

رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با ناباروری در زنان تحت درمان کمک باروری

اشرف کاظمی^۱، مرجان ترابی^۲، مهشید عبدی شهشهانی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: چگونگی سازگاری با ناباروری، سلامت روان زوجین نابارور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ارتباط هر یک از راهبردهای مقابله‌ای با سازگاری در زنان تحت درمان کمک باروری، با نتایج متناقض همراه بوده است. هدف از مطالعه‌ی حاضر، تعیین ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با سازگاری با ناباروری در زنان نابارور تحت درمان کمک باروری بود.

روش‌ها: این مطالعه، به صورت مقطعی بر روی ۲۱۲ زن تحت درمان‌های کمک باروری با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. سازگاری با ناباروری و راهبردهای مقابله‌ای با استفاده از پرسش‌نامه‌ی معتبر به صورت خودگزارشی ارزیابی شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری رگرسیون خطی چند متغیره انجام گردید. همچنین تحلیل معادلات ساختاری مدل مفروض با استفاده از نرم‌افزار آموس نسخه‌ی ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که مستقل از سن، درآمد ماهیانه و مدت ناباروری راهبردهای مقابله‌ای سرزنش خود، نشخوار ذهنی، ابراز احساسات و درک احساسات، رابطه‌ی منفی و معنی‌دار با سازگاری داشت. همچنین رابطه‌ی بین رهایی ذهن با سازگاری، مثبت و معنی‌دار بود. نتایج نشان داد، مدل مفهومی رابطه‌ی بین راهبردهای مقابله‌ای با سازگاری، از برازش قابل قبولی برخوردار بود ($P = ۰/۹۱$ ، $CMIN/DF = ۰/۴۶$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد، در زنان تحت درمان کمک باروری، تنها استفاده از راهبرد مقابله‌ای رهایی ذهن با سازگاری، ارتباط مثبت داشت و سایر راهبردهای مقابله‌ای، رابطه‌ی معکوس با سازگاری داشتند.

واژگان کلیدی: ناباروری؛ روش‌های کمک باروری؛ سازگاری؛ راهبردهای مقابله‌ای

ارجاع: کاظمی اشرف، ترابی مرجان، عبدی شهشهانی مهشید. **رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با ناباروری در زنان تحت درمان کمک باروری.**

مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۱؛ ۴۰ (۶۶۰): ۶۹-۷۵

مقدمه

ناباروری، با شیوع حدود ۱۷ درصد (۱)، صرفاً یک مشکل طبی نیست؛ زیرا این مشکل بر سایر ابعاد سلامتی زوجین مانند سلامت روانی و اجتماعی آنان اثرگذار است. افزایش شیوع افسردگی و اضطراب (۲)، احساس سرخوردگی و انزوا و انگ اجتماعی (۳، ۴) به خصوص در زنان (۵) تنها بخشی از مشکلات ناشی از ناباروری است. از این رو در سراسر دنیا ناباروری، یک بحران تلقی می‌شود. در مواجهه با این بحران سازگاری با ناباروری با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، علاوه بر تخفیف علائم روان‌شناختی شرایط را برای کنترل شرایط و پیشبرد درمان فراهم می‌آورد (۶).

به این دلیل تلاش می‌شود در مشاوره‌های روان‌شناسی برای زوجین نابارور تحت درمان، با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش سازگاری، شرایط برای تأمین سلامت روان زوجین نابارور فراهم شود (۷). اما استفاده از راهبردهای مقابله‌ای با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی است که می‌تواند با سازگاری روانی در زوجین نابارور همراه باشد (۸، ۹).

