

# ارتباط سازگاری زناشویی و تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری در زنان مراجعه کننده به مرکز درمان و ناباروری شهر اصفهان، سال ۱۳۷۸

میترا ملائی نژاد<sup>۱</sup> (M.S.)، مهشید جعفرپور<sup>۲</sup> (M.S.)، دکتر شایسته جهانفر<sup>۳</sup> (Ph.D.)، روح انگیز جمشیدی<sup>۴</sup> (M.S.)

۱- کارشناس ارشد آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد روانپرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار زنان و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران

۴- کارشناس ارشد آمار زیستی، عضو هیأت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان، اصفهان، ایران

## چکیده

مجموعه اطلاعات موجود حاوی شواهد بسیاری در مورد ارتباط بین ناباروری و استرس می باشد استرس ناشی از ناباروری می تواند بر روی سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی زوج اثرات نامطلوبی داشته باشد. پژوهش حاضر تحقیقی ارتباطی و تک گروهی است که به منظور بررسی و تعیین استرس ناشی از ناباروری و ارتباط آن با عملکرد و سازگاری زناشویی زنان مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان انجام شده است. این دو متغیر توسط پرسشنامه ای در سه بخش (شامل مشخصات فردی، تنیدگی (استرس ناشی از ناباروری) و سازگاری زناشویی (DAS) در ۲۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده جهت پیگیری، تشخیص و درمان ناباروری به این مرکز اندازه گیری شد، سپس ارتباط این متغیرها با یکدیگر مورد سنجش قرار گرفت. تمام زنان نابارور مورد پژوهش، از استرس ناشی از ناباروری (به درجات مختلف) رنج برده و حدود نیمی (۴۶ درصد) از آنان از سازگاری زناشویی برخوردار نبودند. نتایج نشان داد که این دو متغیر همبستگی قوی با یکدیگر داشته ( $r = -0.39$  و  $p < 0.001$ ) و سازگاری زناشویی نمونه ها بر حسب شدت تجربه تنیدگی (استرس) آنها در اثر ناباروری، متغیر می باشد. در میان متغیرهای مختلف مشکلات اقتصادی، ترکیب خانواده، مدت درمان و امید به موفقیت درمان، بیشترین همبستگی را با تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری داشته و مدت آگاهی از مشکل ناباروری و سابقه حاملگی ناموفق، بیشترین همبستگی را با سازگاری زناشویی نمونه های مورد پژوهش، نشان دادند.

کل واژگان: ناباروری، استرس، سازگاری زناشویی.

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران، صندوق پستی

۱۹۳۹۵-۴۷۹۸، ایران

پست الکترونیک: Jahan@iums.ac.ir

## مقدمه

نسل انسانها، تنها با باروری حفظ می گردد و شاید بتوان گفت، عمیق ترین خواسته هر فرد در زندگی، اطمینان از حفظ نسل و آثار او، از طریق فرزندانش می باشد، تمایل به داشتن فرزند، نه تنها به دلیل دوست داشتنی و مطلوب بودن بچه ها، در انسان قوت می یابد. بلکه آرزوی حفظ بقاء و به جا گذاشتن یادگاری ارزشمند، همواره ذهن انسان را به خود مشغول داشته است (۱). برای بررسی شیوع ناباروری و گسترش آن، ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که در هر ماه امکان باروری در حدود ۲۵-۲۰٪ است. بر اساس این برآورد تقریباً ۹۰٪ از زوجها، پس از ۱۲ ماه بارور خواهند شد (۲). بنا به عقیده اسکوفیلد (۱۹۹۵)، ۱۵-۱۰٪ زوجها، دچار مشکلات ناباروری بوده و نیمی از زوجهایی که در مراکز درمان ناباروری به دنبال چاره ای برای این مشکل هستند به هدف خود دست می یابند (۳). زوجهای نابارور، اغلب ناباروری را استرس زاترین حادثه زندگی خود دانسته و دوره های مکرر و متوالی درمان را به عنوان دوره های مکرر بحران توصیف می کنند. این زوجها، اغلب موارد استرس، اختلالات عصبی و مشکلات زناشویی و جنسی را گزارش می کنند. به همین دلیل، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده اند، به طوری که بنا به گزارش گریل (۴) از سال ۱۹۸۶ به بعد، نتایج حداقل ۹۴ پژوهش کمی و ۲۶ تحقیق کیفی، در این مورد انتشار یافته است و بسیاری از این مطالعات، نشان داده اند که زنان نابارور، به دلایل گوناگون فشار روانی بیشتری را نسبت به مردان نابارور تجربه کرده و در معرض خطرات بیشتری قرار دارند (۵).

اغلب پژوهشگرانی که به بررسی استرس و واکنشهای روانی زنان و مردان نابارور پرداخته اند. متغیرهای مداخله گر خاصی شامل، علت ناباروری، طول مدت ناباروری، امید به موفقیت درمان، ترکیب خانواده و تعداد سیکلهای درمانی را در نظر گرفته اند و نکته مهم

در این میان، تفاوت نتایج بدست آمده برحسب جمعیتهای مورد مطالعه و شرایط و مکان پژوهش می باشد. در این مورد کنلی (۶) گزارش نمود که ناباروری با عامل مردانه، موجب استرس بیشتری در زوج نابارور می شود حال آنکه ناکتیگال (۷)، دانی لوک (۸)، ابی (۹)، و بیوتل (۵) از جمله پژوهشگرانی هستند که عقیده دارند، استرس زنان نابارور، ارتباطی با عامل ناباروری نداشته و زنان در هر صورت در مقایسه با مردان نابارور، دچار استرس بیشتری می شوند.

تناقض در نتایج بدست آمده تنها به عامل ناباروری، محدود نمی شود در میان ۲۹ پژوهش طولی که از سال ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۷، به بررسی رابطه استرس ناباروری با طول زمان پرداخته اند، نیز نتایج متناقضی به چشم می خورد و هر چند نتایج بیشتر پژوهش ها، نشاندهنده تاثیر زمان بر تجربه ناباروری است اما اگر طول مدت درمان، مدت آگاهی از مشکل ناباروری و تعداد سیکلهای درمانی به صورت متغیرهای جداگانه در نظر گرفته نشوند، نتایج پژوهش، چندان قابل اعتماد نخواهد بود (۴). در مورد تعداد سیکلهای درمانی ناموفق نیز بیوتل (۵)، تیرینگ (۱۰) و بیوری پیر (۱۱) عقیده دارند که افزایش تعداد سیکلهای ناموفق موجب بروز فشارهای روانی بیشتری در زنان می گردد. حال آنکه بلوین (۱۲) دریافت، زنانی که در دو گروه با سیکلهای ناموفق، زیاد و کم، تقسیم بندی شده بودند، نسبت به زنانی که تعداد سیکلهای ناموفق درمانی آنها، در حد متوسط بود فشار روانی بیشتر را تجربه کرده اند.

