

## ارتباط سازگاری زناشویی با سبک‌های تفکر در زنان نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان الزهرا شهر تبریز، ۱۳۹۳

مژگان میرغفوروند<sup>۱</sup>، عزیزه فرشباغ خلیلی<sup>۲</sup>، سولماز قنبری همائی<sup>۳\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۹/۰۵

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** ناباروری جوامع مختلف را درگیر نموده و پیامدهای روانی-اجتماعی متعددی را به دنبال دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سازگاری زناشویی و ارتباط آن با سبک‌های تفکر در زنان نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان الزهرا شهر تبریز از شهریور تا آبان ماه سال ۱۳۹۳ انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه مقطعی، بر روی ۱۶۰ زن نابارور ۴۹-۱۵ ساله انجام گرفت. نمونه‌های پژوهش بر اساس روش نمونه‌گیری سرشماری انتخاب شدند. پرسشنامه‌های فردی-اجتماعی، سازگاری زناشویی (DAS) و سبک تفکر استرنبرگ به روش خود ایفايي تکمیل گردیدند. از آزمون پیرسون جهت تعیین ارتباط سازگاری زناشویی با نمره سبک‌های تفکر استفاده گردید.

**یافته‌ها:** میانگین  $\pm$  انحراف معیار نمره کلی سازگاری زناشویی زنان نابارور مورد مطالعه  $22/3 \pm 10/0$  (از محدوده‌ی نمره قابل کسب ۰ تا ۱۵۱) بود. بین سازگاری زناشویی با سبک تفکر قانون‌گذار ( $r=0/47$ ) و سبک تفکر قضائی ( $r=0/34$ ) همبستگی متوسط و با سبک تفکر اجرایی ( $r=0/28$ ) همبستگی ضعیف وجود داشت ( $P<0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه نشان داد که همبستگی معنی‌دار و مستقیمی بین سبک‌های تفکر با سازگاری زناشویی وجود داشت و بیشترین همبستگی بین سبک تفکر قانون‌گذار با سازگاری زناشویی بود. نتایج این مطالعه می‌تواند توسط مشاوران جهت آشنا کردن زنان نابارور از سبک تفکر خود، تأثیر آن بر سازگاری زناشویی و حمایت روانی از طریق تعدیل یا تغییر سبک تفکر فعلی در جهت ارتقای سازگاری زناشویی این گروه از زنان مورد استفاده قرار گیرد. **کلیدواژه‌ها:** سازگاری زناشویی، سبک‌های تفکر، زنان نابارور

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۷۶، بهمن ۱۳۹۴، ص ۹۶۴-۹۷۲

آدرس مکاتبه: کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران. تلفن: ۰۴۱۳۳۴۷۷۲۶۹۹

Email: narvan\_s10@yahoo.com

### مقدمه

زمانی که زوجین از ناباروری خود اطلاع می‌یابند، اغلب آن را به عنوان عامل استرس‌زا، غیر منتظره و تغییر دهنده‌ی شرایط زندگی تلقی می‌کنند (۴). زنان نابارور در کشورهای مختلف، پیامدهای اجتماعی منفی همچون بی‌ثباتی در زندگی مشترک، خشونت خانگی، استیگما، تبعیض و طرد را به علت نازایی خود تجربه می‌کنند (۵-۷). همچنین ناباروری زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی و عاطفی (۸، ۹) به ویژه افسردگی (۱۰)، اضطراب (۱۱)، انزوای اجتماعی (۱۲) و اختلالات جنسی (۱۳) می‌باشد. مطالعات مختلف

سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> ناباروری را به عنوان بارور نشدن یک زوج پس از ۱۲ ماه تماس جنسی مرتب و بدون پیشگیری تعریف می‌کند (۱). در یک مطالعه مرور سیستماتیک با بررسی ۲۷۷ مطالعه انجام شده، شیوع ناباروری اولیه و ثانویه را به ترتیب (۰/۹ تا ۳ درصد) و (۷/۲ تا ۱۸ درصد) گزارش شده است (۲). در ایران ۲۴/۹ درصد و در آذربایجان شرقی ۲۱/۸ درصد زوجین، نابارور هستند (۳).

<sup>۱</sup> استادیار گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی تبریز، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۳</sup> کمیته تحقیقات دانشجویی، کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری-مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> WHO: World Health Organization

مخصوص به خود، راه حل‌های مناسب و جدیدی را می‌یابند (۲۱). به طوریکه، سبک تفکر زوجین زمینه‌های لازم را برای رسیدن به شادکامی زناشویی فراهم کرده و موجب ایجاد تفاهم بین زوجین می‌شود (۲۵).

