

سازگاری هیجانی در افراد نابارور

دکتر فاطمه رمضان زاده^۱، دکتر احمد علی نوربالا^۲،* نسرین عابدی نیا^۳

۱. استاد، گروه زنان مامائی نازائی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، بیمارستان ولی عصر، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، بیمارستان ولی عصر و مرکز تحقیقات مادر، جنین-نوزاد، بیمارستان ولی عصر، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان شناختی تهدید کننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است. شاید به همین دلیل می باشد که بسیاری از مؤلفان پیامدهای روان شناختی ناباروری را به واکنش های سوگ عمومی تشبیه کرده اند. زوج های نابارور علاوه بر آن که با یک سلسله مشکلات جسمانی روبرو هستند در پی تشخیص، درمان و سیر بیماری، دسته ای از مشکلات روانی را نیز تجربه می کنند در این مقاله به بررسی سازگاری هیجانی افراد نابارور در چهارچوب پیامدهای روانشناختی (افسردگی، اضطراب، مسائل ارتباطی و جنسی، و مشکلات شخصیتی) ناباروری در مراحل مختلف درمان بررسی شده است. این مطالعه با هدف بررسی مشکلات روانشناختی و استفاده از درمان های روانشناسی در بیماران نابارور انجام شده است.

مواد و روش ها: ادبیات پژوهشی بررسی شده در این پژوهش شامل اغلب مطالعات انجام شده در دو دهه گذشته است. اطلاعات براساس کلمات کلیدی ناباروری، حاملگی، افسردگی، اضطراب، اختلالات روانشناسی، رضایت زناشویی، مداخلات روانشناسی و روانپزشکی و اختلالات شخصیت... از سایت های Google, Scopus, Amazon and PubMed Scholar بدست آمده است. همچنین تمامی این اطلاعات مطابق با مقالاتی است که پیش از سال ۲۰۰۶ منتشر شده و تقریباً همه آن ها در دسترس می باشند.

یافته ها: نتایج به دست آمده از مطالعات مختلفی که توسط مولفان این مقاله صورت گرفته است، حاکی است که بیش از نیمی از افراد (زنان، مردان و زوج ها) نابارور پس از درمان ناموفق ناباروری به نوعی در سازگاری هیجانی موفق می شوند و ۴۸ درصد زنان نابارور و ۲۳/۸ درصد مردان نابارور از درجات مختلف افسردگی رنج می برند. ۴۴ درصد زنان نابارور مبتلا به اختلالات روانی هستند. نارضایتی زناشویی و مشکلات جنسی در این گروه بیماران از شیوع بیشتر برخوردار است. زنان نابارور نا استوارتر و بی ثبات تر از زنان بارور هستند و رواندرمانی حمایتی یکی از موثرترین روش های درمان روانشناختی بیماران نابارور می باشد.

نتیجه گیری: شیوع بالای اختلالات روانپزشکی (خصوصاً اضطراب و افسردگی) به شکل عدم سازگاری هیجانی نا مطلوب را نشان می دهند که لزوم مداخلات روانپزشکی و روان درمانی را ضروری می سازد.

کلید واژه ها: ناباروری، سازگاری هیجانی، افسردگی، اضطراب، لقاح آزمایشگاهی

زمینه و هدف

موضوع ناباروری دربرگیرنده جنبه های جسمی و روانی است. Evers & Velde (۱۹۹۹) زوج های نابارور جنبه های روانی پرتنش را تجربه می کنند (Kopitzke و همکاران، ۱۹۹۱)؛ برای بیشتر زوج ها، لقاح آزمایشگاهی (In Vitro Fertilization) ناموفق یا درمان با تزریق اسپرم به فضای

*نویسنده مسئول مکاتبات: نسرین عابدی نیا، تهران، بلوار کشاورز، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، بیمارستان ولی عصر (عج) مرکز تحقیقات بهداشت باروری، بیمارستان ولی عصر و مرکز تحقیقات مادر، جنین و نوزاد.
آدرس پست الکترونیک: abedinia_nasrin@yahoo.com

است. همچنین تمامی این اطلاعات مطابق با مقالاتی است که پیش از سال ۲۰۰۶ منتشر شده و تقریباً همه آن ها در دسترس می باشند.

