

دانش و پژوهش

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

علوم تربیتی و روان‌شناسی

شماره یازدهم و دوازدهم - بهار و تابستان ۱۳۸۱

صص ۱۴۷ - ۱۳۵

## بررسی و مقایسه اختلالات روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در زنان نابارور و بارور

مژگان رستم‌زاده<sup>۱</sup> - ابوالقاسم نوری<sup>۲</sup> - اصغر آقایی<sup>۳</sup>  
حسین مولوی<sup>۴</sup> - فرحناز مردانیان<sup>۵</sup>

### چکیده

این پژوهش به بررسی و مقایسه اختلالات روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در زنان نابارور و بارور پرداخته است. جامعه آماری تحقیق را کلیه زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی اصفهان در سه ماهه دوم و سوم سال ۱۳۸۰ تشکیل می‌دادند. بدین منظور تعداد ۴۰ زن نابارور و ۴۰ زن بارور مراجعه‌کننده به بیمارستان به‌طور تصادفی انتخاب شدند و ویژگیهای روانی آنها با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R و راهبردهای مقابله با فشار روانی از طریق پرسشنامه شیوه‌های مقابله با فشار روانی CS-R مورد سنجش و مقایسه قرار گرفت. ویژگیهای جمعیت‌شناختی آزمودنیها شامل

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی.

۲- دانشیار دانشگاه اصفهان.

۳- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

۴- دانشیار گروه روان‌شناسی.

۵- استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

وضعیت تحصیلی، وضعیت اقتصادی، سن، شغل، طول مدت ازدواج، طول مدت ناباروری نیز با پرسشنامه جمعیت‌شناختی به دست آمد. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل مانوا و به وسیله برنامه کامپیوتری SPSS-9 تجزیه و تحلیل شد. پس از بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی نتایج نشان داد بین میانگین نمرات زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور در ۹ مقیاس پرسشنامه SCL-90-R تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان شیوع فوبیا، افکار پارانوئید، خصومت، افسردگی، حساسیت بین فردی، وسواس و جسمی‌سازی، روان‌پریشی و اضطراب در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور بود ( $P=0$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات زنان نابارور و بارور در انتخاب راهبردهای مقابله‌مسأله‌مدار، هیجان‌مدار، باکارایی کمتر و غیرمؤثر نیز تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میانگین نمرات زنان بارور در زیرمقیاس راهبرد مسأله‌مدار به طور معنی‌داری بیشتر و در زیرمقیاس‌های هیجان‌مدار، باکارایی کمتر و غیرمؤثر کمتر از میانگین نمرات زنان نابارور بود ( $P<0/005$ ). در نهایت نتایج تحقیق نشان داد که بین طول مدت ناباروری و بروز اختلالات افسردگی و وسواس در زنان نابارور رابطه مثبت معنادار وجود دارد ( $P<0/005$ ).

#### مقدمه

قدرت باروری به صورت توانایی تولیدمثل تعریف می‌شود و نیازمند توانایی لازم برای شروع و حفظ بارداری است. ناباروری یعنی عدم وقوع حاملگی، با وجود مقاربت مکرر بدون استفاده از روش‌های ضدبارداری به مدت یک‌سال که نشان‌دهنده کاهش توانایی برای بارداری و تولیدمثل است (رایان و همکاران، ۱۹۹۹، ترجمه قاضی جهانی و قطبی، ۱۳۷۹). تولد هر کودک که در این دنیا حاصل تقابل نیاز روانی انسان به داشتن حافظ و بقای نسل خویش و تلاش‌های مهار موالید است. به‌راستی کدام یک پیروز خواهند شد انسانی که هویت خویش را در داشتن فرزند می‌داند یا جامعه‌ای که رسالت خود را در کاهش جمعیت می‌پندارد؟

در جامعه‌ای که هیچ تعریف برجسته‌ای از زن به استثنای «مادری» وجود ندارد و هر زن برای کسب عزت نفس و هویت خویش باید به فضیلت تولیدمثل نایل آید، ناباروری، بحرانی برای صمیمیت و عواطف خانواده‌ای است که در مواجهه با بحرانهای