تنها یک مطالعه در این زمینه با عنوان "رابطه سبک‌های تفکر با رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی در دانشجویان متأهل" انجام شده است؛ که در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین سبک تفکر و رضایت زناشویی وجود داشت. با توجه به اینکه ارتباط سبک‌های تفکر با سازگاری زناشویی زنان نابارور بررسی نشده است و به دلیل ماهیت پر استرس ناباروری که می‌تواند بر زندگی زناشویی این افراد سایه بیافکند؛ این مطالعه با هدف تعیین سازگاری زناشویی و ارتباط آن با سبک‌های تفکر در زنان نابارور انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد که پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز (کد: ۹۲/۱/۱۲۸) بر روی ۱۶۰ زن نابارور (ناباروری اولیه و ثانویه) ۴۹-۱۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه نازایی الزهرا در سال ۱۳۹۳ انجام گرفت. جهت تعیین حجم نمونه اطلاعات اولیه شامل همبستگی سازگاری زناشویی با سبک تفکر در دانشجویان ( $r=0/25$ ) در مطالعه استجابی و همکاران (۲۱) وارد نرم‌افزار G-Power شد و با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۹۰ درصد، آزمون دو دنباله‌ای، حداقل نمونه مورد نیاز ۱۶۰ تعیین گردید.

در مطالعه حاضر نمونه‌گیری به روش سرشماری (از هفته‌ی اول شهریور ماه تا هفته‌ی اول آبان ماه سال ۱۳۹۳) بر روی افراد نابارور (اولیه و ثانویه) انجام شد. در این مطالعه، ناباروری اولیه به عنوان عدم بارور شدن زوج پس از ۱۲ ماه تماس جنسی مرتب و بدون پیشگیری و ناباروری ثانویه به عنوان عدم بارور شدن دوباره زوج با وجود تجربه حاملگی یا حاملگی‌های قبلی در نظر گرفته شد. افراد در ابتدا از نظر اطلاعات پایه و معیارهای ورود شامل ایرانی بودن (با توجه به اینکه مراجعه‌کنندگان به درمانگاه نازایی از کشورهای همسایه نیز می‌باشند)؛ زن تنها همسر شوهرش باشد؛ طی یک هفته اخیر، بحث و جدال خانوادگی نداشته باشند (به این دلیل که می‌تواند روی پاسخگویی به سوالات سازگاری زناشویی تاثیرگذار باشد)؛ عدم وجود مشکلات جسمی (قطع نخاع، قطع عضو، فلج و بدشکلی اندام‌ها و...); عدم وجود مشکلات روانی (بیماری تحت نظر یا تحت درمان

نشان می‌دهند که سازگاری زناشویی در زنان نابارور پائین بوده (۴)، (۱۴) و این می‌تواند زمینه‌ساز طلاق و ازدواج مجدد در افراد گردد (۱۵).

سازگاری زناشویی به عنوان فرآیند اصلاح، پذیرش یا تغییر در الگوی رفتار فردی و همسر جهت ایجاد تعامل برای رسیدن به بالاترین سطح رضایت زناشویی تعریف می‌گردد (۱۶). به عبارت دیگر فرآیندی است که فرد سبک زندگی خود را با سبک زندگی فرد مقابل هماهنگ می‌کند و از طریق درک مشترک از مباحث، صمیمیت، همکاری و ... برآورده می‌شود (۱۷). سازگاری زناشویی با عواملی همچون عملکرد جنسی (۱۸)، راهبردهای مقابله‌ای (۱۹)، وفاداری، اعتماد، ارزش‌های اخلاقی (۲۰) و سبک تفکر (۲۱) زوجین مرتبط است.

افراد در ابعاد مختلف دارای تفاوت‌هایی هستند که در توانایی، استعداد و در نهایت در سبک تفکرشان نمود پیدا می‌کند. استرنبرگ<sup>۱</sup> مطرح می‌کند که: "سبک تفکر یک توانایی نیست؛ بلکه به چگونگی استفاده افراد از توانایی‌شان اشاره دارد" (۲۲). همچنین کارل آلبرشت<sup>۲</sup> سبک تفکر را به صورت شیوه‌ای که افراد اطلاعات را بدست می‌آورند، تفکر خود را سازمان داده و دیدگاه‌های خود را سازمان می‌دهند، مسائل را حل می‌کنند، تصمیم می‌گیرند و با آن خود را به افراد دیگر می‌شناسانند، تعریف می‌کند (۲۳).

