



دانشگاه علامه طباطبائی  
دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی  
پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد

موضوع:

مقایسه سبکهای مقابله با استرس و رضایت زناشویی در زنان بر اساس عامل ناباروری

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر محمود گلزاری

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر فرهاد جمهری

استاد داور:

جناب آقای دکتر کرمی

پژوهشگر:

فاطمه جعفرزاده

شهریور ۱۳۹۰

تقدیر و تشکر:

سپاس بی انتها به خالق جهانیان...

سپاس فراوان از زحمات استاد راهنما جناب آقای دکتر گلزاری که با راهنمایی های سازنده راهگشای

نگارنده در تدوین این پژوهش بودند.

از استاد مشاور محترم جناب آقای دکتر جمهری که با صبر و حوصله فراوان اینجانب را یاری نمودند،

بی نهایت تشکر و قدردانی می نمایم.

با تشکر فراوان به حضور جناب آقای دکتر کرمی استاد داور محترم که عهده دار داوری این پایان نامه

شده اند.

## چکیده :

مشکل ناباروری در دنیای امروز به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده و با معضلات روان شناختی و اجتماعی متعددی همراه است. این پدیده به عنوان حادثه ای استرس زا، هیجان آور و ناکام کننده برای زوجین به خصوص زنان مطرح می باشد. ناباروری بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تاثیر گذاشته و می تواند منجر به عدم تعادل روانی و طلاق بین زوج گردد. با توجه به اهمیت موضوع، هدف این پژوهش بررسی سبک های مقابله با استرس و میزان رضایت زناشویی در زنان نابارور بر اساس عامل ناباروری و به دست آوردن رابطه بین این دو متغیر با یکدیگر است. نمونه پژوهش شامل ۵۰ زن با عامل ناباروری زنانه و ۵۰ زن نابارور با عامل ناباروری مردانه است. زنان نابارور از بین مراجعان به کلینیک ناباروری مهر تحت درمان روشهای کمک باروری ART بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس از نظر سبکهای مقابله با استرس و میزان رضایت زناشویی مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزار پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و مقیاس استاندارد سنجش روشهای مقابله، برای تجزیه و تحلیل داده ها علاوه بر استفاده از روش های آمار توصیفی از آزمون T مستقل، خی دو و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده گردید. تحلیل داده ها نشان می دهد که سبک مقابله با استرس زنانی که خود عامل ناباروری هستند متفاوت از زنانی است که همسرشان عامل ناباروری اند. همچنین میزان رضایت زناشویی در زنان با عامل ناباروری مردانه بیشتر از زنانی است که خود عامل ناباروری هستند ( $P < 0/019$ ). بین سبکهای مقابله با استرس و میزان رضایت زناشویی در زنان نابارور نیز رابطه معنی داری وجود دارد.

**واژه گان کلیدی:** سبک های مقابله با استرس، رضایت زناشویی، زنان نابارور، عامل ناباروری

## فهرست مطالب

### فصل اول: کلیات پژوهش

۲	..... ۱-۱- مقدمه
۴	..... ۲-۱- بیان مساله
۸	..... ۳-۱- ضرورت و اهمیت پژوهش
۱۱	..... ۴-۱- اهداف پژوهش
۱۱	..... ۵-۱- سئوالات پژوهش
۱۲	..... ۶-۱- فرضیه های پژوهش
۱۲	..... ۷-۱- تعریف مفاهیم پژوهش

### فصل دوم: ادبیات پژوهش

#### الف- مبنای نظری

۱۵	..... ۱-۲- مفهوم ناباروری
۱۶	..... ۲-۲- شیوع ناباروری
۲۰	..... ۳-۲- درمان ناباروری
۲۴	..... ۴-۲- بحران ناباروری
۳۳	..... ۵-۲- ناباروری و فقدان
۳۵	..... ۶-۲- جنسیت و ناباروری
۴۹	..... ۷-۲- رضایت زناشویی

