

جنبه‌های روانشناختی مقابله و سازگاری با ناباروری و نقش روان‌شناس

محمد نقی فراهانی (Ph.D.)

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم تهران، تهران، ایران.

چکیده

بررسی همه جانبه ادبیات تحقیقی ناباروری، نشان داده است که عوامل روانشناختی کمتر در بروز ناباروری نقش داشته و احتمال نقش استرس در تولید اسپرم و تخم‌گذاری نیز نفی نشده است. همواره تأکید بر این است که عوامل روانشناختی، عامل اصلی در بروز ناباروری نبوده، ولی ناباروری می‌تواند اثرات منفی بر روی سلامت روانی فرد باقی بگذارد. هدف از این مقاله، تعیین نقش عوامل اصلی در سازگاری و مقابله با ناباروری و همچنین نقش روانشناس در این خصوص می‌باشد. در این مطالعه فاکتورهای روانشناختی و رفتاری، نحوه کنترل این رفتارها، استراتژی‌های مقابله با آن و حمایت‌های اجتماعی اشاره می‌گردد. همچنین در این مقاله مشخص می‌گردد که تغییر در تفکر، تغییر در عمل را هم به دنبال خواهد داشت. در این خصوص روانشناس از طریق جلسات شناخت درمانی، افکار فرد نابارور را به سمت پذیرش واقعیت ناباروری خود سوق می‌دهد و در مواردی که علم پزشکی قادر به تغییر وضع موجود نمی‌باشد، به مراجعین کمک می‌کند تا واقعیت ناباروری خود را پذیرفته و با آن سازگار شوند. همچنین حمایت اجتماعی گسترده نیز، در کاهش استرس ناشی از ناباروری تأثیر مثبت و بسزایی دارد.

کل واژگان: ناباروری، عوامل روانی، روانشناس و سازگاری.

آدرس مکاتبه: دکتر محمدنقی فراهانی، خیابان شهید دکتر مفتح، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تربیت معلم تهران، تهران، ایران.

پست الکترونیک: farahani@saba.tmu.ac.ir

مقدمه:

است (۴). واکنش‌های منفی شدید از جمله اندوه، انکار، افسردگی، احساس عصبی بودن، احساس گناه، اضطراب، کاهش کنترل، احساس سرزنش و خودسرنزنی، بی‌کفایتی شخصی و جنسی، تهدید نسبت به عزت نفس، پریشانی در زندگی زناشویی، کنش جنسی مغشوش و مشکلاتی در ارتباط با دیگران شامل احساس خشم نسبت به زوجین دارای کودک می‌باشد (۷).

البته بایستی به مانند سایر موارد بالینی آسیب‌شناسی روانی نقش تفاوت‌های فردی را در میزان، کمیت و کیفیت این واکنش‌ها نیز در نظر داشت.

استرسی که به عنوان یکی از جنبه‌های روان‌شناختی در طول درمان ناباروری ایجاد می‌شود، خود کانون بعضی از تحقیقات بوده است. برنامه‌های درمانی غیر منعطف ناباروری (نیاز به رابطه جنسی صرفاً برای باروری نه بخاطر احساس لذت از مقاربت)، همچنین درمان‌های طولانی و وقت‌گیر، هزینه‌های فوق‌العاده زیاد درمانی و درمان‌های رنج‌آور، بویژه هنگامی که منجر به شکست درمان می‌شود، همگی ایجادکننده استرس شدید در زوجین می‌باشند. تحقیقات نشان می‌دهد که زنان و مردان هر دو گروه، استرس ناشی از درمان را تجربه می‌کنند (۸).

