

نستوهی، تنیدگی و راهکارهای مقابله با تنیدگی در زوجین نابارور

*فاطمه غفاری^۱، طیبه پورغزنین^۲، سیدرضا مظلوم^۳

^۱عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل، ^۲عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد،

^۳دانشجوی دکتری پرستاری و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

خلاصه

مقدمه: ناباروری بحرانی است که بر ابعاد مختلف زندگی زوجین نابارور تاثیر می گذارد و یکی از عمده ترین وقایع استرس زا در زندگی افراد است. نستوهی به عنوان یک ویژگی شخصیتی خاص بر روی مقاومت افراد در برابر استرس موثر می باشد. این مطالعه به منظور تعیین ارتباط بین نستوهی، تنیدگی و راهکارهای مقابله با تنیدگی در زوجین نابارور صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به صورت مقطعی اجرا شده است، با استفاده از نمونه گیری در دسترس، تعداد ۵۰ زوج نابارور مورد بررسی قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسش نامه ی نستوهی اهواز، پرسش نامه ی استرس ناباروری نیوتن، راهبردهای مقابله ای ۴۰ بیانیه ای جالویس و مقیاس حمایت اجتماعی می باشد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از محاسبه میانگین و انحراف معیار، ضریب همبستگی پیرسون، مجذور خی و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

نتایج: بین سطح نستوهی (بالا، متوسط، پایین) با مولفه های تنیدگی ارتباط معکوس و معنی داری وجود داشت ($P=0/05$). بین سطوح نستوهی و راهکارهای مقابله با تنیدگی نیز ارتباط معنی داری وجود داشت ($P<0/001$). به طوری که افراد با نستوهی بالا بیشتر از راهکارهای متمرکز بر مسئله و افراد با نستوهی پایین تمایل به استفاده از راهکارهای متمرکز بر عاطفه در مواجهه با استرس ناشی از ناباروری داشتند. یافته ها هم چنین نشان داد که بین سطوح نستوهی و حمایت اجتماعی ارتباط معنی داری وجود دارد ($P<0/001$).

بحث: براساس نتایج تحقیق در بررسی پدیده ناباروری، عوامل روان شناختی و ویژگی های شخصیتی مانند نستوهی از اهمیت خاصی برخوردار بوده و نیازمند است با تدوین برنامه های آموزشی و مشاوره ای، نستوهی را در زوجین نابارور به سطح مطلوب ارتقا داد، به این ترتیب با افزایش سطح نستوهی میزان تنش ناشی از ناباروری را به طور موثری کاهش می یابد.

واژه های کلیدی: نستوهی، تنیدگی، راهکارهای مقابله با تنیدگی، زوجین نابارور

مقدمه

به عبارت دیگر در سراسر دنیا ۸۰-۵۰ میلیون نفر به شکل اولیه و ثانویه دچار مشکل ناباروری می باشند (۲).

ناباروری تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می سازد (۳،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 آن ها گردد (۵). واکنش نسبت به ناباروری با عکس العمل های منفی شدیدی همراه است (۶).

در سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین المللی ناباروری بانکوک، ناباروری به عنوان یک مشکل جهانی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی توصیف شده است (۱). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) تخمین زده می شود که حدود ۸ درصد از زوجین در طول سال های باروری خود، به نوعی مشکل ناباروری را تجربه می کنند.

*آدرس مولف مسئول: ایران، رامسر، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س)

تلفن تماس: ۰۱۹۲-۵۲۲۵۱۵۱

Email: ghafarifateme@yahoo.com

تاریخ تایید: ۸۷/۲/۲۱

تاریخ وصول: ۸۶/۱۰/۲۷

واکنش‌های منفی شدید از جمله اندوه، انکار، افسردگی، احساس عصبی بودن، احساس گناه، اضطراب، کاهش کنترل، احساس سرزنش و خود سرزنی، بی‌کفایتی شخصی و جنسی، تهدید نسبت به عزت نفس، پریشانی در زندگی زناشویی، کاهش جنسی مخدوش و مشکلاتی در ارتباط با دیگران شامل احساس خشم نسبت به زوجین دارای کودک می‌باشد (۷).

آزمایشات متعدد پزشکی و بررسی‌های عضوی، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پایین بودن میزان موفقیت روش‌های درمانی و هم‌چنین مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از جمله عوامل تنش‌زای شدید برای زوجین نابارور می‌باشند (۸). تنش ناباروری مجموعه‌ای از نشانه‌ها است که به دنبال ابتلا به ناباروری در افراد بروز می‌کند و مشابه بسیاری از علائم اختلالات ناشی از استرس پس از حادثه می‌باشد و به ویژه در افکار و احساسات مربوط به ناباروری و تلاش برای رهایی از این افکار و احساسات صدق می‌کند. مشکلات خواب، شغل، روابط (به ویژه روابط زناشویی)، حساسیت دردناک نسبت به هرگونه محرک محیطی مربوط به تولید مثل نیز در افرادی که از ناباروری رنج می‌برند مشاهده می‌شود (۹). با وجود اعتقاد برخی از مردم مبنی بر نقش خود زوجین در ایجاد ناباروری، برخی استرس را نیز عامل ایجاد ناباروری می‌دانند. ارتباط بین استرس و ناباروری اغلب یک سیکل معیوب را تشکیل می‌دهد و آن‌ها یکدیگر را تشدید می‌کنند. زوجین ناباروری که خود را علت ناباروری می‌دانند، خود را سرزنش کرده و این وضعیت باعث افزایش استرس شده و در نتیجه مشکل را حادث‌تر می‌کند (۱۰).

