

بررسی جامعه‌شناختی رفتار بیماری زنان نابارور (مورد مطالعه: مراجعه‌کنندگان به مراکز ناباروری استان مازندران)

امیر ملکی^۱، سیده زهره بزرگ‌نژاد^۲

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۳، تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۳۰

چکیده

رفتار بیماری به‌مثابه فرایندی مشتمل بر مراحل ادراک علائم، اسناد معنا، بیان، واکنش‌های مقابله‌ای و رفتار کمک‌جویی است. ناباروری یکی از بیماری‌هایی است که رفتار بیماری آن بیش از دیگر عوامل تابعی از متغیرهای اجتماعی و فرهنگی است. با علم به اهمیت مسئله فرزندآوری، مقاله حاضر از منظر جامعه‌شناسی پزشکی به بررسی رفتار بیماری زنان نابارور استان مازندران می‌پردازد. برای تحلیل رفتار بیماری (ادراک بیماری و ابعاد آن) از مدل عقل سلیم لونتال، برای تبیین رفتار کمک‌جویی از مدل رفتار کمک‌جویی گونای و نیز برای بررسی تأثیر وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی بر هریک از ابعاد ادراک بیماری و رفتار کمک‌جویی از مدل درمان‌جویی لین وایت استفاده شده است. مطالعه حاضر به روش پیمایشی و به صورت مقطعی درباره ۹۵ زن نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمان ناباروری استان مازندران که به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند اجرا شده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه همراه با مصاحبه بود. از پرسش‌نامه اصلاح‌شده ادراک بیماری (IPQ-R) و مقیاس مکان کنترل سلامت برای سنجش متغیرهای تحقیق بهره گرفته شده است. نتایج نشان می‌دهد بیشتر افراد تحت بررسی (۵۹ درصد) دارای کیفیت ادراک بیماری در حد متوسط هستند. درباب رفتار کمک‌جویی نیز نتایج بررسی نشان داده است ۸۷ درصد افراد رفتار کمک‌جویی

-
۱. دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه پیام‌نور A_Maleki@pnu.ac.ir
 ۲. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی z.bozorgnezhad@gmail.com مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد زهره بزرگ‌نژاد، به‌راهنمایی دکتر ملکی و مشاوره دکتر شیرین احمدنیا است. از راهنمایی‌های این دو بزرگوار کمال تشکر را دارم.

مدرن دارند. نتایج حاکی از رابطه معنی‌دار برخی ابعاد ادراک بیماری و وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی است.

واژگان کلیدی: رفتار بیماری، ناباروری، زنان، وضعیت آمادگی، وضعیت توانمندی.

بیان مسئله

از زمانی که محدودیت‌های اقتصادی در زمینه مراقبت‌های بهداشتی-درمانی کاهش یافت، چنین فرض می‌شد که همه کسانی که به مراقبت پزشکی نیاز دارند، با ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی مشاوری خواهند کرد (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۱)؛ چراکه مدل انگاره سنتی پزشکی بر آن بود که بیماری ضایعه‌ای است در بدن انسان که دوگونه شاخص پدید می‌آورد. این شاخص‌ها که نشان‌دهنده وجود بیماری است عبارت‌اند از: نشانه‌ها^۱ و علائم^۲. از همین رو، پزشک کارآگاهی است که از شواهد بیرونی به وجود بیماری پی‌می‌برد. در این انگاره، از بیمار خواسته می‌شود نشانه را نزد پزشک بیاورد و آن را به او گزارش کند (آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۲۶). از این رو، اعتقاد بر این بود که فرایند بیماری مشخص است و اغلب افراد می‌توانند تشخیص دهند که سالم هستند و اقلیت دیگری نیز از بیماری‌شان آگاهی دارند، زیرا می‌توانند علائم بیماری‌شان را احساس و اهمیت آن را درک و به پزشک مراجعه کنند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۱). اما مشخص شد که افراد از نشانه‌ها همچون محرک‌هایی برای کمک‌گرفتن بهره نمی‌جویند و آنچنان که انتظار می‌رود عمل نمی‌کنند. این بیماران هستند که تصمیم می‌گیرند نشانه‌ای را جدی بگیرند یا خیر، آنها هستند که در وهله اول نخست قضاوت می‌کنند که چه چیز را باید نشانه به حساب آورند. شمار بسیار کمی از نشانه‌هایی که افراد گزارش می‌دهند عملاً به مراجعه به پزشک می‌انجامید؛ به این ترتیب چنین می‌نماید که بیماران باید پیش از تصمیم‌گیری برای مشورت با پزشک، نشانه‌ها را به گونه‌ای تفسیر و ارزیابی کنند (آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۲۷-۳۱). در مجموع، «آنچه تاکنون در پرتو مطالعات متعدد روشن شده این است که برخورد افراد مختلف با علائم یا خود بیماری در فرایند بیماری متفاوت است. آنها برحسب اینکه در چه موقعیت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و تاریخی باشند، ادراک‌های متفاوتی از علائم بیماری دارند (موس و دیگران، ۱۹۹۶؛ هیجمن، ۱۹۹۸؛ وینمن و پتریه، ۱۹۹۷؛ مورفی، ۲۰۰۲)؛ تظاهرات شناختی متفاوتی از بیماری دارند (هورمن و دیگران، ۲۰۰۰؛ لونتان و کامرون، ۲۰۰۱)؛ معنای متفاوتی به علت و پیامدهای احتمالی علائم نسبت می‌دهند (تیلور، ۱۹۸۳؛ زولا، ۱۹۶۶؛ ساچمن، ۱۹۶۵؛ پیلوفسکی، ۱۹۸۴)؛ راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی برای غلبه بر بیماری

۱. Symptoms - حالتی احساسی که بیمار به آن دچار می‌شود. این حالت‌ها به بیمار هشدار می‌دهد که وضع

روبه‌راه نیست

۲. Signs - نشان‌گرهایی که پزشک تشخیص می‌دهد. این نشان‌گرها بیان‌کننده وجود ضایعه آسیب‌شناختی

نهفته‌ای است

اتخاذ می‌کنند (اسنایدر، ۱۹۹۹؛ زیدنر و اندلر، ۱۹۹۸؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۸)؛ اقدام‌های درمانی متفاوتی دربارهٔ علائم بیماری انجام می‌دهند (آندرسن، ۱۹۹۵؛ مکانیک، ۱۹۹۵)؛ و الگوهای کمک‌جویی متفاوتی برای جست‌وجوی مراقبت‌های درمانی دارند» (هایران و کارااوس، ۲۰۰۰؛ مک‌کینلی و دیگران، ۲۰۰۰ به نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۲). از این‌رو، مفهوم رفتار بیماری شیوهٔ مفیدی است برای فهم و توصیف عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی درباب اینکه افراد چگونه بدن خود را پایش می‌کنند، علائمشان را تعریف و تفسیر می‌کنند، خودشان را بیمار می‌یابند، و اقدام‌های درمانی خاصی اتخاذ می‌کنند (مکانیک، ۱۹۸۷؛ همان: ۳۱۳).

نتایج مطالعات اکتشافی درباب علت‌شناسی بیماری و بازخوردهای اجتماعی آن، در استان مازندران، حاکی از آن است که افرادی که بیمار می‌شوند، در مواردی به نشانه‌ها بی‌توجهی می‌کنند و بیماری را سطحی می‌دانند و آن را به خستگی و فشار عصبی نسبت می‌دهند و اقدام خاصی انجام نمی‌دهند و به اصطلاح تحمل می‌کنند یا بیماری را حاصل چشم‌زخم یا وجود ارواح پلید و اجنه می‌دانند و به افراد دعانویس یا امامزاده‌ها پناه می‌برند تا با خواندن دعا و اعمال مخصوص سحر و جادو بیماری از بین برود. در مواردی نیز، بیماری را ناشی از ورود عوامل بیماری‌زایی چون ویروس، انگل و... به بدن می‌دانند، اما اقدام جدی نمی‌کنند و درصد درمان خانگی و خوددرمانی^۱ برمی‌آیند و در مواردی چند (مثل طولانی‌شدن دورهٔ بیماری، تغییر در علائم حیاتی، اصرار اطرافیان و...) به پزشک عمومی یا متخصص مراجعه می‌کنند. در مجموع «اقدامات درمانی افراد می‌تواند شامل درمان خرافی- سنتی یا درمان علمی و پزشکی به صورت نادرست مثل خوددرمانی باشد. این عوامل از جمله موانعی هستند که درمان بیماری‌ها تحت نظر پزشک و استفاده از روش‌های مناسب پزشکی را با مشکل روبه‌رو می‌سازد و از موانع عمده در مراجعهٔ بیماران برای دریافت خدمات بهداشتی-درمانی از مراکز مربوطه می‌باشد» (بزرگ‌نژاد، ۱۳۸۸: ۳۸).

