

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت‌شناختی
با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

**The relationship between clinical-demographic factors with
adjustment to infertility in women in Iran**

N. Teimourpour, M.A.

نگار تیمورپور*

M.A. Besharat, Ph.D.

دکتر محمدعلی بشارت**

A. Rahiminezhad, Ph.D.

دکتر عباس رحیمی‌نژاد***

B. Hossein Rashidi, M.D.

دکتر بتول حسین رشیدی****

M. Gholamali Lavasani, Ph.D.

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی*****

چکیده

ناباروری پدیده‌ای است که با تجربه تنیدگی طولانی و شدید همراه است. علی‌رغم شیوع بالای ناباروری و بار هیجانی آن برای زوج و به‌خصوص زنان، دانش ما درباره عوامل تأثیرگذار

*. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران

** . استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

*** . استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

**** . استاد، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر، بیمارستان امام خمینی

***** . دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت‌شناختی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

بر سازگاری با آن محدود است. هدف این پژوهش بررسی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران بود. تعداد ۲۷۵ زن نابارور مراجعه‌کننده به درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (بیمارستان امام خمینی تهران) در این پژوهش شرکت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس سازگاری با بیماری (AIS) و مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (DASS) به دست آمد. نتایج نشان داد بین مدت زمان ناباروری و علائم افسردگی ($p < 0/05$) و تعداد درمان‌های دریافت شده و افسردگی ($p < 0/05$) و سازگاری ($p < 0/01$) رابطه معنادار وجود دارد. هم چنین میزان افسردگی، اضطراب، تنیدگی و سازگاری در بین زنان دارای سطوح تحصیلی مختلف، زنان ساکن تهران و شهرستان و زنان شاغل و خانه‌دار تفاوت معنادار داشت. نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش می‌تواند در شناسایی افراد در معرض خطر و طراحی مداخلات روانشناختی مفید باشد.

واژه-کلیدها: ناباروری، سازش، عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل بالینی

Abstract

Infertility is an intense and prolonged stressful experience. Despite the high prevalence of infertility and its emotional burden for couples and especially for women, our knowledge regarding factors influencing adjustment to it is limited. The aim of the present study was to investigate the relationship between demographic and clinical factors and adjustment to infertility in women in Iran. A total number of 275 women referring to infertility clinic of Valie-Asr Reproductive Health Research Center (Tehran Imam Khomeini hospital) participated in the study. Data was collected via demographic information questionnaire, Adjustment to Illness Scale (AIS), and Depression Anxiety Stress Scale (DASS). Results showed there were significant relationships between infertility duration and depression ($p < 0/05$) and number of treatments had significant relationship with depression ($p < 0/05$) and adjustment ($p < 0/01$). There were also significant differences in scores of depression, anxiety, stress and adjustment in women with different educational levels, women living in Tehran and other cities and women who were employed or housewives.

These results can be helpful in identifying high risk patients and planning psychological interventions.

Keywords: infertility, adjustment, demographic factors, clinical factors

Contact information: besharat@ut.ac.ir

مقدمه

ناباروری شکست در باردار شدن پس از ۱ سال رابطه جنسی منظم و بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری است (زگرس - هچشیلد، آدامسون، دموزون، ایشیهارا، منصور و همکاران، ۲۰۰۹) و شیوع جهانی آن تقریباً از ۵ درصد در کشورهای توسعه یافته تا بیش از ۳۰ درصد در آفریقای مرکزی و جنوبی متغیر است (موریل، بالن، ترنسر و دایموند، ۲۰۱۱). مطالعه‌ای در ایران نشان داد تقریباً یک چهارم زوج‌های ایرانی، در طول زندگی مشترکشان و ۴/۳ درصد آن‌ها در هر برهه‌ای از زمان ناباروری اولیه را تجربه می‌کنند (وحیدی، اردلان و محمد، ۲۰۰۹). در ناباروری اولیه، زوج هیچ زمانی صاحب فرزند زیستی از خودشان نشده‌اند، اما در ناباروری ثانویه چنین تجربه‌ای را داشته‌اند و برای دفعات بعد موفق به بارداری نمی‌شوند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۰).

ناباروری به‌عنوان یک مشکل سلامت که تنیدگی مزمنی به فرد و زوج وارد می‌کند، نیاز به سازگاری هیجانی بسیاری دارد (کلمتی، رایتانن، شیوو، سارنی و کویونن، ۲۰۱۰). ناباروری یک مشکل زیستی - روانی - اجتماعی است که منجر به کاهش کیفیت زندگی، رضایت جنسی، مشکلات روانپزشکی و تعارضات زناشویی می‌شود (لو، ونگ، چنگ، کیم، ینگ و همکاران، ۲۰۰۸). زنان نابارور - به‌خصوص زنانی که تحت درمان‌های کمک باروری قرار می‌گیرند - مرتباً گزارش می‌کنند اشتغال فکری بیش از حد با مشکلات مرتبط با ناباروری بسیار سخت و تحلیل برنده است (ردشاو، هاگلی و دیویدسون، ۲۰۰۷). اثراتی که ناباروری بر فرد دارد دقیقاً مانند اثرات یک بیماری جسمی مزمن است و زنان رنج بیشتری از همسرانشان می‌برند (بنیامینی، کزلان و کوکیا، ۲۰۰۹).

