

مقایسه و رابطه رشد معنوی و استرس ادراک شده با شادکامی در زنان نابارور

و بارور شهر تهران

سمیرا خانی* ، نرگس باباخانی**

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

** استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن و عضو باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، رودهن، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۹۴/۰۶/۰۲

تجدیدنظر: ۹۴/۱۰/۱۲

پذیرش: ۹۴/۱۲/۰۵

کلیدواژه‌ها:

رشد معنویت، شادکامی، استرس ادراک شده، ناباروری.

هدف: هدف مقایسه رابطه رشد معنوی و استرس ادراک شده با شادکامی در زنان بارور و نابارور شهر تهران می باشد. پژوهش حاضر، پژوهشی کاربردی واز نوع همبستگی و علی مقایسه ای است. جامعه شامل کلیه زنان نابارور و باروری است که به ۲۵ مرکز درمان ناباروری شهر تهران مراجعه کرده بودند. از میان این مراکز دو مرکز ناباروری بصورت تصادفی انتخاب شد

روش: نمونه مطالعه شامل ۱۰۵ زن نابارور و نمونه مقایسه شامل ۱۰۶ زن بارور، به صورت در دسترس از این مراکز انتخاب شدند. افراد انتخاب شده به سه پرسشنامه سنجش معنویت (SAI)، استرس ادراک شده (PSS) و شادکامی آکسفورد (OHI) پاسخ دادند. ضرائب اعتبار آزمونها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۳ و ۰/۷۸ محاسبه شد.

یافته‌ها: نتایج تجزیه تحلیل داده ها با فرض همگنی واریانس ها با آزمونهای رگرسیون، پیرسون و فیشر نشان داد، در زنان نابارور شادکامی با رشد معنوی رابطه مثبت و با استرس ادراک شده رابطه منفی و معنادار دارد ($P < 0/001$). اما در زنان بارور شادکامی تنها با استرس ادراک شده رابطه منفی و معنادار دارد ($P < 0/001$). آزمون فیشر نشان داد رابطه رشد معنوی و شادکامی در زنان نابارور و بارور از تفاوت معناداری برخوردار است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: تحلیل رگرسیون بیانگر آن بود که در زنان بارور استرس ادراک شده تنها متغیری است که می تواند به طور معناداری ۱۷ درصد شادکامی را پیش بینی کند اما در زنان نابارور دو متغیر استرس ادراک شده و معنویت با هم قادرند ۵۲ درصد از واریانس شادکامی را پیش بینی کنند. به نظرمی رسد که تقویت معنویت و یافتن معنایی خاص برای زندگی در خلال رنج ناباروری میتواند باعث کاهش استرس ادراک شده و افزایش شادکامی شود.

Comparing the Relation between Spiritual Growth and Perceived Stress With Happiness among Fertile and Infertile Women of Tehran City.

* Samira Khani, ** Narges Babakhani

* M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

** Assistant Professor Islamic Azad University of Roudehen & Young Researchers and Elite Club, Roudehen Branch, Iran.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to compare the relationship between spiritual growth and perceived stress with happiness, in infertile and Infertility women in Tehran.

Method: Society is Include all of fertile and infertile women who were referred to 25 Infertility Treatment Centers in Tehran. Of these centers, the Laleh and Avicenna Infertility Treatment centers selected randomly. The study sample consisted of 106 Fertile women and comparative sample consisted of 105 infertile women were selected by available sampling method, they responded to three questionnaires: spiritual assessment inventory (SAI), Perceived Stress Scale (PSS) and the Oxford Happiness Inventory (OHI). reliability coefficients of the Tests whit using Cronbach's alpha, respectively, 0/77, 0/73 and 0/78 is obtained.

Results: results of the data with the assumption of homogeneity of variance were used of, multiple regression, Pearson and Fisher indicate that In infertile women between spiritual growth and happiness, there is a significant positive correlation And there is a significant indirect correlation with perceived stress ($p < 0/001$). but in fertile women happiness only has significant indirect correlation with perceived stress ($p < 0/001$). Fisher's test showed there is a significant different correlation between spiritual growth and happiness in fertile and infertile women ($p < 0.005$). Regression analysis showed that perceived stress in fertile women is only variable that can significantly predict happiness by 17%. But two variables, perceived stress in infertile women and spirituality together are able to predict 52 percent of the variance in happiness.

Conclusion: It seems that the strengthening of spirituality and finding meaning in life through the pain of infertility can reduce perceived stress and increase happiness.

Article Information:

History:

Receipt: 2015/08/24

Revise: 2016/01/02

Acceptance: 2016/02/24

Keywords:

Infertility, spiritual growth, perceived stress, happiness.

