

مقایسه اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی در دو گروه منتخب زنان بارور و نابارور

شهر تهران

لیلا فعال کلخوران^۱، هادی بهرامی^۱، نورعلی فرخی^۲، حجت زراعتی^۳، مجید ترحمی^۴*

۱- گروه روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی- واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۲- دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، تهران، ایران

۴- پژوهشکده بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشگاه فن آوری های نوین علوم زیستی جهاددانشگاهی- ابن سینا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری تجربه عاطفی دردناکی است؛ واکنش زوجین در مقابل این احساس آندوه به شکل مشکلات روان شناختی از قبیل اضطراب، افسردگی و کاهش در عملکرد شخص بروز می نماید. هدف از این تحقیق تعیین میزان اضطراب، افسردگی و رضایت از زندگی زناشویی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری ولیعصر (عج) و مقایسه آن با زنان بارور شرق تهران بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی- مقایسه ای بود که در آن میزان اضطراب، افسردگی و رضایت از زندگی زناشویی در ۶۰ نفر شامل ۳۰ زن نابارور و ۳۰ زن بارور انتخاب شده به روش نمونه گیری در دسترس، مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. اطلاعات اولیه شامل سن، مدت ناباروری، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، شغل و میزان تحصیلات ثبت شد. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه های افسردگی بک، اضطراب زانگ و رضایت زناشویی انریچ صورت گرفت. داده ها به وسیله آزمون های استنباطی (مجذور کای، تی مستقل، من-ویتنی، دقیق فیشر، رگرسیون لجستیک چندگانه) و با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ مورد بررسی قرار گرفت، P کمتر از ۰/۰۵٪ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج: اضطراب و افسردگی در زنان نابارور به طور معنی داری بیشتر از زنان بارور بود ($p < 0/05$)؛ اما تفاوت معنی داری در رضایت زناشویی کلی بین دو گروه مشاهده نشد. اضطراب و افسردگی در هیچ کدام از گروهها با سن و مدت ازدواج ارتباط نداشت؛ اما رضایت جنسی در زنان نابارور با افزایش سن و مدت ازدواج، بیشتر از زنان بارور بود. اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی در هر دو گروه با تحصیلات ارتباط معنی داری نشان نداد؛ ولی مدت ناباروری در زنان نابارور علیرغم عدم ارتباط با اضطراب و افسردگی، در رضایت جنسی تاثیر داشت. همچنین اضطراب در هیچیک از دو گروه با شغل مرتبط نبود؛ اما شغل، با افسردگی و رضایت زناشویی صرفاً در زنان نابارور ارتباط معنی دار را نشان داد. افسردگی و روابط جنسی در زنان نابارور خانه دار بیشتر از زنان نابارور شاغل بود.

* مسئول مکاتبه: مجید ترحمی، پژوهشکده بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشگاه فن آوری های نوین علوم زیستی جهاددانشگاهی- ابن سینا، دانشگاه شهید بهشتی، صندوق پستی: ۱۱۷۷-۱۹۶۱۵، تهران، ایران.
رایا نامه:

tarahomi@avicenna.ac.ir
majidtarahomi@yahoo.com

نتیجه گیری: افراد نابارور نیازمند مراقبت از نظر روانی هستند و دریافت درمان های حمایتی در زمینه مسایل روانی کمک قابل توجهی جهت حل مشکل این گروه می باشد.

دریافت: ۸۹/۴/۲۸

پذیرش: ۸۹/۷/۲۶

کلیدواژگان: اضطراب، افسردگی، باروری، رضایت زناشویی، ناباروری.

نحوه استناد به این مقاله: فعال کلخوران لیلا، بهرامی هادی، فرخی نورعلی، زراعتی حجت، ترحمی مجید. مقایسه اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی در دو گروه منتخب زنان بارور و نابارور شهر تهران. سال ۱۲ (۱۳۹۰)، شماره ۲، صفحات: ۱۵۷-۱۶۳.

