

Investigating the Effectiveness of Group Therapy based on the Religious-oriented Cognitive-behavioral Style on Increasing Life Expectancy and Happiness in Infertile Women

ARTICLE INFO

Article Type

Analytical Review

Aurhors

Nadi.E¹

Saeedpoor,F²

Boland,H³

ABSTRACT

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of group therapy based on the religious-oriented cognitive-behavioral style on increasing life expectancy and happiness in infertile women. The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test through control group and experimental group; data collection tool was also a questionnaire. The statistical population included all infertile women in Lahijan who referred to infertility centers in 2018. Based on the research method, 30 infertile women were selected by convenience sampling according to the inclusion criteria and randomly divided into experimental and control groups (15 people in each group). Experimental group received religious-oriented cognitive-behavioral training during ten weekly sessions, but the control group received no training. Data analysis was done by SPSS₂₂ using descriptive and inferential statistical indices and MANCOVA was used to test the main research hypothesis. Results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in the dependent variables of life expectancy ($F=15/74$; $0/001 < P$) and happiness ($F=14/36$; $0/001 < P$); So that, The life expectancy and happiness of the experimental group improved significantly compared to the control group. Therefore, it can be concluded that group therapy based on the religious-oriented cognitive-behavioral style is an effective way to increase life expectancy and happiness in infertile women.

Keywords: Group therapy based on the religious-oriented cognitive-behavioral style, Happiness, Life Expectancy, Infertility

How to cite this article

¹Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Lahijan Branch, Lahijan, Iran

²Master of Family Counseling, Faculty of Literature & Humanities, Guilan University, Rasht, Iran

³PhD in Counseling, Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Literature and Human Sciences, University of Guilan, Rasht, Iran

*Correspondence:

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Lahijan Branch, Lahijan, Iran
Phone: 09114564922 013-6690274-78
Fariba_saeedpour@yahoo.com

Article History

Received: September 8, 2019

Accepted: December 27, 2019

ePublished: September 30, 2019

بررسی اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه‌شناختی - رفتاری مذهب‌محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان نابارور

الهه نادی

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد لاهیجان، لاهیجان، ایران

فریبا سعیدپور*

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

حسن بلند

دکترای تخصصی مشاوره، استادیار، گروه مشاوره، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری مذهب‌محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان نابارور بوده است. روش پژوهش، شبه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون- پس‌آزمون از طریق گروه گواه و گروه آزمایش و ابزار جمع‌آوری داده نیز پرسشنامه بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور شهرستان لاهیجان بوده که در سال ۱۳۹۷ به مراکز ناباروری مراجعه کرده‌اند. با توجه به روش پژوهش، ۳۰ نفر از زنان نابارور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه هفتگی تحت آموزش شناختی- رفتاری مذهب‌محور قرار گرفت، ولی گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی توسط نرم‌افزار SPSS22 انجام شده و برای آزمون فرضیه اصلی پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است. یافته‌ها نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته امید به زندگی ($F=15/74$ و $P<0/001$) و شادکامی ($F=14/36$ و $P<0/001$) تفاوت معنی‌داری وجود داشته، به‌طوری‌که امید به زندگی و شادکامی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به صورت قابل‌توجهی بهبود یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت گروه‌درمانی به شیوه شناختی- رفتاری مذهب‌محور روش مؤثری برای افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان نابارور است.

واژگان کلیدی: گروه‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب‌محور، شادکامی، امید به زندگی، ناباروری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۶/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۷

*نویسنده مسئول: Fariba_saeedpour@yahoo.com

مقدمه

توجه به سلامت زنان در جامعه از اهمیت بسزایی برخوردار است، چراکه سلامت روانی و جسمی زنان، از یک‌سو موجب شادابی، سرزندگی و امید در فعالیت‌های روزمره می‌شود و از سوی دیگر موجبات شادی نسل بعد را نیز فراهم می‌کند^(۱). یکی از مسائلی که می‌تواند به سلامت روانی زنان آسیب جدی وارد نماید، مسئله ناباروری است^(۲). سازمان بهداشت جهانی از ناباروری به‌عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است.

