

جنبه‌های روانی - اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی

رضا کرمی‌نوری (Ph.D.)^۱، محمد مهدی آخوندی (Ph.D.)^۲، زهره بهجتی اردکانی (B.Sc.)^۳

۱- عضو گروه حقوق بیوتکنولوژی ناباروری و اخلاق پزشکی پژوهشکده ابن‌سینا، استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲- استادیار، متخصص باروری آزمایشگاهی، گروه ژنتیک، پژوهشکده ابن‌سینا، تهران، ایران.

۳- کارشناس، عضو گروه حقوق بیوتکنولوژی ناباروری و اخلاق پزشکی، پژوهشکده ابن‌سینا، تهران، ایران.

چکیده

پدیده ناباروری علاوه بر قلمرو علوم پزشکی، در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز مورد بحث و بررسی است. ناباروری بعنوان یک بحران روانی، استرس زیادی را بر زوجهای نابارور وارد نموده و به طرق گوناگون سلامت روانی آنها را تهدید می‌نماید. نرخ بالای باروری در ایران به لحاظ جنبه‌های اجتماعی-فرهنگی آن، خصوصاً نزد زنان، اهمیت ویژه‌ای را جهت مطالعه پدیده ناباروری با تکیه بر جنبه‌های روانی اجتماعی مطرح می‌نماید. این پژوهش، بعنوان مطالعه مقدماتی و اولیه، دیدگاه پزشکان و متخصصان درگیر در امر ناباروری را که ضمن برخورداری از تجارب مفید از زوجهای نابارور، بعنوان یکی از منابع مهم و قابل اعتماد جهت مطالعات فرهنگی-اجتماعی ناباروری بشمار می‌روند، مورد مطالعه قرار می‌دهد. مطالعه حاضر پژوهشی است هدفدار، که با طرح مسائل اولیه روانی-اجتماعی در ناباروری، شناخت نقش عوامل روانی-اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی و شناخت میزان اهمیت مسائل روانی-اجتماعی ناباروری نزد این پزشکان را مورد بررسی قرار می‌دهد، تا از این طریق هم حمایت روانی-اجتماعی بیشتری از زوجهای نابارور انجام پذیرد و هم به لحاظ اقتصادی از جهت صرف وقت و هزینه‌های غیرضروری یا از انجام درمانهای پزشکی نابجا جلوگیری نماید و یا درمانهای پزشکی را با اثر بخشی بیشتری همراه سازد. برای مطالعه عوامل روانی-اجتماعی درگیر ناباروری، پس از بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه ساندبی (۱۹۹۷) در یک مطالعه اولیه، پرسشنامه‌ای ۴۰ سوالی تدوین گردید و در میان ۱۲۰ پزشک و متخصص درگیر در امر ناباروری با تخصص‌های گوناگون (زنان و زایمان، ارولوژی، جنین‌شناسی، عفونی و پزشکان عمومی) توزیع گردید. یافته‌های این مطالعه توصیفی نشان داد که از دیدگاه پزشکان پدیده ناباروری یک موضوع نسبتاً مهم در جامعه ایران است که توجه بیشتری را طلب می‌کند. همچنین از دیدگاه پزشکان جمعیت نابارور در ایران که از طبقه نسبتاً کم درآمد می‌باشند و درمان ناباروری هزینه نسبتاً بالایی را بر آنها تحمیل می‌کند. بیشترین مشکلات عاطفی و روانی زوجهای نابارور، ناامیدی، سرخوردگی، ترس و اضطراب بوده و کمتر با خشم و پرخاشگری همراه بوده است. این مشکلات، به همراه مشکلات خانوادگی و اجتماعی، از نوع برهم خوردن روابط زناشویی و بروز مسائلی از قبیل ازدواج مجدد، جدایی و طلاق از موضوعات بسیار مهمی است، که خدمات روانشناسی و مشاوره را بسیار مهم و حیاتی می‌سازد. یاس و ناامیدی، ترس و اضطراب، از عوامل روانشناختی مهمی است که هر فرد انسانی را برای ابتلا به بیماری روانی مهیا می‌سازد. در این خصوص زنان بیش از مردان در معرض آسیب‌های روانی هستند. در این ارتباط، از دیدگاه پزشکان، استرس و افسردگی در ایجاد ناباروری، مشاوره و روان‌درمانی و آگاهی از جزئیات اقدامات تشخیصی و درمانی در درمان و بهبود ناباروری نقش مؤثری را ایفا نموده و حضور روانشناسان و مشاوران در بخشهای درمانی و کلینیکی ناباروری را ضروری می‌نماید، تا مداخلات روانی لازم را در کلیه مراحل قبل از درمان، حین درمان و بعد از درمانهای پزشکی، برای بیماران فراهم آورند.

گل واژگان: ناباروری، عوامل روانی-اجتماعی، مشاوره روانشناسی، مشکلات عاطفی-روانی زوجهای نابارور.

آدرس مکاتبه: دکتر رضا کرمی‌نوری، اوین، دانشگاه شهید بهشتی، انتهای بلوار، پژوهشکده ابن‌سینا، ص-پ ۱۷۷-۱۹۸۳۵، تهران، ایران.

پست الکترونیک: reza_nouri@yahoo.com

مقدمه:

در جمعیت‌شناسی، ناباروری یا ناتوانی در بچه‌دار شدن بطور غیرمستقیم بر اساس فراوانی زنان متاهلی تعریف می‌شود که پس از یک دوره زمانی (غالباً ۵ سال) در بارداری یک بچه زنده ناموفق بوده‌اند. تعریف بالینی ناباروری بر اساس سازمان بهداشت جهانی (WHO) عبارت از ناتوانی در بارداری بعد از یک سال مقاربت طبیعی، مداوم و بدون پیشگیری می‌باشد (۱).

بر اساس مطالعات حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان نوعی ناباروری را در طی زندگی باروری خود تجربه می‌کنند (۲) و این تجربه می‌تواند بدترین تجربه در طول زندگی آنها باشد (۳). باید به این نکته توجه داشت که اگر چه بر اساس برآورد فوق ممکنست ناباروری از نظر کمی یک معضل پزشکی محسوب نگردد ولی به دلیل آنکه هر زوج مبتلا برای حل این مشکل وقت و هزینه زیادی را صرف می‌کنند و بستگان و آشنایان بسیاری در ارتباط با زوج نابارور درگیر می‌شوند، بررسی و مطالعه پدیده ناباروری از جنبه روانی-اجتماعی اهمیت خاصی برخوردار می‌شود (۴) این پدیده خصوصاً در کشورهایی که نرخ باروری بالا است و باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی در نزد زوجها و خانواده‌های آنان دارای ویژگی خاصی است، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۵). بر اساس مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف شیوع ناباروری از ۱۰ تا ۱۸ درصد متفاوت می‌باشد و به دلایل گوناگونی (آلودگیهای محیط زیست و بیماریهای مقاربتی) حتی در جوامع پیشرفته (نظیر آمریکا) در حال افزایش است.

همانگونه که ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک می‌باشد و در قلمرو علوم پزشکی قرار می‌گیرد، دارای جنبه‌های روانی-اجتماعی نیز می‌باشد و در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز قرار می‌گیرد. مطالعات نشان می‌دهند که عوامل روانشناختی می‌توانند هم در ایجاد ناباروری دخالت داشته و هم اینکه ناباروری پی‌آمدهایی روانشناختی را با خود به‌مراه داشته باشد (۷). از همان ابتدا پدیده ناباروری با عوامل روانشناختی درگیر است. این پدیده بعنوان یک حادثه استرس‌زا، هیجان آور و ناکام‌کننده در نزد

زوجهای نابارور (خصوصاً زنان) مطرح می‌باشد (۸). عدم توانایی فرد برای انجام طبیعی فرآیند تولیدمثل و صاحب فرزند شدن بعنوان یکی از تجربیات تلخ و دردآور زندگی بوده که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می‌تواند به اهمیت آن بیافزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی و اجتماعی نماید.

با توجه به نرخ بالای زاد و ولد در ایران و اهمیت باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی (بویژه برای زنان)، مطالعه پدیده ناباروری بویژه با تکیه بر جنبه‌های روانی-اجتماعی آن از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. متأسفانه در ایران، مطالعات زیادی از این جهت صورت نگرفته است و تنها به مطالعات معدودی از جمله مطالعه ناباروری اولیه بر اساس سن ازدواج در تهران (۹)، بررسی رابطه ازدواج خویشاوندی والدین با ناباروری فرزندان آنها (۱۰) و پایان‌نامه‌های محدود دانشجویی نظیر اثر درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روانی زنان نابارور تحت درمان با روش IVF-ET (۱۱)، بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور (۱۲) می‌توان اشاره کرد.

