

ویژگی‌های روانشناختی زوجهای نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهرستان اصفهان

بدرالدین نجمی (M.A.)^۱، سیدسعید احمدی (M.D.)^۱، غلامرضا قاسمی (Ph.D.)^۲

۱- کارشناس تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- متخصص زنان و زایمان، گروه زنان و زایمان، مرکز باروری و ناباروری اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

از جمله استرس‌هایی که ساختار روانی و روابط بین فردی شخص را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد استرس ناشی از ناباروری است. پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که ناباروری و در واقع نگرش نسبت به آن، زوجین را با آشفتگی‌های هیجانی مواجه می‌سازد. محققین بروز رفتارهای تکانشی و خشمهای پراکنده، افسردگی و احساس درماندگی و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش بویژه با درمانهای طولانی مدت و بعضاً ناموفق، باورهای منفی نسبت به خود، در مورد این افراد گزارش نموده‌اند و اغلب این گزارشات به فراوانی و شدت بیشتر این اختلالات در زنان نابارور نسبت به مردان اشاره دارد. این مطالعه با هدف مقایسه میزان اختلالات روانی و خودانگار زوجهای نابارور و گروه افراد بارور و مقایسه میزان اختلالات روانی و خودانگاره زنان و مردان در هر گروه انجام شد. این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی با حجم نمونه ۱۰۰ نفر در هر گروه از زنان و مردان ۲۵-۴۵ سال، در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت. اطلاعات لازم با کمک پرسشنامه SCL90 که ۹ مقوله اختلالات روانی را تفکیک می‌نماید و پرسشنامه مفهوم از خویشتن Beck در قالب یک مصاحبه فردی جمع‌آوری شد. نتایج حاصل از مقایسه میانگین نمرات دو گروه نابارور و عادی در مقیاسهای نه گانه SCL90 به تفکیک عبارت بود از تفاوت معنی‌دار در مقیاس جسمانی‌سازی، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس، بدبینی و آشفتگی رفتاری و روانی با $P < 0/05$ که نشان دهنده نابسامانی روانی بیشتر در بین زوجهای نابارور نسبت به گروه عادی است. همچنین طی مقایسه به عمل آمده بین میانگین نمرات زنان و مردان نابارور، در کلیه مقوله‌های SCL90 به استثنای خصومت، بدبینی و افکار روانی با $P < 0/05$ تفاوت معنی‌داری مشاهده شد که به اثرپذیری زنان نسبت به مردان اشاره دارد.

با توجه به شواهد مشابه، در متون علمی و دیگر یافته‌های این پژوهش، توجه به ابعاد روانشناختی بیماریها مزمن جسمانی از جمله قلب و عروق، غدد درون‌ریز، کلیه، سرطان و ... و نیز قرین ساختن درمان جسمانی با توانبخشی روانی و خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی همراه با خدمات پزشکی به ویژه جهت تسهیل هزینه درمان و پیگیری و بهبود وضعیت روانی عاطفی بیماران و خانواده‌های آنان ضروری است.

کل واژگان: اختلالات روانی، خودانگار، ناباروری و جنسیت.

آدرس مکاتبه: بدرالدین نجمی، حوزه معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان، صندوق پستی: ۳۱۹-۸۱۷۴۵، اصفهان، ایران.

پست الکترونیک: najmi822@yahoo.com

مقدمه:

استرس به عنوان یک سازه روانشناختی، مبین مجموعه‌ای از نیروهای بیرونی است که فرد یا گروه را متأثر می‌سازد. استرس عبارت از واکنشهای فیزیولوژیک و روانشناختی درونی فرد یا گروه به هنگام مواجهه با محیط تهدید کننده و چالش انگیز می‌باشد. از دیدگاه شناختی استرس نه محرک است نه پاسخ، بلکه یک مفهوم ارتباطی بین فرد و محیط تعریف می‌شود و در شناخت فرد معنا می‌یابد. به عبارت دیگر استرسی که در رابطه فرد و محیط پیش می‌آید، فرد این رابطه را فشار آورنده و کنترل آن را خارج از حد توانایی خود می‌یابد.

