

بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور

نویسنده: دکتر محمدرضا تمنای فر^{*1}

1. استادیار روانشناسی دانشگاه کاشان

* E-mail: tamannaei@kashanu.ac.ir

چکیده

ناباروری به عنوان یک مشکل مهم فردی و اجتماعی با مشکلات روانشناختی متعددی مثل افسردگی، اضطراب، درماندگی، نارضایتی از زندگی و عدم سازگاری زناشویی همراه می‌باشد. با توجه به اهمیت فردی، اجتماعی و فرهنگی باروری و ناباروری و شیوع روبه گسترش ناباروری و نقش عوامل روانشناختی، مطالعه جنبه‌های روانشناختی ناباروری اهمیت ویژه‌ای دارد. از اینرو، هدف پژوهش حاضر این بود که میزان سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای زنان نابارور درمقایسه با زنان بارور بررسی گردد. به این منظور 65 زن نابارور و 65 زن بارور مطالعه و مقایسه شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) مقیاس سازگاری زناشویی (DAS) و پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI) استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد بین سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای زنان نابارور و زنان بارور تفاوت معناداری وجود دارد. زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور از سلامت روانی کمتر و سازگاری زناشویی کمتر برخوردارند. همچنین، زنان نابارور از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان مدار بیشتر استفاده می‌کنند. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش آشکار می‌گردد که ناباروری می‌تواند با پیامدهای روانشناختی خاصی همراه باشد. اگرچه، ناباروری می‌تواند به مشکلات روانشناختی خاصی منجر گردد، اما همین مشکلات می‌تواند زمینه‌ساز تشدید ناباروری شود. به همین دلیل مداخله‌های روانشناختی به عنوان مکمل درمان‌های پزشکی اهمیت دارند.

• دریافت مقاله: 88/4/6

• پذیرش مقاله: 89/10/17

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Third Year, No.4
Apr.-May, 2011*

Clinical Psy & Personality

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال سوم - شماره 4

اردیبهشت 1390

کلید واژه‌ها: سازگاری زناشویی، شیوه‌های مقابله، باروری، ناباروری

مقدمه

ناباروری عبارت است از بارورنشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری [1 و 2 و 3].

بنا بر برخی مطالعات، 10-15% زوجین سنین باروری دارای مشکل باروری هستند [3 و 4] برخی گزارشها نشان می دهد بین 20-12 درصد زوجها ناباورند، 40% ناباروری به زنان و 40% به مردان و 20% به هر دو آنها مربوط می شود. 10-12% زنان، ناباروری ثانویه (ناباروری بعد از یک زایمان به دلیل بیماریهای زنان) را تجربه می کنند [4].

همچنین گزارش شده است که میزان شیوع ناباروری در کشورهای مختلف بین 5 تا 30% متغیر است. در جهان بیش از 80 میلیون فرد نابارور و در ایران (با جمعیت 72 میلیون) بیش از 2 میلیون زوج دچار مشکل ناباروری هستند [2].

ناباروری به عنوان یک بحران زیستی، روانی و اجتماعی می تواند سلامت روانی زوجهای نابارور را تهدید کند [5 و 6]. سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را یک مشکل مهم بهداشتی تلقی کرده [7] که دارای ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است [2] باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و از اینرو مطالعه ناباروری با توجه به ابعاد روانی - اجتماعی آن حائز اهمیت است [1].

ناباروری استرس زیادی در زوجهای ایرانی و غربی ایجاد کرده و استرس و سازگاری هم برای زنان و هم برای مردان تحت تاثیر احتمال باروری قرار دارد [8].

با توجه به اهمیت اجتماعی و فرهنگی باروری و داشتن فرزند، زوجین نابارور کوشش و هزینه فراوانی صرف درمان مشکل خود می کنند [2] وجود فرزند یک عامل مهم برای تحکیم زندگی زناشویی است لذا باروری که مفهومی از ادامه زندگی جاودانه بشر دارد به عنوان یک توانمندی مورد توجه بسیاری از جوامع و فرهنگهاست [3].

سالها، ناباروری به ویژه در مواردی که هیچ علت ارگانیک برای آن تشخیص داده نمی شد به عوامل

روانشناختی نسبت داده می شد و بیشتر به مشکلات روانشناختی زنان توجه شده و ناباروری زنان به عواملی مثل هویت جنسی ناقص، تعارض نقش مادری، و نوروژگرای رباط داده می شد. بر اساس رویکرد روانکاوی، ناباروری با مقاومت ناخودآگاه برای مادر شدن و ترس ناخودآگاه از داشتن فرزند ارتباط دارد [5] بر اساس فرضیه فشار روانی، ناباروری یک اختلال روان تنی است. در این فرضیه، به تاثیر موقعیتهای عاطفی و توانایی روبرو شدن با فشارهای روانی بر میزان ناباروری و نتایج درمان توجه می شود [9]. در سالهای اخیر، تحقیقات نشان داده که بسیاری از عوامل روانشناختی در ناباروری نقش ندارند اما ناباروری می تواند مشکلات روانشناختی زیادی را به همراه داشته باشد [6]. چیزی که در پژوهش حاضر نیز مورد توجه بوده است.

