

تأثیر مشاوره زوجی امیدمحور با رویکرد اسلامی بر دلزدگی و سازگاری

زناشویی زوجین نابارور شهر اصفهان

آرزو خالقیان / دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد خوراسگان

Arezookhlehghian@yahoo.com

مه‌سیما پور شهر یاری / دانشیار گروه مشاوره دانشگاه الزهراء

spourshahriari@hotmail.com

سیمین حسینیان / استاد گروه مشاوره دانشگاه الزهراء

دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۰۳ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۴

چکیده

هدف این پژوهش بررسی تأثیر مشاوره زوجی امیدمحور با رویکرد اسلامی بر دلزدگی و سازگاری زناشویی زوجین نابارور بود. این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی با استفاده از گروه کنترل و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. نمونه آماری ۳۲ زوج نابارور بودند که به شیوه «نمونه‌گیری مبتنی بر هدف» از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز ناباروری و متخصصان زنان و زایمان شهر اصفهان انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۱۶ زوج) جایگیری شدند. سپس گروه آزمایش در ۷ جلسه مشاوره زوجی امیدمحور شرکت کردند. هر دو گروه مقیاس تجدیدنظر شده «سازگاری زناشویی» و مقیاس «دلزدگی زناشویی» را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (یک ماه پس از اختتام جلسات) تکمیل نمودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار Spss 18 به کار گرفته شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، در میانگین نمره‌های سازگاری زناشویی، دلزدگی زناشویی و ابعاد آن (فرسودگی جسمی، هیجانی و روانی)، بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت‌های معناداری وجود دارد ($P < 0.005$). یافته‌های این پژوهش تأثیر مشاوره زوجی امیدمحور با رویکرد اسلامی بر دلزدگی و سازگاری زناشویی زوج‌های نابارور را تأیید نموده که در برنامه‌ریزی برای مشاوره و روان‌درمانی زوج‌های نابارور قابل استفاده است.

کلیدواژه‌ها: زوج‌های نابارور، مشاوره زوجی امیدمحور، رویکرد اسلامی، سازگاری زناشویی، دلزدگی زناشویی.

مقدمه

ناباروری یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زای هیجانی می‌شود و بر روابط متقابل زوجین تأثیر می‌گذارد (اندربوس (Andrews) و همکاران، ۱۹۹۱). مطالعات متعددی نشان داده است که زوج‌های نابارور تنش ناشی از ناباروری را، هم به صورت فردی و هم وابسته به یکدیگر تجربه می‌کنند. چنین تنش‌هایی می‌تواند منجر به مسائل روحی - روانی منفی، از جمله افسردگی، تنهایی، عصبانیت، شرمساری، بی‌کفایتی، ناسازگاری، تعارض زناشویی، و در نهایت، طلاق گردد (گرینفلد (Greenfeld)، ۱۹۹۷). هنگامی که باروری به شکلی ناخواسته به تأخیر می‌افتد یا با شکست مواجه می‌شود، رابطهٔ زوجین تحت تأثیر قرار می‌گیرد و سازگاری و رضایت زناشویی به مخاطره می‌افتد (به نقل از: هالمن و ایستمن (Hallman & Eastman)، ۲۰۰۰؛ سلطانی و همکاران، ۱۳۹۱).

افراد نابارور ناراضی‌تری نسبت به ازدواج خود ابراز می‌کنند و استرس بیش از اندازه‌ای در ارتباط زناشویی خود نشان می‌دهند (اندربوس و همکاران، ۱۹۹۱). مطالعات متعدد نشان می‌دهد زنان ناباروری که تحت تأثیر آثار منفی ناباروری هستند، ممکن است دچار مشکلاتی در صمیمیت زناشویی شوند (ولگستون (Volgston) و همکاران، ۲۰۱۰). زوج‌های نابارور ناراضی‌تری از خود و ازدواجشان دارند، و همین به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر رابطهٔ زناشویی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (مونگا (Monga) و همکاران، ۲۰۰۴).

محققان پیشنهاد می‌کنند در بررسی مشکلات زوجین نابارور، «دلزدگی زناشویی» به‌عنوان یک عامل زمینه‌ای مؤثر برای درمان ناباروری در نظام مراقبت‌های اولیهٔ بهداشتی مورد تأکید قرار گیرد (نیکوبخت و همکاران، ۱۳۹۰). «دلزدگی زناشویی» عبارت است از: تحلیل و خستگی جسمی، روانی و عاطفی که از نبود تناسب بین توقعات و واقعیت‌ها در رابطهٔ زناشویی ناشی می‌شود (پاینز (Pines)، ۱۳۸۳، ص ۶). زنان نابارور میزان بالاتری از دلزدگی زناشویی را در مقایسه با زنان بارور تجربه می‌کنند (نیکوبخت و همکاران، ۱۳۹۰). بر همین اساس، از سوی بسیاری از کارشناسان بر طرح‌ریزی مداخلات روان‌درمانی در جهت بهبود کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور تأکید شده است.

به عقیدهٔ برخی از محققان، ناامیدی یکی از پیامدهای اصلی مشکلات روان‌شناختی و زناشویی است که افراد نابارور از آن رنج می‌برند (مصلی‌نژاد و همکاران، ۲۰۱۴). فقدان امید برای داشتن فرزند، با احساس سوگی عظیم همراه است که با مشاهدهٔ زوج‌های دیگر تشدید می‌شود، و همین باعث فقدان حس خودکنترلی، اعتماد به نفس و حرمت خود در زوج‌های نابارور می‌شود (هومان (Homan) و همکاران، ۲۰۰۷). زوج‌های نابارور در مواجهه با ناباروری، مکرر چرخهٔ مزمن ماهیانه‌ای از امید و فقدان را تجربه می‌کنند و چنانچه شیوه‌های مؤثری برای مواجه شدن و حل این مشکل در اختیارشان نباشد، منجر به مشکلاتی جدی در روابط زناشویی آنها می‌شود و در نهایت،

سازگاری زناشویی‌شان را کاهش دهد. بسیاری از این زوجها در یک دوره درمان تکرار شونده و دردناک، با روند درمان بدون پیشرفت مواجه می‌گردند و در نهایت، دچار احساس ضعف و ناامیدی در رسیدن به هدف می‌گردند (وان دن آکر (van den Akker)، ۲۰۰۵).

به اعتقاد کوچنهورف (Kuchenhoff) (۱۹۹۹)، مهم‌ترین فشار روانی زوج‌های ناباور، ناامیدی نسبت به آرزویی است که برای آن در طولانی‌مدت سرمایه‌گذاری کرده‌اند، و در صورت تحقق آن، می‌توانستند بسیاری از آرمان‌های خود را برآورده سازند (کوچنهورف، ۱۹۹۹). وجود احساس ناامیدی در میان افراد ناباور تحت درمان، مطمح‌نظر بسیاری از محققان قرار گرفته است (برگ (Berg) و همکاران، ۱۹۹۱). با توجه به مسائل مطرح شده، اهمیت حمایت‌ها و مداخلات روان‌درمانی برای کاهش پریشانی‌های عاطفی زوجین ناباور بیشتر درک می‌شود. چنین مداخلاتی علاوه بر کاهش استرس ناشی از درمان‌های طولانی‌مدت، یا کاهش میزان چندهمسری و طلاق می‌تواند در بهبود بهداشت روان خانواده نقش داشته باشد.