ناباروری یک مسئله یا مشکل مزمن است که همیشه و همه جا در روابط زوجین نابارور حاضر است، چرا که اساساً با ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به یکی از اصلی‌ترین اهداف ازدواج، یعنی تولید مثل و والد شدن، جریان تحول خانوادگی به دوره‌های بعدی را مسدود و یا حداقل با مشکل بسیار جدی مواجه ساخته است. در مراجعه با این مشکل، زوج نابارور به طور مکرر چرخه ماهیانه مزمنی از امید و فقدان را تجربه می‌کند (۱۱). به این ترتیب بدیهی است که چنان چه

شیوه‌های موثری برای روبرو شدن و حل این مشکل در اختیار زوجین نباشد، می‌تواند به مشکلات جدی در روابط زناشویی منجر شده و در نهایت سازگاری را کاهش دهد (۱۲). برنامه‌های درمانی غیر منعطف ناباروری (نیاز به روابط جنسی صرفاً برای باروری نه به خاطر احساس لذت از مقاربت)، درمان‌های طولانی و وقت‌گیر، هزینه‌های فوق‌العاده زیاد درمانی و درمان‌های رنج‌آور، به ویژه هنگامی که منجر به شکست درمان می‌شود، همگی ایجادکننده استرس شدید در زوجین می‌باشند. تحقیقات نشان می‌دهد که زنان و مردان هر دو استرس ناشی از درمان را تجربه می‌کنند (۴). در حال حاضر به نظر می‌رسد که روان‌شناسان می‌توانند بر روی سه عامل مداخله‌کننده درمانی استرس ناشی از ناباروری و جلوگیری از ادامه استرس تاثیر گذارند. این سه عامل عبارتند از: ادراک کنترل، استراتژی‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی (۱۳).

ویژگی‌های تشخیصی خاص از قبیل نستوهی اثر استرس را کاهش می‌دهد (۱۴). نستوهی^۱ به عنوان یک ویژگی شخصیتی بر توانایی مقاومت فرد در برابر استرس اشاره دارد. کوباسا (۱۹۷۹) با استفاده از نظریه آگزستانسیالیستی در شخصیت، نستوهی را ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان تعریف می‌کند که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است (۱۵). نستوهی از مفاهیمی چون داشتن هدف و معنا در زندگی، ارزشمند بودن، زندگی مشتاقانه و پرشور، قدرت و مسئولیت ناشی از اختیار و آزادی فرد، اهمیت تجربه ذهنی و نقش موثر فرد و افراد در ساختن جامعه ریشه می‌گیرد (۱۵).

افراد نستوه در برابر رویدادهای تنش‌زا مقاوم هستند و روی آن‌ها اتفاق می‌افتد، احساس کنترل کافی دارند. در نتیجه مشکلات روحی روانی کمتری نسبت به دیگران دارند و خودشان می‌توانند به آسانی نقش سازمان‌دهنده داشته و کمتر مستعد ناامیدی، افسردگی و بیماری فیزیکی هستند (۱۶). در این راستا لاولر^۲ (۱۹۹۲) می‌نویسد: نستوهی بالا یکی از عوامل بسیار مهم در کنترل استرس ناشی از بیماری است (۱۷).

1. Hardiness

2. Lawler

کوباسا^۱ (۱۹۷۹) تاثیر نستوهی را بر روی شروع بیماری در دو گروه مورد بررسی قرار داد. گروه اول کسانی بودند که در مواجهه با عوامل تنش زای زندگی، بیمار نشده بودند و گروه دوم شامل کسانی بودند که در مواجهه با این عوامل به بیماری مبتلا شده بودند. نتایج حاصل از تحقیق کوباسا نشان می دهد که گروه اول یعنی افرادی که در مواجهه با عوامل تنش زای زندگی بیمار نشده بودند، افرادی هستند که سطح نستوهی آن ها بالا بوده است (۱۸). با توجه به این که ناباروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و نستوهی به عنوان یکی از ویژگی های شخصیتی نقش مهمی را در چگونگی برخورد افراد نابارور با پدیده ناباروری ایفا می کند، لذا مطالعه پدیده ناباروری به خصوص با تکیه بر جنبه های جسمی، روانی و اجتماعی آن و بررسی میزان نستوهی در افراد نابارور، هم چنین بررسی ارتباط نستوهی با مولفه های تنیدگی و نوع راهبرد مقابله ای و عوامل موثر بر میزان نستوهی از اهمیت زیادی برخوردار است. در این راستا پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه ای را به منظور تعیین نستوهی، تنیدگی و راهکارهای مقابله با تنیدگی در زوجین نابارور انجام دهد. امید است نتایج این پژوهش به حمایت روانی اجتماعی هر چه بیشتر زوجین نابارور و استفاده این عزیزان از راهبردهای مقابله با استرس کمک نماید.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بوده که به صورت مقطعی اجرا شده است و در آن از یک طرح سه متغیره و یک گروه استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زوجین نابارور (اولیه و ثانویه) شهرستان رامسر و تنکابن تشکیل می دهد. جهت نمونه گیری از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. حجم نمونه بر اساس فرمول همبستگی و با توجه به میزان همبستگی بعد از مطالعه راهنما ($C=0/46$) و توان آزمون ۸۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد، ۳۹ نفر محاسبه گردید که به منظور اطمینان بیشتر از ۵۰ نفر استفاده شد.