در مطالعه حاضر بر آن شدیم تا پدیده ناباروری را از دیدگاه پزشکان ایرانی با تمرکز بر جنبه‌های روانی-اجتماعی مورد بررسی و مطالعه قرار دهیم. با توجه به اینکه پزشکان و متخصصان ناباروری بر اساس حرفه خویش با زوجها نابارور بطور مستمر روبرو بوده و از تجربه بسیار خوبی برخوردار هستند می‌توانند منبع خوبی برای اینگونه مطالعات باشند، بویژه آنکه از این طریق می‌توان به توصیف جنبه‌های روانی-اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان پرداخت. مطالعه موجود این امکان را فراهم می‌نماید تا از یکطرف بطور مقدماتی و از دیدگاه پزشکان ایرانی نقش عوامل روانی-اجتماعی را در ناباروری جستجو نمائیم و از طرف دیگر در جامعه پزشکان اهمیت مسائل روانی-اجتماعی را مورد بررسی مقدماتی قرار دهیم. هدف این مطالعه آنست که با طرح مسائل اولیه نقش عوامل روانی-اجتماعی را در ناباروری بیش از پیش مورد اهمیت قرار داده و از این طریق هم زوجها نابارور به لحاظ روانی-اجتماعی مورد حمایت بیشتری قرار گیرند و هم به لحاظ اقتصادی از صرف

هزینه‌های غیر ضروری درمان‌های پزشکی برای آنها جلوگیری شود.

روش کار:

در این مطالعه ابتدا از پرسشنامه ۲۵ سوالی ساندبی (۱۹۹۷) استفاده گردید که در کشور گامبیا اجرا شده بود. برای بررسی روایی و اعتبار این پرسشنامه در مطالعه اولیه‌ای^۲

نتایج:

بر اساس جدول ۱ میانگین سنی مردان در همه گروه‌های پزشکی از میانگین سنی زنان بالاتر است (۴۸/۹۵ سال در مقابل ۳۶/۷۹ سال) و به همین ترتیب میانگین سابقه درمانی مردان نیز از زنان بالاتر است (۱۶/۸۴ سال در مقابل ۸/۶۳ سال). در این میان بیشترین تفاوت در گروه پزشکان

جدول ۱- مشخصات عمومی انواع گروه‌های پزشکان

انواع گروه‌های پزشکان	تعداد		میانگین سنی		تاهل		فرزند		مرکز درمانی		میانگین سلبه درمانی		محل طبابت		میانگین تعداد مراجعه بیماران	
	ع	س	ع	س	متاهل	تاهل	پسران	دختران	تخصصی	عمومی	ع	س	تهران	شهرستان	ع	س
عمومی	۵	۲۰	۲۹	۴۵.۷۵	۲۲	۳	۲	۲۰	۱۹	۶	۱۰.۶۰	۱۹	۱۴	۱۱	۸.۲۵	۱.۵
زنان و زایمان	۳۴	۱۶	۳۲.۶۷	۵۹.۰۶	۴۵	۵	۳	۴۲	۳۷	۲۱	۷.۰۸	۲۷.۴۳	۱۹	۳۱	۶۸.۶۰	۱۳.۸۵
عفونی	۸	۲	۴۰	۵۴	۹	۱	۳	۶	۸	۹	۸.۸۵	۱۸.۵۰	۳	۶	۶	۲.۳۳
اورولوژی	-	۲۵	-	۴۵	۲۴	۱	۱	۲۴	۲۱	۸	-	۱۱.۱۰	۹	۱۵	۱۹۲.۳۹	۴۰.۱۵
جنین شناس	۲	۸	۲۵.۵۰	۴۱.۲۵	۹	۱	۱	۹	۸	۴	۸	۸.۱۷	۶	۴	۲۹۶.۳۰	۵۵.۶۲
مجموع / میانگین	۴۹	۷۱	۳۶.۷۹	۴۸.۹۵	۱۰۹	۱۱	۱۰	۱۰۱	۹۳	۴۸	۸.۶۳	۱۶.۸۴	۵۱	۶۷	۱۱۴.۳۱	۲۲.۶۹

متخصص زنان و کمترین تفاوت در میان گروه متخصصین جنین شناسی مشاهده می‌شود. همچنین اگر چه متخصصین گروه‌های مختلف هم در مراکز دولتی و هم در مراکز خصوصی مشغول به فعالیتهای پزشکی هستند ولی اشتغال آنها در مراکز درمانی خصوصی دو برابر بیشتر از مراکز درمانی دولتی می‌باشد (۹۳ مورد در مقابل ۴۸ مورد). محل اشتغال آنها نیز به میزان نسبتاً مساوی در تهران و شهرستانها می‌باشد، هر چند در مورد متخصصین زنان و اورولوژی اشتغال در شهرستانها بیش از اشتغال در تهران می‌باشد. در مورد تعداد بیماران نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین گروه‌های پزشکی دیده می‌شود: بیشترین تعداد بیمار بترتیب مربوط به گروه‌های جنین‌شناسی و اورولوژی میباشد (در هر ماه به ترتیب ۵۶ و ۴۰ بیمار). نکته جالب توجه تفاوت قابل ملاحظه تعداد بیماران مربوط به گروه‌های پزشکان زنان و اورولوژی با توجه به مراجعه اختصاصی زنان و مردان به این دو گروه می‌باشد: تعداد بیماران متخصصین اورولوژی به مقدار قابل ملاحظه‌ای بیش از متخصصین زنان می‌باشد (در هر ماه حدود ۴۰ بیمار به

به ۲۰ پزشک و متخصص ناباروری (با تخصص‌های گوناگون زنان و زایمان، اورولوژی، جنین شناسی، عفونی و پزشکان عمومی) ارائه گردید و نظرات و پیشنهادات آنها درباره موارد موجود در پرسشنامه و یا اضافه کردن موارد دیگر، جمع آوری گردید. پرسشنامه نهایی به ۱۲۰ پزشک ایرانی، با تخصص‌های گوناگون که با زوجهای نابارور ارتباط داشتند (به شرح جدول ۱) ارائه گردید.

اکثر این پزشکان و متخصصان از افرادی بودند که در پنجمین سمینار و هفتمین کارگاه عملی روشهای پیشرفته تشخیص و درمان ناباروری (دی ماه ۱۳۷۹) پژوهشکده رویان شرکت داشتند و پرسشنامه‌ها در همان محل سمینار و کارگاه جمع آوری گردید. به برخی دیگر از پزشکان از طریق مراجعه حضوری دسترسی پیدا نمودیم و برخی دیگر از طریق ارسال پستی پرسشنامه‌ها را دریافت نمودند.

جدول ۲- ویژگیهای عمومی زوجهای نابارور از دیدگاه پزشکان

انواع گروههای پزشکی	عمومی	زنان و زایمان	عفونی	اورولوژی	جنین‌شناس	میانگین کل
درآمد (درصد)	بر در آمد	۴۴	۱۸	۱۲،۵۰	۱۰،۷۰	۱۹،۱۴
	درآمد متوسط	۲۴،۵۰	۴۱	۳۹،۷۵	۴۶،۹۰	۴۰،۸۳
	کم درآمد	۵۱،۵۰	۱۴	۴۹،۳۰	۴۳،۷۰	۳۹،۹۰
تحصیلات (درصد)	بیسواد و دبستانی	۴۶	۲۰	۴۴،۵۸	۳۰	۳۶،۳۱
	زیر دیپلم و دیپلم	۴۲،۵۰	۴۷	۷۱،۶۴	۵۷،۵۰	۵۳،۴۳
	دانشگاهی	۱۱،۵۰	۱۳	۱۳،۶۷	۲۰،۸۰	۱۸،۱۹
شغل (درصد)	کارمند	۱۶	۲۵	۳۸،۶۱	۴۴،۳۰	۳۶،۱۸
	آزاد	۵۴	۲۵	۴۰،۵۳	۳۴،۳۰	۳۹،۳۷
	نظامی	۹	۱۴	۱۴،۷۰	۹،۱۷	۹،۳۷
مشاغل مؤثر در ناباروری (درصد)	موارد دیگر	۲۱	۲۶	۱۷،۰۹	۱۳،۶۰	۱۷،۵۴
	تماس با مواد شیمیایی	۳۳	۲۳	۲۱،۵۰	۴۷،۵۰	۲۶
	تماس با گرما	۱۵	۲۵	۱۹	۲۸،۵۰	۲۱،۷۰
	مشاغل استرس‌زا	۶	۱۲	۸	۰	۵،۲۰
	مشاغل دور از خانه	۱۵	۲۴	۳۷	۸	۱۷،۸۰
میانگین متوسط هزینه درمان زوجهای نابارور	رادیولوژی	۱۲	۴	۱۱	۰	۶
	دارویی	۷۸۳۰۰۰	۱۳۵۰۰۰	-	۱۴۹۵۰۰۰	۱۵۱۶۷۵۰
	IUI	۱۸۶۶۰۰۰	۱۱۶۸۰۰۰	-	۱۹۹۱۰۰۰	۱۹۱۸۲۵۰
	IVF	۶۱۲۵۰۰۰	۵۲۶۵۰۰۰	-	۲۸۶۷۰۰۰	۶۷۵۴۷۵۰
	ICSI	۱۸۰۰۰۰۰۰	۹۵۰۰۰۰۰	-	۶۷۵۰۰۰۰	۹۷۲۳۵۰۰
جمع	۲۶۷۷۴۰۰۰	۱۷۲۸۳۰۰۰	-	۱۶۶۸۰۰۰۰	۱۸۰۴۷۷۵۰	

متخصصین اورولوژی و ۱۴ بیمار به متخصصین زنان مراجعه نموده‌اند. این بدان معنا است که مردان حدوداً ۳ برابر زنان برای مسئله نازایی و ناباروری به پزشک مراجعه می‌کنند).