نتایج متناقض از این نوع کم نیستند ولی آنچه تقریباً تمام پژوهشگران در مورد آن هم عقیده اند، بار اقتصادی مراحل درمان ناباروری بر دوش زوجهای نابارور است. در پژوهشی که توسط محمودی (۱۳) بر روی ۱۰۰ زن و مرد نابارور ایرانی انجام شد، نیز تامین مخارج سنگین درمان از مهمترین عوامل اضطراب زوجهای نابارور بوده است و سایر پژوهشگران نیز

تعداد تستها و قیمت و هزینه درمانها را از عوامل موثر بر بروز استرس زوجهای نابارور می دانند (۹،۵). پژوهشگران مختلف در مورد اثر ناباروری بر روابط زوجها نیز، نظرات متفاوتی دارند بسیاری از آنان کاهش عملکرد و سازگاری زناشویی زوج را در نتیجه ناباروری، گزارش کرده اند، حال آنکه برخی دیگر، معتقدند تحمل مراحل تشخیص و درمان ناباروری موجب ارتباط و صمیمیت بیشتر زوجها شده و آنها احساس نزدیکی بیشتری به یکدیگر خواهند کرد. ادلمن (۱۵) در سال ۱۹۹۴ با بررسی ۱۵۲ زوج نابارور در طی مراحل IVF به این نتیجه رسید که سازگاری زناشویی زنانی که عامل ناباروری به آنها، نسبت داده شده کاهش می یابد. در حالیکه در مورد مردان، ناباروری با عامل مردانه، موجب کاهش رضایت جنسی می شود. ساندلوسکی (۱۶) نیز در بررسی ۵۲ زوج آمریکایی دریافت که متغیر زمان در سازگاری خانوادگی زنان، تاثیر بسزایی دارد و گذشت زمان موجب کاهش سازگاری زناشویی زنان نابارور می شود.

با این حال، این نکته را نباید فراموش کرد که اغلب این پژوهشها در کشورهایی همچون انگلیس، سوئد، آلمان و کانادا انجام شده و جمعیتهای مورد مطالعه قطعاً با افراد جامعه ما متفاوت بوده و بنابراین تعمیم این نتایج به جمعیت کشور ما، کاری غیر معقول به نظر می رسد. مساله ناباروری بویژه در فرهنگ ما که اغلب خانواده ها از نوع گسترده می باشند و با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، بعد عمیق تری به خود می گیرد. زیرا بیشتر اوقات بلافاصله پس از ازدواج، خانواده زن و شوهر، منتظر خیر حاملگی عروس هستند، و با تاخیر در حاملگی کنجکاواییها و فشار اطرافیان موجب نگرانی زوجها می شود (۱۷). در پژوهش، چیبیا و همکارانش (۱۸) بر روی ۱۰۷ زن نابارور ژاپنی نیز کنایه ها و سرزنشهای اطرافیان به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده استرس زنان نابارور شناخته شده و از این

لحاظ، پژوهشگران، ترکیب اعضای خانواده را نیز از متغیرهای مؤثر بر استرس دانسته اند. البته این استرس به نوبه خود بر کیفیت زندگی افراد و رضایت زنان از خود و زندگی مشترکشان تأثیر منفی خواهد داشت (۱۹). بسیاری از پژوهشگران، بر افزایش دعوها و منازعات زناشویی در میان زوجهای نابارور تأکید کرده اند. و حتی در مواردی این دعوها به طلاق و جدایی می انجامد (۲۰). از سوی دیگر معمولاً در اغلب جوامع، مسئولیت ناباروری بر عهده زن گذاشته شده و ناباروری در اکثر موارد در ابتدای مراحل تشخیص به زن نسبت داده شده و بچه دار نشدن او باعث تهمتها و شماتتها از طرف خانواده شوهر می گردد و در نهایت این نگرانی به وجود می آید که بچه دار نشدن زن، دلیل کافی برای طلاق دادن او باشد و یا باعث شود که شوهر با زن دیگری ازدواج کند (۲۱). اندریوس (۱۹) در مورد لزوم چاره اندیشی برای مشکلات روانی و خانوادگی این گونه افراد می نویسد، حتی در صورتی که نتوانیم استرس ناشی از ناباروری را از بین ببریم، باید برای کاهش اثرات آن تلاش کنیم. کاهش مشاجرات خانوادگی و راضی نگه داشتن زنان و همسرانشان از روابط زندگی جنسی و زناشویی از روشهای مناسب برای تخفیف مشکلات زوجهاست.

با در نظر گرفتن نکات فوق و وجود تناقضهای متعدد در نتایج پژوهشهای انجام شده جوامع و کشورهای دیگر، پژوهشگر را بر آن داشت که پژوهش حاضر را انجام دهد. این تحقیق از نوع همبستگی و تک گروهی بوده و در طی آن دو متغیر استرس ناشی از ناباروری و سازگاری زناشویی، در زنان مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری اصفهان، اندازه گیری شده و سپس ارتباط این متغیرها با یکدیگر سنجیده شد.

به امید آنکه این پژوهش گامی در جهت کاهش درد و رنج زوجها و بویژه زنان نابارور کشورمان باشد.

## مواد و روشها

نمونه های مورد پژوهش: ۲۰۰ نفر از زنانی که از تاریخ ۱۰/۱۵ تا ۷۸/۱۱/۲۰ جهت پیگیری، تشخیص و درمان ناباروری به مرکز درمان ناباروری شهر اصفهان مراجعه کرده و معیارهای پذیرش نمونه را داشتند، پس از مصاحبه و توضیح اهداف پژوهش در این مطالعه شرکت داده شدند و از شرکت کنندگان خواسته شد پرسشنامه ای را در سه بخش تکمیل نمایند. در این پژوهش معیار پذیرش نمونه تنها دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود و معیارهای حذف نیز عبارت از: سابقه بیماری روانی و مصرف داروهای مربوطه، داشتن فرزند و یا فرزند خوانده (هر کدام از زوجین) و باردار بودن در زمان انجام پژوهش بود. تمامی مشخصات افراد مورد مطالعه شامل سن، تحصیلات، شغل، ترکیب خانواده مشکلات و سابقه ناباروری، سابقه درمان و میزان موفقیت و سایر موارد پرسش شده در پرسشنامه ها به طور کامل در جداول ۱ و ۲ آمده است.

روش جمع آوری داده ها: پس از کسب اطمینان از تطابق نمونه ها با معیارهای پذیرش و حذف، پرسشنامه مشخصات فردی و تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری و سازگاری زناشویی توسط هر کدام از زوجین، در اتاقی جداگانه تکمیل شده و توضیحات لازم در حین تکمیل پرسشنامه نیز به آنان ارائه می گردید.

