


The Effect of Coping Strategies on Coping with Infertility in Women: Mediator Role of Marital Quality

Amin Koraei ¹, Zahra Dasht Bozorgi*², Simeen Zahery Abdh Vand³

1. Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
3. Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University Ahvaz, Iran

Article Info	Abstract
<p>Received: 2017/11/19 Accepted: 2018/01/20 Published Online 2018/03/16</p> <p>DOI: 10.30699/sjhnmf.26.3.191</p> <p>Original Article</p> <p>Use your device to scan and read the article online</p> 	<p>Introduction: Infertility is one of the bitter experiences of life. Several psychological problems result from infertility for the individual. The purpose of this study was to investigate the direct and indirect effects of coping strategies with stress on adaptation to infertility through the quality of marital relationships in infertile women.</p> <p>Methods: This was a correlation study, a path analysis type. The statistical population included 120 women who were chosen from women referred to infertility clinics and private and government based hospitals in the city of Ahvaz. Tools used in this research were: Scale Coping with infertility (AIS), marital quality questionnaire (QMI) and a coping strategies questionnaire (CISS). The proposed model was evaluated using structural equation modeling. The indirect relationships were tested using Bootstrap (AMOS-21).</p> <p>Results: The results showed that the proposed model fit was acceptable and all direct routes are statistically meaningful. Also all indirect routes (the relationship between problem-focused coping strategies, emotion and avoidance of compatibility with the disease through the quality of the marital relationship) were significant.</p> <p>Conclusion: Infertility is a stress and coping with stress had an impact on the quality of their marital relationship and their marital status affects the compatibility with infertility.</p> <p>Keywords: Infertility, Coping strategies with stress, Marital quality and Compatibility with the disease</p>

Corresponding Information

Zahra Dasht Bozorgi, Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran .
Email: zahradb2000@yahoo.com

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Koraei A, Dasht Bozorgi Z, zahery Abdh Vand S. The Effect of Coping Strategies on Coping with Infertility in Women: Mediator Role of Marital Quality. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (3): 191-202

تأثیر راهبردهای مقابله با استرس بر سازگاری با ناباروری در زنان نابارور: نقش میانجی کیفیت رابطه زناشویی

امین کرایبی^۱، زهرا دشت بزرگی^{۲*}، سیمین ظاهری عبدهوند^۳

۱. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۳. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: ناباروری یکی از تجربه‌های تلخ زندگی است که مشکلات روان‌شناختی متعددی را برای فرد مبتلا به وجود می‌آورد. هدف این پژوهش بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم راهبردهای مقابله با استرس، بر سازگاری با ناباروری از طریق کیفیت روابط زناشویی در زنان نابارور است.</p> <p>روش کار: پژوهش حاضر، پژوهش همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. نمونه‌های پژوهش ۱۸۰ نفر از زنان نابارور بودند که با نمونه‌گیری هدفمند، از میان زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های نازایی انتخاب شدند. ابزارهای این پژوهش عبارت بود از: مقیاس سازگاری با ناباروری (AIS)، پرسش‌نامه کیفیت رابطه زناشویی (QMI) و پرسش‌نامه راهبردهای مقابله با استرس (CISS). ارزیابی مدل پیشنهادی با روش الگویابی معادلات ساختاری انجام شد و برای آزمون روابط غیرمستقیم، روش بوت‌استرپ (نرم‌افزار AMOS-21) به کار رفت.</p> <p>یافته‌ها: مدل پیشنهادی، برازش قابل‌قبولی با داده‌ها دارد و تمام مسیرهای مستقیم از لحاظ آماری معنی‌دار هستند. همچنین تمام مسیرهای غیرمستقیم (رابطه راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی، بر سازگاری با ناباروری از طریق کیفیت رابطه زناشویی) معنی‌دار بود. ($P < 0.05$).</p> <p>نتیجه‌گیری: ناباروری استرس است و سبک مقابله زنان با این استرس بر کیفیت رابطه زناشویی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و همچنین کیفیت رابطه زناشویی آن‌ها بر سازگاری با ناباروری اثرگذار است.</p> <p>واژه‌های کلیدی: ناباروری، راهبردهای مقابله با استرس، کیفیت رابطه زناشویی و سازگاری با ناباروری</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۳۰ انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۲/۲۵</p> <p>نویسنده مسئول: زهرا دشت بزرگی گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران پست الکترونیک: zahradb2000@yahoo.com</p>

مقدمه

تجربه می‌کنند. همچنین گزارش شده است میزان شیوع ناباروری در کشورهای مختلف بین ۳۰-۵ درصد متغیر است. در جهان بیش از ۸۰ میلیون فرد نابارور و در ایران بیش از ۲ میلیون زوج مبتلا به ناباروری وجود دارد [۱۰]. شایع‌ترین علل شناخته‌شده ناباروری شامل آندومتریوز، نقص در اسپرماتوژنز، آسیب لوله‌های فالوپ و نبود تخم‌گذاری است [۷]. در زنان علاوه بر عوامل زیستی، عواملی مانند سن بالاتر از ۳۵، مصرف سیگار، الکل، رژیم غذایی نامناسب، اضافه وزن، بیماری‌های مقاربتی، تغییرات هورمونی و استرس نیز می‌توانند در تشدید ناباروری مؤثر باشند. استرس عامل بزرگ و مؤثری بر توانایی تولیدمثل زنان و همچنین بر روند درمان ناباروری است [۱۱].

ناباروری می‌تواند به بروز بسیاری از مشکلات روانی در افراد نابارور منجر شود و بر نتیجه برخی از درمان‌های ناباروری تأثیر منفی بگذارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند تجربه استرس‌زای ناباروری می‌تواند با طیف گسترده آسیب‌های روان‌شناختی مانند کاهش سطح احترام به خود، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس ناکارآمدی، ناکشوری جنسی، مشکلات زناشویی و مشکلات شناختی و

برای بیشتر افراد، داشتن فرزند به معنای زندگی و بخش مهمی از هویت آن‌ها است [۱]. باروری در اکثر فرهنگ‌ها ارزش بالایی دارد و فرزندآوری یکی از مؤثرترین راه‌ها برای القای حس کامل بودن به انسان‌ها به شمار می‌رود [۴-۲]. باروری و سلامتی باروری از اجزای مهم سلامت عمومی جامعه و برای گسترش و حفظ بشریت لازم و ضروری است [۵]. ناباروری به روی‌ندادن حاملگی در زوج‌هایی گفته می‌شود که حداقل یک سال، بدون استفاده از روش‌های جلوگیری، رابطه کافی و منظم جنسی داشته‌اند [۶].

ناباروری مشکل شایعی در سراسر جهان است و تا ۲۰٪ زوجین با آن درگیر هستند [۸، ۷]. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در کشورهای در حال توسعه از هر ۴ زوج، یک زوج مشکل ناباروری دارند [۹] و برخی گزارش‌ها نشان می‌دهند بین ۱۲-۲۰٪ زوج‌ها نابارورند، ۴۰٪ از مجموع ناباروری‌ها به زنان، ۴۰٪ درصد به مردان و ۲۰٪ هم به هر دو جنس مربوط می‌شود. ۱۰-۱۲٪ زنان، ناباروری ثانویه [ناباروری بعد از یک زایمان به دلیل بیماری‌های زنان] را

هیجانی [۴-۱۲، ۱۳، ۲] مرتبط باشد.