رویکردهای امیدمحور در مشاوره‌های روان‌درمانی

رویکردهای امیدمحور به‌عنوان یکی از رویکردهای نوین در مشاوره و روان‌درمانی، تاکنون تأثیرهای مطلوبی بر افزایش کیفیت زناشویی همسران نشان داده است (بهارى، ۱۳۸۸، ص ۱۸۶؛ خوشخرام و گلزاری، ۱۳۹۰؛ دارودی و همکاران، ۲۰۱۰؛ ورثینگتون (Worthington) و همکاران، ۲۰۰۷؛ فاورس (Fowers)، ۱۹۹۰؛ ورثینگتون و همکاران، ۱۹۹۷؛ کوک‌بورن (Cookburn) و همکاران، ۱۹۹۷؛ وایقان (Vaughan)، ۲۰۰۱؛ ریلی و ورثینگتون، ۲۰۰۲؛ وستروپ (Westerop)، ۲۰۰۲). ویلایتونگ (Vilaythong) و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند: «بخشش» و «امید» از جمله راهبردهایی است که در کاهش تعارض خانوادگی مؤثرند. ریلی و ورثینگتون (۲۰۰۲) در پژوهشی بر روی ۴۳ زوج، در مقایسه دو نوع مداخله پربارسازی زناشویی متمرکز بر «امید» و پربارسازی زناشویی «بخشش‌محور» نشان دادند که هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، توانایی برقراری ارتباط مؤثرتری کسب کردند. علاوه بر این، گروه روان‌آموزشی متمرکز بر امید، به ویژه در افزایش تعاملات زناشویی، مؤثرتر بودند. مطالعه وایقان (۲۰۰۱) نشان داد افرادی که در برنامه‌های «امید» (غنی‌سازی زناشویی امیدمحور) شرکت می‌کنند افزایش معناداری در رضایت زناشویی در طول زمان نشان می‌دهند. بنابراین، وی ابراز می‌دارد: رضایت زناشویی و امید از طرق گوناگون به هم مربوطند. ورثینگتون و همکاران او (۱۹۹۷) نشان دادند که مداخله امیدمحور در غنی‌سازی روابط زناشویی مؤثر است. این مداخله‌ها بر اهداف مشترک زوج تمرکز دارد و روابط را از طریق رشد، ارتباط و سطح متقابل تعهد به هدف مشخص شده ارتقا می‌بخشد. نتایج این برنامه شامل افزایش رضایت همسر از سازگاری و کیفیت مهارت‌های ارتباطی زوج بود. این مداخله، به‌ویژه در افزایش نسبت تعامل مثبت به منفی بین زوجها مؤثر بوده است.

مشاوره «زوجی امیدمحور» مداخله‌ای با محتوای آموزش روان‌شناختی است که بر اساس نظریه ورثینگتون (۱۹۹۹) درباره مداخلات زناشویی مختصر ایجاد شده است. این روش یک مداخله گروهی ساختاریافته کوتاه‌مدت با هدف افزایش امید زوجها برای آینده رابطه‌شان از طریق افزایش حس عامل بودن است و آنها را به مهارت‌هایی مجهز می‌کند که می‌توانند برای بهتر کردن رابطه‌شان به کار ببرند. مشاوره زوجی امیدمحور بر اساس رویکردهای گوناگون غنی‌سازی ازدواج بنا شده است. این رویکرد امیدمحور است؛ زیرا تأکید آن بر ایجاد انگیزش در زوجهاست تا در رابطه زناشویی ابتکار عمل داشته باشند و برای رسیدن به اهدافشان روش «اقدام‌محوری» را دنبال کنند. بسیاری از یافته‌های اسنایدر (۱۹۹۴) در رویکردهای غنی‌سازی زناشویی امیدمحور برای ارتقای امید در زوجها به کار رفته است. ورثینگتون و همکاران او (۱۹۹۷) معتقدند: مشاوران به فراتر رفتن از آموزش‌های متمرکز بر ارتباط برای کمک به زوجها نیاز دارند تا آنها بتوانند دیگر جنبه‌های مهم روابطشان از قبیل ایجاد صمیمیت، حل و فصل تعارض‌ها و برقراری تعهد را نیز در نظر بگیرند. اسنایدر (۱۹۹۴) نیز معتقد است: قالب گروهی مداخلات امیدمحور می‌تواند به بزرگ‌نمایی امید، هم از طریق پیوستگی گروهی و هم افزایش درک از عمومیت داشتن مشکلات زناشویی کمک کند.

«امید» هیجانی است که به وسیله انتظار تجارب مثبت و یا اینکه موقعیت‌های منفی یا بالقوه تهدیدآمیز در نهایت، به وضعیت مطلوبی می‌انجامد، مشخص می‌شود (موریس (Morris)، ۲۰۰۸).

رویکرد آموزه‌های اسلامی به «امید»

طبق مفاهیم اسلامی، امید حالتی از انتظار به بهره‌مند شدن از تمتعات و نعمت‌ها در انسان ایجاد می‌نماید و احساس خوشایندی در دل او زنده می‌کند که او را به تلاش وامی‌دارد، وقتی انسان گمان داشته باشد که در آینده نعمتی نصیب او خواهد شد که از آن لذت می‌برد، از این اندیشه، احساس خوب و حالت مطلوب و شیرینی به وی دست می‌دهد که در اصطلاح دینی، آن را «رجاء» می‌نامند (شریفی، به نقل از: عسگری، ۱۳۹۱، ص ۹۸). در قرآن کریم، آیات زیادی درباره امید وجود دارد و از این حقیقت با تعبیری مثل «رجاء» و «یأس» و «قنوط» سخن به میان آمده است. برای نمونه، در آیه ۸۷ سوره یوسف آمده است: حضرت یعقوب علیه السلام خطاب به پسرانش فرمود: «پسرانم، بروید و از یوسف و برادرش جست‌وجو کنید و از رحمت خدا مأیوس نشوید که تنها گروه کافران از رحمت خدا مأیوس می‌شوند». نیز آمده است: «چه کسی - جز گمراهان - از رحمت پروردگارش نومید می‌شود؟» (حجر: ۵۶)

طبق تعالیم اسلام، انسان با ایمان، که خدا و قدرت او را باور دارد و رحمت الهی را همواره مشاهده می‌کند، هرگز از رحمت و عنایت خداوند ناامید نمی‌گردد. فقط کسانی که خود را از خدا جدا می‌بینند، احساس ناامیدی و درماندگی در وجودشان رخنه می‌کند. اینکه قرآن کسانی را که از رحمت الهی ناامید هستند جزو کافران به حساب

می‌آورد برای آن است که یأس و ناامیدی از رحمت خدا در حقیقت محدود کردن قدرت خداوند است (شریفی، ۱۳۹۱، ص ۹۸، به نقل از: عسکری، ۱۳۹۱).

در همین زمینه، روان‌شناسی مثبت‌نگر نیز به‌عنوان «حفظ حس امیدواری و خوش‌بینی» توصیف می‌کند (میرس (Myers)، ۱۹۹۲). لوئیس (Lewis) (۲۰۰۶) استفاده از عناصر مذهبی / معنوی را در افزایش امیدواری و به دست آوردن حس قدرت مؤثر می‌داند. تایلور و کمنی (Taylor & Kemeny) در این زمینه بیان می‌کنند که اگر ادراک‌های عادی انسان با یک مفهوم مثبت از خود و کنترل شخصی و دیدگاهی خوش‌بینانه، حتی کاذب درباره آینده همراه شود، نه تنها در اداره جزر و مد زندگی، بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس‌زا و تهدیدکننده زندگی، مانند مرگ همسر و طلاق، به افراد کمک می‌کند (تایلور و کمنی، ۲۰۰۰).