بر اساس داده‌های جدول ۲، در حالیکه غالب گروهها بیشترین درصد درآمد را به بیماران کم درآمد اختصاص داده‌اند، پزشکان متخصص زنان و زایمان بیشترین درصد را به بیماران پردرآمد (۴۴ درصد) و درآمد متوسط (۲۲درصد) اختصاص داده اند. درمورد تحصیلات، اکثر گروهها بیشترین درصد را به بیماران با تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم اختصاص داده‌اند، هرچند که پزشکان عمومی در این رابطه بیشترین درصد را به بیماران بی‌سواد و با تحصیلات دبستانی اختصاص داده‌اند. درمورد شغل، گروههای پزشکان عمومی، متخصص زنان و زایمان، متخصص اورولوژی بیشترین درصد را به بیماران با مشاغل آزاد اختصاص داده‌اند، درحالیکه گروههای بیماریهای عفونی و جنین‌شناس، بیشترین درصد را به بیماران کارمند اختصاص داده‌اند. از طرف کلیه گروهها تماس با مواد شیمیایی، تماس با گرما و مشاغل دور از خانه بعنوان بیشترین عوامل مؤثر در ناباروری اعلام نموده‌اند.

در مورد هزینه‌های درمان، کلیه گروهها درمانهای مربوط به IUI, IVF, ICSI و هزینه داروها را به ترتیب از بیشترین به کمترین هزینه برآورد کرده بودند ولی متخصصین اورولوژی هزینه‌های دارویی را بیش از IUI برآورد کرده بودند. مجموع هزینه‌های درمانی از حداقل ۱۱۶۵۴۰۰۰ ریال تا ۲۶۷۷۴۰۰۰ ریال (با میانگین ۱۸۰۴۷۷۵۰ ریال) برآورد شده بود.

بر اساس داده‌های جدول ۳، مشکل ناباروری از دیدگاه کلیه گروهها بسیار تا نسبتاً جدی می‌باشد. درمورد رایج‌ترین دلیل ناباروری، درحالیکه همه گروهها هر دو علت مردانه و زنانه را در ایجاد ناباروری مهم دانستند ولی تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دو گروه زنان و زایمان و اورولوژی مشاهده می‌شود. در حالیکه پزشکان زنان و زایمان رایج‌ترین علت ناباروری را عامل زنانه می‌دانند (۵۷/۵ درصد در مقابل ۲۹ درصد) گروه پزشکان متخصص اورولوژی رایج‌ترین علت را عامل مردانه می‌دانند (۵۰/۵ در مقابل ۳۶ درصد). گروههای دیگر برای این دو عامل نقش نسبتاً مساوی قائل بوده‌اند.

از دیدگاه کلیه گروهها کیفیت خدمات کنونی برای ناباروری ناکافی و یا نه چندان کافی می‌باشد (۷۴-۱۰۰ درصد). درمورد اینکه خدمات بهداشتی برای بهبود ناباروری چه

جدول ۳- دیدگاه پزشکان نسبت به ناباروری و شیوه‌های درمان آن

انواع گروه‌های پزشکی	عمومی	زنان و زایمان	عفونی	اورولوژی	جنین شناس	میانگین کل
بسیار جدی	۲۴	۲۸	۰	۲۱	۲۲	۱۹
نسبتاً جدی	۵۶	۴۰	۶۰	۴۶	۴۴	۴۹,۲۰
نه چندان جدی	۱۲	۱۰	۲۰	۳۳	۳۳	۲۱,۶۰
اصلاً جدی نیست	۰	۲	۰	۰	۰	۰,۴۰
عوامل مردانه	۴۱,۵۰	۲۹	۳۵	۵۰,۵۰	۴۵	۴۰,۲۰
عوامل زنانه	۴۴	۵۷,۵۰	۴۰	۳۶	۴۷	۴۴,۹۰
نامشخص	۰	۶	۵	۱۰	۲	۴,۶۰
عوامل روانی	۰	۱	۰	۰	۴	۱
کافی	۸	۲۰	۰	۰	۰	۵,۶
نه چندان کافی	۵۲	۵۴	۵۰	۴	۲۵	۳۷
ناکافی	۲۸	۲۰	۳۰	۹۶	۷۵	۴۹,۸۰
پیشگیری از عفونت	۱۴,۳۰	۲۰	۲۰	۱۳	۱۲	۱۵,۸۶
آگاهی و آموزش	۲۸,۵۰	۵۴	۵۰	۳۵,۵	۴۸	۴۳,۲۰
توسعه و احداث مراکز درمانی	۱۴,۳۰	۳۴	۳۰	۲۲,۵	۴	۲۰,۹۶
کاهش هزینه درمان دارویی	۱۴,۳۰	۲۴	۱۰	۲۶	۸	۱۶,۴۶
مراقبت‌های بهداشتی	۱۴,۳۰	۱۰	۰	۳	۱۲	۷,۸۶

کاری می‌تواند انجام دهد در کلیه گروه‌ها بیشترین درصد را به آگاهی و آموزش بیماران اختصاص داده بودند. در عین حال توسعه و احداث مراکز درمانی، پیشگیری از عفونت و کاهش هزینه‌های دارویی نیز موارد بعدی قابل اهمیت را شامل می‌شوند.

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که کلیه گروه‌ها، اثر روش‌های ART در درمان ناباروری را تا «حدودی» و یا «کم» ارزیابی کرده‌اند: (بعنوان مثال متخصصین زنان و زایمان ۴۶ درصد و متخصصین اورولوژی ۶۸ درصد) و

درصد کمتری از پزشکان این اثر را «زیاد» و یا «بسیار زیاد» ارزیابی نموده‌اند (بعنوان مثال: زنان و زایمان ۴۰ درصد و متخصصین اورولوژی ۲۸ درصد). در این میان گروه‌های پزشکان عمومی و جنین شناسی اثر بخشی روش‌های ART را بطور متعادل ارزیابی نموده‌اند (پزشکان عمومی: زیاد و بسیار زیاد ۳۲ درصد، کم و تا حدودی ۳۶ درصد، جنین شناس: زیاد و بسیار زیاد ۵۰ درصد کم و تا حدودی ۵۰ درصد).

در پاسخ به سؤال شناس موفقیت برای اقدامات درمانی

جدول ۴- دیدگاه پزشکان نسبت به موفقیت شیوه‌های درمان ناباروری

انواع گروه‌های پزشکی	عمومی	زنان و زایمان	عفونی	اورولوژی	جنین شناس	میانگین کل
بسیار زیاد	۴	۲	-	۰	۳۰	۷,۲۰
زیاد	۲۸	۳۸	-	۲۸	۲۰	۲۲,۸۰
تاحدودی	۳۶	۳۴	۲۰	۴۴	۴۰	۳۴,۸۰
کم	۰	۱۲	-	۲۴	۱۰	۹,۲۰
درمان دارویی	۳۱	۳۷	۵۰	۱۹,۵۰	۱۴	۳۰,۳۰
روش‌های درمانی ART	۲۶	۱۶,۵۰	-	۳۲	۳۶	۲۲,۱۰
هر دو مورد	۴۳	۴۶,۵۰	-	۴۸,۵۰	۵۰	۳۷,۶۰
جراحی لوله رحمی	۳,۳۵	۲,۴۹	-	۳,۰۶	۳,۰۰	۲,۹۷
استفاده از OCP	۳,۳۱	۲,۸۹	-	۳,۴۱	۴,۱۰	۳,۴۲
استفاده از D&C	۳,۰۶	۲,۰۸	-	۲,۸۱	۳,۱۰	۲,۷۶
تجویز آنتی بیوتیک	۴,۲۳	۳,۹۸	-	۳,۵۳	۳,۷۰	۳,۸۶
کاهش فعالیت مقاربت	۳,۲۰	۲,۶۰	-	۲,۱۸	۲,۰۰	۲,۴۹
طب سنتی و گیاهی	۱,۷۰	۱,۹۵	-	۲,۱۰	۱,۸۰	۱,۸۸
هیستروسالینوگرافی	۳,۸۰	۴,۵۰	-	۴,۱۷	۴,۰۰	۴,۱۱
تست اسپرم شوهر	۴,۵۵	۴,۹۲	-	۴,۷۰	۴,۸۰	۴,۷۴
سونوگرافی	۴,۰۵	۴,۷۱	-	۴,۸۰	۴,۴۰	۴,۴۹
IVF	۳,۸۸	۴,۲۰	-	۴,۱۶	۴,۶۰	۴,۲۱
GIFT	۳,۶۶	۴,۰۸	-	۴,۱۶	۴,۳۳	۴,۰۵
ICSI	۳,۵۰	۴,۱۱	-	۴,۴۲	۴,۶۶	۴,۱۷

(دارویی، روشهای ART) کلیه گروهها استفاده توام هر دو روش را پیشنهاد نموده‌اند. درحالیکه برای روشهای ART و درمان دارویی اتفاق نظر وجود نداشت. در گروههای پزشکان عمومی و زنان و زایمان درصد بیشتری را برای شانس موفقیت درمان دارویی قرار داده بودند در حالیکه متخصصین اورولوژی و جنین‌شناس‌ها شانس موفقیت بیشتری را برای روشهای ART قائل بودند.