سازگاری با ناباروری، به مجموعه‌ای از راهکارهای شناختی و رفتاری فرد اشاره دارد که برای مقابله با بحران‌ها (مثل ناباروری) از آن‌ها استفاده می‌کند [۲۹]. سطوح سازش زوجین با ناباروری تحت تأثیر عوامل متعدد شخصی، ارتباطی و اجتماعی متفاوت است. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند عواملی مثل کیفیت ارتباط زوجین، باورهای شخصی آن‌ها و حمایت اجتماعی می‌توانند سازش زوجین با ناباروری را تحت تأثیر قرار دهند [۳۰]. لذا در زوج‌هایی که با یکدیگر ارتباط مناسب و متجانسی دارند، زنان به میزان کمتری دچار افسردگی می‌شوند. در این زوج‌ها، رضایت در روابط زناشویی، در مقایسه با گروهی که ارتباط زوجین در آن مخدوش است، بیشتر دیده می‌شود [۳۱، ۱۹]. همچنین می‌توان گفت رضایت زوجین از رابطه زناشویی، با استرس‌های ناشی از ناباروری رابطه منفی دارد و سازگاری آن‌ها را با مشکلات ناباروری بیشتر می‌کند [۳۱].

کیفیت رابطه زناشویی شاخصی است که سالم بودن یا نبودن روابط زناشویی را نشان می‌دهد و با سلامت روانی و جسمانی افراد پیوند دارد [۳۲]. ناباروری اگرچه ممکن است استرس‌زا باشد، می‌تواند رابطه متقابل نزدیکی از نظر فکری و احساسی بین زوجین ایجاد کند. تجربه کردن استرس می‌تواند در کیفیت رابطه شخصی زوجین، در کاهش رضایت زناشویی و در کیفیت درک و همدلی زوجین نسبت به یکدیگر مؤثر باشد [۳۳]. همچنین مشکل ناباروری می‌تواند به تنش در روابط اجتماعی و آشفتگی روانی زوج‌ها، قطع ارتباط و در نهایت طلاق منجر شود [۱۹]. منظور از راهبردهای مقابله‌ای این است که انسان‌ها در مقابله با استرس به سه شکل اصلی رفتارهای مقابله‌ای از خود نشان می‌دهند که شامل مقابله مسئله‌مدار (برخورد فعال با مسئله برای مدیریت و حل آن)، مقابله هیجان‌مدار (تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله) و مقابله اجتنابی (فرار از مسئله) است. راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، شیوه‌هایی را توصیف می‌کند که براساس آن فرد اعمالی را که باید برای کاهش یا از بین بردن عامل استرس‌زا انجام دهد، محاسبه می‌کند. رفتارهای مسئله‌مدار شامل جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از نظر شناختی و اولویت دادن به گام‌هایی برای کانون توجه قرار دادن مسئله می‌شود. راهبرد هیجان‌مدار، شیوه‌هایی را توصیف می‌کنند که براساس آن، فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاشش را متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خود می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است که هدف آن‌ها اجتناب از موقعیت استرس‌زا است. رفتارهای مقابله‌ای اجتنابی ممکن است خود را به شکل روی آوردن به فعالیت جدید و درگیر شدن با آن یا روی آوردن به اجتماع و دیگر افراد ظاهر کند [۳۴]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند وضعیت بحران ناباروری، باعث ایجاد افکار منفی در فرد نابارور شده و مقابله هیجان‌مدار، فرد را با این افکار بیشتر درگیر می‌کند. این درگیری با افکار منفی، به نشخوار ذهنی تبدیل می‌شود و فرد را برای افسردگی آماده می‌کند [۳۵].

با توجه به ویژگی‌های افراد نابارور، آن‌ها در رویارویی

برای بسیاری از افراد، ناباروری استرس‌زا و شوکی غیرقابل‌انتظار است و اساساً برخی از انواع ناباروری با استرس ارتباط دارد [۱۴]. همچنین می‌توان گفت یکی از نکات اساسی در ارزیابی یک زوج نابارور، مسائل جنسی و اختلالات آن است. ارتباط جنسی مطلوب می‌تواند احتمال باروری را بیشتر کند؛ به طوری که گمان می‌رود، اختلالات روانی-جنسی در زوجین نابارور بیشتر از زوجین دیگر است [۷]. همچنین اختلال در عملکرد و رضایت جنسی نیز از پیامدهای ناباروری شناخته شده است [۱۵].

از آنجا که پیامدهای ناباروری مانند کاهش عزت‌نفس، احساس افسردگی و نگرانی، بر رضایت جنسی تأثیر می‌گذارد، استرس و نگرانی مربوط به ناباروری حتی بر عملکرد فیزیولوژیکی بدن تأثیر مستقیم دارد و می‌تواند باعث تشدید ناباروری شود [۱۶]؛ در حالی که آرامش خاطر و سلامت روانی احتمال باروری را افزایش می‌دهد [۱۷]. در بسیاری مطالعات، تأثیر منفی ناباروری بر سازگاری زناشویی و کارکرد جنسی [۱۸]، اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی زناشویی نشان داده شده است [۱۹]. ۵۰٪ از زوجین، ناباروری را ناراحت‌کننده‌ترین تجربه زندگی‌شان توصیف می‌کنند [۲۰]. در پژوهش دیگری، نتایج نشان داد ۸۰٪ افراد، تجربه ناباروری را استرس‌آور و یا بسیار استرس‌آور توصیف کرده‌اند [۲۱].

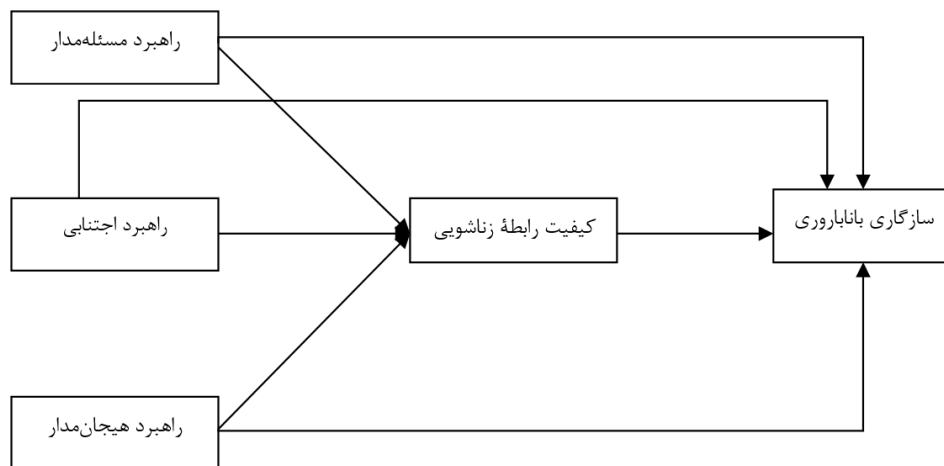
اگرچه ناباروری به عنوان منبع استرس، هم زن و هم مرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، اما یافته‌های پژوهشی [۲۳، ۲۲] نشان می‌دهند زنان نابارور استرس بیشتری را تجربه می‌کنند. زنان در پی بروز و ظهور ناباروری، هیجان‌ها و احساسات مختلف دیگری مانند خشم، احساس گناهکاری، ظهور خصوصیات زنانه به صورت افراطی و افزایش نیاز دوست داشته شدن را تجربه می‌کنند [۲۴]. در نتیجه می‌توان گفت ناباروری به بحرانی زیستی - روانی - اجتماعی تبدیل شده است که سلامت روانی زوج‌های نابارور را تهدید می‌کند. از سوی دیگر بر اثر وضعیت نامساعدی که ناباروری به وجود آورده است، فشار روانی و استرس افزایش می‌یابد و سیکل معیوبی به وجود می‌آورد که در نتیجه آن توانایی زوج برای بارور شدن بیش از پیش تضعیف می‌شود [۲۵]. به همین دلیل نحوه سازگاری زوجین با ناباروری، اهمیتی ویژه‌ای دارد.