اجتماعی نیازمند کسب و تجهیز خویش بر اساس باورها و ارزشهای جامعه‌ای است که در عین حال که ارزش زن و مرد را به توان تولیدمثل آنان می‌داند، بیشترین هزینه‌های خود را صرف مهار جمعیت کرده است. آیا نه اینکه محصول این تناقض و کشمکش، فشار روانی بیشتری را برای زوجهای سرگردان در میان سه رأس مثلث اقدامات مهار موالید از یک سو و آرزوی داشتن فرزند و بقای نسل و انتقال قسمتی از شخصیت خویش به او، از سوی دیگر و در نهایت ارزشهای اجتماعی که شخص نابارور را عقیم و ابتر در همه جوانب شخصیتی و مهارتها می‌داند، به همراه دارد. محصول این مثلث فشارزا هم معلول ناباروری است و هم به تشدید آن به مثابه علت ناباروری کمک خواهد کرد.

امروز در سراسر جهان از هر ۶ زوج امیدوار به بقای نسل خویش حداقل یکی از آنها ناخواسته قربانی بحران ناباروری است. اگر چه ناباروری بیماری نیست، ولی باعث اختلالات عاطفی و عوارض روانی-اجتماعی متعددی می‌گردد. ناباروری زندگی زوجها را با یک سلسله فعالیتهای پرزحمت درمانی، مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، احساس ضعف و ناتوانی، احساس گناه، ناامیدی، عصبانیت، افسردگی و احساس خلأ مواجه می‌سازد از طرفی این مشکلات روانی و عاطفی نیز می‌تواند یکی از علل ناباروری به حساب آیند (محمدی و خلیج‌آبادی فراهانی، ۱۳۸۰).

مولر<sup>۱</sup> و فالستروم<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) معتقدند: زنان و مردان به دلایل جنسی و اجتماعی همواره می‌کوشند تا نسل خود را ادامه دهند و ناباروری فقط یک ناکامی برای آنها نیست بلکه سرانجام باعث ویرانی و تخریب آن می‌شود (به نقل از کی، ۱۹۹۵).

بررسیهای انجام شده نشان می‌دهد که ناباروری باعث بروز واکنشهای شدید و توانفرسایی در زوجها می‌شود. خودانگاره آنها مورد تهدید قرار می‌گیرد، ممکن است احساس کفایت در آنان از بین برود، احساس عدم تسلط بر خود، خشم، احساس گناه، شرمساری و تنفر و بیزاری دست به دست هم داده ضمن تیره شدن روابط زوجین باعث تغییرات رفتار آنها نیز شود (کارنت، ۱۹۹۹، به نقل از نریمانی، ۱۳۸۰).

یک موقعیت وقتی تنش‌زاست که به عنوان تهدید برای فرد باشد و فرد قادر به کسب مهارتهای تطابقی برای سازگاری با موقعیت نباشد. ناباروری نیز حالتی تنش‌زاست، زیرا برنامه فرزند دار شدن را که حادثه‌ای بی‌نهایت ارزشمند است، به

مخاطره می‌اندازد. از طرفی مهارت‌های تطابقی مورد استفاده فرد تأثیر چشمگیری بر میزان فشارزا بودن ناباروری دارد (رایان و همکاران، ۱۹۹۹، ترجمه قاضی جهانی و قطبی، ۱۳۷۹).

مطالعه سیبل و تیمور (۱۹۸۲) نشان می‌دهد که زوج‌های نابارور معتقدند وقایع خارجی بیشتر از خود مسأله ناباروری در ایجاد فشارهای روانی در آنها تأثیر دارند و زوج‌ها به‌طور دایم با مشکلات عمده‌ای چون مسائل مالی و نامنظم شدن برنامه زندگی و شغل روبه‌رو هستند.

