

**بهبودی روان‌شناختی، سلامت معنوی و میزان امید در زنان نابارور تحت درمان IVF**نسرین رحیمی شادباد<sup>۱\*</sup>، مرضیه علیوندی وفا<sup>۲</sup><sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران**چکیده**

بررسی متغیرهایی که در پیش‌بینی امید نقش دارند، می‌تواند بر دانش عوامل مرتبط با امید زنان نابارور بیفزاید. مقاله حاضر با هدف پیش‌بینی میزان امید زنان نابارور تحت درمان با IVF بر اساس بهزیستی روان‌شناختی و سلامت معنوی انجام شد. طرح تحقیق حاضر توصیفی، از نوع همبستگی و به روش پیش‌بینی بود. جامعه آماری را کلیه زنان نابارور تحت درمان با IVF مراجعه‌کننده به بیمارستان الزهرا و کلینیک میلاد شهر تبریز تشکیل می‌دادند که تعداد آن‌ها برابر ۷۶۰ نفر بود و بر اساس جدول مورگان و کرجسی، تعداد ۲۶۰ زن نابارور به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه آماری انتخاب و پرسشنامه‌های امید میلر، سلامت معنوی پالوتزین و الیسون و بهزیستی روان‌شناختی ریف را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی و سلامت معنوی با امید در زنان نابارور تحت درمان با IVF رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت. نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از این بود که بهزیستی روان‌شناختی و سلامت معنوی قدرت پیش‌بینی‌کنندگی امید در زنان نابارور تحت درمان با IVF را دارا هستند.

**کلیدواژه‌ها:** امید؛ زنان نابارور؛ درمان با IVF؛ بهزیستی روان‌شناختی؛ سلامت معنوی**مقدمه**

سازمان جهانی بهداشت (WHO)<sup>۱</sup> ناباروری را باردار نشدن یک زوج پس از یک سال روابط زناشویی بدون استفاده از روش‌های ضد بارداری تعریف می‌کند. از این رو، ناباروری در زندگی زوجین یک بحران تلقی می‌شود و این بحران با استرس‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی همراه است که تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بسیاری از مولفان پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنش‌های سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (ثقفی و طوفانی، ۲۰۱۴). لذا، پرواضح است که ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی به شمار می‌رود که صرف هزینه‌های گزافی را جهت درمان طلب کرده و می‌تواند باعث ازهم‌گسیختگی ثبات خانواده گردد. با توجه به اهمیت تجربه‌های روان‌شناختی نامناسبی که زنان نابارور تجربه می‌کنند؛ شناخت عوامل روان‌شناختی احتمالی درگیر در این امر بسیار مهم می‌نماید.

امید توانایی باور داشتن به احساسی بهتر در آینده است، و این امید است که پس از بحران‌ها آرامش را به فرد بازمی‌گرداند؛ لذا در بهداشت روانی نقش مهمی ایفا می‌کند (عسگری و شرف‌الدین، ۱۳۹۱). با توجه به اهمیت متغیر امید به‌عنوان یک متغیر مؤثر در چگونگی تعریف مشکل تجربه‌شده توسط انسان در شرایط ناگوار؛ شناخت فاکتورهای همراه و مهم می‌تواند بر آگاهی متخصصان این حوزه در جهت برخورد با مشکلات ایجادشده کمک‌کننده باشد. یکی از مفاهیم مهم حوزه روانشناسی مثبت نگر که پتانسیل همراهی با امید را دارا است، مفهوم بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی درگیری با چالش‌های هستی‌شناختی و تلاش برای رشد شخصی تعریف و با مدل شش‌مؤلفه‌ای ریف شناخته شده است. ریف (۱۹۹۵) بهزیستی روان‌شناختی را "تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد" می‌داند. در این دیدگاه، بهزیستی روان‌شناختی در تلاش برای ارتقاء استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود.

از طرفی، گرایش و توجه مجدد به مسائل معنوی در عرصه زندگی نشان می‌دهد که بعد معنوی انسان یک بعد جدید نیست بلکه همیشه وجود داشته است، اما یا بدان توجه نشده یا توجه به ارضاء این نیاز در طول تاریخ به شکل‌های دیگری صورت گرفته است (اعتمادی، ۲۰۱۵). اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه گذشته به صورتی روز افزون توجه روانشناسان و متخصصان سلامتی را به خود جلب کرده است.

