

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جنبه های روانشناختی ناباروری





-
- عنوان و نام پدیدآور : جنبه‌های روانشناختی ناباروری/تالیف محبوبه دادفر... [و دیگران].
- مشخصات نشر : تهران : میرماه ، ۱۳۹۳.
- مشخصات ظاهری : ۸۰ص: مصور(بخشی رنگی).
- شابک : ۹-۰۹۷-۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸:۶۷۰۰ ریال
- وضعیت فهرست نویسی : فیپا
- یادداشت : تالیف محبوبه دادفر، هادی کاظمی، مهرداد کاظم‌زاده‌عطوفی، پیرحسین کولیوند.
- موضوع : عقیمی --- جنبه‌های روان‌شناسی
- شناسه افزوده : دادفر، محبوبه، ۱۳۴۶ -
- رده بندی کنگره : RC ۸۸۹/ج۸۵ ۱۳۹۳
- رده بندی دیویی : ۶۱۶/۶۹۲
- شماره کتابشناسی ملی : ۳۶۵۲۰۳۳
-

جنبه های روانشناختی ناباروری

تألیف:

دکتر هادی کاظمی

عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد
و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

محبوبه دادفر

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی ایران - پردیس بین الملل

پیر حسین کولیوند

رئیس سازمان امداد و نجات هلال احمر
و معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا

مهرداد کاظم زاده عطوفی

روانشناس بالینی
دانشگاه علوم پزشکی ایران
دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان



میراث

۱۳۹۳ شمسی



بیمارستان فوق تخصصی
خاتم الانبیاء (ص)

جنبه‌های روانشناختی ناباروری



مرکز
تحقیقات
علوم
عصب
شفا

تألیف: محبوبه دادفر، دکتر هادی کاظمی، مهرداد کاظم زاده عطوفی، پیر حسین کولیوند

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۳

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۶۷۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۹۷-۹

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۰۳، واحد ۲

تلفن: ۲-۲۲۷۲۲۹۰۱ و ۴-۲۲۷۵۹۲۰۳ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

ناباروری، ناتوانی در حاملگی بعد از یک سال ارتباط جنسی منظم یا ناتوانی در حاملگی منجر به تولد است که توسط ۱۵ درصد جمعیتی که در سن بچه‌دار شدن هستند، تجربه می‌شود. دفتر کنگره ارزیابی تکنولوژی امریکا در سال ۱۹۸۸، ناباروری را عدم توانایی حامله شدن بعد از یک سال مقاربت منظم و بدون استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی تعریف کرده است. ناباروری به دو صورت اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. زمانی به ناباروری اولیه گفته می‌شود که زوجین پس از یک سال مقاربت مکرر و بدون استفاده از روش‌های جلوگیری قادر به حاملگی یا حفظ حاملگی نباشند؛ اما ناباروری ثانویه در صورتی است که در گذشته یک یا چندین مرتبه حاملگی صورت گرفته و با موفقیت به پایان رسیده است، اما در حال حاضر کوشش برای حاملگی با عدم موفقیت همراه است (ویلسون و همکاران، ۱۳۶۹). درمان‌های کمک‌باروری به کلیه روش‌های درمانی که منجر به لقاح مصنوعی می‌شود و با مداخله انسان صورت می‌گیرد شامل IVF (لقاح در محیط آزمایشگاه)، ICSI (تزریق اسپرم درون سیتوپلاسم تخمک)، IUI (لقاح در رحم)، OD (اهدای تخمک)، Serrogacy (رحم اجاره‌ای)، Induction (لقای دارویی بارداری)، Embryo donation (اهدای جنین)، و Pesa و tesse می‌باشند.

در سال‌های اخیر، ابعاد روانشناختی ناباروری در میان ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و عامه مردم توجه زیادی را به خود جلب کرده است. با توجه به این که ناباروری با فقدان‌های متعددی همراه است، بر این اساس با مرگ و طلاق قابل مقایسه است. نظریات متفاوتی در مورد این که چه چیزی، استرس ایجاد می‌کند، وجود دارد. بعضی استرس را به‌عنوان یک تجربه بزرگ و مهم زندگی تعریف می‌کنند که باعث ایجاد تغییر در زندگی فرد می‌شود، عده‌ای دیگر استرس را به‌عنوان مجموعه‌ای از «دردسرهای روزمره» می‌بینند. آن چه که ناباروری را فشار آفرین می‌سازد، شامل هر دوی آنهاست. بسیاری از پژوهشگران پیامدهای روانشناختی ناباروری را به واکنش‌های سوگ تشبیه کرده‌اند. درمان‌های طبی نیز می‌توانند منبعی از استرس باشند. اضطراب و ترس زیاد راجع به بیهوشی، جراحی و حتی آزمایش‌های مربوطه، نگرانی در مورد عوارض درازمدت داروها، دور شدن از خانواده، دوستان و صرف وقت زیاد جهت درمان و ورشکستگی مالی همه از جمله مواردی است که استرس ایجاد می‌کند. برخی از زوج‌های نابارور ممکن است احساس کمبود و طرد شدن کرده و به خاطر از دست دادن نوزاد خیالی، غمگین و افسرده شوند. بسیاری از افراد نابارور، ناباروری‌شان را به عنوان غمگین‌ترین و فشارآورترین تجربه زندگی‌شان توصیف می‌کنند. به نظر می‌رسد افرادی که به نقش‌های جنسی سنتی وفادارتر هستند، بیشتر از تجربه ناباروری ناراحت می‌شوند. ناباروری در بسیاری از موارد به شکل یک مشکل روانی-اجتماعی

