

## رضایت زناشویی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور شهر اهواز

غلامرضا رجیبی\*

مریم کریمی\*\*

عباس امان الهی\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه متغیرهای رضایت زناشویی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور شهر اهواز صورت گرفت. طرح پژوهش، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. ۱۰۰ زن نابارور از مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی و ۱۰۰ زن بارور از دفاتر مامایی و پزشکان متخصص زنان و زایمان شهر اهواز به روش نمونه‌گیری هدفمند-داوطلبانه و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به مقیاس رضایت زناشویی (MSS) و سیاهه مقابله با شرایط پراسترس-فرم کوتاه (CISS-21) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون t-test و نرم‌افزار آماری SPSS-22 تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که بین زنان بارور و نابارور در متغیرهای رضایت زناشویی و سبک مقابله‌ای مسأله-مدار تفاوت معنادار وجود دارد، و نه در سبک‌های هیجان مدار و اجتناب‌مدار. بنابراین ناباروری رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد و زنان نابارور به دنبال حل مشکل خود هستند.

**واژه‌های کلیدی:** رضایت زناشویی، راهبردهای مقابله‌ای، ناباروری

### مقدمه

ناباروری (infertility) تنها یک بیماری زنان نیست بلکه یک مشکل سلامتی زیستی-روانی-اجتماعی است که شامل کیفیت زندگی پایین‌تر، مشکلات روان‌پزشکی، تعارض‌های زناشویی و ناخشنودی جنسی است (Lau, Wang, Cheng, Kim, Yang, & Tsui, 2008; Oguz, 2004). ناباروری تعاریف مختلفی دارد. مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (The Centers for Disease Control and Prevention, 2010) ناباروری را این‌گونه تعریف می‌کنند، زنان متأهل بین سنین ۱۵-۴۴ سال که بعد از دوازده ماه آمیزش جنسی منظم قادر به بچه‌دار شدن نیستند. بر طبق گزارش مراکز

\* دکتری تخصصی روان‌شناسی، استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)  
rajabireza@scu.ac.ir

\*\* دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران.

\*\*\* دکتری مشاوره، دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران.

کنترل و پیشگیری از بیماری (CDCP, 2010) ۱۱/۸٪ زنان از این ملاک برخوردار بوده‌اند. عواقب ناشی از ناباروری چندگانه است و می‌تواند پیامدهای اجتماعی و درد و رنج شخصی به همراه داشته باشد. پیشرفت فناوری‌های کمک‌کننده به باروری: از قبیل باروری در آزمایشگاه (In Vitro Fertilization)، (در لقاح آزمایشگاهی، فرایند بارورسازی از طریق ترکیب دستی تخمک و اسپرم در یک ظرف آزمایشگاهی صورت می‌گیرد و سپس جنین به رحم می‌چسبد.) برای بسیاری از زوجین امیدوارکننده بوده است. با این حال، هنوز از لحاظ پزشکی موانعی برای رفع کامل ناباروری وجود دارد. ناباروری ناخواسته برای زوجین نابارور عواقب هیجانی خاصی از قبیل آشفتگی، فقدان کنترل بر بدنامی، و اختلال در مسیر رشد و نمو بزرگسالی به دنبال دارد (Cousineau & Domar, 2007).

