

مقایسه تعارضات زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان نابارور و بارور

زهرا زارع^۱

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تعارضات زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان نابارور و بارور انجام گرفت. این مطالعه توصیفی - علی مقایسه‌ای بر روی ۶۰ زن نابارور و ۶۰ زن بارور به شیوه در دسترس انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس تعارضات زناشویی کانزاس و مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو- ۲۰ (TAS-۲۰) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۴ و روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که تفاوت دو گروه بارور و نابارور در متغیر ناگویی هیجانی ($F=۱۸/۷۵, P<۰/۰۱$) زیرمقیاس‌های مشکل در شناسایی احساسات ($F=۱۶/۸۷, P< ۰/۰۱$) و مشکل در بیان احساسات ($F=۳/۸۰, P<۰/۰۵$) معنادار است. زنان نابارور به‌طور کلی در معرض مشکلات روان‌شناختی جدی‌تری در مقایسه با زنان بارور قرار داشتند. با توجه به وجود این مشکلات در زنان نابارور، حضور روانشناسان در مراکز تشخیص و درمان ناباروری ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: مقایسه تعارضات زناشویی، ناگویی هیجانی، زنان نابارور و بارور.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

یکی از توانایی‌های انسان تولیدمثل است که سمبلی از جاودانگی و میل به حیات را در وی نشان می‌دهد. این نوع رفتار بر شخصیت انسان و اجتماع اثرات پایداری می‌گذارد. به طوری که حیات فرد و جامعه مبتنی بر این کارکرد است. نقطه مقابل قابلیت باروری را ناباروری گویند. ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است، شاید به همین دلیل است برخی از پژوهشگران پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنش‌های سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (راستی و همکاران، ۱۳۹۱). بر اساس مطالعات انجام شده 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 ناباروری می‌شوند. تعداد زوج‌های نابارور در ایران حدود سه میلیون نفر و در دنیا حدود پنجاه میلیون نفر تخمین زده شده است (برگی، ۱۹۹۵؛ به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). ناباروری و درمان آن به عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش والدین، نه تنها باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌شود، بلکه می‌تواند به عنوان یک ضربه شدید برعلیه روابط زوجین و استحکام خانواده عمل کند (شاهوردی و همکاران، ۱۳۹۴). فریریرا و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به تأثیر ناباروری و میزان باروری بر رضایت زناشویی پرداختند و در این تحقیق روشن شد که میزان باروری ممکن است بر تمام رضایت زناشویی تأثیر نگذارد، اما بر جنبه‌های بسیار مهم زندگی زوجین تأثیر می‌گذارد مانند صمیمیت عاطفی، تمایلات جنسی و ارتباطات، تعارض در نگه داری زندگی و استقلال والدینی. به نظر می‌رسد که ناباروری می‌تواند در بروز تعارضات زناشویی مؤثر باشد. یک رابطه زناشویی صمیمی مستلزم آن است که زوجین یاد بگیرند باهم ارتباط برقرار کنند و باهم متفاوت باشند. تعارض زمانی به وجود می‌آید که زوجین به دلیل همکاری و تصمیمات مشترکی که می‌گیرند درجات مختلفی از استقلال و همبستگی را نشان دهند که این تفاوت‌ها را می‌توان روی یک پیوستار، از تعارض خفیف تا تعارض کامل طبقه‌بندی کرد (یونگ و لانگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از افخمی و همکاران، ۱۳۸۶). نباید فراموش کرد که پدید آمدن اختلاف و تعارض بین زن و شوهر امری غیرطبیعی نیست. به دلیل ماهیت کنش‌وری همسران در فضای زندگی مشترک، گاه پیش می‌آید که اختلاف دیدگاه بین زوجین روی دهد یا این که نیازهای آن‌ها برآورده نشود نتیجه چنین تعاملات منفی، ناخشنودی، ناامیدی، احساس غم همسران نسبت به یکدیگر گزارش شده است (امراهی و همکاران، ۱۳۹۲). احتمالاً ناگویی هیجانی از جمله عواملی است که می‌تواند در ایجاد این تعارضات تأثیرگذار باشد. افراد دارای این صفت، مشکلاتی را در فهم حالات هیجانی دیگران (برن بائوم و پرینس، ۱۹۹۴) دارند و در روابط^۴ بین فردی، همدلی محدودی را نشان می‌دهند (کریستال، ۱۹۷۹؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱). این نقایص، رابطه نزدیکی با ضعف فرد در حساسیت نشان دادن نسبت به هیجان‌های افراد دیگر دارد و علاوه بر این، وجود