ملاک های تشخیص پزشکی ناباروری و نداشتن فرزند خوانده از جمله معیارهای پذیرش و متغیرهایی چون داشتن سابقه ی اعتیاد، بیماری روانی، اختلالات خلقی، مصرف داروهای موثر بر روان از جمله معیارهای حذف در نظر گرفته شد. به منظور جمع آوری داده ها پژوهشگر پس از کسب مجوز از مدیریت محترم شبکه بهداشت شهرستان های رامسر و تنکابن و پس از شناسایی زوجین نابارور از طریق پرونده های بهداشتی موجود در مراکز بهداشتی شهری شهرستان های مذکور و با مراجعه به درب منازل و پس از جلب رضایت واحدهای پژوهش و توضیح درباره اهداف مطالعه و با کمک رابطین بهداشتی به جمع آوری داده ها پرداخت. لازم به ذکر است که از واحدهای پژوهش خواسته شد هر یک پرسش نامه های خود را جدا از همسر خود تکمیل نموده و تحویل دهند. در این مطالعه داده ها از طریق پرسش نامه های زیر جمع آوری گردید:

۱- فرم مشخصات فردی شامل: سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات، میزان درآمد، طول مدت ناباروری، تحت پوشش بیمه درمانی بودن، طول مدت ازدواج، سن ازدواج، عامل ناباروری، نوع ناباروری (اولیه یا ثانویه)، سابقه ی درمان دارویی و سابقه تلقیح داخل رحمی اسپرم.

۲- پرسش نامه ی نستوهی اهواز: این پرسش نامه شامل ۲۷ سؤال در مورد ویژگی های شخصیتی است که ۳ مولفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی را در بر می گیرد و توسط یک مقیاس ۴ نقطه ای (هرگز=۰، به ندرت=۱، بعضی اوقات = ۲، همیشه=۳) سنجیده می شود. ۶ سؤال از سئوالات پرسش نامه به صورت معکوس نمره گذاری می شود.

برای به دست آوردن نمره معیار جهت طبقه بندی نستوهی، خام به نمره استاندارد Z براساس فرمول $Z = \frac{X - X_0}{SD}$ تبدیل شد، براساس میانگین و انحراف معیار نمره Z ($48/49 \pm 1/63$)، افراد در سه طبقه نستوهی پایین (نمره ۰-۳۹)، متوسط (نمره ۴۰-۶۰) و بالا (نمره ۶۱-۸۱) مورد بررسی قرار گرفتند. پایایی ابزار توسط کورانیان (۱۳۸۰) و سالاری (۱۳۸۲) تایید شد (۲۰، ۱۹) و ضریب همبستگی به ترتیب $r=0/86$

¹. Kobasa

در این مطالعه داده‌ها از طریق آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل: ضریب همبستگی پیرسون به منظور بررسی ارتباط بین سطوح نستوهی و تنیدگی ناشی از ناباروری و آزمون مجذور خی جهت بررسی ارتباط بین نستوهی و راهکارهای مقابله با تنیدگی و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و مجذور خی به منظور بررسی ارتباط بین مشخصات فردی با سطوح نستوهی استفاده شد.

نتایج

بررسی واحدهای پژوهش از نظر سن نشان داد که اکثریت زنان مورد مطالعه در گروه سنی ۳۲-۲۷ سال و اکثریت مردان مورد مطالعه در گروه سنی ۴۰-۳۵ سال قرار داشتند. از نظر شغل اکثر واحدهای زن مورد مطالعه یعنی (۴۳/۸٪) خانه دار و اکثر واحدهای مرد مورد مطالعه یعنی (۳۴/۵٪) به شغل آزاد مشغول بودند. حداکثر میزان تحصیلات زنان مورد مطالعه (۵۴/۸٪) در سطح دیپلم و فقط ۹/۴٪ در سطح تحصیلات عالی بود در حالی که حداکثر میزان تحصیلات در مردان مورد مطالعه (۶۰/۲٪) در سطح دیپلم قرار داشت. نتایج نشان داد که اکثر زنان مورد مطالعه (۴۹/۸٪) و اکثر مردان مورد مطالعه (۴۷/۲٪) میزان درآمد خانواده را تا حدودی در حد کفاف دانسته‌اند.

از نظر طول مدت ناباروری اکثر واحدهای مورد مطالعه (۶۷/۹٪) طول مدت ناباروری را ۶-۱ سال ذکر کرده‌اند. ۷۳/۵٪ واحدهای مورد مطالعه تحت پوشش بیمه خدمات درمانی یا تامین اجتماعی قرار داشتند. ۵۶/۷٪ ناباروری ثانویه و ۴۳/۳٪ ناباروری اولیه داشتند. از نظر عامل ناباروری در ۳۷/۶٪ موارد ناباروری مربوط به مرد، ۴۹/۵٪ مربوط به زن و در ۱۲/۹٪ موارد، عامل ناباروری مربوط به هر دو جنس بود. میانگین سن ازدواج در زنان $1/3 \pm 20/2$ و در مردان $2/1 \pm 25/4$ سال بود. از نظر طول مدت ازدواج، این مدت در حداکثر واحدهای مورد مطالعه (۴۷/۹٪) زیر ۵ سال، ۳۶/۵٪ بین ۵-۱۰ سال و ۱۵/۶٪ از ۱۰ سال به بالا بود.

$I=0/84$ به دست آمد. روایی ابزار از طریق روایی محتوی توسط کورانیان تایید شد (۱۹).

