

ناباروری و جنبه های روانی - اجتماعی

دکتر رضا کرمی نوری - استاد یار و مدیر گروه روانشناسی دانشگاه تهران - عضو هیأت علمی گروه پژوهشی علوم رفتاری پژوهشکده ابن سینا (مرکز پژوهشی بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

چکیده

در مقاله حاضر که مروری بر پژوهش های انجام شده در مورد جنبه های روانی - اجتماعی ناباروری می باشد، دو گروه از پژوهش ها را می توان در نظر گرفت: ۱- پژوهش هایی که برای ناباروری دلایل روانشناختی قائل هستند. ۲- پژوهش هایی که به مطالعه پی آمدهای روانشناختی ناشی از ناباروری پرداخته اند. گروه اول تفاوت های شخصیتی و تفاوت هایی در میزان استرس را در میان جمعیت نابارور در مقایسه با جمعیت غیر نابارور از جمله دلایل موثر برای بروز ناباروری معرفی کرده اند. گروه دوم که بیشتر مطالعات کنونی را نیز شامل می شود هم به شیوه کیفی و توصیفی و هم به شیوه کمی و آزمون فرضیه پی آمدهای روانشناختی ناباروری را مطالعه نموده است. بطور کلی مطالعات کیفی و توصیفی، ناباروری را بعنوان یک تجربه ناگوار (خصوصاً برای زنان) معرفی می کنند. مطالعات کمی، آشفتگی، استرس، افسردگی، پایین بودن عزت نفس، ناراضایتی زناشویی و ناراضایتی جنسی را بعنوان پی آمدهای روانشناختی ناباروری معرفی می نمایند. البته در نتایج مطالعات کمی ناهمخوانی بیشتری در مقایسه با نتایج مطالعات کیفی مشاهده می شود. در تبیین این ناهمخوانی ها، دو گروه مشکلات روش شناسی (از قبیل نمونه گیری، ابعاد زمانی، گروه های کنترل و تغییرات بین فرهنگی) و مشکلات تئوریک (مفهوم سازی) پیشنهاد می شود. در انتها تفاوت های جنسی در مورد تجربه ناباروری مورد بحث واقع شده است. این مقاله نشان می دهد که علاوه بر جنبه های فیزیولوژیک جنبه های روانی - اجتماعی ناباروری نیز باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

واژه های کلیدی: ناباروری، فاکتورهای روانی - اجتماعی، مطالعات کمی و کیفی
آدرس مکاتبه: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - انتهای بلوار - پژوهشکده ابن سینا
صندوق پستی ۱۷۷ - ۱۹۸۳۵

مقدمه

همانگونه که پدیده ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک بوجود می آید و در قلمرو علوم پزشکی قرار میگیرد دارای جنبه های روانی - اجتماعی نیز میباشد و به لحاظ علوم رفتاری و اجتماعی نیز میبایست مورد توجه قرار گیرد. جنبه های روانی - اجتماعی ناباروری در گذشته بسیار مورد غفلت واقع شده است ولی خوشبختانه از دهه ۱۹۸۰ به بعد مورد توجه بسیاری قرار گرفته و پژوهش بسیاری پیرامون آن صورت پذیرفته است.

در مروری بر ادبیات تحقیق، پژوهش های انجام یافته در مورد جنبه های روانی - اجتماعی ناباروری را به دو گروه عمده میتوان تقسیم نمود :

۱) گروه اول تحقیقاتی هستند که بر این باورند که ناباروری دارای دلایل روانشناختی است (فرضیه منشأ ناباروری) (۱) (Psychogenic hypothesis)

۲) گروه دوم تحقیقاتی هستند که پی آمدهای روانشناختی ناباروری را مورد بحث قرار می دهند (فرضیه پی آمدهای روانشناختی) (۲) (Psychological Consequences)

۱- مبنای فرضیه منشأ روانی آن است که بسیاری از موارد ناباروری (خصوصاً در ناباروریهای غیرارگانیک) در اثر یک مقاومت ناخودآگاه برای مادر شدن در زنان بوجود می آید. یکی از شاخصهای اصلی برای اثبات ادعای این فرضیه تفاوت های شخصیتی است که بین افراد نابارور و بارور میتواند وجود داشته باشد.

در حالیکه مطالعات محدودی نظیر استولر و دیگران (۱۹۹۲) وجود دارد که نشان میدهد بین زوجهایی که حامله شده اند و آنهایی که حامله نشده اند از جهت برخی مؤلفه های شخصیتی تفاوت وجود دارد ولی مطالعات بسیاری نیز تفاوت های شخصیتی معنی داری را بین دو گروه نابارور و بارور نیافته اند (از قبیل فریمن و دیگران ۱۹۸۵، کونولی و دیگران ۱۹۹۲، لالوس و

دیگران ۱۹۸۵، رایست و دیگران ۱۹۸۹، براند و دیگران ۱۹۸۲). مطالعات انجام شده پیرامون تفاوت های شخصیتی که تا دهه ۱۹۸۰ غلبه بیشتری در ادبیات تحقیق داشته اند در معرض انتقادات بسیاری قرار گرفته اند از جمله: عدم نمونه گیری مناسب، استفاده از آزمودنیهایی که به کلینیکها مراجعه میکنند، عدم استفاده از آزمونهای استاندارد شده، عدم استفاده از گروههای کنترل مناسب و تمرکز بیش از اندازه بر زنان نابارور.

بنابراین اینگونه مطالعات به روشنی نتوانسته اند بین افراد نابارور و بارور و همچنین بین کسانی که ناباروری ارگانیک (ناباروری که با منبع مشخص فیزیولوژیک همراه باشد) دارند و کسانی که ناباروری کارکردی (ناباروری نامشخص و نامعلوم) دارند تفاوت قائل شوند.

