

بررسی عوامل استرس زاء، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور

هاجر پهلوانی*، دکتر کاظم ملکوتی**، دکتر انسیه شاهرخ تهرانی نژاد***

چکیده

هدف: پژوهش حاضر یک بررسی پس رویدادی است که میزان استرس، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی افراد نابارور را با افراد بارور مقایسه می‌کند. **روش:** دو گروه شامل ۴۰ آزمودنی نابارور (۲۰ مرد و ۲۰ زن) و ۴۰ آزمودنی بارور (۲۰ مرد و ۲۰ زن) با هم مقایسه گردیده‌اند. آزمودنیهای نابارور بطور تصادفی از مراجعین کلینیک ناباروری رویان انتخاب شده و با گروه مقایسه از نظر متغیرهای جنسیت، سن، تحصیلات، مدت ازدواج همتا گردیدند. **یافته‌ها:** این پژوهش نشان داد که گروه نابارور در مقایسه با گروه بارور هم استرس بیشتری را تجربه کرده و هم سلامت روانی پایین تری داشته‌اند. افزون بر آن مردان نابارور نسبت به زنان نابارور، استرس کمتری داشتند و از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند. افراد ناباروری که بیشتر، راهبردهای مقابله‌ای کمتر مفید، را به کار می‌بردند، سلامت روانی پایین تری داشتند و در بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله و متمرکز بر هیجان با هم تفاوت معنی داری نداشتند. همچنین زنان نابارور به طور معنی داری بیش از مردان نابارور از راهبردهای مقابله‌ای کمتر مفید بهره گرفته بودند.

کلید واژه: ناباروری، استرس، سلامت روان، راهبردهای مقابله

مقدمه

است. شاید بدون این تجربه همسران باور نکنند که گذرگاه روانشناختی ورود به دنیای بزرگسالی را پشت سر گذاشته و رشد و هویت جنسی خود را تکمیل نموده‌اند (ماهلستد^۱، ۱۹۸۵). چرا که در تمام فرهنگها،

زادوری و باروری همواره یکی از مهمترین کارکردهای خانواده بشمار رفته و داشتن یک فرزند، با رشد و ورود به دنیای بزرگسالی برابر دانسته شده

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، زاهدان، خیابان امام خمینی، بیمارستان و مرکز جامع روانپزشکی زاهدان (نویسنده مسئول).

** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

*** متخصص زنان و زایمان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

افسردگی و اضطراب نشان دادند. در بررسی دیگری لینک^{۱۲} و دارلینگ^{۱۳} (۱۹۸۶)، به نقل از دیویس^۴، درمن^{۱۵} (۱۹۹۱) گزارش نمودند که ۴۰٪ زنان و ۱۶٪ مردان نابارور در مقیاسهای افسردگی نمره‌ای در حد بیماری آوردند و زنان نسبت به مردان اضطراب بیشتری را نشان دادند، حتی پس از بچه‌دار شدن نیز نمره خصومت و حساسیت در روابط متقابل آنها بالاتر از گروه بارور بود.

از سوی دیگر، هرچند شیوع ناباروری در زن و مرد کم و بیش یکسان است ولی به دلایل چندی به نظر می‌رسد که فشار و ناراحتی بیشتری را بر زنان به جای می‌گذارد (آندروز و همکاران، ۱۹۹۲؛ کولینز^{۱۶} و فریمن، ۱۹۹۲). پژوهشگران بر این باورند که گرچه استرس ناشی از هر منبعی باشد فشار بیشتری بر زندگی زنان وارد می‌کند ولی استرس ناباروری فشارهای منفی بیشتری بر احساس هویت و خودکارآمدی زنان دارد. بررسیها نیز بیانگر این هستند که اگر نارسایی از سوی مرد علت ناباروری باشد، زن‌ها تحمل و بردباری بیشتری نشان داده و وضعیت همسر را راحت‌تر تحمل می‌کنند (مهاجری و صارمی، ۱۳۷۰) ولی در صورت عدم وجود عامل مردانه، عکس‌العمل‌های روانی منفی فقط در زنان بروز می‌کند، بیشتر آنان احساس فقدان نموده و افسرده و حساس می‌شوند (ناچتیگال^{۱۷}، بیکر^{۱۸}، ۱۹۹۲). پژوهشگران بر این باورند که گرچه ناباروری به عنوان منبع فشار روانی، می‌تواند سلامت افراد نابارور را به خطر بیندازد ولی میزان تأثیر آن تا اندازه‌ای به ارزیابی شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای فرد نیز بستگی