استرس سازگاری با ناباروری باعث اختلال در سازگاری زناشویی زنان شده [۲۶] و با گذشت زمان، ناسازگاری زناشویی زنان نابارور بیشتر می‌شود [۲۷]. با افزایش روان‌نژندی در زنان نابارور، آشفتگی روابط خانوادگی و زناشویی افزایش می‌یابد و میزان رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کاهش پیدا خواهد کرد. روان‌نژندی زنان باعث می‌شود آن‌ها انعطاف‌ناپذیر شده و به موقعیت‌های گوناگون، پاسخ‌های مقابله‌ای محدودتر بدهند [۱۸]. زنان بیشتر از استرس‌های روانی ناشی از ناباروری رنج می‌برند. آن‌ها نسبت به همسرشان مضطرب‌تر و افسرده‌تر هستند و عزت‌نفس پایین‌تر و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف‌تری دارند [۲۸].

استرس ناباروری باعث اختلال در سازگاری زناشویی زنان می‌شود [۱۴] و با گذشت زمان این ناسازگاری بیشتر می‌شود [۳۹]؛ به‌ویژه با افزایش نوروگرایی در زنان نابارور، آشفتگی روابط خانوادگی و زناشویی نیز زیاد شده و میزان رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کاهش پیدا می‌کند. نوروگرایی زنان نابارور آن‌ها را انعطاف‌ناپذیر می‌کند و باعث می‌شود در موقعیت‌های گوناگون، پاسخ‌های مقابله‌ای محدودتر بدهند [۲۵].

اگر چه درمان ناباروری و مداخله‌های طبی مربوط به آن اغلب مشکل، طولانی‌مدت و گران است، تنش روانی ناشی از آن بر کیفیت زندگی زناشویی نابارورها مسئله مهم‌تری به نظر می‌رسد [۱۴]. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر راهبردهای مقابله با استرس شامل راهبرد مسئله‌مدار، راهبرد اجتنابی و راهبرد هیجان‌مدار، بر سازگاری با ناباروری از طریق کیفیت رابطه زناشویی در زنان نابارور شهر اهواز است. سؤال پژوهش این است که آیا تأثیر مستقیم و غیرمستقیم راهبردهای مقابله با استرس، بر سازگاری با ناباروری از طریق کیفیت روابط زناشویی در زنان نابارور تأیید می‌شود یا خیر؟ (شکل ۱)

با درمان‌های سخت و پرحمت، دوره‌های انتظار طولانی، احساس تنهایی و طردشدگی و ترس از شکست در درمان، سطوح بالای اضطراب و علائم جسمانی را از خود نشان می‌دهند و سازگاری آنان با مشکل مواجه می‌شود. این ناسازگاری پایین و فشار روانی، غالباً مانع از آن می‌شود که فرد در شرایط استرس‌زا عاقلانه فکر کند و شیوه مقابله‌ای مسئله‌مدار داشته باشد [۳۶]. پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهد زنان نابارور بیمار شیوه مقابله‌ای هیجانی داشته‌اند. با افزایش اختلال روانی، میزان استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار نیز افزایش می‌یابد. زنان نابارور به دلیل نداشتن کنترل بر حوادث زندگی و مشکل در تصمیم‌گیری، اعتمادبه‌نفس پایین، کم‌رنگ شدن حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی و بالا بودن سطح فشار روانی، بیشتر از راهبرد هیجان‌مدار استفاده می‌کنند [۳۷]. همچنین تحقیقات نشان داده است، هنگامی که حادثه‌ای سطح بالایی از تهدیدزایی داشته باشد، از سوی فرد مهم‌تر ارزیابی می‌شود و توجه او را از خود مشکل، به هیجانات مرتبط با آن معطوف می‌کند. از این رو در حوادث مهم‌تر و تهدیدکننده‌تر راهبردهای هیجان‌مدار بیشتر استفاده می‌شود [۳۸].



شکل شماره ۱. مدل پیشنهادی پژوهش حاضر

می‌رود که بر مبنای دانش و ملاحظات نظری تدوین شده باشند [۴۰]. برای بررسی روابط واسطه‌ای بین متغیرهای پژوهش از روش بوت استرپ استفاده شد. این روش یکی از روش‌های نمونه‌گیری مکرر است که ترسیم تعداد زیادی نمونه با جایگشت از نمونه اصلی را در بر می‌گیرد. نمونه‌گیری با جایگشت، به این معنی است که نمونه‌های بوت استرپ هرچند اندازه مشابه با نمونه اصلی دارد، ممکن است بعضی از اعداد را اصلاً شامل نشود و یا بعضی از اعداد، چندین بار در نمونه بیاید. مدل موردنظر در هرنمونه بوت استرپ که جزئی از داده‌های اصلی است، برآورد می‌شود. توزیع آمارهای برآوردشده در هرنمونه بوت استرپ می‌تواند برای اجرای معنی‌داری آزمون‌ها یا برای تشکیل فاصله اطمینان به کار رود [۴۱]. گفتنی است سطح معنی‌داری قابل‌قبول برای آزمون فرضیه‌ها $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان نابارور اولیه شهر اهواز بودند که به مراکز درمانی ناباروری مراجعه کرده‌اند. نمونه پژوهش شامل ۱۸۰ نفر از این زنان بود که از طریق نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش، برای تحلیل مقدماتی داده‌ها از آمار توصیفی و برای ارزیابی مدل پیشنهادی از روش تحلیل مسیر استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۳ و AMOS نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شد. Williams و MacKinnon (۲۰۰۸) معتقدند تحلیل مسیر روشی برای مطالعه تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل (برون‌زاد) و متغیرهای وابسته (درون‌زاد) است. این روش در مورد مدل‌هایی به کار

محاسبه شده است.