در سالهای بعد فرضیه منشأ روانی بصورت دیگر مورد توجه قرار گرفته است. محققینی نظیر آستور و پاسن (۱۹۸۶) در مورد مطالعات مربوط به تفاوت های شخصیتی این ایراد را وارد میسازند که آزمونهای شخصیت قادر نیستند که انگیزه ناخودآگاه را اندازه گیری نمایند و لذا با یافته های مربوط به عدم تفاوت شخصیتی بین باروران و ناباروران لزوماً نمیتوان فرضیه منشأ روانی را رد کرد.

برخی محققین دیگر برداشتی سایکو دینامیک (روان پویا) از فرضیه منشأ روانی را ارائه کردند و استرس (فشار روانی) را بعنوان عامل و دلیل اصلی برای ناباروری پیشنهاد داده اند (هاریسون و دیگران ۱۹۸۶، آموره و دیگران ۱۹۸۳، واسر ۱۹۹۴، هاریسون و دیگران ۱۹۸۷، واسرو دیگران ۱۹۹۳). برداشت عمومی این محققان آنست که با توجه به اینکه استرس و سلامت با هم مرتبط هستند.

بنابراین بطور منطقی میتوان ارتباط بین استرس و ناباروری را هم انتظار داشت. در مطالعه ای که توسط

دومار و دیگران (۱۹۹۲) انجام گرفت ۵۲ زن نابارور در یک برنامه درمانی ده هفته ای که شامل آموزش آرام سازی (۱) (relaxation response training) و تکنیکهای مدیریت استرس (۲) (Stress management techniques) بود شرکت کردند.

بعد از پایان برنامه آموزش، این زنان نه تنها کاهش معنی داری را در استرس نشان دادند بلکه ۱۶ نفر از آنان (۳۲ درصد) باردار شدند. از آنجائی که این مطالعه گروه کنترل نداشت و هم اینکه بیماران نابارور در جریان برنامه آموزشی درمان پزشکی خود را نیز دنبال میکردند لذا نمیتوان با قطعیت این ادعا را مطرح نمود که برنامه آموزشی در مورد بارداری این زنان نقش اصلی را داشته و استرس علت ناباروری بوده است.

ولی نتایج این مطالعه نشان میدهد که فرضیه استرس از ارزش مطالعاتی برخوردار است. در مطالعه دیگری توسط بوی وین و تاکف من (۱۹۹۵) سطوح استرس روزانه در میان ۴۰ زن که تحت درمان IVF بودند اندازه گیری شد. در این مطالعه کسانی که حامله نشدند نسبت به کسانی که حامله شدند سطوح استرس بیشتری را تجربه کردند. نکته قابل ابهام در این مطالعه آنست که نمیتوان به روشنی مشخص نمود که استرس مشاهده شده پی آمد ناباروری است یا علت و سبب بوجود آمدن ناباروری.

در مطالعه ای دیگر واسر (۱۹۹۴ و ۱۹۹۳) چهار گروه از زنان را با هم مقایسه نمود: (۱) زنان نابارور آناتومیکی، (۲) زنان با نشانگان (سمپتوم) خفیف، (۳) زنان نابارور با مشکلات هورمونی، (۴) زنان با شرایط فیزیکی مشابه گروه سوم ولی در جستجوی حاملگی نبوده اند.

این حقیقت که زنان در گروه سوم و چهارم نمره های استرس بالاتری را نشان دادند واسر را به این نتیجه گیری رسانید که برخی از انواع ناباروری به استرس مربوط میباشد. در مطالعه ۲۸ زوج، اسلاد و دیگران (۱۹۹۲) به این نتیجه دست یافتند که از خلق

ضعیف و عزت نفس پایین شوهران میتوان نتایج حاملگی را در سه سال بعد پیشگویی کرد. استولوو و دیگران (۱۹۹۳) پیشنهاد میکنند که ارتباط بین استرس و ناباروری ممکن است برای مردان در مقایسه با زنان بیشتر مسأله باشد. محققین دیگری (نظیر مورس و دیگران ۱۹۸۷) مدل تعاملی زن و مرد را در رابطه با استرس و ناباروری مطرح کرده اند.

۲- مطالعات بسیاری ناباروری را بعنوان یک منبع برای آشفتگی های روانی مطرح مینمایند. در این مورد مطالعات را میتوان به دو گروه تقسیم نمود:

الف - مطالعات توصیفی که مبتنی بر روش شناسی قیاسی است و هدف آنها اینست که ماهیت تجربه ناباروری را مشخص سازند.

ب - مطالعاتی که به آزمون این فرضیه که ناباروری سبب آشفتگی روانی میشود می پردازند.

- مطالعات توصیفی عمدتاً مطالعات کیفی است. برخی مصاحبه های نیمه منظم را با زنان نابارور (مانند: میال، ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶؛ آل شانسکی، ۱۹۸۷؛ ساندلوسکی، ۱۹۸۷) و برخی با زوجها (مانند: بکر ۱۹۹۴، گریل ۱۹۹۱، ساندلوسکی و دیگران ۱۹۹۰) انجام داده اند و برخی دیگر نیز از پرسش نامه (مانند فریمن و دیگران ۱۹۸۵؛ لالوس و دیگران ۱۹۸۵؛ برن شتاین و دیگران ۱۹۸۵؛ دانی و مک کینی ۱۹۹۲) استفاده کرده اند تا نظرات ناباروران را در مورد تجربه ناباروری جویا شوند. بطور کلی مطالعات توصیفی، ناباروری را بعنوان یک تجربه وحشتناک (خصوصاً برای زنان) معرفی می نماید. بعنوان مثال در مطالعه ماہلسدت و دیگران (۱۹۸۷) ۶۳ زن نابارور و ۳۷ مرد نابارور چنین گزارش داده اند که ۹۶ درصد احساس ناکامی، ۸۱ درصد احساس ناامیدی، ۸۲ درصد احساس پریشانی و ۶۵ درصد احساس خشم داشته اند.

