

## بررسی و تحلیل نیم رخ عشقی در زوجین باور و نابارور مراجعه کننده به پژوهشکده رویان و زوجین عادی شهر تهران

نازنین خسروی<sup>۱</sup>

نسیم توسلی<sup>۲</sup>

### چکیده :

پژوهش حاضر با هدف بررسی و تحلیل نیم رخ عشقی در زوجین باور و نابارور مراجعه کننده به پژوهشکده رویان بر اساس نظریه عشق استنبرگ انجام شده است. برای این مطالعه تعداد ۱۲۰ زوج که از طریق روش نمونه گیری تصادفی منظم بدست آمده با دامنه سنی ازدواج بین ۵-۱۴ سال انتخاب شدند. در مقابل همین میزان از زوج های سالم انتخاب گردید. نتایج نشان داد که افراد گروه نابارور تعهد بالاتری نسبت به افراد گروه بارور نشان می دهند و این تا حدی با تعریفی که استنبرگ از تعهد در مثلث عشق خود بیان می دارد در یک سو قرار می گیرد. از طرفی مشخص گردید افراد نابارور بیشتر دارای عشق معاشرتی هستند، در حالیکه در گروه بارور، نوع عشق بیشتر از نوع عشق رمانتیک است.

**کلید واژه ها :** ناباروری ، مثلث عشق استنبرگ ، تعهد ، صمیمیت ، هوس ، زوجین

---

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی

تاریخ دریافت: تیر ۹۳ تاریخ پذیرش: اول شهریور ۹۳

## مقدمه

ناباروری<sup>۱</sup> به عنوان ناتوانی در بارداری طی دو سال مقاربت جنسی بدون استفاده از روش های جلوگیری از بارداری<sup>۲</sup> تعریف می شود. اگرچه برخی از محققان یک سال را به عنوان نقطه برش در نظر می گیرند (منیرو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴؛ ان آی سی ای<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴)، ناباروری ممکن است با کم باروری<sup>۵</sup> یا نازایی<sup>۶</sup> همراه باشد. زوج هایی که در سال سوم یا سال های بعدی بارور می شوند، کم بارور محسوب می شوند، به این معنا که تاحدی باروری آنان آسیب دیده است. تنها درصد معدودی از زوج ها به ندرت باردار شده و نازا تلقی می شوند (منیرو، ۲۰۰۴). محققان تخمین می زنند که از هر ۶ زوج، یک زوج دشواری در حاملگی<sup>۷</sup> را تجربه می کند و این میزان در سراسر جهان ۶۰ تا ۸۰ میلیون زوج است (منیرو، ۲۰۰۴؛ جاکوبز<sup>۸</sup> و ادونوهو<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷).

در گذشته ناباروری به عنوان یک وضعیت پزشکی با پیامدهای روان شناختی در نظر گرفته می شد، اما امروزه همراه با وجود شواهد بالینی، ناباروری در بافت بزرگتر اجتماعی قرار گرفته و از چارچوب اجتماعی به آن نگریسته می شود. به عبارت دیگر، توجه محققان بیشتر به شیوه هایی جلب می شود که از طریق آنها، تجربه ناباروری به وسیله بافت اجتماعی شکل می گیرد. علاوه بر این، تاکید یافته های پژوهشی بر ضرورت ملاحظات اجتماعی فرهنگی و مشاوره روان شناختی همراه با هر نوع مداخله پزشکی، شاهدهی بر این مدعا است (گریل<sup>۱۰</sup>، اسلوسن- بلوینز<sup>۱۱</sup> و مک کویلان<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰؛ وانگ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۷). رشد فزاینده پژوهش های روانشناختی پیرامون موضوع ناباروری به دلیل تاثیر فناوری های نوین بر نگرش بیماران نابارور، نگرانی های موجود در رابطه با کودکانی که طی پروتکل های درمانی متولد می شوند و نیز نابهنجاری های فیزیکی و

