

August-September 2020, Volume 15, Issue 3

The Relationship between Religious Coping and Quality of life in Infertile Couples

Momenyan S¹, Ezazi N², Bagheri Z², Alhashemi K², Salimi S²,*Pashaei Sabet F³

1- Ph.D. Candidate in Biostatistics, Nursing and Midwifery School, Qom University of Medical Sciences. Qom, Iran

2- M.Sc. in Nursing, Nursing and Midwifery School, Qom University of Medical Sciences. Qom, Iran.

3- Assistant Professor, Nursing and Midwifery School, Qom University of Medical Sciences. Qom, Iran

(Corresponding author)

Email: pashaii1392@gmail.com

Received: 30 April 2020

Accepted: 10 July 2020

Abstract

Introduction: Religious coping has a critical role in quality of life of individuals. The aim of this study was to determine the relation between religious coping styles and quality of life among infertile couples.

Methods: A cross-sectional study was among 200 couples who referred to the infertility center of the Qom University of medical sciences. The data collection tool was demographics questionnaire, general quality of life questionnaire (SF-36) and questionnaire of the religious coping styles Pargament (R-Cope). Significance level was considered at 0.05.

Results: Results: Compare each dimension of quality of life questionnaire showed that in all aspects except for the mental health the women is significantly lower than their wives. Among the aspects of religious coping styles just the after positive coping style between two groups was significant. Univariate analysis showed that the positive and negative coping style of the women is significantly associated with their quality of life. Negative coping styles of men and women were also significantly associated with quality of life of men. The results of multivariate analysis showed that negative coping style of the women was significantly related to their quality of life. While there is an inverse relationship between the quality of life's men and the positive coping style of the women.

Conclusions: Regarding the results of the present study education and improving positive religious coping strategies was offered to improve the quality of life.

Key words: Infertility, Quality of life, Religious coping.

ارتباط سبک های مقابله مذهبی با کیفیت زندگی در زوجین نابارور

سمیه مومنیان^۱، نرجس اعزازی^۲، زهرا باقری^۲، کوثر الهاشمی^۲، سوریه سلیمی^۲، *فاطمه پاشایی ثابت^۳

۱- دانشجوی دکترای آمارزیستی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
 ۲- کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.
 ۳- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: pashaii1392@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۲۰

چکیده

مقدمه: راهبردهای مقابله مذهبی نقش بسزایی بر کیفیت زندگی افراد دارد. هدف از این مطالعه بررسی ارتباط سبک مقابله مذهبی بر کیفیت زندگی در زوجین نابارور می باشد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع مقطعی می باشد که در میان ۲۰۰ زوج نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی شهر قم در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی عمومی (SF-۳۶) و پرسشنامه سبک های مقابله مذهبی پارگامنت (R-Cope) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های آنوا، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: مقایسه هر یک از ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی بین زنان و همسران آنها نشان داد که در تمامی ابعاد به جز بعد سلامت روانی زنان به طور معناداری پایین تر از همسرانشان هستند. در میان ابعاد سبک های مقابله مذهبی نیز تنها بعد سبک مقابله مثبت بین دو گروه اختلاف معناداری داشت ($p=0/01$). نتایج تحلیل تک متغیره نشان داد که سبک مقابله منفی و مثبت زنان با کیفیت زندگیشان ارتباط معناداری دارد. سبک مقابله منفی زنان و مردان نیز با کیفیت زندگی مردان ارتباط معناداری داشت. همچنین نتایج تحلیل چند متغیره نشان داد که بین سبک مقابله منفی زنان با کیفیت زندگیشان ارتباط معنادار وجود دارد ($p<0/001$) در حالیکه بین سبک مقابله مثبت زنان با کیفیت زندگی مردان ارتباط معکوسی ($p=0/06$) ترتیب عبارت بودند از ($p=0/02$) و ($p=0/002$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر که ارتباط بین سبک مقاله مذهبی مثبت با کیفیت زندگی هر یک از زوجین را تأیید می کند تقویت راهبردهای مقابله مذهبی مثبت جهت بهبود کیفیت زندگی زوجین نابارور پیشنهاد می شود. **کلید واژه ها:** ناباروری، کیفیت زندگی، سبک مقابله مذهبی.

