

## مقایسه بهزیستی روانشناختی و رضامندی زناشویی در گروهی از زنان بارور و نابارور شهر تبریز

منیژه حاتملوی سعدآبادی\*، دکتر تورج هاشمی نصرت آباد\*\*  
\*کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه تبریز  
\*\*دانشیار گروه روان شناسی دانشگاه تبریز (نویسنده مسؤل<sup>1</sup>)

### مشخصات مقاله:

#### تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۷

تجدید نظر: ۱۳۹۱/۳/۱۴

پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۲۸

#### کلیدواژه‌ها:

بهزیستی روانشناختی، ناباروری، باروری، رضایتمندی زناشویی

### چکیده

**هدف:** مشکل ناباروری به عنوان حادثه‌ای استرس‌زا با مشکلات روانشناختی متعددی همراه است. هدف از پژوهش حاضر، تعیین میزان بهزیستی روانشناختی و رضایت از زندگی زناشویی در زنان نابارور و مقایسه آن با زنان بارور بوده است.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود که مبتنی بر هدف پژوهشی، تعداد ۴۰ زن نابارور، به‌طور تصادفی از بین کسانی که به مرکز درمانی الزهرا شهر تبریز مراجعه کرده بودند، انتخاب و با ۴۰ زن بارور مورد مقایسه قرار گرفتند. اطلاعات از طریق دو پرسشنامه مقیاس بهزیستی روانشناختی و شاخص رضایت زناشویی جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که زنان بارور در بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن چون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، تسلط بر محیط و رشد شخصی، بالاتر از زنان نابارور بوده‌اند. با این حال، بین دو گروه، در مورد رضامندی زناشویی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

**نتایج:** زنان بارور اغلب در ویژگی‌های روانی بالاترند دارند بهزیستی روانشناختی و مؤلفه‌های آن چون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، تسلط بر محیط و رشد شخصی، بالاتر از زنان نابارور بوده است.  
**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر، حاکی از پایین بودن وضعیت بهزیستی روانشناختی زنان نابارور است، لذا توجه به نیازهای روانی افراد نابارور، مؤلفه‌ای ضروری در موفقیت درمان ناباروری است.

## The Comparison of Psychological Well-being and Marital Satisfaction in the Fertile and Infertile Women

M-Hatamloye Saedabadi<sup>\*</sup> . T, Hashemi Nosratabad<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup> MA. Psychology, Faculty of Educational Science & Psychology., University of Tabriz

<sup>\*\*</sup> Associate Professor of Psychology, Faculty of Educational Science & Psychology., University of Tabriz

### Abstract

**Aim:** The problem of infertility as a stressful event comes along with different psychological problems. The aim of this study is determining rate of psychological well-being and satisfaction of marital life in infertile /fertile women.

**Method:** In this study 40 infertile women from the Alzahra Care Center in Tabriz city were selected randomly and compared with 40 fertile women. Data were collected by two questionnaires including well-being psychological and marital satisfaction scales. According to multiple facts of comparative variables, the Multivariate analysis of variance method performed.

**Results:** According to the findings, the fertile women significantly higher than infertile women in psychological well-being. Data doesn't show Results: Fertile women were more well-being than infertile.

**Conclusion:** The results indicated that the infertile women had low well-being psychological status (  $P < 0.05$ ). Therefore, attending to mental needs of infertile individuals, is a vital part in success of caring infertility.

### Article Information:

#### History:

Receipt: 2012/2/5

Revise: 2012/6/3

Acceptance: 2012/6/17

### Keywords:

psychological Well-being,  
Infertility, fertility, Marital  
Satisfaction

\*. Corresponding author    tourajhashemi@yahoo.com

مقدمه

ناباروری ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شاید بتوان گفت که یکی از عمده‌ترین وقایع استرس‌زا در زندگی افراد است که به عنوان حادثه‌ای منفی و ناکام کننده برای زوجین، به ویژه زنان مطرح است (کریمی نوری، ۱۳۷۹). تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند، با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (گیسون و می یرس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ رجوعی، ۱۳۷۶). ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک عامل شکست تلقی شده و این احساس را به وجود می‌آورد که فرد، یک زن یا مرد کامل نیست. ناباروری با احساس فقدان در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس همراه است. احساس‌های وابسته به این فقدان‌ها شامل غم، حقارت، تنهایی، خستگی، درماندگی و ترس است. در واقع، احساس‌های تجربه شده توسط فرد نابارور، مشابه با آن چیزی است که افراد در مقابل هر فقدان مهمی همچون فقدان عزیزی تجربه می‌کنند (گیسون و می یرس، ۲۰۰۰). به‌طور کلی، تجربه وقایع استرس‌زا موجب کاهش احساس کنترل فرد در زندگی می‌شود که این احساس عدم کنترل موجب بروز احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی فرد شده و در نهایت به سازگاری ضعیف در فرد منجر می‌گردد. پژوهش‌های مختلف وجود افسردگی و اضطراب را در زوج‌های نابارور نشان داده‌اند (آندروس، ابی، هالمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۲؛ دومار<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که عوامل روانشناختی می‌توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم پیامد آن تلقی شوند (کریمی نوری، ۱۳۷۹). در این راستا، شواهد فراوانی نشان می‌دهند مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (کی،

چانگ، ربار و سولز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۵؛ دومار، کلپ و اسلاسی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰).

