

عوامل پیش‌بینی کننده سلامت روان در زوجهای نابارور

زهرا خسروی (Ph.D.)

اسفندیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

چکیده

ناباروری جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شاید بتوان گفت ناباروری یکی از عمده‌ترین وقایع استرس‌زا در زندگی افراد است. افرادی که تحت فشارهای عمده و مزمن قرار گرفته باشند، بیش از سایرین در معرض ابتلا به بیماریهایی مانند افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین و نارضایتی قرار دارند. پژوهش حاضر به بررسی نقش جنسیت در سلامت روان و تعیین سهم عوامل مداخله‌گر در سلامت روان زوجهای نابارور پرداخته است. در این مطالعه ۵۰ زوج نابارور مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج نشان داد زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور مشکلات روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند و همچنین ناباروری معنای منفی‌تری برای زنان در مقایسه با مردان دارد. احساس امیدواری نسبت به آینده زندگی زناشویی و وجود معنا در زندگی، سهم عمده‌ای در پیش‌بینی سلامت روان زوجهای نابارور دارد.

کل واژگان: ناباروری، سلامت روان، زوجهای نابارور و جنسیت.

آدرس مکاتبه: دکتر زهرا خسروی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

پست الکترونیک: zohreh_khosravi@yahoo.com

مقدمه

آرزوی داشتن فرزند میلی جهانی است. ناباروری هم مسئله‌ای فردی و خصوصی و هم یک مسئله عمومی و اجتماعی است. رشته‌ها و حوزه‌های مختلف مطالعاتی به بررسی مسئله ناباروری پرداخته‌اند. برای مثال متخصصان بهداشت^۱، همه‌گیرشناسی^۲، علوم اجتماعی و رفتاری^۳، حقوق^۴ و اخلاق پزشکی^۵، درگیر با این مسئله هستند(۱).

براساس آمارهای موجود بین ۲۰-۱۲ درصد زوج‌ها نابارور می‌باشند. از این میان ۴۰٪ از موارد ناباروری مستقیماً به زن، ۴۰٪ به مرد و ۲۰٪ به هر دو آنها مربوط می‌شود. علاوه بر این حدود ۱۲-۱۰ درصد زنان ناباروری ثانویه را تجربه می‌کنند که منظور ناباروری بعد از یک زایمان، به دلیل بیماری‌های زنان است. این امر موجب می‌شود تعداد زنانی که با مشکل ناباروری روبرو می‌شوند در مقایسه با مردان افزایش یابد و همچنین با افزایش سن به درصد ناباروری زنان افزوده می‌شود(۲).

تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند، با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۳-۴). شاید بتوان گفت ناباروری یکی از عمده‌ترین وقایع استرس‌زا در زندگی افراد نابارور است. ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک علامت شکست تلقی شده و این احساس را بوجود می‌آورد که فرد یک زن یا مرد کامل نیست. غالب مردم تصور نمی‌کنند که ممکن است نابارور باشند، به همین دلیل تشخیص ناباروری برای آنان یک شوک محسوب می‌شود(۵). نتایج تحقیقات متخصصان بهداشت روانی، روان‌شناسی بالینی و اجتماعی اثرات

استرس بر سلامت روانی و فیزیکی افراد را نشان داده است. افرادی که تحت فشارهای عمده و مزمن قرار گرفته باشند بیش از سایرین در معرض ابتلا به بیماری‌هایی چون افسردگی^۶، اضطراب^۷، اعتماد بنفس پایین^۸ و نارضایتی^۹ هستند(۶). مطالعات بسیاری اثرات روان‌شناختی ناباروری را آشکار ساخته‌اند (۷-۸). برای مثال Downey و همکارانش گزارش نمودند که ۹۰٪ از افراد نابارور دارای ملاک تشخیص افسردگی عمده^{۱۰} بودند در حالیکه تنها ۳۰٪ از گروه کنترل دارای چنین ملاک تشخیصی داشتند(۹). همچنین نیمی از افراد نابارور تغییر در روابط جنسی و ۷۵٪ از آنها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند. Domar و همکارانش دریافتند میزان اضطراب و افسردگی در زنان نابارور برابر با میزان اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به ناراحتی قلبی، سرطان و ایدز است(۱۰). ناباروری با احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد بنفس همراه است. احساس‌های وابسته به این فقدان‌ها شامل غم، حقارت، تنهایی، خستگی، درماندگی و ترس است. در واقع احساس‌های تجربه شده توسط فرد نابارور مشابه با آن چیزی است که افراد در مقابل هر فقدان مهمی همچون فقدان عزیزی تجربه می‌کنند(۳). بطور کلی تجربه وقایع استرس‌زا موجب کاهش احساس کنترل فرد بر زندگی می‌شود که این احساس عدم کنترل منجر به سازگاری ضعیف در فرد می‌شود. البته همواره این سؤال مطرح بوده است که چرا بعضی افراد در مقابل استرسورها آسیب پذیرتر هستند؟ نتایج تحقیقات نشان داده است متغیرهای مختلف روان‌شناختی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنظر می‌رسد عوامل مداخله‌گری همچون تعارضات زناشویی،