در رابطه با نظر سنجی در مورد شیوه‌های گوناگون درمان ناباروری کمترین موافقت با طب سنتی و گیاهی و بیشترین موافقت با انواع روشهای ART بود.

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که در رابطه با اولین توصیه‌ها به زوجهای نابارورها، «ارجاع به مرکز درمانی» و «تشخیص علل ناباروری» درمیان کلیه گروهها از بیشترین درصد برخوردار بود، اگرچه در میان گروهها از این حیث

حتی بطور قابل ملاحظه‌ای از ارجاع به مراکز درمانی (۲۰/۵ درصد) و تشخیص علت ناباروری (۳ درصد) نیز بیشتر مورد توجه آنها بود. متخصصین اورولوژی و پزشکان عمومی در رده بعدی قرار دارند (۲۶ و ۲۴ درصد). جنین‌شناسان و متخصصین عفونی کمترین درصد را برای توصیه‌های روانی قائل بودند.

در پرسش نخستین اقدام درمانی، کلیه گروهها برای اقدام تشخیصی مرد درصد بیشتری را درمقایسه، اقدام تشخیصی زن قائل بودند، تنها جنین‌شناسان بودند که اولویت را به اقدامات تشخیصی زن می‌دادند. اما در پاسخ به سؤال چه آزمایش‌هایی را برای بررسی ناباروری ضروری می‌دانید:

گروههای پزشکان عمومی، متخصصین اورولوژی و جنین‌شناسان بررسی آزمایشگاهی مرد را ضروری‌تر از بررسی آزمایشگاهی زن می‌دانستند درحالیکه گروههای

جدول ۵- اقدامات درمانی مورد استفاده پزشکان

انواع گروههای پزشکی		عمومی	زنان و زایمان	عفونی	اورولوژی	جنین‌شناس	میانگین کل
اولین توصیه شما به زوجهای نابارور چیست (درصد)	ارجاع به مراکز درمانی	۳۴	۲۰.۵۰	۲۰	۲۹	۶۹.۲۳	۳۴.۵۵
	توصیه های روانی فردی	۲۴	۳۶	۱۰	۲۶	۷.۶۹	۲۰.۷۴
	توصیه های خانوادگی	۳.۵۰	۶.۵۰	۰	۰	۷.۶۹	۳.۵۴
نخستین اقدام درمانی در اولین مراجعه چیست (درصد)	تشخیص علل ناباروری	۲۱	۲۳	۳۰	۳۵.۵۰	۷.۶۹	۲۳.۴۴
	معاینه و شرح حال	۱۶	۲۷.۵۰	۴۰	۳۳.۵۰	۳۵.۲۹	۳۰.۴۶
	اقدامات تشخیصی مرد	۳۶	۲۷.۵۰	۰	۳۳.۵۰	۵.۸۸	۲۰.۵۸
چه آزمایشهایی را برای بررسی ناباروری ضروری میدانید ()	اقدامات تشخیصی زن	۱۲	۹.۲۱	۰	۳.۰۰	۲۳.۵۳	۹.۵۵
	اقدامات درمانی	۸	۱۵.۵۰	۰	۱۲	۱۷.۶۵	۱۰.۶۳
	بررسی آزمایشگاهی زن	۲۸	۲۸	۱۹	۱۶	۳۰.۵۰	۲۴.۳۰
آیا زوجها را به مراکز درمانی دیگر ارجاع میدهید (درصد)	بررسی imaging زن	۱۴	۳۱	۱۲.۵۰	۱.۵۰	۶	۱۳
	بررسی آزمایشگاهی مرد	۳۷	۲۷.۵۰	۱۹	۵۶.۵۰	۳۹.۵۰	۲۵.۹۰
	بررسی imaging مرد	۳.۵۰	۰.۵۰	۶	۱۹	۲۱	۱۰
انجام چه مراحل درمانی را به آنها پیشنهاد می‌دهید (درصد)	بلی، بلافاصله	۱۵	۲	۴۰	۰	۱۰	۱۳.۴۰
	پس از اقدامات درمانی	۷۰	۶۸	۴۰	۶۴	۲۰	۵۲.۴۰
	ندرتا	۵	۱۶	۰	۳۲	۵۰	۱۱.۶۰
انجام چه مراحل درمانی را به آنها پیشنهاد می‌دهید (درصد)	هرگز	۰	۰	۰	۰	۲۰	۴
	بررسی زن نابارور	۳۰.۵۰	۳۱	۰	۲۳	۶	۱۸.۱۰
	بررسی مرد نابارور	۲۸	۲۶	۰	۲۷	۱۱.۵۰	۱۸.۵۰
	معرفی برای ART	۶.۵۰	۳	۲۰	۰	۶	۷.۱۰
بررسی و مشاوره درمان ART	بررسی و مشاوره	۲.۱۷	۳	۱۰	۲	-	۳.۴۳
	درمان ART	۴.۵۰	۱۳	۱۰	۱۸	۴۷	۱۸.۵۰

تفاوتهایی وجود داشت. بیشترین توصیه پزشکان عمومی و جنین‌شناس ارجاع به مراکز درمانی است درحالیکه بیشترین توصیه متخصصین اورولوژی، تشخیص علل ناباروری می‌باشد. در مورد توصیه‌های روانی (فردی) بیشترین درصد به متخصصین زنان و زایمان تعلق داشت (۳۶ درصد) که

تفاوتهایی وجود داشت. بیشترین توصیه پزشکان عمومی و جنین‌شناس ارجاع به مراکز درمانی است درحالیکه بیشترین توصیه متخصصین اورولوژی، تشخیص علل ناباروری می‌باشد. در مورد توصیه‌های روانی (فردی) بیشترین درصد به متخصصین زنان و زایمان تعلق داشت (۳۶ درصد) که

جدول ۶- اثرات درمان ART بر ناباروران

انواع گروه‌های پزشکان	تفاوت کودکان ART با کودکان عادی				تأثیر ART بر بیماران به لحاظ روانی* به دلایل عاطفی و روانی پزشکی درمان را رها می‌سازد*	نگرش بیماران به روشهای ART (درصد)				
	بسیار زیاد	زیاد	کم	بسیار کم		بسیار زیاد	زیاد	کم	بسیار کم	
عمومی	۰	۱۵	۵۰	۲۵	۳,۶۷	۳,۷۸	۲۵	۱۵	۰	۴۰
زنان و زایمان	۲	۱۰	۱۲	۲۴	۳,۴۴	۳,۸۹	۲۲	۴	۲	۶۴
عفونی	۰	۰	۰	۰	۳,۴۳	۳,۴۰	۵۰	۱۰	۰	۲۰
اورولوژی	۰	۵	۴۲	۵۲	۳,۳۳	۳,۵۸	۲۸	۸	۰	۶۴
جنین‌شناس	۰	۰	۰	۰	۳,۰۰	۴,۰۰	۰	۰	۰	۱۰۰
میانگین کل	۰,۴۰	۶	۲۰,۸۰	۴۰,۲۰	۳,۱۷	۳,۷۳	۲۵	۷,۴۰	۰,۴۰	۵۷,۶۰

* مقیاس درجه بندی از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵)

اظهار بی‌اطلاعی نموده بودند (از ۵۰-۲۲ درصد). کلیه گروهها، درمورد تأثیر ART به لحاظ روانشناختی مقیاسهای نسبتاً زیاد را انتخاب کرده بودند. در مورد اینکه بیماران تا چه میزان درمان پزشکی را به دلایل روانی و عاطفی درمان پزشکی را ناتمام رها می‌کنند، متخصصین زنان و زایمان و اورولوژی و عفونی گزینه نسبتاً زیاد را

