

مقایسه باورهای فراشناختی و نگرش به عشق در زنان بارور و نابارور

Comparison of metacognitive beliefs and attitudes toward love in fertile and infertile women

Marzieh Pouromid

Master of General Psychology, Department of Psychology, Rahman Ramsar Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran.

Farzaneh Ghorbanpour Ahmadsargourabi

Master of General Psychology, Department of Psychology, Rahman Ramsar Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran.

Email: farzaneh_ghorbanpour@yahoo.com

Masoumeh Maleki Pirbazari

Assistant Professor, Department of Psychology, Rahman Ramsar Institute of Higher Education.

Fatemeh Ashournejad

Assistant Professor, Department of Psychology, Rahman Ramsar Institute of Higher Education.

مرضیه پورامید

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی رحمان رامسر، مازندران، ایران.

فرزانه قربان پور احمدسرگورابی*

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی رحمان رامسر، مازندران، ایران.

معصومه ملکی پیربازاری

استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی رحمان رامسر.

فاطمه عشورنژاد

استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی رحمان رامسر.

Abstract

The aim of this study was to compare metacognitive beliefs and attitudes toward love in fertile and infertile women. The statistical population of the present study includes all fertile and infertile women in Ramsar and Tonekabon who refer to the offices of obstetricians and infertility specialists. The sample consisted of 150 people (75 fertile women and 75 infertile women) who were selected by available sampling method. The standard questions of Heighton & Wells (2004) Metacognitive Beliefs Questionnaire and Hendrick & Hendrick (1986) Attitudes to Love Questionnaire were used to collect data. Independent t-test and multivariate analysis of variance (MANOVA) were used to test the research hypotheses. Research data were analyzed using SPSS-22 software. The results showed that there is a significant difference between the means

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه باورهای فراشناختی و نگرش به عشق در زنان بارور و نابارور می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان بارور و نابارور شهرستان رامسر و تنکابن که به مطب‌های متخصصان زنان-زایمان و نازایی مراجعه می‌کنند، است. نمونه شامل ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر زن بارور و ۷۵ نفر زن نابارور) می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها سوالات پرسشنامه‌های استاندارد باورهای فراشناختی هایتون و ولز (۲۰۰۴) و پرسشنامه نگرش-های مربوط به عشق هندریک و هندریک (۱۹۸۶) مورد استفاده قرار گرفت. و به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش، از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان دادند بین میانگین‌های نگرش به عشق در زنان بارور و نابارور تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$) و بین دو گروه حداقل در یکی از مولفه‌های

of love attitude in fertile and infertile women ($P < 0.05$) and there is a significant difference between the two groups in at least one of the components of love attitude ($46 = 158$) 143 and 6) F and $P < 0.01$). The results showed that there was a significant difference between the means of metacognitive beliefs in fertile and infertile women and there was a significant difference between the two groups in at least one of the components of metacognitive beliefs ($26 = 312$ (144 and 5) F and 0.01 . $OP < .$). According to the results, it can be said that the factors of metacognitive beliefs and attitudes toward love are significantly different between infertile and fertile women, so it is recommended for infertile women to consider monitoring and improvement programs for these factors.

Keywords: *metacognitive beliefs, love attitude, infertility.*

نگرش به عشق تفاوت معنادار وجود دارد ($F(6,143) = 46/158$) و $P < 0/01$). یافته‌ها حاکی از آن بود بین میانگین‌های باورهای فراشناختی در زنان بارور و نابارور تفاوت معنادار وجود دارد و بین دو گروه حداقل در یکی از مولفه‌های باورهای فراشناختی تفاوت معنادار وجود دارد ($F(5,144) = 26/312$ و $P < 0/01$). با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که عامل باورهای فراشناختی و نگرش به عشق در بین زنان نابارور و بارور اختلاف معناداری دارند، لذا توصیه می‌شود برای زنان نابارور برنامه‌های پایش و بهبود این عامل‌ها در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، نگرش عشق، ناباروری.

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : آذر ۱۴۰۰	پذیرش: بهمن ۱۴۰۰
--------------------	-------------------	------------------

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت ناباروری را باردار نشدن یک زوج پس از، یک سال روابط زناشویی بدون استفاده از روش‌های ضدبارداری تعریف می‌کند (زگرس^۱ و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۳). ناتوانی در باردار شدن به دو شکل ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه مطرح شده است. ناباروری اولیه یعنی این‌که فرد، توانایی بارور شدن در زمان حاضر را ندارد. ناباروری ثانویه به این معنی است که یک زن در گذشته توانسته است باردار شود، اما در زمان حاضر قادر به باردار شدن نیست. این نوع ناباروری شامل زنانی می‌شود که مشکل سقط جنین یا حاملگی خارج از رحم داشته و یا از لحاظ پزشکی نیاز به سقط جنین دارند (اکبری، ۱۳۹۳؛ به نقل از افشاری، پژمان و رحمانی خلیلی، ۱۳۹۹).

علی‌رغم تمام پیشرفت‌های پزشکی، کماکان درصد قابل توجهی از زن و شوهرهای نابارور در ردیف کسانی قرار می‌گیرند که همچنان موفق به درمان مشکل ناباروری خود نیستند. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شکست در بارداری حدود ۸۰ میلیون فرد را در دنیا درگیر کرده است. در ایران یک مطالعه فراگیر در سال ۲۰۰۵ برای تعیین شیوع ناباروری انجام شد. مطالعه نشان داد که ۲۴/۹ درصد زن و شوهرهای ناباروری اولیه را در طول زندگی زناشویی تجربه کرده‌اند. ناباروری در موارد زیادی منجر به طلاق و فروپاشی خانواده‌ها شده و بی‌تردید آسیب‌های مختلفی نیز به همراه دارد و به عنوان یک مشکل اجتماعی جدی متأسفانه در کشور متولی ندارد و بیمه‌ها نیز از آن حمایت نمی‌کنند. ناباروری تنها یک وضعیت پزشکی نیست و این مسأله و درمانش می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و مشکلات روانی و عاطفی مانند افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی‌ارزشی را به همراه بیاورد (اله‌یاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ به نقل از افشاری و همکاران، ۱۳۹۹).

