

مقایسه نگرش عشق در زنان بارور و نابارور

وحید خوش روش^۱، نوشین قریب پناه^۲، رقیه رضوی فر^۳، زهرا پرک^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 درجه 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 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. این پژوهش ۱۵۰ زن نابارور مراجعه کننده به موسسه ناباروری مهر و بارور به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و اطلاعات بر اساس سوالات دموگرافیک و پرسشنامه نگرش های مربوط به عشق هندریک و هندریک (۱۹۸۶) جمع آوری و مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته شده است. در این 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 که بین نگرش به عشق در دو گروه تفاوت وجود دارد ($P < 0/01$).

واژه های کلیدی: نگرش به عشق، زنان بارور، زنان نابارور

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
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^۱، 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 دادفر و 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 درمان ها، 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 کیفیتی فرد شده و در نهایت به سازگاری ضعیف در فرد منجر می گردد.

^۱.Miro

مطالعات نشان می‌دهند که عوامل روانشناختی (نگرش به عشق) می‌توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم پیامد آن تلقی شوند. در این راستا، شواهد فراوانی نشان می‌دهند مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (کی، چانگ، ربار و سولز^۱، ۱۹۹۵؛ دومار، کپ و اسلاسی، ۲۰۰۰ به نقل از حاتملوی سعدآبادی، ۱۳۹۱) و یا منجر به تاثیر در نتیجه درمانهای پزشکی گردند.

ناباروری می‌تواند با ایجاد تداخل در نقش و هویت والدین علاوه بر مشکلات روانشناختی به عنوان یک ضربه پرقدرت بر علیه روابط بین زوجین و استحکام خانواده نیز عمل نماید. (فیدلر و برنستین، ۱۹۹۹؛ به نقل از لعلی ثانی، ۱۳۹۰).

در زمینه نقش نگرشبه عشق در ناباروری و درمانهای طولانی آن، راه دلیلی برای افزایش حمایت‌های زوجین از یکدیگر و افزایش صمیمیت و گروهی آنها دلیلی برای افزایش مشاجرات خانوادگی و حتی طلاق عنوان نموده اند به نظر میرسد در این راستا تاثیرات فرهنگ و اعتقادات نقش به سزایی داشته باشند.

یکی دیگر از عوامل مرتبط با ناباروری، باورهای غیر منطقی می‌باشد، مدل شناختی بک نظر بر آن است که تجربه در افراد، به تشکیل فرضها و یا طرحواره هایی درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرضها یا طرحواره ها، خود، در سازمان بندی ادراک و در کنترل ارزیابی رفتار، مورد استفاده قرار می‌گیرند. توانایی پیش بینی تجربه های فردی و معنی بخشیدن به آنها امری سودمند و در واقع ضروری برای کارکرد بهنجار است. اما برخی از فرضها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند و در نتیجه "ناکارآمد" یا نابارور هستند (قاسم زاده، ۱۳۹۰). باورها تحت تاثیر و تجارب بین فردی در دوران کودکی شکل می‌گیرند و به مرور از طریق فرایند پردازش اطلاعات تقویت می‌شوند. باورهای ناکارآمد در فرایند پردازش اطلاعات تحریف ایجاد می‌کنند و چنین چیزی سبب می‌شود که فرد در طول رشد، شواهد خلاف باورهای خود را کم رنگ کند و نادیده بگیرد و تنها به شواهدی توجه کند که در راستای تأیید باورهای او هستند. باورها فرضیه هایی درباره ی خود، جهان و آینده هستند (قهاری، ۱۳۹۰). بک و همکارانش (۱۹۹۰) به چند نمونه از باورهای مرکزی اشاره کرده اند مثل آسیب پذیری، بی عرضگی^۲، نالایی^۳، نیازمندی^۴، ضعف^۵، درماندگی^۶، مستقل، سلطه پذیری مسئولیت پذیری، کفایت، پرهیزکاری، ساده لوحی، خاص، منحصر به فرد، جذاب و با عظمت (لیهی، ترجمه حمیدپور، اندوز، ۱۳۸۹).