راهبردهای مقابله‌ای، فرایندهایی هستند که از طریق آن شخص می‌کوشد تا بحران فشارهای روانی را مدیریت کند که شامل انواع راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی، متمرکز بر مسأله و متمرکز بر عواطف است. در شرایطی که بحران قابل کنترل تلقی شود، راهبردهای

۱- دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناس ارشد مامایی، مرکز باروری و ناباروری اصفهان، اصفهان، ایران

۳- مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: مهشید عبدی شهشهانی: مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: m_abdi@nm.mui.ac.ir

مقابله‌ای متمرکز بر مسأله، کارآمدتر خواهند بود و با سازگاری بیشتری همراه هستند. در حالی که اگر کنترل شرایط از عهده‌ی افراد خارج باشد راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر عواطف با سازگاری بالاتری همراه هستند (۱۰). به طوری که در مقابله با بحران قابل کنترل، استفاده از راهبرد اجتناب، سازگاری کمتر و علائم روان‌شناختی بیشتر را به دنبال دارد (۱۱). یک مطالعه نشان داد، تصور کنترل‌ناپذیر بودن ناباروری با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اجتناب همراه بوده است (۶). لذا تأثیر هر یک از راهبرد مقابله‌ای بر سلامت روان‌شناختی و سازگاری، معطوف به درک افراد از توان آن‌ها برای کنترل بحران است.

راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر مسأله از راهبردهای سازگارانه‌ای هستند که با کاهش علائم روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب در زوجین همراه بوده‌اند (۹). اما تأثیر این راهبردهای مقابله‌ای بر سلامت روان زنان نابارور در همه‌ی مطالعات تأیید نشده است (۱۲، ۱۳). لذا استفاده از این راهبردها ممکن است در بستر اجتماعی ایران با نتایج متفاوتی همراه باشد. زیرا مطالعه بر روی زنان ایرانی نشان داده است که راهبردهای ناسازگارانه مانند سرزنش خود با رضایت زناشویی (۱۴)، کیفیت زندگی و سلامت روان‌شناختی بیشتری (۱۵) همراه بوده است. این تفاوت در تأثیر راهبردهای مقابله‌ای بر شرایط روان‌شناختی زوجین نابارور به تأثیر عواملی اشاره دارد که زمینه را برای انتخاب راهبردهای مقابله‌ای فراهم می‌آورد. همراهی تجربه‌ی ناباروری با استیغمای ناباروری و آسیب اجتماعی (۱۶) و اهمیت باروری وابسته به بستر اجتماعی کشورهای آسیایی در حفظ زندگی زناشویی، ناباروری را به یک مشکل اجتماعی مبدل ساخته است (۱۷).

شرایط فرهنگی و اجتماعی حاکم بر جوامع مختلف باعث می‌شود افراد در جوامع مختلف نگاهی متفاوت به قابل کنترل بودن ناباروری داشته باشند و برای تعدیل بار روانی ناشی از بحران، راهکارهای مقابله‌ای متفاوتی را انتخاب کنند. بر این اساس لازم است برنامه‌های مداخله‌ای بر مبنای درک بهتر روابط بین راهکارهای مقابله‌ای با سازگاری در زنان تحت درمان ناباروری در بستر اجتماعی هدف طراحی شود. بر این اساس، هدف از مطالعه‌ی حاضر، تعیین ارتباط راهکارهای مقابله‌ای با سازگاری در زنان تحت درمان‌های کمک باروری بود.

روش‌ها

این مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۲۱۲ زن تحت درمان‌های کمک باروری در کلینیک تخصصی نازایی اصفهان از دی ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ۱۳۹۸ با تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (کد اخلاق: IR.MUI.REC.1396.396703) انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم استفاده از گامت یا جنین اهدایی، عدم بحران‌های استرس‌زای هم‌زمان که توسط پژوهشگر بر اساس Holmes & Rahe Stress Scale ارزیابی شد و عدم ابتلاء هر یک از زوجین به بیماری‌های سیستمیک صعب‌العلاج بر اساس مندرجات پرونده‌ی پزشکی بود. تعداد نمونه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد (۱/۹۶) و ضریب توان آزمون ۸۰ درصد محاسبه شد. نحوه‌ی نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود؛ به نحوی که کلیه‌ی زنان واجد شرایط مراجعه کننده به کلینیک مذکور، شانس ورود به مطالعه را داشتند. نمونه‌گیری از بین زنانی انجام شد که جهت دریافت داروهای محرک رشد فولیکول‌های تخمدانی و شروع درمان کمک باروری به کلینیک مراجعه می‌کردند. پس از توضیح اهداف مطالعه، رضایت آگاهانه کسب می‌شد. مشخصات زمینه‌ای با روش مصاحبه و علت و طول مدت ناباروری بر اساس اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ی پزشکی جمع‌آوری و ثبت شد.

