

تبیین سازگاری با ناباروری بر اساس کیفیت رابطه، باورهای زوجین و حمایت اجتماعی

Explaining adjustment to infertility according to relationship quality, couples' beliefs and social support

Mohammad Ali Besharat

University of Tehran

Mahdieh Lashkari

General Psychology

Mohammad Reza Rezazadeh

University of Tehran

محمدعلی بشارت*

دانشگاه تهران

مهديه لشکری

روانشناسی عمومی

سید محمدرضا رضازاده

دانشگاه تهران

چکیده: هدف اصلی این پژوهش تبیین شاخص‌های سازگاری با ناباروری بر اساس کیفیت رابطه و باورهای زوجین و حمایت اجتماعی بود. تعداد ۱۰۰ زوج نابارور (۱۰۰ زن، ۱۰۰ مرد) از میان کسانی که به مرکز درمان ناباروری رویان در تهران مراجعه کرده بودند و برای اولین بار تحت درمان ناباروری قرار گرفته بودند، در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا مقیاس سازگاری با بیماری (AIS)، پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (GRIMS)، مقیاس ارزیابی باورهای شخصی (SPB) و مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که بین مشکلات زناشویی و سازگاری با ناباروری رابطه منفی وجود دارد. همچنین بین باورهای غیرمنطقی و سازگاری با ناباروری رابطه منفی و بین حمایت اجتماعی و سازگاری با ناباروری رابطه مثبت وجود داشت. بین سطوح سازگاری زنان و مردان با ناباروری تفاوت معنادار مشاهده نشد. طبق نتایج پژوهش، سازگاری با ناباروری می‌تواند توسط شاخص‌های کیفیت رابطه زناشویی و باورهای شخصی زوجین و حمایت اجتماعی تبیین شود. بر اساس یافته‌های این پژوهش، اهمیت ویژگی‌های روانی-اجتماعی زوجین نابارور، همانند اقدامات معمول پزشکی، به منظور سازگاری بیشتر با ناباروری و ارتقای وضعیت سلامت روانی زوجین، مطرح می‌شود.

واژه‌های کلیدی: رابطه زناشویی، بازخورد زوجین، سازگاری، سلامت، ناباروری

Abstract: The main purpose of the present study was to explain adjustment to infertility indices in terms of relationship quality, couples' beliefs, and social support. A total of 100 couples (100 men, 100 women) participated in this study. Participants were asked to complete the Adjustment to Illness Scale (AIS), the Golombok Rust Inventory of Marital state (GRIMS), the Survey of Personal Beliefs (SPB), and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). The results showed a significant negative association between marital problems and adjustment to infertility. Irrational beliefs and social support showed negative and positive correlations with adjustment to infertility, respectively. No significant difference was shown between men and women in terms of adjustment to infertility. The results revealed that adjustment to infertility could be explained by indices of marital relationship quality, personal beliefs, and social support. Based on the results of the present investigation, the importance of psychosocial characteristics of infertile couples, as well as routine medical services, is suggested. This can lead the couples to more adjustment to infertility and improvement of their mental health state.

Keywords: marital relationship, couple's attitude, adjustment, health, infertility

*نشانی پستی نویسنده: تهران، پل گیشا، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: besharat@ut.ac.ir

Received: 27 Aug 2014 Accepted: 30 Nov 2014

دریافت: ۱۳۹۳/۰۶/۰۵ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۹/۰۹

مقدمه

ناباروری^۱ به عدم وقوع حاملگی پس از یک سال مقاربت کافی و منظم بدون استفاده از روش‌های جلوگیری گفته می‌شود (زگرس- هچشیلد، آدامسون، دموزون، ایشیهارا، منصور و همکاران، ۲۰۰۹). باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و داشتن فرزند یکی از موثرترین راه‌ها برای القای حس کامل بودن به انسان‌ها محسوب می‌شود. مشکلات روانشناختی متعددی در پی ناباروری در سطوح شناختی و هیجانی برای فرد به وجود می‌آیند (بشارت و حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۵؛ بشارت و فیروزی، ۱۳۸۲؛ دنیلوک و ترنچ، ۲۰۰۷؛ لافتوس و نماسته، ۲۰۱۱؛ نوربالا، رمضان‌زاده، عابدی‌نیا و باقری‌یزدی، ۱۳۸۷)؛ مشکلاتی که با علایم اختلال استرس پس‌آسیبی^۲ قابل مقایسه هستند (کالیر، ۲۰۱۰). عوارضی مانند اختلالات خواب، ناکامی‌های شغلی، اختلال در روابط زناشویی و روابط اجتماعی و حساسیت نسبت به هرگونه محرک محیطی مربوط به تولیدمثل و بچه‌دار شدن نیز در افرادی که از ناباروری رنج می‌برند، مشاهده می‌شود (لین، ۲۰۰۲). بسیاری از زوج‌ها، ناباروری را به طور مسلم بحران اصلی در زندگی و عامل استرس‌زا می‌دانند (بنت، ۲۰۰۹). در نتیجه، ناباروری به یک بحران زیستی- روانی- اجتماعی تبدیل می‌شود که سلامت روانی زوج‌های نابارور را تهدید می‌کند. از طرف دیگر، فشار روانی و استرس بر اثر شرایط نامساعدی که ناباروری به وجود می‌آورد افزایش می‌یابد و سیکل معیوبی را به وجود می‌آورد که توانایی زوج در باروری را بیش از پیش تضعیف می‌کند (گریتی، ۲۰۰۱). به همین جهت نحوه سازگاری^۳ زوجین با ناباروری از اهمیتی ویژه برخوردار می‌شود.

اگرچه ناباروری به عنوان یک منبع استرس، هم زن و هم مرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، اما یافته‌های پژوهشی (جردن و رونسون، ۱۹۹۹؛ درودزول و اسکرپیولیک، ۲۰۰۹؛ لیکریدو، گورونتی، دلتسیدو و واساماتییز، ۲۰۰۹؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷) نشان می‌دهند که زنان نابارور در مقایسه با مردان

نابارور استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. هم‌چنین نتایج پژوهش‌ها، به وجود تفاوت جنسیتی در نحوه سازگاری با ناباروری اشاره دارد؛ مثلاً زنان در مقایسه با مردان بیشتر از راه‌کارهایی مانند بهره‌گیری از حمایت اجتماعی^۴، فرار-اجتناب^۵، حل مساله برنامه‌ریزی شده^۶ و ارزیابی مثبت^۷ استفاده می‌کنند (جردن و رونسون، ۱۹۹۹). در مردان نیز ناباروری سبب از دست دادن اعتماد به خود^۸، افسردگی، اضطراب، شرم و احساس گناه می‌شود (اپستین و روزنبرگ، ۲۰۰۵). افسردگی و اضطراب در زنان نابارور شایع‌تر از مردان نابارور است (اپستین و روزنبرگ، ۲۰۰۵؛ ریس، خاویر، کولو و مونته‌نگرو، ۲۰۱۳؛ شیندل، ۲۰۰۸). اختلال در عملکرد و رضایت جنسی نیز از پیامدهای ناباروری، شناخته شده است (بشارت و حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۵؛ بشارت، حسین‌زاده بازرگانی و میرزمانی، ۱۳۸۲؛ تائو، کتس و میکاک، ۲۰۱۱؛ سودها، ردی و ردی، ۲۰۱۱) که در مردان بیشتر باعث اختلال نعوظ و زودانزالی می‌شود و در زنان بیشتر با مشکلاتی در زمینه برانگیختگی و تجربه ارگاسم همراه است (تائو و همکاران، ۲۰۱۱؛ شیندل، ۲۰۰۸). تفاوت پیامدهای ناباروری در مردان و زنان تا حدودی به نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی مربوط می‌شود (بنیامینی، گزلن و کوکیا، ۲۰۰۹؛ خداکرمی، هاشمی، صدیق، حمدیه و طاهری‌پناه، ۱۳۸۸؛ سینگر و هانتز، ۲۰۰۳؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷؛ واتسون، ۲۰۱۰).