¹. Zegers

ناباروری^۲، از معضلات رو به افزایش کشورهای در حال توسعه می‌باشد و به دو دسته اولیه و ثانویه و با علل مختلف زنانه، مردانه و ناشناخته تقسیم می‌شود (حسن‌پور، ۱۳۹۳؛ به نقل از بکائی و همکاران، ۱۳۹۶). ناباروری گاهی شایستگی‌های فردی و اجتماعی زن را زیر سؤال می‌برد. از طرف دیگر، درگیری‌های جسمانی، عاطفی و آزمایش‌های دشوار و گاهی طاقت فرسای پزشکی در مورد زنان نابارور، به‌طور کلی نگران کننده و ناخوشایند می‌باشد و در برخی مواقع بر روابط جنسی زوجین نابارور تأثیر منفی می‌گذارد (بکائی، سیمبر و یاسینی اردکانی، ۱۳۹۴).

ناباروری در زنان با اختلالات روانی در ارتباط است (مرل^۳ و همکاران، ۲۰۱۴) و و از کیفیت زندگی آن‌ها می‌کاهد (کسیالی^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به عنوان یک تجربه استرس‌زا و بحرانی تهدید کننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (میرو^۵، ۲۰۱۰؛ به نقل از امان الهی فرد، ۱۳۹۱). به همین دلیل در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه^۶ که در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار گردید، از ناباروری به عنوان عاملی جهت آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری افراد یاد شد و مقرر گردید همه کشورها، ناباروری را نیز در برنامه های بهداشت باروری و تنظیم خانواده خود بگنجانند (دادفر و همکاران، ۱۳۹۴). بر اساس مطالعات، حدود ۸۰-۵۰ میلیون نفر از افراد در جهان یک نوع از ناباروری را تجربه می‌کنند (اسپکتور^۷، ۲۰۰۴؛ به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به اهمیت باروری و شیوع بالای ناباروری در ایران و از آنجایی که ناباروری به‌عنوان استرس‌زا ترین حادثه زندگی زوجین و دوره‌های مکرر و متوالی درمان آن به عنوان دوره‌های بحران توصیف می‌شود، می‌تواند تأثیرات مخربی بر زندگی خانواده‌ها داشته باشد.

در سال‌های اخیر، ابعاد روانشناختی ناباروری در میان ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و عامه‌ی مردم توجه زیادی را به خود جلب کرده است. بسیاری از پژوهشگران پیامدهای روانشناختی ناباروری را به واکنش‌های سوگ تشبیه کرده‌اند. درمان‌های طبی نیز می‌توانند منبعی از استرس باشند. اضطراب و ترس زیاد راجع به بیهوشی، جراحی و حتی آزمایش‌های مربوط، نگرانی در مورد عوارض درازمدت داروها، دور شدن از خانواده، دوستان و صرف وقت زیاد جهت درمان و ورشکستگی مالی، همه از جمله مواردی است که ایجاد استرس می‌کنند. برخی از زوجهای نابارور ممکن است احساس کمبود و طرد شدن کرده و به خاطر از دست دادن نوزاد خیالی غمگین و افسرده شوند. بسیاری از افراد نابارور، ناباروریشان را به عنوان غمگین‌ترین و فشارآورترین تجربه‌ی زندگی‌شان توصیف می‌کنند. ناباروری در بسیاری از موارد به شکل یک مشکل روانی- اجتماعی بروز کرده و اثرات هیجانی مخربی را در افراد به جای می‌گذارد و چه بسا که به شکل اختلالات روانی در این افراد تظاهر پیدا کند (دادفر و همکاران، ۱۳۹۲؛ به نقل از دادفر و همکاران، ۱۳۹۴).

از جمله عوامل موثر در تغییرات ذهنی و هیجان، باورهای فراشناختی می‌باشد. مطالعه فراشناخت در ابتدا در حوزه روان‌شناسی رشد و یادگیری و راهبرهای دخیل در یادسپاری مورد پژوهش قرار گرفته است اما مفهوم‌بندی‌های جدید آن را به حوزه اختلالات هیجانی کشانده است (اسکراج^۸، ۲۰۱۰). باورهای فراشناخت پیش‌بینی کننده تجربه هیجانات و احساسات منفی هستند (فوا و کوزاک^۹، ۱۹۸۶؛ به نقل از نجفی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). باورهای فراشناخت به بخشی از دانش فراشناخت اطلاق

2. Infertility

3. Merrell

4. Xiaoli

5. Miro

6. International Conference on Population and Development

7. Spector

8. Scragg

9. Foa & Kozak

می‌گردد که باورهای شخص را در باره شناخت و تجربه‌های شناختی و هیجانی مرتبط می‌سازد (ولز^{۱۰}، ۲۰۰۹؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲).

در ازدواج‌های نا آرام و دارای تعارضات زناشویی که رویدادهای بین فردی بین زوجین اغلب به عنوان نشانه‌ای از فروپاشیدگی روانی و زندگی زناشویی تفسیر می‌شوند، افراد تلاش می‌کنند از راهبردهای کنترل فراشناختی^{۱۱} به گونه‌ای استفاده نمایند که افکار خاصی را بازداری یا به طریقی فکر کنند که از فاجعه جلوگیری شود. ایده اصلی این نظریه این است که باورهای معیوب در مورد شناخت که فراشناخت را تشکیل می‌دهند، بنیان ایجاد و حفظ مشکلات خاص بالینی هستند. می‌توان گفت که در فرایند تحلیل اطلاعات، شناخت تحت تاثیر عوامل عاطفی و فراشناختی قرار می‌گیرد. بنابراین تغییرات احساسی و عاطفی ممکن است در ارزیابی‌ها و شناخت زوجین، تغییر ایجاد کنند (ولز^{۱۲}، ۲۰۰۸؛ به نقل از سعیدی ساعدی، ۱۳۹۵). در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، انسان‌ها برای تنظیم هیجانات و احساسات خود از شیوه‌های مختلفی استفاده می‌کنند؛ از مهم‌ترین این شیوه‌ها می‌توان به حل مسئله، روش‌های مقابله و حتی شرطی سازی عاملی - نزدیکی و دوری از محرک‌هایی که پیامدهای خوشایند و ناخوشایند به همراه دارند، اشاره کرد. این موارد از جمله روش‌های آشکار تنظیم هیجانی می‌باشند. آن‌ها همچنین از روش‌های غیرآشکاری برای اجتناب از هیجانات منفی (انکار کردن رویدادهای ناخوشایند) و یا افزایش هیجان مثبت (مانند سوگیری توجه^{۱۳}) استفاده می‌کنند در این مورد توانایی افراد در تنظیم هیجاناتشان می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب‌آوری آن‌ها و بهبود کیفیت زندگی باشد (تروی و ماوس^{۱۴}، ۲۰۱۱).