بر اساس مطالعات انجام شده، حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا به نوعی از ناباروری رنج می‌برند^(۳). علی‌رغم اینکه ۴۰٪ علت نازایی مربوط به مردان، ۴۰٪ مربوط به زنان و ۲۰٪ می‌تواند مربوط به هر دو یا به علل ناشناخته باشد^(۴)، ولی در بعضی جوامع ناباروری تنها به‌عنوان مشکلی زنانه عنوان می‌شود. زنان اغلب برای ناباروری سرزنش می‌شوند حتی اگر علت ناباروری نباشند^(۵). ناباروری اگرچه یک بیماری نیست^(۶) ولی در همه فرهنگ‌ها از آن به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا و بحرانی تهدیدکننده یاد می‌شود^(۷) که می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار دهد^(۸) و همچنین می‌تواند آثار و عواقب روانی و اجتماعی متعددی به جای بگذارد که از جمله این آثار می‌توان به کاهش اعتماد به نفس، کاهش ارتباطات، احساس تنهایی و طردشدگی، احساس افسردگی، ناتوانی، خستگی، گنجی، عصبانیت، احساس شرم و خجالت و احساس اضطراب و تنش در هنگام برخورد با مشکلات اشاره کرد^(۹).

به‌طور کلی باید اذعان داشت که زنان نابارور از زندگی خود کمتر لذت می‌برند و به دلیل شرایط خاصی که دارند، فشارهای زیادی را تحمل می‌کنند. این فشارها بر کارکردهای اجتماعی، اقتصادی، سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و در نهایت، با کاهش امیدواری، خودکارآمدی و خوشبینی در زندگی خود مواجه می‌گردند. ناگفته پیداست که برای کاهش آثار منفی ناباروری باید علاوه بر درمان‌های پزشکی به عواقب روانی آن‌ها نیز توجه شود. یکی از راه‌های کاهش این آثار، افزایش شادی و امیدواری در این قشر می‌باشد، چراکه شادکامی و امید منجر به خودپنداره مثبت، نگرش مثبت به زندگی، برخورداری از سلامت روانی و تعادل هیجانی، امیدواری به آینده، روابط اجتماعی متعادل، بهبود کیفیت زندگی، بهبود عملکرد سیستم ایمنی در مقابل استرس‌ها، بهبود کیفیت خواب، تمایل بیشتر در کمک به دیگران، عملکرد بهتر در حیطه‌های تحصیلی و شغلی و در نهایت منجر به افزایش موفقیت‌های زندگی می‌گردد^(۱۰). در تعریف شادکامی و امید به زندگی می‌توان گفت که شادکامی نوعی ارزشیابی فرد از خود و زندگی خود می‌باشد و دربرگیرنده مفاهیمی از قبیل رضایت از زندگی، عواطف مثبت، نداشتن نشانگان افسردگی و اضطراب است^(۱۱) از نظر فوردایس شادی هیجان مثبت یا احساسی است که توأم با رضایت باشد و معمولاً به‌وسیله عباراتی چون خرسندی، احساس بهزیستی، نشاط، مسرت و دل‌خوشی توصیف می‌شود^(۱۲)؛ اما امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع زندگی داشته باشد^(۱۳) از طرفی، امید به زندگی زمانی افزایش می‌یابد که شاخص‌های بهداشتی و درمانی جامعه بهبود یابند^(۱۴).

یکی از عوامل تأثیرگذار بر شادی و امید افراد، اعتقادات مذهبی است. مذهب می‌تواند به‌عنوان یک اصل وحدت‌بخش و نیروی عظیم برای سلامت روانی مفید و کمک‌کننده باشد. اعتقادات مذهبی منجر به افزایش تاب‌آوری افراد در مقابله با فشارهای روانی می‌شود^(۱۵). باورهای مذهبی و معنویت، فرد را به جستجوی معنی، هدف و اتصال به ارزش‌ها هدایت می‌کند و یکی از راه‌های مناسب برخورد با بیماری و افزایش امید در زندگی می‌باشد^(۱۶).

پژوهش‌های متعدد به تأثیر معنویت بر سلامت روانی و شادکامی در افراد پرداخته‌اند که در این زمینه می‌توان به یافته‌های غباری بناب و همکاران^(۱۷)، مظفری‌نیا و همکاران^(۱۸)، عقیلی و کومار^(۱۹)، پولنر^(۲۰)، بتل و دی‌فریس^(۲۱)، آرگایل و همکاران^(۲۲)، لوپس و همکاران^(۲۳)، لایوبومرסקی و همکاران^(۲۴)، والیان^(۲۵)، للکس^(۲۶)، موکرچی و برون^(۲۷) صحرانیان و همکاران^(۲۸) اشاره کرد. جمع‌بندی این پژوهش‌ها، رابطه مثبت و معناداری بین نگرش مذهبی و معنویت با شادکامی را نشان می‌دهد. همچنین، شواهد پژوهشی حاکی از این است تقویت معنویت و یافتن معنایی خاص برای زندگی در خلال رنج ناباروری می‌تواند باعث کاهش استرس ادراک شده و افزایش شادکامی در زنان شود^(۲۹).