مقدمه

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ ها به عنوان یک تجربه استرس زا و بحرانی تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (کاوینگتون و بورنسل، ۲۰۰۷). در واقع ناباروری یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان شناختی تنش زا میباشد به همین دلیل است که بسیاری از مؤلفان پیامدهای روانشناختی ناباروری را به واکنش های سوگ عمومی تشبیه کرده اند. زوج های نابارور علاوه بر آن که با انواع مشکلات جسمانی روبه رو هستند، دسته ای از علائم روانی را نیز تجربه می کنند که عبارتند از اضطراب، اشکال در روابط بین فردی، ناکامی، خشم و پرخاشگری سرکوب شده، نارضایتی در روابط بین فردی، احساس حقارت، طردشدگی، احساس گناهناخود آگاه، افسردگی، حسادت، انزوا، کاهش عزت نفس، مشکلات جسمانی و وسواس فکری (حمید، ۱۳۹۰). بیشتر مطالعات گزارش کرده اند که در اغلب زنان تحت درمان ناباروری، پاسخ منفی تست بارداری، علایم افسردگی را در آنان تشدید می نماید (ولگستن و همکاران، ۲۰۱۰ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۹۳) با توجه به بستر محیطی پر تلاطمی که زنان نابارور را احاطه کرده است، این پرسش ذهن را درگیر خود میسازد که شادکامی این زنان در زندگی شخصی، تحت تاثیر چه متغیرهایی می تواند قرار گیرد؟ واژه شادی در انگلیسی را میتوان به دو معنا به کار برد: یکی شادی است که در این صورت از هیجان مثبت در زمان حال سخن گفته ایم؛ اما

معنای دوم آن، شادکامی و سعادت‌مندی است که در این معنای اخیر، شادکامی با خشنودی و رضایت از زندگی مترادف است و به نظر میرسد آنچه در روانشناسی مثبت گرا از آن بحث میشود، این معنا باشد (باوس، ۲۰۰۰). ارسطو، شادکامی را در خوب بودن، نیکی کردن و زندگی در سایه آن میدانست (۲۰۱۲). بر طبق نظریه داینر و همکاران (۲۰۰۰) شادکامی ارزشیابی است که افراد از خود و زندگیشان به عمل می آورند. در این نظریه ویژگی های فرد شادکام عبارتند از: داشتن دستگاه ایمنی قویتر و عمر طولانی تر، برخورداری از روابط اجتماعی بهتر، مقابله موثر با موقعیتهای مشکل، خلاقیت و موفقیت بیشتر و گرایش زیادتر برای کمک به دیگران (بختیاری، نظری و سیدی اصل، ۲۰۱۴). نظریه های مقابله در مورد شادکامی بیانگر آن است که افراد شادکام، افکار و رفتارهایی دارند که سازگار و کمک کننده می باشد، با دید روشنی به امور می نگرند، دعا و نیایش دارند، به طور مستقیم برای حل مساله از خود کوشش و تلاش نشان می دهند و به موقع از دیگران کمک می گیرند (همان منبع).

بسیاری از نظریه پردازان معتقدند که، یکی از راه های رسیدن به شادکامی و خوشبختی روانشناسی توجه به ارزشها و هدفهای معنوی، نیازهای بنیادی، معنی دار بودن و هدفمندی زندگی و عشق و علایق الهی است (وست، ۲۰۰۸ ترجمه شهیدی، ۱۳۸۷).

معنویت در لاتین از واژه اسپریتوس^۱ به معنای "زندگی" یا "روشی برای بودن" و "تجربه کردن" است که با آگاهی یافتن از یک بعد غیر مادی به وجود می‌آید (شهیدی و فرج‌نیا، ۲۰۱۲). ویکتور فرانکل اولین کسی است که به لزوم وجود معنا در زندگی پی برد و عقیده داشت که اگر انسانها برای رنج‌های خود معنایی بیابند راحت‌تر آنها را تحمل می‌کنند. فرانکل می‌گوید: «شما مجبور نیستید برای درس گرفتن رنج بکشید. اما اگر از رنجی که تحت کنترل شما نیست درس نگیرید، در این صورت زندگی‌تان واقعا بی‌معنا می‌شود... روش انسان برای پذیرفتن سرنوشتش آن چیزهایی که خارج از کنترل اوست - می‌تواند معنایی عمیق‌تر به زندگیش بیفزاید. او نحوه پاسخگویی‌اش را کنترل می‌کند».

ریشه معنوی نظریه وی بر پایه نگاه مسئولانه آن به انسان به عنوان یک مخلوق معنوی و متعالی قرار دارد. فرانکل تأکید می‌کند که انگیزه‌های درونی فرد، معنا و هدفی جامع در زندگی او به وجود می‌آورد به گونه‌ای که زندگی او را به سوی هدف اساسی و منزلت فردی سوق می‌دهد (فرانکل، ۲۰۰۷ ترجمه تبریزی و علوی نیا، ۱۳۸۸). رابرت ایمانز^۲ (۱۹۹۹) به عنوان یک روان‌شناس، اخیراً این سؤال که معنویت چگونه به شادکامی و تندرستی کمک می‌کند را مطرح کرده است (فرانکلین، ۲۰۱۰ ترجمه نجفی زند، ۱۳۹۰). ارتباط بین سلامت روان و معنویت در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که

معنویت در سلامت روانی و جسمی تأثیر به‌سزایی دارد (کوینگ و لارسون ۲۰۰۱). پیس، کامرون و شوت (۲۰۰۵)، جاکول، آجا، کیلسون، جانسون و ارال (۲۰۰۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که معنویت تأثیر عظیمی در سلامت روانی افراد دارد. پی و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود با افراد دچار ایدز، متوجه شدند که اکثر افراد مذکور افسرده‌اند. در پژوهش فوق معنویت و افسردگی رابطه معنادار و منفی داشت. پژوهشگران نتیجه گرفتند که در افراد دچار ایدز می‌توان با افزایش معنویت و تشویق این افراد به معنویت‌گرایی میزان افسردگی آنان را کاهش داد. پژوهش مظفری نیا و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که سلامت معنوی دانشجویان با شادکامی آنها رابطه مثبت و معناداری دارد. مان، مکوون-باکن، سیلیز و بوش (۲۰۰۸) در پژوهشی در مورد زنان باردار دریافتند مذهب و معنویت در کاهش افسردگی زنان حامله نقش اساسی دارد. تحقیقات گوناگونی نیز حاکی از وجود رابطه معنا دار میان نبود معنا و بروز اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی می‌باشند. نتایج تحقیقات کارسون (۲۰۰۰) حاکی از آسیب‌پذیر بودن افراد بی‌هدف می‌باشد، زیرا بی‌هدفی یکی از مفاهیم بنیادی در مبحث معناجویی است. هم‌چنین نتایج متعددی از جمله سارالوین (۲۰۰۲)، اینیوتی و دیویس (۲۰۰۳) حاکی از همبستگی میان سلامت عمومی و احساس معناجویی در زندگی است. اما سؤال دیگر، این که آیا معناجویی و رشد و