\* پست الکترونیک نویسنده مسئول: nasrinrahimi73@yahoo.com

تحقیقات بسیاری از این فرضیه حمایت می‌کند که سلامت معنوی می‌تواند کارکرد روانی و سازگاری را تقویت کند. متخصصان بهداشت روان معتقدند با شناخت اعتقادات و مراسم مذهبی مراجعان، از آن به‌عنوان یک منبع جایگزین مهم و حمایت استفاده کرده و با توصیه مراجعان به معنویت و شرکت در مراسم مذهبی، بتوانند آن‌ها را به آرامش درونی سوق دهند. همچنین، پژوهش‌ها حاکی از این است که معنویت، ارتباط مثبتی با سلامت جسمی و روانی دارد (هارتز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). بعلاوه، رودسری، آلان و اسمیت<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) معنویت را به‌عنوان یکی از جنبه‌های مراقبت همه‌جانبه از زنان با مشکلات باروری بیان می‌کنند و نشان می‌دهند که این امر در مقابله با بحران، پیدا کردن معنا و امید و تسکین درد و رنج به زنان نابارور کمک می‌کند. حسینی و همکاران (۱۳۹۳) نیز، بر اهمیت سلامت معنوی در زنان نابارور تأکید کرده و پژوهش در خصوص آن را مهم تلقی کردند. به باور رودسری و همکاران (۲۰۰۷)، زنان نابارور ممکن است از عقاید مذهبی خود برای مقابله با بحران و یافتن معانی و امید در درد و رنجشان استفاده کنند.

در کل، می‌توان چنین اظهار داشت که ناباروری یک مشکل چندجانبه بوده و خسارات متعددی را برای زن ایجاد می‌کند. به همین جهت زنان نابارور نیاز به توجه و مراقبت‌های جامع و همه‌جانبه دارند. مراقبت تنها توجه به نیازهای پزشکی را شامل نمی‌شود؛ بلکه باید به نیازهای روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اعتقادی نیز توجه علمی شود. بر این اساس، با عنایت به جنس مشکل فردی، بین‌فردی، اجتماعی و فرهنگی نازایی؛ و توجه به اهمیت رسیدن به درمان‌های مثبت در حوزه‌ی نازایی؛ و عطف به بنیان اعتقادی حاکم بر باورهای مذهبی زنان نازا؛ این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا میزان امید در زنان نابارور تحت درمان با IVF بر اساس بهبودی روان‌شناختی و سلامت معنوی، قابل پیش‌بینی است؟

## روش

### شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان نابارور تحت درمان با IVF مراجعه‌کننده به بیمارستان الزهرا و کلینیک میلاد شهر تبریز در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند که بر اساس آمار اخذشده از مسئولان تعداد آن‌ها برابر ۷۶۰ نفر بود. با توجه به جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، و با استفاده از جدول مورگان و کرجسی، تعداد ۲۶۰ زن نابارور تحت درمان با IVF به‌عنوان نمونه برای این پژوهش در نظر گرفته شد. از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌ی آماری استفاده گردید. طرح پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود.

### ابزار

پرسشنامه امید میلر: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ توسط میلر<sup>۳</sup> و پاورز<sup>۴</sup> ساخته شد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. این پرسشنامه در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. کم‌ترین نمره هر فرد ۴۸ و بیش‌ترین آن ۲۴۰ است و هر چه فرد نمره بیشتری بگیرد دارای امید بیشتری است. دوازده جمله از پرسشنامه میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده که این جمله‌ها عبارت‌اند از سؤالات شماره ۳۹، ۲۷، ۲۸، ۳۸، ۳۴، ۳۳، ۳۱، ۲۵، ۱۸، ۱۶، ۱۱. در ارزشیابی و نمره‌گذاری این شماره سؤالات به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ گزارش شده است (عدالت زاده اقدم، ۱۳۹۲).