در دهه‌های اخیر، پژوهشگران به کاربرد معنویت و مذهب به‌عنوان یک روش درمانی پرداخته‌اند. یکی از رویکردهای درمانی موجود در این زمینه، درمان شناختی- رفتاری مذهب محور است که هدف آن، تغییر باورهای غلط مراجع و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است و طی جلسات درمانی به مراجع کمک می‌شود تا اعتقادات مذهبی و باورهای دینی خود را تقویت کند. همچنین توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی، سبب افزایش امید به زندگی می‌شود. در جلسات درمانی این باور در فرد ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده بلکه توأم با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی است. با ایجاد چنین طرز تفکری، مراجع از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد^(۳۰). در زمینه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهب محور یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که این رویکرد بر کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش نگرش مثبت، کنترل رفتار و توانایی مقابله با مشکلات جسمانی در بیماران ام‌اس^(۳۱) و افزایش امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان^(۳۲) مؤثر بوده است. همچنین، شواهد پژوهشی به این مسئله اشاره می‌کند که درمان شناختی- رفتاری مذهب محور نسبت به روان درمانی- شناختی- رفتاری کلاسیک تأثیر بیشتری دارد^(۳۳).

بنابراین با توجه به پژوهش‌های پیشین و نقش گسترده مذهب در زندگی بشر و نیز آنچه که در مورد رابطه بین مذهب و شادکامی ذکر شد، با توجه به تحقیقات اندک در کشور ما در زمینه نگرش مذهبی، شادکامی و امیدواری به‌صورت عام و بررسی این رابطه در بین زنان نابارور به‌صورت خاص، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مذهب محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان نابارور می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، یک تحقیق کاربردی است و از لحاظ روش، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان نابارور شهرستان لاهیجان بود که در سال ۱۳۹۷ به مراکز ناباروری مراجعه کردند. با توجه به روش پژوهش، ۳۰ نفر از زنان نابارور با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، از طریق فراخوان انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار

تحت آموزش شناختی- رفتاری مذهب محور قرار گرفت، ولی گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: گذشت ۱ سال از تشخیص قطعی ناباروری، عدم ابتلا به هرگونه بیماری جسمی مزمن ناتوان‌کننده، عدم ابتلا به بیماری‌های روان شناختی به گفته خود مراجعان و با بررسی پرونده آن‌ها، عدم دریافت درمان مشاوره‌ای به‌طور هم‌زمان و داشتن تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: داشتن هرگونه بیماری جسمی که مانع شرکت در جلسات درمانی شود، ابتلا به اختلالات روانی به تشخیص روان‌پزشک، مصرف داروهای روان‌پزشکی، اعتیاد، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه درمان بود. در راستای رعایت قواعد و اصول اخلاقی، اخذ رضایت آگاهانه به شکل مکتوب از شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش و اطمینان از محرمانه بودن داده‌های جمع‌آوری‌شده در راستای اهداف پژوهش مدنظر قرار گرفت.

به‌منظور گردآوری اطلاعات از مقیاس امید به زندگی میلر و پاورز و پرسشنامه شادکامی مونش استفاده شد.

مقیاس امید میلر: مقیاس امیدواری در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد. این مقیاس از نوع آزمون‌های شخصیتی است و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که گویه‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار و نهان رفتاری در افراد امیدوار و یا ناامید برگزیده شده است. مقیاس اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. این مقیاس در طیف لیکرت از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره هر فرد ۴۸ و حداکثر آن ۲۴۰ است و سؤالات ۱۱-۱۳-۱۶-۱۸-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۸-۳۹-۴۷-۴۸ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هرچه فرد نمره بیشتری بگیرد، دارای امید بیشتری است (۳۵). در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران برای تعیین پایایی این ابزار از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف استفاده شد که به ترتیب برابر با ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بود. همچنین برای تعیین روایی این مقیاس از نمره پرسش ملاک استفاده شده است که نمره کل مقیاس با نمره پرسش ملاک همبسته شده و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$, $r = 0.61$) (۳۶). در این پژوهش نیز پایایی مقیاس به کمک محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس شادکامی مونش: مقیاس شادکامی مونش، به‌منظور اندازه‌گیری شادکامی طراحی شده است. با در نظر گرفتن دیدگاه‌های مختلف درباره سلامت روان شناختی و مقیاس‌های متنوعی که برای اندازه‌گیری آن ساخته شده است، کوزما و استونز در سال ۲۰۰۰ مقیاسی را ساختند که بیشتر بر مقدار و شدت احساسات مثبت و منفی تأکید می‌کند. هر کدام از این احساسات دو بعد کوتاه و بلندمدت را در برمی‌گیرند. در مجموع این مقیاس ۲۴ گویه دارد. سؤالات این مقیاس به‌صورت ۳ درجه‌ای (بلی=۲)، (خیر=۰) و (نمی‌دانم=۱) نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس از ۵ عبارت مربوط به احساس مثبت و ۷ عبارت مربوط به تجربه مثبت تشکیل شده است. نمرات این دو دسته عبارت با هم جمع می‌شود و سپس