تعالیم اسلامی به دنبال ایجاد نگرش مثبت نسبت به ناملایمات زندگی هستند؛ زیرا در این صورت، مقابله با آنها آسان‌تر خواهد بود. از اساسی‌ترین و بنیادی‌ترین اعتقادات دینی این است که جهان بر اساس حکمت الهی می‌چرخد و هیچ حادثه‌ای بدون مصلحت و بی‌سبب نیست. اگر درد و رنج نیز معنا داشته باشد آزاردهنده نخواهد بود، بلکه آنچه آزاردهنده است احساس بی‌معنا بودن سختی‌هاست (پسندیده، ۱۳۸۸، ص ۷۳). انسان با توجه به مبانی هستی‌شناسانه و انسان‌شناسانه اسلام، می‌تواند با کل هستی، ابدیت و ماورای مادیات پیوند منطقی برقرار کند و برای زندگی خود، مفهوم و غایت و معنایی بیابد و از این طریق، از آسیب‌های سخت و شدید روانی مصون گردد (ابراهیمی، ۱۳۸۷). بر مبنای چنین بینشی، همه ناملایمات و رنج‌های زندگی، جنبه حاشیه‌ای دارد و هیچ‌گاه نمی‌توانند آرام و قرار شخص را بازستانند. همچنین بی‌حوصلگی‌ها، افسردگی‌ها و دل‌تنگی‌ها بر انسان تحمیل نمی‌شود و «خلأ وجود» بر او مسلط نمی‌گردد (مشکات، ۱۳۸۸).

در زمینه هدفمندی زندگی نیز تعالیم اسلام موضع دقیق و مشخصی دارد. بر مبنای تعالیم اسلام، آفرینش جهان هستی هدف‌دار بوده و هیچ چیز در آن بی‌منظور و بیهوده آفریده نشده است. این هدف و نظم خردمندانانه در همه اجزای جهان به چشم می‌خورد و انسان نیز به‌عنوان جزئی از عالم هستی، موجودی هدفمند است. او برای هدفی خاص آفریده شده و تنها موجود بالاراده و انتخابگر جهان و مورد توجه ویژه آفریدگار است. از این‌رو، شایسته نیست که بی‌هدف زندگی کند، بلکه باید در زندگی بر اساس هدف و انگیزه مقدسی که برای آن آفریده شده است، پیش رود و عمل کند (علی‌پور، ۱۳۸۸، ص ۱۸). خداوند در کلام نورانی خویش فرموده است: «آیا پنداشتید شما را بیهوده آفریدیم؟ (مؤمنون: ۱۱۵).

از سوی دیگر، طبق تعالیم اسلام، انسان دارای مسئولیت‌هایی در برابر خداوند، خود، خانواده و خویشاوندان، جامعه و هم‌نوعان و حتی طبیعت است (اسراء: ۳۶؛ تحریم: ۶؛ آل عمران: ۱۱۰). مسیر کمالی که اسلام برای انسان ترسیم کرده، با زندگی انسان در تمامی لحظات عجین شده است. خداوند در قرآن می‌فرماید: «آیا انسان می‌پندارد که آزاد و رها و بی‌مسئولیت است؟» (قیامت: ۳۶). بدین‌رو، معنایی را که این دین الهی برای زندگی انسان در نظر گرفته، با قرار گرفتن

در مسیر کمال، دائمی و همیشگی است. در این صورت، احساس معناداری نیز برای یک متدین، به زمان خاصی محدود نمی‌گردد. چنین فردی با احساس رشد همیشگی و تکامل دائمی به سوی هدف مورد نظر، می‌تواند معنای واقعی را در تمام لحظات زندگی، تجربه کند (موفق، ۱۳۸۸، ص ۳۳). چنین نگرشی به زندگی می‌تواند انگیزه‌های برای غلبه بر بی‌معنایی و پوچی باشد و انسان را به سمت انجام تکالیف خود در راستای هدف نهایی آفرینش سوق دهد.

به اعتقاد بسیاری از پژوهشگران، روان‌درمانی تحت تأثیر زمینه‌های فرهنگی، باورها و ارزش‌های درون‌فرهنگی مراجعان قرار دارد و کارایی آن به میزان هماهنگی با زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی افراد تحت درمان بستگی دارد (مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸، به نقل از: هافمن، ۲۰۰۶). بر اساس شواهد، مراجعه به روحانیان و مشاوران مذهبی در موقعیت‌های بحرانی مرتبط با مرگ یکی از اعضای خانواده یا دوستان، طلاق یا جدایی زناشویی، یا تغییرات جدی در سلامت یک عضو خانواده افزایش می‌یابد (ویور (Weaver) و همکاران، ۱۹۹۹).

«باورهای مذهبی» بخش پویایی از شخصیت هستند و افراد در مراحل گوناگون زندگی، ممکن است بیش از هر چیز، بر ایمان مذهبی و معنوی خود متکی باشند. از این رو، درک مشاور از باورها و آموزه‌های اسلامی می‌تواند منبع با ارزشی برای درمان مراجعان مسلمانی باشد که افسردگی، اضطراب، استرس، نشانگان استرس پس از ضربه، فقدان و سوگ را تجربه می‌کنند (محرابی (Mehrabiy)، ۲۰۰۳؛ نادیر و دی زیگیلوفسکی (Nadir & Dziegielewski)، ۲۰۰۱؛ ال‌رادی و مهدی (Al-Radi & Mahdy)، ۱۹۹۴).

با توجه به نتایج مثبتی که مداخلات امیدمحور در افزایش کیفیت زناشویی نشان داده است، همچنین با در نظر گرفتن ملاحظات فرهنگ ایرانی، که پیوندی عمیق با دین و شریعت دارد، در پژوهش حاضر، تأثیر مشاوره زوجی امیدمحور با رویکرد اسلامی بر سازگاری و دلزدگی زناشویی زوج‌های نابارور بررسی شده است. این پژوهش می‌تواند برای بالا بردن دانش متخصصان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در انجام خدمات حمایتی، آموزش و همچنین برنامه‌ریزی به منظور بهبود کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور راهنما باشد.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش تمام زوج‌های نابارور شهر اصفهان بودند که در بازه زمانی فروردین تا خرداد ۱۳۹۳ به مراکز ناباروری، متخصصان زنان و زایمان، مراکز بهداشت و درمان و مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کردند. نمونه‌گیری این پژوهش به صورت هدفمند انجام گرفته است. بدین منظور، پس از نصب اطلاعیه در تعدادی از مراکز مذکور، از تعداد ۸۰ داوطلب (در قالب ۴۰ زوج) ثبت‌نام به عمل آمد. پس از انجام بررسی‌های اولیه توسط پژوهشگران در خصوص دارا بودن ملاک‌های ورود به پژوهش، در نهایت، ۳۲ زوج انتخاب شدند که این تعداد غالباً برای پژوهش‌های تجربی کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۸۷، ص ۸۵). لازم به ذکر است که واحد نمونه در این پژوهش، «زوج» است. ملاک‌های ورود به نمونه عبارت است از:

- قرار داشتن سن زوج بین ۲۰ تا ۴۰ سال؛
 - نداشتن فرزند به سبب وجود ناباروری اولیه در هر کدام از همسران؛
 - دست کم ۳ سال سابقه درمان ناموفق برای ناباروری؛
 - طول مدت ازدواج بیش از ۵ سال؛
 - کیفیت زناشویی پایین که بر اساس میانگین نمره‌های هر زوج در ابزارهای پژوهش محاسبه گردید.
 - عدم سوءمصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روان‌پزشکی؛
 - عدم مراجعه زوج به مراکز قانونی برای طلاق؛
 - علاقه زوج برای شرکت در جلسات و همکاری متقابل در انجام تکالیف.
- به منظور جایگزینی در دو گروه کنترل و آزمایش، از شیوه گمارش تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی بین زوج‌ها) استفاده گردید و در هر گروه ۱۶ زوج جایگیری شدند. میانگین سنی نمونه ۳۰/۴۵ (انحراف معیار ۳/۵۸) و میانگین طول مدت ازدواج ۶/۸۰ سال (انحراف معیار ۰/۰۷) بود.