زمانی که زوج درمی‌یابد توانایی فرزنددار شدن را ندارند، به‌طور غیرمنتظره دچار تنیدگی ناباروری می‌شوند. برخی از عوامل تنش‌آور در زوج نابارور عبارت‌اند: تغییرات در شبکه

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت‌شناختی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

اجتماعی و خانوادگی زوج، تغییرات در کیفیت روابط و کاهش خودانگیختگی و رضایت از رابطه جنسی. این تنیدگی‌ها به نوبه خود بر احساس سوگ، افسردگی و اضطراب زوج تأثیر می‌گذارند (پترسون و ایفرت، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است افسردگی و اضطراب یکی از شایع‌ترین واکنش‌های زنان به تجربه ناباروری است (برای مثال، لیکریدو، گورونتی، دلنسیدو و واسلاماتیز، ۲۰۰۹).

عوامل متعددی بر سازگاری زنان با ناباروری اثر می‌گذارد. متغیرهای جمعیت‌شناختی یکی از متغیرهای مهم تبیین‌کننده واکنش زنان به ناباروری است. سن زنان یکی از متغیرهای جمعیت‌شناختی مؤثر بر سازگاری است. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند هر چقدر سن زنان نابارور بالاتر باشد، آشفتگی روانشناختی و مشکلات سازگاری افزایش می‌یابد (دروزدول و اسکرپولیک، ۲۰۰۹). از طرفی برخی پژوهش‌های دیگر رابطه بین سن و افسردگی در زنان نابارور مشاهده نکردند (برای مثال، دومار، ۲۰۰۴).

مدت زمان ازدواج نیز بر تجربه‌ای که زنان از ناباروری دارند تأثیرگذار است. با افزایش مدت زمان ازدواج، اضطراب (آلبایراک و گونی، ۲۰۰۷) و افسردگی (توزر، تانسل، گوکا، دوگان بولوت، یاکسل و همکاران، ۲۰۱۰) زنان نابارور افزایش می‌یابد. البته نتایج پژوهشی دیگر نشان داد مدت زمان ازدواج تأثیری بر افسردگی زوج نابارور ندارد (الحمیدان، ۲۰۱۱).

مطالعات متعددی بین مدت زمان ناباروری و اضطراب همبستگی مثبت پیدا کرده‌اند، اما اکثر آن‌ها از این داده حمایت نکردند (لچنر، بولمن و ون دالن، ۲۰۰۷). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد تاریخچه طولانی ناباروری و شکست قبلی در درمان کمک باروری پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی زوج نابارور است (چیا فانیو، بالدینی، ساردلی، بوماریتو، امبروز و همکاران، ۲۰۱۱).

وضعیت اقتصادی - اجتماعی نیز از دیگر متغیرهای تأثیرگذار بر سازگاری با ناباروری است. نتایج پژوهشی نشان داد زنان ناباروری که در طبقه اجتماعی پایین‌تری قرار دارند، در مقایسه با زنان ناباروری که در طبقه اجتماعی بالاتری قرار داشتند بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای فعال - مواجهه‌ای و منفعل - اجتنابی استفاده می‌کردند و عواملی مانند طبقه اجتماعی پایین و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار بر تنیدگی مرتبط با ناباروری تأثیر می‌گذارند (لیکریدو و

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت‌شناختی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

همکاران، ۲۰۱۱). احتمال خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی در زنان نابارور خانه‌دار به‌طور معناداری بالاتر از زنان شاغل است (نوربالا، رمضان‌زاده، عابدی نیا و نقی‌زاده، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش نشان داده است اضطراب زنان نابارور خانه‌دار بالاتر از زنان شاغل است. پایین بودن سطح اقتصادی - اجتماعی یکی از عوامل خطر پیش‌بینی‌کننده افسردگی در زوج نابارور است (واتسون، ۲۰۱۰). نتایج پژوهشی نشان داد سطح تحصیلات بالاتر و سکونت در شهرها ارتباط معناداری بر سازگاری زنان بنگلادشی با ناباروری دارد (ناهار و ریشترز، ۲۰۱۱).