بررسی فرضیه اصلی پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش $9/56 \pm 33/23$ سال بود. از بین شرکت‌کنندگان ۱۸ نفر (۶۰٪) تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۳ نفر (۱۰٪) کاردانی، ۱۷ نفر (۲۳/۳٪) کارشناسی و ۲ نفر (۶/۷٪) کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. از نظر وضعیت اشتغال تعداد ۲۳ نفر (۷۶/۶٪) در گروه خانه‌دار، ۵ نفر (۱۶/۷٪) در گروه شغلی کارمند و ۲ نفر (۶/۷٪) کارگر بودند. با توجه به نمونه پژوهش از لحاظ مدت ناباروری؛ ۴ نفر (۱۳/۳٪) یک سال، ۳ نفر (۱۰٪) بین یک تا دو سال، ۹ نفر (۳۰٪) بین دو تا سه سال و ۱۴ نفر (۴۶/۷٪) بیش از سه سال مبتلا به ناباروری بودند. مدت زمان شروع درمان ناباروری به ترتیب عبارت‌اند از: ۱۵ نفر (۵۰٪) یک سال، ۹ نفر (۳۰٪) بین یک تا دو سال، ۳ نفر (۱۰٪) بین دو تا سه سال و ۳ نفر (۱۰٪) بیشتر از سه سال می‌باشد. از لحاظ سابقه ابتلا به ناباروری یک نفر مثبت بوده و بقیه افراد منفی و هیچ سابقه‌ای در خانواده خود نداشتند. محل سکونت نمونه‌های حاضر ۲۳ نفر در شهر و تعداد ۷ نفر در روستا ساکن بودند. همچنین، دو گروه آزمایش و گواه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی دارای تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نبودند. جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
امید به زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶۶/۳۳	۳۲/۹۵
		کنترل	۱۶۸/۸۷	۳۲/۸۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۰۵/۶۰	۱۴/۲۸
		کنترل	۱۷۱	۳۷/۷۸
شادکامی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۴۷	۵/۷۵
		کنترل	۱۲/۱۳	۵/۹۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۰۶	۵/۲۲
		کنترل	۱۲/۱۳	۵/۹۰

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین

نمره‌های پس‌آزمون شادکامی و امید به زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خطا df	سطح معنی‌داری	مجذور توان آماری
اثر پیلانی	۰/۷۱۳	۹/۴۴۱	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
لامبدای ویلکز	۰/۲۸۷	۹/۴۴۱	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
اثر هتلینگ	۲/۴۸۵	۹/۴۴۱	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
بزرگترین ریشه روی	۲/۴۸۵	۹/۴۴۱	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹

مجموع نمرات عبارات مربوط به احساس منفی و عبارات مربوط به تجربه منفی از آن کم می‌شود. بالاترین نمره خام مثبت ۲۴ است. هرچه نمره خام کسب شده بالاتر باشد، وضعیت روان‌شناختی بهتر است. پایایی این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی بعد از ۱۸ ماه برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است. در تحقیق باباپور و همکاران در سال ۱۳۸۲ همسانی درونی مقیاس برابر با ۰/۷۱ به‌دست‌آمد. مطالعات نشان می‌دهند که مقیاس شادکامی مونس با دقت ۰/۷۶ می‌تواند بین افراد بهنجار و سایکوپاتیک تمایز قائل شود. همچنین این مقیاس با دقت ۰/۷۶ می‌تواند افراد افسرده را از افراد سالم افتراق دهد. به‌علاوه همبستگی (۰/۵۰) این آزمون با دیگر مقیاس‌های سلامت روان از جمله درجه‌بندی شادکامی یودگس، نشان‌دهنده اعتبار همگرایی این آزمون است^(۳۶). در این پژوهش نیز پایایی مقیاس به کمک محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست‌آمد.