داده‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که از دیدگاه کلیه گروهها نگرش درصد بالایی از بیماران به روشهای ART مثبت بوده است (حداکثر جنین‌شناسان ۱۰۰ درصد و حداقل عفونی ۲۰ درصد). نگرش منفی تنها از طرف گروه زنان و زایمان آن هم به میزان ۲ درصد مطرح شده بود. البته باید توجه داشت که درصد قابل توجهی در پاسخ به این سوال

جدول ۷- روابط عاطفی بین زوجهای نابارور و پزشکان

انواع گروههای پزشکی	عمومی	زنان و زایمان	عفونی	اورولوژی	جنین‌شناس	میانگین کل
نوع مراجعه بیماران به شما چگونه است؟ (درصد)						
زن و شوهر با هم	۲۹	۲۴	۲۷	۵۵,۲۸	۵۰	۳۷,۰۶
زن به تنهایی	۲۳,۵۰	۲۳	۳۲,۵۰	۹	۱۵,۵۰	۲۲,۷۰
زن به همراه خویشان خود	۲۶,۵۰	۲۱,۵۰	۲۹,۵۰	۷,۷۵	۷	۱۸,۴۵
زن به همراه خویشان شوهر	۴,۵۰	۷,۵۰	۰	۵,۲۵	۴	۴,۲۵
شوهر به تنهایی	۱۲,۵۰	۵	۱۱	۴۲,۵۰	۱۷	۱۷,۶۰
شوهر به همراه خویشان خود	۲	۴	۰	۶,۴۵	۴,۵۰	۳,۳۹
شوهر به همراه خویشان زن	۲	۵	۰	۴,۵۰	۲	۲,۷۰
آیا شما از زوجین می‌خواهید که به همراه یکدیگر مراجعه نمایند (درصد)						
هرگز	۵	۸	۳۰	۰	۱۰	۸,۶۰
گاهی اوقات	۲۵	۴۶	۵۰	۴۰	۲۰	۳۶,۲۰
همیشه	۶۰	۴۲	۲۰	۴۴	۷۰	۴۹,۶۰
آیا در رابطه با جنبه‌های عاطفی و اجتماعی با بیماران خود مشورت می‌کنید (درصد)						
غالباً	۵۰	۷۶	۴۰	۵۶	۵۰	۵۲
گاهی اوقات	۲۰	۸	۲۰	۴۰	۳۰	۲۳,۶۰
ندرتاً	۱۰	۲	۰	۰	۲۰	۶,۴۰
هرگز	۰	۰	۰	۰	۰	۰
در رابطه با جنبه‌های عاطفی و اجتماعی ناباروری به بیماران خود چه می‌گویید (درصد)						
توصیه‌های درمانی	۱۵	۱۷	۰	۲۲	۱۸,۵۰	۱۸,۱۳
حمایت‌های روحی-روانی	۴۰	۵۴	۱۷	۳۹	۲۶	۳۵,۲۰
حمایت‌های مذهبی	۲۱	۱۴	۰	۱۷	۷,۵۰	۱۱,۹۰
توصیه‌های خانوادگی	۱۸	۲۰	۵۰	۱۷	۴۰,۵۰	۲۹,۱۰
قبول فرزند	۱۵	۷	۰	۶	۰	۵,۶۰
آیا آگاهی دادن به بیماران درباره جزئیات درمان ضروری میدانید (درصد)						
کاملاً ضروری	۴۵	۶۰	۴۰	۵۲	۸۰	۵۵,۴۰
نسبتاً ضروری	۳۰	۲۴	۴۰	۴۸	۲۰	۳۲,۴۰
ضرورتی ندارد	۰	۴	۰	۰	۰	۰,۸۰
کاملاً غیر ضروری	۰	۲	۰	۰	۰	۰,۴۰
آیا پس از ازمراحل درمانی با بیماران خود رابطه دارید (درصد)*						
در صورت شکست درمان	۲,۴۳	۲,۵۵	۱,۸۰	۳,۴۸	۳,۹۰	۲,۸۳
در صورت موفقیت درمان	۳۰,۸	۲,۸۰	۲,۰۰	۳,۱۷	۳,۶۰	۲,۹۳

* مقیاس درجه بندی از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۴)

انتخاب کرده بودند. کلیه گروهها در مورد تفاوت کودکان ART با کودکان عادی گزینه نسبتاً زیاد را انتخاب کرده بودند. گزینه «کم» و «زیاد» از طرف گروههای متخصصین اورولوژی (۴۷ درصد)، زنان (۲۲ درصد) و پزشکان عمومی (۶۵ درصد) نیز انتخاب شده بود. تنها گروه زنان و زایمان گزینه بسیار زیاد (۲ درصد) را انتخاب را نمودند.

داده‌های جدول ۷ نشان می‌دهد که در بیشتر موارد زنان به تنهایی و یا به همراه خویشان به پزشکان مراجعه می‌کنند (پزشکان عمومی ۵۴/۵ درصد، زنان و زایمان ۶۲ درصد، متخصصین عفونی ۶۲ درصد) درحالیکه درصد کمتری از بیماران زن و شوهر با یکدیگر مراجعه می‌کنند (پزشکان عمومی ۲۹ درصد، زنان و زایمان ۲۴ درصد، عفونی ۲۷ درصد) و درصد کمتری نیز به مراجعه مردان به تنهایی و یا به همراه خویشان تعلق دارد (پزشکان عمومی ۱۶/۵ درصد، زنان و زایمان ۱۴ درصد). گروه پزشکان اورولوژی با توجه به تخصص خود بیشترین درصد را به مراجعه زن و شوهر به همراه یکدیگر (۵۵/۲۸ درصد) و سپس به مراجعه مرد به تنهایی (۴۲/۵ درصد) تعلق دارد و گروه جنین‌شناسی

بیشترین درصد به مراجعه زن و شوهر به همراه یکدیگر (۵۰ درصد) اختصاص داده بودند و آنها میزان مراجعه زن به تنهایی یا به همراه خویشان (۲۶/۵ درصد) و مرد به تنهایی و یا به همراه خویشان (۲۳/۵ درصد) را نسبتاً مساوی گزارش کردند. این در حالی است که در کلیه گروههای تخصصی اغلب از بیماران خواسته می‌شود که زن و شوهر با یکدیگر مراجعه نمایند، هر چند در این رابطه تفاوتی در میان گروهها دیده می‌شود، بدین شکل که پزشکان عمومی، متخصصین اورولوژی و جنین‌شناسان بیشتر از سایر گروهها بر مسئله تأکید دارند. کلیه گروهها در رابطه جنبه‌های عاطفی و اجتماعی غالباً با بیماران خود مشورت می‌کنند، هر چند که گروه زنان و زایمان بیش از سایر گروهها به این مورد توجه می‌نمایند. در مورد انواع مشاوره‌های عاطفی و اجتماعی به ترتیب گروه زنان و زایمان (۵۴ درصد)، پزشکان عمومی (۴۰ درصد)، متخصصین اورولوژی (۳۹ درصد) به حمایت‌های روحی- روانی بیشتری از بیماران می‌پردازند، درحالیکه، گروههای عفونی (۵۰ درصد) و جنین‌شناس (۴۰/۵ درصد) بیشتر به

جدول ۸- شیوع مشکلات روانی-اجتماعی در زوجهای نابارور و نقش آن در ایجاد و درمان ناباروری*