6- Depression
7- Anxiety
8- Low self confidence
9- Dissatisfaction
10- Major depression

1-Health
2- Epidemiology
3- Social and behavioral sciences
4- Law
5- Medical ethics

مشکل ناباروری می‌دانند (۳). Daniluk علاوه بر احساس مسئولیت زنان در مورد ناباروری، همسرانشان نیز آنان را بیشتر مسئول این امر می‌دانند که خود موجب رویارویی زن نابارور با احساس گناه می‌شود. نکته قابل توجه این است که زن و شوهر هر دو بدون توجه به علت ناباروری زن را سرزنش می‌کنند و حتی در مواردیکه علت ناباروری به مرد مربوط باشد باز هم زن مورد سرزنش اطرافیان قرار می‌گیرد (۱۴).

با توجه به مطالب مطرح شده پژوهش حاضر به بررسی سؤالات زیر می‌پردازد:

- ۱- آیا بین میزان رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی زنان و مردان نابارور تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟
- ۲- آیا بین میزان امید نسبت به جنبه‌های مختلف زندگی زنان و مردان نابارور تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟
- ۳- آیا بین میزان واکنش‌های هیجانی زنان و مردان نابارور اختلاف معنی‌داری وجود دارد؟
- ۴- آیا بین نگرش دو جنس نسبت به ناباروری تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟
- ۵- آیا بین نمرات اختلالات روانی زنان و مردان نابارور تفاوت معنی‌دار وجود دارد؟
- ۶- عمده‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان در میان زوج‌های نابارور کدام می‌باشند؟

مواد و روشها

آزمودنی‌ها: تعداد ۵۰ زوج نابارور مراجعه‌کننده جهت درمان ناباروری به بیمارستان امام‌خیمینی شهر تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. در واقع در تحقیق حاضر نمونه مورد مطالعه نمونه دردسترس است.

روش‌های مقابله انکار و گریز احساس کنترل ادارک شده، دریافت حمایت‌های اجتماعی از ناحیه همسر و شبکه‌های ارتباطی، روابط جنسی و روش مقابله مسئله مدار می‌توانند اثر استرس‌ها را شدت بخشیده و یا کاهش دهند. زنانی که احساس می‌کنند ناباروری باعث از دست‌دادن کنترل بر زندگی آنها شده است، در مراحل درمان ناباروری دچار مشکلات تطابقی بیشتری می‌شوند. تعارض و جر و بحث درباره کنار آمدن با ناباروری می‌تواند رضایت و بهداشت زندگی زناشویی را کاهش دهد. نقش‌های جنسیتی سنتی که در آن زن و شوهر بگونه متفاوتی احساسات منفی خود را ابراز می‌دارند باعث می‌شود آنها از روش‌های مقابله‌ای یکسانی برای مواجهه با مشکل استفاده نکنند (۱۲). جنسیت یکی از عواملی است که نوع واکنش و سازگاری فرد را در مقابل ناباروری تحت تأثیر قرار می‌دهد. زنان مشکلات زناشویی و جنسی بیشتری را گزارش نموده‌اند (۱۳). واکنش‌های آنها بیشتر شبیه به واکنش سوگ است. زنان متأهل در مقایسه با همسرانشان گزارش کرده‌اند استرس بیشتری را در زندگی شخصی، اجتماعی و جنسی خود تجربه کرده‌اند (۱۳). شاید یکی از دلایلی که تجربه ناباروری برای زنان فشار روانی بیشتری ایجاد می‌کند مربوط به این امر باشد که در اغلب جوامع نقش مادری را بعنوان مهم‌ترین نقش در بزرگسالی بحساب می‌آورند، بنابراین زنان نابارور با استرس بیشتری روبرو می‌شوند. همچنین بسیاری از آزمایشات و درمان‌های ناباروری بر روی زنان انجام می‌شود که خود باعث افزایش بیشتر فشارهای روانی می‌گردد (۳). همچنین بسیاری از مردم تصور می‌کنند که مشکل ناباروری متوجه زنان است. زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور خودشان را بیشتر مسئول

