

## مقایسه‌ی سطح سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور شهر کرمانشاه

### چکیده

**زمینه:** عدم توانایی باروری و واکنش‌های افراد جامعه باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی در این افراد می‌شود. که این مشکلات به نوبه‌ی خود بر زندگی مشترک زوجین اثرات نامطلوبی به جا می‌گذارد. بنابراین پژوهش حاضر جهت مقایسه‌ی سطح سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور شهر کرمانشاه انجام گرفته است.

**روش‌ها:** این پژوهش تحلیلی - مقطعی روی ۱۰۰ زن نابارور و ۱۰۰ زن بارور که به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شده بود انجام شد. ابزار استفاده شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی (GHQ-28)، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی انریچ و تعارضات زناشویی کنزاس بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و روش‌های آماری تی گروه‌های مستقل و خی دو مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بین متغیرهای مورد بررسی در زنان نابارور و بارور تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ )؛ به نحوی که متغیرهای مورد پژوهش یعنی سلامت روان، شادکامی، رضایت زناشویی در زنان بارور بیش‌تر بود. احساس حقارت و تعارضات زناشویی در گروه نابارور بیش‌تر بود ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** زنان نابارور به طور 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.

**کلید واژه‌ها:** سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی، تعارضات زناشویی، ناباروری

جمیله شاهرودی<sup>۱</sup>، سید مجتبی احمدی<sup>۱\*</sup>،  
خیراله صادقی<sup>۱</sup>، میترا بختیاری<sup>۲</sup>، منصور  
رضایی<sup>۳</sup>، فاطمه ویسی<sup>۱</sup>، فیروزه خاموشی<sup>۴</sup>

۱. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه آناتومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳. گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

\* **عهده دار مکاتبات:** کرمانشاه، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پزشکی، گروه روان‌شناسی بالینی.

Email: mojtabakmahmadi@yahoo.com

### مقدمه:

انسان‌ها به دلایل مختلفی ازدواج می‌کنند. در کنار تمایلات جنسی، که مسائل اولیه هستند. عشق، امنیت اقتصادی، هم‌نشینی، محافظت، امنیت عاطفی، فرار از تنهایی، علایق مشترک و داشتن فرزند بعضی از عواملی هستند که می‌توانند باعث گرایش یک شخص به ازدواج شوند<sup>۱</sup>. نازایی عبارت است از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری. ۱۵ درصد از زوجین از ناباروری رنج می‌برند که ۴۰ درصد موارد به علت عوامل زنانه، ۴۰ درصد به علت مردانه و ۲۰ درصد موارد به عوامل مشترک نسبت داده می‌شود<sup>۲</sup>. 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 می‌شود. ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که می‌تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگونی قرار دهد. ناباروری فرایندی است که شغل، جسم، شخصیت و ذهنیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اثرات نامطلوبی در احساسات فرد از جمله خود باوری او دارد. پژوهشگران بروز رفتارهای تکانشی و فشارهای پراکنده، افسردگی، احساس درماندگی و بی‌ارزشی، اضطراب و تشویش را در مورد افراد نابارور گزارش نموده‌اند<sup>۳</sup>. ناباروری و درمان آن به عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش والدین، نه تنها باعث ایجاد مشکلات روان-شناختی می‌شود، بلکه می‌تواند به عنوان یک ضربه شدید بر علیه روابط بین زوجین و استحکام خانواده عمل کند. از آن جا که

از رضایت زناشویی هستند، اما علاوه بر افت تدریجی که با گذشت زمان در رضایت زناشویی رخ می‌دهد، در همان هفته‌ها و ماه‌های اول زندگی نیز مشکلات جدی رخ می‌دهند که اگر حل نشود می‌تواند رضایت و ثبات رابطه‌ی زناشویی را مختل کند.<sup>۴</sup> در یک مطالعه که با ۵۵ فرد نابارور انجام شد مشخص گردید که اضطراب و افسردگی در زوج‌های نابارور وجود دارد و مهم‌ترین عامل آن نگرش افراد نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است. در مطالعه‌ی دیگر میانگین نمره‌ی افسردگی بر اساس آزمون افسردگی بک برای زنان نابارور ۸/۳۱ و برای زنان بارور ۵/۱۰ به دست آمد. به طور کلی اختلالات خلقی در زنان و مردان نابارور شایع است.<sup>۵</sup> مطالعه‌ی دوباره‌ی تأثیر ناباروری بر رضایت زناشویی نشان داد که در بعضی از زوج‌ها تأثیر منفی و در بعضی دیگر تأثیر مثبت و حتی باعث صمیمیت بیش‌تر می‌شود.<sup>۷</sup>

