

مقاله‌ی پژوهشی**بررسی باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی در زوجین بارور و نابارور****خلاصه**

مقدمه: ناباروری با مشکلات متعدد جسمی، اقتصادی و روان‌شناختی همراه است و بر روابط زوجین، رضایت‌مندی یا دلزدگی زناشویی آنان اثر می‌گذارد. نقش باورهای ارتباطی نیز در مدیریت این عامل تنش‌زا و روابط زناشویی اهمیت دارد. این مطالعه به بررسی باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی در زوجین بارور و نابارور می‌پردازد.

روش کار: جامعه‌ی آماری این پژوهش توصیفی-همبستگی شامل زوجین بارور و ناباروری بود که به کلینیک زنان و مرکز درمان ناباروری نوین مشهد در سال ۱۳۹۱ مراجعه نمودند. با روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۳۰ زوج بارور و ۱۳۰ زوج نابارور بر اساس معیارهای طی، وارد مطالعه شدند. نمونه‌ها پرسش‌نامه‌های جمعیت‌شناختی محقق-ساخته، دلزدگی زناشویی پاینز و باورهای ارتباطی اپستین و آیدلسون را تکمیل نمودند. داده‌ها با SPSS نسخه‌ی ۱۸ و روش‌های آمار توصیفی، رگرسیون گام به گام، تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون‌های تعقیبی شفه، تحلیل واریانس چندمتغیره و تی مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: نمرات تمام ابعاد باورهای ارتباطی در گروه بارور نسبت به نابارور بالاتر است و به غیر از موارد باور به تخریب‌کنندگی و عدم تغییرپذیری همسر (به ترتیب $P=0/28$ ، $P=0/21$) سایر ابعاد در گروه‌های بارور و نابارور، تفاوت معنی‌داری داشته‌اند. در بین ابعاد دلزدگی زناشویی، نمرات ازپافتادگی روانی در افراد نابارور به طور معنی‌داری بالاتر است ($P=0/001$). هر چند که نمرات ازپافتادگی جسمی در گروه نابارور بالاتر است اما اختلاف معنی‌داری ندارد و ازپافتادگی عاطفی در گروه بارور، بیشتر گزارش شده است.

نتیجه‌گیری: زوجین نابارور نسبت به زوجین بارور از نظر باورهای ارتباطی قوی‌تر بوده ولی در ابعاد ازپافتادگی روانی و جسمی، دلزدگی زناشویی بیشتری نسبت به گروه بارور تجربه می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: باروری، باورهای ارتباطی، دلزدگی زناشویی

*فاناز زانجانی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علوم تحقیقات واحد نیشابور

وحیده خواجه‌میرزا

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علوم تحقیقات واحد نیشابور

محبوبه سیدی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

فاطمه شهابی‌زاده

دکتری روان‌شناسی، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

رضا دستجردی

دکتری روان‌شناسی تربیتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی واحد بیرجند

عبدالمجید بحرینیان

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

*مؤلف مسئول:

دانشگاه علوم تحقیقات واحد نیشابور، ایران

farnaz.zanjani@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۳/۲/۲۱

تاریخ تایید: ۹۳/۷/۲۹

پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه و با تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از شرکت‌کنندگان در پژوهش، قدردانی می‌گردد.

مقدمه

ناباروری^۱ از مشکلات عمده‌ی ژنیکولوژی به شمار می‌رود و به صورت ناتوانی در حاملگی بعد از یک سال مقاربت، بدون استفاده از هرگونه روش پیشگیری از بارداری تعریف می‌شود (۱).

بر اساس مطالعات، حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می‌برند به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار این مشکل می‌باشند (۲).

ناباروری به عنوان یک بحران، همراه با مسایل جسمی، روانی، اقتصادی و منبع تنش اجتماعی است که تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد (۳). هم‌چنین تشخیص ناباروری، انتظارات زوج‌های نابارور را از زندگی به چالش می‌کشد زیرا ناباروری یک عامل تنش‌زای ناخواسته و غیر برنامه‌ریزی شده است و بسیاری از زوج‌ها از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح این مسئله برخوردار نیستند (۴، ۵).

