

مقایسه باورهای غیر منطقی در زنان بارور و نابارور .

وحید خوش روش^۱، زهرا کارگر پاسخده^۲، زهرا رضایی^۳، افشین محمودی پور^۴

^۱استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

^۲دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

^۳دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

^۴دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

چکیده

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

واژه های کلیدی: باور های منطقی، زنان بارور، زنان نابارور

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 فقدان ها 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 تأثیرات 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 کفایتی فرد شده و در نهایت به سازگاری ضعیف در فرد منجر می گردد.

مطالعات نشان می دهند که عوامل روانشناختی (باورهای غیر منطقی) می توانند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشند و هم پیامد آن تلقی شوند. در این راستا، شواهد فراوانی نشان می دهند مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری می تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (کی، چانگ، ربار و سولز، ۱۹۹۵؛ دومار، کلپ و اسلاسی^۲، ۲۰۰۰ به نقل از حاتملوی سعدآبادی، ۱۳۹۱) و یا منجر به تأثیر در نتیجه درمانهای پزشکی گردند.

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

^۱. Miro

^۲. Domar & Clapp & Slasby

یکی دیگر از عوامل مرتبط با ناباروری، باورهای غیر منطقی می باشد، مدل شناختی یک نظر بر آن است که تجربه در افراد، به تشکیل فرضها و یا طرحواره هایی درباره خویشتن و جهان می انجامد و این فرضها یا طرحواره ها، خود، در سازمان بندی ادراک و در کنترل ارزیابی رفتار، مورد استفاده قرار می گیرند. 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 تأثیر و تجارب بین فردی در دوران کودکی شکل می گیرند و به مرور از طریق فرایند پردازش اطلاعات تقویت می شوند. باورهای ناکارآمد در فرایند پردازش اطلاعات تحریف ایجاد می کنند و چنین چیزی سبب می شود 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). یک و همکارانش (۱۹۹۰) به چند نمونه از باورهای مرکزی اشاره کرده اند مثل آسیب پذیری، بی عرضگی^۳، نالایقی^۴، نیازمندی^۵، ضعف^۶، درماندگی^۷، مستقل^۸، سلطه پذیری^۹، مسئولیت پذیری^{۱۰}، کفایت، پرهیزکاری، ساده لوحی^{۱۱}، 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 می تواند بر روند درمان تاثیرات نامطلوبی به جا گذارد و البته شدت استرس بسته به نوع فرهنگ قومی و باورهای فردی می تواند متفاوت باشد.

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

۲. مبانی نظری

ناباروری می تواند به عنوان بزرگترین بحران زندگی تجربه شود. (ماینز و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از عزتی، ۱۳۹۰). و مشکلات متعددی را در سلامت روانی، بهزیستی عمومی و عزت نفس و روابط زوجی ایجاد نماید. (سالمرآرو و سولکاری، ۲۰۰۸) ناباروری گرچه یک بیماری نیست ولی میتواند باعث اختلالات مهم عاطفی گردد و عوارض و عواقب روانی و اجتماعی متعددی بجای می گذارد. ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که صرف هزینه های گزافی راجعت درمان طلب کرده و میتواند باعث ازهم گسیختگی ثبات خانواده گردد (برک و همکاران، ۲۰۱۲). مشکلات ناباروری به واسطه افزایش احساس شکست، بر عزت نفس افراد تاثیر منفی گذاشته و باعث ایجاد مشکلات سازگاری از جمله علایم افسردگی در زنان نابارور می شود (ماینز و همکاران، ۲۰۰۳، به نقل از عزتی، ۱۳۹۰) ناباروری از مشکلات فردی و اجتماعی است که می تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگون قرار دهد. (قربانی، ۱۳۸۸). فرآیندی است که جسم، شغل، شخصیت و ذهنیت را تحت تاثیر قرار