بروز کرده و اثرات هیجانی مخربی را در افراد به جای می‌گذارد و چه بسا که به شکل اختلالات روانی در این افراد تظاهر پیدا کند (دادفر و افتخار اردبیلی، ۱۳۸۰، دادفر، ۱۳۸۶، دادفر و دادفر، ۱۳۸۸ الف، ۱۳۸۸ ب، ۱۳۸۸ ج، رمضان زاده، آقاسا، عابدینی و همکاران، ۱۳۸۱).

علی‌رغم شیوع نسبتاً بالای ناباروری و مشکلات عدیده روانی-اجتماعی که این گروه از افراد با آن در تمام مراحل ناباروری مواجهه هستند. متأسفانه کمتر به بررسی ابعاد روانشناختی ناباروری به ویژه در جامعه ما پرداخته شده است. با توجه به اهمیت بچه دار شدن برای زوجها و نگرش ویژه جامعه ما به این پدیده به نظر می‌رسد که ناباروری در جامعه ما منابع استرس متفاوتی در مقایسه با سایر جوامع ایجاد نماید (دادفر، ۱۳۹۰). مسئله ناباروری به‌ویژه در فرهنگ ما که اغلب خانواده‌ها از نوع گسترده می‌باشند، بعد عمیق‌تری را به خود می‌گیرد (پزنده و شرقی، ۱۳۸۲). به واسطه آگاهی و اطلاعات در خصوص جنبه‌های روانشناختی ناباروری می‌توان گام بسیار مؤثری در راه شناخت منابع فشارزا، وضعیت سلامت روانی و شناسایی مشکلات روانشناختی افراد نابارور برداشت و در ارایه خدمات بالینی و بهداشتی به متخصصین کمک نمود. اهمیت کاربردی کتاب حاضر در بردارنده موارد زیر است:

با شناسایی استرس‌های خاص ناشی از ناباروری در جامعه ما می‌توان تدابیر مناسب روانشناختی را برای کمک به زوج‌های نابارور تدوین نمود، با آموزش مهارت‌های حل مسئله می‌توان به زوج‌های نابارور در جهت دفع اثرات مضر استرس کمک نمود، با ارایه خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی می‌توان به زوج‌ها در جهت رفع مشکلات زناشویی و خانوادگی یاری رساند، فرد نابارور (زن یا مرد) آسیب‌پذیر در جامعه را می‌توان شناسایی نمود و با شناسایی علل احتمالی آن می‌توان خدمات روانشناختی به این قشر آسیب‌پذیر، را متمرکز کرد. اهمیت و نقش راهبردهای مقابله با استرس، ماهیت کنترل‌پذیری موقعیت، منابع حمایت اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله، ارزش‌ها و باورهای ملی و مذهبی در سازگاری افراد نابارور با پیامدهای استرس را می‌توان شناسایی کرد و در پروتکل درمان‌های ناباروری کاهش استرس و مدیریت استرس در زوج‌های نابارور را لحاظ نمود. این کتاب با مطالعه و بررسی این موضوع که در جامعه ما کدامیک از ابعاد زندگی زوج‌های نابارور بیشتر تحت تأثیر استرس ناباروری قرار می‌گیرد، جهت برنامه‌ریزی مناسب به منظور ارتقاء بهداشت روانی و سازگاری بهتر این زوجها و گام برداشتن در راه تحقق اهداف بهداشت روانی آنها، می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد.