ساختار جلسات درمان شناختی- رفتاری مذهب محور: در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. محتوای جلسات شناختی- رفتاری مذهب محور به شرح زیر می‌باشد: جلسات اول تا سوم شامل: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت‌ها، آموزش تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزاننده منفی، افکار ناخوشایند، فرم ثبت رویدادها، هیجان‌ها، ثبت افکار منفی به‌عنوان تکالیف خانگی. محتوای جلسات سوم تا پنجم: مروری بر افکار منفی و چالش با آن‌ها، استناد به آیات قرآن و احادیث درباره حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی. محتوای جلسات پنجم تا هشتم: مروری کوتاه بر جلسات قبلی، آموزش فن توجه برگردانی از خود به‌سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال‌سازی رفتاری، استناد به احادیث در کنار فنون شناختی- رفتاری به‌منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی. محتوای جلسات هشتم تا دهم: آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده‌های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی، مروری بر هیجانات و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی، بررسی تغییراتی که مراجعین در وضعیت خود احساس کرده‌اند، بیان احساسات، اطمینان خاطر به مراجعین که به‌کارگیری فنون آموخته‌شده در طی جلسات، مشکلی برای آن‌ها پیش نخواهد آورد^(۳۰). برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از گردآوری اطلاعات، از نرم‌افزار SPSS22 و از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون‌های آمار استنباطی، از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف، لوین و باکس برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس‌های متغیرهای وابسته استفاده شد. با رعایت مفروضه‌ها، به‌منظور

و همکاران^(۴۳)، عقیلی و کومار^(۴۴)، پولنر^(۴۵)، بتل و دی فریس^(۴۶)، آرگایل و همکاران^(۴۷)، لويس و همکاران^(۴۷)، لایوبومرسکی و همکاران^(۴۸)، والیان^(۴۵)، لکس^(۴۶)، موکرجی و برون^(۴۷) همسو می باشد.

در خصوص تأثیر روش شناختی- رفتاری مذهب محور بر متغیر شادکامی در بین زنان ناباور باید به این مسئله اشاره کرد که مذهب یک پدیده چند بعدی است و ابعاد متفاوتی از مذهبی بودن می تواند بر زندگی انسان اثرگذار باشد و زمینه ساز آرامش روانی، سازگاری و تعادل ویژگی های شخصیتی گردد. دین می تواند به عنوان یک نظام اجتماعی پیچیده، بر رفتار و بازخوردهای مهم، از جمله برنامه ریزی خانواده، کار، چگونگی تفسیر زندگی روزانه و برداشت از امور مختلف، تأثیر بسزایی داشته باشد^(۴۳). فروم معتقد است که دین و نیاز به نیایش با خدا، جلوه ای از نیاز انسان کامل و گریز از یک حالت دوگانگی است. امروزه در بیشتر جوامع، به تجربه ثابت شده است که خانواده های مذهبی، نسبت به سایر خانواده ها، دارای آرامش فردی و خانوادگی بیشتری هستند و بین عمل به باورهای مذهبی و سلامت عمومی، رابطه معناداری وجود دارد. به طوری که با کاهش عمل به باورهای مذهبی، از میزان سلامت عمومی کاسته می شود^(۴۴). یافته های پژوهش موکرجی و برون^(۴۷) در خصوص ارتباط بین مذهب و شادکامی بین کشورهای مختلف نشان داد افرادی که در کشورهای با گرایش مذهبی عمیق زندگی می کنند، از شادکامی بیشتری برخوردارند. نتایج این بخش از یافته ها با تحقیقات مظفرنیا و همکاران^(۱۸)، صحرانیان و همکاران^(۲۴)، خانی و باباخانی^(۲۹) همسو می باشد.