^۳. Inpet

^۴. Incompetent

^۵. Needy

^۶. Weak

^۷. Helpless

^۸. Self - Sufficient

^۹. Easily Controlled By Others

^{۱۰}. Responsible

^{۱۱}. Innocent

می دهد و اثرات نامطلوبی در احساسات فرد از جمله خود باوری او دارد (فیضی، ۱۳۸۱). محققین بروز رفتارهای تکانشی و فشارهای پراکنده، افسردگی، احساس درماندگی و بی ارزشی، اضطراب و تشویش را در مورد افراد نابارور گزارش نموده اند (فیضی، ۱۳۸۱). در مطالعات انجام گرفته مشخص گردید اضطراب و افسردگی در زوج های نابارور وجود دارد و مهمترین عامل آن نگرش افراد نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است. (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۹). همچنین آسیب های روان شناختی ناشی از واکنش های اضطراب، به دنبال تعیین علت ناباروری به وجود می آید (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۲) وضعیت باروری و عوامل وابسته به آن با ایجاد اضطراب روانی اجتماعی، کاهش رضایت از زندگی، افزایش مشکلات زناشویی و کاهش اعتماد به نفس جنسی و همچنین کاهش رضایت جنسی و زناشویی بر کیفیت زندگی مؤثر بوده و در نهایت باعث تغییر در کیفیت زندگی میشوند. ناباروری یک جنبه روانشناختی مهم در زندگی فرد و یکی از مهمترین کارکردهای خانواده به شمار میرود، خواسته ایده ال افراد آن است که بارور باشند، ولی مانع بارداری شوند (نورانی و همکاران، ۱۳۹۱).

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

شاید یکی از سخت ترین عوارض هیجانی ناشی از ناباروری، از دست دادن احساس کنترل بر زندگی باشد. برای بسیاری از چنین زوج هایی، ناباروری نقطه کانونی گفتمان ها و وظایف روزانه می شود و اغلب به طرد از دیگر جنبه های مهم زندگی می - انجامد (روناتا و ریتان، ۲۰۱۰). بخش مهمی از هویت بزرگسالی با تولید مثل تحقق پیدا می کند، هنگامی که این مسئله به راحتی رخ نمی دهد، در زوج ها سردرگمی و عصبانیت ایجاد می شود. در یک بررسی به عنوان ارزیابی روانی پی آمدهای ناباروری، بیشتر بیماران نابارور، بویژه زنان، ارزیابی و درمان ناباروری را ناراحت کننده ترین تجربه ی زندگی خود قلمداد می کنند (گریل، ۱۹۹۷؛ به نقل از کوسینیو و دومار، ۲۰۰۷).

هنگامی که یک زوج تصمیم به دنبال کردن درمان های پزشکی می نمایند، ممکن است که نیاز داشته باشند که تغییر قابل توجهی را در شیوه زندگی خود ایجاد نمایند. چرا که درمان، اغلب جانشین جنبه های دیگر زندگی می شود، بطوریکه مثلاً دستیابی به یک شغل مهم یا هر آرمان دیگر در زندگی به تعویق می افتد یا به طور کلی نادیده گرفته می شود. همچنین برای بسیاری از زوج ها بسیار دشوار است که بحران کنونی زندگی خود را به عنوان یک وضعیت موقت ارزیابی کنند (روناتا و ریتان، ۲۰۱۰). هر چند در مرحله ی اول، ناباروری یک وضعیت بالینی است، ولی تشخیص آن می تواند تأثیرات زیادی در عملکردهای هیجانی زوجین درگیر با این مشکل برجاگذارد (مظاهری و محسنیان، ۱۳۸۹). تحقیقات نشان دهنده آن هستند که در بسیاری از فرهنگ ها، افراد بچه دار نشدن خود را به عنوان نشانه ای از نقص و کاهش شایستگی درک می کنند. در بسیاری از جوامع داشتن فرزند، اطمینان از بقای نسل است. بنابراین جای تعجب نیست که افراد نابارور ممکن است که احساس تنهایی بسیار زیادی را تجربه کنند. ۱۵ درصد زوجهای نابارور احساس تنهایی و طرد شدگی دارند. در نتیجه آنهایی که مشکلاتشان را با دیگران در میان نمیگذارند و از شرایط سایر زوجها با تجربیات یکسان ناآگاه میباشند از حمایت و درک زوجها با دیگر مشکلات مشابه محرومند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰).