یافته ها

اضطراب و افسردگی

Verhaak و همکاران در (۲۰۰۷) یک مرور منظم در ۲۷ پژوهش به این نتیجه رسیدند که زنان نابارور در شروع به لحاظ هیجانی تفاوت کمی با گروه های هنجار دارند. درمان ناموفق سطوح هیجان های منفی (افسردگی و اضطراب) زنان را افزایش می دهد که بعد از چرخه های ناموفق متوالی ادامه می یابد. در کل، بیشتر زنان، موفق به سازگاری مطلوب پس از شکست درمان با لقاح آزمایشگاهی (IVF) می شوند، با این حال گروه قابل ملاحظه ای مشکلات هیجانی بالینی نشان می دهند. وقتی لقاح آزمایشگاهی (IVF) به حاملگی منجر می شود و متعاقب آن هیجان های منفی ناپدید می شوند، این مسئله اهمیت می یابد که تنش ناشی از درمان ناباروری به طور قابل توجهی با احتمال شکست و ناموفق آمیز بودن درمان ناباروری مرتبط است (Verhaak و همکاران، ۲۰۰۷؛ Newton و همکاران، ۱۹۹۰؛ Hammarberg و همکاران، ۲۰۰۱؛ Hjelmstedt و همکاران، ۲۰۰۴؛ Hynes و همکاران، ۱۹۹۲؛ Lok و همکاران، ۲۰۰۲؛ Spielberger، ۱۹۸۳؛ Klock و همکاران، ۲۰۰۰).

Verhaak و همکاران (۲۰۰۵) در یک پژوهش طولی که در مورد ۱۴۸ بیمار نابارور انجام دادند، سازگاری هیجانی این افراد نسبت به لقاح آزمایشگاهی (IVF) را از پیش از درمان و تا ۶ ماه پس از درمان و عواملی که در این دوره سهیم هستند را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج افزایش میزان اضطراب و افسردگی زنان بعد از درمان ناموفق و کاهش بعد از درمان موفق را نشان داد. مردان تغییری در اضطراب و افسردگی بعد از درمان موفق و درمان ناموفق نشان ندادند. ۶ ماه بعد از درمان ناموفق، بهبودی خاصی در زنان مشاهده نشد. در پیگیری درمان ۲۰ درصد از زنان علائم بالینی اضطراب و/یا افسردگی را گزارش کردند (Verhaak و همکاران، ۱۳۸۴).

نوربالا و همکاران (۱۳۸۶) شیوع افسردگی در زوج های نابارور و تأثیر مداخلات روانپزشکی بر افسردگی را مورد مطالعه قرار دادند. ۶۳۸ (۳۱۹ زوج) فرد نابارور با استفاده از "سیاهه افسردگی بک" مورد ارزیابی قرار گرفتند. یافته ها حاکی از این بود که ۴۸ درصد زنان و ۲۳/۸ درصد مردان از درجات مختلف افسردگی (در گروه زنان از ۴۸ درصد، ۳۰ درصد افسردگی خفیف، ۱۲/۵ درصد افسردگی متوسط و ۵/۳ درصد

داخل سیتوپلاسم (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) به معنای پایان درمان پزشکی است (Verhaak همکاران، ۲۰۰۵) لقاح آزمایشگاهی (IVF) یک مسئله تنش زای چند بعدی است؛ درمان به خودی خود عامل تنش اولیه را بنا می نهد و به احتمال زیاد اضطراب را سبب می شود. پیامد غیر قابل پیش بینی درمان ها، عامل اصلی تنش است که افسردگی را شکل می دهد (Dunkel-Schetter & Lobble، ۱۹۹۱) از این رو در دو دهه گذشته توجه به جنبه های روانشناختی ناباروری و مداخلات روانپزشکی برای کنار آمدن با ناباروری افزایش یافته است.

ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روانشناختی تهدید کننده و تنش زاست. شاید به همین دلیل است که بسیاری از مؤلفان پیامدهای روانشناختی ناباروری را به واکنش های سوگ عمومی تشبیه کرده اند (Abedinia و همکاران، ۲۰۰۳؛ Freeman و همکاران، ۱۹۸۷؛ Visser و همکاران، ۱۹۹۴)

تا حدود ۳۰ سال پیش، بیشتر پژوهش های ناباروری، در زمینه بررسی اینکه، آیا در ویژگی های روانشناختی زنان نابارور و بارور تفاوت وجود دارد، متمرکز بوده است، مطالب زیادی نیز در مورد نیمرخ روانشناختی زنان نابارور نوشته شده است. برخی از پژوهشگران در طی مطالعاتی دریافتند، زنان نابارور، نمره های نوروتیک بالاتری در "پرسشنامه رضایت زناشویی مادزلی" (Satisfaction Madzeli Marital Questionnaire) در مقایسه با گروه های زنان بارور (رمضان زاده و عابدی نیا، ۱۳۸۳) بدست آورده اند. پژوهش های بعدی بیشتر از آنکه بر تفاوت های فردی باروران و ناباروران متمرکز شود به بررسی اثرات و پیامدهای روانشناختی ناباروری پرداختند که در این مقاله بخش قابل ملاحظه ای از این پژوهش ها در سه حوزه از کژکارکردی های (dysfunctional) روانشناختی (عدم سازگاری هیجانی) ارائه می شود. این مطالعه با هدف بررسی مشکلات روانشناختی و استفاده از درمان های روانشناسی در بیماران نابارور انجام شده است.