مطالعه پیرامون این پدیده نامتعادل ساز درحیات روانی افراد مدهاست در حال انجام بوده و برکاهش اثرات منفی و نه حذف آن تأکید شده است. Selye معتقد است که زندگی بدون چالش با موقعیتهای پر استرس، خسته کننده و ملال آور خواهد بود، پس هنگام برخورد با استرسها باید آموخت چگونه از یک استرس تأثیر می‌پذیریم و چگونه می‌توان از مهارتهای درون فردی و بین فردی برای کنترل آن بهره جست (۱).

از جمله استرس‌هایی که ساختار روانی و روابط بین فردی شخص را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، پدیده ناباروری است. ناباروری یک مشکل نسبتاً شایع می‌باشد. در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۷۴ که برای ۱۵-۱۴٪ زوج و اطرافیان دغدغه‌ها فکری ایجاد می‌کند و درکنار ابعاد مختلف فردی و اجتماعی، بار فرهنگی نیز دارد (۲).

پژوهشهای متعدد نشان می‌دهد که ناباروری و در واقع نگرش نسبت به آن، زوجین را با آشفتگی‌های هیجانی مواجهه می‌سازد. بروز رفتارهای تکانشی و خشمهای پراکنده، افسردگی و احساس درماندگی و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش بویژه با درمانهای طولانی مدت و گاهی اوقات ناموفق، باورداشتهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس زشتی و ناتوانی، اختلال کنش جنسی، احساس طرد شدگی، شکایتهای جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و تکلیفی قلمداد کردن آن به دلیل بی‌حاصل بودن و ... از جمله مواردی هستند که در این جمعیت خاص از سوی محققین گزارش شده است، بویژه که نتایج حکایت از فراوانی و شدت بیشتر این اختلالات در زنان نابارور نسبت به مردان دارد.

با عنایت به نقش اساسی مولد بودن و فرزندآوری در خانواده ایرانی و ابعاد فرهنگی اجتماعی آن و نیز شیوع نسبتاً بالای آن درصدد بر آمدم مطالعه‌ای بر روی وضعیت روانی این گروه خاص از اجتماع انجام دهیم تا بدینوسیله از یک سو توجه متخصصین امر را به پیشه کردن یک رویکرد کلی‌نگر در امر درمان و توانبخشی

ناباروران جلب نماییم و از سوی دیگر زوجین نابارور را آگاه سازیم که این پدیده ناباروری نیست که نابسامانی‌های روانی-عاطفی را به همراه دارد بلکه تحریفهای شناختی و باورداشتهای غلط و نامعقول حول مشکل پیشامد است که می‌تواند سازمان روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد.

مواد و روشها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی هم‌گروهی بوده که در جمعیت پژوهشی شهرستان اصفهان در سال ۱۳۷۸ با حجم نمونه ۱۰۰ نفر در هر گروه (که به تفکیک جنس برابر ۵۰ نفر) تدوین شد. اطلاعات لازم به وسیله پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه SCL-90 که در ۹ مقوله اختلالات روانی را تفکیک می‌نماید و پرسشنامه مفهوم از خویشتن Beck و در قالب یک مصاحبه فردی با جلب همکاری و اعتماد آزمودنی جمع‌آوری گردید. گروه مورد مطالعه از مرکز درمان ناباروری شهرستان اصفهان و مطب جمعی از پزشکان متخصص در گروه سنی ۲۵-۴۰ سال (زنان) و ۲۵-۴۵ سال (مردان) انتخاب و از جمعیت عادی بارور نیز گروه کنترل جهت مقایسه، با ویژگی‌های همتا شده سن، سطح تحصیلات فردی، وضعیت اقتصادی، عدم سابقه ابتلا به بیماری روانی و بیماری مزمن جسمی، فقدان عقیم‌سازی و کفایت روابط زناشویی سالم با گروه نابارور انتخاب شدند. اهداف پژوهش عبارت بودند از: ۱- مقایسه میزان اختلالات روانی براساس مقوله‌های نه گانه SCL-90 و خودانگاره

فرد در ناباروران بر حسب جنس

۲- مقایسه میزان اختلالات روانی و خودانگاره زوجهای نابارور با گروه کنترل

۳- تعیین ویژگی‌های دموگرافیک و ارتباطی نمونه مورد مطالعه. فرضیه‌های پژوهش شامل: ۱- بین زنان نابارور و مردان نابارور از نظر میزان اختلالات روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ۲- بین زوجهای نابارور و گروه کنترل از نظر میزان اختلالات روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ۳- خودانگاره زوجهای نابارور با گروه کنترل متفاوت است و ۴- خودانگاره زنان نابارور با مردان نابارور متفاوت است.