^۱Berga^۲Ferreira^۳Yong & Long^۴Berenbaum & Prince^۵Krystal

ظرفیت برای متمایز کردن هیجان‌های خود از هیجان‌های دیگران، در مدیریت کردن انواع حالات هیجانی، نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کند (بای دلوسکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱). باروری، زایمان و صاحب فرزند سالم شدن در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی می‌باشد که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند و ناباروری از نقاط مهم مولد نگرانی در این گروه است (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). ناباروری، پدیده‌ای است زیستی، روانی و اجتماعی به این معنا که در آن جنبه‌های روانی، فیزیولوژیک، محیط و روابط بین‌فردی در تعامل با یکدیگر قرار دارند، در نتیجه نمی‌توان ناباروری را صرفاً به‌عنوان اختلالی در عملکرد اعضای بدن به حساب آورد، بلکه ابعاد دیگر آن نیز با اهمیت هستند و لازم است به آن توجه شایانی شود (رمضان زاده و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از راستی و همکاران، ۱۳۹۱). ناباروری در سراسر جهان در همه فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی و خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (بویین، ۲۰۰۷؛ به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). نابارور به زوجی اطلاق می‌شود که حداقل یک سال از تصمیم آن‌ها برای فرزنددار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد اما موفق نشده باشند و برای درمان اقدام کرده و از سوی پزشک متخصص تشخیص ناباروری داده شده باشد (آقا محمدیان و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). عده‌ای معتقدند که ناباروری در بیشتر موارد باعث تنش هیجانی می‌شود آن‌ها شدت هیجان ناشی از ناباروری را به‌عنوان بحران ناباروری توصیف می‌کنند و معتقدند که ناباروری، در تمام زمینه‌های ارتباطی، شغلی زوج‌ها تأثیر می‌گذارد (تقوی و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). به علت تفاوت‌های عاطفی بین زنان و مردان تنش ناشی از ناباروری بر زنان بیشتر از مردان است. زنان نابارور از جمله افرادی هستند که در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی قرار دارند (شاهوردی و همکاران، ۱۳۹۴). ناباروری زندگی زوج‌ها را با یک سلسله فعالیت‌هایی پرزحمت درمانی، مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت زوجین، احساس گناه، ناامیدی، افسردگی، کاهش احساس عزت‌نفس و رضایت زوجین و احساس خلأ، اختلال در کیفیت زندگی زناشویی، ترس از پایان رابطه زناشویی و درماندگی و حتی باعث ایجاد تحول روان‌شناختی در زوجین نابارور می‌گردد (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین ناباروری می‌تواند باعث اختلال در روابط زناشویی، جدایی، طلاق، کاهش اعتماد به نفس و افزایش احساس حقارت، احساس طرد شدن و افزایش تعارضات زناشویی در شخص نابارور گردد (شاهوردی و همکاران، ۱۳۹۴). همان‌طور که بیان شد ناباروری می‌تواند در ایجاد تعارضات زناشویی تأثیرگذار باشد. تعارض زناشویی عبارت است از نوعی ارتباط زناشویی که در آن رفتارهای خصومت‌آمیز مثل توهین سرزنش، انتقاد و حمله فیزیکی وجود دارد و زوجین در آن نسبت به یکدیگر احساس کینه، نفرت و خشم داشته و هر یک عقیده دارند «که همسرش انسان نامطلوب و ناسازگاری است که موجب رنجش و عذاب او می‌گردد» (فرح‌بخش، ۱۳۸۳؛ به نقل از افخمی و همکاران، ۱۳۸۶). تعارض، اغلب دلیل مراجعه همسران برای درمان است زوج‌ها ممکن است بدان دلیل به درمانگر مراجعه کنند که نمی‌توانند باهم باشند و یا این‌که از زندگی مشترکشان ناراضی هستند و اغلب برای رفتارهای یکدیگر انگیزه منفی فرض می‌کنند. یکی از ویژگی‌های بارز چنین همسرانی آن است که وقتی طرف مقابلشان چنین رفتاری را

Bydlowski

Boivin

Marital conflic

نشان می‌دهد آن‌ها شروع به ذهن‌خوانی می‌کنند و این تعارض مقداری از انرژی رابطه آن‌ها را می‌گیرد. در این مواقع لازم است که زوج‌ها یاد بگیرند که چگونه مشکلاتشان را حل کنند به‌جای این‌که از ذهن‌خوانی استفاده کنند. بروز تعارض در روابط انسان‌ها امری غیرقابل‌اجتناب است. تعارض پدیده‌ای است که به‌موازات عشق در روابط زناشویی ایجاد می‌شود. تعارض زمانی ایجاد می‌شود که اعمال و رفتار یک فرد با اعمال و رفتار یک فرد دیگر تداخل پیدا می‌کند، هم‌چنین وقتی دو فرد به هم نزدیک‌تر می‌شوند نیروی تعارض افزایش پیدا می‌کند. تعارض بین اعضای خانواده به وحدت و یکپارچگی خانواده آسیب وارد می‌کند (شاهوردی و همکاران، ۱۳۹۴). از نظر گلاسر تعارض زناشویی ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته‌ها، طحوره‌های رفتاری و رفتار غیرمسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (به نقل از افخمی و همکاران، ۱۳۸۶). از لحاظ روانی، اکثر افراد وجود تعارض در روابط زناشویی را بی‌نهایت تنش‌زا تجربه می‌کنند (هالفورد، ۲۰۰۱؛ به نقل از افخمی و همکاران، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد تعارضات زناشویی به‌عنوان یک هیجان در رابطه زناشویی محسوب می‌شود و ناگویی هیجانی می‌تواند در ایجاد این تعارضات تأثیرگذار باشد. ایورارد (۱۹۹۸) معتقد است که رابطه جنسی یک هیجان است و باید به‌عنوان یک هیجان مطالعه شود. رابطه جنسی نه‌فقط هیجان را برمی‌انگیزاند بلکه از روشی که زوجین به حوادث منفی و مثبت در رابطه واکنش هیجانی نشان می‌دهند تأثیر می‌گیرد. توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه رضایت‌بخش، نیاز به توانایی شناسایی هیجان‌ها و نیز ابراز هیجان ما نسبت به همسر و توانایی فهم و پذیرش هیجان‌های شریک مقابل دارد که یکی از مفاهیم مهم در این زمینه ناگویی هیجانی است (به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). ناگویی هیجانی معادل دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها است (کوریاال و همکاران، ۲۰۱۲).^۴ ناگویی هیجانی سازه‌ای است چندبعدی متشکل از چهار مشخصه مجزا: الف) مشکل در شناسایی و توصیف احساسات، ب) مشکل در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی، ج) فقر خیال‌پردازی‌ها و د) تفکر عینی و درون‌گرایانه ضعیف (بشارت و همکاران، ۱۳۹۲). افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، در شناسایی صحیح هیجان‌ها از چهره دیگران (پارکر و همکاران، ۲۰۰۱)، فهم حالات هیجانی دیگران (برن بائوم و پرینس، ۱۹۹۴؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱) و نشان دادن همدردی با حالت‌های هیجانی دیگران، ظرفیت محدودی دارند (بشارت، ۱۳۸۸؛ به نقل از فرزادینیا، ۱۳۹۵). آن‌ها هم‌چنین، به علت ناتوانی در تشخیص احساسات، قادر به بیان هیجان به‌صورت کلامی نیستند (خسروجاوید، ۱۳۸۱؛ به نقل از فرزادینیا، ۱۳۹۵)؛ و یکی از عوامل مهم در ایجاد صمیمیت در رابطه، خودآشکارسازی است، یعنی بیان عواطف و افکار برای دیگری (بشارت و همکاران، ۱۳۹۳). لذا با توجه به مطالب بیان شده هدف از پژوهش حاضر مقایسه تعارضات زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان نابارور و بارور می‌باشد.