جدول ۱- میانگین پاسخ آزمودنی‌ها به متغیرهای مستقل به تفکیک جنسیت

سطح معنی‌داری	مقدار T	مرد		زن		متغیر
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۹۵	-۰/۰۶	۰/۵۷۶	۳/۴۶	۰/۷۶۱	۳/۴۵	از زندگی خود به طور کلی راضی هستم
۰/۱۶	-۱/۴۰	۰/۴۷۱	۳/۴۸	۰/۸۲۰	۳/۴۵	از زندگی زناشویی خود راضی هستم
۰/۰۳	-۲/۱۸	۰/۷۳۳	۳/۴۱	۰/۷۶۲	۳/۰۲	از وضع سلامت خود راضی هستم
۰/۴۵	۰/۷۶	۱/۰۰۴	۲/۶۸	۰/۹۳۰	۲/۸۶	از وضعیت اقتصادی رفاهی خود راضی هستم
۰/۸۵	-۰/۱۹	۰/۶۵۹	۳/۲۸	۰/۶۵۸	۳/۲۵	احساس می‌کنم همسر با کفایت و موفقیت هستم
۰/۹۳	۰/۰۸	۰/۶۶۳	۳/۰۷	۰/۷۴۲	۳/۰۸	احساس می‌کنم فرد شاغل با کفایت و موفقیت هستم
۰/۲۰	-۱/۳۷	۰/۶۳۲	۳/۴۴	۰/۷۵۱	۳/۲۳	نسبت به آینده خود به طور کلی امیدوارم
۰/۵۰	-۰/۶۷	۰/۵۰۸	۳/۵۳	۰/۷۳۷	۳/۴۲	نسبت به آینده زندگی زناشویی خود امیدوارم
۰/۳۴	-۰/۹۶	۰/۶۳۲	۳/۴۴	۰/۸۴۵	۳/۲۷	با همسرم ارتباط جنسی مناسبی دارم
۰/۵۷	-۰/۵۶	۰/۷۳۳	۳/۴۱	۰/۸۸۷	۳/۳۰	امکان گفتگو و دردل کردن با همسر را درباره مشکلات دارم
۰/۶۲	-۰/۴۹	۰/۶۸۶	۳/۴۴	۰/۸۲۱	۳/۳۵	با همسرم ارتباط کلامی مناسبی دارم
۰/۴۸	-۰/۷۰	۰/۸۳۳	۳/۲۱	۱/۰۵۸	۳/۰۴	کسی هست که بتوانم مشکلاتم را با او در میان بگذارم
۰/۲۴	۱/۱۷	۰/۳۶۲	۳/۸۵	۰/۵۰۴	۳/۷۲	داشتن فرزندان باعث رضایت بیشتر از زندگی‌ام می‌شود
۰/۶۱	۰/۵۰	۰/۸۳۹	۳/۵۰	۰/۷۳۴	۳/۵۹	داشتن فرزند باعث استحکام بیشتر زناشویی‌ام می‌شود
۰/۰۱	۲/۴۵	۰/۹۶۷	۲/۶۸	۰/۹۶۴	۳/۲۶	زندگی بدون فرزند بی‌معناست
۰/۰۵	۱/۵۳	۰/۸۶۱	۲/۷۹	۰/۹۹۰	۳/۱۳	خانواده بدون فرزند، خانواده ناقص است
۰/۰۵	۱/۹۲	۰/۹۸۹	۲/۳۵	۱/۱۱۷	۲/۸۵	بدون فرزند نابالغ و نایخته‌ام
