

شیوه‌های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوجهای نابارور و بارور

محمدعلی مظاهری (Ph.D.)^۱، فرناز کیقبادی (B.A.)^۲، زهره فقیه ایمانی^۳، نیره قشنگ (B.Sc.)^۴، مژگان پاتو (B.Sc.)^۵.

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- تکنسین مامایی، مرکز بهداشتی، درمانی حضرت علی (ع)، اصفهان، ایران.

چکیده

بر اساس نتایج تحقیقات مختلف، اغلب زوجهایی که مشکل باروری دارند، به شکل عمیق و بنیادین تنیده‌اند. ناباروری تأثیرات گسترده و وسیع روانی از جمله احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی و بر روی فرد دارد. بدین منظور، این مطالعه با هدف بررسی شیوه‌های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوجهای نابارور و مقایسه آن با زوجهای بارور انجام شده است. ۷۱ زوج نابارور مراجعه کننده برای درمان به مراکز درمان ناباروری در شهرهای تهران و اصفهان و ۲۸ زوج بارور طبیعی مراجعه کننده به یک مرکز بهداشتی - درمانی در شهرستان اصفهان جهت نخستین معاینات بارداری خود، در این مطالعه شرکت کردند. هیچیک از زوجهای شرکت کننده صاحب فرزند نبودند. هر یک از زوجین به طور جداگانه به آزمون سازگاری زناشویی، پرسشنامه شیوه‌های حل مسئله و پرسشنامه‌ای حاوی پاره‌ای اطلاعات دموگرافیک پاسخ دادند. تحلیل نتایج حاصل به صورت انفرادی و زوجین با یکدیگر نشان داد که سازگاری زناشویی و شیوه‌های حل مسئله در زوجین نابارور با زوجهای بارور متفاوت نیست. مقایسه زوجین با یکدیگر نشان داد که زنان نابارور کنترل درونی کمتری نسبت به توانایی خود در حل مشکلات نشان می‌دهند. طبقه‌بندی زوجها از نظر سازگاری به دو گروه سازگار و تنیده، نشان داد که شیوه‌های حل مسئله در زوجین ناسازگار منفی‌تر است. بررسی ضرایب همبستگی متغیرهای مختلف تحقیق نشان می‌دهد که در زوجهای نابارور شیوه‌های حل مسئله در فرد و همسر وی، قدرت بالایی برای پیش‌بینی سطح سازگاری زناشویی زوجین نشان می‌دهند. نتایج نشان می‌دهد که سازگاری زناشویی زوجهای بارور و نابارور با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارد. تضاد و ابهامات موجود در مقاله، احتمالاً بدین دلیل است که گروههای مختلف با ناباروری به شیوه‌های متفاوتی برخورد می‌کنند. به عبارت دیگر ناباروری برای همه ناباروران به صورت مشابه و یکسانی تجربه نمی‌شود.

کل واژگان: ناباروری، سازگاری زناشویی و شیوه‌های حل مسئله.

آدرس مکاتبه: دکتر محمدعلی مظاهری، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، اوین، تهران، ایران.

پست الکترونیک: m-mazaheri@cc.sbu.ac.ir

مقدمه:

کیفیت سازگاری زناشویی^۲ و شیوه‌های حل مسئله^۳ در زوجین نابارور می‌باشد. شیوه حل مسئله فرآیندی شناختی - رفتاری است که افراد به واسطه آن استراتژیهای موثر برای مقابله با موقعیتهای مشکل یا مسئله‌زا در زندگی روزمره را شناسایی و کشف می‌کنند (۱۵). لازم به توضیح است که حل بحران یا شیوه‌های حل مسئله یکی از ۴ عامل مهم در نحوه برخورد فرد با ناباروری به شمار می‌رود (۱۶). ارزش خاص این تحقیق اجرای آن بر روی زوجهای نابارور است. هر چند ناباروری مسئله‌ای است که در خانواده اتفاق می‌افتد، ولی به دلیل مشکلات اجرایی آن، اکثر تحقیقات و مطالعات تنها بر روی زنان نابارور متمرکز شده‌اند (۱).

مواد و روشها:

الف) نمونه: ۷۱ زوج نابارور که به یکی از مراکز درمان ناباروری امام خمینی در شهر تهران و یا مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و ۲۸ زوج بارور سالم که به طور طبیعی و برای نخستین بار باردار شده و جهت معاینه به مرکز بهداشتی - درمانی حضرت علی (ع) شهرستان اصفهان مراجعه کرده بودند در این تحقیق شرکت کردند. در هر دو گروه بارور و نابارور هیچیک از زوجین فرزندی نداشتند. تمامی زوجین نابارور در وضعیت ناباروری اولیه و در مراحل مختلف تشخیص یا درمان قرار داشتند. جدول ۱ خصوصیات کلی زوجهای شرکت کننده در این تحقیق را نشان می‌دهد.