ناباروری زنان به‌مثابهٔ بیماری و رفتار ناشی از آن، اگرچه در حوزهٔ علوم پزشکی مطرح بوده است، به‌عنوان توقع اجتماعی برآورده‌نشده، نیاز و مشکلی اجتماعی و خانوادگی نیز مطرح است و به‌مثابهٔ جریانی مشترک در حوزهٔ علوم پزشکی و علوم اجتماعی قرار می‌گیرد. براساس آمارهای موجود حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان نوعی ناباروری را تجربه می‌کنند (کامپایر و دیگران، ۱۳۷۳). در ایران سالانه حدود ۷۵۰ هزار ازدواج ثبت می‌شود (ذاکر مشفق،

۱. شامل استفاده از داروهای شیمیایی و گیاهی بدون مشورت با افراد متخصص.

۱۳۸۷ به نقل از سالنامه آماری، ۱۳۸۵: ۳۰۸) که طبق تخمین سازمان جهانی بهداشت^۱ و آمار مراکز تخصصی ناباروری ایران ۱۰ تا ۱۵ درصد این زوجها با مشکل ناباروری مواجه می‌شوند (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷). مواجه شدن با ناباروری بر زندگی زوجین تأثیر بسزایی دارد و افراد مبتلا در معرض مشکلات زیادی قرار می‌گیرند (خداکرمی و دیگران، ۱۳۸۸). این معضل سومین عامل طلاق در کشور است (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷ به نقل از ایرانیان یوکا، ۲۰۰۷)؛ چراکه نزد ایرانیان ازدواج و فرزندآوری از اهمیت خاصی برخوردار است. ایرانیان داشتن فرزند را عامل حفظ بنیان خانواده و بقای نسل و نیک‌بختی اجتماعی می‌دانند (علوی، ۱۳۷۷: ۵۱). طبق آمارها در ایران، زنان و مردان به یک اندازه با این مشکل روبه‌رو هستند؛ به طوری که ۳۵ درصد ناباروری مربوط به مردان و ۳۵ درصد دیگر مربوط به زنان، ۲۰ درصد مربوط به عوامل ناشناخته و ۱۰ درصد مربوط به عوامل قابل پیشگیری است (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷ به نقل از رازقی، ۱۳۸۴: ۹۲). از آنجاکه ناباروری در اغلب جوامع، در ابتدای مراحل تشخیص به زن نسبت داده می‌شود و بچه دارنشدن مشکلات زیادی برای زن ایجاد می‌کند، در ایران نیز فرزندآوری جزئی از پایگاه و هویت زن در خانواده و جامعه محسوب می‌شود. زنان با مسائل و مشکلات بیشتری نسبت به مردان روبه‌رو می‌شوند (خداکرمی و دیگران، ۱۳۸۸). از سوی دیگر، زنان به علت محدودیت سنی برای باروری بیشتر از مردان آسیب‌پذیرند و عموماً بیشتر از مردان درگیر برنامه‌های تشخیص و درمان ناباروری‌اند (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷). از همین رو، وقتی زنی با مشکل نازایی مواجه می‌شود ممکن است رفتارهای بیماری مختلفی نشان دهد، از درمان طبی گرفته تا درمان‌های غیرطبی (خداکرمی و دیگران، ۱۳۸۸).

در استان مازندران، این بیماری شیوع بسیاری دارد و نرخ شیوع آن به ۲۵ درصد می‌رسد که با میانگین جهانی که ۱۲ تا ۱۵ درصد است فاصله زیادی دارد.^۲ با توجه به شیوع بالای ناباروری و نیز اهمیت اجتماعی فرزندآوری، شناخت رفتار بیماری در زمینه ناباروری، به خصوص ناباروری زنان، از اهمیت جامعه‌شناختی ویژه‌ای برخوردار است. در این مطالعه سعی کرده‌ایم به دو پرسش کلی پاسخ دهیم: ۱. فرایند ادراک زنان نابارور استان مازندران از نازایی‌شان چگونه است؟ ۲. آنها چه رفتار کمک‌جویی را انتخاب می‌کنند و چه عواملی در انتخابشان تأثیر دارد؟

1. WHO

2. <http://www.newzzz.com/all/4804944>

ملاحظات مفهومی درباره رفتار بیماری ناباروری

۱. **بیماری:**^۱ پزشکان بیماری را «حالتی از سلامتی نامناسب می‌دانند که توسط خود شخص مشخص و به کمک پزشک، نوع آن تشخیص و درمان می‌شود» (مشکانی، ۱۳۸۳: ۴۰۴). اما در کتاب های جامعه‌شناسی پزشکی در تعریف بیماری باید عوامل زیستی، روانی و اجتماعی را با هم در نظر گرفت (محسنی، ۱۳۸۸: ۷۲). در مجموع، شناسایی حالتی مانند بیماری، بدون در نظر گرفتن احساس ضرورت درمان، که نتیجه آنی شناسایی بیماری است، امکان‌پذیر نیست. از این رو، محققان وابستگی این عنوان را (بیماربودن) با ایدئولوژی‌های اجتماعی مسلط، و تحول تاریخی و شناسایی آن را از جهت مفاهیم پزشکی، اخلاقی و قانونی کانون توجه قرار داده‌اند (همان: ۷۳).

۲. **رفتار بیماری:**^۲ نخستین بار مکانیک و ولکارت (۱۹۶۱) این اصطلاح را ابداع کردند (یانگ، ۲۰۰۴). این مفهوم به معنای تبیین فرایند رسیدن بیماران به پزشک است (مکانیک و ولکارت، ۱۹۶۱). به بیان دیگر، رفتار بیماری اصطلاحی است که به «شیوه‌های مختلف درک نشانه‌ها، ارزیابی و عمل (یا عمل نکردن) در مورد آنها از سوی افراد گوناگون اطلاق شده است» (آرمسترانگ، ۱۳۷۰: ۲۹ به نقل از مکانیک، ۱۹۶۲). کلیمن و همکاران نیز رفتار بیماری را شیوه‌های پاسخ‌دهی مردم به نشانه‌های بدنی تعریف می‌کنند (مشکانی، ۱۳۸۳: ۵۱).

۳. **رفتار بیماری به مثابه یک فرایند:** منظور از رفتار بیماری به مثابه یک فرایند عبارت است از اینکه بیماران بعد از بروز علائم، مراحل نظیر ادراک علائم، اسناد معنا، بیان و انتقال علائم، و در نهایت، مرحله رفتار کمک‌جویی را پشت سر می‌گذارند. البته ممکن است مسیر منظمی از یک مرحله به مرحله دیگر وجود نداشته باشد و کنش متقابل دوسویه‌ای بین مراحل و عناصر مختلف رفتار بیماری به وجود آید. تمرکز پژوهش حاضر بر مرحله اول رفتار بیماری (ادراک علائم) و مرحله آخر آن (رفتار کمک‌جویی) است که در ادامه به تعریف آنها می‌پردازیم.

۳. ۱. **ادراک علائم:**^۴ «فرایند رفتار بیماری به طور معمول زمانی شروع می‌شود که تغییرات چشمگیری در عملکرد جسمانی فرد ایجاد شود؛ به گونه‌ای که این تغییرات نشانه‌های عدم سلامت تفسیر شوند. برای آنکه تغییر در عملکرد بدن علامت تفسیر شود، فرد باید به این نتیجه برسد که تغییر مزبور تاحدی نابهنجار است. ادراک یک احساس به صورت علامت فقدان سلامت مستلزم طبقه‌بندی

1. illness
2. illness behavior
3. Yong
4. Symptoms perception

تجربه‌ها و دادن معنا به آنهاست. درواقع، مجموعه تجربه‌های گذشته افراد درباره بیماری خود و دیگران، مبنای این تفسیرها قرار می‌گیرد. این تفسیرها بر ادراک فرد تأثیر می‌گذارد؛ به گونه‌ای که فرایندهای ادراک و معنابخشی به علائم، با ارزش‌ها و باورهای فرد درهم می‌تنند و بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند (کاسل و کوب، ۱۹۶۶). ادراک بیماری اغلب با تجربه خود بیمار از بیماری‌اش شروع می‌شود. همان‌گونه که افراد برای تبیین و پیش‌بینی وقایع تصاویر یا بازنمودهایی از جهان خارج می‌سازند، بیماران نیز الگوهای شناختی مشابهی درباره تغییرات جسمانی‌شان می‌سازند (وینمن و پتریه، ۱۹۹۷) «(نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۷-۳۵۳).

۲.۳ رفتار کمک‌جویی:^۱ «عبارت است از مجموعه فعالیت‌هایی که با هدف اصلاح یا رفع اختلال اختلال ادراک شده در زمینه وضعیت سلامت فرد صورت می‌گیرد (کریسمن، ۱۹۷۷). به طور معمول، فرد بعد از مراحل تعریف، تفسیر و ارزیابی علائم و اتخاذ شیوه‌های خاص مقابله، به طرح‌ریزی کنش‌ها و اقدام‌های درمانی دست می‌زند. یکی از راهبردهای پاسخ به علائم، طرح اقدام درمانی است. اقدام درمانی، ممکن است ترکیبی از خودمراقبتی، مراقبت ازسوی خانواده، مراقبت ازسوی درمانگران محلی و تخصصی باشد» (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۱۷-۳۵۳).