اثرات استرس درمان ناباروری (Benyamini, Gozlan, & Kokia, 2005; Berg & Wilson, 1999; Eugster & Vingerhoets, 1991) و تأثیرات منفی که ناباروری و درمان بر روی روابط جنسی و زناشویی دارد توسط متخصصان مورد بررسی قرار گرفته است (Gerrity, 2010; Meyers, Weinshel, 2003; Peterson, Newton, & Feingold, 1995; Scharf, Kezur, Diamond, & Rait, 1995). همسران در مورد حاملگی دچار اضطراب بیشتری می‌شوند و بدکارکردی‌های جنسی (Ravel, Slade, Buck, & Lieberman, 1987) در زوجین نابارور خصوصاً در مواقعی که برای درمان پزشکی تحت فشار قرار می‌گیرند افزایش می‌یابد. زنانی که برای حاملگی تلاش می‌کنند میزان افسردگی بالینی در آن‌ها شبیه به زنانی است که تحت درمان بیماری قلبی و سرطان هستند (Domar, Zuttermeister, & Friedman, 1993). ناباروری فقدان‌های عاطفی مانند انکار مادر شدن به عنوان یک آیین انتقالی، از دست دادن پیش‌بینی‌پذیری زندگی و تصویری که از قبل نسبت به آن داشته‌اند، احساس فقدان کنترل بر زندگی شخصی، شک در مورد زنانگی، تغییر و گاهی اوقات از دست دادن روابط دوستانه، و از دست دادن محیط مذهبی خود به عنوان یک سیستم اجتماعی را در افراد نابارور ایجاد می‌کند (Rosner, 2012). از این رو، ناباروری فرآیندی استرس‌زا برای زنان بوده و موجب اضطراب، افسردگی، و در نتیجه موجب سازگاری پائینی می‌شود. زنانی که تحت تأثیر آثار منفی ناباروری هستند ممکن است در صمیمیت زناشویی دچار مشکل شوند (Volgston, Skoog, 2010; Vanberg, Ekselius Lundkvist, & Sundstom poeomaa). در واقع، صمیمیت زمینه‌بنیادی را جهت رضایت و ناراضی‌تبی فرد از زندگی فراهم می‌سازد، چرا که صمیمیت تعهد زوجین به رابطه را استحکام می‌بخشد و با سازگاری و سعادت زناشویی در ارتباط است (Papageorgio & Wells, 2004). صمیمیت منبع مهمی برای شادمانی، احساس معنا و رضایت زناشویی در زندگی است (Pielage, Luteinjin, & Arrindell, 2005). یک پژوهش نشان می‌دهد که رضایت جنسی از مهمترین عوامل مرتبط با رضایت زناشویی است (Litzinger & Gordon, 2005). اودک، ماسینده و اگزا (Odek, Masinde, & Egesah, 2014) نشان دادند که زوج‌های نابارور به لحاظ اجتماعی و روان‌شناختی از ناباروری رنج زیادی می‌برند و به

دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره ۸، سال هشتم، بهار و تابستان ۹۷ شماره ۱)

لحاظ اجتماعی معتقدند که ناباروری تهدیدی برای ثبات زناشویی است. واقعیت این است که زنان نابارور نسبت به مردان نابارور عدم سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند ( Jordan & Revenson, 1999). همچنین پژوهش‌گران در مطالعات مختلف نشان دادند که زنان نابارور نسبت به زنان بارور رضایت زناشویی کمتری را تجربه می‌کنند ( Ganth, Thiyagarajan, & Nigesh, 2013; Masoumi, Garousian, Khani, Oliaei, & Shayan, 2015; Lee, Sun, & Chao, 2001).

کاراکا و اونسال (Karaca & Unsal, 2015) دریافتند که زنان نابارور از روش‌های معنویت‌گرایی برای مقابله با استرس و اجتناب از جامعه به عنوان راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند؛ پدرو (Pedro, 2015) دریافت که زنان نابارور از راهبردهای مقابله‌ای مانند کناره‌گیری اجتماعی و منزوی کردن خود از وقایع اجتماعی، اجتناب از زنان باردار و زنان دارای فرزند و درگیر شدن در راهبردهای اجتنابی هم در سطح روان‌شناختی و هم در سطح جسمی استفاده می‌کنند؛ راماموردی، کاویدا، پوانراج و راجاراجسواری (Ramamurthi, Kavitha, Pounraj, & Rajarajeswari, 2016) دریافتند که زنان نابارور برای کنار آمدن با سطح بالایی از اضطراب، احساس گناه، بدبینی و تمایل به خودکشی از راهبردهای مقابله‌ای و حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند؛ بردبار، صالحی و رهبر (Bordbar, Salehi, & Rahbar, 2016) نشان دادند که در راهبردهای مقابله‌ای بین زوج‌های بارور و نابارور تفاوت معناداری وجود دارد؛ افلاک‌سیر و زاری (Zarei & Aflakseir, 2013) بیان نمودند که زنان با مشکل ناباروری، بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای منفعل-اجتنابی استفاده می‌کنند، و زنانی که از راهبردهای مقابله‌ای فعال-اجتناب بیشتر استفاده می‌کنند، استرس ناباروری کمتری دارند؛ یزدانی، کاظمی و سامانی (Yazdani, Kazemi, & Samani, 2016) دریافتند که صرف نظر از شرایط اجتماعی-اقتصادی در زوج‌های نابارور، روند نزولی نگرش نسبت به ناباروری، عمدتاً مربوط به استفاده از راهبردهای مقابله ناسازگارانه است؛ دونکور و سندال (Donkor & Sandall, 2009) دریافتند که بیشتر زنان نابارور به علت ترس از بدنامی ترجیح می‌دهند که مسائل مربوط به مشکلات ناباروری خود را پیش خود نگه دارند، و این زنان از راه دریافت حمایت از همسران، از طریق شغل خود برای رسیدن به استقلال مالی، برخی هم با اجتناب از موقعیت‌هایی که آن‌ها را به یاد ناباروری‌شان می‌اندازد، با این موقعیت مقابله می‌کنند؛ و مارتین، پترسون، آلمیدا و کوستا (Martins, Peterson, Almeida, & Costa, 2011) نشان دادند که حمایت خانوادگی درک شده به‌طور غیرمستقیم و منفی از طریق مقابله فعال-اجتنابی با حیطه‌های استرس ناباروری رابطه دارد. ناباروری استرس زیادی را در زوج‌های نابارور ایجاد می‌کند و این استرس، سازگاری و سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. باروری به‌ویژه برای زنان از نظر فرهنگی و اجتماعی از اهمیت بسزایی برخوردار است و اگر در این رابطه دچار مشکل شوند رضایت و کیفیت زندگی زناشویی آن‌ها دستخوش تغییر خواهد شد. همچنین اگر زوجین استرس ناشی از ناباروری را در بین خود تقسیم کنند و دقیق بر موضوع و مسأله تمرکز نمایند ارتباطات زناشویی مستحکم خواهند شد. از این رو،