ابزارهای پژوهش

مقیاس تجدیدنظر شده «سازگاری زناشویی»: این پرسش‌نامه توسط باسبی و همکاران (Busby) (۱۹۹۵) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۱۴ سؤالی به صورت طیف ۶ تایی از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود (پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ و پاسخ «کاملاً مخالف» نمره صفر). این ابزار از سه خرده‌مقیاس «همفکری/ توافق»، «رضایت» و «انسجام» تشکیل شده است که در مجموع، نمره کیفیت زناشویی را نشان می‌دهند و نمره‌های بالا نشان‌دهنده کیفیت زناشویی بالاتر است (هولیست و میلر، ۲۰۰۵).

«تحلیل عاملی تأییدی»، ساختار سه عاملی پرسش‌نامه را در آمریکا تأیید کرده است (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵)؛ به نقل از هولیست و میلر، ۲۰۰۵). پایایی پرسش‌نامه به شیوه آلفای کرونباخ، در مطالعه هولیست و میلر (۲۰۰۵) از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در پژوهش یوسفی و همکاران او (۱۳۹۰) روایی و پایایی این پرسش‌نامه برای عامل‌های «توافق»، «رضایت» و «انسجام» در محدوده ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ تأیید شده است.

مقیاس «دلزدگی زناشویی»: این مقیاس یک ابزار خودسنجی است که برای اندازه‌گیری میزان دلزدگی زناشویی بین زوجین طراحی گردیده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۱ گویه است که نشان‌دهنده نشانگان فرسودگی بوده و دارای سه جزء اصلی «خستگی جسمی» (مانند احساس خستگی، سستی و اختلال خواب)، «فرسودگی هیجانی» (احساس افسردگی، ناامیدی، احساس در دام افتادن) و «فرسودگی روانی» (مانند احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر) است. گویه‌ها بر اساس یک مقیاس هفت امتیازی پاسخ داده می‌شوند. امتیاز ۱ معرف نبود تجربه عبارت مورد نظر، و امتیاز ۷ معرف بیشترین سطح تجربه آن عبارت است (پاینز، ۱۹۹۶)؛ به نقل از شریفی و همکاران، (۱۳۹۰).

ارزیابی اعتبار این مقیاس نشان داده است که همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰/۸۴ و ۰/۹ است. روایی آن به وسیله همبستگی‌های منفی با ویژگی‌های ارتباطی مثبت (مانند نظر مثبت درباره ارتباط، کیفیت گفت‌وگو، احساس امنیت، خودشکوفایی، احساس هدفمندی، کشش و جاذبه عاطفی نسبت به همسر و کیفیت رابطه جنسی) به تأیید رسیده است. نسخه‌های ترجمه شده آن به طور موفقیت‌آمیزی در مطالعات بین فرهنگی در نروژ، مجارستان، مکزیک، اسپانیا، فنلاند و اسرائیل استفاده شده است (پاینز و نانز، ۲۰۰۳). در ایران، نویسی (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ آن را در نمونه ۲۴۰ نفری، ۱۲۰ پرستار و ۱۲۰ معلم ۰/۸۶ به دست آورد. در پژوهش ادیبراد و ادیبراد (۱۳۸۴) نیز ضریب اطمینان آزمون - بازآزمون برای یک ماه ۰/۸۹، برای یک دوره دوماهه ۰/۷۶ و برای یک دوره چهار ماهه ۰/۶۶ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

به منظور اجرای این پژوهش، ابتدا الگوی مشاوره زوجی امیدمحور متناسب با مشکل ناباروری، ناسازگاری و فرسودگی زناشویی با استفاده از منابع مرتبط با حوزه پژوهش تهیه گردید. سپس زوج‌های انتخاب شده به صورت تصادفی (با استفاده از قرعه‌کشی) در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. ابتدا پیش‌آزمون‌ها به وسیله اعضای هر دو گروه تکمیل گردید و سپس گروه آزمایش در ۷ جلسه گروهی مشاوره زوجی امیدمحور (هر هفته دو جلسه ۷۰ دقیقه‌ای) شرکت کردند. در جلسه پایانی، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و پس از یک ماه، آزمون پیگیری اجرا گردید. محورهای اصلی جلسات مشاوره زوجی امیدمحور بر اساس چارچوب کلی پیشنهادی ورثینگتون (۱۹۹۹) و همچنین با استفاده از آموزه‌های اسلامی در زمینه امیدواری، هدفمندی و معناداری زندگی، جایگاه تقدیر در زندگی انسان، جایگاه امتحان در سنت الهی، و مفهوم «رضا و تسلیم» در آموزه‌های دینی تنظیم شده است و ساختار نهایی پس از تأیید دو تن از متخصصان علوم قرآنی و مشاوره خانواده آماده گردید.

موضوع و دستور هر جلسه در جدول ۱ به اختصار آورده شده است:

جدول ۱. موضوع و دستور جلسات مشاوره زوجی امیدمحور

جلسه	موضوع	اهداف و محورهای اصلی جلسه
اول	معارفه و آموزش روان‌شناختی	- اجرای پیش‌آزمون - معارفه و آشنایی زوج‌ها با یکدیگر - تبیین اهداف و مراحل درمان - بیان قواعد کار گروهی و وظایف زوجها - آموزش تأثیرهای ناباروری بر ابعاد گوناگون کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور
دوم	چشم‌انداز امید	- بررسی تکالیف و مرور نکات اصلی بحث جلسه قبل - بحث درباره مفهوم «امید» و فواید آن بر مبنای آموزه‌های اسلامی - سنجش امید زوجها و مشخص کردن حیطه‌های اصلی ناامیدی در زندگی

جلسه	موضوع	اهداف و محورهای اصلی جلسه
سوم	سنجش رابطهٔ زناشویی / پذیرش / مسئولیت‌پذیری	- بررسی نقاط قوت رابطهٔ فعلی - توصیف صریح انتظاراتی که از یکدیگر دارند، و ارزیابی انتظارات و حذف انتظاراتی که منبع تعارض و ناامیدی هستند. - پذیرش موارد غیرقابل تغییر (جایگاه امتحان، تسلیم و رضا در آموزه‌های اسلامی) - قبول مسئولیت شخصی در برابر تصمیم‌های ناامیدکننده در گذشته
چهارم	داستان زندگی	- تبیین جایگاه تقدیر در زندگی انسان - بازگویی داستان زندگی مشترک توسط هر فرد - بحث دربارهٔ مزایا و مضار داستان ارائه شده - مقایسهٔ داستان‌های دو طرف و تأثیر آنها بر پاسخ‌های هیجانی و مقابله‌ای زوجین - بازنویسی داستان زندگی مشترک با درون‌مایه‌های امیدوارانه و خوش‌بینانه - ارائهٔ تکالیف راه‌حل‌مدار
پنجم	هدف‌گزینی (۱)	- تبیین هدفمندی زندگی بر مبنای آموزه‌های اسلامی - آموزش برنامهٔ عملی هدف‌گزینی برای رسیدن به اهداف (ویژگی‌های اهداف ارزشمند، شناسایی اهداف ارزشمند فردی، ارزیابی موانع، تدوین گام‌های اجرایی و...)
ششم	هدف‌گزینی (۲)	- ادامهٔ آموزش برنامهٔ هدف‌گزینی با محوریت اهداف زوجی - تدوین یک برنامهٔ عملیاتی مشترک توسط زوجین
هفتم	جمع‌بندی و مرور مهارت‌ها	- مرور مهارت‌های آموخته شده - جمع‌بندی مباحث ارائه شده - اجرای پس‌آزمون

لازم به ذکر است که به منظور رعایت اخلاق پژوهش، پس از پایان طرح پژوهش مداخلهٔ مذکور برای زوجین گروه کنترل نیز اجرا گردید.