زمینه و هدف

ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که می تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگون

قرار دهد (۱). ناباروری فرآیندی است که جسم، شغل، شخصیت و ذهنیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد و اثرات نامطلوبی در احساسات فرد از جمله خود باوری او دارد (۲). محققین بروز رفتارهای تکانشی و فشارهای پراکنده، افسردگی، احساس درماندگی و بی‌ارزشی، اضطراب و تشویش را در مورد افراد نابارور گزارش نموده‌اند (۳).

در یک مطالعه که با شرکت ۵۵ فرد نابارور (۲۵ مرد و ۳۰ زن) انجام شد، مشخص گردید اضطراب و افسردگی در زوج‌های نابارور وجود دارد و مهمترین عامل آن نگرش افراد نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی است (۴). در مطالعه‌ای دیگر میانگین نمره افسردگی بر اساس آزمون افسردگی بک برای زنان نابارور ۸/۳۱ و برای زنان بارور ۵/۱۰ به دست آمد (۵). بیشتر مطالعات گزارش کرده‌اند که در اغلب زنان تحت درمان ناباروری، پاسخ منفی تست بارداری، علایم افسردگی را در آنان تشدید می‌نماید (۶). به طور کلی اختلالات خلقی در زنان و مردان نابارور شایع است (۷) و حصول یک نتیجه موفقیت‌آمیز در درمان، آن را کاهش می‌دهد که این در اثر هورمون‌های استروژن و پروژسترون و عملکرد سروتونین می‌باشد (۸). در مورد اضطراب نیز شیوع معنی‌داری (۱۵/۳۳) در میان زنان نابارور مشاهده شده است (۹) و اختلال اضطراب کلی در ۱۷٪ موارد با افسردگی شدید همراه است (۱۰). آسیب‌های روان شناختی ناشی از واکنش‌های استرس، به دنبال تعیین علت ناباروری به وجود می‌آید (۱۱) که ۹۶٪ احساس ناکامی، ۸۱٪ احساس ناامیدی، ۸۲٪ احساس پریشانی و ۶۵٪ احساس خشم در این افراد مشاهده شده است (۱۲).

احساس افسردگی و نومییدی باعث کاهش رضایت‌مندی زنان نابارور از زندگی گذشته، حال و آینده می‌گردد؛ ولی برخورداری از حمایت همسر و نیز منزلت اجتماعی-شغلی وی رابطه مثبت با رضایت‌مندی این گروه از زندگی کنونی و همچنین مجموع ادوار زندگی دارد (۱۳). تحقیقات زیادی نیز موید این موضوع بوده‌اند که میانگین نمرات میزان بهزیستی (احساس خوشایندی و لذت تجربه شده بوسیله زوجین در تمامی جنبه‌های زندگی) و رضایت زناشویی در دو گروه بارور و نابارور اختلاف معنی‌داری با هم نداشته‌اند (۱۴) و

بین رضایت‌مندی زوجینی که از طریق لقاح خارج رحمی صاحب فرزند شده بودند و آنان که به طور طبیعی بچه‌دار شده‌اند اختلاف معنی‌داری مشاهده نشده است (۱۵).

براساس مطالعات حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می‌برند (۱۶) به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می‌باشد (۱۷). با توجه به شیوع بالای ناباروری و مشکلات روان شناختی از جمله اضطراب و افسردگی درگیر در این اختلال و همچنین سعی در بالا بردن اطلاعات در مورد این اولویت مهم بهداشت روانی زوجها، مطالعه‌ای با هدف بررسی و مقایسه اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی در زنان بارور و نابارور طراحی گردید. علاوه بر این اثر فاکتورهای مدت ناباروری، میزان تحصیلات، شغل و سن افراد نابارور بر میزان این حالات روان شناختی مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