<sup>1</sup> infertility

<sup>2</sup> unprotected sexual intercourse

<sup>3</sup> Meniru

<sup>4</sup> NICE

<sup>5</sup> subfertility

<sup>6</sup> sterility

<sup>7</sup> conception

<sup>8</sup> Jacobs

<sup>9</sup> O Dnohue

<sup>10</sup> Greil

<sup>11</sup> Slauson-Blevins

<sup>12</sup> McQuillan

<sup>13</sup> Wang

روان شناختی این کودکان است. امروزه نقش متغیرهای روان شناختی، تنی و دموگرافیک نیز بر پیامد درمان مورد توجه قرار گرفته است (انهورن<sup>۱</sup> و بالن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). ناباروری با آسیب های روان شناختی و نگرانی های دائمی همراه است. درمان های ناباروری استرس های روانی، مالی، اجتماعی و فیزیکی را بر زوجین تحمیل می کنند (رپوکاری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ وانگ، ۲۰۰۷). علاوه بر این، هیجانات شدید، مشکلات ارتباطی و فشارهای خانوادگی و اجتماعی مربوط به درمان های پزشکی از منابع استرس های مرتبط با ناباروری به شمار می آیند (جاکوبز و ادونوهو، ۲۰۰۷). یافته های پترسون<sup>۴</sup>، نیوتن<sup>۵</sup> و روسن<sup>۶</sup> (۲۰۰۳) نشان می دهد همسرانی که به طور مشترک سطوح یکسانی از استرس اجتماعی ناباروری را ادراک می کنند، در مقایسه با همسرانی که استرس را به گونه ای متفاوت ادراک می کنند از درجات بالاتر سازگاری زناشویی برخوردارند. بنابراین، توافق بالا در ارتباط با استرس تجربه شده، نقش قابل توجهی در مدیریت موفقیت آمیز رویدادهای پر استرس زندگی توسط زوجین ایفا می کند. استرس مرتبط با مشکلات باروری تاثیر مستقیمی بر افزایش تعارض زناشویی، کاهش عزت نفس جنسی، رضایت از عملکرد جنسی و دفعات آمیزش های جنسیدارد. در زوج های نابارور معمولاً به این دلیل که رابطه جنسی به منزله ابزاری برای رسیدن به هدفی خاص تلقی می شود و نیز به دلیل تداعی این رابطه با ناباروری و وجود آمیزش های برنامه ریزی شده، رضایتمندی جنسی<sup>۸</sup> و به تبع آن صمیمیت بین زوجین کاهش می یابد. تاثیر عوامل مزبور بر کیفیت زندگی زنان در مقایسه با مردان بیشتر است (گریل، پورتر<sup>۹</sup> و لیتکو<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۰؛ اندروس<sup>۱۱</sup>، ابی<sup>۱۲</sup> و هالمن<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۱).

<sup>1</sup> Inhorn

<sup>2</sup> Balen

<sup>3</sup> Repokari

<sup>4</sup> strain

<sup>5</sup> Peterson

<sup>6</sup> Newton

<sup>7</sup> Rosen

<sup>8</sup> sexual satisfaction

<sup>9</sup> Porter

<sup>10</sup> Leitko

<sup>11</sup> Andrews

<sup>12</sup> Abbey

<sup>13</sup> Halman

تغییرپذیری زیادی در درجه سازگاری با ناباروری وجود دارد که به نوبه خود بهزیستی ناباروری<sup>۱</sup> نامیده می شود (ماهاجان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). اکثر افراد مبتلا به به مشکلات باروری، احساسات طبیعی سوگ، غم و اضطراب را تجربه می کنند. تعجب، انکار<sup>۳</sup>، خشم، احساس گناه، خودانگاره منفی<sup>۴</sup> و انزوا از واکنش های دیگر به ناباروری هستند. هر یک از این واکنش ها برای بهزیستی هیجانی و روابط بین فردی به ویژه روابط بین زوج ها مضر است (جاکوبز و ادونوهو، ۲۰۰۷). به عقیده هاماربرگ<sup>۵</sup>، فیشر<sup>۶</sup> و واینتر<sup>۷</sup> (۲۰۰۸) ناباروری بر رضایتمندی از زندگی و عزت نفس تاثیر می گذارد و درمان های ناموفق موجب کاهش رضایتمندی از زندگی و کاهش اعتماد به نفس و نیز آشفتگی روان شناختی می شوند. در پژوهش مروری این محققان، مشخص شد که اضطراب های خاص درباره سلامت جنین و ایمنی بارداری در افرادی که درمان ناباروری انجام داده اند بیشتر است و این، بهزیستی هیجانی آنان را کاهش می دهد که اغلب در قالب افسردگی و اضطراب نمایان می شود. زوج های نابارور اغلب به واسطه ناتوانایی خود در فهم و پذیرش تفاوت های جنسیتی در واکنش به ناباروری، در تعارض و ناسازگاری قرار می گیرند. در این میان، عدم حمایت هیجانی و اجتماعی موثر نیز نقش مهمی ایفا می کند (کاوینگتون<sup>۸</sup> و برنز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). ماهاجان و همکاران (۲۰۰۹) که به بررسی وابسته های درون فردی<sup>۱۰</sup> و بین فردی<sup>۱۱</sup> سازگاری با ناباروری پرداختند، نشان دادند که سبک دلبستگی اجتنابی<sup>۱۲</sup> و نیز ادراک وجود کودک به منزله ضرورتی برای کامل شدن رابطه زناشویی با سطوح پایین سازگاری رابطه دارد و آسیب پذیری های درون فردی را تشکیل می دهد (ماهاجان و همکاران، ۲۰۰۹).

