

مقدمه

در دنیای پیشرفته مشکل ناباروری در حال افزایش بوده و بصورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است (۱). در سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین المللی ناباروری بانکوک، ناباروری بعنوان یک مشکل بهداشتی جهانی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی توصیف شده است (۱). شیوع کلی ناباروری در امریکا ۱۵-۱۰ درصد برآورد شده که در حدود ۵۰ درصد موارد ناباروری مربوط به اختلال در زنان ذکر شده است (۳-۲).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) تخمین زده می شود که حدود ۸ درصد از زوجین در طول سالهای باروری خود، به نوعی مشکل ناباروری را تجربه می کنند. به عبارت دیگر در سراسر دنیا ۸۰-۵۰ میلیون نفر به شکل اولیه یا ثانویه دچار مشکل ناباروری می باشند (۳-۱).

ناباروری و درمان آن یک بحران عمده در زندگی است که سالهای متمادی طول می کشد (۴). این رویداد تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می سازد (۵-۴). این تنش بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تاثیر گذاشته و می تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنها گردد (۴، ۶). در جوامع مختلف، بدلیل اینکه داشتن فرزند یک ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می شود زوجین نابارور کوشش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می کنند (۵، ۷) و در عین حال بدلیل اثرات جسمی، روانی و اجتماعی درمان ناباروری دچار تنشهای شدیدی می شوند (۸، ۴).

آزمایشات متعدد پزشکی و بررسیهای عضوی، درمانهای مختلف دارویی و عوارض جسمی و روانی آنها، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پائین بودن میزان موفقیت روشهای درمانی و همچنین مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از عوامل تنش زای

شدید برای زوجین نابارور می باشند (۹، ۵). شواهد موجود نشان می دهد که ناباروری زنان و مردان را به شکل های متفاوتی تحت تاثیر قرار می دهد و زنان از نظر روانی بیش از مردان تحت تاثیر قرار می گیرند (۸، ۵). Hirschs و همکاران (۱۹۹۵) در مطالعه خود دریافتند که زنان از نظر روانی بیش از مردان تحت تاثیر قرار می گیرند (۴)، از سوی دیگر اغلب روشهای درمانی بر روی زنان انجام گرفته، به همین دلیل بیشتر مستعد اضطراب و افسردگی می شوند (۸، ۹).

با توجه به اینکه باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی از اهمیت فوق العاده ای (خصوصاً برای زنان) برخوردار است، مطالعه پدیده ناباروری به خصوص با تکیه بر جنبه های جسمی، روانی و اجتماعی آن از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. مقاله حاضر از یک طرف عوامل تنش زای جسمی، روانی و اجتماعی زنان نابارور را مورد بررسی قرار داده و از طرف دیگر راهبردهای مقابله ای متمرکز بر عاطفه را که توسط زنان نابارور بکار گرفته می شود مورد بحث قرار می دهد تا از یک طرف زوجهای مبتلا به ناباروری را مورد حمایت روانی، اجتماعی بیشتری قرار داده و هم با استفاده از بهترین راهبردهای مقابله ای بتوانند بر مسئله ناباروری و عوارض آن فایق آیند.

مواد و روشها

این پژوهش از نوع توصیفی بوده و در آن تعداد ۱۵۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرا تهریز بر اساس نمونه گیری آسان انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد افراد نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{P(1-p)z^2}{d^2}$ ، با کمک داده های $p = ۱۱\%$ ، با درجه اطمینان ۹۵٪، $z_c = ۱/۹۶$ ، $d = ۰/۰۵$ (حداکثر اشتباه قابل قبول) محاسبه گردید. از طریق مصاحبه منظم و با استفاده از ابزار گردآوری داده ها که

هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه درجه بندی شده اند.