مقیاس بهبودی روان‌شناختی ریف: این مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط ریف طراحی و ساخته شد. در پژوهش حاضر از فرم ۸۴ سؤالی این مقیاس استفاده شد. مقیاس بهبودی روان‌شناختی دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل دارای ۱۴ سؤال است که پاسخ‌های شرکت‌کننده را در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) می‌سنجد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده بهبودی روان‌شناختی بالاتر در هر یک از شش خرده مقیاس است. اعتبار این مقیاس با روش باز آزمایی ۰/۸۵ به‌دست آمده است. در پژوهش بیانی، محمد کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) اعتبار باز آزمایی با فاصله دو ماه ۰/۸۲ به دست آمد؛ آلفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۸۹ بود.

پرسشنامه سلامت معنوی: این پرسشنامه توسط پالوتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است و شامل ۲۰ سؤال و دو خرده مقیاس است. پاسخگویی به سؤالات به‌صورت طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. پالوتزین و الیسون (۱۹۸۲) در پژوهشی ضرایب آلفای کرونباخ بهبودی مذهبی و وجودی و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند.

- 1 Hartz
- 2 Allan & Smith
3. Miller
4. Powers

## شیوه‌ی اجرا

بعد از هماهنگی‌های لازم با بیمارستان الزهراء تبریز و کلینیک زنان زایمان میلاد، در چند روز متوالی به کمک کارشناسان تعلیم‌دیده در خود این دو مرکز که مورد تأیید متخصصان این مراکز بودند، به جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز پرداخته شد. در فرآیند اجرا، گاه زنان سؤالاتی در خصوص گویه‌های پرسشنامه‌ها داشتند که با نهایت دقت و احترام، به آن‌ها پاسخ داده شد. همچنین، با توجه به ماهیت همبستگی پژوهش حاضر، هر سه پرسشنامه به صورت همزمان بر روی زنان تحت درمان با IVF اجرا شد. برای تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها از ضریب همبستگی پیرسون رگرسیون چندگانه استفاده شد.

## نتایج

میانگین، انحراف معیار نمرات و همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

میانگین، انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان و همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی

ضریب همبستگی امید	پذیرش خود	روابط مثبت با دیگران	خودمختاری	تسلط بر محیط	زندگی هدفمند	رشد فردی	سلامت مذهبی	سلامت وجودی
۰/۴۸**	۰/۲۶۶**	۰/۲۸۸**	۰/۳۹۶**	۰/۳۳۵**	۰/۳۸۷**	۰/۴۸۸**	۰/۳۹۸**	
میانگین	۴۹/۹۲	۵۲/۸۰	۴۹/۱۲	۵۱/۲۵	۵۳/۷۹	۵۲/۴۹	۲۸/۵۸	۲۷/۲۳
انحراف معیار	۸/۱۹۸	۸/۸۱۶	۸/۳۴۶	۹/۷۵۸	۱۱/۵۰۲	۱۰/۴۹۶	۵/۷۷	۶/۶۱

مطابق مندرجات جدول ۱، زندگی هدفمند دارای بیشترین میانگین (۵۳/۷۹) با انحراف معیار (۱۱/۵۰۲) است و سلامت وجودی دارای کمترین میانگین (۲۷/۲۳) با انحراف معیار (۶/۶۱) بود. با توجه به اطلاعات جدول ۱، تمامی مولفه‌های بهزیستی روانشناختی و سلامت معنوی با امید رابطه مثبت و معنی‌داری داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که مؤلفه زندگی هدفمند با ۳۵ درصد قوی‌ترین پیش‌بین و رشد فردی و خودمختاری با ۱۱ درصد ضعیف‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های امید در زنان نابارور تحت درمان با IVF هستند.

## بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، پیش‌بینی میزان امید زنان نابارور تحت درمان با IVF بر اساس بهزیستی روان‌شناختی و سلامت معنوی بود. نتایج حاکی از این بود که تمامی مولفه‌های بهزیستی روانشناختی و سلامت معنوی با امید رابطه مثبت و معناداری داشت. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که مؤلفه زندگی هدفمند با ۳۵ درصد قوی‌ترین پیش‌بین و رشد فردی و خودمختاری با ۱۱ درصد ضعیف‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های امید در زنان نابارور تحت درمان با IVF هستند. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها از جمله رودسری و همکاران (۲۰۰۷)، حسینی و همکاران (۱۳۹۳) و هارتز (۲۰۰۵) همسو است.