۴. ناباروری:^۲ قبل از پرداختن به تعریف‌های ناباروری و ارائه تعریفی راهبردی، به طرح و بررسی اختلاف دیدگاه محققان در تلقی ناباروری به‌مثابه بیماری^۳ یا وضعیت^۴ پرداخته می‌شود. در بیمه ناباروری، به‌جای بیماری، وضعیت در نظر گرفته می‌شود. این واقعیت ازسویی به دلیل مدت‌زمان طولانی‌ای است که ناباروری تشخیص داده می‌شود و با هزینه گزاف تحت درمان قرار می‌گیرد؛ ازسوی دیگر، به دلیل دخالت عامل‌های روان‌شناختی به‌جای عوامل جسمانی و نشانه‌های فیزیکی است. اما بسیاری ناباروری را بیماری دستگاه‌های تولیدمثلی در زن و مرد می‌دانند که باعث ناتوانایی در بارداری یا حمل منجر به تولد نوزاد زنده می‌شود. از دیدگاه آرونسون، این تعریف از ناباروری کمک شایانی به تلقی ناباروری به‌مثابه بیماری می‌کند (عظیمی، ۱۳۸۷ به نقل از آرونسون، ۲۰۰۰: ۶). برک عدم وقوع بارداری را پس از یک‌سال مقاربت بدون جلوگیری ناباروری می‌داند (برک، ۱۳۸۷: ۹۴۸). لین وایت، علاوه بر بارورنشدن زوجین در زمانی مشخص درضمن داشتن روابط جنسی منظم و کنترل‌نشده، ادراک زوجین از این وضعیت و اقدام به کمک‌جویی را از شروطی می‌داند که شخص با وجود آن بیمار

1. Help-seeking behavior
2. Infertility
3. illness
4. Condition

نابارور تلقی می‌شود (وایت، ۲۰۰۶). گفتنی است محققان در جهت دست‌یابی به اهداف تحقیقی، تعریف لین وایت (۲۰۰۵) و برک (۱۳۸۷) از ناباروری را مدنظر قرار داده‌اند.

۱.۴. علت‌های زنانه ناباروری: شایع‌ترین علت‌های ناباروری زنان عبارت‌اند از کاهش ذخیره تخمدانی، اختلالات تخمک‌گذاری (عامل تخمک‌گذاری)، آسیب لوله‌ای، انسداد یا چسبندگی‌های جنب لوله‌ای (شامل اندومتریوز با شواهدی از چسبندگی‌های لوله‌ای یا صفاقی)، عوامل رحمی، بیماری‌های سیستمیک (شامل عفونت‌ها یا بیماری‌های مزمن مانند بیماری خودایمنی یا نارسایی مزمن کلیوی)، عوامل مربوط به دهانه رحم و عوامل ایمنولوژیک و عوامل توضیح‌داده‌نشده (شامل اندومتریوز بدون شواهدی از چسبندگی‌های لوله‌ای یا صفاقی). همچنین بین سن زن و کاهش باروری رابطه وجود دارد؛ به طوری که کاهش قابلیت باروری از اوایل سی‌سالگی شروع می‌شود و در اواخر آن سرعت می‌گیرد (برک، ۱۳۸۷: ۹۵۴-۹۵۵؛ برک و نواک، ۱۳۹۱). ناباروری می‌تواند با عواملی از جمله قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی، مصرف برخی داروها، ابتلا به برخی بیماری‌های ایجادکننده نازایی، تغذیه نامناسب و آلودگی هوا و... رابطه داشته باشد (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷ به نقل از ایرانیان یوکا، ۲۰۰۷). «سایر علت‌های ناباروری در زنان را می‌توان عوامل زیر دانست: مشکلات تیروئید (پرکاری یا کم‌کاری تیروئید) که می‌تواند باعث ناباروری شود. برخی از سرطان‌ها اغلب به‌شدت باروری زنان را مختل می‌کنند. پرتودرمانی و شیمی‌درمانی ممکن است توانایی زن را برای تولیدمثل تحت تأثیر قرار دهد. بیماری کلیوی یا دیابت، همچنین ناهنجاری‌های ژنتیکی می‌تواند بر قدرت باروری زنان تأثیر منفی داشته باشد»^۱.

پیشینه تجربی

در زمینه مطالعات انجام‌شده در حوزه رفتار بیماری می‌توان به پژوهش مسعودنیا (۱۳۸۴) اشاره کرد که با هدف شناخت تأثیر طبقه اجتماعی بر جنبه‌های مختلف رفتار بیماری، در قالب الگوی خودگردانی لونتال و همکاران صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که درباره اولین مرحله از فرایند رفتار بیماری، یعنی ادراک بیماری، تفاوت معناداری بین سه طبقه اجتماعی وجود دارد. در زمینه کمک‌جویی مدرن تفاوت معناداری میان سه طبقه مشاهده نشد. در کمک‌جویی سنتی نتایج تحقیق تفاوت معناداری را بین سه طبقه نشان داد. این مطالعه نشان داد که متغیر طبقه اجتماعی از طریق ادراک و تفسیر بیماران از علائم بیماری، بر دو مرحله دیگر فرایند رفتار بیماری، یعنی شیوه‌های

1. <http://www.mayoclinic.com/health/infertility/DS00310/DSECTION=causes>

کنار آبی و الگوهای کمک‌جویی اثر می‌گذارد. به‌این‌ترتیب، یافته‌های این پژوهش مسیر علی‌الگوی خودگردانی لونتال و همکاران را تأیید می‌کند.

در زمینه آخرین مرحله از رفتار بیماری می‌توان به مطالعاتی در حوزه درمان‌جویی افراد نابارور اشاره کرد. عظیمی (۱۳۸۷) در پژوهش خود نشان می‌دهد افراد نابارور تمایل بیشتری (۷۹ درصد) به گزینش الگوهای مدرن درمانی دارند. اما گونتوپالی و چن چل گودم (۲۰۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مراجعه افراد نابارور به پزشکان متخصص، برخلاف مراجعه‌شان به پزشک سنتی و به‌ویژه دعانویسان، به‌ندرت اتفاق می‌افتد (عظیمی، ۱۳۸۷). در بررسی بهاتی (۱۹۹۹) آمده است که افراد نابارور دامنه متفاوتی از روش‌های درمانی، چون مراجعه به پزشکان متخصص، دعانویسان، طب سوزنی و... را تجربه می‌کنند (عظیمی، ۱۳۸۷ به نقل از بهاتی، ۱۹۹۹). گونای نیز به بررسی اقدامات سنتی و مدرن زوجین نابارور ترکیه می‌پردازد. داده‌ها نشان می‌دهد ۹۲/۵ درصد از زنان نابارور و ۷۲ درصد از همسرانشان از پزشک برای درمان ناباروری‌شان کمک خواسته بودند. ۹۱ درصد از زنان و ۳۶ درصد از همسرانشان از مداخله‌های درمانی جدید و فناوری‌های مرتبط با آن استفاده کرده‌اند. ۶۱ درصد به دنبال روش‌های سنتی درمان بودند که این میزان در زنان بیشتر از مردان بوده است (گونای، ۲۰۰۵). وایت در پژوهشی به آزمون الگوی کمک‌جویی در ناباروری می‌پردازد. در این پژوهش، آنها الگوی کمک‌جویی را، که از دو دسته وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی اثر می‌پذیرد، در افراد نابارور آزمودند و در نتیجه‌گیری بر صحت الگو و عناصر آن تأکید و نیز تأیید کردند که عناصر شناختی نقش مهمی در درمان‌جویی و گزینش الگوهای درمان دارد (وایت، ۲۰۰۵).

چارچوب نظری

الگوها و نظریه‌های رفتار بیماری به دو دسته کلان و خرد تقسیم می‌شوند. تمرکز پژوهش حاضر بر الگوها و نظریه‌های سطح خرد است. این الگوها می‌کوشند کیفیت واکنش افراد را در برابر علائم بیماری، درد و رویدادهای استرس‌زای زندگی، با ارجاع به ویژگی‌های روان‌شناختی افراد، از جمله شخصیت، انگیزه، هیجان و نظایر آن، تبیین کنند (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۷۳-۳۵۳). الگوها و نظریه‌های خردی که در پژوهش حاضر به کار رفته‌اند عبارت‌اند از:

۱. الگوی عقل سلیم درباره باز‌نمایی‌های بیماری

این الگو، که نخستین‌بار لونتال و همکاران مطرح کردند، به شرح عواملی می‌پردازد که در پردازش بیمار از اطلاعات درباره بیماری دخیل‌اند و اینکه برای ایجاد دیدگاهی عامه درباره بیماری، اطلاعات چگونه انسجام می‌یابند. سرانجام این دیدگاه عامه، چگونه رفتارها و برآیندهای مقابله را هدایت می‌کند. الگوی عقل سلیم فرض می‌کند که افراد به‌منظور فهم و کنترل بیماری، باز‌نمایی‌های روانی بیماری خود را

براساس منابع واقعی و انتزاعی اطلاعاتی که در دسترس آنهاست به نمایش می‌گذارند. بیشاپ و کانورس اعتقاد دارند که در واقع تفسیر اطلاعات نخستین مرحله از فرایند کمک‌جویی، درگیری در راهبرد مقابله یا پذیرش رژیم کنترل بیماری است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۵۴). از منظر لونتال و همکاران، هر الگوی شناختی متشکل از این ابعاد است:

برآیندهای بیماری: به باورهای فرد درباره تأثیر بیماری بر کیفیت کلی زندگی گفته می‌شود.
خط زمانی: به باورهای فرد درباره جریان بیماری و مقیاس زمانی علائم بیماری اشاره دارد.
درمان/ کنترل: به باورهای فرد درباره توانایی و قابلیت کنترل و درمان بیماری اشاره دارد.
تظاهرات هیجانی: عبارت است از واکنش‌ها یا پاسخ‌های هیجانی به تهدید تندرستی. این واکنش‌ها عبارت‌اند از ترس، اضطراب و افسردگی.

