

# اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری صارم

آزیتا جاماسیان مبارکه<sup>۱</sup>، فریده دوکانه‌ای فرد<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۴

## چکیده

هدف این پژوهش، بررسی آموزش واقعیت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری شهر صارم بوده است. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری شهر صارم بوده است، با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و گمارش بصورت غیرتصادفی و داوطلبانه می‌باشد، حجم نمونه به منظور آموزش واقعیت‌درمانی در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری شهر صارم ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. روش جمع‌آوری اطلاعات جهت اندازه‌گیری متغیرهای مورد پژوهش، پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه‌های امید به زندگی اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹) و نیز آموزش واقعیت‌درمانی براساس پروتکل درمانی در طی ۸ جلسه برگزار و پرسشنامه‌ها بر روی نمونه مورد نظر اجرا گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، واریانس و نمودار و...) و در آمار استنباطی به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون آماری (تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی) در محیط نرم افزار spss صورت گرفت. نتایج نشان داد: آموزش به شیوه واقعیت‌درمانی موجب افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی بیماران نابارور شده است، ولی بر روی افزایش امید به زندگی در آنان اثر نداشته است. همچنین یافته‌ها حاکی از تاثیر واقعیت‌درمانی بر خرده‌مقیاس‌های تاب‌آوری نیز بود اما آموزش واقعیت‌درمانی بر تاثیرات معنوی تفاوت معناداری نداشته است.

**واژگان کلیدی:** واقعیت‌درمانی، تاب‌آوری، امید به زندگی، کیفیت زندگی، ناباروری

۱. دانش آموخته دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ایران، رودهن، پست الکترونیکی: sepinaak@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، ایران، رودهن، (نویسنده مسئول)،

پست الکترونیکی: F\_Dokaneheifard@yahoo.com

## مقدمه

همه انسان‌ها در زندگی فردی و اجتماعی خود با مسائل و مشکلات متعددی مواجه می‌شوند. در واقع زندگی چیزی جز روند پیاپی مواجه شدن با مسائل و مشکلات و تلاش برای حل و فصل آن‌ها نیست. بنابراین وجود مشکل در زندگی امری طبیعی است و افراد و خانواده‌ها خواه ناخواه با مشکلات متعددی در زندگی خود مواجه می‌شوند. بنابراین بجای اینکه منفعلانه عمل کنند و آرزو کنندای کاش هیچ مشکلی در زندگی ما پیش نمی‌آمد، بهتر است یاد بگیرند که چگونه مشکلات خود را حل کنند. اگر مسائل مهم زندگی حل نشده باقی بمانند، استرس، ترس و نگرانی ایجاد می‌کنند که در نهایت به فشارهای جسمانی منجر می‌شوند.

ناباروری<sup>۱</sup> یک بیماری مزمن است و درمان آن عمدتاً طولانی و با رنج فراوان توأم است. زوجین به علت مراجعات مکرر و عمل‌های متعدد دچار خستگی و گاه مشکلات خانوادگی می‌شوند. مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۱)؛ ناتوانی در باردار شدن پس از یک سال مقاربت منظم یا تلقیح مصنوعی بدون استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری و یا ناتوانی در داشتن یک حاملگی موفق، به عنوان ناباروری تعریف می‌شود. ناتوانی در باردار شدن می‌تواند به دو شکل ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه باشد؛ ناباروری اولیه به این معناست که فرد، توانایی باردار شدن در زمان حاضر را ندارد. ناباروری ثانویه زمانی اتفاق می‌افتد که یک زن در گذشته توانسته است باردار شود، اما در زمان حاضر قادر به بارداری نیست. ناباروری ثانویه همچنین شامل زنانی می‌شود که مشکل سقط جنین و یا حاملگی خارج از رحم داشته و یا از لحاظ پزشکی نیاز به سقط جنین دارند (ریاحی، زارع زاده مهریزی، ۱۳۹۱). به نظر سدارز<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) ناباروری فرآیندی است که جسم، شغل، شخصیت و ذهنیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد و اثرات نامطلوبی در احساسات فرد از جمله خود باوری او دارد (فعال کلخوران و همکاران، ۱۳۹۰).

---

۱. Infertility

۲. Cedars, V

امروزه در تمام دنیا تقاضا برای درمان ناباروری افزایش یافته است. مواجه شدن با ناباروری بر زندگی مردان و زنان تاثیر به سزایی دارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی و روانی زیادی قرار می‌دهد. چالش‌های جسمی، روانی و مالی موجود در روند کاربرد روش‌های کمک باروری نیز آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بطوریکه مشکلات مربوط به ناباروری در اواخر دهه دوم و سوم زندگی بسیاری از افراد را در سراشیبی منتهی به افسردگی قرار می‌دهد. تلاش برای باردار شدن، اقدامات پزشکی گران قیمت و خسته‌کننده‌ای را به همراه دارد و تردید و بروز ناامیدی همراه با ناباروری می‌تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل نماید (یونسی و همکاران، ۱۳۸۴). تاثیر روان شناختی ناباروری بر زندگی زناشویی زوجین نابارور اغلب با کشمکش‌ها و درگیری‌های خانوادگی همراه است. در بررسی‌ها بسیاری از افراد نابارور نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواجشان اظهار کرده‌اند. دیویس<sup>۱</sup> به بررسی اثرهای ناباروری بر روابط شخصی بین فردی و اجتماعی پرداخته و کناره‌گیری اجتماعی و استرس بیشتر از اندازه در ارتباطهای زناشویی بین فردی و اجتماعی پرداخته و کناره‌گیری اجتماعی و استرس بیش از اندازه را در ارتباطهای زناشویی بین فردی و اجتماعی پیامد آن می‌داند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۶). در ایران درصدهای از طلاق ناشی از ناسازگاریهای جنسی اعلام شده است. در واقع رابطه جنسی رضایت بخش، عاملی برای تحکیم خانواده است (پاک گوهر و همکاران، ۱۳۸۷).

در بررسی‌های انجام شده پیرامون سازه روانشناختی احساس خوشبختی ذهنی در دو دهه گذشته، مدل سه بعدی احساس خوشبختی ذهنی که عبارت از احساس مثبت، احساس منفی و رضایت از زندگی است، مورد توجه بوده است. نتایج بدست آمده نشان داده است که تصور ذهنی رضایت از زندگی از دو بعد دیگر کاملاً با یکدیگر متفاوت می‌باشند. بر همین اساس شادکامی یا بهزیستی روانی و ذهنی مقدار ارزش مثبتی است که یک فرد برای خود قائل می‌شود و دارای دو جنبه عوامل عاطفی بیانگر تجربه هیجانی شادی، خشنودی و هیجان‌های مثبت فرد و عوامل ارزیابی شناختی

---

۱. Davis, B

رضایت از قلمروهای مختلف زندگی بیانگر شادکامی می باشد. از طرفی بین سلامت روانی، شادکامی و کیفیت زندگی همبستگی قوی وجود دارد و البته همگی آنها تحت تاثیر سبک زندگی افراد قرار دارند (مقانلو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

رضایت از زندگی بیشتر مقوله‌ای شناختی است در حالی که احساس منفی و مثبت مقوله‌ای احساسی و عاطفی به شمار می‌روند. با توجه به اینکه کیفیت زندگی برداشت یک فرد از موقعیت خود، میزان لذت وی از موقعیت‌های مهم زندگی و مرتبط با اهداف و انتظارات فرد می باشد، ابعاد کیفیت زندگی شامل بعد هستی و اجزای جسمی و روانی، بعد متعلقات و اجزای جسمی و اجتماعی، بعد شدن و اجزای فراغت، رشد شایستگی‌ها و عملکرد می باشد (زکویک و رنویک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳).