^۴Glaser^۵Halford^۶Alexithymia^۷Coriale^۸Parker

جامعه آماری و نمونه های پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر این تحقیق، شامل تمامی زنان بارور و نابارور استان قم در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر از زنان بارور و ۶۰ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری جهاد دانشگاهی استان قم به‌عنوان نمونه تعیین شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی:

شامل اطلاعاتی درباره سن، خانه‌دار یا شاغل بودن، تحصیلات، وضعیت باروری (بارور یا نابارور)، طول مدت پیگیری درمان ناباروری، سابقه ابتلا به افسردگی و سایر بیماری‌های روان‌شناختی در فرد.

۲. پرسشنامه تعارضات زناشویی:

مقیاس تعارضات زناشویی کانزاس (KMCS) توسط اگمان، ماکسلی و اسپچام (۱۹۸۵) ساخته شده است که از ۲۷ گویه تشکیل شده است که به‌منظور سنجش تعارضات زناشویی بکار می‌رود (ثنایی ذاکر و براتی، ۲۰۰۹؛ به نقل از شاهرودی و همکاران، ۱۳۹۴). این پرسش‌نامه سه‌قسمتی است که مرحله اول آن ۱۱ عبارت، مرحله دوم ۵ عبارت و مرحله سوم ۱۱ عبارت دارد. این آزمون از همسانی درونی عالی با آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ برای مردان در کلیه مراحل و آلفای ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ برای زنان برخوردار می‌باشد. ثبات مقیاس نیز با همبستگی حاصل از روش بازآزمایی در هر سه مرحله بسیار خوب است بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۶ است (ثنایی ذاکر و براتی، ۲۰۰۹؛ به نقل از شاهرودی و همکاران، ۱۳۹۴).

۳. مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (TAS-20):

این مقیاس ۲۰ سؤالی خودگزارشی توسط تیلور، باگبی و پارکر (۱۹۹۴) به‌منظور سنجش ناگویی هیجانی ساخته شد. این مقیاس، ساختار سه‌عاملی دارد شامل: دشواری در شناسایی احساسات (DIF) (۷ ماده)، دشواری^۲ در توصیف احساسات (DDF) (۵ ماده) و تفکر^۳ عینی (برون مدار) (EOT) (۸ ماده) (کراپارو^۴ و همکاران، ۲۰۱۴؛ قربانی و همکاران، ۲۰۰۲). عامل دشواری در شناسایی احساسات (DIF) و دشواری در توصیف احساسات (DDF)، به آگاهی و جلوه هیجانی اشاره دارد و می‌توانند به‌عنوان عوامل مرتبط با عاطفه در نظر گرفته شوند. عامل تفکر عینی و برون مدار (EOT) به گرایش خاص به پرداختن به موضوعات سطحی و ظاهری و اجتناب از تفکر هیجانی

^۱Eggeman, Moxley & Schumm

^۲difficulty identifying feelings

^۳difficulty describing feelings

^۴externally oriented thinking

اشاره دارد و می توان آن را به عنوان یک عامل شناختی تر در نظر گرفت (فرنز و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از کوریال و همکاران، ۲۰۱۲). در این مقیاس، علاوه بر نمرات هر عامل، یک نمره کل نیز از جمع نمره های سه زیرمقیاس برای ناگویی هیجانی کلی محاسبه می شود (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱). آیتم های TAS-20، در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره یک «کاملاً مخالف» تا پنج «کاملاً موافق» درجه بندی شدند. نمره کل این مقیاس، دامنه ای بین ۲۰ تا ۱۰۰ دارد (کوریال و همکاران، ۲۰۱۲). در نسخه فارسی این مقیاس (بشارت، ۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r=0/70$ تا $r=0/77$ برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس های مختلف تأیید شد. روایی همزمان برحسب همبستگی بین زیرمقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس های ناگویی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود سه عامل دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در نسخه فارسی این مقیاس تأیید کردند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۲). بشارت (۲۰۰۸) این مقیاس را در نمونه بالینی و غیر بالینی در جمعیت ایرانی به کار برد و نتایج آن، بیانگر همسانی درونی و اعتبار مناسب این مقیاس و سه عامل آن برای کاربرد در نمونه بالینی و غیر بالینی است و طبق نتایج، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو قابلیت پیش بینی نمونه های بالینی و غیر بالینی را دارد. قربانی و همکاران (۲۰۰۲)، آلفای این مقیاس را در نمونه ایرانی، برای دشواری در تشخیص احساسات ها ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ها ۰/۶۱ و برای تفکر برون مدار ۰/۵۰ به دست آورده اند. محمد (۱۳۸۰) اعتبار کل مقیاس را در نمونه ایرانی با استفاده از روش دونیمه کردن و بازآزمایی ۰/۷۴ و ۰/۷۲ گزارش کرد (به نقل از نریمانی و پوراسمعی، ۱۳۹۱).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱Franz

^۲internal consistency

^۳test-retest reliability

^۴concurrent validity

^۵emotional intelligence

^۶psychological well-being

^۷psychological distress

شیوه اجرا. پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی کاشان، به مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری جهاد دانشگاهی استان قم مراجعه کرده و مجوز اجرای تحقیق در مرکز مذکور را از حراست مرکز درمان ناباروری گرفته شد. پرسشنامه ها بین مراجعه کنندگان به مرکز که ملاک های شمول مطالعه را دارا بودند، توزیع شد. برای جلب رضایت مشارکت کنندگان، به آن ها توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش داده شد. برای رفع نگرانی آن ها بیان شد که نوشتن نام و نام خانوادگی نیاز نیست. هم چنین گفته شد شرکت در این پژوهش، کاملاً اختیاری است و پاسخ دادن به پرسشنامه ها حدوداً ۱۵-۲۰ دقیقه وقت آن ها را می گیرد. در نهایت از شرکت کنندگان در تحقیق تشکر و قدردانی شد. بعد از تکمیل پرسشنامه ها، داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار Spss۲۴ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و جداول فراوانی) و آمار استنباطی (واریانس یک راهه) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها

در این بخش به منظور بررسی وضعیت کلی پاسخ گویان، متغیرهای جمعیت شناختی نمونه، مورد بررسی قرار گرفته است. حجم نمونه ۱۲۰ نفر از دو گروه ۶۰ نفری زنان بارور و نابارور بود.

