

مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها

محمدرضا محمدی (M.D.)^۱، فریده خلیج آبادی فراهانی (M.Sc.)^۲

۱- دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، رئیس مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، تهران، ایران.

۲- مربی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران.

چکیده

ناباروری بر مردان و زنان سنین باروری تاثیر میگذارد و افراد مبتلا را در معرض مشکلات عاطفی و روانی زیادی قرار میدهد. به همین دلیل در سال ۱۹۹۴ کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه که در قاهره، ناباروری به عنوان عاملی مطرح شد که آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری وارد می‌سازد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) نیز ناباروری را به عنوان یک مشکل مهم بهداشت باروری در نظر گرفته است. هدف از این مقاله، بررسی مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها در زوجهای نابارور می‌باشد. در این مطالعه به جنبه‌هایی از عملکرد زوجین یا اشخاص که تحت تاثیر ناباروری قرار می‌گیرد، از جمله فعالیت جنسی، اعتماد به نفس، ارتباطات، احساس تنهایی و طرد شدن، مواجهه با درمانهای پرزحمت، وسواس در مورد بارداری شدن، احساس افسردگی، ناتوانی، ناامیدی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا در آمدن و احساس درهم شکستن می‌پردازد. از طرف دیگر مشکلات روانی و عاطفی، بندرت می‌توانند دلیل مهمی برای ناباروری باشند، در صورتیکه این مشکلات ممکن است از اثرات جدی ناباروری باشند. لذا توجه به نیازهای روحی زوجهای نابارور بخشی از درمان ناباروری می‌باشد. زیرا زمانی که هر یک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می‌کند رابطه زوجین تحت تاثیر قرار می‌گیرد. استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری میتواند برای سلامت روحی زوجین و همچنین روابط بین زوجین دردناک و مخرب باشد. به هر حال با تجزیه و تحلیل انگیزه بچه دار شدن میتوان به راهکارهای مقابله با مشکلات روانی ناشی از ناباروری رسید. ناباروری مثل دیگر جنبه های زندگی، صرفاً یک واقعه است که نباید با ناراحتی توأم باشد. اما بسیاری از افراد از آن رنج می‌برند و بدین ترتیب با آن هویت پیدا می‌کنند. بسیاری از مفاهیم اساسی هویت شخصی و راه معرفی خودمان به میزان زیادی وابسته به توانایی بچه دار شدن می‌باشد. از نظر روانی، داشتن فرزند یک گذر تشریفاتی به زندگی بزرگسالی است. بچه دار شدن، تحقق حداکثر و حداقلی یک زن، بخش اساسی از هویت جنسی، استحکام یک زوج، هدف اصلی ازدواج، خمیره و قالب یک خانواده است. در نهایت نتیجه استخراج شده از استنباط فوق، عبارتست از: من هستم چرا که توانایی باروری و هر چیزی که به آن دلالت می‌کند را دارم. اگر بتوانیم این ارتباط را بشکنیم و هویت بین آنچه که ما هستیم و توانایی باروری خود را جدا سازیم، ناباروری را با دیدگاهی جدا از آنچه که اکنون می‌بینیم، صرفاً به صورت یک واقعه و مستقل از ارزش خودمان به عنوان یک انسان خواهیم دید. به این ترتیب خود را از رنج و ناراحتی‌های مرتبط با ناباروری، رها خواهیم ساخت.

کل واژگان: ناباروری، مشکلات عاطفی-روانی، باروری و راهکارهای مقابله‌ای.

آدرس مکاتبه: دکتر محمدرضا محمدی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، خیابان مطهری، خیابان کوه نور، کوچه یکم، پلاک ۲۶، تهران، ایران.

پست الکترونیک: mohammadi@nrms.org

مقدمه

ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که صرف هزینه‌های گزافی را جهت درمان طلب کرده و می‌تواند باعث از هم گسیختگی ثبات خانواده گردد. یک زوج زمانی از نظر بالینی نابارور تلقی می‌شوند که طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری حاصل نگردد. ناباروری یا ناتوانی در بچه‌دار شدن در مردان و زنان در سنین باروری تاثیر می‌گذارد و افراد مبتلا را در معرض فشارهای خانوادگی زیادی قرار می‌دهد. به همین دلیل در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه (ICPD)^۱ که در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار گردید، از ناباروری به عنوان عاملی جهت آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری افراد یاد شد، و مقرر گردید همه کشورهای، ناباروری را نیز در برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده خود بگنجانند (۱-۲).