درمان شناختی- رفتاری مذهب محور به همان اصول و سبک درمان شناختی- رفتاری سنتی پایند است و از بسیاری از ابزارهای مشابه استفاده می کند. آنچه درمان شناختی- رفتاری مذهب محور را منحصر به فرد می سازد، استفاده صریح از سنت های مذهبی خود مراجعان به عنوان پایه اساسی برای شناسایی و جایگزینی افکار و رفتارهای ناکارآمد در کاهش علائم افسردگی است^(۴۵) نکته قابل توجه دیگر آن است که مذهب جنبه مهمی از واقعیت های تاریخی، فرهنگی و اجتماعی است که انسان در زندگی روزمره با آنها روبه رو می شود. چنین پدیده ای با توجه به شرایط تاریخی و فرهنگی جامعه ما اهمیتی دو چندان دارد؛ بنابراین، استفاده از رویکرد مذهبی با توجه به داشتن فرهنگ و باورهای دینی جامعه ما می تواند در امر پیشگیری و درمان اختلالات مفید و اثربخش باشد. از محدودیت های این پژوهش می توان به عدم وجود دوره پیگیری اشاره کرد. همچنین با توجه به روش نمونه گیری در دسترس و محدود بودن جامعه آماری به شهرستان لاهیجان، در خصوص تعمیم یافته ها می بایست جوانب احتیاط را در نظر گرفت.

با توجه به یافته های پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود در مطالعات آتی در سایر استان ها نیز با توجه به باورهای فرهنگی و مذهبی موجود در جامعه این رویکرد به کار گرفته شود. همچنین، افزودن دوره پیگیری برای بررسی ماندگاری اثر درمان پیشنهاد می شود.

نتیجه گیری

گروه درمانی به شیوه شناختی- رفتاری مذهب محور روش مؤثری برای افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان ناباور است.

همان طور که مندرجات جدول ۲ نشان می دهد میزان تأثیر درمان شناختی- رفتاری مذهب محور ۰/۸۹ بوده است و این بدان معناست که ۸۹٪ واریانس نمرات پس از آزمون متغیرهای وابسته مربوط به عضویت گروهی بوده است. توان آزمون برابر ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه می باشد. با توجه به مندرجات جدول ۲، بین گروه های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته امید به زندگی و شادکامی در سطح $P < 0.001$ تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره روی میانگین نمره های پس از آزمون متغیر امید به زندگی و شادکامی

منابع تغییر	میانگین مجزورات	df	F	سطح معنی داری	مجدور اتا	توان آزمون
امید به زندگی	۹۳۱۶/۲۳	۱	۱۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
شادکامی	۷۸/۸۹	۱	۱۴/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهد که با کنترل پیش از آزمون، بین نفرات گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای امید به زندگی ($F = 15.74$ و $P < 0.001$) و شادکامی ($F = 14.36$ و $P < 0.001$) تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه اثربخشی گروه- درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی تأیید می شود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان ناباور صورت گرفت. یافته ها نشان داد گروه درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور بر افزایش امید به زندگی و شادکامی زنان ناباور مؤثر می باشد. به طوری که امید به زندگی و شادکامی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به صورت قابل توجهی بهبود یافت. این یافته با نتایج پژوهش های یگانه^(۲۷)، حسینی قمی و همکاران^(۳۸)، نوابخش و پوریوسفی^(۳۹) همسو است. اعتقادات مذهبی می تواند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش های مثبت، موجب آرامش درونی فرد شود. احساس تعلق به منبعی والا به افراد کمک می کند در شرایط مشکل زا در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، به یاری خداوند امیدوار و به آینده خوش بین باشند. در تبیین این یافته می توان به این نکته اشاره کرد که امیدواری به واسطه کمک به فرد برای داشتن هدف در زندگی، باور به تحقق این هدف و تلاش برای رسیدن به آن، می تواند موجب افزایش شادکامی شود. آشنایدر در نظریه امید معتقد است داشتن هدف در زندگی، تجربه های مثبت هیجانی را به دنبال دارد و به این شکل می تواند نشانه های افسردگی از قبیل کمبود انرژی و خلق افسرده را از بین ببرد. افراد امیدوار ضمن بهره گیری از کمک دیگران و حمایت اجتماعی، از توانمندی های رفتاری بیشتری برخوردارند، بهتر می توانند موانع را از میان بردارند و هیجانات منفی کمتری را تجربه می کنند^(۴۰). یافته های این بخش از پژوهش با تحقیقات دومار و همکاران^(۴۱)، هاشمی و همکاران^(۴۲)، غباری بناب

Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2014;125(2), 134-137.

10.Luhmann M, Necka E.A, Schönbrodt F.D, Hawkley, L.C. Is valuing happiness associated with lower well-being? A factor-level analysis using the Valuing Happiness Scale. *Journal of Research in Personality*. 2016; 61, 46-51.