۱. سن پاسخ گویان

پراکندگی سنی پاسخ گویان به تفکیک در دو گروه بارور و نابارور در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخ گویان بر اساس سن آن ها

فراوانی		درصد		سن (سال)
بارور	نابارور	بارور	نابارور	
-	۳	-	۵/۱	کمتر از ۲۰ سال
۷	۲۰	۷/۱۱	۹/۳۳	۲۱/۰۰ - ۲۷/۵۰
۲۱	۳۱	۳۵	۵/۵۲	۲۷/۵۱ - ۳۵/۰۰
۲۱	۶	۳۵	۱۰	۳۶/۰۰ - ۴۲/۵۰
۱۱	-	۳/۱۸	-	بیش از ۴۲.۵ سال
۶۰	۶۰	۱۰۰/۰	۱۰۰	جمع

	نابارور	بارور	
کمینه	۱۹	۲۱	
بیشینه	۴۲	۵۰	
میانگین	۲۹	۳۶/۲	
انحراف معیار	۵/۱۵	۶/۶	

سن پاسخ‌گویان به‌طور کلی بین ۱۹ تا ۵۰ سال بوده است که در گروه بارور سن ۲۱ تا ۵۰ سال و در گروه نابارور سن ۱۹ تا ۴۲ سال بوده است. فراوانی و درصد پاسخ‌گویان در هر گروه سنی در جدول ۱ ارائه شده است. به‌طور کلی میانگین سن پاسخ‌گویان ۳۲/۶ با انحراف معیار ۶/۹ سال است. میانگین سنی گروه بارور ۳۶/۲ سال و میانگین سنی گروه نابارور ۲۹ سال بوده است.

۲. وضعیت اشتغال

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس وضعیت اشتغال آن‌ها

درصد	فراوانی	وضعیت اشتغال	باروری
۴۰	۲۴	شاغل	بارور
۶۰	۳۶	خانه‌دار	
۱۰۰/۰	۶۰	کل	
۳۳	۲۰	شاغل	نابارور
۶۷	۴۰	خانه‌دار	
۱۰۰/۰	۱۲۰	کل	

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، زنان خانه‌دار در دو گروه زنان بارور (۶۰ درصد خانه‌دار) و نابارور (۶۷ درصد خانه‌دار) بیش از زنان شاغل هستند.

۳. تحصیلات پاسخ‌گویان

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس تحصیلات آن‌ها

درصد	فراوانی		تحصیلات
	بارور	نابارور	
نابارور	بارور	نابارور	بارور
۵۰	۳۱/۷	۳۰	۱۹
			دیپلم و کمتر

فوق دیپلم	۱	۶	۱/۷	۱۰
کارشناسی	۲۵	۱۵	۴۱/۷	۲۵
کارشناسی ارشد	۱۵	۷	۲۵/۰	۱۱/۷
دکترا	-	۱	-	۱/۷
کل	۶۰	۶۰	۱۰۰	۱۰۰

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، در هر دو گروه، تحصیلات کارشناسی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده اند. پس از آن گروه دیپلم بیشترین فراوانی را در هر دو گروه به خود اختصاص داده است.

۴. مدت زمان درمان گروه نابارور

جدول ۴. توزیع فراوانی پاسخ گویان نابارور بر اساس مدت زمان درمان آن ها

درصد	فراوانی	مدت زمان درمان (ماه)
۲۰/۷	۱۲	کمتر از ۶/۰۰
۱۲/۱	۷	۷/۰۰ - ۲۳/۰۰
۲۲/۴	۱۳	۲۴/۰۰ - ۴۰/۰۰
۱۰/۳	۶	۴۱/۰۰ - ۵۷/۰۰
۱۷/۲	۱۰	۵۸/۰۰ - ۷۴/۰۰
۱/۷	۳	۷۵/۰۰ - ۹۱/۰۰
۱۵/۵	۹	بیش از ۹۲/۰۰
	۶۰	کل

در جدول ۴، پراکندگی مدت زمان درمان در گروه نابارور نشان داده شده است. بیشترین فراوانی مرتبط با گروهی است که مدت زمان درمان آن ها، ۲۴ تا ۴۰ ماه بوده است.

شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق

در این تحقیق دو متغیر ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی وجود دارد. شاخص های توصیفی این متغیرها (شامل میانگین، انحراف معیار، کمینه، بیشینه و کجی و کشیدگی) به همراه زیرمقیاس های هر کدام در این بخش ارائه شده است.

ناگویی هیجانی

متغیر ناگویی هیجانی دارای سه زیرمقیاس مشکل در شناسایی احساسات، مشکل در بیان احساسات و تفکر برون مدار است. نمره کل ناگویی هیجانی می‌تواند بین ۳۹ تا ۹۴ تغییر داشته است.