به طور کلی ناباروری به صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یک سال نزدیکی جنسی محافظت نشده (بدون استفاده از روشهای پیشگیری از حاملگی) تعریف می شود. (برک و نوواک، ۲۰۱۲ و اسپیراف، ۲۰۱۵) که به صورت نازایی اولیه و ثانویه مطرح میگردد که در نازایی اولیه، هیچ سابقه ای از حاملگی قبلی وجود ندارد و نازایی ثانویه که حاملگی قبلی وجود داشته و لزوماً منجر به تولد زنده نشده است، تعریف میشود. (نواک، ۲۰۱۲). میزان ناباروری اولیه به سرعت در میان زنان جوان افزایش پیدا کرده است. عوامل مختلفی در افزایش ناباروری ذکر شده اند از جمله به تعویق انداختن باروری تا اوایل ۳۰ یا اوایل ۴۰ سالگی،

افزایش بیماری های مقاربتی، استفاده از روش های ضد بارداری خاص مثل IUD (مارکون^{۱۲}، ۱۹۹۸؛ به نقل از پوتینگر و همکاران، ۲۰۱۶).

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

در حدود ۹۰-۸۵٪ زوج ها در عرض ۱۲ ماه نزدیکی بدون پیشگیری حامله میشوند (نواک، ۲۰۱۲) بنابراین ناباروری در ۱۵-۱۰٪ زوجها دیده میشود. به احتمال وقوع بارداری در هر سیکل قدرت باروری اطلاق میشود که در زوجهای طبیعی ۲۵-۲۰٪ است. (اسپیراف، ۲۰۰۵) میزان تقریبی باروری در هر سیکل در صورت عدم درمان ۱/۳-۴/۱٪ و در IVF ۲۰/۷٪ میباشد (اسپیراف، ۲۰۱۵). برخلاف تصور عمومی، میزان باروری در طول ۳ دهه گذشته بدون تغییر باقی مانده است. با جود این بررسی و درمان ناباروری در طول این ۳ دهه به طور چشمگیری تغییر کرده است. سه پیشرفت عمده، بیشترین تاثیر رو در این زمینه داشته اند. اولین پیشرفت، معرفی روش "باروری آزمایشگاهی" (IVF)^{۱۳} و سایر فن آویهای کمک باروری (ART) بود. تکنیکهای ART، روشی را برای بررسی روندهای تولیدمثل از طریق راههای جدید و دارای قدرت تشخیصی بیشتر فراهم کرده اند و به طور چشمگیر، پیش آگهی تعداد کثیری از زوجهای نابارور را بهبود بخشیده اند. دومین پیشرفت، تغییرات بوجود آمده در جمعیت شناسی است که سبب شده اند تعدادی زیادی از زنان، در سنین بالاتر (که از نظر بیولوژیک قدرت باروری کمتری دارند) درصدد حامله شدن برآیند. سومین پیشرفت، پیشرفتهای حاصل در زمینه ART و موضوعات مربوط به کاهش مرتبط با سن باروری هستند، که در کنار یکدیگر سبب جلب توجه رسانه های جمعی و افزایش آگاهی عمومی از ناباروری و درمانهای مدرن شده اند. در نتیجه، زوجهای نابارور امروزه با احتمال بیشتری درصدد استفاده از خدمات ارزیابی و درمان طبی بر می آیند. (اسپیراف، ۲۰۱۵). باور قضیه ای است که فرد درستی آن را پذیرفته بدون اینکه بر آزمایش ویا انتقاد مبتنی باشد. (شعاری نژاد، ۱۳۹۴). همانگونه که انسانها گرایش طبیعی دارند به اینکه به صورت منحصر به فردی عقلانی و روشنفکر باشند، گرایش بسیار نیرومندی نیز دارند که مخلوقات کثفکری باشند در آشفته گیهای هیجانی، رویدادهای برانگیزنده همیشه از طریق عقاید غیر عقلانی پردازش می شوند. (پروچاسکا ونورکراس، ۱۳۹۳). یکی از دیدگاههای روانشناسی در مورد علل بیماری روانی دیدگاه عقلانی عاطفی الیس است. به نظر او رفتار و عواطف انسان ناشی از باورها، اعتقادات و طرز تفکر اوست. اضطراب، افسردگی، غم، اندوه، خشم و ترس همگی ناشی از طرز فکر و باورهای فرد نسبت به جهان و دیگران است. وی نام این باورها را باورهای غیر منطقی گذاشت. (شفیع آبادی، ۱۳۹۲). رفتار درمانی عقلانی-هیجانی بر این اصل قرار دارد که ما عقاید نامعقول را از افراد مهم در دوره کودکی یاد می گیریم و بعد این عقاید نامعقول را در طول عمر خود بازسازی می کنیم. (کری، ۱۳۹۲). در مصاحبه ای که توسط میکایل و وای برنال که با الیس در سال (۲۰۰۹) انجام گرفت، اذعان کرد که باورهای غیر منطقی اساس بیولوژیکی قوی تر دارند والیس معتقد بود که باورهای غیر منطقی به مشکلات روانی بیشتری می انجامد، در حالیکه باورهای منطقی نقش ویژه ای در موفقیت افراد دارند. (عسگری، ۱۳۹۰). چنین تفاوتی باید به حساب مداخلات روانشناختی متفاوت با این بیماران گذاشته شود. مسئله اساسی اینست که آیا ثبات هیجانی و کنترل هیجانات منفی می تواند یک مساله در موفقیت عمل لقاح آزمایشگاهی زوجین باشد یا نه.