با در نظر گرفتن نکات فوق و وجود تناقض‌های متعدد در نتایج پژوهش‌های انجام شده جوامع و کشورهای دیگر، پژوهشگر را بر آن داشت که پژوهش حاضر را انجام دهد. در طی این پژوهش سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارض در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری کرمانشاه، اندازه‌گیری شده و سپس ارتباط این متغیرها با یکدیگر سنجیده شد. به امید آن که این پژوهش گامی در جهت کاهش درد و رنج زوج‌ها و بویژه زنان نابارور در کشورمان باشد.

### مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع تحلیلی-مقطعی بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان بارور و نابارور شهر کرمانشاه بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۰۰ نفر (۱۰۰ زن بارور و ۱۰۰ زن نابارور) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

### ابزار اندازه‌گیری:

برای انجام پژوهش از ۵ پرسش‌نامه به طور همزمان استفاده شد. الف. پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی: این پرسش‌نامه توسط Goldberg and Hiller ساخته شد، و دارای ۲۸ ماده و ۴ زیر مقیاس می‌باشد: (۱) نشانه‌های بدنی، (۲) اضطراب و بی‌خوابی، (۳) بدکاری اجتماعی و (۴) افسردگی. نمره‌ی کم‌تر در این پرسش‌نامه بیانگر سلامت روانی بهتر است. ضریب پایایی به روش آلفای

ناباروری به روش‌های مختلف تشخیص و درمان نیاز دارد، بلکه به عنوان یکی از بحران‌های اساسی در زندگی زوجین به شمار می‌آید. البته به علت تفاوت‌های عاطفی بین زنان و مردان تنش ناشی از ناباروری بر زنان بیش‌تر از مردان است.<sup>۴</sup> زنان نابارور از جمله افرادی هستند که در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی قرار دارند. همچنین ناباروری می‌تواند باعث اختلال در روابط زناشویی، جدایی و طلاق، کاهش اعتماد به نفس و افزایش احساس حقارت، احساس طرد شدن و افزایش تعارضات زناشویی در شخص نابارور گردد و این احساسات ممکن است منجر به افسردگی، کاهش شادکامی و افزایش اضطراب و یا احساس گناه شود.<sup>۲</sup> در مطالعات انجام شده در نیجریه و ژاپن سطح اضطراب و افسردگی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور بالاتر بود.<sup>۳</sup> در مطالعات انجام شده در دانشگاه تهران افسردگی در زنان نابارور با علت نازایی، مدت نازایی و سطح تحصیلی و شغلی زنان ارتباط داشت.<sup>۲</sup> تعارض، اغلب دلیل مراجعه همسران برای درمان است زوج‌ها ممکن است بدان دلیل به درمانگر مراجعه کنند که نمی‌توانند با هم باشند و یا این که از زندگی مشترک شان ناراضی هستند و اغلب برای رفتارهای یکدیگر انگیزه‌ی منفی فرض می‌کنند. یکی از ویژگی‌های بارز چنین همسرانی آن است که وقتی طرف مقابل شان چنین رفتاری را 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 مشکلات شان را حل کنند به جای این که از ذهن‌خوانی استفاده کنند. بروز تعارض در روابط انسان‌ها امری غیر قابل اجتناب است. تعارض پدیده‌ای است که به موازات عشق در روابط زناشویی ایجاد می‌شود. تعارض زمانی ایجاد می‌شود که اعمال و رفتار یک فرد با اعمال و رفتار 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.<sup>۵</sup>

رضایت زناشویی تأثیر مهمی بر خانواده و سلامت جسمی و روانی خانواده دارد. به اعتقاد Markman and Floyd اغلب افرادی که ازدواج می‌کنند، در آغاز زندگی دارای سطح بالایی

هشیاری و دقت پاسخگویان در کل ۵ گویه از پرسش نامه به شیوه‌ی معکوس نمره دهی می‌شود.<sup>۱۱</sup>

#### د. پرسش نامه‌ی تعارضات زناشویی (KMCS)

: پرسش نامه‌ی تعارضات زناشویی Kensas یک ابزار ۲۷ سؤالی است که برای سنجش تعارضات زن و شوهر ساخته شده است. این پرسش نامه سه قسمتی است که مرحله‌ی اول آن ۱۱ عبارت، مرحله‌ی دوم ۵ عبارت و مرحله‌ی سوم ۱۱ عبارت دارد. این آزمون از همسانی درونی مطلوبی برخوردار است برای مردان دامنه آلفا بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و برای زنان آلفا ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ می‌باشد. همبستگی حاصل از روش باز آزمایی در هر سه مرحله بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۶ است.<sup>۱۲</sup>