ب) ابزارهای سنجش

آزمون سازگاری زناشویی (MAT)^۴ (۱۷): این مقیاس یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی کوتاه است که به منظور اندازه‌گیری کیفیت کنش‌وری ازدواج طراحی شده است. این پرسشنامه حاوی ۱۵ ماده نشان می‌دهد تا چه حد پاسخ‌دهنده در خصوص تعدادی از فعالیت‌هایی که در سازگاری زناشویی نقش بنیادین دارند، با همسر خود موافق است. مقیاس بایستی به وسیله هر یک از زوجین به طور جداگانه تکمیل شود و بدین ترتیب امکان اندازه‌گیری کلی سازگاری زناشویی بر پایه «ادراک بین فردی» از روابط زناشویی را فراهم آورد. نمرات پایین «نارضایتی» و نمرات بالا «رضایت» را نشان می‌دهند، نمرات پایین‌تر از ۱۰۰ نشان دهنده «تنیدگی» در روابط زناشویی است. آزمون MAT با ایجاد تمایز واضح و آشکار بین همسرانی که به خوبی سازش یافته‌اند و همسران دچار تنیدگی در ازدواج خود، از اعتبار بسیار بالایی برخوردار است (۱۸).

برای بیشتر افراد فرزندان معنای زندگی هستند و بخش مهمی از هویت آنها را تشکیل می‌دهند (۱). تحقیقات متعدد روی زوجهای نابارور خواهان داشتن فرزندان زیست‌شناختی و خود، نشان داده است که این زوجها اغلب به شکلی عمیق و بنیادین تنیده^۱ می‌باشند (۱). از نظر شدت تنش‌زا بودن ناباروری در میان تجربه‌های تنش‌زای زندگی اغلب در حد و اندازه مرگ فرزند یا همسر در نظر گرفته می‌شود (۲-۳). ناباروری تأثیرات گسترده و وسیعی مانند احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس، کناره‌گیری اجتماعی و انزوا، ماتم‌زدگی، مشکل در هویت و احساس عدم زیبایی وی معنائی زندگی را بر روی فرد دارد (۶-۴، ۱). از آنجا که معمولاً زنان در تعریف هویت خود و معنای زندگی جایی را به عنوان مادر شدن خالی می‌گذارند و حتی اغلب آمادگی دارند تا موقعیتهای ممتاز و موفقیت‌های خود را قربانی فرزند پروری کنند (۷-۸، ۱)، رنج و درد آنها در مقابله با ناباروری شدیدتر و عمیق‌تر از مردان خواهد بود. به همین جهت زنان در برابر ناباروری خود را آسیب‌پذیرتر از مردان نشان داده‌اند (۹-۱۱، ۵) و در پی بروز و ظهور ناباروری هیجانها و احساسهای مختلفی مانند خشم، اضطراب، احساس گناهکاری، افسردگی، ظهور خصوصیات زنانه به صورت افراطی و افزایش نیاز به مورد عشق و محبت واقع شدن را تجربه می‌کنند (۱۳-۱۲).

ناباروری همچنین یک تحول بسیار پرتنش برای زوجین و زندگی خانوادگی و زناشویی آنها به شمار آمده و مشکلات مهمی را در روابط زوجین بوجود 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 می‌گردد (۱۴، ۱). هنگامی که زوجین تصمیم به انجام درمان پزشکی می‌گیرند و در جریان ارزیابیها و فرآیندهای تشخیصی جریان دارند بسیاری از زوجین تعارض، عدم توافق و اختلاف نظر در مورد درمان پزشکی، فقدان همدلی، سرمایه‌گذاریهای متفاوت عاطفی در مورد فرآیند درمان را گزارش می‌کنند. زمینه‌های خاص مشکل شامل راز نگهداری و محافظت یکدیگر از تفکرات و احساسات منفی، خارج از دید نگهداشتن سرمایه‌گذاری عاطفی و فیزیکی بر روی فرآیند درمان، تفاوت‌های جنسی در تأثیرپذیری و راهبردهای مقابله و اختلال در روابط جنسی است.

این مطالعه به بررسی پیامدهای ناباروری و نوع برخورد فرد با مشکل ناباروری می‌پردازد. به طور خاص هدف این مطالعه بررسی

2- Marital adjustment
3- Problem-solving strategies
1- Marital Adjustment Test

1- Distress

جدول ۱- خصوصیات دموگرافیک زوجهای شرکت کننده در تحقیق

مدت درمان (به ماه)		مدت ازدواج (به ماه)		سن مرد (به سال)		سن زن (به سال)		تعداد (زوج)	متغیر گروه
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
۴۳/۷۱	۳۵	۴۶/۷۳	۷۷/۰۷	۴/۹۳	۳۲/۷۷	۴/۹۲	۲۷/۲۶	۷۱	نابارور
-	-	۱۱/۲۸	۱۵/۴۶	۲/۷۱	۲۶/۱۱	۲/۹۸	۲۱/۵۲	۲۸	بارور

می‌دهد. مطالعات منجر به طراحی و هنجاریابی، حاکی از آن هستند که این مقیاس ابزاری مفید، پایا و معتبر برای سنجش شیوه‌های حل مسئله است (۲۰).