۵۰	..... نظریه های سبب شناسی رضایت زناشویی
۵۸	..... رضایت زناشویی و ناباروری
۶۹	..... استرس
۷۰	..... نظریه ها و الگوهای استرس
۷۵	..... استرس و ناباروری
۸۴	..... مقابله
۸۵	..... نظریه ها و مدل های مقابله
۸۹	..... انواع مقابله
۹۳	..... منابع مقابله
۹۶	..... مقابله و ناباروری
۱۰۲	..... استرس و رضایت زناشویی
۱۰۶	..... سبکهای مقابله و رضایت زناشویی
۱۱۰	..... فرهنگ و ناباروری
۱۱۳	..... راهکارهای مقابله با ناباروری
ب - پیشینه پژوهش	
۱۱۷	..... تحقیقات انجام شده در خارج از کشور
۱۲۸	..... تحقیقات انجام شده در داخل کشور
فصل سوم: روش اجرای پژوهش	
۱۳۳	..... طرح تحقیق
۱۳۳	..... جامعه آماری

- ۱۳۴ ..... ۳-۳- حجم نمونه و روش نمونه گیری
- ۱۳۵ ..... ۴-۳- ابزار اندازه گیری
- ۱۴۴ ..... ۵-۳- روش اجرا
- ۱۴۵ ..... ۶-۳- روش تجزیه و تحلیل

#### فصل چهارم: یافته های پژوهش

- ۱۵۲ ..... ۱-۴- فرضیه اول پژوهش
- ۱۶۵ ..... ۲-۴- فرضیه دوم پژوهش
- ۱۶۹ ..... ۳-۴- فرضیه سوم پژوهش
- ۱۷۰ ..... ۴-۴- فرضیه چهارم پژوهش
- ۱۷۱ ..... ۵-۴- فرضیه پنجم پژوهش
- ۱۷۳ ..... ۶-۴- یافته های جانبی

#### فصل پنجم: بحث و بررسی

- ۱۷۹ ..... ۱-۵- خلاصه ای از پژوهش
- ۱۸۰ ..... ۲-۵- بحث و بررسی در نتایج
- ۱۹۶ ..... ۳-۵- محدودیتهای پژوهش
- ۱۹۷ ..... ۴-۵- پیشنهادات

#### منابع

- ۱۹۹ ..... منابع فارسی
- ۲۰۸ ..... منابع لاتین

#### پیوستها

پیوست ۱- پرسشنامه سنجش روشهای مقابله ای.....	۲۱۵
پیوست ۲- پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ.....	۲۲۱
عنوان	فهرست جداول
صفحه	
جدول ۱-۳ - توزیع فراوانی آزمودنیها بر اساس عامل ناباروری	۱۳۴
جدول ۲-۳ - مقیاسهای فرعی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ	۱۴۱
جدول ۱-۴ - توزیع پراکندگی وضعیت اشتغال آزمودنیها	۱۴۷
جدول ۲-۴ - توزیع پراکندگی سطح تحصیلات آزمودنیها	۱۴۷
جدول ۳-۴ - توزیع پراکندگی سن آزمودنیها	۱۴۸
جدول ۴-۴ - توزیع پراکندگی مدت زمان آگاهی از مشکل آزمودنیها	۱۴۹
جدول ۵-۴ - توزیع پراکندگی میزان درآمد ماهیانه آزمودنیها	۱۴۹
جدول ۶-۴ - نتایج آزمون T مستقل برای مقایسه سن، طول مدت آگاهی از مشکل و میزان درآمد	ماهیانه ۱۵۰

در دو گروه از آزمودنیها

جدول ۴-۷- نتایج آزمون کای اسکوئر برای مقایسه سطح تحصیلات در دو گروه از آزمودنیها

۱۵۱

جدول ۴-۸- نتایج آزمون کای اسکوئر برای مقایسه وضعیت اشتغال در دو گروه از آزمودنیها

۱۵۲

جدول ۴-۹- توزیع پراکندگی نمره سبک مساله مدار آزمودنیهای دو گروه

۱۵۳

جدول ۴-۱۰- توزیع پراکندگی نمره سبک هیجان مدار آزمودنیهای دو گروه

۱۵۵

جدول ۴-۱۱- توزیع پراکندگی نمره سبک مقابله کمتر مفید آزمودنیهای دو گروه

۱۵۶

جدول ۴-۱۲- نتایج آزمون T مستقل برای مقایسه میانگین نمرات سبک مقابله مساله مدار، هیجان مدار