#### تحلیل آماری داده ها :

در این پژوهش داده‌ها از طریق آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های آماری کای دو و t گروه‌های مستقل)، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

#### یافته ها:

ابتدا به بررسی همسانی گروه‌ها پرداخته شد برای این کار دو گروه بارور و نابارور از نظر جنسیت، تحصیلات و مراجعه به پزشک و روان پزشک و شغل با هم مقایسه شدند که نتایج نشان داد که بین گروه‌های مورد مقایسه با هم، تفاوت معناداری وجود ندارند ( $P > 0/05$ ) (جدول ۱). برای تحلیل داده‌ها در این پژوهش ابتدا از آزمون کلوموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن داده‌ها استفاده شد که نتایج نشان داد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار بودند.

میانگین سلامت روان در بارورها ۵۰ و در نابارورها ۵۶ به دست آمد و این یافته نشان می‌دهد که سلامت روان در بارورها بهتر از نابارورها است (در این پرسش نامه نمره کم‌تر نشان دهنده‌ی سلامت روان بهتر است). اضطراب در آن‌ها به ترتیب در بارورها ۱۳/۲۷ و در نابارورها ۱۵/۲۷ بود. افسردگی در آن‌ها ۹/۶۲ و ۱۲/۱۰۰ بود که نشان می‌دهد اضطراب و افسردگی در نابارورها بیشتر است. احساس حقارت ۵۵/۸۷ و ۶۱/۸۷ بود پس احساس حقارت در نابارورها بیش‌تر بود (افزایش نمره در تست نشان

کرونباخ برای کل پرسش نامه ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌های آن ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ گزارش شده. شریفی پایایی کل پرسش نامه را با استفاده از روش دو نیم سازی ۰/۶۴ و روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کرد.<sup>۸</sup>

#### ب. پرسش نامه‌ی شادگامی Oxford :

این مقیاس یک ابزار ۲۹ سوالی برای ارزیابی شادگامی می‌باشد. این ابزار در سال ۱۹۸۹ توسط Argyle and Lu ساخته شد. این پرسش نامه به صورت ۴ گزینه‌ای می‌باشد که به ترتیب از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود. جمع نمرات مواد ۲۹ گانه، نمره‌ی کل مقیاس را تشکیل می‌دهد. نمره‌ی کل مقیاس از صفر تا ۸۷ در نوسان است. در پژوهشی که توسط علی پور و نور بالا در سال ۱۳۷۸ در ایران برای بررسی روایی و پایایی این پرسش نامه صورت گرفته است آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.<sup>۹</sup>

#### ج. پرسش نامه‌ی رضایت زناشویی Enrich:

این پرسش نامه شامل ۴۷ سؤال با ۱۱ زیر مقیاس تحریف آرمانی، مسایل شخصیتی، ارتباط، مدیریت مالی، فعالیت اوقات فراغت، نقش‌های مساوات طلبی، رابطه‌ی جنسی، جهت‌گیری عقیدتی، فرزندان و فرزند پروری، خانواده و دوستان و حل تعارض می‌باشد. پایایی این پرسش نامه را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند این پرسش نامه دارای ضریب آلفای ۰/۹۵ برای جامعه ایرانی است که توسط پژوهش سلیمانی به دست آمد. نمره گذاری این پرسش نامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است.<sup>۱۰</sup>

#### د. پرسش نامه‌ی احساس حقارت :

این پرسش نامه دارای ۲۵ گویه و پاسخ نامه‌ی ۵ گزینه (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است. روایی این پرسش نامه با دو شیوه‌ی ارزیابی روایی صورتی و محتوایی انجام شد. پایایی این پرسش نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و به روش دو نیمه سازی ۰/۷۵، با معناداری در سطح  $P \leq 0/0001$  محاسبه شد. در دومین مرحله، پایایی پرسش نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و به روش دو نیمه سازی ۰/۸۰ با معناداری در سطح  $P \leq 0/0001$  محاسبه شد. در این پرسش نامه نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی احساس حقارت و نمره‌ی پایین‌تر بیانگر سطح بالای اعتماد به نفس خواهد بود. البته برای حفظ

نابارورها ۸۰/۷۱ و در گروه بارورها ۸۸/۱۸ بود که در گروه بارورها بیش تر بود یعنی آن‌ها در حل تعارضات زناشویی موفق تر بودند و در زیر مقیاس‌های علائم جسمی، بدکاری اجتماعی، حل تعارض، رابطه جنسی اختلاف معنادار آماری بین دو گروه بارور و نابارور وجود نداشت، برای مقایسه بین گروه‌های مورد بررسی از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد (جدول ۲).