۱- پرسش نامه ی استرس ناباروری نیوتن: این پرسش نامه یک ابزار ۴۶ سئوالی است که نگرانی های افراد نابارور را در پنج بعد اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند و نیاز به والدشدن، مورد بررسی قرار می دهد. روایی و پایایی این پرسش نامه برای اولین بار توسط علی زاده (۱۳۸۴) تایید شد (۲۱). در مطالعه علی زاده ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای موضوعات اجتماعی (۰/۷۸)، موضوعات جنسی (۰/۷۷)، موضوعات ارتباطی (۰/۷۸)، سبک زندگی بدون فرزند (۰/۷۵)، نیاز به والدین (۰/۸۴) و استرس کلی (۰/۹۱) برآورد شد (۲۱). در پژوهش حاضر نیز برای به دست آوردن پایایی آزمون، ابتدا پرسش نامه بر روی یک نمونه ۲۰ نفری (۱۰ مرد و ۱۰ زن نابارور) اجرا گردید که ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای موضوعات اجتماعی (۰/۸۳)، موضوعات جنسی (۰/۷۹)، موضوعات ارتباطی (۰/۸۰)، سبک زندگی بدون فرزند (۰/۷۳)، نیاز برای والد شدن (۰/۸۷) و استرس کل (۰/۹۶) برآورد شد. ۱- به منظور بررسی راهبردهای مقابله ای از مقیاس ۴۰ باینه ای جالویس استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۵ راهبرد متمرکز بر عاطفه و ۱۵ راهبرد متمرکز بر مسئله می باشد که براساس مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت به ترتیب هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه درجه بندی شده اند. دامنه نمرات برای راهبردهای متمرکز بر مسئله ۱۵-۷۵ و به صورت ۱۵-۲۹= به ندرت، ۳۰-۴۴= گاهی اوقات، ۴۵-۵۹= اغلب و ۶۰-۷۵= همیشه تقسیم بندی شده است. برای راهبردهای متمرکز بر عاطفه نیز به این ترتیب عمل گردید. روایی و پایایی این ابزار توسط محمدی حسینی (۱۳۷۷) با $I=0/89$ تایید شد (۲). ۲- مقیاس حمایت اجتماعی شامل ۷ سئوال بوده و در مقیاس سه نقطه ای از ۲-۰ مورد محاسبه قرار گرفته و روایی و پایایی آن توسط کرکه آبادی در سال ۱۳۷۴ تایید شد (۲۲). تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد و از نظر آماری معنی دار محسوب گردید ($P<0/05$).

قرار گرفت و نتایج نشان داد که بیشترین میانگین نمرات مولفه های تنیدگی در زنان و مردان مورد مطالعه به ترتیب $9/80 \pm 50/10$ و $10/05 \pm 45/51$ و مربوط به نیاز به والد بودن است. هم چنین میانگین نمرات استرس کل در زنان ($31/63 \pm 157/09$) بیشتر از مردان ($35/56 \pm 140/35$) بوده است جدول شماره (۱).

از نظر سابقه ی درمان دارویی اکثر واحدهای مورد مطالعه ($89/8\%$) سابقه درمان دارویی را ذکر کردند و $14/1\%$ موارد، سابقه ی تلقیح داخل رحمی اسپرم را یادآور شدند. از نظر حمایت اجتماعی نتایج نشان داد که اکثر واحدهای مورد مطالعه ($64/5\%$) از حمایت اجتماعی کم و فقط $3/5\%$ آنان از حمایت اجتماعی بسیار بالا برخوردار بودند. در این مطالعه میزان تنیدگی ناشی از ناباروری مورد بررسی

جدول ۱- مولفه های تنیدگی ناشی از ناباروری در مردان و زنان نابارور

مرد	زن	گروه	مولفه های ناباروری
انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین		
$25/51 \pm 10/02$	$28/96 \pm 8/31$		موضوعات اجتماعی
$29/23 \pm 9/96$	$30/54 \pm 9/14$		موضوعات ارتباطی
$22/23 \pm 7/93$	$23/26 \pm 7/62$		موضوعات جنسی
$45/51 \pm 10/05$	$50/10 \pm 9/80$		نیاز به والد بودن
$25/73 \pm 10/04$	$26/21 \pm 8/90$		سبک زندگی بدون فرزند
$140/35 \pm 35/56$	$157/09 \pm 31/63$		استرس کل

واحدهای مورد مطالعه از نظر چگونگی استفاده از راهبردهای متمرکز بر مسئله نیز مورد مطالعه قرار گرفتند. یافته ها نشان داد که در گروه مردان و زنان به ترتیب بیشترین درصد ($52/2\%$) و ($60/9\%$) با سطح نستوهی بالا همیشه از راهکارهای مقابله ای متمرکز بر مسئله استفاده می کردند. مقایسه میانگین نمرات راهبردهای مقابله ای برحسب سطوح نستوهی نشان داد که در گروه مردان و زنان بیشترین میانگین به ترتیب ($21/9 \pm 7/3$) و ($20/1 \pm 3/4$) مربوط به راهبردهای مقابله ای متمرکز بر مسئله با سطح نستوهی بالا بوده است. نتیجه آزمون آماری مجذور خی رابطه معنی داری را بین راهبردهای مقابله ای و سطوح نستوهی نشان داده است جدول شماره (۲).

در رابطه با سطوح نستوهی نتایج نشان داد که اکثر مردان مورد مطالعه ($56/0\%$) از سطح نستوهی متوسط و $33/9\%$ از سطح نستوهی پایین و $10/1$ درصد از سطح نستوهی بالا و اکثر زنان مورد مطالعه ($61/6\%$) از سطح نستوهی پایین و $30/0\%$ از سطح نستوهی متوسط و $8/4$ درصد آن ها از سطح نستوهی بالا برخوردار بودند. بررسی واحدهای مورد مطالعه از نظر چگونگی استفاده از راهبردهای متمرکز بر عاطفه بر حسب سطح نستوهی نشان داد که در گروه مردان بیشترین درصد واحدهای مورد مطالعه ($62/5\%$) با سطح نستوهی پایین اغلب از راهکارهای مقابله ای متمرکز بر عاطفه استفاده می کردند و در گروه زنان بیشترین درصد واحدهای مورد مطالعه (50%) با سطح نستوهی متوسط گاهی اوقات از راهکارهای مقابله ای متمرکز بر عاطفه استفاده می کردند.