بررسی ناباروری و پیامدهای آن برای خانواده‌ها حائز اهمیت است. بر اساس آنچه گفته شد، دو فرضیه مطرح گردید: ۱- رضایت زناشویی در بین زنان بارور نسبت به زنان نابارور بیشتر است. و ۲- استفاده از راهبردهای مقابله‌ای در بین زنان بارور و نابارور متفاوت است.

### روش

این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای (casual-comparative) است. جامعه این پژوهش، شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی و زنان بارور مراجعه‌کننده به دفتر مامایی و پزشکان متخصص زنان و زایمان شهر اهواز بود. ۱۰۰ زن نابارور از میان زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی شهر اهواز به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و داوطلبانه با توجه به ملاک‌های ورود مدت ازدواج بین ۲ تا ۱۵ سال، داشتن ناباروری اولیه، تشخیص نابارور بودن پس از گذشت یک سال از ازدواج توسط پزشک متخصص، نداشتن مشکلات زناشویی، نداشتن مشکلات خلقی و عاطفی و تمایل به شرکت در پژوهش؛ و ۱۰۰ زن بارور مراجعه‌کننده به دفتر مامایی و پزشکان متخصص زنان و زایمان شهر اهواز بر اساس ملاک‌های ورود مدت ازدواج بین ۲ تا ۱۵ سال، نداشتن مشکلات زناشویی، نداشتن مشکلات خلقی و عاطفی و تمایل به شرکت در پژوهش به صورت داوطلب انتخاب گردیدند.

### ابزارهای اندازه‌گیری

**مقیاس رضایت زناشویی (Marital Satisfaction Scale).** مقیاس فرم کوتاه رضایت زناشویی توسط محرابیان (Mehrabian, 2005) برای ارزیابی و شناسایی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری رضایت زناشویی ساخته شده و دارای ۱۳ ماده است. شیوه نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت در یک طیف ۵ گزینه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. حداقل و حداکثر نمره‌های این مقیاس به ترتیب بین ۱۳ تا ۶۵ محاسبه می‌شود (Rajabi, 2010). رجبی (Rajabi, 2010) با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بر روی این مقیاس به دو عامل رضایت از ازدواج و نارضایتی از ازدواج دست یافت. محرابیان (Cited in Rajabi, 2010) ضرایب پایایی باز-آزمایی آن را بعد از شش هفته ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۴ گزارش کرد. رجبی (Rajabi, 2010) ضرایب روایی همزمان مقیاس ۱۳ ماده‌ای رضایت زناشویی را با پرسش‌نامه ۴۷ ماده‌ای اینریچ (Enrich) ۰/۸۳ ( $P < 0/001$ )، برای مردان ۰/۸۴ و برای زنان ۰/۸۱ ( $P < 0/001$ )؛ ضرایب پایایی آلفای کرونباخ کل نمونه ۰/۹۰، زنان ۰/۹۱ و مردان ۰/۸۹ و روایی این مقیاس با پرسش‌نامه ۷ سؤالی رضایت از رابطه‌ی فیشر و کورکوران (Fisher & Corcoran)، ۰/۸۹ گزارش کرده

دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره ۸، سال هشتم، بهار و تابستان ۹۷ شماره ۱)

است. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس رضایت زناشویی ۰/۸۸ و در خرده مقیاس‌های رضایت از ازدواج ۰/۸۷ و نارضایتی از ازدواج ۰/۷۹ و ضریب روایی همگرا آن با پرسش‌نامه رضایت زناشویی (Marital Satisfaction Questionnaire) ۵ ماده‌ای داینر بر روی ۶۰ نفر  $r = ۰/۴۶$  ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و با خرده مقیاس‌های رضایت از ازدواج  $r = ۰/۴۷$  ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و نارضایتی از ازدواج  $r = ۰/۳۶$  ( $p < ۰/۰۰۵$ ) به‌دست آمد.

### سیاهه مقابله با شرایط استرس‌زا- فرم کوتاه (-Coping with Stressful Situations- Inventory short form)

این سیاهه توسط کالزبیک، ریچکن، ون‌برگ هینگگون و دیبرگ (Calsbeek, Rijken, Vanberg Henegouwen, & Dekker, 2002) بر اساس پرسش‌نامه اصلی مقابله با شرایط استرس‌زا اندلر و پارکر (Eandler & Parker, 1990) تدوین شده و دارای ۲۱ ماده و سه سبک مقابله تکلیف-مدار (ماده‌های ۲، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶ و ۱۹)، مقابله هیجان-مدار (ماده‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۷ و ۲۰) و مقابله اجتنابی (ماده‌های ۱، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۸ و ۲۱) است که ماده‌های این سیاهه در یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (از ۱ = هرگز تا ۵ = بسیار زیاد) مرتب شده‌اند. کالزبیک و همکاران (Calsbeek et al., 2002) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این سیاهه را ۰/۷۸؛ و بویسان (Booysan, 2012) برای خرده مقیاس‌های مقابله تکلیف-مدار ۰/۷۲، مقابله هیجان-مدار ۰/۷۷ و مقابله اجتناب-مدار ۰/۷۴ و باز-آزمایی (به فاصله دو هفته) به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵ و ۰/۶۶ به دست آورده‌اند. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ سیاهه سبک‌های مقابله‌ای تکلیف-مدار ۰/۸۳، هیجان-مدار ۰/۸۵ و اجتناب‌مدار ۰/۶۷ و ضرایب روایی همگرا سبک‌های مقابله‌ای تکلیف-مدار، هیجان-مدار و اجتناب‌مدار با پرسش‌نامه ۵ ماده‌ای سلامت روان (5-Mental Health Questionnaire, Rajabi, Unpublished) بر روی ۵۸ نفر به ترتیب ۰/۳۴ ( $p < ۰/۰۱۰$ )، ۰/۲۳ ( $p = ۰/۰۷۶$ ) و ۰/۲۷ ( $p = ۰/۰۳۹$ ) به‌دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

بعد از هماهنگی‌های لازم و صدور مجوز از مدیریت مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی شهر اهواز و دفاتر مامایی و پزشکان متخصص زنان و زایمان پس از ارائه توضیحات لازم، زنان نابارور و باروری که مایل به همکاری بودند وارد مطالعه می‌شدند. قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها به شرکت‌کننده‌ها در مورد هدف پژوهش و کاربرد آن در این گروه خاص، اطلاعات لازم به صورت فردی ارائه می‌شد. همچنین به آن‌ها گوشزد می‌شد که آزادانه و با اختیار و رضایت کامل می‌توانند در این مطالعه شرکت کنند. در مورد شیوه پاسخ‌دهی به هر یک از ابزارها نیز اطلاعاتی به آن‌ها داده می‌شد که اطلاعات شخصی و پرسش‌نامه‌ای آن‌ها محرمانه خواهند بود و

داده‌ها به صورت جمعی تحلیل خواهند شد. برای رعایت موازین اخلاقی، پس از اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، پرسش‌نامه‌ها بدون نام و نام خانوادگی تکمیل شدند تا محرمانه بودن اطلاعات تأمین گردد.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای بررسی دو فرضیه از آزمون t-test گروه‌های مستقل و با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS -۲۲) استفاده گردید.