در سال ۱۳۸۸، در مطالعه‌ای از نوع توصیفی-مقایسه‌ای (پس رویدادی)، ۳۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت باروری ولیعصر (عج) و ۳۰ زن بارور شرق تهران که از بین مادران مراجعه‌کننده به مدارس و مهدهای کودک که با روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه برای زنان نابارور شامل ناباروری به مدت حداقل یک سال، داشتن ناباروری اولیه، نداشتن فرزند خوانده و تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی بود. در ابتدا اطلاعات فردی افراد با استفاده از سه پرسشنامه جمع‌آوری شد و متغیرهای سن، مدت ازدواج، مدت ناباروری، شغل، میزان تحصیلات ثبت شد. افراد به سه گروه سنی، ۲۸-۲۱، ۳۶-۲۹، ۴۴-۳۷ تقسیم شدند. میزان تحصیلات به سه گروه زیر دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس طبقه‌بندی شد. در زمینه شغلی، افراد به دو گروه شاغل و خانه‌دار تقسیم شدند. مدت ناباروری و مدت ازدواج نیز بر اساس تعداد سال محاسبه گردید. پس از تکمیل اطلاعات دموگرافیک، جهت بررسی اضطراب از مقیاس خودسنجی اضطراب زانگ

آن را معرفی نمود و سپس فرم ۴۷ سئوالی از آن ساخته شد. در ابتدا دارای ۱۲ مقیاس یا دامنه بود که در فرم ۴۷ سئوالی آن سه مقیاس حذف گردید. موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی از دامنه‌های این مقیاس می‌باشد. حسن این مقیاس این است که به عنوان یک ابزار تحقیق معتبر شناخته شده است و مربوط به تغییراتی است که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد و به تغییرات خانواده‌ها حساس بوده و در مشاوره ازدواج و غنی‌سازی آن به کار می‌رود (۱۹). اعتبار فرم توسط دیوید السون و با استفاده از روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش شده است و در کشور ما اولین نفر سلیمانیان و نوابی نژاد (۱۳۷۶) همبستگی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه نموده‌اند. اعتبار آن توسط مهدویان (۱۳۷۶) با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و با روش باز آزمایی ۰/۹۳۷ برای مردان و ۰/۹۴۴ برای زنان به دست آمده است. پایایی آزمون به روش آزمون و آزمون مجدد بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴، میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرنباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۷ و میزان توانایی تمییز و طبقه‌بندی ۰/۹۰/۹ است (۲۰).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهشی از نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۸) و ابزار آمار توصیفی همچون جداول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و نیز آزمون‌های استنباطی، تی مستقل، من-ویتنی، مجذور کای، تست دقیق فیشر، و رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

سن زنان مورد بررسی در این پژوهش ۲۱ تا ۴۳ سال بود (با میانگین سنی ۳۷ سال و انحراف استاندارد ۳/۷ برای زنان بارور و میانگین سنی ۲۹/۲ سال و انحراف استاندارد ۴/۲ برای زنان نابارور).

سطح تحصیلات افراد شرکت کننده در مطالعه از مقطع راهنمایی تا فوق لیسانس بود. به‌طوریکه در زنان بارور دیپلم و فوق دیپلم ۵۶/۷٪ و لیسانس و فوق لیسانس ۴۳/۳٪