داده‌های حاصل از پژوهش با نرم‌افزار SPSS-18 و استفاده از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی مربوط به نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نمره‌های سازگاری زناشویی، دلزدگی زناشویی و مؤلفه‌های آن (فرسودگی جسمی، فرسودگی هیجانی و فرسودگی روانی) در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ مشاهده می‌شود:

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد (زوج)	پیش‌آزمون		پیگیری
			میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	
سازگاری زناشویی	آزمایش	۱۶	۱۰/۳۰	۲۵/۷۰	۲۵/۹۰
	کنترل	۱۶	۲/۳۱	۳/۶۸	۳/۸۷
			۱۰/۹۰	۱۰/۹۰	۱۰/۹۰
			۲/۳۳	۲/۳۳	۲/۳۳

متغیر	گروه	تعداد (زوج)	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
			میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد	میانگین و انحراف استاندارد
دلزدگی زناشویی (کل مقیاس)	آزمایش	۱۶	۱۲۲/۶۰	۴۵/۸۰	۴۴/۵۰
	کنترل	۱۶	۲/۱۱	۵/۹۲	۵/۱۲
فرسودگی جسمی	آزمایش	۱۶	۱۲۲/۹۰	۱۱۸/۷۰	۱۲۰/۲۰
	کنترل	۱۶	۵/۳۰	۱۷/۹۳	۱۷/۸۰
فرسودگی جسمی	آزمایش	۱۶	۴۲/۲۰	۱۳/۸۰	۱۵/۶۰
	کنترل	۱۶	۱/۶۸	۲/۹۳	۲/۰۱
فرسودگی هیجانی	آزمایش	۱۶	۴۱/۵۰	۴۲/۱۰	۴۲/۵۰
	کنترل	۱۶	۲/۲۷	۲/۱۳	۱/۵۸
فرسودگی هیجانی	آزمایش	۱۶	۲۸/۵۰	۱۶/۵۰	۱۴/۸۰
	کنترل	۱۶	۲/۸۳	۲/۰۱	۱/۶۸
فرسودگی روانی	آزمایش	۱۶	۴۰/۸۰	۳۸/۳۰	۳۸/۸۰
	کنترل	۱۶	۴/۱۳	۸/۶۴	۸/۶۶
فرسودگی روانی	آزمایش	۱۶	۴۱/۹۰	۱۵/۵۰	۱۴/۱۰
	کنترل	۱۶	۱/۶۰	۲/۱۷	۲/۶۴
فرسودگی روانی	آزمایش	۱۶	۴۰/۶۰	۳۸/۳۰	۳۸/۹۰
	کنترل	۱۶	۱/۷۷	۸/۶۴	۸/۷۰

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۲ نشان می‌دهد که در تمامی متغیرهای پژوهش، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است. اما در گروه کنترل، تغییرات محسوسی مشاهده نمی‌شود. به منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده گردید که نتایج در جدول ۳ آمده است. پیش از انجام تحلیل کوواریانس، مفروض‌های کلی استفاده از روش‌های آماری پارامتریک بررسی گردید. به منظور بررسی برابری واریانس‌ها، از آزمون لویین استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که در تمامی متغیرها، سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. بدین‌روی، با برقراری فرض برابری واریانس‌ها، استفاده از تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش بلامانع است و پایایی نتایج به‌دست‌آمده از آن تأیید می‌گردد.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری

در دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معناداری (P)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۹	۱۶۶/۰۸	۸	۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۰۵	۱۶۶/۰۸	۸	۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰۰
آزمون اثر هنتلینگ	۱۸۹/۸۰	۱۶۶/۰۸	۸	۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۱۸۹/۸۰	۱۶۶/۰۸	۸	۷	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۱/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به

تفاضل متغیرهای پژوهش، از لحاظ آماری معنادار هستند. بنابراین، دو گروه آزمایش و کنترل دست‌کم در یکی از ۴ متغیر موضوع مقایسه، دارای تفاوت معنادار هستند. به عبارت دیگر، مشاوره زوجی امیدمحور، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته، بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است ($P < 0/0005$). میزان این تأثیر یا تفاوت برابر با ۹۹ درصد است؛ یعنی ۹۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمره مؤلفه‌های «سازگاری زناشویی» و «دلدگی زناشویی» مربوط به تأثیر عضویت گروهی است. توان آماری برابر با ۱ نمایانگر کفایت حجم نمونه است. به منظور مقایسه گروه‌ها از لحاظ تک‌تک متغیرها و بررسی فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است:

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به نمره تفاضل متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری

متغیرهای پژوهش	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا (میزان تأثیر)	توان آماری
سازگاری زناشویی	پس‌آزمون	۷۶۷/۵۵	۱	۸۲۸/۶۰	۸۰/۵۸	۰/۰۰۰	۰/۸۵	۱/۰۰۰
	پیگیری	۷۵۱/۸۷	۱	۵۸۹/۶۷	۸۱/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۸۵	۱/۰۰۰
دلدگی زناشویی	پس‌آزمون	۲۱۲۵۵/۲۵	۱	۲۱۲۵۵/۲۵	۱۰۶/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۸	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۲۹۹۳/۲۷	۱	۲۲۹۹۳/۲۷	۱۱۴/۵۵	۰/۰۰۰	۰/۸۹	۱/۰۰۰
فرسودگی جسمی	پس‌آزمون	۳۱۲۵/۷۲	۱	۳۱۲۵/۷۲	۷۴۲/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۷۷۹/۶۸	۱	۲۷۷۹/۶۸	۸۳۱/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۸	۱/۰۰۰
فرسودگی هیجانی	پس‌آزمون	۱۹۴۵/۹۴	۱	۱۹۴۵/۹۴	۴۱/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۷۴	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۳۷۱/۶۷	۱	۲۳۷۱/۶۷	۵۱/۱۶	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۱/۰۰۰
فرسودگی روانی	پس‌آزمون	۲۰۹۴/۹۶	۱	۲۰۹۴/۹۶	۴۴/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۷۶	۱/۰۰۰
	پیگیری	۲۵۲۱/۳۳	۱	۲۵۲۱/۳۳	۵۱/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۱/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول ۴ نشان داده شده است، پس از حذف تأثیر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، مشاهده می‌شود که بین میانگین‌های تعدیل شده، نمره‌های هر چهار متغیر بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌های معنادار وجود دارد ($P < 0/0005$). بنابراین، با توجه به مقایسه میانگین‌ها، مشاوره زوجی امیدمحور بر کاهش دلدگی زناشویی و ابعاد آن (فرسودگی جسمی، فرسودگی روانی و فرسودگی هیجانی) و افزایش سازگاری زناشویی زوج‌های نابارور در پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تأثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی میزان تأثیر مشاوره زوجی امیدمحور با رویکرد اسلامی بر سازگاری و دلدگی زناشویی زوج‌های نابارور بود. از نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان نکات ذیل را استنباط کرد و موضوع بحث قرار داد:

نتایج حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری سازگاری زناشویی زوج‌های شرکت‌کننده نشان داد که مداخله مذکور موجب افزایش معنادار سازگاری زناشویی در زوج‌های گروه آزمایش شده و این تأثیر تا مرحله پیگیری تداوم داشته است. این نتایج با مطالعات انجام گرفته در زمینه تأثیر مداخلات امیدمحور بر کیفیت زناشویی همسوست (ویلایتونگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ رپیلی و ورثینگتون، ۲۰۰۲؛ وایقان، ۲۰۰۱؛ ورثینگتون و همکاران، ۱۹۹۷؛ بهاری، ۱۳۸۸؛ خوشخرام و گلزاری، ۱۳۹۰؛ دارودی و همکاران، ۲۰۱۰).