### یافته‌ها

جدول ۱

ویژگی‌های جمعیتی گروه نمونه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن زنان بارور	۳۷/۷۹۰	۴/۳۳	۲۰	۴۲
سن زنان نابارور	۲۸/۹۶	۴/۸۶	۱۹	۴۵
مدت ازدواج زنان بارور		۲ تا ۱۵ سال		
مدت ازدواج زنان نابارور		۲ تا ۱۴ سال		
متغیر	فراوانی	درصد فراوانی		
ابتدایی	۳	۳٪		
سیکل	۱۵	۱۵٪		
دیپلم	۲۹	۲۹٪		
فوق دیپلم	۹	۸٪		
کارشناسی	۴۱	۴۱٪		میزان تحصیلات زنان بارور
کارشناسی ارشد	۳	۳٪		
دکتری	۱	۱٪		
جمع	۱۰۰	۱۰۰٪		
ابتدایی	۵	۵٪		
سیکل	۱۶	۱۶٪		
دیپلم	۳۱	۳۱٪		
فوق دیپلم	۶	۶٪		
کارشناسی	۳۶	۳۶٪		میزان تحصیلات زنان بارور
کارشناسی ارشد	۶	۶٪		
دکتری	-	-		
جمع	۱۰۰	۱۰۰٪		

دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره ۸، سال هشتم، بهار و تابستان ۹۷ شماره ۱)

در این پژوهش بیشتر شرکت‌کننده‌های زن نابارور و بارور به ترتیب دارای تحصیلات کارشناسی ۴۱ درصد و ۳۶ درصد و مدت ازدواج زنان بارور ۲ تا ۱۵ سال و زنان نابارور ۲ تا ۱۴ سال بود. سایر ویژگی‌های جمعیتی در جدول ذکر شده‌اند.

جدول ۲

میانگین، انحراف معیار و مقایسه نمره‌های زنان بارور ( $n = 100$ ) و نابارور ( $n = 100$ ) در متغیرهای رضایت زناشویی و سبک‌های مقابله‌ای

گروه	متغیر وابسته	میانگین (انحراف معیار)	مقدار $t$	سطح $p$
بارور نابارور	رضایت زناشویی	۵۲/۳۱ (۸/۱۰) ۴۸/۸۹ (۹/۹۱)	۲/۶۷	$p < 0.008$
بارور نابارور	سبک مقابله‌ای تکلیف‌مدار	۲۲/۶۰ (۷/۴۶) ۲۶/۶۰ (۴/۱۳)	- ۴/۳۴	$p < 0.001$
بارور نابارور	سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار	۲۱/۵۸ (۸/۱۰) ۲۳/۳۸ (۵/۸۷)	- ۱/۷۹	$p = 0.074$
بارور نابارور	سبک مقابله‌ای اجتناب‌مدار	۱۸/۱۵ (۶/۲۶) ۱۹/۵۰ (۵/۷۸)	- ۱/۵۸	$p = 0.115$

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، بین زنان بارور و نابارور در متغیرهای رضایت زناشویی ( $p < 0.008, t = 2.67$ ) و سبک‌های مقابله‌ای تکلیف‌مدار ( $p < 0.001, t = -4.34$ ) تفاوت معنادار وجود دارد، یعنی، میانگین نمره‌های زنان بارور در مقایسه با میانگین زنان نابارور در متغیر رضایت زناشویی بالاتر و در متغیر سبک مقابله‌ای تکلیف‌مدار میانگین نمره‌های زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور بالاتر می‌باشد (به ستون سوم جدول ۲ مراجعه کنید)، در سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار ( $t = -1.79$ ) و اجتناب‌مدار ( $t = -1.58$ ) بین دو گروه از زنان بارور و نابارور تفاوت مشاهده نگردید.