حدود ۵ میلیون زوج در سراسر دنیا از ناباروری رنج می‌برند. میزان بروز ناباروری در دو دهه گذشته، حدود ۵۰ درصد افزایش یافته است، به طوری که امروزه در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می‌باشد. ۳۵ درصد مشکلات ناباروری به طور اختصاصی به زنان، ۳۵ درصد به مردان، ۲۰ درصد به صورت مشترک بین زن و مرد و ۱۰ درصد باقیمانده به علل ناشناخته مربوط می‌باشد (۳-۴).

شیوع ناباروری در مناطق مختلف بر اساس مطالعات انجام شده از ۱۸-۱۰ درصد متفاوت است (۵-۶). در یک بررسی به عمل آمده در ایالات متحده آمریکا، میزان مبتلایان به ناباروری از ۴/۵ میلیون نفر در سال ۱۹۸۲ به ۶/۲ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ افزایش یافته است (۳). درصد ناباروری در بین خانم‌های ۴۰-۲۰ ساله آمریکا از ۳/۶ درصد در سال ۱۹۶۵ به ۱۰/۵ درصد در سال ۱۹۸۲ افزایش یافته است. از هر ۷ زوج ۳۴-۳۰ ساله، از هر ۵ زوج ۳۹-۳۵ ساله و از هر ۴ زوج ۴۵-۴۰ ساله

آمریکایی، یک زوج نابارور می‌باشد (۷). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۶ بر روی ۱۹۹۲ زن تهرانی ۳۰-۲۰ ساله ساکن شهر تهران انجام گرفت، ۷۸/۱ درصد زنان در سال اول ازدواج باردار شده و میزان ناباروری خام، ۲۱/۹ درصد برآورد شد (۸). در بررسی دیگری که در سال ۱۳۷۵ در شهر اصفهان به عمل آمد، شیوع ناباروری اولیه در این شهر ۱۵/۱ درصد برآورد شده است (۲).

ناباروری یک عامل استرس‌زای مهم در زندگی بوده و قبول شکست باروری مشکل می‌باشد. بسیاری از زوجها با یک دوره درمانهای تکرار شونده و دردناک، با روند درمان بدون پیشرفت مواجه می‌گردند و در نهایت در زوج نابارور احساس ضعف در مقابل رسیدن به هدف پدیدار می‌شود (۹).

سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را به عنوان یک مشکل مهم بهداشت باروری مطرح کرده است. ناباروری گرچه یک بیماری نیست ولی می‌تواند باعث اختلالات مهم عاطفی گردد. ناباروری عوارض و عواقب روانی و اجتماعی متعددی بجا می‌گذارد. این مشکل با هویت زوجین مداخله کرده، به شکلی که آنان شایستگی، کفایت و توانائی خود را زیر سؤال قرار می‌دهند.

جنبه‌هایی از عملکرد زوجین یا اشخاصی که تحت تاثیر ناباروری قرار می‌گیرند، عبارتند از:

۱- فعالیت جنسی^۲: ممکن است در نتیجه کنترل درجه حرارت و مصرف هورمون، علاقه، محبت و خشنودی از فعالیت جنسی کاهش یابد. بنابراین فعالیت جنسی با احساس ترس، شکست، ناکفایتی و از دست رفتن همراه می‌شود و یا حالت اجبار پیدا می‌کند که سرانجام منجر به کاهش میل جنسی، عدم رسیدن به اوج لذت جنسی^۳ یا سایر اختلالات جنسی و حتی خستگی در روابط جنسی می‌گردد.

۲- اعتماد به نفس: زمانیکه زوج متوجه مشکل ناباروری خود می‌شوند، احساس کمبود یا خودکم‌بینی،

2- Sexuality

3- Orgasm

1- International Conference on Population and Development

می باشد. البته شایان ذکر است که بسیاری از خرافات نیز به عنوان سدی بالقوه در حل مشکلات فوق عمل می کنند (۹).