مطالعه ویلایتونگ و همکاران او (۲۰۰۳) نشان داد: «بخشش» و «امید» از راهبردهای مؤثر در کاهش تعارض‌های زناشویی هستند. رپیلی و ورثینگتون (۲۰۰۲) در مقایسه دو نوع مداخله «پربارسازی زناشویی متمرکز بر امید» و «پربارسازی زناشویی بخشش‌محور»، نشان دادند که گروه روانی آموزشی متمرکز بر امید، به ویژه در افزایش تعاملات زناشویی، مؤثرتر بوده است. وایقان (۲۰۰۱) نشان داد افرادی که در برنامه‌های امید (غنی‌سازی زناشویی امیدمحور) شرکت می‌کنند افزایش معناداری در رضایت زناشویی در طول زمان نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهند. این محقق ابراز می‌دارد که رضایت زناشویی و امید به طرق گوناگون به هم مربوطند.

مطالعه ورثینگتون و همکاران او (۱۹۹۷) نشان داد که مداخله امیدمحور در غنی‌سازی روابط زناشویی مؤثر است. این مداخله بر اهداف مشترک زوج تمرکز دارد و روابط را از طریق رشد ارتباط و افزایش سطح تعهد به هدف مشخص شده، ارتقا می‌دهد. نتایج این مداخله شامل افزایش رضایت همسر از سازگاری و کیفیت مهارت‌های ارتباطی خود و همسر بود. نتایج پیگیری نیز نشان داد که این مداخله، به ویژه در افزایش نسبت تعاملات مثبت به منفی بین زوج‌ها، مؤثر بوده است. بهاری (۱۳۸۸) نیز نشان داد که مداخله امیدمحور واکنش‌های هیجانی زوج‌ها را به گونه‌ای معنادار کاهش و سبک همکاری آنها را افزایش می‌دهد.

در تبیین این یافته، می‌توان در درجه اول، به نقش ویژه امید در بهبود کیفیت زناشویی زوج‌ها اشاره کرد. به اعتقاد محققان، امید برای زندگی زناشویی مثبت ضروری است (ورثینگتون و همکاران، ۱۹۹۷). ارتباط پویایی بین امید، استرس و هیجان‌ها وجود دارد؛ چنان که در افراد با امیدواری بالا، استرس‌ها تقلیل می‌یابد و آنها به گونه مؤثرتری از مشکلات و تأثیرات هیجانی بهبود می‌یابند و در نتیجه، رضایت از زندگی و به تبع آن، رضایت زناشویی افزایش می‌یابد. امید از طریق حفظ عاطفه منفی در سطح پایین، فایده حمایتی برای زوج‌ها دارد و به بهبود سازگاران آنها منجر می‌شود (آنتونی (Anthony) و همکاران، ۲۰۰۶).

از دیگر عناصر رویکردهای امیدمحور، ایجاد خوش‌بینی و نگرش مثبت در افراد است. همسرانی که نگرش مثبت‌تری به زندگی دارند به احتمال بیشتری ازدواج خود را رضایت‌بخش می‌دانند و در جهت حفظ آن تلاش می‌کنند (هاستون (Huston) و همکاران، ۲۰۰۱). این نگرش مثبت در هر دو جزء ساختاری امید (اراده و گذرگاه) منعکس می‌شود؛ توانایی زوج برای ایجاد و دنبال کردن گذرگاه‌ها می‌تواند به رضایت‌مندی بیشتر از ازدواج منجر

گردد. داشتن امید بالاتر منوط به توانایی غلبه بر موانع و سختی‌هاست. افزایش توانایی فرد در غلبه بر موانع در ایجاد نمره‌های بالاتر امید نقش دارد و افراد با امید بیشتر، رضایت بیشتری از زندگی دارند (اسنایدر، ۱۹۹۴). اجزای امید در قالب گذرگاه‌ها، و قدرت اراده در پیشگیری از زوال رابطه زناشویی مؤثر هستند؛ به گونه‌ای که توانایی یافتن چندین گذرگاه مؤثر هنگامی که زوج احساس گیرافتادن در مشکلات زناشویی دارند، انعکاس‌دهنده قدرت اراده آنها و عاملی در جهت پیشگیری از شکست ازدواج است (وستروپ، ۲۰۰۲). چنین مهارت‌هایی تمرکز اصلی مشاوره‌های زوجی امیدمحور هستند.

با توجه به تعریف «اراده» - به‌عنوان انرژی روانی که فرد را از نقطه‌ای به نقطه دیگری می‌برد و منبع تصمیم و تعهد است - می‌توان ایجاد تعهد در زوج را نیز در افزایش سازگاری زناشویی آنان پس از مشاوره امیدمحور مؤثر دانست. تعهد غالباً به‌عنوان یکی از عوامل مهم موفقیت زناشویی مطرح شده است. وقتی دو نفر تصمیم به تعهد درازمدت می‌گیرند این احتمال وجود دارد که هر دو اهداف سازگاری دارند و فعالانه این اهداف را دنبال می‌کنند. درباره زوج‌های ناسازگار، چه زوج به سمت اهداف متفاوت بروند، یا بدانند که هرگز اهداف مشابهی نخواهند داشت، نکته اصلی این است که اهداف مشترکی بینشان وجود ندارد (اسنایدر، ۱۹۹۴).

در رویکردهای امیدمحور، هدف درمانگر کمک به زوج‌ها برای ساختن امید است. بسیاری از رویکردهای زوج‌درمانی آموزشی و متمرکز بر ایجاد مهارت‌های ارتباطی یا حل مسئله هستند. اگرچه رویکردهای مبتنی بر مهارت‌سازی به طور خاص برای زوج‌ها مفید است، اما به اعتقاد ورثینگتون و همکاران او (۲۰۰۷)، تغییرات در حال وقوع در رابطه زناشویی فقط به خاطر یادگیری مهارت‌های ارتباطی نیست. در واقع، مهارت‌ها ابزارهایی برای جهت‌دهی مجدد الگوهای ارتباطی زناشویی منفی هستند و به زوج‌ها فضای امنی می‌دهند که در آن با یکدیگر پیوند می‌خورند یا دست‌کم به یکدیگر حمله نمی‌کنند. همچنین امیدواری برای ایجاد تغییرات و متفاوت بودن امور، را فراهم می‌آورند. توانایی تغییر در رابطه، می‌تواند با قدرت اراده فرد (یکی از اجزای امید) مقایسه شود که ارتباط بین روابط زناشویی و امید را تبیین می‌کند. به اعتقاد ورثینگتون و همکاران او (۱۹۹۷)، مشاوران برای کمک مؤثر به زوج‌ها، به فراتر رفتن از آموزش‌های متمرکز بر ارتباط نیاز دارند تا بتوانند دیگر جنبه‌های مهم روابط زناشویی از قبیل ایجاد صمیمیت، حل و فصل تعارض‌ها و برقراری تعهد را نیز در نظر بگیرند. در حوزه درمان و کار با افرادی که ناراضی‌تی و ناسازگاری زناشویی دارند، امیددرمانی با توجه به ماهیت آن، بسیار کارا و نویدبخش به نظر می‌رسد (خوشخرام و گلزاری، ۱۳۹۰).