مواد و روش ها

ادبیات پژوهشی بررسی شده در این پژوهش شامل اغلب مطالعات انجام شده در دو دهه گذشته است. اطلاعات براساس کلمات کلیدی ناباروری، حاملگی، افسردگی، اضطراب، اختلالات روانشناسی، رضایت زناشویی، مداخلات روانشناسی و روانپزشکی و اختلالات شخصیت... از سایت های PubMed و Amazon and Scholar, Google, Scopus بدست آمده

ناباروری اغلب با دعاها و منازعات زناشویی همراه است. در مطالعات بسیاری، افراد نابارور، نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواج شان اظهار کرده اند (Verhaak و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین در مطالعات زیادی رابطه کژکاری های جنسی (Sexual Dysfunction) و ناباروری مورد بررسی قرار گرفته است (Ozkan & Baysal، ۲۰۰۶؛ رمضان زاده و همکاران، ۱۳۸۵).

تنش ناباروری، کشمکش های زناشویی را افزایش داده و خودباوری جنسی، رضایت از عملکرد جنسی و دفعات مقاربت را کاهش می دهد. همچنین تنش ناشی از ناباروری با اثرات مستقیم و نیز غیرمستقیم از طریق عوامل زناشویی، ارزیابی از سلامتی، خودکارایی، صمیمیت را کاهش داده و اثرات منفی بیشتری بر کیفیت زندگی زنان نسبت به شوهرانشان می گذارد (Andrews و همکاران، ۱۹۹۲).

افراد نابارور اظهار می دارند که رابطه جنسی آن ها به شکل یک تکلیف و اجبار در آمده است تا یک امر لذت بخش. رابطه جنسی بر اثر ضرورت تبدیل به "انجام آمیزش به خاطر نیاز" می شود. ناتوانی "در درست کردن یک بچه" با احساس شکست جنسی، ارتباط پیدا می کند. در پژوهشی که Berger (۱۹۹۱) با ۱۶ زوج نابارور انجام داد و علت ناباروری در همه آن ها مردان بودند، ۱۱ مرد گزارش کردند که بعد از تشخیص ناباروری، دوره هایی از ناتوانی جنسی و افسردگی را پشت سر گذاشته بودند (Verhaak و همکاران، ۲۰۰۷).

یافته های پژوهش رمضان زاده و همکاران (۱۳۸۵) که رضایت و میل جنسی (شریک مرد) ۲۰۰ زوج نابارور را مورد بررسی قرار دادند، وجود رضایت جنسی بیشتر را در مقایسه با قبل از تشخیص ناباروری گزارش کرده اند.

در مطالعه ای دیگر که Lee و دیگران (۲۰۰۱) به منظور بررسی اثر تشخیصی ناباروری بر رضایت جنسی و زناشویی و احساس زجر و ناراحتی در ۱۳۸ زوج تایوانی که عامل ناباروری به صورت متغییر در هر دو جنس (در ۴۳ زوج علت زنانه، در ۵۳ زوج علت مردانه و در ۲۱ زوج هر دو علت ناباروری) علل متفاوت داشت، انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود در زوج هایی که هر دو نابارور بودند، زنان نسبت به شوهرانشان رضایت جنسی و زناشویی کمتری داشتند. همچنین زنان با عامل ناباروری زنانه در مقایسه با زنان با عامل ناباروری مردانه مشکلات بیشتری در اعتماد به نفس و نیز احساس گناه و شرمساری تجربه کرده بودند (Lee و همکاران، ۲۰۰۱؛ Sir و Golzari و همکاران، ۲۰۰۱).

افسردگی شدید و در گروه مردان از ۲۳/۸ درصد، ۱۶/۶ درصد افسردگی خفیف، ۴/۷ درصد افسردگی متوسط و ۲/۵ درصد افسردگی شدید) رنج می برند (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۸؛ Beck و همکاران، ۱۹۶۱).

در یک مطالعه مقایسه ای بین زنان نابارور و بارور در مورد شیوع اختلالات روانی، پژوهشگران دو گروه ۱۵۰ نفری از زنان نابارور (زنان تحت درمان در درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر) و بارور (مراجعه کنندگان به درمانگاه ژنیکولوژی بیمارستان امام خمینی) را با استفاده از "چک لیست تجدید نظر شده ۹۰ علائم" (Symptom Checklist-90-Revised) مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد ۴۴ درصد زنان نابارور و ۲۸/۷ درصد زنان بارور مبتلا به اختلالات روانی بودند و تفاوت بین زنان نابارور و بارور در مقیاس های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی معنی دارد بود که این علائم روانی در زنان نابارور بیشتر مشاهده گردید (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۶؛ A) که همهانگ با پژوهش های سایر مولفین بود (Derogatis و همکاران، ۱۹۷۳؛ Derogatis و همکاران، ۱۹۷۴؛ McNair و همکاران، ۱۹۷۱؛ Goldberg و همکاران، ۱۹۷۲) بود. رمضان زاده و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهش دیگری رابطه اضطراب و افسردگی را با طول مدت نازایی در ۲۷۰ زن نابارور مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که ۴۰/۸ درصد از زنان نابارور دارای افسردگی و ۶۸/۸ درصد اضطراب داشتند و علاوه بر این، بین میزان افسردگی و اضطراب با طول مدت نازایی همبستگی معنی داری داشت (Abedinia و همکاران، ۲۰۰۳).