فعال کلخوران در تحقیقی با عنوان مقایسه‌ی اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی نشان داد که اضطراب و افسردگی در زوج‌های نابارور وجود دارد و مهم‌ترین علت‌های آن نگرش افراد نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است (۲). هم‌چنین بنا بر تحقیقات مشخص گردیده که میزان دلزدگی زناشویی در زوجین نابارور نسبت به زوجین بارور بیشتر است و حتی این مسئله در درمان ناباروری نیز اثرگذار است (۶). از نظر تعریف، دلزدگی به معنای از پا افتادن جسمی، عاطفی و روانی است و از نبود تناسب بین واقعیت موجود و آن چه مورد انتظار فرد بوده است به وجود می‌آید (۷). دلزدگی در زندگی زناشویی، روند تدریجی داشته و با پیشرفت آن می‌تواند به فروپاشی رابطه بینجامد یعنی زمانی می‌رسد که زوجین درمی‌یابند که با وجود تلاش‌های مکرر، این رابطه به زندگی آن‌ها معنایی نمی‌دهد (۸). در حقیقت، زوجین در این روند، به مرحله‌ی فرسودگی می‌رسند.

برخی مطالعات، عوامل مختلفی را در شکل‌گیری فرسودگی موثر دانسته‌اند و یکی از این عوامل، وجود باورهای ارتباطی غیرمنطقی در افراد است (۹). باید توجه داشت که علت بسیاری از سوءتفاهم‌های موجود در زندگی زناشویی، وجود تفکرات غیرمنطقی است و این نوع افکار در ایجاد رابطه‌ی ناکارآمد بین زوجین نقش مهمی دارد (۱۰).

باورهای ارتباطی ناکارآمد، ریشه و علت بسیاری از اختلافات زناشویی است (۱۱) البته وجود مشکلات در زندگی مشترک، به خودی خود به عنوان معضل تلقی نمی‌شود بلکه نحوه‌ی برخورد زوجین با مشکلات ارتباطی در شکل‌گیری اختلافات، نقش مهمی دارد (۱۲، ۱۳). مشخص شده است بین رضایت‌مندی زناشویی و باورهای ارتباطی زوجین، رابطه‌ی

معنی‌داری دیده می‌شود و باورهای غیرمنطقی به گونه‌ای معکوس با رضایت زناشویی ارتباط دارند (۱۴).

مطالعه‌ی چوبفروش‌زاده و همکاران بر روی ۲۴ زن نابارور در شهر یزد با قرارگیری در دو گروه آزمون و شاهد و با استفاده از مدیریت تنش به شیوه‌ی شناختی رفتاری نشان داد که این شیوه، اثر مثبتی در مدیریت تنش زنان گروه آزمون داشته و سطح رضایت زناشویی ایشان را نیز افزایش داده است (۱۵).

نظر به این که تنش ناشی از ناباروری می‌تواند به ساختار روابط زناشویی صدمه زده و موجب کاهش رضایت زناشویی و سلامت ذهن و کیفیت زندگی گردد (۱۶) و با توجه به شیوع ناباروری و همراهی آن با مشکلات روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی (۱۷)، بررسی و ارزیابی راهکارهای مناسب جهت کاهش این مشکلات و برقراری ارتباط مناسب زوجین، ضروری به نظر می‌رسد.

حمایت‌های روان‌شناختی-اجتماعی از زوجین نابارور در طی درمان‌های ناباروری (۱۸) در روند درمانی ناباروری تاثیر دارد و به ارتباط مثبت زوجین کمک می‌کند لذا با توجه به مطالب عنوان شده و این که بررسی باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی در بین زوجین نابارور کمتر انجام شده و مطالعات اندکی در داخل و خارج کشور در این زمینه وجود دارد، نتایج چنین مطالعاتی می‌تواند در بهبود روابط زوجین بارور و نابارور اثرگذار باشد و این مطالعه با هدف بررسی دلزدگی زناشویی و باورهای ارتباطی در میان زوجهای بارور و نابارور مشهد انجام شده است.