فرض اساسی در فراشناخت این است که تفکر یک بازتاب نیست و می‌تواند با درایت و تأمل پایش و تنظیم شود زیرا افراد قادر به ارزیابی عکس‌العمل‌های خود و دیگران هستند و می‌توانند رفتارهایشان را متوجه اهداف معنادار کنند (کوئرک^{۱۵}، ۲۰۰۳؛ به نقل از به نقل از قادری، محمدخانی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۵). مدل فراشناختی دو نوع باور فراشناختی را شناسایی کرده است که عبارتند از باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی (ولز^{۱۶}، ۲۰۰۹؛ به نقل از قادری، محمدخانی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۵).

عشق، یک پدیده عصب شناسی پیچیده است که بر اعتماد، باور، لذت و فعالیت‌های پاداش دهنده مغز (ساختارهای لیمیک) استوار است (قمرانی و طباطبایی، ۱۳۸۵؛ به نقل از عرفانی، ۱۳۹۵). عشق عبارت است از رغبت جدی به زندگی و پرورش آن‌چه بدان مهر می‌ورزیم (فروم^{۱۷}، بی‌تا)؛ ترجمه سلطانی، ۱۳۹۹). عشق و ارتباط گرم و صمیمی نقشی مهم در رضایت زناشویی دارد و ارتباط خوب، عشق و اعتماد بین همسران، نخستین انگیزه در سازگاری و حل تعارضی بوده است. عشق و ارتباط مناسب با همسر زیربنای رضایت از زندگی را تشکیل می‌دهد و رضایت زناشویی ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد است (عدالتی و ردزوان، ۱۳۸۹؛ به نقل از عرفانی، ۱۳۹۵).

در پژوهش‌های انجام گرفته به منظور پیش بینی متغیرهای مرتبط با احتمال درگیر شدن افراد در روابط فرازناشویی، سازه عشق در قالب انواع عشق، نگرش عشق و طرحواره عشق مورد توجه قرار گرفته است. تفاوت در رویکرد افراد به عشق، به واسطه تأثیرگذاری بر انواع خاص رفتارهای جنسی (مانند شریکان متعدد) و باورها و نگرش‌های آن‌ها درباره عشق و رابطه متعهدانه، با

10. Wells

11. Metacognitive control

12. Wells

13. Attentional bias

14. Troy & Mauss

15. Quirk

16. Wells

17. Fromm

احتمال درگیر شدن در رفتارهای عهدشکنانه مرتبط است (فریگر^{۱۸}، ۲۰۱۶). رابطه بین خیانت زناشویی و متغیرهای شخصیتی، دراصل به نظریه دلبستگی و سبک شناسی عشق بر می‌گردد که به ویژه با مفاهیم اعتماد و قابلیت اعتبار یک رابطه سروکار دارند. تقوی و خوش‌روش (۱۳۹۷)، در پژوهشی با عنوان مقایسه صفات شخصیت، باورهای غیرمنطقی و نگرش عشق در زنان بارور و نابارور به این نتیجه رسیدند که بین باورهای غیر منطقی در دو گروه تفاوت وجود دارد. بین شخصیت و ابعاد آن در دو گروه تفاوت وجود دارد. بین نگرش به عشق در دو گروه تفاوت وجود دارد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، استرس ناشی از ناباروری در زنان نابارور نامطلوب است. خوش‌روش و همکاران (۱۳۹۸)، در پژوهشی با عنوان مقایسه نگرش عشق در زنان بارور و نابارور به این نتیجه رسیدند که بین نگرش به عشق در دو گروه تفاوت وجود دارد.

جنازانی^{۱۹} (۲۰۱۷) در پژوهشی رابطه اضطراب را در افزایش آسیب پذیری در زنان تحت درمان با IVF بررسی کردند. آن‌ها نتیجه گرفتند که هر دو آسیب پذیری‌های قلبی و عروقی و کار خارج از خانه که وابسته به اضطراب بودند با یک نتیجه ضعیف درمان IVF-ET در ارتباط است. دبلیو^{۲۰} و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی با عنوان کیفیت زندگی در میان زنان نابارور مبتلا به درمان با لقاح مصنوعی و نتایج بارداری آن‌ها به این نتیجه رسیدند که زنان مبتلا به آندومتريوز در مقایسه با آن‌هایی که غیر آندومتريوز هستند به طور قابل توجهی کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند. در در میان زنان غیر آندومتريوز، نمرات کیفیت زندگی به طور قابل توجهی با بارداری موفقیت آمیز IVF مرتبط بود.

نگایی و لوک^{۲۱} (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان رابطه بین استرس مرتبط با ناباروری، حس انسجام خانوادگی و کیفیت زندگی زوجین مبتلا به ناباروری به این نتیجه رسیدند که استرس مربوط به ناباروری با کیفیت زندگی زوجین نابارور ارتباط منفی دارد و احساس انسجام خانواده بر استرس مربوط به ناباروری بر کیفیت زندگی هر دو شریک زندگی تاثیر گذار بود. استرس ناشی از ناباروری زنان با کیفیت زندگی همسران‌شان ارتباط منفی داشت. زنان نابارور استرس مرتبط با ناباروری و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به همسرانشان داشتند. بنابراین با توجه به مبانی نظری و پژوهشی ذکر شده، در این تحقیق تلاش می‌شود تا به این سوال پاسخ داده شود که آیا بین باورهای فراشناختی و نگرش به عشق در زنان بارور و نابارور تفاوت معناداری وجود دارد؟

فرضیه های تحقیق:

۱. بین باورهای فراشناختی در زنان بارور و نابارور تفاوت وجود دارد.
۲. بین نگرش به عشق در زنان بارور و نابارور تفاوت وجود دارد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است.

جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان بارور و ناباروری هستند که به پزشکان متخصص زنان و نازایی شهرستان‌های رامسر و تنکابن مراجعه خواهند کرد.

18. freaker

19. Genazzani

20. Wu

21. Ngai & Loke

نمونه آماری و روش نمونه گیری: با توجه به جامعه آماری (میانگین ۱۵ نفر در ماه)، ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر زن بارور و ۷۵ نفر نابارور) به عنوان نمونه انتخاب شدند که بین ۲۰ تا ۴۰ سال سن دارند. روش نمونه گیری در این پژوهش، روش در دسترس است.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه باورهای فراشناختی

نسخه اولیه پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (MCQ-30) که دارای ۶۵ ماده بود توسط کارترایت هاتون و ولز در سال ۱۹۹۷ ساخته شد. با توجه به زیاد بودن تعداد ماده‌ها، در سال ۲۰۰۴ نسخه ۳۰ ماده‌ای این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت هاتون ساخته شد. فرم کوتاه با نام پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز (MCQ-30) همانند فرم اصلی دارای ۵ زیرمقیاس است که عبارتند از: مهارناپذیری و خطر، باورهای مثبت درباره نگرانی، وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی، اطمینان به حافظه یا اطمینان شناختی و نیاز به مهار افکار. این پرسشنامه در یک طیف چهار درجه‌ای از موفق نیستیم تا خیلی موافقم نمره‌گذاری می‌شود. شیرین زاده این پرسشنامه را برای جمعیت ایران ترجمه و آماده نموده است. ضریب الفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، خودهوشیاری شناختی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار منفی به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷ و ۰/۸۶ و ۰/۸۱ و ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است. ضریب الفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۸۷ است.