۰/۴۳	۰/۷۸	۰/۴۷۱	۳/۶۸	۰/۴۲۴	۳/۷۷	داشتن فرزند باعث شادی بیشتر در خانواده‌ام می‌شود
۰/۳۹	۰/۸۶	۱/۰۴۹	۲/۳۷	۱/۰۲۶	۲/۲۵	فرسودگی و خستگی
۰/۰۵	۱/۵۲	۱/۱۵۲	۲/۵۵	۱/۱۰۲	۲/۹۷	بی‌حوصلگی
۰/۰۵	۱/۸۱	۱/۱۲۳	۲/۲۴	۱/۱۷۱	۲/۷۵	احساس عصبانیت
۰/۳۷	۰/۹۰	۱/۱۲۵	۲/۱۳	۱/۲۵۷	۲/۴۰	احساس بی‌معنایی
۰/۴۸	۰/۷۱	۱/۱۵۰	۲/۲۸	۱/۲۶۸	۲/۵۰	احساس ناقص بودن
۰/۰۵	۱/۵۷	۱/۰۳۱	۱/۷۸	۱/۲۹۱	۲/۲۵	احساس بی‌ارزش بودن
۰/۲۳	۱/۱۹	۰/۹۱۰	۱/۵۵	۱/۱۵۹	۱/۸۶	احساس آزادی و راحتی
۰/۵۰	۰/۶۷	۱/۳۵	۳/۴۸	۱/۳۹۱	۳/۷۰	امکان اینکه کسی بتواند رهبر گروهی شود، عمدتاً به توانایی‌های او بستگی دارد
۰/۵۱	۰/۶۵	۱/۶۳	۲/۴۸	۱/۹۹	۲/۷۷	زندگی هر کسی بطور قابل توجهی توسط امور اتفاقی کنترل می‌شود
۰/۸۷	۰/۱۶	۱/۲۴	۳/۴۴	۱/۴۸	۳/۵۰	زندگی هر کسی بوسیله اعمال او تعیین می‌شود
۰/۷۲	۰/۳۵	۱/۵۹۷	۲/۱۳	۲/۰۶۴	۲/۲۹	زندگی هر کسی اساساً تحت نفوذ افراد قدرتمند است
۰/۶۱	۰/۵۱	۲/۰۴۳	۲/۶۲	۱/۶۴۲	۲/۸۴	علت دستیابی افراد به خواسته‌هایشان، معمولاً خوش‌شانسی آنهاست
۰/۳۹	-۰/۸۶	۲/۵۳	۳/۲۷	۱/۷۷۸	۲/۸۴	در صورتیکه افراد مهم تصمیم بگیرند که کسی را دوست نداشته باشند، او احتمالاً دوستان زیادی پیدا نخواهد کرد
۰/۲۲	۱/۲۳	۱/۶۲۳	۲/۷۲	۱/۶۳۶	۳/۲۰	درب‌خورد با مشکلات دچار مشکلات جسمی مثل سردرد، احساس تهوع، طپش قلب، بی‌خوابی می‌شوم
۰/۶۴	۰/۴۷	۱/۴۷	۳/۱۰	۱/۵۴	۳/۲۷	درب‌خورد با مشکلات دچار مشکلات هیجانی مثل خشم، عصبانیت می‌شوم
۰/۸۷	-۰/۱۶	۱/۵۳۷	۳/۸۲	۱/۳۰۹	۳/۷۷	درب‌خورد با مشکلات سعی می‌کنم تمام راه‌حلهای ممکن را در نظر بگیرم و مناسبترین آنها را انتخاب کنم