روش کار

جامعه‌ی آماری این پژوهش توصیفی-همبستگی در سال ۱۳۹۱ شامل تمام زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک زنان و زایمان و مرکز درمان ناباروری نوین مشهد بود. گروه افراد بارور شامل زوجینی بود که بیش از یک سال از ازدواج‌شان گذشته و دارای حداقل یک فرزند زنده هستند و جهت مراقبت‌های ماهانه و یا مراقبت‌های دوران بارداری به کلینیک زنان مراجعه کرده بودند و گروه زوجین نابارور شامل زوجین بدون فرزند بود که با تشخیص پزشکی ناباروری جهت درمان ناباروری به مرکز درمان ناباروری نوین مراجعه کرده بودند. گروه سنی جامعه‌ی مورد نظر از ۱۸ تا ۴۵ سال بوده و تمام آزمودنی‌ها حداقل دارای سواد خواندن و نوشتن بودند.

با توجه به نوع تحقیق و هدف مورد نظر که بررسی رابطه‌ی باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی در زوجین بارور و نابارور بود و از آن جا که برخی از زوجین تمایلی به همکاری نشان نمی‌دادند، نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس در هر دو گروه بارور و نابارور انتخاب شده بودند. در این پژوهش ۱۳۰ زوج بارور و ۱۳۰ زوج نابارور، پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته، و پرسش‌نامه‌های باورهای ارتباطی اپشتاین و

^۱Infertility

۴. کمال‌گرایی جنسی، انتظار از همسر که رابطه‌ی جنسی تام و کاملی در تمام موقعیت‌ها، بدون توجه به وضعیت او برقرار نماید.

۵. عدم باور درباره‌ی تفاوت‌های جنسیتی به معنی نداشتن درک صحیح از تفاوت‌های شناختی و فیزیولوژیکی زن و مرد و انتظار یکسان داشتن و یا تفاوت‌های ذاتی را علت اختلاف دانستن می‌باشد.

پاسخ‌نامه‌ی سیاهه‌ی باورهای ارتباطی از نوع لیکرت بوده و آزمودنی‌ها عقاید خود را در مورد هر عبارت در قالب یکی از گزینه‌های کاملاً غلط است (۰)، غلط است (۱)، احتمالاً غلط است یا این که بیشتر غلط است تا درست (۲)، احتمالاً درست است یا این که بیشتر درست است تا غلط (۳)، درست است (۴) و کاملاً درست است (۵) بیان می‌کنند.

از جمع امتیازات مربوط به سئوال‌ها هر خرده‌مقیاس، نمره‌ی خرده‌مقیاس محاسبه می‌گردد و با جمع نمره‌های ۶ خرده‌مقیاس، نمره‌ی کل مقیاس باورهای ارتباطی محاسبه می‌شود که دامنه‌ی آن بین ۰ تا ۲۰۰ می‌باشد. نکته‌ی قابل توجه این است که نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی باورهای ارتباطی غیر منطقی‌تر است (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در ایران ۰/۷۲-۰/۸۱ برآورد گردیده است (۲۲).

بعد از جمع‌آوری داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل آماری، از SPSS نسخه‌ی ۱۸ و روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و فراوانی، رگرسیون گام به گام، تحلیل واریانس یک‌طرفه، آزمون تعقیبی شفه، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تی مستقل استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه که با شرکت ۲۶۰ زوج بارور و نابارور انجام شد مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها به این صورت است: از مجموع ۵۲۰ نفر بیشترین افراد با ۳۳/۵ درصد در گروه سنی ۲۵-۳۰ سال و کمترین افراد با ۲/۳ و ۲/۱ درصد به ترتیب در گروه سنی ۲۰-۱۵ سال و ۴۰ سال و بالاتر قرار داشتند. از نظر وضعیت تحصیلی ۶۳/۸ درصد سطح تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۱۲/۷ درصد سطح کاردانی و ۲۲/۹ درصد تحصیلات کارشناسی و بالاتر را گزارش کرده‌اند. از نظر مدت ازدواج ۲۵/۴ درصد افراد ۳ تا ۶ سال و ۲۴/۲ درصد افراد ۶ تا ۹ سال و ۱۱/۲ درصد افراد ۱۲ سال و بیشتر از ازدواج‌شان گذشته بود. در گروه ۱۳۰ زوج نابارور، ۳۲ زوج به مدت ۴-۱ سال، ۵۹ زوج به مدت ۸-۴ سال و ۳۷ زوج به مدت ۸ سال یا بیشتر، با مشکل ناباروری درگیر بودند. هم‌چنین در این گروه در ۲۰ درصد موارد این عامل مربوط به زن، ۲۳/۱ درصد مربوط به مرد، ۱۳/۵ درصد مربوط به هر دو و در بقیه موارد نامشخص بود.