مطالعات بسیاری در باره اثرات روانشناختی ناباروری انجام گرفته و پیامدهای آن را آشکار ساخته اند [10 و 11] برای بسیاری از افراد، ناباروری استرسزا بوده و یک شوک غیر قابل انتظار است [11] و اساساً برخی از انواع ناباروری با استرس ارتباط دارد [12].

ناباروری با استرسهای فیزیکی، اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است و به نوعی تمام جنبه های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد [13] این استرسهای مزمن و عمده می تواند باعث افسردگی، اضطراب [14 و 15] اعتماد به نفس پایین و نارضایتی شود [15]. ارتباط استرس و ناباروری اغلب یک چرخه معیوب ایجاد می کند [16].

مشکلات روانشناختی زنان نابارور، از پیامدهای ناباروری است [17] در مطالعات بسیاری، تاثیر منفی ناباروری بر سازگاری زناشویی و کارکرد جنسی [18] اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی زناشویی [19 و 20] نشان داده شده است

در یک مطالعه نشان داده شد که 90% افراد نابارور دچار افسردگی عمده می شوند، 50% آنها تغییر در روابط جنسی را تجربه می کنند و 75% به نوعی دچار تغییر حالات خلقی می شوند [21]. در مطالعه دیگر نشان داده شد که 44%

از زنان نابارور بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی بیمار بودند و به ویژه، از میزان بالای اضطراب برخوردار بودند و 34% آنها دارای سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان بودند [2]. به نظر برخی پژوهشگران میزان افسردگی و اضطراب نابارورها به اندازه میزان این مشکلات در مبتلایان به ناراحتی قلبی، سرطان و ایدز است [10].

ناباروری با احساس فقدان کنترل شخصی، کاهش اعتمادبه نفس، فقدان هدف در زندگی، بی هویتی شخصی [13] کاهش اطمینان به خود و کاهش عزت نفس [22] و مشکلاتی در ارتباط با دیگران شامل احساس خشم نسبت به زوجین دارای کودک [23] همراه می‌باشد. علاوه بر اینکه ناباروری باعث مشکلات عاطفی و هیجانی می‌شود باعث نقص عملکرد شناختی از جمله اسنادهای منفی در زنان نابارور [23] و ناتوانی در حل مساله، نقص حافظه و سوگیری‌های شناختی [24] می‌شود. مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری نقش بسزایی در تشدید ناباروری دارد [25].

همچنین مشکل ناباروری می‌تواند باعث تنش در روابط اجتماعی و آشفته‌گی روانی زوجها، قطع ارتباط و طلاق شود [20]. برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سازگاری زناشویی زنان کمتر از مردان است [26 و 27]. مطالعات زیادی تاثیر ناباروری را بر روابط جنسی زوجین نشان داده اند [28 و 29] به این دلیل که پیامدهای ناباروری از قبیل کاهش عزت نفس، احساس افسردگی و نگرانی بر رضایت جنسی تاثیر زیادی می‌گذارد [30]. همچنین زوج‌های نابارور از فقدان نزدیکی و صمیمیت رنج می‌برند و ممکن است روابط آنها کمرنگ شود [31]. استرس و نگرانی مربوط به ناباروری حتی بر عملکرد فیزیولوژیکی بدن تاثیر مستقیم دارد و می‌تواند باعث تشدید ناباروری شود [7] در حالیکه آرامش خاطر و سلامت روانی احتمال باروری را افزایش می‌دهد [10]. یک ارتباط جنسی مطلوب می‌تواند احتمال باروری را افزایش دهد و تصور می‌شود که اختلالات روانی جنسی در زوجین نابارور بیشتر از سایر زوجها است [32]. معلوم شده است که تجربه ناباروری برای زنان فشار روانی بیشتری ایجاد می‌کند [33]. از آنجایی که مادر