ج) روش اجرا: با مراجعه به مراکز درمان ناباروری امام خمینی در شهر تهران و مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان، زوجین مورد مطالعه از بین مراجعین (هر دوی زن و همسر)، انتخاب و پس از کسب موافقت از آنها، توسط هر یک از زوجین مجموعه‌ای حاوی آزمون سازگاری زناشویی، مقیاس شیوه‌های حل مسئله و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک تکمیل گردید. در خصوص گروه بارور نیز ضمن شناسایی مراجعین باردار، که برای نخستین بار و به طور طبیعی باردار شده و جهت معاینه به مرکز بهداشتی، درمانی

پرسشنامه شیوه‌های حل مسئله^۱ (۱۹): این مقیاس شامل ۲۴ سوال دوگزینه‌ای است و در مجموع ۶ عامل یا شیوه حل مسئله را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این عوامل عبارتند از: ۱- درماندگی^۲ که بیانگر درماندگی کلی فرد در موقعیتهای مسئله‌زا است، ۲- کنترل حل مسئله^۳ که بعد کنترل بیرونی - درونی را در موقعیتهای مسئله‌زا منعکس می‌کند، ۳- شیوه خلاقیت^۴ که نشان دهنده برنامه‌ریزی و در نظر گرفتن راه‌های متنوع می‌باشد، ۴- اعتماد به نفس در حل مسئله^۵ که بیانگر اعتقاد به توانایی فرد برای حل مشکلات است، ۵- شیوه اجتناب^۶ که تمایل به رد شدن و گذشتن از مشکلات را، به جای مقابله با آنها منعکس می‌کند و ۶- شیوه برخورد^۷ که نگرش مثبت نسبت به مشکلات و تمایل به مقابله رو در رو با آنها را نشان

جدول ۲- نمرات زوجهای شرکت کننده در تحقیق در مقیاسهای ششگانه شیوه‌های حل مسئله

بارور				نابارور				گروه
مردان		زنان		مردان		زنان		
SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	مقیاسها
۱۹/۸۹	۱۱۸/۴۶	۱۵/۶۳	۱۱۷/۶۱	۲۰/۶۷	۱۱۷/۵۴	۲۱/۶۶	۱۱۴/۶۱	سازگاری زناشویی
۰/۹۰	۰/۴۲	۰/۹۷	۰/۸۶	۲/۲۴	۰/۸۳	۱/۱۳	۰/۹۸	درماندگی
۱/۱۱	۳/۱۲	۱/۲۴	۲/۸۵	۱	۲/۷۶	۱/۱۷	۲/۴۹	کنترل
۱/۰۱	۳/۴۴	۱/۰۱	۳/۱۴	۰/۹۰	۳/۴۶	۰/۸۲	۳/۴۳	خلاقیت
۱/۲۰	۲/۸۵	۰/۹۷	۲/۴۱	۱/۱۵	۳	۱/۱۲	۲/۷۵	اعتماد
۱/۰۵	۲/۷۸	۱/۱۴	۲/۷۵	۱/۱۹	۲/۸۹	۱/۰۹	۳/۱۱	اجتناب
۰/۸۳	۳/۶۷	۰/۵۷	۳/۶۱	۰/۸۶	۳/۶۱	۰/۸۳	۳/۵۲	تقرب

حضرت علی (ع) شهرستان اصفهان مراجعه کرده بودند، با آنها در خصوص تحقیق صحبت و پس از جلب موافقت آنها پرسشنامه‌های فوق توسط آنها نیز تکمیل گردید.

نتایج

- 2- Problem solving styles inventory
- 3- Helplessness
- 4- Problem solving control
- 5- Creativity style
- 6- Problem solving confidence
- 7- Avoidance style
- 8- Approach style

جدول ۳- فراوانی و درصد فراوانی طبقه‌بندی آزمودنیها در گروههای سازگار و ناسازگار بر اساس نقطه برش ۱۰۰

طبقات	گروه		نابارور				بارور				جمع	
	زنان		مردان		زنان		مردان		زنان		مردان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سازگار	۵۵	۸۷/۶	۵۵	۷۸/۶	۲۳	۸۲/۱	۲۵	۸۹/۳	۷۸	۷۹/۶	۸۰	۸۱/۶
تنیده	۱۵	۲۱/۴	۱۵	۲۱/۴	۵	۱۷/۹	۳	۱۰/۷	۲۰	۲۰/۴	۱۸	۱۸/۴
جمع	۷۰	۱۰۰	۷۰	۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۹۸	۱۰۰	۹۸	۱۰۰

با استفاده از نقطه برش ۱۰۰ آزمودنیهای تنیده و سازگار متمایز شدند. فراوانی و درصد زوجهای بارور و نابارور در طبقه‌بندی سازگار و تنیده در جدول ۳ آمده است. آزمون مجذور کا نشان داد که تفاوت فراوانی زنان و مردان سازگار و تنیده در گروههای بارور و نابارور از نظر آماری معنی‌دار نیست. آزمونهای t مستقل بین نمرات گروههای سازگار تنیده در مقیاسهای

نمرات زوجهای شرکت‌کننده در تحقیق آزمون سازگاری زناشویی و مقیاس شیوه‌های حل مسئله در جدول ۲، آمده است. اجرای آزمون t وابسته بین نمرات سازگاری زناشویی زوجین نشان داد که در هیچیک از دو گروه بارور و نابارور تفاوت میانگین نمرات زنان و مردان در این مقیاس معنی‌دار نیست. اجرای آزمون t وابسته بین نمرات زوجین در مقیاسهای ششگانه شیوه‌های حل مسئله نیز نشان

جدول ۴- میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t مستقل بین نمرات مقیاس شیوه‌های حل مسئله در آزمودنیهای سازگار و ناسازگار