نتایج پژوهش مولر<sup>۶</sup> (۱۹۹۳) نشان می‌دهد فشارهای روانی و نگرانی حاصل از ناباروری بر عملکرد فیزیولوژی بدن اثر مستقیم به جا گذاشته و در نهایت بر ناباروری تأثیر منفی می‌گذارد (به نقل از کی و همکاران، ۱۹۹۵). از طرفی افرادی که آرامش خاطر داشته و از سلامت روانی برخوردارند، فشارهای کمتری تجربه کرده و در نتیجه احتمال باروری آنان افزایش می‌یابد (دومار و همکاران، ۲۰۰۰). از طرف دیگر شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارند که نشان می‌دهند حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روانشناختی را تحت تأثیر قرار داده و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (سگستروم و میلر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). بر این اساس، ناباروری که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند با ایجاد تپیدگی، به کاهش بهزیستی روانشناختی منجر شود. تنش حاصل از ناباروری بر روابط فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته، می‌تواند موجب عدم تعادل روانی زوجین، قطع رابطه بین آنان و طلاق شود (هیرکز<sup>۸</sup> و هیرکز، ۱۹۹۵). در این راستا، یافته‌های ملایی-نژاد، جعفرپور، جهانفر و جمشیدی (۱۳۷۹) نشان داد که نزدیک به نیمی از زنان نابارور از سازگاری زناشویی برخوردار نبوده و مشکلاتی را در روابط خود و همسرانشان تجربه کرده‌اند. نتایج پژوهش آندروس و همکاران (۱۹۹۲) نیز نشانگر رضایت جنسی کمتر زوج‌های نابارور نسبت به زوجین بارور بود. همچنین، برای بررسی تأثیر ناباروری بر عملکرد جنسی، رضایت‌مندی از ازدواج و استرس، مطالعه‌ای توسط بنازون، رایت و سابورین<sup>۹</sup> (۱۹۹۲) انجام شد. آنان دریافتند که با پیشرفت

4. Keye, Chang, Rebar, & Soules
5. Clapp & Slasby
6. Moller
7. Segerstrom & Miller
8. Hirxsch
9. Benazon, Wright, & Sabourin

1. Gibson & Myers
2. Andrews, Abbey, & Halman
3. Domar

کیز<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۵). علاوه بر این، سوتر، هوپتن و پنی<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۲) پژوهشی با هدف ارزیابی بهزیستی روانی در زنان تحت درمان نازایی انجام دادند. در این راستا، نتایج، نشانگر سلامت روانی پایین تر این افراد نسبت به جمعیت عادی بود. همچنین، نتایج مطالعات سالواتوره<sup>۱۸</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در ایتالیا، بیانگر آن بود که زنان تحت درمان نازایی سطوح بالاتری از اضطراب و فشارهای احساسی را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. اگرچه زنان نازا، ابعاد شخصیتی نابهنجار نشان ندادند، ولی در الگوی وابستگی زوجین و همین طور علائم روانشناختی نسبت به گروه کنترل تفاوت داشتند. شاکری، حسینی، گلشنی، صادقی و فیض‌الهی (۱۳۸۵) نیز در مطالعه خود دریافتند که زنان نابارور، نارضایتی بیشتری از زندگی خود نشان داده و بیشتر این افراد از سلامت روانی برخوردار نبودند. در واقع، استرس حاصل از ناباروری به نوبه خود بر کیفیت زندگی افراد رضایت زنان از خود و زندگی مشترکشان تأثیر منفی دارد (فکس<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعه دیگری توسط ادنس، تنکلار و نیون هویس<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۹) جهت بررسی تجارب روانی-اجتماعی زنان با مشکلات باروری در مقایسه با زنان عادی انجام شد. نتایج حاکی از آن بود که زنان با مشکلات باروری شیوع بالاتری از احساسات منفی را گزارش کردند. در گروه بیماران، تغییرات بیشتری در ارتباط بین زوجین (مثبت یا منفی) گزارش شد، روابط جنسی در میان این گروه در جهت منفی تأثیر پذیرفته بود و نمرات آزمون بهزیستی بیشتر از سایر موارد، تحت تأثیر قرار گرفته بود. این در حالی است که پازنده، شرقی صومعه، کرمی نوری و علوی مجد (۱۳۸۳) در مطالعه خود پی بردند که نمرات کسب شده در آزمون بهزیستی زنان بارور و نابارور اختلاف معنی‌دار نداشته و هر دو گروه از

مراحل درمانی، سطح استرس به طور معنی‌دار افزایش یافته و رضایت‌مندی از ازدواج کاهش می‌یابد. از طرفی مظاهری و همکاران (۱۳۸۰) در مطالعه خود نشان دادند که نمرات کسب شده توسط زوجین در سازگاری زناشویی در دو گروه بارور و نابارور تفاوت معنی‌دار نداشت، با این حال، نمرات زنان و مردان نابارور در مقایسه با زوجین بارور، در مقیاس شیوه کنترل حل مسئله به طور بارزی متفاوت بود. بدین معنی که همبستگی مثبت و معنی‌داری بین سازگاری زناشویی و شیوه‌های مثبت یا کارآمدتر حل مسئله وجود داشت.