Andler و Parker (۱۹۹۰) پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله با استرس را ساخته‌اند [۳۴]. این پرسش‌نامه ۴۸ ماده دارد که در آن پاسخ‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای، از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است. پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله با استرس، چند زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد که عبارت‌اند از: ۱. مقابله‌ی مسئله‌مدار یا برخورد فعال با مسئله با هدف مدیریت و حل آن ۲. مقابله‌ی هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله و ۳. مقابله‌ی اجتنابی یا فرار از مسئله. نتایج یافته‌ها نشان می‌دهند این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا توان بالایی دارد [۴۷]. پایایی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته‌ای، برای هرکدام از خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه بین $r = 0/42$ تا $r = 0/67$ گزارش شده است [۴۸]. در پژوهشی روی دانشجویان، برای بررسی پایایی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ و برای هر یک از مؤلفه‌های مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی، به ترتیب ضرایب $0/85$ ، $0/82$ و $0/92$ گزارش شده است [۴۹]. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ، برای سه سبک مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب $0/83$ ، $0/83$ و $0/74$ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش به ترتیب $31/91$ و $6/89$ سال، سن همسران آن‌ها به ترتیب $37/36$ و $6/08$ سال، طول مدت ازدواج $8/27$ و $8/98$ سال و طول مدت درمان ناباروری به ترتیب $36/45$ و $13/76$ ماه بوده است. تحصیلات این زنان شامل زیر دیپلم (۱۰ درصد)، دیپلم (۲۰ درصد)، کاردانی (۱۷/۵ درصد)، کارشناسی (۴۴/۱ درصد) و کارشناسی‌ارشد (۸/۴ درصد) می‌شود. همچنین، ۴۷/۵ درصد این زنان خانه‌دار، ۴۶/۷ درصد کارمند بودند و ۵/۸ درصد نیز شغل آزاد داشتند. جدول شماره ۱، یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در نمونه زنان نابارور را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در نمونه زنان نابارور

شاخصهای توصیفی	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار	۵۷/۸۱	۱۰/۱۷	۳۴	۸۴
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	۴۹/۵۰	۱۲/۵۹	۲۴	۸۱
راهبرد مقابله‌ای اجتنابی	۵۰/۳۷	۹/۲۳	۲۵	۷۷
کیفیت رابطه زناشویی	۳۵/۹۲	۸/۵۶	۱۰	۴۵
سازگاری با ناباروری	۳۴/۳۵	۱۱/۱۴	۹	۶۴

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای مقیاس‌سازی با ناباروری، پرسش‌نامه‌ی کیفیت رابطه زناشویی و پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله با استرس استفاده شده است.

Besharat (۱۳۸۰) مقیاس‌سازی با ناباروری را ساخته است [۳۹]. این مقیاس ابزاری ۱۲ گویه‌ای است و سازگاری با ناباروری‌های پزشکی را در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۰ (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره بیمار در کل مقیاس به ترتیب ۰ و ۷۲ محاسبه می‌شود؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر سازگاری با ناباروری و مشارکت معمول زندگی، علی‌رغم تجربه و تحمل استرس‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌سازی با ناباروری، در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به ناباروری [۴۲] بررسی و تأیید شده است. در پژوهشی روی زنان نابارور، پایایی این مقیاس از طریق روش آلفای کرونباخ $0/87$ گزارش شد [۴۳]. روایی هم‌گرا و تشخیصی مقیاس‌سازی با ناباروری با اجرای هم‌زمان مقیاس سلامت روانی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت [۳۹]. در پژوهش حاضر نیز پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر $0/75$ به دست آمد.

Norton (۱۹۸۳) پرسش‌نامه‌ی کیفیت رابطه زناشویی را ساخت و به کار گرفت [۴۴]. این پرسش‌نامه ابزاری ۶ سؤالی است که کیفیت رابطه زناشویی را با به‌کارگیری عبارتهای کلی مانند (ما یک ازدواج خوب داریم) می‌سنجد. آزمودنی، درجه‌ی موافقت خود را در ۵ سؤال پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) نشان می‌دهد. در سؤال ششم که سؤالی کلی است، آزمودنی باید درجه‌ی موافقت خود را در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۱۰ (کاملاً موافق) ابراز کند. نمره بیشتر در این پرسش‌نامه نشان‌دهنده بالا بودن کیفیت رابطه زناشویی است. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمونه زنان متأهل برابر $0/96$ به دست آمد [۴۵]. در پژوهش دیگر با هدف بررسی ضریب پایایی این پرسش‌نامه از دو روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی استفاده شد که در آن ضرایب پایایی با استفاده از دو روش یادشده $0/89$ به دست آمد [۴۶]. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر $0/95$

جدول شماره ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در نمونه زنان نابارور

ردیف	متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱	راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار	۱				
۲	راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار	-۰/۲۵*	۱			
۳	راهبرد مقابله‌ای اجتنابی	۰/۴۰*	۰/۳۰*	۱		
۴	کیفیت رابطه زناشویی	۰/۲۷*	۰/۴۷*	۱	۱	
۵	سازگاری با ناباروری	۰/۴۴*	۱	۱	۱	۱

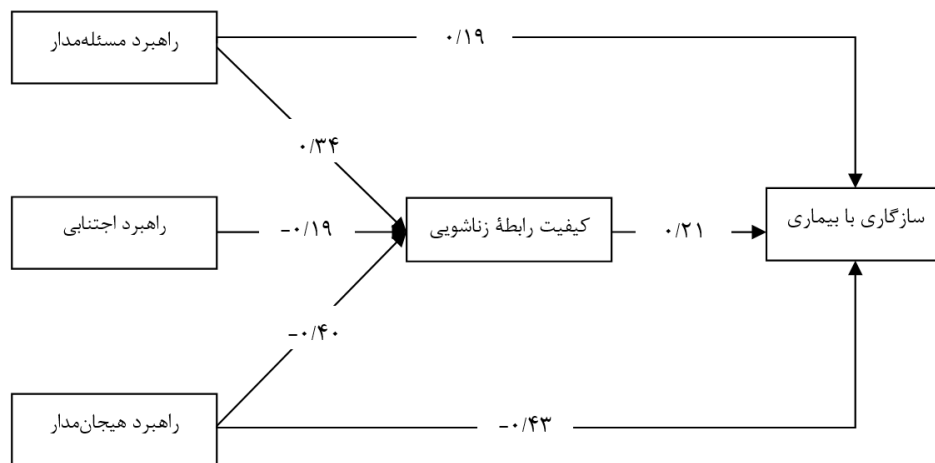
$P < ۰/۰۵*$

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشخص است، بیشتر ضرایب همبستگی به‌دست‌آمده بین متغیرهای پژوهش، در سطوح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار هستند. برای آزمون الگوی پیشنهادی از الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد، روابط واسطه‌ای الگوی نهایی نیز با استفاده از روش بوت استراب (آزمون خود راه‌انداز) آزموده شدند. تحلیل ساختاری شامل چهار گام است: شناسایی مدل، برآورد مدل، اصلاح مدل، آزمون و تعیین دوباره مدل. در اولین گام، متغیرهای مستقل و وابسته و متغیرهای آشکار و مکنون مشخص می‌شوند. در تخمین مدل یا اندازه‌گیری آن، روابط بین متغیرها آزموده می‌شود. در گام تعدیل مدل، تعدیل‌هایی در مدل انجام می‌شود. در آزمون و تعیین دوباره مدل، مدل تعدیل‌یافته به عنوان مدل نهایی، آزموده و با مدل پیشنهادی مقایسه می‌شود. از آنجا که در گام برآورد مدل، مشاهده پیشنهادی برازندگی خوبی ندارد و مسیر غیرمعنادار است، اصلاحی در مدل انجام شد (حذف مسیر غیرمعنادار) تا برازندگی آن بهبود پیدا کند. جدول شماره ۳ شاخص‌های برازش مدل اولیه پیشنهادی و نیز شاخص‌های برازش مدل اصلاح‌شده نهایی را نشان می‌دهد.