۳. روش شناسی

تحقیق حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه ای گاهی این روش پژوهش، مقطعی^{۱۴} و پس رویدادی نیز نامیده می شود. در این روش پژوهشگر نسبت به متغیر پیش بین کنترل مستقیم ندارد چون در شرایط دیگر رخ داده و صرفاً نوع و میزان تاثیرش بر متغیر ملاک در زمان حاضر مورد ارزیابی قرار می گیرد (گال، بورگ و گال، ۱۹۴۲، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۸۶).

^{۱۲} . Marroquin

^{۱۳} . In vitro Fertilization

^{۱۴} Cross-sectional

پرسشنامه باورهای غیر منطقی (IBT): این پرسشنامه که در سال ۱۹۶۸ توسط جونز ساخته شد. این آزمون در تحقیقات متعدد به منظور بررسی عقاید و باورهای غلط به کار گرفته شده است. آزمون IBT شامل ده قسمت است که هریک ده سؤال را شامل می شود. هر بخش یک باور غلط را مورد ارزیابی قرار می دهد. روایی این آزمون از طریق آزمون آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ است (تقی پور، ۱۳۷۷؛ شفیع آبادی، ۱۳۷۳). باورهای غیر منطقی همگانی در این مقیاس عبارتند از: نیاز به تأیید و حمایت دیگران، انتظار زیاد از خود، تمایل به سرزنش خود، واکنش به ناکامی، بی مسئولیتی عاطفی، دل مشغولی زیاد همراه با اضطراب، اجتناب از مشکلات، وابستگی، ناامیدی نسبت به تغییر و کمال گرایی. آزمون به روش لیکرت به صورت پنج درجه ای تهیه شده، آزمودنی نظر خود را با انتخاب یکی از گزینه ها مشخص می کند. در این پژوهش از فرم ۴۰ سوالی آن استفاده شده است.