دهنده افزایش احساس حقارت است). میانگین شادگامی در بارورها ۷۲/۸۹ و در نابارورها ۶۵/۲۶ بود. رضایت زناشویی در بارورها ۱۷۱/۹۵ و در نابارورها ۱۵۸/۰۸ بود. خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی شامل مسایل شخصیتی، ارتباط‌های اجتماعی، مدیریت مالی، اوقات فراغت، مسائل مربوط به رضایت از ازدواج و فرزندان، ارتباط با دوستان، جهت‌گیری‌های مذهبی در بارورها و بیشتر از نابارورها بود. توانایی حل تعارضات زناشویی در گروه

جدول ۱. آزمون کای دو برای مقایسه‌ی اطلاعات جمعیتی و بالینی در دو گروه بارور و نابارور

P-value	Chi-square	جمع		نابارور		بارور		متغیر
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۱۴۸	۶/۷۸۴	۰/۶۴/۵	۱۳۰	۰/۶۵	۶۵	۰/۶۴	۶۴	دیپلم وزیر دیپلم
		۰/۱۲/۵	۲۵	۰/۸	۸	۰/۱۷	۱۷	کاردانی
		۰/۱۹	۳۸	۰/۲۳	۲۳	۰/۱۵	۱۵	کارشناسی
		۰/۴	۸	۰/۴	۴	۰/۴	۴	ارشد
۰/۰۵۴	۳/۷۰۱	۳/۵	۷	۰/۱	۱	۰/۶	۶	بله
		۵/۹۶	۱۹۳	۰/۹۹	۹۹	۰/۹۴	۹۴	خیر
۰/۳۶۴	۲/۰۲۱	۰/۴/۵	۹	۰/۶	۶	۰/۳	۳	بله
		۰/۹۵/۵	۱۹۱	۰/۹۴	۹۴	۰/۹۷	۹۷	خیر
۰/۲۰۴	۳/۱۷۵	۰/۸۴	۱۶۸	۰/۸۸	۸۸	۰/۸۰	۸۰	خانه دار
		۰/۹	۱۸	۰/۸	۸	۰/۱۰	۱۰	دولتی
		۰/۷	۴	۰/۴	۴	۰/۱۰	۱۰	آزاد

جدول ۲. بررسی تفاوت بین متغیرهای سلامت روان، احساس حقارت، شادکامی، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در دو گروه زنان

P- value	T	انحراف استاندارد		میانگین		متغیر
		نابارور	بارور	نابارور	بارور	
۰/۰۲	-۳/۰۵۰	۱۳/۶۶	۱۰/۵۸	۵۶/۱۴	۵۰/۳۸	سلامت روان
۰/۱۰۵	-۱/۶۲۰	۴/۳۴	۳/۴۹	۱۴/۰۶	۱۲/۹۵	علایم جسمی
۰/۰۳	-۲/۹۷۸	۵/۰۳	۴/۶۷	۱۵/۲۷	۱۳/۲۷	اضطراب
۰/۷۲۲	-۰/۳۵۶	۳/۳۴	۲/۷۲۰	۱۴/۷۱	۱۴/۵۴	بدکاری اجتماعی
۰/۰۰۱	-۳/۶۴۹	۵/۰۸	۳/۷۴	۱۲/۱۰	۹/۶۲	افسردگی
۰/۰۰۱	-۲/۶۳۴	۱۵/۱۷	۱۱/۹۸	۶۱/۸۷	۵۵/۸۷	احساس حقارت
۰/۰۰۱	-۴/۴۶۰	۱۳/۵۴	۱۱/۱۴	۶۵/۲۶	۷۲/۸۹	شادکامی
۰/۰۰۱	-۳/۳۷۵	۲۸/۸۲	۳۱/۰۷	۱۵۸/۰۸	۱۷۱/۹۵	رضایت زناشویی
۰/۰۲۷	-۲/۲۱۶	۴/۵۸	۴/۶۴	۱۶/۲۷	۱۷/۷۶	شخصیت
۰/۰۴۶	-۱/۹۹۷	۴/۶۵	۴/۷۵	۱۶/۷۰	۱۷/۸۷	ارتباط
۰/۲۰۴	-۱/۲۷۱	۳/۷۳	۳/۹۳	۱۶/۰۶	۱۶/۶۱	تعارض
۰/۰۰۵	-۲/۷۹۷	۳/۴۵	۳/۸۸	۱۷/۳۲	۱۸/۶۸	مالی
۰/۰۰۴	-۲/۸۹۷	۳/۹۲	۳/۸۱	۱۷/۳۴	۱۸/۸۴	اوقات فراغت
۰/۹۱۵	-۰/۱۰۷	۴/۱۲	۴/۴۷	۱۷/۷۲	۱۷/۶۲	رابطه جنسی
۰/۰۰۱	-۳/۹۲۶	۶/۷۹	۶/۶۴	۱۴/۱۱	۱۸/۳۷	ازدواج
۰/۰۰۱	-۳/۹۸۸	۶/۳۶	۵/۴۲	۱۶/۷۵	۱۸/۹۹	دوستان
۰/۰۳۹	-۲/۰۶۰	۴/۱۲۰	۳/۶۷	۱۸/۵۳	۱۹/۷۳	مذهب
۰/۰۰۱	-۴/۳۲۶	۱۲/۵۰	۱۰/۹۶	۸۰/۷۱	۸۸/۱۸	تعارضات زناشویی