۲- پرسشنامه نگرش‌های مربوط به عشق

پرسشنامه نگرش به عشق: پرسشنامه نگرش به عشق توسط هندریک و هندریک (۱۹۸۶) بر پایه ی الگوی «لی» طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۲۴ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می باشد، پرسشنامه ابعاد اروس، لودوس، استورگ، پراگما، مانیا و آگاهیه را مورد سنجش قرار می دهد. پرسشنامه حاضر در آغاز دارای ۴۲ گویه بوده که ضرایب پایایی بالا، ثبات درونی مناسب و شواهد روایی معتبر نیز در مورد آن گزارش شده است. در تحقیقاتی که صورت گرفت، ضرایب آلفا ۰/۶۸ برای خرده مقیاس استورگ تا ۰/۸۳ برای آگاهیه و در آزمون - باز آزمون، ضرایب از ۰/۷۰ برای مانیا تا ۰/۸۲ برای لودوس گزارش شد. دومین تجزیه و تحلیل عامل تأییدی به کاهش یک سری از گویه ها منتهی شد که تعداد گویه ها به ۲۴ رسید. جملات انتخابی توسط هندریک و همکاران ۱۹۹۸ در این فرم کوتاه (هر ۴ گویه برای یک خرده مقیاس) مطرح گردید. تناسب این مدل بهتر بود. مقادیر آلفا از ۰/۶۵ برای لودوس تا ۰/۷۷ برای استورگ متغیر بود. سومین تجزیه تحلیل عاملی به کاهش یک سری دیگر از گویه ها منجر شد (هر ۳ گویه برای یک خرده مقیاس). این گویه ها نیز توسط هندریک و هندریک و همکاران مطرح گردید، تناسب این مدل هم خوب بود. مقادیر آلفا از ۰/۴۹ برای لودوس تا ۰/۷۵ برای استورگ قرار داشت. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۱۹ است.

روند اجرای پژوهش

روش های گرد آوری اطلاعات در این پژوهش را می توان به دو دسته کتابخانه ای و میدانی تقسیم نمود. برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز پژوهش از پرسشنامه های استاندارد باورهای فراشناختی هایتون و ولز (۲۰۰۴) و پرسشنامه نگرش های مربوط به عشق هندریک و هندریک (۱۹۸۶) و استفاده شده است. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از توزیع پرسشنامه گردآوری شدند. پس از هماهنگی با پزشکان متخصص زنان، زایمان و نازایی، پس از مراجعه به مطب به صورت حضوری، ابتدا هدف از

انجام پژوهش برای افراد شرح داده شد و پس از اخذ رضایت شفاهی از زنان درخواست شد که پرسشنامه را تکمیل کنند و بعد از تکمیل، پرسشنامه را در اختیار پزشک قرار دهند. در مرحله بعد پرسشنامه ها جمع آوری شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:

به منظور تجزیه و تحلیل داده های گرد آوری شده از آمار توصیفی (توصیف فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) توسط نرم افزار SPSS و جهت آزمودن فرضیه های پژوهش جهت مقایسه دو گروه از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد.

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی

در جداول شماره (۱) و (۲) اطلاعات توصیفی شامل فراوانی درصد، میانگین و انحراف معیار ویژگی های دموگرافیک و متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی پاسخ دهندگان

متغیر	زنان بارور		زنان نابارور	
	فراوانی (درصد)		فراوانی (درصد)	
مدت ازدواج	۶-۱۰	۳۸ (۲۶٪)	۳۷ (۲۴٪)	۷۵ (۵۰٪)
	۱۱-۱۵	۲۱ (۱۵٪)	۳۳ (۲۰٪)	۵۴ (۳۵٪)
	۱۶-۲۰	۱۶ (۱۰٪)	۵ (۵٪)	۲۱ (۱۵٪)
سطح تحصیلات	دیپلم	۳۲ (۲۱/۷٪)	۴۴ (۳۰٪)	۷۶ (۵۱/۷٪)
	فوق دیپلم	۱۸ (۱۱/۷٪)	۵ (۳/۳٪)	۲۳ (۱۵٪)
	لیسانس	۲۰ (۱۳/۳٪)	۲۳ (۱۵٪)	۴۳ (۲۸/۳٪)
	فوق لیسانس	۵ (۳/۳٪)	۳ (۱/۷٪)	۸ (۵٪)

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
باورهای فراشناختی	زنان نابارور	۷۵	۲۱۳.۱۳۰	۲۹.۲۲۴
	زنان بارور	۷۵	۱۶۰.۹۵۰	۲۸.۶۹۴
نگرش به عشق	زنان بارور	۷۵	۱۹۴.۲۴۰	۱۶.۰۰۳
	زنان نابارور	۷۵	۱۴۱.۱۶۰	۲۶.۱۹۶

یافته های استنباطی

جهت مقایسه متغیرهای تحقیق در زنان بارور و نابارور از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده شد. نتایج در جدول شماره (۳) گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل مقایسه متغیرهای تحقیق در زنان بارور و نابارور

متغیر	آزمون لوین جهت بررسی واریانس						آزمون t جهت بررسی میانگین
	F	سطح معنی داری	t	درجه آزادی	سطح معناداری	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد
نگرش به عشق	۱۱/۵۱۹	۰/۰۰۱	۱۴/۹۷۵	۱۴۸	۰/۰۰۰۱	۵۳/۰۸۰	۳/۵۴۵
باورهای فراشناختی	۰/۵۶۲	۰/۴۵۵	۱۱/۰۳۵	۱۴۸	۰/۰۰۰۱	۵۲/۱۸۷	۴/۷۲۹

