

مقایسه صفات شخصیت در زنان بارور و نابارور

وحید خوش روش^۱، سحر نیافر^۲، خدیجه اسماعیلی بازار ده^۳، حمیده عابدینی شیرزی^۴

^۱ استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن
^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن
^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

چکیده

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگها به عنوان یک تجربه استرس زا و بحرانی تهدید کننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است. با پیشرفت علم و تکنولوژی و ابداع IVF دریچه امیدی برای زوجهای نابارور گشوده شده است ولی آنها را به تحمل استرس بیشتر و دوره های درمان طولانیتر وادار کرده است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه صفات شخصیت، باورهای غیر منطقی و نگرش عشق در زنان بارور و نابارور انجام شد. روش پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه ای بود و جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان نابارور و بارور که در سال ۱۳۹۶ به موسسه ناباروری مهر مراجعه کردند. راین پژوهش ۱۵۰ زن نابارور تحت درمان IVF مراجعه کننده به موسسه ناباروری مهر و بارور به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و اطلاعات بر اساس سوالات دموگرافیک و پرسشنامه شخصیت هگزاگو (۱۹۶۸) جمع آوری و مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته شده است. دراین پژوهش برای آزمون فرضیات و جهت مقایسه دو گروه از تحلیل واریانس تک متغیری (ANOVA) و چند متغیری (MANOVA) استفاده شد و داده های پژوهش، بانرم افزارهای SPSS نسخه شماره ۱۸ تجزیه و تحلیل گردید. پژوهش نشان داد بین شخصیت و ابعاد آن در دو گروه تفاوت وجود دارد ($P < 0/01$).

واژه های کلیدی: صفات شخصیت، زنان بارور، زنان نابارور.

پرتال جامع علوم انسانی

۱. مقدمه

بر اساس بررسی محققین در اکثر فرهنگها به دنیا آوردن فرزند، و در پی آن پدر و مادر شدن، یکی از پایه های اساسی تشکیل خانواده است. ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگها به عنوان یک تجربه استرس زا و بحرانی تهدید کننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (میرو، ۲۰۱۰؛ به نقل از امان الهی فرد، ۱۳۹۱).

از این رو در سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین المللی بانکوک ناباروری به عنوان مشکل بهداشتی جهانی با ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی توصیف گردید و در سال ۱۹۹۴ در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه در قاهره نیز به عنوان عاملی مطرح شد که آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری وارد می سازد و مقرر گردید همه کشورها درمان ناباروری را در برنامه های بهداشت باروری خود بگنجانند. (جهانفر، ۲۰۰۰؛ محمدی، ۱۳۸۰؛ به نقل از دادفرو همکاران، ۱۳۹۴). ناباروری هم مسئله ای فردی و خصوصی و هم یک مسئله عمومی و اجتماعی است که به عنوان حادثه ای منفی و ناکام کننده برای زوجین، به ویژه زنان مطرح است. ناباروری با احساس فقدان در زندگی، بی هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس همراه است. احساس های وابسته به این فقدانها شامل غم، حقارت، تنهایی، انزوا و طردشدگی، خستگی، درماندگی و ترس است. همچنین میتواند با احساس گناه، خشم، افسردگی، اضطراب، عدم شایستگی، مشکلات زناشویی، و کاهش حمایت های اجتماعی، از دست دادن ارتباطات و امنیت مالی، ناامیدی و حتی افکار خودکشی همراه باشد. در واقع، احساس های تجربه شده توسط فرد نابارور، مشابه با آن چیزی است که افراد در مقابل هر فقدان مهمی همچون فقدان عزیزی تجربه می کنند. با توجه به اهمیت باروری و شیوع بالای ناباروری در ایران و از آنجاییکه ناباروری بعنوان استرس زا ترین حادثه زندگی زوجین و دوره های مکرر و متوالی درمان آن بعنوان دوره های بحران توصیف میشود. میتواند تاثیرات مخربی بر زندگی خانواده ها داشته باشد.

با وجود پیشرفت زیادی که در سالهای اخیر در زمینه درمان ناباروری صورت گرفته است. به نظر می رسد این درمانها اگرچه امید به باروری مطلوبی ایجاد نموده است اما علاوه بر بار مالی و هزینه گزافی که به خانواده ها تحمیل می کند. می تواند اثرات زیانبار فردی، اجتماعی، اقتصادی نیز برای زوجین نابارور به همراه داشته باشد.

با توجه به اهمیت اجتماعی و فرهنگی باروری و داشتن فرزند، زوجین نابارور کوشش و هزینه فراوانی صرف درمان مشکل خود میکنند. زنان نابارور تحت درمان IVF اغلب زمان زیادی را صرف آزمایشات و آزمون روشهای درمانی میکنند. هزینه های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه بخش بودن درمان، درمانهای طولانی و وقت گیر و رنج آور، بویژه هنگامی که منجر به شکست درمان می شود، به علاوه خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس و جوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه همسر و تنش های بالقوه ناشی از درمانها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی و تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره گیری و انزوا، اختلال هویت، احساس عدم زیبایی و بی معنایی زندگی در آنها می شود. (منوچهری، ۱۳۸۵؛ به نقل از حسن زاده، ۱۳۹۱) همچنین میتواند منجر به کاهش احساس کنترل فرد در زندگی شود که این احساس عدم کنترل موجب بروز احساس بی ارزشی و بی کفایتی فرد شده و در نهایت به سازگاری ضعیف در فرد منجر می گردد.

