

بررسی سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF

جلال شاکری (M.D.)^۱، منیر حسینی (M.Sc.)^۲، صنوبر گلشنی (M.D.)^۳، خیراله صادقی (M.Sc.)^۴، وحید فیض‌الهی (M.D.)^۵

۱- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲- بخش روانپزشکی، بیمارستان فارابی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۳- گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مشکل ناباروری در دنیای امروز به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده و با معضلات روان‌شناختی و اجتماعی متعددی همراه است. این پدیده به عنوان حادثه‌ای استرس‌زا، هیجان‌آور و ناکام‌کننده برای زوجین به خصوص زنان مطرح می‌باشد. ناباروری بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته و می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی و طلاق بین زوجین گردد. علاوه بر این، مطالعات متعدد نشان داده است انجام لقاح خارج رحمی خود نیز می‌تواند با اختلالات روان‌شناختی متعدد و شدیدی همراه باشد. از سوی دیگر با توجه به میزان بالای باروری در ایران به لحاظ جنبه‌های اجتماعی- فرهنگی آن به خصوص نزد زنان، اهمیت ویژه‌ای را جهت مطالعه این پدیده با تکیه بر جنبه‌های روانی- اجتماعی مطرح می‌نماید. بدین منظور این پژوهش که مطالعه‌ای توصیفی است با هدف تعیین میزان سلامت روانی، رضایت از زناشویی و نوع راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور انجام شده است.

روش بررسی: در این پژوهش تعداد ۱۵۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری چهارمین شهید محراب کرمانشاه در سال ۱۳۸۲ با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات به وسیله پرسشنامه‌های سلامت عمومی GHQ-28، پاسخ‌های مقابله‌ای CRI و شاخص رضایت زناشویی IMS جمع‌آوری و برای ارزیابی یافته‌های تحقیق از روش‌های آماری t و F در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ درصد و نرم افزار SPSS استفاده شد.

نتایج: این مطالعه نشان داد ۴۴٪ زنان نابارور براساس پرسشنامه سلامت عمومی بیمار بودند. براساس نتایج این پرسشنامه افراد مورد بررسی به دو گروه زنان سالم و بیمار تقسیم شدند. میزان اضطراب در افراد بیمار و اختلال در عملکرد در افراد سالم به طور معنی‌داری بالا بود ($p=0/01$). ۲۴٪ زنان نابارور، که اغلب آنان براساس پرسشنامه سلامت عمومی بیمار تشخیص داده شده بودند، پاسخ‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان داشتند و ۹۳٪ افراد سالم، شیوه مقابله‌ای مسئله‌مدار داشتند. همچنین یافته‌ها، حاکی از آن است که مسئله ناباروری تأثیر نامطلوب چندانی در رضایت زناشویی افراد سالم نداشته است. در حالی که ۳۵٪ افراد بیمار، عدم رضایت زناشویی را عنوان کرده بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این بررسی ناباروری می‌تواند در فرد نابارور تأثیرات روان‌شناختی فراوانی به همراه داشته باشد و زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی و مشکلات زناشویی شود. لذا همراهی تیم روانپزشکی با متخصصین درمان ناباروری در بهبود روند درمانی و ممانعت از بروز مشکلات روانپزشکی در آنان مؤثر می‌باشد.

کلید واژگان: سلامت عمومی، رضایت زناشویی، شیوه‌های مقابله‌ای، ناباروری، لقاح داخل آزمایشگاهی.

مسئول مکاتبه: دکتر جلال شاکری، کرمانشاه، جاده دولت آباد، مرکز آموزشی درمانی فارابی، کدپستی: ۶۷۱۹۸۵۱۱۵۱، کرمانشاه، ایران.