استفاده شد. این مقیاس توسط William W.K. Zung در سال ۱۹۷۱، ساخته شد و دارای ۲۰ سئوال چهارگزینه‌ای است. همبستگی بین اضطراب هامیلتون (۱۹۵۹) و زانگ با استفاده از روش همبستگی $r=0/71$ است. پایایی مقیاس زانگ با استفاده از روش ضریب انسجام برابر ۰/۸۴ است که بیانگر پایایی مناسب این مقیاس است. برای آن که پاسخگو جواب‌های خود را مورد تجدید نظر قرار ندهد به جای پاسخ بلی و خیر از ستون‌های هیچ گاه یا به ندرت، گهگاه، بیشتر اوقات و دائم یا تقریباً همیشه استفاده شد. در این مقیاس افرادی که اضطراب کمتری دارند، نمره کمتر و کسانی که اضطراب بیشتری دارند نمره بالاتری را دریافت می‌نمایند. در موقع نمره‌گذاری با توجه به نوع سئوال اگر مثبت بود به هیچگاه ۱ نمره و به بقیه به ترتیب ۲، ۳ و ۴ نمره داده شد؛ ولی اگر سئوال منفی بود برعکس به دائم یا تقریباً همیشه ۱ نمره و به هیچگاه ۴ نمره داده شد و نمره اضطراب شخص از حاصل ضرب نمره خام در عدد ۱۰۰ تقسیم بر ۸۰ محاسبه می‌گردید. در این پژوهش دارندگان نمرات کمتر از ۴۴ به عنوان افراد طبیعی، ۴۵-۵۹ به عنوان افراد با اضطراب خفیف تا متوسط، و نمرات دارای نمره ۶۰ و بالاتر به عنوان افراد دارای اضطراب شدید و خیلی شدید تقسیم بندی شدند (۱۸). برای بررسی افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک^۱ که در سال ۱۹۶۱، توسط بک و همکاران ساخته شده است، استفاده گردید. علت استفاده از این پرسشنامه وجود ترجمه فارسی هنجاریابی شده از آن است و در جدیدترین مطالعات بین‌المللی نیز از این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه ۲۱ سئوال دارد که با استفاده از مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه‌بندی شده است و توسط منصور و دادستان هنجاریابی شده است (۱۸).

در بررسی رضایت زناشویی، پرسشنامه Enrich^۲ مورد استفاده قرار گرفت. نسخه اصلی آزمون دارای ۱۱۵ سئوال است که با توجه به طولانی بودن آن فرم‌های متعددی از آن ساخته شده است. اولین بار David Olson فرم ۱۵ سئوالی

1- Beck depression inventory
2- Evaluation and Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر حسب ابتلا به افسردگی در گروهی از زنان نابارور و بارور تهران، ۱۳۸۸

گروه	سالم		افسرده		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
نابارور	۱۶	۵۳/۳	۱۴	۴۶/۷	۳۰
بارور	۲۵	۸۳/۳	۵	۱۶/۷	۳۰
جمع	۴۱	۶۸/۳	۱۹	۳۱/۷	۶۰

و در گروه نابارور زیر دیپلم ۱۶/۷٪، دیپلم و فوق دیپلم ۶۰٪ و لیسانس و فوق لیسانس ۲۳/۳٪ بودند.

در بین زنان بارور ۳۶/۷٪ شاغل و در زنان نابارور ۲۳/۳٪ شاغل بودند. میانگین مدت ازدواج در دو گروه زنان بارور و نابارور به ترتیب $9/5 \pm 3/9$ و $8/6 \pm 3/9$ بود و میانگین مدت ناباروری در گروه نابارور ۴/۸ سال بود (۶ ماه تا ۱۵ سال).

به منظور بررسی اضطراب، از نمرات حاصل از پرسشنامه اضطراب زانگ استفاده و در نتیجه ملاحظه شد ۵۰٪ زنان نابارور از نظر اضطراب طبیعی، ۴۶/۶٪ اضطراب خفیف تا متوسط و ۳/۳۳٪ اضطراب شدید و در زنان بارور ۷۶/۶٪ طبیعی و ۱۶/۶٪ دارای اضطراب خفیف تا متوسط و ۶/۶٪ دارای اضطراب شدید بودند. بررسی‌های بیشتر نشان داد که نسبت مضطربین در گروه نابارور (۵۰٪) به‌طور معنی‌داری بیش از گروه بارور (۲۳/۴٪) است ($p < 0/05$).