داده های این پژوهش از طریق مراجعه به پرونده های پزشکی افراد و پرسشنامه ها جمع آوری شده و تکمیل گردید. پرسشنامه این پژوهش، در برگیرنده بخش مربوط به مشخصات فردی (۲۰ سوال)، بخش مربوط به تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری بود. از آنجا که هیچ گونه مقیاس استاندارد و اختصاصی برای سنجش تنیدگی (استرس) و فشار روانی افراد مورد مطالعه (زنان نابارور) در دسترس نبود، لذا با توجه به مطالعات و پژوهشهای انجام شده (۱۹،۱۸،۹،۵) بر اساس متن پرسشنامه ها و مصاحبه هایی که توسط سایر

پژوهشگران تنظیم شده بود پرسشنامه این مطالعه در ۵ بخش تنظیم گردید که به ترتیب به استرس افراد در رابطه با مشکل ناباروری و مراحل تشخیص و درمان ناباروری، آغاز هر پرئود ماهانه، زندگی مشترک، رابطه با خویشاوندان و اطرافیان و اثر استرس ناشی از ناباروری در زندگی به صورت کلی می پرداخت و از نمونه ها درخواست گردید تا پس از خواندن هر کدام از موارد، شدت تنیدگی (استرس) خود را در پاسخ به هر سوال مشخص سازند امتیازات پرسشنامه تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت<sup>۱</sup> (اصلاً، کمی، تا حدی، زیاد و بسیار زیاد) تنظیم شده و برای هر پاسخ نمره های بین ۰ تا ۴ در نظر گرفته شده بود، دامنه تغییر میانگین نمرات هر فرد نیز بین ۰ تا ۴ بود و برای تعیین میزان تنیدگی هر شخص، بر اساس میانگین محاسبه شده، معیار زیر به کار برده شد.

جدول ۱- دامنه تغییر میانگین نمرات پرسشنامه تنیدگی ناشی از ناباروری

وضعیت تنیدگی	میانگین نمره
بدون تنیدگی	کمتر از ۰/۵
تنیدگی خفیف	۰/۵-۱/۴۹
تنیدگی در حد متوسط	۱/۵-۲/۴۹
تنیدگی شدید	۲/۵-۳/۴۹
تنیدگی بسیار شدید	۳/۵-۴

همچنین برای تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوی، استفاده شد و پس از مطالعه دقیق درباره موضوع و مشورت با افراد صاحب نظر، مقیاس مورد نظر تدوین و سپس به نظر خواهی ده نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران گذاشته شد و در نهایت به تأیید شورای پژوهشی دانشکده رسید. برای تعیین اعتبار علمی ابزار نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد

1- Lickert

شده و برای تعیین همبستگی متغیرهای پژوهش با متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون و برای مقایسه ویژگیهای افراد بر حسب خصوصیات کمی از آزمون آنالیز واریانس و آزمون t مستقل استفاده شد. در نهایت با استفاده از آنالیز رگرسیون چندگانه از بین عوامل مرتبط، متغیرهای دارای بیشترین ارتباط با تنیدگی ناشی از ناباروری و سازگاری زناشویی مشخص گردید.

### نتایج

خلاصه نتایج آزمونهای آماری در مورد مقایسه استرس ناشی از ناباروری و سازگاری زناشویی زنان

بدین ترتیب که در مرحله اول پرسشنامه به پانزده نفر از افراد واجد شرایط ارائه گردید و از آنها خواسته شد جهت تکمیل مجدد پرسشنامه ها، ده روز بعد مراجعه کنند. نتایج بررسی مقدماتی و مقایسه در دو مرحله نشان دهنده قابل قبول بودن پرسشنامه ها بوده و طبق آزمون مقایسه نسبتها، پاسخها در دو آزمون اختلاف معنی داری نشان نمی داد. بخش سوم پرسشنامه نیز در برگیرنده مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر (DAS) شامل یک پرسشنامه خودسنجی است که از ۳۲ سؤال تشکیل شده و برداشتهای ذهنی افراد را در مورد سازگاری زناشویی بدست می آورد. نمرات این پرسشنامه از ۰ تا ۱۵۱ متغیر است که کسب نمرات برابر

جدول ۲- ویژگیهای کمی - فردی نمونه های مورد مطالعه (N=200)

ویژگی نمونه های مورد پژوهشی	میانگین $\bar{x}$	انحراف معیار (SD)	دامنه
سن (سال)	۲۶/۳	۵/۶	۱۸-۴۳
سن همسر (سال)	۳۱/۹	۵/۶	۲۳-۵۲
مدت زندگی مشترک (سال)	۶/۷۷	۴/۸	۱-۲۸
دفعات مراجعه به مرکز (بار)	۸/۲۸	۱۴/۰۴	۱-۹۰
دفعات بارداری ناموفق (بار)	۱	۱/۵	۰-۹
مدت آگاهی از مشکل ناباروری (ماه)	۵/۶	۴/۷	۱-۲۸
مدت درمان ناباروری (ماه)	۴/۳۱	۴/۱۷	۱-۱۷
نمره سازگاری زناشویی	۱۰۱/۱۶	۱۷/۵۳	۳۵-۱۴۴
نمره استرس ناشی از ناباروری	۲/۳۶	۰/۶۴	۰/۶۵-۳/۹۱

مورد پژوهش بر حسب متغیرهای مداخله گر در جداول ۴ و ۵ آمده است.

استرس ناشی از ناباروری: یافته های فوق نشان می دهد که هیچ کدام از نمونه های مورد پژوهش در طی مراحل تشخیص و درمان ناباروری، بدون تنیدگی (استرس) نبوده اند و این در حالی است که ۸۷ درصد از نمونه ها، تنیدگی استرس متوسط تا بسیار شدید را در این رابطه تجربه کرده اند (نمودار ۱) میانگین نمره تنیدگی کل نمونه های مورد پژوهش ۲/۳۶ و انحراف معیار آن ۰/۶۵ می باشد.

یا بیش از ۱۰۰ به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنی وجود مشکلی در روابط زناشویی و عدم سازگاری و تفاهم خانوادگی است. مطالعات مربوط به پایائی و اعتبار مقیاس DAS، همواره مثبت بوده است. در حقیقت اسپانیر (۱۹۷۶) ضریب همسانی درونی ۹۶ درصد و ملاک اعتبار بالایی را برای این مقیاس گزارش کرد. برنشتاین (۱۹۸۹) در همه جا استفاده از این مقیاس را توصیه کرده است. زیرا پایه های روانسنجی آن در مقایسه با سایر مقیاسها، بسیار پیشرفته است (۲۲). برای تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش و کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS انجام

جدول ۳- ویژگیهای کیفی - فردی نمونه های مورد مطالعه (N=200)