راهبردهای مقابله‌ای با استفاده از پرسش‌نامه‌ی بازنگری شده‌ی رفتار مقابله‌ای (۱۸) ارزیابی شد. این پرسش‌نامه، دارای ۳۲ آیتم است که در مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (۱-۴) شامل اصلاً، غیر معمول، گاهی و همیشه طراحی شده است. ابتدا ترجمه‌ی اولیه‌ی پرسش‌نامه‌ها توسط محقق انجام گردید و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شد. پس از آن توسط دو نفر از اساتید، اصل پرسش‌نامه‌ها با ترجمه‌ها تطبیق داده شد تا مفاهیم دریافتی از پرسش‌نامه‌ها یکسان‌سازی شده باشند. پایایی درونی و تکرارپذیری به دنبال یک مطالعه‌ی راهنما بر روی ۱۵ زن واجد شرایط و تکرار آن پس از سه هفته ارزیابی شد. پایایی درونی پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و شاخص همبستگی درون خوشه‌ای ۰/۷۲ تأیید گردید. تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد، پرسش‌نامه‌ی ۳۲ آیتم، برای اندازه‌گیری راهبردهای مقابله‌ای زنان (CMIN/DF= ۱/۵۸۲، P = ۱/۲۴) از اعتبار سازه‌ی مناسبی برخوردار بود.

با استفاده از این پرسش‌نامه، راهبردهای مقابله‌ای در ابعاد سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی، ابراز احساسات و درک احساسات، حفظ خوش‌بینی، جایگزینی هدف و رهایی ذهنی (اجتناب) هر یک با ۴ گویه اندازه‌گیری شدند. سازگاری با ناباروری نیز با استفاده از نسخه‌ی ویرایش شده‌ی سازگاری باروری اندازه‌گیری شد که اعتبار آن برای ارزیابی سازگاری باروری زنان تحت درمان کمک باروری در ایران تأیید شده است (۱۹). این پرسش‌نامه با ۱۲ آیتم در مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای (۱-۶) از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) طراحی شد. نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی سازگاری بیشتر با ناباروری است.

آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴

۴۱ درصد بود. بیشتر مشارکت‌کنندگان (۶۶ درصد) وضعیت اقتصادی خویش را متوسط گزارش کردند. ۱۶۹ نفر از زنان، خانه‌دار (۷۹/۷ درصد) و ۴۳ زن (۲۰/۲ درصد) شاغل بودند (جدول ۱).

نتایج آزمون همبستگی نشان داد که بین متغیرهای زمینه‌ای سن، درآمد ماهیانه و مدت ناباروری با سازگاری و راهبردهای مقابله‌ای، رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). لذا برای ارزیابی ارتباط بین سازگاری با ناباروری و راهبردهای مقابله‌ای، این متغیرها به همراه انواع راهبردهای مقابله‌ای در مدل رگرسیونی وارد شدند. در این مدل، متغیر سازگاری با ناباروری به عنوان متغیر پیش‌بینی شونده و راهبردهای مقابله‌ای به عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شدند.

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد، متغیرهای سن، درآمد ماهیانه و مدت ناباروری، رابطه‌ی معنی‌دار با سازگاری نداشتند. راهبردهای مقابله‌ای سرزنش خود، نشخوار ذهنی، ابراز احساسات ($P < ۰/۰۰۰۱$) و درک احساسات ($P = ۰/۰۱$) با سازگاری، رابطه‌ی معنی‌دار و منفی داشتند. همچنین، سازگاری با ناباروری با راهبرد مقابله‌ای رهایی ذهنی ($P < ۰/۰۵$)، رابطه‌ی معنی‌دار مثبت داشت؛ اما رابطه‌ی بین راهبردهای مقابله‌ای حفظ خوش‌بینی، سرزنش دیگران، جایگزینی هدف با سازگاری، معنی‌دار نبود (جدول ۲).