پست الکترونیک: jshakeri_md@yahoo.com

زمینه و هدف

آرزوی داشتن فرزند، خواستی همگانی است و اندوه ناباروری به عنوان بحرانی بزرگ در زندگی محسوب می‌شود. ناباروری را باردار نشدن یک زوج پس از یکسال مقاربت بدون استفاده از روش‌های ضدباروری تعریف می‌کنند (۱). میزان شیوع ناباروری در کشورهای مختلف بین ۳۰-۵۰٪ متغیر است. بر این اساس می‌توان گفت بیش از ۸۰ میلیون فرد نابارور در جهان وجود دارند. در ایران به‌طور تخمینی از جمعیت ۷۲ میلیونی (۱۸ میلیون زوج)، بیش از دو میلیون زوج با مشکل ناباروری مواجه هستند (۲). سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به عنوان مشکلی عمده در بهداشت باروری عنوان کرده که دارای ابعاد جسمی- روانی و اجتماعی می‌باشد (۳).

در جوامع مختلف داشتن فرزند ارزشی فردی، اجتماعی و فرهنگی تلقی می‌شود. زوجین نابارور کوشش و هزینه فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند (۱، ۴). ناباروری بحرانی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد. این تنش بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته، می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، قطع رابطه بین آنان و طلاق گردد (۴).

مطالعات نشان می‌دهند که عوامل روان‌شناختی می‌توانند هم در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشند و هم پیامد آن تلقی شوند (۵). شواهد فراوانی نشان می‌دهد مشکلات روان‌شناختی ناشی از ناباروری می‌تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد (۷، ۶). Moller و همکاران در مطالعه‌ای دریافته‌اند فشارهای روحی و نگرانی حاصل از ناباروری بر عملکرد فیزیولوژی بدن اثر مستقیم به جا گذاشته و در نهایت بر باروری تأثیر منفی می‌گذارند (۶)، از طرفی افرادی که آرامش خاطر داشته و از سلامت روانی

برخوردارند، فشارهای روحی کمتری را تجربه کرده، در نتیجه احتمال باروری آنان افزایش می‌یابد (۷). با آنکه لقاح خارج رحمی (IVF) توانسته بر تعدادی از موانع بر سر راه باروری فائق آید و روزنه‌های امید بسیاری را برای زوج‌های نابارور بگشاید اما خود مشکلاتی را نیز به دنبال داشته است. مطالعات متعدد، اختلال روان‌شناختی توأم با انجام لقاح خارج رحمی را مورد توجه قرار داده‌اند و معتقدند انجام روش‌های مختلف درمان ناباروری ممکن است سبب ایجاد علائم اضطراب و افسردگی در ۵۰-۱۰٪ زنان شود (۸-۱۰). بیماران تحت درمان با IVF نگران بوده و در سیکل‌های درمانی منجر به شکست، اغلب دچار افسردگی می‌شوند. Litt و همکاران گزارش نمودند که ۲۵٪ از زنان پس از درمان ناموفق IVF دچار افسردگی می‌شوند (۸، ۱۱). زوجین نابارور، تنش ناشی از افسردگی را هم به صورت فردی و هم به صورت وابسته به یکدیگر تجربه می‌کنند. چنین تنش‌هایی می‌تواند منجر به مسائل روحی- روانی مختلف از جمله افسردگی، انزوا، شرمساری و بی‌کفایتی شده، در نهایت زمینه طلاق را فراهم آورد. شواهد زیاد موجود درباره تنش‌های حاصل از ناباروری، محققین را بر آن داشته تا پیشنهاد نمایند برنامه درمان ناباروری باید توأم با یک بخش درمان روحی- روانی نیز باشد (۱۲، ۱۳).

با توجه به میزان بالای زاد و ولد در ایران و همچنین اهمیت باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی (به ویژه برای زنان) مطالعه پدیده ناباروری به ویژه با تکیه بر جنبه‌های روانی- اجتماعی آن از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد (۱۴).