سمیزکی و همکاران (۲۰۰۰) پس از بررسی و مقایسه زنان نابارور و بارور گزارش کرده‌اند که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور دارای سطوح بالای بدگمانی، احساس گناه، خصومت و پرخاشگری هستند و فشار روانی بیشتری را تحمل می‌کنند. ناصری (۲۰۰۰) در تحقیق خود به وجود فشار روانی بالا و کناره‌گیری اجتماعی در زوج‌های نابارور اشاره کرده است. نتایج مطالعه دیگری که رایت و همکارانش بر روی ۴۴۹ زوج نابارور انجام دادند نشان‌دهنده این مسأله است که تشخیص و درمان ناباروری ممکن است باعث ایجاد افسردگی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس، فشار روانی در زوج نابارور شود. ماهل ستید و همکاران (۱۹۸۷) دریافتند ۹۶٪ زوج‌های نابارور از احساس ناکامی، ۸۱٪ از احساس ناامیدی، ۸۲٪ از احساس پریشانی و ۶۵٪ از احساس خشم در رنج هستند. براساس یافته‌های نجمی (۱۳۸۰) میانگین نمرات زنان نابارور و بارور در مقیاس‌های نه‌گانه پرسشنامه SCL-90-R با هم تفاوت معنی‌دار دارند. نتایج تحقیق البرزی (۱۳۸۰) وجود فشار روانی، افسردگی و اضطراب را در زنان نابارور نشان داد. طبق تحقیق نریمانی (۱۳۸۰) زنان نابارور در مقیاس‌های فویبا، افسردگی، جسمی‌سازی و خصومت نمرات بالاتری را نسبت به زنان بارور کسب کرده‌اند.

نتیجه‌ای که از مرور بر پیشینه تحقیقات حاصل می‌گردد، این است که پژوهش‌ها در دهه‌های اخیر بسیاری از پیامدهای هیجانی ناباروری را بیان می‌کند، لیکن علی‌رغم علاقه زیادی که به خصوصیات روان‌شناختی افراد نابارور وجود دارد مطالعات اندکی نشان‌دهنده چگونگی مقابله زوج‌های نابارور با این بحران می‌باشد.

با توجه به مطالب ارائه شده، ضروری است هم به مطالعه پیامدهای ناباروری پی برد و هم بررسی‌هایی درباره راه‌های کاهش این پیامدها نمود. از طرفی فرایند بررسی و

درمان ناباروری با فشار زیادی همراه است که برای زوجها و خانواده‌های ایشان مشکلات و مسائل فردی و خانوادگی زیادی را ایجاد می‌کند، لذا با شناسایی راهبردهای مقابله‌ای مورد استفاده آنان می‌توان روشهای صحیح کنارآمدن با فشار روانی را به آنان آموزش داد تا کمتر درگیر پیامدهای ناشی از این بحران گردند و راهبردهای مناسبی را برای برخورد با مشکلات خود به کار گیرند. در این تحقیق برای بررسی و مقایسه اختلالات روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با فشار روانی زنان نابارور و بارور فرضیه‌های زیر مطرح گردیده‌اند.

### فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بین میانگین نمرات شیوه مقابله مسئله‌مدار در گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین میانگین نمرات شیوه مقابله هیجان‌مدار در گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۳- بین میانگین نمرات شیوه مقابله با کارایی کمتر در گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۴- بین میانگین نمرات شیوه مقابله غیرمؤثر در گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۵- بین میانگین نمرات اضطراب در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۶- بین میانگین نمرات روان‌پریشی در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۷- بین میانگین افکار پارانوئید در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۸- بین میانگین فویا در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۹- بین میانگین خصومت در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۱۰- بین میانگین افسردگی در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۱۱- بین میانگین حساسیت بین فردی در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۱۲- بین میانگین وسواس در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۱۳- بین میانگین جسمی‌سازی در دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد.
- ۱۴- بین طول مدت ناباروری و ویژگیهای روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با فشار روانی در زنان نابارور رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

## روشها

در این پژوهش با توجه به اینکه هدف، بررسی و مقایسه اختلالات روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با فشار روانی زنان نابارور و بارور بود، لذا از روش تحقیق توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای استفاده شد و هیچ‌گونه دستکاری در متغیرهای پژوهشی صورت نگرفته است.

جامعه آماری تحقیق کلیه خانمهای مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی اصفهان در سه ماهه دوم و سوم در سال ۱۳۸۰ که جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند. به طوری که ۸۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند و مورد آزمون قرار گرفتند. گروههای مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۲ گروه زنان نابارور (۴۰ نفر) و گروه گواه (۴۰ نفر) برای مقایسه بود. گروه زنان نابارور مشکل ناباروری اولیه داشتند و گروه قابل مقایسه دچار ناباروری نبوده، صاحب فرزند نیز بودند و بیشتر به علت مشکلات معمولی زنان و مامایی و مراقبتهای دوران بارداری مراجعه می‌کردند. هیچ‌کدام از زنان مورد مطالعه سابقه ابتلا به بیماری روانی و بیماریهای مزمن جسمی را نداشتند.