## بحث:

نتایج مطالعه نشان داد که سلامت روان و زیر مقیاس های افسردگی و اضطراب در زنان بارور بهتر از زنان نابارور بود و همچنین احساس حقارت و شادکامی در آن ها نیز بهتر از نابارورها به دست آمد. در زمینه سلامت روان یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعات بهجتی اردکانی<sup>۳</sup>، سرگلزایی<sup>۴</sup>، نجمی<sup>۵</sup> و حیدری<sup>۶</sup> همسو می باشد. و با یافته های پازنده مخالف می باشد<sup>۱۶</sup>. یکی از پیامدهای ناباروری تأثیرات روانی و اجتماعی آن می باشد؛ به گونه ای که می تواند زوج های نابارور را مستعد ابتلا به اختلالاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، احساس حقارت، کاهش اعتماد به نفس،

اختلال در کیفیت روابط زناشویی، جدایی، طلاق و احساس طرد شدگی کند. همچنین در چندین مطالعه شیوع افسردگی در زنان نابارور دو برابر زنان بارور گزارش شده است<sup>۱۷</sup>. در مطالعه‌ی توسط تقوی در سال ۱۳۸۱ انجام شد نشان داد که ۴۴٪ زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمانی ولی عصر (عج) مبتلا به اختلالات روانی بوده‌اند<sup>۱۸</sup>.

فعال کلخوران و همکاران در سال ۱۳۸۹ پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی در دو گروه منتخب زنان بارور و نابارور انجام دادند. نتایج پژوهش نشان داد که اضطراب و افسردگی در زنان نابارور بیش تر از بارورها بود،

که نتیجه‌ی آن با پژوهش حاضر همسو می باشد. اما تفاوت معناداری در رضایت زناشویی کلی بین دو گروه مشاهده نشد، که این نتیجه پژوهش حاضر ناهمسو می باشد.<sup>۳</sup> همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حقارت در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور است که در این زمینه مطالعه ای یافت. زیگموند فروید روان پزشکی اتریشی برای اولین بار تعبیر عقده حقارت را مطرح ساخت و آن را برای توضیح و بیان آن دسته از هیجانانگیزات و تأثرات بازدارنده که از احساس نقص و ناتوانی جنسی و یا ترس از آن ناشی می شوند، به کار برد. فروید عقیده داشت که گزینه جنسی پایه و زمینه‌ی اصلی اعمال و انگیزه‌های حیاتی می باشد و چنانچه تمایلات جنسی تا سرحد کمال ارضاء نشوند، سبب خواهد شد که شخص از آگاهی بر نارسایی خود دچار رنج شود. اثرات درد و رنج ناشی از این گونه تجارب به تدریج در ضمیر ناخودآگاه شخص انباشته و فشرده شده موجب پیدایش نوعی ضعف و واماندگی در شخص می گردند که اصطلاحاً عقده حقارت گفته می شود.<sup>۱۹</sup> به عقیده آدلر واکنش‌های عصبی در برابر احساس حقارت می تواند دو شکل کلی داشته باشند. اول این که شخص بی کفایتی و ضعف‌های خود را آگاهانه و صریح می پذیرد لیکن حجب و کمرویی او را از مقابله و کوشش برای نیل به قدرت و موفقیت باز می دارند. در حالت دوم شخص مذکور شخصیتی عصبانی و تلافی جو دارد و سعی می کند با ستیزه جویی و تجاوز، قدرت و برتری خود را به ثبوت برساند.<sup>۲۰</sup>

