

STRATEGIILE DE COPING LA CUPLURILE INFERTILE

DIANA-ANTONIA IORDĂCHESCU*

Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București

Abstract

The main objective of the present study is to investigate the relationship between infertility duration, psychological distress and coping strategies. The participants (76 couples with fertility difficulties) completed a test battery that included the following: (a) the „Brief COPE” (Carver, 1997) for identifying coping strategies; (b) „Fertility Problem Inventory”, used for evaluating infertility related stress (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). After the statistical analysis the following hypotheses were confirmed: (1) Disfunctional coping strategies are positively associated with psychological distress, while functional coping strategies are negatively associated with psychological distress; (2) There are gender differences regarding coping strategies; (3) Short infertility duration (1–2 years) is associated with maladaptive coping strategies (such as behavioural disengagement), whereas medium/long infertility duration (3–5 years and over 6 years) is associated with adaptive coping strategies (planning and venting); (4) Coping strategies moderates the relationship between infertility duration and emotional distress related to infertility. These results showcase the importance of an adequate intervention strategy for supporting couples that have received an infertility diagnosis. For example, an intervention would involve screening for psychological distress and social pressure, receiving suggestions regarding how to handle distress, followed by counselling and recommendations for men and women dealing with infertility.

Cuvinte-cheie: distres psihologic, modalități de coping, infertilitate, moderare, cuplu.

Keywords: psychological distress, coping strategies, infertility, moderation, couple.

1. INTRODUCERE

În timp ce majoritatea oamenilor se căsătoresc și așteaptă ca într-o zi să aibă copii biologici, multe cupluri întâmpină, în mod neașteptat, dificultăți de concepție și naștere la termen. Organizația Mondială a Sănătății definește infertilitatea ca fiind incapacitatea de a avea un copil, după un an sau mai mult de activitate sexuală regulată, fără utilizarea mijloacelor contraceptive (Zegers-Hochschild *et al.*, 2017).

Deși numai un membru al cuplului primește de obicei un diagnostic medical, infertilitatea este conceptualizată ca fiind un factor stresor la nivel de cuplu. Totuși, bărbații și femeile percep experiența și tratamentul infertilității în moduri diferite. De exemplu, testarea fertilității implică proceduri medicale mai complicate și mai

*Școala Doctorală, Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Departamentul de Psihologie, Șoseaua Panduri, nr. 90, sector 5, București, România, E-mail: diana.antonina.iordachescu@gmail.com

inconfortabile pentru femei, iar ele raportează o anxietate mai mare cu privire la efectele tratamentului hormonal asupra corpului lor și de multe ori experimentează schimbări de dispoziție. Bărbații raportează anxietate cu privire la administrarea injecțiilor zilnice de stimulare ovariană soțiilor lor, îngrijorându-se dacă vor cauza dureri sau dacă nu le vor face în mod corespunzător. Puncția foliculară creează anxietate pentru ambii parteneri în ceea ce privește consecințele anesteziei generale, numărul ovocitelor care vor fi recoltate și calitatea lor. Femeile caută informații și suport social mai frecvent decât partenerii lor și sunt mai implicate în tratament, deși acesta este mai invaziv și mai costisitor decât tratamentul pentru infertilitatea masculină.

Dacă femeile și bărbații percep și trăiesc în moduri diferite experiența infertilității, următoarea întrebare este dacă aceștia dezvoltă mecanisme diferite de adaptare la stresul provocat de infertilitate. Modalitățile de *coping* pot interveni în relația dintre stresul perceput și scorurile la testele de psihopatologie. Astfel, este important să înțelegem diferitele modalități prin care bărbații și femeile se confruntă cu infertilitatea pentru a înțelege adaptarea psihosocială a cuplului. Studiile arată că persoanele infertile aplică o gamă largă de metode de a face față infertilității, precum evitarea, exprimarea sentimentelor, autoînvinovățirea, negarea sau credința (Golmakani *et al.*, 2019; Donkor & Sandall, 2009).

Conform lui Gourounti și colaboratorilor săi (Gourounti *et al.*, 2010) care au evaluat impactul variabilelor psihosociale asupra stresului legat de infertilitate, majoritatea studiilor incluse în evaluarea lor sistematică, care au explorat relația dintre *coping*, răspunsul emoțional la infertilitate și un tratament de fertilizare fără succes, au constatat un efect negativ consecvent al *coping*-ului, bazat pe evitarea, autoînvinovățirea și un efect pozitiv al *coping*-ului activ, centrat pe problemă, al aprecierii pozitive și al sprijinului social ca modalități de a face față dificultăților.

Benyamini *et al.* (2009) au raportat că strategiile orientate pe problemă au fost asociate cu niveluri mai ridicate de suferință, în timp ce abordările bazate pe emoții și strategii de evaluare a problemelor (reinterpretarea pozitivă) au fost asociate cu niveluri mai scăzute de suferință privind infertilitatea și o adaptare mai bună. Un alt studiu (Lykeridou *et al.*, 2011) a arătat că evitarea și strategiile de confruntare activă au fost asociate pozitiv cu niveluri mai ridicate de suferință legată de infertilitate.

Un studiu a identificat ca strategii eficiente, care sunt asociate cu reducerea distresului, distanțarea/acordarea spațiului între parteneri, căutarea sprijinului social (în cazul femeilor) și utilizarea unui plan de rezolvare a problemei (în cazul bărbaților) (Peterson *et al.*, 2006).