معنویت در لاتین از واژه اسپریتوس^۱ به معنای "زندگی" یا "روشی برای بودن" و "تجربه کردن" است که با آگاهی یافتن از یک بعد غیر مادی به وجود می‌آید (شهیدی و فرج‌نیا، ۲۰۱۲). ویکتور فرانکل اولین کسی است که به لزوم وجود معنا در زندگی پی برد و عقیده داشت که اگر انسانها برای رنج‌های خود معنایی بیابند راحت‌تر آنها را تحمل می‌کنند. فرانکل می‌گوید: «شما مجبور نیستید برای درس گرفتن رنج بکشید. اما اگر از رنجی که تحت کنترل شما نیست درس نگیرید، در این صورت زندگی‌تان واقعا بی‌معنا می‌شود... روش انسان برای پذیرفتن سرنوشتش آن چیزهایی که خارج از کنترل اوست - می‌تواند معنایی عمیق‌تر به زندگیش بیفزاید. او نحوه پاسخگویی‌اش را کنترل می‌کند».

ریشه معنوی نظریه وی بر پایه نگاه مسئولانه آن به انسان به عنوان یک مخلوق معنوی و متعالی قرار دارد. فرانکل تأکید می‌کند که انگیزه‌های درونی فرد، معنا و هدفی جامع در زندگی او به وجود می‌آورد به گونه‌ای که زندگی او را به سوی هدف اساسی و منزلت فردی سوق می‌دهد (فرانکل، ۲۰۰۷ ترجمه تبریزی و علوی نیا، ۱۳۸۸). رابرت ایمانز^۲ (۱۹۹۹) به عنوان یک روان‌شناس، اخیراً این سؤال که معنویت چگونه به شادکامی و تندرستی کمک می‌کند را مطرح کرده است (فرانکلین، ۲۰۱۰ ترجمه نجفی زند، ۱۳۹۰). ارتباط بین سلامت روان و معنویت در سال‌های اخیر مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که

1. spiritus
2. Robert Amanze

مدیریت استرس (شناختی^o رفتاری) می‌تواند به عنوان یک روش مداخله ای مفید، برای افزایش سلامت روان زنان نابارور بکار رود.

پژوهش های گوناگونی حاکی از وجود رابطه معنادار میان فقدان معنا و بروز افسردگی و اضطراب است. در پژوهشی که توسط حسینیان و همکاران (۱۳۸۳) انجام شد نتایج نشان داد که بین سلامت روان و احساس معناجویی در زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین غباری بناب و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی نشان دادند که بین میزان اضطراب و ابعاد معنویت (معنایابی در زندگی و ارتباط با خدا) همبستگی منفی وجود دارد. با توجه به اینگونه پژوهش ها و بر اساس نظریه معنا درمانی ویکتور فرانکل در پژوهش حاضر فرض بر آن است که زنان ناباروری که در جهت معنویت و معناجویی بیشتر در زندگی گام برمی دارند، در دستیابی به شادکامی و مقابله در برابر رویدادهای استرس زا بی که گاه خود را در مقابلشان عاجز میبینند، تواناترند. به همین علت و نیز با توجه به بالا بودن نرخ ناباروری در ایران (آخوندی، ۱۳۸۲) و در حاشیه قرار گرفتن مداخلات روانشناسی در اکثر مراکز ناباروری، محقق در صدآن است که در زمینه معنویت و اثرات احتمالی آن بر نوع رویایی زنان نابارور با مشکلات و اتفاقات استرس زا و همچنین میزان شادکامی آنان در زندگی، تحقیق و پژوهش به عمل آورد. پس بر آن شدیم، که با تعیین رابطه بین رشد معنوی و استرس ادراک شده با شادکامی در زنان نابارور و مقایسه این رابطه در دو گروه زنان

تقویت معنویت میتواند در درک افراد از رویدادهای استرس زا نیز موثر باشد؟

استرس، واژه ای است که اشاره به جمع عوامل جسمی، ذهنی، احساسی و یا تنش در فرد دارد. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) استرس را "ارتباط ویژه بین شخص و محیط، که شخص آن را به منزله ی فشار یا زیاده روی در منابع و مواردی که بهزیستی او را به خطر می اندازد ارزیابی می کند" تعریف کرده اند. این نظریه پردازان، با ارائه "الگوی تعاملی استرس" بر افزودن عوامل منحصر به فرد انسانی در درک و تفسیر تجربه استرس در توجیه استرس تاکید کردند. آنها اعتقاد داشتند که تفسیر رویدادهای استرس زا، از خود رویدادها مهم تر است (جی کرتیس، ۱۹۶۳ ترجمه آشتیانی، ۱۳۸۷).