جدول ۵. آمارهای توصیفی متغیر ناگویی هیجانی (N = ۱۲۰)

کشیدهی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	بیشینه	کمینه	باروری	زیرمقیاس‌ها
۰/۸۴	۰/۸۴	۵/۲۰	۱۵/۱۴	۳۱/۰۰	۷/۰۰	بارور	مشکل در شناسایی احساسات
۰/۱۴	۰/۰۴۵	۶/۲۷	۱۷/۳۵	۳۴/۰۰	۷/۰۰	نابارور	
۰/۲۵	-۰/۶۳	۲/۵۴	۱۳/۳۷	۱۹/۰۰	۹/۰۰	بارور	مشکل در بیان احساسات
۰/۷۶	۱/۰۸	۳/۰۶	۱۳/۹۰	۲۵/۰۰	۵/۰۰	نابارور	
۰/۴۴	-۰/۱۷	۳/۳۰	۲۴/۲۷	۳۲/۰۰	۱۷/۰۰	بارور	تفکر برون مدار
۰/۲۱	۰/۰۵	۳/۵۶	۲۴/۷۲	۳۵/۰۰	۱۶/۰۰	نابارور	
۰/۵۲	-۰/۳۲	۶/۹۵	۵۲/۷۸	۶۹/۰۰	۳۹/۰۰	بارور	نمره کل ناگویی هیجانی
۱/۱۱	۲/۷۵	۸/۶۷	۵۵/۹۸	۹۴/۰۰	۳۹/۰۰	نابارور	

در این تحقیق کمترین و بیشترین نمره‌ای که پاسخگویان در این متغیر کسب کرده‌اند، در گروه بارور ۳۹ و ۶۹ و در گروه نابارور ۳۹ و ۹۴ بوده است. میانگین و انحراف معیار این متغیر در گروه بارور ۵۲/۷۸ و در گروه نابارور ۵۵/۹۸ بوده است. توزیع متغیرها به نرمال نزدیک است.

تعارضات زناشویی

متغیر تعارضات زناشویی، زیرمقیاس ندارد.

جدول ۶. آمارهای توصیفی متغیر تعارضات زناشویی (N = ۱۲۰)

کشیدهی	کجی	انحراف استاندارد	میانگین	بیشینه	کمینه	باروری	متغیر
-۰/۳۷	۰/۴۰	۱۰/۶۶	۷۵/۷۷	۹۸	۴۳	بارور	تعارضات زناشویی
-۰/۳۸	۰/۴۳	۹/۷۳	۷۷/۳۲	۹۸	۴۳	نابارور	

همان گونه که در جدول ۶ ملاحظه می شود، کمترین و بیشترین نمره کسب شده در متغیر تعارضات زناشویی، در هر دو گروه ۴۳ و ۹۸ است. میانگین و انحراف استاندارد این متغیر در گروه بارور ۷۵/۷۷ و ۱۰/۶۶ و در گروه نابارور ۷۷/۳۲ و ۹/۷۳ است.

مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه بارور و نابارور

هدف اصلی پژوهش، مقایسه دو متغیر اصلی پژوهش (ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی) بین دو گروه زنان بارور و نابارور است؛ اما قبل از این مقایسه بایستی دو گروه به لحاظ سن، تحصیلات و شغل، همتا باشند. بدین منظور معناداری تفاوت میانگین دو گروه زنان بارور و نابارور در این متغیرها بررسی می شود.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای معناداری تفاوت سنی بین دو گروه بارور و نابارور

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۰۰۰	۴۴/۹۱۷	۱۵۶۲/۴۰۸	۱	۱۵۶۲/۴۰۸	بین گروهی
		۳۴/۷۸۵	۱۱۸	۴۱۰۴/۵۸۳	درون گروهی
			۱۱۹	۵۶۶۶/۹۹۲	کل

تفاوت سنی بین دو گروه معنادار است، بنابراین به لحاظ سنی، همتا نیستند.

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای معناداری تفاوت اشتغال در میان دو گروه زنان بارور و نابارور

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۲۲۶	۱/۴۸۰	۰/۳۳۷	۱	۰/۳۳۷	بین گروهی
		۰/۲۲۸	۱۱۸	۲۶/۴۱۷	درون گروهی
			۱۱۹	۲۶/۷۵۴	کل

تفاوت اشتغال در بین دو گروه معنادار نیست؛ بنابراین دو گروه از این لحاظ همتا هستند.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای معناداری تفاوت تحصیلات در دو گروه

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۸۶۴	۰/۰۳۰	۰/۰۳۵	۱	۰/۰۳۵	بین گروهی

درون گروهی	۱۳۷/۸۳۱	۱۱۸	۱/۱۷۸
کل	۱۳۷/۸۶۶	۱۱۹	

با توجه به معناداری تفاوت تحصیلات در بین دو گروه، به این لحاظ دو گروه همتا نیستند.

مقایسه ناگویی هیجانی در بین دو گروه زنان بارور و نابارور

جدول ۱۰. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه برای معناداری تفاوت ناگویی هیجانی در بین دو گروه

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	گروه	مشکل
۰/۰۰۰	۱۶/۸۷۹	۵۸۵/۷۴۸	۱	۵۸۵/۷۴۸	بین گروهی	مشکل در شناسایی احساسات
		۳۴/۷۰۲	۱۱۸	۴۰۹۴/۸۶۴	درون گروهی	
			۱۱۹	۴۶۸۰/۶۱۲	کل	
۰/۰۵۰	۳/۸۰۳	۳۴/۷۰۰	۱	۳۴/۷۰۰	بین گروهی	مشکل در بیان احساسات
		۹/۱۲۳	۱۱۸	۱۰۷۶/۵۵۶	درون گروهی	
			۱۱۹	۱۱۱۱/۲۵۶	کل	
۰/۱۶۶	۱/۹۴۰	۲۴/۳۵۳	۱	۲۴/۳۵۳	بین گروهی	تفکر برون مدار
		۱۲/۵۵۶	۱۱۸	۱۴۸۱/۶۲۰	درون گروهی	
			۱۱۹	۱۵۰۵/۹۷۳	کل	
۰/۰۰۰	۱۸/۷۵۹	۱۲۲۶/۹۴۷	۱	۱۲۲۶/۹۴۷	بین گروهی	ناگویی هیجانی
		۶۵/۴۰۶	۱۱۸	۷۷۱۷/۹۶۲	درون گروهی	کل
			۱۱۹	۸۹۴۴/۹۰۸	کل	

همان طور که در جدول ۱۰ مشاهده می شود، تفاوت دو گروه بارور و نابارور در متغیر ناگویی هیجانی و زیرمقیاس های مشکل در شناسایی احساسات و مشکل در بیان احساسات، معنادار است و تنها در زیرمقیاس تفکر برون مدار، این تفاوت معنادار نیست. در تمامی این موارد، پارامترهای ناگویی هیجانی در گروه نابارور بیش از بارور است.