الیس<sup>۳</sup> در نظریه عقلانی-هیجانی، اضطراب، اختلافات زناشویی را ناشی از تفکرات غیرمنطقی فرد می‌داند. گلاسر<sup>۴</sup> نیز در نظریه واقعیت درمانی بیان می‌کند که، آنچه زوجین در صورت نارضایتی از رفتار باید تغییر دهند، سبک تفکر و عمل است (۲۴). با آگاهی از سبک تفکر، هر فرد می‌تواند با شناخت بیشتر نقاط ضعف و قوت خود، رفتارهای سازنده‌ای را اتخاذ نموده و به ساختار شخصیتی و روابط متقابل فردی خود پی ببرد. اگر زوجین افکار و اقدامات بهتری انتخاب نمایند، از نظر عاطفی احساس بهتر و ازدواج موفق‌تری خواهند داشت (۲۲).

سه نوع عمده سبک تفکر، شامل سبک‌های تفکر اجرایی، قانون-گذار و قضاوتی می‌باشند. افراد با سبک تفکر اجرایی تمایل دارند از مقررات پیروی کرده و کارهایی را انجام دهند که از قبل برنامه‌ریزی شده است. در حالی که افراد دارای سبک تفکر قضایی یا قانون‌گذار (آفریننده) تمایل دارند در برنامه‌ریزی و تغییر شناخت خود فعال باشند و قوانین و برنامه‌ها را خودشان ارزیابی کنند؛ سپس عقاید موجود را تحلیل کرده و تصمیم بگیرند که چه کاری را چگونه انجام دهند (۲۲). زوجین در برخورد با استرس به وسیله‌ی سبک تفکر

<sup>۴</sup> Alis

<sup>۵</sup> Glasser

<sup>۲</sup> Sternberg

<sup>۳</sup> Karel Albersht

اساس طیف لیکرت از نمره ۱ تا ۷ می‌باشد. ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق اجرای آن بر روی ۷۵ نفر از دانشجویان، از ۰/۵۶ برای سبک‌های اجرایی تا ۰/۸۸ برای کل سوالات ۰/۷۸ بدست آمده است (۲۲). استجابی و همکاری ضرایب پایایی را برای حیطه‌های سبک-های تفکر (اجرایی، قانون‌گذار و قضائی) به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۱ و ۰/۹۴ گزارش کردند (۲۱).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف مشخصات فردی-اجتماعی و سازگاری زناشویی با توزیع نرمال، از آمار توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) و برای توصیف مشخصات فردی-اجتماعی غیر نرمال از میانه (صدک ۷۵ تا ۲۵) استفاده شد. با توجه به توزیع نرمال داده‌ها، جهت تعیین ارتباط سبک‌های تفکر با سازگاری زناشویی از آزمون آماری پیرسون استفاده گردید. همچنین برای تعیین ارتباط بین مشخصات فردی-اجتماعی با سازگاری زناشویی، ابتدا تک تک متغیرها به صورت تعدیل نشده وارد مدل خطی عمومی شدند، سپس متغیرهایی که بر اساس آزمون تک متغیره سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ داشتند با همدیگر و با تعدیل سایر متغیرها وارد مدل خطی عمومی شدند. مقدار  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

حدود نیمی از زنان مورد مطالعه (۵۳/۵ درصد) در گروه سنی ۲۵-۳۴ قرار داشتند و میانگین  $\pm$  انحراف معیار سنی شان  $۶/۱ \pm$  سال بود. سن همسر بیش از نیمی از زنان (۶۱ درصد) شرکت کننده ۲۵-۳۴ سال با میانگین  $\pm$  انحراف معیار  $۶/۲ \pm$  سال بود. سن ازدواج حدود سه چهارم (۷۶/۴ درصد) زنان، ۱۶-۲۵ سال بود. میانه (صدک ۷۵ تا ۲۵) متوسط طول مدت ازدواج زنان و فاصله سنی با همسر به ترتیب ۵ (۸ تا ۳) سال و ۵ (۷ تا ۳) بود. تحصیلات حدود نیمی از زنان (۴۸/۸ درصد) و تحصیلات همسر حدود یک سوم زنان (۳۲/۷ درصد) دیپلم بود. اکثر زنان (۸۳/۱ درصد) خانه‌دار و شغل همسر حدود نیمی از زنان (۵۱/۶ درصد) آزاد بود. حدود نیمی از زنان (۴۷/۸ درصد) در منزل اجاره‌ای یا رهن سکونت داشتند و ۴۹/۱ درصد اظهار داشتند که از درآمد ماهیانه‌ی نسبتاً مطلوبی برخوردارند. با توجه به اینکه ناباروری اولیه و ثانویه در مطالعه بررسی شده بود، ۹۳ نفر (۵۸/۱ درصد) زنان مورد پژوهش، تا به حال حامله نشده بودند. علل نازایی به ترتیب شیوع شامل زنانه (۳۷/۱ درصد)، مردانه (۲۱/۱ درصد)، مشترک (۱۳/۲ درصد) و ناشناخته (۸/۲ درصد)