برخی محققان در بازبینی الگوی تظاهرات شناختی لونتال و دیگران، تقسیم‌بندی‌هایی را در دو مؤلفه خط زمانی و کنترل/درمان ایجاد کردند. آنها مؤلفه خط زمانی را به دو مؤلفه جزئی‌تر خط زمانی حاد/مزمّن و خط دوره‌ای، و مؤلفه کنترل/درمان را نیز به دو مؤلفه جزئی‌تر کنترل شخصی و کنترل درمان تقسیم کرده‌اند (مسعودنیا، ۱۳۸۴).

۲. مدل‌های رفتار کمک‌جویی و اقدامات درمانی

به‌طور معمول، فرد بعد از مراحل تعریف، تفسیر و ارزیابی علائم و اتخاذ شیوه‌های خاص مقابله، به طرح ریزی کنش‌ها و اقدام‌های درمانی دست می‌زند. یکی از راهبردهای پاسخ به علائم، طرح اقدام درمانی است (مسعودنیا، ۱۳۸۹: ۳۳۹). الگوهای اقدام درمانی متعدّدند که در ادامه به معرفی‌شان می‌پردازیم.

۱-۲. الگوی کمک‌جویی بهائی (۱۹۹۹): عبارت است از چهار شیوه کمک‌جویی برای درمان درمیان افراد نابارور: پزشکی زیستی^۱، مراجعه به حکیم^۲، دعادمانی، پزشکان مشابه‌درمان (هومیوپاتی) (عظیمی، ۱۳۸۷).

۲-۲. الگوی شیوه درمانی گونای (۲۰۰۵): او در مطالعه‌اش به‌طور کلی دو شیوه درمانی و کمک‌جویی را درمیان افراد نابارور متمایز ساخته است:

۱-۲-۱. شیوه درمان سنتی: از نظر او، اگرچه در سراسر جهان اقسام بی‌شماری از روش‌های سنتی برای درمان ناباروری استفاده می‌شود، شیوه‌های فراوان‌تر شامل توسل به داروهای سنتی مختلف با

1. Allopathic doctors
2. Hakims

منشأ گیاهی و حیوانی، طب سوزنی، انرژی‌درمانی، برخی اعمال مذهبی چون قربانی حیوانات، داشتن طلسم و دعا، مکان‌های متبرک و رهبران مذهبی است.

۲-۲. شیوه درمان مدرن: این شیوه به‌طور عام با مراجعه به پزشکان و مراکز درمانی تخصصی مشخص می‌شود و شامل راهنمایی پزشکان، آزمایش‌های اندام تناسلی، آزمایش‌های هورمونی، سونوگرافی، درمان با جراحی، بارورسازی در محیط آزمایشی و... است (گونای، ۲۰۰۵). در جهت دست یابی به اهداف پژوهش حاضر، از الگوی شیوه درمانی و کمک‌جویی گونای (۲۰۰۵) پیروی کرده‌ایم.

۳-۲. الگوی درمان جویی لین وایت و اجزای آن: وایت (۲۰۰۵) الگویی از درمان جویی را طرح کرد که به نحوه‌های مختلف کمک‌جویی افراد و عواملی می‌پردازد که آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند. او در گام اول، شناخت را عامل مهمی در درمان جویی می‌داند. این نظریه کمک‌جویی از دودسته عوامل متأثر است:

وضعیت آمادگی:^۱ شامل تحصیلات، جنس، سن، مکان کنترل سلامت و نظام ارجاعات عامیانه.

وضعیت توانمندی:^۲ شامل درآمد و موقعیت جغرافیایی که افراد را در دسترسی به درمان مطلوبشان کمک می‌کند. از نظر او، این موقعیت‌ها تا حد زیادی بر استفاده به‌موقع فرد نابارور از اقدام‌های درمانی اثر می‌گذارد (عظیمی، ۱۳۸۷).

در مطالعه حاضر کوشیده‌ایم تأثیر وضعیت آمادگی و وضعیت توانمندی را که در الگوی وایت آمده است، بر ادراک بیماری و نیز رفتار کمک‌جویی افراد تحت مطالعه بررسی کنیم. گفتنی است تأثیر محل سکونت، که از وضعیت آمادگی است، در پژوهش حاضر بررسی نشده است.

تدوین فرضیه‌ها

در طرح حاضر کوشیده‌ایم مرحله اول (ادراک بیماری) و مرحله آخر (رفتار کمک‌جویی) رفتار بیماری و نیز تأثیر وضعیت آمادگی و وضعیت توانمندی را بر هریک از آنها بررسی کنیم.

فرضیه‌های تحقیق

الف) فرضیه‌های مربوط به ادراک بیماری (نازایی) و تأثیر هریک از عوامل تأثیرگذار بر آن عبارت‌اند از:

۱. به نظر می‌رسد بین وضعیت توانمندی (درآمد) و کیفیت ادراک بیماری (ناباروری) رابطه وجود دارد.

1. Predisposing conditions

2. Enabling conditions

۱-۱. به نظر می‌رسد بین درآمد و ابعاد ادراک بیماری (برآیند، خط زمان، کنترل شخصی، کنترل درمان و تظاهرات هیجانی) رابطه وجود دارد.

۲. به نظر می‌رسد بین وضعیت آمادگی (تحصیلات، سن، نظام ارجاع‌های عامیانه و مکان کنترل سلامت) و کیفیت ادراک بیماری رابطه وجود دارد.

۱-۲. به نظر می‌رسد بین وضعیت آمادگی (تحصیلات، سن، نظام ارجاع‌های عامیانه و مکان کنترل سلامت) و ابعاد ادراک بیماری (برآیند، خط زمان، کنترل شخصی، کنترل درمان و تظاهرات هیجانی) رابطه وجود دارد.

ب) فرضیه‌های مربوط به رفتار کمک‌جویی و تأثیر هریک از عوامل تأثیرگذار بر آن عبارت‌اند از:

۱. به نظر می‌رسد بین وضعیت توانمندی (درآمد) و رفتار کمک‌جویی رابطه وجود دارد.

۲. به نظر می‌رسد بین وضعیت آمادگی (تحصیلات، سن، نظام ارجاع‌های عامیانه و مکان کنترل سلامت) و رفتار کمک‌جویی رابطه وجود دارد.

ج) فرضیه‌ی مربوط به ادراک بیماری و رفتار کمک‌جویی:

۱. به نظر می‌رسد بین ادراک بیماری و رفتار کمک‌جویی رابطه وجود دارد.

روش تحقیق

روش پژوهش حاضر پیمایش است. برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات از مصاحبه‌ی ساخت‌یافته استفاده شده است. جمعیت تحقیق شامل همه‌ی زنان ناباروری است که در سال ۱۳۹۱ به مراکز دولتی درمان ناباروری در استان مازندران مراجعه کرده و در این مراکز پرونده‌ی درمانی داشته‌اند (مراکز دولتی درمان ناباروری استان مازندران شامل مرکز درمان ناباروری حضرت فاطمه‌زهرا شهرستان بابل و مرکز درمان ناباروری بیمارستان امام‌خمینی ساری است). برای به‌دست‌آوردن حجم نمونه، تعداد مراجعه‌کنندگان ماهانه به هر مرکز را، که براساس آمار مسئولان هر مرکز چیزی حدود ۱۰۰ نفر در ماه بوده است، در فرمول کوکران قرار دادیم و حجم نمونه‌ی بالغ بر ۹۵ زن نابارور به‌دست آوردیم. همه‌ی افراد تحت بررسی زنانی بوده‌اند که ناباروری‌شان را پزشک متخصص تشخیص داده بود و برای ادامه‌ی روند درمانی به مراکز درمان مراجعه کرده بودند و به مشارکت در مصاحبه تمایل داشته‌اند. سرانجام داده‌ها بعد از گردآوری در نرم‌افزار اس.پی.اس.اس تجزیه و تحلیل شدند.

تعریف متغیرها

وضعیت توانمندی: عواملی است که به افراد بیمار در دستیابی به درمان مطلوب یاری می‌رساند شامل درآمد و محل سکونت.