از سوی دیگر خود مشکلات روانی و عاطفی در کوتاه مدت بندرت ممکن است دلیل ایجاد ناباروری باشند، گرچه این مشکلات می توانند از جمله پیامدهای جدی ناباروری باشند. گاهی اوقات احتمال دارد مشکلات روانی و عاطفی در نتیجه تغییر سطح هورمونها در مرد یا زن و در نهایت اثر نامطلوب آن بر سیستم تولید مثل باشد که حالت نادری است (۱۰) یا ناشی از مشکلات جنسی مردان مانند نعوض^۳، انزال زودرس و ناتوانی در انزال باشد که می تواند دارای اثرات منفی بر عملکرد جنسی باشند (۱۱). مثلاً افرادی که سالها در زندان بسر می برند، ممکن است از ناباروری با علل روانشناختی رنج ببرند ولی چنانچه مقاربت جنسی داشته باشند مشکلات ناباروری با علل روانشناختی در آنها رفع خواهد شد. کاهش و دوری از مشکلات روانی فقط برای مدتی به زوج، شانس بچه دار شدن نمی دهد، بلکه منجر به تغییراتی می گردد که زوج مقاربت جنسی خود را به دفعات افزایش می دهند.

در بسیاری از موارد زوج نابارور در نهایت تصمیم می گیرند کودکی را به فرزند خواندگی قبول کنند و خود بلافاصله پس از تطابق^۴ و عادت کردن به فرزند خوانده بارور می شوند. این مسئله چیزی نیست جز تغییر در عامل روانی خاص که بر باروری اثر می گذارد.

باید تاکید نمود که اغلب درمان فیزیکی ناباروری به طور صرف کافی نمی باشد. توجه به نیازهای روحی زوجهای نابارور، یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری می باشد. زیرا می تواند رابطه زوجین در طول درمان راتحت تاثیر قرار دهد، به خصوص زمانیکه هر یک از زوجین نیاز به درک و حمایت دیگری پیدا می کند. استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری می تواند

افسردگی و نقص فیزیکی در آنها رشد می کند. این احساس به احتمال زیاد بر روابط زناشویی تأثیر می گذارد.

۳-ارتباطات^۱: زوج های نابارور به علت مواجه بودن با احساس گناه، عصبانیت، ناراحتی، رنج و ناامیدی، ممکن است تمایل کمتری به در میان گذاشتن و مشورت افکار و احساسات خود با یکدیگر داشته باشند. همچنین احتمال دارد نسبت به گذشته کمتر احساس نزدیکی به همدیگر را داشته باشند و حس تنهایی، عدم حمایت و عدم فهم متقابل در آنها القاء شود.

۴-احساس تنهایی و طرد شدن: حدود ۱۵ درصد زوج هایی که مشکل ناباروری را تجربه می کنند، احساس تنهایی و طرد شدن می کنند. در نتیجه آنهایی که مشکلاتشان را با دیگران در میان نمی گذارند و از شرایط سایر زوج ها با تجربیات یکسان، ناآگاه می باشند، از حمایت و درک زوج های دیگر با مشکلات مشابه محروم می مانند.

۵-مواجهه با درمانهای پرزحمت: نیاز به کنترل مداوم درجه حرارت، انجام آزمایشهای مختلف، مصرف داروهای متنوع به خصوص از نوع تزریقی و وقت ملاقاتهای متعدد (حتی با وجود پیمودن مسافت های طولانی).

۶-وسواس در مورد باردار شدن: انتظار از یک سیکل به سیکل بعدی، در زوج هر بار پس از شروع سیکل بعدی افسردگی و خلاء بوجود می آورد.

۷-احساس افسردگی، ناتوانی، ناامیدی، خستگی، گنجی، عصبانیت، از پا درآمدن و درهم شکستن (۴-۳).

علل بسیاری از رفتارهای نامناسب تطبیقی^۲ زوج های نابارور شناخته شده نیست. همچنین دستورالعمل های مدون برای پزشکان و پرستاران جهت کمک به زوج نابارور و تسهیل در تصمیم گیری آنها بسیار اندک

3- Erection
4- Adaptation

1- Communication
2- Coping

برای سلامت روحی زوجین و همچنین روابط بین آنها دردناک و مخرب باشد (۱۲).