مطالعات نشان می دهند که عوامل روانشناختی (صفات شخصیت) می توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم پیامد آن تلقی شوند. در این راستا، شواهد فراوانی نشان می دهند مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (کی، چانگ، ربار و سولز، ۱۹۹۵؛ دوما، کلب و اسلاسی، ۲۰۰۰ به نقل از حاتملوی

سعدآبادی، ۱۳۹۱) و یا منجر به تاثیر در نتیجه درمانهای پزشکی گردند. ناباروری می تواند با ایجاد تداخل در نقش و هویت والدین علاوه بر مشکلات روانشناختی به عنوان یک ضربه پر قدرت بر علیه روابط بین زوجین و استحکام خانواده نیز عمل نماید. (فیدلر و برنستین، ۱۹۹۹؛ به نقل از لعلی ثانی، ۱۳۹۰).

ولی آنچه مسلم است استرس ناشی از ناباروری که به دلایل متفاوتی نظیر هزینه درمان، مراحل طولانی درمان، ترس از شکست درمان، احساس بی کفایتی در بارداری، عدم کنترل در امور زندگی و نگرانی برای از دست دادن همسر و جدایی یا همسر دوم در زندگی و... همگی می تواند بر روند درمان تاثیرات نامطلوبی به جا گذارد و البته شدت استرس بسته به نوع فرهنگ قومی و باورهای فردی می تواند متفاوت باشد.

به نظر می رسد اضطراب و ناباروری یک چرخه معیوبی را ایجاد میکند و اگرچه رابطه بین اضطراب و نازایی هنوز به طور دقیق مشخص نیست اما بدون تردید نازایی سبب میزان قابل ملاحظه‌ای اضطراب می شود از سوی دیگر پاسخ این سوال که آیا اضطراب می تواند سبب نازایی شده و یا کاهش اضطراب می تواند سبب بالا بودن میزان حاملگی در زوجین نازا شود هنوز متناقض می باشد. در این پژوهش صفات شخصیت در زنان بارور و نابارور بررسی می شوند.

۲. مبانی نظری

ناباروری می تواند به عنوان بزرگترین بحران زندگی تجربه شود. (ماینز و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از عزتی، ۱۳۹۰). و مشکلات متعددی را در سلامت روانی، بهزیستی عمومی و عزت نفس و روابط زوجی ایجاد نماید. (سالمرآرو^۱ و سولکاری^۲، ۲۰۰۸) ناباروری گرچه یک بیماری نیست ولی میتواند باعث اختلالات مهم عاطفی گردد و عوارض و عواقب روانی و اجتماعی متعددی بجامی گذارد. ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که صرف هزینه های گزافی را جهت درمان طلب کرده و میتواند باعث ازمهم گسیختگی ثبات خانواده گردد (برک^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). مشکلات ناباروری به واسطه افزایش احساس شکست، بر عزت نفس افراد تاثیر منفی گذاشته و باعث ایجاد مشکلات سازگاری از جمله علایم افسردگی در زنان نابارور می شود (ماینز و همکاران، ۲۰۰۳، به نقل از عزتی ۱۳۹۰) ناباروری از مشکلات فردی و اجتماعی است که می تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگون قرار دهد. (قربانی، ۱۳۸۸). فرآیندی است که جسم، شغل، شخصیت و ذهنیت را تحت تاثیر قرار می دهد و اثرات نامطلوبی در احساسات فرد از جمله خود باوری او دارد (فیضی، ۱۳۸۱). محققین بروز رفتارهای تکانشی و فشارهای پراکنده، افسردگی، احساس درماندگی و بی ارزشی، اضطراب و تشویش را در مورد افراد نابارور گزارش نموده اند (فیضی، ۱۳۸۱). در مطالعات انجام گرفته مشخص گردید اضطراب و افسردگی در زوج های نابارور وجود دارد و مهمترین عامل آن نگرش افراد نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است. (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین آسیب های روان شناختی ناشی از واکنش های اضطراب، به دنبال تعیین علت ناباروری به وجود می آید (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۲) وضعیت باروری و عوامل وابسته به آن با ایجاد اضطراب روانی اجتماعی، کاهش رضایت از زندگی، افزایش مشکلات زناشویی و کاهش اعتماد به نفس جنسی و همچنین کاهش رضایت جنسی و زناشویی بر کیفیت زندگی مؤثر بوده و در نهایت باعث تغییر در کیفیت

^۱ Mainz

^۲ salmraaro

^۴ Sarkari

^۳ Burke

^۵ Fasyu

زندگی میشوند. ناباروری یک جنبه روانشناختی مهم در زندگی فرد ویکی از مهمترین کارکردهای خانواده به شمار میرود، خواسته ایده ال افراد آن است که بارورباشند، ولی مانع بارداری شوند (نورانی و همکاران، ۱۳۹۱).

باروری در کشورهای اسلامی بسیار مطلوب در نظر گرفته می شود و در صورت ناباروری ممکن است شوهران این زنان، همسر خود را طلاق دهند یا اینکه اقدام به گرفتن همسر دوم (بدون رها کردن همسر اول) نمایند. زندگی به عنوان زن نابارور می تواند بسیار اضطراب زا باشد. غالباً ترس این زنان از این است که همسر آنها در حال از دست دادن علاقه خود نسبت به آنهاست (اردبیلی، مقدم، سلسالی، رمضان زاده و ندجات، ۱۳۹۰). ناباروری می تواند زیان های اجتماعی و روانی بر روی فرد داشته باشد. عواقب آشکار مثل طرد یا طلاق و شکل های ظریفتری از ننگ اجتماعی که می تواند منجر به انزوا و پریشانی روانی شود. (کوسینیو و دومار^۱، ۲۰۰۷).

شاید یکی از سخت ترین عوارض هیجانی ناشی از ناباروری، از دست دادن احساس کنترل بر زندگی باشد. برای بسیاری از چنین زوج هایی، ناباروری نقطه کانونی گفتمان ها و وظایف روزانه می شود و اغلب به طرد از دیگر جنبه های مهم زندگی می - انجامد. بخش مهمی از هویت بزرگسالی با تولید مثل تحقق پیدا می کند، هنگامی که این مسئله به راحتی رخ نمی دهد، در زوج ها سردرگمی و عصبانیت ایجاد می شود. در یک بررسی به عنوان ارزیابی روانی پی آمدهای ناباروری، بیشتر بیماران نابارور، بویژه زنان، ارزیابی و درمان ناباروری را ناراحت کننده ترین تجربه ی زندگی خود قلمداد می کنند (گریل، ۱۷۷۷؛ به نقل از کوسینیو و دومار، ۲۰۰۷).

