

تحلیل عوامل تنیدگی‌زا، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در زنان و مردان نابارور

Analysis of stressors, coping styles, and mental health in infertile men and women

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۲/۲۵

Heydari S. MSc*, Azad-Fallah P. PhD
Rasulzade-Tabatabaei S.K. PhD

سمیرا حیدری*، پرویز آزادفلاح^۱
سید کاظم رسول‌زاده طباطبایی^۱

Abstract

Introduction: To identify the psychological traits associated with infertility, and clarify its consequences, this study investigated stress, ways of coping and mental health of infertile men and women.

Method: The General Health Questionnaire, the Lazarus and Folkman Ways of Coping Questionnaire, and scale of factors causing stress were completed by 80 infertile individuals (40 females and 40 males). The information was analyzed by a dependent t-test, the chi square test, a t-test to compare two independent groups, and a regression analysis.

Results Infertile women had fewer mental health issues compared to those of infertile men. The results showed that infertile people used problem-focused coping less than emotional focused coping and that infertile men and women that used problem-focused coping more than emotion focused coping had better mental health.

Conclusion: The findings indicate the effective role of coping strategies used by infertile individuals to predict mental health status and the role of gender on the relationship between the mentioned variables.

Keywords: Infertility, Stress, Coping Styles, Mental Health

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف شناسایی ویژگی‌های روانشناختی همراه با پدیده ناباروری و مشخص‌ساختن پیامدهای آن، به بررسی تنیدگی، راهکارهای مقابله‌ای و سلامت روانی زنان و مردان نابارور پرداخته است.

روش: پرسشنامه سلامت‌عمومی، پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن و همچنین مقیاس عوامل تنیدگی‌زا، توسط ۸۰ نفر از زنان و مردان نابارور (۴۰ زن و ۴۰ مرد)، تکمیل گردید. اطلاعات بدست آمده از طریق آزمون t وابسته، آزمون مجذور خی، آزمون t مستقل و روش تحلیل رگرسیون، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: مشخص شد زنان نابارور نسبت به مردان نابارور از سلامت‌عمومی کمتری برخوردارند و همچنین نتایج نشان داد که افراد نابارور، از روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله کمتری استفاده می‌کنند و آن عده از افراد ناباروری که از روش‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله، استفاده بیشتری می‌کردند، از سلامت‌عمومی بالاتری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: در مجموع یافته‌های این مطالعه بر نقش موثر راهکارهای مقابله‌ای مورد استفاده افراد نابارور در پیش‌بینی وضعیت سلامت روانی و نقش جنس بر رابطه بین متغیرهای مذکور تاکید می‌کند.

کلیدواژه‌ها: ناباروری، تنیدگی، سبک‌های مقابله‌ای، سلامت روانی

* Corresponding Author: Department of Psychology,
Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University,
Tehran, Iran
Email: spsych60@yahoo.com

* گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۱- گروه روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

«البته شما را به موضوعاتی چون ترس، گرسنگی و نقصان اموال و نفوس و ثمرات می‌آزماییم» از این آیه چنین می‌توان برداشت نمود که از جمله موارد امتحان الهی، نداشتن اولاد است و حتی در مورد اولیاء و برگزیدگان خداوند نظیر ابراهیم، ذکریا و ... نیز داشتن فرزند از مهمترین و پرازش‌ترین مسایل مربوط به زندگی شخصی‌شان محسوب می‌شده است [۱].

ناباروری، یک بحران پیچیده زندگی است که منجر به بروز فشارهای عمیق عاطفی و روانی بر فرد نازا به‌تنهایی و بر روی زوجین می‌شود. احساسات و عکس‌العمل‌های روانی نسبت به نازایی طیف متفاوتی دارد و از حالت شوک و ضربه روحی گرفته تا انکار، خشم، انزواطلبی، احساس گناه و سرانجام غم و غصه و اندوه متفاوت است [۲]. طبق آمار موجود در ایالات متحده آمریکا، ۱۵ درصد از زوج‌های ازدواج کرده از ناباروری رنج می‌برند [۳] و ۱/۳ میلیون زوج سالانه از خدمات مراکز ناباروری استفاده می‌کنند [۴]. تعداد زوج‌های نابارور در ایران حدود یک میلیون نفر و در دنیا حدود ۵۰ میلیون نفر تخمین زده شده است [۵] و مسئله بالارفتن سن ازدواج هم باعث افزایش ناباروری شده است [۶]. اکثر تحقیقات موجود در زمینه عوارض ناباروری حاکی از این است که ناباروری به‌عنوان یک بحران فردی و عاملی تنیدگی‌زا فشار زیادی بر زوج‌های درگیر تحمیل می‌کند و سلامت روانی آنها را در جنبه‌های مختلف زندگی از قبیل روابط بین فردی، روابط زناشویی، اجتماعی و شغلی، تحت تاثیر قرار می‌دهد و هرکس با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خود از روش‌های خاص مقابله استفاده می‌کند و بدیهی است مقابله مناسب آن است که در کنترل تنیدگی‌های ناشی از موقعیت‌های تنیدگی‌زا به فرد کمک کند و منجر به آرامش وی شود. روش‌های متمرکز بر مسئله در موقعیت‌های قابل کنترل موثرتر است، در صورتی که در فعالیت‌های غیرقابل کنترل عمدتاً رویارویی متمرکز بر هیجان مفید است. استفاده از روش‌های متمرکز بر مسئله و متمرکز بر هیجان با سلامت روانی فرد کاملاً مرتبط می‌باشد و معمولاً افرادی که از روش اول استفاده می‌کنند با موقعیت‌های تنیدگی‌زا سازگار می‌شوند و نشانه‌های مرضی کمتری بروز می‌دهند [۷].