شدن برای زنان مرحله ای از تکامل محسوب می‌شود، ناباروری یک بحران تکامل تلقی می‌شود و احساس گناه، اضطراب و احساس بی کفایتی را به همراه دارد. همچنین، زنان هم بایستی نقش مادری خود را ایفا کنند و هم بسیاری از آزمایش‌ها و درمان‌های مربوط به ناباروری روی زنان نابارور انجام می‌شود [34]. استرس ناباروری باعث اختلال در سازگاری زناشویی زنان می‌شود [14 و 35] و با گذشت زمان ناسازگاری زناشویی زنان نابارور بیشتر می‌شود [36 و 37 و 38] به ویژه، با افزایش نوروژگرای در زنان نابارور آشفته‌گی روابط خانوادگی و زناشویی افزایش یافته و میزان رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. نوروژگرای زنان نابارور باعث می‌شود که آنها انعطاف ناپذیرتر شده و به موقعیت‌های گوناگون پاسخ‌های مقابله‌ای محدودتر و نامؤثرتر بدهند [18].

اگر چه درمان ناباروری اغلب مشکل، طولانی مدت و گران بوده و شامل برخی مداخله‌های طبی است با وجود این تنش روانی مربوط به آن و تاثیر آن بر کیفیت زندگی نابارورها از مسائل مهم تر آن است [14]. از اینرو، در پژوهش حاضر هدف آن بوده است که وضعیت سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور بررسی و مقایسه گردد. فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

- بین سلامت روانی زنان نابارور و زنان بارور تفاوت معناداری وجود دارد.
- بین سازگاری زناشویی زنان نابارور و زنان بارور تفاوت معناداری وجود دارد.
- بین پاسخ‌های مقابله‌ای زنان نابارور و زنان بارور تفاوت معناداری وجود دارد.

روش

جامعه و نمونه پژوهش

جامعه پژوهش شامل کلیه زنان بارور (باردار) و نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی زنان، زایمان و نازایی شهرستان کاشان در نیمه اول سال 87 بود. سه کلینیک تخصصی زنان، زایمان و نازایی

مسئله مداری و 8 عبارت آن هیجان مداری را ارزیابی می‌کند. برای هر عبارت یک مقیاس 4 گزینه ای لیکرت در نظر گرفته شده است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه 0/78 و 0/74 گزارش شده است [42].

شیوه انجام پژوهش

به منظور شناسایی و انتخاب زنان نابارور و بارور به کلینیک‌های تخصصی که در نمونه گیری تصادفی انتخاب شده بودند مراجعه و با هماهنگی، زنان بارور و نابارور پس از توجیه به اختیار در پژوهش شرکت کردند و به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

شیوه تحلیل آماری

در این پژوهش علاوه بر استفاده از روش‌های آمار توصیفی، از آزمون t برای مقایسه میانگین‌ها استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

جدول 1 ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌های پژوهش (زنان بارور و نابارور) را نشان می‌دهد.
جدول 2 میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای زنان بارور و نابارور را نشان می‌دهد. طبق داده‌های این جدول، میانگین متغیر سلامت روانی زنان بارور و نابارور به ترتیب 13/3 و 14/11 با انحراف معیار 3/2 و 3/65 می‌باشد. میانگین سازگاری زناشویی زنان بارور و نابارور به ترتیب 115 و 95 با انحراف معیار 18/3 و 20/12 می‌باشد. همچنین میانگین متغیر مسئله مداری زنان بارور و نابارور به ترتیب 13/65 و 7/21 با انحراف معیار 4/79 و 4/35 و میانگین متغیر هیجان مداری زنان بارور و نابارور به ترتیب 9/35 و 14/02 با انحراف معیار 3/94 و 4/65 می‌باشد.

جدول 3 نتایج مقایسه میانگین‌های متغیرهای سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای زنان بارور و نابارور را نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد بین میزان سلامت روانی، سازگاری

به صورت تصادفی انتخاب گردید و 65 زن بارور (باردار و بدون سابقه ناباروری) و 65 زن نابارور (با سابقه حداقل دو سال نازایی و بدون سابقه باروری) داوطلب شرکت در پژوهش حاضر مورد مطالعه قرار گرفتند. ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه در جدول 1 گزارش شده است.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: با استفاده از این پرسش‌نامه درباره ویژگی‌هایی مثل سن، تحصیلات، مدت زمان ازدواج، فاصله سنی با همسر، مدت زمان ناباروری، سابقه ناباروری در خانواده، اطلاعات جمع آوری گردید.

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28): پرسش‌نامه 28 سوالی گلدبرگ با 4 خرده مقیاس، علایم جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی را اندازه گیری می‌کند. پالاهانگ (1374) در بررسی اعتبار یابی این پرسش‌نامه حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی آزمون را به ترتیب 82%، 72% و 24% گزارش کرده است [39] و یعقوبی (1374) حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی آزمون را به ترتیب 73%، 86/7% و 21% برآورد کرده است [40].

مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (DAS): این مقیاس یک پرسش‌نامه خود سنجی است که از 32 سوال تشکیل شده است و برداشت‌های ذهنی افراد را در مورد سازگاری زناشویی ارزیابی می‌کند. نمرات پرسش‌نامه از صفر تا 151 متغیر است و نمره 100 یا بالاتر نمره سازگاری است. اسپانیر (1976) ضریب همسانی درونی 96% و ملاک اعتبار بالایی را برای DAS گزارش نموده است. برنشتاین (1989) استفاده از این مقیاس را توصیه کرده زیرا پایه‌های روانسنجی آن را در مقایسه با سایر مقیاس‌ها پیشرفته تر می‌داند [41].

پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI): پرسش‌نامه پاسخ‌های مقابله‌ای بیلینگز و موس (1981) دو شیوه‌ی مقابله‌ی مسئله مدار و هیجان مدار را ارزیابی می‌کند این پرسش‌نامه دارای 19 عبارت می‌باشد که 11 عبارت آن

جدول 1. ویژگیهای جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش (زنان بارور و نابارور)

سن به سال	مدت زمان ازدواج به سال	فاصله منی یا همسر به سال	سطح تحصیلات				مدت زمان ناباروری به سال	سابقه ناباروری در خانواده
			ابتدایی	سیکل	دیپلم	بالتر از دیپلم		
18-22		1-2	7 و بیشتر	10	25	20	2-4	-
23-27		3-4	7 و بیشتر	10	25	20	5-7	-
28-32		5-6	7 و بیشتر	10	25	20	8-10	-
33-37			7 و بیشتر	10	25	20	بالتر از 10	-
2-5	6-9	10-13	7 و بیشتر	10	25	20	3	15 مورد
10-13	13	13	7 و بیشتر	10	25	20	10	22
15	15	15	7 و بیشتر	10	25	20	20	7
20	20	20	7 و بیشتر	10	25	20	23	15
25	25	25	7 و بیشتر	10	25	20	15	7
27	27	27	7 و بیشتر	10	25	20	7	20
21	21	21	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
10	10	10	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
5	5	5	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
3	3	3	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
9	9	9	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
15	15	15	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
20	20	20	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
25	25	25	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
25	25	25	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
21	21	21	7 و بیشتر	10	25	20	20	20
10	10	10	7 و بیشتر	10	25	20	20	20

جدول 2. میانگین و انحراف معیار متغیرهای سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای زنان بارور و نابارور

نمونه	میانگین	انحراف معیار
بارور	13/3	3/2
نابارور	14/11	3/65
بارور	115	18/3
نابارور	95	20/21
بارور	13/65	4/79
نابارور	7/21	4/35
بارور	9/35	3/94
نابارور	14/02	4/65

جدول 3. نتایج آزمون مقایسه میانگین‌ها در متغیرهای سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای زنان بارور و نابارور

متغیرها	مقدار t	سطح معناداری
سلامت روانی	2/30	0/03
سازگاری زناشویی	2/07	0/02
مسئله‌مداری	6/75	0/05
هیجان‌مداری	4/7	0/05

زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد به این صورت که زنان بارور از سلامت روانی بیشتر و سازگاری زناشویی بالاتر برخوردارند. همچنین زنان بارور بیش از زنان نابارور از پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله مدار استفاده می‌کنند و زنان نابارور بلعکس از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان مدار بیشتر استفاده می‌کنند.

جدول 4 میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت روانی در دو گروه زنان بارور و نابارور را نشان می‌دهد. طبق داده‌های این جدول، میانگین علائم جسمانی زنان بارور و نابارور به ترتیب 11/15 و 12/50 با انحراف معیار 2/15 و 2/75، میانگین اضطراب زنان بارور و نابارور به ترتیب 12/50 و 14/7 با انحراف معیار 2/50 و 2/75، میانگین افسردگی زنان بارور و نابارور به ترتیب 11/50 و 13/1 با انحراف معیار 2/3 و 3/50، و بالاخره میانگین کارکرد اجتماعی زنان بارور و نابارور 11/2 و 12/7 با انحراف معیار 2/1 و 2/6 می‌باشد.