با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی را می‌توان به‌عنوان یکی از متغیرهای اصلی تبیین‌کننده سازگاری زنان با ناباروری در نظر گرفت. با توجه به نتایج متناقضی که پژوهش‌های مختلف در این زمینه به‌دست آوردند، هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط بین عوامل جمعیت‌شناختی و بالینی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: پژوهش حاضر، یک پژوهش پس‌رویدادی است. جامعه آماری تحقیق حاضر زنان نابارور هستند. تعداد ۲۷۵ زن با ناباروری اولیه مراجعه‌کننده به درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (بیمارستان امام خمینی تهران) در این پژوهش شرکت کردند. گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن شرایط ورود و خروج از میان جامعه مذکور انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: زن بودن، تشخیص ناباروری اولیه، رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش و داشتن سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: تشخیص مشکل و بیماری عمده جسمانی مزمن ناتوان‌کننده داخلی و جراحی، اختلال روانپزشکی عمده و مصرف داروهای روانپزشکی. جهت سنجش سازگاری از مقیاس افسردگی، اضطراب، تیدگی و مقیاس سازگاری با بیماری استفاده شد. قبل از شرکت بیمار در پژوهش، درمورد رضایت آن‌ها از شرکت در پژوهش اطمینان حاصل شد. پس از توضیح در مورد پژوهش و ابراز تمایل بیمار، پرسشنامه‌ها در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت. اجرا نیز به‌صورت فردی بود و برای آن‌ها

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت شناختی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

توضیح داده شد نتایج پژوهش محرمانه باقی می‌ماند. زمان تقریبی برای تکمیل پرسشنامه‌ها ۱۰ الی ۱۵ دقیقه بود. در تحلیل آماری داده‌های این پژوهش از روش‌های همبستگی، تحلیل واریانس یک راهه و آزمون t مستقل استفاده شد. کلیه مراحل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد.

ابزار پژوهش:

۱. پرسشنامه ویژگی‌های شخصی: این پرسشنامه محقق ساخته خصوصیات جمعیت شناختی و بالینی و ملاک‌های ورود و خروج پژوهش را می‌سنجد.

۲. مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی: مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی^۱ (DASS؛ لایواند و لایواند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و تنیدگی را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و پایایی و روایی آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است (بشارت، ۱۳۸۴ و لایواند و لایواند، ۱۹۹۵). بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ در مورد نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی برای افسردگی ۰/۸۷، برای اضطراب ۰/۸۵، برای تنیدگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی، برای افسردگی ۰/۸۹، برای اضطراب ۰/۹۱، برای تنیدگی ۰/۸۷ و برای کل مقیاس ۰/۸۳ گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی را در حد خوب تأیید می‌کنند. روایی همزمان، همگرا و افتراقی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک، مقیاس اضطراب بک، فهرست عواطف مثبت و منفی و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی اضطراب تنیدگی با نمره‌های مقیاس‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی رابطه مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ ($p < ۰/۰۰۱$) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا

۰/۵۸ ($p < ۰/۰۰۱$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۴).

۳. مقیاس سازگاری با بیماری (AIS): مقیاس سازگاری با بیماری^۲ یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و سازگاری با بیمارهای پزشکی را در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۰ (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد (بشارت، ۱۳۸۰). حداقل و حداکثر نمره بیمار در مقیاس به ترتیب ۰ و ۷۲ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت‌های معمول زندگی علیرغم تجربه تحمل و تنیدگی‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سازگاری با بیماری در نمونه‌هایی از بیماران مختلف (بیماری عروق کرونر قلب، مالتیپل اسکلروزیس، درد مزمن عضلانی - استخوانی و ناباروری) بررسی و تأیید شده است. همسانی درونی مقیاس سازگاری با بیماری در این پژوهش‌ها بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ محاسبه و تأیید شده است. روایی همگرا و افتراقی مقیاس سازگاری با بیماری از طریق اجرای همزمان با مقیاس سلامت روانی، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی و فهرست عواطف مثبت و منفی در مورد نمونه‌های مختلف محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی سازگاری با بیماری با بهزیستی روانشناختی ۰/۶۵، با عاطفه مثبت ۰/۵۹، با درماندگی روانشناختی ۰/۵۱- و با عاطفه منفی ۰/۵۷- به دست آمد. این ضرایب در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند. روایی پیش بین مقیاس سازگاری با بیماری از طریق مقایسه دو گروه بهنجار و بیمار مقایسه شد. نتایج نشان داد نمره سازگاری نسبت به تفاوت و تمایز دو گروه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ حساس است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین یک عامل کلی، روایی سازه مقیاس سازگاری با بیماری را مورد تأیید قرار دارد (بشارت، ۱۳۸۴).

داده‌ها و یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی و بالینی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش در جدول شماره

(۱) نشان داده شده است.