در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی، با الهام از روانشناسی مثبت‌نگر، رویکرد متفاوتی را برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روانشناختی، تلقی نموده و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روانشناختی" مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه معتقدند که سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد (لارسون<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۱). در طی دهه گذشته، ریف<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۹) الگوی بهزیستی روانشناختی را ارائه نمود. براساس این الگو، بهزیستی روانشناختی از ۶ عامل تشکیل می‌شود: پذیرش خود<sup>۱۲</sup> (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابط گرم و صمیمی با دیگران و توانایی همدلی<sup>۱۳</sup>)، خود مختاری<sup>۱۴</sup> (احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند، (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی<sup>۱۵</sup> (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت محیط) (ریف، ۱۹۸۹؛ ریف و

10. Lareson
11. Ryff
12. self-acceptance
13. sympathy
14. self-autonomy
15. personal growth

16. Keyes
17. Souter, Hopton, & Penny
18. Salvatore
19. Fekkes
20. Oddens, Tonkelaar, & Nieuwenhuys

وضعیت بهزیستی، در حد قابل قبول برخوردارند.

برخی پژوهشگران معتقدند ناباروری به‌عنوان یک تحول بسیار پرتنش برای زوجین و زندگی خانوادگی و زناشویی آنها به شمار آمده و مشکلات مهمی را در روابط زوجین به وجود می‌آورد. با مواجه شدن زوجین با ناباروری، مشکلات متعددی شامل مشکل در ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، کنش‌وری جنسی، تصمیم‌گیری، فرآیند بهداشت عاطفی و هیجانی و حتی تحول روانشناختی، در زوجین نابارور ایجاد می‌شوند (دیاموند، کزور، میرس، اسپچارف و وینشل<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۹). به‌طور کلی، پژوهشگران مختلف در مورد اثر ناباروری بر روابط زوج‌ها نظرات متفاوتی دارند. برخی از محققان معتقدند که تحمل مراحل تشخیص و درمان ناباروری موجب ارتباط و صمیمیت بیشتر زوجین شده و آنها احساس نزدیکی بیشتری به یکدیگر خواهند کرد (پازنده و همکاران، ۱۳۸۳؛ دانی لوک<sup>۲۲</sup>، ۱۹۸۸). در حالی که بسیاری از پژوهشگران کاهش عملکرد و سازگاری زناشویی زوجین را در نتیجه ناباروری، گزارش کرده‌اند. آنان بر افزایش اختلاف‌ها و منازعات زناشویی در میان زوج‌های نابارور تأکید کرده‌اند (کیمن<sup>۲۳</sup>، چرن<sup>۲۴</sup> و بچمن<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۸).

با توجه به تناقض‌های متعدد در نتایج پژوهش‌های انجام شده و نیز بالا بودن نرخ ناباروری در ایران (آخوندی، ۱۳۸۲) و اهمیت آن از لحاظ فرهنگی و اجتماعی به-خصوص برای زنان، مطالعه ناباروری با تکیه بر جنبه‌های روانی-اجتماعی آن از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه میزان بهزیستی روانشناختی و رضامندی زناشویی در زنان بارور و نابارور شهر تبریز انجام گردید.

## روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) بوده که در آن تعداد ۴۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمانی-بهداشتی الزهرا در شهر تبریز (سال ۱۳۹۰) انتخاب شده و با ۴۰ زن بارور به روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. افراد نمونه در دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال با حداقل تحصیلات دیپلم و نداشتن فرزند خوانده قرار داشتند که حداقل مدت یک سال از طول مدت ناباروری آنها گذشته بود.

**مقیاس بهزیستی روانشناختی:** این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را دربر می‌گیرد. شرکت‌کنندگان در مقیاسی ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سئوالات پاسخ می‌دهند. چهل و هفت سؤال، مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنجه‌هایی که صفات شخصیتی را می‌سنجیدند، و در ضمن شاخص بهزیستی روانشناختی نیز به شمار می‌رفتند، از سنجه‌هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی<sup>۲۶</sup> برادبورن<sup>۲۷</sup> (۱۹۶۹)، رضایت زندگی نیوگارتن<sup>۲۸</sup> (۱۹۶۵) و حرمت خود<sup>۲۹</sup> روزنبرگ<sup>۳۰</sup> (۱۹۶۵) استفاده کرد. نتایج همبستگی آزمون ریف، با هر یک از مقیاس‌های فوق قابل قبول بود. بنابراین ابزار فوق از نظر سازه‌ای روا محسوب شد (ریف، ۱۹۸۹). آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف (۱۹۸۹) برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش شده است.

26. Affect Balance Scale
27. Bradburn
28. Neugarten
29. Self-esteem
30. Rozenberg

21. Diamond, Kezur, Meyers, Scharf, & Weinshel
22. Daniluk
23. kemman
24. Cheron
25. Bachman

شاخص رضایت زناشویی از یک روایی همزمان عالی برخوردار است و با آزمون سازگاری زناشویی لاک - ولای<sup>۳۳</sup>؛ همبستگی معنادار نشان می‌دهد. همچنین، این شاخص از روایی بسیار خوب و با معنایی برای متمایز کردن زوج‌های مشکل‌دار و زوج‌های ظاهراً بدون مشکل برخوردار است. علاوه بر این شاخص رضایت زناشویی دارای روایی سازه‌ای مناسبی است و با مقیاس‌هایی که نباید همبستگی خوبی داشته باشد، مانند مقیاس‌های رضایت جنسی و مشکلات زناشویی همبستگی معناداری نشان نمی‌دهد (ساعتچی و همکاران، ۱۳۸۹).

#### یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا پیش‌فرض‌های روش تحلیل واریانس چندمتغیره از جمله همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت و به جهت تحقق آنها، داده‌ها به وسیله روش تحلیل واریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌های مربوط به این تحلیل در جدول زیر درج شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌ها در بهزیستی

روانشناختی و رضامندی زناشویی	
متغیرها	گروه (انحراف معیار) میانگین
خودمختاری	بارور (۶/۳۳) ۴۹/۰۵
	نابارور (۵/۸۹) ۵۰
تسلط بر محیط	بارور (۷/۹۶۷) ۵۴/۵۲
	نابارور (۶/۶۷) ۴۷/۴۲
ارتباط مثبت با دیگران	بارور (۸/۴۰) ۵۴/۵۲
	نابارور (۸/۵۵) ۴۷/۴۲
رشد شخصی	بارور (۷/۹۰) ۵۵/۱۷
	نابارور (۵/۷۵) ۴۷/۵۰
هدفمندی در زندگی	بارور (۵/۲۹) ۵۱/۰۷
	نابارور (۵/۳۳) ۵۰/۰۰
پذیرش خود	بارور (۸/۷۸) ۵۳/۰۲
	نابارور (۵/۶۰) ۴۵/۱۲
بهزیستی کل روانشناختی	بارور (۴/۱۴) ۳۱۷/۳۷
	نابارور (۳/۴۷) ۲۸۹/۱۰۰
رضامندی زناشویی	بارور (۷/۹۸) ۷۴/۶۰
	نابارور (۸/۴۹) ۷۲/۳۲

در ایران طی پژوهشی که با نمونه‌ای دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج حاصل برای تسلط بر محیط ۰/۷۷، رشد شخصی ۰/۷۸، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰، پذیرش خود ۰/۷۱، خودمختاری ۰/۷۸، و نمره کلی ۰/۸۲ بود. روایی این مقیاس نیز مناسب برآورد شده است (بیانی، محمد کوچکی و بیانی، ۱۳۸۷).

پرسشنامه شاخص رضایت زناشویی (IMS)<sup>۳۱</sup>: این پرسشنامه توسط والتر دیلیو هادسن<sup>۳۲</sup> (۱۹۹۳)، تهیه و تدوین شده است (ساعتچی، کامکاری و عسگریان، ۱۳۸۹). شاخص رضایت زناشویی، یک ابزار ۲۵ سؤالی است که برای اندازه‌گیری میزان، شدت و دامنه مشکلات یا رضایت زن و شوهر در رابطه زناشویی، تدوین شده است. این شاخص، ویژگی مورد نظر را یک کل واحد تلقی نمی‌کند، بلکه دامنه رضایت یا مشکلات مرتبط با رابطه را از نظر زن یا مرد، اندازه‌گیری می‌کند. شاخص رضایت زناشویی، میزان سازگاری زناشویی را نمی‌سنجد، زیرا ممکن است یک زن و مرد علی‌رغم اختلاف یا نارضایتی شدید، سازگاری خوبی داشته باشند. نمره‌گذاری شاخص رضایت زناشویی بدین نحو است که برای هر یک از سؤالات، در طیف هفت درجه لیکرت نمره‌گذاری می‌گردد. بدین صورت که ابتدا سؤالات ۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۲ و ۲۴ معکوس می‌شود؛ بدین معنی که گزینه همیشه، نمره یک و گزینه هیچگاه، نمره ۷ می‌گیرد و سپس مجموع نمرات فوق با نمرات باقیمانده سؤالات جمع می‌شوند. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، میزان رضایت زناشویی وی بیشتر است.

شاخص رضایت زناشویی دارای ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ است که نشان‌دهنده همسانی درونی بالاست. این شاخص با ضریب همبستگی ۰/۹۶ در روش بازآزمایی دو ساعته، از یک اعتبار کوتاه‌مدت عالی برخوردار است.

31. Index of Marital Satisfaction

32. Walter W.Hudsen

33. Lock-Wallee Martial Adjustment Test

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره اثرات گروه بر بهزیستی روانشناختی و رضامندی زناشویی

منابع تغییر	گروه	M±S	F	سطح معنی داری	ضریب اثر (Eta)
خودمختاری	بارور	(۶/۳۳) ± ۴۹/۰۵	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۰۰۶
	نابارور	(۵/۸۹) ± ۵۰			
تسلط بر محیط	بارور	(۸/۹۶۷) ± ۵۴/۵۲	۱۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۱
	نابارور	(۶/۶۷) ± ۴۷/۴۲			
ارتباط مثبت با دیگران	بارور	(۸/۴۰) ± ۵۴/۵۲	۱۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۱۴۸
	نابارور	(۸/۵۵) ± ۴۷/۴۲			
رشد شخصی	بارور	(۷/۹۰) ± ۵۵/۱۷	۲۴/۶۲	۰/۰۱	۰/۲۴۰
	نابارور	(۵/۷۵) ± ۴۷/۵۰			
هدفمندی در زندگی	بارور	(۵/۲۹) ± ۵۱/۰۷	۰/۰۷	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	نابارور	(۵/۳۳) ± ۵۰/۷۰			
پذیرش خود	بارور	(۸/۷۸) ± ۵۳/۰۲	۲۲/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲۸
	نابارور	(۵/۶۰) ± ۴۵/۱۲			
بهزیستی کل روانشناختی	بارور	(۴۰/۱۴) ± ۳۱۷/۳۷	۱۱/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۱۳۳
	نابارور	(۳۲/۴۷) ± ۲۸۹/۱۰۰			
رضامندی زناشویی	بارور	(۷/۹۸) ± ۷۴/۶۰۰	۱/۵۲	۰/۲۲	۰/۰۱۹
	نابارور	(۸/۴۹) ± ۷۲/۳۲			