همچنین برای تعیین چگونگی استفاده از راهبردهای متمرکز بر مسئله بین افراد نمونه، ۱۵ سوال این قسمت از نظر حداقل و حداکثر کاربرد در فاصله ۷۵-۱۵ به صورت ۲۹-۱۵ بندرت، ۴۴-۳۰ گاهی اوقات، ۵۹-۴۵ اغلب و ۷۵-۶۰ همیشه تقسیم بندی شده است و فراوانی مطلق و درصدی نمرات افراد نمونه محاسبه گردید. برای راهبردهای متمرکز بر عاطفه نیز به این ترتیب عمل

پرسشنامه ای با سری سوالات بسته بود که توسط پژوهشگر تهیه و اطلاعات مورد نیاز جمع آوری شد. عوامل تنش زای جسمی، روانی و اجتماعی با استفاده از گزینه های موجود در پرسشنامه تعیین شدند. از ۳۱ سوال موجود در این بخش ۷ سوال مربوط به تعیین عوامل تنش زای جسمی و ۲۴ سوال در رابطه با تعیین عوامل روانی- اجتماعی بود. این گزینه ها بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیگرت و به صورت هرگز، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد تنظیم شده اند. به منظور

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل تنش زای جسمی در زنان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراای تبریز در سال ۱۳۷۷

عوامل تنش زای جسمی	هرگز (%)	کم (%)	متوسط (%)	زیاد (%)	خیلی زیاد (%)	موردی ندارد (%)	مجموع (%)
دردناک بودن بررسیهای تشخیصی	۱۸ (۱۲)	۱۶ (۱۰/۷)	۲۹ (۱۹/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۶۲ (۴۱/۳)	۰ (۰)	۱۵۰ (۱۰۰)
معاینات دستگاه تناسلی	۲۷ (۲۴/۷)	۵۳ (۳۵/۳)	۳۵ (۲۳/۳)	۲۰ (۱۳/۳)	۴ (۲/۷)	۱ (۰/۷)	۱۵۰ (۱۰۰)
خونگیریهای متعدد	۷۱ (۴۷/۳)	۳۴ (۲۲/۷)	۲۱ (۱۴)	۲۰ (۱۳/۳)	۱ (۰/۷)	۳ (۲)	۱۵۰ (۱۰۰)
عوارض ناشی از مصرف داروهای ناباروری	۴۲ (۲۸)	۲۸ (۱۸/۷)	۳۰ (۲۰)	۳۸ (۲۵/۳)	۱۲ (۸)	۰ (۰)	۱۵۰ (۱۰۰)
توزیقات مکرر	۴۶ (۳۰/۷)	۴۸ (۳۲)	۲۶ (۱۷/۳)	۱۹ (۱۲/۷)	۳ (۲)	۸ (۵/۳)	۱۵۰ (۱۰۰)
انجام جراحی	۴ (۲/۷)	۷ (۴/۷)	۳ (۲)	۱ (۰/۷)	۱ (۰/۷)	۱۳۴ (۸۹/۳)	۱۵۰ (۱۰۰)
خستگی ناشی از رفت و آمدهای مکرر به درمانگاه	۳ (۲)	۲ (۱/۳)	۲۶ (۱۷/۳)	۲۸ (۱۸/۶)	۷۴ (۴۸/۷)	۰ (۰)	۱۵۰ (۱۰۰)

گردید.

برای تعیین اعتماد علمی ابزار گردآوری داده ها از شیوه دو نیمه کردن استفاده شد. برای این منظور در مرحله اولیه نمونه گیری سوالات توسط ۱۰ نفر از افراد نمونه تکمیل شد. سپس با استفاده از روش دو نیمه کردن برای سوالات بخش عوامل تنش زا و راهبردهای مقابله ای ضریب پایایی با استفاده از فرمول اسپیرمن براون بدست آمد. به عنوان مثال برای این منظور ۳۱ سوال مربوط به عوامل تنش زا به دو قسمت سوالات زوج و فرد تقسیم شده و ضریب همبستگی بین نمرات محاسبه و با استفاده از فرمول اسپیرمن براون ضریب پایایی بدست آمد. این ضریب برای عوامل تنش زا برابر ۰/۸۵ و برای راهبردهای مقابله ای ۰/۸۹ بود. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد و نتایج در ۳۲ جدول منعکس گردید. از آزمون