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 می‌تواند بر روند درمان تاثیرات نامطلوبی به جا گذارد و البته شدت استرس بسته به نوع فرهنگ قومی و باورهای فردی می‌تواند متفاوت باشد.

به نظر می‌رسد 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 و باورهای غیر منطقی می‌شود از سوی دیگر پاسخ

^۱ . Kay . Chang, Rbar Of Souls

^۲ . Inpet

^۳ . Incompetent

^۴ . Needy

^۵ . Weak

^۶ . Helpless

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 نگرش عشق در زنان بارور و نابارور بررسی می شوند.

۲. مبانی تحقیق

عشق پدیده ای است که از دیر باز ذهن مردم را به خود مشغول کرده است. عشق لذتی است که موضوع آن زیبایی است. همگان آن را تجربه خواهند کرد و به آن نیازمندند. عشق بر سلامت روان تاثیرات زیادی می گذارد. مثلا کاهش فشار خون و کاهش ابتلا به افسردگی، بهبودی سریع تر زخم ها و کنترل طبیعی درد، کنترل بهتر استرس و طول عمر بیشتر. و هر فرد در طول عمر خود به این پدیده برخورد خواهد کرد که یا در آن موفق می شود یا در آن شکست می خورد و در آن صورت خاطره ی تلخی از آن عشق برای آن شخص باقی می ماند. هر کس به دلایل خاصی به سراغ عشق می رود مثلا برای بیان استقلال خود یا ترس از تنهایی و کمبود محبت و به دلیل ترشح هورمون ها و در مواردی هم برای ازدواج و تشکیل خانواده. هر کس نیز عاشق خصوصیت خاصی از طرف مقابل می شود مثلا عضی از افراد عاشق کسی می شوند که مثل خودشان است و یا آن چیزی که دوست دارند در آینده شوند در واقع آنها عاشق "من ایده آل" می شوند گروه دیگری نیز عاشق کسی می شوند که با او در تضاد اند. روانشناسان هنوز هم بر سر این موضوع که عشاق باید مکمل یگدیگر باشند یا مشابه هم دیگر، اختلاف نظر دارند (سلطانی، ۱۳۹۵).

ارائه ی تعریف دقیق از عشق کار چندان ساده ای نیست و هرکس با توجه به درجات تجارب خود از روابط و دلبستگیها دیگران می تواند تعریفی شخصی از آن ارائه نماید. افراد در بیان مفهوم عشق از محبت و صمیمیت ساده تا علاقه ی شدید و تا حد ایثار و فداکاری در برابر معشوق را عنوان می کنند. بعضی روابط عاشقانه در محبت و صمیمیت خلاصه می شود، برخی علاوه بر صمیمیت توأم با غریزه ی جنسی و شهوت نیز می باشد. و در بعضی روابط علاوه بر صمیمیت و شهوت نوعی تعهد زناشویی و احساس وظیفه و مسئولیت در روابط عاشقانه نیز به چشم می خورد. آنچه مسلم است روابط اجتماعی سالم دختر و پسر مورد نظر ما هیچیک از عناصر صمیمیت، شهوت و تعهد زناشویی را در بر ندارد چرا که منظور ما تنها تعامل ساده ی اجتماعی دو انسان از دو جنس مختلف بدون هیچ نوع دلبستگی و عشق می باشد. عشق و دوستی های این چینی دوره نوجوانی صرف نظر از درستی یا نادرستی، پختگی یا ناپختگی، واقعی یا غیر واقعی بودن آن، تاثیر شگرفی بر سلامت روانی خانواده ها و فرزندان و سرنوشت آینده هر دو طرف دختر یا پسر بر جای میگذارد که تاثیرات سوء ناشی از آن با توجه به قرار گرفتن نوجوانان در سنین و شرایط بسیار حساس زندگی برخی مواقع جبران ناپذیر خواهد بود (راگر، ۱۹۹۵، به نقل از رضایی، ۱۳۹۴).