## ابزار تحقیق

الف: سؤالات پرسشنامه جمعیت‌شناختی پژوهش شامل: سن، وضعیت اقتصادی، میزان تحصیلات، شغل، طول مدت ازدواج، طول مدت ناباروری، سابقه ابتلا به بیماریهای مزمن جسمی و سابقه ابتلا به بیماریهای روانی بود.

ب: پرسشنامه SCL-90-R<sup>۱</sup> از ۹ مقوله پرسشنامه (جسمی‌سازی، وسواس، اجبار، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، افکار پارانوئید، روان‌پریشی، فوبیا، خصومت) به منظور برآورد اختلالات روان‌شناختی استفاده شد.

این پرسشنامه در تحقیقات فراوانی مورد استفاده قرار گرفته است. لطیفی (۱۳۷۷) این آزمون را در سطح استان اصفهان اجرا کرد و پایایی ده زیر مقیاس آن را

بین ۵/۰ تا ۷۸/۰ گزارش داد. ضرایب روایی همزمان این آزمون را زنگی آبادی (۱۳۷۹) برای زیرمقیاس‌های بین ۳۶/۰ تا ۷۳/۰ گزارش داده است.

ج: پرسشنامه شیوه‌های مقابله با فشار روانی (CS-R)<sup>۱</sup>: این چک لیست، بر اساس مدل لازاروس از فشار روانی و مدل خود نظم‌دهی رفتاری<sup>۲</sup> که کارور، اسکیر و وینتراب (۱۹۸۹) ارائه داده بودند، تهیه گردید. در چهار مقوله کلی (مقابله مسئله‌مدار<sup>۳</sup>، مقابله هیجانی‌مدار<sup>۴</sup>، مقابله با کارایی کمتر<sup>۵</sup> و مقابله غیر مؤثر<sup>۶</sup>) از این پرسشنامه برای ارزیابی شیوه‌های پاسخ‌دهی افراد به استرس استفاده گردید. سموعی (۱۳۷۸) این آزمون را در استان اصفهان اجرا کرد و پایایی و روایی زیرمقیاس‌های آن را بین ۷۱/۰ تا ۸۹/۰ گزارش داده است.

### تحلیل آماری

در این تحقیق با توجه به فرضیه‌ها و اهداف تحقیق و نوع داده‌ها برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل مانوا<sup>۷</sup> استفاده شد. کلیه محاسبات با نرم‌افزار SPSS-9 (۱۹۹۸) انجام گرفت. هرگاه پژوهشگر بخواهد تفاوت گروهها را از لحاظ چند متغیر و نیز متغیرهای مزاحم را به‌طور همزمان بررسی کند و میزان تأثیر متغیرها را بر متغیرهای وابسته چه به‌صورت انفرادی و چه در مجموع تعیین نماید از روش تحلیل مانوا استفاده می‌کند (مولوی، ۱۳۷۹).

### نتایج

نتایج تحلیل مانوا برای مقایسه ویژگیهای روان‌شناختی و راهبردهای مقابله با فشار روانی پس از بررسی متغیرهای سن و تحصیلات، وضعیت اقتصادی و شغل از این قرار بود.