مقابله مورد سنجش قرار می‌گیرند. این پرسشنامه براساس تحقیق Shek درباره ارزش فرزند نزد خانواده‌های هنگ‌کنگی تهیه شده است (۱۵). بعلاوه براساس پیشینه تحقیق سؤالاتی درباره رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی، منبع کنترل و روش‌های مقابله

ابزار تحقیق: در تحقیق حاضر دو پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه اول توسط محقق طراحی گردیده بود. در این پرسشنامه عواملی چون رضایت از جنبه‌های مختلف زندگی، معنا و مفهوم فرزند داشتن، واکنش‌های هیجانی، منبع کنترل و روش‌های

جدول ۲- همبستگی بین زیر مجموعه‌های سلامت روانی و سؤالات پرسشنامه محقق ساخته

نمره کلی اختلال روانی	سؤالات
-۰/۱۵۶۶۷**	از زندگی خود بطور کلی راضی هستم
-۰/۱۵۱۸۹**	از زندگی زناشویی خود راضی هستم
۰/۱۵۹۸۷**	از وضع سلامت خود راضی هستم
۰/۲۹۳۵	از وضعیت اقتصادی رفاهی خود راضی هستم
۰/۳۷۱۰*	احساس می‌کنم همسر با کفایت و موفقیت هستم
-۰/۴۳۲۷	احساس می‌کنم فرد شاغل با کفایت و موفقیت هستم
۰/۱۵۷۶۱**	نسبت به آینده خود بطور کلی امیدوارم
-۰/۳۷۸۶*	نسبت به آینده زندگی زناشویی خود امیدوارم
۰/۳۷۸۶*	با همسرم ارتباط جنسی مناسبی دارم
۰/۲۶۹۲	امکان گفتگو و درددل کردن با همسر را درباره مشکلات دارم
۰/۳۹۹۷*	با همسرم ارتباط کلامی مناسبی دارم
-۰/۳۰۵۷	کسی هست که بتوانم مشکلاتم را با او درمیان بگذارم
۰/۱۱۵۴	داشتن فرزندان باعث رضایت بیشتر از زندگی‌ام می‌شود
۰/۱۲۶۲	داشتن فرزندان باعث استحکام بیشتر زندگی زناشویی‌ام می‌شود
۰/۳۰۹۰	زندگی بدون فرزند بی‌معناست
۰/۳۵۳۶*	خانواده بدون فرزند، ناقص است
۰/۴۶۸۶**	بدون فرزند نابالغ و ناپخته‌ام
۰/۲۳۸۹	داشتن فرزند باعث شادی بیشتر در خانواده‌ام می‌شود
۰/۴۰۲۰*	فرسودگی و خستگی
۰/۴۱۰۱*	بی‌حوصلگی
۰/۴۷۹۱**	عصبانیت
۰/۶۲۴۸**	احساس بی‌معنایی
۰/۵۱۹۵**	احساس ناقص بودن
۰/۴۷۲۹**	احساس بی‌ارزش بودن
۰/۱۷۹۱	احساس آزادی و راحتی
۰/۰۵۶۷	امکان اینکه کسی بتواند رهبر گروهی شود، عمدتاً به توانایی‌های او بستگی دارد
۰/۳۳۲۵	زندگی هر کسی بطور قابل توجهی توسط امور اتفاقی کنترل می‌شود
۰/۲۴۷۴	زندگی هر کسی بوسیله اعمال او تعیین می‌شود
۰/۲۴۶۳	زندگی هر کسی اساساً تحت نفوذ افراد قدرتمند است
۰/۲۸۴۱	علت دستیابی افراد به خواسته‌هایشان، معمولاً خوش شانس‌ی آنهاست
۰/۲۱۱۱	در صورتیکه افراد مهم تصمیم بگیرند که کسی را دوست نداشته باشند، او احتمالاً دوستان زیادی پیدا نخواهند کرد
۰/۴۷۹۲**	در برخورد با مشکلات دچار مشکلات جسمی مثل سردرد، احساس تهوع، طپش قلب، بی‌خوابی، ... می‌شوم
۰/۳۶۹۸*	در برخورد با مشکلات دچار مشکلات هیجانی مثل خشم، عصبانیت و ... می‌شوم
۰/۱۹۴۷	در برخورد با مشکلات سعی می‌کنم تمام راه‌های ممکن را در نظر بگیرم و مناسبترین آنها را انتخاب کنم

P value > .۰۰۱*

P value > .۰۰۱**

چهارگزینه شامل کاملاً موافق (۴)، موافق (۳)، مخالف (۲) و کاملاً مخالف (۱) است. دومین پرسشنامه مورد

با استرس به آن افزوده شد. تعداد پرسش‌های این پرسشنامه ۳۲ موضوع است. هر موضوع دارای

جدول ۳- مقایسه زنان و مردان بر اساس علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی

متغیر	زنان		مردان		آزمون T	سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد		
نمره علائم جسمانی	۱۱/۵۲	۲/۹۶	۱۰/۳۲	۲/۳۱	۱/۸۷	۰/۰۵
نمره علائم اضطراب و اختلال خواب	۱۳/۱۱	۴/۶۲	۱۱/۳	۲/۹۱	۲/۰۴	۰/۰۳
نمره علائم افسردگی	۱۲/۳۷	۴/۷۹	۱۰/۹۳	۲/۱۳	۱/۴۱	۰/۰۵
نمره کلی اختلال روانی	۱۲/۶۷	۲/۱۳	۱۱/۳۳	۱/۶۶	۲/۰۵	۰/۰۲