وضعیت آمادگی: عواملی است که در ارزیابی و ادراک افراد از نشانه‌های بیماری و اقدام‌های درمانی اثر می‌گذارد، شامل سن، تحصیلات، مکان کنترل سلامت، نظام ارجاع‌های عامیانه.

مکان کنترل سلامت:^۱ این مفهوم که راتر (۱۹۶۶) عنوان کرد، اساساً بدین معناست که مردم عقیده دارند کنترل رویدادها در زندگی آنان یا درونی است یا بیرونی. افراد درونی به توانایی خود در کنترل رویدادها اعتقاد دارند و بیرونی‌ها معتقدند افراد یا رویدادهای دیگرند که بر اوضاع و احوال زندگی آنان تأثیر می‌گذارند و آنها را کنترل می‌کنند. مکان کنترل سلامت مفهومی اختصاصی‌تر است و به باورهای مردم درباره اینکه می‌توانند بر حالت‌های سلامت و بیماری خود اعمال کنترل کنند (مکان کنترل درونی سلامت) یا از بیماری و رای کنترل پیشگیری به عمل آورند (مکان کنترل بیرونی سلامت) اطلاق می‌شود (کریمی، ۱۳۸۱: ۳۴۱). برای سنجش این متغیر، از الگوی لین وایت که عظیمی (۱۳۸۷) با آلفای کرونباخ ۰/۸۰ اجرا کرده است بهره برده‌ایم. این قسمت در قالب هفت سؤال که با استفاده از طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است (کاملاً موافقم، موافقم، بینابین، مخالفم و کاملاً مخالفم) پرسیده شده است. پس از جمع‌بندی نمره‌ها، نتایج در سطح فاصله‌ای سنجیده شده است. سرانجام منبع کنترل سلامت در سطح اسمی طبقه‌بندی شده است؛ نمره پایین (۷ تا ۱۸) به منزله کنترل سلامت بیرونی و نمره بالا (۲۴ تا ۳۵) به منزله کنترل سلامت درونی افراد است.

نظام ارجاع‌های عامیانه: به صحبت‌های بیشتر افراد درباره بیماری‌شان با دیگران مهم مثل دوستان و اعضای خانواده و... قبل از مراجعه به پزشک گفته می‌شود (عظیمی، ۱۳۸۷ به نقل از گاب، ۲۰۰۴) که در تحقیق در سطح سنجش اسمی تحت بررسی قرار گرفت.

ادراک بیماری: هر بیمار، بعد از آنکه محرک (علائم بیماری) را مشاهده کرد (علائم ممکن است توسط خود فرد یا دیگران مهم مشاهده و گزارش شود) به شکل دادن طرحواره یا نظامی از باورها درباره بیماری دست می‌زند و براساس آن به تفسیر علائم می‌پردازد. برای سنجش ادراک بیماری زنان نابارور، براساس الگوی عقل سلیم درباره تظاهرات بیماری، که به الگوی خودگردان لونتال و دیگران نیز معروف است، از پرسش‌نامه استاندارد شده ادراک بیماری (IPQ-R)^۲ استفاده شد. «این پرسش‌نامه مرکب از ۴۳ گویه است که مؤلفه تظاهرات هیجانی (واکنش‌های هیجانی بیمار در زمان آگاهی از بیماری)، کنترل درمان (باورهای بیمار درباره توانایی درمان‌های مدرن پزشکی در کنترل بیماری)، برآیند بیماری (باورهای بیمار درباره نتایج احتمالی که بیماری می‌تواند بر جنبه‌های گوناگون زندگی او داشته باشد)، خط زمانی (باورهای بیمار درباره مدت‌زمانی که بیماری طول می‌کشد)، کنترل شخصی (باورهای بیمار

1. Locus of control

2. illness Perception Questionnaire-Revised

درباره توانایی کنترل بیماری، انسجام بیماری (باورهای بیمار درباره قابل فهم بودن بیماری)، خط زمانی دوره‌ای (باورهای بیمار درباره چرخشی و دوره‌ای بودن بیماری) را اندازه‌گیری می‌کند» (مسعودنیا، ۱۳۸۷). مسعودنیا (۱۳۸۴) این مقیاس را در پژوهش خود به فارسی برگردانده است. ضریب اعتبار مؤلفه‌های ادراک بیماری، که شامل برآیند، خط زمان، کنترل شخصی، کنترل درمان، تظاهرات هیجانی، انسجام بیماری و خط زمانی دوره‌ای است، در مطالعه مزبور با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۸۵، ۰/۹۳، ۰/۸۶ و ۰/۳۸ محاسبه شد. همه بخش‌های پرسش‌نامه براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (خیلی موافقم، موافقم، بینابین، مخالفم، خیلی مخالفم) درجه‌بندی شدند. گفتنی است بنابر اقتضای پژوهش حاضر برخی گویه‌های پرسش‌نامه که مناسب پژوهش حاضر نبودند حذف شدند.

رفتار کمک‌جویی: مجموعه فعالیت‌هایی است که با هدف اصلاح یا رفع اختلال ادراک شده در زمینه وضعیت سلامت فرد صورت می‌گیرد. یکی از راهبردهای پاسخ به علائم، طرح اقدام درمانی است. اقدام درمانی ممکن است ترکیبی از خودمراقبتی، مراقبت از سوی خانواده و مراقبت از سوی درمانگران محلی و تخصصی را شامل شود. با توجه به مطالعات اکتشافی، در تحقیق حاضر اقدام‌های درمانی شامل مراقبت از سوی درمانگران محلی و تخصصی است. با استفاده از الگوی کمک‌جویی گونای، تحقیق حاضر نیز رفتار کمک‌جویی را در قالب رفتار کمک‌جویی مدرن و سنتی در سطح سنجش اسمی بررسی کرده است.

ارائه یافته‌ها

سیمای نمونه آماری

از نظر وضعیت توانمندی (درآمد) و وضعیت آمادگی (سن، تحصیلات، نظام ارجاع‌های عامیانه و مکان کنترل سلامتی) توزیع میزان درآمد خانواده پاسخگویان به این شرح است: ۱۷ درصد دارای درآمد کم (صفر تا ۵۰۰۰۰۰ تومان)، ۶۳ درصد دارای درآمد متوسط (۵۰۰۰۰۱ تا ۹۰۰۰۰۰ تومان)، ۲۰ درصد دارای درآمد زیاد (۹۰۰۰۰۱ تا ۱۴۰۰۰۰۰ تومان). از نظر توزیع سنی پاسخگویان، ۹ درصد در گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال، ۳۱ درصد در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال، ۳۰ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال، ۲۶ درصد در گروه سنی ۳۵ تا ۳۹ سال، و ۴ درصد در گروه سنی ۴۰ سال و بیشتر قرار داشتند. از کل افراد تحت بررسی، ۴ درصد بی‌سواد بوده‌اند، تحصیلات ابتدایی و راهنمایی هریک به مقدار ۹ درصد، ۵۸ درصد دارای تحصیلات متوسطه، و ۲۶ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی (کاردانی و کارشناسی) بودند. از نظر توزیع نظام ارجاع‌های عامیانه، ۶۲ درصد از نظام ارجاع‌های عامیانه برخوردار بودند و ۳۸ درصد نظام ارجاع‌های عامیانه نداشتند. از کل افراد تحت بررسی، ۵۰ درصد دارای مکان کنترل

سلامت درونی، ۳۵ درصد مکان کنترل بینابین و سرانجام ۱۵ درصد دارای مکان کنترل سلامت بیرونی بودند.

توزیع فراوانی افراد از نظر مدت ناباروری این‌گونه بوده است: ۴۰ درصد ناباروری ۲ تا ۵ سال، ۳۴ درصد ناباروری ۶ تا ۹ سال، ۲۴ درصد ناباروری ۱۰ تا ۱۳ سال و ۲ درصد نیز ناباروری ۱۴ تا ۱۷ سال را تجربه کرده بودند. از نظر کیفیت ادراک بیماری (ناباروری) هم از کل افراد تحت بررسی، ۲۰ درصد ادراک نامطلوب، ۵۹ درصد ادراک متوسط و سرانجام ۲۱ درصد ادراک مطلوبی از ناباروری‌شان داشتند. از نظر رفتار کمک‌جویی (اقدام درمانی) ۸۷ درصد رفتار کمک‌جویی مدرن و فقط ۱۳ درصد رفتار کمک‌جویی سنتی داشتند.

آزمون فرضیات مربوط به ادراک بیماری

در پژوهش حاضر رفتار بیماری را فرایندی در نظر گرفته‌ایم که ادراک بیماری مرحله اول آن و رفتار کمک‌جویی مرحله آخر آن است. ادراک بیماری از ۵ بعد تشکیل شده است که عبارت‌اند از برآیند، خط زمان، کنترل شخصی، کنترل درمان و تظاهرات هیجانی. مجموعه عواملی بر این ادراک مؤثرند؛ از جمله وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی. در ادامه به توصیف فراوانی ابعاد ادراک بیماری می‌پردازیم و سپس رابطه هریک از مؤلفه‌های وضعیت توانمندی و آمادگی را با ادراک بیماری (چه در سطح کلی و چه به‌صورت جداگانه با هریک ابعادش) بررسی می‌کنیم.

