واکنشهای عاطفی افراد نابارور را که به علت استرس شدید در آنها پدید می‌آید در شش مرحله به شرح زیر گزارش داده است: مرحله اول: شوکه شدن و گیجی افراد است. در این مرحله فرد از آنچه رخ داده است، دچار سردرگمی شده و هنوز آن را قبول ندارد. در این مرحله سطح سلامت روان آنها از تعادل خارج می‌گردد.

مرحله دوم: انکار ناباروری است. در این مرحله فرد قادر به پذیرفتن واقعیت نیست و معتقد است با معالجه می‌تواند درمان شود. بوجود آمدن احساس گناه نیز در همین مرحله در فرد شکل گرفته که این احساس با گفتار اطرافیان شدت می‌گیرد. این احساس گناه می‌تواند زمینه‌های انزوا و افسردگی زوج‌ها، به خصوص زنان را فراهم نماید. بدین ترتیب سلامت روان آنها با مشکل جدی مواجه خواهد شد.

مرحله سوم: بروز خشم و پرخاشگری بر علیه گروه پزشکی که مشغول به کارگیری انواع درمان‌ها برای فرد هستند. در این مرحله تنیدگی زوجهای نابارور به سرعت رو به افزایش است که یکی از عوامل تشدید کننده آن احساس گناه شکل یافته از مرحله قبل بوده است. همچنین در همین مرحله، افکار پایان دادن به زندگی مشترک در صورتی که یکی از زوجین عامل اصلی ناباروری باشد، برای دیگری، شکل می‌گیرد.

مرحله چهارم: جدانمودن خود و همسر از محیط‌هایی که داشتن فرزند را دارای اهمیت می‌دانند و به آن افتخار می‌کنند. این فرار از محیط، ناشی از احساس گناهی است که در مراحل قبل بوجود آمده است. در این مرحله انزوای اجتماعی بیشتر شده که می‌تواند در بروز هر چه بیشتر افسردگی در زوجها تاثیر بگذارد. در این مرحله برای بازگرداندن سلامت روانی زوجها نیاز به مشاوره احساس می‌گردد.

مرحله پنجم: احساس گناه کاملاً بر زندگی احاطه یافته و فرد این حادثه را ناشی از مجازات الهی می‌داند. به همین جهت احساس بیهودگی و پوچی خاصی به فرد دست می‌دهد و افسردگی و گوشه گیری آنها افزایش می‌یابد.

مرحله ششم: مرحله سوگ است که زن و مرد به این نتیجه می‌رسند که دیگر راهی برای اینکه صاحب فرزند شوند وجود ندارد. در این مرحله افسردگی غلبه می‌یابد و این ناشی از احساس گناه و قطع امید از داشتن فرزند است. ترس از بین رفتن نسل آنها و عدم بازگویی این مشکل برای دیگران موجب تحمل این غم به تنهایی می‌گردد. همین مسئله موجب طولانی شدن مرحله سوگ و افزایش افسردگی در زوجین نابارور می‌گردد.

آنچه در تمامی مراحل قابل مشاهده بود، وجود احساس گناه و بروز افسردگی و به دنبال آن برهم خوردن سلامت روانی زوجهای نابارور می‌باشد. بنابراین، احساس گناه و افسردگی یکی از عوامل اصلی در

شکل‌گیری سایر مشکلات روانی و حتی فروپاشی زندگی مشترک، می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۵) سلامتی را حالتی از بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند. در تعریف دیگر دان (۱۹۸۷) سلامتی را یک روش کنش‌وری وحدت یافته می‌داند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است. به نظر وی سلامتی مستلزم این است که فرد طیف تعادل و مسیر هدفمند را با محیط، یعنی جایی که کنش‌وری خود را در آن آشکار می‌سازد، نگه دارد (به نقل از ادلین، گالتی و برون، ۲۰۰۰). استونس (۲۰۱۰) و فوتنت (۲۰۰۵) بر این عقیده هستند که خطر نابودی و از بین رفتن زندگی و نداشتن تکیه‌گاه برای ایام پیری، دو عاملی است که باعث اضطراب، نگرانی و ناراحتی عصبی در افراد ناباور می‌گردد و همین موضوع موجب بروز افسردگی و انزوای زوج‌ها می‌گردد.