سازگاری با ناباروری به مجموعه‌ای از راه‌کارهای شناختی و رفتاری فرد اشاره دارد که برای مقابله با بحران ناباروری از آنها استفاده می‌کند (کمپل، کوهان و استین، ۲۰۰۵). سطوح سازش زوجین با ناباروری تحت تاثیر عوامل متعدد شخصی، ارتباطی و اجتماعی متفاوت است. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که عواملی مثل کیفیت ارتباط زوجین، باورهای شخصی آنها و حمایت اجتماعی می‌توانند سطوح سازش زوجین با ناباروری را تحت تاثیر قرار دهند. محققان مفهوم‌سازی‌های متعددی از سازگاری با بیماری مزمن و شواهد تجربی لازم

4. seeking social support

5. escape-avoidance

6. painful problem-solving

7. positive reappraisal

8. self confidence

1. infertility

2. post-traumatic stress disorder

3. adjustment

شیوه‌های درمان در نظر می‌گیرند (ریس و همکاران، ۲۰۱۳). هم‌چنین پژوهشگران معتقدند که دیدگاه هر یک از زوجین نسبت به ناباروری شامل اهمیت فرزند، روند درمان ناباروری، ابراز احساسات در مورد ناباروری و تاثیر ناباروری بر فرد می‌شود (پش، دانکل- شتر و کریستنسن، ۲۰۰۲).

حمایت اجتماعی^۱ نیز از عوامل تاثیرگذار بر سلامت و بیماری است. ارتباط دوستانه یک نیاز بنیادی انسان مانند غذا و امنیت است. انسان به طور ذاتی نیازمند دوست داشتن دیگران و دوست داشته شدن از طرف دیگران است (گمر، ۲۰۰۲). نتایج پژوهش‌های انجام شده حاکی از اهمیت وجود شبکه‌های اجتماعی متعدد در زندگی هر شخص و حمایت این شبکه‌ها از فرد در مقابله با چالش‌ها است. حمایت اجتماعی یک قابلیت واقعی از منابع اجتماعی است که در موقعیت‌های استرس‌زا به عنوان مساعدت و یاری استفاده می‌شود. حمایت اجتماعی توسط شبکه اجتماعی فرد فراهم می‌شود و شامل افرادی است که شخص با آنها رابطه اجتماعی دارد. خانواده، دوستان و همکاران مهم‌ترین شبکه‌های اجتماعی محسوب می‌شوند. همه شبکه‌های اجتماعی حمایت کننده نیستند، بلکه آنهایی حمایت کننده‌اند که منجر به تندرستی و سلامتی می‌شوند. به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی با افزایش سلامت جسمانی و روانی فرد و کاهش آثار منفی عوامل استرس‌زا با سلامت رابطه مستقیم دارد (واتکینز و بالدو، ۲۰۰۴). هم‌چنین تاثیر وسعت ارتباطات اجتماعی بر کاهش اثرات منفی استرس بر تندرستی بدن و روان تایید شده است. مطالعات بسیاری راه‌های تاثیرگذاری ارتباطات اجتماعی را برای سازگاری افراد با بیماری حاد و مزمن یا در مواقع سوگواری، تجاوز جنسی، بیکاری، ناتوانی‌های جسمی و ناباروری تایید کرده‌اند (واتکینز و بالدو، ۲۰۰۴؛ هارت، ۲۰۰۲). پیامدهای هیجانی ناباروری بر ارتباطات زوجین با شبکه اجتماعی نیز تاثیر مستقیم دارند و می‌توانند روابط با اعضای شبکه اجتماعی را کاهش دهند و زوجین نابارور را به انزوا بکشند (هات، ۲۰۰۲). از آنجایی که دریافت حمایت اجتماعی از منابعی چون خانواده و دوستان می‌تواند جنبه‌های بسیاری از استرس‌های زندگی را کاهش

برای شناسایی عواملی که سازگاری را افزایش یا کاهش می‌دهند، مطرح کرده‌اند (آلونسو، ۲۰۰۴). پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که در زوج‌هایی که زن و مرد با یکدیگر ارتباط مناسب و متجانسی دارند، زنان به میزان کمتری دچار افسردگی می‌شوند. هم‌چنین در این زوج‌ها رضایت در روابط زناشویی در مقایسه با گروهی که ارتباط زوجین مخدوش است، بیشتر دیده شده است (اونت و کیزیلکایا بجی، ۲۰۱۲؛ پترسون، نیوتن و روزن، ۲۰۰۳). با توجه به پژوهش‌های انجام شده می‌توان گفت چنانچه زوجین نابارور از رضایت زناشویی بالایی برخوردار باشند، استرس‌های ناشی از ناباروری کمتر به رابطه زناشویی آنان آسیب می‌زند و بهتر می‌توانند با مشکلات ناباروری سازگار شوند.

باورها و عقاید افراد بر نحوه تعامل بین شخصی و روابط اجتماعی آنها تاثیر مستقیم دارد. در تعامل زوجین نیز توجه به اهمیت نقش باورها و نگرش‌های زن و مرد به عنوان یک عامل تعیین کننده در کیفیت رابطه زوجین حایز اهمیت است (الیس، ۲۰۰۳). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که باورهای غیر منطقی بر کاهش سازگاری زناشویی و نارضایتی زوجین تاثیر می‌گذارد (آدیس و برنارد، ۲۰۰۲؛ استاکرت و بورسیک، ۲۰۰۳؛ بشارت، تیکدری‌نژاد، بهرامی‌احسان و رضازاده، ۱۳۹۱؛ مولر، ریب و نورج، ۲۰۰۱؛ مولر و مرو، ۱۹۹۷؛ همامسی، ۲۰۰۵). مطالعات صورت گرفته نیز نشان داده‌اند که زوجینی که باورهای غیرمنطقی در مورد اهمیت ارتباط، روش‌های موثر حل تعارض، اهمیت خانواده و نقش‌های جنسیتی دارند، نسبت به زوجینی که چنین باورهایی ندارند، فروپاشی بیشتری را در روابط زناشویی تجربه می‌کنند (مولر و مرو، ۱۹۹۷؛ همامسی، ۲۰۰۵). آنچه که به عنوان سیستم باورها و نگرش زوجین نسبت به ناباروری مطرح است، شامل ساختارهای شناختی، جهان‌بینی، فرضیات، منطق، ویژگی‌ها و تبیین‌هایی است که به ابعاد مختلف ناباروری مربوط است و از سه منبع عقاید و نگرش‌های همگانی، عقاید خاص فردی و باورهای مشترک زوجین سرچشمه می‌گیرد. پژوهشگران، نگرش نسبت به ناباروری را در چهار حیطه مشکل ناباروری، باورهای مربوط به جنسیت، مفهوم و ارزش فرزند و نقش والدینی و باورهای مربوط به