مشکلات ارتباطی و جنسی

بررسی ادبیات پژوهشی در زمینه موضوعات جنسیتی چهار نوع تعامل بین مسائل جنسی و ناباروری را خاطر نشان می کند (Mimoun، ۱۹۹۳):

- الف) علت های جنسی در ناباروری زنانه و مردانه (مانند، واژینیسم، ناتوانی جنسی، انزال زودرس، و بی انزالی)
- ب) اثر تست ها و درمان برای ناباروری در زندگی جنسی
- ج) اثر ناباروری در تمرکز جنسیتی بر احساسات (مانند تقصیر، حقارت، پرخاشگری)
- د) تعاملات روانشناختی و جنسی در ارتباط با زاد و ولد (باروری) با استفاده از روش های پزشکی، منجر به تقویت جدایی جنسی زن و مرد می شود بدن انسان به صورت ماشین در نظر گرفته شود (Mimoun، ۱۹۹۳).

می برند. علاوه بر این عملکرد جنسی آن ها به طور معنی داری ضعیف تر از زنان طبیعی بود (Sir Golzari و همکاران، ۲۰۰۱).

در پژوهش سرگلزاری و همکاران (۱۳۸۰) به منظور بررسی میزان شیوع اختلالات روانی- جنسی و افسردگی در زوج های نابارور، ۳۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان منتظریه مشهد مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این پژوهش از "مقیاس رتبه بندی افسردگی هامیلتون" (The Hamilton Rating Scale of Depression) استفاده شد. نتایج بیانگر این بود که ۹۶/۷ درصد از گروه نمونه در درجات مختلف از افسردگی رنج

جدول ۱: مطالعات انجام شده در ارتباط با چنجه های روانشناختی ناباروری در کشورهای مختلف و ایران

منابع	اندازه نمونه	زمان اندازه گیری	ابزارها	نتایج
Ozkan & Baysal (۲۰۰۵) ترکیه	n = ۵۰ زن نابارور n = ۴۰ زن سالم (بارور)	درمان آخر در ۳ سال گذشته	*State-Trait Anxiety Inventory *Beck Depression Inventory *-Madzelli Marital Questionnaire	اضطراب، افسردگی و علائم آسیب شناختی در گروه نابارور بیشتر از گروه کنترل بوده است؛ روابط جنسی در دوره درمان ناباروری به صورت منفی تحت تأثیر قرار گرفت.
Verhaak et al (۲۰۰۱، ۲۰۰۵) هلند	n = ۶۵ درمان ناموفق n = ۸۳ درمان موفق	گروه درمانی ۱: قبل از چرخه ۱؛ گروه درمانی ۲: ۴ هفته بعد از چرخه آخر؛ گروه درمانی ۳: ۶ ماه بعد از چرخه آخر	*State-Trait Anxiety Inventory *Beck Depression Inventory	در گروه درمان های ناموفق اضطراب در گروه درمانی اول بیش از گروه های دیگر بوده است. همچنین در گروه های درمانی موفق اضطراب و افسردگی در گروه اول بیش از گروه های دوم و سوم بود.
Hielmstedt et al (۲۰۰۴) سوئد	n = ۵۵ زن با IVF n = ۴۰ زن بدون IVF	گروه درمانی ۱: حاملگی اولیه گروه درمانی ۲: ۲ ماه بعد از درمان گروه رمانی ۳: ۶ ماه بعد از درمان	*Swedish Parental Stress Questionnaire	تفاوتی بین دو گروه در تنش والدینی وجود نداشت.
Sydsjo et al (۲۰۰۲) سوئد	n = ۱۱۰ زن حامله بعد از IVF n = ۱۸۰ زن حامله خودبخودی	گروه درمانی ۱: ۱۵-۲۰ هفته در حاملگی؛ گروه درمانی ۲: ۱۲ ماه پس از در مان	*Parental Stress and Satisfaction With Life, *General Health Questionnaire, *Beck Depression Inventory	پیامدهای دلخواه (افزایش سطح سلامت روان) بیشتر در زنان IVF در مقایسه با زنان با حاملگی خود بخودی مشاهده گردید.
Lok et al (۲۰۰۲) چین	n = ۳۷۲ درمان ناموفق	گروه درمانی ۱: قبل از IVF گروه درمانی ۲: ۴ هفته بعد از IVF	*General Health Questionnaire; *Index of Satisfaction with Life	افسردگی و کاهش رضایت زندگی و سلامت عمومی در گروه اول بیش از گروه دوم بوده است.
Hamerberg et al (۲۰۰۱) استرالیا	n = ۱۰۸ زن بعد از درمان ناموفق n = ۱۲۱ زن بعد از درمان موفق آمیز	۲/۵ تا ۳/۵ سال بعد از IVF	* State-Trait Anxiety Inventory *Beck Depression Inventory	رضایت از زندگی بیشتر پس از درمان موفق آمیز IVF در مقایسه با عدم موفق آمیز بودن درمان IVF مشاهده گردید، اما سلامت عمومی تفاوتی با موفق آمیز بودن یا ناموفق بودن IVF گزارش نشد.
Klock and Greenfeld (۲۰۰۰) آمریکا	n = ۷۴ زن حامله بعد از IVF n = ۴۰ زن با حاملگی طبیعی	گروه ۱: هفته ۱۲ حاملگی گروه ۲: هفته ۲۸ حاملگی	* State-Trait Anxiety Inventory *Beck Depression Inventory	تفاوتی معنی دار در اضطراب و افسردگی در طول ۱۲ و ۲۸ هفتگی حاملگی در گروه ها بدست نیامد.
Slad et al (۱۹۹۷) انگلستان	n = ۱۴ درمان ناموفق n = ۴۲ درمان موفق	گروه ۱: قبل از چرخه اول؛ گروه ۲: ۶ ماه بعد از	* State-Trait Anxiety Inventory *Beck Depression Inventory	تفاوت خاصی بین گروه ها از لحاظ خصوصیات روان شناختی مشاهده نگردید.