دستیابی به هدف اول پژوهش یعنی تعیین عوامل تنش زای جسمی، سوالات این بخش به ترتیب از نمرات ۱ تا ۵ نمره گذاری شد. به این ترتیب که برای پاسخهای هرگز نمره ۱، کم نمره ۲، متوسط نمره ۳، زیاد نمره ۴ و خیلی زیاد نمره ۵ منظور گردید. برای تعیین شدت عوامل تنش زای جسمی فاصله ۷-۳۵ یعنی حداقل و حداکثر نمرات در این بخش (برای ۷ سوال) به صورت ۱۳-۷ کم، ۲۰-۱۴ متوسط، ۲۷-۲۱ زیاد و ۳۵-۲۸ خیلی زیاد تقسیم بندی شده است. فراوانی نمرات در هر قسمت محاسبه شد. به منظور دستیابی به هدف دوم پژوهش یعنی تعیین عوامل تنش زای روانی اجتماعی و شدت آن، به روش قبلی انجام شد. به منظور دستیابی به هدف سوم پژوهش یعنی راهبردهای مقابله ای از مقیاس ۴۰ بیانیه ای جالویس استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۵ راهبرد متمرکز بر عاطفه و ۱۵ راهبرد متمرکز بر مسئله می باشد که بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیگرت به ترتیب:

مجذور کای جهت تعیین ارتباط بین برخی مشخصات داخل رحمی اسپرم (IUI)¹ در ۴۸ درصد افراد مورد

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل تنش زای جسمی و روانی - اجتماعی بر حسب شدت آنها در زنان

نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراى تبریز در سال ۱۳۷۸

مجموع	خیلی زیاد (%)	زیاد (%)	متوسط (%)	کم (%)	شدت عوامل تنش زا نوع عوامل تنش زا
۱۵۰ (۱۰۰)	۱ (۰/۷)	۲۱ (۱۴)	۱۰۰ (۶۶/۷)	۲۸ (۱۸/۶)	جسمی
۱۵۰ (۱۰۰)	۷ (۴/۷)	۷۹ (۵۲/۷)	۵۲ (۳۴/۶)	۱۲ (۸)	روانی - اجتماعی

پژوهش انجام شده بود.

جدول (۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل تنش زای جسمی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراى تبریز را نشان می دهد. برای تعیین بیشترین عوامل تنش زا مجموع ستونهای زیاد و خیلی زیاد منظور شده است. جدول فوق نشان می دهد که خستگی ناشی از رفت و

فردی و اجتماعی و عوامل تنش زای جسمی، روانی و اجتماعی استفاده شده است.

نتایج

از مشخصات فردی - اجتماعی مواردی چون سن، میزان تحصیلات، شغل، سن همسر، میزان تحصیلات همسر،

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله ای متمرکز بر عاطفه در زنان نابارور

درصد	فراوانی	استفاده از راهبردهای متمرکز بر عاطفه
۰	۰	بندرت
۵۱/۳	۷۷	گاهی اوقات
۴۸/۷	۷۳	اغلب
۰	۰	همیشه
۱۰۰	۱۵۰	جمع

آمدهای مکرر به درمانگاه با ۶۷/۳ درصد بیشترین عامل تنش زای جسمی در حد زیاد و خیلی زیاد و خونگیریهای متعدد با ۴۷/۳ درصد انتخاب گزینه "هرگز" کمترین عامل تنش زای جسمی می باشد.

جدول (۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل تنش زای جسمی بر حسب شدت آنها در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراى تبریز را نشان می دهد.