۱۵۸

و کمتر مفید و غیر موثر در دو گروه آزمودنیها

جدول ۴-۱۳- نتایج آزمون T مستقل دو گروه در ۱۸ روش مقابله ای مقیاس سبک های مقابله

۱۵۹-۱۶۰

با استرس

جدول ۴-۱۴- مقایسه مجموع نمرات روش های مقابله ای سبک مساله مدار در دو گروه

۱۶۲



جدول ۴-۱۵- مقایسه مجموع نمرات روش های مقابله ای سبک هیجان مدار در دو گروه  
۱۶۳

جدول ۴-۱۶- مقایسه مجموع نمرات روش های مقابله ای سبک مقابله کمتر مفید در دو گروه  
۱۶۴

جدول ۴-۱۷- توزیع پراکندگی نمره رضایت زناشویی آزمودنیها  
۱۶۵

جدول ۴-۱۸- نتایج آزمون T مستقل برای مقایسه میانگین نمرات رضایت زناشویی در  
۱۶۶

آزمودنیهای دو گروه

جدول ۴-۱۹- نتایج آزمون T مستقل دو گروه در ۸ مقیاس فرعی پرسشنامه رضایت زناشویی  
۱۶۷

انریچ

جدول ۴-۲۰- نتیجه محاسبه ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه بین سبک مقابله مساله مدار  
۱۶۹

و میزان رضایت زناشویی آزمودنیها

جدول ۴-۲۱- نتیجه محاسبه همبستگی پیرسون برای رابطه بین سبک مقابله هیجان مدار  
۱۷۰

و میزان رضایت زناشویی آزمودنیها

جدول ۴-۲۲- نتیجه محاسبه همبستگی پیرسون برای رابطه بین سبک مقابله کمتر مفید  
۱۷۲

و میزان رضایت زناشویی آزمودنیها

جدول ۴-۲۳- نتیجه محاسبه ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه بین سن، میزان درآمد و

۱۷۳

مدت زمان آگاهی از مشکل و رضایت زناشویی در زنان نابارور

جدول ۴-۲۴- نتیجه محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن برای رابطه بین اشتغال و سطح تحصیلات

۱۷۴

با میزان رضایت زناشویی در زنان نابارور

جدول ۴-۲۵- نتیجه ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه بین میزان درآمد ماهیانه و سبک

۱۷۴

مقابله در زنان نابارور

جدول ۴-۲۶- نتیجه ضریب همبستگی اسپیرمن برای رابطه بین اشتغال و سبک مقابله در زنان نابارور

۱۷۵

جدول ۴-۲۷- نتیجه ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه بین سن و روشهای مقابله ای در زنان نابارور

۱۷۵

جدول ۴-۲۸- نتیجه ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه بین مدت زمان آگاهی از مشکل و

۱۷۶

روشهای مقابله ای در زنان نابارور

جدول ۴-۲۹- نتیجه ضریب همبستگی اسپیرمن برای رابطه بین سطح تحصیلات و روشهای

۱۷۶

مقابله ای در زنان نابارور

عنوان	فهرست نمودارها
صفحه	
نمودار ۴-۱- توزیع سبک مقابله مساله مدار در گروه زنان با عامل ناباروری مردانه	۱۵۴
نمودار ۴-۲- توزیع سبک مقابله مساله مدار در گروه زن عامل ناباروری	۱۵۴
نمودار ۴-۳- توزیع سبک مقابله هیجان مدار در گروه زنان با عامل ناباروری مردانه	۱۵۵
نمودار ۴-۴- توزیع سبک مقابله هیجان مدار در گروه زن عامل ناباروری	۱۵۶
نمودار ۴-۵- توزیع سبک مقابله کمتر مفید و غیر موثر در گروه زنان با عامل ناباروری مردانه	۱۵۷
نمودار ۴-۶- - توزیع سبک مقابله کمتر مفید و غیر موثر در گروه زن عامل ناباروری	۱۵۷
نمودار ۴-۷- مقایسه میانگین نمرات مربوط به مقیاسهای فرعی رضایت زناشویی در آزمودنیهای دو گروه	۱۶۸
نمودار ۴-۸- پراکندگی بین میزان رضایت زناشویی و سبک مقابله مساله مدار در زنان نابارور	۱۷۰

نمودار ۹-۴- پراکندگی بین میزان رضایت زناشویی و سبک مقابله هیجان مدار در زنان نابارور

۱۷۱

نمودار ۱۰-۴- پراکندگی بین میزان رضایت زناشویی و سبک مقابله کمتر مفید و غیر موثر در زنان