داشتن فرزند و تولید مثل یکی از نیازهای اساسی نوع بشر است و محرومیت از آن زانی را که خواهان مادر شدن هستند، دچار استرس زیادی می کند. عوامل استرس زا ی ناباروری، شامل تعامل بین شرایط جسمانی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس العمل های دیگران و خصوصیات روانی فردی است و ممکن است برای سالها باقی مانده و با هر مداخله تشخیصی یا درمانی عود نماید (کاوینگتون و بورنسل، ۲۰۰۷)

ناباروری افراد را مستعد افسردگی و اضطراب می کند. بنابراین مداخلات روانشناختی میتواند سهم بسزایی در ارتقاء سلامت روان زنان نابارور و افزایش شانس باروری داشته باشد. هاشمی و فیلی (۱۳۹۴) نشان دادند که استفاده از روشهای

نابارور و بارور گامی نو در راستای پژوهش و تحقیق در زمینه ناباروری بر داریم.

روش

پژوهش حاضر، بر اساس هدف از نوع پژوهش کاربردی و از حیث روش از نوع همبستگی و علی مقایسه ای بوده است. زیرا علاوه بر اینکه رابطه بین رشد معنوی، استرس ادراک شده و شادکامی را در زنان بارور و نابارور بررسی کرده است، این روابط را در این دو گروه مورد مقایسه نیز، قرار داده است. جامعه مطالعه شامل کلیه زنان ناباروری بود که در پاییز ماه ۱۳۹۳ به ۲۵ مرکز ناباروری شهر تهران مراجعه کرده بودند و جامعه مقایسه شامل کلیه زنان باروری است که برای چکاب در همان زمان به این مراکز مراجعه کرده بودند. نمونه انتخاب شده به شیوه دسترس شامل ۲۱۱ زن (۱۰۵ نابارور و ۱۰۶ بارور) مراجعه کننده به مرکز ناباروری لاله و ابن سینا تهران بود که به صورت تصادفی از بین دیگر مراکز انتخاب شدند. نمونه ها ملاک های لازم را برای ورود به پژوهش از جمله: محدوده سنی (۵۰-۲۵)، ناباروری به مدت حداقل ۱ سال و تحصیلات حداقل سوم راهنمایی را دارا بودند. ابزار مورد استفاده شامل سه پرسشنامه سنجش نگرش معنوی (SAI)، شادکامی آکسفورد (OHI) و استرس ادراک شده (PSS) بود.

پرسشنامه سنجش نگرش معنوی (SAI) که توسط هال وادواردز (۱۹۹۶) تدوین شد، این پرسشنامه شامل ۴۷ سؤال ۵ گزینه ای به روش "نمره گذاری لیکرت" است. در سال ۲۰۰۲ هال وادواردز زیرمقیاس ها را مورد تجدید نظر قرار داده و

زیرمقیاس مدیریت برداشت را به آن افزودند. بنابراین نسخه اصلی دارای ۶ زیر مقیاس است. هال وادواردز (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاسهای پرسشنامه سنجش معنویت را بدین شرح گزارش کرده اند: آگاهی = ۰/۹۵، ناامیدی = ۰/۹۰، پذیرش واقعی = ۰/۸۳، بزرگنمایی = ۰/۷۳، بی ثباتی = ۰/۸۴ و مدیریت برداشت = ۰/۷۷. در پژوهش حاضر با روش کرونباخ برای آگاهی ۰/۸۶؛ ناامیدی، ۰/۸۹؛ پذیرش واقعی، ۰/۸۶؛ بزرگنمایی، ۰/۸۱؛ بی ثباتی، ۰/۷۸ و مدیریت برداشت، ۰/۷۵ و در کل ۰/۷۷ بدست آمد. این ضرایب حاکی از پایایی مطلوب این آزمون هستند.

جهت تعیین میزان شادکامی افراد از پرسشنامه شادکامی آکسفورد (OHI) مایکل و آرگایل، ۱۹۸۹ ترجمه علی پور و نور بالا، (۱۳۷۸) استفاده شد. این آزمون دارای ۲۹ ماده است و میزان شادکامی فردی را می سنجد. ۲۱ عبارت از آن از پرسشنامه افسردگی بک (BDI) گرفته شده و معکوس گردیده و یازده پرسش به آن اضافه شده است تا سایر جنبه های سلامت ذهنی را پوشش دهد. آرگایل و همکاران پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب الفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده اند. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آنها ۰/۴۳ محاسبه شد. در این پژوهش ضریب اعتبار این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسشنامه استرس ادراک شده (PSS) که توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) تهیه شد، برای اندازه

تعداد ۱۰۵ زن نابارور (۴۹/۸ درصد) و ۱۰۶ زن بارور (۵۰/۲ درصد) بودند.

میانگین سنی زنان نابارور در پژوهش حاضر ۳۲/۳۰ با انحراف استاندارد ۵/۷۰ و در زنان بارور ۳۲/۰۰ با انحراف استاندارد ۶/۰۵ بود بقیه اطلاعات جمعیت شناختی در (جدول ۱) آورده شده است.