اشنایدر (۲۰۰۷) در تعریف امید در زندگی بر شناخت‌هایی تأکید می‌کند که بر اساس افکار هدفدار ساخته شده‌اند. امید در زندگی را می‌توان به عنوان افکار هدفدار تعریف کرد که در آن شخص تفکر راهبردی (توانایی درک شده برای پیدا کردن راهی برای رسیدن به اهداف دلخواه) و تفکر عاملی (انگیزه لازم برای استفاده از آن راه‌ها) را به کار می‌برد (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). معمولاً اعمال بشر هدفدار هستند، ولی اهدافی که به اندازه کافی ارزشمند باشند و هوشیارانه دنبال شوند به عنوان امید در زندگی شناخته می‌شوند. اهداف ممکن است کوچک یا بزرگ باشند، و یا بر حسب دسترسی به آن از آسان تا خیلی سخت تغییر کنند.

افرادی که در جامعه به نابرابری مبتلا می‌باشند به دلیل وضعیت و نوع شرایط زندگی که دارند فشارهای زیادی را تحمل می‌کنند، این فشارها بر کارکرد اجتماعی و اقتصادی، سلامت و زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. بنابراین این افراد با افت کیفیت زندگی و رضایتمندی از زندگی و تاب‌آوری و استرس و اضطراب خاص خود که متناسب با نوع وضعیتی که دارند مواجه می‌گردند. از طرفی تجربه‌ی نوع برخورد هر کدام از این افراد اگر چه نقاط اشتراکی با دیگر افراد دارند، اما می‌تواند تجربه‌ای متفاوت باشد. به این معنا

۱. Moghanloo, M

۲. Zekovic, B. Renwick, R

که پارامترهایی نظیر پایگاه استرس ادراک شده و راهبردهای مقابله‌ای، سبک زندگی و رضایت مندی از زندگی و امید به زندگی در فرد، سن، دفعات بستری شدن در بیمارستان، باورهای اعتقادی و نوع زندگی و رشد آنها... در نوع برخورد افراد با این بیماری تاثیر می‌گذارد. در این میان میزان امید به زندگی از سایر واکنش‌های روانشناختی عمومیت بیشتری دارد. وجود احساس غمگینی دائمی، احساس ناامیدی نسبت به آینده، تصورات مکرر درباره نقص عضو بدلیل عدم بارداری و اشتغال ذهنی مداوم با افکار منفی و در نتیجه کاهش تاب‌آوری در مقابل عوارض بیماری از عواقب نامطلوب افسردگی در فرد مبتلا هستند که حتی می‌توانند باعث رفتارهای افراطی شوند (نجات و همکاران، ۱۳۸۸).

بنابراین مفهوم‌سازی در زمینه امید به زندگی، هیجان‌های مثبت و منفی محصول جنبی تفکر هدفمند امید و ناامیدی هستند. در پژوهش‌های مختلف نشان داده است که امیدواری با کاهش میزان تنیدگی (فلسون، ۲۰۰۴) و کاهش میزان اضطراب موقعیتی (دیویس، ۲۰۰۵) و سازگاری مطلوب‌تر نسبت به بیماری (استانتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲) و توانایی حل مسئله اشنایدر همراه می‌باشد. بر همین اساس، این موارد می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد و فرد را از پیگیری درمان‌های طبی برای بیماری‌اش دلسرد کند و علائم خطرناک بیماری را شدت بخشد. در مطالعات کیفیت زندگی آنچه مهم است میزان برآورده شدن نیازها و اولویتهای اساسی انسان است، امروزه یک تحول بسیار مهم در امر نظارت بر خدمت‌رسانی درمانی و بهداشتی وجود دارد و آن افزایش درک اهمیت نقطه نظرات بیماران است. چند بعدی بودن کیفیت زندگی به لحاظ اینکه فردی است ابعاد مختلف سلامت و آسایش روانی و اجتماعی زندگی افراد را در بر داشته و متأثر از تجربیات شخصی و درک فرد از زندگی است که با گذشت زمان تغییر می‌کند. اگر چه جنبه عینی در توصیف میزان سلامت مهم است، ولی انتظارات و دریافت‌های ذهنی فرد است که بیانگر کیفیت زندگی واقعی بیان شده توسط وی است. برخی از

---

۱. Fleeson, W

۲. Davis, B

۳. Stanton, A

صاحب‌نظران کیفیت زندگی را در رابطه با سطح خوشحالی و رضایت مندی از زندگی و احساس فردی بهتر زیستن توصیف می‌نمایند و گروهی نیز آن را در ابعاد عملکردی و کنترل بیماریها و نشانه‌های آن مورد توجه قرار داده‌اند. یا توجه به اینکه کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت را در بر می‌گیرد. سازمان جهانی بهداشت تعریف جامعی از کیفیت زندگی (۱۹۹۴) ارائه داده است: درک فرد از وضعیت کنونی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد. بر همین اساس اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی می‌باشد (کریمی، ۱۳۹۱).

یکی از موضوع‌های مطرح در روانشناسی مثبت، تاب‌آوری است. تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحول، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی دارد. تاب‌آوری را به عنوان نوعی فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با داشتن موقعیت تهدیدکننده تعریف کرده‌اند؛ به عبارت دیگر، تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت تهدیدکننده، تأثیرگذار است، تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیتهای سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و افسردگی را کاهش می‌دهد (فعال کلخوران و همکاران، ۱۳۹۰).

واقعیت‌درمانی که از جدیدترین رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی محسوب می‌شود، مبتنی بر نظریه انتخاب و کنترل است، علت مشکلات روانشناختی را در انتخاب‌های افراد و عدم مسئولیت فرد در ارضای نیازهای خود می‌داند؛ در این درمان تلاش می‌شود که افراد از طریق انتخاب‌های بهتر بتوانند نیازهای بنیادین خود را برآورده سازند (کاکیا، ۲۰۱۰). در حقیقت هدف اصلی رویکرد واقعیت‌درمانی، کمک به افراد برای آگاهی از نیازهای خود، پایش رفتار و انجام انتخاب‌های مناسب است، درمانگران معتقدند که مشکل اساسی اغلب درمان‌جویان فقدان روابط

رضایت‌بخش یا موفق در هنگام تعامل کردن با افرادی است که در زندگی به آنها نیاز دارند(داربای،<sup>۱</sup> ۲۰۰۷).

واقعیت‌درمانی گلسر یکی از مداخلات درمانی رایج در راه توصیف انسان و تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود(جونز و پاریش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). این نظریه روی آنچه که درمانجویان می‌توانند در روابط کنترل کنند، تمرکز می‌کند و معتقد است که مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می‌کند و توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می‌شود. برای مثال یک فرد ناامید و افسرده حالت ناشاد خود را به گردن دیگران، جامعه و یا گذشته اسفبار می‌اندازد و لذا مسئولیت آن را نمی‌پذیرد(ووبولدینگ و بریکل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

در پژوهش اسلامی و همکاران(۱۳۹۲) در زمینه اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست انجام شده بود. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله واقعیت‌درمانی گروهی در بهبود کیفیت زندگی و احساس شادکامی بیشتر در نوجوانان بد سرپرست اثربخش بوده است. پژوهش ترنر<sup>۴</sup> (۲۰۰۹) که با استفاده از رویکرد واقعیت‌درمانی صورت گرفته شده بود در صدد ایجاد تعادل در رفتار بیماران مزمنی که دچار آسیب روانی شده اند صورت گرفت و نتایج حاکی از نشانه‌های بهبودی در گروه آزمایش بود. از طرفی پژوهش ریدر<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) که بر روی دانش‌آموزان انجام شده بود نشان داد که رویکرد واقعیت‌درمانی با کاهش علائم افسردگی و افزایش عزت نفس و احساس ارزشمندی همراه می‌باشد. از طرفی پژوهش کیم<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) که بر روی بیماران اسکیزوفرنی صورت پذیرفته بود به این نتیجه دست یافت که واقعیت‌درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت در مولفه‌های کنترل درونی شده و بر کیفیت و رضایتمندی افراد در زندگی اثر می‌گذارد.