نابارور ۱۷۳

# فصل اول

## کلیات پژوهش

ازدواج یک پدیده اجتماعی است که نه تنها در ثبات و نظم جامعه نقش دارد، بلکه نوعی سلامت جسمی و روحی را برای افراد جامعه به دنبال دارد (صادقی، ۱۳۸۴). شاید بتوان گفت به نوعی نیاز غریزی و عاطفی انسان حکم می کند که زن و مرد پس از ازدواج صاحب فرزند شوند. چنانکه گویی این پیوند با باروری جاودانه می شود و هنگامی که فرزندی پا به عرصه وجود می گذارد خانواده مفهوم واقعی خود را بازمی یابد و به مثلی محکم تبدیل می گردد که ضلع سوم آن فرزند است. و زن و شوهر ناخودآگاه از اینکه با پیوند زناشویی به حاصلی که بی صبرانه در انتظارش بوده اند دست یافته اند مغرور و شادان می شوند. اما تمام ازدواجها به باروری منجر نمی شود و بعضی از آنها ناخواسته گرفتار تراژدی ناباروری<sup>۱</sup> می شوند (بهاروند، ۱۳۸۲). ناباروری بر مردان و زنان در سنین باروری تاثیر می گذارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی و روانی زیادی قرار می دهد. ناباروری از نظر بالینی به ناتوانی زوج در کسب حاملگی در طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری یا بعد از ۶ ماه در زنان بالای ۳۵ سال اطلاق می شود (هارت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

ناباروری یکی از بحران های زندگی به شمار می رود که استرس زیادی بر زوج های نابارور وارد می کند و می تواند از راه های مختلف سلامت روانی آنها را تهدید نموده و باعث اختلال در کیفیت زندگی زناشویی و کاهش صمیمیت و ترس از پایان رابطه زناشویی، درماندگی و گاهی تظاهرات بالینی افسردگی و سایر اختلال های روانی شود. پژوهش ها نشان داده اند که تجربه استرس

<sup>۱</sup>.infertility

<sup>۲</sup>.Hart

زای ناباروری با طیف گسترده آسیب های روان شناختی از جمله کاهش سطح عزت نفس، افزایش سطح تنش، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس حقارت، احساس ناکارآمدی، اختلال کارکرد جنسی و مشکلات زناشویی ارتباط دارد ( مینینگ<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰).

پژوهشگران بر این باورند که گرچه ناباروری به عنوان منبع فشار روانی، می تواند سلامت افراد نابارور را به خطر بیندازد ولی میزان تاثیر آن تا اندازه ای به ارزیابی شناختی و مهارتهای مقابله ای فرد نیز بستگی دارد، تا آنجا که در بسیاری از شرایط استرس زا، به کارگیری شیوه های مقابله ای متمرکز بر مسئله، سازگارانه تر از به کارگیری راهبردهای متمرکز بر هیجان و اجتنابی است (پهلوانی، ۱۳۷۵). اما با توجه به اینکه ناباروری یک موقعیت استرس زای تقریباً غیر قابل کنترل است، گروهی از پژوهشگران بر این باورند که بهتر است افراد نابارور در به کارگیری راهبرد های مقابله ای انعطاف پذیر باشند و چه بسا که به کارگیری مقابله متمرکز بر هیجان در موقعیتهای فشارزای غیر قابل کنترل تاثیر بهتری در کاهش فشارهای روانی داشته باشد ( کالان و هنزی<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹).

از عوامل ناباروری می توان به چهار گروه، عامل مردانه، زنانه، ترکیبی ( هم مرد هم زن) و غیر قابل توضیح ( علت نامشخص)<sup>۳</sup> اشاره کرد. که ۴۰ درصد از علل ناباروری، مربوط به عامل مردانه، ۴۰ درصد مربوط به عامل زنانه، ۱۰ درصد مربوط به هر دو و ۱۰ درصد به علل نامشخص مربوط می شود (مینینگ، ۱۹۸۰).

تحقیقات نشان می دهد که عامل ناباروری تاثیر معناداری روی عملکرد جنسی، رضایت زناشویی و اختلالات هیجانی افراد در مقابله با ناباروری دارد ( کلارد<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹).