به نظر می رسد ناباروری بر زوج ها تاثیر عمیقی داشته باشد زیرا بازنشاسیاهداف زندگی به ویژه بر خورداری از فرزند اهمیت ویژه ای می یابد و احتمالا باعث می شود

<sup>1</sup> infertility well-being

<sup>2</sup> Mahajan

<sup>3</sup> denial

<sup>4</sup> negative self-image

<sup>5</sup> Hammarberg

<sup>6</sup> Fisher

<sup>7</sup> Wynter

<sup>8</sup> Cavington

<sup>9</sup> Burns

<sup>10</sup> intrapersonal

<sup>11</sup> interpersonal

<sup>12</sup> avoidance type of attachment

زوج ها اهداف زندگی و تعهدات خود از جمله تعهد به والد شدن و ارتباط با یکدیگر را بازبینی کنند. ظاهرا مردان، ناباروری را تهدیدی برای مرد بودن، زنان آن را تهدید فیزیکی برای درمان شدن و زوج ها آن را تهدیدی برای اهداف زندگی در نظر می گیرند. مردان بیشتر از زنان واکنش های انکار و اجتناب نشان می دهند. آنان مشکل ناباروری را بی اهمیت قلمداد می کنند و اعتقاد دارند که مصرف دارو می تواند به راحتی این مشکل را حل کند به عبارت دیگر آنها دچار نوعی خوشبینی غیر واقع بینانه می شوند (کلور<sup>۱</sup>، مک‌للان<sup>۲</sup> و ویور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). در ناباروری هایی که فقط عوامل عوامل مردانه مسبب آن است کیفیت شخصی و جنسی زندگی مردان نسبت به مردان در سایر زوج های نابارور پایین تر است. بنابراین تشخیص ناباروری برای آنان فشارهای شخصی، جنسی و اجتماعی زیادی را در پی خواهد داشت (اسمیت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). اما برای زنان تعهد به بارداری هایی که بی نتیجه است و نگرش های مرتبط با تولد کودک، با پریشانی بالا همراه خواهد بود (شرفلر<sup>۵</sup>، گریل و مک‌کویلان، ۲۰۱۱) زیرا زیرا برای آنان فرزند داشتن از اهمیت ویژه ای برخوردار است (پیچ<sup>۶</sup>، دانکل-اسکتر<sup>۷</sup> و کریستنسن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲).

ممکن است والدین نابارور بعد از تولد کودک از طریق فناوری های جدید تولید مثل، دچار نوعی کمال گرایی در وظایف والدینی شوند و در ایجاد هویت والدینی مطمئن ناکام بمانند (هاماربرگ، فیشر و واینتر، ۲۰۰۸). با وجود این، طبق نظر لاورنس<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۸) رضایتمندی زناشویی قبل از ازدواج پیشینی کننده مطلوبی از نحوه مواجهه‌ی زوج ها با مسئله والد شدن است. توضیح اینکه اگر رضایتمندی زناشویی پیش از بارداری، در سطح بالایی باشد، بارداری های برنامه ریزی شده را به دنبال خواهد داشت و به طور کلی، این شرایط زوج ها را برای پذیرش مسئولیت والدینی آماده می کند. علاوه بر این، رضایتمندی زناشویی در بین زوج های ناباروری که درمان را پشت سر گذاشته اند طی حاملگی و بعد از تولد کودک بالاتر از