۱. Darbai, M

۲. Jones, L.C, Parish, T.S

۳. Wubbolding, R.E

۴. Turner, D

۵. Reader, S.D

۶. Kim, J

با توجه به اینکه بوجود آمدن اختلال در روابط بین زن و شوهر و کاهش رضایت جنسی بین آن‌ها و فشار مالی ناباروری همه از دلایلی برای وقوع جدایی بین زوج‌ها می‌باشد برای پیشگیری و ارائه راهکارهای مناسب نیاز به مداخله در این امر ضروری می‌باشد. ضعف در تاب‌آوری و امید به زندگی علاوه بر اینکه مشکلات زناشویی بسیار زیادی را برای خانواده‌ها و در روابط بین زن و مرد ایجاد می‌کند در روند درمان ناباروری سبب خستگی از ادامه درمان، ناامیدی در مراحل درمان و به تبع آن عدم تمایل به ادامه مراحل درمانی و در نهایت بی‌حاصل ماندن سایر مراحل درمانی که تا آن مقطع طی شده می‌شود. لذا ضرورت روش‌های درمانی و ارائه خدمات مشاوره‌ای در این زمینه بسیار احساس می‌گردد و می‌تواند به گسترش دانش و بینش افراد به طور اهم تاثیر بگذارد. لذا نیاز به این پژوهش در این زنان ضروری می‌باشد. با توجه به شیوع بالای ناباروری و مشکلات روان‌شناختی از جمله تاب‌آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان درگیر در این اختلال و همچنین سعی در بالا بردن اطلاعات در مورد این اولویت مهم بهداشت روانی زوجها دارد. بر همین اساس پژوهش حاضر بر آن است که به بررسی آموزش واقعیت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری شهر صارم بپردازد.

### روش پژوهش

با توجه به شاخص‌ها و اهداف پژوهش، پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است که تقسیم گروه نمونه به دو گروه آزمایش و کنترل به روش غیرتصادفی و داوطلبانه می‌باشد که به بررسی آموزش واقعیت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور مرکز ناباروری شهر صارم پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش عبارت است از کلیه زنان نابارور در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و همچنین با تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه را شامل می‌شود. که در محدوده زمانی خردادماه ۱۳۹۴ تا آخر شهریور ماه ۱۳۹۴ به کلینیک ناباروری صارم مراجعه کرده‌اند، پرداخته است. این پژوهش با توجه به وضعیت



آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و از نوع داوطلبانه و در دسترس می‌باشد و با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون یا گروه کنترل است و انتخاب گروه آزمایش و کنترل به روش غیرتصادفی می‌باشد در این پژوهش حجم نمونه‌ی پژوهش به منظور آموزش واقعیت‌درمانی در بین زنان نابارور ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

### ابزار پژوهش:

**پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)**، مقیاس خود تاب‌آوری یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای شناخت هیجان، انگیزش و رفتار است (بلاک، ۲۰۰۲)، طبق نظریه بلاک، خود تاب‌آوری: توانایی انطباق کنترل فرد بر شرایطی است که از بالادست و پائین دست به او دیکته می‌شود، افراد دارای خود تاب‌آوری بالا در مقایسه با افراد دارای خود تاب‌آوری ضعیف، با داشتن چنین انعطاف‌پذیری، عاطفه و هیجان مثبت بیشتری را تجربه کرده، اعتماد به نفس بیشتری داشته و سازگاری روان‌شناختی بهتری دارند، افراد دارای خود تاب‌آوری ضعیف در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، رویکرد محافظه‌کارانه و خشکی را لحاظ نموده، به روش ناسازگارانه رفتار می‌کنند. این مقیاس شامل ۲۵ سوال ۴ گزینه‌ای است که بر اساس طیف لیکرت از (۰ کاملاً نادرست) تا (۴ همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کل در پرسشنامه از حاصل جمع نمره‌ی سوالات، بدست می‌آید و عددی بین ۰ تا ۱۰۰ است، هرچه نمره‌ی فرد از ۵۲ بالاتر باشد تاب‌آوری او بیشتر است و برعکس. روایی و اعتبار پرسشنامه تاب‌آوری: در پژوهش کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) (سازندگان آزمون) همچنین پژوهش توگاد و فردریگسون (۲۰۰۴) و گزارش دیگر پژوهشگران نشان می‌دهد که پرسشنامه‌ی تاب‌آوری از روایی-محتوایی مناسبی برخوردار است. ضریب پایایی آلفای کرانباخ برای این گروه مورد پژوهش کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با فرض اینکه آزمون تنها یک فاکتور اصلی را می‌سنجد، ۰/۷۶ گزارش شد، این ابزار در (۲۰۰۴) توسط توگاد و فردریگسون استفاده شد که ارزیابی خطر و هیجان مثبت، رابطه تاب‌آوری و مدت واکنش‌پذیری قلبی - عروقی را به دنبال هیجان منفی تعدیل می‌نمود.

آلفای کرونباخ در مطالعه لتزینگ، بلاک و فاندرا (۲۰۰۵) برابر ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین الگوهای همبستگی بین نمرات مقیاس خود تاب‌آوری و تست ویژگی‌های شخصیتی نشان می‌دهد افرادی که در مقیاس خود تاب‌آوری نمره بالا کسب می‌کنند افرادی با علائق متنوع و متفاوت هستند که با ابهام و پیچیدگی مشکلی ندارند و ویژگی‌های مثبت بسیاری دارند. این مقیاس در ایران توسط محمدی هنجاریابی شده است. اعتبار مقیاس خود تاب‌آوری کونور و دیوید سون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفتند و ضریب اعتبار ۰/۸۹ به دست آمد در پژوهش سامانی و همکاران که بروی نمونه دانشجویان انجام شد ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱):** مقیاس امید(اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱؛ مک درموت و اشنایدر، ۱۹۹۹) شامل ۱۲ سوال است که برای برانگیزی امید در فرد بزرگسال و سنین بالای ۱۵ سال طراحی شده است. هنگام اجرا، این ابزار به آزمودنی به عنوان «مقیاس اهداف» معرفی می‌شود. به دلیل قالب خودسنجی آزمون، به حداقل مشارکت اجراکننده نیاز است و به سطح توانایی خواندن زیادی احتیاج ندارد. تکمیل مقیاس امید ۲ تا ۵ دقیقه وقت می‌گیرد و نمره گذاری دستی مقیاس امید سراسر است و کمی بیشتر از یک دقیقه زمان می‌برد. از یک پیوستار ۵ گزینه ای، که بر اساس طیف لیکرت از (۱ کاملاً مخالفم) تا (۵ کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمرات حداقل ۸ و حداکثر ۴۰ می‌باشد. چهارماده سوال نشان دهنده‌ی راهیابی (۱، ۴، ۶، ۸)، و چهارماده سوال نشان دهنده‌ی عملیات اراده (۲، ۹، ۱۰، ۱۲) و چهار گزینه انحرافی (۱۱، ۷، ۵، ۳) است. میانگین نمره‌ی مقیاس امید برای نمونه دانشگاهی و غیر دانشگاهی تقریباً ۲۸ می‌باشد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سوالات را با هم محاسبه نموده، امتیازات بالاتر از میانگین (۲۸) نشان دهنده‌ی امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده می‌باشد و بر عکس. روایی و اعتبار پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱)، مقیاس امید در تحقیقات وزمینه‌های بالینی روی بیش از ۲۰۰۰۰ نفر اجرا شده است. این ابزار در کمک به مردم برای تعیین سطوح امیدشان در شرایط بسیار مختلف مفید بوده است. مطالعات مک درموت و اشنایدر (۱۹۹۹) نیز نشان می‌دهند که این