هنگامی که یک زوج تصمیم به دنبال کردن درمان های پزشکی می نمایند، ممکن است که نیاز داشته باشند که تغییر قابل توجهی را در شیوه زندگی خود ایجاد نمایند. چرا که درمان، اغلب جانشین جنبه های دیگر زندگی می شود، بطوریکه مثلاً دستیابی به یک شغل مهم یا هر آرمان دیگر در زندگی به تعویق می افتد یا به طور کلی نادیده گرفته می شود. همچنین برای بسیاری از زوج ها بسیار دشوار است که بحران کنونی زندگی خود را به عنوان یک وضعیت موقت ارزیابی کنند (روناتا و ریتان، ۲۰۱۰). هر چند در مرحله ی اول ، ناباروری یک وضعیت بالینی است، ولی تشخیص آن می تواند تاثیرات زیادی در عملکردهای هیجانی زوجین درگیر با این مشکل برجاگذارد (مظاهری و محسنیان، ۱۳۸۹). تحقیقات نشان دهنده آن هستند که در بسیاری از فرهنگ ها، افراد بچه دار نشدن خود را به عنوان نشانه ای از نقص و کاهش شایستگی درک می کنند. در بسیاری از جوامع داشتن فرزند، اطمینان از بقای نسل است. بنابراین جای تعجب نیست که افراد نابارور ممکن است که احساس تنهایی بسیار زیادی را تجربه کنند. ۱۵ درصد زوجهای نابارور احساس تنهایی و طرد شدگی دارند. در نتیجه آنهایی که مشکلاتشان را با دیگران در میان نمیگذارند و از شرایط سایر زوجها با تجربیات یکسان ناآگاه میباشند از حمایت و درک زوجهای دیگر با مشکلات مشابه محرومند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). به طور کلی ناباروری به صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون استفاده از روشهای پیشگیری از حاملگی) تعریف می شود. (برک و نوواک^۲، ۲۰۱۲ و اسپیراف^۳، ۵۰۱۵) که به صورت نازایی اولیه و ثانویه مطرح میگردد که در نازایی اولیه، هیچ سابقه ای از حاملگی قبلی وجود ندارد و نازایی ثانویه که حاملگی قبلی وجود داشته و لزوماً منجر به تولد زنده نشده است، تعریف میشود. (نوواک، ۲۰۱۲). میزان ناباروری اولیه به سرعت در میان زنان جوان افزایش پیدا کرده است. عوامل مختلفی در افزایش ناباروری ذکر شده اند از جمله

^۱. Cousineau & Domar

^۲. Berek & Novak

^۳. Speroff

به تعویق انداختن باروری تا اوایل ۳۰ یا اوایل ۴۰ سالگی، افزایش بیماری های مقاربتی، استفاده از روش های ضد بارداری خاص مثل IUD (مارکوین^۱، ۱۹۹۸؛ به نقل از پوتینگر^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

کلمه عقیمی به عدم امکان حاملگی برای همیشه اطلاق می شود. (نظیر عدم وجود غدد جنسی و بسیاری از اختلالات کروموزومی) (قره خانی و همکاران، ۱۳۸۸)

در حدود ۹۰-۸۵٪ زوج ها در عرض ۱۲ ماه نزدیکی بدون پیشگیری حامله میشوند (نواک، ۲۰۱۲). بنابراین ناباروری در ۱۵-۱۰٪ زوجها دیده میشود. به احتمال وقوع بارداری در هر سیکل قدرت باروری اطلاق میشود که در زوجهای طبیعی ۲۵-۲۰٪ است. (اسپیراف، ۲۰۰۵) میزان تقریبی باروری در هر سیکل در صورت عدم درمان ۱/۳-۴/۱٪ و در IVF ۲۰/۷٪ میباشد (اسپیراف، ۲۰۱۵). برخلاف تصور عمومی، میزان باروری در طول ۳ دهه گذشته بدون تغییر باقی مانده است. با وجود این، بررسی و درمان ناباروری در طول این ۳ دهه به طور چشمگیری تغییر کرده است. سه پیشرفت عمده، بیشترین تاثیر رو در این زمینه داشته اند: اولین پیشرفت، معرفی روش "باروری آزمایشگاهی" (IVF)^۴ و سایر فن آویهای کمک باروری (ART) بود. تکنیکهای ART، روشی را برای بررسی روندهای تولیدمثل از طریق راههای جدید و دارای قدرت تشخیصی بیشتر فراهم کرده اند و به طور چشمگیر، پیش آگهی تعداد کثیری از زوجهای نابارور را بهبود بخشیده اند. دومین پیشرفت، تغییرات بوجود آمده در جمعیت شناسی است که سبب شده اند تعدادی زیادی از زنان، در سنین بالاتر (که از نظر بیولوژیک قدرت باروری کمتری دارند) درصدد حامله شدن برآیند. سومین پیشرفت، پیشرفتهای حاصل در زمینه ART و موضوعات مربوط به کاهش مرتبط با سن باروری هستند، که در کنار یکدیگر سبب جلب توجه رسانه های جمعی و افزایش آگاهی عمومی از ناباروری و درمانهای مدرن شده اند. در نتیجه، زوجهای نابارور امروزه با احتمال بیشتری درصدد استفاده از خدمات ارزیابی و درمان طبی بر می آیند. (اسپیراف، ۲۰۱۵).