<sup>1</sup> Clover

<sup>2</sup> McLellan

<sup>3</sup> Weaver

<sup>4</sup> Smith

<sup>5</sup> Shreffler

<sup>6</sup> Pasch

<sup>7</sup> Dunkel-schetter

<sup>8</sup> Christensen

<sup>9</sup> Lawrence

سایر زوج های نابارور است، طول مدت ارتباط آنان با هم بیشتر است و ارتباط دو جانبه بهتری با هم برقرار می کنند. همچنین به نظر می رسد زوج هایی که تحت درمان قرار گرفته اند تعهد قویتری به یکدیگر و تمایل بیشتری برای والد شدن دارند (هاماربرگ، فیشر و واینتر، ۲۰۰۸). رپوکاری و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند کاربرد موفقیت آمیز فناوری های پیشرفته، خطری برای سازگاری زناشویی به شمار نمی آید و حتی استرس مشترک ناباروری می تواند روابط زناشویی را مستحکم کند و زوجین را برای پذیرش نقش های والدینی آماده کند.

بیشترین فشار اجتماعی مربوط به زوج هایی است که سبب شناسی<sup>۱</sup> واضحی برای ناباروری آنها وجود ندارد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹). در این حالت، احساس عدم کنترل بر بسیاری از ابعاد زندگی آنها سایه می افکند و تغییرات عمیق هیجانی و فیزیکی را به بار می آورد (ایمسون<sup>۲</sup> و مک مورای<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶). بنابراین، هر اندازه ادراک زوج ها از کنترل پذیری<sup>۴</sup> مشکل باروری بیشتر باشد، پریشانی کمتری را درک خواهند کرد و از سازگاری روانشناختی<sup>۵</sup> بهتری برخوردار خواهند بود (بنیامینی<sup>۶</sup>، گزلان<sup>۷</sup> و کوکیا<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹). همچنین، دینداری درونی، رضایتمندی جنسی و حمایت خانوادگی از منابع مفید مقابله درون فردی و بین فردی تلقی می شوند (ماهاجان و همکاران، ۲۰۰۹). مقابله های مواجهه ای- فعال، مانند ابراز احساسات و نیز مقابله های معنامحور<sup>۹</sup>، پیش بینی کننده مهمی از منفعت زناشویی برای مردان است. حال آن که مقابله های اجتنابی- فعال، مانند اجتناب از زنان باردار و کودکان و یا مخفی کردن ناباروری پیش بینی کننده مهمی از منفعت زناشویی پایین به شمار می آید (اسکمیت<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). به نظر می رسد هماهنگی راهبردهای پذیرش یا تغییر با هر یک از زوجین (کاوینگتون و برنز، ۲۰۰۶)، تعهد شخصی هر یک برای ایجاد تعامل بهتر (جاکوبز و ادونوهو، ۲۰۰۷) و افزایش علاقه زوجین به ویژه شوهران به درمان (پچ، دانکل - اسکتر

<sup>1</sup> etiology

<sup>2</sup> Imeson

<sup>3</sup> McMurray

<sup>4</sup> controllability

<sup>5</sup> psychological adjustment

<sup>6</sup> Benyamini

<sup>7</sup> Gozlan

<sup>8</sup> Kokia

<sup>9</sup> meaning-based coping

<sup>10</sup> Schmidt

و کریستنسن، ۲۰۰۲) در مدیریت آسیب های ارتباطی از اهمیت به سزایی برخوردار هستند.

استرنبرگ<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) عشق را شامل سه مولفه‌ی صمیمیت<sup>۲</sup>، تصمیم/تعهد<sup>۳</sup> و شهوت<sup>۴</sup> می‌داند. این موارد می‌توانند به منزله رؤس مثلث عشق<sup>۵</sup> در نظر گرفته شوند. نظریه مثلث عشق مبنای جامعی را برای فهم بسیاری از جنبه های عشق در انواع روابط نزدیک فراهم می‌کند. صمیمیت «احساسات نزدیکی، پیوند و الفت در روابط عاشقانه» تلقی می‌شود (ص ۱۱۹). تصمیم/تعهد، به عنوان «تصمیمی که در کوتاه مدت، فردی به فرد دیگر عشق بورزد و تعهدی که در دراز مدت، برای حفظ کردن آن عشق» داشته باشد، تعریف می‌شود (ص ۱۱۹). در واقع تعهد، نوعی سرمایه گذاری بلند مدت فرد در روابط عاشقانه است و به مسئولیتی که فرد نسبت به دیگری در روابط عاشقانه احساس کند، اطلاق نمی‌شود. لازم به ذکر است که زنان به طور معناداری بالاتر از مردان تعهد و صمیمیت را تجربه می‌کنند (لمیکس<sup>۶</sup> و هال<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). استرنبرگ (۱۹۸۶) شهوت را نیز همان «سائق هایی که به عشق بازی، جذابیت فیزیکی، کامروایی جنسی و پدیده های مرتبط منجر می‌شود» در نظر می‌گیرد (ص ۱۱۹).