به منظور بررسی نمرات افراد حاصل از پرسشنامه افسردگی بک، نمرات ۱۵-۱ به عنوان افراد طبیعی و بالاتر از آن (۱۶-۴۰) به عنوان افراد دارای افسردگی با درجات مختلف تقسیم‌بندی شد و با استفاده از آزمون مجذور کای مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که نسبت افراد دچار افسردگی در گروه نابارور (۴۶/۷٪) به‌طور معنی‌داری بیش از گروه بارور (۱۶/۷٪) است ($p < 0/05$).

برای سنجش رضایت زناشویی از پرسشنامه انریچ استفاده شد و با استفاده از آزمون من-ویتنی، ملاحظه شد علیرغم اینکه زنان نابارور رضایت زناشویی کمتری را اظهار داشته‌اند اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبوده است. بر اساس نتایج حاصل، اضطراب و افسردگی در زنان

نابارور نسبت به زنان بارور بیشتر بود و در مورد رضایت زناشویی بین دو گروه تفاوتی دیده نشد.

به علت وجود عدم مشابهت‌هایی در دو گروه از نظر سن، تحصیلات، شغل، سابقه ازدواج و تعداد فرزندان در پژوهش حاضر، با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک چندگانه اثر همزمان متغیرهای مختلف بر شانس ابتلا به افسردگی، اضطراب و عدم رضایت زناشویی سنجیده شد و در نتیجه مشاهده شد که در مورد شانس ابتلا به افسردگی جدا از ناباروری، عدم اشتغال نیز بر شانس وقوع افسردگی افزوده است؛ یعنی زنان نابارور شاغل کمتر شانس ابتلا به افسردگی دارند، تا حدی که شانس ابتلا به افسردگی در ناباروران خانه‌دار تقریباً ۵ برابر ناباروران شاغل است. از طرفی ملاحظه شد که با حذف اثر اشتغال در گروه خانه دارها ناباروران با تحصیلات کمتر و در گروه شاغلین آنهایی که مدت ازدواج بیشتری داشته‌اند افسرده‌تر بوده‌اند.

در مورد شانس ابتلا به اضطراب ملاحظه شد که تحصیلات به‌طور معنی‌داری در نتایج مداخله می‌نماید؛ یعنی زنان نابارور با تحصیلات پایین‌تر اضطراب بیشتری داشته‌اند.

اما در مورد شانس عدم رضایت زناشویی در حضور سایر متغیرها نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بارور و نابارور مشاهده نشد.

بحث

ناباروری تأثیرات گوناگونی بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد نابارور دارد. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، اضطراب و افسردگی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور بیشتر بود که می‌تواند دلایل بسیاری داشته باشد از جمله این که از نظر روانی و فیزیولوژی، آبستنی و زایمان برای زن یک نیاز محسوب می‌شود و بارداری مظهر خودشکوفایی و هویت او است. تقریباً همه جوامع و فرهنگها برای بارداری ارزش بالایی قائل هستند و از آن به عنوان اصلی‌ترین هدف ازدواج نام می‌برند (۲۱). در جامعه ما نیز ناباروری یک انگ محسوب گردد و توجه به این مسئله که فرد نابارور به‌طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی‌تواند فرآیند تولید مثل را

انتظارات از پرورش فرزندان و رسیدن به ایده آل‌های افراد رضایت‌مندی از زندگی کاهش می‌یابد. بعضی از زوجین اظهار می‌دارند که بحران ناباروری باعث افزایش صمیمیت و روابط بین آنها شده است (۱۴).

نتایج بررسی نشان داد که، در هیچکدام از گروه‌های تحقیق، تحصیلات اثر معنی‌داری بر اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی ندارد. پیشینه فرهنگی عامل مهمی در نگرش نسبت به ناباروری است و میزان اهمیت باروری در هر فرهنگ در حالات روان شناختی و رضایت از زندگی زناشویی افراد سهم بسزایی دارد که می‌تواند عامل تحصیلات را خنثی نماید. همچنین میل به داشتن فرزند امری غریزی است و کمتر تحت تاثیر سطح تحصیلات قرار می‌گیرد (۴). عابدی‌نیا و همکاران به این نتیجه دست یافتند که، میزان تحصیلات ارتباط معنی‌داری با اضطراب ندارد (۲۵). همچنین نیلفروشان و همکاران نیز به نتیجه مشابهی دست یافت که میزان تحصیلات بر اضطراب و افسردگی تجربه شده موثر نیست (۴).