نتایج بررسی پرسش‌نامه‌های باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی در زوجین بارور و نابارور در جداول ۱ و ۲ مشخص گردیده است.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد نمرات تمام ابعاد باورهای ارتباطی در گروه بارور نسبت به گروه نابارور بالاتر است و غیر از موارد باور به تخریب-

آیدلسون و دلزدگی زناشویی پاینز را کامل کردند. لازم به ذکر است که زوجین از پاسخ‌های یکدیگر بی‌اطلاع بودند.

پژوهش در مرکز درمان ناباروری نوین و کلینیک زنان و زایمان اجرا و پرسش‌نامه‌ها بعد از جلب رضایت زوجین در اختیار آن‌ها قرار داده می‌شد. قبل از پر کردن پرسش‌نامه‌ها به زوجین این اطمینان داده می‌شد که تمام اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد بود بنابراین نیازی به نوشتن اطلاعات شخصی نیست و هدف از پژوهش، کمک به خانواده‌ها جهت بهبود روابط آن‌ها می‌باشد.

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته: شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها از قبیل سن، سال ازدواج، بررسی سلامت جسم و روان، داشتن فرزند و در مورد زوجین نابارور، درمان‌های صورت گرفته و عامل ناباروری و تعداد سال‌هایی بود که زوج با ناباروری درگیر هستند.

ب- پرسش‌نامه‌ی دلزدگی زناشویی: به منظور سنجش دلزدگی زناشویی، از پرسش‌نامه‌ی ۲۱ سئوالی پاینز که یک ابزار خودسنجی است، استفاده شد. این مقیاس شامل ۳ بخش اصلی شامل ازپافتادگی جسمانی (خستگی، سستی، اختلال خواب و ...)، ازپافتادگی عاطفی (افسردگی، ناامیدی، در دام افتادگی و ...) و ازپافتادگی روانی (بی‌ارزشی، سر خوردگی، خشم نسبت به همسر و ...) است. تمام این موارد در مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت پاسخ داده می‌شود (۱=هرگز تا ۷=همیشه). این طیف نمره، درجه‌ی دلزدگی زناشویی را نشان می‌دهد. ضریب اطمینان آزمون بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ می‌باشد. ارتباط بین هر یک از موارد با درجه‌ی دلزدگی از نظر آماری در حد اختلاف ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است. آلفای کرونباخ اعتباریابی شده در فاصله‌ی یک ماه برابر ۰/۸۹، دو ماه ۰/۷۶ و برای فاصله‌ی چهارماهه ۰/۶۶ برآورد گردیده است (۱۹).

در ایران ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ در حد کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار بود (۲۰).

ج- پرسش‌نامه‌ی باورهای ارتباطی: مقیاس باورهای ارتباطی ۶۰ سئوالی، اولین بار توسط اپستین و آیدلسون (۱۹۸۲) ساخته شد. در مطالعه‌ی حاضر پرسش‌نامه‌ی ۴۰ سئوالی مورد استفاده قرار گرفت و هر سؤال در مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری گردید. این مقیاس، ۵ باور ارتباطی غیر منطقی را در روابط زناشویی بررسی می‌کند که عبارتند از:

۱. عدم توافق تخریب‌گر به معنای نپذیرفتن، ناراحت شدن و تفسیر منفی نقطه نظرات همسر است.
۲. باور به تغییرناپذیری همسر، اعتقاد به ناتوانی همسر در تغییر رفتارها و تکرار آن‌ها در آینده است.
۳. توقع ذهن‌خوانی یعنی انتظار این که بدون نیاز به گفتن و اظهار کردن، فرد باید احساسات، افکار و نیازهای همسر خود را بداند.