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت‌شناختی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی و بالینی زنان نابارور شرکت‌کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
سن			۳۱/۸	۶/۶	۱۷	۵۰
مدت زمان ازدواج (ماه)			۸۷	۶۰	۱۲	۳۴۸
مدت زمان ناباروری (ماه)			۴۷	۴۰	۱	۳۴۶
تحصیلات						
پنجم ابتدایی	۳۷	۱۳/۵				
سیکل	۵۸	۲۱				
دیپلم	۱۱۴	۴۱/۵				
فوق دیپلم	۱۷	۶/۲				
کارشناسی	۴۳	۱۵/۶				
ارشد	۵	۱/۸				
دکتری	۱	۰/۴				
شهر						
تهران	۱۰۳	۳۷/۵				
شهرستان	۱۷۲	۶۲/۵				
شغل						
خانه دار	۲۳۴	۸۵				
شاغل	۴۱	۱۵				
نوع درمان						
عدم دریافت درمان	۴۸	۱۷/۵				
دارو	۶۳	۲۲/۹				
جراحی	۲۹	۱۰/۵				
IUI	۳۳	۱۲				
IVF/ICSI	۱۷	۶/۲				
دارو و جراحی	۲۰	۷/۳				
IVF/ICSI و IUI	۸	۲/۹				
تمام درمان‌ها	۵۷	۲۰/۷				
ناباروری با علت						
زنانه	۱۴۰	۵۰				
مردانه	۴۷	۱۷				
هر دو	۶۱	۲۲/۲				
هنوز تشخیص داده نشده	۱۱	۴				
تیین نشده	۱۶	۵/۸				
علت ناباروری						
تیین شده	۲۴۱	۸۷/۶				
تیین نشده	۳۰	۷/۳				
هنوز تشخیص داده نشده	۱۳	۷/۴				

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت شناختی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

برای محاسبه تعداد درمان‌های دریافت شده، تعداد درمان‌های IUI^۳ و IVF/ICSI^۴ مد نظر بود. نتایج پژوهش نشان داد (جدول شماره ۲) بین سن و مدت زمان ازدواج با افسردگی، اضطراب، تنیدگی و سازگاری رابطه معنادار وجود ندارد. بین مدت زمان ناباروری و علائم افسردگی رابطه مثبت معنادار ($r=0/12$ ، $p<0/05$) اما بین مدت زمان ناباروری و علائم اضطراب و تنیدگی و سازگاری با ناباروری رابطه معنادار وجود ندارد. تعداد درمان‌های دریافت شده با افسردگی رابطه مثبت معنادار ($r=0/11$ ، $p<0/05$) و با سازگاری رابطه منفی معنادار ($r=-0/31$ ، $p<0/01$) دارد، اما بین تعداد درمان‌های دریافت شده و علائم اضطراب و تنیدگی رابطه معنادار وجود ندارد.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین سن، مدت زمان ازدواج و ناباروری، تعداد درمان‌ها و علائم افسردگی اضطراب تنیدگی و سازگاری

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. سن	۱							
۲. مدت زمان ازدواج	**۴۶/۰	۱						
۳. مدت زمان ناباروری	**۴۵/۰	**۷۹/۰	۱					
۴. تعداد درمان‌ها	**۲۸/۰	**۴۲/۰	**۴۷/۰	۱				
۵. افسردگی	۰/۰۶	۰/۱	*۱۲/۰	*۱۱/۰	۱			
۶. اضطراب	۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۷	**۶۲/۰	۱		
۷. تنیدگی	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۰۱	۰/۰۷	**۷/۰	**۷/۰	۱	
۸. سازگاری	-۰/۰۹	-۰/۰۲	-۰/۰۸	-۰/۳**	**۴/۰	**۵۷/۰	**۴۳/۰	۱

$p' < 0/01$ $p'' < 0/05$

جهت بررسی اثر سطح تحصیلات، نوع درمان‌های دریافت شده، علت ناباروری (تیین شده/ نشده/ هنوز تشخیص داده نشده) و ناباروری با علت (زنانه/ مردانه/ هر دو) هنوز تشخیص داده نشده) بر علائم افسردگی، اضطراب، تنیدگی و سازگاری از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد (جدول شماره ۳) از بین متغیرهای ذکر شده تنها سطح تحصیلات تأثیر معناداری بر علائم افسردگی ($F=3/8$ ، $p<0/01$)، اضطراب ($F=2$ ، $p<0/05$)،

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت شناختی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

تنیدگی ($F=2/3$ ، $p<0/05$) و سازگاری ($F=6/9$ ، $p<0/01$) دارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه تأثیر سطح تحصیلات بر افسردگی، اضطراب، تنیدگی و سازگاری