۳. روش شناسی تحقیق

تحقیق حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای گاهی این روش پژوهش، مقطعی و پس‌رویدادی نیز نامیده می‌شود. در این روش پژوهشگر نسبت به متغیر پیش‌بین کنترل مستقیم ندارد چون در شرایط دیگر رخ داده و صرفاً نوع و میزان تاثیرش بر متغیر ملاک در زمان حاضر مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (گال، بورگ و گال، ۱۹۴۲، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۶). روش نمونه‌گیری در این پژوهش، روش در دسترس می‌باشد. 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

پرسشنامه نگرش های مربوط به عشق LAS : LOVE ATTITUDES SCALE

این پرسشنامه توسط هندریک و هندریک بر پایه الگوی «لی» از عشق در سال ۱۹۸۶ ساخته شده است. تأیید تحلیل عاملی نشان داده است که ساختار عرضه شده «لی» توانایی کاربرد در فرهنگهای چندگانه را دارد (نتو و همکاران، ۲۰۰۰) پرسشنامه حاضر در آغاز دارای ۴۲ گویه بود. اما دومین تجزیه و تحلیل عامل تأییدی به کاهش یک سری از گویه‌ها منتهی شد که تعداد گویه‌ها به ۲۴ رسید. مقیاس نگرش های مربوط به عشق از نوع لیکرت است و می‌تواند ابعاد شش‌گانه عشق را به صورت کمی و پیوسته نشان دهد. گزینه‌های این پرسشنامه به صورت ۴ گزینه‌ای از خیلی موافقم تا خیلی مخالفم مشخص شده‌اند، نمره‌های که فرد در هر خرد هم‌مقیاس بدست می‌آورد، بیانگر میزان نگرشی است که نسبت به آن خرده مقیاس دارد. نمره بالاگرایش بالاتر خرده مقیاس مربوطه و نمره پایین گرایش اندک‌تر به آن نشان می‌دهد (نتو و همکاران، ۲۰۰۰).
زیر مقیاس های پرسشنامه نگرش های مربوط به عشق:

| |
|---------------------------|
| اروس (عشق رمانتیک) |
| لودوس (عشق بازیگرانه) |
| استورگ (عشق دوستانه) |
| پراگما (عشق واقع‌گرایانه) |
| مانیا (عشق شهوانی) |
| آگاه (عشق فداکارانه) |

یکی از مهمترین عوامل تعیین‌کننده پویایی‌های روابط زناشویی وجود عشق و نگرش آن است. عشق و سبک‌های عشق ورزی عامل موثری بر نگرش روابط زناشویی است. از مهمترین و مورد توجه‌ترین نظریه‌هایی که به تبیین انواع عشق می‌پردازد نظریه شش‌بعدی لی است. در این نظریه عشق رمانتیک، عشق توأم با میل فیزیکی شدید به معشوق است در عشق دوستانه که طی آن صمیمیتی لذت‌بخش به آهستگی رشد می‌یابد. عشق بازیگرانه که هیچ تعهدی در آن نیست و کوتاه مدت است، عشق شهوانی که باعث عصبی شدن شخص می‌گردد، عشق واقع‌گرایانه که عشق منطقی است و عشق فداکارانه که همراه با بخشندگی زیاده از حد است (کونل و بورلسون، ۲۰۰۳). این پرسشنامه در ایران در سال ۱۳۹۲ توسط دکتر مقیمی و دکتر رمضان مورد ترجمه و ویرایش قرار گرفت و اعتبار آن ۰/۷۲ بدست آمد در پژوهش حاضر جهت انجام محاسبات آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری زیر استفاده گردید:

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 | | نگرش به عشق |
|------------------|--------------|-------------|
| تعداد داده‌ها | | ۱۵۰ |
| پارامترهای نرمال | میانگین | ۵۷/۷۴ |
| | انحراف معیار | ۱۲/۱۲ |
| بیشترین انحراف | | ۰/۱۴۸ |

| | | |
|------------------------------------|------|--------|
| | مثبت | ۰/۱۳۱ |
| | منفی | -۰/۱۴۸ |
| کولموگروف - اسمیرنوف مقدار آماره ی | | ۱/۸ |
| (دو دامنه) Sig مقدار | | ۰/۰۰۳ |

فرضیه: بین نگرش عشق در زنان بارور و نابارور تفاوت وجود دارد.