واژه شخصیت که در زبان انگلیسی (Personality) و در زبان لاتین (Personalite) خوانده می شود ریشه در کلمه لاتینی (Persona) دارد. در یونان قدیم بازیگرا تئاتر به صورت خود ماسکی می زدند که به این ماسک یا نقاب گفته می شود کم کم این کلمه ماسک یا نقاب معنای بیشتر و گسترده تری یافت و به بازی و نقش که بازیگر به روی صحنه ایفا می کرد نیز اطلاق گشت. بنابراین کم کم واژه شخصیت به نقش و رفتاری اطلاق شد که شخص در جایی ایفا می کند یعنی تصویری صوری و اجتماعی از فرد و شخصیتی که فرد به اجتماع خود ارائه می دهد همان چیزی است که جامعه بر اساس آن او را ارزیابی می کند هنوز هم مفهوم شخصیت در زمان ما و در میان مردم به همان معنای گذشته و اصلی آن اطلاق می شود و بایسدی از صفات پسندیده و مطلوب اجتماعی، مانند خصوصیات جسمی و روانی، حیثیت اجتماعی، شهرت سنگینی، وقانت و خوشرویی برابر است. (علیپور، ۱۳۹۶). همچنین شخصیت، بیانگر آن دسته از ویژگیهای فرد یا افراد است که شامل الگوهای ثابت فکری، عاطفی و رفتاری آنهاست. این تعریف، تعریف گسترده ای از شخصیت است و موجب می شود که به جنبه های مختلف یک فرد توجه کنیم. در عین حال، این تعریف معرف توجه به الگوهای پایدار رفتار و کیفیت درونی فرد است تا بررسی محیطی که این الگوها را تحت نظم آورده است. نظام مورد بررسی ما شامل تفکر، عواطف و رفتارهای بیرونی (قابل مشاهده)

^۱. Marroquin

^۲. Pottinger

^۳. Fecundability

^۴. In vitro Fertilization

^۵. Assisted reproductive technology

^۶. Personal

است. به ویژه، ارتباط این سه جنبه با یکدیگر در ساختن شخصیتی بی مانند و منحصر به فرد در روان شناسی شخصیت بسیار با اهمیت است. (مرادی، ۱۳۹۶).

نظریه معاصر شخصیت تا اندازه ی زیادی تحت تاثیر زیگوند فروید بوده است. نظام روان کاوی او نخستین نظریه ی رسمی شخصیت بود و تا به امروز نیز شناخته شده ترین نظریه ی شخصیت محسوب می شود بسیاری از نظریه های شخصیت پس از فروید در واقع صورت مشق شده یا گسترش یافته ی کارهای بنیادین فروید هستند بدون داشتن شناختی از نظام روان کاوی فروید درک و ارزیابی گستره ی شخصیت را مانند تکه یخی بسیار بزرگ تشبیه کرده است که فقط قسمت کوچکی از آن آشکار است و اعتقاد داشت که رفتار و یا شخصیت انسان همیشه محصول ارتباط متقابل تعاملی یا تعارضی این سه عوامل است. نهاد، خود، فراخود (مرادی، ۱۳۹۵). آلپورت در کتاب الگو و رشد شخصیت، در تعریف از شخصیت این گونه بیان کرد. «شخصیت ساختاری پویا درون فرد متشکل از سیستم های روانی- جسمانی است که رفتار و افکار مشخصه او را تعیین می کنند» (آلپورت ۱۹۶۱). منظور آلپورت از ساختار پویا این بود که گرچه شخصیت همواره تغییر و رشد می کند ولی این رشد سازمان یافته است نه تصادفی. روانی- جسمانی به معنی آن است که شخصیت از ذهن و بدن تشکیل شده که با هم به صورت یک واحد کار می کنند؛ شخصیت نه تماماً ذهنی است و نه تماماً زیستی است. منظور آلپورت از تعیین می کنند این است که تمام جنبه های شخصیت، رفتارها و افکار خاصی را فعال یا هدایت می کنند. عبارت رفتار و افکار مشخصه بدان معنی است که هر فکری که می کنیم و هر کاری که انجام می دهیم خاص خودمان است بنابراین هرکس بی همتا ست (مرادی، ۱۳۹۶). آلپورت بر این عقیده بود که صفات، واحدهای اصلی شخصیت هستند. به اعتقاد او صفات واقعیت دارند و پایگاه آنها در سیستم عصبی انسان است. صفات را می توان با توجه به سه ویژگی تعریف کرد: فراوانی، شدت و فراگیر بودن آن در موقعیت های مختلف. برای مثال، یک فرد سلطه پذیر، در موقعیت های مختلف و زیادی سلطه پذیر است (مرادی، ۱۳۹۶). آلپورت بین صفات اصلی^۱، صفات محوری^۲ و آمادگی های ثانویه^۳ تفاوت قائل می شد. صفات اصلی، بیانگر یک آمادگی فراگیر و مشخص در زندگی فرد است و در واقع، هر عمل وی تحت تأثیر آن قرار دارد. صفات محوری (مانند درستی، مهربانی و جرأت) نشان دهنده آمادگی هایی است که دامنه فراگیر بودن آنها از صفا اصلی نیز کمتر است و صفات ثانویه، نشان دهنده آمادگی هایی است که حداقل فراگیری، همسانی، و قابلیت مشاهده را دارند. به عبارت دیگر، افراد، دارای صفاتی هستند که درجات مختلفی از اهمیت و فراگیری را دارند (مرادی، ۱۳۹۶).

۳. روش شناسی

تحقیق حاضر توصیفی و از نوع علی- مقایسه ای گاهی این روش پژوهش، مقطعی^۴ و پس رویدادی^۵ نیز نامیده می شود. در این روش پژوهشگر نسبت به متغیر پیش بین کنترل مستقیم ندارد چون در شرایط دیگر رخ داده و صرفاً نوع و میزان تاثیرش بر متغیر ملاک در زمان حاضر مورد ارزیابی قرار می گیرد (گال، بورگ و گال^۶، ۱۹۴۲، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۶).