1- Coping with stress

2- Self - regulation model

3- Problem - centered

4- Lmotion - centered

5- Less effective coping

6- Ineffective coping

7- Multivariate Analysis of variance

جدول ۱- نتایج تحلیل مانوای تأثیر عضویت گروهی زنان (نابارور و بارور) بر ویژگیهای روان‌شناختی و شیوه‌های مقابله با فشار روانی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	ضرب F	معنی‌دار بودن	میزان تأثیر (تفاوت)	توان آماری
مقابله غیرمؤثر	۵۵۵/۶۶۶	۱	۵۵۵/۶۶۶	۸۷/۶۳۳	۰۰۰	۰/۵۳۲	۱/۰۰۰
مقابله با کارایی بیشتر	۱۷۵/۹۶۳	۱	۱۷۵/۹۶۳	۴۱/۴۴۰	۰۰۰	۰/۳۵۰	۱/۰۰۰
مقابله هیجان‌مدار	۲۸۸/۶۰۷	۱	۲۸۸/۶۰۷	۴۲/۸۳۱	۰۰۰	۰/۳۵۷	۱/۰۰۰
مقابله مسأله‌مدار	۳۸/۳۸۰	۱	۳۸/۳۸۰	۸/۲۱۴	۰/۰۰۵	۰/۰۹۶	۰/۸۰۸
سوالات اضافی	۱۴/۹۰۲	۱	۱۴/۹۰۲	۵۴/۸۸۵	۰/۰۰۰	۰/۴۱۶	۱/۰۰۰
اضطراب	۹/۸۲۴	۱	۹/۸۲۴	۴۲/۱۸۶	۰/۰۰۰	۰/۳۵۴	۱/۰۰۰
روان‌پریشی	۱۲/۵۷۵	۱	۱۲/۵۷۵	۵۵/۱۵۸	۰/۰۰۰	۰/۴۱۷	۱/۰۰۰
افکار پارانوئید	۶/۲۳۳	۱	۶/۲۳۳	۱۷/۲۸۵	۰/۰۰۰	۰/۱۸۳	۰/۹۸۴
فوبیا	۱۱/۳۷۴	۱	۱۱/۳۷۴	۳۹/۴۵۶	۰/۰۰۰	۰/۳۳۹	۱/۰۰۰
خصومت	۱۱/۰۹۵	۱	۱۱/۰۹۵	۲۷/۷۲۲	۰/۰۰۰	۰/۲۶۵	۰/۹۹۹
افسردگی	۱۳/۶۲۰	۱	۱۳/۶۲۰	۴۷/۲۴۷	۰/۰۰۰	۰/۳۸۰	۱/۰۰۰
حساسیت بین‌فردی	۱۷/۷۱۵	۱	۱۷/۷۱۵	۴۰/۶۵۹	۰/۰۰۰	۰/۳۴۶	۱/۰۰۰
وسواس	۵/۸۱۶	۱	۵/۸۱۶	۱۹/۱۴۵	۰/۰۰۰	۰/۱۹۹	۰/۹۹۱
جسمی‌سازی	۴/۴۱۵	۱	۴/۴۱۵	۱۷/۴۴۷	۰/۰۰۰	۰/۱۸۵	۰/۹۸۵

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور در ۹ مقیاس پرسشنامه SCL-90-R تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان شیوع فوبیا، افکار پارانوئید، خصومت، افسردگی، حساسیت بین‌فردی، وسواس، جسمی‌سازی، روان‌پریشی و اضطراب در زنان نابارور بیشتر از زنان نابارور بود ( $P=0$ ). همچنین نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات زنان نابارور و زنان بارور در انتخاب راهبردهای مقابله مسأله‌مدار، هیجان‌مدار، کمتر مفید و غیرمؤثر نیز تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات زنان بارور در زیرمقیاس راهبرد مسأله‌مدار به‌طور معناداری بیشتر و در زیرمقیاسهای هیجان‌مدار، با کارایی کمتر، غیرمؤثر کمتر از میانگین نمرات زنان نابارور بود ( $P<0/005$ ).



جدول ۲- نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در مورد رابطه طول مدت ناباروری و ویژگیهای روان‌شناختی مقیاسهای SCL-90-R

طول مدت ناباروری	میزان همبستگی	معناداری
اضطراب	۰/۱۹۲	۰/۱۱۷
روان‌پریشی	۰/۳۵	۰/۴۱۶
پارانویید	۰/۲۱۷	۰/۰۹
فوبیا	۰/۱۴۹	۰/۱۷۹
خصوصیت	۰/۲۰۲	۰/۱۰۶
افسردگی	۰/۲۸۹	۰/۰۳۵
حساسیت بین فردی	۰/۲۲۶	۰/۰۸۱
وسواس	۰/۲۷۹	۰/۰۴۱
جسمی‌سازی	۰/۲۳۳	۰/۰۷۴

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین طول مدت ناباروری و افسردگی و وسواس در زنان نابارور رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

جدول ۳- نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در مورد رابطه طول مدت ناباروری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در زنان نابارور