### بحث

یافته‌ها نشان داد که میزان و احساس رضایت زناشویی در زنان بارور نسبت به زنان نابارور بیشتر است که این یافته با نتایج تعدادی از پژوهش‌ها مثل معصومی و همکاران (Masoumi et al., 2015)، جنیدی، نورانی سعدالدین، مخبر، و شاکری (Jonaidyd, Norani Sadodin, Mokhber, & Shakeri, 2009)،

لی و همکاران (Lee, Sun, & Chao, 2001) و گنت و همکاران (Ganth, Thiyagarajan, & Nigesh, 2013) همسو است. این گونه می‌توان بیان کرد که ناباروری به صورت یک بحران دارای ابعاد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است. در زوج‌هایی که خواهان فرزند هستند، ناباروری تنش‌زا بوده و اثرات شدیدی بر روابط زوجها دارد و سبب افزایش تعارض‌های زناشویی و در نتیجه کاهش رضایت زناشویی آن‌ها می‌گردد (Schmidt, Christensen, & Holstein, 2005). رضایت زناشویی زنان نابارور به دلیل ماهیت بیماری، درمان‌های طولانی و سخت و همچنین غیرقابل پیش‌بینی بودن نتایج درمان کاهش می‌یابد. از طرفی بسیاری از آزمایش‌ها در طول درمان ناباروری بر روی زنان انجام می‌پذیرد که این امر باعث افزایش استرس در زنان نابارور شده و رضایت زناشویی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Peterson, 2000). همچنین ناباروری با سپری شدن زمان و افزایش سن نه تنها منجر به انطباق مؤثر با مشکلات ناشی از ناباروری نمی‌گردد، بلکه به تدریج رضایت‌مندی از زندگی زناشویی را کاهش می‌دهد و به احساس افسردگی و ناامیدی در زنان نابارور منجر می‌شود، این احساس ناامیدی و افسردگی تأثیر تعیین‌کننده و منفی بر رضایت زناشویی زنان نابارور می‌گذارد و نقش برجسته‌ای بر رضایت‌مندی گذشته و حال آنان داشته و میزان رضایت‌مندی آن‌ها را در آینده نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا که در فرهنگ ما والدشدن نقطه عطف و رویداد مهم در زندگی زوجها به حساب می‌آید، ناباروری مانعی بین زوجها و توانایی آن‌ها برای هماهنگ شدن با نقش‌های جنسیتی است که در یک فرهنگ برای آن‌ها تعریف شده، لذا تأثیرات مخربی بر ابعاد مختلف زندگی زوجها نابارور از جمله سطح رضایت زناشویی آن‌ها دارد. از طرفی زنان بیشتر خود را مسئول مشکل ناباروری دانسته و احساس گناه ناشی از این تفکر نیز میزان رضایت‌مندی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

یافته دیگر نیز نشان داد که فقط استفاده از راهبرد مقابله‌ای تکلیف‌مدار بین زنان بارور و نابارور متفاوت است و این راهبرد در بین زنان نابارور نسبت به زنان بارور بیشتر مورد استفاده قرار گرفته است، درحالی که در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان-مدار و اجتناب‌مدار بین زنان بارور و نابارور تفاوتی مشاهده نگردید. این یافته‌ها در تضاد با نتایج پژوهش‌های رامامورتی و همکاران (Ramamurthi et al., 2016) و بردبار و همکاران (Bordbar et al., 2016) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از آنجایی که افراد نابارور، بیشتر به دنبال حل و مدیریت مشکل خود هستند نه صرفاً کاهش پریشانی هیجانی ناشی از آن، بیشتر به سمت استفاده از حل مشکل سوق داده می‌شوند (همان‌گونه که برای حل مشکل ناباروری خود برای درمان اقدام نموده و به مراکز ناباروری مراجعه می‌کنند). دور شدن یا فرار از حقایق مانند ناباروری که رویارویی مستقیم با آن تمام جنبه‌های زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و عدم برخورد منطقی و کارآمد با مشکل، راه حل مناسبی برای برخورد با مشکلاتی از این قبیل نیست. در صورت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و هیجان-



دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره ۸، سال هشتم، بهار و تابستان ۹۷ شماره ۱)