Inventory	چرخه آخر		
*Profile of Mood State *Eysenck Personality Questionnaire *Symptom Checklist-90-Revised; *Eysenck Personality Questionnaire	در طول درمان ناباروری	n = ۱۵۰ زن نابارور n = ۱۵۰ زن بارور	رمضان زاده و همکاران (۱۳۸۲) ایران
*Beck Depression Inventory *Holms Rahn Stress Classification Scale, *Cattel Anxiety Test	در طول درمان ناباروری	n = ۷۰ زوج نابارور (گروه مداخله ای) n = ۷۰ زوج نابارور (گروه کنترل)	نوربالا و همکاران (۱۳۸۴) ایران
*Beck Depression Inventory, *Cattel Anxiety Test	در طول درمان ناباروری	n = ۳۷۰ زن نابارور	رمضان زاده و همکاران (۱۳۸۲) ایران
*Symptom Checklist-90-Revised; *General Health Questionnaire	گروه ۱: قبل از اولین سیکل قاعدگی؛ گروه ۲: ۴ هفته بعد از اولین سیکل قاعدگی	n = ۵۳ درمان ناموفق n = ۱۲ درمان موفق	Veyser et al (۱۹۹۴) هلند
*Beck Depression Inventory, *Cattel Anxiety Test, *Symptom Checklist-90-Revised; *General Health Questionnaire	درمان آخر در دو سال گذشته	n = ۱۰۸ زن با ناباروری دراز مدت.	Van Balen & Trimboscamper (۱۹۹۳) هلند
*Anxiety Scale Mischelle. Krankit and Moose	گروه ۱: قبل از چرخه درمان؛ گروه ۲: ۴ هفته بعد از چرخه درمان	n = ۱۰۰ درمان ناموفق n = ۷۳ نفر گروه کنترل	Heinz et al (۱۹۹۲) استرالیا
*Beck Depression Inventory; *State-Trait Anxiety Inventory	گروه ۱: ۳ ماه قبل از چرخه ۱ گروه ۲: ۴ هفته بعد از چرخه ۱	n = ۱۸۷ درمان ناموفق n = ۲۶ درمان موفق	Newton et al (۱۹۹۰) کانادا
*General Health Questionnaire	آخرین درمان در ۶ تا ۳۲ ماه گذشته	n = ۸۷ زن بعد از IVF ناموفق n = ۳۷ زن با حاملگی و خود بخودی n = ۳۷ زن حامله بعد از IVF	Freeman et al (۱۹۸۷) آمریکا

اختلالات شخصیتی

علاوه بر مطالعاتی که هیجان های منفی (اضطراب، افسردگی) و ناکارآمدی ارتباطی و جنسی را در افراد نابارور مورد پژوهش قرار داده اند برخی پژوهش ها به بررسی تأثیر ناباروری بر

جنبه های شخصیتی و کیفیت زندگی افراد نابارور پرداخته اند که در ادامه به برخی از آنها اشاره می شود.
رمضان زاده و دیگران (۱۳۸۶) در پژوهش خود که به منظور بررسی مقایسه ای شیوع و عوامل زمینه ساز اختلالات