مقیاس امید را اندازه‌گیری می‌کند و از روایی مناسبی برخوردار است. مک‌درموت و اشنايدر (۱۹۹۹) میانگین‌ها و انحراف‌استانداردهای به دست آمده از شش نمونه دانشجوی دوره کارشناسی و دو نمونه از کسانی که تحت درمان روانشناختی بودند، ارائه کرده‌اند. دامنه پایایی این مقیاسها با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل نمره از ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ برای شش نمونه از دانشجویان دوره کارشناسی و دو نمونه از افراد تحت درمان روانشناختی به دست آمده است. همچنین روایی و اعتبار این پرسشنامه توسط استادان رشته‌ی مدیریت و مطالعه آزمایشی دانشگاه مشهد و تربیت معلم مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است کریمیان (۱۳۹۱). برایانت و ونگروس (۲۰۰۱) همسانی درونی کل آزمون را ۰/۷۹ تا ۰/۷۱ بدست آورده‌اند. اعتبار پرسشنامه توسط حسینی (۱۳۸۵) برای تعیین روایی این پرسشنامه از نمره سؤال ملاک استفاده کرد که به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ( $r=0/61$  و  $P>0/0001$ ) و برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به این ترتیب ضرایب آن برابر ۰/۹۰ و ۰/۸۹ می‌باشد و در تحقیق حسینیان (۱۳۸۶) نیز برای تعیین پایایی با روش آلفای کرونباخ و تنصیف ۰/۶۹ و ۰/۶۵ بدست آمده است که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه یاد شده می‌باشد. برای محاسبه روایی پرسشنامه نیز نمره کل پرسشنامه ۱ نمره سؤال ملاک که به طور همزمان آزمودنی پرسیده شد همبسته گردید و مشخص شد بین هر دو رابطه مثبت معنی‌دار ( $P>0/002$ ) و ( $r=0/50$ ) وجود دارد. پایایی پرسشنامه امید به زندگی میلر: که از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴ می‌باشد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است برای محاسبه اعتبار پرسشنامه نیز نمره کل پرسشنامه را با نمره سؤال ملاک که به طور همزمان توسط آزمودنی‌ها کسب شده همبسته گردیده و مشخص شد که بین این دو رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد ( $P>0/0001$  و  $r=0/52$ ). پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۹): این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد، سازنده آن سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی (۱۹۸۹) است. پرسشنامه کیفیت زندگی

سازمان بهداشت جهانی توسط یوسفی (۱۳۸۹) در ایران هنجاریابی شده است. تعداد سئوالات آن ۲۴ سؤال در قالب ۴ حیطه، که دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. بنابراین پرسشنامه در مجموع ۲۶ سؤال دارد که دارای حیطه‌های زیر است. الف) حیطه سلامت جسمانی، ب) حیطه روان‌شناختی، ج) حیطه روابط اجتماعی، د) حیطه محیط زندگی نحوه نمره‌گذاری از ۱ تا ۵ می‌باشد. که به ترتیب از اصلا تا کاملا و یا از خیلی ناراضیم تا کاملا راضیم قرار می‌گیرد. ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است و در ایران پایایی مقیاس کیفیت زندگی رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است.

**آموزش واقعیت‌درمانی:** روند اجرایی جلسات واقعیت‌درمانی بر اساس کتاب درآمدهی بر روانشناسی امید تئوری انتخاب (ویلیام گلاسر، ۱۹۹۸) زیر نظر علی صاحبی، عضو هیئت علمی موسسه ویلیام گلاسر تدوین شده است. شرکت کنندگان گروه آزمون در جلسات آموزشی که شامل ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای آموزش گروهی واقعیت‌درمانی، هر هفته ۱ جلسه) شرکت کردند. از طریق هماهنگی با مسئولین مرکز، جلسات در یکی از اتاق‌های ویدئو پروژکتوردار برگزار شد. همچنین به منظور آرام بودن محیط برگزاری جلسات، برگزاری جلسات به ساعاتی در عصر موکول شد که امکان آلودگی صوتی کمتری وجود داشت. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کاملا محرمانه باقی خواهد ماند و ایشان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله بخواهند، مختارند از ادامه‌ی شرکت انصراف دهند. همچنین بعد از پایان پیگیری جلسات درمانی، به منظور رعایت اصول اخلاقی ۴ جلسه‌ی درمانی ۹۰ دقیقه‌ای برای شرکت کنندگان گروه گواه در نظر گرفته شد. مداخله‌ی آموزشی استفاده شده در این پژوهش بر طبق بسته‌ی آموزش واقعیت‌درمانی (گلاسر، ۱۹۹۸) صورت گرفته شد. همچنین مطالب به صورت شفاهی و با کمک (ویدئو پروژکتور، DVD، ضبط

صوت) به آزمودنی‌ها ارایه شد. خلاصه‌ی محتوای جلسات آموزش گروهی واقعیت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور طبق جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات آموزش واقعیت‌درمانی

شماره جلسه	اهداف جلسه	محتوا و تکالیف جلسات
جلسه اول	برقراری ارتباط درمانی	معرفی برنامه درمانی، منطبق زیربنایی آن، اخذ پیش‌آزمون معرفی درمانگر و درمانجو، قواعد گروه و تنظیم اهداف.
جلسه دوم	معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما: ما چرا رفتار می‌کنیم؟ ما چگونه رفتار می‌کنیم؟ شناخت نیازهای خود و چگونگی برآورده کردن آنها.	توضیح اینکه هر چه از ما سر می‌زند، یک رفتار است و همه رفتارهای ما معطوف به هدفی است. هدف تمام رفتارهای ما رضاء یکی از نیازهای اساسی ماست. معرفی پنج نیاز اساسی و کمک به او برای شناخت نیمرخ نیازهای خود
جلسه سوم	ارزیابی ادراک و برداشت از بیماری. تصویررهای اختصاصی دنیای مطلوب آنها کدامند و می‌توانند آنها را تغییر دهند.	ارزیابی ادراک و برداشت بیماران از بیماریشان و عوارض و پیامدهای آن قبل از شروع بحث، معرفی ناباروری به زبان ساده، اینکه این بیماری چیست؟ چه می‌کند و چگونه احساسات، هیجانات و ناسازگاری‌های رفتاری توام با آن از آن متاثر بوده ولی زاده مستقیم آن نیستند. ارزیابی و ادراک و برداشت بیماران از بیماریشان و عوارض و پیامدهادر انتهای جلسه.
جلسه چهارم	همه رفتارهای آنها یک رفتار کلی است انتخاب کنونی‌شان چیست؟	معرفی رفتار کلی و آشناسازی فرد با مولفه رفتار کلی فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی اینکه ماهواره بردو مولفه فکر و عمل بطور مستقیم بر مولفه‌های احساس و فیزیولوژی بطور غیرمستقیم و فقط از طریق بکارگیری و دستکاری چرخ‌های جلوی ماشین، یعنی فکر و عمل کنترل و مدیریت داریم.
جلسه پنجم	پر کردن گپ و شکاف بین آنچه می‌خواهم (دنیای مطلوب) و آنچه دارم (دنیای دریافتی)، خلاقیت آنها چه راه‌هایی را پیش رویشان گذاشته است.	معرفی اضطراب، خشم و افسردگی و... از منظر تئوری انتخاب که معطوف به هدف است: معرفی تعارض‌های چهار گانه ۱- تو دیگری را می‌خواهی مجبور به انجام کاری کنی که او نمی‌خواهد ۲- دیگری می‌خواهد تو را مجبور به انجام کاری کند که تو نمی‌خواهی ۳- تو و دیگری هر کدام سعی دارید یکدیگر را مجبور به انجام کاری کنید که نمی‌خواهید و ۴- تو خودت را