مسیر خط‌چین مربوط به الگوی پیشنهادی است و به دلیل غیرمعنی‌دار بودن از الگوی نهایی حذف شده است. از این‌رو ضریب مسیر غیرمعنی‌دار گزارش شده، مربوط به الگوی پیشنهادی است (شکل ۲)

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشخص است، بیشتر ضرایب همبستگی به‌دست‌آمده بین متغیرهای پژوهش، در سطوح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار هستند. برای آزمون الگوی پیشنهادی از الگویابی معادلات ساختاری استفاده شد، روابط واسطه‌ای الگوی نهایی نیز با استفاده از روش بوت استراب (آزمون خود راه‌انداز) آزموده شدند. تحلیل ساختاری شامل چهار گام است: شناسایی مدل، برآورد مدل، اصلاح مدل، آزمون و تعیین دوباره مدل. در اولین گام، متغیرهای مستقل و وابسته و متغیرهای آشکار و مکنون مشخص می‌شوند. در تخمین مدل یا اندازه‌گیری آن، روابط بین متغیرها آزموده می‌شود. در گام تعدیل مدل، تعدیل‌هایی در مدل انجام می‌شود. در آزمون و تعیین دوباره مدل، مدل تعدیل‌یافته به عنوان مدل نهایی، آزموده و با مدل پیشنهادی مقایسه می‌شود. از آنجا که در گام برآورد مدل، مشاهده پیشنهادی برازندگی خوبی ندارد و مسیر غیرمعنادار است، اصلاحی در مدل انجام شد (حذف مسیر غیرمعنادار) تا برازندگی آن بهبود پیدا کند. جدول شماره ۳ شاخص‌های برازش مدل اولیه پیشنهادی و نیز شاخص‌های برازش مدل اصلاح‌شده نهایی را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA) (۰/۳۰۵) و شاخص



شکل شماره ۲. بروناد مدل اصلاح‌شده نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیرها در زنان نابارور

جدول شماره ۳. مقایسه شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی و مدل اصلاح شده

شاخص‌های برازندگی	χ^2	df	χ^2/df	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل پیشنهادی (اولیه)	۵۸/۵۳	۳	۱۹/۵۱	۰/۹۰	۰/۳۱	۰/۹۱	۰/۵۴	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۳۰۵
مدل اصلاح‌شده نهایی	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۰/۹۹	۰/۹۸	۱	۱/۰۵	۱	۰/۹۹	۰/۰۱

جدول شماره ۴. الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد مربوط به اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل نهایی

مسیر		مدل پیشنهادی		مدل نهایی	
		β	P	β	P
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار ← کیفیت رابطه زناشویی	←	۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۰۰۱
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ← کیفیت رابطه زناشویی	←	-۰/۱۹	۰/۰۲	-۰/۱۹	۰/۰۱
راهبرد مقابله‌ای اجتنابی ← کیفیت رابطه زناشویی	←	-۰/۴۰	۰/۰۰۱	-۰/۴۰	۰/۰۰۸
کیفیت رابطه زناشویی ← سازگاری با ناباروری	←	۰/۲۴	۰/۰۰۵	۰/۲۱	۰/۰۲
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار ← سازگاری با ناباروری	←	۰/۱۷	۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۰۰۱
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار ← سازگاری با ناباروری	←	-۰/۴۳	۰/۰۰۱	-۰/۴۳	۰/۰۰۱
راهبرد مقابله‌ای اجتنابی ← سازگاری با ناباروری	←	۰/۰۴	۰/۵۶۳	-	-

غیرمستقیم، در جدول زیر آمده است.

بر اساس جدول شماره ۵، با توجه به اینکه صفر بیرون از فاصله اطمینان قرار می‌گیرد، اثر غیرمستقیم راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار بر سازگاری با ناباروری از کیفیت رابطه زناشویی معنی‌دار است. همچنین اثر غیرمستقیم راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بر سازگاری با ناباروری از طریق کیفیت رابطه زناشویی معنی‌دار است و نیز اثر غیرمستقیم راهبرد مقابله‌ای اجتنابی بر سازگاری با ناباروری از کیفیت رابطه زناشویی معنی‌دار شده است.

با توجه به شکل شماره ۲ و با استناد به ضرایب استاندارد یادشده در جدول شماره ۴، ضریب مسیر اثر مستقیم راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار، بر سازگاری با ناباروری معنی‌دار است ($P < 0/05$, $\beta = 0/19$). همچنین ضریب مسیر اثر مستقیم راهبرد هیجان‌مدار بر سازگاری با ناباروری معنی‌دار است ($P < 0/05$, $\beta = -0/43$). اما ضریب مسیر اثر مستقیم راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، بر سازگاری با ناباروری در زنان نابارور معنی‌دار نیست ($P > 0/05$, $\beta = 0/04$). ضریب مسیر اثر مستقیم کیفیت رابطه زناشویی بر سازگاری با ناباروری معنی‌دار است ($P < 0/05$, $\beta = 0/21$). نتیجه آزمون مسیرهای

جدول شماره ۵. نتایج بوت استراپ برای آزمون مسیرهای غیرمستقیم

مسیر	مقدار بوت استراپ	حد پایین	حد بالا	سطح معنی‌داری
راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار به کیفیت رابطه زناشویی به سازگاری با ناباروری	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۱۴	۰/۰۱۸
راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار به کیفیت رابطه زناشویی به سازگاری با ناباروری	-۰/۰۳	-۰/۰۸	-۰/۰۰۷	۰/۰۲۵
راهبرد مقابله‌ای اجتنابی به کیفیت رابطه زناشویی به سازگاری با ناباروری	-۰/۱۰	-۰/۱۹	-۰/۰۲	۰/۰۳۴

$P < 0/05$ *

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر راهبردهای مقابله با استرس، بر سازگاری با ناباروری در زنان نابارور با نقش میانجی کیفیت رابطه زناشویی بود. نتایج نشان داد اثر غیرمستقیم راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار بر سازگاری با ناباروری از کیفیت رابطه زناشویی معنی‌دار است همچنین، اثر غیرمستقیم راهبرد مقابله‌ای هیجانمدار بر سازگاری با ناباروری از طریق کیفیت رابطه زناشویی معنی‌دار بوده است و این معناداری در اثر غیرمستقیم راهبرد مقابله‌ای اجتنابی بر سازگاری با ناباروری از کیفیت رابطه زناشویی نیز دیده شد.

یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های [۳۵-۳۷] همسو است. برای مثال Anokye و همکاران [۳۶] مطرح می‌کنند هر چه افراد نابارور در به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای انعطاف‌پذیر باشند، در ارزیابی کارایی مهارت‌های مقابله و قابلیت کنترل‌پذیری موقعیت به عنوان عاملی مهم موفق‌تر خواهند بود. همچنین نتایج Ozkan و همکاران [۳۷] نشان داد زنان ناباروری که از راهبرد مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، به‌صورت واقع‌بینانه و منطقی با مشکل خود مواجه می‌شوند. این افراد بیشتر از تجربیات گذشته استفاده می‌کنند، واقع‌بین‌تر هستند و برای حل مشکل خود بیشتر از دیگر افراد به جمع‌آوری اطلاعات و مشورت با دیگران اقدام می‌کنند. همچنین براساس پژوهش‌های انجام‌شده، افرادی که از راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند بیشتر به جنبه‌های مثبت فکر می‌کنند تا جنبه‌ها و نقاط منفی و تاریک [۲۹]. این خصوصیت احتمالاً به آن‌ها برای تقویت روحیه سازگاری و کم‌کردن فشار ناشی از ناباروری کمک بسیاری می‌کند.