(version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) انجام شد. آزمون Kolmogorov-Smirnov نشان داد، داده‌های مورد بررسی از توزیع نرمال برخوردار بوده‌اند. آزمون آماری مورد استفاده شامل ضریب همبستگی Pearson و رگرسیون گام به گام با تعدیل نتایج برای برخی متغیرهای مخلدوش‌گر بود. در استفاده از رگرسیون گام به گام، تنها متغیرهایی وارد مدل شدند که با راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با ناباروری، همبستگی معنی‌داری داشتند. بر اساس نتایج حاصل از آنالیز آماری، مدل مفروض روابط بین متغیرهای مورد نظر، طراحی و با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه‌ی ۲۴ برازش مدل ارزیابی شد. در این بررسی، سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ برای تأیید برازش مدل در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

آنالیز داده‌ها بر روی ۲۱۲ زن تحت درمان کمک باروری با مشارکت ۱۰۰ درصد انجام شد. دامنه‌ی سنی زنان مورد بررسی، از ۱۹ تا ۴۸ سال بود. بیشتر زنان، دارای سطح تحصیلات دبیرستان و دیپلم بودند. از نظر نوع ناباروری، ناباروری اولیه (۵۹/۴) نسبت به ناباروری ثانویه (۴۰/۶) از فراوانی بیشتری برخوردار بود. همچنین بیشترین فراوانی علت ناباروری، عوامل زنانه و مردانه به صورت هم‌زمان،

جدول ۱. مشخصات توصیفی زنان تحت درمان کمک باروری

متغیرهای مورد بررسی	تعداد (درصد)
متغیرهای کیفی: تعداد (درصد)	میانگین (انحراف معیار)
سطح تحصیلات	ابتدایی ۲۳ (۱۱/۳)
	تحصیلات متوسطه و دیپلم ۱۵۷ (۷۴/۱)
	بالتر از دیپلم ۳۱ (۱۴/۶)
	اشتغال ۴۳ (۲۰/۳)
	سن ۳۲/۲ (۴/۸)
	درآمد ماهیانه (ریال / ۱۰۰۰) ۳۱۶۹/۸ (۳۰۵۸/۸)
	مدت ناباروری ۶ (۴/۳۲)
	راهبردهای مقابله‌ای ۸/۳ (۳/۴)
	سرزنش خود ۱۰/۴ (۳/۹)
	نشخوار ذهنی ۸/۴ (۳/۴)
	ابراز احساسات ۶/۸ (۲/۹)
	درک احساسات ۱۰/۸ (۳/۳)
	حفظ خوش‌بینی ۷/۰ (۳/۴)
	سرزنش دیگران ۱۰/۱ (۳/۱)
	رهايي ذهن ۱۰/۲۰ (۳/۵)
	جایگزینی هدف ۲۰/۹ (۹/۱۸)
	سازگاری

جدول ۲. ارتباط راهبردهای مقابله‌ای سازگاری با ناباروری با تعدیل نتایج برای سن، درآمد ماهیانه و مدت ناباروری