درصد	تعداد	ویژگی نمونه های مورد پژوهش		درصد	تعداد	ویژگی نمونه های مورد پژوهش	
۲۲	۴۴	همیشه	مشکلات اقتصادی	۲۶/۵	۵۳	ابتدائی	میزان تحصیلات
۱۶/۵	۳۳	اغلب اوقات		۱۹	۳۸	راهنمائی	
۲۱	۴۲	معمولاً		۴۳	۸۶	متوسطه	
۲۳/۵	۴۷	بعضی اوقات		۱۱/۵	۲۳	دانشگاهی	
۱۷	۳۴	هرگز					
۴۵	۹۰	بلی	سابقه حاملگی ناموفق	۲	۴	بی سواد	تحصیلات همسر
۵۵	۱۱۰	خیر		۱۶/۵	۳۳	ابتدائی	
۴۶/۶	۴۲	بلی	استفاده از تکنیکهای باروری	۲۶	۵۲	راهنمائی	
				۴۰/۵	۸۱	متوسطه	
۵۳/۴	۴۸	خیر		۱۵	۳۰	دانشگاهی	
۴۳	۸۶	زنانه	عامل ناباروری	۸۳	۱۶۶	خانه دار	شغل
۲۴/۵	۴۹	مردانه		۱۱/۵	۲۳	کارمند	
۱۵	۳۰	مشترک		۵/۵	۱۱	سایر مشاغل	
۱۷/۵	۳۵	ناشناخته					
۲۱/۵	۴۳	بسیار زیاد					ترکیب خانواده
۳۰/۵	۶۱	زیاد	۷۰/۵	۱۴۱	فردو همسر		
۳۰/۵	۶۱	تا حدی	۲۶	۵۲	زوج و والدین همسر		
۱۸	۳۶	کمی	۱	۲	زوج و والدین فرد		
۴/۵	۹	اصلاً	۲/۵	۵	سایر موارد		
۷۵/۵	۱۵۱	بلی	ناباروری، بزرگترین مشکل زندگی	۳۰	۶۰	بسیار زیاد	احساس مسئولیت در برابر مشکل ناباروری
				۲۴/۵	۴۹	زیاد	
۲۴/۵	۴۹	خیر		۲۶/۵	۵۳	تا حدی	
				۱۰	۲۰	کمی	
				۹	۱۸	اصلاً	



نمودار ۱- توزیع فراوانی زنان مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان بر حسب شدت استرس ناشی از ناباروری در سال ۱۳۷۸

از میان متغیرهای مختلف، مقایسه شدت استرس ناشی از ناباروری نمونه ها بر حسب ترکیب خانواده، نشان میدهد که بیش از نیمی (۵۵/۷ درصد) از زنان مورد پژوهش که با والدین همسر خود زندگی می کنند، دچار تنیدگی شدید یا بسیار شدید هستند، در حالی که این درصد در گروهی که فقط با همسر خود زندگی می کنند، ۳۹ درصد است. مقایسه میانگینها نیز نشان میدهد که نمره استرس گروه اخیر، کمتر از گروهی است که والدین همسر را نیز در کنار خود دارند ( $t=-2/84$  و  $p<0/005$ ) تقسیم بندی نمونه های مورد پژوهش بر حسب دو متغیر مدت آگاهی از مشکل ناباروری و مدت درمان در چهار گروه (کمتر از دو سال، دو تا پنج سال، پنج تا ده سال و

در مورد عامل ناباروری نیز، پژوهش حاضر، علیرغم اذعان به بیشتر بودن میانگین نمره استرس افراد در گروه نابارور با عامل زنانه، تفاوت معنی داری را در استرس افراد بر حسب عامل ناباروری مشاهده نکردید. در این میان، امید به موفقیت درمان، از متغیرهایی است که ارتباط معنی داری بین آن و شدت استرس ناشی از ناباروری بدست آمد (F=۳/۱۹، df=۴ و P<۰/۰۱۵). نتایج این پژوهش حاکی از آن است که با کاهش امید افراد به موفقیت درمان، درصد افراد دچار استرس شدید و بسیار شدید

بیش از ده سال) و مقایسه آنها نشان می دهد که مدت درمان، اثر بیشتری بر استرس تجربه شده توسط نمونه ها داشته است هر چند که افزایش هر کدام از این متغیرها، موجب افزایش تنیدگی ناشی از ناباروری در نمونه ها شده است. تنها مدت زمان ارتباط معنی داری را با تنیدگی (استرس) ناشی از ناباروری در زنان مورد پژوهش نشان داده است (P<۰/۰۵ و r=۰/۰۱۸) مشکلات اقتصادی نیز از دیگر متغیرهایی است که ارتباط معنی داری با استرس تجربه شده توسط نمونه ها نشان داده است (P<۰/۰۰۰۰۱ و P<۰/۰۵ و

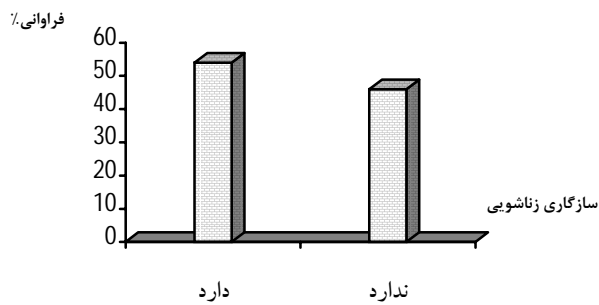
جدول ۴- خلاصه نتایج آزمونهای آماری در مورد مقایسه استرس ناشی از ناباروری در زنان مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری اصفهان بر حسب متغیرهای مداخله گر در سال ۱۳۷۸

نتیجه آزمون	ضریب همبستگی	Sig (P-Value)	درجه آزادی (df)	ملاک آزمون	نوع آزمون	متغیر مداخله گر
—	—	۰/۰۰۵ *	—	-۲/۸۴	T	ترکیب خانواده
N.S.	۰/۱۶	۰/۰۶۷	۳ و ۱۹۶	۲/۴۳	F	مدت آگاهی از مشکل ناباروری
S.	۰/۱۸	۰/۰۰۹۲*	۳ و ۱۹۶	۳/۹۴	F	مدت درمان ناباروری
—	—	۰/۰۰۰۰۱	۴ و ۱۹۵	۳/۱۵	F	مشکلات اقتصادی تامین هزینه های درمان
—	—	۰/۲۱	—	۱/۲۷	T	سابقه حاملگی ناموفق
N.S.	۰/۰۹	۰/۰۲۰ *	۳ و ۸۶	۳/۴۳	F	تعداد بارداریهای ناموفق
—	—	۰/۱۱۶	—	۱/۵۹	T	استفاده از تکنیکهای باروری
N.S.	۰/۱۰۸	۰/۶۳	۲ و ۴۰	۰/۴۷	F	دفعات استفاده از تکنیکهای باروری
—	—	۰/۱۴	۴ و ۱۹۵	۱/۰۴	F	تمایل زوج و اطرافیان به باروری
—	—	۰/۱۰۳	۳ و ۱۹۶	۲/۰۸۸	F	عامل ناباروری
—	—	۰/۰۱۵*	۴ و ۱۹۵	۳/۱۹	F	امید به موفقیت درمان

\* معنی دار با P<۰/۰۵

افزایش می یابد. سازگاری زناشویی: بررسی نمرات کسب شده توسط نمونه ها از مقیاس سازگاری زناشویی (DAS) نشان میدهد که نزدیک به نیمی (۴۶ درصد) از زنان مورد پژوهش از سازگاری زناشویی برخوردار نبوده و مشکلاتی را در روابط خود و همسرشان تجربه کرده اند (نمودار ۲). همچنین میانگین کل نمره سازگاری زناشویی نمونه ها ۱۰۱/۱۶ و انحراف معیار آن ۱۷/۵۳ بود.