از آنجا که در زمینه اثرعامل ناباروری بر رضایت زناشویی<sup>۵</sup> نظرات متفاوتی وجود دارد لینک و دارلینگ<sup>۶</sup> (۱۹۸۶) نارضایتی زناشویی را در علت زنانه بیشتر گزارش نموده است. به نظر می رسد که در علت زنانه، زنان بیشتر تحت درمان های ناباروری قرار می گیرند، بنابراین استرس بیشتری را تحمل کرده، افسردگی و نارضایتی زناشویی بیشتری را در مقایسه با همسرانشان نشان می دهند. کنلی<sup>۷</sup> (۱۹۸۷) گزارش می کند که ناباروری با عامل مردانه، موجب تنیدگی بیشتری در زوج نابارور می شود. با این

1. Menning

2. Callan & Henessy

3. idiopatic

4. Collard

5. marital satisfaction

6. Link and Darling

7. Conolly

حال، ناکتیگال<sup>۱</sup> (۱۹۹۲)، دانی لوک<sup>۲</sup> (۱۹۸۷)، اولبریخ<sup>۳</sup> (۱۹۹۰)، و بیوتل<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) از جمله پژوهشگرانی هستند که عقیده دارند تنیدگی زنان نابارور، ارتباطی با عامل ناباروری ندارد و زنان در هر صورت، در مقایسه با مردان نابارور، دچار تنیدگی بیشتری می شوند (ملائی نژاد، ۱۳۷۸).

در نتیجه با توجه به نتایج متناقض در زمینه اثر عامل ناباروری بر رضایت زناشویی در زنان نابارور، هدف محقق بررسی نوع سبکهای مقابله<sup>۵</sup> با استرس و میزان رضایت زناشویی در زنان نابارور که خود عامل ناباروری هستند و مقایسه آن با زنانی که همسرشان عامل ناباروری اند، می باشد زیرا این احتمال می رود که زمانی که عامل ناباروری زن باشد بیشتر از سبکهای مقابله هیجان مدار استفاده می شود و میزان رضایت زناشویی نیز کمتر است، از آنجائیکه بین سبکهای مقابله با استرس و میزان رضایت زناشویی ارتباط وجود دارد در نتیجه شناسایی مهارتهای مقابله ای مفید و کارساز و ارائه آنها از طریق برنامه های آموزشی - درمانی می تواند فرایند سازگاری زنان نابارور را تسهیل نماید.

## ۱-۲ - بیان مساله

ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که صرف هزینه های گزافی را جهت درمان طلب کرده و می تواند باعث از هم گسیختگی ثبات خانواده گردد. یک زوج زمانی از نظر بالینی نابارور تلقی می شوند که طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری حاصل نگردد. ناباروری یا ناتوانی در بچه دار شدن بر مردان و زنان در سنین باروری تاثیر گذاشته و افراد مبتلا را در معرض فشارهای خانوادگی زیادی قرار می دهد، به همین دلیل در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه که در سال ۱۹۹۴ در شهر قاهره برگزار گردید، از ناباروری به عنوان عاملی جهت آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری افراد یاد شده و مقرر گردید همه کشورها، ناباروری را نیز در برنامه های بهداشت باروری و تنظیم خانواده خود بگنجانند. (محمدی و فراهانی، ۱۳۸۰).

1. Nachtigall

2. Daniluk

3. Ulbrich

4. Butell

5. coping mechanism

بر اساس نظریه فولکمن و لازاروس<sup>۱</sup> (۱۹۸۴) مقابله عبارت است از: تلاش های روان شناختی و رفتاری فرد به منظور غلبه پیدا کردن بر استرس، تحمل کردن، کاهش دادن یا به حداقل رساندن اثر آن است. لازاروس و فولکمن معتقد اند مقابله تحت شرایط استرس روانشناختی رخ می دهد و شامل اقدامات عمدی برای حل مسأله از طریق جستجوی اطلاعات در مورد آن یا دور شدن از مسأله به منظور کاهش تنش می باشد.

پاسخهای مقابله ای تلاش آگاهانه برای کنترل یا کاهش استرس و یا یادگیری برای تحمل تهدیدی است که منجر به استرس می شود مقابله دو کنش اصلی دارد: تغییر روابط معمول بین فرد - محیط (مقابله وسیله ای) یا مسئله مدارانه که به کوششهای فرد در پرداختن به منبع استرس اطلاق می شود و مقابله هیجانی یا هیجان مدارانه که شامل کوشش های مقابله ای بوده و منجر به کاهش هیجانات ناراحت کننده و ایجاد یک وضعیت روانی رضایت بخش برای پردازش اعمال و اطلاعات می شود (پورشهباز، ۱۳۷۲).