در مطالعه حاضر برخی جنبه‌های روانی- اجتماعی این پدیده مورد مطالعه قرار گرفته است. لذا این مطالعه با هدف بررسی سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و تعیین میزان رضایت زناشویی زنان نابارور تحت

درمان IVF در مرکز ناباروری چهارمین شهید محراب شهر کرمانشاه انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بوده و در آن تعداد ۱۵۰ زن نابارور تحت درمان به روش IVF مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری چهارمین شهید محراب شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۲ براساس نمونه‌گیری آسان انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته‌اند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش به شرح زیر بود:

الف) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که به دو گروه اصلی از پدیده‌ها شامل ناتوانی در ادامه انجام عملکرد عادی فرد و بروز پدیده‌های جدید با ماهیت معلول‌کننده توجه دارد. با آنکه این پرسشنامه فرم‌های متعددی دارد؛ اما فرم ۲۸ سؤالی آن دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار غربالگری می‌تواند احتمال وجود اختلال روانی را در افراد تعیین کند. پرسشنامه دارای ۴ مقیاس (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی) است که برای هر کدام ۷ پرسش وجود دارد. پالاهنگ بهترین نقطه برش در زنان با میزان حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۱۶ را نمره ۲۱ ذکر می‌کند. در این پژوهش نیز از نقطه برش ۲۱ استفاده شد. پایایی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی با بهره‌گیری از ضریب پیرسون در سطح ۹۱٪ نشان داده شده است (۱۵).

ب) پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای (CRI): این پرسشنامه توسط بیلینگر و موس (۱۹۸۱) تدوین شده است و شامل ۱۹ جمله می‌باشد. این پرسشنامه دو شیوه مقابله متمرکز بر حل مسئله را با ۸ جمله و مقابله متمرکز بر هیجان را با ۱۱ جمله و همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای

اجتنابی را می‌سنجد. اعتبارهای روایی درونی برای مقیاس‌های ذکر شده از ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. پایایی پرسشنامه توسط پورشه‌باز (۱۳۷۲) با استفاده از فرمول تصحیح اسپرمن براون ۰/۷۸ ذکر شده است (۱۶، ۱۷).

ج) شاخص رضایت زناشویی (I.M.S): این ابزار ۲۵ سؤالی جهت اندازه‌گیری میزان شدت یا دامنه مشکلات زن یا شوهر در رابطه زناشویی تدوین شده است. شاخص رضایت زناشویی میزان سازگاری زناشویی را نمی‌سنجد زیرا ممکن است یک زن و شوهر به رغم اختلاف یا نارضایتی شدید، سازگاری خوبی داشته باشند. این شاخص دارای دو نمره برش است. یکی (+۳۰) که نمرات کمتر از آن نشانه عدم وجود مشکلات مهم بالینی و نمرات بیش از آن دلالت بر وجود مشکلات بالینی قابل ملاحظه دارد و نمره برش ۷۰ که نمرات بالاتر از آن تقریباً همیشه نشانگر استرس شدید و احتمال استفاده از نوعی خشونت برای حل مشکلات است. در این پژوهش از نقطه برش ۳۰ استفاده شده است. اعتبار آزمون با روش بازآزمایی ۹۶٪ به دست آمده است (۷).

براساس نتایج پرسشنامه سلامت عمومی، افراد مورد بررسی به دو گروه تقسیم شدند: کسانی که نمره بالاتر از نقطه برش (۲۱) را کسب کرده بودند به عنوان گروه بیمار و کسانی که نمره پایین‌تر از نقطه برش داشتند به عنوان گروه سالم و شاهد دسته‌بندی شدند. سپس هر دو گروه از نظر میزان رضایت زناشویی و شیوه پاسخ مقابله‌ای مورد مقایسه قرار گرفتند. گردآوری اطلاعات با استفاده از ابزارهای پژوهش و به صورت انفرادی برای هر آزمودنی انجام شد. داده‌های حاصل با استفاده از جداول فراوانی، آمار توصیفی، آزمون‌های آماری χ^2 ، t در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ درصد و نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