این سه مولفه می‌توانند به شیوه های گوناگون با هم ترکیب شوند و هشت نوع عشق را به وجود آورند. نوع عشقی که فرد تجربه می‌کند به نیروی این مولفه ها نسبت به یکدیگر بستگی دارد. این هشت نوع عشق عبارتند از: فقدان عشق، علاقه، شیفتگی، عشق تهی، عشق رمانتیک، معاشرت، عشق احمقانه و عشق آرمانی (استرنبرگ، ۱۹۸۶). در وضعیت فقدان عشق هیچ یک از مولفه های عشق حضور ندارند از جمله بسیاری از روابط بین فردی که فاقد عشق هستند. علاقه، نوعی از رابطه است که در آن فقط مولفه صمیمیت وجود دارد مانند احساسات عاری از شهوت و تعهد که در بسیاری از دوستی ها ابراز می‌شوند. شیفتگی، به نوعی از عشق اطلاق می‌شود که صرفا با برانگیختگی شهوانی<sup>۸</sup> همراه است و درجات بالای برانگیختگی های سایکوفیزیولوژیک مانند افزایش

<sup>1</sup> Sternberg

<sup>2</sup> intimacy

<sup>3</sup> decision/commitment

<sup>4</sup> passion

<sup>5</sup> love triangle

<sup>6</sup> Lemieux

<sup>7</sup> Hale

<sup>8</sup> passionate arousal

ضربان قلب و سایر نشانه های تنی در آن آشکار می شود. عشق تهی، زمانی پدیدار می شود که بدون وجود مولفه های صمیمیت و شهوت، تنها عشق ورزیدن به فرد دیگر و تعهد به این عشق مطرح باشد. روابط راکدی که سال ها ادامه می یابد اما تعامل هیجانی دوجانبه و جذابیت فیزیکی در آن جایی ندارد، نمونه بارزی از این عشق است. ترکیب صمیمیت و شهوت عشق رومانتیک را پدید می آورد. در این نوع عشق، جذابیت فیزیکی و پیوند هیجانی نقش به سزایی ایفا می کنند. معاشرت، به نوعی دوستی متعهدانه در درازمدت اطلاق می شود که فقط مولفه شهوت در آن حضور ندارد. استرنبرگ (۱۹۸۶) عشق احماقانه را حاصل ترکیب مولفه های شهوت و تعهد می داند و معتقد است این نوع عشق به ازدواج هایی منجر می شود که در کوتاه مدت به طلاق می انجامد. بسیاری از افراد در جهت عشق آرمانی می کوشند که حاصل ترکیب سه مولفه صمیمیت، تعهد و شهوت است اما باید اذعان داشت که پدیدآیی این عشق نیز تضمینی برای تداوم آن ایجاد نمی کند. شایان ذکر این که، انواع عشق موارد محدود کننده هستند، بدین معنا که هیچ ارتباطی به صورت خالص فقط یکی از انواع را شامل نمی شود.

با توجه به اهمیت روزافزون وابسته های روانشناختی ناباروری و در عین حال، عدم وجود پژوهش هایی که مستقیماً به بررسی عشق در زوج های مبتلا به بارداری، هدف پژوهش حاضر تعیین نوع عشق در زوج های بارور و نابارور است که جهت درمان به یکی از مراکز مربوطه در تهران مراجعه کرده اند.