در تحقیقاتی که به بررسی آثار منفی روانشناختی، رفتاری و اجتماعی که ممکن است ناباروری بر هر دو زوج داشته باشد، پرداخته است، مشخص شده که زوج‌های نابارور طیف گسترده‌ای از هیجان‌های منفی را که شامل اضطراب، ترس، کناره‌گیری، افسردگی، گناه و ناکامی و درماندگی است، تجربه می‌کنند [۸]. افسردگی، شایع‌ترین واکنش در زوج‌های نابارور است که هم در پاسخ به فقدان‌های متعدد و هم در پاسخ به تنیدگی‌های طولانی مدت ایجاد می‌شود، البته لازم به ذکر است که این مسئله کاملاً بستگی به روش‌های مقابله فرد در برابر تنیدگی‌ها دارد و با توجه

به روش مقابله‌ای که به کار گرفته می‌شود، سلامت روان شخص تحت تاثیر قرار می‌گیرد [۹]. به نظر می‌رسد که احتمال بروز آثار منفی ناشی از تنیدگی ناباروری در زنان بیشتر از مردان باشد [۱۰] و شاید این واقعیت بیشتر به دلیل وجود محدودیت سنی در امر باروری در زنان باشد [۱۱]. البته تفاوت‌های فرهنگی نیز در این مسئله نقش مهمی دارد، در تحقیقی که در کشورهای عرب و مسلمان انجام شده است مقایسه دو کشور تونس و امارات متحده عربی نشان می‌دهد که در هر دو میزان زنان نابارور بسیار بالاتر از مردان است [۱۲].

بنابراین می‌توان گفت: ناباروری با افزایش تنیدگی‌های روانشناختی مرتبط است و این تنیدگی‌ها به‌عنوان یکی از علت‌های اصلی موثر واقع نشدن درمان‌های ناباروری است و به نظر می‌رسد این تنیدگی‌ها در زنان آثار طولانی مدتی را در مورد تقلیل مؤلفه‌هایی چون عزت‌نفس و افزایش احساس‌هایی چون اضطراب، خشم و گناه برجای گذارند. زنان نابارور اغلب به‌خاطر حسادت یا خشمی که نسبت به زنان باردار یا مادران دارای فرزند دارند، احساس گناه می‌کنند. چندین مطالعه نشان دادند که مخصوصاً برای زنان، جدایی از اجتماع یکی از بهترین روش‌ها جهت مقابله موفقیت‌آمیز و سازگاری است و راهکارهای مقابله‌ای اولیه زنان شامل امیدواربودن، عملکرد و سواسی، تفکر جادویی داشتن، انتقاد و عیب‌جویی کردن و شوخی می‌باشد [۱۳].

ابی و همکاران (۱۹۹۱)، نقش جنس را در پاسخ به ناباروری مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این تحقیق نیز تأیید کرد که زنان به‌طور معناداری نسبت به شوهرانشان، تنیدگی بیشتری داشتند بیشتر احتمال داشت که آنها در مقایسه با شوهرانشان خود را مسئول ناباروری بدانند. در مقایسه با گروه کنترل، زنان و مردان نابارور، به‌طور معناداری سطوح پائین‌تری از عزت نفس و سطوح بالاتری از افسردگی را گزارش دادند [۱۴]. در حمایت از این یافته‌ها، سایر مطالعات نیز گزارش دادند که زنان و مردان نابارور، سطوح بالایی از پریشانی‌های روانی را نسبت به زوج‌های بارور تجربه می‌کنند [۱۵].

پاسخ‌های هیجانی مردان به ناباروری کمتر از پاسخ‌های زنان مورد مطالعه قرار گرفته است و این یک محدودیت مشخص در پیشینه مربوط به ناباروری است اما اخبار ناباروری برای زوج‌ها، به اندازه‌ای که برای زنان ناراحت‌کننده است برای مردان نیز هست [۱۶].

در یک مطالعه طولی که روی مردان نابارور انجام شد، گزارش شد که ناباروری به احتمال قوی با افزایش اضطراب و پریشانی روانی همبسته بود و این احتمال وجود داشت که مردان خود را به‌خاطر مشکلات باروری سرزنش کنند. آنها پیشنهاد کردند که یافته‌هایشان نشان می‌دهد که پریشانی روانی مردان ممکن است بیشتر با نبود قدرت مردانگی مرتبط باشد تا با نبودن یک بچه

میزان تنیدگی، شیوه‌های مقابله و سلامت‌عمومی زوج‌های نابارور چگونه است؟

روش

جامعه آماری، زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری می‌باشند که با توجه به در دسترس نبودن همه این افراد، زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به یکی از مراکز ناباروری شهر تهران که طی دو ماه جمعیت آنها حدود ۴۰۰ زوج نابارور بود، به‌عنوان جامعه آماری در دسترس این پژوهش انتخاب گردید که با توجه به نوع و ماهیت طرح پژوهش (علی-مقایسه‌ای) تعداد ۸۰ نفر از زوج‌های مراجعه‌کننده به این مرکز، به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. در این تحقیق از سه پرسشنامه جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد:

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): گلدبرگ (۱۹۷۲) اولین بار پرسشنامه سلامت‌عمومی را تنظیم نمود. پرسشنامه اصلی ۶۰ ماده دارد. گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه را اولین بار از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی کردند [۲۱]. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت‌عمومی استفاده شد. پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت‌عمومی از ۴ زیر مقیاس تشکیل شده است که هر کدام از آنها ۷ ماده دارد. ماده ۱ تا ۷ آن مربوط به زیرمقیاس نشانه‌های جسمانی، ماده ۸ تا ۱۴ آن مربوط به زیرمقیاس اضطراب و بی‌خوابی، ماده ۱۵ تا ۲۱ آن مربوط به زیرمقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و ماده ۲۲ تا ۲۸ آن مربوط به زیرمقیاس افسردگی است. تمام مواد پرسشنامه سلامت‌عمومی، چهار گزینه‌ای هستند که از روش نمره‌گذاری لیکرت جهت نمره‌گذاری آن استفاده شد؛ بر این اساس نمره‌گذاری هر یک از مواد چهار درجه‌ای پرسشنامه، به‌صورت (۰، ۱، ۲، ۳) است. تقوی [۲۱] طی مطالعه‌ای اعتبار پرسشنامه را برای استفاده در ایران با سه روش دوباره سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ بدست آورده است و آن را واجد شرایط لازم جهت کاربرد در پژوهش‌های روانشناختی و فعالیت‌های بالینی می‌داند. در خصوص روایی پرسشنامه نیز تا کنون مطالعات فراوانی صورت گرفته که حاکی از روایی رضایتبخش این پرسشنامه می‌باشد.