روانپزشک؛ عدم وجود بیماری طبی (بیماری‌های قلبی-عروقی، ریوی، صرع، دیابت، هیپوتیروئیدی یا هیپرتیروئیدی)؛ عدم اعتیاد به الکل و مواد مخدر؛ عدم تجربه رویدادهای استرس‌زا در سه ماه گذشته (تغییر عمده وضعیت زندگی، فوت یا بیماری حاد نزدیکان)؛ عدم مصرف دارو برای ناراحتی‌های جنسی) ارزیابی و در صورت حائز شرایط بودن، اطلاعات جامعی از علل انجام پژوهش، فواید، نتایج، محرمانه بودن اطلاعات و چگونگی انجام پژوهش در اختیارشان قرار گرفت و شرکت در مطالعه به ایشان پیشنهاد شد. در صورت موافقت، فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش از شرکت کننده گرفته و پرسشنامه‌های تهیه شده در یک محیط خلوت (بدون حضور شوهر در کنار وی) به افراد مورد مطالعه داده شد و با تاکید بر محرمانه بودن اطلاعات، از آنان درخواست شد که پرسشنامه‌های مربوطه را به دقت تکمیل کرده و به خود پژوهشگر تحویل دهند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از: پرسشنامه‌های مشخصات فردی-اجتماعی، مقیاس سازگاری زناشویی<sup>۱</sup> و مقیاس سبک تفکر استرنبرگ<sup>۲</sup> بود.

پرسشنامه مشخصات فردی-اجتماعی شامل: سن فرد، همسر، اشتغال، تحصیلات، درآمد ماهیانه، طول مدت ازدواج، فاصله سنی با همسر، تاریخچه مامائی و مشخصات ناباروری (علت نازایی، مدت درمان، روش درمان و امید به درمان) بود.

مقیاس سازگاری زناشویی، یک ابزار ۳۲ سوالی است که که توسط اسپاینر<sup>۳</sup> در سال ۱۹۷۶ با هدف بررسی کیفیت روابط زناشویی ابداع شده است. این پرسشنامه ۴ بعد روابط شامل: تفاهم (داشتن علائق مشترک و گفتگو کردن با هم)، دلبستگی زوج (توافق در جنبه‌های عمومی زندگی)، رضایتمندی (رضایت زناشویی، میزان اختلاف، اعتماد به همدیگر و خشنودی در رابطه) و اظهار احساسات (تمایل به رابطه جنسی، اظهار عشق) را می‌سنجد. نمرات این مقیاس از صفر تا ۱۵۱ متغیر بوده و نمرات ۱۰۰ و بالاتر نشان دهنده‌ی سازگاری زناشویی بالا می‌باشد. اسپاینر ضریب همسانی درونی این ابزار ۰/۹۶ گزارش نموده است (۲۶). در ایران موسوی و همکاران، ضریب روایی ۰/۹۰ را برای این پرسشنامه به دست آوردند (۲۷). این پرسشنامه به عنوان یک ابزار استاندارد بر روی زنان نابارور نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۲۸).

مقیاس سبک تفکر استرنبرگ جهت بررسی سبک‌های تفکر در سال ۱۹۹۲ ابداع شد. پرسشنامه حاوی ۲۴ سوال بوده که سوالات ۱ تا ۸ سبک تفکر قانون‌گذار، ۹-۱۶ سبک تفکر اجرایی و ۱۷-۲۴ سبک تفکر قضائی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌دهی پاسخ سوالات بر

<sup>۳</sup> Spinner

<sup>۱</sup> DAS: Dyadic Adjustment Scale

<sup>۲</sup> Sternberg

بود. روش درمان حدود یک سوم زنان (۳۴ درصد) دارویی، ۲۲/۶ درصد تلقیح داخل لوله‌ای<sup>۱</sup> به همراه دارو، ۱۱/۳ درصد لقاح داخل لوله آزمایشگاهی<sup>۲</sup> و ۱۱/۳ درصد تزریق میکرو<sup>۳</sup> بود. حدود

نیمی از زنان (۵۱/۴ درصد) ۱۲ ماه و یا کمتر از ۱۲ ماه تحت درمان بودند. حدود نیمی از زنان (۵۴/۱ درصد) امید به درمان و ۳۸/۲ درصد تا حدودی به درمان امید داشتند (جدول ۱).