انواع گروههای پزشکی	عمومی	زنان و زایمان	عفونی	اورولوژی	جنین‌شناس	میانگین کل
شایع ترین مشکلات روانی-عاطفی ناباروران (درصد)	ترس و اضطراب	۴،۷۳	۴،۱۱	۴،۲۹	۴،۰۰	۴،۱۳
	ناامیدی و سرخوردگی	۴،۰۷	۳،۹۵	۴،۲۸	۴،۰۵	۴،۲۱
	خشم و پرخاشگری	۲،۰۷	۲،۵۰	۲،۸۶	۲،۵۰	۲،۵۹
شایع ترین مشکلات خانوادگی و اجتماعی ناباروران (درصد)	کوشه گیری و انزوا طلبی	۲،۵۰	۳،۱۵	۳،۸۶	۲،۲۲	۳،۵۲
	جدایی و طلاق	۲،۶۳	۳،۳۴	۴،۰۰	۳،۴۵	۳،۵۶
	ازدواج مجدد	۲،۶۰	۳،۱۶	۴،۱۴	۳،۲۵	۳،۵۸
	مشکلات فرزند خواندگی	۳،۰۷	۳،۴۸	۳،۸۳	۳،۳۷	۳،۴۰
موارد زیر چه نقشی در ناباروری میتواند داشته باشند (درصد)	مشکلات روابط خانوادگی	۳،۷۷	۴،۰۵	۴،۴۳	۳،۵۰	۳،۹۷
	مسائل شغلی	۲،۸۶	۲،۵۹	۲،۴۰	۲،۲۸	۲،۶۵
	استرس و فشار روانی	۳،۹۳	۴،۲۳	۳،۷۱	۳،۴۰	۳،۹۳
	افسردگی	۳،۷۶	۳،۹۲	۴،۱۳	۲،۹۰	۳،۸۲
	مشکلات و اختلالات تشخیصی	۳،۵۳	۳،۲۶	۳،۵۷	۲،۰۵	۳،۲۶
	عدم اعتماد بنفس و حقارت نفس	۳،۶۱	۳،۵۰	۳،۵۷	۳،۰۰	۳،۳۸
	عدم رضایت از روابط جنسی و زناشویی	۳،۹۳	۳،۵۰	۳،۸۳	۲،۸۰	۳،۵۴
	عدم تفاهم و مشکلات خانوادگی	۳،۶۷	۳،۶۱	۳،۸۶	۳،۲۲	۳،۵۷
	آگاهی از جزئیات درمان	۴،۳۵	۴،۳۸	۴،۵۰	۴،۲۴	۴،۳۶
	مشاوره و روان درمانی	۴،۴۰	۴،۱۳	۴،۶۳	۴،۰۰	۴،۲۸
موارد زیر چه نقشی میتواند داشته باشند (درصد)	پذیرش فرزند	۳،۱۳	۲،۷۰	۲،۴۳	۳،۳۰	۳،۱۹
	روابط با خویشان و نزدیکان	۳،۲۰	۳،۱۹	۴،۰۰	۳،۱۵	۳،۳۶
	تغییر شغل و محل زندگی	۲،۴۳	۲،۷۱	۲،۸۶	۲،۴۴	۲،۶۱

* مقیاس درجه بندی از بسیار کم (۱) تا بسیار زیاد (۵)

جدول ۱۰- باروری خودبخودی

انواع گروه‌های پزشکان	میانگین تعداد باروری خودبخودی		دلایل عمده در باروری خود بخودی (درصد)						
	در طول سابقه پزشکی	در شش ماه اخیر	افزایش دانش باروری	عوامل روانی	عوامل منطقی	عوامل خانوادگی	تشخیص و درمان اولیه	عوامل محیطی	سابق موثر
عمومی	۴	۱	۳۰	۳۰	۰	۲۵	۵	۱۰	۵
زنان و زایمان	۲۴,۰۹	۸,۳۱	۲۴	۸۴	۸	۱۸	۱۸	۲	۴
عقونی	بی پاسخ	بی پاسخ	۲۰	۳۰	۰	۰	۰	۰	۰
اورولوژی	۱۹	۲	۱۲	۲۳,۵۰	۳	۲۰,۵۰	۱۴,۵۰	۹	۱۷,۵۰
جنین‌شناس	۲۶	۳	۱۰	۲۰	۰	۱۰	۴۰	۰	۲۰
میانگین کل	۱۸,۲۷	۳,۶۰	۱۹,۲۰	۳۷,۵۰	۲,۲۰	۱۴,۷۰	۱۵,۵۰	۴,۲۰	۹,۳۰

این باور عمومی درمان ناباروری برای مردان نیز از اهمیت خاصی برخوردار است البته باید توجه داشت که این نتیجه‌گیری محدود به نمونه مطالعه حاضر می‌باشد و می‌باید نتیجه‌گیری قطعی را به مطالعه نمونه‌های گسترده‌تر موکول نمود.

۲- درحالی‌که اکثر گروه‌های پزشکی بیماران نابارور خود را از طبقه کم درآمد می‌دانند، متخصصین زنان و زایمان، این بیماران را بیشتر به طبقه متوسط و پردرآمد وابسته می‌دانند. توجیه و تبیین مشخصی برای این یافته وجود ندارد. فقط به این نکته می‌توان اشاره کرد که بدلیل درجه اهمیت موضوع ناباروری برای بیماران زن این تصور که ناباروری بیشتر به آنان باز می‌گردد، احتمالاً حاضر به سرمایه‌گذاری و پرداخت هزینه بیشتری برای درمان ناباروری می‌باشند. شاید این دلیلی باشد که چنین نگرشی را برای متخصصین زنان و زایمان بوجود آورده است. بدیهی است که سرمایه‌گذاری و صرف هزینه بیشتر برای درمان از سوی این بیماران ضرورتاً به معنای درآمد بیشتر زنان نمی‌باشد، بلکه نشان دهنده اهمیت بیشتر موضوع درمان و سرمایه‌گذاری بیشتر در نزد این بیماران می‌باشد. پزشکان، متوسط هزینه درمان برای انواع درمان ناباروری را نزدیک به بیست میلیون ریال برآورده کرده‌اند که با توجه به سطح درآمد (عمدتاً کم درآمد) در این خانواده‌ها، رقم بسیار بالایی می‌باشد.

۱۲ درصد متفاوت است. بعنوان مثال در نزد متخصصین زنان این نسبت ۱۲ درصد در حالیکه در نزد متخصصین متخصص اورولوژی این نسبت ۱ درصد می‌باشد که با توجه به جنسیت بیماران (زن و مرد) مراجعه کننده به این متخصصین می‌توان نتیجه گرفت که باروری خودبخودی در میان زنان بیش از مردان است.

در این مطالعه از دلایل عمده‌ای که در بروز باروری خودبخودی دخالت دارند نقش بیشتری به عوامل روانی داده شده است (خصوصاً از طرف متخصصین زنان و زایمان). افزایش دانش باروری، عوامل خانوادگی و تشخیص و درمان اولیه به عنوان دیگر عوامل دخالت کننده بیان شده است.

بحث:

در مطالعه حاضر جنبه‌های روانی- اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی با تخصص‌های گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است. از نتایج بدست آمده در این مطالعه به نکات مهم زیر می‌توان اشاره کرد:

۱- بر اساس مراجعه بیماران زن به متخصصین زنان و زایمان و بیماران مرد به متخصصین اورولوژی، مقایسه تعداد مراجعان بیمار نابارور به این دو نوع متخصص نشان می‌دهد که مردان نابارور بیش از زنان نابارور به پزشکان متخصص مراجعه می‌کنند. این برخلاف تصور عمومی است که مردان نابارور کمتر از زنان نابارور به درمان خود توجه می‌کنند. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که بر خلاف

دارویی قائل بودند، در حالیکه متخصصین زنان و پزشکان عمومی شانس موفقیت بیشتری را برای درمان دارویی در مقایسه با این روشها متذکر شده‌اند، ولی هیچیک از گروههای پزشکی برای استفاده از طب سنتی و گیاهی نظر مساعدی نداشتند.

همچنین داده‌های این پژوهش نشان می‌دهد که از دیدگاه کلیه گروههای پزشکی اکثر بیماران نگرش مثبتی نسبت به روشهای درمان ART دارند. در عین حال روشهای ART به نظر کلیه گروههای پزشکی تأثیرات روانی نسبتاً زیادی بر روی بیماران باقی می‌گذارد.

از مجموع این داده‌ها میتوان چنین نتیجه گرفت که روشهای درمانی ART در عین آنکه از روشهای مؤثر درمان ناباروری در نزد پزشکان بشمار می‌رود، اکثر بیماران نیز به آن نگرش مثبتی دارند (به این نکته نیز باید اشاره کرد که درصد قابل توجهی از پزشکان از نگرش بیماران خود نسبت به روشهای ART اظهار بی‌اطلاعی می‌کردند)، ولی باید توجه داشت که با توجه به اتیولوژی متفاوت ناباروری در بین بیماران نمی‌توان ادعا نمود که با این روشها، همه بیماران به درمان قطعی دست پیدا می‌کنند و حتی در مورد درصد موفقیت این روشها نیز بین پزشکان اتفاق نظر وجود ندارد. بنابراین با توجه به هزینه زیاد این روشها (بویژه برای اقشار کم درآمد) و تحمل رنج و صدمات جسمانی ناشی از روشهای فوق بایستی در کاربرد آنها تأمل بیشتری نمود و بویژه آنکه از دیدگاه پزشکان استفاده از روشهای ART بر بیماران تأثیرات روانی نیز برجای می‌گذارد و حتی درصد قابل توجهی از بیماران (بویژه از نظر متخصصین زنان، اورولوژی و عفونی) به دلایل روانی و عاطفی درمانهای پزشکی را ناتمام رها می‌کنند، در استفاده از روشهای درمانی ART برای بیماران نابارور بایستی ملاحظات روانی زیر را در نظر گرفت:

اول آنکه در استفاده از این روشها، بایستی آگاهی لازم را به بیماران ارائه داد و شانس موفقیت را به روشنی برای آنان تشریح نمود تا بدور از امیدهای کاذب احتمال شکست در اقدامات درمانی را داشته باشند. این مسئله واقع بینی لازم را برای این بیماران بوجود می‌آورد تا با پدیده بطور واقعی برخورد نمایند.