به منظور ارائه راهکارهای مقابله با مشکلات روانی ناشی از ناباروری، بجا است در ابتدا انگیزه بچه‌دار شدن به طور کامل مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد. هیچ فردی این سوال را مطرح نمی‌کند که چرا یک زوج تمایل به داشتن فرزند دارند، اما زوج‌هایی که دچار ناباروری هستند بایستی مکرراً پاسخگوی اعضای فامیل، دوست و همکاران خود باشند که چرا می‌خواهند صاحب فرزند شوند. تحقیق در مورد این موضوع بیانگر آن است که تمامی افراد بدون در نظر گرفتن قدرت باروری، دلایل مشابهی دارند. آنان داشتن فرزند را با شادی، عشق و علاقه زوج، همچنین پایه، هدف اصلی ازدواج و مظهر کامل بودن انسان همراه می‌دانند. اصطلاح رایجی وجود دارد که می‌گوید "انسان کامل انسانی است که یک درخت بکارد، یک کتاب بنویسد و یک فرزند داشته باشد". با این مقدمه، عجیب نخواهد بود اگر زوجی با مشکلات باروری درگیر بوده و احساس ناراحتی کند. برای یک جامعه غیر قابل قبول است که واژه خانواده و زوج را هم معنی تعریف نکند (۱۳).

در مطالعه‌ای که در مؤسسه بین‌المللی بهداشت در کشورهای بلژیک، فرانسه و هلند در دست انجام است زنان، بعد از مرگ مادر، مرگ پدر و خیانت همسر ناباروری را در مرتبه چهارم از لیست ۱۲ گانه وقایع حیاتی متاثرکننده، تقسیم‌بندی می‌کنند (۱۴).

باروری آزمایشگاهی (IVF) و سایر روشهای پیشرفته کمک به باروری، دروازه جدیدی از امیدواری را به روی افراد نابارور باز کرده‌است. گرچه باروری کمکی از نظر فیزیکی استرس‌زا می‌باشد، ولی عدم درمان ناباروری، نسبت به هرگونه درمان پزشکی استرس بیشتری را به دنبال داشته و ممکن است زن و مرد نابارور هر دو با مشکلات روانی روبرو شوند. مطالعات مختلف نشان

داده که زنان بیش از مردان با این‌گونه مشکلات مواجه می‌شوند، شاید این مسئله به آن دلیل است که بارداری برای زنان از اهمیت بیشتری برخوردار است. طبق نتایج این مطالعات، چنانچه ناباروری ناشی از علل زنانه باشد، مردان مشکلات روانی کمتری نسبت به زنان دارند، در حالی که اگر ناباروری با عامل مردانه باشد، عکس العمل روانی برای مردان مشابه زنان است. مردان نابارور بایستی خود را حداقل با دو استرس متفاوت تطبیق بدهند: ۱- ناتوانی در ایجاد فرزند و ۲- نداشتن فرزند به عنوان مکمل زندگی خود.

مروری کوتاه در مورد تطابق و کنار آمدن مردان با مسئله ناباروری، نشان می‌دهد که مردان نیز همانند زنان از فقدان غیر ارادی فرزند رنج می‌برند. با این وجود کیفیت بار روانی آنها کاملاً متفاوت است. نداشتن غیر ارادی فرزند، لازمه رنج روحی و روانی برای همه بیماران نمی‌باشد. درحقیقت زیرمجموعه‌ای از مردان نابارور وجود دارند که به علل روحی و روانی در آرزوی داشتن فرزند هستند. مهمترین بار روانی آنها، زخم خودپرستی^۱، عدم توانایی جهت تداوم نسل نیست بلکه ناامیدی نسبت به آرزویی است که برای آن در طولانی مدت سرمایه‌گذاری کرده‌اند که در صورت تحقق میتواند بسیاری از آرمانهای آنها را برآورده سازد (۱۳).