مقیاس عوامل تنیدگی‌زا: از آنجا که هیچ‌گونه مقیاس استاندارد و اختصاصی دیگری برای سنجش عوامل و منابع تنیدگی‌زا در افراد نابارور در دسترس نبود، لذا از مقیاس عوامل تنیدگی‌زا که توسط *پهلوان* [۲۲] متناسب با فرهنگ ایرانی و بر اساس منابع مطالعاتی و مصاحبه انفرادی ساخته شده، استفاده گردید. این مقیاس از ۷۷ عبارت تشکیل شده است که ۴۳ ماده آن از مقیاس حوادث زندگی «هولمز و راه» اقتباس شده و ۳۴ ماده آن مربوط به عوامل تنیدگی‌زا برای افراد نابارور می‌باشد که از طریق

[۱۷]. در تحقیقی که روی زوج‌های نابارور در آمریکای شمالی انجام شد مشخص شد که در کل مردان تمایل دارند که از راهکارهای مقابله‌ای کمتر استفاده کنند. آنها با افزایش فعالیت‌ها در شغل خود و سایر موارد با این مشکل روبه‌رو می‌شوند. آنها بسیار خوش‌بین هستند و بیشتر از راهکارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار و کمتر از حمایت‌های اجتماعی استفاده می‌کنند. به‌نظر می‌رسد که مردان، زندگی بدون فرزند را راحت‌تر از همسرانشان می‌پذیرند. بسیاری از مردان هیجان‌های خود را با حمایت و مراقبت‌کردن از همسرشان بروز می‌دهند و شاید همین مسئله باعث شود که مردان سطوح پائینی از پریشانی‌های روانی را گزارش دهند. اضطراب و بهم ریختن تصویر ذهنی در مردانی که خود عامل ناباروری هستند نسبت به مواردی که عامل ناباروری مشخص نیست و یا عامل زنانه وجود دارد، بسیار بیشتر دیده می‌شود. آنها اشاره کردند که اگرچه هم زنان و هم مردان معتقدند که والدبودن مرحله برجسته‌تری در زندگی‌شان هست، جامعه مادربودن را به‌عنوان تنها نقش تعریف‌شده برای زنان در اجتماع تعیین می‌کند و اگر چه در جامعه، انتخاب‌ها و گزینه‌های دیگری هم برای زنان وجود دارد، اما مادربودن هنوز هم به‌عنوان نقش اولیه تعریف‌شده برای زنان است و در واقع ناباروری هسته هویت زنانه آنان را به‌چالش می‌کشد [۱۸]. بنابراین، ناتوان‌کننده‌ترین اثر ناباروری، ضربه‌هایی است که به هسته اصلی هویت زنانگی اصابت می‌کند [۱۹].

اگرچه پدربودن به‌عنوان مرکز هویت مردانگی نیست، مردان نیز از تأثیرات فرهنگ و اجتماع معاف نیستند. مردانگی همان‌طور که توسط جامعه نیز این‌گونه تصور می‌شود، توانایی مرد برای اثبات قدرت، مردی و لیاقت است؛ به‌هرحال یک مرد نابارور در اثبات این خصوصیات شکست می‌خورد. در کل، بیماران مرد، احساس فقدان هویت به‌عنوان یک مرد، یک شوهر، یک پدر را هم از طرف جامعه و هم از طرف خود گزارش می‌دهند و آنها بیان می‌کنند که کمبود پتانسیل مردی را احساس می‌کنند [۲۰].

در جامعه ما به‌رغم شیوع نسبتاً بالای ناباروری و مشکلات عدیده روانی- اجتماعی که این گروه از افراد در تمام مراحل ناباروری با آن مواجهند، متأسفانه کمتر به بررسی ابعاد روانشناختی ناباروری پرداخته شده است. به‌طوری‌که در مراکز درمانی تخصصی نیز شکایت عمده این افراد کم توجهی متخصصان به ابعاد روانشناختی مشکل آنها می‌باشد. به‌هرحال اهمیت مسئله ناباروری به‌خصوص در برخی از چارچوب‌های فرهنگی ضرورت توجه همه جانبه بیشتری را به این پدیده طلب می‌نماید و همگام با استراتژی‌های پزشکی در مواجهه با این پدیده، بایستی عوامل روانشناختی درگیر در این قضیه نیز ردیابی شوند. مطالعه حاضر با هدف شناسایی ویژگی‌های روانشناختی همراه با پدیده ناباروری و مشخص ساختن پیامدهای آن در پی پاسخ به این سوال است که

نشانگر «به کار نبردم»، یک، نشانگر «خیلی کم (تا حدی)»، دو، نشانگر « کمی به کار بردم» و سه، نشانگر «به مقدار زیاد به کار بردم» است. از آنجا که پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای، فرایندهای مقابله را که برحسب تعریف، متغیر هستند اندازه می‌گیرد، برآوردهای رایج آزمون- آزمون مجدد برای اعتبار نامناسب هستند. با این حال می‌توان از طریق واریانس ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای که به وسیله ضریب آلفای کرونباخ بدست می‌آید، اعتبار را ارزیابی کرد. از آنجا که راهبردهای توصیف شده، راهبردهایی هستند که افراد گزارش کرده‌اند که در مقابله با خواست‌های موقعیت‌های تنیدگی‌زا آنها را به کار می‌برند، پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای روایی صوری دارد [۲۳]. الگوهای هشتگانه که توسط این پرسشنامه بررسی می‌شود به دو دسته روش‌های مسئله‌مدار (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌مدار (مقابله رویاروگر، دوری‌جویی، گریز- اجتناب و خویشتن‌داری) تقسیم شده است [۲۴].

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آزمون T برای مقایسه دو گروه مستقل، آزمون T وابسته، آزمون مجذور خی، آزمون U مان‌ویتنی و روش تحلیل رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

به‌منظور آزمون تفاوت بین زنان و مردان نابارور در متغیر شدت و فراوانی تنیدگی و به دلیل داشتن دو گروه مستقل از آزمودنی‌ها (زنان و مردان)، از آزمون T برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل استفاده شد.