۱. روش‌های آمار توصیفی: مانند محاسبه میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS-۲۰ انجام پذیرفت، لازم به ذکر است که سطح معنی داری برای تمام فرضیه ها $\alpha = 0.05$ در نظر گرفته شد.

۴,۱ یافته های توصیفی

به منظور ارایه تصویر روشن تر از یافته‌های پژوهش، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۴-۱ و یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۴-۱-۱ ارایه شده است.

درصد	فراوانی	
۵۰	۷۵	بارور
۵۰	۷۵	نابارور
۱۰۰	۱۵۰	جمع

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

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

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

جدول ۴-۳- فراوانی و درصد تحصیلات زنان

فراوانی	درصد	
۴۵	۳۰	دیپلم و زیر دیپلم
۶۵	۴۳/۳	فوق دیپلم
۳۵	۲۳/۳	لیسانس
۵	۳/۳	فوق لیسانس و بالاتر
۱۵۰	۱۰۰	جمع

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

جدول ۴-۴- فراوانی و درصد تحصیلات همسران

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

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

فراوانی	درصد	
۵۰	۳۳/۳	کارمند
۶۴	۴۲/۷	کارگر

آزاد	۳۶	۲۴
جمع	۱۵۰	۱۰۰

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

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

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 فرضیه 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	باورهای غیر منطقی
تعداد داده‌ها	۱۵۰
پارامترهای نرمال	میانگین ۳۶۵/۲۰
	انحراف معیار ۴۹/۵۵
بیشترین انحراف	قدرمطلق ۰/۱۰۲
	مثبت ۰/۱۰۲

منفی	-۰/۰۷۶
مقدار آماره ی Z کولموگروف - اسمیرنوف	۱/۲۴
مقدار Sig (دو دامنه)	۰/۰۹۰

فرضیه: بین باورهای غیر منطقی در زنان بارور و نابارور تفاوت وجود دارد.

همگنی واریانس‌های خطای متغیرها

در جدول ۴-۱۸ بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه گزارش شده‌اند.

جدول ۴-۱۸: نتایج بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای اصلی پژوهش در دو گروه

متغیر	لوین F آماره	سطح معنی داری
باورهای غیر منطقی	۵/۶۳	۰/۲۰۰

یافته‌های جدول ۴-۱۸ نشان می‌دهد که آماره F آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های خطای متغیرها در گروه‌های پژوهش برای باورهای غیر منطقی (۵/۶۳) معنی دار نمی‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که واریانس‌های خطای این متغیرها در گروه‌ها همگن می‌باشد.

جدول ۴-۱۹: 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
باورهای غیر منطقی	۹۵۶۸/۰۲	۱	۹۵۶۸/۰۲	۳/۹۷	۰/۰۴۸	۳/۹۷	۰/۵۰۸

همانطور که در جدول شماره ۴-۱۹ دیده می‌شود متغیر باورهای غیر منطقی زنان بارور و نابارور مورد مقایسه قرار گرفته است. F بدست آمده نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه‌ها در متغیر باورهای غیر منطقی ($f=3/97$ ؛ $\text{sig}=0/000$ ؛ $P<0/05$) معنادار می‌باشد.

۵. بحث و نتیجه گیری

فرضیه: بین صفات شخصیت در زنان بارور و نابارور تفاوت وجود دارد. نتایج تحلیل فصل چهارم نشان داد که بین مولفه های مورد بررسی در دو گروه تفاوت معنادار است ($P<0/01$).