Instrumentul „Brief Cope” (Carver, 1997), utilizat în acest studiu, cuprinde 14 scale distincte din punct de vedere conceptual. În continuare, se regăsește descrierea fiecărei scale. *Coping*-ul activ este procesul prin care individul încearcă eliminarea factorilor stresori și a efectelor sale. Acest stil de *coping* include inițierea acțiunii directe, creșterea eforturilor și încercarea de a soluționa o problemă pas cu pas (exemplu de item: „Mi-am concentrat eforturile pe a face ceva în legătura cu situația în care sunt”). *Coping*-ul activ este foarte asemănător cu *coping*-ul centrat

pe problemă. *Planificarea* se referă la modul de a face față unui eveniment stresant. Planificarea presupune abordarea unor strategii care implică acțiune și pași care trebuie urmați pentru a rezolva cât mai bine problema (exemplu de item: „Am încercat să vin cu o strategie cu privire la ce să fac.”). În cazul cuplurilor cu infertilitate, planificarea tratamentului se realizează împreună cu medicul specialist, ceea ce le oferă o senzație de control. O altă modalitate de a face față stresului este reprezentată de sprijinului social. *Căutarea sprijinului social-instrumental* se referă la consultanță, asistență sau informații din partea celorlalți (abordare axată pe problemă; exemplu de item: „Am primit ajutor și sfaturi din partea altor persoane”). *Căutarea sprijinului social-emoțional* implică obținerea sprijinului moral, empatie sau înțelegere (*coping* axat pe emoții; exemplu de item: „Am obținut confort și înțelegere de la cineva”). Pe de altă parte, persoanele apropiate pot ajuta la *ventilarea* emoțiilor (exprimarea sentimentelor neplăcute, eliberarea emoțională; exemplu de item: „Mi-am exprimat sentimentele negative”). Următoarele două modalități de *coping* pot fi etichetate ca fiind disfuncționale: neimplicarea comportamentală și autodistragerea. *Neimplicarea comportamentală* duce către reducerea efortului de a face față factorilor stresori, chiar renunțarea în încercarea de a face față situației stresante. De asemenea, neimplicarea comportamentală reflectă neajutorarea persoanei și lipsa resurselor emoționale (exemplu de item: „Am renunțat în încercarea mea de a mă confrunta cu situația respectivă”). *Autodistragerea* are loc printr-o mare varietate de activități care servesc la deturnarea persoanei de la a se gândi la dimensiunea comportamentală sau la scopul cu care stresorul intervine (exemplu de item: „M-am implicat/refugiat în muncă sau alte activități pentru a-mi distrage atenția de la alte lucruri”). Adesea, autodistragerea apare la persoanele infertile în perioada de așteptare de la embriotransfer până la efectuarea unui test de sarcină (14 zile). *Reinterpretarea/reevaluarea pozitivă* (*coping* bazat pe emoție) se referă la interpretarea unei situații stresante în termeni pozitivi, ceea ce poate conduce intrinsec persoana la inițierea unor acțiuni de rezolvare a situației stresante (exemplu de item: „Am încercat să văd lucrurile într-o altă lumină, să le fac să pară mai pozitive”). *Negarea* este un mecanism de *coping* oarecum controversat. Adesea este sugerat faptul că negarea este utilă, minimizând distresul și facilitând astfel adaptarea. Alternativ, se poate argumenta că negarea duce la probleme suplimentare și permite evenimentului să devină mai grav, făcând astfel mai dificilă adaptarea ulterioară. O a treia viziune este că negarea este utilă în stadiile incipiente ale unei situații stresante, dar împiedică adaptarea ulterioară (Carver, 1997). Exemplu de item: „Am refuzat să cred că acest lucru s-a întâmplat”.

Opusul negării este *acceptarea*. O persoană care acceptă realitatea unei situații stresante pare a fi o persoană care este angajată în încercarea de a face față situației (exemplu de item: „Am acceptat realitatea faptului că s-a întâmplat”). *Credința*, ca modalitate de *coping*, poate fi destul de importantă pentru mulți oameni, în special în situațiile incontrolabile, cum este infertilitatea. Credința poate servi ca sursă de sprijin emoțional, ca vehicul pentru reinterpretare și creștere pozitivă (exemplu de item: „Am încercat să găsesc confort în religia mea sau în convingerile mele spirituale”). *Consumul de substanțe* presupune ingerarea de

alcool și/sau alte droguri (exemplu de item: „Am consumat alcool sau alte droguri pentru a mă ajuta să trec peste situație”). Acestea pot distra pentru moment persoana de la confruntarea cu realitatea și, implicit, de la situația stresantă (aflarea diagnosticului de infertilitate). *Umorul* este utilizat ca mecanism de a face față stresului (exemple de itemi: „Am făcut glume în legătură cu asta”; „Am făcut haz de necaz”). Umorul reprezintă o diversiune în momentele de anxietate și stres legat de infertilitate. *Autoînvinovățirea* este un predictor al adaptării scăzute la stres (exemplu de item: „M-am învinovățit pe mine însămi pentru lucrurile întâmplare”). Autoînvinovățirea apare la femeile care amână concepția sau la femeile care, anterior dorinței de a avea copii, au ales să nu păstreze o sarcină obținută natural.

Deși studiile care examinează infertilitatea, *coping*-ul și stresul sunt esențiale în dezvoltarea bazei de cunoștințe în acest domeniu, acestea sunt limitate de un număr de factori. În primul rând, majoritatea studiilor care examinează strategiile de *coping* ale bărbaților și femeilor infertile se bazează pe scorurile privind distresul emoțional și adaptarea maritală. În al doilea rând, cercetările anterioare care examinează infertilitatea, *coping*-ul și stresul evidențiază rolul femeilor în experiența infertilității și, în al treilea rând, majoritatea studiilor folosesc scorurile brute în analiza lor, care tind să supraestimeze strategiile de *coping* utilizate de femei și să subestimeze modalitățile de *coping* ale bărbaților.

2. METODOLOGIE

2.1. OBIECTIVE

În dorința de a înțelege mai bine cum anume infertilitatea influențează atât bărbații, cât și femeile, este necesară examinarea răspunsurilor ambilor parteneri ai cuplului, spre deosebire de centrarea doar pe răspunsurile femeilor. Studiul prezent investighează modul în care cuplurile se adaptează la infertilitate.