11.Diener E, Oishi S, Lucas RE. National accounts of subjective well-being. *American Psychologist*. 2015;70(3):234-242.

12.Mathew J, Dunning C, Coats Ch, Whelan T. The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Pers Individ Differ*. 2014; 70:66-71.

13.Gholamali Lavasani M, Rastgoo L, Azarniadi A, Ahmadi T. The effect of happiness cognitive-behavioral training on self-efficacy beliefs and academic stress. *Biquarterly Journal of Cognitive Strategies in Learning*. 2015; 2(3), 1-18. (In Persian)

14.Pourabdol, S., Absasi, M., Pirani, Z., Abbasi, M. The Relationship Between life Expectancy and Psychological well-Being with Quality of Life in the Elderly. *Aging Psychology*, 2015; 1(1): 57-65. (In Persian)

15.Esfahani F, Motaghdifard M, Arfaei F, Shekari A. Correlation of Islamic lifestyle with life satisfaction and mental health. *Islamic Life J*. 2018;2(3):131-35. (In Persian)

16.Aghajani M, Morasaei F, Mirbagher Ajorpaz N. Relationship between religious belief and hope in hemodialysis patients: A cross sectional study. *Babol Univ. of Med. Sciences Islam and Health Journal*. 2015; 2(1): 19-25. (In Persian)

17.Ghabari Bonab B, Motowalipour AS, Hakimi Rad E, Habibi Asgarabadi M. Relationship between Anxiety and Depression and Magnitude of Spirituality in Students of the University of Tehran. *Journal of Applied Psychology*. 2009;2(10): 110 - 123. (In Persian)

18.Mozaffari Nia F, Amin Shokravi F, Heidarnia A. Relationship Between Students' Spiritual Health and Happiness, Health Education and Health Promotion. 2014;2:108-97.(In Persian)

19.Aghili M, Kumar GV. Relationship between religious attitudes and happiness among professional employees. *Journal of Indian Academy of applied psychology*. 2008;34: 66-69.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی مراجعانی که در این پژوهش شرکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: کدهای رایج اخلاق ۳،۱ و ۲۴ (رضایت آزمودنی‌ها) و کد ۲۰ (هماهنگی پژوهش با موازین دینی و فرهنگی) در این مطالعه رعایت شده است.

تضاد منافع: تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد.

سهم نویسندگان: الهه نادی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ فریبا سعیدپور (نویسنده دوم)، نگارنده مقدمه/روشناس/تحلیل‌گر آماری/نگارنده بحث (۴۰٪)؛ حسن بلند (نویسنده سوم)، روشناس (۲۰٪)

منابع مالی: این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

منابع

- 1.Kaviani Z, Hamid N, Enayati Ms. The effect of religious-based cognitive behavioral therapy on resiliency in couples. *Knowledge & research in applied psychology*. 2014; 15 (3): 25-34. (In Persian)
- 2.Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*. 2007;22(8):2309-2317.
- 3.Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociology of health & illness*. 2010;32(1):140-162.
- 4.Latifnejad Roudsari, R. Rasolzadeh Bidgoly, M. Mousavifar, N. Modarres Gharavi, M. The effect of collaborative counseling on perceived infertility-related stress in infertile women undergoing IVF. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2011; 14(4): 22-31. doi: 10.22038/ijogi.2015.5766 (In Persian)
- 5.Berek, JS., Novak, E. Berek & Novak's gynecology. 15th edition. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia. 2012:991-992.
- 6.Van Balen F, Gerrits T. Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Human Reproduction*. 2001;16(2) 215-219.
- 7.Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of advanced nursing*. 2000;32(6):1431-41.
- 8.Covington SN, Burns LH, editors. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge University Press; 2006;175-180.
- 9.El Kissi Y, Amamou B, Hidar S, Idrissi K.A, Khairi H, Ali B.B.H. Quality of life of infertile