متغیر	دامنه تغییرات	مجموع مجذورات	df	MS	F	P
افسردگی	بین گروهی	۵۶۹	۶	۹۴/۸	۳/۸	۰/۰۱
	درون گروهی	۶۳۸۳	۲۶۸	۲۴		
	کل	۶۹۵۱	۲۷۴			
اضطراب	بین گروهی	۳۳۲	۶	۵۵	۲	۰/۰۴
	درون گروهی	۶۲۴۶	۲۶۸	۲۷/۵		
	کل	۶۵۷۸	۲۷۴			
تنیدگی	بین گروهی	۳۶۶	۶	۶۱	۲/۳	۰/۰۴
	درون گروهی	۶۸۲۰	۲۶۸	۲۵/۷		
	کل	۷۱۸۶	۲۷۴			
سازگاری	بین گروهی	۴۸۵۲	۶	۸۰/۸	۶/۹	۰/۰۰۰
	درون گروهی	۳۱۰۱۳	۲۶۸	۱۱۵		
	کل	۳۵۸۶۵	۲۷۴			

برای بررسی تفاوت نمرات علایم افسردگی، اضطراب، تنیدگی و سازگاری زنان ساکن تهران و شهرستان و خانه‌دار و شاغل، از آزمون t مستقل استفاده شد. همان‌طور که در جدول شماره (۴) مشاهده می‌شود، نمرات علایم افسردگی ($t=2$ ، $p<0/04$) و سازگاری ($p<0/05$)، $t=2/5$ زنان ساکن تهران و شهرستان، تفاوت معنادار دارند، اما علایم اضطراب و تنیدگی تفاوت معنادار ندارند. به این معنا که سازگاری زنان ناباروری که ساکن شهرستان هستند ($M=30/2$) به طور معنادار کمتر از زنان ناباروری است که ساکن تهران هستند ($M=34/1$) و افسردگی زنان ناباروری که ساکن تهران هستند ($M=5$) به طور معناداری پایین‌تر از زنانی است که ساکن شهرستان هستند ($M=6/5$).

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت شناختی با جنبه های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

جدول ۴: نتایج آزمون t مستقل تفاوت نمرات افسردگی، اضطراب، تنیدگی و سازگاری زنان نابارور ساکن تهران و شهرستان

متغیر	تهران (میانگین)	شهرستان (میانگین)	t	سطح معناداری
افسردگی	۵	۶/۵	۲	۰/۰۴
اضطراب	۳/۸	۴	۰/۵	۰/۴
تنیدگی	۳/۷	۲/۸	۱	۰/۱
سازگاری	۳۴/۱	۳۰/۲	۲/۵	۰/۰۳

همان طور که در جدول شماره (۵) مشاهده می شود، نمرات علائم افسردگی ($p < 0/005$)، اضطراب ($t=2, p < 0/005$)، تنیدگی ($t=2, p < 0/005$) و سازگاری ($t=3/3, p < 0/001$) زنان نابارور شاغل و خانه دار تفاوت معنادار دارند. به این معنا که افسردگی زنان نابارور شاغل ($M=2/4$) به طور معناداری پایین تر از زنان نابارور خانه دار ($M=6/2$) است. اضطراب زنان نابارور شاغل ($M=2/7$) به طور معناداری پایین تر از زنان نابارور خانه دار ($M=4/2$) است. تنیدگی زنان نابارور شاغل ($M=6$) نیز به طور معناداری پایین تر از زنان نابارور خانه دار ($M=8/2$) است. هم چنین سازگاری زنان نابارور شاغل ($M=38/8$) به طور معناداری بالاتر از زنان نابارور خانه دار ($M=31/6$) است.

جدول ۵: نتایج آزمون t مستقل تفاوت نمرات افسردگی، اضطراب، تنیدگی و سازگاری زنان نابارور شاغل و خانه دار