مجبور به انجام کاری می‌کنی که نمی‌خواهی.		
چگونه تغییر ادراک‌های‌شان به آنها کمک می‌کند تا به انتخاب‌های بهتری دست بزنند. تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی به ویژه با والدین.	معرفی هفت رفتار تخریب‌گر روابط انسانی (انتقاد، غرغر، شکایت و...) تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی بویژه باوالدین معرفی هفت رفتار سازنده رفتار(گوش دادن، تشویق و...) و تکلیف خانه برای انجام آن در طی هفته آینده	جلسه ششم
روانشناسی کنترل‌درونی و بیرونی چیست؟ چگونه با بکارگیری نظریه انتخاب می‌توان کیفیت ارتباط را ارتقاء بخشند.	معرفی و بحث پیرامون کنترل درونی با آموزش اصول ده گانه تئوری انتخاب توضیح مبسوط، درخواست از آنها برای ارائه مثال‌های شخصی.	جلسه هفتم
تهیه یک طرح عملی و انتخاب یک اقدام و تعهد بر آن.	معرفی WDEP و کمک به فرد در جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از بکارگیری و تن دادن به کنترل بیرونی و همچنین انجام پس آزمون. تدوین یک طرح عملی برای تغییر بهینه عمل و فکر مرتبط با بیماری و انجام کارهای موثر برای تغییر فیزیولوژی و احساس بحث پیرامون اهداف و میزان دستیابی افراد به آنها.	جلسه هشتم

جهت تعیین پایایی ابزار پژوهش نیز پس از تأیید روایی محتوایی پرسشنامه، پرسشنامه در یک نمونه آماری ۳۰ نفر اجرا گردید و با استفاده از نرم افزار تحلیل آماری SPSS ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از متغیرهای پرسشنامه و همچنین برای کل پرسشنامه محاسبه شد. نتایج آلفای کرونباخ از پرسشنامه های تاب‌آوری ۰/۸۰ و امید به زندگی ۰/۸۱ و کیفیت زندگی ۰/۷۹ و در ضریب کل ۰/۸۰ بدست آمد که این ضرایب نشان داد پرسشنامه های حاضر از پایایی قابل قبولی برای استفاده در این پژوهش برخوردار می‌باشند، روش تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری مورد استفاده در این پژوهش در دوبخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام گردیده است. در بخش آمار توصیفی به توصیف شاخص های گرایش مرکزی و پراکنندگی و در قسمت آمار استنباطی: با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها و نوع پژوهش و تعداد نمونه‌های آماری، از آزمون آماری تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی در محیط نرم افزار SPSS استفاده شده است.

مشخصات فردی پاسخگویان: در خصوص آموزش واقعیت‌درمانی به زنان نابارور بر حسب متغیر جنسیت که تمامی شرکت کنندگان زنان بوده اند، یافته‌های پژوهش حاکی از

آن است که بیشترین درصد پاسخ دهندگان از لحاظ عدم دریافت حمایت روانی ۹۰ درصد (۲۷ نفر) و کمترین درصد پاسخ دهندگان ۱۰/۱۰ درصد (۳ نفر) از حمایت روانی برخوردار بودند. از لحاظ سابقه سقط جنین بیشترین درصد پاسخ دهندگان ۸۳/۸ درصد (۲۵ نفر) بدون سابقه سقط جنین و کمترین ۳/۳ درصد (۲ نفر) یکبار سابقه سقط جنین را داشتند.

**فرضیه اول:** واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری در زنان نابارور تأثیر دارد.

جدول ۲. نتیجه آزمون ANOVA برای مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها در هر یک از مولفه‌های تاب‌آوری

سطح معنی داری	F	درجه آزادی مجذور میانگین	مجموعه مجذورات	منابع تغییر	
۰/۰۰۰	۱۰/۶۴۸	۱۹۶/۵۷۸	۳	۵۸۹/۷۳۳	بین گروه‌ها
		۱۸/۴۶۲	۵۶	۱۰۳۳/۸۶۷	درون گروه‌ها
			۵۹	۱۶۲۳/۶۰۰	کل
۰/۰۰۰	۱/۱۵۷	۱۲۶/۳۱۱	۳	۳۷۸/۹۳۳	بین گروه‌ها
		۱۱/۳۲۱	۵۶	۶۳۴/۰۰۰	درون گروه‌ها
			۵۹	۱۰۱۲/۹۳۳	کل
۰/۰۰۰	۸/۳۷۵	۹۹/۱۲۸	۳	۲۹۷/۳۸۳	بین گروه‌ها
		۱۱/۸۳۶	۵۶	۶۶۲/۸۰۰	درون گروه‌ها
			۵۹	۹۶۰/۱۸۳	کل
۰/۰۰۰	۷/۵۶۰	۳۳/۹۱۱	۳	۱۰۱/۷۳۳	بین گروه‌ها
		۴/۴۸۶	۵۶	۲۵۱/۲۰۰	درون گروه‌ها
			۵۹	۳۵۲/۹۳۳	کل
۰/۷۹۱	۰/۳۴۸	۰/۷۳۳	۳	۲/۲۰۰	بین گروه‌ها
		۲/۱۱۰	۵۶	۱۱۸/۱۳۳	درون گروه‌ها
			۵۹	۱۲۰/۳۳۳	کل
۰/۰۰۰	۹/۰۱۱	۹۷۴/۸۶۱	۳	۲۹۲۴/۵۸۳	بین گروه‌ها
		۱۰۸/۱۹۰	۵۶	۶۰۵۸/۶۶۷	درون گروه‌ها
			۵۹	۸۹۸۳/۲۵۰	کل

یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس حاکی از آن است که مقدار  $F$  محاسبه شده در تمام موارد (بجز تاثیرات معنوی) بزرگتر از مقدار بحرانی  $F$  در سطح  $0/01$  و با درجه آزادی ۳ می باشد و نیز سطح معنی داری بدست آمده در تمام مولفه های یاد شده کوچکتر از  $0/01$  می باشد. از این رو می توان گفت بین چهار میانگین مورد مقایسه از نظر آماری تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه اول تحقیق تایید می شود.

**فرضیه دوم:** واقعیت‌درمانی گروهی برافزایش کیفیت زندگی در زنان نابارور تأثیر دارد.

جدول ۳. نتیجه آزمون ANOVA برای مقایسه میانگین های پیش آزمون و پس آزمون گروه ها در هر یک از مولفه های کیفیت زندگی

منابع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی مجذور میانگین	F	سطح معنی داری
بین گروه ها	۱۴۵/۴۶۷	۳	۴۸/۴۸۹	۰/۰۰۴
درون گروه ها	۵۴۷/۴۶۷	۵۶	۹/۷۷۶	
کل	۶۹۲/۹۳۳	۵۹		
سلامت جسمانی				
بین گروه ها	۲۰/۸۵۰	۳	۶/۹۵۰	۰/۳۳۴
درون گروه ها	۳۳۶/۱۳۳	۵۶	۶/۰۰۲	
کل	۳۵۶/۹۸۳	۵۹		
سلامت روانی				
بین گروه ها	۳۴/۸۶۷	۳	۱۱/۶۲۲	۰/۰۵۳
درون گروه ها	۲۳۹/۴۶۷	۵۶	۴/۲۷۶	
کل	۲۷۴/۳۳۳	۵۹		
روابط اجتماعی				
بین گروه ها	۱۴۶/۱۸۳	۳	۴۸/۷۲۸	۰/۰۳۳
درون گروه ها	۸۷۶/۸۰۰	۵۶	۱۵/۶۵۷	
کل	۱۰۲۲/۹۸۳	۵۹		
سلامت محیطی				
بین گروه ها	۷۸۴/۹۳۳	۳	۲۶۱/۶۴۴	۰/۰۱۴
درون گروه ها	۳۸۲۶/۰۰۰	۵۶	۶۸/۳۲۱	
کل	۴۶۱۰/۹۳۳	۵۹		
کیفیت زندگی				

یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس حاکی از آن است که مقدار  $F$  محاسبه شده در مورد سلامت جسمانی، سلامت محیطی و کل کیفیت زندگی بزرگتر از مقدار بحرانی  $F$  در سطح  $0/05$  و با درجه آزادی ۳ می باشد و نیز سطح معنی داری بدست آمده در تمام مولفه های یاد شده کوچکتر از  $0/01$  می باشد. از این رو می توان گفت در زمینه این



مولفه‌ها بین چهار میانگین مورد مقایسه از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی در مورد مولفه‌های سلامت روانی و روابط اجتماعی مقدار F محاسبه شده کوچکتر از مقدار بحرانی است. از این رو در مورد این دو مولفه بین چهار میانگین مورد مقایسه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین فرضیه دوم تحقیق در مورد کل کیفیت زندگی تایید می‌شود ولی آموزش واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی در زمینه مولفه سلامت روانی و روابط اجتماعی تاثیر نداشته است و تفاوت‌های مشاهده شده ناشی از خطای نمونه برداری بوده است.

**فرضیه سوم:** واقعیت‌درمانی گروهی بر افزایش امید به زندگی در زنان نابارور تأثیر دارد.

جدول ۴. نتیجه آزمون ANOVA برای مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌ها در زمینه امید به زندگی

منابع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری
بین گروه‌ها	۸۵۳/۷۸۳	۳	۲۸۴/۵۹۴	۱/۱۴۷	۰/۳۳۸
امید به زندگی درون گروه‌ها	۱۳۸۹۷/۸۶۷	۵۶	۲۴۸/۱۷۶		
کل	۱۴۷۵۱/۶۵۰	۵۹			

یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس حاکی از آن است که مقدار F محاسبه شده (۱/۱۴۷) کوچکتر از مقدار بحرانی F در سطح ۰/۰۵ و با درجه آزادی ۳ می‌باشد و نیز سطح معنی‌داری بدست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. از این رو می‌توان گفت در زمینه امید به زندگی واقعیت‌درمانی گروهی تاثیری در نمونه‌های مورد بررسی نداشته است. بنابراین فرضیه سوم تحقیق در مورد تاثیر واقعیت‌درمانی بر امید به زندگی رد می‌شود و تفاوت‌های مشاهده شده ناشی از خطای نمونه برداری بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

در مبحث آموزش واقعیت‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور به طور شایع در بررسی روند شکل‌گیری تنوری‌ها و نظریه‌های مختلف عوامل اثرگذار گوناگونی در سطح اجتماعی در خصوص بیمارانی که توسط موسسات

خدمت دهنده مورد حمایت و آموزش قرار می‌گیرند، دیده می‌شود که با بررسی درک اجتماعی و سطح بینش افراد به‌عنوان یک جراحی آسیب‌شناسانه تمامی این عوامل به طرق مختلف، اثراتی را از خود برجای می‌گذارند که نیازمند یک انسجام کلی در نظام عملکردی و تدبیر و برنامه‌ریزی در به حداقل رساندن آن می‌باشد. بر اساس مطالعاتی که در این زمینه انجام شده بود، همان‌گونه که مشخص شد، اجمالاً می‌توان بیان نمود که به منظور بررسی تاب‌آوری و امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی در زنان نابارور باید عوامل این پدیده‌ها را شناخت و به طور همه‌جانبه و با همکاری سازمان‌های بهداشتی و درمانی و خانواده‌ها در جهت کمک به این افراد همت گماشت.

خانواده از رکن‌های اصلی جامعه به‌شمار می‌رود. تحقق خانواده به برخورداری افراد آن، از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر بستگی دارد. به همین دلیل نمی‌توان نقش خانواده را در توسعه بهبودی افراد بیمار، غیر قابل چشم‌پوشی دانست و بیمارانی که از وجود حمایت خانواده محروم می‌باشند، نمی‌توانند از زندگی احساس رضایت خاطر داشته و به دنبال آن نیز از بهبودی مناسبی برخوردار باشند. رضایت در زندگی در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که اثر خود را در جنبه‌های مختلفی از بهبودی سلامت آنها نشان می‌دهد. افراد بیمار برای طرح‌های زندگی خود اهدافی را باید تعیین کنند، الگوهای لازم معینی از تفکر خلاق و منعطف که در آنها وجود دارد، چنانچه این راهبردها در اوایل زندگی آموخته نشود، فرد به تدریج به گونه‌ای کمتر امیدوارانه می‌اندیشد و باگذشت زمان نگرشهای بسیار ضعیفی در او شکل می‌گیرد. به علاوه هنگامی که شخص باوقایع روان‌خراش زندگی در بزرگسالی مواجه می‌شود (مانند بیماری، سوءاستفاده، ناتوانی، یا فرسودگی) دنیا را چالش‌انگیز می‌بیند و ممکن است احساس خودمختاریش را از دست دهد. با این که از دست دادن امید چندان خوشایند به نظر نمی‌رسد، اما مزیت مطالعه مرگ امید در آدمی، این است که می‌توان فرایند ازدست دادن امید را شناخت و برای پیشگیری از این اتفاق آگاه شد (نجات و همکاران، ۱۳۸۸).

از طرفی این موارد می‌تواند کیفیت زندگی فرد مبتلا را تحت تأثیر قرار دهد و فرد را از پیگیری درمان‌های طبی برای بیماریش دلسرد کند و علائم خطرناک بیماری را شدت

بخشد. علاوه بر این کاهش مؤلفه‌های شناختی مثل تاب‌آوری بر روند سازگاری و انطباق با شرایط جدید نیز تأثیر سوء دارد. متأسفانه افرادی که دچار بیماری نابارور و یا هر بیماری دیگری که می‌شوند، شکیبایی خود را از دست می‌دهند و به راحتی تحت تأثیر گفته‌های دیگران قرار گرفته و در این مبارزه میدان را خالی می‌کنند. کسانی هم که پرسش‌گری می‌کنند و در جستجوی پاسخ هستند خود را در یک ماریج نامیدی می‌یابند و چون نمی‌توانند ذهن خود را باز یابند و در بحران راه خود را پیدا کنند دچار یأس و ناامیدی می‌گردند. مشکلات و ناامیدی و یأس پیامدهای مختلفی را برجا می‌گذارد؛ از جمله: انکار، خشم، افسردگی، عدم اطمینان و تنهایی. مشکلات جسمانی و عدم امید به زندگی و عدم شادکامی با افزایش سن از جمله عواملی هستند که عوامل ذکر شده را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. نگرش به امید به عنوان یک سازه روانشناختی موثر در ارتقاء کیفیت زندگی و امید راهی برای پایان دادن به اضطراب و افسردگی می‌باشد. اضطراب فرآیند ناخوشایندی است که اختیار بسیاری از رفتارهای ما را از ما می‌گیرد.

با بررسی این موضوع اشاره به این نکته ضروریست که تجربه بحران بیماری ناباروری را نباید بعنوان یک ناهنجاری و یا بیماری تلقی کرد، بلکه باید آن را یکی از عواملی دانست که بر سلامتی تأثیر گذاشته است، عبور از یک مرحله بیماری به مرحله جدیدی از بهبودی، زمینه ساز اصلی درمان است که لازمه آن تغییراتی ساختاری در شخصیت، باورها و نگرش‌ها، آرمان‌ها، امیال و جهت‌گیری‌هاست تا مسیری جدید برای درک لذتها و آرامشهای قیمتی‌تر باز سازد و تغییرات اساسی در ساختار درونی و در کیفیت بیرونی زندگی را سازمان‌دهی کند و فرصتی برای طرح‌ریزی حرکت، به سبکی جدید و به سمتی متفاوت ایجاد کند. با توجه به اینکه ناباروری تأثیرات گوناگونی بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد نابارور دارد.