نتیجه فوق با یافته های شاکری و همکاران (۱۳۹۵)، لعلی ثانی (۱۳۹۰) رشیدی و همکاران (۱۳۸۹)، امان الهی و همکاران (۱۳۹۱)، معصومی و همکاران (۱۳۹۴) غفاری و همکاران (۱۳۸۷) مونگا و همکاران (۲۰۱۴)، دومار و همکاران (۲۰۱۷) گالهاردو و همکاران (۲۰۱۷) اسمیت و همکاران (۲۰۱۵) سوپریا هاجلا و همکاران (۲۰۱۵) همسو می باشد. در تبیین نتیجه بدست آمده باید گفت که هر زنی (بارور یا نابارور) از ویژگیهای شخصیتی مختلفی برخوردار می باشند. این مساله شاخص مهمی است که نشان می دهد استرس مادر موجب درک تجربه ناخوشایند از ناباروری می شود و از نظر فیزیولوژیک وی را ناآرام می کند، از این رو اگر سبکهای مقابله ای که زنان نابارور دارای سازمان صحیح و منطقی باشد موجبات پی ریزی شخصیت سالم را فراهم خواهد ساخت و این خود عامل سهمی و پیشگیری از بسیاری از آسیب های بعدی

روحي و رواني بشمار مي آيد. بنابراين بايد گفت كه همه افراد گاهي در مسير زندگي با مشكلات و موانعي روبرو مي شوند كه كيفيت و مسير زندگي را تحت تاثير قرار مي دهد اما نحوه ي مواجهه و رويارويي آنها در قبال مشكلات بسيار متفاوت است. برخي از افراد در رويارويي با مسايل زندگي فاقد تواناييهاي لازم هستند و همين امر باعث آسيب پذيري آنان مي شود در اختيار داشتن منابع و مهارتهايي كه به انسان كمك مي كند تا به بهترين شكل ممكن از عهده ي حل مشكل خود برآيد بسيار ارزشمند است از اين رو آموزش مداخلات شناختي پوشش براي انواعي از مهارت ها كه تسهيل كننده ي تعامل اجتماعي هماهنگ است مي باشد كه احساس مي شود زنان نابارور براي وصول به زندگي معقول و متعادل نياز دارند . بررسي هاي انجام شده درچند دهه گذشته نشانگر نقش توجه استرس در بروز بيماريها بوده است. بنابراين به نظرمي رسد پيش بيني تاثير كمی و كيفي حوادث استرس زا درمردم يك جامعه موجب تسهيل دربرنامه ريزي هاي مربوط به بهداشت رواني خواهد شد. بروز بسياري از اختلالات وناهنجاري هاي رواني، ناشي از استرس هاي زندگي و ناتواني درسازگاري با انواع فشارهايي است كه تمدن و تكنولوژي براي انسان آورده است. واضح است كه براي حفظ بهداشت رواني و تطابق بهتر با مشكلات جهان كنوني، شناخت ماهيت استرس و نقش آن در سلامت تن و روان حائز اهميت مي باشد.

منابع

- اردبيلي، سودابه،مقدم، مريم،سلسالي، عليرضا، رمضان زاده، محسن و ندجات، زينل (۱۳۹۰). بررسي ميزان شيوع افسردگي، اضطراب و ترس مرضي در دوران بارداري در شهر اهواز، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۴، ۵۶-۶۱.
- امان الهی فرد عباس.(۱۳۹۱). مقایسه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور.فصلنامه مشاوره -کاربردی. ۱۳۹۱؛ (۱)۲: ۸۵-۷۷.
- بهرامي و همكاران (۱۳۸۹) بخشي درمان شناختي رفتاري بر اضطراب و نگراني افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگير. مجله روانشناسي باليني، سال چهارم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۰.
- تقی پور، منوچهر.(۱۳۷۸). باورهای غیر منطقی و آشفتگی های روانی مجله بهداشت و روان دانشگاه شیراز، سال دوازدهم، شماره ۳.
- حاتملوی سعدآبادی منیژه ،هاشمی نصرت آباد تورج.(۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روانشناختی و رضامندی زناشویی در گروهی از زنان بارور و نابارور شهر تبریز. فصلنامه علمی- پژوهشی روان شناسی سلامت. ۱۳۹۲؛ (۱)۱: ۲۸-۱۷.
- 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 ۳۴-۲۷
- 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)
- شعاری نژاد، علی اکبر(۱۳۶۴). روانشناسی رشد. چاپ سوم .تهران :رشد.
- شفیع آبادی ،عبدالله وناصری ،غلامرضا(۱۳۹۲).نظریه های مشاوره وروان درمانی،چاپ بیست ویکم .تهران:مرکز نشر دانشگاهی
- عزتی، مريم (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مدیریت استرس(شناختي رفتاري) بر شادكامی زنان بارور. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال یازدهم، شماره: ۴، ۴۸-۴۲.
- قربانی،مريم (۱۳۸۸) مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختي- رفتاري و دارو درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگير. رساله کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی ایران انستیتو روانپزشکی.