جدول 5 نتایج مقایسه میانگین‌های خرده مقیاس‌های سلامت روانی را در دو گروه زنان بارور و نابارور نشان

جدول 4. میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس های سلامت روانی در دو گروه زنان بارور و نابارور

	علائم جسمانی		اضطراب		افسردگی		کارکرد اجتماعی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بارور	11/15	2/15	12/50	2/50	11/50	2/3	11/2	2/1
نابارور	12/50	2/75	14/7	2/75	13/1	3/50	12/7	2/6

جدول 5. نتایج مقایسه میانگین های زیر مقیاس های سلامت روانی در دو گروه زنان بارور و نابارور

	علائم جسمانی	اضطراب	افسردگی	کارکرد اجتماعی
مقدار t	1/95	2/50	1/6	1/75
سطح معناداری	0/05	0/02	0/05	0/05

می دهد. همانطور که مشاهده می شود در همه خرده مقیاس ها بین زنان بارور و نابارور تفاوت معناداری وجود دارد به این صورت که میزان اختلال جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی در زنان نابارور بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

ناباروری به عنوان یک مسئله ی فردی - اجتماعی مورد توجه متخصصان در حوزه های مختلف بهداشت، همه گیرشناسی، پزشکی و رفتاری قرار گرفته است. در دنیا، درصدی از زوجها نابارور بوده و ناباروری برای آنها صرفاً یک مشکل جسمانی محسوب نمی شود بلکه دارای پیامدهای روانی و اجتماعی است [43]. ناباروری با افزایش استرس، افسردگی و اضطراب همراه بوده و می تواند به ناسازگاریهای زناشویی و حتی جدایی زن و شوهر منجر شود. به همین دلیل درکنار درمان های پزشکی، به درمان های روانشناختی زوج های نابارور توصیه شده است. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی وضعیت سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ های مقابله ای زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور بوده است. از یافته های پژوهش حاضر این بود که زنان نابارور از سطح سلامت روانی پایین تری برخوردارند و علائم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی در آنها بیشتر است. پژوهش های دیگر نیز

یافته های مشابهی را گزارش کرده اند. در یک پژوهش نشان داده شده که 44% زنان نابارور بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی بیمارند و میزان اضطراب در آنها بالاست. پژوهش های متعددی به وجود افسردگی و اضطراب در زوج های نابارور اشاره کرده اند [5 و 11 و 44 و 45 و 46]. براساس پژوهش دیگری 90% نابارورها از افسردگی عمده رنج می برند و 75% آنها دچار تغییرات خلقی می شوند [21]. دومار و همکاران (2000) اشاره می کنند که بیشتر افراد نابارور دچار اضطراب و افسردگی می شوند. یافته های یک پژوهش نشان داد که نابارورها در مقایسه با افراد بارور در مقیاس های جسمانی سازی، وسواس فکری و عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس و بدبینی نمرات بالاتری می گیرند [47].

از یافته های دیگر پژوهش حاضر این بود که سازگاری زناشویی زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور کمتر است. ناباروری می تواند روابط بین فردی و اجتماعی را مختل کند [25] و باعث کاهش روابط صمیمانه زوجها می شود [31]. پژوهش ها نشان می دهند که روابط جنسی و زناشویی نابارورها ضعیف است و کاهش رضایت زناشویی می تواند در نتیجه ناباروری باشد [2 و 43]. رضایت جنسی می تواند تحت تاثیر پیامدهای ناباروری مثل کاهش عزت نفس و افسردگی قرار بگیرد [25]. معلوم می شود که ناباروری تاثیر منفی بر روابط جنسی زوجین دارد [25 و 49]. بر این اساس می توان گفت ناباروری باعث تنش در روابط زناشویی، عدم تعادل روانی زوجین، قطع رابطه و طلاق می شود [25]. اگر چه برخی از پژوهش ها نشان داده اند که بحران ناباروری ممکن است باعث افزایش صمیمیت و بهبود روابط زوجین شود [28].

شود [43]. همچنین این باور وجود دارد که نگرش همسران نسبت به درمان ناباروری، اهمیت فرزند و تاثیر ناباروری حائز اهمیت است [60].

با توجه به اینکه ناباروری می‌تواند تحت تاثیر شرایط منفی روانشناختی باشد همچنین ناباروری می‌تواند پیامدهای روانشناختی منفی به جا گذاشته و زمینه ساز بروز مشکلات روانی و ناسازگاریهای زناشویی شود، به نظر می‌رسد در تیم درمان ناباروری وجود متخصصین علوم روانی رفتاری ضروری است. پژوهشها نیز نشان داده اند که استفاده از درمان‌های روانشناختی در بهبود وضعیت روانی افراد نابارور تاثیر قابل توجهی دارد. در برخی مطالعات تاثیر مداخله شناختی در کاهش استرس زوج‌های نابارور تحت درمان IVF [61] و تاثیر رفتار درمانی بر کاهش اضطراب زنان نابارور تحت درمان IVF [62] تایید شده است.