- در مطالعات توصیفی موضوعات شایع زیر غالباً در مورد تجربه ناباروری گزارش شده است :
- ۱- ناباروری بعنوان یک تمرکز و هسته اصلی برای هویت (خصوصاً برای زنان)
 - ۲- احساس فقدان کنترل و تلاش برای دست یابی به کنترل
 - ۳- احساس نقص و بی لیاقتی (خصوصاً برای زنان)
 - ۴- بی پایگامی و داشتن ابهام
 - ۵- استرس در روابط زناشویی و جنسی همزمان با وجود کششی بیشتر که به علت ناباروری بین زوجین بوجود می آید.
 - ۶- احساس جدایی و بیگانگی از دنیای بارور
 - ۷- احساس داغ و ننگ اجتماعی
 - ۸- دشواری در سازگاری با ناباروری
 - ۹- غوطه ور شدن در فرایند درمان
 - ۱۰- ماهیت استرس زا در خود فرایند درمان
 - ۱۱- روابط تغییر یافته با پزشکان و مراقبین بهداشت

یکی از نقاط قوت در مطالعات توصیفی آنست که تجربه ناباروری را در درون زمینه اجتماعی خودش مورد تجزیه و تحلیل قرار میدهد و به نقش جنسیت، ساختار خانوادگی، روابط زوجها، اثرات مؤسسات پزشکی و اهمیت تکنولوژی باروری در شکل دهی واکنش های به ناباروری توجه خاص مینماید.

- آزمون فرضیه پی آمدهای روانشناختی - در این مطالعات تلاش عمده بر آنست که با استفاده از روشهای کمی این فرضیه آزمون شود که آیا ناباروری منبعی برای آشفتگی های روانی محسوب میگردد. در این مطالعات خصوصیات و ویژگیهای روانشناختی جمعیت نابارور با جمعیت عادی مقایسه میشود. محققین گوناگون با استفاده از

آزمونهای استاندارد شده به نتایج متفاوتی دست یافته اند: رایت و دیگران (۱۹۸۹) چنین نتیجه گیری می کنند که جمعیت نابارور بیش از جمعیت عادی دچار آشفتگی های روانی است. در حالیکه دونکل - شترولوبل (۱۹۹۱) این ادعا را مطرح می کنند که بین جمعیت نابارور و جمعیت عادی تفاوت چندان قابل ملاحظه ای یافت نمی شود.

اینکه چرا بین این مطالعات همخوانی وجود ندارد شاید به این دلیل باشد که آشفتگی روانی از دیدگاه این محققین تعریف متفاوتی دارد. یعنی ملاک و معیار آشفتگی روانی در دو جمعیت در مقیاسهای مربوط به یک آزمون روانشناختی می تواند متفاوت باشد. هر آزمون روانشناختی در حالیکه دارای یک نمره کل میباشد دارای نمراتی جداگانه مربوط به هریک از زیرمجموعه های آزمون نیز می باشد. اینک تفاوت در نمره کل و یا هر یک از زیر مجموعه های آزمون به تنهایی در نظر گرفته شود می تواند دلیلی برای ناهمخوانی مطالعات فوق باشد. در بیشتر مطالعاتی که از آزمون های استاندارد شده مربوط به آشفتگی های روانی [مانند MMPI(The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) , BSI (Briefsymptom Inventory) استفاده شده است یا تفاوتی را در نمره کل این آزمونها بین جمعیت نابارور و جمعیت عادی نشان میدهد (اموره و دیگران، ۱۹۸۳؛ آرتون و هوول ۱۹۹۵؛ کوروپاتنیک و دیگران ۱۹۹۳؛ رایت و دیگران ۱۹۹۱) و یا حداقل تفاوتی را در یکی از زیر مجموعه های آن آزمون (خصوصاً آنهایی که به حساسیت بین فردی و افسردگی مربوط است) را نشان می دهد (بری و ویلسون ۱۹۹۰؛ دانی و مک کینی ۱۹۹۲؛ هینز و دیگران، ۱۹۹۲). مطالعاتی که هیچگونه تفاوتی را نشان نمی دهند بیشتر از بیماران تحت درمان IVF بعنوان جمعیت نابارور استفاده کردند هرچند که این مطالعات نیز نشان میدهند که اگرچه بطور کمی

تفاوتی بین دو جمعیت نابارور و عادی دیده نشده است ولی بطور کیفی این دو جمعیت با هم متفاوتند. بعنوان مثال در مطالعه فریمن و دیگران (۱۹۸۵) که بر روی ۲۰۰ زن که تحت درمان IVF قرار گرفته بودند انجام شد اگرچه در آزمون MMPI تفاوتی بین دو جمعیت نابارور و عادی مشاهده نشد ولی ۴۸ درصد از ناباروران گزارش دادند که ناباروری بدترین تجربه در طول زندگی آنها بوده است.

در آزمونهای مربوط به عزت نفس و رضایت زناشویی نیز نتیجه مطالعات با هم همخوانی ندارند. برخی گزارش داده اند که جمعیت نابارور در مقایسه با جمعیت عادی از عزت نفس پایینتر (هینز و دیگران ۱۹۹۲، کدم و دیگران ۱۹۹۰؛ کالان، ۱۹۸۷؛ آبی و دیگران ۱۹۹۱، ۱۹۹۲) و رضایت زناشویی و جنسی پایینتر (اندروز و دیگران، ۱۹۹۲؛ هیرچ و هیرچ ۱۹۸۸؛ چاندرا و دیگران ۱۹۹۱؛ پپه و بیرنر ۱۹۹۱) برخوردار بوده اند و برخی نیز تفاوت معنی داری در عزت نفس (براند و دیگران ۱۹۸۲؛ ادل من و دیگران ۱۹۹۴؛ پاسن و دیگران ۱۹۸۸) و یا در رضایت زناشویی و جنسی (فریمن و دیگران ۱۹۸۳؛ شاور و دیگران ۱۹۹۲؛ دانی لوک و دیگران ۱۹۸۷) پیدا نکرده اند.