جدول ۴-۲۰: آزمون باکس برای شرط همگنی ماتریس های واریانس / کواریانس در متغیرهای اصلی پژوهش

| | |
|--------|--------------|
| ۳۷/۱۴ | باکس |
| ۶/۱۲ | F |
| ۶ | درجه آزادی ۱ |
| ۲۱۳۴/۷ | درجه آزادی ۲ |
| ۰/۲۳۴ | سطح معناداری |

همانطور که در جدول ۴-۲۰ 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 ($P=0/234$ ، $F=6/12$ و $BOX=37/14$).

همگنی واریانس های خطای متغیرها

در جدول ۴-۲۱ بررسی همگنی واریانس های خطای متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه گزارش شده اند.

جدول ۴-۲۱- نتایج بررسی همگنی واریانس های خطای متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه

| متغیر | آماره F لوین | سطح معنی داری |
|-------------|--------------|---------------|
| اروس | ۴/۶۰ | ۰/۲۳۳ |
| لودس | ۶/۹۴ | ۰/۱۲۹ |
| استورگ | ۱۰/۲۶ | ۰/۲۱۲ |
| پراگما | ۳/۹۴ | ۰/۴۴۹ |
| مانیا | ۱۲/۸۰ | ۰/۳۱۳ |
| آکاپه | ۲۰/۶۲ | ۰/۲۴۸ |
| نگرش به عشق | ۹/۵۳ | ۰/۲۴۱ |

یافته‌های جدول ۴-۲۱- نشان می‌دهد که آماره F آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرها در گروه‌های پژوهش برای نگرش به عشق (۹/۵۳)، اروس (۴/۶۰)، لودس (۶/۹۴)، استورگ (۱۰/۲۶)، پراگما (۳/۹۴)، مانیا (۱۲/۸۰)، آکاپه (۲۰/۶۲)، نگرش به عشق (۹/۵۳) معنی‌دار نمی‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس‌های خطای این متغیرها در گروه‌ها همگن می‌باشد.

جدول ۴-۲۲: نتایج آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس برای متغیر نگرش به عشق و مولفه‌های آن پژوهش

| نام آزمون | مقدار | F | درجه آزادی فرضیه‌ها | خطای درجه آزادی | P | مجذور اتا |
|-------------------|-------|-------|------------------------|--------------------|-------|-----------|
| اثر پیلابی | ۰/۶۲۴ | ۳۹/۵۴ | ۶ | ۰/۱۴۳ | ۰/۰۰۰ | ۲۳۷/۲۶ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۳۷۶ | ۳۹/۵۴ | ۶ | ۰/۱۴۳ | ۰/۰۰۰ | ۲۳۷/۲۶ |
| اثر هتلینگ | ۱/۶۵ | ۳۹/۵۴ | ۶ | ۰/۱۴۳ | ۰/۰۰۰ | ۲۳۷/۲۶ |
| بزرگترین ریشه خطا | ۱/۶۵ | ۳۹/۵۴ | ۶ | ۰/۱۴۳ | ۰/۰۰۰ | ۲۳۷/۲۶ |

نتایج جدول ۴-۲۲- 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 ($P < 0.001$, $F = 39.54$, $\lambda = 0.376$ ، 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 ۰/۳۷۶ درصد است. یعنی ۳۷/۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