Obiectivul general al studiului prezent este de a examina relația dintre durata infertilității, distresul psihologic și strategiile de *coping*. De asemenea, studiul își propune să investigheze diferențele dintre bărbați și femei în ceea ce privește modalitățile de *coping* utilizate, dar și să exploreze rolul moderator al *coping*-ului.

2.2. VARIABLE

Variabila independentă este reprezentată de infertilitate. Aceasta a fost codată în durata cu care participanții se confruntă cu această condiție medicală, cu următoarele valori, având ca model procedura utilizată în studiul lui Mahnaz Ashrafi (Ashrafi *et al.*, 2013):

- a) 1–2 ani
- b) 3–5 ani
- c) mai mult de 6 ani.

Variabilele dependente sunt reprezentate de scorurile obținute la scalele de stres privind infertilitatea și strategiile de *coping* utilizate de către respondenți, iar

covariabilele sunt reprezentate de gen, statutul marital, starea de sănătate și tipul de infertilitate (primară sau secundară).

2.3. IPOTEZE

1. Strategiile de *coping* disfuncționale (negarea, autodistragerea, neimplicarea comportamentală, consumul de substanțe, autoînvinovățirea, evitarea) se asociază pozitiv cu distresul psihologic, în timp ce strategiile de *coping* funcționale se asociază negativ cu distresul psihologic.

2. Există diferențe de gen în privința strategiilor de *coping* utilizate (bărbații se orientează pe evaluarea și gestionarea problemelor, în timp ce femeile caută sprijinul emoțional).

3. Durata scăzută a infertilității (1–2 ani) se asociază cu utilizarea mecanismelor de *coping* dezadaptative, în timp ce durata medie sau/și crescută a infertilității (3–5 ani, peste 6 ani) se asociază cu mecanismele de *coping* adaptative.

4. Strategiile de *coping* moderează relația dintre durata infertilității și distresul emoțional legat de infertilitate.

2.4. PROCEDURA

Studiul prezent a fost inițiat în iulie 2018 cu scopul investigării modului în care infertilitatea se asociază cu distresul și mecanismele de *coping*. Participanții au fost recrutați prin intermediul anunțurilor din mediile sociale (facebook, comunități de suport constituite pe internet, forumuri), dar și prin intermediul recomandărilor participanților deja evaluați, pentru a lua parte la o serie de studii științifice care au ca scop principal evaluarea psihologică și, ulterior, dezvoltarea unui program de consiliere pentru cupluri, cu scopul reducerii distresului emoțional cu care se confruntă aceștia.

Înainte de administrarea scalelor psihologice, participanții au fost informați despre scopul studiului, utilizarea, stocarea datelor și modul de păstrare a acestora. Participarea în studiu a fost voluntară, iar participanții au beneficiat de un raport de evaluare psihologică. Toți participanții au semnat consimțământul informat înainte de participarea în studiu.

Studiul de față respectă principiile eticii cercetării în privința confidențialității datelor culese și anonimatului participanților. Instrumentele utilizate și procedura de lucru sunt noninvazive și nu conduc participanții în situații stresante sau frustrante.

2.5. PARTICIPANȚI

Lotul cercetării constă în 76 de cupluri cu probleme de fertilitate. Femeile au vârsta cuprinsă între 25 de ani și 45 de ani ($M=34.25$, $SD=.489$), iar partenerii acestora au vârsta cuprinsă între 28 de ani și 48 de ani ($M=36.76$, $SD=.511$).

Dintre participanți, 132 (86.8%) sunt căsătoriți, iar 20 (13.2%) locuiesc cu un partener. În ceea ce privește nivelul de educație, 3 participanți (2%) au terminat

școala profesională, 14 participanți (9.2%) au terminat liceul, 8 participanți (5.3%) au finalizat școala postliceală, 9 participanți (5.9%) au studii universitare fără a deține diplomă de licență, 54 de participanți (35.5%) au studii universitare cu licență, iar 64 de participanți (42.1%) au studii universitare de masterat.

În ceea ce privește variabila independentă, și anume durata infertilității, 41 de participanți (27%) au afirmat că se confruntă cu probleme de fertilitate de 1–2 ani, 53 de participanți (34.9%) au dificultăți în a concepe un copil de 3–5 ani, iar 58 de participanți (38.2%) se confruntă cu o durată a infertilității mai mare de 6 ani.

Referitor la tipul de infertilitate, la 43 de participante (28.3%) infertilitatea este primară, iar la 33 de participante (21.7%), infertilitatea este secundară. Dintre participantele cu infertilitate secundară, 14 (9.2%) au un copil, 6 (3.9%) au doi copii, iar o participantă (0.7%) are trei copii.

Cu privire la aprecierea stării de sănătate, 6 participanți (3.9%) consideră că au o stare de sănătate excelentă, 47 de participanți (30.9%) declară că au o stare de sănătate foarte bună, 88 de participanți (57.9%) consideră că au o stare de sănătate bună, iar 11 participanți (7.2%) declară că starea lor de sănătate este rezonabilă.

O parte dintre participante a recurs la anumite intervenții medicale și chirurgicale pentru a le ajuta să rămână însărcinate: 17 participante (11.2%) au apelat la o operație de deblocare a trompelor uterine, iar 22 de participante (14.5%) au necesitat alte intervenții medicale (printre cele mai des specificate se numără: histeroscopiile, histerosalpinografiile, laparoscopiile, operații pentru îndepărtarea chisturilor ovariene sau a țesutului endometrial, clampare a trompelor uterine și drilling ovarian).