نتیجه گیری کلی از مطالعات مربوط به آزمون فرضیه پی آمدهای روانشناختی (آشفتگی روانی، استرس، افسردگی، عزت نفس، رضایت زناشویی، رضایت جنسی) آن است که پی آمدهای روانی - اجتماعی ناباروری به شدتی که در مطالعات توصیفی مطرح میشود نیست. بنابراین در حالیکه مطالعات توصیفی که از روشهای کیفی استفاده می کنند بطور قویتری از تفاوتهای بین جمعیت نابارور و جمعیت عادی دفاع می کنند، مطالعات آزمون فرضیه که از روشهای کمی استفاده می کنند به طور ضعیف تری از تفاوت های بین جمعیت

نابارور و جمعیت عادی گفتگو می کنند و باهم همخوانی ندارند.

دو دسته از مشکلات را در بروز ناهمخوانی بین مطالعات کیفی و کمی از یکطرف و همچنین ناهمخوانی در درون مطالعات کمی از طرف دیگر می توان مؤثر دانست:

۱- مشکلات روش شناسی - مشکلات مربوط به نمونه گیری ناباروران، زمان بندی، گروه کنترل و تغییرات بین فرهنگی در زمره این مشکلات قرار دارند:

نمونه گیری - مطالعات مربوط به پی آمدهای روانشناختی ناباروری عموماً با این مسأله روبرو بوده اند که از نمونه هایی استفاده کرده اند که معرف واقعی جمعیت نابارور نبوده اند. این نمونه ها غالباً از کلینیک های ناباروری برداشته شده اند و لذا از نتایج بدست آمده تفسیر جامع و کاملی نمی توان داشت. بعنوان مثال نشان داده شده است که نمونه های مربوط به Resolve آشفتگی های روانی بیشتری و بیماران تحت درمان IVF آشفتگی های روانی کمتری را گزارش می دهند. همچنین نمونه ها غالباً از میان ناباروران داوطلب انتخاب می شوند که ممکن است در مقایسه با ناباروران غیرداوطلب از آشفتگی روانی کمتری برخوردار باشند. مشکل عمده در مورد نمونه گیری از ناباروران آنست که نیمی از زوجهای نابارور در جستجوی درمان پزشکی نیستند و لذا در حیطه فرایند درمان قرار نمی گیرند (موشر و پرات ۱۹۹۰) بنابراین مشکل حذف (omission) را به لحاظ آماری بوجود می آورند. از آنجائی که نیمرخ جمعیتی ناباروران درمان جو و ناباروران غیردرمان جو ممکن است با هم متفاوت باشند، بنابراین نمی توان نتایج گروه درمان جو را به گروه غیردرمان جو تعمیم داد. مشکل دیگر آنست که ناباروران در طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین و

کم درآمد نیز کمتر مورد مطالعه قرار می گیرند در حالیکه این گروه درصد بیشتری از ناباروران را شامل می شوند. استولرو و دیگران (۱۹۹۳) برای رفع این مشکلات از طریق مطبوعات ناباروران را به مطالعه خود دعوت نمودند ولی روش ایده آل این خواهد بود که نمونه گیری بطور تصادفی از میان جمعیت نابارور انجام گیرد که البته هم حجم نمونه زیاد خواهد شد و هم مستلزم هزینه زیاد خواهد بود. ابعاد زمانی - ناباروری یک صفت ثابت نیست بلکه فرایندی گذراست. مؤلفه زمان عامل مهمی در ناباروری به حساب می آید. این مهم است که بدانیم ناباروران در کجای فرایند ناباروری مورد مطالعه قرار گرفته اند. ممکن است تفاوتی بین دو گروه نابارور و غیرنابارور مشاهده شده باشد که ناشی از تفاوت های زمانی باشد. باید به این نکته نیز توجه داشت که ممکن است آثار زمان بر تجربه ناباروری خطی نیز نباشد. مطالعه هینز و دیگران (۱۹۹۲) اهمیت زمان را بخوبی نشان می دهد. در این مطالعه پرسش نامه هایی درجهت اندازه گیری میزان افسردگی و عزت نفس به ۱۰۰ زن نابارور تحت درمان IVF و ۷۳ کنترل بارور در دو موقعیت زمانی جداگانه (با فاصله ۶ هفته) داده شد. در آزمایش اول هیچ تفاوت معنی داری در افسردگی و عزت نفس بین زنان نابارور و کنترل مشاهده نشد. ولی در آزمایش دوم (زمانی که زنان نابارور با تلاش های ناموفقی در درمان IVF روبرو شده بودند) تفاوت معنی داری هم در افسردگی و هم در عزت نفس بین دو گروه مشاهده شد.