هم‌چنین، لی و همکاران گزارش کردند که رضایت زناشویی در زوجین نابارور کمتر از زوجین بارور است (۲۴)، در مطالعات دیگر نیز مشخص شده است که مشکلات زناشویی در زوجین نابارور افزایش می‌یابد و این مشکلات در برخی موارد به قطع رابطه و جدایی زوج نیز منجر می‌شود (۲۵). نمرات بالاتر در خصوص ازپافتادگی روانی و جسمی در مطالعه‌ی حاضر نیز می‌تواند در درازمدت زندگی زوجین نابارور را تحت تاثیر قرار دهد.

هم‌چنین بنا بر نتایج یک مطالعه که بر روی بهزیستی روان‌شناختی و رضایت‌مندی زناشویی در ۴۰ زن بارور و ۴۰ زن نابارور در شهر تبریز انجام شد مشخص گردید که زنان بارور در بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌هایی نظیر رابطه‌ی مثبت با دیگران از زنان نابارور بالاتر هستند (۲۶). از این نظر با مطالعه‌ی حاضر در مورد باورهای ارتباطی افراد نابارور ناهمسو است.

مظاهری و همکاران در مطالعه‌ی خود دریافتند که سازگاری زناشویی در زوجین بارور و نابارور، تفاوت معنی‌داری ندارد اما نمرات زنان و مردان نابارور نسبت به افراد بارور در شیوه‌ی کنترل حل مسئله به گونه‌ای معنی‌دار متفاوت بود (۲۷). در مطالعه‌ی نکوبخت و همکاران که بر روی ۶۰ زن بارور و ۶۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولی‌عصر (عج) تهران انجام شد مشخص گردید که میزان دلزدگی زناشویی زنان نابارور به طور معنی‌داری بیشتر از زنان بارور است و ۴۰ درصد زنان نابارور دچار درجات زیاد و خیلی زیاد دلزدگی زناشویی بودند در حالی که تنها ۱۶/۷ درصد از زنان بارور میزان دلزدگی زیاد را گزارش نمودند و هیچ کدام آن‌ها دچار دلزدگی خیلی زیاد نبودند (۶). در مطالعه‌ی حاضر نیز افراد نابارور در دو بعد ازپافتادگی جسمی و روانی نسبت به افراد بارور نمرات بالاتری کسب نمودند.

از سویی دیگر برخی مطالعات نتایج متفاوتی نسبت به مطالعات ذکر شده گزارش نموده‌اند. دانیلوک^۱ در مطالعه‌ی خود بیان داشته است که شرکت در مراحل تشخیص و درمان ناباروری سبب افزایش نزدیکی و استحکام رابطه‌ی زوج نابارور می‌گردد (۲۸).

هم‌چنین در همین راستا مطالعات جنیدی و همکاران و رپوکاری^۲ و همکاران، بیان داشته است که در برخی موارد، ناباروری سبب منازعات بیشتر زناشویی نشده بلکه صمیمیت بین زوجین را افزایش می‌دهد (۲۹،۳۰). چنان که در مطالعه‌ی جنیدی و همکاران، میزان خشنودی زنان نابارور بیشتر از زنان بارور گزارش گردید. در خصوص نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز در ابعاد دلزدگی زناشویی، بعد ازپافتادگی عاطفی کمتر و باورهای ارتباطی بهتر در افراد نابارور نسبت

کنندگی و عدم تغییرپذیری همسر که تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری نشان نداده‌اند (به ترتیب $P=0/28$ ، $P=0/21$) سایر ابعاد در گروه‌های بارور و نابارور با هم تفاوت معنی‌داری داشته‌اند.

جدول ۱- مشخصه‌های توصیفی ابعاد باورهای ارتباطی در زوجین بارور و

| نابارور | | بارور | |
|-------------------------------|---------|---------|--------------|
| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار |
| باور به تخریب‌کنندگی | نابارور | ۲۰/۱۲۵ | ۵/۳ |
| | بارور | ۲۲ | ۹/۵ |
| توقع ذهن‌خوانی | نابارور | ۲۴/۶۷ | ۶/۲ |
| | بارور | ۲۸/۵۲ | ۵/۴ |
| باور به عدم تغییرپذیری همسر | نابارور | ۲۴/۱ | ۸/۰۸ |
| | بارور | ۲۶/۲ | ۶/۷ |
| کمال‌گرایی جنسی | نابارور | ۱۶/۴ | ۶/۳ |
| | بارور | ۲۰/۰۵ | ۸/۲ |
| باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی | نابارور | ۲۰/۹ | ۶/۸ |
| | بارور | ۲۴/۹ | ۷/۲ |