^۱ Cardinal Traits

^۲ Central Traits

^۳ Secondary Dispositions

^۴ - Cross-sectional

^۵ - Ex post factor

^۶ - Gall, Borg, Gall

روش نمونه گیری در این پژوهش، روش در دسترس می باشد. بدین ترتیب با توجه به جامعه آماری (میانگین ۱۵ نفر در ماه)، ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر زن بارور و ۷۵ نفر نابارور) به عنوان نمونه انتخاب شدند. که بین ۲۰ تا ۴۰ سال دارند درمورد هنجاریابی پرسشنامه شخصیتی هگزاگو تحقیقی توسط صفار نیا و همکاران در شهر تهران صورت گرفته است. مقادیر اولیه آلفای کرونباخ برای ۶ عامل، در محدوده ۰/۲۰۸ تا ۰/۴۴۱ به دست آمد. ضرایب اعتبار در بازآزمایی از ۰/۴۶۲ تا ۰/۷۰۸ به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار بودند. مقادیر همبستگی عامل های پرسشنامه هگزاگو-۶۰ با عامل های متناظر در فرم کوتاه پرسشنامه نئو از ۰/۱۷۹ تا ۰/۵۷۱ به دست آمد که در سطح ۰/۰۵ و ۰/۰۱ معنادار بودن. مقادیر آلفای کرونباخ برای ساختار جدید عاملی در محدوده ۰/۴۰۰ تا ۰/۶۵۴ حاصل گردید. از کل یافته های پژوهش حاضر چنین نتیجه گیری می شود که پرسشنامه هگزاگو-۶۰ از اعتبار و روایی قابل قبول و در حد متوسط برای استفاده در جامعه بزرگسالان شهر تهران برخوردار است.

۴. یافته ها

به منظور آرایه تصویر روشن تر از یافته های پژوهش، ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۴-۱ و یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۴-۱ آرایه شده است.

جدول ۴-۱- فراوانی و درصد تعداد افراد

فراوانی	درصد	
۷۵	۵۰	بارور
۷۵	۵۰	نابارور
۱۵۰	۱۰۰	جمع

با توجه به نتایج جدول فوق فراوانی و درصد زنان بارور ۵۰ درصد و زنان نابارور ۵۰ درصد می باشد.

جدول ۴-۲- فراوانی و درصد میزان سن

فراوانی	درصد	
۱	۰/۷	سال ۲۰-۲۵
۸۷	۰/۵۸	سال ۲۵ تا ۳۰
۶۲	۴۱/۳	۳۰ سال و بالاتر
۱۵۰	۱۰۰	جمع

باتوجه به نتایج جدول فوق، بیشترین فراوانی و درصد سن مربوط به ۲۵ تا ۳۰ سال، ۸۷ درصد و کمترین فراوانی مربوط به سن ۲۰ تا ۲۵ سال، ۷ درصد می باشد.

جدول ۴-۳- فراوانی و درصد تحصیلات زنان

فراوانی	درصد	
۴۵	۳۰	دیپلم و زیر دیپلم

۴۳/۳	۶۵	فوق دیپلم
۲۳/۳	۳۵	لیسانس
۳/۳	۵	فوق لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۱۵۰	جمع

با توجه به نتایج جدول فوق بیشترین فراوانی و درصد مربوط به تحصیلات فوق دیپلم ۴۳/۳ درصد و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر ۳/۳ درصد می باشد.

جدول ۴-۴- فراوانی و درصد تحصیلات همسران

درصد	فراوانی	
۰/۴۶	۶۹	دیپلم و زیر دیپلم
۳۲/۷	۴۹	فوق دیپلم
۱۸/۷	۲۸	لیسانس
۲/۷	۴	فوق لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۱۵۰	جمع

با توجه به نتایج جدول فوق بیشترین فراوانی و درصد مربوط به تحصیلات فوق دیپلم ۳۲/۷ و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات فوق لیسانس و بالاتر ۲/۷ درصد می باشد.

جدول ۴-۵- فراوانی و درصد شغل زنان

درصد	فراوانی	
۸/۷	۱۳	خانه دار
۳۴/۷	۵۲	کارمند
۱۷/۳	۲۶	کارگر
۳۹/۳	۵۹	آزاد
۱۰۰	۱۵۰	جمع

با توجه به نتایج جدول فوق بیشترین فراوانی و درصد مربوط به شغل آزاد ۳۹/۳ درصد و کمترین فراوانی مربوط به شغل خانه دار ۸/۷ درصد می باشد.

جدول ۴-۶- فراوانی و درصد شغل همسران

درصد	فراوانی	
۳۳/۳	۵۰	کارمند
۴۲/۷	۶۴	کارگر
۲۴	۳۶	آزاد
۱۰۰	۱۵۰	جمع

با توجه به نتایج جدول فوق بیشترین فراوانی و درصد مربوط به شغل کارگر ۴۲/۷ درصد و کمترین فراوانی مربوط به شغل آزاد ۲۴ درصد می باشد.

جدول ۴-۷- فراوانی و درصد محل سکونت

درصد	فراوانی	
۷۷/۳	۱۱۶	شهر
۲۲/۷	۳۴	روستا
۱۰۰	۱۵۰	جمع

با توجه به نتایج جدول فوق بیشترین فراوانی و درصد مربوط به گزینه شهر ۷۷/۳ درصد و کمترین فراوانی مربوط به گزینه روستا ۲۲/۷ درصد می باشد.