جدول ۴-۲۳: 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 |
|--------------|---------|----|---------|-------|-------|----------|------------|
| اروس | ۴۹۶/۸۶ | ۱ | ۴۹۶/۸۶ | ۱۶/۴۸ | ۰/۰۰۰ | ۱۶/۴۸ | ۱ |
| لودس | ۹۳۲/۵۰ | ۱ | ۹۳۲/۵۰ | ۱۸/۲۳ | ۰/۰۰۰ | ۱۸/۲۳ | ۱ |
| استورگ | ۷۶۱/۶۲ | ۱ | ۷۶۱/۶۲ | ۱۹/۹۳ | ۰/۰۰۰ | ۱۹/۹۳ | ۱ |
| پراگما | ۴۶۸/۱۶ | ۱ | ۴۶۸/۱۶ | ۱۴/۹۱ | ۰/۰۰۰ | ۱۴/۹۱ | ۱ |
| مانیا | ۸۱۲/۰۰۷ | ۱ | ۸۱۲/۰۰۷ | ۲۰/۱۵ | ۰/۰۰۰ | ۲۰/۱۵ | ۱ |
| آکاپه | ۴۶۸/۱۶ | ۱ | ۴۶۸/۱۶ | ۱۴/۹۱ | ۰/۰۰۰ | ۱۴/۹۱ | ۱ |
| نگرش به عشق | ۱۱۸۶/۷۰ | ۱ | ۱۱۸۶/۷۰ | ۱۷/۵۹ | ۰/۰۰۰ | ۱۷/۵۹ | ۱ |

همانطور که در جدول شماره ۴-۲۳ دیده می‌شود متغیرهای نگرش به عشق و مولفه‌های آن در زنان بارور و نابارور مورد مقایسه قرار گرفته است. F بدست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه‌ها در متغیرهای نگرش به عشق ($f = 17.59$)؛ اروس ($P < 0.01$, $\text{sig} = 0.000$ ؛ $f = 16.48$)، لودس ($P < 0.01$, $\text{sig} = 0.000$ ؛ $f = 18.23$)؛ استورگ ($P < 0.01$, $\text{sig} = 0.000$ ؛ $f = 19.93$)؛ پراگما ($P < 0.01$, $\text{sig} = 0.000$ ؛ $f = 14.91$)؛ مانیا ($P < 0.01$, $\text{sig} = 0.000$ ؛ $f = 20.15$)؛ آکاپه ($P < 0.01$, $\text{sig} = 0.000$ ؛ $f = 14.91$)؛ نگرش به عشق ($P < 0.01$, $\text{sig} = 0.000$ ؛ $f = 17.59$)؛

استورگ (f=۱۹/۹۳؛ sig<۰/۰۱ P)، پراگما (f=۱۷/۵۹؛ sig<۰/۰۱ P)، مانیا (f=۲۰/۱۵؛ sig=۰/۰۰۰)؛ آگاهیه (f=۵۴/۹۲؛ sig<۰/۰۱ P)، معنادار می باشد.

۵. بحث و نتیجه گیری

فرضیه: بین نگرش عشق 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)، زمانی و همکاران (۱۳۹۴)، لعلی ثانی (۱۳۹۰) رشیدی و همکاران (۱۳۸۹)، امان الهی و همکاران (۱۳۹۱)، معصومی و همکاران (۱۳۹۴) غفاری و همکاران (۱۳۸۷) مورا- راموس و همکارانش (۲۰۱۰)، جنزانی و همکارانش (۲۰۱۷)، لینگ و همکاران (۲۰۱۵)، مونگا و همکاران (۲۰۱۴)، دومار و همکاران (۲۰۱۷) گالهدو و همکاران (۲۰۱۷)، اسمیت و همکاران (۲۰۱۵) سوپریا هاجلا و همکاران (۲۰۱۵) همسو می باشد. در تبیین نتیجه فوق باید گفت که اختلافات بارزی در هویت جنسی و واکنش های روانی نسبت به مسئله نا باروری وجود دارد که من حیث المجموع زن نا بارور به مراتب بیشتر از همسر خود نسبت به آن حساسیت نشان داده و از آن مضطرب می باشد. در کل زنان با آرزوهای پرورش یافته اند که در آینده مادر خواهند شد. علیرغم دیگر اهداف و آرزوهای زندگی این پیام همیشه واضح و روشن بوده است. اصل مادر شدن اولاً ترین وظیفه در زندگی زن می باشد. در مورد مردان بایستی اظهار داشت که انتظاراتی متفاوت را از پدر شدن و تشکیل خانواده در ذهن خود می پروراند. در تفکر روانکاوانه، هویت مادرانه زمینه را برای مادر شدن فراهم می کند، اما ناباروری فرصت بدست آوردن این موقعیت و یا فرصت اصلاح کمبود های مادرانه را در هم می ریزد. به دنیا آوردن فرزند و مادر شدن تحت تاثیر ناباروری قرار می گیرد، تعیین تصورات مادرانه هم در بسیاری از زنان در هم ریخته و باعث تفسیر اعمال درونی و بیرونی آنها می گردد. از طرفی افزایش ظرفیت تنظیم شناختی هیجان در برخورد با مسائل مربوط به ناباروری و افزایش ظرفیت بخشودگی در آنان می تواند زمینه را برای آرامش بیشتر در مورد این مساله هموار کند. محققین بر این باورند که دستیابی به توسعه بهداشت در جهان، بدون توجه به اهمیت سلامت زنان و در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی در ابعاد گوناگون سیاست ها و برنامه های بهداشت و توسعه و همچنین اجرای برنامه های توانمندسازی و پیشرفت زنان، ممکن نیست. سلامت زنان، مطمئن ترین راه برای رسیدن به زندگی با کیفیت برای همگان است و ظرفیت سازی و توانمندسازی آنان جهت مشارکت، پیش نیازهای اصلی برای ارتقای بهداشت و نیل به اهداف سلامت جامعه است.