با توجه به ویژگیهای افراد نابارور، مواجهه با درمانهای سخت و پرزحمت، دوره های انتظار طولانی، احساس تنهایی و طرد شدگی و ترس از شکست در درمان، این افراد سطوح بالای اضطراب و علائم جسمانی را از خود نشان می دهند و سازگاری آنان با مشکل مواجه می شود این ناسازگاری ضعیف و فشار روانی غالباً مانع آن می شود که فرد در شرایط استرس زا معقولانه فکر کرده و شیوه مقابله مسئله مدار داشته باشد همانگونه که یافته ها نشان می دهد ۶۸/۱۸ درصد زنان نابارور شیوه مقابله ای هیجانی داشته اند یافته های پژوهش حاضر حاکی از آن است که با افزایش اختلال روانی میزان استفاده از پاسخ های مقابله ای هیجان مدار نیز افزایش می یابد. زنان نابارور به دلیل نداشتن کنترل بر حوادث زندگی و مشکل در تصمیم گیری، اعتماد به نفس پایین و کم رنگ شدن حمایت های اجتماعی و خانوادگی و بالا بودن سطح فشار روانی، بیشتر از راهبردهای هیجان مدار استفاده می کنند (پهلوانی، ۱۳۷۵).

همچنین تحقیقات نشان داده است هنگامی که حادثه ای دارای سطح بالایی از تهدید زایی باشد با اهمیت بیشتری از سوی افراد ارزیابی می شود لذا احتمال توجه افراد از خود مشکل به هیجانات مرتبط به آن معطوف می شود. بنابراین، در حوادث مهم تر و تهدید کننده تر راهبردهای هیجان مدار بیشتر مورد استفاده قرار می گیرند (ابراهیمی، ۱۳۸۱). در مطالعه ای که در موسسه بین المللی بهداشت

---

1. Folkman and Lazarus



در کشورهای بلژیک، فرانسه و هلند انجام شده است زنان بعد از مرگ مادر، مرگ پدر و خیانت همسر، ناباروری را در مرتبه چهارم از لسیت دوازده گانه وقایع حیاتی متاثر کننده تقسیم بندی می کنند (محمدی و فراهانی، ۱۳۸۰).

رضایت زناشویی یک حالت روانی است که هزینه ها و سود ادراک شده ازدواج با یک شخص خاص را منعکس می کند (استون و شاکلفورد<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). ناباروری نه تنها یک جنبه روانشناختی مهم در فرد به وجود می آورد بلکه می تواند به عنوان یک ضربه پر قدرت بر علیه استحکام ازدواج عمل نماید. غیر از مسأله عشق و دوست داشتن، یکی از عوامل مهم در ازدواج هر زن و مردی، انتظار به دنیا آوردن یک کودک در طی زندگی مشترک آنها می باشد. زمانی که بیماران از به دست آوردن محصول مهم زندگی مشترکشان محروم باشند، نه تنها مفهوم زندگی‌شان، بلکه مفهوم روابط بینابین آنها زیر سوال می رود (کی و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۳۷۵).

در مواجهه با بروز بحران ناباروری، زوج های نابارور نیاز به حمایت عاطفی و پرورشی دارند. برخوردهایی بین زن و شوهر به وجود خواهد آمد که علت آن عوامل عاطفی و عدم امید به تغییر وضعیت موجود است و واکنش آنها نسبت به این ناامیدی فاصله گرفتن از یکدیگر است.

در زمینه اثر ناباروری بر روابط زوجین نیز نظرات متفاوتی وجود دارد. بسیاری از آنان کاهش عملکرد و سازگاری زناشویی را در نتیجه ناباروری گزارش کردند (آدلمن و ساندلوسکی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸؛ به نقل از ملائی نژاد، ۱۳۷۸). حال آنکه برخی دیگر معتقد اند که تحمل مراحل تشخیص و درمان ناباروری موجب ارتباط و صمیمیت بیشتر زوج ها شده و آنان احساس نزدیکی بیشتر به یکدیگر خواهند کرد (ابی، هالمنت و آنتونیا<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸).