در مطالعه کنونی در مقایسه دو گروه بارور و نابارور، شغل ارتباط معنی‌داری را با اضطراب، افسردگی و رضایت زناشویی نشان نداد؛ اما در زیر گروه زنان نابارور، افسردگی در گروه نابارور خانه‌دار بیشتر از نابارور شاغل بود. علت این نتیجه‌گیری می‌تواند استقلال مالی زنان شاغل، ارتباط بیشتر با اجتماع و دغدغه‌های شغلی باشد که آنان کمتر فرصت می‌کنند به ناباروری خود بیاندیشند بر خلاف زنان خانه‌دار که زمان بیشتری جهت پرداختن به این مشکل دارند.

مطالعات مربوط به پیامدهای روان شناختی (آشفستگی روانی، استرس، افسردگی، عزت نفس، رضایت زناشویی، رضایت جنسی) نشان داده‌اند که، پیامدهای روانی-اجتماعی ناباروری در مطالعات توصیفی که از روش‌های کیفی استفاده می‌نمایند، به طور قوی‌تری از تفاوت‌های بین جمعیت نابارور و بارور دفاع می‌کنند، ولی مطالعات آزمون فرضیه، که از روش‌های کمی استفاده می‌نمایند، به طور ضعیف‌تری از تفاوت‌های دو جمعیت گفتگو می‌کنند و معتقد هستند بین افراد بارور و نابارور تفاوتی از لحاظ روان شناختی و

دنبال نماید بر اهمیت آن می‌افزاید و ناباروری را به یک بحران روانی-اجتماعی تبدیل می‌نماید. حیدری و همکاران در بررسی ناباروری به این نتیجه دست یافتند که، ناباروری منبعی برای بروز اضطراب در خانم‌های نابارور است و با بکارگیری درمان شناختی- رفتاری اضطراب آنها کاهش می‌یابد. همچنین شاکری و همکاران نشان دادند ناباروری می‌تواند در فرد نابارور تاثیرات روان شناختی فراوانی به همراه داشته باشد (۲۲).

در مطالعه حاضر، در مورد رضایت زناشویی بین دو گروه تفاوتی دیده نشد. شاید امروزه فناوری‌های کمک باروری و پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه ناباروری باعث افزایش امیدواری افراد گردیده و این امر موجب آن شده است که افراد نابارور کمتر دچار مشکل در روابط زناشویی شوند. این نتیجه با تحقیق جنیدی و همکاران همسو می‌باشد که نشان دادند ناباروری باعث کاهش خشنودی زناشویی در زنان نابارور نمی‌شود (۲۳). تحقیقات Repokari و همکاران نیز موید این نکته است که مراحل درمان ناباروری نمی‌تواند خطری برای سازگاری زناشویی باشد و تقسیم استرس ناشی از آن بین زوجین می‌تواند حتی ارتباط زناشویی را استحکام بخشد (۲۳، ۱۵).