۷۰ درصد از نمونه هایی که همیشه از مشکلات اقتصادی رنج می برده اند، استرس شدید و بسیار شدید را در اثر ناباروری تجربه کرده اند. در میان متغیرهایی چون سابقه حاملگی ناموفق، استفاده از تکنیکهای باروری، تعداد حاملگیها و سیکلهای درمانی، تعداد حاملگیهای ناموفق تنها متغیری بود که بر اساس تستهای آماری بر تنیدگی افراد مورد پژوهش، مؤثر شناخته شد: (F=۳/۴۳، df=۳ و ۸۶ P<۰/۰۲).



نمودار ۲- توزیع فراوانی وضعیت سازگاری زناشویی زنان مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری اصفهان در سال ۱۳۷۸

تشخیص و درمان ناباروری تجربه کرده بودند، بیشترین درصد افراد ناسازگار (۶۸/۲ درصد) را تشکیل می دهند.

متغیرهای ترکیب خانواده تأثیر چندانی در میانگین نمرات سازگاری زناشویی افراد مورد پژوهش نداشت هر چند بررسی نتایج نشان میدهد که نمره سازگاری افرادی که علاوه بر همسر، والدین وی را نیز در کنار خود داشته اند، اندکی کمتر است.

هر دو متغیر مدت آگاهی از مشکل ناباروری و مدت درمان، ارتباط معنی داری با سازگاری زناشویی افراد پژوهش نشان می دهد بترتیب  $(F=5/29, df=3, P<0/016)$  و  $(F=4/49, df=3, P<0/045)$  و مدت آگاهی از مشکل ناباروری و مدت درمان در میان افراد مورد پژوهش بترتیب  $0/29-$  و  $0/28-$  بوده که از نظر آماری معنی دار است.

آزمون آنالیز واریانس مؤید آنست که تفاوت مشاهده شده در نمرات سازگاری زناشویی بر حسب مشکلات

جدول ۵- خلاصه نتایج آزمونهای آماری در مورد مقایسه وضعیت سازگاری زناشویی زنان مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری اصفهان بر حسب متغیرهای مداخله گر در سال ۱۳۷۸

متغیر مداخله گر	نوع آزمون	ملاک آزمون	درجه آزادی df	Sig (P-Value)	ضریب همبستگی
ترکیب خانواده	T	۱/۲۹	—	۰/۲۰۲	—
مدت آگاهی از مشکل ناباروری	F	۵/۲۹	۳ و ۱۹۶	۰/۰۰۱۶*	۰/۲۹
مدت درمان ناباروری	F	۴/۴۹	۳ و ۱۹۶	۰/۰۰۴۵*	۰/۲۸
مشکلات اقتصادی تأمین هزینه های درمان	F	-۳/۸۵	۴ و ۱۹۵	۰/۰۰۵*	—
سابقه حاملگی ناموفق	T	-۲/۸۶	—	۰/۰۰۵*	—
تعداد بارداریهای ناموفق	F	۰/۴۱	۳ و ۸۶	۰/۷۴	—
استفاده از تکنیکهای باروری	T	-۱/۳۹	—	۰/۱۷	—
دفعات استفاده از تکنیکهای باروری	F	۰/۴۹	۲ و ۴۰	۰/۶۲	۰/۰۲۰
تمایل زوج و اطرافیان به باروری	F	۱/۷۴	۴ و ۱۹۵	۰/۱۴۲	—
عامل ناباروری	F	۰/۵۴۱	۳ و ۱۹۶	۰/۶۵	—
امید به موفقیت درمان	F	۱/۳۸	۴ و ۱۹۵	۰/۲۴۲	—

\* اختلاف موجود از نظر آماری معنی دار است

از میان متغیرهایی چون سابقه حاملگی ناموفق، استفاده از تکنیکهای باروری، دفعات حاملگی، تنها سابقه حاملگی ناموفق، ارتباط معنی داری با سازگاری

اقتصادی برای تأمین هزینه های درمان نیز معنی دار می باشد.  $(F=3/85, df=4, P<0/005)$  در نتیجه کسانی که همیشه مشکلات اقتصادی را در مراحل



زناشویی افراد مورد پژوهش نشان می‌دهد. میانگین نمرات سازگاری افراد بر حسب استرس آنها، معنی دار می‌باشد ( $F=7/38, df=3$  و  $P<0/0005$ ) و همچنین ضریب همبستگی بین سازگاری زناشویی و

جدول ۶- نتایج آزمون آنالیز رگرسیون چند گانه برای متغیر وابسته نمره استرس ناشی از ناباروری در زنان  
مراجعه کننده به مرکز درمان و ناباروری اصفهان در سال ۱۳۷۸

نام متغیر (مستقل)	$\beta$	T-Value	Sig.
مشکلات اقتصادی برای تامین هزینه درمان	۰/۳۱۳	۳/۵۷	۰/۰۰۰۴
ترکیب خانواده	-۰/۲۸۶	-۳/۰۲۳	۰/۰۰۲۸
امید به موفقیت درمان	۰/۰۹۲	۲/۳۷	۰/۰۱۹
مدت درمان ناباروری	۰/۰۲۴	۲/۲۸۸	۰/۰۲۳۲
عدد ثابت	۲/۰۴۲	۱۴/۶۳۲	۰

عامل ناباروری نیز آزمون آنالیز واریانس تفاوت معنی داری را در میانگین نمره سازگاری زناشویی

نمونه ها برحسب این متغیر نشان نمی‌دهد. امید به موفقیت درمان نیز، از متغیرهایی است که رابطه معنی داری با سازگاری زناشویی افراد مورد پژوهش نشان می‌دهد اما کمترین نمره سازگاری زناشویی را

استرس ناشی از ناباروری نمونه ها،  $-0/39$  می‌باشد ( $p<0/001$ )  
نتایج آزمون آنالیز رگرسیون چند گانه نشان می‌دهد که استرس ناشی از ناباروری در میان نمونه ها با متغیرهای مشکلات اقتصادی، ترکیب خانواده، امید به موفقیت درمان و مدت زمان آگاهی ناباروری بیشترین

جدول ۷- نتایج آزمون آنالیز رگرسیون چند گانه برای متغیر وابسته سازگاری زناشویی در زنان مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری اصفهان در سال ۱۳۷۸