خاطر نشان می کنند که شناخت های قبل از درمان و پذیرش بی فرزندی عواملی هستند که نقش تعیین کننده ای در پاسخ هیجانی نسبت به شکست درمان ایفا می کنند. متخصصین باروری می توانند فرایند پذیرش را بواسطه بحث درباره مسائل ناباروری با زوج ها و به وسیله بهبود ارتباط شان با موضوع مانند صحبت در مورد موقعیت های ممکن هنگامی که درمان ناموفق است و اندازه گیری تفاوت های ممکن در انگیزش برای درمان بین همسران افزایش دهند. روانشناسان نیز باید بیماران خود را برای واکنش های هیجانی ممکن نسبت به درمان ناموفق آماده سازند. آموزش روانشناختی مانند تشریح این مسئله برای زوج که افزایش آسفتگی واکنشی طبیعی است نسبت به درمان ناموفق، احتمالاً باعث افزایش کنترل آن ها بر پاسخ های هیجانی شان نسبت به شکست درمان خواهد شد (Daniluk, ۲۰۰۱; Boivin, ۲۰۰۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ Kentenich و همکاران، ۲۰۰۲).

در همین رابطه، مطالعات به بررسی تأثیر مداخلات روانشناختی در آمادگی برای باروری اشاره کرده اند. نتایج پژوهش های Domar و همکاران (۲۰۰۰)، نوربالا و همکاران (۱۳۸۶)، Terioglu (۲۰۰۱) و Newton و همکاران (۱۹۹۲) در ارتباط با تأثیر مداخلات روانپزشکی و مشاوره ای بر اختلالات روانپزشکی و میزان موفقیت بارداری در زوجین نابارور، نشان داد که مداخلات روانی در گروه مداخله ای منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش میزان حاملگی و رضایت زناشویی شده است (Domar و همکاران، ۲۰۰۰؛ نوربالا و همکاران (A) ۲۰۰۷، Terioglu, ۲۰۰۱؛ Newton و همکاران، ۱۹۹۲؛ نوربالا و همکاران، ۲۰۰۷؛ (C)).

نتایج پژوهش های دیگر حاکی است که درمان روانشناختی (رفتاری، شناختی و روان درمانی) در هنگام درمان و تشخیص و خصوصاً قبل از IVF و تست حاملگی منجر به مثبت شدن تست حاملگی می شود و استفاده از درمان های روانی حتی پس از ۶ ماه پیگیری شانس حاملگی را افزایش می دهد (Boivin, ۲۰۰۳؛ Slade و همکاران، ۱۹۹۷؛ VanBalen, ۱۹۹۳؛ Sydsjo و همکاران، ۲۰۰۲).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصله از مطالعات که بیانگر شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی خصوصاً در زنان نابارور می باشد، اهداف ذیل می بایستی مورد توجه قرار گیرد:

- آگاهی متخصصان زنان - مامائی و نازائی و سایر متخصصان از علائم اختلالات روانپزشکی خصوصاً اضطراب و افسردگی) و مشکلات شخصیتی در زوجین نابارور خصوصاً در زنان نابارور و

شخصیتی در زنان بارور و نابارور انجام گرفت، دو گروه ۱۵۰ نفری از زنان بارور و نابارور را با استفاده از "پرسشنامه شخصیتی آیزنک" (Eysenck Personality Questionnaire) مورد مطالعه قرار دادند. یافته ها نشان داد زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور از نا استواری و بی ثباتی شخصیتی بیشتری رنج می برند و این بی ثباتی در زنان نابارور خانه دار بیشتر از زنان نابارور شاغل است. این یافته با نتایج پژوهش Wischmann و دیگران (۲۰۰۱) و Lu و دیگران (۱۹۹۵) هماهنگ است (نوربالا و همکاران، ۲۰۰۷؛ (B) Wischmann و همکاران، ۲۰۰۱؛ Lu و همکاران، ۱۹۹۵).

در پژوهشی دیگر امانتی (۱۳۸۵) به بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (درمانگاه ناباروری بیمارستان ولی عصر - مجتمع بیمارستانی امام خمینی) (۱۴۷ نفر) پرداخت. نتایج پژوهش وی نشان داد که بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت اشتغال همسر، سابقه انجام درمان ناباروری، میزان فشار اطرافیان برای بچه دار شدن، شدت تمایل به داشتن فرزند، نتیجه بارداری قبلی، ارزیابی فرد از وضعیت اقتصادی خانواده و تفکرات منفی نسبت به داشتن فرزند ارتباط معنی داری وجود دارد.