مقایسه تعارضات زناشویی در بین دو گروه زنان بارور و نابارور

جدول ۱۱. نتایج آزمون تحلیل واریانس یکطرفه برای معناداری تفاوت تعارضات زناشویی در بین دو گروه

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	گروه
۰/۰۸۰	۳/۱۱۶	۲۸۹/۷۸۶	۱	۲۸۹/۷۸۶	بین گروهی
		۹۳/۰۰۰	۱۱۸	۱۰۹۷۳/۹۴۷	درون گروهی
			۱۱۹	۱۱۲۶۳/۷۳۳	کل

همان طور که در جدول ۱۱ مشاهده می شود، تفاوت دو گروه بارور و نابارور در متغیر تعارضات زناشویی، معنادار نیست.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف مقایسه تعارضات زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان نابارور و بارور انجام گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین متغیرهای مورد بررسی در زنان نابارور و بارور تفاوت معناداری وجود دارد؛ به نحوی که ناگویی هیجانی در گروه نابارور بیشتر بود. در متغیر تعارضات زناشویی بین دو گروه تفاوت معنادار نبود.

فرضیه اول: بین تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور تفاوت معنادار وجود دارد.

برای آزمون فرضیه فوق از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد که نشان داد تفاوت دو گروه بارور و نابارور در متغیر تعارضات زناشویی، معنادار نیست. این یافته با نتایج پژوهش های شاهرودی و همکاران (۱۳۹۴) ناهمسو می باشد که این ناهمسوئی می تواند به تفاوت در جامعه، حجم نمونه، فرهنگ، زمان اجرا در جامعه حاضر و با پژوهش ذکر شده باشد. شاهرودی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به مقایسه سطح سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور پرداختند و نشان دادند که بین متغیرهای مورد بررسی در زنان نابارور و بارور تفاوت معناداری وجود دارد به نحوی که متغیرهای مورد پژوهش یعنی سلامت روان، شادکامی، رضایت زناشویی در زنان بارور بیشتر بود؛ و احساس حقارت و تعارضات زناشویی در گروه نابارور بیشتر بود. این مطالعه بر روی ۱۰۰ زن نابارور و ۱۰۰ زن بارور انجام شد در حالی که پژوهش حاضر به روی ۶۰ زن بارور و ۶۰ زن نابارور در سال ۱۳۹۷ انجام گرفت. همچنین این دو پژوهش در دو فرهنگ متفاوت، یکی در جامعه و فرهنگ کرمانشاه و دیگری در شهر قم انجام گرفت. اکثر پژوهش هایی که تاکنون صورت گرفته است به بررسی روش ها و برنامه های درمانی در کاهش تعارضات زناشویی و در نمونه هایی غیر از زنان نابارور و بارور پرداخته است. برای مثال امرالهی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که بین زنان دارای ازدواج فامیلی و غیرفامیلی در متغیرهای رضایت زناشویی، تعارض و رضایت جنسی تفاوت معنی دار وجود دارد. در تبیین این یافته که بین تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور تفاوت معناداری وجود ندارد، می توان گفت: ممکن است متغیر یا متغیرهای دیگری در این میان نقش واسطه ای را ایفا کرده باشد. برای مثال در تحقیقی نشان داده شد که ناباروری در بعضی از زوجها تأثیر منفی و در بعضی دیگر تأثیر مثبت و حتی باعث صمیمیت بیشتر می شود (حیدری، ۲۰۱۰؛ به نقل از شاهرودی و همکاران، ۱۳۹۴).

فرضیه دوم: بین ناگویی هیجانی در زنان نابارور و بارور تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که تفاوت دو گروه بارور و نابارور در متغیر ناگویی هیجانی و زیرمقیاس های مشکل در شناسایی احساسات و مشکل در بیان احساسات، معنادار است و تنها در زیرمقیاس تفکر برون مدار، این تفاوت معنادار نیست. در تمامی این موارد، پارامترهای ناگویی هیجانی در گروه نابارور بیش از بارور است. هیچ پژوهش بومی و غیربومی کاملاً مشابه که در آن زنان نابارور و بارور به لحاظ ناگویی هیجانی بررسی شوند، یافت نشد. با این حال به بررسی نتایج نزدیک به این موضوع می پردازیم. به نظر می رسد یافته این پژوهش قرابت نزدیکی با پژوهش برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۵) و کیکا (۲۰۱۸) داشته باشد. نتایج مربوط به بررسی نقش عزت نفس، استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور نشان دادند که ناگویی هیجانی،