اثرات روانی ناباروری بر روابط زوجین:

روابط بین زن و مرد به طرق مختلف تحت تاثیر ناباروری قرار می‌گیرد. بیشتر اختلافات مشابه هم مربوط به روشهای سنتی است که مرد و زن قبلاً یاد گرفته‌اند، اینگونه فکر کنند، احساس کنند و عمل کنند. زنان به طور معمول نه تنها برای احساسات بد هر فرد بلکه در مورد هر چیز بدی که اتفاق می‌افتد، احساس مسئولیت می‌کنند و زمانی که سعی در سرپوش گذاشتن بر احساسات خود را دارند، روحیات آنها بیشتر تهدید آمیز خواهد بود. تا اینکه نهایتاً احساس می‌کنند رفتار

2- Narcissistic

1- In Vitro Fertilization

کم‌رنگ‌تر شدن باورها و اعتقادات غلط در این مورد موثر بوده است. چنانچه بیماران، پزشکان و زوج‌هایی که مشکلات ناباروری دارند، اطرافیان فرد نابارور را در ارتباط با علل فیزیکی ناباروری و تکنیک‌های بکار گرفته شده در سراسر جهان، آموزش دهند، شاید زوج‌های نابارور در آینده نزدیک احساس شرم، خجالت، جدایی، تنهایی و عدم پذیرش از سوی جمع را نکنند. همچنین هیچ یک از آنها راجع به باروری و انگیزه بچه‌دار شدن آنان سوال نخواهد کرد (۱۴).

بحث

ناباروری مثل دیگر جنبه‌های زندگی، صرفاً یک واقعه است که نباید با ناراحتی توأم باشد، اما بسیاری از افراد از آن رنج می‌برند و بدین ترتیب با آن هویت پیدا می‌کنند. بسیاری از مفاهیم اساسی هویت شخصی و راه معرفی خود قویاً وابسته به توانایی بچه‌دار شدن می‌باشد. از نظر روانی، داشتن فرزند یک گذر تشریفاتی به زندگی بزرگسالی است. بچه‌دار شدن، تحقق حداکثر و حداغلی یک زن، یک بخش اساسی از هویت جنسی، استحکام یک زوج، هدف اصلی ازدواج، خمیره و قالب یک خانواده است. در نهایت نتیجه استخراج شده از استنباط فوق، عبارتست از:

من هستم چرا که توانایی باروری و هر چیزی که به آن دلالت می‌کند را دارم.

اگر بتوانیم این ارتباط را بشکنیم و هویت بین آنچه که ما هستیم و توانایی باروری خود را جدا سازیم، ناباروری را با دیدگاهی جدا از آنچه که اکنون می‌بینیم، صرفاً به صورت یک واقعه و مستقل از ارزش خود فرد به عنوان یک انسان خواهیم دید. به این ترتیب خود فرد را از رنج و ناراحتی‌های مرتبط با ناباروری، رها می‌سازیم (۱۴). راههایی برای کمک زن و مرد به یکدیگر وجود دارد که بایستی در حرکت آنان به سوی بچه‌دار شدن، فکر و

آنان خارج از کنترل در آمده، روان آنها هیولایی شده و آنها را می‌بلعد. زنان اغلب با قبول بیشتر مسئولیت درمان بر خود، همسران خود را از درد و احساس شکست خود، دور نگه میدارند. هنگامی که به مردان پیشنهاد می‌شود زنان خود را در ملاقات با پزشک همراهی کنند، آنها مواردی را مثل از دست دادن درآمد، از دست رفتن وقت و ... مطرح می‌نمایند. گرچه این موارد معمولاً مرتبط و مهم هستند، ولی هدف زنان، دور نگه داشتن همسران از مسئولیت و احساس خود - که می‌تواند در تماس زیاد با درمانهای پزشکی به راحتی تشدید شود - می‌باشد. مردان به طور سنتی فراهم آوردن مالی این رابطه و مسئول حفظ خانواده از خطرات واقعی یا احتمالی می‌باشند. غالب تمرکز انرژی آنها به کار آنان مربوط می‌شود (جایی که احساس می‌کنند بیشتر موفق هستند). در نتیجه مسئولیت‌پذیری بیشتر زنان در شرایط ناباروری، احساساتی مثل درد، عصبانیت، ترس و غیره را تجربه می‌کنند. زن نمی‌داند چه چیزی لازم است از همسر خود درخواست کند و برای دور نگه داشتن وی از ارتباط بیشتر امتناع می‌ورزد. امروزه عموماً زوج‌های نابارور راجع به مشکلات خود نسبت به قبل بیشتر صحبت می‌کنند و بتدریج ناباروری از رده موضوعات انگدار در جامعه خارج می‌شود.