در تبیین یافته فوق می‌توان اظهار داشت که امید یک حالت انگیزش مثبت با در نظر گرفتن اهداف روشن برای زندگی است. در امید، از یک سو انگیزه خواستن به اراده برای حرکت به سوی اهداف و از طرف دیگر، بررسی راه‌های مناسب برای حصول اهداف نهفته است. بنابراین، کارکرد امید در زندگی به‌عنوان یک مکانیسم حمایتی است و باعث رشد و پیشرفت کیفیت زندگی انسان می‌شود. از طرفی، افراد دارای سلامت معنوی بالا، ناباروری خود را جزئی از چرخه زندگی دانسته و با توجه به اینکه مطیع پروردگار خود هستند، آن را از طرف خداوند می‌دانند و در نتیجه به نسبت دیگران این وضعیت را بهتر پذیرفته و با آن کنار می‌آیند.

در سلامت معنوی، تلاش می‌شود برای اینکه فرد پذیرش و درک بهتری از بیماری خود داشته باشد و این مسئله (ناباروری) را منحصر به خود نداند، او را با افرادی که دارای وضعیت مشابه هستند آشنا کند تا فرد علاوه بر کسب تجربه برای حل مسائل خود، سازگاری بیشتری با مراحل درمانی آن داشته باشد که این موضوع جوانه‌های امید را در وجود وی زنده نگاه داشته و فرد امیدوارانه‌تر به مبارزه می‌پردازد.

پرداختن به پژوهش‌هایی از این دست به‌ویژه با نمونه‌های بزرگ‌تر و همچنین انجام طرح‌های پژوهشی طولی می‌تواند بینش‌های مهمی در آشکارسازی نقش عوامل روان‌شناختی در این بیماری را به همراه داشته باشد. کوچکی حجم نمونه، عدم امکان استفاده از

شیوه‌های نمونه‌گیری قوی‌تر، خودگزارشی بودن مقیاس مورد استفاده و امکان وانمودسازی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود. از طرفی، تازگی نسبی موضوع تحقیق را می‌توان از جمله امتیازات پژوهش حاضر به حساب آورد.

### منابع

- بیانی، ع. آ؛ محمد کوچکی، ع؛ و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۲)، ۱۴۶-۱۵۱.
- حسینی، ر. آ؛ علیجان پور، آقا ملکی، م؛ مهرابی، ط؛ زیرکی دانا، آ؛ و دادخواه، ع. (۱۳۹۳). ارتباط بعد وجودی سلامت معنوی با کیفیت زندگی در زنان نابارور. *سلامت و مراقبت*، ۱۶ (۳)، ۵۳-۶۰.
- عدالت زاده اقدم، گ. (۱۳۹۲). *اثر بخشی آموزش معنا درمانی بر اصلاح نگرش به نحوه انتخاب همسر و امید به زندگی در میان دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تبریز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی. (منتشر نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.
- عسگری، پ؛ و شرف‌الدین، ه. (۱۳۹۱). رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان. *یافته‌های نو در روانشناسی*، ۱۷ (۶)، ۲۵-۳۶.
- Etemadi, A. (2015). Spirituality and religion in consulting and psychotherapy. *Journal of Mashhad New Psychotherapy*, 10(35, 36), 131-146. [Persian].
- Hartz, G. W. (2005). *Spirituality and Mental Health: Clinical Applications*, New York; Haworth press.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, New York: Wiley.
- Roudsari, R. L., Allan, H. T., & Smith, P. A. (2007). Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature. *Human Fertility*, 10(3)-141-9.
- Ryff, C. D. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *J Perso and Soci Psych*, 69, 719-727.
- Saghafi, N., & Tofani, H. (2014). Relationship of mental status of infertile women between duration of therapy. *Ofogh Danesh*. 9, 10-12.