1- General Health Questionnaire
2- Coping Response Index

3- Index of Marital Satisfaction

نتایج

براساس نتایج حاصل از این مطالعه اکثر افراد در گروه سنی ۳۵-۲۳ سال با میانگین $28/09 \pm 3/12$ سال و خانه‌دار بودند. ۴۴٪ زنان نابارور (۶۶ نفر) براساس نتایج پرسشنامه سلامت عمومی، بیمار و ۵۶٪ (۸۴ نفر) سالم تشخیص داده شدند. نتایج مقیاس‌های فرعی پرسشنامه سلامت عمومی در افراد مورد بررسی در جدول ۱ آمده است. براساس نتایج این جدول بیشترین درصد از افراد مورد پژوهش (۴۲٪) اختلال کارکرد اجتماعی و کمترین درصد (۶٪) افسردگی را نشان می‌دهند. همچنین این جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی خرده مقیاس‌های GHQ-28 را در دو گروه زنان نابارور سالم و بیمار نشان می‌دهد. این جدول نشان می‌دهد که در گروه زنان بیمار ($GHQ-28 > 21$) اکثر افراد از اضطراب (۴۵/۴۵٪) و مشکلات جسمانی (۳۱/۸۱٪) شاکی بودند؛ در حالی که در گروه زنان سالم ($GHQ-28 < 21$) اختلال در عملکرد اجتماعی شایع‌ترین مشکل بود. براساس آزمون χ^2 از نظر اضطراب ($p < 0/001$) و اختلال در عملکرد اجتماعی ($p < 0/001$) تفاوت بین دو گروه معنی‌دار بود.

در ارتباط با هدف دوم پژوهش یعنی تعیین راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور، نتایج نشان داد اکثر افراد مورد بررسی (۶۶٪) از راهبرد متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند و فقط ۳۴٪ شیوه مقابله‌ای متمرکز بر هیجان داشتند.

جدول ۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی سطوح معنی‌داری راهبردهای مقابله‌ای را در دو گروه افراد بیمار و سالم نشان می‌دهد. جدول فوق نشان می‌دهد بیشتر افرادی که براساس پرسشنامه سلامت عمومی سالم تشخیص داده شده بودند (۹۲/۸۵٪) از راهبرد متمرکز بر مسئله استفاده می‌کنند. در عوض اکثر افرادی که براساس پرسشنامه سلامت عمومی بیمار تلقی شده بودند (۶۸/۱۸٪) از راهبرد متمرکز بر هیجان استفاده

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌های مقابله‌ای در نمونه مورد بررسی در زنان تحت درمان با IVF، مراجعه کننده به مرکز ناباروری چهارمین شهید محراب کرمانشاه، ۱۳۸۲

| p-value | χ^2 | گروه سالم | | گروه بیمار | | فراوانی-گروه پاسخ‌های مقابله‌ای |
|---------|----------|-----------|------|------------|------|------------------------------------|
| | | نسبی | مطلق | نسبی | مطلق | |
| 0/001 | 61/36 | 92/85 | 78 | 31/81 | 21 | متمرکز بر مساله |
| | | 7/41 | 6 | 68/18 | 45 | متمرکز بر هیجان |
| | | 100 | 84 | 100 | 66 | جمع |

می‌کردند. از نظر میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای بین دو گروه تفاوت معنی‌داری به دست آمد ($p < 0/001$). براساس آزمون t بین میزان سلامت روان و نوع راهبردهای مقابله‌ای نیز رابطه معنی‌داری وجود داشت ($t = 4/75, p < 0/001$)، بدین معنا که با افزایش اختلال روانی میزان بروز پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان مدار افزایش می‌یابد.

بررسی‌های انجام شده در مورد رضایت زناشویی در دو گروه نشان می‌دهد که ۸۹/۲٪ از افراد گروه سالم از زندگی خود رضایت داشتند و فقط حدود ۱۱٪ احساس ناراضی می‌کردند. در حالی که حدود یک سوم افراد بیمار از زندگی خود ناراضی بودند و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$).