مقدمه

نیز خود اثری نامطلوب بر عملکرد فیزیولوژیک بدن و بر نتیجه باروری دارد. بنابراین ناباروری سیکل معیوبی را به وجود می آورد که توانایی زوج را در باروری بیش از پیش تضعیف می کند (۴،۳).

زوجین نابارور، تنش ناشی از افسردگی را هم به صورت فردی و هم به صورت وابسته به یکدیگر تجربه میکنند. چنین تنش هایی می تواند منجر به مسایل مختلف از جمله افسردگی، انزوا، شرمساری و بی کفایتی شده و در نهایت زمینه طلاق را فراهم آورد. مطالعات متعددی تأثیر

ناباروری، عدم بارداری بعد از یک سال مقاربت بدون استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری می باشد (۱). شیوع کلی ناباروری اولیه در میان زوجین ایرانی ۱۷/۳ درصد است (۲). سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به عنوان مشکلی عمده در بهداشت باروری عنوان کرده که دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می باشد (۳). زنان و مردان نابارور به علت استرس شدید ناشی از ناباروری دچار اضطراب، افسردگی و احساس گناه می شوند. اضطراب

بسیاری از مطالعات اثبات شده است (۱۳-۱۶). بنابراین یک فرد نابارور مذهبی، ناباروری را با شیوه مذهبی - معنوی مورد ارزیابی قرار می دهد. او با تصویر مثبتی که از خداوند دارد، ناباروری را به عنوان پدیده ای خدادادی تلقی می کند و در مرحله بعد، در چالش پذیرش خود به عنوان فرد نابارور قرار می گیرد و پس از پذیرش هویت ناباروری در جستجوی روش های درمانی برمی آید و در این بین تلاش می کند از باورهای شفافبخش مذهبی خود کمک بگیرد (۱۷). بنابراین به نظر می رسد سبک مقابله مذهبی با کیفیت زندگی زوجین نابارور می تواند ارتباط داشته باشد. چندین مطالعه ارتباط بین سبک مقاله مذهبی و کیفیت زندگی زنان و مردان نابارور را بررسی کرده است اما در این بین سبک مقابله مذهبی هر یک از طرفین در یک زوج نابارور نیز احتمالاً می تواند بر کیفیت زندگی یکدیگر تأثیر بگذارد. با توجه به اینکه هیچ مطالعه ای ارتباط بین سبک مقاله مذهبی هر یک از زوجین نابارور بر کیفیت زندگی دیگری را بررسی نکرده است هدف از این مطالعه بررسی فرضیه ارتباط سبک مقابله مذهبی با کیفیت زندگی هر یک از زوجین نابارور می باشد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مقطعی می باشد که در میان زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی شهر قم در سال ۱۳۹۳ انجام شد. بعد از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قم تعداد ۲۰۰ زوج نابارور با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل سه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی (SF-۳۶) و پرسشنامه سبک های مقابله مذهبی پارگامنت (Religious Coping of Pargament) بود.

پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، سطح اقتصادی، مدت ازدواج، مدت ناباروری، سابقه سقط، سابقه درمان، تعداد فرزند و علت ناباروری بود. پرسشنامه ۳۶ سوالی کیفیت زندگی عمومی نیز دارای ۸ حیطه سلامت و دو بعد جسمانی و روانی است. بعد جسمانی شامل حیطه های عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمی و سلامت عمومی بوده و بعد روانی شامل حیطه های نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به

منفی ناباروری بر کیفیت زندگی زوجین نابارور را نشان داده اند به طوریکه کیفیت زندگی در این گروه نسبت به جمعیت عمومی به طور معناداری پایین تر مشاهده شده است (۵-۷).

کیفیت زندگی مفهومی انتزاعی است اما متخصصان ابعاد را برای آن مشخص کرده اند به عنوان مثال کوهن و همکارانش چهار بعد جسمانی، روان شناختی، وجودی و ابعاد حمایتی را برای کیفیت زندگی مشخص کرده اند (۸). کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی نیز مفهومی است برای اندازه گیری تأثیر بیماری ها بر کیفیت زندگی افراد که خود شامل ابعاد جسمانی، عاطفی و اجتماعی مربوط به بیماری و درمان آن است (۹). اگرچه متغیرهایی نظیر سن، شغل، تحصیلات و سایر خصوصیات شخصیتی افراد در کیفیت زندگی موثرند، اما ارزشها و اعتقادات افراد نیز در چگونگی ارزیابی رویدادها و رویارویی با آنها موثر است (۱۰، ۱۱).