جدول ۲- مقایسه نمرات راهبردهای مقابله ای برحسب سطوح نستوهی در واحدهای مرد و زن مورد مطالعه

معنی داری	سطوح نستوهی						راهبردهای مقابله ای
	پایین		متوسط		بالا		
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	
$P < 0/001$	$19/8 \pm 4/6$	$17/9 \pm 3/0$	$17/1 \pm 3/6$	$14/7 \pm 3/2$	$16/2 \pm 4/4$	$13/6 \pm 3/6$	راهبردهای مقابله ای متمرکز بر عاطفه
$P < 0/01$	$8/1 \pm 1/1$	$10/9 \pm 3/9$	$15/5 \pm 2/5$	$19/4 \pm 2/8$	$20/1 \pm 3/4$	$21/9 \pm 7/3$	راهبردهای مقابله ای متمرکز بر مسئله

سطوح نستوهی و تنیدگی وجود دارد. هم چنین تمایل به والد بودن بالاترین همبستگی ($r=0/312, P<0/001$) را در جهت معکوس با سطح نستوهی متوسط نشان می دهد جدول شماره (۳).

در این پژوهش رابطه بین سطوح نستوهی و مولفه های تنیدگی توسط آزمون همبستگی اسپیرمن مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد رابطه معکوس و معنی داری بین

جدول ۳- همبستگی سطوح نستوهی با مولفه های استرس ناباروری در زنان و مردان نابارور

نیاز به والد بودن	سبک زندگی بدون فرزند	جنسی	ارتباطی	مولفه های تنیدگی ناباروری	
				موضوعات اجتماعی	سطوح نستوهی
*-/182	*-/111	*-/163	*-/121	*-/115	بالا
*-/312	-/208	-/252	*-/169	*-/263	متوسط
0/415	0/391	0/187	0/276	0/328	پایین

* $P < 0/05$

است که زوجین آن را در تنهایی تجربه می کنند. وی می افزاید مشکل ناباروری، بررسی و درمان آن تنش زا بوده و ممکن است سبب اضطراب، افسردگی و اختلال جنسی شده و اثرات شدیدی در روابط زوجین داشته باشد (۲). یافته ها نشان می دهد که در گروه مردان فقط ۱۰/۱ درصد و در گروه زنان فقط ۸/۴ درصد دارای سطح نستوهی بالا می باشند. در این رابطه محمدی می نویسد: ناباروری عوارض و عواقب روانی و اجتماعی متعددی به جای می گذارد. این مشکل با هویت زوجین مداخله کرده، به شکلی که آنان شایستگی، کفایت و توانایی خود را زیر سؤال قرار می دهند. زمانی که زوجین متوجه ناباروری خود می شوند، احساس کمبود یا خود کم بینی، افسردگی و نقص فیزیکی در آن ها رشد می کند. این احساس به احتمال زیاد بر روابط زناشویی تاثیر می گذارد (۲). سالاری به نقل از بونی^۲ (۱۹۹۴) می نویسد: نستوهی با واژه هایی چون تعهد، کنترل و مبارزه جویی همراه است. واژه ی تعهد به معنای درگیری در فعالیت های زندگی است. این واژه، نقطه مقابل بیگانگی است. فردی که از تعهد بالایی برخوردار است به اهمیت، ارزش و معنای این که چه کسی چه فعالیت ها و اموری را انجام می دهد باور دارد و قرار است در مورد هر آن چه که انجام می دهد معنایی بیابد و کنجکاوای خود را برانگیزد.

در این مطالعه ارتباط بین سطوح نستوهی با مشخصات فردی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سطوح نستوهی و متغیرهایی مانند سن ($r=0/57, P<0/001$) و طول مدت ازدواج ($r=0/04, P<0/001$) رابطه مثبت معنی داری وجود دارد.

هم چنین نتایج حاصل از آزمون مجذور خی نیز نشان داد که بین سطوح نستوهی و متغیرهایی مانند جنس ($P<0/001$)، میزان تحصیلات ($K^2=5/92, P<0/01$)، حمایت اجتماعی ($K^2=2/02, P<0/001$) و عامل ناباروری ($K^2=3/95, P<0/001$)، ارتباط معنی دار آماری وجود داشت به طوری که مردان نسبت به زنان از سطح نستوهی بالاتری برخوردار بودند. هم چنین سطح نستوهی در افراد تحصیل کرده و افرادی از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند، بالاتر بود و سطح نستوهی در افراد ناباروری ثانویه پایین تر بود. در این مطالعه بین سطوح نستوهی با سایر متغیرها ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

برای زوجینی که خواهان فرزند می باشند، ناباروری به صورت یک بحران با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می باشد (۲). حسینی به نقل از سیمونز^۱ (۱۹۸۴) می نویسد: ناباروری یک امر عینی تهدید کننده زندگی نیست بلکه یک بحران در زندگی

². Bonni

¹. Simons

زوجین و توانایی هماهنگ شدن آن‌ها با نقش‌های جنسیتی است که در یک فرهنگ خاص تعیین شده است، لذا زنان نابارور معمولاً توانایی پایینی برای برآورده کردن انتظارات فرهنگی از مادر بودن داشته و مردان نابارور خود را در نشان دادن قدرت مردانگی و توان جنسی، آن‌گونه که جامعه انتظار دارد، شکست خورده به حساب می‌آورند و در نتیجه ممکن است احساس فقدان هویت خود را به عنوان یک مرد، یک همسر و یک پدر بالقوه نشان دهند (۲).