زن و شوهر در صورت ناتوانی برای بچه‌دار شدن خود را ناکامل می‌شمارند و دستیابی به نقش والدینی را شرط اساسی کمال فردی، پذیرش اجتماعی، تکمیل هویت جنسی و موقعیت کامل بزرگسالی می‌دانند (دانی لوک^۱، ۱۹۸۸). بر این اساس منطقی است که فرض شود ناتوانی در داشتن یک فرزند، استرس‌آور بوده و باعث آشفتگی در کیفیت زندگی، روابط زناشویی، کاهش صمیمیت و ترس از پایان یافتن پیوند زناشویی می‌شود (تارلاتزیس^۲، ۱۹۹۳).

هنگامی که مرد و زن درمی‌یابند که ممکن است هرگز بچه‌دار نشوند، دچار بحران ناشی از ناباروری می‌شوند و این وضعیت می‌تواند به عنوان استرس و ضربه عاطفی، مهارت‌های ارتباطی و شغلی همسران را تحت تأثیر قرار دهد (سیبل^۳، تیمور^۴، ۱۹۸۲). به اعتقاد منینگ^۵ (۱۹۸۰) هنگامی که همه امیدها برای بارداری و فرزنددار شدن از بین می‌رود، پاسخ ضروری سوگواری است. به طوریکه طی پژوهشی فریمن^۶ (۱۹۸۵) دریافت که نیمی از زنان و شوهران مورد بررسی وی ناباروری را غمگین‌ترین تجربه زندگیشان دانسته‌اند. به بیان دیگر افراد نابارور پیوسته با استرس‌های بزرگی در زندگی روبرو هستند. برنامه‌های درمانی و دارویی دراز مدت، فرآیندهای تشخیصی و درمانی دردناک، فعالیت‌های جنسی برنامه ریزی شده نمونه‌هایی از این نوع استرس‌هاست (ماهلستد، ۱۹۸۵). به همین دلایل است که آنان احساس ناامیدی، گناه، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس می‌کنند و مستعد بیماری‌های روانشناختی هستند (کنلی^۷ و ادلمن^۸، ۱۹۹۲؛ اندروز^۹، ابی^{۱۰} و هالمن^{۱۱}، ۱۹۹۲). اندروز و همکاران (همان جا)، طی پژوهشی روشن ساختند که زنان و شوهران نابارور، رضایت از زندگی کمتر، اعتماد به نفس پایین‌تر و رضایت جنسی کمتری نسبت به هم‌تا‌های بارور تجربه می‌کنند و افزایش قابل ملاحظه‌ای در احساس شکست،

- | | |
|----------------|--------------|
| 1- Daniluk | 2- Tarlatzis |
| 3- Seible | 4- Taymor |
| 5- Menning | 6- Freeman |
| 7- Connolly | 8- Edelman |
| 9- Anderwes | 10- Abbey |
| 11- Halman | 12- Link |
| 13- Darling | 14- Davis |
| 15- Derman | 16- Collins |
| 17- Nachtigall | 18- Baker |

دارد، تا آنجا که در بسیاری از شرایط استرس‌زا، به کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله، سازگارانه‌تر از به‌کارگیری راهبردهای متمرکز بر هیجان و اجتناب است (لازاروس^۱ و فولکمن^۲، ۱۹۸۹؛ هینز^۳، کالان^۴، تری^۵ و گالیوس^۶، ۱۹۹۲؛ ساراسون^۷ و ساراسون، ۱۳۷۱). اما با توجه به اینکه ناباروری یک موقعیت استرس‌زای تقریباً غیرقابل کنترل است، گروهی از پژوهشگران بر این باورند که بهتر است افراد نابارور در به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای انعطاف‌پذیر باشند و چه بسا که به‌کارگیری مقابله متمرکز بر هیجان در موقعیتهای فشارزای غیرقابل کنترل تأثیر بهتری در کاهش فشارهای روانی داشته باشد (کالان و هنزی^۸، ۱۹۸۹).