نام متغیر (مستقل)	$\beta$	T-Value	Sig.
مدت آگاهی از مشکل ناباروری	-۰/۹۵۵	-۳/۶۸۸	(S) ۰/۰۰۳
سابقه حاملگی ناموفق	-۴/۹۱۱	-۲/۰۱۲	(S) ۰/۰۴۵۶
عدد ثابت	۱۰۸/۷۱۴	۵۴/۶۱	(S) ۰

کسانی کسب کرده اند که اصلاً آمیدی به موفقیت درمان نداشتند.  
استرس ناشی از ناباروری و زندگی زناشویی: سازگاری زناشویی نمونه ها برحسب شدت استرس آنها در اثر ناباروری متغیر می‌باشد و بیشترین میزان سازگاری زناشویی (۸۴/۶ درصد) در گروهی مشاهده می‌شود که دارای استرس خفیف می‌باشند. آزمون آنالیز واریانس نیز نشان می‌دهد که تفاوت موجود در

همبستگی را دارد. نتایج این آزمون در مورد سازگاری افراد نمونه نیز مؤید آنست که نمره سازگاری زناشویی آنها با متغیرهای مدت آگاهی از ناباروری و سابقه حاملگی ناموفق بیشترین همبستگی را دارا می‌باشد.

#### بحث

پیش از بحث و تفسیر نتایج، باید به این نکته اشاره کرد که هر چند زنان شرکت کننده در این پژوهش،

فصلنامه باروری و ناباروری / زمستان ۷۹

در میان اطرافیان و در نتیجه فشار اعضای خانواده همسر برای بچه دار شدن گزارش کنند. این نکته یافته های چپیا (۱۸) را در مورد تأثیر ترکیب خانواده بر واکنشهای روانی افراد تأیید می کند.

اختلاف میانگین مدت درمان و مدت آگاهی از مشکل ناباروری و تأثیر ناهمگون آنها بر شدت استرس ناشی از ناباروری، در نمونه های مورد پژوهش نیز مؤید تأکید گریل (۴) بر لزوم بررسی این دو متغیر به صورت جداگانه می باشد. هر چند افزایش این دو، هر کدام به نوعی موجب شدت یافتن استرس افراد مورد مطالعه شده است تنها مدت درمان همبستگی معنی داری با شدت استرس ناشی از ناباروری، نشان داده است و این نکته، نشاندهنده تأثیر شدید مراحل تشخیص و درمان ناباروری بر روان بیماران بوده و یافته های کریگ (۲۷) و کورپاتریک (۲۸) را تأیید کرده و با نتایج پژوهش دانی لوک (۸) که کاهش استرس بیماران را در نتیجه گذشت زمان، مورد تأکید قرار داده است، در تناقض است.

مراحل تشخیص و درمان ناباروری، اغلب گرانتیمنت بوده و مستلزم صرف هزینه های بسیار می باشد که با توجه به عدم پوشش این درمانها توسط خدمات بیمه در کشور ما، مشکلات اقتصادی، منبعی برای استرس افراد نابارور به شمار می رود. یافته های این پژوهش نیز، مؤید نتایج پژوهشهایی است که تعداد تستها و قیمت و هزینه درمانها را از عوامل مؤثر بر بروز استرس زوجهای نابارور می دانند (۹،۵،۱۳).

بخش دیگری از نتایج این پژوهش به بررسی ارتباط سابقه حاملگی ناموفق، استفاده از تکنیکهای باروری، تعداد حاملگیها و سیکلهای درمانی مربوطه می باشد. در این میان، تعداد حاملگیهای ناموفق، تنها متغیری است که بر اساس تستهای آماری بر استرس افراد مورد پژوهش، مؤثر شناخته شده، با این حال افزایش میانگین نمره استرس در شرکت کنندگانی که سابقه حاملگی ناموفق

نماینده تمام زنان نابارور ایرانی نمی باشند، ولی می توانند نمونه ای از جامعه زنان ناباروری باشند که در تمام سطح ایران، برای درمان ناباروری خود به ۲۰ مرکز مجهز موجود، مراجعه می کنند، در این پژوهش ۶۷ درصد شرکت کنندگان ساکن اصفهان و بقیه ساکن نقاط مختلف ایران بوده و طبقات مختلف اجتماعی را شامل می شدند و بنابراین تعمیم نتایج به زنان نابارور ایرانی، البته به صورت محتاطانه، ممکن به نظر می رسد.

هدف اول از انجام این پژوهش، بررسی استرس ناشی از ناباروری و تعیین ارتباط آن با متغیرهای مختلف بوده است. یافته های این تحقیق نشان میدهد که تمام شرکت کنندگان درجاتی از استرس ناشی از ناباروری را تجربه کرده اند و این نکته، تأییدی است بر یافته های سایر پژوهشگران که ناباروری و مراحل تشخیص و درمان آنرا، منبعی برای بحران و استرس می دانند (۲۳،۲۲،۱۴،۱۵).

در میان استرسورها و عوامل تنش زا، بترتیب نیمه دوم سیکل ماهانه و آغاز هر پریود و در میان استرسورهای مربوطه به مراحل تشخیص و درمان ناباروری، دریافت نتایج آزمایشها، بیشترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده اند و این نکته، ضمن تأیید یافته های سایر پژوهشگران (۲۵،۲۲،۲۴) در مورد استرس زا بودن آغاز هر پریود و نیمه دوم هر سیکل، بازگو کننده استرس افراد در موقعیتهای ناشناخته و فشار روانی حاصل از طبیعت مراحل تشخیص و درمان ناباروری می باشد.

مقایسه شدت استرس نمونه های مورد پژوهش برحسب ترکیب خانواده، درصد قابل ملاحظه ای از افراد دچار استرس شدید یا بسیار شدید در میان کسانی که با والدین همسر زندگی می کنند نیز مهر تأییدی است بر تفاوت واکنش زنان نابارور ایرانی با سایر جوامع که موجب شده است بترتیب ۶۵/۵ درصد و ۶۲ درصد از آنان، استرس قابل ملاحظه ای را در اثر طرح این مشکل

ناباروری بر روابط زناشویی زنان بوده و یافته های سایر پژوهشگران را تأیید می کند (۳۱،۳۰).