جدول فوق نشان می دهد که در بیشترین درصد از افراد مورد پژوهش (۶۶/۷٪) عوامل تنش زای جسمی در حد

شغل همسر، سن ازدواج، طول مدت ازدواج، قومیت، محل سکونت، وضعیت اقتصادی خانواده، طول مدت ناباروری، سابقه سایر بیماریها، سابقه ناباروری در بستگان درجه یک و تحت پوشش بیمه درمانی بودن بررسی شد. بر اساس نتایج، اکثریت افراد مورد مطالعه در گروه سنی ۲۵-۳۲ سال با میانگین ۲۷/۵۹ سال، خانه دار، با طول مدت ناباروری ۶-۱ سال و تحت پوشش بیمه درمانی بودند. در ۸۶/۷ درصد موارد علت ناباروری مشخص شده که از این میان ۶۵/۳ درصد مربوط به تخمدان ذکر شده بود. درمان دارویی و تلقیح

1-Intra Uterine Insemination

جدول ۴ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله متمرکز بر مسئله در زنان نابارور

استفاده از راهبردهای متمرکز بر مسئله	تعداد	درصد
بندرت	۰	۰
گاهی اوقات	۷	۴/۶
اغلب	۱۲۷	۸۴/۷
همیشه	۱۶	۱۰/۷
جمع	۱۵۰	۱۰۰

متوسط تنش زا می‌باشند. و در کمترین درصد افراد (۰/۷٪) در حد خیلی زیاد تنش‌زا می‌باشند. عوامل تنش‌زای جسمی در حد متوسط و روانی- با توجه به نتایج حاصل در اکثریت افراد مورد مطالعه،

جدول ۵- ارتباط بین برخی مشخصات فردی اجتماعی با شدت عوامل تنش زا

ارتباط بین برخی مشخصات فردی و اجتماعی و عوامل تنش زا	نحوه ارتباط
ارتباط بین سن و شدت عوامل تنش‌زای جسمی	۲۲-۲۵ سال (۳۶٪)، متوسط ارتباط معنی‌دار وجود ندارد $df = 4$, $P = 0/975$, X^2
ارتباط بین سن و شدت عوامل تنش‌زای روانی و اجتماعی	۲۲-۲۵ سال (۳۲٪) زیاد و خیلی زیاد ارتباط معنی‌دار وجود دارد $df = 4$, $P = 0/021$, $X^2 = 11/565$
ارتباط طول مدت ناباروری و شدت عوامل تنش‌زای جسمی	طول مدت ناباروری ۱-۶ سال، (۳۴/۷٪)، متوسط ارتباط معنی‌دار وجود ندارد $df = 4$, $P = 0/185$, $X^2 = 1/365$
ارتباط بین طول مدت ناباروری و شدت عوامل تنش‌زای روانی و اجتماعی	طول مدت ناباروری ۱-۶ سال، (۲۴/۷٪)، زیاد و خیلی زیاد ارتباط معنی‌دار وجود دارد $df = 4$, $P = 0/009$, $X^2 = 13/636$

اجتماعی در حد زیاد تنش‌زا بودند.

در ارتباط با هدف سوم پژوهش یعنی تعیین راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور، پس از نمره‌گذاری پاسخها، با توجه به فراوانی بیشترین راهبرد مورد استفاده پاسخ همیشه و کمترین راهبرد مورد استفاده با فراوانی پاسخ هرگز محاسبه شده است.

جدول ۳ توزیع فراوانی مطلق و نسبی چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر عاطفه در زنان نابارور را نشان می‌دهد.

جدول مذکور نشان می‌دهد که بیشترین درصد افراد مورد پژوهش (۵۱/۳٪) راهبردهای متمرکز بر عاطفه را گاهی اوقات بکار می‌برند.

جدول ۴ توزیع فراوانی مطلق و نسبی چگونگی استفاده از راهبردهای مقابله متمرکز بر مسئله در بین زنان نابارور را نشان می‌دهد.

در مورد عوامل تنش‌زای روانی اجتماعی نیز نتایج بر اساس فراوانی پاسخها تعیین شد. بر این اساس نگرانی در مورد نتیجه بخش بودن درمان با (۸۷/۳٪) بیشترین عامل تنش‌زای روانی اجتماعی در حد زیاد و خیلی زیاد و تحت پوشش بیمه نبودن با (۸۸٪) "هرگز" کمترین عامل تنش‌زای روانی اجتماعی می‌باشد.