با توجه به مطالب یاد شده، شیوع نسبتاً زیاد ناباروری (نزدیک به یک میلیون نفر در ایران) و اثرات ناگوار آن (اقصی، ۱۳۷۱) پژوهش حاضر بر آن است تا میزان فشارهای روانی، به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای و سلامت روانی افراد نابارور را بررسی نماید.

روش

پژوهش حاضر، از نوع پس‌رویدادی - مقطعی است. که برای آزمون فرضیه‌های پژوهش، از میان کلیه مراجعین نابارور به مؤسسه رویان وابسته به جهاد دانشگاهی علوم پزشکی ایران (از ۱۳۷۴/۱۱/۱۶ تا ۱۳۷۵/۲/۲۵) به‌صورت تصادفی نمونه‌ای به حجم ۴۰ فرد نابارور (۲۰ مرد و ۲۰ زن) با در نظر گرفتن ملاک‌های زیر انتخاب شدند:

- ۱- داشتن تشخیص قطعی ناباروری.
- ۲- داشتن تحصیلات سیکل و بالاتر و گذشتن ۳ تا ۱۰ سال از زمان ناباروری آنها.

۳- داشتن سن ۲۰-۴۴ سال و نداشتن فرزند خوانده.

۴- نداشتن سابقه بیماری‌های روانی و عصبی.

۵- نداشتن بیماری‌های هورمونی و تناسلی. افراد مورد بررسی در گروه بارور (۲۰ مرد و ۲۰ زن) با در نظر گرفتن متغیرهای سن، جنس، مدت ازدواج، سلامت روانی و عصبی و تحصیلات به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش به شرح زیر بوده است:

۱- مقیاس عوامل فشارزا: این مقیاس دارای ۷۷ عبارت است که استرس‌های عمومی و اختصاصی افراد نابارور را می‌سنجد. ۴۳ عبارت آن از مقیاس حوادث زندگی هلمز^۹ و راهه^{۱۰} اقتباس شده و ۳۴ عبارت اختصاصی آن با بهره‌گیری از منابع مربوطه و مصاحبه انفرادی با ۲۰ فرد نابارور (۱۰ زوج) تنظیم و اعتبار و پایایی آن در یک بررسی محاسبه گردید. این پرسشنامه بر پایه نظریه ۱۵ نفر روانپزشک، روانشناس بالینی و متخصص زنان و زایمان از نظر محتوایی، ابزاری معتبر شناخته شد. پایایی آزمون نیز با روش آزمون بازآزمون با فاصله دو هفته بر روی ۳۲ نفر، ۰/۸۸ به دست آمد.

۲- چک لیست مهارت‌های مقابله‌ای: این آزمون توسط کارور^{۱۱}، اسکیر^{۱۲} و وینتراب^{۱۳} (۱۹۸۰) معرفی شده و محمدخانی (۱۳۷۱) آن را برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده نموده است.

این چک لیست دربردارنده ۷۲ ماده و ۱۸ طبقه است که هر طبقه از ۴ عبارت تشکیل شده است و سه شیوه کلی مقابله یعنی مقابله متمرکز بر

1- Lazarus	2- Folkman
3- Hynes	4- Callan
5- Terry	6- Gallois
7- Sarason	8- Henessy
9- Holmes	10- Rahe
11- Carver	12- Schier
13- Weintraub	

(جدول ۱). همچنین از نظر طول مدت ناباروری و مدت پیگیری درمان بین دو گروه زنان و مردان نابارور تفاوت معنی داری دیده نشد.

مقایسه نمرات آزمودنیها در مقیاس عوامل استرسزا و ضریب کلی علائم مرضی مقیاس SCL-90-R نشان داد که بطور کلی افراد نابارور نسبت به افراد بارور استرس روانی بیشتری تجربه کرده‌اند و سلامت روانی پایین‌تری دارند. افزون بر آن هنگامی که این دو گروه در تک تک مقیاسهای SCL-90-R با هم مقایسه شدند، بجز مقیاس پارانویا، در سایر مقیاسها همین نتیجه به دست آمد (جدولهای ۲، ۳ و ۴).