در آزمون پی آمدهای روانشناختی ناباروری دو متغیر زمانی را باید مورد ملاحظه قرار داد: مدت ناباروری و مدت درمان. این دو متغیر به شیوه های متفاوتی در استرس ناباروران نقش دارند و حتی ممکن است که بصورت تعاملی نیز عمل کنند. بعنوان

مثال می توان این احتمال را در نظر گرفت که استرس ناباروری در طول زمان برای آنهایی که در جستجوی درمان نیستند کاهش پیدا می کند ولی برای کسانی که فعالانه در جستجوی درمان هستند افزایش پیدا می کند. اینکه آیا فرایند درمان موفق بوده است یا نه خود نیز توجه خاصی را می طلبد. در حال حاضر مطالعات کنونی اجازه تعمیم دهی را بطور کلی در آثار مدت ناباروری و یا مدت درمان برآشفستگی های روانی نمی دهند. به این نکته باید اشاره نمود که بیشتر مطالعات، از نوع مطالعات عرضی بوده اند نه مطالعات طولی که این امکان را فراهم نمی کند که مسأله علت و معلول را در ناباروری و آشفستگی های روانی مشخص سازیم. همچنین با فقدان اطلاعات قبل از درمان نمی توان آثار ناباروری را از آثار خوددرمان جدا ساخت (کونولی و دیگران ۱۹۹۲؛ رایت و دیگران ۱۹۹۱)

گروه کنترل - آزمون پی آمدهای روانشناختی مقایسه بین دو جمعیت نابارور و غیرنابارور (کنترل) را لازم می سازد. در این مطالعات معمولاً مشخص نیست که گروه کنترل مناسب چه خصوصیتی باید داشته باشد. در بیشتر موارد گروه کنترل از میان زنان حامله انتخاب می شوند که ممکن است انتخاب مناسبی نباشد (بری و ویلسون ۱۹۹۰؛ رایت و دیگران ۱۹۹۱). در مورد گروه های کنترل دیگر نظیر مادرانی که بطور داوطلبانه بدون فرزند هستند، بیمارانی که دچار مسائل خاص بیماریهای زنانه (ژنیکولوژی) هستند و دانشجویان دانشگاه نیز بنوبه خود مشکلاتی وجود دارد.

در مطالعاتی که از گروه کنترل استفاده می شود نوعاً از آزمونهای عمومی مربوط به آشفستگی های روانی استفاده می شود و لذا در این آزمونها بطور ویژه و اختصاصی به آشفستگی های مربوط به ناباروری تکیه نشده است. این مسأله خود در نتیجه

مطالعات تأثیر خواهد گذاشت. در تلاشی برای رفع این مشکل، آبی و دیگران (۱۹۹۱، ۱۹۹۲، ۱۹۹۴)، (۱۹۹۵) ۱۸۵ زوج نابارور و ۹۰ زوج بارور را باهم مقایسه کردند. از زوجهای نابارور درخواست شده بود تا به مجموعه ای از سؤالات مربوط به مشکل استرس باروری پاسخ دهند. در گروه کنترل، از آزمودنیها خواسته شده بود تا درباره استرس مربوط به بزرگترین مشکل خود به سؤالا پاسخ دهند. بنابراین در این مطالعه که به نوعی مطالعه توصیفی بشمار می آید (زیرا از آزمون استاندارد شده یکسان برای دو گروه مورد استفاده قرار نگرفته است) هدف آن بوده است که نشان دهد تجربه ناباروری یک تجربه استرس زا و تهدیدی برای هویت فرد است و بطور خلاصه موقعیت دشواری در زندگی است. بنابراین لزوماً نباید بدنبال این نتیجه گیری بود که افراد نابارور بطور روانشناختی بهتر یا بدتر از گروههای دیگر هستند بلکه آنچه که حائز اهمیت است آنست که ناباروری بصورت یک بحران برای زوجها میتواند مطرح باشد آنچنان که مسائل دیگری نظیر بیماری فرزندان، یا سیر بیماریهای هر یک از زن و شوهر، مشکلات اقتصادی نیز میتوانند بحرانهای دیگری در زندگی زناشویی بحساب آیند.

تغییرات بین فرهنگی - هرچند که مطالعات مربوط به آشفتگی های روانی در کشورهای مختلفی (نظیر کانادا، آمریکا، انگلستان، سوئد، سوئیس، آلمان و...) صورت گرفته است ولی این سؤال که چگونه زمینه ها و محیطهای فرهنگی و ملی تجربه ناباروری را شکل میدهد هرگز مورد مطالعه قرار نگرفته است (بری و ویلسون، ۱۹۹۴) یا مطالعات کمی در این رابطه موجود است (چاندرا و دیگران ۱۹۹۱ و بلوچ و دیگران ۱۹۹۳).

۲- مشکلات تئوریک - بطور کلی هنوز درمورد نظریه پردازی پیرامون آثار روانی - اجتماعی ناباروری و پیوند آن با نظریه های عمومی روانی - اجتماعی تلاش زیادی صورت نگرفته است. در این راستا به استثنائاتی نظیر رویکردهای تعامل گرا (آل شانسکی، ۱۹۸۷، ساندیوسکی ۱۹۸۷، ۱۹۹۳، گریل ۱۹۹۱، لوربر و باندلا مودی ۱۹۹۳) و رویکردهای ارزیابی شناختی (مندولا و دیگران ۱۹۹۰، مورو و دیگران ۱۹۹۵، استانتون و دیگران ۱۹۹۹) و سازگاری (ادل من و دیگران ۱۹۹۴، اسلاد و دیگران ۱۹۹۲) می توان اشاره نمود.

بطور کلی می توان گفت که در مطالعات مربوط به آشفتگی های روانی به ساختار اجتماعی ناباروری توجه کمی شده است. در این مطالعات سؤال اصلی آنست که آیا ناباروری استرس زاست؟ سپس این سؤال به شکل جدیدی فرموله می شود که آیا ناباروران آشفته و پریشان هستند؟ در پاسخ به این سؤالات غالباً یک مدل پزشکی از اثر روانی - اجتماعی ناباروری ارائه میشود: آشفتگی روانی بعنوان یک سمپتوم در بیماران نابارور معرفی میشود که می بایست توسط متخصصین درمان شود. این نگرش موجب میشود که به شرایط اجتماعی ناباروری توجه نشود و در فرایند درمان نیز راههایی که با سازگاری اجتماعی می تواند اثربخش باشد مورد ملاحظه قرار نگیرند. بنابراین در ادبیات تحقیق، ناباروری بعنوان یک حالت فیزیولوژیک و با یک مدل پزشکی و نه بعنوان یک پدیده اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است. بعنوان مثال برن شتاین (۱۹۸۸) به زوجهای ناباروری که حامله شده اند بعنوان ناباروران سابق نام می برد در حالیکه شواهد نشان می دهند که نابارورانی که حامله شده اند هنوز خود را بعنوان نابارور تصور می کنند و آشفتگی های شبیه به زوجهای نابارور را