علم روانشناسی نقش بسزایی را برای راهبردهای مقابله و سبک زندگی در سلامت روان و کیفیت زندگی افراد قائل شده است. روش های مقابله، شیوه هایی مختلف هستند که افراد در هنگام مواجهه با استرس به صورت ناخودآگاه از آنها استفاده می کنند. سبک های مقابله مذهبی با این تعریف، روش های مختلف مذهبی مانند دعا، نیایش و توکل به خداوند هستند که افراد هنگام مواجهه با استرس از آنها استفاده می کنند. به طور کلی مقابله مذهبی اتکا بر باورها و فعالیت مذهبی در جهت کنترل استرس ها و ناراحتی های جسمانی است (۱۲). سبک های مقابله مذهبی را تحت دو رویکرد کلی مقابله مثبت و منفی می توان در نظر گرفت. در مقابله مذهبی مثبت، فرد هنگام مواجهه با شرایط استرس زا و رویدادهای منفی زندگی، با توکل به خداوند به استقبال رویدادها می رود. اما در مقابله مذهبی منفی، فرد رابطه ای نامطمئن با خداوند دارد و اطمینان قلبی در فرد وجود ندارد که در لحظه های سخت خداوند در کنار اوست (۱۳).

با توجه به اینکه در حال حاضر در علم پزشکی معالجه ی قطعی برای برخی از نازایی ها وجود ندارد، برای کاهش اضطراب و افسردگی و به منظور افزایش کیفیت زندگی، داشتن باورها و اعتقادات مذهبی می تواند به عنوان یکی از عوامل موثر تلقی گردد. تأثیر دین و معنویت بر سلامت و کیفیت زندگی در بیماری های مزمن در

قرار گرفتند. در تمامی مدل‌ها سطح معناداری مقدار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۰۰ زوج تحت مطالعه قرار گرفتند به طوری که میانگین سنی زنان ۲۸/۸ سال و میانگین سنی مردان ۳۲/۶ بود. میانگین طول مدت ازدواج زوجین ۷/۳ سال و میانگین طول مدت ناباروری ۴/۹ سال بود. ۸۳/۵ درصد از زوجین فرزندی نداشتند. همچنین زوجین بیشترین علت ناباروری را نامشخص گزارش کردند (جدول ۱).

مقایسه هر یک از ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی بین زنان و مردان، نشان داد که در تمامی ابعاد به جز بعد سلامت روانی، زنان به طور معناداری کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به همسرانشان داشتند. همچنین در میان هر یک از این ابعاد کمترین میانگین در زنان و همسران آن‌ها به ترتیب مربوط به حیطه محدودیت ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و نشاط بود. بالاترین میانگین نیز در زنان و همسران آن‌ها به ترتیب در حیطه‌های عملکرد جسمانی و درد جسمانی بود (جدول ۲). در میان ابعاد سبک‌های مقابله مذهبی نیز تنها بعد سبک مقابله مثبت بین دو گروه اختلاف معناداری داشت ($p=0/01$) به طوری که نمره آن در زنان بالاتر از همسرانشان بود.

نتایج تحلیل تک متغیره نشان داد که از میان متغیرهای دموگرافیک و سبک‌های مقابله مذهبی هر یک از زوجین هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک و سبک‌های مقابله مذهبی مردان با کیفیت زندگی زنان ارتباط معناداری نداشتند. اما سبک مقابله منفی و مثبت خود زنان ارتباط معناداری با کیفیت زندگیشان داشت. به طوری که سبک مقابله مثبت، ارتباط مستقیم با کیفیت زندگی ($r=0/15, p=0/02$) و سبک مقابله منفی، دارای ارتباط معکوس ($r=-0/2, p<0/0001$) بود. از میان ابعاد سبک‌های مقابله مذهبی نیز سبک مقابله منفی زنان، ارتباط معکوس معناداری با کیفیت زندگی مردان داشت ($r=-0/1, p=0/04$). همچنین سبک مقابله منفی خود مردان نیز با کیفیت زندگیشان ارتباط معکوس داشت ($r=-0/2, p=0/002$) (جدول ۳).