از دیگر یافته‌های این پژوهش، تأیید اثربخشی مشاوره زوجی امیدمحور بر کاهش دلدگی زناشویی و ابعاد آن (خستگی جسمی، فرسودگی روانی و فرسودگی هیجانی) است. این یافته را می‌توان با توجه به رابطه بین دلدگی زناشویی و ناامیدی تبیین نمود. طبق نظریه پاینر (۱۳۸۳)، اگر همسران نیازهای خود را مطرح نکنند، یا در ارتباط با

یکدیگر به نیازهای هم پی نبرند و به راه‌حل مثبتی برای دستیابی به نیازهایشان نرسند، استرس، ناکامی، ناامیدی، خشم و در نهایت، دزدگی بروز می‌کند. در واقع، دزدگی زناشویی به نوعی با ناامیدی و احساس شکست در رسیدن به اهداف از قبل پیش‌بینی شده مرتبط است. اهداف مشترک در یک رابطه صمیمانه، عامل مهمی در حفظ افراد با یکدیگر است (هاستون، ۲۰۰۰). بدون امید به اینکه این اهداف ممکن است محقق شوند، رابطه خدشه‌دار شده و سرخوردگی از رابطه به وجود می‌آید. تأکید مشاوره زوجی امیدمحور بر ایجاد انگیزش در زوج‌هاست تا در رابطه زناشویی ابتکار عمل داشته باشند و برای رسیدن به اهدافشان، روش اقدام‌محوری را دنبال کنند (ورثینگتون و همکاران، ۱۹۹۷).

رویکرد امیدمحور به افراد کمک می‌کند اهداف مشخصی را در نظر بگیرند، طبقه‌بندی کنند، راه‌های گوناگون رسیدن به اهداف را انتخاب کنند، موانع را بشناسند و چالش‌های مرتبط برای غلبه بر مشکل را در نظر بگیرند. بنابراین، با کمک به زوج‌ها برای تجدیدنظر در اهداف دست‌نیافتنی، تنظیم اهداف واقع‌بینانه و القای امید و خوش‌بینی به آینده، می‌تواند در کاهش دزدگی زوج‌ها مؤثر باشند. درک درستی از نقاط قوت و ضعف رابطه می‌تواند امید زوج‌ها را افزایش دهد. یک زوج هنگامی که مشکلاتشان به طریقی سازمان یافته و منسجم ارائه می‌شود، امید خود را بازمی‌یابند و حس آسودگی را تجربه می‌کنند. این کار به زوج‌ها اجازه می‌دهد به جای اینکه احساس کنند به وسیله رابطه کاملاً آسیب دیده‌شان از پا درآمده‌اند، حیطه‌هایی را که نیاز به بهبودی دارد مطمح‌نظر قرار دهند (فاورس، ۱۹۹۰). توانایی زوج برای خلق گذرگاه‌ها و دنبال کردن آنها (قدرت اراده) می‌تواند احساس ناکامی و گیرافتادن در یک رابطه بی‌ثمر را کاهش دهد. زوج‌هایی که امید کمی به رابطه‌شان دارند، شاید در ازدواج باقی بمانند، اما ازدواجشان جایگاه ویژه‌ای ندارد و یک نقطه مرکزی در زندگی آنها به‌شمار نمی‌آید. بنابراین، آنها بیشتر وقت و توان خود را صرف دوستان، کار، بچه‌ها و فعالیت‌های بیرونی می‌کنند و رابطه زناشویی‌شان فعال نخواهد بود (هاستون و همکاران، ۲۰۰۱).

از ویژگی‌های این پژوهش، تلفیق آموزه‌های اسلامی در ساختار مشاوره زوجی امیدمحور است که مطابق سایر مطالعات در این زمینه، حاکی از تأثیر استفاده از آموزه‌های مذهبی در روان‌درمانی و زوج‌درمانی است (محرابی، ۲۰۰۳؛ نادیر و دی زیگیلوفسکی، ۲۰۰۱؛ ال‌رادی و مهدی، ۱۹۹۴؛ مجاهد و همکاران، ۱۳۸۸). در واقع، با افزایش تناسب فرهنگی مداخلات، احتمال اینکه مراجعان مداخله را تکمیل کنند، افزایش می‌یابد (هیپوورت و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، اگر راهبردهای درمانی به کار رفته با مراجعان مسلمان، انعکاس‌دهنده ارزش‌های اسلامی باشد در موقعیت‌های فردی، گروهی و خانوادگی احتمال تأثیرگذاری درمان به مراتب افزایش خواهد یافت (نادیر و دی زیگیلوفسکی، ۲۰۰۱؛ ال‌رادی و مهدی، ۱۹۹۴). این مهم، به‌ویژه در کار با مراجعان مسلمان، ضرورت بیشتری می‌یابد؛ زیرا بیشتر الگوهای روان‌درمانی برخاسته از فرهنگ‌های

غربی است و بسیاری از مفاهیم و انگاره‌های زیربنایی این الگوها با تعالیم اسلام ناهمخوانی و گاه مغایرت دارد. این ناهمخوانی یا تناقض موجب کاهش میزان اثربخشی و یا میزان پایداری اثر در استفاده از این قبیل درمان‌ها در مراجعان مسلمان می‌گردد. از این‌رو، در چنین شرایطی درمانگران باید مفاهیم و آموزه‌های اسلامی را در برنامه‌های درمانی درمانی مطمح نظر قرار دهند (محرابی، ۲۰۰۳).

به‌طور کلی، بر مبنای نتایج این پژوهش، مشاوره زوجی امیدمحور بر سازگاری و دلزدگی زناشویی زوج‌های نابارور تأثیر دارد. البته با توجه به ضرورت لحاظ نمودن تفاوت‌های فرهنگی، لازم است تعمیم نتایج حاضر با احتیاط انجام پذیرد. در این پژوهش، به سبب محدودیت زمانی، از پیگیری ۴ هفته‌ای استفاده شد و از این‌رو، امکان بررسی ماندگاری اثر مداخله درمانی در دوره زمانی مطلوب برای پیگیری (سه ماهه)، میسر نگردید. بر مبنای نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود از مشاوره زوجی امیدمحور به منظور کاهش آثار نامطلوب ناباروری بر کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور در مراکز درمان ناباروری و در کار با زوج‌های نابارور استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر مشاوره زوجی امیدمحور در قالب جلسات زوجی (غیر گروهی)، و نیز تأثیر مشاوره زوجی امیدمحور بر متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی و بهزیستی زوج‌های نابارور بررسی گردد.