اطلاعات و منابع موجود و مصاحبه بدست آمده است. مطابق با دستورالعمل این مقیاس از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود، چنانچه طی شش ماه گذشته، هر یک از موارد ذکر شده در فهرست را تجربه کرده‌اند، در گزینه‌های بلی یا خیر مشخص نمایند، سپس شدت تنیدگی روانی حاصل از آن را در گزینه‌های «هیچ، کمی، زیاد، خیلی زیاد» علامت بزنند. برای هر پاسخ نمره‌ای بین ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است. بنابراین دامنه تغییرات در این مقیاس بین ۰ تا ۲۳۱ می‌باشد. به‌طور کلی از طریق این مقیاس دو نمره مرتبط به هر آزمودنی بدست می‌آید. یکی نمره مربوط به تعداد عوامل تنیدگی‌زا و دیگری نمره مربوط به شدت عوامل تنیدگی‌زا. جهت بررسی روایی محتوایی، مقیاس تهیه‌شده به ۴ نفر از اساتید روانپزشک، ۲ روانشناس، ۲ نفر متخصص زنان و زایمان و ۳ نفر کارشناس ارشد روانشناسی بالینی ارائه شد؛ که طبق ارزیابی آنها، پرسشنامه ابزاری معتبر جهت سنجش عوامل تنیدگی‌زا در گروه افراد نابارور شناخته شد و به‌منظور بررسی اعتبار، این آزمون روی ۱۶ فرد متاهل، متشکل از ۸ فرد نابارور و ۸ فرد بارور به تفکیک جنس در فاصله دو هفته اجرا شد. ضریب اعتبار ۰.۸۸ نشان‌دهنده اعتبار بالایی این مقیاس بود [۲۲].

پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای لازاروس- فولکمن (CWQ): این پرسشنامه، ابزاری چند بعدی است که شیوه‌های پاسخی افراد به استرس را بررسی می‌کند و براساس مدل لازاروس از استرس و مدل خودنظم‌دهی رفتاری که توسط کارور، اسکیر و وینتراب ارائه شده، تهیه گردیده است. در این پژوهش از فرم ۷۰ ماده‌ای این پرسشنامه استفاده شده است. در نمره‌گذاری آن، افراد به هر ماده روی یک مقیاس چهارگزینه‌ای از نوع لیکرت پاسخ می‌دهند که بسامد هر راهبرد را به این شکل نشان می‌دهد: صفر،

جدول ۱- شاخص‌های آماری و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمره‌های مردان و زنان در متغیرهای شدت و فراوانی تنیدگی

جنس	میانگین نمره‌ها		انحراف معیار		تفاوت میانگین‌ها		خطای معیار تفاوت		درجه آزادی		میزان t		سطح معناداری	
	شدت	فراوانی	شدت	فراوانی	شدت	فراوانی	شدت	فراوانی	شدت	فراوانی	شدت	فراوانی	شدت	فراوانی
زنان	۴۱/۴۰	۲۵/۹۵	۲۳/۱۲	۱۴/۶۹	۲/۱۵	۹/۹۷	۶/۱۴	۳/۱۳	۷۸	۷۸	۱/۶۲	۰/۶۹	۰/۱۱	۰/۴۹
مردان	۴۲/۳۱	۲۳/۸۰	۲۰/۴۹	۱۳/۲۳										

آزمون T برای مقایسه دو گروه مستقل استفاده شد. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۱، تفاوت میانگین نمره‌های دو گروه مردان و زنان در متغیر سلامت عمومی، معنادار ($p < 0.05$) می‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زنان نابارور نسبت به مردان نابارور از سلامت عمومی کمتری برخوردارند. به‌منظور آزمون تفاوت افراد نابارور در استفاده از راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مساله‌مدار از آزمون T وابسته و آزمون مجذور خی استفاده شد.

با توجه به نتایج جدول ۱، تفاوت میانگین نمره‌های دو گروه مردان و زنان در متغیر شدت و فراوانی تنیدگی، معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور تنیدگی بیشتری را تجربه نمی‌کنند. با توجه به معناداری تفاوت واریانس‌ها در شدت تنیدگی، جهت اطمینان از آزمون U مان‌ویتنی نیز استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار U مان‌ویتنی معنادار نیست. به‌منظور آزمون تفاوت بین زنان و مردان در متغیر سلامت عمومی و به دلیل داشتن دو گروه مستقل از آزمودنی‌ها (زنان و مردان) از

جدول ۲- شاخص‌های آماری و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمره‌های زنان و مردان در متغیر سلامت عمومی

جنس	میانگین نمره‌ها	انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار تفاوت	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری
زنان	۵۳/۲۷	۱۴/۵۲	۵/۸۷	۲/۷۰	۷۸	۲/۱۷۱	۰/۰۳۳
مردان	۴۷/۴۰	۹/۰۴					

جدول ۳- شاخص‌های آماری و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمره‌های زنان و مردان نابارور در متغیرهای راهکار مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار

متغیرها	میانگین نمره‌ها	انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار تفاوت	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری
مسئله‌مدار	۲۶/۶۹	۱۲/۶۶	-۲/۲۲	۰/۶۶	۷۹	۳/۳۹۲	۰/۰۰۱
هیجان‌مدار	۲۸/۹۱	۱۴/۷۹					

معادل ۵۶/۳۵۰ بدست آمده است. به‌منظور آزمون تفاوت افراد نابارور که از راهکارهای مقابله‌ای مساله مدار استفاده می‌کنند در متغیر سلامت عمومی از روش تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شد. تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی از طریق متغیر راهکارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار: در این تحلیل متغیر سلامت عمومی به‌عنوان متغیر ملاک منظور شده و راهکارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار به‌عنوان متغیر پیش‌بین، وارد معادله رگرسیون شده است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، تفاوت میانگین نمره‌های افراد نابارور در راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار، معنادار ($p < 0.05$) می‌باشد و با توجه به میزان $T(3/392)$ می‌توان نتیجه گرفت، افراد نابارور از مقابله‌های هیجان‌مدار در مقایسه با مقابله‌های مسئله‌مدار، استفاده بیشتری می‌کنند. البته جهت آزمون این تفاوت از آزمون مجذور خی نیز استفاده شد. مقدار مجذور خی برای راهکار مقابله‌ای مسئله‌مدار با درجه آزادی ۲۶ و سطح معناداری ۰/۰۰۱

جدول ۴- اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون و ضریب تعیین تحلیل شماره یک

متغیر	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معناداری	ضریب تعیین	خطای استاندارد برآورد
راهکارهای مقابله‌ای مسئله‌مدار	۰/۲۵۸	۰/۲۶۴	۲/۴۲۱	۰/۰۱۸	۰/۰۷۰	۱۲/۰۱۶۷

تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی از طریق متغیر راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار: در این تحلیل سلامت عمومی به‌عنوان متغیر ملاک منظور شده و متغیر راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار، به‌عنوان متغیر پیش‌بین وارد معادله رگرسیون شده است.

نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که در حدود ۷ درصد از واریانس متغیر سلامت عمومی از طریق متغیر راهکارهای مقابله‌ای، تبیین می‌شود که با توجه به میزان F ، این ارتباط معنادار ($p < 0.05$) است. ضرایب رگرسیون نشان‌دهنده ارتباط مستقیم بین استفاده از راهکار مقابله‌ای مسئله‌مدار و سلامت عمومی است.

جدول ۵- اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون و ضریب تعیین تحلیل شماره دو

متغیر	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معناداری	ضریب تعیین	خطای استاندارد برآورد
راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار	۰/۲۰۶	۰/۲۴۷	۲/۲۴۸	۰/۰۲۷	۰/۰۶۱	۱۲/۰۷۵۰

به‌عبارت دیگر به‌منظور تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی از طریق راهکارهای فرعی مقابله‌ای که شامل: جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل مدبرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت، مقابله رویاروگر، دوری‌جویی، خویش‌نمایی و گریز، اجتناب می‌شود، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد.

تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی از طریق راهکارهای فرعی مقابله‌ای در کل نمونه: در این تحلیل برای تبیین واریانس متغیر ملاک (سلامت عمومی) در کل نمونه، راهکارهای فرعی مقابله‌ای که شامل جستجوی حمایت

نتایج تحلیل فوق نشان می‌دهد که در حدود ۶/۱ درصد از واریانس متغیر ملاک (سلامت عمومی) از طریق متغیر پیش‌بین (راهکار مقابله‌ای هیجان‌مدار) تبیین می‌شود که با توجه به میزان F ، این ارتباط معنادار ($p < 0.05$) است. ضرایب رگرسیون نشان‌دهنده ارتباط مستقیم بین استفاده از راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و اختلال کلی در سلامت یا رابطه معکوس بین استفاده از راهکارهای هیجان‌مدار و سلامت عمومی است. به‌منظور اینکه اطلاعات جامع‌تر، برای پیش‌بینی متغیر ملاک (سلامت عمومی) از روی زیرمقیاس‌های متغیر پیش‌بین (راهکارهای مقابله‌ای) بدست آید یا

اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدیرانه مسئله، ارزیابی مجدد مثبت، مقابله رویاروگر، دوری‌جویی، خویش‌داری و گریز-اجتناب می‌شود، از طریق مدل گام به گام در رگرسیون بررسی شدند.

جدول ۶- اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون و ضریب تعیین تحلیل شماره سه

گام	متغیر	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معناداری	ضریب تعیین	خطای استاندارد برآورد
اول	جستجوی حمایت اجتماعی	۱/۱۴۳	۰/۳۶۷	۳/۴۸۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۵	۱۱/۵۹۱۶
دوم	جستجوی حمایت اجتماعی	۲/۰۷۸	۰/۶۶۷	۴/۳۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۰۳	۱۱/۱۹۶۹
	خویش‌داری	-۰/۸۹۷	-۰/۳۹۸	۲/۵۶۸	۰/۰۱۲		

دیگری نشان می‌دهد که برای مردان، تنها تشخیص نازایی با عامل مردانه بود که افزایش اضطراب را پیش‌بینی می‌کرد؛ در حالی که تنیدگی در زنان نابارور، ربطی به تشخیص عامل ناباروری نداشت. شاید بتوان علت بالاتر بودن تنیدگی در زنان نابارور نسبت به مردان را وجود محدودیت سنی در امر باروری دانست و چون عمدتاً بیشتر از مردان درگیر برنامه‌های تشخیصی و درمانی ناباروری هستند، لذا بیشتر از مردان آسیب‌پذیرند و تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند [۳۰]. جنبه اجتماعی این مسئله نیز مهم است، به این معنی که هر چند امروزه مسئله داشتن شغل برای زنان بسیار با اهمیت است، اما هنوز هم مادرشدن برای آنها به‌عنوان یک اصل مهم هر چند ممکن است اولیه نباشد، مورد تأکید قرار می‌گیرد [۳۱]. محققان دیگری [۳۲] میزان تنیدگی ناشی از ناباروری در مردان و زنان را با توجه به عامل ناباروری بررسی کرده‌اند و دریافته‌اند که شدت تنیدگی در مردان، اگر ناباروری به عامل مردانه نسبت داده شود، تقریباً نزدیک به پاسخ‌های زنان است، اما اگر عامل مردانه پیدا نشود، به‌طور معناداری از پاسخ‌های زنان کمتر است. اگرچه شواهد زیادی وجود دارد که تنیدگی‌ها و پریشانی‌های روانی در زنان نابارور بیشتر از مردان است [۳۳]؛ اما این نتیجه ممکن است به این علت بدست آمده باشد که محققان اغلب سؤالاتشان را حول تجارب زنان می‌پرسند و احتمال بیشتری وجود دارد که زنان در تحقیقات آنها شرکت کنند تا مردان [۳۴]. البته در تبیین احتمالی یافته‌های مورد نظر پژوهش در این بخش می‌توان به این نکته اشاره کرد که جمعیت مورد بررسی تحقیق حاضر زنان و مردان ناباروری هستند که به کلینیک مراجعه نموده‌اند و شاید بتوان این فرض را عنوان نمود که مراجعه به مراکز درمانی و توسل به شیوه‌های مختلف، تا حدی امید به بهبودی و درمان ناباروری را به‌همراه داشته و این وضعیت منجر به تعدیل تنیدگی دو جنس شده است.