می‌کنند. همچنین جدول همبستگی (جدول ۲) نشان داد که بین نمره کلی اختلالات روانی با رضایت از زندگی بطور کلی، رضایت از زندگی زناشویی و از وضع سلامت، احساس کفایت همسر، امیدواری نسبت به آینده، بطور کلی، امیدواری نسبت به آینده زندگی زناشویی، ارتباط مناسب جنسی با همسر، ارتباط کلامی مناسب با همسر، همبستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین اختلالات روانی و ناقص دانستن خانواده بدون فرزند، نابالغ و ناپخته بودن فرد بدون فرزند همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین نمرات کلی اختلالات روانی با احساس فرسودگی و خستگی، بی‌حوصلگی، عصبانیت، بی‌ارزشی و بی‌معنایی بعزت نبود فرزند، فرد نابارور را ناقص تلقی کردن، باور به کنترل زندگی توسط امور اتفاقی، مهم بودن شانس در دستیابی به خواسته‌ها، مواجهه به شیوه جسمانی‌سازی و هیجان مدار، همبستگی مثبت و

استفاده پرسشنامه سلامت Goldberg است (۱۶). این پرسشنامه دارای ۲۸ سؤال است که شامل زیرمجموعه‌های اضطراب، افسردگی، جسمانی‌سازی و مشکل در روابط اجتماعی است. هر زیرمجموعه ۷ سؤال دارد و هر سؤال دارای چهارگزینه است. حداکثر نمره هر زیر مجموعه ۲۱ است.

نتایج

هر یک از سؤالات تحقیق مورد بررسی قرار گرفت و نتایج در ۴ جدول ارائه شد. (جدول ۱) نشان داد که زنان در مقایسه با مردان از وضعیت سلامت خود ناراضی‌تر بوده و خانواده بدون فرزند را ناقص‌تر می‌دانند، زندگی بدون فرزند را بی‌معنی‌تر می‌دانند، خود را بدون فرزند، نابالغ و ناپخته می‌دانند، احساس پوچی و بی‌ارزشی بیشتری می‌کنند و احساس عصبانیت و بی‌حوصلگی بیشتری

جدول ۴- رگرسیون چند متغیری برای تبیین متغیر وابسته سلامت روان

متغیرهای مستقل	وزن بتا	آزمون T	سطح معنی‌داری	R ²
از وضع سلامت خود راضی هستم	-۰/۵۸	-۵/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴
احساس بی‌معنایی	-۰/۳۷	۳/۲۰	۰/۰۰۲	۰/۱۲
نسبت به آینده زندگی زناشویی خود امیدوارم	-۰/۳۱	-۲/۳۱	۰/۰۰۸	۰/۱۵

۴- براساس نتایج تحلیل رگرسیون مشخص شد عوامل رضایت از وضع سلامتی خود، احساس معنی و امیدواری نسبت به آینده زندگی زناشویی سهم تعیین‌کننده‌ای را در پیش بینی سلامت روان زوج‌های نابارور ایفا میکنند ($r=0/52$).

در بررسی تفاوت نمرات زنان و مردان نابارور در زیر مجموعه پرسشنامه سلامت روان، نتایج تحقیق حاضر نشان داد زنان نابارور بطور معنی‌داری نمرات بالاتری را در زیر مجموعه‌های افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی بدست آورند. همچنین جمع نمرات زیر مجموعه‌ها در زنان بطور معنی‌داری بیش از مردان بود. نتایج حاضر مشابه با یافته‌های Domar و همکاران است (۱۰). همانگونه که نتایج تحقیق نشان داده است، زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور، خانواده بدون فرزند را ناقص تر و بی‌معنی‌تر دانسته و احساس نابالغی و ناپخته‌گی، احساس پوچی و بی‌ارزشی، عصبانیت و بی‌حوصلگی بیشتری می‌کنند. که این خود، تأییدی بر نگرش‌های متفاوت جنسیتی به مسئله ناباروری است. والد شدن (بخصوص مادرشدن) همراه با احساس کامل شدن، بلوغ، اعتبار بعنوان یک بزرگسال عضو جامعه و حفظ خانواده است (۱۵).

در تبیین این تفاوت می‌توان به عامل فرهنگی اشاره نمود، به این معنی که در جوامع مختلف بر نقش مادری بعنوان مهم‌ترین نقش زن تأکید می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند، ایفای نقش مادری به عنوان مهم‌ترین منبع ارضاء کننده برای زنان محسوب می‌شود (۱۲). همچنین برجسته‌ترین نقشی که از زن در بزرگسالی انتظار می‌رود، نقش مادری است. درحالی‌که مردان اگر به هر دلیلی در ایفای نقش‌های خانوادگی خود موفق نشوند، منابع اضافی ارضاء را در اختیار دارند و قادرند عدم موفقیت خود را در خلال انجام نقش‌های اجتماعی و شغلی جبران نمایند.