همچنین نتیجه این مطالعه نشان می دهد که رضایت زناشویی در زنان بارور نسبت به نابارورها بهتر بود. در زیر مقیاس‌های این پرسش نامه ۹ موضوع مورد بررسی قرار می گیرد. اول، موضوعات شخصیتی که به معنی درک شخص از رفتار و ویژگی‌های همسرش است را شامل می شود و نسبت رضایت شخص را از این موضوعات ارزیابی می کند که نمره‌ی زنان بارور نسبت به نابارورها بیشتر بود. زیر مقیاس بعدی ارتباط زناشویی است که احساسات، اعتقادات و نگرش‌های شخص نسبت به میزان و چگونگی ارتباط زناشویی را نشان می دهد که این نیز در بارورها بهتر بود. در زیر مقیاس حل تعارض، روش‌های زوجین در پایان دادن به بحث‌ها ارزیابی شد که نتایج آن در این پژوهش معنادار

نبود یعنی بین دو گروه مورد بررسی در این مولفه تفاوتی دیده نشد. زیر مقیاس مدیریت مالی علائق و نگرش‌های زوجین را در زمینه‌ی اداره و مدیریت مسایل اقتصادی می سنجد که این نیز در بارورها بالاتر بود. زیر مقیاس بعدی اوقات فراغت است که ترجیحات شخصی هر کدام از زوجین را برای چگونگی گذراندن اوقات فراغت ارزیابی می کند که نتیجه نشان داد بارورها سازگاری و انعطاف بیشتری درباره نحوه‌ی گذراندن اوقات فراغت خود دارند. زیر مقیاس روابط جنسی احساسات و نگرانی‌های فرد را درباره روابط جنسی و صمیمیت عاطفی با همسر ارزیابی می کند که نتیجه پژوهش نشان می دهد بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. ازدواج و فرزندان نگرش‌ها و احساسات فرد را درباره داشتن فرزند و نحوه‌ی تربیت فرزندان ارزیابی می کند که در این پژوهش نشان می دهد که توافق درباره این مسایل بین بارورها بهتر از نابارورها است. در زیر مقیاس، اقوام و دوستان، احساسات و علائق مربوط به روابط با خویشاوندان و اقوام همسر را ارزیابی می کند که این نیز در بارورها بهتر از نابارورها بود. زیر مقیاس آخر پرسش نامه رضایت زناشویی به بررسی جهت‌گیری مذهبی اختصاص دارد که در برگیرنده‌ی علائق و احساسات فرد درباره‌ی اعمال مذهبی در زندگی زناشویی است که این نیز در بارورها بالاتر بود. در زمینه رضایت زناشویی و سازگاری آن‌ها یافته‌های این مطالعه با یافته‌های حاصل از مطالعات ملاتی نژاد<sup>۲۱</sup>، ادلمن<sup>۲۲</sup>، چیا<sup>۲۳</sup> همسو می باشد. پس در تبیین این مسأله حتی اگر نتوانیم سطح استرس و افسردگی ناشی از ناباروری را از بین ببریم، باید برای کاهش اثرات آن تلاش کنیم. کاهش مشاجرات خانوادگی و راضی نگه داشتن زنان و همسرانشان از روابط آن‌ها، از روش‌های مناسب برای تخفیف مشکلات ارتباطی زوجین است. و نتیجه این مطالعه با مطالعه پازنده<sup>۱۳</sup>، فعال کلخوران<sup>۳</sup> ناهمسو بود.

و در آخر نتایج نشان داد که تعارض زناشویی در بارورها نسبت به نابارورها کمتر است. در تبیین این مسأله می توان گفت که افراد در طول زندگی، تحولات زیادی را تجربه می کنند. از جمله مهم ترین این تحولات می توان از ازدواج، انتخاب شغل، بچه دار شدن و سرانجام ترک خانه توسط فرزندان و بازنشستگی

ابعاد مختلف ناباروری، کمک به زوج‌های نابارور در سازگاری بهتر با استرس، کمک به فرایند تصمیم‌گیری در مورد درمان و حل تعارضات زناشویی و خانوادگی متعاقب ناباروری می‌تواند به زوج‌های نابارور کمک کند. نتیجه‌ی این مطالعه نشان می‌دهد که ناباروری صرفاً یک بیماری تهدیدکننده‌ی نسل نمی‌باشد؛ بلکه یک مشکل جسمی، روانی و اجتماعی است که می‌تواند بر سلامت روانی زوج‌های نابارور موثر باشد؛ لذا ضروری است که مراکز درمان ناباروری اعم از پرسنل و متخصصین امر ناباروری به این مسأله توجه داشته باشند و حمایت‌های روانی لازم را از این گروه به عمل آورند.

### تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه خانم جمیله شاهوردی برای اخذ کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به شماره ۹۳۰۸۴ بود. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیماران و کارمندان مرکز ناباروری معترضدی کرمانشاه که ما را در اجرای این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

### References:

- Atari y, Elahifard A, Mehrabizadehonarmand M. Investigate the relationship between personality characteristics and individual factors and family with marital satisfaction in government departments Ahvaz. J psy edu 2007;3(1):81-108. [Persian]
- Behdani F, Erfaniyan M, Hebrani P, Hojat K. Prevalence of depression and its influencing factors in infertile women Mashhad Infertility Clinic Montaserie. J Fundam Ment Health 2005;6(23-24):141-6. [Persian]
- Kalkhoran L F, Bahrami H, Farrokhi N, Zeraati H and Tarahomi M. Comparison of anxiety, depression and marital satisfaction in both fertile and infertile women elected tehran. J Reprod Fertil. 2011;12(2):157-63. [Persian]
- Heidari P, Latif nezhad R. Relationship between pschosocial factors and marital satisfaction in infertile women. J Qazvin Univ Med Sci 2010;14(54):26-32.
- Sodani M, Shahryari Y, Shafiabadi A. Structural family therapy training group style on the reduction of marital conflicts referred to the Dispute Resolution Branch city council Baghmalek. J N F psycho 2011;1(1):7-25. [Persian]

نام برد. وقوع هر کدام از این تحولات می‌تواند با تعارض و ایجاد مشکل در درون خانواده همراه باشد<sup>۲۴</sup>. همچنین پژوهش‌گران تعارضات زناشویی را با مشکلات روحی مثل افسردگی و اضطراب مرتبط می‌دانند<sup>۲۵</sup>؛ که نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد که زنان ناباروری که دچار اضطراب و افسردگی هستند سطح تعارضات آن‌ها بالاتر می‌رود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به احتمال غیر صادقانه پاسخ دادن برخی از مراجعین به پرسش‌نامه و یا عدم توجه کافی به تکمیل دقیق آن در بعضی از افراد اشاره نمود که می‌توان در هر مطالعه‌ای از نوع پرسشگری وجود داشته باشد. از سوی دیگر با توجه به نامشخص بودن علت ناباروری که می‌تواند بر نتیجه کار موثر باشد عمل‌آستتاج‌ها تا حدودی تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

### نتیجه‌گیری:

با توجه به مطالعه‌ی فوق، عدم آگاهی نسبت به جنبه‌های مختلف ناباروری، برخورد نامناسب همسر یا بستگان فرد با مسأله ناباروری می‌تواند باعث تشدید جنبه‌های روانی و اجتماعی ناباروری شود. اقداماتی مانند آموزش همگانی و بالا بردن آگاهی مردم نسبت به

- Hossinpoor M, Shahroi SH, Ebadi N. Effectiveness of cognitive-behavior therapy, family education on marital satisfaction. J N F psycho. 1388;11(4): 95-106. [Persian]
- Hidari H, Sanaizaker B, Navabinezhad SH, Delavar A. The effectiveness of the dialogue effective in reducing marital conflict. JTB 2010;4(14):15-24. [Persian]
- Ranjbar F, Ashktorab T, Dadgari A. Effectiveness of cognitive - behavioral group on depression. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci 2011;18(4):299-306. [Persian]
- Liaghatdar MJ, Jafari E, Abedi MR, Samiee F. Reliability and validity of happiness inventory among university students in iran. Span J psychol 2008;11(1):310-323.
- Hamidi F. Evaluation of relation between marriage satisfaction and attachment in married student of Rajaei university. J Fam Res 2005;41-3. [Persian]
- Khodadadi M, Bahrami M. Inferiority Feeling Questionnaire. Behavioral Sciences Research Institute, cognitive Sinai 2013:1-7. (Persian)
- Zakir Sanaei B, Barati T. Marital Conflict Questionnaire (KMCS). psychometric testing 2009. [Persian]