1. social support

رویان در تهران بودند؛ که برای اولین بار درمان ناباروری دریافت می‌کردند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند از بین داوطلبان انجام شد. نمونه مورد مطالعه متشکل از ۲۰۰ زوج (۱۰۰ زن، ۱۰۰ مرد) بود. ملاک‌های مورد نظر برای انتخاب نمونه عبارت بود از: تشخیص ناباروری زوجین از سوی پزشک، شروع درمان برای اولین بار، نداشتن سابقه شکست در درمان، حضور هم‌زمان زن و مرد در پژوهشگاه به منظور پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش، و در نهایت تمایل زوجین به شرکت در پژوهش. به هریک از زوجین پرسشنامه‌های پژوهش به صورت یک مجموعه با ترتیب‌های متفاوت داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا با دقت سوالات را بخوانند و پرسشنامه را تکمیل کنند. در جریان تکمیل پرسشنامه‌ها پژوهشگر برای پاسخگویی به سوالات حضور داشت. برای ممانعت از سوگیری در پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه‌ها، زوجین در فاصله مناسب از یکدیگر می‌نشستند و به سوالات جواب می‌دادند. مدت زمان لازم برای پر کردن پرسشنامه‌ها بین ۲۵ تا ۳۵ دقیقه بود. دامنه سنی شرکت‌کنندگان ۱۹ تا ۵۹ سال با میانگین سنی ۳۱/۷ سال و انحراف استاندارد ۶/۵ بود. طول مدت ازدواج شرکت‌کنندگان ۱ تا ۲۴ سال با میانگین ۷/۰۷ سال و انحراف استاندارد ۴/۹ بود. طول مدت ناباروری زوجین ۱ تا ۴ سال با میانگین ۵/۵ سال و انحراف استاندارد ۵/۰۵ بود. در ۸۶ مورد (۴۳٪) زنان علت ناباروری بودند، در ۴۸ مورد (۲۴٪) مردان علت ناباروری بودند، در ۲ مورد (۱٪) زن و مرد هر دو علت ناباروری بودند و در ۲۴ مورد (۱۲٪) علت ناباروری نامشخص بود.

ابزار سنجش

مقیاس سازگاری با بیماری (AIS). مقیاس سازگاری با بیماری^۱ یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و سازگاری با بیماری‌های پزشکی را در اندازه‌های ۷ درجه ای از ۰ (اصلا صحیح نیست) تا ۶ (کاملا صحیح است) می‌سنجد (بشارت، ۱۳۸۰ الف). حداقل و حداکثر نمره بیمار در کل مقیاس به ترتیب ۰ و ۷۲ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت‌های معمول زندگی علی‌رغم

دهد، مطالعات طولی و گسترده انجام شده نقش حمایت اجتماعی را در چگونگی کنار آمدن زوجین با ناباروری تایید کرده‌اند (واتکینز و بالدو، ۲۰۰۴؛ هارت، ۲۰۰۲). طبق پژوهش‌های انجام شده، طلب کردن حمایت اجتماعی با افزایش کیفیت رابطه و رضایت زناشویی زوجین نابارور رابطه مستقیم دارد (پترسون و همکاران، ۲۰۰۳).

با استناد به شواهد پژوهشی موجود، اهمیت تاثیرگذاری متغیرهایی چون کیفیت روابط زناشویی، باورهای شخصی زوجین و حمایت اجتماعی بر سطوح سازش با ناباروری استنباط می‌شود، اما این شواهد اولاً مقدماتی هستند؛ ثانياً از انسجام و هماهنگی لازم برای نتیجه‌گیری برخوردار نیستند؛ و ثالثاً مجموعه این عوامل با هم و در تعامل با یکدیگر مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. به همین جهت در پژوهش حاضر این سه دسته عامل با هم در نظر گرفته می‌شوند و روابط مستقیم و غیر مستقیم آنها با سازش زوجین با ناباروری بررسی می‌شود. نتایج این پژوهش می‌تواند مکانیسم‌های ارتباطی و تاثیرگذاری این متغیرها را به طور اختصاصی بر سازگاری با ناباروری مشخص کند. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر تبیین سازگاری زوجین با ناباروری بر حسب کیفیت روابط زناشویی، باورهای شخصی زوجین و حمایت اجتماعی بود و فرضیه‌های پژوهش به این شرح مورد بررسی قرار گرفت: فرضیه اول: بین مشکلات زناشویی و سازگاری با ناباروری رابطه منفی وجود دارد؛ فرضیه دوم: بین باورهای غیر منطقی زوجین و سازگاری با ناباروری رابطه منفی وجود دارد؛ فرضیه سوم: بین حمایت اجتماعی و سازگاری با ناباروری زوجین رابطه مثبت وجود دارد. فرضیه چهارم: مشکلات زناشویی، باورهای غیر منطقی زوجین و حمایت اجتماعی می‌توانند سازگاری با ناباروری را در زوجین نابارور پیش‌بینی کنند. این پژوهش هم‌چنین در جستجوی پاسخ این سوال است که آیا میزان سازگاری مردان و زنان با ناباروری متفاوت است؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه پژوهش شامل زوجین نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری

1. The Adjustment to Illness Scale (AIS)

پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوبوک- راست (GRIMS). پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوبوک- راست^{۱۱} یک پرسشنامه ۲۸ سوالی است. پرسش‌ها در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت، مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین را از صفر تا نمره سه در زمینه میزان حساسیت^{۱۲} و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد^{۱۳}، وفاداری^{۱۴}، مشارکت^{۱۵}، همدردی^{۱۶}، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت^{۱۷} و همدلی زوجین می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۸۴ است. نمره تراز شده آزمودنی‌ها در ۹ درجه بر حسب شدت و ضعف مشکلات زناشویی محاسبه می‌شود. در فرم فارسی این پرسشنامه، نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای نمونه‌ای از زن‌ها و ۰/۹۴ برای شوهرها (بشارت، ۱۳۸۰) نشان همسانی درونی بالای پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها $r = 0/77$ ، آزمودنی‌های زن $r = 0/73$ و آزمودنی‌های مرد $r = 0/75$ نشان پایایی با آزمایی^{۱۸} خوب پرسشنامه است.