همان طور که جدول ۴ نشان می‌دهد نمرات افراد نابارور در مقیاس عوامل استرسزا بطور معنی‌داری بالاتر از افراد بارور است و از سلامت روانی کمتری نیز برخوردارند. از سوی دیگر مقایسه زنان نابارور با مردان نابارور نشان داد که زنان نابارور نسبت به مردان نابارور هم استرس بیشتری تجربه کرده‌اند ($P < 0/05$) و هم سلامت روانی پایین‌تری داشتند و بجز در مقیاس‌های وسواس، پارانویا و خصومت در سایر مقیاسها زنان در حد معنی‌داری نمرات بالاتری نسبت به مردان به‌دست آوردند (جدولهای ۵ و ۶).

مسئله، متمرکز بر هیجان و غیرمؤثر را می‌سنجد. ضریب پایایی کلی آزمون در نمونه ایرانی (محمد خانی، ۱۳۷۱) ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی آزمون در بررسی حاضر با روش تنصیف و تصحیح اسپیرمن - پراون ۰/۸۴ به دست آمد.

۳- پرسشنامه SCL-90-R

یکی از رایج‌ترین ابزارهای غربالگری روانشناختی است که دارای ۹۰ ماده برای ارزیابی نشانه‌های روانی است و توسط پاسخگو تکمیل می‌گردد. بر پایه بررسی جاویدی (۱۳۷۲) در نمونه ایرانی ضریب‌های پایایی ۰/۸۸ و ۰/۸۱ و ۰/۹۸ و ۰/۹۵/۳ به ترتیب برای پایایی حساسیت، ویژگی، کارایی و اعتبار آزمون گزارش شده است. این آزمون ۹ بعد علائم روانی را به شرح زیر می‌سنجد: شکایات جسمانی، بعد وسواسی - جبری، بعد حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و بعد روان پریشی.

یافته‌ها

مقایسه دو گروه بارور و نابارور از نظر متغیرهای سن، جنسیت، تحصیلات، طول مدت ازدواج، میزان درآمد تفاوت معنی داری را نشان نداد

جدول ۱ - مقایسه دو گروه مورد بررسی بر حسب ویژگیهای جمعیت شناختی آنان

گروه‌های مورد بررسی	سن (به سال)		تحصیلات		مدت ازدواج (به ماه)		میزان درآمد (به تومان)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افراد نابارور	۲۸/۴	۴/۶	۱۲/۱۵	۲/۷۳	۶۶	۲۹/۴	۴۲/۷	۲۱/۶
افراد بارور	۲۹/۳	۵/۳	۱۲/۵	۳/۰۷	۶۲	۳/۰۷	۴۵/۷	۱۷/۷
آزمون t	۰/۸۵	NS	۰/۱۵	NS	۰/۰۱	NS	۰/۶۵	NS

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t دو گروه در مقیاس عوامل استرس زا

گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	P
نابارور	۳۲/۳	۲۰/۲۷	۴/۸۱	۰/۰۰۱
بارور	۱۳/۹۷	۱۳/۰۲		

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t دو گروه افراد بارور و نابارور در معیار کلی علائم مرضی مقیاس $SCL-90-R$

گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	P
نابارور	۰/۸۳	۰/۵۳	۴/۱۷	۰/۰۰۱
بارور	۰/۴۲	۰/۳		

همچنین هنگامی که همه آزمودنیها (بارور و نابارور) از نظر میزان بکارگیری مهارتهای گوناگون مقابله و اثر آن بر روی سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفتند، دیده شد افرادی که بیشتر مقابله کمتر مفید و متمرکز بر هیجان به کار می‌برند، نسبت به آنهایی که کمتر از این راهبردهای مقابله‌ای بهره می‌گیرند، سلامت روانی پایین‌تری دارند ($P < 0/05$).

گروهی که کمتر مهارتهای مقابله‌ای متمرکز بر مسئله را به کار می‌برند تفاوت معنی‌داری در سلامت روان نسبت به کسانی که بیشتر از این مهارتها بهره می‌گرفتند، نداشتند.