عزت نفس، دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت گیری خارجی از زیرمقیاس ناگویی هیجانی و جانیشینی افکار مثبت از زیرمقیاس اجتناب شناختی، اثر پیش بینی کنندگی معنی داری روی عملکرد جنسی زنان نابارور دارد. (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهشی که با هدف ارزیابی جنسیت، ناگویی هیجانی و سبک دلبستگی در زنان باردار و غیر باردار انجام گرفت، نشان دادند کاهش شگفت انگیزی از سبک های دلبستگی ترس و دلبستگی در زنان باردار در مقایسه با غیر باردار و افزایش سبک دلبستگی ایمن در زنان باردار در مقایسه با غیر باردار. همچنین سطح ناگویی هیجانی در زنان باردار به طور قابل توجهی کاهش می یابد (کیکا، ۲۰۱۸). در تبیین یافته حاضر می توان گفت: ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان شناختی تهدید کننده و از لحاظ هیجانی فشار آور است (راستی و همکاران، ۱۳۹۱). به علت تفاوت های عاطفی بین زنان و مردان تنش ناشی از ناباروری بر زنان بیشتر از مردان است. تحقیقات نشان می دهد که ناباروری تأثیر معنی داری بر اختلالات هیجانی افراد در مقابله با ناباروری دارد (صحرائیان و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). توانمند بودن افراد از نظر هیجانی، روبه رو شدن آنها را با چالش های زندگی آسان می کند، در نتیجه آنها را از سلامت روانی بیشتری برخوردار می سازد (هیکس، ۲۰۱۲، به نقل از اعظمی و همکاران، ۱۳۹۵). ناگویی هیجانی معادل دشواری در خودتنظیم گری هیجانی یا ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان ها است (کوربال و همکاران، ۲۰۱۲). افراد دارای این صفت، مشکلاتی را در فهم حالات هیجانی دیگران (برن بائوم و پرینس، ۱۹۹۴) دارند و در روابط بین فردی، همدلی محدودی را نشان می دهند (کریستال، ۱۹۷۹؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱). این نقایص، رابطه نزدیکی با ضعف فرد در حساسیت نشان دادن نسبت به هیجان های افراد دیگر دارد و علاوه بر این، وجود ظرفیت برای متمایز کردن هیجان های خود از هیجان های دیگران، در مدیریت کردن انواع حالات هیجانی، نقش بسیار مهمی را ایفا می کند (بای دلوسکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از هاشمی و همکاران، ۱۳۹۱). عقیده بر این است که ناگویی خلقی عامل خطر سازی برای بسیاری از اختلالات روان پزشکی است، زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته های جسمانی هیجانی هستند که به کلام در نمی آیند (مکوندی و همکاران، ۱۳۹۱)؛ و با توجه به نقایص شناختی و عاطفی چنین فرض می شود که ناگویی هیجانی می تواند با شاخص های سلامت به طور کلی و با مشکلات جسمانی و پزشکی به طور خاص، رابطه داشته باشد (بگیان کوله مرز و همکاران، ۱۳۹۱). در اغلب پژوهش ها نشان داده شده که در افراد با نمره های بالا در ناگویی هیجانی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (HRQOL) پایین بوده است (عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۲). از طرفی ناباروری در زنان با اختلالات روانی در ارتباط است و کیفیت زندگی آنها می تواند کاهش می یابد. شیوع اختلال روانی در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور که ۱۱/۲ درصد است ۵۸ درصد گزارش شده است (امینی وامرانی و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از جبرائیلی و همکاران، ۱۳۹۵). نیلفروشان و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهش خود نشان دادند که کیفیت زندگی زنان نابارور به طور معناداری پایین تر از کیفیت زندگی زنان بارور است.

با توجه به مطالب ذکر شده به نظر می رسد وجود ناگویی هیجانی و ناباروری در زنان می تواند مشکلات جسمانی، روانی را تشدید و کیفیت زندگی را در این افراد بیشتر کاهش دهد.

از محدودیت های پژوهش حاضر این است که جامعه مورد نظر شامل زنان شهر قم می باشد که به طور کامل قابل تعمیم به جوامع دیگر نیست. کنترل جنسیت و تمرکز روی زنان امکان مقایسه بین زنان و مردان را ایجاد

نمی‌کند و روش نمونه‌گیری در دسترس بود. هم‌چنین با توجه به نامشخص بودن علت ناباروری که می‌تواند بر نتیجه کار مؤثر باشد عمل استنتاج‌ها تا حدودی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. می‌بایست اثر متغیرهای مداخله‌گری هم چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها، شرایط اجتماعی و اقتصادی آزمودنی‌ها را در نظر داشت. در این تحقیق تنها به گفته آزمودنی‌ها اکتفا شد، این امکان وجود دارد که برخی از آن‌ها به سؤالات مربوط به پرسشنامه پاسخ درستی نداده باشند. محدودیت ابزار اندازه‌گیری متغیرها که فقط از پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها استفاده گردید لذا در تفسیر نتایج می‌بایست محدودیت‌های این ابزار را در نظر داشت. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش همتا نبودن دو گروه نابارور و بارور به لحاظ سنی و تحصیلی بود. با توجه به محدودیت‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده متغیرهای مذکور در بین مردان نابارور و با شیوه‌های تصادفی‌تر انجام شود. هم‌چنین با توجه به کمبود پژوهش در متغیرهای ناگویی هیجانی و تعارضات زناشویی در نمونه گروه زنان نابارور و بارور پیشنهاد می‌شود پژوهشگران متغیرهای مذکور را در جوامع مختلف و با تعداد بالاتری از نمونه مورد مطالعه قرار دهند. از طرفی می‌بایست اثر متغیرهای مداخله‌گری هم چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها، شرایط اجتماعی و اقتصادی آزمودنی‌ها را در نظر داشت. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، نمونه مورد مطالعه به لحاظ سنی و تحصیلی هم‌تاسازی شود و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که بستری فراهم شود تا زوجین نابارور به موازات درمان طبی، از درمان‌های روان‌شناختی در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری بهره‌مند شوند.

سپاسگزاری

از همه شرکت کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

- اعظمی، ادریس و کاکابرابی، کیوان. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تحمل آشفتگی بر اساس سیستم‌های مغزی رفتاری و بدنتنظیمی هیجانی: برازش یک مدل. *مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، سال ۲۱، شماره ۳۹، ۳۷-۲۹.
- افخمی، ایمانه؛ بهرامی، فاطمه و فاتحی زاده، مریم. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین میزان بخشودگی و تعارض زناشویی زوجین در استان یزد. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، سال سوم، شماره نهم، ۴۴۲-۴۳۱.
- امراهی، ریحانه؛ روشن چسلی، رسول؛ شعیری، محمدرضا و نیک آذین، امیر. (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. *دو فصلنامه علمی - پژوهشی*، دانشگاه شاهد، سال بیستم، دوره جدید، شماره ۸، ۲۲-۱۱.
- برقی ایرانی، زیبا؛ پیرحیاتی، زهره و پیرقلی، فاطمه. (۱۳۹۵). نقش عزت‌نفس، استرس ادراک‌شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره پانزدهم، شماره دوم، ۱۰۶-۹۵.