برآیند: با توجه به جدول ۱، از ۹۵ زن تحت بررسی، ۵۱ درصد معتقدند ناباروری تأثیر متوسطی بر کیفیت زندگی‌شان دارد و ۴۲ درصد نیز معتقدند ناباروری‌شان تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی‌شان دارد و سرانجام ۷ درصد معتقد بودند که ناباروری‌شان تأثیر پایینی بر زندگی‌شان دارد.

جدول ۱. توزیع فراوانی نمره برآیند بیماری افراد

برآیند بیماری	فراوانی	درصد
بالا (۲۰-۱۵)	۴۰	۴۲
متوسط (۱۴-۱۰)	۴۸	۵۱
پایین (۹-۴)	۷	۷
جمع	۹۵	۱۰۰

جدول ۱ رابطه برآیند بیماری را با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی نشان می‌دهد. آزمون رابطه برآیند با درآمد ($r = -0/17$) تا و بی‌کندال) سطح معنی‌داری مقبولی ($p < 0/05$) است؛ بدین ترتیب که هرچه درآمد بالا می‌رود، برآیند بیماری کاهش پیدا می‌کند. به عبارت دیگر، با افزایش

درآمد تأثیر بیماری بر کیفیت کلی زندگی به‌طور معناداری کاهش می‌یابد. آزمون رابطه برآیند با نظام ارجاع‌های عامیانه ($8/31 = \chi^2$ دو) سطح معنی‌داری مقبولی دارد ($P < 0/05$)؛ بدین معنی که بین دو متغیر رابطه معناداری وجود دارد. اما در متغیرهای دیگر، سطح معناداری در حد مقبولی نبوده و بین برآیند با سن، تحصیلات و مکان کنترل سلامت رابطه معناداری مشاهده نشده است.

خط زمان: جدول ۲ توزیع فراوانی نمره‌های خط زمانی زنان نابارور را نشان می‌دهد. از مجموع ۹۵ زن تحت بررسی، ۲۳ درصد اعتقاد دارند جریان بیماری و مقیاس زمان ناباروری‌شان در حد متوسط بوده و ۴۲ درصد دیگر آن را در حد کم و ۵ درصد دیگر نیز این جریان بیماری را در حد زمانی بالایی ارزیابی کردند.

جدول ۲. توزیع فراوانی نمره خط زمانی

خط زمانی	فراوانی	درصد
زیاد (۱۵-۱۲)	۵	۵
متوسط (۱۱-۸)	۵۰	۵۳
کم (۷-۴)	۴۰	۴۲
جمع	۹۵	۱۰۰

جدول ۲ رابطه خط زمان بیماری را با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی نشان می‌دهد. آزمون رابطه خط زمان با سن ($-0/22 = \chi^2$ تا و بی کندال) سطح معنی‌داری ($P < 0/05$) قابل قبولی دارد. بدین ترتیب که هرچه سن بالا می‌رود، خط زمان بیماری کم می‌شود؛ با بالا رفتن سن اعتقاد به اینکه جریان بیماری طولانی است، به‌طور معناداری کم می‌شود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۳. رابطه ابعاد ادراک بیماری با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی

ارجاعات عامیانه				مکان کنترل سلامت				تحصیلات				سن				درآمد				ابعاد ادراک بیماری	
کل	بچه	بهر	کل	کل	درونی	بیابانی	بیرونی	کل	پایین	متوسط	بالا	کل	پایین	متوسط	بالا	کل	پایین	متوسط	بالا	پایین	زیاد
۷	۰	۱۱	۷	۰	۱۰	۰	۰	۷	۲۸	۰	۰	۷	۰	۷	۸	۷	۷	۱۷	۰	۰	پایین
۵۱	۶۷	۴۱	۵۱	۵۷	۴۷	۶۷	۶۷	۵۱	۳۶	۵۶	۵۶	۵۱	۲۵	۵۱	۵۳	۵۱	۸۷	۲۹	۵۶	۵۶	متوسط
۴۲	۳۳	۴۸	۴۲	۴۳	۴۳	۳۳	۳۳	۴۲	۳۶	۴۴	۴۴	۴۲	۷۵	۴۲	۳۹	۴۲	۶	۵۴	۴۴	۴۴	بالا
مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون	
۸/۳۱=خی دو				۰/۰۴=تای کندهال				۰/۱۶=تای کندهال				۰/۷=تای کندهال				۰/۱۷=تای کندهال				۰/۱۷=تای کندهال	
۰/۰۱				۰/۵۷				۰/۱۲				۰/۴۶				۰/۰۳				Sig	
۴۲	۶۴	۲۹	۴۲	۴۳	۴۰	۶۷	۶۷	۴۲	۵۶	۳۷	۳۸	۴۲	۵۰	۵۳	۲۶	۴۲	۴۷	۴۳	۴۰	۴۰	زیاد
۵۳	۲۸	۶۸	۵۳	۴۸	۵۶	۳۳	۳۳	۵۳	۳۶	۶۱	۵۰	۵۳	۰	۴۷	۶۶	۵۳	۵۳	۵۷	۴۹	۴۹	متوسط
۵	۸	۳	۵	۹	۴	۰	۰	۵	۸	۲	۱۲	۵	۵۰	۰	۸	۵	۰	۰	۱۱	۱۱	کم
مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون	
۱۴/۳۷=خی دو				۰/۰۶=تای کندهال				۰/۱۳=تای کندهال				۰/۲۲=تای کندهال				۰/۰۹=تای کندهال				۰/۰۹=تای کندهال	
۰/۰۰				۰/۵۰				۰/۳۱				۰/۰۳				۰/۳۱				sig	
۵۳	۵۶	۵۱	۵۳	۲۹	۵۷	۸۳	۸۳	۵۳	۶۰	۵۴	۳۸	۵۳	۲۵	۷۰	۳۲	۵۳	۵۳	۵۷	۴۹	۴۹	پایین
۴۵	۳۹	۴۹	۴۵	۷۱	۴۰	۱۷	۱۷	۴۵	۴۰	۴۳	۶۲	۴۵	۵۰	۳۰	۶۶	۴۵	۴۷	۴۳	۴۷	۴۷	متوسط
۲	۵	۰	۲	۰	۳	۰	۰	۲	۰	۳	۰	۲	۲۵	۰	۲	۲	۰	۰	۴	۴	بالا
مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون	
۳/۸۹=خی دو				۰/۲۶=تای کندهال				۰/۱۲=تای کندهال				۰/۲۷=تای کندهال				۰/۰۷=تای کندهال				۰/۰۷=تای کندهال	
۰/۱۴				۰/۰۰				۰/۱۶				۰/۰۰				۰/۴۵				Sig	

بررسی جامعه‌شناختی رفتار بیماری زنان نابارور ...

ادامهٔ جدول ۳. رابطه ابعاد ادراک بیماری با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی

ارجاعات عامیانه				مکان کنترل سلامت				تحصیلات				سن				درآمد				ابعاد ادراک بیماری	
کل	چتر	لجی	کل	درونی	بیابین	بیرونی	کل	بالا	متوسط	پایین	کل	بالا	متوسط	پایین	کل	بالا	متوسط	پایین	پایین	کنترل	
۵۹	۶۴	۵۶	۵۹	۶۷	۵۴	۸۳	۵۹	۶۸	۵۴	۶۲	۵۹	۷۵	۵۸	۵۸	۵۹	۶۷	۴۹	۶۴	پایین	درمان کنترل	
۳۹	۳۱	۴۴	۳۹	۲۴	۴۶	۱۷	۳۹	۳۲	۴۳	۳۸	۳۹	۲۵	۳۸	۴۲	۳۹	۲۰	۵۱	۳۶	متوسط		
۲	۵	۰	۲	۹	۰	۰	۲	۰	۳	۰	۲	۰	۴	۰	۲	۱۳	۰	۰	بالا		
مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون					
۴/۵۰= خی دو				۰/۰۱= تای کندهال				۰/۰۵= تای کندهال				۰/۰۱= تای کندهال				۰/۰۸= تای کندهال				Sig	
۰/۱۰				۰/۸۹				۰/۵۲				۰/۸۵				۰/۴۱					
پایین		۷		۰		۰		۱۹		۳		۰		۰		۰		۰		پایین	
متوسط		۴۹		۴۶		۶۷		۳۷		۴۲		۲۵		۵۶		۲۴		۴۲		متوسط	
بالا		۴۴		۵۴		۳۳		۴۴		۵۵		۷۵		۳۸		۷۶		۵۵		بالا	
مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون					
۱۱= خی دو				۰/۱۳= تای کندهال				۰/۰۶= تای کندهال				۰/۳۰= تای کندهال				۰/۲۶= تای کندهال				Sig	
۰/۰۰				۰/۱۹				۰/۵۱				۰/۰۰				۰/۰۰					
نامطلوب		۲۲		۲۳		۸		۲۵		۲۱		۰		۳۲		۸		۲۰		نامطلوب	
متوسط		۵۷		۵۴		۶۰		۵۶		۵۹		۲۵		۶۰		۶۰		۵۹		متوسط	
مطلوب		۲۰		۲۳		۳۲		۱۸		۲۱		۷۵		۸		۳۲		۲۱		مطلوب	
مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون				مقدار آزمون					
۰/۷۵= خی دو				۰/۱۶= تای کندهال				۰/۲۳= تای کندهال				۰/۲۲= تای کندهال				۰/۰۱= تای کندهال				Sig	
۰/۶۸				۰/۱۰				۰/۰۱				۰/۰۲				۰/۸					

آزمون رابطه خط زمان با نظام ارجاع‌های عامیانه ($14/37 = \chi^2$ دو) سطح معنی‌داری ($p < 0/01$) قابل قبولی دارد؛ بدین معنی که بین دو متغیر رابطه معنادار آماری وجود دارد. اما در متغیرهای دیگر، سطح معناداری در حد مقبول نیست و رابطه معناداری بین خط زمان با درآمد، تحصیلات و مکان کنترل سلامت مشاهده نشده است.