گفتنی است که ملاک تعیین افراد برای به کار بردن روشهای مقابله‌ای، فاصله یک انحراف معیار از میانگین در نظر گرفته شد یعنی افرادی که یک انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بودند به عنوان افراد کمتر استفاده کننده از آن مقابله خاص در نظر گرفته شدند و برعکس.

همچنین این بررسی نشان داد که مردان و زنان نابارور در میزان بکارگیری مقابله متمرکز بر مسئله و

متمرکز بر هیجان تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند ولی در مجموع زنان نابارور به گونه‌ای معنی‌داری بیشتر از مردان نابارور مقابله کمتر مفید به کار برده‌اند ($P < 0/001$).

بحث

مقایسه دو گروه بارور و نابارور از نظر میزان استرس و سلامت روانی نشان داد که گروه نابارور استرس بیشتری تجربه کرده و سلامت روانی پایین‌تری دارند. این یافته پژوهش در تأیید فرضیه پژوهش و هماهنگی با نظرات مینیک (۱۹۸۰)، ماہلستد (۱۹۸۵)، دانی لوک (۱۹۹۳)، سیبل و تیمور (۱۹۸۲)، کوک^۱ (۱۹۹۳)، کیستنر (۱۳۶۱) است و با این دیدگاه علمی که هرچه میزان استرس بالاتر باشد، سلامت روانی بیشتر به خطر می‌افتد و شدت نشانه‌های روانپزشکی بیشتر است، سازگار می‌باشد. یافته دیگر پژوهش مبنی بر اینکه مردان نابارور کمتر از زنان نابارور استرس تجربه کرده و از سلامت روانی بالاتری برخوردارند، با یافته‌های پژوهشی اندروز و همکاران (۱۹۹۲) که دریافتند اثرات منفی ناباروری بطور چشمگیری برای زنان بیشتر از مردان است و استرس ناباروری فشار بیشتری بر سلامت روانی زنان دارد تا همسران آنها هماهنگ است، همچنین این یافته با نتایج رایت^۲ (۱۹۹۱) که استرس‌های روانشناختی را در زنان بیشتر از همسرانشان گزارش نمود و با نظر کایننگهام (۱۳۷۰) که باور دارد زنان به علت محدودیت سنی در امر باروری، بیشتر از مردان آسیب می‌بینند و با نظر ماہلستد (۱۹۸۵) که معتقد است چون زنان نابارور بیشتر از مردان درگیر برنامه‌های تشخیصی و درمانی هستند، استرس بیشتر و سلامت روانی پایین‌تری دارند، در یک راستا قرار دارد.

جدول ۴- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t دو گروه بارور و نابارور در ابعاد مقیاس SCL-90-R

سطح معنی داری	نمره t	انحراف معیار	میانگین	ابعاد پرسشنامه	
P<۰/۰۰۱	۳/۶۸	۰/۹۵	۰/۹۸	گروه نابارور	
		۰/۴۸	۰/۴۹	گروه بارور	
۰/۰۰۱	۲/۸	۰/۶۲	۰/۸۷	گروه نابارور	
		۰/۴۵	۰/۵۳	گروه بارور	
۰/۰۰۰۱	۴/۴	۰/۶۸	۰/۸۹	گروه نابارور	
		۰/۳۱	۰/۳۶	گروه بارور	
۰/۰۰۱	۳/۲۵	۱/۶۷	۱/۳	گروه نابارور	
		۰/۳۹	۰/۴۱	گروه بارور	
۰/۰۰۱	۳/۳	۰/۷۱	۰/۸۶	گروه نابارور	
		۰/۴۱	۰/۴۴	گروه بارور	
۰/۰۰۰۱	۳/۸۲	۰/۶۸	۰/۸۴	گروه نابارور	
		۰/۳۹	۰/۳۷	گروه بارور	
۰/۰۰۱	۲/۹۶	۰/۵۴	۰/۴۱	گروه نابارور	
		۰/۲۲	۰/۱۴	گروه بارور	
N.S.	۱/۶	۰/۶۹	۱/۰۳	گروه نابارور	
		۰/۷۲	۰/۷۸	گروه بارور	
۰/۰۱	۲/۷۱	۰/۶	۰/۵۲	گروه نابارور	
		۰/۲۷	۰/۲۴	گروه بارور	