در پژوهشی که توسط اصغری و همکاران (۱۳۹۵) با عنوان اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد انجام شده بود. نتایج نشان داد که: آموزش ذهن آگاهی به طور معناداری موجب افزایش تنظیم هیجان و کیفیت

زندگی در زنان دارای همسر معتاد شده است. دبس کا و مازورک (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان عوامل مربوط به تغییرات در کیفیت زندگی در میان نوجوانان لهستانی و بزرگسالان مبتلا به فیروز کیستیک در طی یک دوره ۱ ساله به این نتیجه دست یافتند که درمان مزمن سیستماتیک عملکرد ریه، مربوط به مسائل درمانی و نگرانی‌های حرفه‌ای را بهبود می‌بخشد. حفظ شرایط فیزیکی خوب و فعالیت ممکن است اثرات مثبت بر نگرانی‌های آینده و حرفه‌ای بگذارد. باید توجه خاص به بیماران ساکن در مناطق روستایی و پایدار شرایط دشوار زندگی اختصاص داده شود.

پژوهشی که توسط علیدائی، ابراهیمی مقدم (۱۳۹۳) با عنوان بررسی تعیین سهم امیدواری و بهزیستی فردی در رضایت از زندگی سالمندان تهران انجام شده بود. نتایج این تحقیق نشان داد که بین امیدواری و بهزیستی فردی در رضایت از زندگی از سالمندان تهران همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد. پژوهشی که توسط بشارت، جاهد، حسینی (۱۳۹۳) با عنوان نقش تعدیل‌کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب‌آوری و سلامت عمومی انجام شده بود. نتایج تحلیل اثرات اصلی و تعدیلی بر حسب معادلات ساختاری نشان داد که رضایت از زندگی می‌تواند رابطه بین تاب‌آوری و مشکلات مربوط به سلامت عمومی دانشجویان را تعدیل کند. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین رضایت از زندگی و تاب‌آوری با سلامت عمومی فقط یک رابطه ساده نیست و تعامل متغیرهای مختلف می‌تواند به شکل‌های متفاوت سلامت عمومی را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش اعظمی، معتمدی، دوستیان، جلالوند، فرزادگان (۱۳۹۱) با عنوان بررسی نقش تاب‌آوری، معنویت و دینداری در پیشبینی رضایتمندی از زندگی در سالمندان شهرستان بهارستان، همچنین تعیین وزن هر یک از متغیرهای پیشبینی‌کننده، انجام شده بود. نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری، معنویت و دینداری با رضایتمندی از زندگی رابطه معناداری وجود داشت. متغیرهای تاب‌آوری، معنویت و دینداری به طور معناداری قادر به پیشبینی رضایتمندی از زندگی بودند.

شارف (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان می‌دهد که آموزش واقعیت‌درمانی، اضطراب را کاهش می‌دهد و باعث افزایش مسئولیت‌پذیری و عزت‌نفس و تاب‌آوری افراد می‌شود. برای تبیین این فرضیه می‌توان گفت از آنجایی که آموزش واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می‌توانند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش‌رو مقابله‌ی سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب‌آوری آن‌ها افزایش خواهد یافت. آموزش احتمالاً می‌تواند منشا تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود. آموزش واقعیت‌درمانی گروهی باعث می‌شود طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند و از روابط اجتماعی خویش، از کارکردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر باعث کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری و بهبود کیفیت زندگی شود. ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی در افزایش تاب‌آوری، امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی داشته باشد. زیرا جمع شدن افراد در گروه و این که تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. پس آموزش واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند باعث تاب‌آوری یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود. نجات (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر خود‌کارآمدی و تاب‌آوری در دانش‌آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر مشهد پرداخته بود، تحلیل نتایج این مطالعه نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی در افزایش نمره خود‌کارآمدی و تاب‌آوری دانش‌آموزان تأثیر مثبت دارد. استونیگتون و همکاران (۲۰۱۶) فهم و ارتقای تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سردرد مزمن مداخلات روانی اجتماعی و رفتاری نشان داد

که در ترویج تاب‌آوری در میان افراد مبتلا به سردردهای مزمن در نتیجه‌گیری بدست آمده، بیشتر است.

آموزش واقعیت‌درمانی می‌تواند باعث طرز تفکر مناسب و منطقی شود و هم‌چنین از آنجایی که واقعیت‌درمانی با ایجاد نگاهی منطقی به زندگی می‌تواند به افراد کمک کند تا بتوانند با مشکلات کنار بیایند و به حل مشکلات بپردازند و با اطلاعات و آگاهی منطقی برای کسب موقعیت فردی تلاش بیشتری کنند که تلاش بیشتر منجر به کسب موفقیت بیشتری نسبت به دیگران می‌شود. این افزایش موفقیت باعث افزایش اعتماد به‌غریزه فردی می‌شود. واقعیت‌درمانی، بر نظریه کنترل مبتنی است و فرض را بر این می‌گذارد که مردم، مسئول زندگی خویش و اعمال، احساسات و رفتارشان هستند. این امر مسلماً می‌تواند تا حدودی برای بیماران تسکین‌بخش باشد. آموزش واقعیت‌درمانی می‌تواند منجر به کاهش عواطف منفی در بین زنان نابارور گردد، ولی این افراد هم‌چنان خود را با دیگر افراد جامعه مقایسه کرده و از این که نمی‌توانند مثل بقیه افراد جامعه از زندگی خود لذت ببرند، ناراضی خواهند بود، این احتمال وجود دارد که این افراد از حس ترحمی که افراد سالم در جامعه به آن‌ها دارند ناراضی باشند، و ممکن است که به کمک‌هایی که به آن‌ها در این زمینه خواهد شد به عنوان نوعی حس ترحم دیگران بنگرند. این امر می‌تواند بر روی دیدگاه آن‌ها تأثیرات نامطلوبی داشته باشد.

از آنجایی که ناباروری با مجموعه‌ای از احساسات متحمل بر ترس، افسردگی، احساس سؤال برانگیزی از خود، انکار، رفتارهای امتناع ورزی و بسیاری دیگر همراه است. این احساسات از یک سو و وضعیت نامطمئن بیمار در آینده و از سوی دیگر در سبک زندگی سالم بیمار اختلال ایجاد می‌کند. وقتی که زندگی در ترس و اضطراب می‌گذرد، مفید بودنش را از دست می‌دهد. خشم و حسادت ناباروری نیز ناشی از استرس و احساس بی‌لیاقتی است که همگی این شرایط با ناامیدی و از دست دادن کنترل منتهی می‌شود و می‌تواند آثار فیزیولوژیکی بر جای گذارد. نداشتن امید، افسردگی، اضطراب و اختلال انطباقی می‌تواند اثر زیانباری روی کیفیت درمان ناباروری زنان داشته باشد و حتی پاسخ بیمار به درمان و توان مقابله با درد را در وی کاهش دهد.

نتایج این مطالعه نشان دادند که مداخله "واقعیت‌درمانی گروهی" بر تاب‌آوری و امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور اثربخش می‌باشد. همچنین می‌توان چنین تبیین کرد که آموزش واقعیت‌درمانی بر فاکتورهای محیطی و شناختی و عوامل کیفیت زندگی، تأثیر دارد. یعنی مطابق با دیدگاه صعودی - نزولی و نزولی - صعودی این عوامل (عوامل آموزش داده شده در این روش درمان) هم می‌توانند خود باعث افزایش بهزیستی شوند و هم وجود بهزیستی از قبل، می‌تواند میزان رضایت در این حوزه‌ها را افزایش دهد. در این میان باید به نقش عوامل وراثتی، شخصیتی و اجتماعی در حد کلان و سیستم‌های محیطی نیز به عنوان متغیرهای مداخله‌گر و تأثیرگذار بر بهزیستی و رضایت از زندگی و کیفیت زندگی افراد، توجه کرد و درمان‌ها باید با یک رویکرد کلی‌نگر و ترکیبی، سعی داشته باشند تا حد امکان متغیرهای بیشتری که با این عامل مرتبط هستند، را شناسایی کنند.