طول مدت ناباروری	ضریب همبستگی	معناداری
مقابله غیرمؤثر	-۰/۰۱۱	۰/۴۷۳
مقابله کمتر مفید	۰/۰۷	۰/۳۳
مقابله هیجان‌مدار	۰/۱۶۱	۰/۱۶۱
مقابله مسأله‌مدار	۰/۱۵۸	۰/۱۶۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین طول مدت ناباروری و راهبردهای مقابله با فشار روانی در زنان نابارور رابطه معناداری وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که بین میانگین نمرات زنان نابارور و زنان بارور در انتخاب راهبردهای مقابله مسأله مدار، هیجان مدار، کمتر مفید و غیر مؤثر نیز تفاوت معناداری وجود دارد و میانگین نمرات زنان بارور در زیرمقیاس راهبرد مسأله مدار به طور معناداری بیشتر و در زیرمقیاسهای هیجان مدار، با کارایی کمتر، غیر مؤثر کمتر از میانگین نمرات زنان نابارور بود، علی رغم جست و جو، پژوهشگر تحقیقی مشابه این بخش پژوهش، جهت مقایسه نیافته است.

به نظر می رسد که زنان نابارور به دلیل فشارهای روانی ناشی از ناباروری که شامل: نیاز ذاتی به داشتن فرزند، اختلاف با همسر و ترس از دست دادن وی، کاهش روابط زناشویی و رابطه با فامیل و دوستان به دلیل سرزنشهای آنان و ناتوانی در بیان احساسات است، در جست و جوی حمایت عاطفی هستند و به همین دلیل زنان نابارور می خواهند با تقسیم احساسات و تجاریشان با دیگر زنان نابارور کمک و همراهی شوند و با سهم کردن دوستان و بستگان و شوهرشان در احساسات و نگرانیهایشان خود را امیدوار کنند. همچنین، آنان پیش از گذشته به عبادت و دعا روی می آورند و سعی می کنند با شرکت در برنامه های مذهبی به آرامش برسند. همچنین، نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور در نه مقیاس پرسشنامه SCL-90-R تفاوت معناداری وجود دارد و میزان شیوع فوبیا، افکار پارانوئید، خصومت، افسردگی، حساسیت بین فردی، وسواس، جسمی سازی، روان پریشی و اضطراب در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور بود. نتیجه پژوهشهای آردتی و همکاران، (۱۹۹۹) شیبا و همکاران (۱۹۹۶) و نجمی (۱۳۸۰)، بر این موضوع اشاره دارند که میزان اضطراب در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور است. به نظر می رسد که ترس و نگرانی در مورد روابط با همسر و اطرافیان، دلهره در مورد نتیجه درمان و بچه دار شدن، دلواپسی و نگرانی در مورد امنیت شغلی و مالی میزان اضطراب را در زنان نابارور تشدید می کند. از جمله تحقیق هایی که وجود افسردگی در زنان نابارور را تأیید می کند می توان به نتیجه پژوهشهای شیبا و همکاران (۱۹۹۶)، ناک تیگل و همکاران (۱۹۹۲)، سامانی (۱۳۸۰) البرزی (۱۳۸۰) و نجمی (۱۳۸۰) اشاره کرد.

زنان ناباور به این دلیل که دوستان باردار آنها سهولت باروری دیگران را به آنها یادآوری می‌کنند، انزوای طلبی را پیشه خود ساخته و روابط خود را با فامیل و بستگان محدود می‌سازند. آنها به این دلیل که در مورد اهداف برنامه‌ریزی شده خود احساس شکست می‌کنند و توانایی ایجاد شرایطی را که خواهان آن بوده‌اند ندارند و به دنبال آن برای تغییر اوضاع موجود ناامید می‌شوند، احساس تسلط خود را بر زندگی از دست می‌دهند و به افسردگی مبتلا می‌شوند.

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که بین طول مدت ناباروری و بروز اختلالات افسردگی و وسواس در زنان ناباور رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های شیبیا و همکاران (۱۹۹۶)، شهیازی و سلیمی (۱۳۷۴) همخوانی دارد.