مقیاس ارزیابی باورهای شخصی (SPB). مقیاس ارزیابی باورهای شخصی^{۱۹} (دماریو، کاسینو و دیل، ۱۹۸۹) یک آزمون ۵۰ گویه‌ای است که باورهای شخصی افراد را روی طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق = ۱ تا کاملاً مخالف = ۶) بر حسب پنج زیرمقیاس شامل فاجعه‌نمایی^{۲۰} (AW)، بایدهای خویشتن‌محور^{۲۱} (SDS)، بایدهای دیگرمحور^{۲۲} (ODS)، تحمل پایین ناکامی^{۲۳} (LFT)، و خودارزش‌گذاری^{۲۴} (SW)

تجربه و تحمل استرس‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سازگاری با بیماری در نمونه‌هایی از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب (بشارت، شمسی پور و صادقیان، ۱۳۸۴)، مالتیپل اسکلروزیس (بشارت، براتی و لطفی، ۱۳۸۷) و ناباروری (بشارت و حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۵؛ بشارت و فیروزی، ۱۳۸۲) بررسی و تایید شده است. همسانی درونی^۱ مقیاس سازگاری با بیماری در این پژوهش‌ها بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ محاسبه و تایید شد. روایی همگرا^۲ و تشخیصی^۳ مقیاس سازگاری با بیماری از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی^۴ (MHI؛ بشارت، ۱۳۸۵)، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۵ (HADS؛ زیگموند و اسنیت، ۱۹۸۳) و فهرست عواطف مثبت و منفی^۶ (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی سازگاری با بیماری با بهزیستی روانشناختی^۷ ۰/۶۵، با عاطفه مثبت^۸ ۰/۵۹، با درماندگی روانشناختی^۹ -۰/۵۱، و با عاطفه منفی^{۱۰} -۰/۵۷ به دست آمد. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. روایی پیش‌بین^{۱۱} مقیاس سازگاری با بیماری از طریق مقایسه نمره‌های سازگاری دو گروه بهنجار و بیمار محاسبه شد. نتایج نشان داد که نمره سازگاری نسبت به تفاوت و تمایز دو گروه در سطح $p < 0/001$ حساس است (بشارت، ۱۳۸۰ الف). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی^{۱۲} و تاییدی^{۱۳} نیز با تعیین یک عامل کلی، روایی سازه^{۱۴} مقیاس سازگاری با بیماری را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۴).

11. Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS)

12. sensitivity

13. commitment

14. loyalty

15. cooperation

16. sympathy

17. intimacy

18. test-retest reliability

19. Survey of Personal Beliefs (SPB)

20. awful ling

21. self-directed should

22. other-directed should

23. low frustration tolerance

24. self-worth

1. internal consistency

2. convergent

3. discriminant

4. Mental Health Inventory

5. The Hospital Anxiety and Depression Scale

6. Positive and Negative Affect Schedule

7. predictive validity

8. exploratory factor analysis

9. confirmatory factor analysis

10. construct validity

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS). مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۲ یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۷ (کاملاً مخالفم) می‌سنجد (زیمت، دالم، زیمت و فارلی، ۱۹۸۸). حداقل و حداکثر نمره فرد در کل مقیاس به ترتیب ۱۲ و ۸۴؛ و در هر یک از زیرمقیاس‌های حمایت خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۴ و ۲۸ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است (استنلی، بک و زب، ۱۹۹۸؛ براور، امسلی، کید، لچنر و سیدات، ۲۰۰۸؛ چو، ۲۰۰۰؛ دالم، زیمت و والکر، ۱۹۹۱؛ زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی ($n = 742$ ؛ ۳۱۱ دانشجوی، ۴۳۱ عمومی)، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و گویه‌های سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۹ محاسبه شد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تایید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶). ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان (۷۴ زن، ۶۳ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای کل مقیاس و سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان به ترتیب $r = 0.86$ ، $r = 0.78$ ، $r = 0.69$ و $r = 0.75$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را تایید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶). روایی همگرا و تشخیصی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (MHI؛ بشارت، ۱۳۸۵)، مقیاس همدلی عاطفی^۴ (مهراییان و اپستین، ۱۹۷۲) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) در

می‌سنجد. از مجموع نمره پنج زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد در خصوص باورهای شخصی محاسبه می‌شود. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌های ارزیابی باورهای شخصی به ترتیب ۱۰ و ۶۰؛ و دامنه نمره کل باورهای شخصی بین ۵۰ و ۳۰۰ است. ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از ۷۶۲ نفر از جمعیت عمومی (۳۸۷ زن، ۳۷۵ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های فاجعه‌نمایی، بایدهای خویشتن‌محور، بایدهای دیگرمحور، تحمل پایین ناکامی، خودارزش‌گذاری و نمره کل باورهای شخصی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۵۶ نفر از نمونه پژوهش در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های فاجعه‌نمایی، بایدهای خویشتن‌محور، بایدهای دیگرمحور، تحمل پایین ناکامی، خودارزش‌گذاری و نمره کل باورهای شخصی به ترتیب $r = 0.78$ ، $r = 0.81$ ، $r = 0.83$ ، $r = 0.73$ ، $r = 0.77$ و $r = 0.85$ محاسبه شد و در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند. این ضرایب نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس ارزیابی باورهای شخصی است (بشارت، ۱۳۸۶ الف). روایی سازه، همگرا و تشخیصی مقیاس ارزیابی باورهای شخصی از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک^۱، مقیاس اضطراب بک^۲، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در باورهای غیرمنطقی با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۶ ($p < 0.001$) و با افسردگی، اضطراب، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۷ تا ۰/۶۳ ($p < 0.001$) به دست آمد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس ارزیابی باورهای شخصی را تایید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶ الف). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نیز پنج عامل را برای مقیاس ارزیابی باورهای شخصی تایید کرد (بشارت، ۱۳۸۶ الف).

3. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)
4. The Emotional Empathy Scale

1. Beck Depression Inventory
2. Beck Anxiety Scale

یافته‌ها

پیش از تحلیل‌های آماری مربوط به فرضیه‌های پژوهش، معناداری تفاوت متغیرها در دو گروه زن و مرد بررسی شد. برای مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه زن و مرد از آزمون t دونمونه‌ای استفاده شد. نتایج حاصل از این تحلیل در جدول ۱ آمده است. براساس نتایج آزمون t تفاوت معناداری در دو گروه زن و مرد در متغیرهای پژوهش وجود ندارد ($p > 0/05$). بنابراین می‌توان گفت که رد یا قبول شدن فرضیه‌ها تحت تاثیر متغیر جنس نیست.

مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه دانشجویان و جمعیت عمومی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی حمایت اجتماعی ادراک شده با بهزیستی روانشناختی $0/57$ ، با همدلی عاطفی $0/53$ ، با عاطفه مثبت $0/49$ ، با درماندگی روانشناختی $-0/51$ ، و با عاطفه منفی $-0/55$ به دست آمد. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی نیز با تعیین سه عامل (حمایت اجتماعی خانوادگی، اجتماعی و دوستان)، روایی سازه مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶).