بررسی فرض نرمال بودن داده‌ها با استفاده از نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف

برای استفاده از تکنیکهای آماری ابتدا باید مشخص شود که داده‌های جمع آوری شده از توزیع نرمال برخوردار است یا غیر نرمال. چون در صورت نرمال بودن توزیع داده‌های جمع آوری شده برای آزمون فرضیه‌ها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود و در صورت غیر نرمال بودن از آزمون‌های ناپارامتریک. بدین منظور در این مرحله به بررسی نتایج حاصل از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت مشخص کردن نرمال یا غیرنرمال بودن هر یک از متغیرهای مدل می‌پردازیم و بر اساس نتایج حاصل، آزمون‌های مناسب برای بررسی صحت و سقم فرضیات پژوهش را انتخاب می‌کنیم. فرضیه‌های این آزمون عبارتند از:

$$\begin{cases} H_0 = \text{توزیع موردنظر نرمال است} \\ H_1 = \text{توزیع موردنظر نرمال نیست} \end{cases}$$

با توجه به نتایج جدول (۴-۸) اگر مقدار سطح معنی داری (Sig) بزرگتر از مقدار خطا (۵ درصد) باشد، فرضیه‌ی صفر را نتیجه می‌گیریم و در صورتی که مقدار سطح معنی داری از مقدار خطا کوچکتر باشد فرضیه‌ی یک را نتیجه می‌گیریم. همانطور که مشاهده می‌شود طبق نتایج استخراج شده از جدول (۴-۸)، مقدار Sig (سطح معناداری) هر یک از متغیر باورهای غیر منطقی، بزرگتر از مقدار خطا (۵ درصد) است، در نتیجه فرضیه‌ی H_0 پذیرفته می‌شود. بنابراین فرض نرمال بودن توزیع پذیرفته می‌شود و برای آزمون کردن فرضیات از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌شود.

جدول (۴-۸). نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف (منبع: داده‌های پژوهش)

نام متغیر	شخصیت
تعداد داده‌ها	۱۵۰

پارامترهای نرمال	میانگین	۵۴/۸۱
	انحراف معیار	۹/۱۷
بیشترین انحراف	قدر مطلق	۰/۱۵۵
	مثبت	۰/۱۵۰
	منفی	-۰/۱۵۵
مقدار آماره ی Z کولموگروف - اسمیرنوف		۱/۸۹
مقدار Sig (دو دامنه)		۰/۰۰۱

همگنی واریانس‌های خطای متغیرها

در جدول ۴-۱۰ بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه گزارش شده‌اند.

جدول ۴-۱۰- نتایج بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه

متغیر	لوین F آماره	سطح معنی داری
شخصیت	۲۷/۳۷	۰/۲۳۱

یافته‌های جدول ۴-۱۰- نشان می‌دهد که آماره F آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرها در گروه‌های پژوهش برای شخصیت (۲۷/۳۷)، نگرش به عشق (۹/۵۳) و باورهای غیر منطقی (۵/۶۳) معنی دار نمی‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس‌های خطای این متغیرها در گروه‌ها همگن می‌باشد.

جدول ۴-۱۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) جهت مقایسه متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	ضریب اتا	توان آماری
شخصیت	۷۲۱۰/۶۶	۱	۷۲۱۰/۶۶	۲۰/۴۴	۰/۰۰۰	۳۰/۴	۱

همانطور که در جدول شماره ۴-۱۲- دیده می‌شود متغیرهای شخصیت، نگرش به عشق و باورهای غیر منطقی زنان بارور و نابارور مورد مقایسه قرار گرفته است. F بدست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه‌ها در متغیرهای شخصیت ($f=۲۰/۴۴$ ؛ $sig=۰/۰۰۰$ ، $P<۰/۰۱$)، نگرش به عشق ($f=۱۷/۵۹$ ؛ $sig=۰/۰۰۰$ ، $P<۰/۰۱$) و باورهای غیر منطقی ($f=۳/۹۷$ ؛ $sig=۰/۰۰۰$ ، $P<۰/۰۵$) معنادار می‌باشد.

فرضیه: بین صفات شخصیت در زنان بارور و نابارور تفاوت وجود دارد.

جدول ۴-۱۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی

انحراف استاندارد	میانگین		
۱/۲۴	۱۱/۴۱	بارور	صداقت
۲/۲۹	۱۰/۲۰	نابارور	
۲/۲۴	۱۰/۸۹	بارور	تهیج پذیری
۱/۵۴	۷/۲۹	نابارور	
۱/۶۹	۱۰/۸۵	بارور	برون گرایی
۱/۰۷	۷/۳۴	نابارور	
۲/۰۱	۱۱/۲۴	بارور	سازگاری
۰/۹۳۸	۷/۷۷	نابارور	
۲/۸۰	۱۰/۹۶	بارور	وظیفه شناسی
۱/۳۴	۶/۴۹	نابارور	
۲/۳۷	۱۱/۱۳	بارور	گشودگی
۱/۳۳	۷/۱۳	نابارور	
۷/۶۹	۶۱/۷۴	بارور	شخصیت
۳/۵۷	۴۷/۸۸	نابارور	

جدول ۴-۱۳ فوق میانگین و انحراف معیار شخصیت و مولفه های آن را نشان میدهد.

جدول ۴-۱۴: آزمون باکس برای شرط همگنی ماتریس های واریانس/کواریانس در متغیرهای پژوهش

۲۸۸/۴۸	باکس
۹/۷۸	F
۲۸	درجه آزادی ۱
۷۶۳۲۶/۰۹	درجه آزادی ۲
۰/۹۸۷	سطح معناداری

همانطور که در جدول ۴-۱۴ ملاحظه می گردد، بر اساس آزمون باکس که برای متغیرهای اصلی پژوهش معنی دار نیست و شرط همگنی ماتریس های واریانس / کواریانس به درستی رعایت شده است ($P=0/987$ ، $F=9/78$ و $BOX=288/48$).

همگنی واریانس های خطای متغیرها

در جدول ۴-۱۵ بررسی همگنی واریانس های خطای متغیرهای پژوهش در دو گروه گزارش شده اند.