متغیر	خانه دار (میانگین)	شاغل (میانگین)	t	سطح معناداری
افسردگی	۶/۲	۲/۴	۲	۰/۰۰۵
اضطراب	۴/۲	۲/۷	۲	۰/۰۰۵
تنیدگی	۸/۲	۶	۲	۰/۰۰۵
سازگاری	۳۱/۶	۳۸/۸	۳/۳	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد بین سن زنان و علائم افسردگی، اضطراب و تنیدگی و سازگاری با ناباروری رابطه معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش دومار (۲۰۰۴) هماهنگ است. نتایج پژوهش وی نشان داد بین سن و افسردگی و سازگاری با ناباروری زنان رابطه معناداری وجود ندارد. البته بسیاری از پژوهش‌ها نیز رابطه مثبت معنادار بین سن و افسردگی و اضطراب افراد نابارور نشان داده‌اند (برای مثال اوگاوا، تاکاماتسو و هوریگوچی، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش حاضر، نشان داد بین مدت‌زمان ازدواج و علائم افسردگی، اضطراب، تنیدگی، و سازگاری با ناباروری نیز رابطه معنادار وجود ندارد. برخی پژوهش‌ها ارتباط معنادار بین مدت‌زمان ازدواج و افسردگی را نشان داده‌اند (مانند توزر و همکاران، ۲۰۱۰)، اما نتایج برخی پژوهش‌های دیگر هم چنین ارتباطی را مشاهده نکرده‌اند (برای مثال الحمیدان، ۲۰۱۱). شاید به این دلیل که باردار شدن در ایران برای زنان اهمیت بسیاری دارد، زنان در هر رده سنی که باشند و مدت‌زمان ازدواج آن‌ها هر مقدار که باشد، افسردگی، اضطراب و تنیدگی باردار شدن را تجربه می‌کنند و سازگاری آن‌ها از سن و مدت‌زمان ازدواج آن‌ها تأثیری نمی‌پذیرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین مدت‌زمان ناباروری و علائم افسردگی رابطه مثبت معنادار، اما بین مدت‌زمان ناباروری و علائم اضطراب و تنیدگی و سازگاری با ناباروری رابطه معنادار وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش اوگاوا و همکاران (۲۰۱۱) هماهنگ است. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که بین مدت‌زمان ناباروری و اضطراب رابطه معناداری وجود ندارد اما با افسردگی رابطه معنادار وجود دارد. مطالعات متعددی بین مدت‌زمان ناباروری و اضطراب و تنیدگی همبستگی مثبت پیدا کرده‌اند، اما اکثر آن‌ها از این داده حمایت نکردند. این نتایج متعارض می‌تواند به دلیل دشواری محاسبه دقیق مدت‌زمان ناباروری باشد. در واقع محاسبه زمان دقیق ناباروری بسیار مشکل است و این متغیر دارای خطای بسیار است. علاوه بر این اکثر مطالعات روی زوجی انجام می‌شود که تشخیص را دریافت و شروع به درمان کرده‌اند، پس اضطراب این افراد می‌تواند بیشتر به دلیل شرایط و نتایج درمان باشد تا مدت‌زمان ناباروری. این موضوع از این نظریه حمایت می‌کند که اضطراب در مراحل اولیه بالاتر است (لچنر، بولمن و ون دالن، ۲۰۰۷).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین تعداد درمان‌های دریافت شده و علایم افسردگی رابطه مثبت معنادار و با سازگاری با ناباروری رابطه منفی معنادار وجود دارد، اما بین تعداد درمان‌های دریافت شده و علایم اضطراب و تنیدگی رابطه منفی معنادار وجود ندارد. نتایج پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند هر چه تعداد سیکل‌های درمانی بیشتر شود، میزان آشفتگی‌های روانشناختی مرتبط با ناباروری در زنان و مردان افزایش می‌یابد و با اتمام بحران ناباروری، شدت این علایم کاهش می‌یابد و به مرور زمان از بین می‌رود (برای مثال دنیلوک و ترنچ، ۲۰۰۷). از آنجایی که زنان دریافت‌کننده اصلی درمان‌ها هستند، با افزایش تعداد درمان‌ها، آشفتگی و پریشانی بیشتری تجربه می‌کنند و هر شکست در یک سیکل درمان‌های کمک‌باروری تنیدگی بسیاری بر زوجین - به‌خصوص بر زنان وارد می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سطح تحصیلات نیز بر سازگاری و علایم افسردگی، اضطراب و تنیدگی تأثیر معنادار دارد، به این معنا که زنانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند، سازگاری بیشتری با ناباروری دارند و علایم افسردگی، اضطراب و تنیدگی کمتری را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش واتسون (۲۰۱۰) نیز نشان داد پایین بودن سطح اقتصادی - اجتماعی (سطح تحصیلات پایین به‌عنوان یکی از متغیرهای اصلی بود) یکی از عوامل خطر پیش‌بینی‌کننده افسردگی در زوج نابارور است. احتمالاً زنانی که تحصیلات بالاتری دارند، دیدی واقع‌بینانه‌تر و با آگاهی بیشتر نسبت به درمان‌های کمک‌باروری و نتایج آن دارند. به این معنا که در انتظار معجزه یا اثرگذاری سریع درمان‌ها نیستند و به همین دلیل در تجربه درمان، صبر و حوصله بیشتری دارند و توقع آن‌ها از درمان مبتنی بر واقعیت‌های علمی است. به همین دلیل در این تجربه سازگاری بیشتری دارند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زنان نابارور خانه‌دار سازگاری کمتری از زنان نابارور شاغل دارند و علایم افسردگی، اضطراب و تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش‌ها نیز نشان داده است افسردگی در زنان ناباروری که شغلی ندارند بالاتر است (الحسن، زیلیم و موتناکا، ۲۰۱۴). احتمال خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی در زنان نابارور خانه‌دار به‌طور معناداری بالاتر از زنان شاغل است (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۹) و اضطراب زنان نابارور خانه‌دار بالاتر از زنان نابارور شاغل است (رمضان‌زاده، اقصی، عابدی‌نیا، زاپری، کاشانفر و همکاران،