برای مقایسه نمرات شادکامی و استرس ادراک شده در دو گروه زنان بارور و نابارور از آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که در متغیر شادکامی تفاوت معناداری در بین زنان بارور و نابارور وجود ندارد همچنین متغیر استرس ادراک شده در زنان نابارور بالاتر از زنان بارور بود اما تفاوت بین این دو گروه معنادار نبود برای مقایسه نمره کل معنویت در دو گروه زنان بارور و نابارور از آزمون یو من ویتنی استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که در این متغیر نمره زنان بارور به طور معناداری بیشتر از زنان نابارور بود. (جدول ۲)

در بررسی روابط بین متغیرها، نتایج آزمون پیرسون نشان داد که در زنان بارور شادکامی تنها با استرس ادراک شده همبستگی منفی معنادار دارد ($r = -0.46$ ، $p < 0.001$). از سوی دیگر در زنان نابارور شادکامی با متغیرهای استرس ادراک شده ($r = -0.52$ ، $p < 0.001$)، بی‌ثباتی ($r = -0.22$) و ناامیدی ($r = -0.42$ ، $p < 0.001$) و همبستگی منفی معنادار داشت. همچنین شادکامی در زنان نابارور با متغیرهای آگاهی ($r = 0.32$) و پذیرش واقعی ($r = 0.57$) و مدیریت برداشت ($r = 0.27$) و همبستگی مثبت و معنادار داشت. ($p = 0.004$)

گیری درجه ای که موقعیت های موجود در زندگی فرد، استرس را ارزیابی می شود استفاده شده است. شامل ۱۴ سوال است که هرکدام از این سوالها دارای ۵ گزینه است که نیمی از آن ها به صورت مستقیم و نیمی دیگر به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. سوالات این مقیاس به گونه ای طرح شده اند که پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیر قابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیر بودن و مشقت بار بودن استرس زندگی خویش در طول ماه گذشته بیان کنند. بعلاوه این مقیاس دارای تعدادی سوال مستقیم نیز در مورد اندازه گیری سطوح فعلی استرس در فرد است. کوهن و همکاران، ضریب آلفا برای پایایی مقیاس را در دو گروه دانشجوی و یک گروه نامتجانس دیگر، بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش کرده اند. در این پژوهش ضریب اعتبار آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شد.

روشهای آماری:

در تجزیه تحلیل داده ها با فرض همگنی واریانس ها، از آزمونهای t و یومن ویتنی برای مقایسه تک تک متغیرها در بین دو گروه، آزمون پیرسون جهت سنجش همبستگی بین متغیرها و آزمون رگرسیون برای تعیین متغیر پیش بین و همچنین آزمون فیشر به منظور مقایسه روابط بین متغیرها در دو گروه استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش حجم نمونه با استفاده از روش استیونس محاسبه شد و ۲۱۱ زن بارور و نابارور به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از این

جدول ۱. آزمون خی دو برای مقایسه میزان تحصیلات در زنان بارور و نابارور

گروه	تحصیلات	فروانی	درصد	خی دو	p-value
بارور	زیردیپلم	۳۶	مارس-۳۴	۴/۲۸	۰/۲۳۲
	دیپلم	۲۴	۲۲-سپتمبر		
	لیسانس	۳۶	مارس-۳۴		
نابارور	فوق لیسانس	۹	۰۸-یونیو		
	زیردیپلم	۴۸	مارس-۴۵		
	دیپلم	۱۶	۱۵-ینایر		
	لیسانس	۳۰	۲۸-مارس		
	فوق لیسانس	۱۲	۱۱-مارس		

جدول ۲. مقایسه شادکامی، استرس ادراک شده و معنویت در زنان بارور و نابارور

متغیر	بارور		نابارور		p-value	z یا t
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
شادکامی	۴۴/۲۵	۱۳-آبریل	۴۳/۱۴	۱۰/۷۳	۰/۴۹۸	t=۰/۶۸
نمره کل معنویت	۱۰۳/۸۰	۱۴/۴۸	۹۷/۸۴	۱۶/۴۰	۰/۰۰۸	Z=۲/۶۵
آگاهی	۸۰/۱۹	۱۱/۸۲	۷۵/۷۱	۱۰/۷۶	۰/۰۰۴	t=۲/۸۷
نامیدی	۱۵/۴۰	۶/۳۶	۱۶-نوفمبر	۵/۵۹	۰/۲۰۶	Z=۱/۲۶
پذیرش واقعی	۲۹/۲۹	۴/۳۳	۲۷/۲۶	۳/۷۶	۰/۰۳۱	t=۲/۲۰
بزرگنمایی	۲۰/۴۶	۴/۹۳	۱۹/۶۹	۴/۶۸	۰/۱۴۷	t=۱/۱۶
بی ثباتی	۲۸-سپتمبر	۶/۴۳	۲۷/۶۴	۶/۵۹	۰/۶۱۳	t=۰/۵۰
مدیریت برداشت	۱۹/۶۰	۳/۲۱	۱۸/۶۵	۲/۹۹	۰/۰۰۷	Z=۲/۷۱
استرس ادراک شده	۲۵/۲۷	۵/۷۹	۲۵/۸۸	۸/۳۰	۰/۵۳۷	t=۰/۰۱

جدول ۳. رابطه استرس ادراک شده و معنویت در زنان بارور و نابارور و مقایسه آن‌ها با استفاده از آزمون فیشر