با توجه به این که در حال حاضر در علم پزشکی روش‌های درمانی برای برخی از نازایی‌ها وجود ندارد، برای کاهش اضطراب و افسردگی آنها به منظور تداوم زندگی، تقویت باورها و اعتقادات مذهبی یکی از شیوه‌های درمانی بسیار موثر می‌تواند تلقی گردد. در این زمینه، مطالعات اچپرت و لیستر<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) نشان می‌دهد، اعتقادات مذهبی موجب کاهش اضطراب افراد شده و با هدفمند نمودن زندگی، از احساس پوچی آنها جلوگیری می‌کند. آنها در مقابل استرس مقاومت بیشتری دارند زیرا مشکلات بوجود آمده را ناشی از اراده و خواست خداوند می‌دانند. بر همین اساس سلامت روان آنها کمتر در معرض خطر قرار دارد.

همچنین، کاترز، لومباردو و دورک<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) پس از مطالعات خود بر روی افراد مذهبی دلایلی مبنی بر تاثیر مذهب بر آرامش روانی و کاهش اضطراب را به شرح زیر توصیف نموده‌اند:

- ۱- باورها و اعتقادات مذهبی توانسته بر احساس تعلق، پیوند، دلبستگی و کنترل زندگی فرد تاثیر گذارد و آن را در اختیار فرد قرار دهد. بروز مشکلات را ناشی از امتحان الهی می‌دانند.
- ۲- با فعالیت در مراسم مذهبی شبکه تعاملات اجتماعی فرد وسعت یافته و موجب حفظ و ارتقای هویت دینی و شخصی فرد می‌شود به طوری که، عملکرد اجتماعی وی موثرتر و با اعتماد به نفس خاصی انجام می‌گردد.
- ۳- تعهدات دینی با تاثیر بر رفتارهای فرد و تنظیم آنها، مشوق فعالیت‌هایی است که به طور مستقیم سلامت روانی و بدنی و همچنین تعادل در روابط بین فردی را افزایش می‌دهد.
- ۴- از بروز برخی از فعالیت‌ها و راهبردهای مقابله‌ای مخرب که باعث افزایش خطرات دیگری برای فرد می‌شود، جلوگیری می‌کند زیرا یاد خداوند را بهترین تسکین دهنده و آرامش دهنده می‌دانند.
- ۵- با فراهم نمودن چارچوب مرجع دینی برای فرد، زندگی معنادار و هدفمندگشته و فعالیت‌ها نیز در چارچوب اخلاقی خاصی انجام می‌گیرد. در این زمان حداکثر تلاش برای مفید بودن در اجتماع انجام خواهد گرفت.

1. Echert & Lester

2. Katr s; Lombardo & Dowrick

در همین زمینه، اریکسون (۲۰۰۳) نیز می‌گوید، باورهای برخی افراد این است که خداوند از طریق رویداد فشارزا با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کند تا چیز مهمی را به آنان یادآوری کند. در همین مواقع یاد خداوند به وی احساس آرامش خاصی می‌دهد. تحقیقات دیگر نشان می‌دهد که افراد مذهبی در مقابل فشارهای روانی مقاومت بیشتری دارند و راههای رسیدن به آرامش را از طریق مذهب کسب می‌کنند (اوتر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹؛ پرسمن<sup>۲</sup>، لونز، لارسون، واسترین، ۱۹۹۰؛ گارتتر<sup>۳</sup>، لارسون و سرین، ۱۹۹۱).

با توجه به مطالعات انجام شده که حکایت از وجود احساس گناه در زوجهای نابارور بوده و همچنین احساس آرامشی که می‌توان از یاد خداوند کسب نمود، حال این سوال مطرح است که آیا می‌توان به واسطه مداخلات شناختی رفتاری مذهبی سطح سلامت روانی زوجهای نابارور را افزایش داد. به همین منظور پژوهش حاضر در صدد سنجش تاثیر مداخلات شناختی رفتاری مذهبی در افزایش سلامت روانی زوجهای نابارور بوده است. در همین راستا دو فرضیه به شرح زیر تهیه و پاسخ داده شد:

۱- آموزش شناختی رفتاری مذهبی در افزایش سلامت روانی زوجهای نابارور موثر است.