علل رفتاری

علل خطر رفتاری مرتبط با ناباروری به میزان کمتری، مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. در این میان یک استثناء استعمال دخانیات است. اگر چه یافته‌ها تا حدودی متمایز می‌باشد ولی مدارک موجود به اندازه‌ای است که نشان دهد استعمال سیگار بر روی باروری مردان و زنان تأثیرگذار می‌باشد. در ایالات متحده حدود ۳۰٪ زنان در سن باروری به طور منظم دخانیات (سیگار) مصرف می‌کنند. مطالعات اپیدمیولوژی نشان داده است که خطر ناباروری اولیه با کشیدن سیگار افزایش می‌یابد و این میزان در کسانی که سیگار زیادی استعمال می‌کنند (تقریباً یک پاکت در روز) ۷۵٪ بیشتر از غیر سیگاری‌ها است و این میزان برای زنان سیگاری ۵۷٪ بیشتر از زنان غیرسیگاری است (۹). ظاهراً اثرات سیگار در زنان به دلیل تاثیر نیکوتین است. در مردان مقدار معینی از سم تنباکو و هیدروکربن‌های پلی‌سیکلیک آروماتیک^۱ می‌توانند در ایجاد آتروفی بیضه و تغییر در تولید و مورفولوژی اسپرم مؤثر باشد (۹). این مسئله دقیقاً مشخص شده است که کاهش تعداد و کیفیت اسپرم در افراد سیگاری ده مرتبه بیشتر از افراد غیرسیگاری و پنج مرتبه بیشتر از افراد مبتلا به واریکوسل^۲ بوده است (۱۰). دو عامل رفتاری

تعریف پذیرفته شده ناباروری، به ناتوانی در رسیدن به بارداری بعد از ۱۲ ماه مقاربت جنسی منظم بدون استفاده از هیچگونه وسایل جلوگیری از بارداری می‌باشد (۱). مطالعات ملی سرشماری نشان داده، در ایالت متحده حدود ۱۴-۱۳ درصد زوجها دارای مشکل باروری می‌باشند (۱) و این تخمین با مطالعات انجام شده در بریتانیا یکسان بوده است (۲). این آمار نشان می‌دهد که ناباروری یک تجربه دردناک برای گروه زیادی از زوجها می‌باشد.

آمار کلی ناباروری در خلال ۲۵ سال گذشته تغییرات اندکی داشته است. با این وجود تعداد پزشکیانی که افراد نابارور را معاینه می‌کنند، به طور مداوم افزایش یافته (در ایالات متحده از سال ۱۹۶۸ تا ۱۹۸۸ تقریباً از ۶۰۰/۰۰۰ نفر به ۱/۶ میلیون نفر افزایش یافته است) و تعداد زوج‌هایی که برای درمان مراجعه می‌کنند، هر روز افزایش می‌یابد. برای تعداد بیشتری از زوجین (۹۰-۸۰ درصد) تشخیص پزشکی و احتمال رسیدن به بارداری به ۵۰٪ افزایش یافته است (۳). آمار کاملاً دقیقی از درصد مردان یا زنان جامعه نابارور وجود ندارد (۴)، ولی بر اساس مطالعات اپیدمیولوژیک تخمین زده می‌شود که حدود ۴۰-۳۰ درصد ناباروری به عوامل مردانه و در حدود ۵۰-۴۰ درصد به عوامل زنانه مربوط است و در حدود ۱۰ درصد موارد ناشی از علل ناشناخته در زن یا مرد می‌باشد (۳).

فاکتورهای روانشناختی و رفتاری ناباروری

فاکتورهای روانشناختی: تا سالهای اخیر، علت ناباروری در بیشتر موارد بخصوص زمانی که هیچگونه تشخیص پزشکی وجود نداشت به عوامل روان‌شناختی ربط داده می‌شد (۳) و تأکید عوامل روان‌شناختی بیشتر بر روی ناباروری زنان متمرکز گشته و فرض بر این بود که ناباروری به دلیل عواملی از قبیل هویت جنسی ناقص^۱، تعارض نقش مادرانه^۲ یا آشفتگی‌های شخصیتی^۳ از قبیل نوروtizم^۴ می‌باشد. اما تحقیقات اخیر نقش این عوامل را در ابعاد ناباروری کم‌رنگ کرده است. بررسی در ادبیات تحقیق در طی سی سال گذشته نشان می‌دهد که بسیاری از عوامل روانشناختی نقشی در ناباروری نداشته و ندارد (۵). چنین نتیجه‌گیری در ادبیات تحقیق در سالهای اخیر نیز به وضوح بیان گردیده است (۶). اگر چه عوامل روانشناختی علت اصلی ناباروری نمی‌باشد، ولی می‌تواند از ناباروری تأثیرپذیر بوده و سلامت روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۷). مشاهدات بالینی و همچنین ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که واکنش نسبت به ناباروری با عکس‌العمل‌های منفی شدیدی همراه

1- Impaired sexual identity

2- Maternal role conflict

3- Personality disturbances

4- Neuroticism

1- Polycyclic aromatic hydrocarbons

2- Varicocele

برسند که هیچگونه کنترلی بر ناباروری خود ندارند و این خود می‌تواند میزان همکاری آنها را در درمان ناشی از استرس به حداقل برساند.

در روان‌شناسی شخصیت (آسیب‌شناسی روانی) مفهوم اسناد یکی از مفاهیم کلیدی در کنترل ادراک فرد شناخته شده است. نظریه‌های اسناد به استنباط علی یا دلایل متصور برای یک رویداد، مربوط است. از این رو در نظریه‌های اسناد تلاش می‌شود، روشن شود که چگونه افراد به سؤالی همچون سؤال مورد نظر یعنی ناباروری پاسخ می‌دهند. چرا من فردی نابارور هستم؟ آیا ناباروری من ناشی از خود من است و یا ناشی از عوامل خارج از من؟ و سوالهای دیگری از این قبیل برای فرد مطرح می‌شود.

موضوع استنباطهای علی هم به روان‌شناسی شخصیت مربوط بوده و هم به روان‌شناسی اجتماعی مربوط می‌شود. مثلاً پاسخ به این پرسش که چرا من نابارور می‌باشم؟ یقیناً بر عزت نفس فرد تأثیر خواهد گذاشت و از طرف دیگر عزت نفس هم به چگونگی پاسخ بر این سؤال "چرا من نابارور می‌باشم؟" تأثیر می‌گذارد (۱۱). بر اساس فرآیند اسناد، موفقیت‌ها را به خود و شکست‌ها را به خارج از خود نسبت می‌دهند. فرآیند اسناد می‌تواند بر اساس یک سوگیری لذت‌مندی^۱ و یا دفاع از خود باشد. در مثال سوال اینکه چرا من نابارورم؟ به دلیل اینکه عامل این بدبختی پدر و مادر من هستند و یا توضیحاتی از این قبیل و یا اگر من بارورم بر اینکه من آدم خوشبختی هستم اسناد داده می‌شود.

الگوهای اسنادی لذت‌مندی دیگری، مانند اسناد موفقیت به عوامل پایدار (باثبات) و شکست به علل ناپایدار یا الگوهای موقتی نیز وجود دارد. برای مثال ممکن است ناباروری را به علل ناپایدار یا موقتی و یا به این باور رسیده باشند که ناباروری آنها یک امر موقتی است و جنبه پایدار ندارد. در مقایسه با کسانی که ناباروری خود را به یک امر پایدار و غیرقابل تغییر نسبت می‌دهند، کوشش چندانی برای درمان ناباروری خود انجام نمی‌دهند. احتمال ایجاد تغییر در گروه اول درمان‌کنندگان بسیار زیاد است. زیرا آنها معتقد هستند اگر نتوانسته‌اند ناباروری خود را درمان نمایند بخاطر عدم صلاحیت و شایستگی پزشک معالج آنها بوده است ولی گروه دوم در صدد درمان بر نمی‌آیند، زیرا این نقص را به خود نسبت داده و این باعث می‌شود که در جهت درمانهای پزشکی تلاش لازم را انجام نداده و آمادگی بیشتری برای بروز اختلالات روانی داشته باشند.

یکی از مباحث دیگر در پدیده اسناد، چشم انداز عامل-ناظر است. در این فرض عاملان تمایل زیادی دارند به اینکه اعمال خود را به شرایط موقعیتی خاص اسناد دهند درحالی‌که ناظران تمایل دارند عمل را به آمادگی‌ها و گرایش‌های پایدار اسناد دهند. بنابراین

دیگر که به طور مکرر در مطالعات مربوط به ناباروری مورد توجه قرار گرفته است، سوء تغذیه و تمرینات بدنی می‌باشند. تمرینات ورزشی (ورزش شدید و مستمر) در نتیجه اثرات مستقیم آندروفین ترشح‌کننده‌های غده هیپوفیز با علت مشکل تخمک‌سازی و یا به صورت غیرمستقیم از طریق محدودیت‌های کالری و از دست دادن وزن اثر خود را اعمال می‌کند. فشارهای اجتماعی که به زنان جهت کاهش وزن وارد می‌شود و می‌تواند آنها را به سوی کاهش بیش از اندازه وزن سوق داده که میزان ابتلا به ناباروری را در آنان افزایش می‌یابد.

دو عامل دیگری که بر روی ناباروری مردان تأثیرگذار است، اثر دما بر روی بیضه‌ها و فراوانی فعالیت‌های جنسی است. گرما به عنوان عاملی جهت نقص اسپرماتوژنز پدیده‌ای است که به خوبی شناخته شده است. استحمام مکرر با آب خیلی داغ، سونا و استخرهای آب گرم طولانی، همچنین لباس‌های زیرتنگ نیز ممکن است از عوامل تأثیرگذار باشند. حتی کارهای طولانی که مستلزم نشستن خیلی زیاد باشد ممکن است باعث افزایش دما در ناحیه بیضه‌ها گردد. در ارتباط با فراوانی فعالیت جنسی نشان داده شده است که فراوانی و حتی انزال‌های مکرر روزانه بر روی کیفیت اسپرم در مردان بارور تأثیری ندارد با این وجود، مردان نابارور ممکن است یک کاهش معنی‌داری را در توانایی باروری خود از طریق انزال متعدد، تجربه نمایند.

نهایتاً، بیماریهای مقاربتی (از قبیل سیفلیس، سوزاک و ...) که از طریق انجام اعمال جنسی غیر ایمن در مردان و زنان صورت می‌گیرد میتواند یک عامل جلوگیری از باروری باشد (۳). روان‌شناسان می‌توانند نقش با ارزشی از طریق اجرای برنامه‌های آموزشی در جلوگیری و پیش‌گیری از ناباروری داشته باشند.

جنبه‌های روان‌شناختی سازگاری و مقابله ای ناباروری و نقش

روان‌شناس

برای روان‌شناسی که با افراد نابارور سر و کار دارد اولین نقش، فراهم آوردن سازگاری با پدیده ناباروری و درمان آن است. درحال حاضر به نظر می‌رسد که روان‌شناس می‌تواند بر روی سه عامل مداخله‌کننده درمانی استرس ناشی از ناباروری و جلوگیری از ادامه استرس نقش داشته باشد: این سه عامل عبارتند از: ادراک کنترل، استراتژی مقابله و حمایت اجتماعی.

اگرچه افراد نابارور ممکن است در درمانهای پزشکی همکاری لازم را داشته باشند ولی این چنین همکاری به معنی همکاری روان‌شناختی آنها نمی‌باشد. تجربه ناباروری، تجربه دردناکی است که باور و ادراک فرد را از کنترل پدیده مورد نظر به چالش فرا می‌خواند. به این صورت که ممکن است افراد نابارور به این نتیجه

1- Hedonic bias

خود سرزنشی^۲ پدیده‌ای است که بدنبال ناباروری بخصوص در زنان گزارش شده است (۷). خود سرزنشی هنگامی به وقوع می‌پیوندد که فرد خود را موجودی حقیر و ضعیف می‌پندارد. اما بایستی بین دو نوع خود سرزنشی، خود سرزنشی منشی و خود سرزنشی رفتاری تفاوت قایل شد. در خود سرزنش منشی فرد خود رامسئول پدیده ناخواسته میدانند و آن را یک امر پایدار و غیر قابل کنترل ارزیابی می‌کند در حالیکه در خود سرزنشی رفتاری، فرد خود رامسئول پدیده ناخواسته میدانند ولی آن را یک امر ناپایدار و کنترل پذیر تلقی می‌کند.

در پژوهشی که بر روی بزرگسالان صورت گرفته است، افرادی که برای بازده‌های منفی خود از اسنادهای خود سرزنشی استفاده می‌کنند، از فرآیندهای مقابله‌ای^۳ ضعیف‌تری برخوردار می‌باشند. آنها درباره خودشان احساس خوبی نداشته و افسرده‌تر می‌باشند، در حالیکه افراد دارای اسناد خود سرزنشی رفتاری، اینگونه نبودند (۱۴). در پدیده ناباروری افرادی که خود را برای ناباروری خود مورد سرزنش قرار میدهند ولی آن را یک امر ناپایدار و تغییرپذیر و کنترل پذیر می‌دانند، در این موارد روان‌شناس بهتر می‌تواند آنها را به ادامه معالجات پزشکی تشویق نماید، در حالیکه در افراد دارای خود سرزنشی منشی، خیلی مشکل و سخت ناباروری خود را می‌پذیرند و نیازمند جلسات درمانی زیادتری در مقایسه با گروه اول هستند، تا بتوان آنها را برای معالجات پزشکی تشویق و ترغیب نمود.

از مباحث مطرح دیگر در نظریه اسناد، درماندگی آموخته شده است که بوسیله Abramson و همکاران مطرح شد (۱۵). آنان مطرح کردند که اسناد در درماندگی آموخته شده و افسردگی نقش اساسی دارد. وقتی که فردی خودش را درمانده می‌پندارد، از خود می‌پرسد چرا درمانده است؟ این اسناد علی‌الوجه کلیت و مزمن بودن نواقص درماندگی و همینطور عزت نفس وی را تعیین می‌کند و اسناد شکست و ناتوانی به علی‌الوجه که در طول زمان تغییر نمی‌کند. (ثبات علی) و به علی‌الوجه که در موقعیت‌های مختلف پدیدار می‌شود (کلی بودن اسناد) و بیانگر غیر انطباقی بودن^۴ فرایند اسناددهی است. از سویی دیگر اسنادهای شکست که بیرونی، ناپایدار و خاص هستند انطباقی و سازشی تلقی می‌شوند. با توجه به سبک تبیینی، افراد به دو دسته خوش‌بین و بدبین تقسیم می‌گردند: افرادی که بازده‌های^۵ منفی را درونی^۶ می‌پندارند (من باعث شدم) و پایدار (همیشه همین‌طور خواهد بود) و کلی (بر بخش‌های زیادی از

فرض شده است که عامل و ناظر از تلاش اسنادی یکسانی استفاده می‌کنند و هر دوی آنها در تلاش هستند تا حدودی رفتار مشاهده شده را توضیح دهند. در پاسخ به چرا، این چنین فرض شده است که این تفاوت‌ها ناشی از چشم انداز فرد ادراک کننده است. عاملان موقعیت را به عنوان علت می‌بینند، در حالیکه ناظران، فرد را به عنوان علت درک می‌کنند.

درخصوص پدیده ناباروری، هنگامی که یکی از زوجین نابارور است. زوج نابارور، ناباروری خود را به عوامل موقعیتی از قبیل نداشتن زوج مناسب برای بچه‌دار شدن و از این قبیل نسبت می‌دهند، بخصوص این مسئله در مردان نابارور موضوعیت بیشتری پیدا می‌کند. در نقطه مقابل مردی را که نابارور نیست، ناظر ناباروری را به همسر نابارور خود اسناد می‌دهد. در اینجا وظیفه روانشناس متقاعد کردن زوجین به درک یکسان از پدیده مورد نظر است. تا آنها به این باور برسند که با مشکل مشترکی روبرو هستند و بایستی هر دوی آنها در میزان پذیرش مسئله به درک یکسان نایل آیند و از این طریق بتوانند بهتر به درمان‌های پزشکی ادامه دهند. یکی از تفاوت‌های فردی افراد در سبک اسناد به منبع کنترل^۱ آنها مربوط است. اسناد کنترل از یک جهت با اسناد علیت متفاوت است. در حالیکه در اسناد علیت به میزان تعیین کنندگی عوامل درونی و بیرونی پدیده توجه دارد، در اسناد کنترل به میزان مسئولیت پذیرش عوامل درونی و بیرونی تأکید می‌کنند (۱۲).

طی مطالعات Rotter (۱۳) مشخص شد که افراد با منبع کنترل درونی و بیرونی در انجام تکالیف مهارتی و تکالیف شانس‌مندی متفاوت عمل میکنند. برای مثال بدنبال شکست در تکالیف مهارتی، انتظار موفقیت در آینده کاهش یافته، در حالیکه انتظار موفقیت و یا شکست در یک تکلیف شانس‌مندی در همان سطح باقی مانده و یا حتی افزایش می‌یابد (مثل قمار کنندگان). Rotter از پژوهش‌های آزمایشگاهی به این نتیجه رسید که بعضی از افراد زندگی را مرکب از تکالیف مهارتی می‌بینند در حالیکه بعضی دیگر، پیامدهای زندگی را در سیطره بخت، اقبال و شانس میدانند. بنابراین در دیدگاه ناباروری، اگر شخص به این باور رسیده باشد که ناباروری نتیجه شانس و اقبال بوده است احتمال موفقیت و شکست باروری رایکسان میدانند در حالیکه اگر ناباروری را نتیجه عوامل مشخص پزشکی بدانند که برای موفقیت در آن کاری از دست او ساخته نیست و اگر در معالجات پزشکی با شکست مواجه شود، ادامه درمان از طرق دیگری که ممکن است علم پزشکی بدست آورده باشد را نیز دیگر دنبال نمی‌کند.

2- Self blame
3- Coping
1- Maladaptive
2- Outcomes
3- Internal

1- Locus of control

پیش‌گیرانه را جهت آموزش افکار عمومی برای تقلیل و میزان آسیب در مورد افراد نابارور مورد توجه قرار دهد. روشهای درمانی اسنادی تحت تأثیر این اصل بنیادین می‌باشند که افکار، در این مورد (اسنادهای علی) رفتار را جهت می‌دهد. بنابراین تغییر در تفکر، تغییر در عمل را هم بدنبال خواهد داشت. بنابراین هدف روشهای درمانی اسنادی جایگزین کردن اسنادهای علی سازگار به جای اسنادهای علی ناسازگار است. در خصوص ناباروری، روانشناس وظیفه دارد که از طریق جلسات شناخت درمانی، افکار مراجعین نابارور را به سمت پذیرش واقعیت ناباروری خود سوق دهد و در عین حال از طریق کمک به پزشک معالج تا آنجا که ممکن است مراجعین را در مواردی که امکان پزشکی قادر به تغییر وضع موجود نیست، به مراجعین کمک کند تا واقعیت ناباروری خود را پذیرفته و با آن سازگار شوند. علاوه بر عامل کنترل و استراتژی مقابله‌ای، زمینه اجتماعی که ناباروری در آن اتفاق می‌افتد نیازمند توجه بیشتری است. تحقیقات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی گسترده و با کیفیت مناسب و در عین حال تعارضات اندک زناشویی در کاهش میزان استرس ناشی از ناباروری تأثیر مثبت و بسزایی دارد (۸). کیفیت ارتباطات بین زوجین و دل‌بستگی آنان با یکدیگر به عنوان یک عامل حمایت اجتماعی در میزان کاهش استرس ناشی از ناباروری نقش داشته است. علاوه بر این روانشناس می‌تواند زوجین نابارور را در شبکه‌ای از افراد مبتلا به ناباروری قرار داده تا از این طریق این افراد بتوانند راه‌حلهایی که منجر به سازگاری بعضی از این زوجین نابارور شده است را به دیگران نیز منتقل نمایند. علاوه بر این روانشناس از طریق ارتباط با شبکه‌های پزشکی ناباروری آخرین کمکهای پزشکی که می‌توان به این افراد ارائه داد را منتقل نماید و آنها را به استفاده از این روشها تشویق نماید. شاید به عنوان آخرین نکته دور از انتظار نیست که در هر مرکز درمان ناباروری وجود یک روانشناس، امری اجتناب ناپذیر تلقی شود.

تشکر و قدردانی

از برگزارکنندگان سمپوزیوم جنبه‌های روانشناختی ناباروری و دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران به جهت امکان ارائه این مقاله در کنفرانس مذکور تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

زندگیم تأثیر دارد) فرض می‌کنند، دارای اسناد تبیینی بدبینانه هستند. درمقابل افرادی که به طور نوعی رویدادهای منفی را بیرونی، ناپایدار و به علل خاص اسناد می‌دهند دارای اسنادخوش‌بینانه^۱ هستند.

در پدیده ناباروری کسانی که دارای سبک تبیینی بدبینانه هستند، خود را مقصر میدانند (من باعث ناباروری خود شدم) و هیچوقت وضعیت تغییر پیدا نخواهد کرد، حتی خدمات پزشکی قادر به تغییر آن نیست (غیرقابل تغییر) و ناباروری را امری میدانند که در تمام شئون زندگی خود دخیل دانسته و آن را به بخش‌های مختلف زندگی خود تسری می‌دهند. در نقطه مقابل کسانی که دارای سبک تبیینی خوش‌بینانه هستند خود رامقصر ندانسته، بلکه عواملی خارج از کنترل خود را، مسئول این پدیده می‌دانند (من باعث ناباروری خود نیستم) و معتقدند که وضعیت اینگونه خواهد ماند و از طرق مختلفی از جمله خدمات پزشکی و درمانی قادر به تغییر آن خواهند بود. ناباروری امری است خاص و ربطی به سایر شئون زندگی آنها ندارد. این افراد از سایر قسمت‌های زندگی خود لذت برده و احساس درماندگی و افسردگی کمتری را در مقایسه با گروه اول تجربه خواهند کرد. اقدامات درمانی برای گروه اول حیاتی‌تر بوده و خدمات روان‌شناختی برای آسیب هرچه کمتر توصیه می‌گردد.

شاید آخرین موضوعی که رابطه بین اسناد و ناباروری را برجسته می‌کند، رابطه بین منبع علیت و حفظ عزت نفس در گروه‌های انگ‌دار است. منظور از گروه‌های انگ‌دار افرادی را شامل می‌شود که از لحاظ یک ویژگی برجسته و از طرف مردم انگشت نما شده‌اند، که از این جمله افراد چاق، افراد بدقیافه، افراد ناتوان در یادگیری، بیماران روانی و ... هستند.

دلایل زیادی وجود دارد که چنین گروه‌هایی دارای عزت نفس پائین هستند زیرا احساس ارزشمندی تا حدودی بوسیله گروه‌های اجتماعی نخستین فرد تعیین می‌گردند. هر چند بعضی از تحقیقات نشان داده‌اند پیشداوری بر علیه گروه‌های انگ‌دار یا گروه‌های سرکوب شده به عزت نفس پائین این گروه‌ها منجر نمی‌شود (۱۶).

در هر صورت افراد نابارور در جامعه ممکن است به عنوان افرادی انگ‌دار معرفی شوند که عزت نفس را در این افراد پائین آورده و به نوبه خود باعث عدم اقدام جدی برای درمانهای پزشکی شود. این مسئله بخصوص در مورد مردان نابارور هنگامی که در جامعه، بارور بودن مساوی با قدرت مردانه تلقی می‌شود می‌تواند برای مردان آسیب‌زا باشد. در هرگونه اقدام درمانی بایستی جنبه‌های

References

- 1- Mosher W.D. and Prantt W.F. Fecundity and infertility in the United States, 1965-1988. Advance data from vital and health statistics, No. 192 December 4, Hyarrsville M.D.: National Center for Health Statistics. 1990.
- 2- Greenhall E. and Vessey M. The prevalence of subfertility: a review of the current confusion and a report of two new studies. Fertil Steril. 1990; 54: 978-83.
- 3- U.S. Congress, Office of Technology Assessment. Infertility: medical and social choices. OTA-BA-358. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office. 1988.
- 4- Taymor M.L. Infertility: a clinician's guide to diagnosis and treatment. New York: Plenum Medical Book Company. 1990.
Ph.D. thesis, the University of New South Wales, Australia.
- 5- Noyes R.W. and Chapnick E.M. Literature on psychology and infertility: a critical analysis. Fertil Steril. 1964; 15:543-58.
- 6- Edelmann R.J. and Connolly K.J. Psychological aspects of infertility. Br J Med Psychol. 1986; 59:209-19.
- 7- Dunkel-Schetter C. and Lobel M. Psychological reaction to infertility. In A.L. Stanton and Dunkel-Schetter C. (Eds). Infertility: perspective from stress and coping research. New York: Plenum Press. 1991; 29-57.
- 8- Abbey A., Halman L.J. and Andrews F.M. Psychological, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. Fertil Steril. 1992; 57:122-8.
- 9- Seibel M.M. Workup of the infertile couple, In M. Siebel (Ed). Infertility: a comprehensive text. Norwalk C.T.: Appleton 7Lance. 1990; 1-21.
- 10- Klaiber E.L., Broverman D.M., Pokoly T.B., et al. Interrelationships of cigarette smoking, testicular varicocele and seminal fluid indexes. Fertil Steril. 1987; 47:481-6.
- 11- Weiner B. and Graham S. Attribution in personality psychology (Eds) in L. Pervin and O.P. John Handbook of personality: theory and research. Guilford press. New York.
- 12- Farahani M.N. The relationship of locus of control extraversion neuroticism with the academic achievement of Iranian student.
- 13- Router J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Pschol. 1966; 80:1-28.
- 14- Anderson C., Miller R., Riger A., et al. Behavioral and characterological attributional styles as predictors of depression and loneliness. J Personality Soc Psychol. 1994; 66: 549-58.
- 15- Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Tesdale J. Learned helplessness in humans. Critique and reformulation. J Abnor Psychol. 1978; 87: 49-74.
- 16- Crocker J., Major B. Social stigma and self esteem: the self protective properties of stigma. Psychol review. 1989; 96: 608-30.