جدول ۴-۱۵: نتایج بررسی همگنی واریانس های خطای متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	لوین F آماره	سطح معنی داری
صداقت	۷۳/۰۸	۰/۳۲۱

۰/۲۴۳	۴/۲۵	تهیج پذیری
۰/۴۴۱	۷/۶۸	برون گرایی
۰/۱۲۶	۱۸/۲۱	سازگاری
۰/۱۲۳	۸/۱۴	وظیفه شناسی
۰/۲۲۵	۱۰/۷۲	گشادگی
۰/۲۳۱	۲۷/۳۷	شخصیت

یافته‌های جدول ۴-۱۵- نشان می‌دهد که آماره F آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرها در گروه‌های پژوهش برای شخصیت (۲۷/۳۷)، صداقت (۰/۳۲۱)، تهیج پذیری (۰/۲۴۳)، برون گرایی (۰/۴۴۱)، سازگاری (۰/۱۲۶)، وظیفه شناسی (۰/۱۲۳)، گشادگی (۰/۲۲۵) معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس‌های خطای این متغیرها در گروه‌ها همگن می‌باشد.

جدول ۴-۱۶: نتایج آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس برای متغیرهای پژوهش

مجذور اتا	P	خطای درجه آزادی	درجه آزادی فرضیه‌ها	F	مقدار	نام آزمون
۲۵۴/۴۳	۰/۰۰۰	۱۴۲	۷	۳۶/۳۴	۰/۶۴۲	اثر پیلایی
۲۵۴/۴۳	۰/۰۰۰	۱۴۲	۷	۳۶/۳۴	۰/۳۵۸	لامبدای ویلکز
۲۵۴/۴۳	۰/۰۰۰	۱۴۲	۷	۳۶/۳۴	۱/۷۹	اثر هتلینگ
۲۵۴/۴۳	۰/۰۰۰	۱۴۲	۷	۳۶/۳۴	۱/۷۹	بزرگترین ریشه خطا

نتایج جدول ۴-۱۶ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.001$, $F = 36/34$, $\lambda = 0/358$ = لامبدای ویلکز). مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهایی وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۰/۳۵۸ درصد است. یعنی ۳۵/۸ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول ۴-۱۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) جهت مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر وابسته	SS	df	MS	F	P	ضریب اتا	توان آماری
صداقت	۵۵/۲۰	۱	۵۵/۲۰	۱۶/۲۰	۰/۰۰۰	۱۶/۲۰	۰/۹۷۹
تهیج پذیری	۴۸۶	۱	۴۸۶	۱۳۱/۰۹	۰/۰۰۰	۱۳/۰۹	۱

۱	۲۲/۷۲	۰/۰۰۰	۲۲۸/۷۲	۴۶۱/۱۲	۱	۴۶۱/۱۲	برون گرایی
۱	۱۸/۸۲	۰/۰۰۰	۱۸۲/۸۲	۴۵۰/۶۶	۱	۴۵۰/۶۶	سازگاری
۱	۱۵۴/۷۳	۰/۰۰۰	۱۵۴/۷۳	۷۴۸/۱۶	۱	۷۴۸/۱۶	وظیفه شناسی
۱	۱۶۱/۰۶	۰/۰۰۰	۱۶۱/۰۶	۶۰۰/۰۰	۱	۶۰۰/۰۰	گشادگی
۱	۲۰۰/۴۴	۰/۰۰۰	۲۰۰/۴۴	۷۲۱/۶۶	۱	۷۲۱/۶۶	شخصیت

همانطور که در جدول شماره ۴-۱۷ دیده می شود متغیرهای شخصیت ($f=۲۰/۴۴$ ؛ $sig=۰/۰۰۰$ ؛ $P<۰/۰۱$)، صداقت ($f=۱۶/۲۰$)؛ $sig=۰/۰۰۰$ ؛ $P<۰/۰۱$)، تهیج پذیری ($f=۱۳۱/۰۹$ ؛ $sig=۰/۰۰۰$ ؛ $P<۰/۰۱$)، برون گرایی ($f=۲۲۸/۷۲$ ؛ $sig=۰/۰۰۰$ ؛ $P<۰/۰۱$)، سازگاری ($f=۱۵/۷۳$ ؛ $sig=۰/۰۰۰$ ؛ $P<۰/۰۱$)، گشادگی ($f=۱۶۱/۰۶$ ؛ $sig=۰/۰۰۰$ ؛ $P<۰/۰۱$) معنادار می باشد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه: بین صفات شخصیت در زنان بارور و نابارور تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل فصل چهارم نشان داد که بین مولفه های مورد بررسی در دو گروه تفاوت معنادار است ($P<۰/۰۱$).