همچنین به نظر می‌رسد که اگر چه درمان‌های رایج ناباروری به رفع بسیاری از مشکلات زوج‌های نابارور کمک نموده اما ممکن است به همراه خود مشکلاتی مثل اضطراب و افسردگی را داشته باشد [44 و 45]. به خصوص که زوجهای نابارور نگرانی زیادی در مورد عدم تاثیر درمان‌ها دارند و بعضا در درمان دچار شکست می‌شوند لذا منطقی است که برنامه درمان پزشکی ناباروری با درمان روانشناختی تکمیل گردد. وضعیت روانی زنان حتی قبل از تشخیص ناباروری اهمیت دارد به این دلیل که نوع واکنش آنها را به استرس ناباروری تعیین می‌کند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که نوروگرایبی یک عامل مستعد کننده برای واکنش‌های هیجانی نسبت به استرس شدید است. احساس درماندگی و عدم رضایت زناشویی از عوامل دیگری هستند که اضطراب و افسردگی زنان نابارور را پیش بینی می‌کنند [63]. اگرچه شواهد نشان می‌دهد که اکثر درمان‌های زناشویی در درمان مشکلات روانی و ارتباطی زوج‌ها موثر است [64] اما بیشتر زوج‌های آشفته برای درمان زناشویی اقدام نمی‌کنند [65].

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضرین بود که زنان نابارور بیش از بارورها از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان مدار استفاده می‌کنند. در تحقیقات متعدد، راهبردهای مقابله‌ای افراد نابارور مورد بررسی قرار گرفته است [50 و 51 و 52 و 53 و 54 و 55 و 56]. در یک مطالعه این یافته حاصل شده که بیشترین درصد افراد نابارور از راهبردهای متمرکز بر عاطفه استفاده می‌کنند [52]. دیویس (1991) اشاره می‌کند که زنان نابارور در بسیاری اوقات احساسات خود را درگیر می‌کنند و از مکانیزم گریه کردن استفاده می‌کنند. زنان نابارور به دلیل ناتوانی در کنترل حوادث زندگی و مشکل در تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس پایین، کم‌رنگ شدن حمایت‌های اجتماعی و بالا بودن فشار روانی از راهبرد هیجان مدار بیشتر استفاده می‌کنند. تحقیقات نشان داده اند هنگامی که حادثه‌ای دارای سطح بالایی از تهدید باشد با اهمیت بیشتری از سوی افراد ارزیابی می‌شود لذا احتمالا توجه افراد از خود مشکل به هیجان‌ات مرتبط به آن معطوف می‌شود. بنابراین در حوادث مهم‌تر و تهدیدکننده‌تر راهبردهای هیجان مدار بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد [2]. هرچند در برخی تحقیقات به عدم تفاوت راهبردهای مقابله‌ای بارورها و نابارورها اشاره شده است. [33 و 58 و 59].

بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته، عوامل روانی هم در ایجاد ناباروری نقش دارند و هم ناباروری پیامدهای روانی مهمی به جا می‌گذارد [6] و به نظر می‌رسد که ناباروری - استرس یک چرخه معیوب قابل توجه باشد [16]. برای مثال تجربه‌ی استرس باعث تاخیر یا عدم تخمک‌گذاری و در نتیجه اختلال در روند درومان ناباروری می‌شود. معلوم می‌شود که مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری یک عامل مهم در تشدید ناباروری است [2 و 10]. همچنین به نظر می‌رسد که نوع نگرش زوجهای نابارور نسبت به ناباروری اهمیت خاص دارد برخی معتقدند که بایستی تجربه ناباروری در ابعاد مختلف از جمله بافت اجتماعی، ساختار خانواده، روابط زوجین و نوع نگرش به آینده بررسی

از دکتر طاهره فهیمی نژاد (جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی) دکتر مریم علینقی پور (جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی) و دکتر فاطمه فروزانفر (جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی) و رییس مرکز ناباروری بیمارستان شهید بهشتی کاشان) به خاطر همکاری در اجرای این پژوهش، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