در نهایت با توجه به نتایج تحلیل چند متغیره که کیفیت زندگی زنان و مردان به طور همزمان به عنوان متغیر پاسخ در نظر گرفته شدند از میان متغیرهای دموگرافیک، سن زن با کیفیت زندگی مردان ارتباط معکوس معناداری داشت ($-0/5$)

علت مشکلات عاطفی و سلامت روان است. هر یک از حیطه‌های پرسشنامه متناسب با نوع سوالات گزینه‌های مختلفی از پاسخ‌های دو ارزشی (بله، خیر) تا شش گزینه ای لیکرت (تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی اوقات و هیچ وقت) را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ است که صفر بدترین و ۱۰۰ به معنای بهترین وضعیت می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط منتظری و همکاران بررسی و تایید شده است (۱۸).

پرسشنامه استاندارد سبک‌های مقابله مذهبی پارگمنت شامل ۱۴ گویه است. هفت گویه آن مربوط به راهبردهای مقابله مذهبی مثبت و هفت گویه مربوط به راهبردهای مقابله منفی است که توسط کنت پارگمنت طراحی شده است. شیوه نمره گذاری به صورت لیکرت چهارگزینه‌ای از به هیچ وجه تا بسیار زیاد انجام می‌شود. این پرسشنامه در مطالعه مظاهری و شهبانی زاده روایی و پایایی آن بررسی و تایید شده است (۱۹). همچنین پایایی این دو پرسشنامه در این مطالعه در یک نمونه مقدماتی بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله مذهبی به ترتیب مقدار ۰/۸۸ و ۰/۹ بدست آمد. قبل از ورود زوجین به مطالعه هدف پژوهش برای آنها توضیح و رضایت کتبی گرفته شد. هر یک از پرسشنامه‌ها توسط هر یک از زوجین به صورت جداگانه تکمیل شد. معیار خروج نیز شامل زوجین نابارور دارای بیماری‌های روانی بودند.

مقایسه هر یک از ابعاد کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله مذهبی بین زنان و همسران آن‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل انجام شد. برای بررسی رابطه کیفیت زندگی زنان و همسران آنها با هر یک از متغیرهای دموگرافیک و سبک‌های مقابله مذهبی از آزمون‌های آنوا، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همچنین برای شناسایی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان و همسران آنها به طور همزمان از رگرسیون چند متغیره استفاده شد. در این مدل کیفیت زندگی زنان و کیفیت زندگی همسران آنها هر دو به عنوان متغیرهای پاسخ وارد مدل شدند و سبک‌های مقابله مذهبی و متغیرهای دموگرافیک نیز به عنوان متغیرهای مستقل وارد مدل شدند. جهت تفسیر ضرایب متغیرهای کیفی در این مدل، یکی از طبقات به عنوان طبقه مرجع در نظر گرفته شد و سایر طبقات با آن مورد مقایسه

میان سبک های مقابله مذهبی، سبک مقابله منفی زنان با کیفیت زندگیشان ارتباط معکوس داشت ($\beta = -1/3$)، اما سبک های مقابله مذهبی مردان با کیفیت زندگی زنان ارتباط معناداری نداشت. سبک مقابله مثبت زنان با کیفیت زندگی مردان ارتباط معکوس داشت ($\beta = -0/6$)، همچنین سبک مقابله مثبت مردان، ارتباط مستقیم ($\beta = 0/8$) و سبک مقابله منفی آنها ارتباط معکوس ($\beta = -0/6$) با کیفیت زندگیشان داشت.