نتیجه فوق با یافته های شاکری و همکاران (۱۳۹۵)، لعلی ثانی (۱۳۹۰) رشیدی و همکاران (۱۳۸۹)، امان الهی و همکاران (۱۳۹۱)، معصومی و همکاران (۱۳۹۴) غفاری و همکاران (۱۳۸۷) مونگا و همکاران (۲۰۱۴)، دومار و همکاران (۲۰۱۷) گالهدرو و همکاران (۲۰۱۷) اسمیت و همکاران (۲۰۱۵) سوپریا هاجلا و همکاران (۲۰۱۵) همسو می باشد. در تبیین نتیجه بدست آمده باید گفت که هر زنی (بارور یا نابارور) از ویژگیهای شخصیتی مختلفی برخوردار می باشند. این مساله شاخص مهمی است که نشان می دهد استرس مادر موجب درک تجربه ناخوشایند از ناباروری می شود و از نظر فیزیولوژیک وی را ناآرام می کند، از این رو اگر سبکهای مقابله ای که زنان نابارور دارای سازمان صحیح و منطقی باشد موجبات پی ریزی شخصیت سالم را فراهم خواهد ساخت و این خود عامل سهمی و پیشگیری از بسیاری از آسیب های بعدی روحی و روانی بشمار می آید. بنابراین باید گفت که همه افراد گاهی در مسیر زندگی با مشکلات و موانعی روبرو می شوند که کیفیت و مسیر زندگی را تحت تاثیر قرار می دهد اما نحوه ی مواجهه و رویارویی آنها در قبال مشکلات بسیار متفاوت است. برخی از افراد در رویارویی با مسایل زندگی فاقد تواناییهای لازم هستند و همین امر باعث آسیب پذیری آنان می شود در اختیار داشتن منابع و مهارتهایی که به انسان کمک می کند تا به بهترین شکل ممکن از عهده ی حل مشکل خود برآید بسیار ارزشمند است از این رو آموزش مداخلات شناختی پوشش برای انواعی از مهارت ها که تسهیل کننده ی تعامل اجتماعی هماهنگ است می باشد که احساس می شود زنان نابارور برای وصول به زندگی معقول و متعادل نیاز دارند. بررسی های انجام شده در چند دهه گذشته نشانگر نقش توجه استرس در بروز بیماریها بوده است. بنابراین به نظرمی رسد پیش بینی تأثیر کمی و کیفی حوادث استرس زا در مردم یک جامعه موجب تسهیل در برنامه ریزی های مربوط به بهداشت روانی خواهد شد. بروز بسیاری از اختلالات و ناهنجاری های روانی، ناشی از استرس های زندگی و ناتوانی در سازگاری با انواع فشارهایی است که تمدن و تکنولوژی برای انسان آورده است. واضح است که برای حفظ بهداشت روانی و تطابق بهتر با مشکلات جهان کنونی، شناخت ماهیت استرس و نقش آن در سلامت تن و روان حائز اهمیت می باشد.

منابع

- اردبیلی، سودابه، مقدم، مریم، سلسالی، علیرضا، رمضان زاده، محسن و ندجات، زینل (۱۳۹۰). بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس مرضی در دوران بارداری در شهر اهواز، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۴، ۵۶-۶۱.
- امان الهی فرد عباس. (۱۳۹۱). مقایسه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور. فصلنامه مشاوره - کاربردی. ۱۳۹۱؛ ۲(۱): ۸۵-۷۷.
- بهرامی و همکاران (۱۳۸۹) بخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. مجله روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۰.
- حاتملوی سعدآبادی منیژه، هاشمی نصرت آباد تورج. (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روانشناختی و رضامندی زناشویی در گروهی از زنان بارور و نابارور شهر تبریز. فصلنامه علمی - پژوهشی روان شناسی سلامت. ۱۳۹۲؛ ۱(۱): ۲۸-۱۷.
- شاکری جلال، حسینی منیر، گلشنی صنوبر، صادقی خیراله، فیض الهی وحید. (۱۳۹۵). بررسی سلامت عمومی، راهبردهای مقابله ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF. فصلنامه باروری و ناباروری. ۱۳۹۵؛ ۷(۳): ۲۷۵-۲۶۹.
- عزتی، مریم (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مدیریت استرس (شناختی رفتاری) بر شادکامی زنان بارور. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال یازدهم، شماره: ۴، ۴۸-۴۲.
- غفاری، (۱۳۸۷) ارتباط بین سازگاری خانواده با سلامت روانی و سطح ارضاء نیازهای روانشناختی زنان نابارور، خلاصه مقالات کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران، تهران، دانشگاه شهیدبهشتی.
- قربانی، مریم (۱۳۸۸) مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری و دارو درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران انستیتو روانپزشکی.
- قره خانی، مرضیه و عزیززاده، عالیه، (۱۳۸۸) مهارتهای ارتباطی و عملکرد جنسی در دوران بارداری، تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره. ۳(۱۰-۹): ۴۲-۵۹.
- لعلی ثانی فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه ای صمیمیت زناشویی و رضایت از زندگی در زنان بارور و نابارور. مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهید صدوقی یزد. ۱۳۹۰. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه الزهر (س). دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

- Burke. (۲۰۱۲) The Relationship Between Emotional Arousal And Irrational Thoughts With Positive Thinking Between Student, *Journal Psychology Of Religion News Letter*, ۳۶ (۹), ۸۹۹-۹۱۳.
- Cousineau & Domar. (۲۰۰۷) Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG* ۲۰۰۰ Oct; ۱۰۷(۱۰): ۱۲۰۲-۹.
- Domar, A. (۲۰۱۷), Stress and infertility in women, *Fertil Steril*, ۵۷, ۳۲۴-۳۴۰.
- Ebbesen. S.M.S. (۲۰۱۶) Religion and conflict in marital and parent-child relationships. *J Soc Issues*. ۲۰۱۶; ۶۱(۴): ۶۸۹-۷۰۶.
- Keye, Chang, Rebar, & Soules (۱۹۹۵) Religious participation and marital commitment. *Rev Relig Res*. ۱۹۹۵; ۳۰(۴): ۳۸۷-۴۰۰.
- Monga (۲۰۱۴) The threefold cord: Marital commitment in religious couples. *J Fam Issues*. ۲۰۱۴; ۲۹(۵): ۶۱۴-۲۹۲.
- Novak. (۲۰۱۲) Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, ۶۳, ۶۹۹-۶۸۲.

- ۷ . Salmraaro Sarkari (۲۰۰۸) Sexual desire, coital frequency and orgasm during pregnancy: Comparing between primigravida and multigravida. *Journal of the Medical Association of Thailand*, ۷۱, ۱۲۴-۱۳۰.
- ۸ . Smith. L (۲۰۱۶) . Religion in the home in the ۱۹۸۰s and ۹۰s: A meta-analytic review and conceptual analyses of links between religion, marriage and parenting. *J Fam Psychol*. ۵۰(۴): ۵۵۹-۵۹۶.
- ۹ . Spiraf. K (۲۰۱۵) Foggy Faithfulness: Relationship quality, religiosity, and the perceptions of dating infidelity scale in an adult sample. *J Fam Issues*. ۵۰(۱۵): ۱۴۶۵- ۱۴۸۰.