دافعی و دیگران (۱۳۷۷) در مطالعه خود به بررسی رابطه روش های مقابله ای با ویژگی های فردی و سلامت روانی در زوج های نابارور (۳۵۸ زوج) مراجعه کننده به مراکز ناباروری یزد پرداختند. نتایج نشان داد که زنان در مقایسه با مردان از روش های مقابله نامناسب بیشتر، استفاده می کردند. علاوه بر این، کاربرد روش های مقابله ای و سلامت روانی زوج های نابارور رابطه معنی داری وجود داشت، بدین صورت که استفاده از روش های مقابله مذهبی، مقابله فعال، مقایسه برنامه ریزی شده، جلوگیری از رویارویی عجولانه با مشکل، تفسیر مجدد مثبت با سلامت روانی بهتر همبستگی داشت و به کارگیری روش های مقابله ای انکار، تمرکز بر عاطفه و ابراز آن، تفکر منفی و تفکر خرافی با سلامت روانی پایین همبستگی داشت.

مداخلات روانی

مطالعات مختلف، تأثیر درمان های روانپزشکی و روانشناختی را هم در سازگاری با درمان ناموفق و هم کاهش تنش و باروری موفق نشان داده است. بازسازی زندگی فرد بعد از درمان ناموفق ناباروری، به فرد نابارور کمک می شود تا برای تغییر یا برای تطبیق با معنای بی فرزندی اش کوشش کند. مطالعات

- سازمان بهزیستی و سایر مراکز خدمات اجتماعی می بایستی امکاناتی بهتر در پذیرش فرزندخواندگی برای این افراد در نظر بگیرند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، کلیه بیماران و کارکنان مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر(عج) و بیمارستان امام خمینی در اجرای این طرح ابراز می دارند

به منظور بهبود علائم روانی این بیماران می بایستی به روانشناسان و روانپزشکان ارجاع داده شوند.
- استفاده از روش های روانشناسی خصوصا روان درمانی حمایتی در افراد نابارور موجب درمان اختلالات روانشناسی، افزایش سطح کیفیت زندگی و میزان باروری می شود.
- بعلت ماهیت و علل ناباروری درمان های نازائی با همکاری متخصصان مختلف از جمله زنان، روانشناس و روانپزشک بصورت تیمی انجام گیرد.
- وسائل ارتباط جمعی در آگاه سازی افراد نابارور در خصوص اهمیت استفاده از درمان های روانی علاوه بر درمان های معمولی ناباروری در این رابطه می تواند مفید باشد.
- حمایت های عاطفی و روانی ... این افراد از سوی خانواده ها می تواند منجر به کاهش تنش های روانی و موثر واقع شدن روند درمان گردد.

REFERENCES

- Abedinia N Ramazanzadeh F Aghssa M (2003). [Relationship between anxiety and depression with duration of pregnancy]. *Journal Payesh*. 8 (4) 257-302. (Persian).
- Amanati L (2006). [Quality of life and associated factors in infertile women attending Valie asr Infertility Research Center]. Supervisor: Alami M. dissertation, Nursing and Midwifery School, Iran University of Medical Sciences. (Persian).
- Andrews F Abbey A et al (1992). Is fertility problem stress different? The dynamics of fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*. 57(6) 1247-1253.
- Beck A et al (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Genetic Psychiatry*. 4 (56) 1-5 71.
- Berg B Wilson J (1991) Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *Journal of Behavior Medicine*. 14 (1) 11-26.
- Boivin J et al ((2001). Guidelines for counseling in infertility. *Human Reproductive*; 16 (6) 1301-1304.
- Boivin J (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science Medical*; 57(12) 2325-41.
- Dafei M Noorbala A et al (1998). [Relationship between confronting personal characteristics and psychological health in infertile couples attending the infertility clinics in Yazd]. *Hakim scientific Research Journal*. 45 (3) 197- 205. (Persian).
- Daniluk J (2001). Reconstructing their lives: A longitudinal, qualitative analysis of the transition to biological childlessness for infertile couples. *Journal Counsult*. 79 (7) 439-449.
- Derogatis L Lipman R et al. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychogy Pharmacology Bulletin*. 9 (1) 13-25.
- Derogatis L et al (1974). The impact of infertility, a comparison with patients with other medical conditions. *Journal Psychosomatic Obstetrics Gynocoology*. 14 (7) 45-52.
- Domar A et al (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Reproductive Endocrinology*; 74 (1) 805-811.
- Dunkel-Schetter C Lobel M (1991). Psychological reactions to infertility. In Stanton AL and Dunkel-Schetter C (eds) *Infertility; Perspectives from Stress and Coping Research*. Plenum, New York. 29-60.
- Evers J Te Velde E (1999). Vrucht baarheids stoornissen (fertility problems). In Heineman MJ, Bleker OP, and Evers JLH (eds) *Obstetrie en Gynaecologie (Obstetrics and Gynaecology)*. Elsevier, Netheriands, Bunge. 435 -467.
- Freeman E (1987). Emotional and psychosocial factors in follow-up of women nafter IVF-ET treatment. A pilot investigation. *Acta Obstetrics Gynecology Scandinavian*. 66(6) 517-521.
- Goldberg D (1972). *General Health Questionnaire: The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London, Oxford University Press, GB.