گروه	متغیر	سازگار			ناسازگار			آزمون t استودنت		
		N	میانگین	SD	N	میانگین	SD	d	df	P
نابارور	درماندگی	۱۰۵	۰/۷۳	۱/۸۷	۲۸	۱/۵۴	۱/۳۲	-۲/۱۳	۱۳۱	۰/۰۳
نابارور	کنترل حل مسئله	۱۰۷	۲/۷۹	۱/۰۹	۲۹	۲/۰۷	۰/۸۸	۳/۶۷	۵۳/۴۸	۰/۰۰
نابارور	اعتماد به حل مسئله	۱۰۲	۳	۱/۰۵	۲۸	۲/۳۹	۱/۳۱	۲/۵۶	۱۲۸	۰/۰۱
بارور	درماندگی	۴۶	۰/۵۴	۰/۹۱	۸	۱/۲۵	۱/۰۴	-۱/۹۸	۵۲	۰/۰۵
بارور	تقرب (برخورد)	۴۶	۳/۵۷	۰/۷۴	۸	۴	۰/۰۰	-۳/۹۲	۴۶/۰	۰/۰۰

ششگانه شیوه‌های حل مسئله به تفکیک برای گروههای بارور و نابارور اجرا شد. مواردی که تفاوت‌های معنی‌داری را نشان داده‌اند در جدول ۴ آمده است. بر اساس نتایج این جدول شیوه‌های حل مسئله در ناباروران با قدرت بیشتری قادر به پیش‌بینی سازگاری زناشویی می‌باشد. تحلیل واریانس دو طرفه روی نمرات مقیاس شیوه تقرب که بر اساس متغیرهای وضعیت باروری (بارور - نابارور) و سازگاری زناشویی (سازگار - تنیده) گروه‌بندی شده بودند (به جدول ۵ رجوع شود) نشان داد که تفاوت دو گروه بارور و نابارور و نیز تفاوت دو گروه سازگار و تنیده معنی‌دار نبوده ولی تعامل دو متغیر وضعیت باروری و سازگاری زناشویی با یکدیگر معنی‌دار است. جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس دو طرفه را نشان می‌دهد. مطابق

داد که در هیچیک از دو گروه بارور و نابارور تفاوت میانگینهای نمرات زنان و مردان آنان در این مقیاسها معنی‌دار نیست ($P > 0.05$). به جز آنکه نمرات زنان و مردان نابارور در مقیاس شیوه کنترل حل مسئله تفاوت معنی‌داری را نشان داد ($P = 0.048$, $t_{(77)} = -2.01$). همچنین اجرای تحلیلهای واریانس دو طرفه بر روی نمرات سازگاری زناشویی و شیوه‌های حل مسئله در متغیرهای جنسیت (زن، مرد) و باروری (بارور، نابارور) نشان داد که در هیچکدام از متغیرهای مذکور تفاوت معنی‌داری وجود نداشته ($P > 0.05$) و تعامل دو متغیر با یکدیگر نیز معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). مقایسه نتایج آزمونها بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی زوجهای شرکت کننده (مدت و نوع درمان، علت ناباروری و ...) تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P > 0.05$).

1- Cutoff point

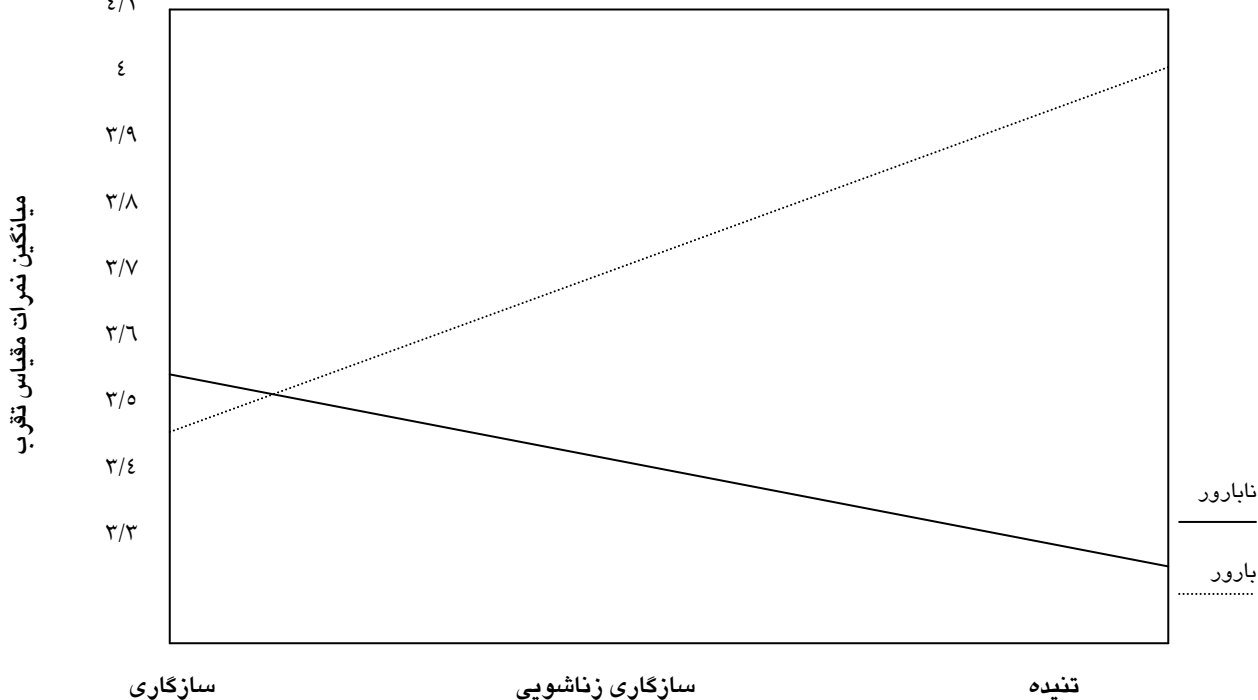
جدول ۵- میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس تقرب از آزمون شیوه‌های حل مسئله طبقه‌بندی بر اساس متغیرهای سازگاری زناشویی و وضعیت باروری