2.6. INSTRUMENTE DE MĂSURARE

Participanții au completat un set de teste care cuprinde: informații socio-demografice, precum vârsta, statutul marital, nivelul de educație, dar și informații legate de infertilitate, precum durata infertilității, dacă urmează vreun tratament, numărul de fertilizări, dacă au avut sau nu sarcini anterioare, copii biologici sau adoptați, precum și următoarele scale psihologice:

a) Pentru identificarea strategiilor de *coping* este utilizat instrumentul „Brief COPE” (Carver, 1997). Brief COPE este o scală cu 28 de itemi și 14 subscale. Participanților li s-a cerut să se gândească la experiența lor din ultima lună privind infertilitatea. Răspunsurile participanților sunt scorate pe o scală Likert de 4 puncte ce variază de la 1 (nu se aplică) la 4 (se potrivește în totalitate).

Acest instrument cuprinde 14 subscale, fiecare fiind formată din 2 itemi: (1) autodistragere, (2) *coping* activ, (3) negare, (4) utilizarea substanțelor, (5) obținerea sprijinului emoțional, (6) căutarea sprijinului social-instrumental, (7) neimplicare comportamentală, (8) ventilarea emoțiilor, (9) reevaluare pozitivă, (10) planificarea, (11) umorul, (12) acceptare, (13) credințele religioase, (14) auto-învinovățirea.

Subscalele instrumentului au fost grupate, conform studiilor (Gourounti *et al.*, 2012; Lancaster & Boivin, 2005; Verhaak *et al.*, 2005), în patru grupe: gestionarea

problemelor (*coping* activ, utilizarea suportului instrumental și planificarea), evaluarea problemelor (re-evaluarea și acceptarea pozitivă), evitarea (negarea, autodistragerea, neimplicarea comportamentală, consumul de substanțe) și căutarea sprijinului emoțional (apelarea la suport emoțional, credință, ventilarea emoțiilor).

Coeficientul Cronbach alpha al instrumentului este $\alpha=.80$.

b) Pentru evaluarea distresului legat de infertilitate: „The Fertility Problem Inventory” (FPI) (Newton *et al.*, 1999).

„Fertility Problem Inventory” este un chestionar cu 46 de itemi care măsoară nivelul de stres asociat infertilității (Newton *et al.*, 1999). Instrumentul este scorat utilizând o scală Likert de 6 puncte (de la 1 care înseamnă dezacord total, la 6 – acord total) și produce un scor global de stres asociat cu infertilitatea și, în plus, cinci subscoruri care măsoară distresul în plan social (sensibilitate la comentariile altor persoane sau sentimentul de a fi izolate social de membrii familiei sau de colegi), distresul sexual (dificultăți în a avea relații sexuale programate, o scădere a plăcerii sexuale sau a autoexprimării sexuale), distresul relațional (îngrijorare cu privire la impactul infertilității asupra relației, dificultăți de a vorbi despre această problemă sau acceptarea/înțelegerea diferențelor dintre parteneri), nevoia individuală de a fi părinte și sentimente legate de un stil de viață fără copii. Optsprezece itemi necesită scorare inversă.

FPI demonstrează o bună fidelitate, validitate discriminantă și convergență (Newton *et al.*, 1999), cu un indice alfa Cronbach $\alpha=.93$. Coeficientul de consistență internă, în urma traducerii și aplicării instrumentului, pentru acest studiu este de $\alpha=.90$. De asemenea, pentru fiecare scală a instrumentului a fost calculat coeficientul de consistență internă, cu următoarele rezultate: „Distres social”- $\alpha=.80$; „Distres sexual”- $\alpha=.74$; „Distres relațional”- $\alpha=.70$; „Nevoia de parentalitate”- $\alpha=.84$; „Respingerea unui stil de viață fără copii”- $\alpha=.76$.

3. REZULTATE

3.1. STATISTICA DESCRIPTIVĂ

Ca program de prelucrare și analiză a datelor a fost utilizat IBM SPSS Statistics for Windows, versiunea 25 (IBM Corp., 2017). Toate testele statistice cu o valoare $p<.05$ au fost considerate statistic semnificative.

Inspecția vizuală a distribuțiilor de frecvență, ca și indicii de asimetrie și aplatizare (conform lui Field, 2018, indicii <1 , iar raportul în valoare absolută dintre fiecare indice și eroarea standard asociată <3) au relevat faptul că în cazul majorității subscalelor au fost încălcate asumțiile de normalitate, motiv pentru care s-a recurs la transformarea logaritmică a scorurilor pentru a se utiliza testele parametrice.

3.2. VERIFICAREA IPOTEZELOR

1. *Strategiile de coping disfuncționale (negarea, autodistragerea, neimplicarea comportamentală, consumul de substanțe, autoînvinovățirea, evitarea) se asociază pozitiv cu distresul psihologic, în timp ce strategiile de coping funcționale se asociază negativ cu distresul psihologic.*

Conform analizei de corelații Pearson, autodistragerea, negarea, neimplicarea comportamentală, consumul de substanțe, autoînvinovățirea, evitarea și strategiile dezadaptative corelează pozitiv, semnificativ statistic cu subscalele de distres și/sau cu scorul global de distres privind infertilitatea (r cuprins între .16-.53, $p < .05$)

Coping-ul activ, căutarea sprijinului social-emoțional și instrumental, reevaluarea pozitivă, umorul, acceptarea, evaluarea problemelor și strategiile adaptative se asociază negativ, semnificativ statistic cu subscalele de distres și/sau cu scorul global de distres privind infertilitatea (r cuprins între -.16- -.41, $p < .05$)

Surprinzător este însă faptul că strategia de *coping* „Ventilarea emoțiilor” se asociază pozitiv, semnificativ statistic cu subscalele privind distresul legat de infertilitate.

Prin urmare, această ipoteză se confirmă.