از خود نشان می دهند. این مطالعه نشان می دهد که ناباروری تنها یک حالت فیزیولوژیک نیست که با برطرف شدن آن بیمار به سلامتی کامل دست یابد بلکه پدیده ای است روانی - اجتماعی که علیرغم برطرف شدن مشکل فیزیولوژی، بیمار هنوز به لحاظ روانی - اجتماعی تجربه ناباروری را با خود به همراه دارد.

باید به این نکته نیز توجه داشت که گروههای مختلف ممکن است با ناباروری به طور متفاوتی برخورد کنند و ناباروری بصورت یکسان و مشابهی برای همه ناباروران تجربه نشود.

جنسیت و تجربه ناباروری

از گروه های مهمی که بطور متفاوتی با تجربه ناباروری برخورد می کنند به دو گروه جنسی مرد و زن باید اشاره نمود. مطالعات گوناگون عمدتاً چنین نتیجه گیری می کنند که تجربه ناباروری برای زنان استرس زا تر از مردان است (بعنوان مثال بری و ویلسون ۱۹۹۱؛ ادل من و کونولی ۱۹۸۶، شاور و دیگران ۱۹۹۲ گریل ۱۹۹۱). چنین به نظر می رسد در مطالعاتی که از آزمونهای اختصاصی برای استرس ناباروری (در مقایسه با آزمونهای عمومی استرس) استفاده کرده اند تفاوت جنسی بیشتری را مشاهده نموده اند.

این مطالعات به این نتیجه رسیده اند که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور:

- ۱- از عزت نفس پایینتری برخوردارند.
- ۲- افسردگی بیشتری دارند.
- ۳- از زندگی رضایت کمتری دارند.
- ۴- خودشان را بیشتر برای ناباروری بوجود آمده مقصر می دانند.
- ۵- نداشتن بچه را بیشتر بعنوان یک امر غیرقابل قبول در نظر می گیرند.

۶- از کودکان، زنان حامله و اصولاً دنیای باروری بیشتر فاصله می گیرند.

۷- درمان را زودتر شروع می کنند.

۸- در جستجوی بیشتری پیرامون اطلاعات ناباروری هستند.

۹- درمان را دیرتر متوقف می سازند.

۱۰- بچه دار شدن را بیشتر یک چاره و علاج

برای پی آمدهای منفی ناباروری در نظر می گیرند. در مورد نتایج مربوط به رضایت زناشویی و جنسی با وضوح کمتری می توان صحبت کرد. برخی مدارک پیشنهاد می کنند که زنان از مردان رضایت کمتری دارند (مانند بل، ۱۹۸۱، ساباتلی و دیگران ۱۹۸۸، نیوتن و دیگران ۱۹۹۰) در حالیکه برخی مدارک دیگر پیشنهاد می کنند که تفاوتی وجود ندارد (بری و دیگران ۱۹۹۱، رایت و دیگران ۱۹۹۱، فاگان و دیگران ۱۹۸۶). در مطالعات چنین بنظر میرسد که در روابط زناشویی، زنان حمایت بیشتری را فراهم می کنند، حمایت بیشتری را دریافت می کنند و بیشتر از حمایتی که دریافت می کنند رضایت دارند.

برخی محققین نیز این سؤال را مورد بررسی قرار داده اند که آیا تجربه ناباروری با توجه به اینکه کدام طرف (زن یا مرد) علت ناباروری باشد متفاوت است. مطالعات کیفی متعددی به این نتیجه گیری رسیده اند که مردان زمانی که خودشان دلیل ناباروری باشند آشفته تر و پریشان تر هستند در حالیکه زنان چه خودشان و چه شوهرانشان دلیل ناباروری باشند یکسان دچار آشفتگی روانی می شوند (بل ۱۹۸۱، کونولی و دیگران ۱۹۹۲، برن شتاین و دیگران ۱۹۸۸، راسفاری و دیگران ۱۹۸۷) مطالعاتی نیز وجود دارد که نشان می دهند زنان نیز با توجه به اینکه چه کسی علت ناباروری است آشفتگی های روانی متفاوتی را تجربه می کند (دانی

لوک و دیگران ۱۹۸۷؛ دومار و دیگران ۱۹۹۲، آبی و هال من ۱۹۹۵، اول بریک و دیگران ۱۹۹۰). در مطالعه ای کونولی و دیگران ۱۹۸۷ به این نتیجه می رسند که عامل مردانه در ناباروری آشفتگی روانی بیشتری را هم برای مرد وهم برای زن فراهم می کند.

باید توجه داشت که داده های مربوط به ناباروری و جنسیت را به سادگی نمی توان تفسیر کرد و این به تعریف نقش های جنسی و شیوه های سازگاری و شیوه های درمان ناباروری بستگی زیادی پیدا می کند. اینکه تفاوت در نقش جنسی و اثر آن در تجربه ناباروری مهمتر از آنست که کدام زوج دارای مشکل ناباروری است این حقیقت را مطرح میکند که در پدیده ناباروری متغیر اجتماعی اهمیت بیشتری از متغیر پزشکی دارد. بعبارت دیگر اینکه نقشهای جنسی و هویت جنسی در شکل دهی تجربه ناباروری سهم دارد حمایت بیشتری را برای این دیدگاه فراهم می کند که ناباروری بعنوان یک فرایند با ساختار اجتماعی بهتر از یک حالت صرفاً فیزیولوژیکی فهمیده می شود.