۲- آموزش شناختی رفتاری مذهبی در افزایش سلامت روانی مردان و زنان نابارور موثر است.

## روش

در پژوهش حاضر، از روش تجربی با دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. دو گروه (آزمایش و کنترل) دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. اولین اندازه‌گیری قبل از آموزش (پیش آزمون)، و دومین اندازه‌گیری پس از اتمام آموزش (پس آزمون) بوده است. گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (آموزش گروهی شناختی رفتاری مذهبی) قرار گرفته و گروه کنترل بدون برنامه آموزشی در معرض متغیر مستقل واقع نشده و برنامه همیشگی و قبلی زندگی خود را ادامه داده‌اند.

## جامعه نمونه آماری و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور در

شهر اصفهان در سال ۱۳۸۵ بود. حجم نمونه برابر با ۲۰ زوج نابارور که شامل ۲۰ زن نابارور به همراه همسران آن‌ها بود. با توجه به این که پژوهش حاضر به روش تجربی انجام شده و معمولاً در پژوهش‌های تجربی برای کنترل دقیق متغیرها و این که جمع‌آوری افراد برای آموزش مداخلات درمانی با مشکل مواجه نشود، حجم‌های نمونه کمتری مورد استفاده قرار می‌گیرد، در این پژوهش نیز به طور تصادفی ۱۰ زوج در گروه آزمایش و ۱۰ زوج در گروه کنترل قرار داده شد. گروه نمونه از بین مراکز باروری و ناباروری شهر اصفهان انتخاب شدند. جهت انتخاب گروه نمونه پژوهشگران به مدت یک ماه در این مراکز مستقر شدند. زوجهای مراجعه کننده به این مراکز پرسشنامه سلامت روان را تکمیل نموده و از بین زوجهایی که نمرات بالاتری که دال بر پایین بودن سلامت روان بوده است را کسب نمودند، تعداد ۲۰ زوج به طور تصادفی ساده انتخاب و

1. Autar

2. Pressman

3. Gartner

دعوت به عمل آمد تا در جلسات آموزشی شرکت کنند. دامنه سنی افراد مورد مطالعه بین ۳۰ تا ۴۴ سال بود و به لحاظ تحصیلات ۶ نفر دارای تحصیلات متوسطه، ۱۳ نفر تحصیلات دیپلم، و ۲۱ نفر دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. در ابتدای پژوهش از تمامی افراد گروه آزمایش و کنترل رضایت اخلاقی جهت شرکت در پژوهش دریافت شد.

**ابزار پژوهش:** در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۱۲ سوالی GHQ استفاده شد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ و ویلیام (۱۹۸۸) تهیه شد. پرسشنامه مذکور نیز همانند پرسشنامه ۲۸ سوالی، یک آزمون مبتنی بر روش خودسنجی می‌باشد که معمولاً در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این پرسشنامه فقط یک نمره کل از آزمودنی استخراج می‌شود و همانند پرسشنامه ۲۸ سوالی از چهار مولفه برخوردار نیست. گلدبرگ و ویلیام ضریب همبستگی این پرسشنامه و پرسشنامه ۲۸ سوالی را ۰/۸۹ گزارش نمودند. معتمدی شلمزاری، اژه‌ای، آزاد فلاح و کیامنش (۱۳۸۱) ضریب پایایی پرسشنامه ۱۲ سوالی را ۰/۸۵ گزارش نمودند.

**روش اجرا:** گروه آزمایش در هشت جلسه آموزش گروهی شناختی رفتاری مذهبی به منظور افزایش سلامت روان شرکت نمودند. عناوین آموزش‌های داده شده در این جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول - اهداف: (۱) آگاهی زوجها از اهداف آموزشی جلسات و ایجاد انگیزه در آنها جهت شرکت مستمر در جلسات.

جلسه دوم - اهداف: (۱) افزایش آگاهی نسبت به افسردگی، (۲) آگاهی نسبت به خطاهای شناختی ناشی از افسردگی، (۳) آموزش تن‌آرامی.

جلسه سوم - اهداف: (۱) آگاهی نسبت به فلسفه پیدایش انسان، (۲) آگاهی نسبت به راههای رسیدن به کمال در دنیا و آخرت، (۳) آموزش تن‌آرامی.