متغیر	استرس ادراک شده (زنان بارور)		استرس ادراک شده (زنان نابارور)		آزمون فیشر	
	P	R	P	R	P	F
آگاهی	۰/۰۲۵	۰/۸۰۳	-۰/۰۸۷	-۰/۱۶۷	۰/۱۵۲	۱/۰۲۸
پذیرش واقعی	-۰/۰۲۵	۰/۸۶۶	۰/۰۶۸	-۰/۳۱۷	۰/۰۹۳	۱/۳۱۷
بزرگنمایی	-۰/۰۱۵	۰/۸۷۹	۰/۶۱۳	۰/۰۵۰	۰/۴۰۱	۰/۲۵۱
بی‌ثباتی	۰/۰۹۹	۰/۳۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶	۰/۰۵۱	۱/۶۳۱
نمره کل معنویت	-۰/۱۲۲	۰/۲۱۴	۰/۰۱۲	-۰/۲۴۴	۰/۱۸۲	۰/۹۰۵
ناامیدی	-۰/۰۹۷	۰/۳۲۳	۰/۰۰۱	-۰/۳۱۲	۰/۰۵۳	۱/۶۱۴
مدیریت برداشت	-۰/۱۰۸	۰/۲۷۱	۰/۰۱۶	-۰/۲۳۳	۰/۱۷۷	۰/۹۲۳

جدول ۴. رگرسیون خطی به سبک گام به گام برای پیش‌بینی شادکامی از طریق معنویت و ابعاد آن و همچنین استرس ادراک شده در زنان بارور

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیلی	F	P	B	β	T	P
شادکامی	۱	استرس	۰/۴۳	۰/۱۹	۰/۱۷	۱۰/۶۶	۰/۰۰۲	-۰/۹۳۴	-۰/۴۳	۳/۲۶	۰/۰۰۲

جدول ۵. رگرسیون خطی به سبک گام به گام برای پیش‌بینی شادکامی از طریق معنویت و ابعاد آن و همچنین استرس ادراک شده در زنان نابارور

متغیر ملاک	گام	متغیر پیش‌بین	R	R ²	R ² تعدیلی	F	P	B	β	t	P
شادکامی	۱	استرس	۰/۶۱	۰/۳۸	۰/۳۶	۱۹/۸۹	<۰/۰۰۱	-۰/۹۳	-۰/۶۱	۴/۴۶	<۰/۰۰۱
		معنویت	۰/۷۴	۰/۵۵	۰/۵۲	۱۹/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۷	-۰/۴۴	۳/۴۵	۰/۰۰۲
	۲	استرس	۰/۷۴	۰/۵۵	۰/۵۲	۱۹/۳۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۷	-۰/۴۴	۳/۴۵	۰/۰۰۲

برای بررسی رابطه بین استرس ادراک شده و رشد معنوی در زنان نابارور و مقایسه این رابطه با گروه زنان بارور تحلیل همبستگی پیرسون و تحلیل فیشر استفاده شد. نتایج این تحلیل در (جدول ۳) آمده است. بر طبق یافته‌ها تفاوتی بین گروه زنان بارور و نابارور در همبستگی بین استرس ادراک شده و معنویت وجود ندارد.

تحلیل رگرسیون خطی گام به گام نشان داد که در زنان بارور استرس ادراک شده تنها متغیری است که می‌تواند به طور معناداری شادکامی را در این زنان پیش‌بینی کند. استرس ادراک شده قادر است ۱۷ درصد از واریانس تغییرات شادکامی را پیش‌بینی نماید ($R^2=0/17$ تعدیلی). و در زنان نابارور در گام اول با ورود متغیر استرس ادراک شده، ۳۶ درصد از واریانس شادکامی زنان نابارور قابل تبیین است ($R^2=0/36$ تعدیلی). همچنین در گام دوم نیز متغیر نمره کل معنویت وارد معادله رگرسیونی شد و نتایج نشان داد که دو متغیر استرس ادراک شده و معنویت قادراند ۵۲ درصد از واریانس نمرات شادکامی را در زنان نابارور پیش‌بینی نمایند ($R^2=0/52$ تعدیلی). (جدول ۵ و ۴)

نتیجه‌گیری و بحث

در پژوهش حاضر یافته‌ها نشان داد، رابطه بین رشد معنوی و شادکامی در زنان نابارور و بارور متفاوت است، در زنان نابارور بین شادکامی با برخی از زیر مقیاس‌های معنویت از جمله: بی‌ثباتی و ناامیدی همبستگی منفی معنادار وجود داشت. همچنین بین شادکامی با متغیرهای آگاهی، پذیرش واقعی و مدیریت برداشت همبستگی

مثبت و معنادار وجود داشت. این بدین معناست که در زنان نابارور شادکامی با زیر مقیاس بی‌ثباتی که رابطه ناپایدار با خداوند رامی‌سنجد و زیر مقیاس ناامیدی از خداوند رابطه معنا دار منفی دارد و بیانگر این است که روابط سست و ناامیدانه با خداوند در این زنان با احساس شادکامی پایین‌تر در زندگی رابطه دارد. و همچنین زیر مقیاس‌هایی همچون آگاهی از حضور خداوند در تمامی لحظات زندگی، پذیرش مشکلات و مصائب زندگی و مدیریت در نوع برداشت شخصی از رویدادها در زنان نابارور با شادکامی رابطه مثبت معنا دار دارند به این معنی که هر چه قدر این زنان در این سه مولفه قوی‌تر باشند از شادکامی بیشتری در زندگی برخوردارند.

در زنان بارور، بین معنویت و شادکامی رابطه معناداری یافت نشد. همچنین با استفاده از آزمون فیشر این روابط در دو گروه مقایسه شد و نتایج نشان داد رابطه رشد معنوی و شادکامی در دو گروه از تفاوت معناداری برخوردار است ($p < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد که بین استرس ادراک شده و شادکامی در زنان نابارور و بارور رابطه معنا دار منفی وجود دارد. دینر، لوکای و اویشی (۲۰۰۲)، نیز بیان کردند افراد برخوردار از معنویت، میزان بالاتری از شادکامی را گزارش میکنند.