References

1. Abbey. A., Andrews. F. M. and Halman, L. J. Infertility and parenthood: does becoming a parent increase well-being? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994; 62: 398-403.
2. Abbey. A., Andrews. F. M. and Halman, L. J. Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem. internal control. and interpersonal conflict. *Journal of marriage and the Family*. 1992; 54: 408-417.
3. Abbey. A., Andrews. F.M. and Halman, L. J. Provision and receipt of social support and disregard: what is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of personality and Social psychology*. 1995; 68: 455-296.
4. Abbey. A., and Halman, L. J. The role of perceived control, attributions, and meaning in members' of infertile couples well-being. *Journal of Social and Clinical psychology*. 1995; 14: 271-296.
5. Abbey. A., Andrews. F.M. and Halman, L. J. Gender's role in responses to infertility. *Psychology of Women Quarterly*. 1991; 15: 295-316.
6. Abbey. A., Halman. L. J. and Andrews F. M. Psychosocial treatment and demographic predictors of stress associated with infertility. *Fertility and Sterility*. 1992; 57: 122-128 .
7. Andrews. F. M. Abbey. A. and Halman. J. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*. 1992; 57: 1247-1253.
8. Astor. J. and pawson. M. The value of psychometric testing in the investigation of infertility. *Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 1986; 5: 107-111.
9. Atherton. F. and Howel. D. Psychological morbidity and the availability of assisted conception: a group comparison study. *Journal of Public Health Medicine*. 1995; 17: 157-160.
10. Baluch. B. Manyande. A. Aghssa. M. and Jafari R. Failing of conceive with in vitro fertilization: the middle eastern experience. *Psychological Reports*. 1993; 72: 1107-1110.
11. Becker. G. Metaphors in disrupted lives: Infertility and cultural constructions of continuity. *Medical Anthropology Quarterly*. 1994; 8: 383-410.
12. Bell, J. S. Psychological problems among patients attending an infertility clinic *Journal of psychosomatic Research*. 1981; 25: 1-3.
13. Berg, B. J. and Wilson, J. F. Psychiatric morbidity in the infertility population: a reconceptualization. *Fertility & Sterility*. 1990; 53: 654-661.
14. Berg, B. J. Wilson, J. F & We ingartner, P. J. Psychological Sequelate of infertility treatment: the role of gender and sex role identification. *Social Scienced & Medicine*. 1991; 33: 1071-1080.
15. Bernstein, J. Mattox, J. H. and Kellner, R. Psychological status of previously infertile couples after a successful pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynecology and Neonatal Nursing*. 1988; 17: 404-408.
16. Bernstein, J. potts. N. and Mattox, J. Assessment of psychologic dysfunction associated with infertility. *Journal of Obstetrics and Gynecology and Neonatal Nursing*. 1985; 14: 63-66.
17. Brand. H. J. Roos. S. S. and van der Merwe. A. B. Psychological stress and infertility part1: psychological reaction patterns. *British Journal of Medical psychology*. 1982; 55: 379-384.
18. Brand. H. J. Roos. S. S. and van der Merwe. A. B. Psychological stress and infertility part2: psychological reaction patterns. *British Journal of Medical psychology*. 1982; 55: 379-388.
19. Boivin. J. and Takefman. J. E. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertility and Sterility*. 1995; 64: 802-810.
20. Callan. V. J. The personal and marital adjustment of mothers and of voluntarily and involuntarily childless wives. *Journal of Marriage and the Family*. 1987; 49: 847-856.
21. Chandra. P. S. Chaturvedi. S. K. Issac. M. K. Chitra. H. Sudarshan. C. Y. and Beena. M. B. Marital life among infertile spouses: the wife's perspective and its implications in therapy. *Family Therapy*. 1991; 18: 145-154 .