به عبارت دیگر با کاهش سن زن کیفیت زندگی همسران آن ها افزایش پیدا می کرد. سابقه درمان و علت ناباروری زوجین نیز تنها با کیفیت زندگی زنان ارتباط معنادار داشت به طوری که سابقه درمان داشتند نسبت به افرادی که ندارند کیفیت زندگی پایین تری داشتند ($\beta = -4/4$)، همچنین زنانی که علت ناباروریشان مردانه است نسبت به زنانی که علت نامشخصی دارند کیفیت زندگی بالاتری داشتند ($\beta = 6/1$)، از

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک افراد مورد مطالعه

متغیر	طبقات	زنان	مردان
سن		۲۸/۸ ± ۵/۱	۳۲/۶ ± ۵/۳
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۱۶۷ (۸۳/۵)	
	دارای فرزند	۳۳ (۱۶/۵)	
سابقه سقط	بله	۳۹ (۱۹/۵)	
	خیر	۱۶۱ (۸۰/۵)	
سابقه درمان	بله	۱۱۸ (۵۹)	
	خیر	۸۲ (۴۱)	
علت ناباروری	زنانه	۴۴ (۲۲)	
	مردانه	۵۱ (۲۵/۵)	
	هر دو	۳۹ (۱۹/۵)	
	نامشخص	۶۶ (۳۳)	
طول مدت ازدواج		۴/۷ ± ۷/۳	
طول مدت ناباروری		۳/۹ ± ۴/۹	

جدول ۲: مقایسه هر یک از ابعاد کیفیت زندگی و سبک های مقابله مذهبی بین زنان و مردان

p-value	مردان		زنان		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0/001	۱۹/۱۱	۸۵/۹	۲۶	۷۵/۴	عملکرد جسمانی
0/04	۳۴/۸	۶۶/۳	۳۶/۶	۶۰/۴	محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی
<0/0001	۲۴	۷۷	۲۵/۲	۶۹/۳	درد جسمانی
<0/0001	۱۷/۶	۷۰	۱۸/۴	۶۳/۹	سلامت عمومی
0/001	۱۹/۷	۶۶/۲	۲۲	۶۰/۳	نشاط
0/006	۲۴/۵	۷۲/۹	۲۴	۶۸/۲	عملکرد اجتماعی
0/002	۳۹/۷	۶۴	۳۸/۸	۵۳/۳	محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی
0/1	۱۸/۲	۷۱	۲۰/۳	۶۸/۵	سلامت روانی
<0/0001	۱۵/۷	۷۳/۵	۱۷/۷	۶۶/۶	نمره کل کیفیت زندگی
0/01	۴/۵	۱۶/۱	۳/۵	۱۶/۹	سبک مقابله مثبت
0/3	۴/۶	۵	۴/۵	۵/۳	سبک مقابله منفی

جدول ۳: نتایج تحلیل تک متغیره برای تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زوجین نابارور

متغیر	کیفیت زندگی زنان		کیفیت زندگی مردان	
	انحراف معیار ± میانگین	p-value	انحراف معیار ± میانگین	p-value
سابقه سقط	بله	۰/۶	۷۳/۰۴ ± ۱۶/۰۷	۰/۸
	خیر		۷۳/۷ ± ۱۵/۷	
سابقه درمان	بله	۰/۱	۷۲/۴ ± ۱۵/۹	۰/۲
	خیر		۷۵/۳ ± ۱۵/۵	
علت ناباروری	زنانه		۷۴/۹ ± ۱۴/۸	۰/۴
	مردانه		۷۴/۱ ± ۱۶/۵	
	هر دو		۶۹/۹ ± ۱۶/۹	
	نامشخص		۷۴/۴ ± ۱۵/۱	
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۰/۳	۷۵/۹ ± ۱۵/۵	۰/۳
	دارای فرزند		۷۳/۱ ± ۱۵/۸	
مقابلۀ مذهبی مثبت زن	$\Gamma = -0/15$	۰/۰۲	$\Gamma = -0/12$	۰/۰۹
مقابلۀ مذهبی منفی زن	$\Gamma = -0/3$	۰۰/۱۰ <	$\Gamma = -0/1$	۰/۰۴
مقابلۀ مذهبی مثبت مرد	$\Gamma = 0/1$	۱/۰	$\Gamma = 0/1$	۰/۰۷
مقابلۀ مذهبی منفی مرد	$\Gamma = -0/02$	۷/۰	$\Gamma = -0/2$	۰/۰۰۲
سن زن	$\Gamma = 0/04$	۰/۵	$\Gamma = -0/06$	۰/۳
سن مرد	$\Gamma = 0/1$	۰/۱	$\Gamma = -0/03$	۰/۶
طول مدت ازدواج	$\Gamma = 0/06$	۰/۳	$\Gamma = -0/03$	۰/۶
طول مدت ناباروری	$\Gamma = 0/04$	۰/۵	$\Gamma = -0/03$	۰/۵