بحث

مشکل ناباروری، بررسی و درمان آن تنش‌زا بوده و می‌تواند موجب اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات روانشناختی شود و اثرات شدیدی در روابط زوجین داشته باشد (۱۰). براساس یافته‌های پژوهش حاضر نیز ۴۴٪ افراد مورد مطالعه از سلامت روانی برخوردار نبودند. این یافته با مطالعات و تحقیقات انجام شده در این زمینه هماهنگ بود (۱۲-۱۰) و تأیید کننده وجود اختلالات روان‌شناختی توأم با انجام لقاح خارج رحمی می‌باشد.

شیوع بالای اختلالات روانی در زنان نابارور تحت درمان با روش‌های ART تا حدودی به عوامل فرهنگی نیز مربوط می‌شود. تحقیقات مختلف به ایفای نقش

مادری به عنوان مهمترین نقش زن و منبع ارضاء کننده حس زنانگی در آنان تأکید می‌کنند. لذا زنانی که خود را در ایفای این نقش ناتوان می‌یابند با استرس شدیدی مواجه می‌شوند. وجود مشکل ناباروری از یک طرف، مسائل و مشکلات ناشی از درمان از طرف دیگر موجب بروز اضطراب و اختلالات جسمی‌سازی در آنان می‌شود و کارکرد اجتماعی را مختل می‌سازد (۱۸). در بررسی حاضر، اختلال کارکرد اجتماعی بیشترین شیوع را به خود اختصاص داد. افسردگی اختلالی است که معمولاً با علائم دیگری مثل اضطراب و بیخوابی همراه است. گاه شکایات بارز بیماران به جای خود افسردگی علائم همراه بیماری است. بالا بودن شیوع اضطراب و اختلال خواب در زنان نابارور بیمار می‌تواند دلیلی بر این ادعا باشد. نکته قابل توجه، شیوع کمتر افسردگی نسبت به سایر اختلالات بود که با سایر پژوهشها که افسردگی را یکی از مشکلات شایع زنان نابارور معرفی می‌کنند هماهنگی ندارد.

از طرفی داشتن روحیه قوی و سلامت روان، افراد را در مقابل استرس مقاوم‌تر می‌سازد. همانگونه که نتایج نشان می‌دهند کسانی که از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند مشکلات روان‌شناختی کمتری را گزارش کرده بودند.

با توجه به ویژگی‌های افراد نابارور، مواجهه با درمان‌های سخت و پر زحمت، دوره‌های انتظار طولانی، احساس تنهایی و طرد شدگی و ترس از شکست در درمان، این افراد سطوح بالای اضطراب و علائم جسمانی را از خود نشان می‌دهند و سازگاری آنان با مشکل مواجه می‌شود. این ناسازگاری ضعیف و فشار روانی غالباً مانع آن می‌شود که فرد در شرایط استرس‌زا معقولانه فکر کرده و شیوه مقابله‌ای مسئله مدار داشته باشد. همانگونه که یافته‌ها نشان می‌دهد ۶۸/۱۸٪ زنان نابارور بیمار شیوه مقابله‌ای هیجانی داشته‌اند. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که

با افزایش اختلال روانی میزان استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان مدار نیز افزایش می‌یابد. زنان نابارور به دلیل نداشتن کنترل بر حوادث زندگی و مشکل در تصمیم‌گیری، اعتماد به نفس پایین و کم‌رنگ شدن حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی و بالا بودن سطح فشار روانی بیشتر از راهبرد هیجان مدار استفاده می‌کنند (۱۹). همچنین تحقیقات نشان داده است هنگامی که حادثه‌ای دارای سطح بالایی از تهدیدزایی باشد با اهمیت بیشتری از سوی افراد، ارزیابی می‌شود؛ لذا احتمالاً توجه افراد از خود مشکل به هیجانات مرتبط به آن معطوف می‌شود. بنابراین در حوادث مهم‌تر و تهدیدکننده‌تر راهبردهای هیجان مدار بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱۹،۲۰).