- Hammarberg K et al. (2001). Women's experience of Ivf: A folloe-up study. *Human Reproduction*. 16(2) 374-383.
- Hjelmstedt A et al (2004). Emotional adaptation following successful in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*. 81(5) 1254-1264.
- Kentenich H et al (2002). Practical therapy in infertility, a manual for gynaecologists from a psychosomatic point of view. In Strauss B (Ed) *Involuntary Childlessness Psychological Assessment, Counselling and Psychotherapy*. German, Hogrefe & Huber Publishers, Seattle. 175-188.
- Klock S Greenfield D (2000). Psychological status of in vitro fertilization patients during pregnancy: A longitudinal study. *Fertility and Sterility*. 73(6) 1159-1164.
- Kopitzke E Berg B et al (1991). Physical and emotional stress associated with components of the infertility investigation: with perspectives of professionals and patients. *Fertility and Sterility*. 55 (6) 1137 - 1143.
- Lee T Sun G et al (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproductive*. 16(8) 1762-1767.
- Lok I et al (2002). Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecology Obstetrics Investigation*. 53(4) 195-199.
- Lu Y Yang L et al (1995). Mental status and personality of infertile women. *Zhonghua Fu Chan Za Zh*. 30 (108) 34-37. (Abstract).
- Mimoun S (1993). The multiple interactions between infertility and sexuality. *Contraception Fertility Sex*. 21(3) 251-4.
- McNair D Lorr M et al. (1971). Edits manual for the Profile of Mood States. Educational and Industrial Testing Service, San Diego.
- Newton C Hearn M et al. (1990). Psychological assessment and follow-up after in vitro fertilization: Assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*. 54(5) 879-886.
- Newton C et al (1992). Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: implication for counseling. *Journal Assistant Reproduction Genetic*. 9(4) 24-31.
- Noorbala A et al (2007). (A) [Study of psychiatric disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors]. *Journal of Family and Reproductive Health*. 1(1) 6-11. (Persian).
- Noorbala A et al (2007). (B) [Study of personality disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors]. *Journal of Family and Reproductive Health*. 1 (2) 69-73. (Persian).
- Noorbala A et al (2007). (C) [Effect of psychological intervention in pregnancy in infertile couples attending Valieasr Research Center]. *School of Medicine Journal*. 65(8) 57-63. (Persian).
- Noorbala A Ramazanzadeh F et al (2007). [Effect of psychological intervention on marital satisfaction rate of infertile couples attending ValieAsr Infertility ResearchCenter. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology Andeesheh Va Raftar*. 13 (2) 104-111. (Persian).
- Noorbala A et al (2008). [Depression and effect of psychological intervention on the rate of depression of infertile couples attending ValieAsr Infertility Health Center]. *Hakim Research Journal National Research Center of Medical Science* 10(4) 17-26. (Persian).
- Ozkan M Baysal B (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clinical Expience Obstetrics Gynecology*. 33(1) 6-44.
- Ramazanzadeh F Abedinia N (2004). [Anxiety and depression in infertility]. Tehran University of Medical Sciences publishing. (Persian).
- Ramezanzadeh F Aghssa M et al (2006). [Alterations of sexual desire and satisfaction in male partners of infertile couples]. *Fertility and Sterility*. 85(1) 139-143. (Persian).
- Spielberger C (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Scale*. Consulting Psychologists Palo Alto.
- Sir Golzari M et al (2001). [Psychosexual disorders and depression in infertile couples attending the infertile clinic in Mashad]. *Journal of Fertility and Infertility*. 36 (6) 46-51. (Persian).
- Slade P Emery J Lieberman B (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproductive*. 12 (1) 183-190.
- Sydsjo G et al (2002). Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Human Reproductive*. 17(12) 3242-3250.

- Terioglu F (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal Psychosomatic Obstetric Gynecologic*. 22 (3) 133-141.
- Van Balen F Trimbos-Kemper TCM (1993). Long-term infertile couples: A study of their well-being. *J Psychosom Obstet Gynaecol; supply*. 14 53-60.
- Verhaak C et al (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*. 76 (3) 525-531.
- Verhaak C et al (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*. 20 (8) 2253-2260.
- Verhaak C et al (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction*. 13 (1) 27-36.
- Visser A et al (1994). Psychological aspects of in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*. 15 (1) 35-43.
- Wischmann T et al (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: A study by the Heidelberg Fertility Consultation service. *Human Reproduction*. 16 (8) 1753-1761.

Archive of SID