معنی‌داری وجود دارد. زنان در مقایسه با مردان به طور معنی‌داری در زیر مجموعه‌های علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی نمرات بالاتری بدست آوردند (جدول ۳). همچنین براساس نتایج تحلیل رگرسیون (جدول ۴) مشخص گردید که عوامل رضایت از وضع سلامتی خود، احساس معنی و امیدواری نسبت به آینده زندگی زناشویی، سهم تعیین‌کننده‌ای را در پیش‌بینی، سلامت روان زوج‌های نابارور ایفا می‌کنند ($r=0/52$).

بحث

ابتدا نتایج برای بحث بر روی نتایج حاصل از این مطالعه بشکل خلاصه مطرح می‌شود:

۱- زنان در مقایسه با مردان بطور معنی‌داری در زیرمجموعه‌های علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی و نمره کلی اختلالات روانی نمرات بالاتری بدست آورند.
۲- زنان در مقایسه با مردان از وضعیت سلامت خود ناراضی‌تر بوده و خانواده بدون فرزند را ناقص‌تر می‌دانند، زندگی بدون فرزند را بی‌معنی‌تر دانسته و خود را بدون فرزند، نابالغ و ناپخته‌تر می‌دانند، احساس پوچی و بی‌ارزشی بیشتری کرده و احساس عصبانیت و بی‌حوصلگی بیشتری می‌کنند.

۳- بین نمره کلی اختلالات روانی با رضایت از زندگی بطور کلی، رضایت از زندگی زناشویی، ارتباط مناسب جنسی با همسر، ارتباط کلامی مناسب با همسر، ناقص دانستن خانواده بدون فرزند، نابالغ و ناپخته‌بودن خانواده بدون فرزند، همبستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین نمرات کلی اختلالات روانی با احساس فرسودگی و خستگی، بی‌حوصلگی، عصبانیت، بی‌ارزشی و بی‌معنایی به‌علت نبود فرزند، فرد نابارور را ناقص تلقی کردن، باور به کنترل زندگی توسط امور اتفاقی، مهم بودن شانس در دستیابی به خواسته‌ها، مواجهه به شیوه جسمانی‌سازی و هیجان‌مداری، همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

بعلاوه همانگونه که Abbey مطرح نموده است بسیاری از آزمایشات و درمان‌های ناباروری بر روی زنان انجام می‌پذیرد که خود می‌تواند فشارهای روانی را افزایش دهد (۱۲). تبیین دیگر می‌تواند به این امر برگردد که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور خود را بیشتر مسئول مشکل ناباروری می‌دانند (۱۴). همسران آنان نیز بدون توجه به علت ناباروری آنان را بیشتر مسئول ناباروری می‌دانند که خود موجب رویارویی زن نابارور با احساس گناه می‌شود (۳). یکی از راههای مقابله برای زنان در رویارویی با هر واقعه استرس‌زا از جمله ناباروری در میان گذاشتن مشکل و احساسات خود با دیگران است درحالی‌که صحبت درباره این امور برای بسیاری از مردان استرس‌زا و ناراحت کننده است. مردان ممکن است به درد دل‌های همسرشان گوش کنند و بشکل درونی نیز واکنش نشان دهند و اما قادر به مشارکت در ابراز احساسات با همسرشان نمی‌باشند که این مسئله ممکن است به احساس طرد شدگی و انزوا در زن منتهی گردد (۱۴). تحقیق حاضر نشان داد متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت روان زوج‌های نابارور، احساس رضایت از وضعیت سلامت جسمانی، احساس معنی در زندگی و امیدواری نسبت به آینده زندگی زناشویی بود. همانگونه که مطرح شد متغیرهای مختلف روان‌شناختی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع عوامل مداخله‌گر زیادی پیامدهای تجربه استرس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در صورتیکه فرد بعلت ناباروری خود را ناقص و ناکامل بداند و تصور نامطلوبی از وضعیت جسمانی خود داشته باشد، در مقابل استرس‌های وارده شکنندگی بیشتری از خود نشان می‌دهد. یکی دیگر از عواملی که می‌تواند اثر استرس‌ها را تعدیل نماید احساس معنی در زندگی است. در صورتیکه فرد معنی و هدف زندگی خود را محدود به فرزند داشتن نماید هنگام رویارویی با ناباروری