همچنین جدول ۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل تنش‌زای روانی - اجتماعی را بر حسب شدت آنها نیز نشان می‌دهد.

جدول فوق نشان می‌دهد که در بیشترین درصد از افراد مورد پژوهش (۵۲/۷٪) عوامل تنش‌زای روانی - اجتماعی در حد زیاد تنش‌زا می‌باشند. و در کمترین درصد این افراد (۴/۷٪) در حد خیلی زیاد تنش‌زا می‌باشند.

با توجه به جدول مذکور، بیشترین درصد افراد مورد مطالعه (۸۴/۷٪) راهبردهای مقابله متمرکز بر مسئله را اغلب بکار می‌برند و هیچکدام از افراد مورد پژوهش آنها را بندرت بکار نبرده‌اند. با توجه به یافته‌های پژوهش، برای دستیابی به اطلاعات بیشتر، جدول ۵، ارتباط بین برخی مشخصات فردی اجتماعی با شدت عوامل تنش‌زا تعیین شد.

بحث

برای زوجینی که خواهان فرزند می‌باشند ناباروری بصورت یک بحران با ابعاد جسمی روانی و اجتماعی می‌باشد (۵،۱۰). Simons ۱۹۸۴ در مطالعات خود دریافت که ناباروری یک امر عینی، تهدید کننده زندگی نیست بلکه یک بحران در زندگی است که زوجین آن را در تنهایی تجربه می‌کنند (۱). مشکل ناباروری، بررسیها و درمان آن تنش‌زا بوده و ممکن است سبب اضطراب، افسردگی و اختلال جنسی شده و اثرات شدیدی در روابط زوجین داشته باشد (۹،۱).

مقالات متعددی بیان نموده‌اند که زوجین نابارور تنش ناشی از ناباروری را هم بصورت فردی و هم بصورت وابسته به یکدیگر تجربه می‌کنند. چنین تنشهایی می‌توانند منجر به مسایل روحی - روانی منفی از جمله افسردگی، تنهایی، عصبانیت، شرمساری، بی‌کفایتی و در نهایت موجبات طلاق را فراهم سازد (۵-۱۱،۶).

تنش ناباروری ممکن است برای سالها پایدار بوده و تا زمانی که درمان منجر به حاملگی نشود تشدید یابد (۶،۱۱). مطالعات متعدد اختلال روان شناختی توام با انجام لقاح خارج رحمی را مورد توجه قرار داده و می‌افزایند که انجام درمان ناباروری و IVF ممکن است سبب ایجاد علایم اضطراب و افسردگی در ۵۰-۱۰ درصد زنان شود (۱۲،۹-۱۳). بیماران تحت درمان با IVF اغلب نگران بوده و در سیکل‌های درمانی منجر به شکست اغلب دچار افسردگی و احساس از دست رفتن می‌کنند. Litt و

همکارانش گزارش نمودند که ۲۵٪ از زنان پس از درمان ناموفق IVF دچار افسردگی می‌شوند (۹،۱۲-۱۳). با توجه به شواهد زیاد درباره تنش حاصل از ناباروری، محققین پیشنهاد نمودند که برنامه درمان ناباروری باید شامل یک بخش درمان روحی - روانی نیز باشد (۱۶-۶،۱۵). مطالعات متعدد بر روی درمان روحی - روانی برای زوجین نابارور توام با درمانهای پزشکی و نیز استفاده از روشهای درمانی گروهی برای درمان این زوجین تاکید می‌کنند (۶،۱۴،۱۶).