گروه	متغیر			سازگار			ناسازگار		
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
بارور	۴۷	۳/۵۷	۰/۷۴	۸	۴	۰/۰۰	۵۵	۳/۶۴	۰/۷۰
نابارور	۱۰۸	۳/۶۲	۰/۸۱	۳۰	۳/۳۷	۰/۹۶	۱۳۸	۳/۵۷	۰/۸۵
جمع	۱۵۵	۳/۶۱	۰/۷۹	۳۸	۳/۵۰	۰/۸۹	۱۹۳	۳/۵۹	۰/۸۱

سازگاری زناشویی پائینی دارند کمتر به رودرو شدن با مشکل و طرح آن می‌پردازند، زوجین بارور ناسازگار بیشتر از زوجین سازگار به رودرو شدن با مشکل و طرح آن می‌پردازند. ضرایب همبستگی بین نمرات سازگاری زناشویی، مقیاسهای شیوه حل مسئله و داده‌های جمعیت شناختی به تفکیک برای گروههای بارور و نابارور محاسبه و بررسی شد. مواردی که دارای رابطه

شکل ۱ نوع تعامل بین متغیرهای مذکور بدین ترتیب است که اگر چه شیوه تقرب یا رویکرد زوجین بارور و ناباروری که سازگاری زناشویی متعادلی دارند (گروه سازگار) با یکدیگر متفاوت نیست، ولی نمره مقیاس تقرب زوجین بارور و ناباروری که از سازگاری زناشویی پائینی برخوردار هستند (گروه تنیده) با یکدیگر کاملاً متفاوت است. در حالیکه به نظر می‌رسد زوجین ناباروری که

شکل ۱- مقایسه میانگین نمرات مقیاس تقرب گروههای سازگار و تنیده (طبقه‌بندی بر اساس نمرات آزمون سازگاری زناشویی)



روابطی در زوجهای بارور دیده نمی‌شود. بدین ترتیب نمرات اعتماد، اجتناب و تقرب زنان در زوجهای نابارور رابطه معنی‌داری با سطح تحصیلات آنان و نمرات درماندگی، اجتناب و اعتماد این زنان روابط

معنی‌دار می‌باشد در جدول ۷ نشان داده شده است. بررسی همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه و مقایسه این همبستگی‌ها در دو گروه نشان می‌دهد که:

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس دو طرفه روی نمرات مقیاس شیوه تقرب

متغیر	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	P
باروری	۱/۸۳	۱	۲/۸۳	۲/۸۳	۰/۰۹
سازگاری	۰/۱۶	۱	۰/۱۶	۰/۲۴	۰/۶۲
باروری * سازگاری	۲/۴۴	۱	۲/۴۴	۳/۷۹	۰/۰۵
خطا	۱۲۱/۸۹	۱۸۹	۰/۶۴		
جمع	۲۶۰۶	۱۹۳			

معنی‌داری با سطح تحصیلات همسران آنان نشان می‌دهد. در مردان نیز نمرات اجتناب و اعتماد با سطح تحصیلات آنها و نمره کنترل با سطح تحصیلات همسران آنان رابطه معنی‌داری دارد.

و) در زوجهای نابارور سن ازدواج رابطه معنی‌داری با متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد ولی در گروه بارور چنین رابطه‌ای مشاهده نمی‌شود. علاوه بر این افزایش سن ازدواج، تأثیرات متفاوتی روی زن و همسر وی در زوجهای نابارور دارد. هر چه از زمان ازدواج مردان زوجهای نابارور می‌گذرد، این مردان درمانده‌تر شده. در حالیکه زنان زوجهای نابارور با گذشت زمان ازدواج آنها، ناسازگاری زناشویی بیشتری را از خود نشان می‌دهند.

بحث

با افزایش مدت زمان ازدواج سازگاری زناشویی زوجهای نابارور به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. رابطه افزایش مدت ازدواج و کاهش رضایتمندی از زندگی و سازگاری زناشویی در ناباروری یک نتیجه کلی است که در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است (۲۱-۲۲، ۱۴). نتایج این مطالعه نشان داد که سازگاری زناشویی زوجهای بارور و نابارور با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارد. داده‌های تحقیقاتی در این زمینه مبهم و متضاد هستند (۲۳، ۱۳). در برخورد با این ابهام و تضاد داده‌های تحقیقاتی احتمالاً گروههای مختلف با ناباروری به شیوه‌های متفاوتی برخورد می‌کنند، به عبارت دیگر ناباروری برای همه ناباروران به صورت مشابه و یکسانی تجربه نمی‌شود (۲۳). نمونه قابل توجه این ادعاء را می‌توان در تفاوت معنی‌دار استفاده از شیوه‌های کارآمد و ناکارآمد حل مسئله در زوجهای نابارور سازگار و تنیده در مطالعه حاضر نشان داد.