همان طور که در جدول شماره (۳) نشان داده شده است در آزمون لوین مقدار $P < ۰/۰۵$ است مشخص می شود که واریانس میانگین های گروه های مطالعه، برابر است. در نتیجه از مقادیر مربوط به مفروضه برابری واریانس ها استفاده می گردد. چون سطح معناداری محاسبه شده (۰/۰۰۰۱) از مقدار (۰/۰۵) کوچک تر است. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین میانگین رد می شود و با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه می گیریم که بین میانگین های نگرش به عشق و باورهای فراشناختی در زنان بارور و نابارور تفاوت معنادار وجود دارد. جهت تجزیه و تحلیل داده های مربوط به تفاوت بین دو گروه زنان بارور و نابارور از لحاظ مولفه های نگرش به عشق و باورهای فراشناختی، از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. برای تعیین معنی داری اثر گروه بر مولفه های نگرش به عشق و باورهای فراشناختی، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول شماره (۴) گزارش شده است:

جدول ۴: نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چند متغیره

متغیر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	سطح معنی داری	مجذور ای تا
نگرش به عشق	لامبدای ویلکز	۰/۳۴۱	۴۶/۱۵۸	۱۴۳	۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۹
باورهای فراشناختی	لامبدای ویلکز	۰/۵۲۳	۲۶/۳۱۲	۱۴۴	۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۷

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مولفه‌های متغیرهای تحقیق تفاوت معنادار وجود دارد ($F(۱۴۳) = ۴۶/۱۵۸$ و $P < ۰/۰۱$).

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره

متغیرها	منابع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	معنی داری	مجذور ایتا
گروه		اروس	۳۶۴۰.۸۰۷	۱	۳۶۴۰.۸۰۷	۱۷۱.۵۳۲	۰.۰۰۰۱	۰.۵۳۷
		لودوس	۲۴۷۲.۵۴۰	۱	۲۴۷۲.۵۴۰	۱۷۲.۴۲۵	۰.۰۰۰۱	۰.۵۳۸
		استورگ	۱۳۲.۵۴۰	۱	۱۳۲.۵۴۰	۲۱.۶۴۳	۰.۰۰۰۱	۰.۱۲۸
		پراگما	۴۵۱۵.۵۲۷	۱	۴۵۱۵.۵۲۷	۱۳۲.۶۹۷	۰.۰۰۰۱	۰.۴۷۳
		مانیا	۴۰۲۴.۸۶۰	۱	۴۰۲۴.۸۶۰	۱۱۰.۹۵۶	۰.۰۰۰۱	۰.۴۲۸
		آگاهیه	۵۳۰۴.۴۲۷	۱	۵۳۰۴.۴۲۷	۱۷۸.۳۰۴	۰.۰۰۰۱	۰.۵۴۶
نگرش به عشق	خطا	اروس	۳۱۴۱.۳۳۳	۱۴۸	۲۱.۲۲۵	-	-	-
		لودوس	۲۱۲۲.۲۹۳	۱۴۸	۱۴.۳۴۰	-	-	-
		استورگ	۹۰۶.۳۲۰	۱۴۸	۶.۱۲۴	-	-	-
		پراگما	۵۰۳۶.۲۶۷	۱۴۸	۳۴.۰۲۹	-	-	-
		مانیا	۵۳۶۸.۶۱۳	۱۴۸	۳۶.۲۷۴	-	-	-
		آگاهیه	۴۴۰۲.۹۰۷	۱۴۸	۲۹.۷۴۹	-	-	-
کل		اروس	۶۱۹۶۳.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
		لودوس	۵۶۳۰۳.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
		استورگ	۴۵۷۲۵.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
		پراگما	۲۲۱۶۹۱.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
		مانیا	۲۱۶۴۴۹.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
		آگاهیه	۲۲۵۵۴۸.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
گروه		باورها مثبت در مورد نگرانی	۳۴۸۴.۸۶۰	۱	۳۴۸۴.۸۶۰	۷۶.۳۹۳	۰.۰۰۰۱	۰.۳۴۰
		باورهای غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی	۴۵۲۶.۵۰۷	۱	۴۵۲۶.۵۰۷	۱۳۲.۵۵۹	۰.۰۰۰۱	۰.۴۷۲
		باورها در مورد کفایت شناختی	۳۴۷۵.۲۲۷	۱	۳۴۷۵.۲۲۷	۷۶.۳۷۶	۰.۰۰۰۱	۰.۳۴۰
		باورهای منفی کلی	۴۵۰۴.۵۶۰	۱	۴۵۰۴.۵۶۰	۱۳۲.۱۴۷	۰.۰۰۰۱	۰.۴۷۲
		خودآگاهی شناختی	۴۵۱۵.۵۲۷	۱	۴۵۱۵.۵۲۷	۱۳۲.۱۹۷	۰.۰۰۰۱	۰.۴۷۲

خطا	باورها مثبت در مورد نگرانی	۶۷۵۱.۴۱۳	۱۴۸	۴۵.۶۱۸	-	-	-
	باورهای غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی	۵۰۵۳.۷۸۷	۱۴۸	۳۴.۱۴۷	-	-	-
	باورها در مورد کفایت شناختی	۶۷۳۴.۲۶۷	۱۴۸	۴۵.۵۰۲	-	-	-
	باورهای منفی کلی	۵۰۴۴.۹۳۳	۱۴۸	۳۴.۰۸۷	-	-	-
	خودآگاهی شناختی	۵۰۵۵.۳۰۷	۱۴۸	۳۴.۱۵۷	-	-	-
	باورها مثبت در مورد نگرانی	۲۰۸۰۳۵.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
	باورهای غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی	۲۲۴۹۶۶.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
	باورها در مورد کفایت شناختی	۲۱۷۴۸۸.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
	باورهای منفی کلی	۲۳۵۶۷۶.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
	خودآگاهی شناختی	۲۱۳۰۷۵.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
کل	باورها مثبت در مورد نگرانی	۲۰۸۰۳۵.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
	باورهای غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی	۲۲۴۹۶۶.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
	باورها در مورد کفایت شناختی	۲۱۷۴۸۸.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
	باورهای منفی کلی	۲۳۵۶۷۶.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-
	خودآگاهی شناختی	۲۱۳۰۷۵.۰۰۰	۱۵۰	-	-	-	-

جدول شماره (۵) نشان می‌دهد بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه اروس ($F(1,148) = 171.532$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه اروس افراد در زنان بارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان نابارور می‌باشد. متغیر گروه ۵۳/۷ درصد واریانس مولفه اروس را تبیین می‌کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه لودوس ($F(1,148) = 172.425$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه لودوس افراد در زنان بارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان نابارور می‌باشد. متغیر گروه ۵۳/۸ درصد واریانس مولفه لودوس را تبیین می‌کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه استورگ ($F(1,148) = 21.643$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه استورگ افراد در زنان بارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان نابارور می‌باشد. متغیر گروه ۱۲/۸ درصد واریانس مولفه استورگ را تبیین می‌کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه پراگما ($F(1,148) = 132.697$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه پراگما افراد در زنان بارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان نابارور می‌باشد. متغیر گروه ۴۷/۳ درصد واریانس مولفه پراگما را تبیین می‌کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه مانیا ($F(1,148) = 110.956$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه مانیا افراد در زنان بارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان نابارور می‌باشد. متغیر گروه ۴۲/۸ درصد واریانس مولفه مانیا را تبیین می‌کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه آگاهیه ($F(1,148) = 178.304$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه آگاهیه افراد در زنان بارور به طور