جدول ۴: نتایج تحلیل چند متغیره برای تعیین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زوجین نابارور

متغیر	طبقه	کیفیت زندگی زنان			کیفیت زندگی مردان		
		خطای معیار β	p-value	خطای معیار β	p-value	خطای معیار β	p-value
مقابلۀ مذهبی مثبت زن	-	۰/۵	۰/۳	۰/۱	۰/۶	۰/۳	۰/۰۴
مقابلۀ مذهبی منفی زن	-	-۱/۳۱	۰/۳	<۰/۰۰۱	۰/۲	۰/۲	۰/۳
مقابلۀ مذهبی مثبت مرد	-	۰/۱	۰/۲	۰/۶	۰/۸	۰/۲	۰/۰۰۲
مقابلۀ مذهبی منفی مرد	-	۰/۳	۰/۳	۰/۲	۰/۶	۰/۲	۰/۰۲
سن زن	-	-۰/۴	۰/۳	۰/۲	۰/۵	۰/۲	۰/۰۴
سن مرد	-	۰/۳	۰/۲	۰/۱	۰/۲	۰/۲	۰/۳
طول مدت ازدواج	-	۰/۲	۰/۶	۰/۶	۰/۴	۰/۵	۰/۳
طول مدت ناباروری	-	-۰/۲	۰/۶	۰/۶	۰/۶	۰/۵	۰/۲
سابقه سقط	بله	-۱/۱	۳/۳	۰/۷	-۱/۶	۲/۹	۰/۵
	خیر						
سابقه درمان	بله	-۴/۴	۲/۱	۰/۰۴	-۲/۲	۲/۲	۰/۳
	خیر						

زنانه	۲/۵	۳/۴	۰/۴	-۰/۵	۳	۰/۸
مردانه	۶/۱	۳/۱	۰/۰۳	-۲/۴	۳	۰/۴
علت ناباروری	۴/۸	۳/۶	۰/۱	-۴/۹	۳/۲	۰/۱
نامشخص						
طبقه ی مرجع						
تعداد فرزندان	-۲/۹	۴/۸	۰/۵	-۳/۹	۴/۲	۰/۳
دارای فرزند						
طبقه ی مرجع						

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در تمامی ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد سلامت روانی زنان نسبت به همسرانشان به طور معناداری پایین تر بودند. احتمالاً به علت اینکه زنان بیشتر در معرض تشخیص و مداخلات درمانی هستند کیفیت از همسرانشان تحت فشار روانی و استرس هستند، کیفیت زندگی پایین تری دارند. در مطالعه کرامتی و همکارانش نیز در تمامی ابعاد پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی عمومی و پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی ناباروری، زنان نسبت به مردان پایین تر بودند (۲۰). در مطالعه Rashidi و Dillu نیز کیفیت زندگی زنان در تمامی ابعاد پایین تر از مردان بود (۲۱، ۲۲). سبک مقابله مذهبی مثبت نیز در مطالعه حاضر در زنان و مردان با یکدیگر اختلاف معناداری داشت. به طوریکه زنان بیشتر از مردان این سبک را داشتند. در مطالعه ای که در بیماران سرطانی انجام شد نیز زنان بیش تر از مردان از مقابله مثبت برای مقابله با بیماری استفاده می کردند (۲۳). در مطالعه حاضر از میان متغیرهای دموگرافیک در تحلیل تک متغیره تنها سابقه درمان و علت ناباروری نیز با کیفیت زندگی زنان ارتباط داشت. برخی از مطالعات نیز نشان داده اند که اثر ناباروری و درمان آن در زنان بیشتر از مردان است چون داشتن فرزند برای زنان به نسبت مردان مهمتر است (۵). توضیح دیگر این است زنان برای ناباروری زوج اغلب متهم می شوند یا گاهی اوقات خود را سرزنش می کنند؛ بنابراین رنج و عذاب در ارتباط با چنین سرزنش باعث ناراحتی بیشتر و کیفیت زندگی پایین تر آن ها می شود. در مطالعه Rashidi نیز از میان متغیرهای دموگرافیک در این مطالعه سن با بعد روحی کیفیت زندگی ارتباط معناداری داشت (۲۱). در مطالعه Charandabi نیز سن و علت ناباروری با کیفیت زندگی زنان نابارور ارتباط معناداری داشت (۲۴).