### منابع

- اسلامی، رضا؛ هاشمیان، پیمان؛ جراحی، لیدا؛ مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۲). اثربخشی رویکرد واقعیت‌درمانی گروهی بر شادکامی و کیفیت زندگی نوجوانان بد سرپرست در مشهد. مقاله ۷، دوره ۵۶، شماره ۵، آذر ۱۳۹۲، صفحه ۳۰۰-۳۰۶.
- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ حسینی صدیق، مریم السادات؛ جامعی، مینو. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. دوره ۷، شماره ۲۶، تابستان ۱۳۹۵، صفحه ۱۱۵-۱۳۲.
- اعظمی، یوسف؛ معتمدی، عبدالله؛ دوستیان، یونس؛ جلالوند، محمد؛ فرزنانگان، محسن. (۱۳۹۱). بررسی نقش تاب‌آوری، معنویت و دینداری در پیشبینی رضایتمندی از زندگی در سالمندان شهرستان بهارستان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. مقاله ۸، دوره ۳، شماره ۱۲، زمستان ۱۳۹۱، صفحه ۱-۲۰.

- بشارت، محمدعلی؛ جاهد، حسینعلی؛ حسینی، سیده اسماء. (۱۳۹۳). نقش تعدیل کننده رضایت از زندگی در رابطه بین تاب‌آوری و سلامت عمومی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. مقاله ۴، دوره ۵، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۳، صفحه ۶۷-۸۷.
- پاک گوهر، مینو؛ بابایی، غلامرضا؛ رمضان زاده، فاطمه؛ عابدی نیا، نسرين. (۱۳۸۷). تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان ناباور. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات). دوره ۱۴، شماره ۱، صص ۲۱-۳۰.
- ریاحی، اسماعیل؛ زارع زاده مهریزی، الهام (۱۳۹۱). بررسی تفاوت های جنسیتی در پیامدهای روانی- اجتماعی ناباورگی در بین مراجعین به مرکز ناباورگی شهر یزد. فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده. سال چهاردهم، شماره ۵۶.
- شارف، ریچارد اس (۲۰۱۲)، نظریه های روان‌درمانی و مشاوره. ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۳). تهران: خدمات فرهنگی رسا.
- علیدائی، سیمای؛ ابراهیمی مقدم، حسین. (۱۳۹۳). بررسی تعیین سهم امیدواری و بهزیستی فردی در رضایت از زندگی سالمندان تهران. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. مقاله ۶، دوره ۵، شماره ۱۷، بهار ۱۳۹۳، صفحه ۱۰۳-۱۱۶.
- فعال کلخوران، لیلا؛ بهرامی، هادی؛ فرخی، نورعلی؛ زراعتی، حجت؛ ترحمی، مجید. (۱۳۹۰). مقایسه اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی در دو گروه منتخب زنان بارور و ناباور شهر تهران. فصلنامه باروری و ناباورگی، دوره ۱۲، شماره ۲، صفحات: ۱۵۷-۱۶۳.
- کریمی وکیل، علیرضا. (۱۳۹۱). رابطه کیفیت زندگی و جهت گیری مذهبی با اضطراب مرگ. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی (ره) تهران. دانشکده علوم انسانی.
- نجات، رقیه. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی واقعیت‌درمانی به شیوه گروهی بر خود کارآمدی و تاب‌آوری در دانش آموزان دختر مقطع دبیرستان شهر مشهد. پایان نامه اخذکارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور - دانشگاه پیام نور استان تهران - دانشکده علوم انسانی.
- نوربالا، احمدعلی؛ رمضان زاده، فاطمه؛ ملک افضل، حسین؛ عابدی نیا، نسرين؛ رحیمی فروشان، عباس؛ شریعت، مامک. (۱۳۸۶). تأثیر مداخلات روان‌پزشکی (دارودرمانی) در میزان رضایت زناشویی زوج های ناباور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت



باروریولی عصر(عج) در مجتمع بیمارستان امام خمینی تهران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱۳، شماره ۲.

یونسی، سید جلال؛ اکبری زرد خانه، سعید و بهجتی اردکانی، زهره. (۱۳۸۴). ارزیابی استیگما در میان زنان و مردان نابارور در ایران. فصلنامه باروری و ناباروری. ۵۴۵-۵۳۱.

- Darbai M. (۲۰۰۷). Study of efficiency of teaching choice theory and reality therapy courses on increasing of intimacy among irreconcilable wives. M.A. Thesis. Tehran: Welfare and Rehabilitation University; Pp. ۸۶-۱۰۲.
- Davis, B. (۲۰۰۵). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research*, ۱۴, PP. ۲۵۳- ۲۷۲.
- Dębska G), Mazurek H. (۲۰۱۵). Factors related to changes in the quality of life among Polish adolescents and adults with cystic fibrosis over a ۱-year period. *Patient Prefer Adherence*; ۹: ۱۷۶۳-۷۰.
- Fleeson, W. (۲۰۰۴). Moving personality beyond the person- situation debate: The challenge and the opportunity of within- person variability. *Current Directions in Psychological science*: ۱۳, ۸۳- ۸۷.
- Jones, L.C, Parish, T.S. (۲۰۰۵). Ritalin's choice theory and reality therapy. *International journal of reality therapy*, (۲۵):۲۴۳-۲۶۰.
- Kakia L. (۲۰۱۰). Effect of group counseling based on reality therapy on identity crisis in students of guidance schools. *J Fundament Mental Health* .P; ۱:۴۳۰-۴۳۷.
- Kim, J. (۲۰۰۵). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patient. *Journal of Korean Academy of Nursing*, ۳۵(۸), ۱۴۸۵- ۱۴۹۲
- Moghanloo M., Aguilar-Vafaie M.(۲۰۰۹). Domain and facets of the five factor model of personality correlates of happiness, mental health and physical health. *Iran Journal of Clinical Psychiatry*.P; ۱۵:۲۹۰-۲۹۹.
- Reader, S. D. (۲۰۱۱). Choice theory: an investigation of the treatment effects of a choice therapy protocols students identified as having a behavioral, emotional disability on measures of anxiety, depression, and locus of control and self- steem. PhD unpublished Dissertation. North Carolina University.
- Stanton, A., Danoff - Burg, Sh., & Huggins, M. E. (۲۰۰۲). The first year after Brest cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Journal Psychology Oncology*, ۱۱, PP. ۹۳-۱۰۲.
- Stonnington, C.M., Kothari, D.J., Davis ,M.C.(۲۰۱۶). *Understanding and Promoting Resiliency in Patients with Chronic Headache*. ۲۰۱۶ Jan ;۱۶ (۱) :۶ . doi: ۱۰,۱۰۰۷/s۱۱۹۱۰-۰۱۵-۰۶۰۹-۲. pubmed.com
- Turner, D. (۲۰۰۹). Rehabilitation reach study findings from Yonsei University provide new in digit in to rehabilitation research, Drug week, Atlanta: P۱۰۸۲.

- Wubbolding, R. E, Brickel. J. (۲۰۰۶). Role play and the art of teaching choice theory reality therapy and lead management. *International journal of reality therapy*: ۲۲ (۲), ۲۲۵-۲۴۶.
- Zekovic B., Renwick R. (۲۰۰۳). Quality of life the children and adolescents with developmental disabilities: Review of conceptual and methodological issues relevant to public policy. ۱۸:۱۹-۳۴.