درآمد و توانایی مالی نیز از متغیرهایی است که بر روابط زناشویی افراد، تأثیر ویژه ای دارد و در حالیکه امکانات مالی مطلوب احتمال اصطکاک میان زن و شوهر را کاهش می دهد، مشکلات اقتصادی می تواند روابط زوجها را متزلزل سازد که این نکته، توسط یافته های پژوهش اخیر نیز تأیید می گردد. کسانی که همیشه مشکلات اقتصادی را در مراحل تشخیص و درمان ناباروری تجربه کرده بودند، بیشترین درصد افراد ناسازگار را شامل می شدند. از سوی دیگر وجود والدین همسر در کنار زوج نابارور و تأکید آنها بر مسأله ناباروری، می تواند بر واکنش روانی و سازگاری زن تأثیر داشته و در این پژوهش نیز، هر چند رابطه معنی داری بین ترکیب خانواده و سازگاری زناشویی زنان مورد پژوهش به دست نیامد، اما نمره سازگاری زناشویی افرادی که با والدین همسر زندگی می کردند اندکی کمتر می باشد که البته این ارتباط را باید با در نظر گرفتن عامل ناباروری و فشار خانواده همسر برای بچه دار شدن، مورد ارزیابی مجدد قرار داد.

مقایسه سازگاری زناشویی افراد مورد پژوهش بر حسب مدت آگاهی از مشکل ناباروری و مدت درمان، نشان میدهد که افزایش این دو متغیر موجب کاهش سازگاری زناشویی نمونه ها گردیده، به عبارت دیگر با گذشت زمان از اولین مرحله تشخیص و درمان ناباروری بتدریج نمرات سازگاری افراد کاهش یافته است و این نکته یافته های اسلاید (۳۲) و ساندلوسکی (۱۶) را تأیید می کند، که معتقدند گذشت زمان، موجب تخریب روابط زناشویی زوجها نابارور می شود ولی با یافته های دانی لوک (۸) در تناقض است که معتقد است شرکت در مراحل تشخیص و درمان ناباروری موجب نزدیکتر شدن زوجها به یکدیگر می شود.

داشته و یا از تکنیکهای باروری بهره برده اند، تأییدی است بر یافته های پژوهشگرانی که سقط و شکست درمانها را از عوامل مؤثر در افزایش استرس تجربه شده توسط افراد می دانند. (۱۱،۱۰،۵،۱۴) اگر چه به نظر می رسد برای دریافت نتایج بهتر و بررسی دقیقتر رابطه این متغیرها با استرس ناشی از ناباروری باید پژوهش را در شرایطی تکرار کرد که تعداد افراد موجود در هر گروه بیشتر باشند.

عامل ناباروری و تأثیر آن بر واکنش روانی افراد مورد مطالعه نیز، همواره از موضوعات مورد علاقه پژوهشگران بوده و نتایج پژوهش حاضر، تفاوت معنی داری را در استرس افراد بر حسب عامل ناباروری، نشان نمی دهد. این نکته تأییدی است بر ادعای پژوهشگرانی که استرس زنان بارور را با عامل ناباروری، بی ارتباط دانسته و معتقدند که زنان در هر صورت، استرس زیادی را در اثر ناباروری تجربه می کنند (۹،۷،۱۴).

امید به موفقیت درمان نیز از متغیرهایی است که در این پژوهش، ارتباط معنی داری بین آن و شدت استرس ناشی از ناباروری بدست آمده است. این نتیجه، مشابه یافته های ابی (۹) و کولین (۲۲) بوده که امید به موفقیت درمانها را از متغیرهای مؤثر بر شدت استرس ناشی از ناباروری دانسته اند.

هدف دوم از انجام این پژوهش، بررسی سازگاری زناشویی افراد مورد مطالعه و ارتباط آن با تعدادی از متغیرها می باشد. یافته های این پژوهش نشان میدهد که میانگین نمره سازگاری افراد مورد پژوهش نسبت به میانگین نمرات کسب شده توسط زنان کانادایی از مقیاس DAS در دو پژوهش رایت (۲۹) و بنازون (۱۴) بسیار پایینتر است (بترتیب  $14/34 \pm 21/82$  و  $15/49 \pm 119/9$ ) این یافته ها، ضمن تأیید اختلاف جامعه زنان نابارور ایرانی با سایر جوامع، نشاندهنده تأثیر

از میان متغیرهایی چون سابقه حاملگی ناموفق، استفاده از تکنیکهای باروری، دفعات حاملگی و استفاده از تکنیکهای باروری، تنها سابقه حاملگی ناموفق، ارتباط معنی داری با سازگاری زناشویی افراد مورد پژوهش داشته است و درصد افراد ناسازگار در گروه دارای تجربه ناموفق بیشتر است. این یافته، تا حدودی با نتیجه پژوهش بنزون (۱۴) متفاوت است زیرا او معتقد بود که نتیجه درمان بر سازگاری زناشویی زوج مؤثر می باشد. پژوهشی بر روی ۱۶۵ زوج کانادایی، نتوانسته است رابطه معنی داری را بین نتیجه درمان و سازگاری زناشویی زنان به دست آورد. در نتیجه شکست یا موفقیت درمان آنها می تواند بر سازگاری زناشویی افراد مؤثر بوده و تا حدودی آنرا کاهش دهد.

ارتباط عامل ناباروری با سازگاری زناشویی افراد مورد مطالعه نیز از مواردی است که در این مطالعه، مورد بررسی قرار گرفته و نتایج نشان میدهد، علیرغم زیاد بودن افراد دچار ناسازگاری در گروهی که از ناباروری با عامل مردانه رنج می برند، ارتباط معنی داری بین این متغیر و سازگاری زناشویی نمونه ها، بدست نیامده است. این نتایج تا حدودی با یافته های ادلمن در تناقض است زیرا معتقد است ناباروری با عامل زنانه موجب کاهش سازگاری زناشویی بیماران میشود (۱۵).

امید به موفقیت درمان نیز از متغیرهایی است که ارتباط آن با سازگاری زناشویی افراد نابارور، مورد بررسی قرار گرفته و در این میان رابطه معنی داری بدست نیامده است. اما کمترین نمره سازگاری را کسانی کسب کرده اند که اصلاً امیدی به موفقیت درمان نداشته اند. این نکته تأکید ابی (۹) را بر امید دادن به بیماران نابارور، تأیید می نماید.

هدف سوم از این پژوهش بررسی ارتباط سازگاری زناشویی و استرس ناشی از ناباروری در میان نمونه ها، بوده است. وجود رابطه ای مشخص بین این دو متغیر، ( $r = -0.39$  و  $p < 0.01$ ) فرضیه تحقیق را مورد

تأیید قرار می دهد. ضمن آنکه این یافته با نظریه بنزون (۱۴) در مورد اثر کاهنده استرس ناشی از ناباروری در سازگاری زناشویی افراد، همجهت بوده و نظریه اندریوس (۱۹) را در مورد تأثیر مستقیم استرس زنان نابارور بر عملکرد زناشویی آنها نیز تأیید می نماید. به عبارت دیگر، هر چه افراد، استرس بیشتری را در اثر ناباروری تجربه کنند، سازگاری و عملکرد زناشویی آنها با اختلالات بیشتری مواجه می شود.