در مورد ارتباط سبک های مقابله مذهبی و کیفیت زندگی نتایج مطالعه حاضر در حالت چند متغیره نشان داد که سبک

مقابله منفی زنان، روی کیفیت زندگیشان تأثیر منفی دارد. سبک مقابله مثبت زنان نیز بر کیفیت زندگی مردان تأثیر منفی دارد. اما سبک مقابله منفی و مثبت مردان بر کیفیت زندگیشان به ترتیب تأثیر منفی و مثبت داشت. تاکنون مطالعه ای برای تأثیر سبک مقابله هر یک طرفین در یک زوج نابارور بر کیفیت زندگی یکدیگر انجام نشده است. اما در بررسی ارتباط سبک مقابله مذهبی با کیفیت زندگی به طور کلی مطالعات متعددی انجام شده است به عنوان مثال در مطالعه Vallurupalli که روی بیماران سرطانی انجام شد نشان داده شده که کیفیت زندگی با سبک مقابله مذهبی مثبت، ارتباط مستقیم معناداری دارد (۲۵). به عبارت دیگر با افزایش سبک مقابله مثبت، کیفیت زندگی بیماران سرطانی افزایش پیدا می کند. در مطالعه Tarakeshwar نیز نشان داده شد که سبک مقابله مثبت، ارتباط مستقیم و سبک مقابله منفی ارتباط معکوس با کیفیت زندگی بیماران سرطانی دارد (۲۳). در مطالعه Ramirez و همکارانش نیز همان یافته های مطالعه قبل در بیماران همودیالیز نشان داده شد (۲۶) که این نتایج با مطالعه حاضر نیز همخوانی دارد. اما در مطالعه ما سبک مقابله مثبت زنان ارتباط معکوسی با کیفیت زندگی مردان داشت که احتمالاً می تواند به این علت باشد که زنان با انجام فعالیت های مذهبی به دنبال درمان های شفا بخش برای ناباروری هستند که این خود باعث افزایش یادآوری این بیماری در محیط خانه و به دنبال آن افزایش اضطراب و استرس همسر آن ها میشود. با عنایت به نتایج همسو در مطالعات اخیر و مطالعه حاضر میتوان گفت داشتن معنا و هدف در زندگی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، بهره مندی از حمایت های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش هایی هستند که افراد با استفاده از آنها می توانند در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، آسیب کمتری را متحمل شده و احساس رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند.

کنار درمان های ناباروری، آموزش مهارت های مقابله ای با تمرکز بر تقویت راهبردهای مذهبی مثبت صورت گیرد.

سیاسگزاری

نویسندگان این مطالعه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم کمال تقدیر و تشکر را دارند.

References

1. khadem N, Afzal Aghae M, Kabosi M, Hasanzade M. Comparison of the effect of "Quran" and music on IUI success. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2007;10(3):215-20.
2. Kazemijaliseh H, Behboudi-Gandevani S, Hosseinpanah F, Khalili D, Azizi F. The Prevalence and Causes of Primary Infertility in Iran: A Population-Based Study. Global journal of health science. 2015;7(6):226-32. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p226> PMID:26153187 PMCID:PMC4803880
3. Shaker J, Hosseini M, Golshani S, Sadeghi k, Feyz E. Evaluation of public health, coping strategies and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF treatment. JOURNAL OF REPRODUCTION AND INFERTILITY. 2006;7(3):269-75.
4. R. Sedighi, M. Danesh Kojuri, M. Jafarpour Alavi, F. Hosseini, M. Farimani. THE EFFECT OF PREPARATIONSESSIONS ON ANXIETY LEVEL AND TREATMENT SUCCESS OF INFERTILE WOMEN REFERRED TO HAMEDAN INFERTILITY RESEARCH CENTER 2003. Iran Journal of Nursing. [Research]. 2004;17(39):49-56.
5. Fekkes M, Buitendijk S, Verrips G, Braat D, Brewaeyns A, Dolfing J, et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. Human Reproduction. 2003;18(7):1536-43. <https://doi.org/10.1093/humrep/deg276> PMID:12832385
6. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology. 2004;63(1):126-30. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015> PMID:14751363
7. Khayata G, Rizk D, Hasan M, Ghazal-Aswad S, Asaad M. Factors influencing the quality of life of infertile women in United