همچنین یافته‌های این پژوهش، سلامت‌عمومی کمتری را در زنان در مقایسه با مردان نشان می‌دهد. اکثر تحقیقات موجود در زمینه عوارض ناباروری حاکی از این است که ناباروری به‌عنوان یک بحران فردی می‌تواند فشار زیادی را بر زوج‌های درگیر تحمیل نماید و سازگاری و سلامت روانی آنها را در جنبه‌های

با توجه به نتایج این تحلیل، اولین راهکار مقابله‌ای (جستجوی حمایت اجتماعی)، ۱۳/۵ درصد از واریانس متغیر ملاک (سلامت عمومی) را تبیین می‌کند که با اضافه‌شدن راهکار مقابله‌ای دوم (خویش‌داری)، ضریب تعیین برای واریانس متغیر ملاک (سلامت عمومی) به ۲۰/۳ درصد افزایش می‌یابد. نسبت F در تمام گام‌ها معنادار ($p < 0.01$) است که با توجه به ضرایب رگرسیون، راهکار مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی (راهکار مسئله‌مدار) با سلامت عمومی رابطه مستقیم و راهکار مقابله‌ای خویش‌داری (راهکار هیجان‌مدار) با سلامت عمومی ارتباط معکوس دارد و با توجه به مقدار ضرایب می‌توان گفت که ۲۰ درصد از واریانس متغیر ملاک (سلامت عمومی) در کل نمونه از طریق یک ترکیب خطی از راهکارهای مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی و خویش‌داری، تبیین می‌شود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف شناسایی ویژگی‌های روانشناختی همراه با پدیده ناباروری و مشخص‌ساختن پیامدهای آن در پی بررسی الگوی تنیدگی و راهکارهای مقابله‌ای و ارزیابی سلامت عمومی در این افراد است. در این پژوهش، عنوان می‌شود که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور، تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند. یافته‌های پژوهش حاضر میزان تنیدگی بیشتر زنان در مقایسه با مردان را نمایان می‌سازد. (هر چند این تفاوت در حد معنی دار نیست) با توجه به پیشینه تحقیق می‌توان گفت که در کل ناباروری به‌عنوان یک عامل تنیدگی‌زا هم زنان و هم مردان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و برای بسیاری از زوج‌های درگیر، به‌عنوان تنیدگی‌زاترین مشکل در دوره میانسالی آنهاست [۲۵]. حتی درمان‌های ناباروری نیز برای زوجها به‌عنوان تنیدگی محسوب می‌شود، زیرا در اکثر موارد فراتر از منابع و امکانات فیزیکی، هیجانی و مالی آنهاست [۲۶]. می‌توان گفت تنیدگی ناشی از ناباروری، فشار بیشتری بر سلامت زنان دارد تا همسران آنها [۲۷]. زنان نابارور گزارش می‌دهند که ازدواج و سایر روابط آنها به‌خاطر ناباروری با اضطراب و تنیدگی همراه است [۲۸]. آنها بیشتر از مردان مستعد اضطراب هستند و بیشتر احتمال دارد که احساس گناه را نسبت به زنان بارور تجربه کنند [۲۹]. مطالعه

و حل مسئله استفاده می‌کنند [۴۰] و مردان نابارور از مقابله‌های کناره‌گیری و حل مسئله در برابر تنیدگی ناشی از ناباروری استفاده می‌کنند [۴۱].

از آنجا که آزمودنی‌های پژوهش حاضر نیز افراد ناباروری بودند که به جهت درمان و رفع مشکل خود به مراکز درمان ناباروری مراجعه می‌کردند، پیش‌بینی می‌شد که آنها نیز از مقابله‌های مسئله‌مدار (در مقایسه با مقابله‌های هیجان‌مدار) بیشتر استفاده می‌کنند اما یافته‌های این پژوهش این فرضیه را تایید نکردند. در تبیین احتمالی این یافته، می‌توان عنوان کرد که با توجه به اهمیت جدی مسئله ناباروری در چارچوب فرهنگی جامعه ما و نوع برخورد اجتماع با افرادی که دچار این مشکل هستند، دور از انتظار نیست که بیماران نابارور، با این مشکل به‌طرز هیجانی برخورد کرده و در رویارویی با تنیدگی ناشی از ناباروری از راهکارهای هیجان‌مدار (در مقایسه با راهکارهای مسئله‌مدار) استفاده بیشتری می‌کنند.

این پژوهش همچنین عنوان می‌کند که افراد ناباروری که از مقابله متمرکز بر مسئله بیشتری استفاده می‌کنند، نسبت به افراد ناباروری که از این مقابله کمتر استفاده می‌کنند، از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. رویدادهای تنیدگی‌زا در صورت شدیدبودن و تداوم داشتن می‌توانند سبب بیماری‌های مختلف جسمی و روانی شوند و معمولاً برای کاهش این پیامدها، از روش‌های مختلف مقابله استفاده می‌شود؛ بر اساس بررسی‌های انجام شده، روش‌های متمرکز بر مسئله نسبت به روش‌های متمرکز بر هیجان در موقعیت‌های قابل کنترل موثرترند [۴۲]. در تعداد دیگری از مطالعات نیز گزارش شده است که استفاده از روش متمرکز بر مسئله و متمرکز بر هیجان با سلامت روانی ارتباط دارد؛ معمولاً افرادی که از روش اول استفاده می‌کنند، با موقعیت‌های تنیدگی‌زا سازگار می‌شوند و نشانه‌های مرضی کمتری بروز می‌دهند [۴۳]. افرادی که از روش متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند هم در زمان وقوع رویداد تنیدگی‌زا و هم پس از آن سطح اضطراب کمتری را نشان می‌دهند [۴۴]. البته ذکر این مطلب ضروری است که آسیب‌پذیری هر فرد در برابر استرس متاثر از روش‌های مقابله‌ای وی و حمایت‌های اجتماعی موجود می‌باشد و به‌کارگیری شیوه‌های مختلف مقابله‌ای، نتایج متفاوتی در سلامت روانی افراد دارد [۴۵]. حال با توجه به این مسئله که افراد ناباروری را به طرق مختلف تجربه می‌کنند، این سوال منطقی پیش می‌آید که چگونه آنها به‌طور متفاوتی با این مسئله مقابله می‌کنند. بسیاری از مطالعاتی که نحوه مقابله با تنیدگی‌های زندگی را بررسی کرده‌اند، دریافته‌اند که زنان نسبت به مردان کمتر از راهکارهای متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که راهکارهای هیجان‌مدار نسبت به مسئله‌مدار هم کمتر در حل مشکل موثرند و هم سلامت روان

مختلف زندگی از قبیل روابط بین‌فردی، زناشویی، اجتماعی و شغلی تحت تاثیر قرار دهد.