معناداری بالاتر از گروه زنان نابارور می باشد. متغیر گروه ۵۴/۶ درصد واریانس مولفه آگاهی را تبیین می کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه از پا افتادگی جسمی ($F_{(1,148)} = 72.549$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه از پا افتادگی جسمی افراد در زنان نابارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان بارور می باشد. متغیر گروه ۳۲/۹ درصد واریانس مولفه از پا افتادگی جسمی را تبیین می کند.

بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه باورها مثبت در مورد نگرانی ($F_{(1,148)} = 76.393$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه باورها مثبت در مورد نگرانی افراد در زنان نابارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان بارور می باشد. متغیر گروه ۰/۳۴ درصد واریانس مولفه باورها مثبت در مورد نگرانی را تبیین می کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه باورهای غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی ($F_{(1,148)} = 132.559$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه باورهای غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی افراد در زنان نابارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان بارور می باشد. متغیر گروه ۴۷/۲ درصد واریانس مولفه باورهای غیرقابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی را تبیین می کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه باورها در مورد کفایت شناختی ($F_{(1,148)} = 76.376$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه باورها در مورد کفایت شناختی افراد در زنان نابارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان بارور می باشد. متغیر گروه ۰/۳۴ درصد واریانس مولفه باورها در مورد کفایت شناختی را تبیین می کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه باورهای منفی کلی ($F_{(1,148)} = 132.147$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه باورهای منفی کلی افراد در زنان نابارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان بارور می باشد. متغیر گروه ۴۷/۲ درصد واریانس مولفه باورهای منفی کلی را تبیین می کند. بین دو گروه زنان بارور و نابارور، در مولفه خودآگاهی شناختی ($F_{(1,148)} = 132.197$ و $P < 0.01$) تفاوت معنادار وجود دارد. به این صورت که نمره مولفه خودآگاهی شناختی افراد در زنان نابارور به طور معناداری بالاتر از گروه زنان بارور می باشد. متغیر گروه ۴۷/۲ درصد واریانس مولفه خودآگاهی شناختی را تبیین می کند.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: بین باورهای فراشناختی در زنان بارور و نابارور تفاوت وجود دارد.

جهت تجزیه و تحلیل داده های مربوط به تفاوت بین دو گروه زنان بارور و نابارور از لحاظ مولفه های باورهای فراشناختی، از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از مولفه های باورهای فراشناختی تفاوت معنادار دارد. نتیجه به دست آمده با پژوهش های قادری و همکاران (۱۳۹۹)، مردیها و فروزنده (۱۳۹۹) و آیسون (۲۰۱۶) همسو می باشد.

در تبیین نتیجه بدست آمده از فرضیه اول مبنی بر وجود تفاوت معنادار باورهای فراشناختی در زنان بارور و نابارور می توان بیان داشت سازگاری زنان نابارور با مسئله ناباروری خود، می تواند به عنوان یکی از مهم ترین عوامل تاثیرگذار بر فرایندهای روانشناختی، اجتماعی و ارتباطی آنان به شمار رود. چرا که تجربه ناباروری در بعضی افراد، همانند یکی از بدترین رویدادهای زندگی همانند مرگ همسر بوده در حالی که برای برخی دیگر از افراد، تا این اندازه مهم نیست (محمدی مزیده، ۱۳۹۳). باورهای فراشناختی می تواند به شکل معناداری روند سازگاری افراد با بیماری را تحت تاثیر قرار دهد. باورهای فراشناختی به نحوه بکارگیری دانش فرد درباره کلیه فرایندهای شناختی در جهت تحقق اهداف یادگیری و رفتاری اطلاق می شود (اسبارا^{۲۲} و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین در این فرایند تاکید عمده بر آگاهی افراد از نظام شناختی خود است، به نحوی که راه های از میان بردن موانع ارتباطی و شناختی را می آموزد، شیوه های بهینه رفتار کردن در موقعیت های چالش برانگیز را پی ریزی می کنند و

در همه مراحل تفکر، فعالیت‌های خود را تنظیم می‌کنند. بر این اساس باورهای فراشناختی به زنان نابارور این توانایی را اعطا می‌کند که در فهم روابط بین واقعیات موقعیت حاضر دقت کنند، راه حل انتخابی خود را بررسی نمایند، مسائل پیچیده را در قالب مراحل جزئیتری تحلیل نمایند و با سوال کردن از خود، جریان تفکرشان را کنترل کنند (مونگا، ۲۰۱۴). این فرایند سبب می‌شود تا آن‌ها نسبت به نقاط ضعف و قوت خود بصیرت یابند. کسب آگاهی و دانش در حوزه فهم واقعیات و انتخاب راه حل‌های بهنجار سبب شکل‌گیری سازگاری با چالش‌ها هم‌چون سازگاری با ناباروری در زنان نابارور می‌شود. علاوه بر این کسب دانش مبنی بر آگاهی از قواعد، راهبردها و اهداف مساله در اثر وجود فراشناخت باعث می‌شود که زنان نابارور بتوانند به طور کارآمدتر و منعطف‌تری به انطباق توانایی‌های شناختی خود با موقعیت جدید بپردازند. بنابراین باورهای فراشناختی با ایجاد انطباق بین پردازش شناختی و واقعیات و چالش‌های محیطی سبب می‌شود تا زنان نابارور سازگاری بهتری را با بیماری خود نشان دهند (قادری و همکاران، ۱۳۹۹). نتیجه به‌دست آمده با پژوهش‌های قادری و همکاران (۱۳۹۹)، مردیها و فروزنده (۱۳۹۹) و آبسون (۲۰۱۶) هم‌سو می‌باشد.

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

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به تفاوت بین دو گروه زنان بارور و نابارور از لحاظ مولفه‌های نگرش به عشق، از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از مولفه‌های نگرش به عشق تفاوت معنادار دارد که می‌توان ادعا کرد شواهد کافی برای تایید فرض تحقیق وجود دارد پس فرضیه فوق اثبات می‌شود و نتایج به دست آمده با یافته‌های پژوهش شاکری و همکاران (۱۳۹۵)، خوش‌روش و همکاران (۱۳۹۸) و لینگ و همکاران هم‌سو می‌باشد.