نتیجه گیری

با توجه به یافته های این مطالعه علاوه بر نقش تحصیلات، سابقه درمان و علت ناباروری، سبک مقابله مذهبی مثبت و منفی زوجین نیز با کیفیت زندگی آن ها ارتباط دارد. لذا جهت بهبود کیفیت زندگی زوجین که در استواری نهاد خانواده نقش اساسی دارد پیشنهاد می شود در

- Arab Emirates. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2003;80(2):183-8. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(02\)00387-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00387-9)
8. Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. Palliative Medicine. 1995;9(3):207-19. <https://doi.org/10.1177/026921639500900306> PMID:7582177
9. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. Annals of internal medicine. 1993;118(8):622-9. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009> PMID:8452328
10. Poursardar F, Sangari A, Abbaspour Z, Alboukurdi S. The Effect of Happiness on Mental Health and Life Satisfaction. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2012;16(2):139-47.
11. Dafei M, Dehghani A. relationship of religious coping and social activity in infertility copal referred to infertility center of Yazd. Journal of Yazd university of medical sciences. Hakim Res J 1999;1:197-205.
12. Khoshtinat V. Survy of Religious Coping Style in PNU Students with an Emphasis on Spiritual Elevation. Quarterly Journal of Medical Ethics 2013;8(30):133-54.
13. Trankle TM. Psychological well-being, religious-coping and religiosity in college students. Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research 2006:53-6.
14. Closs SJ, Edwards J, Swift C, Briggs M. Religious Identity and the Experience and Expression of Chronic Pain: A review. J Relig Disabil Health 2013;17:91124 <https://doi.org/10.1080/15228967.2013.778515>
15. Peric V, Borzanovic M, Stolic R, Jovanovic A, Sovtic S, Djikic D, et al. Quality of life in

- patients related to gender differences before and after coronary artery bypass surgery *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010;10:2328. <https://doi.org/10.1510/icvts.2009.208462> PMID:19948540
16. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*. 2000;56(4):519-43. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1)
17. Roudsari RL, Jafari H, Taghipour A, Khadem N, Ebrahimzadeh S. The Association of Religious Beliefs in Infertile Couples' Attitude towards Donation Procedures and Its Selection as a Therapeutic Approach to Infertility. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(44):1-10
18. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005;14(3):875-82. <https://doi.org/10.1007/s11136-004-1014-5> PMID:16022079
19. Mazaheri MA, Shahabizadeh F. Perceived Childhood Attachment, Family Functioning and Religious Coping. 221-234 ;2012.
20. Keramat A, Masoumi SZ, Mousavi SA, Poorolajal J, Shobeiri F, Hazavehie SMM. Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Couples. *Journal of Research in Health Sciences*. 2014;14(1):57-64.
21. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, NA, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment *BMC Health Services Research* 2008;8:186 <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-186> PMID:18803838 PMID:PMC2553790
22. Dillu R, Sheoran P, Sarin J. An Exploratory Study to Assess the Quality of Life of Infertile Couples at Selected Infertility Clinics in Haryana. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. 2013;2(3):45-1.
23. TARAKESHWAR N V, PAULK E, J. M, PEARCE SVK, PRIGERSON. Religious Coping is Associated with the Quality of Life of Patients with Advanced Cancer. *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*. 2006;9(3):646-57. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.646> PMID:16752970 PMID:PMC2504357
24. Alizadeh SM, Kamalifard C, Sedaghiani MM, Montazeri A, Mohammadian ED. Health-Related Quality of Life and its Predictive Factors among Infertile Women. *Journal of Caring Sciences*. 2012;1(3):159-64.
25. Mounica Vallurupalli B, Lauderdale; K, J M, Balboni, TA, Phelps, et al. The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *MARCH/APRIL*. 2012; 10 (2). <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.09.003> PMID:22088828 PMID:PMC3391969
26. P. S, Ramirez a DS, Macêdo b, G PM, . Sales a SM, Figueiredo a, et al. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients *Journal of Psychosomatic Research*. 2012 72: 129-35. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.012> PMID:22281454