واحد و موسی زاده (۱۳۹۳) نشان دادند که بین استرس ادراک شده و شادکامی در زنان مبتلا به فیبرم رحمی با زنان سالم تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین این یافته‌ها با بررسی دانکل^۰ اسپچتر و لوبل (۱۹۹۱) همسو است که نشان داده است واکنش نسبت به ناباروری با عکس العمل‌های منفی شدیدی از جمله استرس، همراه است

و همچنین آخته و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که در مان شناختی رفتاری مدیریت استرس سهم بسزایی در کاهش استرس زنان نابارور دارد. البته آزمون فیشر نشان داد که رابطه بین استرس ادراک شده و شادکامی در دو گروه زنان بارور و نابارور از تفاوت معناداری برخوردار نیست.

در این راستا برخی محققان معتقدند که تحمل مراحل تشخیص و درمان ناباروری موجب ارتباط و صمیمیت بیشتر زوجین شده و آنها احساس نزدیکی بیشتری به یکدیگر خواهند کرد (دنی لوک، ۱۹۸۸). و شاید این عدم تفاوت را بتوان از این منظر دید که از آنجایی که شادکامی میتواند تحت تاثیر عوامل گوناگون دیگری از قبیل رضایت مندی زناشویی نیز قرار بگیرد، معمولاً زوجینی که دچار مشکل ناباروری هستند، این مشکل را از خانواده های خود مخفی نگه داشته یا سعی در دوری کردن از روابط فامیلی میکنند بنابراین به تنهایی یکدیگر را در این مسیر حمایت و پشتیبانی میکنند و از لحاظ عاطفی به یکدیگر نزدیک تر شده و این نزدیکی و صمیمیت میتواند تا حدی در گروه زنان نابارور تعدیل کننده باشد. آخوندی (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود نشان داد که بین گروه بارور و نابارور از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت معناداری دیده نشد.

همانطور که در بخش نتایج گفته شد، شادکامی در زنان بارور فقط با متغیر استرس ادراک شده قابل پیش بینی است اما در زنان نابارور متغیر رشد معنوی نیز یکی از پیش بین های قوی شادکامی در این زنان به حساب می آید. در واقع میتوان اینگونه استدلال کرد که، درد و رنجی که زنان نابارور تحمل میکنند میتواند دریچه ای باشد به

روی معنویت و به آنها کمک کند تا بتوانند بر- اساس نظریه فرانکل- در رنج خود معنای منحصر به فردی که فقط مخصوص زندگی خود آنهاست بیابند و با معنا دادن به رنج مادر نشدن به بالا بردن معنویت خود کمک کنند و در این صورت میتوانند از شادکامی بیشتری نیز برخوردار باشند. البته میزان درک آنها از استرس را بودن ناباروری و درمانهایی که باید متحمل شوند میتواند پیشگوی دیگری برای شادکامی آنان باشد.

به عقیده فرانکل هنگامی که انسان میفهمد که سرنوشت او رنج بردن است ناچار رنج خود را چون وظیفه ویژه و یگانه میپذیرد و بایستی این حقیقت را بپذیرد که به شکل ناگزیری در برابر رنج بردن در جهان تک و تنها است. هیچ کس نمیتواند او را از رنج هایش برهاند یا در عوض او رنج ببرد. تنها یک فرصت باقی می ماند که در این موقعیت شیوه نگرش و طرز برخورد او با مشکل و تحمل مسائل است، اما میتواند خود نسبت به وضعیت، انتخاب کند که در واقع این عمل نوعی متعالی کردن خود از رهگذر معنا یابی است. فرانکل علاوه بر اینکه رنج کشیدن را چون وظیفه ای می پذیرد و به آن پشت نمیکند آن را حافظ انسان در برابر ملال و بی تفاوتی می داند و معتقد است که رنج بردن، انسان را به تکاپو انداخته و موجب رشد و پختگی او می گردد (فرانکل، ۲۰۰۷ ترجمه تبریزی و علوی نیا، ۱۳۸۸).

پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی نیز بوده است که باید به آنها توجه نمود. برخی از محدودیت ها شامل استفاده از نمونه گیری در دسترس به دلیل محدودیت زمانی، محدود بودن جامعه آماری، خستگی آزمودنی ها و شکایت

آنها از زیاد بودن سوالات پژوهشی و پایین بودن فرهنگ اعتماد، مسئولیت و پاسخگویی به سوالات پرسشنامه ها در سطح جامعه بود.

پیشنهادات کاربردی:

در راستای نتایج به دست آمده در این پژوهش و تحقیقات پیشین در رابطه با ناباروری و مشکلات روحی همراه با آن، به نظر می رسد که احداث کلینیک های روانشناسی در مراکز درمان ناباروری و حضور پر رنگ تر روانشناسان در کنار تیم پزشکی در درمان روحی زنان نابارور، الزامی است. زیرا چه بسیار بیمارانی که تشخیص فیزیولوژیکی خاصی را برای ناباروری از جانب پزشک معالج خود دریافت نمیکنند و به گفته خود تنها توصیه پزشک به آنها این است که سعی کنند اضطراب خود را کاهش دهند. و می دانیم که زنان نابارور حتما در این راستا به کمک های تخصصی روانشناسان نیازمندند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله ازمسئولین و کارکنان محترم مرکز ناباروری لاله و ابن سینا تهران و تمامی بانوانی که با صبر و حوصله این پژوهش را به سرانجام رساندند و یاری کردند سپاس گزاری می شود.