در یکی از مطالعات سازمان بین‌المللی بهداشت^۱، نیمی از افراد مورد مطالعه، ارتباط برقرار کردن و مطرح نمودن مسائل خود را مشکل بیان کردند. ۴۸ درصد افراد نیز فکر می‌کردند به دلیل مسئله‌ای که خود با آن درگیر هستند و در برقراری ارتباط دیگر افراد دچار مشکل می‌باشند. ۷۶ درصد افراد مشکل ناباروری را با دوست، ۶۸ درصد با برادر یا خواهر و ۵۷ درصد با همکاران خود مطرح کرده بودند. وسایل ارتباط جمعی با در اختیار گذاشتن اطلاعاتی در مورد باروری، تا حدی در

احساسات متعادل داشته باشند. لذا پیشنهادات ضروری که بایستی به زوجین کرد عبارت است از:

۱- ارتباط صمیمی تر و راحت تر با همسر، کمک کننده است.

۲- آشکار ساختن این نکته که هیچ راه غلطی برای احساس کردن وجود ندارد. بنابراین با احساسات خود تماس حاصل نمائید و مطمئن باشید که به شما کمک خواهد کرد تا نیازهای خود را بشناسید (وقتی نیازها مشخص شدند، به طور واضح و اختصاصی به همسر خود بگوئید که چطور آنها را برای شما برآورده سازد).

۳- به جای اینکه فرض کنید نمی‌توانید نیاز همسر خود را بجا آورید، از او آنچه را که نیاز دارد، سوال کنید.

۴- تفاوت بین زنان و مردان را تشخیص دهید.

۵- اگر می‌توانید بعضی از مهارت‌ها و تجربیات زندگی شخصی خود را به عنوان یک مرد یا زن به یکدیگر یاد دهید.

۶- در فرآیند درمان بیشتر مشارکت و شرکت کنید. چرا که به شما کمک می‌کند تا بیشتر به هم احترام بگذارید.

تصور کنید مبتلا به یک بیماری هستید که یک انگ اجتماعی - مثل ناباروری - محسوب نمی‌شود و به خود تا جایی که می‌توانید قول بدهید که وقت خود را در اختیار درمان توصیه شده قرار دهید و انتظار داشته باشید دیگران هم به همین طریق احترام بگذارند.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۱ بر روی مکانیسم‌های تطبیقی^۱ با ناباروری انجام شد (۱۵)، ۶ مکانیسم تطبیق با ناباروری مشخص گردید که عبارتند از:

۱- افزایش فاصله و فضای بین خود و یادآورهای ناباروری

۲- سازماندهی معیارهایی برای بدست آوردن کنترل بیشتر

۳- افزایش اعتماد به نفس با بهترین بودن در هر کاری

۴- جستجوی مفاهیم پنهانی ناباروری

۵- بروز احساسات خود

۶- در میان گذاشتن بار روحی روانی با دیگران

به افراد نابارور بایستی توصیه کرد که:

❖ وقتی برای خوش بودن و شاد بودن پیدا کنید.

❖ کتاب بخوانید.

❖ کاری جالب برای خودتان انجام دهید.

❖ خرید کنید.

❖ افراد جدید را ملاقات کنید.

❖ در کلاس‌های مهیج کننده شرکت کنید.

❖ یاد بگیرید کاری را انجام دهید که همیشه از آن ترس داشته‌اید.

❖ حس شوخ طبعی را در مورد تجربه ناباروری توسعه دهید.

❖ رابطه صمیمی و عمیق خود را با همسر خود توسعه دهید و همچنین با سایر کسانی که از شما مراقبت می‌نمایند.

❖ مشورت کنید.

❖ به گروه‌های حمایتی^۲ بپیوندید.