13. Gibson D.M., Myers J.E. (2000) Gender and Infertility: a relational approach to counseling women. *J. counseling. Dev.* 78(4):11-40
14. Andrews F., Abbey A., Halman J. (1992) Is fertility problem stress different? *Fertil steril* 57(6):1947-53
15. Avison W.R., Turner R.J. (1988) Stressful life events and depressive symptoms: desegregating the affects of acute stressors and chronic strains. *J. Health Soc behave.* 29:253-254
16. Erica M., Taylor (2002) The stress of infertility. *Hum Ecol.* 95(1):12
17. Cwikle J., Gidron Y., Sheiner E. (2004) Psychological Interactions with Infertility among Woman. *European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology* 117(2):126-131
18. Monga M., et al. (2004) Impact of Infertility on Quality of Life Marital Adjustment and Sexual Function. *Urology* 63(1):126-130
19. Matsubayashi H., et al. (2004) Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husbands support and feelings of stress. *General Hospital Psychiatry.* 26(5):398-404
20. Peterson B.O., et al. (2004) Dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression. *Fertil Steril.* 82(2):104
21. Downey J., Mckinne M. (1992) The psychiatric status of women presenting for Infertility evaluation *AM J. of thopsychiatry*, 62:196-205
22. پهلوانی، هاجر (1375) بررسی اثرات ناشی از ناباروری و راهبردهای مقابله‌ای سلامت روانی افراد نابارور، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: انستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران
23. فراهانی، محمد نقی (1380) جنبه‌های روانشناختی مقابله و سازگاری با ناباروری و نقش روانشناس، فصلنامه باروری و ناباروری، صص 269-275.
24. ربیع زاده، زهرا، کرمی‌نوری، رضا (1381) سوگیری‌های شناختی در ناباروری، فصلنامه باروری و ناباروری، زمستان، صص 55-69
25. Hirxsch AM, Hirxsch SM (1995) The longer psycho social effects of infertility. *J. obst. Gyn. neonatal Nurs.* 24(6):517-521
1. کرمی‌نوری، رضا؛ آخوندی، محمد مهدی؛ بهجتی اردکانی، زهره (1380) مطالعه و بررسی جنبه‌های روانی اجتماعی ناباروری ازدیدگاه پزشکان ایرانی، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، سال دوم شماره هفتم، تابستان، صص 13-26
2. شاکری، جلال و همکاران (1385)، بررسی سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF، فصلنامه باروری و ناباروری، پائیز، صص 269-275
3. بهرامی، نسیم و همکاران (1386) بررسی ارتباط رضایت جنسی و افسردگی بین زوجین بارور و نابارور، فصلنامه باروری و ناباروری بهار، صص 52-59
4. Thranthan P. (1996) the infertile couple. *Am Fam physician*, 54:1001-1010
5. رجوعی، مریم (1377) جنبه‌های روانشناختی ناباروری مجله پژوهش‌های روانشناختی، سال چهارم شماره 4 و 3 صص 87-72
6. کرمی‌نوری، رضا (1379)، ناباروری و جنبه‌های روانی اجتماعی آن، فصلنامه باروری و ناباروری، شماره 2، صص 68-57
7. چانگ، رسولز کی (1375) ارزیابی و درمان ناباروری، ترجمه کریم زاده میبدی و همکاران چاپ اول، یزد، انتشارات یزد
8. نیلفروشان، پریسا و همکاران (1384) نگرش نسبت به ناباروری و رابطه آن با افسردگی و اضطراب در افراد نابارور، فصلنامه باروری و ناباروری، زمستان، صص 546-552
9. Fassino S.A., et al. (2002) Anxiety, depression, and anger suppression in infertile couples: A control study. *Human Reproduction.* 17(11):2987-2994
10. Domar A., Clapp D., slasby E. (2000) The impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril.* 73(7), 805-811
11. Berg B., Wilson J. (1991) Psychological functioning across stages of treatment of infertility. *J. Behav. Med*, 14, 11-24
12. Wasser, S.K. (1994) Psychological stress an Infertility: Cause or effect? *Human Nature.* t: 206-293