بر اساس یافته‌های این پژوهش خستگی ناشی از رفت و آمدهای مکرر به درمانگاه بیشترین عامل تنش‌زای جسمی شناخته شد. تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند که رفت و آمد مکرر به درمانگاه برای بررسی و درمان ناباروری فوق العاده خسته کننده است و نظم روزانه زندگی زنان را بر هم می‌زند (۵). در اکثریت افراد مورد پژوهش، عوامل تنش‌زای جسمی در حد متوسط تنش‌زا بودند. Boivin و همکاران ۱۹۹۵ در مطالعات خود بدین نتیجه رسیدند که زنان سعی می‌کنند تنش خود را طی درمان سرکوب کنند و این به عنوان راهی برای مقابله با تنش روانی دوره انتظار برای کسب نتیجه درمان می‌باشد (۱۳).

نگرانی در مورد موفقیت نتیجه درمان، بیشترین عامل تنش‌زای روانی - اجتماعی شناخته شد. این یافته با نتایج مطالعه بویوین و تاکمن (۱۹۹۵) مبنی بر اینکه انتظار برای نتیجه درمان و شروع قاعدگی به عنوان تنش‌زا ترین مراحل در درمان ناباروری منطبق می‌باشد (۱۳). به دلیل اینکه اکثریت افراد مورد مطالعه (۷۶٪) تحت پوشش خدمات بیمه درمانی قرار داشتند بنابراین تحت پوشش بیمه بودن عامل تنش‌زای عمده‌ای برای آنها نمی‌باشد. با وجود این میزان مشکلات مربوط به هزینه درمان، بدلیل هزینه فوق العاده خدمات ناباروری بوده که اکثراً تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد.

از بین راهبردهای متمرکز بر مسئله، قبول موقعیت، بیشترین راهبرد مورد استفاده شناخته شد. نتایج تحقیقات Davis و همکاران نیز نشان داد که بدست آوردن کنترل، دومین راهبرد مورد استفاده در زنان نابارور بوده است. صرف وقت جهت درمانهای ناباروری یکی از روشهای بدست آوردن کنترل می‌باشد. علاوه بر این در بررسی آنها نیز جستجوی معانی نهفته در ناباروری یکی از راهبردهای عمده مقابله‌ی زنان نابارور بوده است. این محققین اضافه می‌کنند که بسیاری از افراد با جستجوی این معانی و در نظر گرفتن این موقعیت به عنوان خواست خداوند به آرامش می‌رسند و معتقدند اگر خداوند بخواهد و مقدر بداند سرانجام صاحب فرزند خواهند شد (۱۸).

بطور کلی بر اساس نتایج این پژوهش زنان نابارور در معرض عوامل تنش‌زای جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از ناباروری و درمان آن قرار دارند و راهبردهای متمرکز بر عاطفه و مسئله را جهت مقابله بکار می‌برند. از این رو وجود فردی که علاقه و فرصت کافی جهت پرداختن به مشکلات عاطفی و احساسات آنها را داشته باشد در کاهش تنش و اضطراب ایشان اثر مهمی داشته و باعث می‌شوند که درمان ناباروری حالت خوشایندی برای آنها داشته باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مرکز ناباروری تبریز که در جمع‌آوری اطلاعات و انجام این تحقیق به ما یاری نمودند تشکر به عمل می‌آید.

عوامل تنش‌زای روانی - اجتماعی در مقایسه با عوامل تنش‌زای جسمی در حد بالاتری تنش‌زا بودند. Andrews و همکاران ۱۹۹۲ در مطالعات خود به این نکته اشاره دارند که اگر چه درمان ناباروری اغلب مشکل، طولانی مدت و گران بوده و شامل برخی مداخله‌های جسمی می‌باشد با وجود این، از نظر زوجین نابارور تنش روانی و تاثیر آن در کیفیت زندگی از مسایل مهمتر آن می‌باشد (۱۷). در واقع جنبه‌های روانی ناباروری بسیار دشوارتر از انجام آزمایشات و درمان آن است (۱۷). اکثر افراد مورد پژوهش سه راهبرد متمرکز بر عاطفه، دعا کردن و توکل بر خدا، نگرانی و گریه کردن را همیشه به کار برده‌اند. میزان بالای استفاده از راهبرد دعا کردن و توکل بر خدا در افراد مورد پژوهش می‌تواند نشان دهنده زمینه اعتقادی و فرهنگی بالای این بیماران مورد مطالعه باشد.