همان‌طور که در جدول شماره (۱) مشاهده می‌شود میانگین نمرات تنیدگی در مولفه‌های مختلف و تنیدگی کل در زنان بیشتر از مردان بوده است. در تبیین این یافته شک (۱۹۹۶) می‌نویسد: زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور، خانواده بدون فرزند را ناقص‌تر و بی‌معنی‌تر دانسته و احساس نابالغی و ناپختگی، احساس پوچی و بی‌ارزشی، عصبانیت و بی‌حوصلگی بیشتری می‌کنند که این خودتاییدی بر نگرش‌های متفاوت جنسیتی به مسئله ناباروری است. والد شدن (به خصوص مادر شدن) همراه با احساس کامل شدن و بلوغ اعتبار به عنوان یک بزرگسال عضو جامعه و حفظ خانواده است (۲۴). در جوامع مختلف بر نقش مادری به عنوان مهم‌ترین نقش زن تأکید می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که ایفای نقش مادری به عنوان مهم‌ترین منبع ارضاکننده برای زنان محسوب می‌شود. هم‌چنین برجسته‌ترین نقشی که از زن در بزرگسالی انتظار می‌رود، نقش مادری است در حالی که مردان اگر به هر دلیلی در ایفای نقش‌های خانوادگی خود موفق نشوند، منابع اضافی ارضا را در اختیار دارند و قادرند عدم موفقیت خود را در خلال انجام نقش‌های اجتماعی و شغلی جبران نمایند (۲۵). مطالعات مختلف نشان داده که زنان بیش از مردان با این‌گونه مشکلات مواجه می‌شوند، شاید این مسئله به این دلیل است که بارداری برای زنان از اهمیت بیشتری برخوردار است. طبق نتایج این مطالعات، چنان‌چه ناباروری ناشی از علل زنانه باشد، مردان مشکلات روانی کمتری نسبت به زنان دارند، در حالی

واژه‌ی کنترل به معنای گرفتن تصمیمات مناسب در فعالیت‌های زندگی است. این واژه، نقطه مقابل ناتوانی است. مولفه‌ی کنترل این‌گونه ظهور می‌نماید که افراد رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانند و بر این باورند که با تلاش می‌توانند آن‌چه را که در پیرامونشان رخ می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهند. واژه‌ی مبارزه‌جویی به معنای توانایی پذیرش تغییر به عنوان یک عامل سودمند نه یک رویداد استرس‌زا است. این مولفه نقطه مقابل احساس خطر یا ترس است. مبارزه‌جویی نیز به این‌باور اشاره دارد که تغییر و تحول جنبه مثبتی از زندگی است و لذا افراد نسته تغییرات زندگی را مخاطره‌ای برای امنیت خود تلقی نمی‌کنند (۲۰). آن‌چه مسلم است این است که شکست در انجام وظایفی همچون تولید مثل و باروری، منجر به کاهش اطمینان به خود و کاهش عزت نفس و در نتیجه کاهش توانایی پذیرش تغییر (ناباروری) می‌شود. ناباروری باعث ضربه‌سنگینی به شخصیت فرد به ویژه احساس تعهد، عزت نفس، احساس کنترل بر امور زندگی و حس ماجراجویی فرد شده و شانس انتخاب را در زندگی وی سلب نموده و احساس درماندگی و آسیب‌پذیر بودن نسبت به افسردگی را در وی افزایش می‌دهد. ناباروری کاهش کنترل بر بدن را ایجاد نموده و موجب بروز احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی شده و ناامنی و تصویر ذهنی منفی ایجاد می‌کند (۲۱)، بنابراین نسته‌هی به عنوان یک ویژگی شخصیتی می‌تواند دست‌خوش استرس ناشی از ناباروری قرار گیرد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین نمرات مولفه‌های تنیدگی ناشی از ناباروری در زنان و مردان مورد مطالعه بالا بوده است و بیشترین میانگین نمرات تنیدگی در هر دو جنس مربوط به نیاز به والد بودن است. این یافته با یافته‌های حاصل از مطالعه علی‌زاده (۱۳۸۴) و ملایی‌نژاد (۱۳۷۹) همسو است (۲۳، ۲۱). در مطالعه ملایی‌نژاد ۸۷ درصد از نمونه‌های مورد مطالعه، تنیدگی متوسط تا بسیار شدید را در رابطه با ناباروری تجربه کرده‌اند (۲۳). در تبیین این یافته می‌توان گفت از آن‌جا که در فرهنگ ما والد شدن نقطه عطف و رویداد مهم در زندگی زوجین به حساب می‌آید و ناباروری مانعی بین

¹. Shek

سطح نستوهی بالا نسبت به افرادی که از سطح نستوهی پایینی برخوردارند کاهش چشمگیری دارد (۲۹).