زناشویی ۷۴/۶ بود. مقایسه میانگین‌های دو گروه نشان داد که در خودمختاری، هدفمندی در زندگی، و رضامندی زناشویی در گروه بارور و نابارور تفاوت معنی داری وجود ندارد، ولی مقیاس‌های رشد شخصی، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران، پذیرش خود و بهزیستی روانشناختی کل در زنان بارور به طور معنی داری بیشتر از گروه زنان نابارور بود. با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که ناباروری می‌تواند بهزیستی روانشناختی کل و مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران و رشد شخصی را تحت تأثیر قرار دهد و آنها را در مقایسه با افراد بارور کاهش دهد.

#### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های سوتر همکاران (۲۰۰۲)، سالواتوره و همکاران (۲۰۰۱) نشان می‌دهد که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور، سلامت و بهزیستی روانشناختی پایین‌تری دارند. در واقع، تجربه ناباروری، پریشانی هیجانی عمیق و شدیدی را بر فرد و زوج تحمیل می‌کند که این شرایط منشأ مداوم استرس‌های روانشناختی و اجتماعی است

براساس یافته‌های جدول ۱ مشخص می‌شود که بین دو گروه از زنان بارور و نابارور از نظر بهزیستی روانشناختی کل ( $F=11/99, p<0/01$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین این گروه در متغیرهای تسلط بر محیط ( $p<0/01$ )، ارتباط مثبت با دیگران ( $F=16/13, p<0/01$ )، رشد شخصی ( $F=13/52, p<0/01$ )، پذیرش خود ( $F=24/62, p<0/01$ ) به صورت معناداری با یکدیگر متفاوتند. اما از نظر هدفمندی در زندگی ( $F=0/07, p>0/05$ )، خودمختاری ( $F=0/48, p>0/05$ ) و رضامندی زناشویی ( $F=1/52, p>0/05$ ) تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مشاهده نمی‌شود.

همچنین جدول فوق، میانگین و انحراف استاندارد نمرات افراد در مقیاس‌های آزمون بهزیستی روانشناختی و رضامندی زناشویی را ارائه می‌دهد. بیشترین میانگین نمرات افراد در مقیاس بهزیستی روانشناختی در گروه بارور، به ترتیب شامل رشد شخصی (۵۵/۱۷)، تسلط بر محیط (۵۴/۵۲)، ارتباط مثبت با دیگران (۵۴/۵۲)، پذیرش خود (۵۳/۰۲)، هدفمندی در زندگی (۵۱/۰۷)، خودمختاری (۴۹/۰۵) و میانگین بهزیستی کل در این افراد ۳۱۷/۳۷ بود. همچنین، میانگین افراد بارور در رضامندی

(گریل<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۴).

پذیرش خود و ارتباط مثبت با دیگران در این گروه را به محدودیت شبکه اجتماعی آنها، ارتباطات اجتماعی اندک و مشکلات ناباروریشان نسبت داد. همچنین، در تبیین پایین بودن سطح پذیرش خود در این گروه می-توان به این امر اشاره کرد که مادر شدن، به زندگی ساختار مشخص می‌دهد و نقش‌ها و عملکرد اجتماعی روشن همراه با کنترل بیشتر در جنبه‌های مختلف زندگی را برای او فراهم می‌سازد (سوتر و همکاران، ۲۰۰۲). در واقع، برای زن سالم از نظر روانشناختی، حاملگی غالباً وسیله‌ای برای خود شکوفایی است (رجوعی، ۱۳۷۶). لذا، زنانی که فاقد قدرت باروری هستند، احساس ناتوانی، بی‌ارزشی و عدم کفایت می-کنند و چون خود را به علت ناباروری ناقص می‌دانند، در نتیجه تصور نامطلوبی از وضعیت جسمانی خود داشته و سطح پذیرش خود در آنان به‌طور معنی‌داری پایین است.

همچنین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر پایین بودن احساس تسلط بر محیط و رشد شخصی در افراد نابارور چنین به نظر می‌رسد که فشارهای ناشی از ناباروری به گونه‌ای است که می‌تواند انرژی و وقت زنان نابارور را به خود اختصاص داده و به محدود شدن علائق، تلاش‌ها و فرصت برای رشد بیانجامد. از طرفی، این مسئله می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی، نگرش فرد نسبت به محیط فیزیکی و اجتماعی و افرادی که با وی مرتبط هستند را تحت تأثیر قرار داده و به کاهش علائق و غرایز بیانجامد و به دنبال آن موجب فقدان انگیزش و ناتوانی در انجام کار گشته و توانایی‌های فرد در زمینه اجتماعی و حرفه‌ای تنزل می‌یابد. فرد افسرده و مضطرب نسبت به مسائل اجتماعی، تفریحات و امور معمول زندگی بی‌میل و دلسرد می‌گردد که این امر در نهایت موجب کاهش احساس تسلط بر محیط و تعیین اهداف شخصی خواهد شد (فراهانی، ۱۳۸۰).