برگ [۳۵]، به احساس ناامیدی در میان افراد ناباروری که تحت درمان هستند، اشاره دارد. مولفان دیگر نیز به مسائل سلامتی، از دست‌دادن اعتماد به نفس، احساسات مرتبط با سوگواری، افسردگی، گناه و ناکامی که مربوط به شکست در باردارشدن هستند، اشاره دارند. زنان نابارور نسبت به مردان نابارور، پریشانی‌های روانی بیشتر، عزت‌نفس پایین‌تر و سطوح افسردگی بالاتر و رویهم‌رفته، سلامت عمومی پایین‌تری دارند. یک توافق کلی وجود دارد که عواملی چون افسردگی، فقدان عزت‌نفس، غم و اندوه و خشم معمولاً توسط زنان نابارور تجربه می‌شوند. تلاش‌های زنان نابارور جهت درمان جنبه وسواسی پیدا می‌کند و به پزشکان مختلفی جهت درمان سر می‌زنند. این وضعیت به‌حدی روان آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد که نیاز به درمان‌های رفتاری وجود دارد [۳۶].

از آنجا که بسیاری از زنان حتی اگر علت ناباروری از طرف شوهرشان باشد، خود را مسئول ناباروری می‌دانند و حتی در زوج‌هایی که عامل نازایی مشخص نیست، زنان نسبت به مردان بیشتر احتمال دارد که علت ناباروری را به خود نسبت دهند لذا همین نحوه برخورد با این مسئله، تنیدگی را در زنان افزایش می‌دهد و در نتیجه سلامت روانی آنها کاهش می‌یابد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که افراد نابارور، از مقابله‌های هیجان‌مدار (در مقایسه با مقابله‌های مسئله‌مدار) استفاده بیشتری می‌کنند. با مقایسه مقابله متمرکز بر هیجان و مقابله متمرکز بر مسئله، می‌توان دریافت زمانی که افراد توانایی تغییر شرایط تنیدگی‌زا یا حذف عامل تنیدگی را با توجه به امکانات خود و امکانات محیطی، احساس نمایند، از مقابله متمرکز بر مسئله یا مسئله‌مدار استفاده می‌کنند که البته ادراک توانایی، برای تغییر شرایط و رویارویی با مشکل، متاثر از برداشت فرد و ارزیابی‌های وی از شرایط و توانمندی‌های موجود صورت می‌گیرد [۳۷].

در خصوص تنیدگی ناشی از ناباروری نیز وضعیت مشابهی به‌چشم می‌خورد؛ به‌نظر منطقی می‌رسد زوج‌هایی که در مواجهه با این مسئله تن به مداخلات درمانی مختلف داده و تدابیر مختلف درمانی را جستجو می‌نمایند، در واقع پتانسیل حل مسئله را ادراک نموده و از راه‌حل‌های مسئله‌مدار بیشتری استفاده می‌نمایند.

ناباروری به‌عنوان یک چالش زوج‌ها را به‌هم نزدیکتر می‌کند و راه‌های جدید ارتباط و حل مسئله را باز می‌کند [۳۸]. زنان و مردان نابارور به‌طور مساوی از دو راهکار مقابله‌ای مسئله‌مدار و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند [۳۹]. تحقیقات دیگری نیز نحوه مقابله زنان و مردان نابارور با تنیدگی ناشی از ناباروری را مورد بررسی قرار دادند؛ نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که زنان نابارور بیشتر از مقابله‌های مواجهه، گریز-اجتناب

students. *J Pers.* 1989;54:385-405.

11- McDonald K. Fertility and parturition of Williams. Translated by Jazayeri. Second edition. Tehran: Ayandeh sazan; 1991. [Persian]

12- Douki S, Zineb SB, Nacef F, Halbreich U. Women's mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues. *J Affect Dis.* 2007;102:177-89.

13- Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. On the self-regulation of a health treat: Cognitive, coping and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cogn Ther Res.* 2005;28:571-92.

14- Abbey A, Andrew FM, Halman LJ. Gender's role in response to infertility. *Psychol Wom Quart.* 1991;15:295-316.

15- Peterson BD, Brennan D, Newton, Christopher R, Rosen, Karen H. Examining the congruence between couples' perceived infertility-related stress and its relationship to depression and marital adjustment in infertile men and women. *Fam Process.* 2003;42:59-70.

16- Robinson GE, Stewart DE. The psychological impact of infertility and new reproductive technologies. *Harv Rev Psychiat.* 1996;4:168-72.

17- Grover L, Gannon K, Sherr L, Abel PD. Distress in sub-fertile men: A longitudinal study. *J Rep Infant Psychol.* 1996;14:23-30.

18- Daniluk JC. Gender and infertility. In: Leiblun SR, editor. Psychological issues and counseling strategies. 1st Ed. New York: John Willy Inc; 1997.

19- Williams ME. Toward greater understanding of the psychological effects of infertility on women. *Psychother Priv Pract.* 1997;16:7-26.

20- Deveraux LL, Hammerman AJ. Infertility and identity. 1st Ed. Sanfrancisco: Jossey-Bass Publishers; 1998.

21- Taghavi MH. Assessment of justifiability and reliability of general health questionnaire (GHQ). *J Psychol.* 2001;20:381-98. [Persian]

22- Pahlavan H. Assessment of stressors and mental health of infertile couples in compare of fertile couples [Dissertation]. Tehran's institute of psychology; 1996. [Persian]

23- Aghayousefi A. The effect of personality factors on coping styles and the effect of remedy methods on personality and depression [Dissertation]. Tarbiat modares university of Tehran; 2000. [Persian]

24- Lalos A, Lalos O, Jacobsson L, Von Schoultz B. The psychological impact of infertility two years after completed surgical treatment. *J Obstet Gynaecol.* 1985;64:599-604.