پژوهش حاضر نشان داد که بیش از یک پنجم زنان نابارور از زندگی زناشویی خود ناراضی بودند. عدم رضایت در کسانی که بیمار تشخیص داده شده بودند بیشتر از افراد سالم بود. یافته حاضر نشان‌دهنده این امر می‌باشد که ناباروری نه تنها یک جنبه روان‌شناختی مهم در فرد بوجود می‌آورد؛ بلکه می‌تواند به عنوان عاملی علیه استحکام ازدواج نیز عمل نماید. برای برخی زوجها فایده آمدن بر اتهامات، اضطرابها و نگرانی‌های حاصل از ناباروری مشکل بوده و روابط عاطفی و بین فردی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این امر موجب شعله‌ور شدن تضادهای قدیمی و همچنین برداشت منفی فرد بیمار از خویشستن و صلاحیت او گشته، در نتیجه رضایت از زندگی را کاهش می‌دهد. تحقیقات نشان داده زوج‌هایی که قبل از مطلع شدن از ناباروری روابط خوبی داشته‌اند، ناباروری کمتر در روابط آنها تأثیر گذاشته و حتی اغلب موجب نزدیکتر و قوی‌تر شدن روابط بین آنان شده است. حال آن که زوج‌هایی که قبلاً روابط غیرصمیمانه داشته‌اند بیشتر دچار مشکلات خانوادگی و تعارضات زناشویی می‌گردند (۶). نتیجه آنکه بررسی حاضر نشان داد که اختلالات روحی

نابارور انجام گیرد؛ حال آنکه بررسی زوج‌های نابارور می‌تواند یافته‌های دقیق‌تری از مشکلات فردی و بین فردی این زوجها به دست دهد. پیشنهاد می‌شود در آینده تحقیقاتی جهت بررسی این متغیرهای مهم صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

باروری و تجربه حس مادری موجب احساس رضایت از خود در زنان شده، شادمانی و آستانه تحمل مشکلات را در آنان افزایش می‌دهد. درحالی‌که ناباروری ضربه روانی شدیدی محسوب می‌گردد که علاوه بر کاهش احساس ارزشمندی و اعتماد به نفس در زنان موجب بروز تنش در روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی می‌شود و می‌تواند منجر به بروز اختلال در سلامت روانی فرد و مشکلات زناشویی شده، زمینه جدایی زوجین را فراهم سازد. لذا درمان توأم ناباروری و روانپزشکی می‌تواند در پیشگیری یا رفع مشکلات موجود بسیار مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مسئولین و دست‌اندرکاران محترم مرکز ناباروری بیمارستان چهارمین شهید محراب کرمانشاه که در اجرای این تحقیق ما را یاری دادند تشکر و قدردانی می‌گردد.

و روانی در زنان نابارور تحت درمان با روش‌های لقاح خارج رحمی جدی است؛ زیرا بیمار را در یک سیکل معیوب قرار می‌دهد. از یک طرف مشکلات روانی باعث کاهش کارایی جسمی و پاسخ‌دهی بیمار به درمان‌های طبی ناباروری می‌شود و از طرف دیگر ادامه پیدا کردن ناباروری و شکست‌های احتمالی در مراحل درمانی منجر به افزایش مشکلات روانی این بیماران می‌گردد. در نتیجه باید امکاناتی فراهم آید که این افراد به موازات درمان‌های طبی ناباروری از درمان‌های روانپزشکی نیز برخوردار گردند و یا در مراکز درمان ناباروری علاوه بر متخصصین درمان ناباروری (اورولوژی) زنان و نازایی و جنین‌شناسی، روانپزشکان و روانشناسان نیز جزء تیم درمانی قرار گیرند.