22. Connolly, K.J. Edelman, R. Cooke. L. D. and Robson, J. The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of psychosomatic Research*.1992; 36: 459-468.
23. Daniluk, J. C. Leader. A. and Taylor. P. L. psychological and relationship changes of couples undergoing an infertility investigation: some implications for counseling. *British Journal of Guidance and Counseling*.1987; 15: 29-36 .
24. Domar, A. D. Broome. A. Zuttermeister, P. C. Seibel. M. and Friedman. R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*.1992; 58: 1158-1163.
25. Domar, A. D. Zuttermeister, P.C. Seibil. M. and Benson. H. Psychological improvement in infertile women after behavioral treatment:a replication. *Fertility and Sterility*.1992;58:144 -147.
26. Downey, J. and Mckinney. M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1992; 62: 196-205.
27. Dunkel Schetter. C. and Lobel.M. psychological reactions to infertility.In *psychological Adjustment to Infertility* ed. A. C. Dunkel Schetter and A. L. Stanton. 1991; PP.29-57. Plenum. New York.
28. Edelman. R. J. and Connolly, K. psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical psychology*.1986; 59: 209-219.
29. Edelman. R. J. Connolly, K. J. and Bartlett. H. Coping strategies and psychological adjustment of couples presenting for IVF. *Journal of psychosomatic Research*.1994; 38: 355-364.
30. Freeman, E. W. Garcia, C. W. and Rickels, K. Behavioral and emotional factors: comparisons of anovulatory infertile women with fertile and other infertile women. *Fertility and Sterility*.1983; 40: 195-201.
31. Fagan, P. J. Schmidt. C. W. Rock, J. A. Damewood. M. D. Halle. E. and Wise, T. N. Sexual functioning and psychologic evaluation of in vitro fertilization couples. *Fertility and Sterility*.1986; 46: 668-672.
32. Freeman, E. W. Boer. A. W. Rickels, K. Tureck, R. and Mastroianni, L. Jr psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*.1985; 4: 48-53.
33. Greil, A. L. Not Yet pregnant: Infertile Couples in Contemporary America. Rutgers University press. New Brunswick . NJ. 1991.
34. Greil, A. L. A secret stigma: the analogy between infertility and chronic illness and disability. In *Advances in Medical Sociology*. 1991;2.ed.G.Albrecht and J.Levy, pp. 17-38. JAL Press. Greenwich. CT.
35. Hirsch, A. M. and Hirsch, S. M The effect of infertility on marriage and self-concept. *Journal of Obstetrics and Gynecological Neonatal Nursing*. 1988; 18: 13-20.
36. Harrison, R. F. O'Moore, R. R. and O'Moore, A. M. Stress and fertility: some modalities of investigation and treatment in couples with unexplained infertility in Dublin. *International Journal of Fertility*.1986; 3: 153-159.
37. Harrison, K. L. Callan. V. J. and Hennessey, J. F. Stress and semen quality in an in vitro fertilization program. *Fertility and Sterility*.1987; 48: 633-636.
38. Kedem, P. Mikulincer. M. and Nathanson, Y. E. psychological aspects of male infertility *British Journal of Medical psychology*.1990; 63: 73-80.
39. Koropatnick. S. Daniluk, J. and pattinson, H. A. Infertility a non-event transition. *Fertility and Sterility*.1993; 59: 163-171.
40. Lalos, A. Lalos, O. Jacobsson, L. and von Schoultz, B. The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstetrica and Gynecologica Scandinavica*.1985; 64: 258-262.
41. Lorber, J. and Bandlamudi. L. The dynamics of marital bargaining in male infertility. *Gender and Society*.1993; 7: 32-49.
42. Miall, C. E. perceptions of informal sanctioning and the stigma of involuntary childlessness. *Deviant Behavior*.1985; 6: 383-403.
43. Mahlstedt. P. MacDuff. S. and Bernstein. J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of IVF-ET*.1987; 4: 232-236.

44. Mendola, R. Tennen. H. Affleck, G, McCann, L. Fitzgerald. T. Appraisal and adaptation among women with impaired fertility. *Cognitive Therapy and Research*.1990; 14: 59-93.
45. Morrow, K. A. Thoreson R. W. and Penney. L. L. Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.1995; 63: 163-167.
46. Newton. C. Hearn. M. and Yuzpe. A. psychological assessment and follow up after in vitro fertilization: assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility*.1990; 54: 879-886.
47. O'Moore. A. M. O'moore. R. R. Harrison. R. F. Murphy. G. and Carruthers. M. E. psychosomatic aspects in idiopathic infertility. effects of treatment with autogenic training. *Journal of psychosomatic Research*.1983; 27: 145-151.
48. Olshansky, E. F. Identity of self as infertile: an example of theory-generating research. *Advances in Nursing Sciences*.1987; 9: 54-63.
49. Pepe, M. V. and Byrne, J. Women's perceptions of immediate and long-term effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Family Relations*.1991; 40: 303-309.
50. Paulson, J. D. Haarmann, B. S. Salerno, R. L. and Asmar, P, An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertility and Sterility*.1988; 49: 258-262.
51. Sabatelli. R. M. Meth. R. L. and Gavazzi, S. M. Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*.1988; 37:338-343.
52. Snarey, J. Son. L. Kuehne, V. S. Hauser. S. and Vaillant. G. The role of parenting in men's psychosocial development: a longitudinal study of early adulthood. infertility and midlife generativity. *Developmental psychology*.1987; 23: 593-603.
53. Sabatelowski, M. *With Child in Mind: Studies of the personal Encountrer with Infertility*. University of pennsylvania press. philadelphia. 1993.
54. Stanton. A. Tennen. H. Affleck. G. and Mendola R. Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *Women and Hedlth*.1991; 17: 1-15.
55. Sandelowski. M. Holditch-Davis. D. and Harris. B. G. Living the life: explanations of infertility *Sociology of Health and Illness*.1990;12:195-215.
56. Schenker. J. G, Meirow, D. and Schenker. E. Stressand human reproduction. *European Journal of Obstetrics and Gynecodogical Reproductive Biology*.1992; 45: 1-8.
57. Schover, L. R. Collins, R, L. and Richards S. psychological aspects of donor insemination: evaluation and follow-up of recipient couples. *Fertility and Sterility*.1992; 57: 583-590.
58. Slade, P. Raval. H. Buck. p. and Lieberman, B. E. A 3-year follow-up of emotional, martial. and sexual functioning in couples who were infertile. *Journal of Reproductive and Infant psychology*. 1992 ; 10: 233-243.
59. Sankelowski, M. The color gray: ambiguity and infertility. *Image Jouranal of nursing Scholarship*. 1987; 19: 70-74 .
60. Stoleru. S. Tegles. J. P. Fermaninan. J. and Spira. A. psychological factors in the aetiology of infertility: a prospective cohort study. *Human Reproduction*.1993; 8: 1039-1046.
61. Ulbrich. p. M. Coyle. A. T. and Llabre. M. M. Involuntary childlessness and matrital adjustment: his and hers, *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1990; 16: 147-158.
62. Wasser, S. K. psychosocial srtes and infertility: cause or effect ? *Human Nature*.1994; 5: 206-293.
63. Wasser. S. K. Sewall. G. and Soules. M. R. psychosocial stress as a cause of infertility. *Fertility and Sterility*.1993; 59: 685-689.
64. Wright. J. M. Lecours. A. and Sabourin, S. psychosocial disrtess and infertility: a review of controlled research. *International Journal of Fertility*. 1989; 34: 126-142.
65. Wright.J.Duchesne. C. Sabourin. S. Bissonnette, F, Benoit. J. and Ferard. y. psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility and Sterility*.1991; 55: 100-108.