در تبیین اثر مستقیم راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار بر سازگاری با ناباروری می‌توان گفت زنان ناباروری که راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار را به کار می‌گیرند، معمولاً در مواجهه با موقعیت تنیدگی‌زا، مسئولیت حل مسئله را به عهده می‌گیرند، به دنبال کسب اطلاعات صحیح درباره مشکل به‌وجودآمده هستند، از دیگران کمک می‌گیرند، نسبت به انجام کارها و حل مشکلات و مسائل پیش‌آمده دیدگاه خوش‌بینانه‌ای دارند و استرس ناباروری کمتری دارند؛ در نتیجه انتخاب سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار در برابر فشار ناشی از ناباروری می‌تواند از تأثیر فشار روانی بر سلامت روانی زنان نابارور بکاهد و منجر به کاهش استرس ناباروری در این زنان شود.

در تبیین اثر غیرمستقیم آن باید گفت، زنان ناباروری که راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار را در روبه‌رو شدن با مشکل به کار می‌گیرند، مسئله را مجدداً ارزیابی می‌کنند و چون باور دارند که می‌توانند مشکل به وجود آمده را به شیوه مؤثر و کارآمد مدیریت کنند، معمولاً مشکلات روانی و بین فردی کمتری را تجربه خواهند کرد. از سوی دیگر زنان ناباروری که راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار را به کار می‌گیرند، نگرش منفی نسبت به بدن خود و ناباروری را نمی‌پذیرند و این امر سبب خواهد شد که ناباروری در آن‌ها به احساس بی‌کفایتی منجر نشود؛ زیرا پذیرفته‌نشدن از سوی خانواده و دیگران را منوط

به ناباروری خود نمی‌دانند؛ از این‌رو افسردگی و مشکلات بین فردی کمتری را نشان می‌دهند و کیفیت زندگی زناشویی خود را مثبت ارزیابی می‌کنند. این رضایت از رابطه زناشویی احتمالاً سبب می‌شود این حس را در خود تقویت کنند که دیگران و به‌ویژه همسر از آن‌ها حمایت خواهند کرد و می‌توانند با وجود مشکل نازایی از پذیرش همسر و دریافت محبت و صمیمیت و احترام بهره داشته باشند. این ویژگی‌ها به آن‌ها کمک کند با فشارها و استرس‌های ناباروری کمتری مواجه شوند و یا توان سازگاری با آن را به نحو سازنده داشته باشند.

در تبیین اثر مستقیم راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار بر سازگاری با ناباروری می‌توان گفت مهارت مقابله‌ای هیجان‌مدار، فرایندی مقابله‌ای است که در آن افراد با فرار و اجتناب از موقعیت تنش‌زا، که افراد می‌کوشند به وضعیت به وجود آمده پایان دهند [۴۸]. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت، زنان ناباروری که راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار را به کار می‌گیرند، بیشتر از زنان دیگر، به دلیل ارزیابی منفی از خود و مسئله، سطح بالایی از پریشانی، خلق‌وخوی منفی و افسردگی را تجربه می‌کنند. همچنین این زنان چون نمی‌توانند هیجان‌های خود را به‌صورت مثبت کنترل کنند و احساس کارآمدی پایین‌تری در کنترل و حل مشکل دارند و هیچ‌گاه مهارت‌های مقابله‌ای مناسب را به کار نگرفته‌اند، سطح بالایی از افسردگی و مشکلات روانی را تجربه خواهند کرد. این امر موجب می‌شود نتوانند با این مشکل یا بیماری سازش یابند. زنان ناباروری که از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، با مسائلی مانند نداشتن کنترل بر حوادث زندگی، مشکل در تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس پایین و دریافت نکردن حمایت از سوی دیگران مواجه می‌شوند. این ویژگی‌ها احتمالاً موجب می‌شود فشار روانی بیشتری را تجربه کنند و کمتر توان سازش با بیماری را داشته باشند. زنان ناباروری که در بسیاری اوقات احساسات خود را درگیر کرده و از مکانیزم گریه کردن استفاده می‌کنند (شیوه مقابله‌ای هیجان‌مدار)، به دلیل ناتوانی در کنترل حوادث زندگی و مشکل در تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس پایین، کم‌رنگ شدن حمایت‌های اجتماعی و بالا بودن فشار روانی را تجربه می‌کنند. این هیجانات می‌تواند آن‌ها را از لحاظ روحی ضعیف کند و مشکلات بسیاری در مسیر بهبود یا تحمل بیماری به وجود آورد [۵۰]. در تبیین اثر غیرمستقیم این سبک مقابله می‌توان بیان کرد زنان ناباروری که راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار را به کار می‌گیرند به این علت که هیچ‌گاه به‌صورت منطقی و کارآمد با استرس ناشی از مشکل به وجود آمده، برخورد نمی‌کنند و به‌جای حل مشکل بر هیجان‌های منفی مشکل به وجود آمده، تمرکز می‌کنند، سطح بالایی از استرس و اضطراب و مشکلات روانی ناشی از ناباروری را تجربه خواهند کرد. از سوی دیگر، کاربرد راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار، کاربردی غیرانطباقی است که به فرار از استرس ناباروری منجر می‌شود و این زنان را در روابط زناشویی دچار مشکلات عدیده‌ای مانند پریشانی در زندگی زناشویی مواجه می‌کند. این هیجانات می‌تواند از لحاظ روانی

استرس‌های ناشی از ناباروری کمتر به رابطه زناشویی آن‌ها آسیب می‌زند و بهتر می‌توانند با مشکلات ناباروری سازگار شوند. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنان نابارور به علت وجود واقعه تنیدگی‌زا که همان ناباروری است و همچنین افزایش یا تداوم تنیدگی و ادامه چالش که سازگاری آن‌ها را مختل می‌کند، به‌طور کلی رضایت کمتری از زندگی خود نسبت به هم‌تای بارور تجربه می‌کنند. اما اگر زنان نابارور، ناباروری را معضلی اساسی و غیرقابل حل در زندگی ندانند، رضایت‌مندی آن‌ها از زندگی زناشویی بیشتر می‌شود و راهکارهای شناختی و رفتاری مناسب‌تر و بهتری را می‌توانند در مواجهه با ناباروری اتخاذ کنند. به عبارت دیگر، ناباروری به عنوان استرسی بزرگ از طریق تحمیل مشکلات روان‌شناختی، بر روابط بین فردی، عملکرد درست، رضایت جنسی، قدرت سازگاری زوجین و همین‌طور سازش آن‌ها با بیماری ناباروری تأثیر منفی می‌گذارد. ناباروری، همچنین ترس از آینده زندگی مشترک را بر زوجین تحمیل می‌کند. دیدگاه هر یک از زوجین نسبت به ناباروری می‌تواند از چند جنبه تأثیرگذار باشد: اهمیت فرزند؛ روند درمان ناباروری؛ ابراز احساسات در مورد ناباروری؛ و تأثیر ناباروری بر زوجین [۵۲]. باورها و نگرش‌های غیرمنطقی و منفی هر یک از زوجین، ممکن است از طریق میزان اهمیتی که هر یک از این جنبه‌ها برای آن‌ها دارد، متفاوت باشد و بر کیفیت زندگی زنان تأثیر متفاوتی بگذارد؛ برای مثال، اهمیت داشتن فرزند اگر با افکار منطقی همراه باشد، زوجین می‌توانند از طریق راهبردهای کارآمد در جستجوی راهکارهای درمانی مناسب و درنهایت سازش بهتر با ناباروری برآیند. برعکس، اهمیت داشتن فرزند اگر با افکار غیرمنطقی همراه شود، زوجین ممکن است نتوانند با بحران ناباروری به‌خوبی برخورد کنند و سازگاری آن‌ها تشدید شود.