جدول ۵- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t در گروه زنان و مردان نابارور در مقیاس عوامل استرس زا و

SCL-90-R

مقیاس SCL-90-R				مقیاس عوامل استرس زا				گروه
سطح معنی داری	t	انحراف معیار	میانگین	سطح معنی داری	t	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۱	۳/۹۸	۰/۵۸	۱/۰۸	۰/۰۵	۱/۹۷	۲۱/۵	۳۸/۴	زنان بارور
		۰/۳۵	۰/۵۸			۱۷/۴	۲۶/۲	مردان
								نابارور

که دریافت زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور ناراحتی روانشناختی بیشتری دارند. همچنین یافته‌های مورو^۱ (۱۹۹۵) که تفاوت‌های معنی‌داری در نمرات ضریب کلی علائم مرضی (SCL-90-R) زنان نابارور و بارور گزارش کردند، همسو می‌باشد.

از سوی دیگر برخی پژوهشگران بر این باورند که صرف‌نظر از منبع استرس، زنان بیش از مردان نسبت به استرس آسیب پذیر هستند. یافته‌های پژوهش حاضر نیز میزان استرس زنان نابارور را بیش از زنان بارور و میزان سلامت روانی ایشان را کمتر از زنان بارور نشان داد. این یافته پژوهش حاضر با یافته‌های رایت (۱۹۹۱)

جدول ۶- نتایج آزمون t دو گروه زنان و مردان نابارور در ابعاد مقیاس SCL-90-R

سطح معنی داری	نمره t	انحراف معیار	میانگین	ابعاد پرسشنامه	
۰/۰۱	۲/۳۵	۰/۶۷	۱/۱۸	گروه نابارور	جسمانی شدن
		۰/۵	۰/۷۳	گروه بارور	
۰/۰۵	۱/۶۹	۰/۶۲	۱/۰۳	گروه نابارور	وسواسی اجباری
		۰/۶	۰/۷	گروه بارور	
۰/۰۰۱	۳/۳۵	۰/۶۸	۱/۲	گروه نابارور	روابط متقابل
		۰/۵۲	۰/۵۸	گروه بارور	
۰/۰۱	۲/۵۸	۲/۱	۱/۹۳	گروه نابارور	افسردگی
		۰/۵۳	۰/۶۵	گروه بارور	
۰/۰۰۰۱	۳/۹۷	۰/۶۹	۱/۲۴	گروه نابارور	اضطراب
		۰/۴۹	۰/۴۸	گروه بارور	
۰/۰۵	۰/۳۶	۰/۷۷	۰/۸۸	گروه نابارور	پر خاشگیری
		۰/۵۹	۰/۸۱	گروه بارور	
۰/۰۱	۲/۵۸	۰/۶۷	۰/۶۱	گروه نابارور	ترسهای مرضی
		۰/۲۵	۰/۲۱	گروه بارور	
۰/۰۵	۰/۳۵	۰/۸۶	۱/۰۸	گروه نابارور	افکار پارانوئیدی
		۰/۵	۰/۹۹	گروه بارور	
۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۷۶	۰/۷۲	گروه نابارور	روانپزشی
		۰/۲۹	۰/۳۲	گروه بارور	

به کارگیری مقابله متمرکز بر مسئله بتواند سازگارانه‌تر باشد (کارور و همکاران، ۱۹۸۰؛ هینز و همکاران، ۱۹۹۲).

بنابراین پیشنهاد می‌شود بررسیهای آینده کنترل‌پذیری موقعیت و رابطه آن با اثر مهارتهای مقابله‌ای در سلامت روانی را مورد بررسی قرار دهند. در خاتمه یادآور می‌شود که نتایج پژوهش حاضر بایستی با توجه به محدودیتهای آن همچون تعداد کم نمونه، سوگیری ناشی از خودسنجی، عدم کنترل مرحله درمان و نوع درمان ناباروری، مورد تفسیر قرار گیرد.

منابع

اقصی، ملک منصور (۱۳۷۱). *نازایی*. تهران: انتشارات علوم پزشکی تهران.