با این حال ذکر این نکته ضروری است که در پژوهش حاضر استرس و سازگاری زناشویی زنان مورد پژوهش در مقطع خاصی از زمان، مورد بررسی قرار گرفته است. حال آنکه این نتایج نشان می دهد که متغیر زمان تأثیر بسزایی در واکنش روانی افراد مورد مطالعه دارد. همچنین در این پژوهش تنها میزان تنیدگی و سازگاری زناشویی زنان نابارور مورد بررسی قرار گرفته است. در حالیکه مقایسه میانگین نمرات این بیماران با سایر زنان جامعه ایرانی، می تواند میزان تأثیر ناباروری بر زندگی افراد را بهتر مشخص سازد. بنابراین انجام پژوهشهای مقایسه ای با دو گروه مورد و شاهد و نیز انجام پژوهشهای طولی با نمونه های بیشتر در این زمینه می تواند موضوعی برای پژوهشهای بعدی باشد. نهایتاً اینکه نتایج این مطالعه گویای آنست که افزایش استرس ناشی از ناباروری موجب بروز اختلالاتی در روابط زناشویی و کاهش رضایت از زندگی در زنان می گردد. بنابراین در نظر گرفتن متغیرهایی چون ترکیب خانواده، مشکلات اقتصادی، مدت درمان و سابقه درمانها، که به افزایش این اختلالات منجر می شوند در طی مشاوره هایی که پیش از آغاز مراحل درمانی شروع شده و در طی مدت درمان این زوجها ادامه می یابد، از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد.

## تشکر و قدردانی

با سپاس فراوان، از زحمات مسئولین و کارکنان محترم مرکز درمان ناباروری اصفهان بویژه از آقایان

دکتر احمدی، دکتر نصر و نیز جناب آقای ابطحی کمال تشکر و قدردانی بعمل می آید.

## References

- 1- Tschodin Verena. Conselling for loss and Beravement. Sage publication. First Edition. 1997; pp:64-6.
- 2- Berek J.S., Adashi E.Y., Hillard P.A. Novak's Gynecology, 12<sup>th</sup> Edition. 1996; pp: 475-6.
- 3- Schmidt lone. Infertile couple's assessment of infertility treatment. Acta Obs Gyn Scand. 1998; 77:649-53.
- 4- Greil A.L. Infertility and psychological Distress: a critical review of the literatures. Soc Sci Med. 1997; 45(11):1679-704.
- 5- Beutel M., Kupfer J., Kirchmayer P., et al. Treatment – related stresses and depression in Couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF of ICSI. Andrologia. 1999; 1:27-35.
- 6- Conolly K., Edelmann R., Cook I. Distress and marital problems associated with infertility. Reprod Infant Psychol. 1987; 5:49-54.
- 7- Nachtigall R.D., Becher G., Wozney M. The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. Fertil Steril. 1992; 57(1):113-21.
- 8- Daniluk J.C. Infertility: interpersonal and intrapersonal impact. Fertil Steril. 1988; 49: 982-90.
- 9- Abbey A., Halman L. J., Andrews F.M. Psychosocial treatment and demographic predictors of stress associated with infertility. Fertil Steril. 1992; 57:122-28.
- 10- Thiring P., Beaurepaire J., Jones M., et al. Mood state as a predictor of treatment outcome after IVF/ET. J Psychosom Res. 1993; 37:481-91.
- 11- Beaurepaire J., Jones M., Thiring P., et al. Psychosocial adjusment to infertility and it's treatment male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. J Psychosom Res. 1994; 38:229-40.
- 12- Botvin J., Takefman J.E., Stress level across stages of IVF in subsequently pregnant and nonpregnant women. Fertil Steril. 1995; 68: 802-10.
- ۱۳- محمودی آذر. بررسی و مقایسه عوامل اضطراب آور زنان و مردان نابارور از دیدگاه خودشان در مراجعین به مراکز درمانی نازایی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (۱۳۷۲) صفحه ۹۴.
- 14- Benazon N., wright J., Sabourin S. Stress, sexual satisfaction and Marital adjusment in infertile couples. J Sex Marit Ther. 1992; 18: 273-84.
- 15- Edelmenn R.J. Humphery M., Owens D.J. The meaning of parenthood and Couple's reaction to male infertility. Br J Med Psychol. 1994; 67:291-9.
- 16- Sandelowski M.H., Davis D. Living the life explanation of infertility. Soc Health Hlness. 1990; 12:195-215.
- ۱۷- مهاجری حسن و صارمی ابوطالب. استرس و IVF. مجله دارو و درمان، (۱۳۷۰) سال هشتم. شماره ۱۶، دی ماه، صفحات ۱۴-۶.
- 18- Chiba H. Stress of female infertility: Relations to length of treatment. Obs Gyn Invest. 1997; 43: 171-7.
- 19- Andrews F.M., Abbey A., Halman L.J. Is fertility problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertil Steril. 1992; 57:1247-53.
- 20- Kemman E., Cheron C., Bachman G. Good luck rites in cotemporary infertility. Reprod Med. 1998; 43 (3):196-8.
- ۲۱- صرام، محمد، نازایی، ناباروری، عقیمی، برای خانواده ها. تهران انتشارات امیر کبیر، (۱۳۶۹) صفحه ۱۷
- ۲۲- برنشتاین، فیلیپ اچ و برنشتاین مارسسی، تی. شناخت و درمان اختلافهای زناشویی (زناشویی درمانی). ترجمه حمید رضا سهرابی (۱۳۷۷)، تهران، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا، چاپ اول، صفحات ۷۸-۸۰.
- 23- Coolins A., Freeman E.W., Boxer A.S. et al. Perceptions of infertility and treatment stress in females as compared with males entering IVF treatment. Fertil Steril. 1992; 54:350-6.

- 24- Becker G. Metaphors in disrupted lives: Infertility and cultural Constructions of Continuity. *Med Anthropol Quarterly*. 1994; 8:383-410.
- 25- Downey J., Husami N., Yingling S., et al. Mood disorders, Psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril*. 1989, 52(3):425-423.
- 26- Davis D., Derman J. Coping strategies of infertile women. *Obs Gyn Neonatal Nursing*. 1991; 20(3):221-8.
- 27- Craing S.A. Medical model for infertility Counseling. *Aus Fam Physician*. 1990; 19: 491-501.
- 28- Koropatrick., Daniluk J., Pattinson H.A. Infertility: a transition. *Fertil Steril*. 1993; 59: 163-71.
- 29- Wright J. Psychosocial distress and infertility. Men and women respond differently . *Fertil Steril*. 1991; 55:100-8.
- 30- Hirsch A.M., Hirsch S.M. The effect of infertility on marriage and self canept. *Obs Gyn. Neonatal Nursing*. 1988; 18:13-20.
- 31- Pepe M.V., Byrne J. Women's perceptions of immediate and longterm effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Family Relations*. 1991; 40:303-9.
- 32- Slade P. A 3 Year follow up of emotinal , marital and sexual functioning in couples who were infertile. *Reprod. Infant Psychol*. 1992; 10:233-43.

Archive of SID