الف) تعداد ضرایب همبستگی معنی‌دار بین متغیرهای مورد مطالعه در زوجهای بارور از نظر تعداد بسیار کمتر از این نوع همبستگی‌ها در بین زوجهای نابارور است.

ب) در زوجهای بارور و نابارور ضرایب همبستگی معنی‌دار بین متغیرهای مورد مطالعه متفاوت است به نحوی که تنها در سه مورد متغیرهای مشابهی در دو گروه با یکدیگر رابطه معنی‌دار نشان می‌دهند.

ج) در زوجهای نابارور نمرات سازگاری زناشویی با شیوه‌های حل مسئله در فرد و همسر او رابطه معنی‌دارتری نشان می‌دهند، در حالیکه در زوجهای بارور به جز در مقیاس کنترل حل مسئله، رابطه معنی‌داری بین نمرات سازگاری زناشویی و نمرات شیوه‌های حل مسئله وجود ندارد. در زنان نابارور، نمرات سازگاری زناشویی با نمرات خود آنها در مقیاسهای درماندگی، کنترل و اعتماد و نیز با نمرات درماندگی و کنترل همسر آنان رابطه معنی‌داری نشان می‌دهد. سازگاری زناشویی مردان در زوجهای نابارور با نمرات کنترل و اعتماد خود و همسران آنان با سطح اطمینان بالایی قابل پیش‌بینی است.

د) در زوجهای بارور نمرات ششگانه شیوه‌های حل مسئله در زنان و مردان رابطه معنی‌داری را نشان نمی‌دهد، ولی در زوجهای نابارور نمرات زنان و مردان با یکدیگر رابطه معنی‌دار متعددی را نشان می‌دهد. نمرات زن و همسران آنها در زوجهای نابارور در مقیاسهای درماندگی، کنترل و اعتماد، همبستگی کاملاً معنی‌داری با یکدیگر دارند. علاوه بر این کنترل مردان نابارور با درماندگی و اجتناب همسر رابطه منفی یا معکوس دارد و کنترل زن نیز با خلاقیت و اعتماد همسر وی رابطه مستقیم دارد.

ه) سطح تحصیلات زن و همسر رابطه معنی‌داری با شیوه‌های حل مسئله خصوصاً مقیاسهای اعتماد و اجتناب نشان می‌دهد، ولی چنین

رودرو شدن کمتر با مشکل (نمره پائین‌تر شیوه تقرب) موجب کاهش سازگاری زناشویی در زوجهای نابارور می‌شود. البته در اینجا بایستی بر این نکته تأکید کرد که آنچه در این مطالعه به دست آمده است تنها تعدادی روابط همبستگی است. اما پاسخ قطعی به این سوال که آیا این روابط به معنای روابط علت و معلولی است یا نه، مستلزم تحقیقات و بررسیهای طولی و وسیع‌تری می‌باشد. با توجه به عمقی‌تر بودن شیوه‌های حل مسئله (و نیز تقدم زمانی سطح تحصیلات) شاید بتوان وجود یک رابطه علی را در این روابط فرض کرد.

حال این سوال مطرح می‌گردد که چرا شیوه‌های حل مسئله تا این حد با سازگاری زناشویی زوجهای نابارور ارتباط دارند در حالیکه در زوجهای بارور چنین روابط مستحکمی مشاهده نشده است؟

به نظر می‌رسد که شیوه‌های حل مسئله در سازگاری زناشویی زوجهای نابارور نقش مهمی ایفا می‌کند. این نکته در مقایسه زوجهای نابارور و سازگار و ناسازگار به صراحت نشان داده شده است. بدین ترتیب شیوه‌های منفی یا ناکارآمد حل مسئله (درماندگی بالاتر، کنترل و اعتماد پایین‌تر) معمولاً با تنش در روابط زناشویی همراه می‌باشند. علاوه بر این بررسی ضرایب همبستگی شیوه‌های حل مسئله با سازگاری زناشویی زوجهای نابارور نیز نشان داد که همبستگی‌های مستقیم و معنی‌داری بین سازگاری زناشویی و شیوه‌های مثبت یا کارآمدتر حل مسئله (کنترل حل مسئله و اعتماد به حل مسئله) وجود دارد. همچنین رابطه منفی شیوه درماندگی مرد و زن با سازگاری زناشویی زن نشان داده شده است. نهایتاً تحلیل واریانس نمرات تقرب نیز نشان داد که بی‌عملی و

جدول ۷- ضرایب همبستگی بین نمرات آزمون سازگاری زناشویی، مقیاسهای شیوه حل مسئله، تحصیلات، سن و سن ازدواج ***