سازگاری با ناباروری				متغیرها	
Adjusted R ² = ۶۷، F = ۴۰/۷۴، P < ۰/۰۰۰۱					
فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد		P	نسبت شانس		
پایین‌ترین	بالا‌ترین				
۰/۰۳	-۰/۰۵	۰/۵۷	-۰/۰۲	سن	عوامل زمینه‌ای
۰/۰۱	-۰/۰۱	۰/۰۹	-۰/۰۹	درآمد ماهیانه	
۰/۰۴	-۰/۵۶	۰/۰۸	-۰/۱۰	مدت ناباروری	
-۰/۰۸	-۰/۳۲	۰/۰۰۳	-۰/۱۰	سرزنش خود	راهبردهای مقابله‌ای
-۰/۰۸	-۰/۳۵	< ۰/۰۰۰۱	-۰/۱۸	نشخوار ذهنی	
-۰/۱۵	-۱/۴۵	< ۰/۰۰۰۱	-۰/۵۷	ابراز احساسات	
-۰/۲۸	-۰/۶۳	< ۰/۰۰۰۱	-۰/۱۷	درک احساسات	
۰/۰۹	-۰/۱۹	۰/۴۹	-۰/۰۳	حفظ خوش‌بینی	
۰/۰۲	-۰/۱۷	۰/۱۲	-۰/۰۹	سرزنش دیگران	
۰/۱۰	-۰/۱۳	۰/۹۰	۰/۱۲	جایگزینی هدف	
۰/۱۴	۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۱۲	رهایی ذهن	

عامل تأییدی نیز وجود این ارتباطات را تأیید کرد.

نتایج مطالعه نشان داد که سطح استفاده از راهبرد مقابله‌ای سرزنش خود و نشخوار ذهنی با سازگاری، رابطه‌ی معکوس داشت. این یافته با نتایج مطالعاتی که گزارش کرده‌اند، راهبرد سرزنش خود و نشخوار ذهنی با علائم منفی روان‌شناختی در زنان نابارور همراه بوده است همسو می‌باشد (۲۰، ۲۱).

Grech و همکاران گزارش کردند استفاده از این دو راهبرد با سازگاری روانی کمتر زوجین نابارور همراه بوده است (۲۲). این اعتقاد وجود دارد که سرزنش خود در زنان نابارور باعث افزایش احساس ناامیدی می‌شود (۲۳).

بر خلاف انتظار، نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی منفی بین راهبردهای مقابله‌ای ابزار احساسات و درک احساسات با سازگاری بود. این یافته بر خلاف نتایج مطالعاتی بود که نشان داده‌اند، استفاده از راهبردهای ابزار احساسات و درک احساسات با کاهش علائم منفی روان‌شناختی و سازگاری در بیماران صعب‌العلاج همراه هستند (۲۱، ۲۳).

آنالیز تأییدی با استفاده از برنامه‌ی AMOS نیز وجود رابطه‌ی بین راهبردهای مقابله‌ای سرزنش خود، نشخوار فکری، ابراز احساسات، درک احساسات، جایگزینی هدف، حفظ خوش‌بینی و رهایی ذهنی را با سازگاری تأیید کرد (جدول ۳). همچنین استفاده از این آنالیز نشان داد، راهبرد مقابله‌ای سرزنش دیگران نیز با سازگاری، رابطه‌ی معنی‌دار منفی داشت. مدل مفروض ارتباط بین راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با ناباروری از برازش مناسبی برخوردار بود (CIMN/DF = ۰/۶۴، P = ۰/۹۱).

بحث

هدف از مطالعه‌ی حاضر، ارزیابی رابطه‌ی بین راهبردهای مقابله‌ای با سازگاری با ناباروری بود و نتایج آن نشان داد که بین راهبردهای مقابله‌ای با سازگاری، رابطه وجود دارد. به طوری که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سرزنش خود، نشخوار ذهنی، ابراز احساسات و درک احساسات با سازگاری، کمتر همراه بود؛ در حالی که استفاده از راهبرد رهایی ذهنی با سازگاری بیشتر در ارتباط بود. یافته‌ی تحلیل

جدول ۳. وزن رگرسیونی روابط بین راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با ناباروری

CIMN/DF = ۰/۷۱، P = ۰/۹۱				متغیرها		
سطح معنی‌داری	نسبت بحرانی	خطای استاندارد	برآورد			
< ۰/۰۰۰۱	۵/۵۴	۰/۱۵	-۱	سازگاری	<---	سرزنش خود
< ۰/۰۰۰۱	۷/۶۶	۰/۱۸	-۱/۳۹	سازگاری	<---	نشخوار فکری
< ۰/۰۰۰۱	۴/۰۹	۰/۵۱	-۲/۰۷	سازگاری	<---	ابراز احساسات
< ۰/۰۰۰۱	۴/۲۳	۰/۴۳	-۱/۸۳	سازگاری	<---	درک احساسات