مدار توسط زنان نابارور، راهکار انکار موقعیت استرس‌زا به کار گرفته می‌شود، یعنی، افراد از مشکل کناره‌گیری کرده و آن را انکار می‌کنند، که این امر باعث می‌شود آن‌ها نه تنها برای حل مشکلات خود تلاش نکنند بلکه مشکل‌شان هم‌چنان باقی بماند که این امر به‌خودی‌خود رضایت آن‌ها از زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چرا که استفاده از راهبردهای هیجان-مدار و اجتنابی به عنوان راه‌حلی برای مشکل منجر به پیامدهای منفی از جمله سرزنش خود، انکار و اجتناب از مشکل به جای حل کاربردی آن، ایجاد استرس و اضطراب در رابطه با مشکل و احساس ناامیدی و ناراحتی بسیار زیاد در آن‌ها می‌شود. حال این که این استفاده مداوم از راهبرد مقابله‌ای مسأله-مدار در رویارویی با مشکل ناباروری توسط زنان نابارور به سایر جنبه‌ها و مشکلات آن‌ها تعمیم داده شده و مورد استفاده قرار می‌گیرد، از این‌رو زنان نابارور نسبت به زنان بارور بیشتر از این راهبرد مقابله‌ای، یعنی، مسأله-مدار استفاده می‌کنند. از طرفی راهبردهای مقابله‌ای هیجان-مدار و اجتنابی راهبردهایی هستند که به طور عادی توسط هر شخص در برخورد با هر مشکلی استفاده می‌شوند، لذا تفاوتی بین زنان بارور و نابارور در استفاده از این دو راهبرد مقابله‌ای وجود ندارد.

### نتیجه‌گیری

در نهایت، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که ارتباط مثبت همسر فرد نابارور در بافت خانواده و میزان ابرازگری مثبت نسبت به زن نابارور می‌تواند در حل این مشکل کارساز باشد. هم‌چنین پیگیری مراحل درمان از سوی زن و شوهر گام مهمی در تکلیف مدار بودن مشکل و رفع آن به حساب می‌آید. این پژوهش بر روی گروه محدودی از زنان نابارور مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی شهر اهواز و زنان بارور مراجعه‌کننده به دفاتر مامایی و مطب‌های زنان و زایمان شهر اهواز صورت گرفته است و در تعمیم نتایج این پژوهش به نمونه‌های مشابه در سایر مناطق باید احتیاط لازم را به عمل آورد. نمونه این پژوهش فقط بر روی یکی از زوج‌ها انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی هر دو زوجی که نابارور هستند مورد بررسی قرار گیرند. پیشنهاد دیگر این است که برای جمع‌آوری اطلاعات روان‌شناختی یا تجربه زیسته در این گروه خاص از روش کیفی مانند پدیدارشناسی استفاده گردد.

### تشکر و سپاسگزاری

بدین‌وسیله از مدیریت مرکز ناباروری جهاد دانشگاهی شهر اهواز و مراکز مامایی و مطب‌های پزشکان زنان و زایمان و کلیه شرکت‌کننده‌ها که امکان فراهم آمدن این پژوهش را میسر نمودند، کمال

تشکر را داریم. ضمناً این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده با مجوز به شماره ۹۶۲۲۳۱۶۴ معاونت پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد.

## References

- Aflakseir, A., & Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal of Reproduction & Infertility*, 14(4), 202-206.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83, 275-283.
- Berg, B. J., & Wilson J. F. (1991). Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 11-26.
- Bordbar, L., Salehi, S., & Rahbar, T. (2016). A comparison of perfectionism and coping strategies in infertile and normal couples. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 6(1), 97-101.
- Boysan, M. (2012). Validity of the coping inventory for stressful situation for short form (CISS-21) in a non-clinical Turkish sample. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 25, 101-107.
- Calsbeek, H., Rijkem, M, R., van Berg Henegouwen, G. P., & Dekker, J. (2002). *5-factor structure of coping Inventory for Stressful Situation (CISS-21) in adolescents and young adults with chronic digestive disorders*. [http; //igiturarchive.library. un.nldissertations/2003-2010-094837/c5.pdf](http://igiturarchive.library.un.nldissertations/2003-2010-094837/c5.pdf)
- Centers for Disease Control. (2010). *Key statistics from the national survey of family growth*. Retrieved from [http://www.cdc.gov/nchs/nsfg/abc\\_list\\_i.htm#infertility](http://www.cdc.gov/nchs/nsfg/abc_list_i.htm#infertility).
- Cousineau, M.T., & Domar, D. A. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical. Obstetrics & Gynecology*, 21(2), 293-308.
- Domar, A. D, Zuttermeister, P. C., & Friedman, R. (1993). "The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical

دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره ۸، سال هشتم، بهار و تابستان ۹۷ شماره ۱)

- conditions". *Journal Psychosomatic Obstetrics Gynecology*, 14 (Supple), 45–52.
- Donkor, E. S., & Sandall, J. (2009). Coping strategies of women seeking infertility treatment in southern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 13(4), 81-94.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). "Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation." *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1994). Psychological aspects of in vitro fertilization: A review. *Social Science and Medicine*, 8, 575-589.
- Ganth, D. B., Thiyagarajan, S., & Nigesh, B. (2013). Role of infertility, emotional intelligence and resilience on marital satisfaction among Indian couples. *International Journal of Applied Psychology*, 3(3), 31-37.
- Gerrity, D. A. (2001). A bio-psychosocial theory of infertility. *The Family Journal*, 9, 151-158.
- Johnson, S. M. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist*. New York. The work book.
- Jonaidy, E., Sadodin, S. N., Mokhber N., & Shakeri, M. T. (2009). Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2(1), 7-16.
- Karaca, A., & Unsal, G. (2015). Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nursing Research*, 9, 243-250.
- Lau, J. T., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J. H., Yang, X., & Tsui, H. Y. (2008). Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural Chinese infertile couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34, 248–67.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(8), 1762-1767.

- Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 409-424.
- Martins, M. V., Peterson, B. D., Almeida, V. M., & Costa, M. E. (2011). Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*, 11(1), 1-9.
- Masoumi, S. Z., Garousian, M., Khani, S., Oliaei, S. R., & Shayan, A. (2015). Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *International Journal of Fertility and Sterility*, 10(3), 290-296.
- Meyers, M., Weinshel, M., Scharf, C., Kezur, D., Diamond, R., & Rait, D. S. (1995). An infertility primer for family therapists: II. Working with couples who struggle with infertility. *Family Process*, 34, 231-240.
- Rajabi, Gh. (2009). Factor structure of Satisfaction Scale in married employees of Shahid Chamran University. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15 (4), 351-358. (Persian)
- Odek, A. W., Masinde, J., & Egesah, O. (2014). The predisposing factors, consequences and coping strategies of infertility in males and females in Kisumu district, Kenya. *European Scientific Journal, Special Edition*, 10 (10), 415-426.
- Oguz, H. D. (2004). *Infertility's effects on mental health, marital relation and sexual life among females who have infertility treatment*. Turkish Republic Health Ministry Bakirkoy PhD Dr. Mahzar Osman Mental Health Education and Research Hospital 12. Psychiatry Department, Medical Specialty Thesis. Istanbul.
- Papageorgio, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory and treatment*. 5th ed. UK: Wiley. 187-215.
- Pedro, A. (2015). Coping with infertility: An explorative study of South African women's experiences. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5, 49-59.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88(4), 911-914.

دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز (دوره ۸، سال هشتم، بهار و تابستان ۹۷ شماره ۱)

- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen K. H. (2003). *Examining the congruence between couples perceived Infertility-related stress and its relationship to depression and marital adjustment in infertile couple. Family Processes, 42(1), 59-70.*
- Pielage, S, Luteinjin, F., & Arrindell, W. (2005). Adult attachment, intimacy and psychological distress in a clinical and community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12, 455- 464.*
- Ramamurth, I. R., Kavitha, G., Pounraj, D., & Rajarajeswari, S. (2016). Psychological impact and coping strategies among women with infertility - A hospital based cross sectional study. *International Archives of Integrated Medicine, 3(2), 114-118.*
- Ravel, H., Slade, P., Buck, P., & Lieberman, B. (1987). The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 5, 221-34.*
- Rosner, M. (2012). "*Recovery from traumatic loss: A study of women living without children after infertility*". Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations, University of Pennsylvania, 20.
- Schmidt, L., Christensen, U., & Holstein, B. E. (2005). The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction, 20 (4), 1044-1052.*
- Yazdani, F., Kazemi, A., & Ureizi-Samani, H. R. (2016). Studying the relationship between the attitudes to infertility and coping Strategies in couples undergoing assisted reproductive treatments. *Journal of Reproduction & Infertility, 17(1), 56-60.*