در پژوهش حاضر سن و مدت ازدواج با نمره اضطراب و افسردگی در زنان بارور و نابارور ارتباط معنی‌دار نداشت و صرفاً با رضایت از روابط جنسی در گروه نابارور ارتباط معنی‌دار را نشان داد. پازنده و همکاران به این نتیجه رسیدند که، در گروه نابارور با افزایش سن، رضایت‌مندی از زندگی افزایش و در گروه بارور کاهش می‌یابد. مدت ازدواج در اضطراب و افسردگی نقشی ندارد؛ ولی با دامنه روابط جنسی در رضایت زناشویی رابطه دارد (۱۴). تحقیقات Lee و همکاران مشخص نمود که با افزایش طول مدت ازدواج در گروه نابارور وضعیت همزیستی، بهبود نشان می‌دهد (۲۴). در توجیه این مطلب شاید بتوان گفت که با گذشت زمان زوجین با مسئله ناباروری کنار آمده و به علت علاقه به روابط دو جانبه، به زندگی مشترک ادامه می‌دهند؛ یعنی در زنان نابارور با افزایش سن، وضعیت روانی- اجتماعی بهبود می‌یابد و برعکس در زنان بارور شاید به دلیل عدم تحقق

شاید علت به دست نیامدن ارتباط معنی‌دار بین ناباروری و رضایت زناشویی تقسیم‌بندی استرس ناشی از ناباروری بین زوجین و گذشت زمان که باعث کنار آمدن با مسئله ناباروری شده است و به علت علاقه دو جانبه زوجین به زندگی مشترک ادامه می‌دهند.

تعیین مشکلات عاطفی شایع در میان زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور و ارائه خدمات مشاوره‌ای به آنان به موازات انجام درمان‌های پزشکی در راستای کاهش این مشکلات حائز اهمیت تلقی می‌گردد. این نتایج همسو با پژوهش‌هایی است که بر مداخلات مشاوره‌ای متمرکز بر زوجین در سازگاری با مشکل ناباروری تاکید می‌ورزند (۱۶). زیرا این پژوهشها نیز وجود ناراحتی‌های روانی نظیر اضطراب، افسردگی و آشفتگی‌های روحی را به اثبات رسانده‌اند. ارائه آموزش‌های لازم به افراد نابارور با استفاده از کارگاه‌های آموزشی در زمینه بهداشت باروری و ناباروری، بروشور، بسته‌های آموزشی، اطلاع‌رسانی از طریق رسانه‌ها، خدمات مشاوره‌ای رایگان و آگاهی دادن به آحاد جامعه و خانواده‌ها در زمینه فناوری‌های جدید کمک باروری می‌تواند کمک شایان توجهی در جهت کاهش مشکلات زوجین نابارور باشد (۱۶).

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله، مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، به خصوص سرکار خانم مژگان آبادی، سرکار خانم سهیلا عسگری و سرکار خانم آرزوکیوان فر اعلام می‌دارند.

References

1. Ghorbani B, Milanifar AR. Infertility and Insurance. Tehran: Avicenna Research Institute. 2009. p. 57-65.
2. Cedars MI. Infertility. 1st ed. New York: Mc Graw Hill; 2005. p. 175.
3. Feizi Boranji L. Detection of psychological health, self satisfaction and marital satisfaction in infertile women in Kermanshah city. Medical University of Kermanshah. 2002. p. 59.

عاطفی دیده نمی‌شود. در نتیجه بین مطالعات کمی و کیفی همخوانی وجود ندارند (۱۲).

در تبیین این مسئله که چرا پژوهشگران در زمینه حالات روانی ناشی از ناباروری و تاثیر آن در زندگی زناشویی زوج‌های نابارور به نتایج متفاوتی رسیده‌اند به عنوان مثال برخی وجود اضطراب و افسردگی در افراد نابارور را رد می‌کنند و یا معتقدند که رضایت از زندگی زناشویی در این گروه به طور چشمگیری پایین‌تر از افراد بارور می‌باشد می‌توان به موارد زیر اشاره نمود (۱۲):

۱- گروه‌های مطالعه متفاوت

۲- روش‌های متفاوت

۳- نوع نمونه‌گیری و حجم نمونه

۴- ابزارهای سنجش عمومی (نه ابزارهایی که مختص ناباروری می‌باشند)