❖ برای آگاهی بیشتر در مورد ناباروری از وسایل و مراکز اطلاعاتی ارتباطی استفاده کنید.

❖ به کارهای مورد علاقه خود بپردازید.

به خانواده، بستگان و دوستان فرد نابارور نیز

بایستی توصیه کرد که:

❖ او را درک و حمایت کنید.

❖ بدترین و خشن‌ترین حالت وقتی است که به فرد نابارور امیدواری بدهید در حالی که پیش بینی درستی نکرده‌اید، مانند آنچه که درمانهای مدرن ایجاد می‌کنند.

❖ سعی کنید با او همدلی کنید. او با باری که بر فکر و قلبش وجود دارد، می‌داند که شما مراقب وی هستید. او

بزودی صاحب فرزند می شوی، تو خوشبخت هستی، ای کاش من آزادی تو را داشتم و ... " نیاز ندارد.

❖ به او توجه کنید. نسبت به وضع او حساس باشید. او را حمایت کنید چرا که نیاز به حمایت شما دارد (۱۴).

تشکر و قدردانی

از سرکار خانم دکتر بیتا مسگرپور و سایر همکاران مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، کمال تشکر و قدردانی را می‌نمایم.

می‌خواهد با شما صحبت کند ولی می‌ترسد شما به او پیشنهادی بدهید.

❖ شما می‌توانید او را حمایت کنید. ولی او را در مورد راهی که انجام داده انتقاد نکنید. به حرفهای او گوش کنید ولی قضاوت نکنید.

❖ سعی نکنید وانمود کنید که همه چیز درست خواهد شد.

❖ سعی نکنید ناباروری او را به جبر و قضا و قدر نسبت بدهید.

❖ تمایل شما به گوش دادن، کمک بزرگی است.

❖ او به کلماتی مانند "راحت هستی، نگران نباش،

References

- 1- International Conference on Population and Development (ICPD) Report. Cairo, Egypt. 1994; 12: 96.
- ۲- علامه ز و همکاران. بررسی شیوع نازایی اولیه در اصفهان در سال ۱۳۷۴. گزارش نهایی طرح تحقیقاتی.
- 3- Cooper S.L., Glazer E.S. Beyond Infertility: the new paths to parenthood. Lexington Books. New York. 1994.
- 4- Marrs R.P. Dr. Richard Marrs Fertility Book. Delacorte press, New York. 1997.
- 5- Griffin M., Panak W.F. The economic cost of infertility related services, an examination of the Massachusetts infertility insurance mandate. Fertil Steril. 1998; 70:22-9.
- 6- Oslen J. Sub fecundity according to the age of the mother and father. Domed Bull. 1990; 37:287.
- 7- Wulff M., Hogberg U., Stenlund H. Infertility in an industrial setting. Acta Obs Gyn Scan. 1997; 79: 679-83.
- ۸- باروتی ع و همکاران. نازایی اولیه بر اساس سن اولین ازدواج در تهران. مجله پژوهشی حکیم. دوره ۲، شماره ۲، ص ۸۸-۹۳، سال ۱۳۷۸.
- 9- Bernstein J., Brill M., Levin S., et al. Coping with infertility: a new perspective. NAACOGS Clin Issue Perinat Women Health Nurs. 1992; 3(2): 335-42.
- 10- Carryer J., Maclean S. Women's infertility: challenges for practice. Nurs Prax N Z. 1998; 13(1): 23-32.
- 11- Bhui K., Puffet A., Herriot P. A survey of sexual problems amongst psychiatric inpatients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1995; 30(2): 73-7.
- 12- Lukse M.P., Vacc N.A. Grief, depression, and coping in women undergoing infertility treatment. Obs Gyn. 1999; 93(2): 245-51.
- 13- Kuchenhoff J. Unfulfilled desire for children: What is the grief for men? Ther Umsch. 1999; 56(5): 260-4.
- 14- Bitzer J. Psychosomatic counseling and management of infertile couples. Ther Umsch. 1999; 56(5): 246-50.
- 15- Davis D.C., Dearman C.N. Coping strategies of infertile women. J Obs Gyn Neonatal Nurs. 1991; 20(3): 221-8.