منابع

- ابراهیمی، ابوالفضل، ۱۳۸۷، «باورهای آخرت‌نگرانه و رابطه آنها با سلامت»، *روان‌شناسی و دین*، ش ۳، ص ۱۰۷-۱۲۶.
- ادیب‌راد، نسترن و مجتبی ادیب‌راد، ۱۳۸۴، «بررسی رابطه باورهای ارتباطی با دلزدگی زناشویی و مقایسه آن در زنان متقاضی طلاق و زنان خواهان ادامه زندگی مشترک»، *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، سال چهارم، ش ۱۳، ص ۹۹-۱۱۰.
- بهراری، فرشاد، ۱۳۸۸، «تأثیر مداخله‌های امیدمحور، بخشش‌محور و ترکیبی از این دو بر تعارض زناشویی، تحریف‌های شناختی بین فردی زوج‌های متقاضی طلاق شهر اصفهان»، پایان‌نامه دکتری مشاوره خانواده، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- پاییز، آیا مالاچ، ۱۳۸۳، «دلزدگی از روابط زناشویی»، ترجمه سیدحبيب گوهری‌راد و کامران افشار، تهران، رادمهر.
- پسندیده، عباس، ۱۳۸۸، «رضایت از زندگی، چ هفتم، قم، دارالحدیث.
- خوشخرام، نجمه و محمود گلزاری، ۱۳۹۰، «اثربخشی امیددرمانی بر افزایش میزان رضایت زناشویی و تغییر سبک دلبستگی نایمن در دانشجویان متأهل دانشگاه»، *روان‌شناسی کاربردی*، سال دوم، ش ۵، ص ۸۴-۹۶.
- دلاور، علی، ۱۳۸۷، «روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی»، تهران، ویرایش.
- سلطانی، مرضیه و همکاران، ۱۳۹۱، «تأثیر زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش سازگاری زناشویی زوجین نابارور»، *علوم رفتاری*، دوره ششم، ش ۴، ص ۳۸۳-۳۸۹.
- شریفی، مرضیه، ۱۳۹۱، «اثربخشی الگوی سوگ درمانی شناختی- رفتاری گروهی با رویکرد اسلامی بر آثار سوگ در خانواده‌های داغ‌دیده شهرستان فلاورجان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- علی‌پور، زهرا، ۱۳۸۸، «اخلاق زندگی، قم، دفتر عقل.
- مجاهد، عزیزالله و همکاران، ۱۳۸۸، «مقایسه تأثیر درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی و درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر سلامت روانی همسران شهدا و جانبازان»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۴۴، ص ۲۸۲-۲۹۱.
- مشکات، محمد، ۱۳۸۸، «اهمیت التفات به وجود در معناداری زندگی»، *اندیشه نوین دینی*، سال پنجم، ش ۱۶، ص ۱۶۱-۱۸۳.
- موفق، علیرضا، ۱۳۸۸، «معنای زندگی، تأملی بر دیدگاه دین و مکاتب بشری»، تهران، کانون اندیشه جوان.
- نویدی، فاطمه، ۱۳۸۴، «بررسی و مقایسه رابطه دلزدگی زناشویی با عوامل جوسازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستان‌های تهران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی صنعتی و سازمانی، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- نیکویخت، ندا و همکاران، ۱۳۹۰، «بررسی دلزدگی زناشویی در زنان نابارور و بارور مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولیعصر مجتمع بیمارستانی امام خمینی: یک مطالعه مقطعی»، *اپیدمیولوژی ایران*، ش ۱ (۷)، ص ۳۲-۳۷.
- یوسفی، ناصر و همکاران، ۱۳۹۰، «رابطه سبک‌های عشق‌ورزی و کیفیت زناشویی در میان افراد متأهل»، *مشاوره کاربردی*، ش ۱، ص ۲۱-۳۶.
- Al-Radi, O, & Mahdy, M. A, 1994, Group therapy: An Islamic approach, *Integrative Psychiatry*, n. 10, p. 106-109.
- Andrews, F.M, et al , 1991, Stress from infertility, marriage factors and subjective well-bing of wives and husbands, *Journal Health Social Behavior*, n. 32, p. 238-53.
- Anthony, D, et al, 2006, Hope as a source of resilience in lather adulthood, *Personality and Individual Differences*, v. 41 (2), p. 1263-1273.
- Berg, B.J, et al, 1991, Psychological sequel of infertility treatment, The role of gender and sexrole identification, *Journal of Social Scientific Medicine*, v. 33 (9), p. 1071-1080.
- Cookburn, J. T, et al, 1997, Solution focused therapy and psychotherapy adjustment to

- orthopaedic rehabilitation in a work hardening program, *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 7 (2), p. 97-106.
- Darrodi, H, et al, 2011, Hope – Oriented Mental Rehabilitation and enhancement of marital satisfaction among couples with addicted husband, *Iranian Rehabilitation Journal*, v. 8 (11), p. 43-49.
- Fowers, B.J, 1990, An interactional approach to standardized marital assessment: A literature review, *Family Relations*, v. 39 (4), p. 368-378.
- Greenfeld, D.A, 1997, Does psychological support and counseling reduce the stress experienced by couples involved in assisted reproductive technology?, *Journal of Assist Reprod Genet*, v. 14 (4), p. 186-188.
- Hollist.C. S, & Miller, R. B, 2005, Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage, *Family Relations*, v. 54, p. 46-58.
- Homan, A. C, et al, 2007, The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: a review, *Hum Reprod Update*, v. 15, p. 1-15.
- Huston,T.L, et al, 2001, The connubial crucible: Newlywed years as predictors of marital delight, distress, and divorce, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 80 (2), p. 237-252.
- Huston,T.L, 2000, The social ecology of marriage and other intimate unions, *Journal of Marriage and family*, v. 62 (2), p. 298-321.
- Kuchenhoff, J, 1999, Unfulfilled desire for children: What is the grief for men? Ther Umsch, v. 56 (5), p. 260-264.
- Lewis, N. E, 2006, Spirituality as a coping mechanism for African American college student facing bereavement, [dissertation]. Department of psychology of the state university of new York.
- Mehraby, N, 2003, Psychotherapy with Islamic Clients Facing Loss and Grief Psychotherapy in Australia, v. 9 (2), p. 1-8.
- Monga ,M, et al, 2004, Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function, *Urology*, v. 63, p. 126-130.
- Morris, S, 2008, *Over coming grief: a self –help guide using cognitive behavioral techniques*, London: Robinson.
- Mosalanejad, L, et al, 2014, Therapeutic Vaccines: Hope Therapy and Its Effects on Psychiatric Symptoms among Infertile Women, *Global Journal of Health Science*, v. 6 (1), p. 192-200.
- Myers, D. G, 1992, *The pursuit of happiness*, New York: William Morrow.
- Nadir, A, & Dziegielewski, S. F, 2001, Islam. In M. Van Hook, B. Hugen, & M. Aguilar (Eds.), Spirituality within religious traditions in social work practice (pp. 146-166). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole .
- Pines, A. M, & Nunes, R, 2003, The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling*, v. 40(2), p. 50-64.
- Ripley, J.S, & Worthington, E. L, 2002, Hope-focused & Forgiveness-focused group interventions to promote marital enrichment, *Journal counseling & Development*, v.80 (2), p. 33-45.
- Snyder, C.R, 1994, *The psychology of hope*, NewYork, NY: The Free Press.

- Taylor, S, & Kemeny, M, 2000, Psychological resources, Positive illusions and health, *American Psychologists*, v. 55, p. 99-109.
- Van den Akker, O. B, 2005, Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women, *Patient Educ Couns*, v. 57, p. 183-189.
- Vaughan, L.A, 2001, The relationship between marital satisfaction levels associated with participation in the free (forgiveness and reconciliation through experiencing empathy) and hope-focused marital enrichment program, *Dissertation abstract onternational: section: The sciences and engineering*, 62(2), 1124.US:University Microfilmi International.
- Vilaythong, A.P, et al, 2003, Humor and Hope:canhumor increase hope?, *Journal of Humor*, v. 16 (1), p. 79-89.
- Volgston, H, et al, 2010, Sundstom poeomaa. Risk factor for psychiatric disorder infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*, v. 93 (4), p. 1088-1099.
- Weaver, A. J, et al, 1999, *Counseling troubled teens and their families: A handbook for pastors and youth workers*, Nashville, TN: Abingdon Press.
- Westerop, K, 2002, Building healthy couple relationships: do communication skills, gender, hope andfamily types make a differences?, Thesis for masters of arts, faculty of graduate studies, Trinity Western University.
- Worthington, E. L, et al, 2007, The hope-focused approach to couple therapy and enrichment, *Journal of Psychology and Christianity*, v. 26, p. 132-139.
- Worthington, E. L, 1999, *Hope-focused marriage counseling: A guide to brief therapy*, Downer's Grove, IL: Intervarsity Press.
- Worthington, E.L, & ET AL, 1997, Strategic hope-focused relationship-enrichment counseling with individual couples, *Journal of Counseling Psychology*, v. 44, p. 381-389.