منابع

- امان الهی فرد عباس (۱۳۹۱). مقایسه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور. فصلنامه مشاوره - کاربردی. ۱۳۹۱؛ ۲(۱): ۸۵-۷۷.

- حسن زاده لیف شاگرد منیره، ترخان مرتضی، تقی زاده محمد احسان (۱۳۹۱). اثربخشی ایمن سازی در مقابل استرس بر استرس ادراک شده زنان باردار با سابقه ناباروری پرستاری و مامایی جامع نگر، سال ۲۳، شماره ۷۰، پاییز و زمستان ۹۲ صفحات ۲۷-۳۴

- دادفر فرشته ، دادفر محبوبه، کولیوند پیرحسین . (۱۳۹۴). مقایسه فراوانی و شدت عوامل استرس زا در زو جهای نابارور تحت درمان تلقیح داخل رحمی، تحت درمان تلقیح درون سیتو پلاسمی اسپرم و بدون درمان.مقاله پژوهشی. ۱۳۹۴. ۴(۱)
- زمانی سیده نرجس، قاسمی مریم ، جوکار الهه ، خضری مقدم نوشیروان (۱۳۹۴).مقایسه افسردگی و کیفیت زندگی زنان نابارور، بارور و دارای سقط های مکرر. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۹۴؛ ۶(۱۵):۸۳-۷۸
- 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
- غفاری،(۱۳۸۷) ارتباط بین سازگاری خانواده باسلامت روانی و سطح ارضاء نیازهای روانشناختی زنان نابارور،خلاصه مقالات کنگره آسیب شناسی خانواده در ایران،تهران،دانشگاه شهیدبهشتی.
- لعلی ثانی فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه ای صمیمیت زناشویی و رضایت از زندگی در زنان بارور و نابارورمراجعه کننده به مرکز ناباروری شهید صدوقی یزد . ۱۳۹۰. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی .دانشگاه الزهر(س) . دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

۱ . 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.

۲ .Keye, Chang, Rebar, & Soules (۱۹۹۵) Religious participation and marital commitment. Rev Relig Res. ۱۹۹۵؛ ۳۰(۴): ۳۸۷-۴۰۰.

۳ . Mariana Moura-Ramos (۲۰۱۰) Religion and family in the ۱۹۸۰s: Discovery and development. J Marriage Fam. ۲۰۱۰؛ ۵۲: ۹۸۳-۹۹۲.

۴ . Monga (۲۰۱۴) The threefold cord: Marital commitment in religious couples. J Fam Issues. ۲۰۱۴؛ ۲۹(۵): ۵۹۲-۶۱۴.

۵ . Smith. L (۲۰۱۵) . 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. ۲۰۱۵؛ ۱۵(۴): ۵۵۹-۵۹۶.