در این پژوهش، محدود بودن افراد مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری موجب گردید متغیرهای مهمی مانند طول مدت ازدواج، طول مدت ناباروری و طول مدت درمان مورد بررسی قرار نگیرد. بدیهی است، دامنه مشکلات فردی که مدت زمان زیادی از ازدواج او نمی‌گذرد و یا اخیراً با استرس ناباروری مواجه شده و هنوز اولین سیکل‌های درمانی خود را می‌گذراند با فردی که سال‌ها با این مشکل مواجه است و چندین سیکل درمانی وی با شکست مواجه شده قابل مقایسه نمی‌باشد. همچنین عدم دسترسی به همسران زنان نابارور موجب گردید پژوهش حاضر فقط بر روی زنان

References

- 1- Yao MWM, Schust DJ. Infertility, Novak's gynecology. 2002;13th Edition.pp: 973-975.
- 2- آخوندی محمد مهدی. آشنایی مقدماتی با ناباروری. فصلنامه بهداشت باروری، سال اول، شماره اول، ۱۳۸۲، صفحات: ۲۹-۳۱.
- 3- محمدی محمدرضا، خلیج‌آبادی فراهانی فریده. مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها، فصلنامه باروری و ناباروری، سال دوم، شماره هشتم، پاییز ۱۳۸۰، صفحات: ۳۳-۳۹.
- 4- Hirxsch AM, Hirxsch SM. The longer psychosocial effects of infertility. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1995;24 (6):517-521.
- 5- کرمی‌نوری رضا. ناباروری و جنبه‌های روانی-اجتماعی، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری سال دوم، شماره ۲ (۱۳۷۹)، صفحات: ۵۷-۶۸.
- 6- ربارسولزکی چاهنگ. ناباروری، ارزیابی و درمان، ترجمه محمدعلی کریم‌زاده، انتشارات یزد، ۱۳۷۵، صفحات: ۲۸-۳۲.

- 7- Domar AD, Clapp D, Slasby E. The impact of group psychological intervention on pregnancy rates in infertile woman. *Fertil Steril*. 2000;73(7):805-811.
- 8- Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer P, Kehde S, Kohn FM, Schroeder-Printzen I, et al. Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*. 1999;31(1):27-35.
- 9- Caruso K, Dorothy A, Greenfeld M. Psychological status of in vitro fertilization. Patients during pregnancy. *Fertil Steril*. 2000;73(6):1159-1164.
- 10- Boivin J, Takefman JE, Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and non-pregnant woman. *Fertil Steril*. 1995;64(4):802-881.
- 11- Rajvir D, Ceinwen E, Cumming DC. Psychological well-being and coping patterns in fertile men. *Fertil Steril*. 2000;74(5):702-706.
- 12- Mcnaughton- C, Bostwick M. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2000;74(81):87-93.
- 13- Strauss B, Hepp U, Staeding G. Psychological characteristics of infertile couples: can they predict pregnancy and treatment persistence?. *J comm Apple Soc Psychol*. 1998;(8):289-301.
- ۱۴- حسینی منیر. بررسی هویت فردی و افسردگی واکنشی مربوط به آن در دانشجویان فنی مهندسی و پزشکی دانشگاه‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۳۷۵. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه الزهراء، ۱۳۷۵.
- ۱۵- پالاهنگ حسن، نصر اصفهانی مهدی، براهنی محمدنقی، شاه محمدی داوود. همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار. پاییز ۱۳۷۵، صفحات: ۲۷-۱۹.
- ۱۶- جواد قدمگاهی. کیفیت روابط اجتماعی، میزان استرس و راهبردهای مقابله با آن در بیماران کرونری قلب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۶.
- ۱۷- پورشه‌باز عباس. رابطه بین ارزیابی میزان استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۲.
- ۱۸- خسروی زهره. عوامل پیش‌بینی کننده سلامت روان در زوج‌های نابارور، فصلنامه باروری و ناباروری، زمستان ۱۳۸۰، صفحات: ۶۴-۵۶.
- 19- Hoodsan W, Guidance of walmir scales scoring. Tempe (Editor). Az walmir Publication. 1992.
- ۲۰- ابراهیمی امراله، بواله‌ری جعفر، ذوالفقاری فضلیه. بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانباران قطع نخاعی. فصلنامه اندیشه و رفتار (۱۳۸۱)، صفحات: ۴۱-۴۰.