## روش

### ابزار های پژوهشی :

در پژوهش حاضر برای سنجش و مقایسه ی مولفه های عشق از دیدگاه استنبرگ و همچنین مقایسه ی نوع عشق در هر دو گروه از پرسشنامه ی عشق استنبرگ استفاده گردید. این مقیاس که توسط استنبرگ در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است که شامل ۴۵ سوال می باشد که هر ۱۵ سوال یکی از ابعاد عشق را در سه مقیاس می سنجد. ۱۵ سوال اول، بعد صمیمیت و ۱۵ سوال دوم، بعد شوریدگی و ۱۵ سوال آخر، بعد تصمیم- تعهد را می سنجد (گنجی، ۱۳۸۴). در ایران این مقیاس، توسط گنجی (۱۳۸۴) هنجاریابی شد و پایایی آن به روش بازآزمایی ۷۰ درصد و روایی آن با همبسته کردن ۸۹ درصد مشاهده شد.

### نمونه

نمونه مورد مطالعه این پژوهش از ۱۲۰ زوج تشکیل شده که از طریق روش نمونه گیری تصادفی منظم بدست آمده است و دامنه سنی ازدواج آنها بین ۵-۱۴ سال قرار داشت.

### یافته ها:

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد عشق استنبرگ

ابعاد عشق	بارور		نابارور	
	SD	M	SD	M
هوس	۲۷/۷۳	۸۶/۰۷	۲۳/۴۲	۱۰۷/۰۷
تعهد	۲۷/۲۳	۱۰۹/۵۲	۱۳/۸۶	۱۲۳/۲۳
صمیمیت	۲۶/۲۵	۱۰۱/۰۵	۱۸/۰۸	۱۱۴/۴۷

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد عشق استنبرگ را در دو گروه بارور و نابارور نشان می دهد. با توجه به جدول به طور کل میانگین افراد نابارور در مقایسه با افراد بارور، سطح بالاتری دارد و در ابعاد عشق، گروه بارور تعهد بالاتر از صمیمیت، بالاتر از هوس است. در گروه نابارور صمیمیت بالاتر از تعهد بالاتر از هوس است.

جدول ۲. همبستگی ابعاد عشق در افراد بارور

ابعاد عشق	هوس	تعهد	صمیمیت
هوس	۱	۰/۴۴۴	۰/۵۷۷
تعهد	۰/۴۴۶	۱	۰/۴۷۷
صمیمیت	۰/۵۷۷	۰/۴۷۷	۱

\*:  $P < 0.05$

با توجه به جدول ۲ همبستگی در افراد بارور در دو مولفه هوس و صمیمیت بالاتر از مولفه های دیگر است. و دو مولفه هوس و تعهد کمترین همبستگی را نشان می دهند.

**جدول ۳. همبستگی ابعاد عشق در افراد نابارور**

ابعاد عشق	هوس	تعهد	صمیمیت
هوس	۱	۰/۷۳۷	۰/۷۳۳
تعهد	۰/۷۳۷	۱	۰/۸۰۳
صمیمیت	۰/۷۳۳	۰/۸۰۳	۱

جدول ۳ همبستگی میان ابعاد عشق استنبرگ در گروه نابارور را نشان می دهد. با توجه به جدول همبستگی در افراد نابارور، دو مولفه ی صمیمیت و تعهد بالاتر از مولفه های دیگر است.

ملاحظه جداول ۲ و ۳ نشان می دهد بین خرده مقیاسها هم خطی شدید وجود ندارد و بر این اساس می توان استفاده از تحلیل واریانس را معقول دانست. تحلیل واریانس چندمتغیره یکراهه نشان داد که به طور کلی در یک یا چند ابعاد عشق بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و به طور کلی الگوی تفاوتها معنادار است.

**جدول ۴. آزمون T مستقل در دو گروه**

ابعاد عشق	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
هوس	-۴/۴۸۱	۱۱۸	۰/۰۰۱
تعهد	-۳/۴۷	۱۱۸	۰/۰۰۱
صمیمیت	-۳/۲۶	۱۱۸	۰/۰۰۰

با توجه به جدول ۴ مقدار آلفا در تمام مولفه های ابعاد عشق استنبرگ معنادار می باشد.

### بحث و نتیجه گیری :

اکثریت پژوهش های انجام شده در مورد گروه های افراد نابارور و بارور در حیطه روان شناختی بر روی متغیر رضایتمندی زناشویی و استرس و اضطراب های محیطی بوده است و کمتر پژوهشی بر روی متغیر ابعاد عشق آن هم از منظر نظریه مثلث عشق استنبرگ انجام یافته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه مولفه های عشق در دو گروه بارور و نابارور و همچنین مقایسه ی نوع عشق در این دو گروه انجام یافته است .