جدول ۱

نتایج آزمون t دو نمونه‌ای میانگین نمرات متغیرهای پژوهش بر حسب جنس

| متغیر | گروه | M | SD | t | df | p | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|------|------|------|--------|-----|-------|---------------------|----|------|------|--------|-----|-------|-----|------|------|---------------------|----|------|------|--------|-----|-------|-----|------|------|---------------------|----|------|-----|-------|-----|
| مشکلات زناشویی | زن | ۳۸/۳ | ۷/۹ | ۰/۶۱۷ | ۱۹۸ | ۰/۶۳۰ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | مرد | ۳۹/۱ | ۸/۳ | | | | باورهای غیر منطقی | زن | ۱/۶ | ۵۷/۴ | ۰/۳۶۲ | ۱۹۶ | ۰/۴۶۱ | مرد | ۱/۷ | ۵۷/۰ | حمایت اجتماعی | زن | ۵۱/۶ | ۱۷/۴ | -۰/۴۸۶ | ۱۹۷ | ۰/۲۷۶ | مرد | ۵۰/۳ | ۱۸/۹ | سازگاری با ناباروری | زن | ۳۶/۸ | ۹/۴ | ۱/۰۶۱ | ۱۹۵ |
| باورهای غیر منطقی | زن | ۱/۶ | ۵۷/۴ | ۰/۳۶۲ | ۱۹۶ | ۰/۴۶۱ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | مرد | ۱/۷ | ۵۷/۰ | | | | حمایت اجتماعی | زن | ۵۱/۶ | ۱۷/۴ | -۰/۴۸۶ | ۱۹۷ | ۰/۲۷۶ | مرد | ۵۰/۳ | ۱۸/۹ | سازگاری با ناباروری | زن | ۳۶/۸ | ۹/۴ | ۱/۰۶۱ | ۱۹۵ | ۰/۷۴۶ | مرد | ۳۸/۲ | ۹/۹ | | | | | | |
| حمایت اجتماعی | زن | ۵۱/۶ | ۱۷/۴ | -۰/۴۸۶ | ۱۹۷ | ۰/۲۷۶ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | مرد | ۵۰/۳ | ۱۸/۹ | | | | سازگاری با ناباروری | زن | ۳۶/۸ | ۹/۴ | ۱/۰۶۱ | ۱۹۵ | ۰/۷۴۶ | مرد | ۳۸/۲ | ۹/۹ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سازگاری با ناباروری | زن | ۳۶/۸ | ۹/۴ | ۱/۰۶۱ | ۱۹۵ | ۰/۷۴۶ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | مرد | ۳۸/۲ | ۹/۹ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

معنادار دارد (تایید فرضیه اول پژوهش)، باورهای غیر منطقی با سازگاری با ناباروری همبستگی منفی معنادار دارد (تایید فرضیه دوم پژوهش) و حمایت اجتماعی با سازگاری با ناباروری همبستگی مثبت معنادار دارد (تایید فرضیه سوم پژوهش).

برای تحلیل داده‌ها و آزمودن فرضیه‌های پژوهش ابتدا ضرایب همبستگی بین متغیرهای پیش بین (مشکلات زناشویی، باورهای غیرمنطقی و حمایت اجتماعی) و ملاک (سازگاری با ناباروری) محاسبه شد. نتایج آزمون همبستگی در جدول ۲ ارائه شده است. براساس داده‌های این جدول، مشکلات زناشویی با سازگاری با ناباروری همبستگی منفی

جدول ۲

ضرایب همبستگی پیرسون بین مشکلات زناشویی، باورهای غیر منطقی و حمایت اجتماعی با سازگاری با ناباروری

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
|------------------------|-------|-------|------|---|
| ۱- مشکلات زناشویی | ۱ | | | |
| ۲- باورهای غیرمنطقی | ۰/۶۷ | ۱ | | |
| ۳- حمایت اجتماعی | -۰/۴۳ | -۰/۴۵ | ۱ | |
| ۴- سازگاری با ناباروری | -۰/۴۴ | -۰/۴۶ | ۰/۵۳ | ۱ |

همه ضرایب همبستگی در سطح $p < 0/001$ معنادار هستند.

متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که مشکلات زناشویی، باورهای غیر منطقی و حمایت اجتماعی می‌توانند واریانس سازگاری با ناباروری را به صورت معنادار تبیین کنند. ضرایب تاثیر مشکلات زناشویی ($r = -0/167$)، باورهای غیر منطقی ($r = -0/179$) و حمایت اجتماعی ($r = 0/384$) با توجه به آماره‌های t نشان می‌دهد که متغیرهای مشکلات زناشویی، باورهای غیر منطقی و حمایت اجتماعی می‌توانند تغییرات مربوط به سازگاری با ناباروری را در زوجین نابارور به صورت معنادار پیش‌بینی کنند (تایید فرضیه چهارم پژوهش).

سپس رابطه مشکلات زناشویی، باورهای غیر منطقی و حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و سازگاری با ناباروری به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون به صورت همزمان تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس و ویژگی‌های آماری رگرسیون سازگاری با ناباروری بر مشکلات زناشویی، باورهای غیر منطقی زوجین و حمایت اجتماعی در جدول ۳ ارایه شده است. براساس این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار است ($p = 0/001$) و 36% واریانس مربوط به سازگاری با ناباروری به وسیله متغیرهای مشکلات زناشویی، باورهای غیر منطقی زوجین و حمایت اجتماعی تعیین می‌شود ($R^2 = 0/365$). ضرایب رگرسیون

جدول ۳

خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون سازگاری با ناباروری بر مشکلات زناشویی، باورهای غیرمنطقی زوجین و حمایت اجتماعی

| شاخص | SS | df | MS | F | p | R | R ² | SE |
|-----------|-----------|-----|----------|--------|-------|--------|----------------|-------|
| رگرسیون | ۶۷۳۳/۸۱۲ | ۳ | ۲۲۴۴/۶۰۴ | ۳۶/۶۱۳ | ۱/۰۰۱ | ۰/۱۶۰۴ | ۰/۳۶۵ | ۷/۸۲۹ |
| باقیمانده | ۱۱۷۰۹/۵۴۲ | ۱۹۱ | ۶۱/۳۰۷ | | | | | |

| متغیر | B | SEB | t | p |
|-------------------|--------|-------|--------|-------|
| مشکلات زناشویی | -۰/۲۰۱ | ۰/۰۹۴ | -۰/۱۶۷ | ۰/۰۳۵ |
| باورهای غیر منطقی | -۰/۰۳۱ | ۰/۰۱۴ | -۰/۱۷۹ | ۰/۰۲۶ |
| حمایت اجتماعی | ۰/۲۰۵ | ۰/۰۳۵ | ۵/۸۳۳ | ۰/۰۰۱ |

این نتایج، میزان F مشاهده شده معنادار نیست ($p > 0/001$)؛ یعنی میزان سازگاری با ناباروری در زنان و مردان تفاوت معنادار ندارد (پاسخ منفی به پرسش پژوهش).

در پاسخ به پرسش پژوهش در خصوص تفاوت میزان سازگاری مردان و زنان با ناباروری، تحلیل واریانس یک راهه انجام شد. نتایج تحلیل واریانس بین سازگاری با ناباروری در مردان و زنان نابارور در جدول ۴ ارایه شده است. براساس

جدول ۴

نتایج تحلیل واریانس میزان سازگاری با ناباروری در زنان و مردان

| شاخص | SS | df | MS | F | p |
|--------------|-----------|-----|---------|------|-------|
| بین گروه‌ها | ۱۰۶/۰۶۵ | ۱ | ۱۰۶/۰۶۵ | ۱/۲۶ | ۰/۲۹۰ |
| درون گروه‌ها | ۱۸۳۷۰/۷۲۷ | ۱۹۵ | ۹۴/۲۰۹ | | |
| کل | ۱۸۴۷۶/۷۹۲ | ۱۹۶ | | | |