Tabelul nr. 1

Analiza de corelații între mecanismele de *coping* și distresul legat de infertilitate

Variabile	Distres social	Distres sexual	Distres relațional	Respingerea unui stil de viață fără copii	Nevoia de parentalitate	Distres global legat de infertilitate
Autodistragere	.260**	.170*	.084	-.148	.186*	.162*
Coping activ	-.162*	.040	-.107	.093	-.006	-.052
Negare	.393**	.117	.239**	.142	.354**	.376**
Utilizarea substanțelor	.076	.006	.010	-.143	.027	-.008
Căutarea sprijinului social-emoțional	-.279**	-.101	-.302**	-.054	-.132	-.244**
Căutarea sprijinului social-instrumental	-.028	-.041	-.179*	-.148	-.031	-.127
Neimplicare comportamentală	.300**	.295**	.379**	-.092	.145	.283**
Ventilarea emoțiilor	.184*	.412**	.271**	-.007	.094	.258**
Reevaluare pozitivă	-.037	-.110	.034	-.233**	-.133	-.146
Planificarea	.014	.072	-.211**	.025	.048	-.012
Umore	-.180*	.023	-.155	-.180*	-.207*	-.214**
Acceptarea	-.314**	-.197*	-.162*	-.179*	-.304**	-.341**
Credința	.163	-.051	-.017	.012	.150	.078
Autoînvinovățirea	.448**	.404**	.440**	.155	.387**	.530**

Tabelul nr. 1 (continuare)

Variabile	Distres social	Distres sexual	Distres relațional	Respingerea unui stil de viață fără copii	Nevoia de parentalitate	Distres global legat de infertilitate
Gestionarea problemelor	-.071	.011	-.219**	-.014	.020	-.081
Evaluarea problemelor	-.236**	-.200*	-.091	-.244**	-.282**	-.315**
Evitarea	.407**	.211**	.264**	-.046	.309**	.337**
Strategii adaptative	-.138	-.015	-.165*	-.144	-.107	-.171*
Strategii dezadaptative	.497**	.326**	.383**	.031	.396**	.476**
*Corelație semnificativă pentru $p < .05$ / ** Corelație semnificativă pentru $p < .01$						

2. Există diferențe de gen în privința strategiilor de coping utilizate (bărbații se orientează pe evaluarea și gestionarea problemelor, în timp ce femeile caută sprijinul emoțional).

Pentru testarea acestei ipoteze, s-a utilizat testul T pentru eșantioane independente care arată că există diferențe semnificative ($p < .05$) între cele două grupuri, în ceea ce privește modalitățile de *coping* relevate de tabel. De asemenea, mărimea efectului calculată pentru aceste subscale arată că există efecte moderate și ridicate, ceea ce susține diferențele dintre bărbați și femei privind modalitățile de *coping*, atât din punct de vedere statistic, cât și practic.

Tabelul nr. 2

Diferențe de gen în privința strategiilor de *coping* utilizate

Variabile	t	p	D	Media diferențelor	Er. std. a mediei	Intervalul de încredere	
						Limita inferioară	Limita superioară
Autodistragere	-2.68	.008	.43	-.65	.24	-1.14	-.17
Coping activ	-2.76	.006	.45	-.03	.01	-.05	-.00
Utilizarea substanțelor	3.69	.000	.60	.07	.02	.03	.12
Căutarea sprijinului social-instrumental	-3.03	.003	.50	-.75	.24	-1.23	-.26

Tabelul nr. 2 (continuare)

Variabile	t	p	D	Media diferențelor	Er. std. a mediei	Intervalul de încredere	
						Limita inferioară	Limita inferioară
Ventilarea emoțiilor	-3.07	.002	.50	-.81	.26	-1.33	-.29
Planificare	-4.67	.000	.76	-.06	.01	-.09	-.03
Credință	-4.77	.000	.78	-1.40	.29	-1.99	-.82
Auto-învinovățire	-5.09	.000	.83	-1.32	.26	-1.84	-.81
Gestionarea problemelor	-4.76	.000	.78	-.052	.01	-.07	-.03
Căutarea suportului emoțional	-4.52	.000	.74	-2.47	.54	-3.55	-1.39
Strategii adaptative	-3.70	.000	.60	-4.35	1.11	-6.67	-2.03
Strategii dezadaptative	-3.37	.001	.55	-.059	.01	-.09	-.02

Din analiza mediilor, a abaterilor standard, dar și a reprezentărilor grafice a datelor se poate concluziona că femeile se orientează către următoarele modalități de *coping*: căutarea sprijinului social-instrumental, ventilarea emoțiilor, planificare, credință, autoînvinovățire și căutarea suportului emoțional, în timp ce bărbații se orientează mai des către: autodistragere și consumul de substanțe, gestionarea problemelor, dar și către strategii adaptative și dezadaptative.

3. *Durata scăzută a infertilității (1–2 ani) se asociază cu utilizarea mecanismelor de coping dezadaptative, în timp ce o durată medie sau crescută a infertilității (3–5 ani, peste 6 ani) se asociază cu apelarea la mecanisme de coping adaptative.*

Pentru testarea acestei ipoteze, s-a folosit analiza de varianță unifactorială ANOVA. Rezultatele indică faptul că există diferențe semnificative în ceea ce privește strategiile de *coping* „Neimplicare comportamentală”, „Ventilarea emoțiilor”, „Planificare”, „Căutarea suportului emoțional” și „Strategii adaptative” între participanții care se confruntă cu intervale de timp diferite de infertilitate ($F(2,149)=3.33$, $p=.038$; $F(2,149)=7.41$, $p=.001$; $F(2,149)=3.39$, $p=.036$; $F(2,149)=3.29$, $p=.04$; în ultimul caz $F(2,149)=3.91$, $p=.022$).

Pentru celelalte modalități de *coping* nu se remarcă diferențe semnificative între medii și durata infertilității.