رابطه بین عوامل بالینی - جمعیت‌شناختی با جنبه‌های سازشی مؤثر در ناباروری زنان در ایران

۲۰۰۴). این امر می‌تواند به این دلیل باشد که زنان خانه‌دار به دلیل داشتن اوقات فراغت بیشتر، بیش از حد بر جنبه‌های مختلف ناباروری تمرکز می‌کنند و اشتغال فکری بسیاری با موضوع ناباروری پیدا می‌کنند، اما زنان شاغل، به دلیل مشغله بیشتر، زمان زیادی برای فکر کردن به مشکل ناباروری خود ندارند و بیش از حد درگیر مسأله نمی‌شوند و در نتیجه، سازگاری آن‌ها بیشتر از زنان خانه‌دار است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد زنان ناباروری که ساکن شهرستان هستند، سازگاری کمتری از زنان نابارور ساکن تهران دارند و علایم افسردگی، اضطراب و تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند. پژوهشی در بنگلادش نیز نشان داد تبعات منفی ناباروری در زنان روستایی، شدت بیشتری از زنان ساکن شهر طبقه متوسط داشت (ناهار و ریشترز، ۲۰۱۱). محیط‌های شهرستان‌ها بسته‌تر از تهران هستند و اکثر اهالی، همدیگر را می‌شناسند. این امر می‌تواند منجر به کنجکاوای بیشتر اطرافیان زوجین نابارور بشود و مرتب آن‌ها را در معرض سؤال‌های گوناگون در مورد عدم فرزنددار شدن قرار دهد. این امر می‌تواند باعث رنجش زوجین نابارور - به‌خصوص زنان نابارور - شود. از طرف دیگر، به دلیل وسعت زیاد تهران و مشغله بسیار اهالی آن، افراد کمتر از هم خبردار می‌شوند و کنجکاوای اطرافیان نیز کمتر است. به همین دلیل زوجین نابارور آسودگی بیشتری دارند و راحت‌تر می‌توانند حریم خصوصی خود را حفظ کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نوع درمان‌های دریافتی، علت ناباروری، ناباروری با علت مردانه و زنانه تأثیر معناداری بر سازگاری و علایم افسردگی، اضطراب و تنیدگی نداشت. البته نتایج پژوهش‌های دیگر نشان داده است میزان افسردگی در زنانی که علت مشخصی برای ناباروری شان وجود ندارد بالاتر است (ملر، برنز، کروز و گرامبش، ۲۰۰۲). اما در پژوهش حاضر چنین ارتباطی دیده نشد، شاید به این دلیل که ناباروری (با هر علتی که باشد) در زنان آشفته‌گی بسیاری ایجاد می‌کند و سازگاری آن‌ها را کاهش می‌دهد و علت ناباروری نمی‌تواند تبیین‌کننده میزان سازگاری زنان با تجربه ناباروری باشد. از طرف دیگر نتایج پژوهش‌ها نشان داده است اگرچه تشخیص علت ناباروری (با علت مردانه یا زنانه) متمایز کننده آشفته‌گی زنان در تجربه ناباروری نیست، اما بر شناسایی خود به‌عنوان نابارور اثر می‌گذارد، به طوری که زنانی

که خودشان را به‌عنوان نابارور شناسایی می‌کنند، آشفتگی بیشتری در مقایسه با زنانی که خودشان را نابارور شناسایی نمی‌کنند گزارش می‌کنند (جیکوب، مک کیلان و گریل، ۲۰۰۷). بر مبنای یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به اهمیت برخی عوامل جمعیت‌شناختی و بالینی (مدت زمان ناباروری، تعداد درمان‌های دریافت شده، سطح تحصیلات، محل سکونت و وضعیت اشتغال) در تبیین سازگاری با ناباروری پی برد. این نتایج می‌تواند در شناسایی افراد در معرض خطر و طراحی مداخلات مناسب برای افزایش سازگاری زنان با ناباروری به کار رود. لازم است پژوهش حاضر با در نظر گرفتن محدودیت‌های موجود تعبیر و تفسیر شوند. نخست استفاده از مقیاس‌های خود گزارش دهی به منظور ارزیابی متغیرهای پژوهش است. هم‌چنین نمونه مورد بررسی در پژوهش را تنها زنان نابارور تشکیل می‌دادند. پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آینده از روش‌های کیفی نیز استفاده شود و پژوهش روی نمونه مردان و زوج‌ها انجام شود.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1- Depression anxiety stress scale | 2- Adjustment to illness scale |
| 3- Intra-uterine insemination | 4- In-vitro fertilization |
| 5- Intra cytoplasmic Sperm Injection | |