بحث

نگرانی از آینده نیز خود به منزله یک عامل استرس‌زا روابط زوجین را به صورت منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد و زمینه را برای اختلال در سازگاری و سازش با ناباروری فراهم می‌سازد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین باورهای غیرمنطقی زوجین و سازگاری با ناباروری رابطه منفی وجود دارد. این یافته با مطالعات صورت گرفته در این زمینه که نشان داده‌اند وجود باورهای منطقی در زوجین که مشکل ناباروری دارند با استرس کمتر و سازگاری بیشتری با ناباروری رابطه مثبت دارد (دیماتو، ۱۹۹۱)، مطابقت دارد. باورهای غیرمنطقی در همه زوجین، اعم از زوجین بارور و زوجین نابارور، به طور مستقیم، به دلیل همراه داشتن نگرانی‌ها، انتظارات، نشخوارهای فکری و حساسیت‌ها در یک زمینه خاص و به طور غیرمستقیم با تاثیرگذاری در بروز اختلالات روانی از قبیل افسردگی و اضطراب (یوبلاکر و ویسمن، ۲۰۰۵؛ بریگس و هارنیش، ۲۰۱۰) و پیامدهای منفی شناختی، هیجانی و رفتاری مرتبط با این اختلالات، می‌توانند در شکل‌گیری و استمرار مشکلات زناشویی نقش داشته باشند (مولر و همکاران، ۲۰۰۱). هم‌چنین، وجود باورهای غیرمنطقی تحکمی از قبیل بایدهای دیگرمحور در یک یا هر دو زوج، می‌تواند با اعمال کنترل بر طرف مقابل، نیاز به خود پیرو بودن و انجام رفتارها به خواست و اراده خود را در همسر ممانعت کند. به علاوه، تایید، تحسین و برقراری رابطه‌ای گرم و صمیمی با طرف مقابل مشروط به پیروی از باورها و ارزش‌های مورد قبول خود، مانع از ارضای نامشروط نیازهای شایستگی و ارتباط در همسر می‌شود و به این ترتیب، داشتن این قبیل باورهای تحکمی می‌تواند با ممانعت از ارضای نیازهای بنیادین روانی همسر، مانع شکل‌گیری رابطه‌ای حمایت‌گر، صمیمی و متعهدانه در زوجین شود و بروز مشکلات زناشویی را در پی داشته باشد (دسی و رایان، ۲۰۰۰). بر عکس، باورهای غیرمنطقی کمتر در زوجین (استاکرت و بارسیک، ۲۰۰۳) و داشتن تعهد، صمیمیت و مهارت‌های حل مساله (بشارت و فیروزی، ۱۳۸۵؛ کوبک و هازن، ۱۹۹۱) از یک طرف به آنها کمک می‌کند تا نیازهای روانی بنیادین یکدیگر را به خوبی ارضا کنند (دسی و رایان،

نتایج این پژوهش نشان داد که بین مشکلات زناشویی و سازگاری زوجین با ناباروری رابطه منفی وجود دارد. این یافته با مطالعات صورت گرفته در این زمینه که نشان داده‌اند وجود ارتباط مناسب بین زوجینی که مشکل ناباروری دارند با سازگاری بیشتر با ناباروری و رضایت زناشویی رابطه مثبت دارد (اونت و کیزیلکایا بجی، ۲۰۱۲؛ بشارت و حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۵؛ بالی، دیوگرا و بارو، ۲۰۱۰؛ پترسون و همکاران، ۲۰۰۳)، هم‌سو است. هم‌چنین پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که ناباروری مشکلات متعددی را در روابط زوجین ایجاد می‌کند. زوجین به هنگام رو به رو شدن با ناباروری، کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی، تصمیم‌گیری در زندگی، اختلالات عاطفی و هیجانی گوناگونی را تجربه می‌کنند (بشارت و حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۵؛ دنیلوک و ترنچ، ۲۰۰۷؛ لافتوس و نماسته، ۲۰۱۱؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷). روابط زناشویی رضایت‌بخش از ابعاد مهم و تاثیرگذار زندگی زناشویی است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۱). هر عاملی که بر این رابطه تاثیر منفی داشته باشد و مانع رضایت زناشویی شود، سازگاری زوجین را به طور جدی با خطر مواجه می‌سازد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۱). ناباروری به عنوان یک استرس بزرگ (بنت، ۲۰۰۹؛ کالیر، ۲۰۱۰) از طریق تحمیل مشکلات روانشناختی (دنیلوک و ترنچ، ۲۰۰۷؛ لافتوس و نماسته، ۲۰۱۱؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷)، تاثیر منفی بر روابط بین شخصی (اونت و کیزیلکایا بجی، ۲۰۱۲؛ بشارت و فیروزی، ۱۳۸۲؛ خداکرمی و همکاران، ۱۳۸۸؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷) و اختلال در عملکرد و رضایت جنسی زوجین (بشارت و حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۵؛ بشارت و همکاران، ۱۳۸۲؛ تائو و همکاران، ۲۰۱۱؛ سودها و همکاران، ۲۰۱۱)، قدرت سازگاری کلی زوجین و همین‌طور سازش آنها با ناباروری را کاهش می‌دهد (اشمیت و همکاران، ۲۰۰۵؛ بالی و همکاران، ۲۰۱۰؛ برگ و ویلسون، ۱۹۹۵). ناباروری، هم‌چنین ترس از آینده زندگی مشترک را بر زوجین تحمیل می‌کند (واتکینز و بالدو، ۲۰۰۴). ترس و

می‌شود، چگونگی برخورد اطرافیان با این بحران بر نحوه مواجهه وی با مساله تاثیر بسزایی دارد. این که اطرافیان از فرد در مقابله با یک بحران حمایت کنند یا او را طرد کنند، در نحوه پاسخگویی فرد با بحران به وجود آمده تاثیر متفاوتی دارد (تویتس، ۲۰۰۰). در سایه حمایت‌های اجتماعی، زوجین نابارور با آرامش، امید، اعتماد به خود و اطمینان بیشتر با مشکلات حاصل از ناباروری مواجه می‌شوند (واتکینز و بالدو، ۲۰۰۴)؛ از راهبردهای مقابله‌ای سازنده‌تری استفاده می‌کنند (ورهاک و همکاران، ۲۰۰۷؛ هارت، ۲۰۰۲)؛ و در روابط بین شخصی، صمیمیت و همدلی بیشتری نشان می‌دهند (بشارت و فیروزی، ۱۳۸۵). این دستاوردهای مهم و سازنده حمایت اجتماعی، قدرت سازگاری زوجین با ناباروری را افزایش خواهد داد (واتکینز و بالدو، ۲۰۰۴؛ ورهاک و همکاران، ۲۰۰۷؛ هارت، ۲۰۰۲).

نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان سازگاری زنان و مردان نابارور تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته با مطالعات صورت گرفته در این زمینه که نشان داده‌اند، تفاوت معنادار جنسیتی در میزان سازگاری با ناباروری وجود ندارد همخوان است (رشتاپوترا و همکاران، ۲۰۰۸). اگرچه پیامدهای ناباروری در مردان و زنان با توجه به نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی متفاوت است (بنیامینی و همکاران، ۲۰۰۹؛ خداکرمی و همکاران، ۱۳۸۸؛ سینگر و هانتز، ۲۰۰۳؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷؛ واتسون، ۲۰۱۰)، همترازی میانگین تاثیرات استرس‌زای ناباروری برای دو جنس قابل توجه است (بیوتل و همکاران، ۱۹۹۹). در جایی که ناباروری ممکن است حرمت خود و تصویر بدنی زن را بیشتر تحت تاثیر قرار دهد، یک مرد نابارور ممکن است قدرت مردانگی خود را نابسندد بداند و از این بابت بیشتر تحت تاثیر قرار بگیرد (دایر، ۲۰۰۴). به دلایل مختلف فرهنگی و اجتماعی مانند نقش‌های جنسیتی متفاوت در زن و مرد (نقش مادری و پدری) و فشارهای اجتماعی گوناگون بر زن و مرد که ناباروری آنان را به عنوان یک نقص در نظر می‌گیرند، شیوه سازگاری با ناباروری در زنان و مردان متفاوت است. هم‌چنین طبق پژوهش‌های پیشین، ناباروری بحرانی است که زوجین را به صورت مشترک درگیر می‌کند و هر یک از

و از طرف دیگر، با برقراری ارتباطی سازنده، به هنگام رخ دادن مشکلات زناشویی و بروز بحران‌هایی مثل ناباروری، امکان حل این تعارضات را به نحوی بهتر فراهم می‌سازد (مالستد و همکاران، ۱۹۹۷).