نتایج

جدول ۱- مقایسه میانگین شدت اختلالات روانی گروه نابارور با گروه شاهد در مقیاس نه گانه

P	T	میانگین و انحراف معیار	گروهها	مقیاسهای نه گانه
.۰/۰۰۰۶	۲/۷۷	۰/۹۶ ± ۰/۷۲	نابارور	جسمی سازی
		۰/۷۰ ± ۰/۶۱	بارور	
.۰/۰۰۰۱	۳/۸۱	۱/۲۷ ± ۰/۶۹	نابارور	وسواس فکری-عملی
		۰/۹۲ ± ۰/۵۸	بارور	
.۰/۰۰۰۱	۵/۴۶	۱/۱۹ ± ۰/۷۰	نابارور	حساسیت بین فردی
		۰/۷۳ ± ۰/۴۸	بارور	
.۰/۰۰۰۱	۴/۹۳	۱/۲۰ ± ۰/۷۹	نابارور	افسردگی
		۰/۷۲ ± ۰/۵۷	بارور	
.۰/۰۰۰۱	۴/۹۸	۱ ± ۰/۶۷	نابارور	اضطراب
		۰/۵۹ ± ۰/۵۰	بارور	
.۰/۰۰۰۴	۲/۹۱	۱ ± ۰/۷۱	نابارور	خصومت
		۰/۷۳ ± ۰/۶۱	بارور	
.۰/۰۰۰۱	۴/۶۶	۰/۶۱ ± ۰/۵۳	نابارور	ترس
		۰/۲۹ ± ۰/۴۲	بارور	
.۰/۰۰۰۱	۵/۰۶	۱/۲۸ ± ۰/۶۳	نابارور	افکار پارانوئید
		۰/۸۵ ± ۰/۵۸	بارور	
.۰/۰۰۰۱	۴/۳۳	۰/۶۴ ± ۰/۵۷	نابارور	افکار و رفتار سایکوتیک
		۰/۳۵ ± ۰/۳۹	بارور	
		<i>N1=100</i>	<i>N2=100</i>	<i>d.f=198</i>

سازه روانشناختی با متغیرهای روانی آزمایش شده با SCL-90 احتمالاً خلاء موجود در ابزار پژوهش یک عامل مخدوش کننده بوده است که این نکته می تواند از جمله پیشنهادات حاصل از این تحقیق به شمار رود.

یافته های جنبی پژوهش حاکی از آن است که زنان نابارور نسبت به مردان از یک سو تمایل بیشتری به فرزنددار شدن و از سوی دیگر امید افزون تری به توفیق اقدامات درمانی را دارند. همچنین از نظر رضایت از روابط زناشویی، مشاهده شد که ۶/۹٪ زنان رضایت کمی از روابط زناشویی خود داشته در حالی که این رقم در مورد مردان نابارور به ۲/۴٪ تقلیل می یابد.

طی مقایسه به عمل آمده بین میانگین نمرات زنان و مردان نابارور، در کلیه مقوله های SCL-90 به استثنای خصومت، افکار پارانوئید و افکار سایکوتیک با $P > 0.05$ تفاوت معنی داری مشاهده شده اثرپذیری بیشتر زنان نسبت به مردان را نشان می دهد.

در مقایسه میانگین نمرات مقیاسهای نه گانه زنان دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده شد، ولی مردان گروه نابارور و گروه عادی به استثنای مقوله های افسردگی و جسمانی سازی در بقیه مقیاسها به طور معنی داری متفاوت بودند.

از نظر سطح خودانگاره گرچه میانگین نمرات گروهها و دو جنس در گروه نابارور اختلافی حدود ۲-۱ نمره داشتند اما برخلاف انتظار، تفاوت آماری معنی داری بدست نیامد، که با توجه به پیوند عمیق این

طی مطالعه انجام شده میانگین نمرات دو گروه نابارور و عادی در احساس، درماندگی، اشکال در کنشهای روانی حرکتی، بیم و نگرانی