از سوی دیگر، نتایج مربوط به مقایسه مؤلفه‌های هدفمندی در زندگی و خودمختاری نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در توجیه این مطلب شاید بتوان به یافته‌های برخی از بررسی‌ها که با

این یافته‌ها، هماهنگ با بررسی دانکل-اسچتر و لوبل<sup>۳۵</sup> (۱۹۹۱) است که نشان داده است واکنش نسبت به ناباروری با عکس‌العمل‌های منفی شدیدی همراه است. واکنش‌های منفی شدید از جمله اندوه، انکار، افسردگی، احساس عصبی بودن، احساس گناه، اضطراب، کاهش کنترل، احساس سرزنش و خود سرزنشی، بی‌کفایتی شخصی و جنسی، تهدید نسبت به عزت نفس و مشکلاتی در ارتباط با دیگران شامل احساس خشم نسبت به زوجین دارای کودک می‌شود، بنابراین وضعیت بهزیستی روانشناختی آنها در مقایسه با زنان بارور پایین‌تر است.

بررسی مؤلفه‌های بهزیستی روانشناختی در دو گروه نشان می‌دهد که زنان بارور در مؤلفه‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، احساس تسلط بر محیط، رشد شخصی و نمره کل بهزیستی روانشناختی در سطحی بالاتر از زنان نابارور بوده‌اند. پژوهش‌های مربوط به حوزه مورد بحث نیز نشان داده‌اند که زنان نابارور با چالش‌های متعددی مواجه می‌شوند که نحوه واکنش اطرافیان و بستگان آنان، یکی از آنهاست. مسئله ناباروری به‌ویژه در فرهنگ ما که بیشتر خانواده-ها از نوع گسترده هستند و با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، مسئله ناباروری بعد عمیق‌تری به خود می‌گیرد و با تأخیر در حاملگی، کنجکاوی‌ها و فشارهای اطرافیان موجب نگرانی و اضطراب زوج‌ها و در نهایت کناره‌گیری اجتماعی و انزوای آنان می‌شود (ملایی‌نژاد و همکاران، ۱۳۷۹).

علاوه بر این، برخی بررسی‌ها نیز نشان داده که زنان نابارور بیشتر درگیر درمان‌های طبی از نظر صرف وقت و تحمل درد بوده و طولانی بودن دوره درمان موجب واکنش‌های روانی، اجتماعی در آنها می‌گردد. لذا آنها به دلیل شرایط خاص خود، وقت کمتری برای برقراری ارتباط اجتماعی دارند (سوانسون و نیز<sup>۳۶</sup>، ۱۹۹۷). به همین سبب می‌توان علت پایین بودن سطح

34. Greil

35. Dunkel-Schetter &amp; Lobel

36. Swanson &amp; Nies

دیدنی مثبت‌نگر به بررسی ناباروری پرداخته‌اند، اشاره کرد. از این دیدگاه امید به موفقیت درمان، می‌تواند به زندگی هدف بخشد و به سازگاری فرد در محیط و زندگی‌اش کمک کند (ابی، هالمن، آندروس، ۱۹۹۲). از طرفی دیگر، در زنان بارور شاید به دلیل عدم تحقق انتظارات از پرورش فرزندان و رسیدن به ایده‌آل‌های افراد، هدفمندی و رضایت‌مندی از زندگی کاهش می‌یابد (پازنده و همکاران، ۱۳۸۳).

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه (زنان بارور و نابارور) در مورد رضامندی زناشویی تفاوتی وجود ندارد، به عبارتی، هرچند میانگین نمرات رضامندی زناشویی در زنان بارور بیشتر از میانگین نمرات زنان نابارور بود، ولی این تفاوت معنی‌دار نبود. در این راستا، شاید بتوان به فناوری‌های کمک باروری و پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای در زمینه ناباروری اشاره کرد که باعث افزایش امیدواری گردیده و این امر موجب آن شده است که افراد نابارور کمتر دچار مشکل در روابط زناشویی شوند. این نتیجه با پژوهش‌های مظاهری و همکاران (۱۳۸۰) که نشان دادند ناباروری باعث کاهش خشنودی زناشویی در زنان نابارور نمی‌شود، همسو است. اما با مطالعات بنازون و همکاران (۱۹۹۲)، ملایی نژاد و همکاران (۱۳۷۹) همخوانی ندارد. در واقع، برخی از مطالعات نشان می‌دهند که مراحل درمان ناباروری نه تنها نمی‌تواند خطری برای سازگاری زناشویی باشد بلکه تقسیم استرس ناشی از آن بین زوجین می‌تواند حتی ارتباط زناشویی را استحکام بخشد و باعث افزایش صمیمیت بین زوجها گردد (جنیدی، نورانی سعدالدین، مخبر و شاکری، ۱۳۸۸؛ رپکاری<sup>۳۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). برای اغلب زوج‌ها، ناباروری بیش از یک عارضه فیزیکی است و مشکلات عاطفی و اجتماعی نیز دربردارد، لذا پیامدهای ناشی از ناباروری در زمینه مسائل روانشناختی، یکی از مشکلات مهمی است که زوج‌های نابارور با آن روبرو هستند و بی‌توجهی به این

مسائل آثار زیانباری را به دنبال خواهد داشت (صولتی دهکردی، دانش، گنجی و عابدی، ۱۳۸۴).