همچنین تحقیقات متعددی، نشان داده است که زنان نابارور، به دلایل گوناگون، فشار روانی بیشتری نسبت به مردان نابارور تجربه می کنند و در معرض خطرات بیشتری قرار دارند. اغلب این تحقیقات، به تفاوت واکنش روانی زنان در برابر ناباروری و مقایسه آن با مردان پرداخته و در پی یافتن علتی برای این واکنشهای متفاوت بوده اند. یکی از متغیرهای مداخله گری که در این مورد، مورد بررسی قرار گرفته است عامل ناباروری است. که نتایج در این مورد متناقض می باشد سازمان سلامت

<sup>1</sup>. Stone and Shackelford

<sup>2</sup>. Kay

<sup>3</sup>. Adelman and Sundelowski

<sup>4</sup>. Abbey, Halment, Antonia

جهانی<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) گزارش می کند که زوجهای با عامل ناباروری مردانه تغییرات روانشناختی بیشتری بویژه در روابط زناشویی در قیاس با زوجهایی که زن عامل ناباروری است، تجربه می کنند (سلطان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).

گرچه کریک<sup>۳</sup> و همکاران<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) گزارش کردند زمانیکه زنان عامل ناباروری باشند آنها استرس و نارضایتی زناشویی بیشتری را نسبت به همسرانشان گزارش می کنند (سلطان، ۲۰۱۰).

مسئله ناباروری به ویژه در فرهنگ ما با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین بعد عمیق تری را به خود می گیرد زیرا بیشتر اوقات بلافاصله پس از ازدواج، خانواده زن و شوهر منتظر خبر حاملگی زن هستند و با تاخیر در حاملگی کنجکاوی ها و فشار اطرافیان موجب نگرانی زوج ها می شود.

در نتیجه با توجه به نتایج متناقض در زمینه تاثیر عامل ناباروری بر رضایت زناشویی و اهمیت این مسئله در کشور ما بعلا مسائل فرهنگی، محقق در این پژوهش در پی پاسخگویی به این سوالات است:

**آیا سبک های مقابله با استرس در زنانی که خود عامل ناباروری هستند متفاوت با زنانی است که همسرانشان عامل ناباروری هستند؟**  
**آیا میزان رضایت زناشویی در زنانی که خود عامل ناباروری هستند متفاوت با زنانی است که همسرانشان عامل ناباروری هستند؟**

### ۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش

ناباروری مشکل شایعی است که تقریباً ۱۵-۱۰ درصد زوجها را در سنین باروری گرفتار می کند (نواک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). علیرغم شیوع نسبتاً پایدار ولی تعداد زوجهای نابارور هر سال با افزایش رشد جمعیت افزایش یافته است و حدود ۶۰ تا ۸۰ میلیون نفر ناباروری را در دنیا تجربه می کنند (رابینو<sup>۵</sup>،

1 . World Health Organization

2 . Sultan

3 . Crick

4 . Novak

5 . Rabino

۲۰۰۹). در سال های ۱۳۸۳-۱۳۸۴ شیوع ناباروری اولیه در ایران ۲۴/۹٪ یعنی در حدود یک چهارم زوجهای ایرانی برآورد شده است (جنیدی، ۱۳۸۶).

منطقی است که فرض شود ناتوانی در داشتن یک فرزند، استرس آور بوده و باعث آشفتگی در کیفیت زندگی، روابط زناشویی، کاهش صمیمیت و ترس از پایان یافتن پیوند زناشویی می شود (تارلاتزیز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳). ناباروری سومین عامل طلاق در جامعه ایران است و همچنین از ناباروری به عنوان یکی از مهم ترین عوامل خشونت های خانگی نیز یاد می شود (شیری، ۱۳۸۷).

درک مواجه شدن با ناباروری به عوامل مختلف فرهنگی بستگی دارد بطوریکه در برخی از فرهنگها استفاده از درمان های سنتی یا سحر و جادو را تقویت می کنند و بسیاری از روش های درمان طبی را به دلایل فرهنگی نمی پذیرند و به جای استفاده از فن آوریهای نوین درمانی، از شبکه های اجتماعی کمک می گیرند و از طریق فرزند خواندگی و یا طلاق و ازدواج مجدد بر ناباروری فائق می آیند (ایونز، ۲۰۰۴). گاهی فشارهای روحی به حدی می رسد که فردی که مشکل ناباروری از اوست، ممکنست هر برخوردی را متوجه خود ببیند و هرگونه برخورد یا عکس العمل همسر و یا اطرافیان را به نقص خود نسبت بدهد. مساله ناباروری در جامعه ما با توجه به ساختار فرهنگی خاص، بعد عمیق تری به خود می گیرد. به مرور کنجکاوی اطرافیان بیشتر می شود احساس تحت فشار بودن از جانب اطرافیان و گاه حمایت آنان، زندگی زوج های نابارور را تحت تاثیر قرار می دهد و موجب عکس العمل های متفاوت از جمله اجتناب از شرکت در میهمانیها و پنهان کردن ناباروری از اطرافیان می گردد. فردی که مشکل ناباروری از اوست، زن یا مرد، خود را مسئول نداشتن فرزند می داند که این موجب رویارویی وی با احساس گناه می شود. او ممکن است دچار عذاب وجدان و ناراحتی شده و خود را سرزنش کند.