متغیر	سازگاری زناشویی		شیوه‌های حل مسئله مردان					تحصیلات		
	مرد	زن	درماندگی	کنترل	خلاقیت	اعتماد	اجتناب	تقرب	مرد	زن
سازگاری زناشویی زن	۰/۵۴**	۰/۶۳**	-۰/۲۶*	۰/۴۲**	۰/۵۱**				۰/۲۸*	
سازگاری زناشویی مرد				۰/۴۰**	۰/۴۷**	۰/۳۴**				۰/۵۲**
درماندگی		-۰/۴۰**	۰/۴۳**	-۰/۴۱**						-۰/۲۸*
کنترل		۰/۴۲**		۰/۴۵**	۰/۳۷**	۰/۲۲**				
خلاقیت										
اعتماد		۰/۲۸*	۰/۳۵**		-۰/۵۶**	۰/۲۲**		-۰/۴۴*	-۰/۲۸*	-۰/۳۶**
اجتناب				-۰/۲۶*						-۰/۴۳**
تقرب			-۰/۳۹*						-۰/۴۰*	
تحصیلات مرد						-۰/۳۱*	-۰/۳۱*			
تحصیلات زن		-۰/۵۷**		۰/۲۷*						۰/۴۲*
سن ازدواج		-۰/۲۵*								۰/۲۵*
سن مرد								-۰/۲۴*		-۰/۴۲*

* معنی دار در حد ۰/۰۵ احتمال خطا

** معنی دار در حد ۰/۰۱ احتمال خطا

*** سطر اول یا بالایی هر یک از خانه‌های جدول مربوط به گروه نابارور و سطر دوم یا پائینی خانه‌های جدول پررنگ شده مربوط به گروه

بارور است.

حل مسئله در این زوجها است که بایستی در اقدامات بالینی مورد توجه روانشناس قرار گیرد. جای خوشبختی است که شیوه‌های حل مسئله افراد را می‌توان با توسل به پاره‌ای اقدامات آموزشی - درمانی و نسبتاً به سادگی - از طریق آموزش مسئله‌گشایی^۱ از مجموعه درمانهای رفتاری - شناختی - تغییر داد.

محدودیت‌های این تحقیق احتیاط‌هایی را در تعمیم نتایج تحمیل می‌کند. در این مطالعه ناباروری فقط در دوره دوم (تجهیز^۲ یعنی از زمانی که زوجین نگران احتمال باروری شده و جهت بررسی‌های پزشکی اقدام می‌کنند تا زمانیکه تشخیص قطعی ناباروری را دریافت می‌کنند) و سوم (غرقه شدن^۳ یعنی زمانیکه زوجین درگیر آزمایشها و درمانهای پزشکی قرار دارند ولی هنوز باردار نشده‌اند) آن مورد توجه قرار گرفته است، بدون آنکه تمایزی بین این دو دوره صورت گرفته باشد. تحقیقات آینده بایستی ترجیحاً بر روی دوره‌های مختلف (واکنش فرد به) ناباروری (دوره اول: «نمایان شدن^۴»، دوره چهارم: «تصمیم^۵»، دوره پنجم «بقایا^۶») متمرکز شوند. محدود بودن تعداد نمونه به ویژه در گروه بارور و تطبیق ندادن خصوصیات سطح اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دو گروه نیز از محدودیت‌های این تحقیق به شمار می‌رود. با توجه به محدودیت امکانات، نحوه اجرای پرسشنامه‌ها بدین صورت که همسران در حضور یکدیگر به پاسخ دادن به پرسشنامه اقدام کرده‌اند. اگر چه از زوجین خواسته می‌شد که از مشورت با یکدیگر خودداری کرده و به طور انفرادی به پرسشنامه پاسخ دهند، با توجه به اینکه سوالات پرسشنامه صریح و در خصوص روابط زوجین با یکدیگر بوده است، حضور همسر در هنگام پاسخ دادن به پرسشنامه، می‌تواند پاسخی بی‌پرده و صریح پاسخ‌دهندگان را تحت تأثیر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

از کلیه مسئولین و پرسنل محترم مرکز درمان ناباروری امام خمینی بخصوص خانم دکتر تهرانی، بیمارستان میرزا کوچک‌خان، مرکز ناباروری نوید بخصوص آقای دکتر صاحب کشاف، مرکز باروری و ناباروری اصفهان و مرکز بهداشتی، درمانی حضرت علی (ع) شهرستان اصفهان که ما را در اجرای این تحقیق یاری دادند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

محتمل‌ترین پاسخ به این سوال این است که ناباروری یک مسئله یا مشکل مزمن است که همیشه و همه جا در روابط زوجهای نابارور حاضر است؛ چرا که اساساً با ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به یکی از اصلی‌ترین اهداف ازدواج، یعنی تولیدمثل و والد شدن، جریان تحول خانواده به دوره‌های بعدی را مسدود و یا حداقل با مشکل بسیار جدی مواجه ساخته است. در مواجهه با این مشکل، زوج نابارور به طور مکرر چرخه ماهیانه مزمنی از امید و فقدان را تجربه می‌کند (۲۴). بدین ترتیب بدیهی است که چنانچه شیوه‌های موثری برای روبرو شدن و حل این مشکل در اختیار زوجین نباشد، می‌تواند به مشکلات جدی در روابط زناشویی منجر شده و نهایتاً سازگاری زناشویی را کاهش دهد.