- بشارت، محمدعلی؛ افقی، زهرا؛ آقای ثابت، سارا؛ حبیب نژاد، محمد؛ پورنقدعلی، علی و گرانمایه پور، شیوا. (۱۳۹۲). نقش تعدیل کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، سال ۱۵، شماره ۴، ۴۳-۵۲.
- بشارت، محمدعلی؛ زاهدی تجریشی، کمیل و نوربالا، احمدعلی. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *روانشناسی معاصر*، ۸ (۲)، ۱۶-۳.
- بشارت، محمدعلی؛ گرانمایه پور، شیوا؛ پورنقدعلی، علی؛ افقی، زهرا؛ حبیب نژاد، محمد و آقای ثابت، سارا. (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین شخصی: نقش تعدیل کننده سبک های دلبستگی. *روانشناسی معاصر*، ۹ (۱)، ۱۶-۳.
- بشارت، محمدعلی؛ محمدی حسینی نژاد، الهه و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۳). نقش واسطه ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، خشم و نشخوار خشم با سبک های دفاعی من. *روانشناسی معاصر*، ۹ (۲)، ۴۸-۲۹.
- بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ درتاج، فریبرز و محمدامینی، مهدی. (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و کنترل عواطف در مادران دانش آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله ناتوانی های یادگیری*، دوره ۲، شماره ۲، ۲۴-۶.
- تقوی، نغمه و فتاحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). ویژگی های روان شناختی زنان و مردان نابارور در مقایسه با گروه بارور. *اندیشه و رفتار*، دوره سوم، شماره ۱۱، ۵۴-۴۵.
- جبرائیلی، هاشم؛ هاشمی، جواد و ناظمی، عالییه. (۱۳۹۵). بررسی مقایسه ای تاب آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان شناختی در زنان بارور و نابارور. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۱۸ (۵)، ۲۶۴-۲۵۹.
- راستی، مریم؛ حسن زاده، رمضان و میرزاییان، بهرام. (۱۳۹۱). ویژگی های شخصیت و شادکامی در بین زنان بارور و نابارور. *فصلنامه سلامت خانواده، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری*، دوره اول، شماره دوم، ۳۳-۲۷.
- شاهوردی، جمیله؛ احمدی، سید مجتبی؛ صادقی، خیراله؛ بختیاری، میترا؛ رضایی، منصور؛ ویسی، فاطمه و خاموشی، فیروزه. (۱۳۹۴). مقایسه سطح سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور شهر کرمانشاه. *مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی*، سال چهارم، شماره سوم، ۲۸۴-۲۷۷.
- عیسی زادگان، علی؛ حسینی، محمد؛ احمدیان، لیلا و امانی، جواد. (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی، در افراد با نارسایی هیجانی و بدون نارسایی. *پژوهش های روان شناختی*، دوره ۱۶، شماره ۱، ۸۳-۶۵.
- فرزادینیا، مرضیه. (۱۳۹۵). نقش ناگویی هیجانی در پیش بینی رفتارهای پرخطر مبنی بر نقش واسطه ای حمایت اجتماعی ادراک شده و نقش تعدیل کننده هوش معنوی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه تهران، پردیس فارابی.
- مکوندی، بهنام؛ حیدرئی، علیرضا؛ شهنی ییلاق، منیجه؛ نجاریان، بهمن و عسکری، پرویز. (۱۳۹۱). رابطه الکسی تایمیا با هوش هیجانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان پسر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، سال سیزدهم، شماره ۱، پیاپی ۴۷، ۹۱-۸۳.

نریمانی، محمد و پوراسمعی، اصغر. (۱۳۹۱). مقایسه ناگویی خلقی و هوش معنوی در افراد معتاد، افراد تحت درمان با متادون و افراد غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۹۱، ۲۳-۷.

نیلفروشان، پریسا؛ لطیفی، زهره؛ عابدی، محمدرضا و احمدی، سید احمد. (۱۳۸۵). مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان بارور و نابارور. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۴، شماره ۱ و ۲، ۷۰-۶۶.

هاشمی، تورج؛ خلیل زاد بهروزیان، سعیده و ماشینیچی عباسی، نعیمه. (۱۳۹۱). جنسیت، ناگویی هیجانی و نظریه ذهن در دانشجویان. *دو فصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*، سال اول، شماره ۲، ۱۳-۶.

منابع انگلیسی

- Besharat, M. A. (2008). Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 33(1), 1-6.
- Ciocca, G., D'Alfonso, A., Sciarria, D. P., Limoncin, E., Solano, C., Attanasio, M., & Carta, G. (2018). *۶۱۰* women. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(7), S357.
- Coriale, G., Bilotta, E., Leone, L., Cosimi, F., Porrari, R., De Rosa, F., & Ceccanti, M. (2012). Avoidance coping strategies, alexithymia and alcohol abuse: a mediation analysis. *Addictive Behaviors*, 37(11), 1224-1229.
- Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of psychology*, 37(5), 297-308.
- Wells, R., Rehman, U. S., & Sutherland, S. (2016). Alexithymia and social support in romantic relationships. *Personality and Individual Differences*, 90, 371-376.
- Wiweko, B., Anggraheni, U., Elvira, S. D., & Lubis, H. P. (2017). Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal*, 22(2), 145-148.

Comparison marital conflicts and alexithymia in infertile and fertile women

Zahra Zare

Abstract

The aim of this study was to compare marital conflicts and alexithymia in infertile and fertile women. This descriptive- causal- comparative study on 60 infertile and 60 fertile women the way available. To collect the data, Kansas marital conflict Scale, Toronto Alexithymia Scale -20 (TAS-20) were used. Analysis of data done by using software SPSS-24 and analysis method of one way analysis of variance. The results showed that the difference between the two fertile and infertile groups in alexithymia variable ($F=18/75$, $P<0/01$), the sub_scales of difficulty in identification of emotions ($F=16/87$, $P<0/01$) and the problem in expressing feelings ($F=3/8$, $P<0/05$) are significant. Infertile women are exposed to more psychological disorders in comparison to fertile ones. Considering such problems of infertile women, it seems necessary for fertility clinics to have some psychologists.

Keywords: *Marital Conflict, alexithymia, fertile and infertile women.*

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی