

## The Comparison of Infertility Stress and Perceived Social Support in Infertile Women and Spouses of Infertile Men

Leila Amini<sup>1</sup>, Behzad Ghorbani<sup>2</sup>, \*Bahare Afshar<sup>3</sup>

### Abstract

**Background & Aims:** Infertility is a stressful condition, which could adversely affect the mental health of couples. Although the diagnosis and treatment fertility may be a frustrating crisis affecting both spouses and causing mental distress, a sense of loneliness, disappointment, and lack of control, it seems that these issues are more apparent in women than men since the physical and mental burden of infertility and the consequences of the possible failure mostly falls on women. Women (especially in eastern communities and Iranian women) live in a culture in which having a child and fertility are revered more than other communities. Even when a woman is fertile and has an infertile spouse, infertility stress is experienced similarly since regardless of the cause of infertility, the outcome is eventually is childlessness. The social stigmas experienced by infertile women become more intense when they do not enjoy familial support, causing depression in these women. Therefore, the social support of these individuals could play a key role in their adaptation process to the issue of infertility. In Iran, several studies have been focused on the quality of life and psychological issues of infertile individuals, while most of these studies have investigated the psychological issues of infertile women without much regard for the spouses of infertile men. The present study aimed to compare infertility stress and perceived social support in infertile women and the spouses of the infertile men referring to Akbar Abadi Teaching Hospital in Tehran, Iran.

**Materials & Methods:** This cross-sectional study was conducted on 164 infertile women and 93 spouses of infertile men referring to the infertility clinic of Akbar Abadi hospital in Tehran during 2015-2016. After obtaining the required permit from Iran University of Medical Sciences by the researcher and co-researcher, they visited the clinic on working days for sampling. After providing the necessary explanations to the hospital authorities and conforming to ethical principles (e.g., obtaining written consent), continuous sampling was performed until the completion of the sample size. The inclusion criteria were the Iranian nationality of the couples, infertility in only one spouse, willingness to participate in the study, absence of chronic physical diseases or known mental disorders, and no consumption of the medications affecting the nervous system by the couples. The subjects were allowed to withdraw from the study at any stages. Data were collected using a demographic questionnaire, Newton infertility stress inventory, and the functional social support questionnaire, which were completed in a self-report manner or with the help of the researcher, enquiring the subjects, and review of their medical records. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive and inferential statistics, including Chi-square and independent t-test at the significance level of  $P < 0.05$ .

**Results:** No significant differences were observed between the two study groups in terms of age (infertile women:  $31.24 \pm 5.68$  years; spouses of infertile men:  $30.79 \pm 5.19$  years), duration of marriage (infertile women:  $7.29 \pm 4.81$  years; spouses of infertile men:  $7.54 \pm 4.13$  years), duration of infertility (infertile women:  $4.52 \pm 4.01$  years; spouses of infertile men:  $4.66 \pm 3.45$  years), education level, occupation status, and economic status. In addition, 63.6% of the infertile women and 77.3% of the spouses of infertile men had primary infertility, while no significant difference was observed between the groups in this regard. No significant differences were denoted between the groups in terms of the scores of the subscales of infertility stress, including social concerns, sexual concerns, communicational concerns, and concerns regarding the lifestyle without a child, with the exception of the subscale of the need for parenthood ( $P = 0.038$ ). In addition, the total score of infertility stress had no significant difference between the study groups ( $P = 0.043$ ). The comparison of the mean perceived social support in the infertile women and spouses of infertile men indicated no significant difference in this regard.

<sup>1</sup>. Associate Professor, Nursing Care Research Center (NCRC), School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>. Assistant Professor, Reproductive Biotechnology Research Center, ACECR Avicenna Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

<sup>3</sup>. MS Student of Midwifery Counseling, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (\*Corresponding author) Tel: 09128701574 Email: bahar.afshar1372m@gmail.com

**Conclusion:** Although it seems that regardless of the male or female cause of infertility, women experience stress in case of infertility, the overall stress and stress induced by the need for parenthood were higher in the infertile women compared to the spouses of the infertile men. According to the results, the spouses of the infertile men were as stressed as the infertile women in many subscales of infertility. This could be due to the fact that even when the male gender is the cause of infertility, diagnostic and therapeutic procedures are often imposed on women, which increases their concerns compared to their spouses. In the face of infertility stress, women react through anxiety, stress, depression, and grief. One of the major causes of such stress in these women is the fear of divorce and loss of the ability of motherhood. Since pregnancy and the motherhood role are exclusive to women, social expectations are higher in the case of women compared to men, and the fear of the stigma of infertility is more severe in women. It could be stated that due to cultural components and the pre-defined social expectations, the foremost expectation and predicted role for married men and women is to have a child, and lack thereof is frowned upon in the Iranian culture. This shows that in the Iranian culture, the inability to have a child is synonymous with the absence of a fruitful life. Although social support could diminish the stress of infertile individuals, they may still feel the emptiness of their childless life in private, which in turn adversely affects marital relations. Furthermore, it seems that having a child is more important to women than men, and men are able to cope with a childless life more easily than women. Regardless of the cause of infertility, the findings of this study indicated that social support in both the infertile women and spouses of infertile men was similar.

**Keywords:** Infertility, Social Support, Stress, Depression, Anxiety

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Amini L, Ghorbani B, Afshar B. The Comparison of Infertility Stress and Perceived Social Support in Infertile Women and Spouses of Infertile Men. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 32(122):74-85.

Received: 19 Nov 2019

Accepted: 15 Feb 2020

## مقایسه استرس ناباروری و حمایت اجتماعی درک شده زنان نابارور و همسران مردان نابارور

لیلا امینی<sup>۱</sup>، بهزاد قربانی<sup>۲</sup>، \*بهاره افشار<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** ناباروری، یک موقعیت استرس آور بوده که می‌تواند سلامت روانی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد. اگرچه تشخیص و درمان ناباروری، بحرانی فرسایشی بوده که هر دو زوج را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در آنها ایجاد فشار روانی و استرس، احساس تنهایی و ناامیدی و عدم کنترل می‌نماید؛ و لیکن به نظر می‌رسد این مسایل در زنان بیشتر از مردان رخ می‌دهد چرا که به هر حال، بار جسمی و روانی درمان‌های ناباروری و عواقب شکست احتمالی ناشی از آن بیشتر گریبان گیر زنان می‌شود. زنان و به خصوص زنان جوامع شرقی و از جمله زنان ایرانی که در فرهنگ آن‌ها، داشتن فرزند و باروری نسبت به دیگر جوامع، بسیار با ارزش‌تر محسوب می‌شود، حتی زمانی که زن بارور بوده و علت ناباروری مردانه باشد، به طور مشابهی استرس ناباروری را تجربه می‌کنند؛ چرا که در نهایت، صرف نظر از عامل ناباروری، نتیجه، نداشتن فرزند است. استیگما یا برچسب اجتماعی که زنان نابارور دریافت می‌کنند، در صورتی که در شرایط کاهش حمایت خانواده باشند، شدیدتر بوده و باعث ایجاد افسردگی در زنان نابارور می‌شود. بنابراین، حمایت‌های اجتماعی از این افراد می‌تواند به عنوان عنصر کلیدی در فرآیند تطبیقی آنها با مشکل ناباروری محسوب گردد. در ایران، مطالعات گوناگونی در زمینه کیفیت زندگی و مسایل روانشناختی افراد نابارور انجام شده است اما اغلب این مطالعات به بررسی مسایل روانی در زنان نابارور پرداخته و در عمل عملاً همسران مردان نابارور مورد توجه واقع نشده‌اند یا کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. هدف از این مطالعه مقایسه استرس ناباروری و حمایت اجتماعی درک شده در زنان نابارور و همسران مردان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شهید اکبر آبادی تهران بود. روش بررسی: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۶۴ زن نابارور ۹۳ نفر از همسران مردان نابارور مراجعه کننده به درمانگاه ناباروری شهید اکبر آبادی شهر تهران در سال ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. پژوهشگر و کمک پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایران، در روزهای فعال درمانگاه به محیط نمونه‌گیری مراجعه نموده و پس از ارائه توضیحات لازم به مسئولین بیمارستان و رعایت مسائل اخلاقی نظیر کسب رضایت نامه کتبی، نمونه گیری را به روش مستمر تا تکمیل حجم نمونه‌ها ادامه دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی زوجین، عامل ناباروری صرفاً زن و یا صرفاً مرد و تمایل به شرکت در مطالعه، مبتلا نبودن به هرگونه بیماری جسمی مزمن و یا بیماری روانی شناخته شده، مصرف نکردن داروهای مؤثر بر اعصاب و روان و یا روان گردان توسط زوجین بود. افراد در هر مرحله‌ای از مطالعه می‌توانستند از ادامه شرکت انصراف داده و از مطالعه خارج شوند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل فرم مشخصات فردی، پرسشنامه استرس ناباروری Newton و همکاران و پرسشنامه حمایت اجتماعی عملکردی بود که به شکل خودگزارش دهی و یا توسط کمک پژوهشگر و با پرسش از خود افراد و مراجعه به پرونده پزشکی آنان تکمیل شد. سپس ارتباط هریک از متغیرهای مورد مطالعه بر طبق اهداف و سئوالات پژوهش، مورد سنجش و بررسی قرار گرفت. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی- استنباطی نظیر آزمون‌های تی مستقل و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.  $P < 0/05$  به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. استادیار پژوهشکده بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشگاه فن آوری‌های نوین جهاد دانشگاهی ابن سینا، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

(\*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۲۸۷۰۱۵۷۴ E-mail: bahar.afshar1372m@gmail.com

**یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از نظر سن (زنان نابارور  $5/68 \pm 31/24$  سال و همسران مردان نابارور  $5/19 \pm 30/79$  سال)، طول مدت ازدواج (زنان نابارور  $4/81 \pm 7/29$  سال و همسران مردان نابارور  $4/13 \pm 7/54$  سال)، طول مدت ناباروری (زنان نابارور  $4/01 \pm 4/52$  سال و همسران مردان نابارور  $3/45 \pm 4/66$  سال)، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی تفاوت معنی‌داری نداشتند. همچنین  $63/6$  درصد زنان نابارور و  $77/3$  درصد همسران مردان نابارور دارای ناباروری اولیه بودند که بین دو گروه از نظر این متغیر نیز تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. علاوه بر این، نمرات تمامی حیطه‌های استرس ناباروری شامل نگرانی اجتماعی، نگرانی جنسی، نگرانی ارتباطی و نگرانی از سبک زندگی بدون فرزند به جز حیطه نیاز به والد شدن ( $P=0/038$ ) و نمره کل استرس ناباروری ( $P=0/043$ ) در بین دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. همچنین مقایسه میانگین حمایت اجتماعی درک شده در زنان نابارور و همسران مردان نابارور شرکت کننده در پژوهش نشان داد که دو گروه از این نظر نیز دارای اختلاف آماری معنی‌داری نبودند.

**نتیجه‌گیری کلی:** اگرچه به نظر می‌رسد صرف نظر از عامل مردانه و یا زنانه ناباروری، زنان در موارد مواجهه با ناباروری دچار استرس هستند ولیکن استرس کلی و استرس نیاز به والد شدن در زنان نابارور نسبت به همسران مردان نابارور بالاتر می‌باشد. مطالعه حاضر نشان داد که همسران مردان نابارور در بسیاری از حیطه‌ها به اندازه زنان نابارور دچار استرس می‌باشند. این مسأله می‌تواند ناشی از آن باشد که حتی در زمانی که عامل ناباروری مردانه است، اعمال تشخیصی و درمانی غالباً بر دوش زنان سنگینی می‌کند و زنان نسبت به همسرانشان نگرانی‌های بیشتری را تجربه می‌کنند. در حقیقت زنان در مواجهه با ناباروری عکس العمل‌هایی نظیر اضطراب، استرس، افسردگی و اندوه را نشان می‌دهند. از مهمترین علل ایجاد استرس در این زنان، ترس از طلاق و احساس از دست دادن قابلیت مادر شدن است. این حقیقت وجود دارد که از آنجا که بارداری و نقش مادری مختص زنان است، توقعات اجتماعی از زنان بیشتر از مردان بوده و ترس از انگ اجتماعی نازایی در زنان بالاتر است. شاید بتوان گفت که به سبب مؤلفه‌های فرهنگی و انتظارات تعریف شده اجتماعی، اولین انتظار مهم و نقش پیش بینی شده برای زنان و مردانی که ازدواج می‌کنند، بچه‌دار شدن است به نحوی که در فرهنگ عامیانه ایرانی افراد نابارور را "اجاق کور" می‌نامند. این مسأله نشان می‌دهد که در فرهنگ ایرانی نداشتن فرزند به معنی عدم داشتن یک زندگی بارور و متبهی به نتیجه و گرم محسوب می‌شود. بنابراین هرچند که داشتن حمایت اجتماعی از فرد در کاهش استرس‌های فرد مؤثر است اما احتمالاً در خلوت زندگی افراد نابارور همچنان خلأ نبود بچه می‌تواند بر چگونگی روابط زوجین تأثیرگذار باشد. علاوه بر این، به نظر می‌رسد داشتن فرزند برای زنان مهم‌تر از مردان بوده و مردان راحت‌تر زندگی بدون فرزند را می‌پذیرند. همچنین بدون توجه به عامل ناباروری، این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی در هر دو گروه زنان نابارور و همسران مردان نابارور به یک اندازه بوده است.

### کلید واژه‌ها: ناباروری، حمایت اجتماعی، استرس، افسردگی، اضطراب

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۸/۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۲۶

## مقدمه

ناباروری مشکل شایعی است که حدود ۱۵-۱۰ درصد زوج‌ها را شامل می‌شود<sup>(۱)</sup>. بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در حدود ۸۰-۶۰ میلیون زوج در سراسر دنیا از ناباروری رنج می‌برند<sup>(۲)</sup>. در ایران، این آمار در استان‌های مختلف متفاوت و از ۹/۵۲ تا ۳۶/۲۱ گزارش شده است<sup>(۳)</sup>. ناباروری به عنوان یک بحران در زندگی افراد تلقی می‌شود که می‌تواند تأثیرات جسمی، روانی و اجتماعی را بر زندگی زوجین اعمال کند و آنان را در یک موقعیت تنش‌زا قرار دهد<sup>(۴)</sup>.

در بسیاری از فرهنگ‌ها، باروری امر مهمی محسوب می‌شود و تمایل به داشتن فرزند، یکی از اصلی‌ترین انگیزه‌های انسانی است و نداشتن فرزند، زوجین را در موقعیتی ناامیدکننده و ویران‌گر قرار می‌دهد<sup>(۵)</sup>. به تعبیری، ناباروری مانند ضایعه‌ای مختل‌کننده در زندگی زوجین عمل کرده و آنها را به سمت استرس پیش می‌برد<sup>(۶)</sup>، به نحوی که در مطالعه‌ای زنان، ناباروری را تنش‌زاترین واقعه زندگیشان گزارش کرده‌اند<sup>(۷)</sup>. اگرچه در حدود نیمی از موارد، ناباروری علت مردانه دارد<sup>(۸)</sup>، ولی این مسأله بیشتر زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به نظر می‌رسد که ناباروری ابعاد بیشتری از زندگی زنان نابارور را تحت تأثیر قرار می‌دهد<sup>(۹)</sup>. زنان و به خصوص زنان جوامع شرقی و از جمله زنان ایرانی که در فرهنگ آنها، داشتن فرزند و باروری نسبت به دیگر جوامع، بسیار با ارزش‌تر محسوب می‌شود حتی زمانی که زن بارور بوده و علت ناباروری مردانه باشد، به طور مشابهی استرس ناباروری را تجربه می‌کنند؛ چرا که در نهایت، صرف نظر از عامل ناباروری، نتیجه، نداشتن فرزند است<sup>(۱۰)</sup>. استیگما یا برچسب اجتماعی که زنان نابارور دریافت می‌کنند، در صورتی که در شرایط کاهش حمایت خانواده باشند، باعث ایجاد افسردگی در زنان نابارور می‌شود<sup>(۱۱)</sup>. از طرفی، زنان از وضعیت روانی همسرانشان بسیار تأثیرپذیرند به نحوی که رضایت زناشویی زنان، در

صورتی که شوهرانشان دارای سطوح بالای استرس باشند، تضعیف می‌شود<sup>(۱۲)</sup>.

اگرچه تشخیص و درمان ناباروری، بحرانی فرسایشی بوده که هر دو زوج را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در آنها ایجاد فشار روانی و استرس، احساس تنهایی و ناامیدی و عدم کنترل می‌نماید؛ به نظر می‌رسد این مسایل در زنان بیشتر از مردان رخ می‌دهد<sup>(۱۳،۱۴)</sup>، چراکه به هر حال، بار جسمی و روانی درمان‌های ناباروری و عواقب شکست احتمالی ناشی از آن بیشتر گریبان‌گیر زنان می‌شود<sup>(۱۵)</sup>. از طرفی حمایت‌های اجتماعی از این افراد می‌تواند به عنوان عنصر کلیدی در فرآیند تطبیقی آنها با مشکل ناباروری محسوب گردد<sup>(۱۶)</sup>، به نحوی که ارتقاء حمایت اجتماعی و انجام مشاوره با زوجین نابارور می‌تواند سبب مواجهه بهتر با استرس ناشی از ناباروری و درمان‌های آن گردد<sup>(۱۷)</sup>. امینی و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که بین حمایت اجتماعی با تمامی زیرمقیاس‌های نگرانی اجتماعی، جنسی، ارتباطی، نگرانی از سبک زندگی بدون فرزند، نیاز به والد شدن و نمره کل استرس ناباروری همسران مردان نابارور، ارتباط معنی‌دار معکوسی وجود دارد<sup>(۱۸)</sup>. به نظر می‌رسد که زنان در مواجهه با ناباروری نسبت به همسرانشان بیشتر در جستجوی کسب حمایت‌های اجتماعی، فرار و اجتناب و بازنگری‌های مثبت هستند<sup>(۱۹)</sup>. چرا که میزان تنهایی تجربه شده به خصوص در زنان نابارور و همسران مردان نابارور بیش از دیگر افراد و حتی افراد مبتلا به سرطان تخمین زده شده است. این افراد علاوه بر احساس تنهایی، دارای احساس انزوا، حذف شدن و نداشتن تمایل افراد به نزدیکی به آنها هستند<sup>(۱۸)</sup>. در ایران، مطالعات گوناگونی در زمینه کیفیت زندگی و مسایل روانشناختی افراد نابارور انجام شده است اما اغلب این مطالعات به بررسی مسایل روانی در زنان نابارور پرداخته و در عمل همسران مردان نابارور کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند<sup>(۱۰)</sup>. بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه استرس ناباروری و حمایت اجتماعی درک شده در زنان نابارور و همسران مردان نابارور انجام شد.

## روش بررسی

این مطالعه مقطعی بر روی مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی درمانی شهید اکبر آبادی شهر تهران در سال‌های ۹۵-۱۳۹۴ انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه، ضریب اطمینان ۹۵ در صد و خطای ۲۰ در صد و تفاوت میانگین ۰/۴ در نظر گرفته شد که پس از جایگذاری در فرمول مناسب، حجم نمونه حدود ۱۳۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد. ولیکن در روند نمونه‌گیری به دلیل کمتر بودن مراجعه کنندگان با عامل ناباروری مردانه و پس از مشاوره با مشاور آمار، تعداد نمونه‌ها به ۱۰۰ نفر در گروه ناباروری مردانه و ۱۷۰ نفر در گروه ناباروری زنانه تقلیل یافت. در نهایت تعدادی از نمونه‌ها به دلیل عدم پاسخگویی به بیش از ۱۰ درصد سئوالات، از نمونه‌گیری خارج شده و بدین ترتیب نمونه نهایی شامل ۱۶۴ زن نابارور و ۹۳ نفر از همسران مردان نابارور شد.

این طرح، به شماره 91-01-28-16739 و با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1391.16739 مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. پژوهشگر و کمک پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایران به محیط نمونه‌گیری مراجعه نموده و پس از ارائه توضیحات لازم به مسئولین بیمارستان و رعایت مسائل اخلاقی نظیر کسب رضایت نامه کتبی، نمونه‌گیری را به روش مستمر آغاز نمودند<sup>(۱۰)</sup>. اطلاعات این پژوهش با استفاده از یک ابزار سه قسمتی جمع‌آوری شد. قسمت اول ابزار، شامل مشخصات فردی و باروری افراد شرکت‌کننده شامل سن، طول مدت ازدواج، طول مدت ناباروری، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی و علت ناباروری بود. قسمت دوم پرسشنامه استرس ناباروری Newton و همکاران بود. این ابزار یک ابزار چند بعدی است و در ابتدا توسط Newton در مرکز علوم بهداشتی لندن تدوین شده است. پرسشنامه استرس ناباروری شامل ۴۶ سؤال است که نگرانی‌های افراد نابارور را در پنج مؤلفه اجتماعی (۱۰ سؤال) با دامنه نمرات ۶۰-۱۰، جنسی (هشت سؤال) با دامنه نمرات ۴۸-۸، ارتباطی (۱۰

سؤال) با دامنه نمرات ۶۰-۱۰، سبک زندگی بدون فرزند (هشت سؤال) با دامنه نمرات ۴۸-۸ و نیاز به والد شدن (۱۰ سؤال) با دامنه نمرات ۶۰-۱۰ را با لیکرت ۶ درجه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم مورد بررسی قرار می‌دهد<sup>(۱۹)</sup>. در پژوهش Newton و همکاران همبستگی درونی موضوعات اجتماعی برابر با ۰/۸۷، موضوعات جنسی (۰/۷۷)، موضوعات ارتباطی (۰/۸۲)، سبک زندگی بدون فرزند (۰/۸۰)، نیاز برای والد شدن (۰/۸۴) و استرس کلی برابر با ۰/۹۳ می‌باشد<sup>(۲۰)</sup>. اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط فراهانی و همکاران با مطالعه بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از افراد نابارور در بهار سال ۱۳۸۴ در بیمارستان امام خمینی صورت گرفته است. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای موضوعات اجتماعی (۰/۷۸)، موضوعات جنسی (۰/۷۷)، موضوعات ارتباطی (۰/۷۸)، رد سبک زندگی بدون فرزند (۰/۷۵)، نیاز به والد بودن (۰/۸۴) و استرس کلی (۰/۹۱) برآورد شد<sup>(۲۱)</sup>.

حمایت اجتماعی نیز توسط پرسشنامه حمایت اجتماعی عملکردی که هشت گزینه‌ای می‌باشد، سنجیده شد. در این پرسشنامه هر گزینه با لیکرت پنج درجه‌ای از "به همان اندازه که می‌خواهم" با امتیاز پنج تا گزینه "بسیار کمتر از حدی که می‌خواهم" با امتیاز یک سنجیده می‌شود. هیچ یک از گزینه‌ها نمره معکوسی ندارد. دامنه نمرات از ۸ تا ۴۰ بوده و نمره بالاتر به معنی حمایت اجتماعی بالاتر است<sup>(۲۲)</sup>. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۹ گزارش شده است<sup>(۲۳)</sup>.

نمونه‌گیری به صورت مستمر بود، به این ترتیب که کمک پژوهشگر در روزهای فعال درمانگاه به محیط نمونه‌گیری مراجعه کرده و نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نمونه ادامه یافت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی زوجین، عامل ناباروری صرفاً زن و یا صرفاً مرد و تمایل به شرکت در مطالعه، مبتلا نبودن به هرگونه بیماری جسمی مزمن و یا بیماری روانی شناخته شده، مصرف نکردن داروهای مؤثر بر اعصاب و روان و یا روان‌گردان توسط زوجین

## یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از نظر سن (زنان نابارور  $31/24 \pm 5/68$  سال و همسران مردان نابارور  $30/79 \pm 5/19$  سال)، طول مدت ازدواج (زنان نابارور  $4/81 \pm 7/29$  سال و همسران مردان نابارور  $4/13 \pm 7/54$  سال)، طول مدت ناباروری (زنان نابارور  $4/01 \pm 4/52$  سال و همسران مردان نابارور  $3/45 \pm 4/66$  سال)، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی تفاوت معنی‌داری نداشتند. همچنین  $63/6$  درصد زنان نابارور و  $77/3$  درصد همسران مردان نابارور دارای ناباروری اولیه بودند که بین دو گروه از نظر این متغیر نیز تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. توزیع فراوانی برخی مشخصات فردی زنان شرکت‌کننده در مطالعه در جدول شماره ۱ نمایش داده شده است.

بود. افراد در هر مرحله‌ای از مطالعه می‌توانستند از ادامه شرکت انصراف داده و از مطالعه خارج شوند. برگه مشخصات فردی، پرسشنامه نیوتن و FSSQ توسط خود افراد و به روش خودگزارش دهی و یا توسط کمک پژوهشگر و با پرسش از خود افراد و مراجعه به پرونده پزشکی آنان تکمیل شد. سپس ارتباط هر یک از متغیرهای مورد مطالعه بر طبق اهداف و سئوالات پژوهش، مورد سنجش و بررسی قرار گرفت و داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی - استنباطی نظیر آزمون‌های تی مستقل و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.  $P < 0/05$  به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان شرکت‌کننده در دو گروه مورد مطالعه

| نتایج آزمون                        | همسران مردان نابارور |         | زنان نابارور |         | متغیر              |               |
|------------------------------------|----------------------|---------|--------------|---------|--------------------|---------------|
|                                    | درصد                 | فراوانی | درصد         | فراوانی |                    |               |
| $X^2=1/144$<br>$df=2$<br>$p=0/564$ | 52/7                 | 48      | 51/2         | 83      | کمتر از 30         | سن (سال)      |
|                                    | 41/8                 | 38      | 39/5         | 64      | 30-40              |               |
|                                    | 5/5                  | 5       | 9/3          | 15      | بیشتر از 40        |               |
| $X^2=5/386$<br>$df=7$<br>$p=0/613$ | 15/1                 | 14      | 14/7         | 24      | ابتدایی و راهنمایی | سطح تحصیلات   |
|                                    | 37/2                 | 44      | 41/2         | 67      | دیپلم و دیپلم      |               |
|                                    | 31/2                 | 29      | 38/6         | 63      | فوق دیپلم و لیسانس |               |
|                                    | 6/5                  | 6       | 5/5          | 9       | فوق لیسانس و دکترا |               |
| $X^2=1/812$<br>$df=2$<br>$p=0/404$ | 80/4                 | 70      | 78/9         | 120     | خانه دار           | وضعیت اشتغال  |
|                                    | 19/6                 | 17      | 21/1         | 32      | شاغل               |               |
| $X^2=1/302$<br>$df=2$<br>$p=0/521$ | 9/3                  | 8       | 5/7          | 9       | نامطلوب            | وضعیت اقتصادی |
|                                    | 74/4                 | 64      | 79/6         | 125     | نسبتاً مطلوب       |               |
|                                    | 16/3                 | 14      | 14/6         | 23      | مطلوب              |               |

معنی‌داری نداشته‌اند. این نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره نیاز به والد شدن و همچنین نمره کل استرس ناباروری در زنان نابارور بیشتر از همسران مردان نابارور بوده است. همچنین میانگین نمرات حمایت اجتماعی درک شده در بین دو گروه نیز اختلاف آماری معنی‌داری نشان نداد.

جدول شماره ۲ به مقایسه میانگین نمرات کلی و زیرمقایسه‌های استرس ناباروری و حمایت اجتماعی درک شده در زنان شرکت کننده در دو گروه مورد مطالعه می‌پردازد. همانطور که در این جدول نشان داده شده است، نمرات تمامی حیطه‌های استرس ناباروری به جز حیطه نیاز به والد شدن ( $P=0/038$ ) و نمره کل استرس ناباروری ( $P=0/043$ ) در بین دو گروه مورد مطالعه اختلاف آماری

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات کلی و زیرمقایسه‌های استرس ناباروری و حمایت اجتماعی درک شده در زنان شرکت کننده در دو گروه مورد مطالعه

| نتایج آزمون t                 | گروه                           |                        | متغیرها                        |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|
|                               | همسران مردان نابارور<br>M ± SD | زنان نابارور<br>M ± SD |                                |
| t=0/968<br>df=255<br>p=0/334  | 51/33 ± 16/89                  | 53/55 ± 18/01          | نگرانی اجتماعی                 |
| Z=-1/561<br>df=255<br>p=0/118 | 48/05 ± 17/41                  | 51/50 ± 19/74          | نگرانی جنسی                    |
| Z=-1/799<br>df=255<br>p=0/072 | 41/65 ± 12/72                  | 45/30 ± 15/24          | نگرانی ارتباطی                 |
| Z=-0/255<br>df=255<br>p=0/799 | 54/81 ± 15/29                  | 56/80 ± 14/16          | نگرانی از سبک زندگی بدون فرزند |
| t=2/088<br>df=255<br>p=0/038  | 69/37 ± 15/59                  | 73/170 ± 13/05         | نیاز به والد شدن               |
| t=2/036<br>df=255<br>p=0/043  | 53/0171 ± 12/08                | 56/30 ± 11/76          | نمره کل استرس ناباروری         |
| Z=-0/256<br>df=255<br>p=0/798 | 3/92 ± 0/78                    | 3/97 ± 0/73            | حمایت اجتماعی درک شده          |

همسران مردان نابارور اگر چه در حیطه‌های نگرانی اجتماعی، نگرانی ارتباطی، جنسی، نگرانی از سبک زندگی بدون فرزند اختلاف معنی‌داری نداشته‌اند ولی در حیطه نیاز به والد شدن و همچنین در نمره کلی استرس

### بحث و نتیجه‌گیری

در نهایت، مقایسه میانگین نمرات کلی و زیرمقایسه‌های استرس ناباروری در زنان نابارور و همسران مردان نابارور شرکت کننده در پژوهش نشان داد که زنان نابارور و



هایی نظیر اضطراب، استرس، افسردگی و اندوه را نشان می‌دهند. از مهمترین علل ایجاد استرس در این زنان، ترس از طلاق و احساس از دست دادن قابلیت مادر شدن است. این حقیقت وجود دارد که از آنجا که بارداری و نقش مادری مختص زنان است، توقعات اجتماعی از زنان بیشتر از مردان بوده و ترس از انگ اجتماعی نازایی در زنان بالاتر است<sup>(۱۵)</sup>. علاوه بر این، به نظر می‌رسد داشتن فرزند برای زنان مهم‌تر از مردان بوده و مردان راحت‌تر زندگی بدون فرزند را می‌پذیرند<sup>(۲۵)</sup>.

همانطور که گفته شد، نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان دهنده وجود نداشتن اختلاف معنی‌دار بین دو گروه زنان شرکت کننده در پژوهش در نمرات تمامی حیطه‌های استرس ناباروری به جز حیطه نیاز به والد شدن و استرس کلی ناباروری بود. این بدین معنی است که وقتی زنان عامل ناباروری بوده‌اند، بیشتر در مورد نیاز به والد شدن احساس تنش داشته‌اند تا وقتی که عامل ناباروری مرد بوده است. به نظر می‌رسد در زمانی که زنان عامل ناباروری هستند به لحاظ مسائل فرهنگی و اجتماعی احساس شرم و گناه و تقصیر بیشتری می‌نمایند. از طرفی، وقتی زنان نابارور هستند، نسبت به داشتن فرزند ناامیدتر از زنانی هستند که همسرانشان نابارور هستند و این بار روانی بیشتری را بر زن تحمیل می‌نماید. اگرچه این مسأله نیاز به انجام مطالعات بیشتری دارد. لازم به ذکر است که نگرش افراد خانواده، تعاملات اجتماعی فرد با دیگران و انتظارات جامعه نیز می‌تواند از مهمترین پیش‌بینی‌کننده های استرس ناباروری باشد<sup>(۳۶)</sup>.

شاید بتوان گفت که به سبب مؤلفه‌های فرهنگی و انتظارات تعریف شده اجتماعی، اولین انتظار مهم و نقش پیش‌بینی شده برای زنان و مردانی که ازدواج می‌کنند، بچه‌دار شدن است به نحوی که در فرهنگ عامیانه ایرانی افراد نابارور را "جاق کور" می‌نامند. این مسأله نشان می‌دهد که در فرهنگ ایرانی نداشتن فرزند به معنی نداشتن یک زندگی بارور و منتهی به نتیجه و گرم محسوب می‌شود. بنابراین هرچند که داشتن حمایت اجتماعی در

ناباروری، این اختلاف معنی‌دار بوده و زنان نابارور نسبت به همسران مردان نابارور دارای میانگین نمره بالاتری بوده‌اند. این نشان می‌دهد که اگرچه استرس تحمیل شده بر زنان در زمان ناباروری جدای از این که علت آن زنانه یا مردانه باشد، در برخی حیطه‌ها یکسان است ولی زنان نابارور نسبت به همسران مردان نابارور استرس کلی بالاتری را تجربه می‌کنند.

زوج‌های نابارور مدام در تلاش برای مقابله با این استرس‌ها هستند با این وجود به علت تفاوت‌های جنسیتی، روش‌ها و رویکردهای مواجهه با این مسأله در زنان و مردان متفاوت است<sup>(۳۳)</sup>. به نظر می‌رسد که زنان در مواجهه با ناباروری نسبت به همسرانشان بیشتر در جستجوی کسب حمایت‌های اجتماعی، فرار و اجتناب و بازنگری‌های مثبت هستند. با این وجود شباهت‌های رویکردهای مردان و زنان نابارور در مواجهه با مسأله ناباروریشان بیش از اختلافات آنها در این رویکردها می‌باشد<sup>(۱۷)</sup>. بر خلاف مطالعه Wiweko و همکاران در اندونزی که در مطالعه خود نشان دادند که تنها ۲۲/۳ درصد بیماران نابارور دارای استرس ناباروری می‌باشند، در مطالعه حاضر تمامی زنان شرکت کننده در دو گروه مورد مطالعه دارای استرس ناباروری متوسط تا زیاد بودند. این مسأله تهدیدکننده ارتباطات اجتماعی، زناشویی و فردی زوجین نابارور می‌باشد. در این زمینه اینطور به نظر می‌رسد که هر یک از زوجین که عامل ناباروری باشد دچار احساس گناه و خودسرزندی بیشتری شده و همین مسأله سبب افزایش استرس ناباروری در فرد شده و در شادکامی اجتماعی و احساس امنیت فرد ایجاد اختلال می‌نماید<sup>(۲۴)</sup>. با این وجود مطالعه حاضر نشان داد که همسران مردان نابارور در بسیاری از حیطه‌ها به اندازه زنان نابارور دچار استرس می‌باشند. این مسأله می‌تواند ناشی از آن باشد که حتی در زمانی که عامل ناباروری مردانه است، اعمال تشخیصی و درمانی غالباً بر دوش زنان سنگینی می‌کند و زنان نسبت به همسرانشان نگرانی‌های اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند. در حقیقت زنان در مواجهه با ناباروری عکس‌العمل

کمتری دریافت نمایند. از طرفی، پنهان کردن ناباروری از دیگران ممکن است سبب شود که نزدیکان فرد را بیشتر در فشار فرزندآوری قرار دهند<sup>(۲۸)</sup>.

دسترسی نداشتن به همسران مردان نابارور به دلیل مراجعه کمتر ایشان به درمانگاه، از محدودیت‌های این مطالعه بود. با توجه به این که این مطالعه در یک مرکز و با مراجعین محدود انجام شد، به نظر می‌رسد که تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه به صورت چند مرکزی انجام شود.

این مطالعه نشان داد که استرس ناباروری در زنان ایرانی متأثر از عامل مردانه و یا زنانه ناباروری بوده و زمانی که زن بارور بوده و علت ناباروری مرد باشد، اگر چه در نهایت نتیجه، نداشتن فرزند برای هر دو زوج است، زنان استرس کمتری را نسبت به زنان نابارور تجربه می‌کنند. همچنین بدون توجه به عامل ناباروری، حمایت اجتماعی در هر دو گروه به یک اندازه می‌باشد.

**تعارض منافع:** هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

### تقدیر و تشکر

این طرح مستقل با کد ۹۰۰۳۲۸۱۵۱۶۵ با حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است. پژوهشگران بدینوسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از مرکز آموزشی درمانی شهید اکبرآبادی، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید اکبرآبادی و جناب آقای دکتر کوروش کمالی و سرکار خانم مونا مرتضی پور علیسرائی به سبب همکاری‌های صمیمانه شان، ابراز می‌دارند.

کاهش استرس‌های فرد مؤثر است اما احتمالاً در خلوت زندگی افراد نابارور همچنان خلأ نبود بچه می‌تواند بر چگونگی روابط زوجین تاثیرگذار باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر در مقایسه میانگین حمایت اجتماعی درک شده در زنان نابارور و همسران مردان نابارور شرکت کننده در پژوهش نشان داد که دو گروه مورد مطالعه از این نظر دارای اختلاف آماری معنی‌داری نبوده‌اند. این بدان معنی است که همسران مردان نابارور به همان نسبت زنان نابارور حمایت اجتماعی دریافت می‌کرده‌اند که این میزان، از میانگین نمره حمایت اجتماعی مورد انتظار از ابزار، کمتر بوده است. اگر چه زنان بیشتر از مردان در مورد ناباروریشان با افراد گوناگون صحبت می‌کنند<sup>(۲۵)</sup>، با این وجود به نظر می‌رسد از آنجا که ناباروری انگ اجتماعی به همراه دارد، اصولاً افراد نابارور، حمایت‌های نامناسبی از اطریانشان که غالباً بارور هستند دریافت می‌کنند<sup>(۲۷)</sup>. به عبارتی دیگر، در جوامع سنتی مانند جامعه ما، بیشتر این حمایت‌ها ممکن است رنگ دلسوزی بگیرد و این مسأله سبب می‌شود که زوجین برای احتراز از انگ و ترحم احتمالی، مسأله ناباروری را پنهان نموده و در نتیجه حمایت‌های اجتماعی کمتری دریافت نمایند. از طرفی دیگر، فشار خانواده‌ها برای بچه‌دار شدن ممکن است زنان را از مطرح کردن مسأله و در نتیجه جلب حمایت‌های اجتماعی منصرف نماید. از طرفی، زوجین نابارور ممکن است برای طرح مسأله شان به دیگران اعتماد نکنند و این مسأله سبب احساس تنهایی و انزوای اجتماعی و کاهش حمایت‌های اجتماعی گردد. از آنجا که صرف نظر از علت ناباروری، زنان انگ بیشتری را تحمل می‌کنند، این پنهان کاری از طرف زنان بیشتر اتفاق می‌افتد و سبب می‌شود که حمایت‌های اجتماعی

### References

1. Curtis M. Inconceivable: how barriers to infertility treatment for low-income women amount to reproductive oppression. *Geo. J. on Poverty L. & Pol'y.* 2017;25:323.
2. Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Human reproduction update.* 2008;14(6):605-21.
3. Akhondi MM, Kamali K, Ranjbar F, Shirzad M, Shafeghati S, Ardakani ZB, Goodjani A, Parsaeian M, Mohammad K. Prevalence of primary infertility in Iran in 2010. *Iranian journal of public health.* 2013;42(12):1398. [Persian]
4. Vaghar MI. An investigation into the effects of psychological consultation on the sense of satisfaction of the infertile women referring to the infertility centers of Tabriz. *Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2019;8(3):1170. [Persian]
5. Alami ML, Amanati L, Shekarabi S, Haghani H, Ramezanzade F. Quality of life in infertile women and related factors. *Iran Journal of Nursing.* 2008;21(56):27-35. [Persian]
6. Donkor ES, Sandall J. The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social science & medicine.* 2007;65(8):1683-94.
7. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction.* 2006;21(9):2443-9.
8. Kobori Y. Home testing for male factor infertility: a review of current options. *Fertility and Sterility.* 2019;111(5):864-70.
9. Fahami F, Hoseini Quchani S, Ehsanpour S, Zargham A. Women's lived experiences of female infertility. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2010;13(4):45-53. [Persian]
10. Amini L, Ghorbani B, Sadeghi AvvalShahr H, Raoofi Z, Morteza pour Alisaraie M. The Relationship Between Percieved Social Support and Infertility Stress in Wives of Infertile Men. *Iran Journal of Nursing.* 2018;31(111):31-9. [Persian]
11. Ezzati A, Nouri R, Hasani J. Structural relationship model between social support, coping strategies, stigma and depression in infertile women in Tehran, Iran, 2010. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility.* 2013;16(45):20-8. [Persian]
12. Maroufizadeh S, Hosseini M, Foroushani AR, Omani-Samani R, Amini P. The relationship between perceived stress and marital satisfaction in couples with infertility: actor-partner interdependence model. *International journal of fertility & sterility.* 2019;13(1):66.
13. Patel A, Sharma PS, Narayan P, Binu VS, Dinesh N, Pai PJ. Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of human reproductive sciences.* 2016;9(1):28.
14. Agostini F, Monti F, De Pascalis L, Paterlini M, La Sala GB, Blickstein I. Psychosocial support for infertile couples during assisted reproductive technology treatment. *Fertility and sterility.* 2011;95(2):707-10.
15. Chehreh R, Ozgoli G, Abolmaali K, Nasiri M, Mazaheri E. Comparison of the infertility-related stress among couples and its relationship with infertility factors. *Int J Women's Health Reprod Sci.* 2018;7(3):313-8.
16. Sehhati SF, Mirghafourvand M, Rahimi M. Perceived stress and its social-individual predicors among infertile couples referring to infertility center of Alzahra hospital in Tabriz in 2013. 2014. [Persian]
17. 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. *Family process.* 2003;42(1):59-70.
18. Jirka J, Schuett S, Foxall MJ. Loneliness and social support in infertile couples. *J Obstet, Gynecol Neon Nurs.* 1996;25(1):55-60.
19. Al-yazori MT. Relationship between infertility related Stress and Type of Coping among Infertile Males and females-Gaza Strip. Relationship between Infertility Related Stress and Type of Coping among Infertile Males and Females-Gaza Strip. 2012.
20. Lin YN. Counselling a Taiwanese woman with infertility problems. *Counselling Psychology Quarterly.* 2002;15(2):209-15.

21. Pahlavani H, Malakouti K. Stressors, their coping strategies, and relation to mental health in infertile individuals. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2002 10;7(4):79-87. [Persian]
22. Broadhead WE, Gehlbach SH, De Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical care*. 1988;709-23.
23. Yeylaghbigi M, Mazaheri MA, ST Neshatdoost T, Manshai GH, Talebi H. Investigating Changes in Anxiety and Emotion Among Women Under IVF-ICSI Therapy. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2014;23(90):32-41. [Persian]
24. Wiweko B, Anggraheni U, Elvira SD, Lubis HP. Distribution of stress level among infertility patients. *Middle East Fertility Society Journal*. 2017;22(2):145-8.
25. Nagórska M, Bartosiewicz A, Obrzut B, Darmochwał-Kolarz D. Gender differences in the experience of infertility concerning polish couples: preliminary research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(13):2337.
26. Wang JY, Li YS, Chen JD, Liang WM, Yang TC, Lee YC, Wang CW. Investigating the relationships among stressors, stress level, and mental symptoms for infertile patients: A structural equation modeling approach. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140581.
27. Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita-Guimarães J, Costa ME. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*. 2014;29(1):83-9.
28. Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*. 2007;22(8):2309-17.