کلور و مک لان و ویور (۲۰۰۹) عنوان می نمایند ناباروری تاثیر عمیقی بر زندگی افراد دارد چراکه باعث بازشناسی اهداف زوجین در زندگی گشته و احتمالا سبب می شود زوج ها اهداف زندگی و تعهدات خود از جمله تعهد به والد شدن را بازشناسی کنند. بنابراین سبب کاهش رضایتمندی از زندگی می گردد اما در پژوهش حاضر بر اساس جدول شماره ۱ افراد گروه نابارور تعهد بالاتری نسبت به افراد گروه بارور نشان می دهند و این تا حدی با تعریفی که استنبرگ (۱۹۸۶) از تعهد در مثلث عشق خود بیان می دارد در یک راستا قرار می گیرد . استنبرگ تعهد را تصمیمی که در کوتاه مدت فردی به فرد دیگر عشق بورزد و تعهدی که در درازمدت برای حفظ کردن آن عشق داشته باشد، تعریف می کند. در واقع تعهد از دیدگاه استنبرگ (۱۹۸۶) یک سرمایه گذاری در روابط عاشقانه است نه مسئولیتی که فرد نسبت به دیگری احساس می کند. بنابراین با توجه به تعریف اخیر از تعهد شاید افراد نابارور به دلیل از دست دادن امید به والد شدن سرمایه گذاری عاطفی و عاشقانه خود را برای حفظ کردن بنیان خانواده و زندگی و بالاتر بردن رضایتمندی زناشویی بیشتر کرده سعی در جهت حفظ این مهم دارند. بر حسب بیان استنبرگ (۱۹۸۶) زنان به طور معناداری بالاتر از مردان، تعهد و صمیمیت را ایجاد می کنند در مورد دو مولفه ی هوس و صمیمیت نیز می توان توضیحات فوق الذکر را پذیرفت .

از طرفی با توجه به جدول ۳ و با توجه به نوع عشق موجود در گروه نابارور به شکل مجزا، مشخص گردید که افراد نابارور بیشتر دارای عشق معاشرتی هستند. در این نوع عشق، نوعی دوستی متعهدانه در دراز مدت اطلاق می شود که فقط مولفه شهوت نقش کمتری دارد. این یافته ها در راستای تایید یافته های فوق می باشد که در افراد نابارور

تعهد و صمیمیت برای جبران نقیصه موجود اوج می گیرد، تا بنیان زندگی زناشویی را حفظ نمایند. در حالیکه در گروه بارور با توجه به جدول ۲ نوع عشق بیشتر از نوع عشق

رمانتیک است. در این نوع عشق، جذابیت فیزیکی و پیوند هیجانی نقش به سزایی ایفا می کنند. در واقع دومولفه هوس و صمیمیت نقش پر رنگ تری را دارند.

پس می توان نتیجه گرفت علی رغم بالاتر بودن نمره ی هر یک از مولفه ها در افراد گروه نابارور نسبت به گروه بارور، و بالاتر بودن نمره ی میانگین ابعاد عشق افراد نابارور نسبت به بارور، نگاه مجزا به نوع عشق در این دو گروه (نابارور ، بارور) و نگاه به نوع همبستگی مولفه های عشق در این دو گروه، نشان می دهد عشق گروه نابارور اکثرا دارای مولفه تعهد و صمیمیت است و کمتر مولفه هوس و شهوت دیده می شود. بالاتر بودن این دو مولفه خود نشانه ای از مکانیزم جبرانی است برای اینکه از فروپاشی بنیان زناشویی جلوگیری کنند و بیشتر از جانب زنان هدایت می گردد. پس می توان عنوان نمود علی رغم بالاتر بودن هر یک از مولفه های عشق استنبرگ در گروه نابارور نسبت به گروه بارور، پژوهش حاضر تکمیل کننده ی پژوهش های پیشین بوده که اعلام داشته اند رضایتمندی و آسایش خاطر در افراد نابارور کمتر از افراد بارور می باشد و یافته های پیشین را نفی نمی کند. به طورمثال فیشر و وایتنر (۲۰۰۸) به این نتیجه رسیدند که ناباروری بر رضایتمندی از زندگی زناشویی و عزت نفس تاثیرمنفی می گذارد .