جدول (۱). مشخصات فردی-اجتماعی زنان نابارور (n=۱۶۰)

متغیر	تعداد	سطح معنی‌داری	متغیر	تعداد	سطح معنی‌داری
سن (سال)	۱۵-۲۴	۰/۰۷۰	سن همسر (سال)	۰/۴۰۰	
	۲۵-۳۴			۵ (۳/۱)	
	۳۵-۴۹			۹۷ (۶۱)	
				۵۷ (۳۵/۸)	
سن ازدواج (سال)	۱۵ و پائین‌تر	۰/۹۵۶	سطح تحصیلات همسر	۰/۴۳۰	
	۱۶-۲۵		زیر دیپلم	۲۴ (۱۵/۱)	
	۲۶ و بالاتر		دیپلم	۵۲ (۳۲/۷)	
			دانشگاهی	۸۳ (۵۲/۲)	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۰/۰۰۷	شغل همسر*	<۰/۰۰۱	
	دیپلم		کارمند	۲۵ (۱۵/۹)	
	دانشگاهی		کارگر	۴۳ (۲۷/۴)	
			آزاد	۸۱ (۵۱/۶)	
شغل	خانه‌دار	۰/۱۲۷	متوسط طول مدت ازدواج	۰/۶۱۳	
	شاغل		۵ و پائین‌تر	۸۵ (۵۳/۵)	
			۵-۱۰	۵۴ (۳۴)	
درآمد ماهیانه		۰/۰۲۳	بیشتر از ۱۰	۲۰ (۱۲/۶)	
مطلوب			نوع مالکیت محل سکونت	۰/۳۷۵	
نسبتاً مطلوب			اجاره‌ای یا رهن	۷۵ (۴۷/۸)	
نامطلوب			شخصی	۶۲ (۳۹/۵)	
متوسط فاصله سنی با همسر (سال)	۵/۱-۱۰	۰/۸۹۸	سایر (اقوام و...)	۲۰ (۱۲/۷)	
	بیشتر از ۱۰				

\*شغل همسر ۵/۱ درصد افراد مورد مطالعه، مواردی همچون بیکار، قالی‌بافی و روحانیت را در بر می‌گیرد.

<sup>۳</sup> Micro Injection

<sup>۱</sup> IUI: Intra Uterine Insemination

<sup>۲</sup> IVF: In Vitro Fertilization

میانگین  $\pm$  انحراف معیار سبک‌های تفکر قانون‌گذار، اجرایی و قضائی از محدودی نمرات قابل کسب ۸ تا ۵۶، به ترتیب  $9/1 \pm 35/1$ ،  $8/0 \pm 31/8$  و  $8/5 \pm 33/8$  بود.

بر اساس آزمون آماری پیرسون، بین سازگاری زناشویی و سبک تفکر قانون‌گذار همبستگی معنی‌دار، مستقیم و متوسطی وجود داشت ( $r=0/420$ ،  $P<0/001$ ). سبک تفکر قانون‌گذار با برخی ابعاد سازگاری زناشویی شامل، تفاهم ( $r=0/422$ ،  $P<0/001$ )، رضایتمندی ( $r=0/476$ ،  $P<0/001$ ) و دلبستگی ( $r=0/476$ ،  $P<0/001$ ) همبستگی معنی‌دار، مستقیم و متوسطی داشت (جدول ۲).

بر اساس نتایج حاصل از آزمون تک متغیره، ارتباط آماری معنی‌داری بین نمره سازگاری زناشویی با سطح تحصیلات، درآمد ماهیانه، شغل همسر، تعداد حاملگی، امید به درمان، مدت درمان و روش درمان وجود داشت ( $P<0/05$ ) (جدول ۱ و ۲). همچنین بر اساس آزمون چند متغیره، ارتباط آماری معنی‌داری بین امید به درمان و سازگاری زناشویی وجود داشت ( $P<0/001$ ).

میانگین  $\pm$  انحراف معیار سازگاری زناشویی زنان نابارور مورد مطالعه  $22/3 \pm 100/0$  بود. ۸۲ نفر (۵۱/۳ درصد) سازگاری زناشویی پائین (نمرات پائین‌تر از ۱۰۰) و ۷۸ نفر (۴۸/۸ درصد) سازگاری زناشویی بالا (نمرات ۱۰۰ و بالاتر) داشتند.

جدول (۲). مشخصات مامائی و نازایی زنان نابارور ( $n=160$ )

متغیر	تعداد (درصد)	سطح	متغیر	تعداد (درصد)	سطح
تعداد حاملگی		$<0/001$	روش درمان		$<0/001$
۰	۹۳ (۵۸/۱)		آی وی اف	۱۸ (۱۱/۳)	
۱	۳۸ (۲۳/۸)		آی یو آی	۳۶ (۲۲/۶)	
بیشتر از ۱	۲۹ (۱۷/۵)		میکرواینجکشن	۱۸ (۱۱/۳)	
مدت درمان		۰/۰۴۶	دارویی	۵۴ (۳۴)	
۱۲ ماه و کمتر	۷۲ (۵۱/۴)		نمی‌دانم	۳۳ (۲۰/۸)	
۱۳-۲۴	۲۶ (۱۸/۶)		علت نازایی		۰/۲۹۸
۲۵-۳۶	۱۷ (۱۲/۱)		زنانه	۵۹ (۳۷/۱)	
۳۷ و بالاتر	۲۵ (۱۷/۹)		مردانه	۳۲ (۲۰/۱)	
امید به درمان		$<0/001$	مشترک	۲۱ (۱۳/۲)	
بله	۸۵ (۵۴/۱)		ناشناخته	۱۳ (۸/۲)	
تاحدودی	۶۰ (۳۸/۲)		نمی‌دانم	۳۴ (۲۱/۴)	
خیر	۱۲ (۷/۶)				