به لحاظ تحصیلی نیز کلیه پزشکان مورد مطالعه، بیماران را بیشتر در سطح زیر دیپلم و دیپلم قرار می‌دهند. به لحاظ شغلی نیز برخی از آنها (پزشکان عمومی، متخصصین زنان و زایمان و اورولوژی) بیماران را بیشتر در زمره کارمندان قرار میدهند. همچنین آنها، مشاغلی را که به نوعی با مواد شیمیایی و گرما تماس داشته و یا دور از خانه باشند را بعنوان عوامل مؤثر در ناباروری پیشنهاد نموده‌اند.

۳- از دیدگاه کلیه پزشکان، مشکل ناباروری یک موضوع جدی تلقی می‌شود که می‌بایست جامعه به آن توجه کافی مبذول دارد، بویژه آنکه از دیدگاه کلیه گروههای پزشکان کیفیت خدمات کنونی برای درمان ناباروری کافی نمی‌باشد. آگاهی دادن و آموزش بیماران، توسعه و احداث مراکز درمانی، پیشگیری از عفونت و کاهش هزینه‌های دارویی را بعنوان مهمترین اقدامات در جهت بهبود ارائه خدمات بهداشتی و درمانی پیشنهاد کرده‌اند. در حالیکه کلیه گروهها رایج‌ترین دلیل ناباروری را هر دو علل مردانه و زنانه ذکر کرده بودند، ولی تفاوت قابل توجهی بین متخصصین زنان و زایمان و متخصصین اورولوژی دیده می‌شود: متخصصان زنان علت ناباروری را بیشتر زنانه و متخصصین اورولوژی، آن را بیشتر مردانه ارزیابی کرده بودند. این یافته بخوبی نشان می‌دهد که در ارزیابی علت ناباروری، با توجه به نوع تخصص پزشکان، نوعی سوگیری وجود دارد. این درحالی است که نتایج مطالعات علمی نشان می‌دهد که علت مردانه و زنانه بطور مساوی در ناباروری دخالت دارند. این سوگیری شناختی با توجه به درگیری بیشتر پزشکان با بیماران زن یا مرد قابل توجیه است (باید توجه داشت که در این مطالعه میانگین مجموع گروههای پزشکی این منظور را تأیید نمی‌کنند).

۴- یافته‌های این پژوهش نشان میدهد که اگر چه کلیه گروههای پزشکی بیشترین موافقت را با انواع روشهای ART در درمان ناباروری داشته‌اند ولی اثر روشهای درمانی ART در نزد آنان (بویژه متخصصین زنان و زایمان و متخصصین اورولوژی) به میزان زیاد ارزیابی نشده و فقط به اثر نسبی و محدود این روشها اشاره کرده‌اند. از میان متخصصین اورولوژی و جنین‌شناس، شانس موفقیت بیشتری را برای روشهای ART درمقایسه با درمان

دوم آنکه جزئیات مراحل درمان برای بیماران تشریح گردد تا بدین نحو از آمادگی شناختی و روانی کافی برای این درمانها برخوردار گردند و پیش آگهی لازم به آنها ارائه نمود تا بدین نحو از آثار روانی منفی ناشی از شکست این روشها جلوگیری شود. عدم آگاهی و شناخت، خود باعث بروز ترس و اضطراب می‌گردد، در حالیکه هر چه فرد به پدیده‌ای ناشناس، آشنایی و آگاهی کامل پیدا کند، از احساس اعتماد به نفس و آرامش روانی بیشتری برخوردار می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که از دیدگاه کلیه پزشکان آگاهی از جزئیات درمان‌های پزشکی می‌تواند بیشترین نقش را در درمان ناباروری داشته باشد.

علاوه بر این اکثر گروههای پزشکی (به جز متخصصین زنان و زایمان) در مراحل درمانی از توصیه‌های روانی و خانوادگی و استفاده از مشاوره، کمتر استفاده می‌کنند که با توجه به تخصص پزشکی این متخصصان قابل درک است. ولی بنظر می‌رسد که استفاده از روانشناسان و مشاوران در مراکز درمان ناباروری از ضروریات است تا در کلیه مراحل قبل از درمان، حین درمان و بعد از درمانهای پزشکی مداخلات روانی لازم را برای بیماران فراهم نمود. در این مطالعه کلیه پزشکان بر این توافق داشتند که مشاوره و روان درمانی نقش مؤثری در درمان ناباروری دارد.

۵- در مورد کلیه گروههای پزشکی (به جز اورولوژی)، در بیشتر موارد زنان به تنهایی و یا به همراه خویشان و آشنایان خود به پزشک مراجعه می‌کنند، حضور زن و شوهر به همراه یکدیگر درصد کمتری از پزشکان گزارش کرده‌اند. در حالیکه در مورد پزشکان متخصص اورولوژی که مراجعان اصلی آنها مردان می‌باشند (و بیشتر به علت مردانه برمیگردد) حضور زن و شوهر با یکدیگر در نزد پزشکان به بالاترین میزان خود می‌رسد. این درحالی است که پزشکان در کلیه گروههای تخصصی غالباً از زن و شوهر می‌خواهند که با یکدیگر مراجعه نمایند. بر اساس این یافته‌ها، در مواردیکه علت ناباروری به زنان بر می‌گردد، آنها پیگیری درمانی را بیشتر به تنهایی و یا همراه با خویشان برعهده می‌گیرند و از همراهی همسرشان کمتر بهره می‌برند. اما زمانی که علت ناباروری به مردان برمی‌گردد، زنان همراهی بیشتری با همسران خود دارند و

احساس همدردی بیشتری می‌نمایند، خصوصاً آنکه پزشکان متخصص اورولوژی نیز بیش از پزشکان زنان و زایمان به همراهی زوجین با یکدیگر تأکید می‌کنند. بنظر می‌رسد در رابطه با همراهی و همدلی زن و شوهر در مواجهه با مسئله ناباروری (که مراجعه آنان نزد پزشک یکی از شاخصه‌های آنان می‌باشد) صرف نظر از علت ناباروری کمکه‌های روانشناختی و مشاوره همراه با خدمات پزشکی از ضروریات است. فراهم نمودن این ارتباط عاطفی و روانی در کلیه مراحل درمان (صرفنظر از موفقیت یا عدم موفقیت درمان) حمایت‌های روانی لازم را برای بیماران بوجود خواهد آورد که خود بر نتیجه درمان نیز اثر خواهد گذاشت.

۶- بر اساس یافته‌های این پژوهش، بیشترین مشکلات عاطفی و روانی بیماران نابارور «ناامیدی و سرخوردگی» و «ترس و اضطراب» می‌باشد (و کمتر با خشم و پرخاشگری روبرو هستند). این مشکلات به‌مراه مشکلات خانوادگی و اجتماعی از نوع برهم خوردن روابط زناشویی و بروز مسائلی از قبیل ازدواج مجدد، جدایی و طلاق از موضوعات بسیار مهمی می‌باشند که ارائه خدمات روانشناسی و مشاوره‌ای را بسیار مهم و حیاتی می‌سازد. «یأس و ناامیدی» و «ترس و اضطراب» از عوامل روانشناختی مهمی هستند که هر انسانی را برای ابتلا به انواع بیماریهای روانی مستعد می‌سازند. زنان بیش از مردان در معرض این آسیب‌های روانی می‌باشند، بویژه آنکه آسیب‌های اجتماعی نظیر ازدواج مجدد، جدایی و طلاق آثار منفی بیشتری برای زنان به‌مراه می‌آورد. خدمات روانشناسی و مشاوره می‌تواند به این بیماران کمک نماید تا احساس شرم و گناه را از خود دور سازند و این امکان را فراهم نماید تا این بیماران (بویژه زنان) با اعتماد به نفس بیشتری به زندگی مشترک خود ادامه دهند و تلاش بیشتری برای بقای زندگی زناشویی داشته باشند. در بسیاری از موارد (بویژه در موارد باروریهای خودبخودی که در این پژوهش تا میزان ۱۲ درصد نیز گزارش شده است) مطالعات نشان می‌دهند، زمانی که ناباروران از استرس ناشی از ناباروری و یا درمانهای پزشکی ناباروری به نوعی خود را رها سازند (بعنوان مثال با مسئله سازگار شده‌اند و یا کودکی را به فرزند خواندگی پذیرفته‌اند) باروری به طور طبیعی در آنها

بوقوع پیوسته است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که پزشکان (بویژه متخصصین زنان و زایمان) نقش عوامل روانی را در ناباروری مؤثر دانسته‌اند. همچنین در باروری خودبخودی نیز برای نقش عوامل روانی اهمیت ویژه‌ای قائل شده‌اند.