یکی از متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه حمایت اجتماعی بود. نتایج نشان داد که از نظر آماری ارتباط مثبت معنی داری بین سطوح نستوهی و حمایت اجتماعی وجود داشته است. به طوری که که واحدهای مورد پژوهش با سطح نستوهی بالا از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند. آبی^۴ می نویسد: علاوه بر راهبردهای مقابله با استرس، زمینه اجتماعی که ناباروری در آن اتفاق می افتد، نیازمند توجه بیشتری است. تحقیقات نشان می دهد که حمایت اجتماعی گسترده و با کیفیت مناسب و در عین حال تعارضات اندک زناشویی در کاهش میزان استرس ناشی از ناباروری تاثیر مثبت به سزایی دارد (۳۰). کیفیت ارتباطات بین زوجین و دلبستگی آن ها به یکدیگر به عنوان یک حمایت اجتماعی در میزان کاهش استرس ناشی از ناباروری نقش به سزایی داشته است (۳۱). نتایج تحقیقات نشان می دهد که افراد با سطح نستوهی بالا از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بوده اند. متغیرهای مختلف روان شناختی مانند نستوهی و عزت نفس می تواند کیفیت زندگی زوجین نابارور را تحت تاثیر قرار دهد. به نظر می رسد عوامل مداخله گری هم چون تعارضات زناشویی، روش های مقابله انکار و گریز، دریافت حمایت های اجتماعی از ناحیه همسر و شبکه های ارتباطی و نستوهی به عنوان یک روش مقابله ای می توانند اثر استرس ها را شدت بخشیده و یا کاهش دهند (۲۵، ۳۲).

دستاورد کلیدی و راهبردی این مطالعه این است که در مواجهه با مشکلات خانوادگی زوج های نابارور، یکی از محورهای عمده و مهمی که ممکن است مشکل داشته و یا مشکل ساز باشد، شیوه های حل مسئله در این زوج ها است که بایستی در اقدامات بالینی مورد توجه روان شناسان قرار گیرد. خوشبختانه شیوه های حل مسئله افراد را می توان با توسل به پاره ای اقدامات آموزشی درمانی و نسبتا به سادگی از طریق آموزش مسئله گشایی از مجموعه درمان های رفتاری شناختی

که اگر ناباروری با عامل مردانه باشد، عکس العمل روانی برای مردان مشابه زنان است. مردان نابارور بایستی خود را حداقل با دو استرس متفاوت تطبیق بدهند: ۱- ناتوانی در ایجاد فرزند ۲- نداشتن فرزند به عنوان مکمل زندگی خود (۲۶). نتایج نشان داد که اکثر واحدهای مورد مطالعه با سطح نستوهی پایین بیشتر از راهبردهای مقابله ای متمرکز بر عاطفه استفاده می کردند. از میان راهبردهای مقابله ای متمرکز بر عاطفه اکثر افراد مورد پژوهش راهبردهای دعا کردن، توکل بر خدا، نگرانی و گریه کردن را همیشه به کار می برند. این یافته با مطالعه محمدی حسینی و همکاران مطابقت دارد (۲). محمدی حسینی در این زمینه می نویسد: میزان بالای استفاده از راهبردهای دعا کردن و توکل بر خدا در افراد مورد پژوهش می تواند نشان دهنده زمینه اعتقادی و فرهنگی بالای این افراد باشد (۲) بویل^۱ (۱۹۹۱) اضافه می کند: نستوهی با فرسودگی و راهکارهای مقابله ای هیجان مدار ارتباط معکوس و با راهکارهای مسئله مدار و حمایت اجتماعی ارتباط مثبت دارد (۲۷). مگانلی^۲ (۱۹۹۸) نیز معتقد است افراد نستوه بر علیه موقعیت های استرس زای زندگی مقاوم هستند، زیرا آن ها پاسخ های رفتاری و شناختی موثری را به کار می گیرند (۲۸).

در مطالعه حاضر رابطه بین مولفه های تنیدگی و نستوهی نیز مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که رابطه معکوس و معنی داری بین سطوح نستوهی و مولفه های تنیدگی وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه نمره نستوهی افراد افزایش می یابد، میزان تنیدگی آن ها کاهش می یابد. در این رابطه میرز^۳ (۱۹۹۸) می نویسد: در زمینه استرس می توان به فرضیه آسیب پذیری یا عدم آسیب پذیری اشاره کرد که براساس آن برخی افراد چه به دلیل آمادگی زیست شناختی و چه به دلیل حساس سازی های اولیه، نسبت به دیگران به احتمال بیشتری به رویدادهای فشار زای زندگی پاسخ نشان می دهند. افراد با نستوهی بالا تجربیات استرس زای زندگی را در مقایسه با افراد با نستوهی پایین به خوبی تحمل کرده و کمتر بیمار می شوند. وی می افزاید نمرات رویدادهای تنش زای زندگی در افراد با

1. Boyle

2. Manganelli

3. Meyers

4. Abbey

نهایت به ارتقاء سلامتی این عزیزان منجر شود. از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به عدم کنترل بر وضعیت روحی روانی واحدهای مورد مطالعه و عوامل استرس زای زندگی خانوادگی آن ها در هنگام پاسخ گویی به سئوالات و تکمیل پرسش نامه، اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری صادقانه مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان های رامسر و تنکابن و هم چنین از رابطین عزیز مراکز بهداشتی درمانی شهرستان های رامسر و تنکابن که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، کمال تشکر را داریم. این مطالعه وابسته به سازمان خاصی نیست و هزینه انجام آن به عهده پژوهشگران بوده است. لازم به ذکر است در انجام این پژوهش از هیچ نهاد دولتی یا غیر دولتی کمک مالی دریافت نشده است.