کنترل شخصی: با توجه به جدول ۴، از مجموع ۹۵ زن تحت بررسی، ۵۳ درصد اعتقاد دارند توانایی و قابلیت بالایی بر کنترل و درمان ناباروری‌شان دارند، ۴۵ درصد نیز معتقدند این توانایی در حد متوسط است.

جدول ۴. توزیع فراوانی نمره کنترل شخصی افراد

کنترل شخصی	فراوانی	درصد
بالا (۲۰-۱۵)	۵۰	۵۳
متوسط (۱۴-۱۰)	۴۳	۴۵
پایین (۹-۴)	۲	۲
جمع	۹۵	۱۰۰

جدول ۴ رابطه کنترل شخصی با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی را نشان می‌دهد. آزمون رابطه کنترل شخصی با سن ($0/27 = \chi^2$ تا و بی کندال) سطح معنی‌داری ($p < 0/01$) قابل قبولی دارد؛ بدین ترتیب که با بالا رفتن سن، نمره کنترل شخصی پایین می‌آید. با افزایش سن، توانایی کنترل بیماری به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. آزمون رابطه کنترل شخصی با مکان کنترل سلامت ($0/26 = \chi^2$ تا و بی کندال) نیز سطح معنی‌داری ($p < 0/01$) قابل قبولی دارد، بدین معنی که هرچه مکان کنترل سلامت درونی می‌شود، نمره کنترل شخصی نیز بیشتر می‌شود. به بیان دیگر، هرچه مکان کنترل سلامت افراد به سمت مکان کنترل سلامت درونی پیش می‌رود، توانایی کنترل بیماری بیشتر می‌شود. اما در دیگر متغیرها، سطح معناداری در حد مقبول نبوده و رابطه معنادار آماری بین کنترل شخصی با درآمد، تحصیلات و نظام ارجاع‌های عامیانه مشاهده نشده است.

کنترل درمان: با توجه به جدول ۵، از مجموع ۹۵ زن تحت بررسی، ۵۹ درصد اعتقاد دارند که درمان پزشکی قابلیت بالایی در کنترل بیماری‌شان دارد و ۳۹ درصد دیگر معتقدند توانایی درمان‌های پزشکی در کنترل بیماری در حد متوسط است.

جدول ۵. توزیع فراوانی نمره کنترل درمان افراد

کنترل درمان	فراوانی	درصد
بالا (۸-۱۰)	۵۶	۵۹
متوسط (۵-۷)	۳۷	۳۹
پایین (۲-۴)	۲	۲
جمع	۹۵	۱۰۰

جدول ۵ رابطه کنترل درمان را با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی نشان می‌دهد. آزمون دارای سطح معنی‌داری ($P > 0/05$) مقبولی نبوده است؛ به بیان دیگر، رابطه معنادار آماری بین اعتقاد به قابلیت کنترل درمان با متغیرهای درآمد، سن، تحصیلات، مکان کنترل و نظام ارجاع‌های عامیانه مشاهده نشده است.

تظاهرات هیجانی: جدول ۶ توزیع فراوانی نمره‌های تظاهرات هیجانی زنان نابارور را نشان می‌دهد. از مجموع ۹۵ زن تحت بررسی، ۵۵ درصد دارای واکنش‌ها و پاسخ‌های هیجانی بالا (مثل ترس، اضطراب و افسردگی) به بیماری بودند و ۴۲ درصد دیگر نیز تظاهرات هیجانی متوسطی داشته‌اند.

جدول ۶. توزیع فراوانی نمره تظاهرات هیجانی افراد

تظاهرات هیجانی	فراوانی	درصد
بالا (۱۵-۲۰)	۵۲	۵۵
متوسط (۱۰-۱۴)	۴۰	۴۲
پایین (۴-۹)	۳	۳
جمع	۹۵	۱۰۰

جدول ۶ رابطه تظاهرات هیجانی را با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی نشان می‌دهد. آزمون رابطه تظاهرات هیجانی با درآمد ($P = 0/26$ تا و بی کندال) سطح معنی‌داری ($P < 0/01$) مقبولی دارد. بدین ترتیب که با بالا رفتن درآمد، نمره تظاهرات هیجانی بالا می‌رود. با افزایش درآمد، تظاهرات هیجانی به ناباروری به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. آزمون رابطه تظاهرات هیجانی با سن ($P = 0/30$ تا و بی کندال) نیز دارای سطح معنی‌داری ($P < 0/01$) قابل قبولی است؛ بدین معنی که هرچه سن بیشتر می‌شود، نمره تظاهرات هیجانی پایین می‌آید، یعنی با افزایش سن تظاهرات هیجانی افراد به ناباروری به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا می‌کند. آزمون رابطه تظاهرات هیجانی با نظام ارجاع‌های عامیانه ($14/37$ = خی دو) نیز سطح معنی‌داری ($P < 0/01$) قابل قبولی دارد؛ بدین معنی که بین دو متغیر رابطه معنادار آماری وجود دارد. در

متغیرهای دیگر، سطح معناداری در حد قابل قبولی نبود و رابطه معنادار آماری بین تظاهرات هیجانی با تحصیلات و مکان کنترل سلامت مشاهده نشد.

کیفیت ادراک بیماری: با جمع‌بندی نمره‌های به‌دست‌آمده از ابعاد ادراک بیماری (برآیند، خط زمان، کنترل شخصی، کنترل درمان و تظاهرات هیجانی)، نمره کل کیفیت ادراک بیماری حاصل شد که طبق آن، نمره‌های بالا نشان‌دهنده کیفیت نامطلوب ادراک بیماری و نمره‌های پایین نشانه کیفیت مطلوب ادراک بیماری است. جدول ۶ آماره‌های مقیاس ادراک بیماری را نشان می‌دهد. میانگین و میانه نمونه به ترتیب ۵۱ و ۵۰ است. با توجه به اینکه حد پایین و بالای این مقیاس بین ۱۷ تا ۸۵ است، می‌توان گفت وضعیت ادراک بیماری در نمونه بررسی شده متوسط و بالاست.

جدول ۷. آماره‌های توصیفی نمره کیفیت ادراک بیماری

میانگین	انحراف معیار	میانه	نما	حداقل	حداکثر
۵۱	۸/۱۱	۵۰	۴۲	۳۶	۶۸

با توجه به جدول ۷، ۵۹ درصد پاسخگویان کیفیت ادراک بیماری متوسطی داشتند. ۲۱ درصد کیفیت ادراک مطلوب و ۲۰ درصد دیگر ادراک نامطلوبی از نازایی داشتند.

جدول ۸. آماره‌های توصیفی نمره کیفیت ادراک بیماری

ادراک بیماری	فراوانی	درصد
نامطلوب (۵۸-۸۵)	۱۹	۲۰
متوسط (۴۵-۵۷)	۵۶	۵۹
مطلوب (۱۷-۴۴)	۲۰	۲۱
جمع	۹۵	۱۰۰

با توجه به جدول ۸، آزمون رابطه ادراک بیماری با سن ($r = -0/22$) تا و بی کندال) سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) قابل قبولی دارد؛ بدین ترتیب که هرچه سن بالا می‌رود، نمره ادراک بیماری کاهش می‌یابد، یعنی با افزایش سن، ادراک کلی از بیماری به طور معنی‌داری به سمت ادراک مطلوب پیش می‌رود. آزمون رابطه ادراک بیماری با تحصیلات ($r = 0/23$) تا و بی کندال) سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) قابل قبولی دارد، بدین معنی که هرچه تحصیلات بیشتر می‌شود، نمره ادراک بیماری پایین می‌آید. به بیان دیگر، با افزایش تحصیلات، درک کلی از بیماری به

طور معنی‌داری به سمت ادراک مطلوب پیش می‌رود. اما در دیگر متغیرها، سطح معناداری در حد قابل قبولی نبوده و رابطه معنادار آماری بین ادراک بیماری با درآمد، مکان کنترل و نظام ارجاع‌ها مشاهده نشده است.