Tabelul nr. 3

Analiza de varianță unifactorială pentru analiza diferențelor
între durata infertilității și strategiile de *coping*

		Suma pătratelor	Grade de libertate	Media pătratelor	F	Sig.
Neimplicare comportamentală	Între grupuri	.170	2	.085	3.331	.038
	Intra-grupuri	3.806	149	.026		
	Total	3.976	151			
Ventilarea emoțiilor	Între grupuri	.440	2	.220	7.416	.001
	Intra-grupuri	4.419	149	.030		
	Total	4.859	151			
Planificare	Între grupuri	.061	2	.031	3.396	.036
	Intra-grupuri	1.341	149	.009		
	Total	1.402	151			
Căutarea suportului emoțional	Între grupuri	82.013	2	41.007	3.291	.040
	Intra-grupuri	1856.382	149	12.459		
	Total	1938.395	151			
Strategii adaptative	Între grupuri	428.700	2	214.350	3.918	.022
	Intra-grupuri	8151.241	149	54.706		
	Total	8579.941	151			

Analizele post-hoc cu ajustare tip Bonferroni pentru reducerea riscului de depistare a rezultatelor fals pozitive datorate analizelor multiple au identificat diferențe semnificative în privința strategiei de *coping* „Ventilarea emoțiilor” între participanții care se confruntă cu o durată relativ scurtă a infertilității (1–2 ani) și cei care se confruntă cu o durată medie (3–5 ani) și relativ lungă de peste 6 ani, dar și între participanții care se confruntă cu infertilitate de 3–5 ani și cei cu durată mai mare de 6 ani. De asemenea, există diferențe semnificative în privința strategiilor de *coping* „Planificare” și „Strategii adaptative” între participanții care se confruntă cu o durată relativ medie a infertilității (3–5 ani) și cei care se confruntă cu o durată relativ lungă de peste 6 ani.

Prin urmare, această ipoteză se confirmă: durata scăzută a infertilității (1–2 ani) se asociază cu utilizarea mecanismelor de *coping* dezadaptative (neimplicare comportamentală), în timp ce o durată medie sau crescută a infertilității (3–5 ani/peste 6 ani) se asociază cu mecanisme de *coping* adaptative, precum exprimarea emoțiilor și planificarea.

Tabelul nr. 4

Comparații multiple între modalitățile de *coping* și durata infertilității

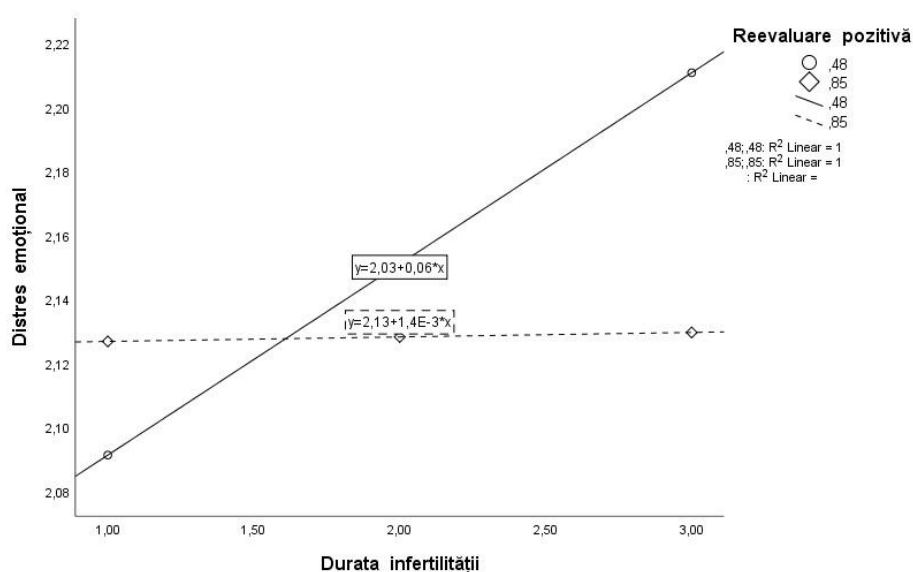
Bonferroni							
Variabila dependentă	(I) Durata infertilității	(J) Durata infertilității	Media diferențelor (I-J)	Eroarea standard	p	Intervalul de încredere 95%	
						Limita inferioară	Limita superioară
Ventilarea emoțiilor	1-2 ani	3-5 ani	-.11350*	.03582	.006	-.2002	-.0268
		Mai mult de 6 ani	-.12692*	.03514	.001	-.2120	-.0418
	3-5 ani	1-2 ani	.11350*	.03582	.006	.0268	.2002
		Mai mult de 6 ani	-.01342	.03272	1.000	-.0927	.0658
	Mai mult de 6 ani	1-2 ani	.12692*	.03514	.001	.0418	.2120
		3-5 ani	.01342	.03272	1.000	-.0658	.0927
Planificare	1-2 ani	3-5 ani	.03950	.01973	.141	-.0083	.0873
		Mai mult de 6 ani	-.00415	.01935	1.000	-.0510	.0427
	3-5 ani	1-2 ani	-.03950	.01973	.141	-.0873	.0083
		Mai mult de 6 ani	-.04365*	.01803	.050	-.0873	.0000
	Mai mult de 6 ani	1-2 ani	.00415	.01935	1.000	-.0427	.0510
		3-5 ani	.04365*	.01803	.050	.0000	.0873
Strategii adaptative	1-2 ani	3-5 ani	1.16797	1.53834	1.000	-2.5568	4.8928
		Mai mult de 6 ani	-2.66905	1.50914	.237	-6.3232	.9851
	3-5 ani	1-2 ani	-1.16797	1.53834	1.000	-4.8928	2.5568
		Mai mult de 6 ani	-3.83702*	1.40549	.021	-7.2402	-.4339
	Mai mult de 6 ani	1-2 ani	2.66905	1.50914	.237	-.9851	6.3232
		3-5 ani	3.83702*	1.40549	.021	.4339	7.2402

*. Corelație semnificativă pentru $p < .05$

4. Strategiile de coping moderează relația dintre durata infertilității și distresul emoțional legat de infertilitate.

Au fost testate o serie de modele de moderare privind relația dintre durata infertilității și distresul emoțional, de către strategiile de *coping*. Datorită faptului că variabila independentă (durata infertilității) este variabilă categorială, s-a recurs la analiza ipotezei utilizând extensia PROCESS din SPSS.