دیدگاه هر یک از زوجین نسبت به ناباروری می‌تواند از چند جنبه تاثیرگذار باشد: اهمیت فرزند؛ روند درمان ناباروری؛ ابراز احساسات در مورد ناباروری؛ و تاثیر ناباروری بر زوجین (پش و همکاران، ۲۰۰۲). باورها و نگرش‌های غیرمنطقی و منفی هر یک از زوجین ممکن است از طریق میزان اهمیتی که هر یک از این جنبه‌ها برای زوجین داشته باشند متفاوت باشد. برای مثال، اهمیت داشتن فرزند اگر با افکار منطقی همراه باشد، زوجین می‌توانند از طریق راهبردهای کارآمد حل مساله و مقابله با استرس در جستجوی راه‌کارهای درمانی مناسب و در نهایت سازش بهتر با ناباروری برآیند (ورهاک، اسمینک، اورس، کرمر، کرایمات و همکاران، ۲۰۰۷). برعکس، اهمیت داشتن فرزند اگر با افکار غیرمنطقی همراه شود، زوجین ممکن است نتوانند از راهبردهای کارآمد حل مساله و مقابله با بحران ناباروری به خوبی استفاده کنند و ناسازگاری آنها تشدید شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین حمایت اجتماعی و سازگاری با ناباروری در زوجین رابطه مثبت وجود دارد. هم‌چنین مطالعات طولی و گسترده انجام شده، نقش حمایت اجتماعی را در چگونگی کنار آمدن زوجین با ناباروری تایید کرده‌اند (واتکینز و بالدو، ۲۰۰۴؛ ورهاک و همکاران، ۲۰۰۷؛ هارت، ۲۰۰۲). از این رو خانواده و دوستان یک زوج نابارور با پذیرش مشکل ناباروری زوج و همدلی با آنها و همفکری و در صورت نیاز ارایه کمک‌های مالی به هریک از زوجین، می‌توانند در سازگاری بهتر آنان با این بحران نقش موثری ایفا کنند. اما در مقابل اگر اطرافیان یک زوج نابارور، آنها را طرد کنند و تنها بگذارند، استرس ناشی از ناباروری بیش از پیش موجب اختلالات روانشناختی و تعارضات زناشویی و انزوای اجتماعی در زوجین می‌شود (لافتوس و ناماسته، ۲۰۱۱). حمایت اجتماعی یک قابلیت واقعی از منابع اجتماعی است که در موقعیت‌های استرس‌زا به عنوان کمک استفاده می‌شود. زمانی که شخص در زندگی دچار بحران

برنامه‌های مداخله و مدیریت بحران‌ها؛ و برنامه‌های درمانی مبتنی بر کاهش مشکلات زناشویی و افزایش رضایت زوجین و سازگاری با مشکلات جدی زندگی، مثل ناباروری، قرار گیرد. جامعه آماری پژوهش حاضر به زوجین نابارور مراجعه کننده به یک مرکز درمان ناباروری در تهران محدود می‌شود، به همین دلیل در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. طرح همبستگی پژوهش حاضر نیز امکان تفسیرهای علت‌شناختی را با محدودیت مواجه می‌سازد. روش نمونه‌گیری هدفدار نیز از دیگر عوامل محدودکننده تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر محسوب می‌شود. توجه به تفاوت‌های فرهنگی در باورهای غیرمنطقی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی و جنسیتی ناباروری، که ممکن است نتایج پژوهش حاضر را تحت تاثیر قرار داده باشد، به عنوان پیشنهاد برای پژوهش‌های آینده مطرح می‌شود. همچنین بررسی نقش پیش‌بین متغیرهای تاثیرگذار احتمالی دیگر مثل راهبردهای مقابله‌ای زوجین، مهارت‌های ارتباطی و بین شخصی زوجین، و ویژگی‌های شخصیتی فردگرایی و جمع گرایی برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شوند.

بشارت، م. ع.، براتی، ن.، و لطفی، ج. (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس. *پژوهش در پزشکی*، ۳۲، ۳۵-۲۷.

بشارت، م. ع.، تیکدیری‌نژاد، آ.، بهرامی احسان، ه.، و رضازاده، س. م. ر. (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی و مشکلات زناشویی. *مشاوره کاربردی*، ۴، ۴۴-۲۹.

بشارت، م. ع.، و حسین‌زاده بازرگانی، ر. (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴۵، ۸-۱.

بشارت، م. ع.، حسین‌زاده بازرگانی، ر.، و میرزمانی، م. (۱۳۸۲). مشکلات جنسی زوجین نابارور. *دوفصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۲، ۱۳-۸.

بشارت، م. ع.، شمسی‌پور، ح.، و صادقیان، س. (۱۳۸۴). رابطه استرس زناشویی و علائم افسردگی در زنان مبتلا به

آنان به نحوی با این بحران مقابله می‌کنند (بنت، ۲۰۰۹؛ گریته، ۲۰۰۱).

خلاصه نتایج این پژوهش را می‌توان در قالب دستاوردهای نظری و عملی به این شرح مطرح کرد: در سطح نظری، نتایج این پژوهش می‌تواند با شناخت بهتر عوامل فردی (باورها)، ارتباطی (رابطه زوجین) و اجتماعی (حمایت اجتماعی) تاثیرگذار بر مشکلات زناشویی، نتایج پژوهش‌های پیشین و نظریه‌های مربوط به زوجین و خانواده را غنی‌تر سازند. شناخت مکانیسم‌های احتمالی تاثیرگذاری متغیرهای کیفیت رابطه زوجین، باورهای زوجین و حمایت اجتماعی بر سطوح سازگاری/ناسازگاری کلی زوجین و در این پژوهش خاص بر سازگاری با ناباروری، با تایید پویایی‌های این متغیرهای روانشناختی-اجتماعی، جایگاه و نقش آنها را در نظریه‌های مربوط به روابط بین اعضای سیستم خانواده برجسته می‌کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مبنای تجربی مناسب برای تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در چارچوب روابط بین شخصی، مخصوصاً روابط زوجین؛

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۸۰ الف). *ساخت و اعتباریابی مقیاس سازگاری با بیماری*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۰ ب). *بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). *پایایی، روایی و تحلیل عاملی مقیاس سازگاری با بیماری*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). *پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI)*. *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۶، ۱۱-۱۶.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ الف). *ویژگی‌های روانسنجی و ساختار عاملی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ ب). *بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس ارزیابی باورهای شخصی*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

خداکریمی، ن.، هاشمی، س.، صدیق، ص.، حمدیه، م.، و طاهری‌پناه، ر. (۱۳۸۸). تجربه زندگی با ناباروری: یک بررسی پدیدارشناسی. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۴۱، ۲۸۷-۲۹۷.