همچنین اگرچه در آنالیز اولیه، رابطه‌ی بین راهبردهای مقابله‌ای سرزنش دیگران و سازگاری، معنی‌دار نبود اما نتایج آنالیز تأییدی نشان‌دهنده‌ی وجود رابطه‌ی معنی‌دار و معکوس این راهبردها با سازگاری با ناباروری بود. همچنین این آنالیز، مدل مفهومی ترسیم شده‌ی روابط بین راهبردهای مقابله‌ای با سازگاری را تأیید کرد و نشان داد، استفاده از این راهبردها، تبیین‌کننده‌ی مقدار سازگاری زنان تحت درمان ناباروری است. لذا پیشنهاد می‌شود برنامه‌های سلامت روان برای زنان تحت درمان ناباروری، بر روی آموزش راهبردهای مقابله‌ای‌های ذهنی متمرکز شود.

اگرچه این مطالعه، گزارش مستندی از روابط بین راهبردهای مقابله‌ای با سازگاری در زنان تحت درمان کمک باروری را ارائه کرده است اما لازم است در تفسیر و کاربرد نتایج به محدودیت‌های آن نیز توجه داشت. اولین محدودیت مطالعه‌ی حاضر، مقطعی بودن مطالعه است که در آن نمی‌توان رابطه‌ی یک طرفه بین راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری را شناسایی کرد. همچنین جمعیت مورد مطالعه را زنان تحت درمان کمک باروری تشکیل می‌دادند که نمی‌توان نتایج مربوط به این زنان را به جامعه‌ی زنان نابارور تعمیم داد زیرا قرار گرفتن در شرایط درمان و استرس ناشی از آن بر راهبرد مقابله‌ای اثرگذار است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سازگارانه‌ترین راهبرد مقابله‌ای برای زنان تحت درمان ناباروری، راهبرد رهایی ذهنی است و استفاده از سایر راهبردهای مقابله‌ای، می‌توانند سازگاری با ناباروری را کاهش دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه با کد ۳۹۶۷۰۳ می‌باشد. بدین‌وسیله محققین از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به واسطه‌ی حمایت مالی پژوهش تشکر و قدردانی می‌نمایند.

Panagopoulou و همکاران گزارش کردند که مهار ابراز احساسات در زنان تحت درمان کمک باروری با موفقیت درمان کمتر درمان‌های کمک باروری همراه بوده است (۲۵).

همچنین در مطالعه‌ای نشان داده شد که مهارت درک احساسات با نتایج مثبت روان‌شناختی همراه است (۲۶). نتایج یک مطالعه که نشان دهنده‌ی عدم وجود ارتباط جایگزینی هدف با سازگاری بود، با نتایج مطالعه‌ی Pottinger و همکاران منطبق نبود زیرا آن‌ها نشان دادند که جایگزینی هدف، از راهبردهای مؤثر بر سازگاری با ناباروری بوده است (۲۳).

این تفاوت در نتایج نشان داد که بستر فرهنگی جوامع مختلف، نیازهای متفاوتی را برای مقابله با بحران ناباروری ایجاد می‌کند. اما رابطه‌ی بین راهبردهای مقابله‌ای با سازگاری، یک رابطه‌ی یک طرفه نیست. لذا محتمل است که پایین بودن سطح سازگاری در زنان تحت درمان ناباروری باعث شود تا آن‌ها تلاش کنند با استفاده‌ی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مانند درک احساسات و ابراز احساسات، با شرایط موجود خود سازگار شوند. لذا انجام تحقیقات آینده‌نگر به درک بیشتر این ارتباط کمک خواهد کرد. با این وجود نتایج مطالعه می‌تواند در پیش‌بینی سطح سازگاری زنان تحت درمان ناباروری با استفاده از ارزیابی راهکارهای مقابله‌ای آنان کمک‌کننده باشد.