جلسه چهارم - اهداف: (۱) آگاهی نسبت به قدرت و اراده خداوند، (۲) بازگو نمودن چند داستان واقعی از قدرت خداوند و اتفاقات غیر طبیعی که ناشی از قدرت خداوند بوده است، (۳) آموزش تن‌آرامی.

جلسه پنجم - اهداف: (۱) آگاهی نسبت به خواست خداوند به عنوان بهترین سرنوشت برای انسان، (۲) راههای برای رسیدن به خوشبختی و آرامش در زندگی، (۳) آموزش تن‌آرامی.

جلسه ششم - اهداف: (۱) آگاهی از اثرات توکل بر خداوند، (۲) آموزش راههای مقابله با استرس به واسطه توکل بر خداوند (۳) آموزش واکنش منطقی در مقابل گفتار دیگران با استفاده از مضامین مذهبی، (۴) آموزش تن‌آرامی.

جلسه هفتم - اهداف: (۱) تسلیم در برابر خواست خداوند (قبول ناباروری)، (۲) اثرات وجود فرزندان بد طینت در زندگی با ذکر چند مثال واقعی، (۳) پذیرش راههای دیگر برای رسیدن به فرزند (فرزند خواندگی)، (۴) آموزش تن‌آرامی.

جلسه هشتم - اهداف: (۱) برنامه‌ریزی در زندگی بر اساس توکل بر خداوند، (۲) مرور آموزشهای ارائه شده، (۳) آموزش تن‌آرامی.

در پایان هر جلسه با توجه به اهداف جلسات تکالیفی به زوجها، جهت اجرا در منزل داده شد(منبع پژوهشگران)

**روش های تجزیه و تحلیل داده ها:** در پژوهش حاضر علاوه بر استفاده از شاخص های آماری فراوانی، درصد، جداول، نمودار، میانگین و انحراف معیار، جهت تحلیل استنباطی داده ها از روش آماری آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

### یافته ها

در این قسمت یافته های پژوهش در جداول یک تا چهار ارائه شده است.

### جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روان زوجهای نابارور گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون	پس آزمون
آزمایش	میانگین ۲۷/۳۲ انحراف معیار ۵/۱۶	میانگین ۱۷/۱۸ انحراف معیار ۴/۴۲
کنترل	میانگین ۲۶/۲۵ انحراف معیار ۴/۷۷	میانگین ۲۸/۲۶ انحراف معیار ۴/۸۹

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که میانگین نمرات سلامت روان زوجهای گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون و همچنین نمرات گروه کنترل کاهش یافته است.

### جدول ۲. مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت روانی زوجهای نابارور گروه آزمایش و کنترل براساس جنسیت

جنسیت	متغیر وابسته	گروه آزمایش	گروه کنترل
مرد	پیش آزمون	میانگین ۲۶/۸۵ انحراف معیار ۵/۶۵	میانگین ۲۵/۸۵ انحراف معیار ۴/۷۱
	پس آزمون	میانگین ۱۶/۱۴ انحراف معیار ۴/۸۴	میانگین ۲۸/۲۵ انحراف معیار ۵/۴۸
زن	پیش آزمون	میانگین ۳۰/۲۵ انحراف معیار ۴/۸۴	میانگین ۲۷/۳۳ انحراف معیار ۴۸/۵۴
	پس آزمون	میانگین ۱۸/۳۹ انحراف معیار ۴/۰۵	میانگین ۲۸/۶۱ انحراف معیار ۴/۳۶

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات سلامت روانی مردان و زنان گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و همچنین نمرات گروه کنترل کاهش یافته است.

### جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به مقایسه میانگین‌های نمرات سلامت روان زوجهای نابارور گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	dF	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۹/۴۸	۱	۹/۴۸	۱/۳۶	۰/۳۸	۰/۰۹
گروه	۹۸۵/۲۳	۱	۹۸۵/۲۳	۷/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهند که بین گروه آزمایش و گواه از نظر سلامت روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ( $F=7/18, P=0/001$ ). به عبارت دیگر آموزش گروهی شناختی رفتاری مذهبی موجب افزایش سلامت روان زوجهای نابارور شده است.

### جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به مقایسه میانگین‌های نمرات سلامت روانی زوجهای نابارور گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون بر اساس جنسیت با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	جنسیت	مجموع مجذورات	dF	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	مرد	۶/۱۷	۱	۶/۱۷	۰/۸۴	۰/۴۱	۰/۰۵
	زن	۷/۴۴	۱۱	۷/۴۴	۰/۹۵	۰/۳۸	۰/۰۸
گروه	مرد	۹۵۵/۳۵	۱	۹۵۵/۳۵	۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	زن	۹۶۹/۸۹	۱۱	۹۶۹/۸۹	۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰



همانطوری که در جدول ۴ مشاهده می شود بین سلامت روان مردان گروه آزمایش و گواه از لحاظ آماری تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F=8/12, P=0/001$ ). همچنین، بین سلامت روانی زنان گروه آزمایش و گواه نیز تفاوت معنی دار یافت شد ( $F=9/36, P=0/001$ ). بر این اساس می توان اذعان داشت که آموزش گروهی شناختی رفتاری مذهبی موجب افزایش سلامت روانی زنان و مردان نابارور شده است.

### نتیجه گیری

مذهب به عنوان یک محرک قوی ایجاد انگیزه همیشه در زندگی انسان نقش مهمی را ایفاء نموده است. از این رو در این پژوهش از آن به منظور کاهش مشکلات روانی و افزایش سطح سلامت روانی زوجهای نابارور استفاده شد.

نتایج تحقیق تفاوت معناداری را بین سلامت روانی زوجهای نابارور گروه آزمایش و کنترل نشان داد. به عبارت دیگر آموزش گروهی شناختی- رفتاری- مذهبی طی هشت جلسه به زوجهای نابارور، موجب کاهش مشکلات روانی آنها از قبیل، احساس گناه، افسردگی و اضطراب آنها شده و سطح سلامت روانی آنها با توکل بر خدا و تسلیم پذیری در مقابل خواست و اراده خداوند، افزایش یافته است. یافته های مربوط به زنان و مردان گروه آزمایش در مقایسه با زنان و مردان گروه کنترل در خصوص سلامت روانی نیز نشانگر تفاوت معناداری بین پس آزمون سلامت روانی آنها بوده است. این یافته ها نشان دهنده آن است که آموزش شناختی رفتاری مذهبی هم در زنان و هم در مردان موجب افزایش سلامت روانی آنها شده است به واقع مذهب و یاد خداوند توانسته آرامش روانی خاصی به زوجهای نابارور بدهد به گونه ای که وجود نگرش منفی نسبت به خود، در آنها کاهش یافته و توکل بر خدا و قبول واقعیات و اراده خداوند به عنوان بهترین سرنوشت برای انسان، جایگزین افکار منفی شده و باورهای آنها نسبت به خود مثبت تر شده است. این یافته ها با یافته های مطالعات اچیرت و لیستر (۱۹۹۷) که تاثیر اعتقادات مذهبی در کاهش اضطراب افراد و افزایش سلامت روانی افراد را در مطالعه خود گزارش نموده اند، همسویی دارد. همچنین این نتایج با یافته های پژوهش کورکوران (۲۰۱۱)، ویتن (۲۰۰۹)، مک نیگتون (۲۰۰۰)، شیلینگ و همکاران (۲۰۰۰)، شیبا و همکاران (۱۹۹۶)، دومر و همکاران (۱۹۹۶) و حیدری (۱۳۸۰) که تاثیر آموزش های شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و احساس گناه افراد بوسیله اصلاح باورهای غیرمنطقی و خطاهای ادراکی آنها و افزایش سطح سلامت روانی داشته است همخوانی دارد. یافته های پژوهش حاضر نیز با نتایج مطالعات اریکسون (۲۰۰۳)، اچیرت و لیستر (۱۹۹۷)، کاترز و همکاران (۱۹۹۵)، گارتنر و همکاران (۱۹۹۱)، پرسمن و همکاران (۱۹۹۰) و اوتر (۱۹۷۹) که تاثیر مثبت مذهب بر کاهش اضطراب را نشان دادند، همسویی دارد. در تبیین یافته های تحقیق می توان گفت که مذهب با هدافند نمودن زندگی، انسان را از احساس پوچی نجات داده و موجب می گردد که فرد توکل بر خداوند را بهترین راه مقابله با استرس های دنیای امروزی انتخاب نماید. از طرفی، با توجه به اینکه ناباروری به عنوان یک نقص در خانواده محسوب می شود، موجب احساس افسردگی و اضطراب در زوجین به ویژه در خانمها می گردد. چون زوجین بچه آوردن را عامل ثبات خانواده و تحکیم روابط زناشویی در بین خود می دانند. بنابراین این پدیده به مرور زمان موجب احساس ناتوانی در ادامه روابط زناشویی گشته و به