- spirituality and mental health of MS patients in Qom province. *Psychology and Religion*, 2009;1(13):37-54. (in Persian)
- 32.Hamid N, Ahmadian A, Akbari Shaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. *Medical journal of hormozgan university*. 2012;16(3):213-21. (in Persian)
- 33.Mojahed A, Kalantari ME, Molavi H, Neshatdust HT, Bakhshani NM. Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2010;11(4):282-91. (In Persian)
- 34.Miller J.F, Powers M.J. Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*,1998; 37(1), 6-10.
- 35.Abolghasami SH, Saedi S, Morri Najafabadi N. The effect of guided imagery and logo therapy on depression, anxiety and hopefulness in women with cancer in ahwaz. *woman and culture*. 2010;2(5):31-47.(In Persian)
- 36.Kazemi-Mojarad M, Bahreynian A, Mohamadi-Arya A. Impact of Training Choice Theory on Quality of Life and Happiness of People Quitting Drugs. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2014; 2 (2):165-174. (In Persian)
- 37.Yeganeh T.Role of religious orientations in determination of hope and psychological well-being in female patients with breast cancer. *Iranian J Breast Dis*: 2013; 6(3): 47-56. (In Persian)
- 38.Hosseini Ghomi T, Salimi Bajestani H, Zakeri N. Relationship religious orientation and hope with health anxiety among women nurses in Imam Khomeini hospital of Tehran. *Iranian J Nurs Res*. 2014;9(1):17-24(In Persian)
- 39.Navabakhsh M, Pouryousefi H. The role of religion and religious beliefs in the psychic health. *Religious Study*. 2007; (14):71-94. (In Persian)
- 40.Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind , psychological. *Psychol Inq*. 2002;13(4):249- 275.
- 41.Domar A, DianeClapp R.N, ASlowsby.E, Dusek.J, Kessel.B, Freizinger. M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Health Psychol*. 2000; 19(6):568-575.
- 20.Pollner M. Divine relations, social relations, and well- being. *Journal of Health and Social Behavior*.1989; 30(1): 92-104. .
- 21.Battle J, DeFreece A. The impact of community involvement, religion, and spirituality on happiness and health among a national sample of Black lesbians. *Women, Gender, and Families of Color*. 2014;2(1):1-31.
- 22.Argyl M, Martin M, Grossland J. Happiness as a function of personality in: JP Forgas and JMinnes (eds). *Recent advances in social psychology: An international perspective*. North Holland: Elsevier Science Publisher; 1989;189-203.
- 23.Lewis CA, Maltby J, Day L. Religious-orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personal indiv Diff*. 2005;38(5): 1193-1202.
24. Lyubomirsky S, Layous K. How do simple positive activities increase well-being? *Current Directions in Psychological Science*. 2013;22(1),57-62.
- 25.Valiant GL. Life event, happiness and depression: The half empty cup. *Personality and Individual Differences*.1993; 15(4): 447-453.
- 26.Lelkes O. Tasting freedom: Happiness, religion and economic transition. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2006; 59(2):173-94.
- 27.Mookerjee R, Beron K. Gender, religion and happiness. *The Journal of Socio-Economics*. 2005; 34(5):674-85.
- 28.Sahraian A, Gholami A, Omidvar B. The relationship between religious attitude and happiness in medical students in Shiraz University of Medical Sciences. *The Horizon of Medical Sciences*. 2011;17(1):69-74. (In Persian).
- 29.Khani, S., Babakhani, N. Comparing the Relation between Spiritual Growth and Perceived Stress With Happiness among Fertile and Infertile Women of Tehran City. *Quarterly journal of health psychology*, 2017; 5(17): 93-104.(In Persian).
- 30.Hamid N, Bashlide K, Eidy Bayegi M, Dehghani Zadeh Z. The Effectiveness of Religious-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Depression in Divorced Women, *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 2011;1(1):54-64. (In Persian)
- 31.Agaali F, Zandipur T, Ahmadi M. The effect of cognitive-behavioral group counseling with emphasis on spiritual thoughts in enhancing the

- 42.Hashemi F, Fili A, Safarinya M. The Effectiveness of Stress Management (Cognitive Behavior) Stress Management Training on Infertile Women's Mental Health. Quarterly journal of health psychology, 2014; 3(12):58-69. (In Persian)
- 43.Deighani F, Seifi M, Nateghi F, Faghihi A. The Effectiveness of Happiness Training on Improving the Quality of Life of Women in Pars Special Economic Zone Staffs Based on Their Religious Attitudes. Iranian journal of educational sociology. 2018;1)9):48-59.
- 44.Bakhshipour roudsari A, Peyravi H, Abedian A. Investigating relationship between satisfaction with life and social support with mental health among freshman students of Tehran University. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2005;7(28):145-152. doi: 10.22038/jfmh.2005.1860 (In Persian)
- 45.Pearce M. J, Koenig H.G, Robins C.J, Nelson B, Shaw S. F, Cohen H.J, King M. B. Religiously integrated cognitive behavioral therapy: a new method of treatment for major depression in patients with chronic medical illness. Psychotherapy) Chicago, Ill., 2015;52 (1), 56-66. doi:10.1037/a0036448.