در اغلب جوامع، مسئولیت ناباروری بر عهده زن گذاشته شده است و بچه دار نشدن او باعث تهمت و شماتت از طرف خانواده می گردد و در نهایت این نگرانی به وجود می آید که بچه دار نشدن زن، دلیل کافی برای طلاق دادن او باشد و یا باعث شود که شوهر با زن دیگری ازدواج کند (مولائی نژاد، ۱۳۷۸).

---

<sup>۱</sup> . Tarlatizis

هرچند شیوع ناباروری در زن و مرد کم و بیش یکسان است، به نظر می رسد به دلایل چندی اثرات روانی و ناراحتی بیشتری را بر روی زنان به جای می گذارد ( آندروز و همکاران<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲). پژوهشگران بر این باورند که گرچه استرس ناشی از هر منبعی که باشد فشار بیشتری بر زندگی زنان وارد می کند ولی استرس ناباروری فشارهای منفی بیشتری بر احساس هویت و خودکارآمدی زنان دارد. بررسی ها نیز بیانگر این است که اگر نارسایی از سوی مرد علت ناباروری باشد، زنها تحمل و بردباری بیشتری نشان داده و وضعیت همسر را راحت تر تحمل می کنند ( مهاجری و صارمی، ۱۳۷۰). ولی در صورت عدم وجود عامل مردانه، عکس العمل های روانی منفی فقط در زنان بروز می کند، بیشتر آنان احساس فقدان نموده و افسرده و حساس می شوند ( رایینو، ۲۰۰۹).

در بررسی های انجام شده مشخص گردیده که زنان نابارور در ایران بیش از کشور های دیگر از اضطراب و افسردگی رنج می برند در کشور های اسلامی و شرقی مخصوصا ایران وضعیت خانوادگی بویژه داشتن بچه اهمیت زیادی دارد. داشتن بچه ثبات خانواده را تحکیم می بخشد و رضایت زوجین را افزایش می دهد و از لحاظ روان شناسی داشتن بچه عامل حیاتی برای زنان محسوب می شود و فقدان بچه ممکن است مشکلاتی نظیر طلاق و یا حتی ازدواج دوم را به همراه داشته باشد به خصوص در کشور های اسلامی که این امکان وجود دارد که مردان بیش از یک زن داشته باشند. در کشور ما دخالت خویشاوندان به خصوص خانواده شوهر و دوستان مشکلات روحی و روانی زیادی برای زنان ایجاد می کند و زنان نابارور نتایج اجتماعی منفی از جمله عدم ثبات خانوادگی، خشونت، بد رفتاری و تهمت را تجربه می کنند (توفیقی، ۱۳۸۶).

از آنجا که بر اساس آمار نظام پزشکی ایران (۱۳۸۹) که حدود سه میلیون نفر از زوجهای کشور از مشکلات ناباروری رنج می برند و سالانه نیز حدود ۱۵ درصد به جمعیت زوجهای نابارور در کشور اضافه می شود، جهت پیشگیری و ارتقاء بهداشت روانی زنان، حضور روانشناسان و روانپزشکان در مراکز تشخیص و درمان ناباروری جهت کمک به زوجهای نابارور در سازگاری بهتر با این بحران، آموزش مهارتهای مقابله ای موثر و مفید، کمک به فرایند تصمیم گیری در مورد مسائل مربوط به درمان، حل بحران فردی و تعارضات زناشویی و همچنین کمک به آنها جهت ابراز احساسات و ادامه زندگی خود با حفظ عواطف و علائق خود نسبت به یکدیگر ضروری به نظر می رسد.

---

<sup>۱</sup>. Andrews