تبع آن احساس اضطراب از جدایی و نهایتاً ناامیدی و افسردگی در زوجین می‌شود. مطالعات چانگ (۲۰۱۱)، هالفورد (۲۰۱۱)، استونس (۲۰۱۰)، فوتنت (۲۰۰۵)، ونگ (۲۰۰۴)، نصری (۲۰۰۰)، موس (۲۰۰۰) و داروین (۱۹۹۴) نیز این موضوع را تایید می‌کنند و وجود احساس گناه و اضطراب در زوجهای نابارور را امری بدیهی می‌دانند. همچنین، سبحانی‌نژاد و همایی (۱۳۸۳) فوتنت (۲۰۰۵)، وکتی ولام (۲۰۰۴) نیز وجود افسردگی و استرس در زنان نابارور را در گزارشات خود تایید نمودند.

البته این حالات در همه زوجهای نابارور مشاهده نمی‌شود. ویژه زوجهای ناباور دارای اعتقادات مذهبی است که با توکل به خدا، بر اضطرابات خود فائق آمده‌اند. توکل و اعتقاد به خدا موجب افزایش اعتماد و اطمینان افراد در مقابل استرس‌های موجود در زندگی می‌شود. چون این اعتقاد و توکل به عنوان یک حمایت و سپر محافظ برای افراد در مقابل استرس‌ها می‌باشد. افراد دارای هسته حمایتی راحت‌تر از بقیه افراد می‌توانند از عهده مشکلات زندگی برآیند.

بنابراین، می‌توان اذعان نمود که آموزش‌های شناختی- رفتاری مذهبی به خوبی توانسته خطاهای ادراکی افراد نابارور را با یاد خدا و توکل برآن، اصلاح کند و تأثیر مثبتی بر افکار آنها گذاشته به گونه‌ای که آنها بتوانند با این مشکل به صورت منطقی مقابله کنند و راهکارهای مناسب‌تری را برای آن اتخاذ نمایند. در پایان پیشنهاد می‌شود که برای درمان افسردگی و اضطراب زوجهای نابارور از آموزش گروهی شناختی- رفتاری- مذهبی استفاده کنند.

### منابع

- سازمان بهداشت جهانی. طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی و رفتاری ICD-10. ترجمه حسن توزنده جانی (۱۳۷۵). گناباد، بخشوده.
- پهلوانی، هاجر (۱۳۸۱). چکیده مقاله بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور. نشریه، باروری و ناباروری، ۱۱، ۱۷-۲۹.
- حیدری، پروانه (۱۳۸۰). چکیده مقاله تأثیر درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب خانم‌های نابارور اولیه تحت درمان IUI. نشریه، باروری و ناباروری، ۱۱، ۲۱-۳۲.
- رایان ک. جی؛ برکووتیز، آر. اس.، آر؛ باربیری، تی؛ و دونایف، آ (۱۳۸۸). اصول بیماریهای زنان. کیستتر. ترجمه بهرام قاضی جهانی و رضا قطبی. چاپ دوم: انتشارات اندیشه روشن.
- سامانی، سعید (۱۳۸۰). چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روانشناختی ناباروری. تهران. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. ۱۵-۳۲.
- سبحانی نژاد، مهدی و همایی، رضا (۱۳۸۳). بررسی مقایسه‌ای میزان تنیدگی و افسردگی زوجهای نابارور و عادی استان اصفهان. مجله دانشور علوم پزشکی دانشگاه شاهد تهران، ۶۶، ۳۵-۴۳.

معتمدی شلمزاری، عبدالله؛ اژه ای، جواد؛ آزاد فلاح، پرویز. و کیامنش، علی رضا (۱۳۸۱). **بررسی نقش حمایت اجتماعی در رضایتمندی از زندگی، سلامت عمومی و احساس تنهایی در بین سالمندان بالاتر از ۶۰ سال.** مجله روانشناسی، ۲۲، ۴۴-۶۵.

غباری بناب، بهرام و سهرابی، نسرين (۱۳۸۰). **چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه های روانشناسی ناباروری.** تهران؛ ۲۷ اردیبهشت ماه ۱۳۸۰. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران. ۳۱-۳۰.

Autar, S. (1979). Religious involvement and anti- social behavior. *Perceptual and Motion Skills*, 48, 1157-1158.

Chiba, H, Mori, E, Morioka, Y, Kashiwakura, M, Nadaok, T, Satio, H. and Hiroi, M.( 1996). Stress of Female infertility: Relations to length of treatment. *Journal Gynecology and abstract investigation*. ,43. P: 171-177.

Change, S.A. (2011).The Effects Of Solution-Focused Group Counseling Program For infertility couples. *Family Process*, 34 (7). 202-211.

Coldberg, D.P. & Williams, P(1988). Auser's Guide to the General Health Questionnaire. Winds or NFER-Nelson.

Darvison, G. C. (1994). - Darvison, G. C. (1994). *Abnormal Psychology*. New York: John wiley & some. Inc.

Domar, A. D, Zuttermeister, P. C, Seibel, M. and Benson, H.( 1992). Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment: are placation. *Fertility\_and\_sterility*. 58. 144-147.

Echert, R.M. and Lester, D. (1997). Altruism and religiosity. *Psychological Reports*, 81, 562-570.

Ericsoon, K. (2003). Should Happiness Beour ultimate Goal? [http:// www religion happiness. Htm](http://www.religionhappiness.htm).

Edlin, G.; Golanty, E. & Brown, K.M.(2000). Health and wellness. Jones and Bartlett Publisher, *International Barb House*, Barbmews, London w6- 7PA, UK.

Fotnet,M.G.(2005). Infertility and depression. *Social Psychiatry& Psychiatric Epidemiology*, 25,47-56.

Gartner, J.Larson, D. B. & Allen, G. (1991). Religious commitment and mental health: *A review of the empirical literature Journal of Psychology and Theology*, 19, 6-26.

Halford, W. K. (2011). Best practice in couple relationship infertility couples . *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3),385-396.

Katrs,M.; Lombardo,W.;& Dowrick, H. (1995). Problem Solving treatment and group psycho education for depression: multicenter randomized controlled trail. *Journal of British Medical*, 9, 33-44.

Kitty, K. & lam,D. (2004). The relationship between daily stress and health. *Journal of psychology and Health*, 8(5), 329-344.

Nasseri, M. (2000). Cultural similarities in psychological reaction to infertility. *Psychological report*. 86(2375-378).

Mc Naughton, C.( 2000) Development of brief stress management support groups for couples undergoing *invitro fertilization treatment*. *Fertile Sterile*. 74 (1): 87-93.

Mouse,R..(2000). Coping life stress and infertility. [http:/ www religion happiness. Htm](http://www.religion.happiness.Htm).

Scilling, G, Gonrad, R, Haidl, G and Liedtke, R.(2000). *Unresolved couple conflicts in male infertility*. *Hautarzt*. 51 (6). P; 412-415.

Pressman, P., Lyons, J.S. Larson, D.B. & Strain J.J. (1990). Religious belief, depression, and ambulation stated in elderly women with broken hips. *America Journal of Psychiatry*, 147, 758-766.

Stephenson, M. (2010). the Effectiveness of Solution Fused Therapy with infertility couples: *A Preliminary Report*. *Family in Society*. 86(5), 468-484.

Witten, W.( 2009). *Psychology key*. Deaux Brooks/ cole publishing company.

Wong, A. (2004). Stress & Miscarriage & Infertility. *Biological Psychophysiology*. 52, 147-157.

Welchenez,N.& Parck,K.(1999). Female and stress. *Journal of psychological studies*, 23(3) 194-206.

Gray,M & Lombardo,W.(2004). Life Event Attributions as a Potential Source Of Vulnerability Following Exposure to a Traumatic Event. *Journal of Loss & Trauma*, 9(1),59-72.

Maddi, S. R (2000). Humanism in personality. Chicago: Aldine-Atherton.