و ارتقاء ویژگی های شخصیتی از قبیل نستوهی تغییر داد. کیفیت ارتباطات بین زوجین و دل بستگی آنان به یکدیگر به عنوان یک عامل حمایت اجتماعی در میزان کاهش استرس ناشی از ناباروری نقش داشته است. علاوه بر این می توان با قرار دادن زوجین نابارور در شبکه ای از زوجین مبتلا به زوجین نابارور شده است، کمک نمود. از آن جا که ساختار شخصیت نستوهی را می توان از طریق آموزش، به سطح مطلوب ارتقا داد، آموزش به زوجین نابارور سبب می شود احساس کنترل بیشتری روی وقایع تنش زای زندگی داشته باشند. هم چنین برنامه هایی مانند تکنیک های آرام سازی، افزایش اعتماد به نفس، کسب مهارت های زندگی و استفاده از سیستم های حمایتی و آموزش نستوهی نیز برای زوجین نابارور بایستی اجرا شود. اجرای این آموزش ها از طریق مرکز مشاوره می تواند سطح تنش ناشی از ناباروری را به طور موثری کاهش داده، سبب افزایش سطح نستوهی شده و در

منابع

1. Sciarra J. Infertility on international problem. *Jobs Gyn* 1994; 64: 155-63.
2. Mohammadi Hosseini F, Farzdi L, Seyed Fatemi N. [Tense factors and coping strategies in infertile women referring to Alzahra training clinical center of Tabriz]. *Journal of reproduction and infertility* 2001; 2(8); 27-34. (Persian)
3. Hirsch AM, Hirsch SM. The longter, psychosocial effects of infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1995; 24(6): 517-21.
4. Berg BJ, Wilson JF. Patterns of psychological distress in infertile couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995; 16(2): 65-78.
5. McNaughton, Cassill ME, Bostwick JM. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2000; 74-81: 87-93.
6. Taymor ML. *Infertility: A clinician's guide to diagnosis and treatment*. First ed. New York: Plenum; 1990: 108-15.
7. Dunkel Schetter C, Lobel M. Psychological reaction to infertility: Perspective from stress and coping research. First ed. New York: Plenum 1991: 29-57.
8. Beutel M, Kuprer J, Kirchmeyer P, Kehde S, Kohn FM, Schoeder I. Treatment related stresses and depression in groups undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *J Androl* 1999; 31: 27-35.
9. Lin Y. Counseling a Taiwanese woman with infertility problem. *Couns Psychol Q* 2002; 15(2): 209.
10. Taylor EM. The stress of infertility. *Hum Ecol* 2002; 95(1): 12.
11. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Coping processes of couples experiencing infertility. *Fam Relat* 2006; 55(2): 227-39.

12. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghieh Imani Z, Ghashang N, Pato M. [Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples]. *Journal of reproduction and infertility* 1998; 3(9): 22-32. (Persian)
13. Lentner E, Glazer G. Infertile couples perceptions of infertility support group participation. *Health Care Women Int* 1991; 12(3): 317-30.
14. Collins MA. The relation of work stress, hardiness and burnout among full time hospital staff nurses. *J Nurs Staff Dev* 1996; 12(2): 81-5.
15. Bayazi M, Rastegari Y. [Study of the relationship between personality types, hardiness, stress and coronary heart diseases]. *Journal of fundamentals of mental health* 2000; 2(7-8): 75-89. (Persian)
16. Clinton E, Lambert JR. Psychological hardiness: State of the sciences. *J Hol Nurs Prac* 1999; 13: 37-44.
17. Lawler KA, Schemed LA. A prospective study of women's health: The effects of stress, hardiness, locus of control, type A behavior and physiological reactivity. *Women Health* 1992; 19(1): 27-41.
18. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979; 37(1): 1-11.
19. Koranian F, Hooshmand P. [The relationship between hardiness and locus of control with burnout in nurses working in Mashhad university of medical sciences hospitals]. MS. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi university, College of psychology, 2001: 59-64. (Persian)
20. Salari H, Basiri Moghadam K. [The relationship between personality types and hardiness in the students of Gonabad Islamic Azad university]. *Journal of Sabzevar university of medical sciences and health services* 2005; 12(2): 42-7. (Persian)
21. Alizadeh T, Farahani MT, Shahr Aray M, Alizadegan S. [The relationship between self esteem and locus of control with stress in infertile women and men]. *Journal of reproduction and infertility* 2005; 5(19): 194-204. (Persian)
22. Karkeh Abadi M. [Comparison of depression in employed and housewife mothers in Mashhad]. MS. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi university, College of psychology, 1998: 83. (Persian)
23. Mollaei Nejad M, Jafar Nejad M, Jamshidi R. [The relationship married adjustment and stress from infertility in referring to infertility center in Isfahan]. *Journal of reproduction and infertility* 2000; 2(6): 26-39. (Persian)
24. Shek DT. The value of children to Hong Kong Chinese parents. *Am J Psychol* 1996; 130: 561-70.
25. Khosravi Z. [The anticipator factors mental health in infertile couple]. *Journal of reproduction and infertility* 2001; 3(10): 56-64. (Persian)
26. Mohhamadi M, Khalaj Abadi Farahani F. [The emotional and psychotic problem from infertility and coping strategies]. *Journal of reproduction and infertility* 2001; 3(9): 33-9. (Persian)
27. Boyle A. Personality hardiness, ways of coping social support and burnout in critical care nurses. *J Adv Nurs* 1991; 16(1): 850-57.
28. Manganelli P. Hardiness and health. Manchester university, Sain Anselm psychology college 1998; 24(3): 61-5.
29. Meyers Sue. A new look of handing stressors. Second ed. Minnesota: University of Minnesota extension service; 1999: 11-12.
30. Abbey A, Halman LJ, Andrews FM. Psychological, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril* 1992; 57: 122-28.
31. Farahani MT. [Psychological aspects of coping and adjustment of infertility and role of psychologist]. *Journal of reproduction and infertility* 2001; 2(8): 52-9. (Persian)
32. Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Hum Reprod* 2005; 20(4): 1044-52.