باید تأکید کرد که اغلب درمان فیزیکی ناباروری کافی نیست، توجه به نیازهای روانی زوج‌های نابارور یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری است، زیرا می‌تواند رابطه زوجین در طول درمان را تحت تأثیر قرار دهد، به‌خصوص زمانی که هر یک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می‌کند. استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری می‌تواند برای سلامت روانی زوجین دردناک و مخرب باشد (ملایی نژاد، ۱۳۷۹). فشارهای روانی وارد بر بیماران ممکن است سبب ارتباط ناهماهنگ، آموزش نامناسب بیمار و ناهماهنگی روش‌های درمانی شود. افرادی که با مشکل ناباروری مواجهند، با شوک ناباروری و احساس کلی درماندگی واکنش نشان داده و اشتغال ذهنی قابل توجهی با مشکل خود پیدا می‌کنند. بدین ترتیب گروه درمانی با بیمارانی سرو کار دارد که نه تنها خواستار کمک برای مشکلات فیزیکی هستند، بلکه از نظر عاطفی و روانی نیز جریحه‌دار شده‌اند (رشیدی فارفار، ۱۳۸۵).

به‌طورکلی، پژوهش حاضر همسو با اکثر بررسی‌های انجام شده ارتباط ناباروری با بهزیستی روانشناختی را بیش از پیش مورد تأکید قرار می‌دهد. شاید علت به دست نیامدن ارتباط معنی‌دار بین ناباروری و رضامندی زناشویی، تقسیم استرس ناشی از ناباروری بین زوجین و گذشت زمان باشد که باعث کنار آمدن با مسئله ناباروری شده است و به علت علاقه دوجانبه، زوجین به زندگی مشترک ادامه می‌دهند. به طور خلاصه داده‌ها نشان دادند که رابطه معنی‌داری بین ناباروری و بهزیستی روانشناختی وجود دارد، لذا این یافته‌ها می‌تواند با ارائه تصاویری از مقایسه بهزیستی روانشناختی و رضامندی از زندگی زناشویی در زنان نابارور و بارور، متولیان بهداشت را در اتخاذ تمهیدات لازم جهت حمایت‌های روانی مورد نیاز این گروه و نیز اجرای برنامه‌های مناسب به منظور پیشگیری از عوارض ناشی از ناباروری به‌عنوان مهمترین و بهترین روش سرمایه‌گذاری، در جهت

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران. رشیدی فارفار، ابراهیم (۱۳۸۵)، بررسی جنبه‌های اجتماعی و پیامدهای ناباروری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم اجتماعی شیراز. ساعتچی، محمود؛ کامکاری، کامبیز و عسگریان، مهناز (۱۳۸۹)، *آزمون‌های روانشناختی*، تهران، نشر ویرایش.

شاگری، جلال؛ حسینی، منیر؛ گلشنی، صنوبر؛ صادقی، خیراله و فیض‌الهی، وحید (۱۳۸۵)، *بررسی سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF*، فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۲۸، شماره ۳، ۲۶۹-۲۷۵.

صولتی دهکردی، سیدکمال؛ دانش، آذر؛ گنجی، فروزان و عابدی، احمد (۱۳۸۴)، *مقایسه عزت نفس و پاسخ‌های مقابله‌ای در زوجین نابارور و زوجین بارور شهرکرد*، ۸۲-۸۳، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شماره ۴، ۲۲-۱۶.

فراهانی، محمدنقی (۱۳۸۰)، *جنبه‌های روانشناختی مقابله و سازگاری با ناباروری و نقش روانشناس، فصلنامه باروری و ناباروری*، دوره ۲، شماره ۳، ۵۹-۵۲.

کرمی نوری، رضا (۱۳۷۹)، *ناباروری روانی و اجتماعی، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری*، دوره ۲، شماره ۲، ۵۷-۶۸.

مظاهری، محمد علی؛ کیقبادی، فرناز؛ فقیه ایمانی، زهره؛ قشنگ، نیره و پاتو، مژگان (۱۳۸۰)، *شیوه‌های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوج‌های نابارور و بارور، فصلنامه باروری و ناباروری*، دوره ۴، شماره ۳، ۳۲-۲۳.

ملایی نژاد، میترا؛ جعفرپور، مهشید؛ جهانفر، شایسته و جمشیدی، روح‌انگیز (۱۳۷۹)، *بررسی ارتباط سازگاری زناشویی و تنیدگی ناشی از ناباروری در زنان مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۳۷۸*، فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۵، شماره ۲، ۳۹-۲۶.

توسعه اقتصادی و اجتماعی در زمینه ناباروری یاری نماید. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ابزار خودگزارشی و نمونه‌گیری که شامل شهر تبریز و مرکز درمانی الزهرا بوده است، اشاره کرد. بنابراین به نظر می‌رسد که لازم است تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود برای کاستن از محدودیت‌های یادشده و افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در سایر مناطق کشور نیز تکرار گردد.

### سپاسگزاری

از زحمات و همکاری کارکنان مرکز درمانی - بهداشتی الزهرا و کلیه افراد شرکت‌کننده در تحقیق که در این پژوهش همکاری خوبی داشتند، قدردانی می‌شود.

### منابع

آخوندی، محمدمهدی (۱۳۸۲)، *آشنایی مقدماتی با ناباروری*، فصلنامه بهداشت باروری، سال اول، شماره ۱، ۳۱-۲۹.