همبستگی معنی‌دار، مستقیم و متوسطی وجود داشت ( $r=0/362$ ،  $P<0/001$ ). بین سبک تفکر قضائی با ابعاد تفاهم ( $r=0/311$ ،  $P<0/001$ ) و رضایتمندی ( $r=0/309$ ،  $P<0/001$ ) همبستگی معنی‌دار، مستقیم و متوسطی وجود داشت. سبک تفکر قضائی با بعد دلبستگی ( $r=0/228$ ،  $P<0/001$ ) همبستگی معنی‌دار، مستقیم و ضعیفی وجود داشت (جدول ۳).

بین سازگاری زناشویی و سبک تفکر اجرایی همبستگی معنی‌دار، مستقیم و ضعیفی وجود داشت ( $r=0/285$ ،  $P<0/001$ ). بین سبک تفکر اجرایی با ابعاد تفاهم ( $r=0/254$ ،  $P<0/001$ )، رضایتمندی ( $r=0/248$ ،  $P<0/001$ ) و دلبستگی ( $r=0/227$ ،  $P<0/001$ ) همبستگی معنی‌دار، مستقیم و ضعیفی وجود داشت. همچنین بین سازگاری زناشویی و سبک تفکر قضائی

جدول (۳). سازگاری زناشویی و ارتباط آن با سبک‌های تفکر در زنان نابارور (n=۱۶۰)

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	r	سطح معنی‌داری
سبک تفکر قانون‌گذار (۸-۵۶)	۳۵/۱ (۹/۱)	۰/۴۷۶	<۰/۰۰۱
سبک تفکر اجرایی (۸-۵۶)	۳۱/۸ (۸)	۰/۲۸۵	<۰/۰۰۱
سبک تفکر قضایی (۸-۵۶)	۳۳/۸ (۸/۵)	۰/۳۴۳	<۰/۰۰۱
سازگاری زناشویی (۰-۱۵۱)	۱۰۰/۰۵ (۲۲/۳)	-	-

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که سازگاری زناشویی و ارتباط آن با سبک‌های تفکر را در زنان نابارور مورد بررسی قرار داده است. در این مطالعه، بیش از نیمی از زنان نابارور از سازگاری زناشویی پایینی برخوردار بودند. همچنین ارتباط آماری معنی‌داری بین سبک‌های تفکر و امید به درمان با سازگاری زناشویی و ابعاد آن وجود داشت.

در مطالعه حاضر، بیش از نیمی از زنان از سازگاری زناشویی پایینی برخوردار بودند که با مطالعه‌ی تمنای‌فر که سلامت روانی و سازگاری زناشویی را در زنان نابارور و بارور مقایسه نموده است، همخوانی دارد (۲۹). همچنین با مطالعه‌ی میرغفوروند و همکاران که رضایت زناشویی را در زنان سنین باروری بررسی کرده بودند و در آن مطالعه تقریباً نیمی از زنان رضایت زناشویی نسبی و پائین داشتند، همخوانی دارد (۱۸). اما در مطالعه لی<sup>۱</sup> و همکاران با عنوان اثر ناباروری روی دیسترس، رضایت زناشویی و عملکرد جنسی در میان زوجین تایوان، ناباروری موجب ایجاد صمیمیت بین زوجین شده بود (۳۰). تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی می‌تواند از علل ناهمخوانی بین مطالعه ما با مطالعه لی و همکاران باشد.

در مطالعه حاضر بین امید به درمان و سازگاری زناشویی زنان نابارور ارتباط معنی‌داری وجود داشت. نتایج این مطالعه تا حدودی با مطالعه نچتیگال<sup>۲</sup> و همکاران همخوانی دارد. در مطالعه ذکر شده ارتباط معنی‌داری بین امید به درمان با شدت استرس ناشی از نازایی وجود داشت (۳۱). اما در مطالعه بحرینیان و همکارش بر خلاف مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین امید به موفقیت در حاملگی اول در بین زنان نابارور و بارور وجود نداشت (۳۲). می‌توان ابزارهای متفاوت استفاده شده در دو مطالعه (در مطالعه بحرینیان از پرسشنامه انریچ<sup>۳</sup> استفاده شده بود) و مقایسه زنان

نابارور با بارور در مطالعه بحرینیان و عدم این مقایسه در مطالعه حاضر را از علل احتمالی این ناهمخوانی ذکر نمود. در این مطالعه بین سبک‌های تفکر با سازگاری زناشویی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. نتایج این مطالعه با مطالعه‌ی استجابی و همکاران که ارتباط سبک‌های تفکر با رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی دانشجویان را مورد بررسی قرار داده بود، همخوانی دارد (۲۱).