احساس ناامیدی و پوچی می‌کند که این امر خود می‌تواند پیامدهای تجربه استرس ناباروری را تشدید نماید. همانگونه که Abbey و همکارانش نشان دادند، هر چه تعارضات زناشویی در زندگی زوج‌های نابارور بیشتر باشد و در واقع ناامیدی نسبت به دوام زندگی زناشویی وجود داشته باشد آسیب‌پذیری نیز افزایش می‌یابد (۱۲). یکی از کاربردهای تحقیق حاضر، توجه به تجربه‌های متفاوت زوج‌های نابارور با توجه به عامل جنسیت است. همچنین با توجه به سهم تعیین‌کننده احساس رضایت از وضعیت جسمانی، احساس معنی در زندگی و امیدواری نسبت به آینده زندگی زناشویی، می‌توان پیشنهاد کرد در جریان مشاوره با زوج‌های نابارور بجای تمرکز بر مسئله ناباروری، از روش‌های معنی درمانی استفاده شود و همچنین با تأکید بر سایر جنبه‌های مثبت زوجها در آنان ایجاد انگیزه امید کرد.

محدودیت تحقیق: با توجه به اینکه پرسشنامه طراحی شده توسط محقق برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفته است، اعتبار و پایایی آن محاسبه نشده است که این خود یکی از محدودیت‌های تحقیق است. یکی دیگر از محدودیت‌های تحقیق حاضر عدم کنترل عوامل اقتصادی و اجتماعی است. محدودیت دیگر تحقیق فقدان گروه کنترل است. با توجه به اینکه نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که نرخ اضطراب و افسردگی در زنان بیش از مردان است، بدون گروه کنترل نمی‌توان با اطمینان ادعا نمود که بالاتر بودن میزان اختلالات در زنان در مقایسه با مردان مربوط به تجربه متفاوت ناباروری در آنان است.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه مراجعه‌کنندگان به بیمارستان امام خمینی که ما را در اجرای این تحقیق یاری نمودند و همچنین سرکار خانم عمویی که در اجرای پرسشنامه‌ها با ما همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1- Fiddler A. T., Bernstein J. Infertility: from a personal to a public health problem. *Public Health Reports*. 1999; 144 (6):494.

Goldberg D., Williams P. *The user's guide to psychiatrics*. London, Tavistock. 1988.

2- Trantham P. The infertile couple. *Am Fam Physician*. 1996; 54:1001-10.

3- Gibson D.M., Myers J.E. Gender and infertility: a relational approach to counseling women. *J Counseling Dev*. 2000; 78(4): 11,400.

۴- رجوعی م. جنبه‌های روانشناختی ناباروری.

پژوهش‌های روانشناختی. سال ۴، شماره ۴-۳، سال

۱۳۷۶، ص ۸۵-۷۲.

5- Berg B., Wilson J. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med*. 1991; 14:11-26.

6- Avison W.R., Turner R. J. Stressful life events and depressive symptoms: desegregating the effects of acute stressors and chronic strains. *J Health Soc Behav*. 1988; 29, 253-4.

7- Domar A., Clapp D., Slasby E., et al. The impact of group psychological interventions on Pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril*. 2000; 73:805-11.

۸- کرمی نوری رضا. ناباروری و جنبه‌های روانی

اجتماعی آن. فصلنامه باروری و ناباروری، شماره ۲، سال ۱۳۷۹، ص ۶۸-۵۷.

9- Downey J., Mckinne M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *Am J Orthopsychiatry*. 1992; 62:196-205.

10- Domar A., Zuyrtmridyrt P., Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison to patients with other medical impact of infertility. *J Psychosom Obs Gyn*. 1993; 14:45- 52.

11- Abbey A., Andrews F.M. Infertility and subjective well being: the mediating roles of self esteem and internal control. *J Marriages Fam*. 1992; 54(2): 408.

12- Abbey A., Andrews F. M. Psychosocial predictors of life quality. *J Fam Issue*. 1994; 15 (2):253.

13- Lee C. *Women's health* London, Sage pulication. 1998.

14- Daniluk J. C. Gender and infertility. *Med Ethical Psychol Perspectives*. New York, Wiley. 1997; 103- 25.

15- Shek D.T. The value of children to Hong Kong, Chinese parents. 1996; 13(5): 561-70.

16- Goldberg D., Williams P. *The user's guide to psychiatrics*. London, tavistock. 1988.