25- Jordan G, Revenson T. Gender differences in coping with infertility: A meta analysis. *J Behav Med.* 1999;22:341-55.

26- Davis D, Derman C. Coping strategies of infertile woman. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1991;20:221-8.

27- Wright J, Duchesne C, Sabourin S, Bissonnette F, Benoit J, Girard Y. Psychological distress and infertility: men and women respond differently. *Fertil Steril.* 1991;55:100-08.

28- Bergart AM. Women's view of their lives after infertility treatment fails. 10th National Symposium on Doctoral Research in Social Work; 1998 MAY 8: University of Ohio, Ohio State; 1998.

29- Connolly KJ, Cooke ID. Distress and marital problems associated with infertility. *J Rep Infant Psychol.* 1987;5:49-57.

30- Mahlsted PP. The psychological component of infertility. *Fertil Steril.* 1985;43:334-46.

31- Becker G, Nachtigal RD. Born to be a mother: The

شخص را کاهش می‌دهند [۴۶] و استفاده بیشتر از راهکارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار با سلامت روانی افراد نابارور، رابطه معکوس دارد [۴۷].

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب فوق، می‌توان چنین نتیجه گرفت که زنان نابارور نسبت به مردان، جهت مقابله با تنیدگی ناشی از ناباروری از مقابله‌های متمرکز بر هیجان، استفاده بیشتری می‌کنند و همچنین زنان نابارور نسبت به مردان نابارور از سلامت‌عمومی پایین‌تری برخوردارند، بنابراین می‌توان دریافت، افراد ناباروری که از مقابله‌های متمرکز بر مسئله استفاده کمتری می‌کنند از سلامت‌عمومی پایین‌تری برخوردارند؛ البته باید توجه داشت که در تحلیل داده‌های این بخش از پژوهش سلامت روانی آزمودنی‌ها، صرفنظر از جنس آنها و صرفاً بر مبنای راهکارهای مقابله‌ای مورد مقایسه قرار گرفته است و همان‌گونه که پیش از این اشاره شد؛ در این مقایسه افرادی که از مقابله‌های متمرکز بر مسئله بیشتری استفاده می‌کردند، از سلامت‌عمومی بیشتری برخوردار بودند.

تشکر و قدردانی

پیش از هر نکته‌ای، خدای را شاکرم که توان به‌ثمررساندن این تلاش و تحقیق را به من عطا فرمود و بر خود فرض می‌دانم از رهنمودها و پشتوانه حمایتی اساتید محترم و تمامی عزیزانی که به‌نحوی از انحاء یاری خود را پیشکش راه تحقیقی من نموده‌اند، قدردانی به‌عمل آورم.

منابع

- 1- Holy Quran. Translated by Khoramshahi. Second ed. Tehran. Doostan; 1999. [Persian]
- 2- Menning BF. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril.* 1980;34:313-9.
- 3- Kaplan H, Sadook B. Summary of Psychiatry. Translated by Poorafkari. 1st Ed. Tehran. Shahre Aab; 2000. [Persian]
- 4- Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(2):293-308.
- 5- Aflatounian A. Laboratory Fertilization. First edition. Yazd. Infertility remedy and research center of Yazd; 1993. [Persian]
- 6- Wilson R. Women's diseases. Translated by Habibzadeh and Mohammadi. First edition. Tehran: Danesh Pajooh; 1990. [Persian]
- 7- Jeffry C. Infertility evaluation and remedy. Translated by Karimzadeh and Aflatounian. First edition. Yazd. Yazd; 1996. [Persian]
- 8- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Jafarabadi M. Surveying of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health;* 2004;4:9-16.
- 9- Seible MM, Taymor ML. Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril.* 1982;34:345-53.
- 10- Albuguerque R. Coping behavior among college

Wom Int. 1988;9:163-75.

41- Jordan G, Revenson T. Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *J Behav Med.* 1999;22:341-55.

42- Stanton A, Tennen H, Affleck G, Mendola R. Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *J Wom Health.* 1991;17:1-15.

43- Terry DJ. Determinant of coping: The role of state and situational factors. *J Pers Soc Psychol.* 1994;66:845-910.

44- Thoits PA. Stress, Coping and social support processes: Where are we? what next? *J Health Soc Behav.* 1995;38:53-79.

45- Atkinson RL. Introduction to psychology. New York: Jovanovich College Press; 1993.

46- Hynes GJ, Callan VG, Terry DJ, Coallois C. The psychological well-being of infertile woman after a failed IVF attempt: The effect of coping. *J Med Psychol.* 1992;65:269-78.

47- Endler NS, Parker JDA, Summerteldt LJ. Coping with health problem: conceptual and methodological issues. *J Behav Sci.* 1993;25:384-99.

48- Levin JB, Sher TG, Theodos V. The effect of intracouple coping concordance on psychological and marital distress in infertility patients. *J Clin Psychol Med Sci.* 1997;4:361-72.

cultural construction of risk in infertility treatment. *J Soc Sci Med.* 1994;39:507-18.

32- Nachtigall RD, Becker G, Wonzy M. The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril.* 1992;57:113-21.

33- Ulbrich PM, Coyle AT, Liabre, MM. Involuntary childlessness and marital adjustment: His and hers. *J Sex Marital Ther.* 1990;16:147-58.

34- Woollett A. Childlessness: Strategies for coping with infertility. *J Behav Dev.* 1985;8:473-82.

35- Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ. Psychological sequel of infertility treatment. The role of gender and sex-role identification. *J Soc Sci Med.* 1991;33(9):1071-80.

36- Kainz K. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's Health Iss.* 2001;11:481-5.

37- Najmeh H. The effectiveness of stress management based on cognitive-behavior method on depression, anxiety and fertilization of infertile wom. *J Behav Sci.* 2011;5(1):15-6. [Persian]

38- Straub RO. Health psychology, 2nd ed. New York: Worth; 2002.

39- Callan VJ. The personal and marital adjustment of mothers and of voluntarily and involuntarily childless wives. *J Marriage Fam.* 1987;49:847-56.

40- Draye MA, Woods NF, Mitchell E. Coping with infertility in couples: Gender differences. *Health Care*