بالاترین ضریب همبستگی بین سازگاری زناشویی با سبک تفکر قانون‌گذار (آفریننده) بود. به عبارت دیگر افرادی که سبک تفکر قانون‌گذار داشتند، از سازگاری زناشویی بالاتری برخوردار بودند. پائین‌ترین ضریب همبستگی نیز بین سبک تفکر اجرایی با سازگاری زناشویی بود. در مطالعه استجابی و همکاران نیز بیشترین همبستگی بین سبک تفکر قانون‌گذار با رضایت زناشویی بود (۲۱).

مطالعه حاضر تا حدودی با مطالعه یونسی و همکاران که ارتباط بین انواع تفکر قطعی‌نگر را با رضایت زناشویی زوجین بارور مورد بررسی قرار داده‌اند، همخوانی دارد. در مطالعه یونسی زیر مقیاس‌های تفکر قطعی‌نگر (تعامل با دیگران، تفکر مطلق‌نگر، پیش بینی آینده و حوادث منفی) پیشگویی کننده منفی رضایت زناشویی بودند. بدین معنی که هر چقدر زوجین سطح تفکر قطعی‌نگر (به عنوان مثال، داشتن فرزند: خوشبختی؛ نداشتن آن: بدبختی) بالایی داشته باشد، به همان میزان رضایت زناشویی‌شان کاهش می‌یابد (۳۳).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این بود که به دلیل خصوصی بودن ماهیت سوالات سازگاری زناشویی، این امکان وجود داشت که افراد پاسخ صحیحی ندهند. این محدودیت با اطمینان دادن به افراد مبنی بر اینکه نیازی به نوشتن نام بر روی پرسشنامه‌ها نیست و پاسخ‌ها تنها توسط پژوهشگر مورد تجزیه-تحلیل قرار خواهد گرفت، تا حدودی مرتفع گردید. همچنین به دلیل تعداد

<sup>۳</sup> Enrich

<sup>۱</sup> Lee

<sup>۲</sup> Nachtigall

برده و رفتارهای سازنده‌ای را اختیار کنند. نتایج این مطالعه می‌تواند توسط مشاوران جهت آشنا کردن افراد از سبک تفکر خود، تاثیر آن بر سازگاری زناشویی و حمایت روانی از طریق تعدیل یا تغییر سبک تفکر فعلی در جهت ارتقای سازگاری زناشویی این گروه از زنان مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش توسط کمیته‌ی محترم تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تبریز تصویب و حمایت مالی شده است (شماره کد: ۹۲۱۱۲۸). بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت معاونت پژوهشی دانشگاه، ریاست محترم بیمارستان الزهرا و کارکنان آن مراکز که در جمع‌آوری اطلاعات ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### References:

1. World Health Organization. Recent advances in medically assisted conception. Report of a WHO Scientific Group. World Health Organ Tech Rep Ser 1992;820:1-111.
2. Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. PLoS Med 2012;9(12):e1001356.
3. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. Survey of prevalence of primary infertile in Islamic Republic Iran. J Reproduc Infertility 2006;3:243-51.
4. Peterson BD, Newton CR, , Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. Fam Process 2003;42:59-70.
5. Hyer SJ, Abrahams M, Spuy ZM, Van-Derspuy ZM. Men leave me as I cannot have children: Women's experiences with involuntary childlessness. J Human Reproduc 2002;17(6):1663-8.
6. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. J Psychosom Obstet Gynaecol 2010;31:101-11.
7. Cui W. Mother or nothing: the agony of infertility. Bull World Health Organ 2010;88:881-2.
8. Wright J, Allard M, Lecours A, Sabourin S. Psychosocial distress and infertility: a review of controlled research. Int J Fertil 1989;34:126-42.
9. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. Soci Sci Med 1997;45:1679-704.
10. Volgsten H, Skoog-Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström-Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Hum Reprod 2008;23:2056-63.
11. King RB. Subfecundity and anxiety in a nationally representative sample. Soc Sci Med 2003;56:739-51.
12. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. BMC Health Serv Res 2008;8:186.
13. Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. Fertil Steril 2007;88:911-4.