در تبیین نتیجه بدست آمده از فرضیه دوم مبنی بر وجود تفاوت معنادار نگرش به عشق در زنان بارور و نابارور می‌توان بیان داشت هنجارهای اجتماعی و فرهنگی فشار زیادی بر زنان برای زاد و ولد و مادر شدن دارند. به طور سنتی مادر شدن به عنوان نقش اساسی برای زنان و کار کردن به عنوان نقش اساسی برای مردان در نظر گرفته می‌شود. ناباروری به عنوان یک نقص در سیستم باروری، از نظر اجتماعی به عنوان ننگ و خواری برای زوجین و به‌خصوص زن شمرده می‌شود. از آن‌جا که معمولاً زنان در تعریف هویت خود و معنای زندگی، جایی را به عنوان مادر شدن خالی می‌گذارند و حتی اغلب آمادگی دارند تا موقعیت‌های ممتاز و موفقیت‌های خود را قربانی فرزند پروری کنند، رنج و درد آن‌ها در مقابله با ناباروری شدیدتر و عمیق‌تر از مردان خواهد بود. به همین جهت زنان در برابر ناباروری خود را آسیب پذیرتر از مردان نشان داده‌اند و در پی بروز و ظهور ناباروری، هیجان‌ها و احساس‌های مختلفی مانند خشم، اضطراب، احساس گناه‌کاری، افسردگی، ظهور خصوصیات زنانه به صورت افراطی و افزایش نیاز به مورد عشق و محبت واقع شدن را تجربه می‌کنند. عشق یک احساس شدید عاطفی است که معمولاً نسبت به جنس مخالف صورت می‌گیرد و به صورت پنهان و آشکار ابراز می‌شود. این احساس به مرور زمان و با کمک تصویر سازی ذهنی شدت بیشتری می‌یابد، به گونه‌ای که کارکرد روانی فرد دست خوش ناهماهنگی می‌شود و عملکرد روزانه را مختل می‌کند. عشق در واقع یکی از عوامل بسیار مؤثر بر میزان رضایت زوجین است و پابرجایی و استحکام بیشتر بنیاد خانواده کمک می‌کند. بسیاری از افراد عشق را به عنوان پایه روابط زناشویی در نظر می‌گیرند. در هر دوره ای از زندگی افراد اتفاق‌هایی می‌افتد که زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد و یا مسیر زندگی آن‌ها را تغییر می‌دهد. ازدواج کردن هم جز آن دسته از عواملی است که باعث می‌شود فرد در آن تجربیات جدیدی را بدست می‌آورد. در زندگی مشترک همان‌قدر که به مسائل جنسی و رابطه‌ی جنسی توجه می‌شود باید به مسئله‌ی عاطفی هم توجه شود. مشکلات عاطفی و برهم خوردن روابط عاطفی در زندگی مشترک باعث ایجاد مشکلات دیگری هم می‌شود. آن دسته از افرادی که با همسرشان دچار مشکلات عاطفی

می‌شوند یک سری مسائل منفی را هم تجربه می‌کنند که منجر به طلاق عاطفی می‌شود. اما اگر به این مشکلات توجه نشود تقویت می‌شوند و عوارض جبران ناپذیری به جای می‌گذارند. اما چگونه می‌توانیم این مشکلات را حل کنیم؟ وقتی زوجین احساس می‌کنند که روابطشان مثل سابق نمی‌باشد و همدیگر را درک نمی‌کنند و مشکلات طرف مقابل را بر سرشان می‌کوبند، می‌توانند با تغییر دادن سبک زندگی و ایجاد فرصت مناسب برای کنار آمدن و پذیرش مشکل‌شان و همچنین استفاده از برنامه‌ها و راهبردهایی که در مهارت‌های زندگی توسط مشاوران مربوط به آن‌ها ارائه می‌شود در پی حل این معضلات و مشکلاتشان برآیند.

با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان گفت که تمامی ۲ عامل اصلی مدل مفهومی پژوهش (باورهای فراشناختی و نگرش به عشق) در بین زنان نابارور و بارور اختلاف معناداری دارند، لذا توصیه می‌شود برای زنان نابارور برنامه‌های پایش و بهبود این عامل‌ها در نظر گرفته شود. از طرفی پیشنهاد می‌شود بسته آموزشی با محتوای روش‌های ایجاد سازگاری با ناباروری و پذیرش آن برای جامعه زنان نابارور طراحی و اجرا شود. در نهایت توصیه می‌شود قبل، حین و پس از انجام فرآیند درمان زنان نابارور، حتماً از نظر روانشناسی اقدامات و آموزش‌های لازم صورت گرفته شود. محدود بودن دامنه پژوهش به زنان نابارور مراجعه کننده به مطب‌های پزشکان متخصص زنان، زایمان و نازایی شهرستان‌های تنکابن و رامسر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود و تعمیم آن به سایر زنان شهرهای دیگر باید با احتیاط انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق با روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا گردد.