نوربالا، ا. ع.، رمضان‌زاده، ف.، عابدی‌نیا، ن.، و باقری‌یزدی، س. ع. (۱۳۸۷). بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان بارور و نابارور. *شاهد پزشکی*، ۷۷، ۶۳-۷۰.

بیماری کرونری قلب و زنان سالم. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۳۵، ۳۷-۲۱.

بشارت، م. ع.، و فیروزی، م. (۱۳۸۲). مقایسه زنان و مردان نابارور بر حسب سبک دلبستگی و سازش روانشناختی با ناباروری. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، ۲، ۴۵-۲۷.

بشارت، م. ع.، و فیروزی، م. (۱۳۸۵). سبک‌های دلبستگی و ترس از صمیمیت. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷، ۱۵-۵.

References

- Addis, J., & Bernard, M. E. (2002). Marital adjustment and irrational beliefs. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 20, 3-13.
- Alonso, Y., (2004). The bio psychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53, 239-244.
- Bali, A., Dhiugra, R., & Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Science*, 24, 73-76.
- Bennett, S. L. R. (2009). *An investigation of sources of women infertility specific distress and well being*. Oxford University Press.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14, 1-16.
- Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1995). Patterns of psychological distress in infertile couples. *Journal of Psychosomatic*, 16, 65-78.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F. M., & Schroeder, I. (1999). Treatment related stress and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF. *Anderology*, 31, 27-35.
- Bridges, K. R. & Harnish, R. J. (2010). Role of Irrational Beliefs in Depression and Anxiety: A review. *Health*, 8, 862-877.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 195-201.
- Chou, K. L. (2000). Assessing Chinese adolescents' social support: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Personality and Individual Differences*, 28, 299-307.
- Collier, F. (2010). When a couples wants baby. *Sexology*, 19, 170-174.
- Compel, L., Cohan, S., & Stein, M. (2005). Relationship of resilience to personality coping and psychiatric symptoms in young adult. *Behavior, Research and Therapy*, 44, 585-59.
- Daniluk, J. C., & Trench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical interventions. *Journal of Counseling Development*, 85, 89-100.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Demaria, T., Kassinove, H., & Dill, C. (1989). Psychometric properties of the Rational Beliefs: a rational-emotive measure of irrational thinking. *Journal of Personality Assessment*, 53, 329-341.
- Dhalem, N. W., Zimet, G. D., & Walker, R. R. (1991). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: A confirmation study. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 756-761.
- Dimatteo, M. R. (1991). *The psychology of health and illness and medical care: An individual perspective*. California Books Publishing Company.
- Drosdzol, A., & Skrypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couple: An evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 30, 11-20.
- Dyer, S. J. (2004). You are a man because you have children: experience health knowledge and

- treatment seeking behavior among men suffering from couples infertility in south Africa. *Human Reproduction*, 19, 960-967.
- Ellis, A. (2003). The nature of disturbed marital interaction. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 21, 147-153.
- Epstein, Y. M., & Rosenberg, H. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility and Sterility*, 83, 1882-1884.
- Gomer, K. (2002). Social support and health. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Science*, 14452-14458.
- Gritty, D. A. (2001). A bio psychosocial theory of infertility. *The Family Journal*, 9, 151-158.
- Hamamci, Z. (2005). Dysfunctional relationship beliefs in marital Conflict. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 23, 245-260.
- Hart, V. A. (2002). Infertility and the role of psychotherapy. *Journal of Nursing Research*, 23, 31-41.
- Jourdan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341-358.
- Kobak, R.R., & Hazan, C. (1991). Attachment in Marriage-Effects of security and accuracy of working models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 861-869.
- Lin, Y. (2002). Counseling Taiwanese women with infertility problem. *Counseling*, 15, 209-215.
- Loftus, J., & Namaste, P. (2011). Expectant Mothers: Women's Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood. *Qualitative Sociology Review*, 7, 35-54.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vasamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 223-237.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A Measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Molested, P. P., Mac duff, S., & Bernstein, J. (1997). Emotional factors and the vitro fertilization and embryo transfer process. *Fertility and Sterility*, 4, 232-236.
- Moller, A. T., & Merwe, V. J. D. (1997). Irrational beliefs, interpersonal perception and marital adjustment. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavioral Therapy*, 15, 269-279.
- Moller, A. T., Rabe, H. M., & Nortje, C. (2001). Dysfunctional beliefs and marital conflict in distressed and nondistressed married individuals. *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 19, 250-270.
- Onat, G., & Kizilkaya Beji, N. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 165, 243-248.
- Pasch, L. A., Dunkel-Schetter, C., & Christensen, A. (2002). Differences between husbands and wives approach to infertility affect Marital Communication and Adjustment. *Fertility and Sterility*, 77, 1241-1247.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partner's perceived infertility-related stress and its relationships to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42, 59-70.
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: A comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171, 61-66.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Bovine, J. (2005). Does infertility cause marital benefits? *Patient Education Counseling*, 59, 244-251.
- Shindel, A. W. (2008). Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples. *Journal of Urology*, 179, 1056-1059.
- Singer, D., & Hunter, M. (2003). *Assisted human reproduction: Psychological and ethical dilemmas*. London: Whurr Publishers.
- Sreshthaputra, O., Sreshthaputra, R. A., & Vutyavanich, T. (2008). Gender differences in infertility-related stress and the relationship between stress and social support in Thai infertile couples. *Journal of Medicine Association Thai*, 91, 1769-1773.

- Stackert, R. A., & Bursik, K. (2003). Why am I unsatisfied? Adult attachment style, gendered irrational relationship beliefs, and young adult romantic relationship satisfaction. *Journal of Personality and Individual Differences, 34*, 1419-1429.
- Stanley, M. A., Beck, J. G., & Zebb, B. J. (1998). Psychometric properties of the MSPSS in older adults. *Aging and Mental Health, 2*, 186-193.
- Sudha, G., Reddy, K. N., & Reddy, B. K. (2011). Emotional Distress in Infertile Couples: A Cross- Cultural Study. *Asia Pacific Journal of Social Sciences, 3*, 90-101.
- Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2011). The impact of infertility on sexuality: A literature review. *Australian Medical Journal, 4*, 620-627.
- Thoits, D. A., Hohman, A. A., Harvey, M. R., & Feletcher, B. (2000). Similar other support for men undergoing coronary artery bypass surgery. *Health Psychology, 19*, 204-273.
- Uebelecker, L. A., & Whisman, M. A. (2005). Relationship beliefs, Attribution, and partner behaviors among depressed married women. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 143-154.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J., Evers, A., Kremer, J., Kraaimaat, F., & Braat, D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction, 13*, 27-36.
- Watkins, K. J., & Baldo, T. D. (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of Counseling and Development, 82*, 394-420.
- Watson, B. M. (2010). *Predictors of Depression in Men and Women Experiencing Assisted Reproductive Technology Treatment* (Honors Thesis). The University of Queensland.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., et al. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART. Terminology. *Fertility and Sterility, 92*, 1520-1524.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370.
- Zimet, D. G., Dahlem, N. W., Zimet, G. D., & Farley, K. G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 25*, 30-41.