۵- تعاریف متعدد آشفتگی روانی از دیدگاه محققین

نتیجه گیری

شیوع ناباروری در حدود ۱۵٪ برآورد شده است. مطالعات متعددی جهت کشف رابطه علت و معلولی بین ناباروری و حالات روان شناختی منفی انجام شده است (۲۳). ناباروری و عوامل روان شناختی با یکدیگر در تاثیر متقابل هستند یعنی هم عوامل روان شناختی می‌تواند در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشد و هم ناباروری می‌تواند پیامدهای روانی به همراه داشته باشد (۱۶). در مطالعه حاضر نیز امتیاز مثبت افسردگی و اضطراب می‌تواند برآوردی از شیوع بیشتر این حالات روانی منفی در افراد نابارور نسبت به بارور باشد.

4. Nilforooshan P, Ahmadi SA, Abedi MR, Ahmadi SM. Attitude towards infertility and its relation to depression and anxiety in infertile couples. J Reprod Infertil. 2006;6(5):13-22.
5. Bahrami N, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksariie F, Ghojzadeh M. Comparing depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couples. J Reprod Infertil. 2007;8(1):52-9.

6. Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2010;93(4):1088-96.
7. Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundström Poromaa I. Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Hum Reprod*. 2008;23(9):2056-63.
8. Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Hum Reprod Update*. 2007;13(6):607-16.
9. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(1):11-20.
10. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod*. 2004;19(10):2313-8.
11. Fassino S, Pierò A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod*. 2002;17(11):2986-94.
12. Kormi Nouri R. Psycho-social aspects of infertility. *J Reprod Infertil*. 2000;1(2):57-68.
13. Seif D, Alborzi Sh, Alborzi S. Effect of some affective and demographic variables on life satisfaction of infertile women. *J Reprod Infertil*. 2001;2(4):66-74.
14. Pazandeh F, Sharghi SN, Kormi Nouri R, Alavi Majd H. A comparative study of psycho-social aspect between infertile and fertile women referring to health cares center and infertility center in Tehran, 2003. *Pejouhandeh*. 2005;9(6):355-60.
15. Repokari L, Punamäki RL, Unkila-Kallio L, Vilksa S, Poikkeus P, Sinkkonen J, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod*. 2007;22(5):1481-91.
16. Kormi Nouri R, Akhondi MA, Behjati Ardekani Z. Psychosocial aspects of infertility from viewpoint of infertility treating physicians. *J Reprod Infertil*. 2001;2(3):14-25.
17. Mohammadi MR, Khalaj Abadi Farahani F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them. *J Reprod Infertil*. 2001;2(4):34-8.
18. Karami A. Introduction to test construction and psychological tests. 4th ed. Tehran: Ravansanji publication; 2008. p. 404-25.
19. Hamidi F. Evaluation of relation between marriage satisfaction and attachment in married student of Rajaei university. *Rajaei university*. 2005. p. 41-3.
20. Gholizade N. Assessment and comparison of psychological health and life satisfaction between employed and housekeeper women. *Azad Univ J*. 2008;5(2):25-38.
21. Ardeshiri F. Assessment of Group cognitive behavioral counseling effectiveness on decreasing infertile women's depression in Shahriar city. *Azad Univ J*. 2004;1(1):50-4.
22. Shakeri J, Hossieni M, Golshani S, Sadeghi Kh, Fizollahy V. Assessment of general health, stress coping and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF treatment. *J Reprod Infertil*. 2006;7(3):269-75.
23. Jonaidy E, Noorani Sadodin Sh, Mokhber N, Shakeri MT. Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad in 2006-07. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2009;12(1):7-16.
24. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod*. 2001;16(8):1762-7.
25. Abedinia N, Ramezanzade F, Aghsa MM. Relation between anxiety and depression with infertility duration. *Payesh J*. 2003;2(4):253-8.
26. Khademi A, Al Yasin A, Agha Hoseini M, Ahmadi Abhari A, Esfandi H, Fakhimi Derakhshan K. Depression and infertility. *Hayat J*. 2004;21:13-21.