منابع

- [۱] امان الهی فرد عباس. (۱۳۹۱). مقایسه رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور. *فصلنامه مشاوره-کاربردی*. ۷۷: (۱) ۸۵-۷۷.
- [۲] بدار، لوک؛ دزیل، ژوزه؛ لامارش، لوک. (بی تا). *روانشناسی اجتماعی*، ترجمه: گنجی، حمزه. (۱۳۹۸). ناشر: ساوالان، ویرایش ۲.
- [۳] بکائی، مهشید؛ سیمبر، معصومه؛ یاسینی اردکانی، سید مجتبی و علوی مجد، حمید. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر ناباروری بر روابط زوجین: یک مطالعه کیفی، *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۱۶: (۱) ۶۳-۷۷.
- [۴] تقوی لاکانی، نسا. (۱۳۹۷). مقایسه صفات شخصیت، باورهای غیر منطقی و نگرش عشق در زنان بارور و نابارور، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی. دانشگاه آزاد تنکابن. دانشکده علوم انسانی
- [۵] تقوی، نسا و خوش‌روش، وحید. (۱۳۹۸). مقایسه صفات شخصیت، باورهای غیر منطقی و نگرش عشق در زنان بارور و نابارور، *اولین همایش ملی علمی پژوهشی روانشناسی و علوم تربیتی*، شیروان.
- [۶] خوش روش، وحید؛ قریب پناه، نوشین؛ رضوی فر، رقیه و پرک، زهرا. (۱۳۹۸). مقایسه نگرش عشق در زنان بارور و نابارور، *پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۱۳: (۱۳) ۱۱۱-۱۲۲.
- [۷] دادفر، محبوبه؛ کاظمی، هادی؛ کاظم‌زاده عطوفی، مهرداد و کولیوند، پیرحسین. (۱۳۹۳). *جنبه‌های روانشناختی ناباروری*، تهران، ناشر: میرماه، چاپ اول.
- [۸] دادفر، فرشته؛ دادفر، محبوبه و کولیوند، پیرحسین. (۱۳۹۴). مقایسه فراوانی و شدت عوامل استرس زا در زوجهای نابارور تحت درمان تلقیح داخل رحمی، تحت درمان تلقیح درون سیتو پلاسمی اسپرم و بدون درمان، *شفای خاتم*، ۴: (۱) ۳۶-۲۶.
- [۹] عباسی، معصومه؛ قارلی پور، ذبیح اله؛ راهبر، احمد؛ ارسنگ جنگ، شهرام؛ ابراز، علی و کزازلو، زهره. (۱۳۹۷). مقایسه ویژگی‌های روانشناختی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و مرکز ناباروری در شهر قم در سال ۱۳۹۶، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش)*، ۲۱: (۶) ۴۷-۵۵.
- [۱۰] فاخری، عبدالله (۱۳۹۳)، اثربخشی آموزش فراشناخت و ذهن آگاهی بر نگرش های زیست محیطی، رفتار شهروندی سازمانی و بهزیستی اجتماعی، *پایان نامه دکترای تخصصی روانشناسی عمومی*، دانشگاه پیام نور.
- [۱۱] فروم، اریک. (۱۹۵۶). *هنر عشق ورزیدن*، ترجمه: سلطانی، پوری. (۱۴۰۰). نشر: مروارید، چاپ ۴۰.
- [۱۲] فروم، اریک. (ب ۱۹۵۶). *هنر عشق ورزیدن*، ترجمه سلطانی، پوری. (۱۳۹۹)، ناشر: مروارید، چاپ ۲۹.
- [۱۳] قادری، بیان؛ محمدخانی، شهرام و حسن آبادی، حمیدرضا. (۱۳۹۵). پیش بینی کننده‌های شناختی و فراشناختی اضطراب در نوجوانان، *مجله روانشناسی بالینی*، ۷: (۴) ۱۳-۲۶.
- [۱۴] مردیها، مهشید و فروزنده، الهام. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی امیدواری و فراشناخت در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی و خصوصی شهر اصفهان، *دومین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش*، تهران.
- [۱۵] موسوی، سیده سمیرا؛ کریمی، شهناز؛ احمدی، وحید؛ کوکبی، رویا و افسرده، فروزان. (۱۳۹۳). بررسی عوامل روان شناختی مرتبط با احساس درماندگی در زنان نابارور، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۲: (۳) ۷۳-۸۱.
- [۱۶] ولز، آدریان. (۲۰۰۹). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. ترجمه: محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۶). تهران، انتشارات ابن سینا: چاپ ۵.
- [۱۷] ولز، آدریان. (۲۰۰۹). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*، ترجمه: محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۲). تهران، انتشارات وراى دانش.
- [۱۸] ولز، آدریان. (۲۰۰۹). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*، ترجمه: محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۷). نشریه طعم زندگی، پیاپی ۹.

- [19] Bokaie M, Simbar M, Yassini Ardekani SM. (2015). Sexual behavior of infertile women: A qualitative study. *Iran J Reprod Med*; 13(10): 645-56.
- [20] Bayar U, Basaran M, Atasoy N, Kokturk F, Arikan II, Barut A, et al.(2014). Sexual dysfunction in infertile couples: Evaluation and treatment of infertility. *J Pak Med Assoc*; 64(2): 138-45.
- [21] Ebbesen. S.M.S. (2016). Religion and conflict in marital and parent-child relationships. *J Soc Issues*; 61(4): 689-706.
- [22] Galhard. (2017). A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. Washington, DC: American Psychological Association. P.241.
- [23] Genazzani. Andrea R. (2017) Religious heterogamy and marital conflict. Findings from the national survey of families and households. *J Fam Issues*; 23(4): 551-576.
- [24] Graham, J. M., & Christiansen, K. (2009). The reliability of romantic love: A reliability generalization meta-analysis. *Personal Relationships*, 16(1), 49-66.
- [25] Goodboy, A.K. & Myers, S. A. (2010). Relational quality indicators and love styles as predictors of negative relational maintenance behaviors in romantic relationships. *Communication Reports*, 23(2), 65–78.
- [26] Hendrick, C. and Hendrick, S. (1988). Lovers wear rose colored glasses. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5, 161-183.
- [27] Hahn, J. & Blass, T. (1997). Dating partner preferences: A function of similarity and love styles. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 595-610.
- [28] Levine, T. R., Aune, K. S., & Park, H. S. (2006). Love styles and communication in relationships: Partner preferences, initiation, and intensification. *Communication Quarterly*, 54(4), 465-486.
- [29] Levine, T. R., Aune, K. S., & Park, H. S. (2006). Love styles and communication in relationships: Partner preferences, initiation, and intensification. *Communication Quarterly*, 54(4), 465-486.
- [30] Menning, B. (1980). The emotional needs on infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34, 4.
- [31] Mohammadzadeh, E. (2014). Anxiety and emotional disorders in infertile couples. Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.
- [32] Merrell J, Lavery M, Ashton K, Heinberg L. (2014). Depression and infertility in women seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*. 10(1): 132-7.
- [33] Meeks, B.S., Hendrick, S.S., & Hendrick, C. (1998). Communication, love and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 755-773.
- [34] Neto, F. (2007). Love Styles: A cross-cultural study of British, Indian, and Portuguese college students. *Journal of Comparative Family Studies*, 38(2), 239-25.
- [35] Ngai, Fei-Wan & Yuen Loke, Alice. (2021). Relationships between infertility-related stress, family sense of coherence and quality of life of couples with infertility, *Human Fertility*.
- [36] Scragg P. (2010). Metacognitive therapy (Developed by Adrian Wells). Trauma clinic LTD & university collage, London.
- [37] Wells A. (2009). Metacogn ther for anxiety & depression. New York: The Guilford Press.
- [38] Wells A. (2000). Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Willey & sons.
- [39] Wells a, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cogn Behav Pract*; 15: 85-92.
- [40] Xiaoli S, Mei L, Junjun B, Shu D, Zhaolian W, Jin W, et al. (2016). Assessing the quality of life of infertile Chinese women: a crosssectional study. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 55(2): 244-50.