در بین ابعاد دلزدگی زناشویی تنها ازپافتادگی روانی در بین گروه‌های بارور و نابارور تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهد ($P=0/001$) و نمرات آن به صورت معنی‌داری در افراد نابارور بالاتر است هر چند که نمرات بعد ازپافتادگی جسمی در گروه نابارور بالاتر است اما اختلاف معنی‌داری ندارد و ازپافتادگی عاطفی در گروه بارور بیشتر گزارش شده است اما اختلاف معنی‌داری ندارد که می‌تواند به دلیل باورهای ارتباطی این افراد باشد.

جدول ۲- مشخصه‌های توصیفی ابعاد دلزدگی زناشویی در زوجین بارور و

| نابارور | | بارور | |
|------------------|---------|---------|--------------|
| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار |
| ازپافتادگی جسمی | نابارور | ۲۷/۱۵ | ۳/۱۱ |
| | بارور | ۲۶ | ۶/۵ |
| ازپافتادگی روانی | نابارور | ۲۷/۱۵ | ۳/۱۱ |
| | بارور | ۲۶ | ۶/۵ |
| ازپافتادگی عاطفی | نابارور | ۲۳/۱۲ | ۶/۳۳ |
| | بارور | ۲۵ | ۲/۲۳ |

بحث

با توجه به نتایج ذکر شده مشخص گردید که گروه بارور در تمام ابعاد باورهای ارتباطی نسبت به گروه نابارور، نمرات بالاتری به دست آورده‌اند که نشان‌دهنده‌ی باورهای بهتر ارتباطی در گروه افراد نابارور می‌باشد. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی ملایی‌نژاد و همکاران مشخص گردید که حدود نیمی از زنان نابارور، سازگاری زناشویی نداشته و در روابط خود با همسر، دچار مشکل هستند (۲۳). در حالی که در مطالعه‌ی حاضر نمرات باورهای ارتباطی در افراد نابارور کمتر گزارش گردید.

^۱Daniluk

^۲Repokari

رابطه‌ی متغیرهای جمعیت‌شناختی با میزان نمرات باورهای ارتباطی و دلزدگی زناشویی بررسی گردد.

نتیجه‌گیری

بر طبق نتایج، زوجین نابارور نسبت به زوجین بارور نمرات کمتری در باورهای ارتباطی غیر منطقی دریافت نمودند ولی در دو بعد از پافنادگی روانی و جسمی، دلزدگی زناشویی بیشتری نسبت به گروه بارور تجربه می‌کنند.

به افراد بارور شاید به دلیل همین افزایش صمیمیت در حین مراحل درمانی ناباروری باشد.

با توجه به مطالب بالا و نقش مهم روابط زناشویی به عنوان یک منبع حمایتگر حتی از نظر درمان ناباروری، نشان‌دهنده‌ی اهمیت این مسئله است (۳۱،۳۲).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم همکاری برخی از زوجین در تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی

References

1. Shahsavari Isfahani S, Morshed Behbahani B, Beigzadeh Sh, Sobhanian S. [Epidemiological factors associated with infertility in infertile couples referred to clinic of Peymaniyeh Hospital in Jahrom in years 1999-2009]. Journal of science and health 2010; 5(supp the 6th Iranian Epidemiology Conference): 51. (Persian)
2. Faal Kalkhoran L, Bahrami H, Farrokhi NA, Zeraati H, Tarahomi M. [Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran]. Journal of reproduction and infertility 2011; 12(2): 157-62. (Persian)
3. Gibson DM, Myers JE. The effect of social coping resources and growth-fostering relationships on infertility stress in women. J Ment Health Couns 2002; 24: 68-80.
4. Peterson BD, Newton CR, Feingold T. Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. Fertil Steril 2007; 88: 911-4.
5. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark: Epidemiology and psychosocial consequences. Dan Med Bull 2006; 53: 390-417.
6. Nikoubakht N, Karimi U, Bahrami H. [Couple burnout among fertilized and unfertilized women referred to Valieasr Reproductive Center, Tehran]. Iranian journal of epidemiology 2011; 7(1): 32-7. (Persian)
7. Lingren HG. Marriage burnout. (cited 2003). Available from: <http://utahmarriage.org>.
8. Van Plet MA. Crossover of burnout among health care professionals. J Marr Fam 2009; 85: 210-30.
9. Balver RT. Professional nursing burnout and irrational thinking. Journal article springer link 2006; 12: 23-135.
10. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. 5th ed. New York: Brooks/Cole publishing company; 1996.
11. Ellis A. Overcoming destructive beliefs, feelings and behaviors. Amherst, NY: Prometheus books; 2001.
12. Epstein N. Cognitive marital therapy: Multi level assessment and intervention. Journal of rational-emotive therapy 1986; 4: 68-81.
13. Gottman J. What predict divorce? Hillsdale. N. J: Erlbaum; 1994.
14. Bradbury TN, Fincham FD, Beach SRH. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. Journal of marriage and the family 2000; 62: 964-80.
15. Choobforoushzadeh A, Kalantari M, Molavi H. The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on marital satisfaction in infertile women. Journal of fundamentals of mental health 2010; 12(3): 596-603. (Persian)
16. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control and interpersonal conflict. J Marr Fam 1992; 54: 408-17.
17. Talaei A, Kimiaei SA, Borhani Moghani M, Moharreri F, Talaei A, Khanghaei R. [Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on depression in infertile women]. Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility 2014; 17: 1-9. (Persian)
18. Agostini F, Monti F, De Pascalis L, Paterlini M, Battista La Sala G, Blickstein I. Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment. Fertil Steril 2011; 95(2): 707-10.
19. Pines A. Couple burnout: Causes and cures. New York: Routledge; 1996.
20. Naderi F, Eftekhar Z, Amola Zadeh S. The associations of personality characteristics and intimate relationships in spouses of drug dependents men. Woman and culture 2011; 3(9): 83-98. (Persian)
21. Bradbury TN, Fincham FD. Assessing dysfunctional cognition in marriage. Psychol Assess 1993; 5(1): 92-101.
22. Sahebi A. Research method in clinical psychology. Tehran: Samt publication; 2004. (Persian)

23. Mollaeinejad M, Jafarpour M, Jahanfar Sh, Jamshidi R. [The relationship between marital adjustment and stress induced by infertility among women referred to Isfahan Infertility Treatment Center, 1999]. Quarterly journal of fertility and infertility 2000; 2: 26-39. (Persian)
24. Lee T, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. J Hum Reprod 2009; 16: 1762-7.
25. Kemman E, Cheron C, Bachman G. Good luck rites in contemporary infertility. Reprod Med 1998; 43(3): 196-8.
26. Hatamloy-e-Saedabadi M, Hashemi Nosratabad T. [The comparison of psychological wellbeing and marital satisfaction in the fertile and infertile women]. Health psychology 2012; 1: 20-31. (Persian)
27. Mazaheri MA, Keighobadi F, Faghihimani Z, Ghashang N, Patou M. [Problem solving styles and marital satisfaction in fertile and infertile couples]. Quarterly journal of fertility and infertility 2001; 3: 23-31. (Persian)
28. Daniluk JC. Infertility: Interpersonal and intrapersonal impact. Fertil Steril 1988; 49: 982-90.
29. Joneidi E, Noorani Sadeddin Sh, Mokhber N, Shakeri MT. [The comparison of marital satisfaction among fertile and infertile women referred to treatment centers in Mashhad]. Iranian journal of obstetrics, gynecology and infertility 2009; 12(1): 7-16. (Persian)
30. Repokari L, Punamaki RL, Unkila-Kallio L, Vilks S, Polikkeus P, Sinkkonen J. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Hum Reprod 2007; 22(5): 1481-91.
31. 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.
32. Laffont I, Edelman RJ. Perceived support and counseling needs in relation to in vitro fertilization. J Psychosom Obstet Gynaecol 1994; 15(4): 183-8.