14. Bali A, Dhingra R, Baru A. Marital Adjustment of Childless Couples. *J Soc Sci* 2010;24(1):6-73.
15. Mann K. Tribal Women on the Threshold of 21st Century. New Delhi: 1996.
16. Humphery M. The effect of children upon the marriage relationship. *Br J Med Psychol* 1975;48(3):273-9.
17. Chaudhari NP. A study about marital adjustment among female of urban & rural mehsana (Gujarat). *J Person Clin Stud* 2009;1(2):70-5.
18. Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Asghari-Jafarabadi M, Tavananezhad N, Karkhane M. Socio Demographic Predictors of Marital Satisfaction in Women of Reproductive Age, Tabriz. *IJOGI* 2013;16(72):1-12.
19. Bodenmann G, Shantinath SD. The couples coping enhancement training (CCET): a new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Fam Relat* 2004;53(5):477-84.
20. Bachand LL, Caron SL. Ties that bind: a qualitative study of happy long term marriage. *Contemp Fam Ther* 2003;23(1):105-21.
21. Zarb-Estajabi M, Barmas H, Bahrami H. A Survey of the Relationship among Styles of Thinking, Marital Satisfaction and Psychological Well-being among Married Students psychology research. 2013;9(2):103-30.
22. Sternberg RJ. Thinking styles. Newyourk: combridge university press; 1997.
23. Zhang L, Postiglione F. hinking styles, self-esteem, and socioeconomic status. *Person Individ Diff* 2001;31(8):1333- 46.
24. Glasser V, Glasser k. Marriage without lose. Tehran: Mohagheg; 2002.
25. Karademas EC. Optimism, self efficacy and information processing of threat and Well-being related stimuli. *Stress health* 2007;23(5):285-94.
26. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam* 1976;38:15-28.
27. Moosavi S. The Comparison of Family Functioning, Marital Adjustment and Intimacy In Middle aged and Young Spouses. *Int Res J Appl Basic Sci* 2012;3(10):2015-21.
28. Soltani M, Shaeiri MR, Roshan R. The effect of emotional focused therapy on increasing the marriage suitability of barren couples. *J Behav Sci* 2013;6(4):383-9.
29. Tamannai-Far MA. Comprative Study of mental health, marital adjustment and coping responses among fertile-infertile women. *cpap* 2011;2(4):51-60.
30. Lee Ty, Sun G, chao SC. The effect of on infertility diagnosis on the distress ,marital and sexual satisfaction between husbands and wires in Taiwan. *Hum Reproduc* 2001;16(8):1726-67.
31. Nachtigall RD, Becher G, wozney M. The effects of gender - specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertile Sterile* 1992;54(1):113-27.
32. Bahrainian SA, Nazemi F, Dadkhah A. The comparison of marital satisfaction between fertile and infertile women. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2009;7(9):11-6.
33. Younesi SJ, Bahrami F. Prediction of marital satisfaction and deterministic thinking in couples. *J Iran Psychol* 2009;5(19):241-50.



## THE RELATIONSHIP BETWEEN MARITAL ADJUSTMENT AND THINKING STYLES IN INFERTILE WOMEN REFERRED TO ALZAHRA HOSPITAL, TABRIZ- 2014

Mojgan Mirghafourvand<sup>1</sup>, Azizeh Farshbaf-Khalili<sup>2</sup>, Solmaz Ghanbari-Homayr<sup>3\*</sup>

Received: 23 Sep, 2015; Accepted: 26 Nov, 2015

### Abstract

**Background & Aims:** Infertility is a global problem that inflicts serious damage to the body's reproductive health. This study aimed to determine the status of marital adjustment and its relationship with thinking styles in infertile women referred to Alzahra hospital of Tabriz, from August until October 2014.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study was conducted on 160 infertile women (aged 15-49 years). Samples were selected based on census. Data were collected by Dyadic Adjustment scale (DAS), Sternberg's thinking style scale and socio-demographic questionnaire. Pearson correlation test was used to explore the association between thinking styles and marital adjustment.

**Results:** The mean scores of marital adjustment in infertile women was  $100.0 \pm 22.3$  from possible range score of 0-151. There were a moderate correlation between marital adjustment with legislative thinking style ( $r=0.47$ ) and judicial thinking style ( $r=0.34$ ) and low correlation between marital adjustment with executive thinking style ( $r=0.28$ ).

**Conclusion:** The findings of this study show that correlation of legislative and judicial thinking style with marital adjustment is more than executive thinking style. The findings of this study can be used by consultants to inform the women of their thinking style, and its impact on marital adjustment and psychological support through adjustment or change current thinking style in order to promote women's marital.

**Key words:** marital adjustment, thinking style, infertile women

**Address:** Students' research committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Tel: (+98) 41-34772699, Fax: +98-41 34752839

**E-mail:** narvan\_s10@yahoo.com

<sup>1</sup> Assistant Professor of Midwifery Group, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

<sup>2</sup> Ph.D. by Research Student, Health Services Management Research Center, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

<sup>3</sup> MSc in Midwifery, Students' research committee, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)