40. یعقوبی، ن. (1374) بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا گیلان، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
41. برنشتاین، فیلیپ اچ و برنشتاین مارسی، تی (1380) زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری-ارتباطی، حسن پورعابدی نایینی و غلامرضا منشی، تهران، انتشارات رشد
42. پورشهباز، عباس (1372) رابطه بین ارزیابی میزان استرس، رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
43. Griel AL. (1994) Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Soc. Sci. Med.* 45(11):1670-1704
44. Boivin J, Takefman JE (1995) Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non-pregnant women. *Fertil Steril.* 64(4):872-881
45. Beutel M, Kupfer J, et al (1999) Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia.* 31(1):27-35
46. Ashkani H, Akbari A, Heydari ST (2004) Epidemiology of depression among infertile and Fertile couples in Shiraz, southern Iran *Indian J. Med. Sci.* 60 (10):399-406
47. نجمی، بدرالدین (1380) ویژگی‌های روانشناختی زوجهای نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری اصفهان، فصلنامه باروری و ناباروری، پاییز، ص 47-42
48. علیزاده و همکاران (1384) رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور، فصلنامه باروری و ناباروری، بهار، ص 204-194
49. Anderson KM., Sharpe M., Irvine DS. (2003) Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J. Psychosomat. Res.* 54:353-5
50. Adler, J.D., Boxley, R.L. (1985) The psychological reactions to infertility: sex roles and coping styles. *Sex Roles* 12(3-4):270-279
51. Callan, v.J., Hennissey, J.F. (1989) Strategies for coping with infertility. *British journal of Medical psychology*, 62(4):343-354
26. Sabatelli R.M., Meth.r.L. Gavazzi, S. M. (1988) Factors Mediating the adjustment to involuntary childlessness family relations. *37:338-343*
27. Newton.c.Hearn, M. Yuzpe.A (1990) A psychological Assessment and follow up after in vitro fertilization (IVF): Assessing the Impact of failure, fertility and sterility *54:879-886*
28. Lee, Ty, Sun Gh, chao SC. (2001) The effect of on infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod.* 16 (8):1726-67
29. Juddith C. Daniluk (2002) Psychological congress series *1266:270-274*
30. Mechanik, B.M. (2004) Psychological aspects of infertility: sexual dysfunction. *International Congress Series.* 1266: 270-274.
31. Seibel M, Taymor M. (1984) Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril.* 34(2):435-442
32. Sadock B.Y., Sadock V.A. (2000) *Comprehensive textbook of psychiatry 7th edition*
33. Connolly KJ, Edelman RJ, Cooke ID, Robson J. (1992) The impact of infertility on psychological functioning. *J. psychosom. Res.* 36 (5):459-468
34. Hjelmstedt A, Anderson L., Skoog -Svanberg A. (1999) Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF and ICSI treatment. *Acta. Obs. Gyn. Scand.* 78:42-48
35. Benazon, N., Wright, J., Sabourin, S. (1992) Stress, sexual satisfaction and marital adjustment in infertile couples. *J. Sex. Marit. Ther.* 18:173-184
36. مظاهری، محمدعلی و همکاران (1380) شیوه‌های حل مساله و سازگاری زناشویی در زوجهای نابارور و بارور، فصلنامه باروری و ناباروری، ص 31-23
37. Sandelowski M.H., Davis D. (1990) Living the life explanation of infertility. *Soc. Health* 12:195-215
38. Slade, P.A. (1992) 3 Year follow up of emotional, marital and sexual functioning in couples who were infertile. *Reprod. Infand. Psychol.* 10:233-243
39. پلاهنگ، ج (1374) همه گیرشناسی اختلالات روانی در کاشان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

59. صولتی دهکردی، کمال و همکاران (1384) مقایسه عزت نفس و پاسخهای مقابله‌ای در زوجین نابارور و زوجین بارور شهرستان شهر کرد 82-83، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره 7، شماره 4، ص 16-22
60. Pasch L., Dunkel-Schetter C. Christensen A. (2002) Differences between husbands, and wives, approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertil Steril*. 77(6):1241-1404
61. MC Naughton, C. (2000) Development of brief stress management support groups for couples undergoing IVF treatment. *Fertil Steril* 74(1): 87-93
62. Domar A.D. et al (1992) Psychological improvement in infertile women after behavioural treatment: a replication. *Fertil Steril*. 58(1):144-147
63. Christianne M. et al (2005) Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study. *Journal of Behavioral Medicine*. 28(2):181-195
64. Christensen A., et al. (2004) Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72, 176-191
65. Doss, Brian D (2009) Marital Therapy: The who, what, when and why of relationship help-seeking. *Journal of Marital and Family Therapy* 35 (1):18-29
52. Davis D. Draman C.N. (1991) Coping strategies of infertile women *J Obs Gyn Neonatal Nurs*. 20(3):221-228
53. Edelman, R.J. Connolly, K.J., Bartlett, H. (1994) Coping strategies and psychological adjustment of couple presenting for IVF. *Journal of Psychosomatic Research*. 38(4):355-364
54. Demyttenaere, K., et al (1998) Coping style and depression level influence outcome in invitro fertilization, *Fertil Steril*. 69(6):1026-1033
55. Shu-Hsin, L (2003) Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. *Journal of Nursing Research: JNR*, 11(3):197-208
56. Bar-Hava, M., et al (2001) The interrelationship between coping strategies and sexual functioning in invitro fertilization patients, *Journal of sex and Marital therapy*, 27(5):389-394
57. محمدی، حسین (1380) عوامل تنش‌زا و راهبردهای مقابله‌ای در زنان نابارور، فصلنامه باروری و ناباروری، تابستان، ص 27-34
58. Beaurepaire J., Jones M. Thiering P., Saunders D., (1994) Psychological adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *J. psychosom. Res.* 38(3):229-40