13. Behjati ardekani Z, Akhondi M, et al. Mental health assessment Infertile individuals Referred to Treatment Center Ebnesina. *J Reprod Infertil* 2011, 4(11): 319-324. [Persian]
14. Sargolzaee M, Moharreri F, Arshadi H, Javadi K, Karimi S and Fayyazi-bordbar M. Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad Infertility Treatment Center. *J Reprod Infertil* 2001, 2 (4) 46-52. [Persian]
15. Najmi B, Ahmadi S and Ghassemi G. Psychological characteristics of infertile couples referring to Isfahan Fertility and Infertility Center (IFIC). *J Reprod Infertil* 2001, 2 (4) 40-46. [Persian]
16. Pazande F, Sharghi somea N, Karami nori R, Alavi majd H. Of infertility associated with well-being and marital satisfaction. *J Beheshti Univ Med Sci* 2005;6(42):355-60. [Persian]
17. farzadi L, Ghasemzadeh A. Two main independent predictors of deprresion among infertile women: an Asian experience. *Taiwan J obstet gynecol* 2008;47(2):163-7.
18. Taghavi M. Assessment of the validity and reliability of GHQ. *Journal psychol* 2002;5(4):381-98.
19. Manocherian P. Cognitive inferiority complex analysis and its treatment. Tehran Publications Gotenberg.
20. Moritz S. Ronny werner and gemot von couani. The inferiority complex in paranoia readdressed; a study with the implicit association test 2006:402-15.
21. Mullaie nezhad M. Marital relationship and Tension induced infertility in the female infertility center in Isfahan in 1378. *J Reprod Infertil* 2001;2(5):26-39. [Persian]
22. Edelmenn R J, Humphery M, Owens D J. The meaning of parenthood and Couple's reaction to male infertility. *Br J Med Psychol* 1994(67):290-1. [Persian]
23. Chiba H. Sterres of female infertility:relations to lenght of treatment *Obs gyn invest* 1997;43:171-7.
24. Storaasli RD, Markman HJ. Relationship problems in the early stages of marriage: A longitudinal investigation. *J Fam Psycho* 1990;4(1):80-9.
25. Myers DG. The funds, Friends, and faith of happy people. *American Psychologist* 2000;55(0):56-67.



## A comparative study of the level of mental health, happiness, inferiority feelings, marital satisfaction and marital conflict in fertile and infertile women in Kermanshah

Jamile Shahverdi<sup>1</sup>, Seyed Mojtaba Ahmadi<sup>1\*</sup>, Kheirollah Sadeghi<sup>1</sup>, Mitra Bakhtiari<sup>2</sup>, Mansour Rezaei<sup>3</sup>, Fateme Veisy<sup>1</sup>, Firoze Khamoshi<sup>4</sup>

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of medicine, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran.

2. Department of Anatomy and Biology, Faculty of medicine, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran.

3. Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

4. Department of Public Health, Faculty of Health, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran.

**\*Corresponding Author:**

Kermanshah, Kermanshah University of Medical Science, Faculty of Health, Department of Clinical Psychology.

**Email:** mojtabakmahmadi@yahoo.com

### Abstract

**Background:** Infertility and the reactions of people towards it can lead to psychological disorders which have negative effects on the life of young couples. Therefore, this study aims to comparatively analyze the level of mental health, happiness, inferiority feelings, sexual satisfaction and marital conflict in fertile and infertile women in Kermanshah.

**Methods:** This cross-sectional study was done on 100 infertile and 100 fertile women using convenient sampling. The questionnaires used in this study were Scaled-General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), happiness, inferiority feelings, Enrich Marital Satisfaction Scale (EMS) and Kansas Marital Conflict Scale (KMCS). Running Chi-squared and independent t-tests, the data was analyzed using SPSS-16.

**Results:** The results of this study revealed that there is a significant difference between the studied variables in the fertile and the infertile women ( $P < 0/05$ ). The level of mental health, happiness and marital satisfaction were higher in the fertile women ( $P < 0/001$ ) whereas inferiority feelings and marital conflict were stronger in the infertile women ( $P < 0/05$ ).

**Conclusion:** 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:** Mental Health, Happiness, Inferiority Feelings, Marital Satisfaction, Marital Conflict, Infertility

### How to cite this article

Shahverdi J, Ahmadi SM, Sadeghi Kh, Bakhtiari M, Rezaei M, Veisy F, Khamoshi F. A comparative study of the level of mental health, happiness, inferiority feelings, marital satisfaction and marital conflict in fertile and infertile women in Kermanshah. J Clin Res Paramed Sci 2015; 4(3):277-285.