البته این واقع بینی نیز باید برای بیماران بوجود آید که لزوماً آرامش روانی و بازیابی احساس اعتماد بنفس منجر به باروری نمی‌شود، البته برای ادامه زندگی مشترک آرامش روانی و ایجاد احساس اعتماد به نفس و دوری از احساس شرم و گناه بخودی خود از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و پایه اصلی در زندگی زناشویی بشمار می‌رود و همچنین نقش مهمی در سلامت روانی فرد ایفا می‌کند. زوج نابارور (صرفنظر از اینکه علت ناباروری به کدام زوج بر می‌گردد) باید به این شناخت و آگاهی دست پیدا کنند که به هیچ وجه آنها در پدیده ناباروری مقصر نبوده و بایستی با این مشکل نیز همانند سایر مشکلات پزشکی برخورد نمایند.

۷- بر اساس یافته‌های این پژوهش غالباً پزشکان موضوع فرزند خواندگی را با بیماران خود مطرح می‌کنند ولی در بیشتر موارد این موضوع بعد از درمان ناموفق پزشکی با بیماران در میان گذاشته می‌شود. همانطور که قبلاً بحث شد موفقیت درمانهای پزشکی نسبی بوده و بطور قطعی و کامل نمی‌تواند موضوع نیاز به فرزند را برای تمامی بیماران نابارور برطرف سازد. بنابراین درصدی از بیماران نابارور در عین استفاده از روشهای دارویی و یا ART قادر به داشتن فرزند نخواهند بود. دو راه حل اساسی دیگر برای این زوجهای نابارور باقی می‌ماند: ۱- پذیرش فرزند خوانده ۲- ادامه زندگی مشترک بدون فرزند.

فرزند خواندگی بویژه در فرهنگ ایرانی و اسلامی ما از جایگاه و اهمیت بسیار زیادی برخوردار است ولی در حال حاضر در نزد خانواده‌ها (بویژه زوجهای نابارور و اطرافیان آنها) بخوبی مورد توجه قرار نگرفته است. زوجهای نابارور بایستی تشویق شوند تا از خدمات پزشکی و درمانی بعنوان اولین راه حل استفاده نمایند تا حتی‌الامکان داشتن فرزند را بطور طبیعی تجربه نمایند، ولی از همان ابتدا و در کنار خدمات پزشکی و درمانی راه حل دوم نیز می‌باید برای آنها مطرح شود. فرزندخواندگی جدای از احساس نوع دوستی،

مذهبی و تکلیف اجتماعی برای سلامت خود زوجهای نابارور نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است. محبت یک نیاز دو طرفه است که هم محبت کردن و هم محبت دیدن را بطور توأم در بردارد. بنابراین جدای از اینکه کودکان بی سرپرست به محبت نوازش گرم و صمیمانه والدین فرزند پذیر نیازمند هستند، پدران و مادران نیز به همان نسبت به نثار و تقدیم محبت خود به فرزند خوانده‌ها محتاجند، و سلامت روانی و خانوادگی را برای آنها به ارمغان خواهد آورد. بنابراین هرچند مقوله فرزندخواندگی در جامعه ما با دشواریهایی به لحاظ قانونی روبروست، ولی در جای خویش می‌بایست به مطالعه علمی و عملی دقیق فرزند خواندگی پرداخت، نه تنها پس از درمان پزشکی ناموفق بلکه باید همراه با این درمانها برای زوجهای نابارور مطرح شود و آمادگی روانی و عاطفی لازم را برای آنها پدید آورد تا با این پدیده با نگرشی مثبت برخورد کنند. در جامعه ما موضوع فرزندخواندگی مشکل عمده خود زوجهای نابارور نمی‌باشند، بلکه مهم عدم پذیرش منطقی و معقول از طرف خویشان و اطرافیان آنها می‌باشد که موضوع فرزندخواندگی را با دشواری روبرو می‌سازد. خدمات روانشناسی و مشاوره میتواند نقش مؤثری در ایجاد نگرش مثبت در زوجهای نابارور تنظیم و تصحیح روابط خانوادگی ایفا نماید.

راه حل دیگری که باید برای زوجهای نابارور بعنوان فرآیند سومی برای حل مسئله ناباروری به آن توجه گردد زندگی مشترک بدون فرزند است. چنانچه مراحل اول (درمان پزشکی) و دوم (فرزندخواندگی) نتواند مسئله زوجهای نابارور را حل نماید، باید به زندگی مشترک بدون فرزند نیز بعنوان راه حل سوم اندیشید. اگرچه وجود فرزند (چه فرزند ژنتیکی و چه به صورت فرزندخوانده) زندگی زن و مرد را کامل می‌نماید و کانون خانواده را مستحکم می‌سازد ولی چنانچه به قدر کافی روابط عاطفی و روانی زوج نابارور محکم باشد و خود در این رابطه با مشکلی روبرو نباشند و بیشتر با فشارها و طعنه‌های خویشان و اطرافیان روبرو باشند می‌بایست به تقویت روابط عاطفی و روانی زوج نابارور پرداخته شود تا زندگی مشترک آنها از گزند طعنه‌ها و ایما و اشاره‌های اطرافیان مصون نگاه داشته شود. زن و شوهری که یکدیگر را دوست دارند و صرفنظر از فرزند

توصیفی بوده است. بدیهی است که با مطالعات دقیق‌تری با استفاده از روشهای آزمایشگاهی و بالینی و بخصوص با استفاده مستقیم از بیماران نابارور بعنوان نمونه تحقیق می‌توان به نتایج دقیق‌تری رسید. باشد که این پژوهش بعنوان مطالعه مقدماتی و اولیه مورد توجه و نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از زحمات مسئولین محترم پژوهشکده رویان در پنجمین سمینار و هفتمین کارگاه علمی روشهای پیشرفته تشخیص و درمان ناباروری و مسئولین محترم انجمن اورولوژی ایران و همچنین سرکار خانم دکتر لیلی چمنی و جناب آقای دکتر محمدعلی خلیلی که کمال همکاری را در جهت جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ها داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌گردد.

برای یکدیگر ارزش و شخصیت انسانی قائل هستند، این توانایی را دارا هستند که به زندگی مشترک خود ادامه دهند و از ارزشهای انسانی یکدیگر بهره‌مند شوند. تقویت روابط عاطفی و روانی میان زوجهای نابارور از خدماتی است که در زمره وظایف روانشناسی و مشاوره قرار می‌گیرد و حتی‌الامکان از جدایی، طلاق و فروپاشی خانواده جلوگیری می‌نماید بویژه که فروپاشی خانواده برای زنان آسیب‌های روانی و اجتماعی بیشتری را بهمراه می‌آورد. از جدایی و طلاق نمی‌بایست بعنوان آسانترین و سریعترین فرآیند حل مسئله استفاده کرد بلکه باید بعنوان آخرین راه حل به آن توسل جست.

در خاتمه باید خاطرنشان کرد، در این پژوهش که جنبه‌های روانی- اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است، روش مطالعه بصورت

References

- 1- WHO manual for the standardized investigation and diagnoses of the infertile couple. WHO Geneva/Cambridge university press, 1993.
- 2- Berek, J.S. (1998). Novak's Gynecology. 12th, Canada, Metropole. P 373 .
- 3- Freeman, E.W., Boer, A.W, Rickels, K., Trueck, R. and Mastroianni, L. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*, 4, 48-53.
- 4- WHO, Geneva, Challenges in reproductive health research, 1996.
- 5- Sundby, J. (1997). Infertility in the Gambia: traditional modern health care. *Patient Education and counseling* .
- 6- Griffin, M. & Panak, W.F. (1998). The economic cost of infertility- related services, an examination of the Massa- chusetts infertility insurance mandate. *Fertility and Sterility*, 70, 22-29.

- 7- کرمی نوری، رضا (۱۳۷۹). ناباروری و جنبه‌های روانی- اجتماعی . فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، شماره ۲، ۶۸-۵۷
- 8- Mahlstedt, P. MacDuff, s. and Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of IVF-ET* , 4, 232-236.
- 9- باروتی، عصمت و دیگران (۱۳۷۸). نازایی اولیه براساس سن ازدواج در تهران . مجله پژوهشی حکیم، دوره دوم شماره دوم، ۹۳-۸۸.
- ۱۰- اشرفی، مهناز (۱۳۷۶). بررسی رابطه ازدواج خویشاوندی والدین با ناباروری فرزندان آنها.
- ۱۱- رجوعی، مریم (۱۳۷۵). اثر درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روانی زنان نابارور تحت درمان با روش IVF-ET؛ (پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی مشاوره)؛ دانشگاه آزاد اسلامی - واحد رودهن.
- ۱۲- پهلوانی، هاجر (۱۳۷۵). بررسی عوامل استرسزا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور (پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی)؛ انستیتو روانپزشکی تهران - دانشگاه علوم پزشکی ایران.