با توجه به این‌که جامعه آماری این پژوهش زنان نابارور شهر اهواز بودند، نتایج آن قابل تعمیم به مناطق و نواحی دیگر نیست. همچنین، آزمون‌های این پژوهش تنها زنان نابارور شهر اهواز بوده‌اند و نتایج آن قابل تعمیم به جوامع دیگر و مردان نابارور نیست. برای تأیید مجدد روابط تعاملی متغیرها، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه و نمونه‌های دیگر نیز تکرار شود تا پشتوانه تجربی بیشتری برای حمایت از پژوهش‌های آینده به دست آید. بررسی رابطه بین طول مدت ناباروری و کیفیت زندگی زوجین نابارور از دیگر پیشنهادات این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود زوجین نابارور برای تقویت سازگاری با ناباروری، در کنار اقدامات درمان نازایی، مشاوره‌های روحی-روانی نیز انجام دهند و امکاناتی فراهم شود که به موازات درمان ناباروری، از درمان‌های روان‌شناختی نیز استفاده کنند و یا در مراکز درمان ناباروری علاوه بر متخصصین درمان ناباروری، روان‌پزشکان و روان‌شناسان نیز جزء گروه درمان قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

سبک مقابله با استرس در زنان نابارور بر سازگاری آنان با ناباروری، اثر مستقیم و همچنین اثر غیرمستقیم از طریق

تأثیرات منفی زیادی بر روابط آن‌ها با دیگران به‌ویژه همسر داشته باشد و سبب پایین آمدن کیفیت و سطح رضایت‌مندی زناشویی آن‌ها شود. از سوی دیگر، با پایین آمدن کیفیت روابط زناشویی و سطح رضایت‌مندی زناشویی، زنان نابارور احتمالاً منبع حمایتی لازم را دریافت نخواهند کرد و به‌نوعی زندگی خود را متزلزل می‌بینند. این افراد احساس می‌کنند ناتوانی در به دنیا آوردن فرزند، رسیدن به احساس شادی و لذت در زندگی را برای آن‌ها ناممکن خواهد کرد و از رسیدن به زندگی رضایت‌بخش باز خواهند ماند. از این‌رو بیشتر احتمال دارد دچار مشکلات روانی و آسیب‌پذیری نسبت به ناباروری شوند و توانایی سازگاری با این بیماری را نداشته باشند.

در تبیین اثر مستقیم راهبرد مقابله‌ای اجتنابی بر سازگاری با ناباروری می‌توان بیان کرد با استفاده از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی که وجه مشخصه آن دوری گزیدن از عامل استرس‌زا با نادیده‌انگاری و بی‌اهمیت دانستن موضوع است، زنان نابارور به‌جای درگیری مستقیم با منبع استرس و پرداختن به جوانب مختلف آن، بخش عظیمی از اضطراب خود را کاهش می‌دهند. زمانی که رویارو شدن با مسئله‌ای بیش از اندازه دردناک باشد، فرد ممکن است وجود آن را انکار کند. به نظر می‌رسد زنان ناباروری که از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند، از نظر هیجانی بیشتر با بیماری درگیر می‌شوند که این خود باعث می‌شود استرس تشدید شود، اضطراب به حداکثر برسد و سازگاری با ناباروری کاهش یابد. در تبیین اثر غیرمستقیم آن باید گفت، زنان ناباروری که از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند از رویارویی با پدیده استرس‌زا اجتناب می‌ورزند و با نادیده گرفتن و بی‌توجهی به بیماری (ناباروری) سعی می‌کنند اضطراب و استرس را از خود دور کنند و از این طریق آرامش روانی خود را از دست ندهند. این افراد در مواقعی نیز در مواجهه با منبع استرس سعی می‌کنند آن را از راه‌های دیگری مورد ارزیابی و تفسیر قرار دهند و از این طریق از میزان فشار روانی آن کم کنند که این روش‌ها می‌تواند به آن‌ها کمک کند در زندگی زناشویی خود کمتر دچار مشکل شوند و کیفیت رضایت زناشویی خود را در سطح مطلوب و رضایت‌بخشی نگهدارند. متعاقباً زنان ناباروری که کیفیت رابطه زناشویی خود را با استفاده از راهبرد مقابله‌ای اجتنابی در سطح رضایت‌بخشی نگه می‌دارند، با نادیده گرفتن و یا کم‌اهمیت جلوه دادن مشکل ناباروری و بارز نشان دادن جنبه‌های مثبت دیگر زندگی زناشویی مانند علاقه زوجین نسبت به یکدیگر، میزان صمیمیت رابطه، حس همدلی و تفاهم و سایر ویژگی‌های یک رابطه رضایت‌بخش، می‌توانند توان بیشتری برای سازگاری با ناباروری داشته باشند و کمتر دچار پریشانی و مشکلات روانی و جسمی ناشی از ناباروری شوند.

همچنین یافته‌ها نشان دادند ضریب مسیر اثر مستقیم کیفیت رابطه زناشویی بر سازگاری با ناباروری معنی‌دار است. نتایج حاصل از این یافته به‌طور کلی با نتایج به دست آمده از یافته‌های [۵۱، ۳۷، ۳۱، ۱۹] هم‌سو است؛ برای مثال یافته‌های Onat و Kizilkaya [۳۱] نشان می‌دهد چنانچه زوجین نابارور رضایت زناشویی بالایی داشته باشند،

۱۹۴۲۰۷۰۵۹۴۲۰۱۹ است. از کلیه پزشکان و زنان نابارور شرکت کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

کیفیت رابطه زناشویی دارد. از آنجا که ناباروری امروزه در سایه پیشرفت های پزشکی وضعیت تقریباً کنترل پذیری است، به نظر می رسد به کارگیری راهبرد مسئله مدار می تواند به کم کردن مشکلات و فشار روانی ناشی از این بیماری و سازگاری با آن کمک کند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، با کد