## منابع

- Andrews, F. M. Abbey, A. Halman, L. J. (1991). Stress from Infertility, Marriage Factors, and Subjective Well-being of Wives and Husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 238-253.
- 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, 1° 16.
- Clover, L. McLellan, A. & Weaver, S. M. (2009). What does having a fertility problem mean to couples?. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27, 4, 401-418.
- Covington, S. N. & Burns, L. H. (2006). *Infertility Counseling: a*

*Comprehensive Handbook for Clinicians*. New York: Cambridge University Press.

- Greil, A. L. Porter, K. L. & Leitko, T. A. (1990). Sex and Intimacy among Infertile Couples. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 2, 2, 117-138.
- Greil, A. L. Slauson-Blevins, K. & McQuillan, J. (2010). the Experience of Infertility: a Review of Recent Literature. *Sociology of Health and Illness*, 32, 1, 140-162.
- Hammarberg, K. Fisher, J. R. W. & Wynter, K. H. (2008). Psychological and Social Aspects of Pregnancy, Childbirth and Early Parenting after Assisted Conception: a Systematic Review. *Human Reproduction Update*, 14, 5, 395° 414.
- Imeson, M. & McMurray, A. (1996). Couples Experiences of Infertility: a Phenomenological Study. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 5, 1014° 1022.
- Inhorn, M. C. & Balen, F. V. (2002). *Infertiliy around the Globe: New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies*. California: University of California Press.
- Jacobs, N. N. & O Dohue, W. T. (2007). *Coping with Infertility*. New York: Routledge.
- Lawrence, E. Cobb, R. J. Rothman, A. D. Rothman, M. T. & Bradbury, T. N. (2008). Marital Satisfaction across the Transition to Parenthood. *J Fam Psychol* , 22, 1, 41° 50.
- Lemiaux, R. & Hale, J. L. (1999). Intimacy, Passion, and Commitment in Young Romantic Relationships: Successfully Measuring the Triangular Theory of Love. *Psychol Rep*, 85, 2, 497-503.
- Mahajan, N. N. Turnbull, D. A. Davies, M. J. Jindal, U. N. Briggs, N. E. & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the Role of Intrapersonal and Interpersonal Resources/Vulnerabilities. *Human Reproduction*, 24, 4, 906° 912.
- Meniru. G. L. (2004). *Cambridge Guide to Infertility Management and Assisted Reproduction*. Cambridge: Cambridge University Press.

NICE. (2004). Assessment and Treatment for People with Fertility Problems.

London: Abba Litho Limited.

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, 6, 1241-1247.

Peterson, B. D. Newton, C. R. & Rosen, K. H. (2003). Examining

Congruence between Partners Perceived Infertility-Related Stress and Its Relationship to Marital Adjustment and Depression in Infertile Couples. *Family Process*, 42, 1, 59-70.

Repokari, L. Punamaki, R. -L. Unkila-Kallio, L. Vilska, S. Poikkeus, P.

Sinkkonen, J. Almqvist, F. Tiitinen, A. & Tulppala, M. (2007). Infertility Treatment and Marital Relationships: a 1-Year Prospective Study among Successfully Treated ART Couples and Their Controls. *Human Reproduction*, 22, 5, 1481° 1491.

Schmidt, L. Holstein, B. Christensen, U. & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? an Epidemiological Study of 2250 Women and Men in Fertility Treatment. *Patient Education and Counseling*, 59, 244° 251.

Shreffler, K. M. Greil, A. L. & McQuillan, J. (2011). Pregnancy Loss and Distress among U.S. Women. *Family Relations*, 60, 3, 342° 355.

Smith, J. F. Walsh, T. J. Shindel, A. W. Turek, P. J. Wing, H. Pasch, L. & Katz, P. P. (2009). Sexual, Marital, and Social Impact of a Man's Perceived Infertility Diagnosis. *J Sex Med*, 6, 9, 2505° 2515.

Sternberg, R. J. (1986). a Triangular Theory of Love. *Psychological Review*, 93, 2, 119-135.

Wang, K. Li, J. Zhang, J. X. Zhang, L. Yu, J. & Jiang, P. (2007).

Psychological Characteristics and Marital Quality of Infertile Women Registered for In Vitro Fertilization-Intracytoplasmic Sperm Injection in China. *Fertility and Sterility*, 87, 4, 792-798.