گریه کردن نیز یکی از سه راهبرد عمده مقابله‌ای در افراد مورد مطالعه بوده است. یافته‌های این تحقیق تا حدود زیادی با تحقیقات Davis و همکاران منطبق می‌باشد. در آن تحقیق درگیر احساسات شدن و از آن جمله "گریه کردن" یکی از ۴ راهبرد عمده استفاده شده توسط زنان نابارور بوده است. زنان بیان کردند که آنها بسیاری از اوقات به خاطر ناباروری خود گریسته‌اند و این به عنوان تسکینی برای ایشان بوده است (۱۸).

در این مطالعه افراد تکنیکهای آرام سازی را هرگز بکار نبرده‌اند. میزان بسیار پایین استفاده از تکنیکهای آرام سازی می‌تواند به دلیل ناآشنایی افراد با این روشها باشد.

2- Speroff L. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. Belti-more, MD. Williams & Wilkins. 1999.

References

- 3- Jonathan S., Berek E.Y., Adashi P.A. Hillard Novak's Gynecology. 1996; 915.
- 4- Hirxsch A.M., Hirsch S.M. The longter, Psychosocial Effects of infertility. J Obs Gyn Neonatal Nurs. 1995; 24(6): 517-21.
- 5- Rajvir D., Ceinwen E., Cumming D.C. Psychological Well-being and coping patterns in fertile men. Fertil Steril. 2000; 74-5, 702-6.
- 6- Mcnaughton – cassill, Bostwick M. Development of brief stress management support groups for couples undergoing *in vitro* fertilization treatment. Fertil Steril. 2000; 74-81, 87-93.
- 7- Bahamondes F. Score prognosis for the infertile couple based on historical factors and sperm analysis. J Obs Gyn. 1994; 46:311-5.
- 8- Hjelmstedt A., Andersson L., Skoog-Svanberg A., et al. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF and ICSI treatment. Acta Obs Gyn Scand. 1999; 78: 42-8.
- 9- Beutel M., Kuprer J., Kirchmeyer P., et al. Treatment – related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. Androl. 1999; 31:27-35.
- 10- Morrow K.A., Thoreson R.W., Penney L.L. Predictors of psychological stress among infertility clinic patients. J Consult Clin Psychol. 1995; 63:163-7.
- 11- Greenfeld D.A. Does psychological support and counseling reduce the stress experienced by couples involved in assisted reproductive technology? J Assist Reprod Genet. 1997; 14,4:186-8.
- 12- Caruso K., Dorothy A., Greenfeld M. Psychological status of *in vitro* fertilization. Patients during Pregnancy. Fertil Steril. 2000; 73(6): 1159-64.
- 13- Boivin J., Takefman J.E. Stress level across stages of *in vitro* fertilization in subsequently Pregnant and non pregnant women. Fertil Steril. 1995; 64(4): 802-81.
- 14- Seivble M. News and views: controversies in assisted reproduction. Infertility: the impact of stress, the benefit of counseling. J Assist Reprod Genet. 1997; 14: 181-3.
- 15- Domar A.D., Broome A., Zuttermeister P.C., et al. The prevalence and predictability of depression in infertile women. Fertil Steril. 1992; 58(6): 1158-63.
- 16- Strauss B., Hepp U., Staeding G., et al. Psychological characteristics of infertile couples: can they predict pregnancy and treatment persistence? J Comm Apple Soc Psychol. 1998; 8: 289-301.
- 17- Andrews F., Abbey A, Halman J. Is fertility problem stress different? Fertil Steril. 1992; 57(6):1947-53.
- 18- Davis D., Deraman C.N. Coping strategies of infertile women. J Obs Gyn Neonatal Nurs. 1991; 20(3): 221-8.