منابع

- آخوندی، محمد مهدی (۱۳۸۲). «آشنایی مقدماتی با ناباروری». *فصلنامه بهداشت باروری*، دوره ۱، شماره ۱، ۲۹-۳۱.
- آخوندی، محمد مهدی (۱۳۹۱). «مقایسه بهزیستی روانشناختی و رضامندی زناشویی در گروهی از زنان بارور و نابارور شهر تبریز». *مجله روانشناسی سلامت*، دوره ۱، شماره ۱، ۱۷-۲۸.
- جی. کرتیس، آنتونی (۲۰۰۳). *روانشناسی سلامت*. ترجمه علی آشتیانی و هادی آشتیانی. تهران: نشر بعثت.
- حسینیان، سیمین؛ منوچهری، کاترین؛ علوی، زهرا (۱۳۸۳). «بررسی و مقایسه رابطه سلامت روان و احساس معناجویی در دانشجویان دختر خوابگاهی مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه الزهر/». دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس.
- حمید، نجمه (۱۳۹۰). «اثر بخشی مدیریت استرس بر افسردگی، اضطراب و ناباروری». *علوم رفتاری*، دوره ۲، شماره ۳۰، ۱-۴۰.
- خطیب، مهدی (۱۳۹۴). «شادکامی از دیدگاه اسلام». *قم: نشر دارالحدیث*.
- شهیدی، شهریار و فرج نیا، سعیده (۱۳۹۱). «ساخت و اعتبار یابی پرسش نامه (سنجش نگرش معنوی)». *روانشناسی ودین*، دوره ۵، شماره ۳، ۲۰-۳۶.
- علی پور، احمد و نوربالا، احمد علی (۱۳۷۸). «بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاههای تهران». *اندیشه و رفتار*، دوره ۵، شماره ۱، ۶۵-۶۹.
- غباری بناب، باقر؛ متولی پور، عباس؛ حکیمی راد، الهام (۱۳۸۸). «رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران». *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، دوره ۳، شماره ۱۱۰، ۲-۱۲۳.
- فرانکلین، س. (۲۰۱۰). *روانشناسی شادکامی* ترجمه: جعفر نجفی زند (۱۳۹۰). تهران: نشر سخن.
- فرانکل، و. (۲۰۰۷). *فریاد ناشنیده برای معنا*، ترجمه: مصطفی تبریزی و علی علوی نیا (۱۳۸۸). تهران: انتشارات فرادوان.
- واحد، فرشته و موسی زاده، توکل (۱۳۹۳). «مقایسه استرس، افسردگی و شادکامی در زنان مبتلا به فیبرم رحمی و زنان سالم». *نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روانشناسی*.
- وست، و. (۱۹۵۰). *روان‌درمانی و معنویت*. ترجمه: شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن (۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد.
- آخته، مریم، علی پور، احمد، شریفی ساکی، شیدا (۱۳۹۳). «اثر بخشی آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب و فرآیند زنان دارای سقط مکرر جنین». *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، سال سوم، شماره ۳.
- هاشمی، فاطمه و فیلی، علیرضا (۱۳۹۴). «اثر بخشی آموزش مهارت مدیریت استرس (شناختی رفتاری) بر سلامت روان زنان نابارور». *فصلنامه روانشناسی سلامت*، دوره ۳، شماره ۱۲، ۵۵-۶۴.
- هاشمی، فاطمه، فیلی، علیرضا، صفاری نیا، مجید (۱۳۹۳). «اثر بخشی آموزش مهارت مدیریت استرس (شناختی- رفتاری) بر سلامت روان زنان نابارور». *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، سال سوم، شماره ۴.

Reference

- Bakhtiari, M.; Nazari, A.; Seyedi Asl, T (2014). *Depression, Anxiety and Happiness Satisfaction with life among fertile and infertile women*. *International Journal of Life Sciences*, 8(4).
- Buss, D. (2000). The evolution of happiness. *American Psychologist*, 55(1), 15-23.

- Koenig, H. G., McClough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Hand book of Religion and Health*, New York, Oxford University Press.
- Oddens, B.J.; Tonkelaar, I.D. & Nieuwenhuys, H. (1999), *Psychosocial experiences in women facing fertility Problems comparative survey*, Human Reproduction, 14(1), 255-261.
- Souter, V.L.; Hopton, J.L.; Penney, G.C. & Templeton, A.A. (2002), *Survey of Psychological health in women with infertility*, Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 22 (4), 41-9 .
- Covington, S.; Burns, H. (2007). *infertility counseling*. 2nd ed. New York: Cambridge university press, 175-180.
- Daniluk, J.C. (1988), *Infertility: interpersonal and intrapersonal impact*, Fertil Steril. 49, 982-90.
- Dunkel-Schetter, C. & Lobel, M. (1991), *Psychological reaction to infertility*. In A.L. Stanton and Dunkel-Schetter C. (Eds), *Infertility: Perspective from Stress and Coping Research*. New York: Plenum Press, 29-57.
- Greil, A.L. (1994), *Infertility and psychological distress: A critical review of the literature*, Soc Sci Med, 45 (11), 1670- 1704 .