جدول ۲- مقایسه میانگین شدت اختلالات روانی زنان و مردان نابارور در مقیاس نه گانه

P	T	میانگین و انحراف معیار	جنسیت	مقیاسهای نه گانه
.۰/۰۰۰۱	۴/۴۱	۱/۲۱ ± ۰/۷۱	زنان	جسمی سازی
		۰/۶۲ ± ۰/۵۸	مردان	
.۰/۰۰۷	۲/۷۳	۱/۴۲ ± ۰/۷۵	زنان	وسواس فکری- عملی
		۱/۰۵ ± ۰/۵۴	مردان	
.۰/۰۰۹	۲/۶۶	۱/۳۵ ± ۰/۶۸	زنان	حساسیت بین فردی
		۰/۹۸ ± ۰/۶۸	مردان	
.۰/۰۰۰۱	۵/۲۶	۱/۵۱ ± ۰/۷۶	زنان	افسردگی
		۰/۷۸ ± ۰/۶۲	مردان	
.۰/۰۰۱	۴/۰۹	۱/۲۱ ± ۰/۶۹	زنان	اضطراب
		۰/۷۱ ± ۰/۵۳	مردان	
.۰/۱۳	۱/۵۳	۱/۰۹ ± ۰/۷۵	زنان	خصوصیت
		۰/۸۷ ± ۰/۶۳	مردان	
.۰/۰۱	۲/۵۶	۰/۷۲ ± ۰/۵۳	زنان	ترس
		۰/۴۵ ± ۰/۵۰	مردان	
.۰/۳۵	۰/۹۲	۰/۴۵ ± ۰/۵۸	زنان	افکار پارانوئید
		۱/۳۵ ± ۳/۱۷	مردان	
.۰/۰۶۷	۱/۸۵	۰/۷۳ ± ۰/۵۹	زنان	افکار و رفتار سایکوتیک
		۰/۵۲ ± ۰/۵۱	مردان	
		<i>NI=1۰۰</i>	<i>N2=1۰۰</i>	<i>d.f=1۹۸</i>

نسبت به آینده، تحریک پذیری و سوء ظن از جمله شکایتهایی است که در میان این گروه مشاهده می‌گردد. در همین راستا مطالعه دیگری نشان داده است ۹۶٪ زوجهای نابارور از احساس ناکامی، ۸۱٪ از احساس ناامیدی، ۶۲٪ از احساس پریشانی و ۶۵٪ از احساس خشم رنج می‌برند (۳-۴). همچنین در مطالعه دیگری مشخص شد که ۶۹/۶٪ مراجعه کنندگان مراکز ناباروری از اختلالات روانپزشکی رنج می‌برند که از این میان ۶۱/۱٪ را زنان تشکیل می‌دادند (۵-۷). محقق دیگری اشاره بر این دارد که ناباروری عموماً یک مشکل زنانه به شمار می‌رود و زنان فشار و

مقیاسهای نه گانه SCL-90 به تفکیک مقایسه شد که نتایج نشان دهنده نابسامانی روانی بیشتر در بین زوج های نابارور نسبت به جمعیت عادی است .

بحث

یافته‌های این مطالعه حکایت از فراوانی افسردگی، اضطراب، گرایشهای وسواس فکری و عملی و نیز احساس حقارت و بی کفایتی در بین زوجهای نابارور به ویژه زنان دارد. کاهش انگیزه

با توجه به شواهد مشابه از متون علمی موجود و نتایج این پژوهش مبنی بر تأثیر بیشتر زنان از پدیده ناباروری، شاید به دلیل مسائل فرهنگی و یا آسیب‌پذیری بیشتر روانی آنها و یا مشکل خاص تعاملات اجتماعی حاکم و ... که هر کدام نیازمند پژوهش می‌باشد و فراوانی بیشتر اختلالات روانی در میان ناباروران نسبت به جمعیت عادی ضروری است به ابعاد روانشناختی بیماریهای مزمن جسمانی از جمله قلب و عروق، غدد درون ریز، کلیه، سرطان و ... دقتی مضاعف داشته و با تأکید بر یک رویکرد کلی‌نگر در فرآیند درمان توانبخشی روانی را با درمان جسمانی همراه سازیم. حال پرسش مطرح این است که چه زمانی مقتضی است که در کلینیکها و مراکز ناباروری جایگاهی برای ارائه خدمات

مشاوره‌ای و روان‌شناسی که بدون شک می‌تواند تسهیل‌کننده فرآیند درمان و پیگیری باشد، در نظر گرفته شود تا بدین طریق از آلام روانی-عاطفی زوجهای نابارور و خانواده ایشان کاسته شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از پرسنل و مسئولین محترم مرکز باروری و ناباروری اصفهان که همکاری صمیمانه در اجرای این طرح داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