Un singur model a fost semnificativ statistic: Strategia de *coping* „Reevaluare pozitivă” moderează relația dintre durata infertilității și distresul emoțional legat de infertilitate. Valoarea R^2 change a fost .045, statistic semnificativă [$F(2,146)=3.71$; $p=.026$]. Pentru a afla cum se manifestă efectul de moderare, se analizează durata infertilității în raport cu valorile superioare și inferioare ale valorilor strategiei de *coping* „Reevaluare pozitivă”, precum și graficul *scatter-plot*.



Graficul nr. 1.

Rolul moderator al strategiei de *coping* „Reevaluare pozitivă”
în relația dintre durata infertilității și distresul legat de infertilitate

Astfel, efectul de moderare, pentru modelul testat, se manifestă prin atenuarea relației dintre durata infertilității și distresul emoțional, atunci când „Reevaluarea pozitivă” are valori mai mari. Atunci când „Reevaluarea pozitivă” are valori mici, corelația dintre durata infertilității și distres crește.

4. DISCUȚII ȘI CONCLUZII

Infertilitatea reprezintă o dificultate predominantă în societatea actuală, iar prezentul studiu a urmărit să evidențieze modul în care femeile și bărbații fac față infertilității și procedurilor de tratament în corelație cu distresul emoțional.

Acest studiu contribuie la cunoașterea existentă în ceea ce privește distresul emoțional în corelație cu modalitățile de *coping* la cuplurile infertile, având atât implicații teoretice, cât și practice. Rezultatele arată că, atunci când sunt utilizate strategii de *coping* funcționale, distresul privind infertilitatea este mai scăzut, pe când strategiile de *coping* disfuncționale se asociază cu valori mai mari ale distresului. Cu toate acestea, conform corelației dintre variabile, atunci când cuplurile apelează la strategia numită „Ventilarea emoțiilor”, adică exprimarea sentimentelor neplăcute, se pare că acest aspect face să crească distresul privind infertilitatea. O explicație, care merită explorată în studiile viitoare, ar putea fi reprezentată de faptul că, atunci când cuplurile vorbesc despre problemele lor de infertilitate, acestea le produc disconfort și se adâncește suferința existentă.

De asemenea, rezultatele evidențiază faptul că femeile și bărbații din studiu apelează la strategii diferite de *coping*. Femeile tind să se autoînvinovățească și să se orienteze pe căutarea sprijinului emoțional, pe exprimarea emoțiilor, pe când bărbații se orientează pe gestionarea problemelor, pe a face ceva în legătură cu situația în care sunt. Din interviurile cu participanții la studiu, s-a observat tendința și nevoia femeilor de a stabili contact cu alte persoane infertile pentru ventilare și suport emoțional, pe când bărbații sunt orientați către inițierea acțiunilor pentru soluționarea problemelor, încercând eliminarea factorilor stresori.

Conform rezultatelor, durata scăzută a infertilității (1–2 ani) se asociază cu utilizarea mecanismelor de *coping* disfuncționale (neimplicare comportamentală), în timp ce durata medie sau crescută a infertilității (3–5 ani/peste 6 ani) se asociază cu mecanisme de *coping* funcționale, precum exprimarea emoțiilor și planificarea. Acest aspect poate fi explicat prin faptul că, la începutul diagnosticului, cuplurile acceptă greu „povara” exprimată de medic și aleg să „fugă” de realitatea bolii. Abia când încep să își accepte condiția medicală, își vor exprima emoțiile și își vor planifica tratamentul pentru a deveni părinți.

Referitor la analiza de moderare, rezultatele dezvăluie importanța *coping*-ului (reevaluarea pozitivă) ca variabilă moderatoare în relația dintre durata infertilității și stres. Este necesar ca persoanele infertile să fie orientate către explorarea a cât mai multor strategii de *coping* adaptative și către a da un sens experiențelor negative. Astfel, cuplurile ar putea iniția atât acțiuni de rezolvare a dificultăților, cât și să privească infertilitatea dintr-o altă perspectivă, descoperind unele „beneficii” ale acestei situații (de multe ori, cuplurile declară că diagnosticul de infertilitate i-a apropiat, întărind relația de cuplu).

Studiul prezent are mai multe puncte forte care ar trebui avute în vedere, incluzând (a) evaluarea atât a simptomelor de stres, cu un instrument specific problematicei prezente, cât și a modalităților de *coping* (instrument general); (b) includerea în studiu atât a femeilor, cât și a bărbaților care se confruntă cu probleme de fertilitate; (c) examinarea stresului în funcție de anumite caracteristici demografice și clinice, cum ar fi nivelul de educație, statutul socio-economic și tipul de infertilitate (primară/secundară) și (d) evaluarea desfășurată în mai multe orașe ale României, ceea ce poate permite generalizarea rezultatelor, spre deosebire de studiile care includ participanți dintr-o singură clinică de fertilizare.

Studiul actual este limitat de un design transversal. Din acest motiv, nu se pot face inferențe cauzale cu privire la relația *coping*-stres psihologic. În plus, momentul în care cuplurile au răspuns la instrumentele de evaluare trebuie luat în considerare. Cuplurile cu infertilitate primară din studiu au completat chestionarele la începutul tratamentului și modul în care aceștia au răspuns poate fi diferit la o evaluare ulterioară. Studiile viitoare care examinează asocierea longitudinală a *coping*-ului și a stresului psihologic vor ajuta la clarificarea acestei relații. De asemenea, pe viitor se recomandă dezvoltarea unui instrument de *coping* specific infertilității, deoarece în acest studiu s-a utilizat un instrument general.