در پژوهش حاضر بر خلاف برخی بررسیهای پیشین در زمینه بکارگیری مهارتهای مقابله‌ای و ارتباط آن با سلامت روانی دیده شد که میزان بکارگیری مقابله متمرکز بر مسئله در گروه نابارور تأثیری در سلامت روانی آنها ندارد، گرچه افزایش به کارگیری مقابله کمتر مفید با آسیب‌پذیری بیشتر سلامت روانی ارتباط داشت. بنظر می‌رسد برای تبیین این یافته دیدگاه کالان و هنزی (۱۹۸۹) که باور دارند "بنا بر ماهیت مشکل ناباروری بهتر است افراد نابارور در به کارگیری مهارتهای مقابله‌ای انعطاف‌پذیر باشند" دیدگاه علمی مناسبی باشد و بهتر است که در ارزیابی کارایی مهارتهای مقابله، قابلیت کنترل‌پذیری موقعیت به عنوان یک عامل مهم در نظر گرفته شود، از آنجا که ناباروری موقعیت تقریباً کنترل‌ناپذیری است، به نظر نمی‌رسد

- Journal of Psychosomatic Research*, 36, 459-468.
- Cook, R. (1993). The relationship between sex role and emotional functioning in patients going assisted conception. *Journal of Psychosomatic and Obstetrics Gynecology*, 14, 31-40.
- Daniluk, J. C. (1988). Infertility, intra personal and interperosnal impact. *Fertility and Sterility*, 46, 982-990.
- Davis, D., & Derman, C. (1991). Coping strategies of infertile women. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 20, 221-228.
- Freeman, E. (1985). Psychological evaluation and support in program of invitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 43, No.1.
- Hynes, G. J., Callan, V. G., Terry, D. J., & Gallois, C. (1992). The psychological well being of infertile women after a failed IVF attempt. *Journal of Medical Psychology*, 65, 269-278.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1989). Coping and adaptation. In W. D. Gentry, (Ed.). *Handbook of behavioral medicine*. London: Gildford Press.
- Mahlsted, P. P. (1985). Psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 43, 335-349.
- Menning, B. B. (1980). The emotional needs on infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34, No.4.
- Morrow, K. A. (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 163-167.
- Nachtigall, R. D., & Baker, G. (1992). The effect of gender, specific diagnosis on men's and جاویدی، حجت ا... (۱۳۷۲). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ساراسون، ایروین جی؛ ساراسون، باربارا (۱۳۷۱). *روانشناسی مرضی*، ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم، محسن دهقانی. تهران: انتشارات رشد.
- محمدخانی، پروانه (۱۳۷۱). *بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علایم در مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- مهاجری، حسن؛ صارمی، ابوظالب (۱۳۷۰). *استرس IVF، مجله داروودرمان*، سال هشتم، شماره ۹۶، ویژه نامه استرس، ۱۶-۱۴. کایننگهام، مک دانلد (۱۳۷۰). *بارداری و زایمان*، ترجمه دکتر حمید جزایری. تهران: انتشارات آینده سازان.
- کیستتر، رابرت (۱۳۶۱). *نازایی*، ترجمه ملک منصور اقصی، تهران: انتشارات رشدیه.
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1992). Is fertility problem stress different? *Fertility and Sterility*, 57, 1247-1253.
- Callan, W. J., & Henessy, J. F. (1989). Strategies for coping with infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 343-354.
- Carver, C. S., Schier, M. F., & Weintrab, J. K. (1980). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Collins, A., & Freeman, E. (1992). Preception of infertility and treatment stress in females compared with males entering invitro fertilization treatment. *Fertility and Sterility*, 57, 350-356.
- Connolly, K., & Edelman, R. J. (1992). The impact of infertility on psychological functioning.

women's and response to infertility. *Fertility and Sterility*, 57, No.1.

Seible, M. M., & Taymor, M. L. (1982). Emotion asked of fertility. *Fertility and Sterility*, 34, No.2.

Tarlatzis, I. (1993). Psychological impact of infertility

on Greek couples. *Human Reproduction*, 8, 396-401.

Wright, J. D. (1991). Psychological distress and infertility men and women respond differently.

Fertility and Sterility, 55, 100-108.