بیانی، علی‌اصغر؛ محمدکوچکی، عاشور و بیانی، علی (۱۳۸۷)، *روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف*، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال ۱۴، شماره ۲، ۱۵۱-۱۴۶.

پازنده، فرزانه؛ شرقی صومعه، نرگس؛ کرمی نوری، رضا و علوی مجد، حمید (۱۳۸۳)، *بررسی رابطه ناباروری با بهزیستی و رضامندی از ازدواج*، پژوهنده، دوره ۹، شماره ۴۲، ۳۶۰-۳۵۵.

جنیدی، الهام؛ نورانی سعدالدین، شهلا؛ مخبر، نغمه و شاگری، محمدتقی (۱۳۸۸)، *مقایسه خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد (۸۶-۸۵)*، مجله زنان مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۲، شماره ۱، ۷-۱۶.

رجوعی، مریم (۱۳۷۶)، *جنبه‌های روانشناختی ناباروری*، پژوهش‌های روانشناختی، سال چهارم، شماره ۳ و ۴، ۷۲-۸۸.

رجوعی، مریم (۱۳۷۶)، *اثر درمان رفتاری بر مشکلات روانی زنان نابارور تحت درمان با روش I.V.F*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی مشاوره،

- and demographic predictors of stress associated with infertility, *Fertil Steril*, 57, 122-28.
- Andrews, F.M.; Abbey, A. & Halman, L.J. (1992), *Is fertility Problem stress different?* *Fertil Steril*, 57, 1247-1253.
- Benazon, N.; Wright, J. & Sabourin, S. (1992), *Stress, Sexual Satisfaction and Marital Adjustment in Infertile Couples*, *Sex & Marital Therapy*, 18 (4), 273-84.
- Daniluk, J.C. (1988), *Infertility: interpersonal and intrapersonal impact*, *Fertil Steril*. 49, 982-90.
- Diamond, R.; Kezur, D.; Meyers, M.; Scharf, C. & Weinshel, M. (1999), *Couple therapy for infertility*, New York, Gilford Press.
- Domar, A. (2000), *Stress and infertility in women*, *Fertil Steril*, 57, 324-340.
- Domar, A.D.; Clapp D. & Slasby, E. (2000), *The impact of group Psychological intervention on pregnancy ractes in infertile women*, *Fertil Steril*, 73 (7), 805-811.
- Dunkel- Schetter, C. & Lobel, M. (1991), *Psychological reaction to infertility*. In A.L. Stanton and Duunkel- Schetter C.(Eds), *Infertility: Perspective from Stress and Coping Research*. New York: Plenum Press, 29-57.
- Fekkes, M.; Buitendijk, S.E.; Verrips, G.H.W.; Braat, D.D.M.; Brewaey, A.M.A.; Dolfing, J.G.; Kortman, M.; Leerentveld, R.A. & Macklon, N.S. (2003), *Health related quality of life in relation to gender and age in Couples Planning IVF treatment*, *Hum Reprod*, 18, 1536-1543.
- Gibson, D.M., & Myers, J.E. (2000), *Gender and infertility: a relational approach to counseling women*, *J Counseling Dev*, 78, 400-10.
- Greil, A.L. (1994), *Infertility and psychological distress: A critical review of the literature*, *Soc Sci Med*, 45 (11), 1670- 1704.
- Hirxsch, AM.; & Hirxsch S.M. (1995), *The longer psychosocial effects of infertility*, *J Obstet Gynecol Noenatal Nurs*, 24 (6), 517-521.
- Kemman, E.; Cheron, C. & Bachman, G. (1998), *Good luck rites in cotemporary infertility*, *Reprod Med*, 43 (3), 196-8.
- Keye, W.R., Chang, R.J., Rebar, R.W., & Soules, MR. (eds). (1995). *Infertility. Evaluation and Treatment*. Philadelphia: WB Saunders.
- Lareson, J.S. (1991), *The measurement of health: Concepts and indicators*. New York: Green Wood Press.
- Oddens, B.J.; Tonkelaar, I.D. & Nieuwenhuyse, H. (1999), *Psychosocial experiences in women facing fertility Problems comparative survey*, *Human Reproduction*, 14(1), 255-261.
- Repokari, L.; Punamaki, R.L.; Unkila-Kallio, L.; Vilska, S.; Polikkeus, P., & Sinkkonen, J. (2007), *Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among*

- successfully treated ART couples and their controls*, Hum Reprod, 22 (5), 1481-91.
- Ryff, C.D. (1989), *Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being*, Journal of Personality and Social Psychology, 6, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L. (1995), *The structure of Psychological well-being revisited*, Journal of Personality and Social Psychology, 69, 719-727.
- Salvatore, P.; Gariboldi, S.; Offidani, A.; Coppola, F.; Amore, M., & Maggini, C. (2001), *Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures*, Fertility and Sterility, 75 (6), 1119-1125.
- Segerstrom, S., & Miller, G. (2004), *Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry*, Psychological Bulletin, 130, 610-630.
- Souter, V.L.; Hopton, J.L.; Penney, G.C. & Templeton, A.A. (2002), *Survey of Psychological health in women with infertility*, Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 22 (4), 41-9.
- Swanson, J.M., & Nies, M.A. (1997), *Community Health Nursing*, (2<sup>nd</sup> ed.). W.B. Sanders Co, 5.