منابع و مآخذ فارسی:

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی مقیاس سازگاری با بیماری. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). پایایی، روایی و تحلیل عاملی مقیاس سازگاری با بیماری. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

منابع و مأخذ خارجی:

- Albayrak, E., & Gunay, O. (2007). State and trait anxiety levels of childless women in Kayseri, Turkey. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 12*(4), 385–390.
- Alhassan, A., Ziblim, A. R., & Muntaka, S. (2014). A survey on depression among infertile women in Ghana. *Women's Health, 14*(1). doi:10.1186/1472-6874-14-42.
- Al-Homaidan, H. T. (2011). Depression among Women with Primary Infertility attending an Infertility Clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: Rate, Severity, and Contributing Factors. *International Journal of Health Sciences, 5*(2), 108–115.
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British Journal of Health Psychology, 14*, 1–16.
- Chiaffarino, F., Baldini, M. P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., et al. (2011). Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 158*(2), 235–241.
- Daniluk, J. C., & Trench, E. (2007). Long - term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical interventions. *Journal of Counselling Development, 85*(1), 89–100.
- Domar, A. D. (2004). Impact of psychological factors on dropout rates in insured infertility patients. *Fertility and Sterility, 81*, 271–273.
- Drosdzol, A., & Skrypulec, V. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couple: An evaluative prevalence study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 30*(1), 11–20.
- Epstein, Y. M., & Rosenberg, H. S. (2005). Depression in primary versus secondary infertility egg recipients. *Fertility and Sterility, 83*(6), 1882–1884.
- Jacob, M. C., McQuillan, J., & Greil, A. L. (2007). Psychological distress by type of fertility barrier. *Human Reproduction, 22*(3), 885– 894.
- Johnson, K. M., & Fledderjohann, J. (2012). Revisiting “her” infertility: medicalized embodiment, self-identification and distress. *Social Science & Medicine, 75*(5), 883–891.
- klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being: A nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 89*(5), 677–682.

- Lau, J. T., Wang, Q., Cheng, Y., Kim, J. H., Yang, X., & Tsui, H. Y. (2008). Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural Chinese infertile couples. *Journal of Sexual and Marital Therapy, 34*(3), 248–267.
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction, 22*(1), 288–294.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for depression anxiety stress scale*. Sydney Psychological Foundation Monograph.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Deltsidou, A., Loutradis, D., & Vaslamatzis, G. (2009). The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(3), 223–237.
- Lykeridou, K., Gourounti, K., Sarantaki, A., Loutradis, D., Vaslamatzis, G., & Deltsidou, A. (2011). Occupational social class, coping responses and infertility-related stress of women undergoing infertility treatment. *Journal of Clinical Nursing, 20*(13-14), 1971–1980.
- Meller, W., Burns, L. H., Crow, S., & Grambsch, P. (2002). Major depression in unexplained infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 23*(1), 27–30.
- Morreale, M., Balon, R., Trancer, M., & Diamond, M. (2011). The impact of stress and psychological interventions on Assisted Reproductive Technology outcome. *Journal of Sexual and Marital Therapy, 37*(1), 56–69.
- Nahar, P., & Richters, A. (2011). Suffering of childless women in Bangladesh: the intersection of social identities of gender and class. *Anthropology & Medicine, 18*(3), 327–338.
- Noorbala, A. A., Ramezanzadeh, F., Abedinia, N., & Naghizadeh, M. M. (2009). Psychiatric disorders among infertile and fertile women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(7), 587–591.
- Ogawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *BioPsychoSocial Medicine, 5*(15).
- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 577–587.
- Ramezanzadeh, F., Aghssa, M. M., Abedinia, N., Zayeri, F., Khanafshar, N., & Jafarabadi, M. (2004). Surveying of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. In *International Congress Series* (Vol. 1271, pp. 334 – 337).

- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. L. (2007). A Qualitative Study of the Experience of Treatment for Infertility among Women Who Successfully Became Pregnant. *Human Reproduction*, 22, 295–304.
- Tuzer, V., Tuncel, A., Goka, S., Dogan Bulut, S., Yuksel, F. V., Atan, A., & Goka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: Gender differences. *Turkish Medical Journal*, 40(2), 229–237.
- Vahidi, S., Ardalan, A., & Mohammad, K. (2009). Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. *Asian Pacific Journal of Public Health*, 21(3), 289–293.
- Watson, B. M. (2010). *Predictors of Depression in Men and Women Experiencing Assisted Reproductive Technology Treatment* (Honours Thesis). The University of Queensland.
- World Health Organization. (2010). Mother or nothing :the agony of infertility. WHO Bulletin.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., et al. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24(11).