آشناختن ویژگی‌های روانی بیشتری را تجربه می‌نمایند، علاوه بر این تفاوت بین هویت نقش جنسی و جنسیت در تجارب مشابه درباره ناباروری مورد بحث است، همچنانکه در این تحقیق نیز هویت جنسی ارتباط بیشتری با شاخصهای فشار نسبت به جنسیت دارد. بررسی یافته‌های محققین مختلف نشان می‌دهد که زنان نابارور نسبت به مردان عزت نفس پایین‌تر، افسردگی بیشتر، رضایت کمتر از زندگی، احساس تقصیر بیشتر دارند (۸). گرچه پاره‌ای از مطالعات نشان دادند هنگامی که علت ناباروری مردان هستند آشفته‌تر و پاسخهای عاطفی بیشتری را به ناباروری نشان می‌دهند درحالی که زنان چه علت باشند و چه نباشند بطور یکسان دچار آشفتگی روانی میشوند. همچنین ارتباط جنسیت و ناباروری و آشفتگی پیامد آن بیشتر مرتبط با نقشهای جنسی و شیوه‌های سازگاری و روشهای درمان ناباروری است و این نقشهای جنسی تأکیدی بر متغیرهای اجتماعی است (۹-۱۱). در رابطه با متغیر مفهوم از خویشتن، گرچه تفاوت بین این دو گروه از نظر آماری معنی‌دار نبود اما نمرات گروه نابارور نسبت به گروه مقایسه و زنان نابارور نسبت به مردان خود پنداری منفی دارند که مطالعات دیگر نیز این اختلاف را تایید می‌نمایند (۹). در مطالعه دیگری پیشنهاد گردیده است هنگام مطالعه ارتباط عملکرد روانشناختی و نتیجه روش درمان IVF، به علت ناباروری توجه شود (۱۲). در پاره‌ای از مطالعات نیز به کناره‌گیری اجتماعی و سطح استرس بالای مردان ناباروری اشاره دارد که شریک جنسی آنان، آنها را درک نمی‌کند (۱۳).

References

- 1- Selye H. Stress without distress. Philadelphia, J Br Lippincott. 1974; 75-89.
- ۲- علامه ز. شیوع نازایی در شهر اصفهان. حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، سال ۱۳۷۴.
- 3- Mashlstedt P., Macdud S., Vernsterin J. Emotional factor and the *in vitro* fertilization and embryo transfer process. J IVF-ET. 1987; 432-636.
- ۴- کاپلان ه. سادوک ب، جک گ. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه پورافکاری نصرت الله. تبریز، انتشارات شهر آب، جلد اول، ص ۹۰-۲۸۵، سال ۱۳۷۵.
- 5- Guerra D., Liobera Veiga A., Barri P.N. Psychiatric morbidity in couple attending fertility service. Hum Reprod. 1998; 13(6): 1733-6.
- ۶- کریم‌زاده میبیدی م، طاهری پناه ر. راز باروری. یزد. موسسه انتشارات یزد. ص ۲۶۸، ۲۷۴، ۲۸۳ و ۲۸۷. سال ۱۳۷۷.
- 7- Schover L.R. Recognizing the stress of infertility. Cleve Clin J Med. 1997; 64(4): 211-4.
- 8- Berg B.J., Wilson J.F., Weingartner P.J. Psychological sequel of infertility treatment. The role of gender and sex-role identification. Soc Sci Med Engl. 1991; 33(9): 1071-80.
- ۹- کرمی نوری ر. ناباروری و جنبه‌های روانی-اجتماعی. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. پژوهشکده ابن سینا، شماره ۲، ص ۶۵-۵۷، بهار سال ۱۳۷۹.
- 10- Nachtigall R.D., Becker G., Wozny M. The effects of gender-specific diagnosis on

men's and women's response to infertility. Fertil Steril. 1992; 57(1): 113-21.
11- Anderws F.M., Abbey A., Halman L.I. Stress from infertility marriage factors, and subjective well being of wives and husbands. J Health Soc Behav. 1991; 32(3): 238-53.

12- Demyttenaere K. Coping style and depression level influence outcome *in vitro* fertilization. Fertil Steril. 1998; 69(6): 1026-33.
13- Nasser M. Cultural similarities in psychological reaction to infertility. Psychological Report. 2000; 86(2): 375-8.