References

1. Rajabi G, Jelodari A, Amiri Asl J. Reliability and Validity of the Persian Infertility Stigma Scale (ISS) in Infertility women. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2017; 25 (4).
2. Dadipoor S, Sayahi Y, Alavi A, Naghavi K, Safari Moradabadi A. Using Precede model to investigate the correlates of menopausal women's life quality in Bandar Abbas. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2015; 23 (1):84-93.
3. Daniluk JC, Trench E. Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical interventions. *Journal of Counseling Development* 2007; 85: 89-100. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00448.x>
4. Loftus J, Namaste P. Expectant Mothers: Women's Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood. *Qualitative Sociology Review.* 2011; 7: 35-54.
5. Casareno GE. Using Hypnosis to Enhance Fertility for Women Experiencing Infertility. Dissertation for the degree of Master of Science in Counseling, Marriage and Family Therapy, California State University, Northridge; 2016.
6. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril.* 2009;92(5):1520-4. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009> PMID:19828144
7. Sadock BJ, Saddock VA. Synopsis & psychiatry Behavioral Sciences/ clinical psychiatry. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia; 2007.
8. Nguyen K. Why unexplained infertility is sometimes explained during IVF; 2014. Retrieved from <http://www.resolve.org/about-infertility/medical-conditions/whyunexplained-infertility-is-sometimes-explained-during-ivf.html>.
9. World Health Organization. Global prevalence of infertility, infecundity and childlessness; 2015. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/>.
10. Shakeri J, Hosseini M, Golshani S, Sadeghi KH, Feyzollahi V. Assessment of general health, coping and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF treatment. *Medical journal of fertility and infertility.* 2007; 28 (3): 269-275.
11. Hajela S, Prasad S, Kumaran A, Kumar Y. Stress and infertility: A review. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2016; 23: 940- 943. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20160846>
12. Valiani M, Abedian S, Ahmadi S M, Pahlavanzade S. Infertile women's satisfaction with the stress reduction care process during their treatment period: A clinical trial. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2015; 23 (1):38-48.
13. Noorbala OA, Ramezanzade F, Abediniya N, Bagheriyazdi SA. The study prevalence of psychiatric disorders in fertile and infertile women. *Medical Shahed.* 2009; 77: 63-70.
14. Berg BJ, Wilson JF. Patterns of psychological distress in infertile couples. *Journal of Psychosomatic* 1995; 16: 65-78. <https://doi.org/10.3109/01674829509042781>
15. Sudha G, Reddy KN, Reddy BK. Emotional Distress in Infertile Couples: A Cross-Cultural Study. *Asia Pacific Journal of Social Sciences* 2011; 3: 90-101.
16. Key WR, Chung JR, Beret S, Mikhail R. Evaluation and treatment of infertility. First edition Karimzade & etc., Yazd publishers; 1996.
17. Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosomatic Obstetric Gynecology* 2000; 14: 45-52.
18. Monga M. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Adult Urology* 2011; 63 (1): 126-30. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015>

19. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Proc* 2003; 42 (1): 59-70. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00059.x>
20. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, Jafarabadi M. A Survey of Relationship between Anxiety, Depression and Duration of Infertility, *BMC Women's Health, Bio Med Central*; 2004. PMID:15530170
21. Mahlstedt PP, MacDuff S, Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 1987; 4 (4): 232-236. <https://doi.org/10.1007/BF01533762>
22. Drosdzol A, Skrypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couple: An evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2009; 30: 11-20. <https://doi.org/10.1080/01674820902830276> PMID:19308778
23. Lykeridou K, Gourounti K, Deltsidou A, Loutradis D, Vasamatzis G. The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009; 27: 223-237. <https://doi.org/10.1080/02646830802350864>
24. Nichols WC, Pace-Nichols MA, Becvar DS, Napier AR. *Hand book of family development and intervention*. John Wiley & Sons, Inc. New York; 2000.
25. Gerrity DA. A biopsychosocial theory of infertility. *The Family Journal*. 2001;9(2):151-8.
26. Benazon N, Wright J, Sabourin S. Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *J Sex Marital Ther*. 1992;18(4):273-84. <https://doi.org/10.1080/00926239208412852> PMID:1291698
27. Mazaheri MA, Keyghobadi F, Faghihimani Z, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in fertile and infertile couples, *Medical journal of fertility and infertility*. 2000; 4 (3): 23-32.
28. Wischman T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human reproduction*. 2009; 16 (8): 1753-1761. <https://doi.org/10.1093/hum-rep/16.8.1753>
29. Compel L, Cohan S, Stein M. Relationship of resilience to personality coping and psychiatric symptoms in young adult. *Behavior, Research and Therapy*. 2005; 44: 559-585.
30. Alonso Y. The bio psychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling* 2004; 53: 239-244. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00146-0)
31. Onat G, Kizilkaya BN. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2012; 165: 243-248. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.033> PMID:22939240
32. Parker-Pope T. *For better: The science of a good marriage*. New York, NY: Dutton; 2010.
33. Solatidehkordi SK, Danesh A, Ganji F, Abedi A. Compare the self – esteem and coping responses in infertile and fertile couples in Shahre-Kord. *Medical magazine of university*. 2005; 4: 16-22.
34. Endler ND, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1990; 58 (5): 844- 854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
35. Kargar Jahromi M, Ramezanli S. Coping with infertility: An Examination of Coping Mechanisms in Iranian Women with Infertility. *Journal of Psychiatry*. 2015; 18: 188-195.
36. Anokye R, Acheampong E, Mprah WK. Psychosocial effects of infertility among couples attending St. Michael's Hospital, Jachie-Pramso in the Ashanti Region of Ghana. *BMC Res Notes* 2017; 10: 690-698. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-3008-8> PMID:29208028
37. Ozkan B, Orhan E, Aktas N, Coskuner E R. Sexual dysfunction and depression among Turkish women with infertile husbands: The invisible part of the iceberg. *International Urology and Nephrology* 2016; 48, 31-36. <https://doi.org/10.1007/s11255-015-1142-6> PMID:26519281
38. Rockliff HE, Lightman SL, Rhidian E. A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Hum Report Update* 2014; 20: 59-64. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu010>
39. Besharat MA. Construction and validation of a scale coping with illness. *Research report, Tehran university*; 2000.
40. Kerlinjer F, Pedhazer E. *Multivariate regression in behavior research*. Tehran, Samt publishers; 2007.
41. Williams J, MacKinnon DP. Resampling and distribution of the product methods for testing indirect effects in complex models. *Structural Equations*

- tion Modeling; 2008. PMID:[20179778](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20179778/)
42. Besharat MA, Firoozi J. Attachment styles and fear of intimacy. *Journal of psychological sciences*. 2006; 6 (17): 5 -15.
 43. Besharat MA, Lashkari M, Rezazade MR. Exploration of coping with infertility on the quality of the relationship, couples beliefs and social protection. *journal of family psychology* . 2015; 2: 41-
 44. Norton R. Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of marriage and the family*. 1983; 45: 141- 151.<https://doi.org/10.2307/351302>
 45. Fincham FD, Paleari G, Regalia C. Forgiveness in marriage: The role of relationship quality, attributions, and empathy. *Journal of Personal Relationships*. 2002; 9: 27-37.<https://doi.org/10.1111/1475-6811.00002>
 46. Khojastemehr R, Korae A, Rajabi GR. Review a proposed model for antecedents and consequences of forgiveness in marriage. *Journal of psychological studies*. 2010; 1: 135-162.
 47. Endler NS, Parker JD. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. 2nd ed. Toronto: Multi-Health Systems; 1999; 49-63.
 48. Rafnsson FD, Sarmi J, Windle M, Mears SA. Endler NS. Factor structure and psychometric characteristics of the Icelandic version of the coping inventory for stressful situation (CISS). *Psychological Bulletin*. 2006; 111: 116–169.
 49. Shokri A, Taghaliloo S, Geravand F, Pabiry M, Molaee M, Adallahpour M, Akbari H. Factor structure and psychometric properties of the Persian version of coping with stressful situations. *Cognitive science news* 2008; 10 (3): 21-38.
 50. Davis D, Draman CN. Coping strategies of infertile women. *J Obs Gyn Neonatal Nurs* 1991; 20 (3): 221-228.
 51. Bali A, Dhiugra R, Baru A. Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Science* .2010; 24: 73-76.<https://doi.org/10.1080/09718923.2010.11892839>
 52. Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. Differences between husbands and wives approach to infertility affect Marital Communication and Adjustment. *Fertility and Sterility*. 2002; 77: 1241-1247.[https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03097-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03097-2)