- قره خانی، مرضیه و علیزاده، عالییه، (۱۳۸۸) مهارت‌های ارتباطی و عملکرد جنسی در دوران بارداری، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. ۳(۹-۱۰): ۴۲-۵۹.
- کری، جرال (۱۳۹۲). مشاوره و روان درمانی، نظریه و کاربری، ترجمه یحیی سید محمدی، چاپ دهم. تهران: نشر ارسباران.
- لعلی ثانی فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای صمیمیت زناشویی و رضایت از زندگی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهید صدوقی یزد. ۱۳۹۰. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه الزهر (س). دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- لیهی، رابرت. (۲۰۰۳). تکنیک‌های شناخت درمانی. ترجمه حمیدپور، حسن. اندوز، زهرا. (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- محمدی و خلیج آبادی فراهانی، (۱۳۹۰) بررسی بهداشت روان مادران در دوران بارداری، مجله پزشکان بدون مرز، ۱۳۹۱. دوره دوم، سال چهارم. ص ۲۰-۲۲.
- نورانی و همکاران، (۱۳۹۱) اثر بخشی درمان گروهی مدیریت تنیدگی بر اضطراب دوران بارداری و پارامترهای فیزیولوژیک نوزادان، روانشناختی تحولی، روانشناسان ایرانی- سال یازدهم/شماره ۴۳/بهار ۱۳۹۱

۱. Burke. (۲۰۱۲) The Relationship Between Emotional Arousal And Irrational Thoughts With Positive Thinking Between Student, *Journal Psychology Of Religion News Letter*, ۳۶ (۹), ۸۹۹-۹۱۳.
۲. Cousineau & Domar. (۲۰۰۷) Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG* ۲۰۰۰ Oct; ۱۰۷(۱۰): ۱۲۰۲-۹.
۳. 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.
۴. Keye, Chang, Rebar, & Soules (۱۹۹۵) Religious participation and marital commitment. *Rev Relig Res*. ۱۹۹۵; ۳۰(۴): ۳۸۷-۴۰۰.
۵. Monga (۲۰۱۴) The threefold cord: Marital commitment in religious couples. *J Fam Issues*. ۲۰۱۴; ۲۹(۵): ۵۹۲-۶۱۴.
۶. Novak. (۲۰۱۲) Sexuality during and after pregnancy. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, ۲۳, ۶۷۹-۶۸۲.
۷. Salmraaro' Sarkari (۲۰۰۸) Sexual desire, coital frequency and orgasm during pregnancy: Comparing between primigravida and multigravida. *Journal of the Medical Association of Thailand*, ۷۱, ۱۲۴-۱۳۰.
۸. Smith. L (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.
۹. Spiraf. K (۲۰۱۵) Foggy Faithfulness: Relationship quality, religiosity, and the perceptions of dating infidelity scale in an adult sample. *J Fam Issues*. ۲۰۱۵; ۳۱(۱): ۱۴۶۵-۱۴۸۰.