خستگی ناشی از رفت و آمدهای مکرر به درمانگاه از عوامل تنش‌زای جسمی در زنان ناباور است. همچنین، نگرانی در مورد نتیجه‌بخش بودن درمان نیز عامل تنش‌زای روانی - اجتماعی در آنان می‌باشد. بنابراین، زنان هر چه مدت زمان بیشتری را در درمانگاه‌های ناباروری سپری کنند و نسبت به نتیجه درمان و بچه‌دار شدن خود ناامیدتر گردند بیشتر تحت فشارهای مزمن قرار می‌گیرند. و در نتیجه، این دسته از زنان ناباور در معرض ابتلا به بیماریهایی نظیر افسردگی و وسواس قرار می‌گیرند.

## منابع

البرزی، م. (۱۳۸۰)، چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری، تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

رایان، ک. جی و همکاران. (۱۹۹۹)، اصول بیماریهای زنان، کیستنر، ترجمه ب. قاضی جهانی و ر. قطبی. (۱۳۷۹)، چاپ اول، انتشارات اندیشه روشن.

سامانی، س و ا، سامانی. (۱۳۸۰)، چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری، تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

سموعی، ر. (۱۳۷۸)، شیوه‌های مقابله با فشار روانی در معناتان و غیر معناتان و تعیین رابطه آن با عملکرد خانواده آنها، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده تحصیلات تکمیلی واحد خوراسگان (اصفهان).

شهبازی، ل و ط، سلیمی. (۱۳۷۹)، «میزان شیوع افسردگی زوجهای نابارور و مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقاتی-درمانی ناباروری یزد»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد*، سال هشتم، شماره سوم.

لطیفی، ز. (۱۳۷۷)، بررسی تأثیر شاغل بودن بانوان اصفهان بر ویژگی روانی آنان در پرسشنامه SCL-90-R، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.

محمدی، رئوف. خلیج‌آبادی فراهانی. (۱۳۸۰)، چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری، تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

مولوی، ح. (۱۳۷۹)، راهنمای عملی SPSS10 در علوم رفتاری، اصفهان، انتشارات مهر قائم.

نجمی، ب، م، احمدی و غ، قاسمی. (۱۳۸۰)، چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری، تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

نریمانی، م. (۱۳۸۰)، چکیده مقالات سمپوزیوم جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری، تهرآن، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.

ARDENTI, R, CAMPARI, C, AJAZZI, L. and LASALA, G.B. (1999). Anxiety and perceptive functioning of infertile woman during in-vitro fertilization, exploratory surevi of on Italian sample, *HUM-REPORT*, 14 (12): 3126-32.

CARVER, C.S, SCHEIR, M.F, and WEINTRAUB. J.K. (1989). Assesing coping stratigirs: Atheoritically based approach. *Journal of personality and Social Psychology* 120: 267-283.

CHIBA, H, MORI, E, MORIOKA, Y, KASHIWAKURA, M, NADAOK, T, SATIO, H, and HIROI, M. (1996). Stress of Female infertility: Relations to length of treatment. *Journal Gynecology and Obstetric Investigation*. 43.

CSEMIECKY, G, LANDGREN, B, M. and COLLINS, A. (2000). The influence of stress and state anxiety onthe out come of IVF-treatment Psychological and endocrinological assessment of swedish women entering IVF-treatment, *Acata-obstertrics-Gynecology-scand*, 79 (2).

KEYE, W.R, CHANG, R.J, REBAR, R.W, and SOULES, M.R. (1995). *infertility: evaluation and treatment*, pencilvania: W.B. saunders.

MAHLSTEDT, P, MAC DAFF, S, and BENSTEIN, J. (1987). emotional factors and the invitro fertilization and embryo transfer process, *Journal of IVF-ET*, vol (4).

- NACHTIGALL, R. D, BECKER, G, and WOZNY, M. (1992). The effect of gender specific Diagnosis on men's and women's response to infertility, *Fertility and sterility*, 57 (1).
- NASSERI, M. (2000). Cultural similarities in psychological reaction to infertility, *Psychological Report*, 86(2).
- SEIBEL, M.M, and TAYMOR, M.L. (1982). emotional aspects of infertility, *Fertility and sterility*, 37(2).
- SPSS for Windows, release 9. (1998). Bio-statistics computing Institute for psychiatry.
- WRIGHT, J. DUCHESNE, C, SABOURIN, S, BISSONNETTE, F, BENOIT, J and GIRARD, Y. (1991). Psychosocial distress and infertility, men and women respond differently, *fertility and sterility*, 55(1).