یافته‌ی دیگر تحقیق نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار رهایی ذهنی با سازگاری بود. این یافته نشان داد، زنانی که تلاش می‌کنند کمتر بر مشکل ناباروری تمرکز کنند در سازگاری با ناباروری موفق‌تر هستند. رهایی ذهن، نوعی راهبرد اجتنابی فعال است و این یافته نشان می‌دهد که راهبرد اجتناب فعال احتمالاً در تقابل با نشخوار ذهنی بر سازگاری تأثیر مثبت داشته است. بر خلاف این نتیجه، گزارشاتی از رابطه‌ی معکوس بین استفاده از مقابله‌ی اجتناب فعال با سلامت روان وجود دارد (۲۷). این یافته نشان داد که راهبرد اجتناب، ممکن است از راهکارهایی باشد که در مقابل بحران‌های حاد و گذرا بتواند به عنوان تعدیل‌کننده‌ی فشار روانی ناشی از بحران عمل کند.

References

1. Kazemijalish H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, Hosseinpanah F, Khalili D, Azizi F. The prevalence and causes of primary infertility in Iran: A population-based study. *Glob J Health Sci* 2015; 7(6): 226-32.
2. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci* 2018; 20(1): 41-7.
3. Turnbull B, Graham ML, Taket A. Pronatalism and social exclusion in Australian society: experiences of women in their reproductive years with no children. *Gend Issues* 2017; 34(4): 333-54.
4. Ergin RN, Polat A, Kars B, Öztekin D, Sofuoğlu K, Çalışkan E. Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turk J Obstet Gynecol* 2018; 15(1): 46-9.
5. Alosaimi FD, Altuwirqi MH, Bukhari M, Abotalib Z, BinSalehc S. Psychiatric disorders among infertile men and women attending three infertility clinics in Riyadh, Saudi Arabia. *Ann Saudi Med* 2015; 35(5): 359-67.
6. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Potamianos G, Lykeridou K, Schmidt L, Vaslamatzis G. Perception of control, coping and psychological stress of infertile