Cu toate că mărimea eșantionului este relativ mică comparativ cu alte studii, rezultatele conduc la ideea că este necesară dezvoltarea unei strategii de intervenție adecvată pentru a sprijini cuplurile care se confruntă cu diagnosticul de infertilitate. Un exemplu de astfel de intervenție sau de sprijin ar include *screening*-ul pentru distres psihologic, presiune socială, modalități de a face față distresului, urmate de consiliere psihologică și recomandări.

Primit în redacție la: 9.03.2020

BIBLIOGRAFIE

1. ASHRAFI, M., RASHIDI, M., GHASEMI, A., ARABIPOOR, A., DAGHIGHI, S., POURASGHARI, P., ZOLFAGHARI, Z., *The role of infertility etiology in success rate of intrauterine insemination cycles: An evaluation of predictive factors for pregnancy rate*, International Journal of Fertility & Sterility, **7**, 2, 2013, p. 100–107.
2. BENYAMINI, Y., GOZLAN, M., KOKIA, E., *Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach*, British Journal of Health Psychology, **14**, 1, 2009, p. 1–16.
3. CARVER, C. S., *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE*, International Journal of Behavioral Medicine, **4**, 1997, p. 92–100.
4. DONKOR, E. S., SANDALL, J., *Coping strategies of women seeking infertility treatment in southern ghana*, African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine De La Santé Reproductive, **13**, 4, 2009, p. 81–94.
5. FIELD, ANDY, *Discovering statistics using IBM SPSS statistics (5th edition)*, London, SAGE Publications, 2018.
6. GOLMAKANI, N., ZAGMI, S. E., ESMAILY, H., VATANCHI, A., KABIRIAN, M., *The relationship of the psychological coping and adjustment strategies of infertile women with the success of assisted reproductive technology*, International Journal of Reproductive BioMedicine, **17**, 2, 2019, p. 119.
7. GOUROUNTI, K., ANAGNOSTOPOULOS, F., POTAMIANOS, G., LYKERIDOU, K., SCHIMIDT, L., VASLAMATZIS, G., *Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF*, Reproductive BioMedicine Online, **24**, 6, 2012, p. 670–679.
8. GOUROUNTI, K., ANAGNOSTOPOULOS, F., VASLAMATZIS, G., *Psychosocial predictors of infertility related stress: A review*, Current Women's Health Reviews, **6**, 4, 2010, p. 318–331.
9. IBM CORP. RELEASED, *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 25.0., NY, Armonk, IBM Corp, 2017.
10. LANCASTLE, D., BOIVIN, J., *Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: Unique or shared effects on biological response to fertility treatment?*, Health Psychology, **24**, 2, 2005, p. 171–178.
11. LYKERIDOU, K., GOUROUNTI, K., SARANTAKI, A., LOUTRADIS, D., VASLAMATZIS, G., DELTSIDOU, A., *Occupational social class, coping responses and infertility – related stress of women undergoing infertility treatment*, Journal of Clinical Nursing, **20**, 13, 14, 2011, p. 1971–1980.
12. NEWTON, C. R., SHERRARD, W., GLAVAC, I., *The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress*, Fertility and Sterility, **72**, 1, 1999, p. 54–62.
13. PETERSON, B. D., NEWTON, C. R., ROSEN, K. H., SKAGGS, G. E., *Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress*, Human Reproduction, **21**, 9, 2006, p. 2443–2449, doi:10.1093/humrep/del145
14. VERHAAK, C. M., SMEENK, J. M. J., EVERS, A. W. M., MINNEN, A. v., KREMER, J. A. M., KRAAIMAAT, F. W., *Predicting emotional response to unsuccessful fertility treatment: A prospective study*, Journal of Behavioral Medicine, **28**, 2, 2005, p. 181–190.

15. ZEGERS-HOCHSCHILD, F., ADAMSON, G. D., DYER, S., RACOWSKY, C., DE MOUZON, J., SOKOL, R., . . . VAN DER POEL, S. *The international glossary on infertility and fertility care*, 2017, Fertility and Sterility, **108**, 3, 2017, p. 393–406.

REZUMAT

Obiectivul general al studiului prezent este de a investiga relația dintre durata infertilității, distresul psihologic și strategiile de *coping*. Participanții (76 de cupluri cu probleme de fertilitate) au completat o baterie de teste care cuprinde: informații socio-demografice și (a) instrumentul „Brief COPE” (Carver, 1997), pentru identificarea strategiilor de *coping* și (b) „Inventarul privind problemele de fertilitate”, pentru evaluarea distresului legat de infertilitate (Newton, Sherrard & Glavac, 1999). În urma analizei statistice a datelor, s-au confirmat următoarele ipoteze: (1) Strategiile de *coping* dezadaptative se asociază pozitiv cu distresul psihologic, în timp ce strategiile de *coping* bazate pe emoții și strategii de evaluare și gestionare a problemelor se asociază negativ cu distresul psihologic; (2) Există diferențe de gen în privința strategiilor de *coping*; (3) Durata scăzută a infertilității (1–2 ani) se asociază cu utilizarea mecanismelor de *coping* dezadaptative (neimplicare comportamentală), în timp ce durata medie/crescută a infertilității (3–5 ani, peste 6 ani) se asociază cu mecanismele de *coping* adaptative (planificare, exprimarea emoțiilor) și (4) Strategiile de *coping* moderează relația dintre durata infertilității și distresul emoțional legat de infertilitate. Rezultatele conduc la ideea că este necesară dezvoltarea unei strategii de intervenție adecvată pentru a sprijini cuplurile care se confruntă cu diagnosticul de infertilitate. Un exemplu de astfel de intervenție ar include *screening*-ul pentru distres psihologic, presiune socială, modalități de a face față distresului, urmate de consiliere psihologică și recomandări.