سوال دیگری که در اینجا مطرح می‌شود این است که کدامیک از شیوه‌های حل مسئله در سازگاری زناشویی زوجهای نابارور موثرتر می‌باشند و چرا؟ با توجه به نتایج حاصله در این مطالعه به نظر می‌رسد که کنترل حل مسئله، اعتماد به حل مسئله و در درجه بعد تقرب، بیشترین اهمیت را در این ارتباط داشته باشند. معمولاً در جریان درمان فعالیت‌های طبیعی زندگی فرد از کنترل وی خارج شده و با افت سطح عزت نفس فرد که در جریان آزمایشهای مکرر و بیم و امید دایم به موثر بودن اقدامات درمانی - اعمال شده خارج از فرد - بوجود می‌آید، اعتماد وی نیز کاهش می‌یابد. تقرب نیز از آن جهت اهمیت دارد که - بر اساس نتایج تحلیل دو طرفه واریانس و شکل ۱، چه طرح کردن و درگیر شدن بیش از اندازه یک مشکل، و چه نادیده گرفتن و سعی در عدم طرح آن می‌تواند مشکل ساز باشد. حالت اخیر این مسئله به خصوص در مورد یک مشکل مزمن مانند ناباروری می‌تواند فشار روانی زیادی را برای زوجین ایجاد کند چرا که در عین وجود یک مشکل پایدار و همیشه حاضر، نمی‌خواهند با آن به صورت فعال روبرو شوند (۱). این در حالی است که زوجین نابارور و خصوصاً زنان این گروه نیاز دارند که در خصوص ناباروری با یکدیگر صحبت و تبادل نظر کنند (۱).

دستاورد کلیدی و راهبردی این تحقیق این است که در مواجهه با مشکلات خانوادگی زوجهای نابارور، یکی از محورهای عمده و مهمی که ممکن است مشکل داشته و یا مشکل ساز باشد، شیوه‌های

References

- 1- Diamond R., Kezur D., Meyers M., et al. Couple therapy for infertility. New York, Guilford Press. 1999.
- 2- Kedem P., Milkulincer M., Nathanson Y.E. Psychological aspect of male infertility. *Br J Med Psychol.* 1990; 63: 73-80.
- 3 Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.P. Stressful events: their nature and effect. New York, Wiley. 1981.
- 4- O'Moore A.M., O'Moore R.R., Harisson R.F., et al. Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: effects of treatment with autogenic training. *J Psychol Res.* 1983; 27: 145-51.
- 5- Edelman R.J., Connolly K. Psychological aspects of infertility. *Br J Med Psychol.* 1986; 19: 209-19.
- 6- Greil A.L., Not yet pregnant: infertile couples in contemporary America, New Brunswick, Rutgers University Press. 1991.
- 7- Schiedel D.G., Marcia J.E. Ego identify, intimacy, sex role orientation and gender. *Developmental Psychol.* 1985; 21: 149-60.
- 8- Cloninger S.C. Personality. New York, Freeman. 1996.
- 9- Schover L.R., Collings R., Richards S. Psychological aspects of donor insemination: Evaluation and follow-up of recipient couple. *Fertil Steril.* 1992; 57: 383-90.
- ۱۰- رباسولز کی چ. ترجمه کریم‌زاده. ناباروری: ارزیابی و درمان یزد، موسسه انتشارات یزد. سال ۱۳۷۵.
- ۱۱- نجمی ب، احمدی م، قاسمی غ. بررسی ویژگی‌های روانی زوجهای نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهرستان اصفهان. مقاله ارائه شده به سمپوزیوم روانشناختی ناباروری، تهران، پژوهشکده ابن‌سینا. سال ۱۳۸۰.
- 12- Siebel M.M. Infertility: a comprehensive text, London, Baillier. 1997.
- 13- Nichols W.C., Pace-Nichols M.A. Childless married couples. In Nichols W.C., Pace-Nichols M.A. Family development and intervention. New York, Wiley. 2000.
- 14- Chandra P.S., Chaturvedi S.K., Isaac M.K. et al. Marital life among infertile spouse, the wife's perspective and its implication in therapy. *Family Therapy.* 1991; 18: 145-54.
- 15- Nezu A.M. Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *J Consulting Clin Psychology.* 1986; 54: 196-202.
- 16- Berk A., Sapiro J.L. Some implication of infertility on marital therapy: development of multifactorial measure. *Br J Clin Psychol.* 1984; 35: 263-77.
- 17- Locke H.J., Wallace K.M. Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living.* 1959; 21: 252-5.
- ۱۸- مظاهری م. نقش دلبستگی بزرگسالان در کنش‌وری ازدواج. مجله روانشناسی، (۴-۳). ص ۲۸۶-۳۱۸، سال ۱۳۷۹.
- 19- Caddidy T., Long C. Problem-solving style, stress and psychology illness: development of multifactorial measure. *Br J Clin Psychol.* 1996; 35: 263-77.
- ۲۰- محمدی ف. مقایسه سبکهای حل مسئله در بیماران افسرده و افراد عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۳۷۶.
- 21- Morrow K.A., Thoreson R.W., Penney L.L. Predictors of psychological distress among infertility clinic. *J Consulting Clin Psychol.* 1995; 63: 16-37.
- ۲۲- سیف د، البرزی ش، البرزی س. مقاله ارائه شده به سمپوزیوم جنبه‌های روانشناختی ناباروری. تهران، پژوهشکده ابن‌سینا. سال ۱۳۸۰.
- ۲۳- کرمی‌نوری ر. ناباروری و جنبه‌های روانی اجتماعی. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، شماره ۲، ص ۶۸-۵۷، سال ۱۳۷۹.
- 24- Cooper-Hilbert B. Infertility and involuntary childlessness. New York, Norton. 1998.