- women undergoing IVF. *Reprod Biomed Online* 2012; 24(6): 670-9.
7. Heredia A, Padilla F, Castilla JA, Garcia-Retamero R. Effectiveness of a psychological intervention focused on stress management for women prior to IVF. *J Reprod Infant Psychol* 2020; 38(2): 113-26.
 8. Nouman H, Benyamini Y. Religious women's coping with infertility: Do culturally adapted religious coping strategies contribute to well-being and health? *In J Behav Med* 2019; 26(2): 154-64.
 9. Chaves C, Canavarro MC, Moura-Ramos M. The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. *Family Process* 2019; 58(2): 509-23.
 10. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company; 1984.
 11. Volmer L, Rösner S, Toth B, Strowitzki T, Wischmann T. Infertile partners' coping strategies are interrelated: Implications for targeted psychological counseling. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2017; 77(1): 52-8.
 12. Chernoff A, Balsom AA, Gordon JL. Psychological coping strategies associated with improved mental health in the context of infertility. *Arch Women Ment Health* 2021; 24(1): 73-83.
 13. Basirat Z, Faramarzi M, Chehrazi M, Amiri M, Ghofrani F, Tajalli Z. Differences between infertile women with and without PCOS in terms of anxiety, coping styles, personality traits, and social adjustment: a case-control study. *Arch Gynecol Obstet* 2020; 301(2): 619-26.
 14. Yazdani F, Kazemi A, Fooladi MM, Samani HR. The relations between marital quality, social support, social acceptance and coping strategies among the infertile Iranian couples. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 200: 58-62.
 15. Zurlo MC, Cattaneo Della Volta MF, Vallone F. Predictors of quality of life and psychological health in infertile couples: the moderating role of duration of infertility. *Qual Life Res* 2018; 27(4): 945-54.
 16. Dierickx S, Rahbari L, Longman C, Jaiteh F, Coene G. 'I am always crying on the inside': a qualitative study on the implications of infertility on women's lives in urban Gambia. *Reprod Health* 2018; 15(1): 151.
 17. Li J, Liu BT, Li M. Coping with infertility: a transcultural perspective. *Curr Opin Psychiatr* 2014; 27(5): 320-5.
 18. Zuckerman M, Gagne M. The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *J Res Pers* 2003; 37(3): 169-204.
 19. Torabi M, Kazemi A, Abdishahshahani M. Psychometric properties of revised version of the fertility adjustment scale in infertile couples undergoing assisted reproductive technology. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019; 243: 16-20.
 20. Peloquin K, Brassard A, Arpin V, Sabourin S, Wright J. Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2018; 39(1): 64-72.
 21. Kraaij V, Garnefski N, Schroevers MJ, Weijmer J, Helmerhorst F. Cognitive coping, goal adjustment, and depressive and anxiety symptoms in people undergoing infertility treatment: a prospective study. *J Health Psychol* 2010; 15(6): 876-86.
 22. Grech LB, Kiropoulos LA, Kirby KM, Butler E, Paine M, Hester R. Coping mediates and moderates the relationship between executive functions and psychological adjustment in multiple sclerosis. *Neuropsychology* 2016; 30(3): 361-76.
 23. Pottinger AM, McKenzie C, Fredericks J, DaCosta V, Wynter S, Everett D, et al. Gender differences in coping with infertility among couples undergoing counselling for in vitro fertilization treatment. *West Indian Med J* 2006; 55(4): 237-42.
 24. Castillo JM, Leira-Doce P, Carrión-Tacuri J, Muñoz-Guacho E, Arroyo-Solís A, Curado G, et al. Contrasting strategies to cope with drought by invasive and endemic species of *Lantana* in Galapagos. *Biodivers Conserv* 2007; 16(7): 2123-36.
 25. Panagopoulou E, Vedhara K, Gaintarzi C, Tarlatzis B. Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2006; 86(3): 672-7.
 26. Koser K. Fertility counseling with couples: A theoretical approach. *Fam J* 2019; 28(1): 25-32.
 27. Nikolett P, Adrien R, Olivé NN. Level of infertility-specific distress in function of coping strategies and other psychosocial variables. *Magyar Pszichológiai Szemle* 2013; 68(3): 399-418.

The Relationship between Coping Strategy and Adaptation to Infertility among Women Who Underwent Assisted Reproduction Treatment

Ashraf Kazemi¹, Marjan Torabi², Mahshid Abdishashahani³

Original Article

Abstract

Background: The way of coping with infertility affects the mental health of infertile couples. The association of coping strategies and adaptability in women who underwent assisted reproductive treatment are controversial. The aim of the present study was to determine the relationship between coping strategies and adaptability in infertile women who underwent assisted reproductive therapy.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 212 women who underwent assisted reproduction treatment using convenience sampling. Adaptability to infertility and coping strategies were evaluated using validated self-report questionnaires. Statistical analysis was performed using the multivariable linear regression test. The structural equation modeling was done using AMOS software version 24.

Findings: The results showed that independent of the age, monthly income and duration of infertility, there was a negative significant relationship between adaptability to infertility and self-blame, ruminative self-focus, emotional expression, and emotional understanding. Although, a positive significant relationship between adaptability and liberation of the mind strategy exists. The overall structural equation model analysis represented good fit for the model indicating the relationship between coping strategies and infertility adaptability (CMIN/DF = 0.46, P = 0.91).

Conclusion: The results showed that in women who underwent assisted reproductive therapy, only the use of mind liberation strategies had a positive effect on adaptability and other coping strategies had an inverse effect with adaptability.

Keywords: Infertility; Assisted reproductive techniques; Coping behaviors; Emotional adjustment

Citation: Kazemi A, Torabi M, Abdishashahani M. **The Relationship between Coping Strategy and Adaptation to Infertility among Women Who Underwent Assisted Reproduction Treatment.** J Isfahan Med Sch 2022; 40(660): 69-75.

1- Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc, Isfahan Fertility and Infertility Center, Isfahan, Iran

3- Instructor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mahshid Abdishashahani, Instructor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: m_abdi@nm.mui.ac.ir