آزمون فرضیه‌های مربوط به رابطه رفتار کمک‌جویی و وضعیت توانمندی و آمادگی

جدول ۹ رابطه رفتار کمک‌جویی را با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی نشان می‌دهد. آزمون‌ها سطح معنی‌داری ($p > 0/05$) قابل قبولی نداشته‌اند و رابطه معنادار آماری بین رفتار کمک‌جویی با متغیرهای درآمد، سن، تحصیلات، مکان کنترل و نظام ارجاع‌های عامیانه مشاهده نشده است.

آزمون فرضیه مربوط به رابطه ادراک بیماری با رفتار کمک‌جویی

جدول ۱۰ رابطه ابعاد ادراک بیماری را با رفتار کمک‌جویی نشان می‌دهد. آزمون‌های رابطه خط زمان با رفتار کمک‌جویی ($6/01 = \chi^2$ دو) دارای سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) قابل قبولی است. بدین معنی که بین دو متغیر رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد. آزمون رابطه تظاهرات هیجانی و رفتار کمک‌جویی ($7/52 = \chi^2$ دو) نیز سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) قابل قبولی دارد؛ بدین معنی که بین این دو متغیر نیز رابطه معنی‌دار آماری وجود دارد، اما در دیگر موارد سطح معنی‌داری قابل قبول نبوده است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

جدول ۹. رابطه ادراک بیماری با وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی

رفتار کمک جویی	درآمد				سن				تحصیلات				مکان کنترل سلامت				ارجاعات عامیانه			
	کل	بالا	متوسط	پایین	کل	بالا	متوسط	پایین	کل	بالا	متوسط	پایین	کل	درونی	بیرونی	پنهان	کل	رنگ	شکل	رنگ
مدرن	۹۳	۸۳	۸۰	۸۷	۸۴	۸۹	۱۰۰	۸۷	۸۸	۸۵	۹۲	۸۷	۱۰۰	۸۲	۱۰	۰	۸۷	۸۶	۸۹	۸۷
سنتی	۷	۱۷	۲۰	۱۳	۱۶	۱۱	۰	۱۳	۱۲	۱۵	۸	۱۳	۰	۱۸	۰	۰	۱۳	۱۴	۱۱	۱۳
مقدار خی دو	۲/۸				۱۱/۳۰				۲/۴۳				۵/۴۵				۱۲			
Sig	۰/۲۴				۰/۲۴				۰/۶۴				۰/۰۶				۰/۷۲			
درجه آزادی	۲				۲				۲				۲				۱			

جدول ۱۰. رابطه ادراک بیماری با رفتار کمک جویی

sig	مقدار آزمون خی دو	رفتار کمک جویی			ابعاد ادراک بیماری	
		کل	سنّتی	مدرن		
۰/۵۴	۱/۲۱	۷	۰	۸	پایین	برآیند
		۵۰	۵۰	۵۱	متوسط	
		۴۲	۵۰	۴۱	بالا	
۰/۰۴	۶/۰۱	۴۲	۱۶	۴۶	پایین	خط زمان
		۵۳	۶۸	۵۱	متوسط	
		۵	۱۶	۴	بالا	
۰/۲۴	۲/۸۴	۴۳	۷۵	۴۹	نامطلوب	کنترل شخصی
		۴۵	۲۵	۴۸	بینابین	
		۲	۰	۳	مطلوب	
۰/۸۵	۰/۳۱	۵۹	۵۸	۵۹	نامطلوب	کنترل درمان
		۳۹	۴۲	۳۹	بینابین	
		۲	۰	۲	مطلوب	
۰/۰۲	۷/۷۵	۳	۰	۴	پایین	تظاهرات هیجانی
		۴۲	۸	۴۷	متوسط	
		۵۵	۹۲	۴۹	بالا	
۰/۱۱	۴/۳۵	۲۰	۱۷	۲۱	نامطلوب	ادراک بیماری
		۵۹	۸۳	۵۵	بینابین	
		۲۱	۰	۲۴	مطلوب	
		۹۵	۹۵	۹۵	تعداد	جمع
		۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	

بحث و نتیجه‌گیری

رفتار بیماری به شیوه‌های مختلف درک نشانه‌ها، ارزیابی و عمل (یا عمل نکردن) آنها (ادراک نشانه‌ها) از سوی افراد گوناگون اطلاق می‌شود. رفتار بیماری به‌مثابه فرایند عبارت است از ادراک بیماری، اسناد معنا، بیان علائم، واکنش‌های مقابله‌ای و رفتار کمک‌جویی. ناباروری یکی از بیماری‌هایی است که رفتار بیماری آن بیش از دیگر عوامل تابع متغیرهای اجتماعی و فرهنگی است. به‌علت اهمیت زیاد مسئله فرزندآوری در بسیاری از فرهنگ‌ها، ازجمله فرهنگ سنّتی جامعه ما، مطالعه حاضر از منظر جامعه‌شناسی پزشکی به بررسی رفتار بیماری زنان نابارور استان مازندران پرداخته است. برای تحلیل رفتار بیماری به بررسی مرحله اول آن (ادراک بیماری) با استفاده از الگوی خودگردانی لونتال و همکاران، و مرحله آخر آن (رفتار

کمک‌جویی) با کمک الگوی درمان‌جویی گونای (۲۰۰۵) پرداخته‌ایم. تأثیر وضعیت توانمندی (درآمد) و وضعیت آمادگی (سن، تحصیلات، نظام ارجاع‌های عامیانه و مکان کنترل سلامت) بر هریک از موارد یادشده (ادراک بیماری و ابعادش، رفتار کمک‌جویی) با استفاده از الگوی لین وایت تحت بررسی قرار گرفته است.

نتایج نشان می‌دهد ۵۹ درصد افراد تحت بررسی دارای کیفیت ادراک بیماری متوسط و ۲۱ درصد دارای کیفیت ادراک مطلوب و ۲۰ درصد دارای کیفیت ادراک نامطلوب هستند. درباره رفتار کمک‌جویی نیز نتایج بررسی نشان داده است که بیشترین فراوانی (۸۷ درصد) رفتار کمک‌جویی مدرن و ۱۳ درصد رفتار کمک‌جویی سنتی دارند. نتایج این پژوهش گویای آن است که بین وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی با ابعاد ادراک بیماری رابطه معنادار آماری وجود دارد، اما با رفتار کمک‌جویی رابطه معناداری مشاهده نشده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق وایت (۲۰۰۵) ناهم‌هنگ است که به آزمون یک الگوی کمک‌جویی در ناباروری پرداخت و به این نتیجه رسید که الگوی کمک‌جویی از دو دسته وضعیت توانمندی و وضعیت آمادگی اثر می‌پذیرد. اما قسمتی از این مطالعه در پژوهش حاضر نیز تأیید شد که به این نتیجه رسیده است که عناصر شناختی نقش مهمی در درمان‌جویی و گزینش الگوهای درمان‌جویی دارند. به طوری که در نتایج پژوهش حاضر مشاهده می‌کنیم، ابعاد خط زمان و تظاهرات هیجانی ادراک بیماری با رفتار کمک‌جویی رابطه معناداری دارند. نتایج پژوهش فعلی، هم‌سو با مطالعات مسعودنیا (۱۳۸۴)، رفتار بیماری را به مثابه فرایند تأیید می‌کند. پژوهش فعلی هم‌سوست با یافته‌های پژوهش عظیمی (۱۳۸۹) که تمایل بیشتر زنان نابارور را به گزینش الگوهای مدرن درمان‌جویی نشان می‌دهد، اما با نتایج گونتوپالی و چن چل گودم (۲۰۰۰) هم‌سو نیست که بیان کرده‌اند مراجعه افراد نابارور به پزشکان متخصص، برخلاف مراجعه‌شان به پزشک سنتی، به‌ندرت اتفاق می‌افتد. این پژوهش با پژوهش بهاتی (۱۹۹۹) که نشان داد زنان نابارور دامنه متفاوتی از روش‌های درمانی، چون مراجعه به پزشکان متخصص، دعانویسان و... را تجربه کردند نیز هم‌هنگ بوده است.

آنچه در پژوهش حاضر اهمیت دارد، تأثیر چشمگیر متغیر مستقل سن بر مؤلفه‌های ادراک بیماری است؛ به طوری که هرچه سن زن نابارور بالا می‌رود، به این موضوع اعتقاد پیدا می‌کند که بر بیماری‌اش کنترلی ندارد و نیز جریان ناباروری‌اش را طولانی نمی‌بیند. همچنین بالارفتن سن باعث می‌شود فرد درک مطلوبی از بیماری‌اش به‌دست آورد و تظاهرات هیجانی‌اش کم شود. دومین متغیر مؤثر در این مطالعه درآمد است، به طوری که هرچه درآمد افراد بالاتر می‌رود، تأثیر ناباروری بر ابعاد کلی زندگی کمتر می‌شود. این موضوع اهمیت توجه به کاهش دادن