مؤلفین

۱۳۹۳ شمسی

فهرست

۱۱	ناباروری و سلامت
۱۴	احساسات افراد طی بحران ناباروری
۱۵	تعجب یا شگفتی
۱۵	انکار
۱۵	خشم
۱۶	انزوا یا کناره گیری
۱۶	احساس گناه
۱۷	سوگ
۱۸	حل (تصمیم)
۱۹	ناباروری و کیفیت زندگی
۲۲	سوابق کارهای تحقیقاتی انجام شده در جهان و نتایج آن
۳۰	سوابق کارهای تحقیقاتی انجام شده در ایران و نتایج آن
۶۴	جمع بندی
۶۶	منابع

ناباروری و سلامت

از نظر پزشکی، به بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم بدون استفاده از هرگونه وسیله پیشگیری از بارداری، ناباروری گفته می‌شود. ناباروری یکی از بحران‌های مهم زندگی است که زندگی زناشویی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، به طور تقریبی گفته می‌شود از هر ۱۰ زوج یکی به ناباروری دچار می‌شود که بیشتر آنها برای دریافت کمک‌های پزشکی اقدام می‌کنند. در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه که در سال ۱۹۹۴م. در قاهره برگزار شد، از ناباروری به عنوان عاملی جهت آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری افراد یاد شده است. مطالعات نشان داده که ۱۵-۱۰٪ از زوجها در سنین باروری مبتلا به این مشکل هستند (اسپیروف و فریتز، ۲۰۰۵). در بروز این مشکل، عوامل مردانه (۴۰-۲۵٪)، عوامل زنانه (۵۵-۴۹٪)، ترکیبی از دو عامل مردانه و زنانه (۱۰٪) و ناباروری با علت ناشناخته (۱۰٪) دخیل است (بیریک و نواک، ۲۰۰۶).

مدت‌های طولانی است که ماهیت استرس زای ناباروری شناخته شده است. در سال‌های اخیر، تمرکز پژوهش‌ها بر روی استرس‌های روانشناختی و یا مفهوم آسیب‌شناسی روانی، بوده است (مورو، تورسون و پانی، ۱۹۹۵، ماتسوبایاشی و همکاران، ۲۰۰۱، ویلسون و کوپیتزکی، ۲۰۰۲، آندرسون و همکاران، ۲۰۰۳، لی و سان، ۲۰۰۳، دادفر و افتخار اردبیلی، ۱۳۸۰، پهلوانی، ملکوتی و شاهرخ تهرانی نژاد ۱۳۸۱).

پژوهش‌ها نشان داده اند که زوج‌های نابارور استرس بیشتر و شدیدتری دارند (میننگ، ۱۹۸۰، سیبل و تایمر، ۱۹۸۲، ماهلستد، ۱۹۸۵، آبی، هالمن و آندریوس، ۱۹۹۲، کوک، ۱۹۹۳، مارو، تورسون و. پانل، ۱۹۹۵، ویلسون، ۲۰۰۲، پترسون، نیوتن و روزن، ۲۰۰۳ کیستتر، ۱۳۶۱، مهاجری، ۱۳۷۰، رجوعی، ۱۳۷۶، کرمی نوری، آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۰ پهلوانی، ملکوتی و شاهرخ تهرانی نژاد، ۱۳۸۱).

تشخیص ناباروری همیشه استرس زا است. برخی از زوج‌ها وقتی که اطلاع پیدا می‌کنند که هرگز بچه دار نخواهند شد دچار حالت شوک می‌شوند (پترسون، نیوتن و روزن، ۲۰۰۳). استرس روانشناختی تاثیر مهمی بر ناباروری دارد (لی، سان و چاو، ۲۰۰۱، مونگا و همکاران، ۲۰۰۴، مهاجری و صارمی، ۱۳۷۰، رجوعی، ۱۳۷۶، کرمی نوری، آخوندی و بهجتی اردکانی، ۱۳۸۰). ولی هنوز مشخص نشده است که آیا استرس روانشناختی، به عنوان یک عامل علی، بخشی از سبب شناختی ناباروری است یا اینکه به طور کلی پیامد مشکل ناباروری می‌باشد (شینر، شینر، پستاشنیک و همکاران، ۲۰۰۳).

بیش از ۳۰ سال گذشته، اکثر پژوهش‌ها در مورد تعامل بین استرس هیجانی و ناباروری نشان داده اند که ناباروری استرس ایجاد می‌کند اما استرس لزوماً ناباروری را به وجود نمی‌آورد (کافمن، ۲۰۰۰، به نقل از کامپاجنی، ۲۰۰۶). شواهد پژوهشی از سه موضوع زیر حمایت می‌کنند: ۱- ناباروری در زوج‌های نابارور استرس ایجاد می‌کند، ۲- درمان‌های ناباروری در زوج‌های نابارور استرس ایجاد می‌کند و ۳- استرس ممکن است علت اولیه یا ثانویه ناباروری باشد (کامپاجنی، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های پترسون و همکاران (۲۰۰۳، ۲۰۰۶) نشان داد که ناباروری تجربه تغییر زندگی است که اغلب عوامل استرس‌زای غیر منتظره و بالقوه‌ای را منتقل می‌کند. در نتیجه زوج‌ها ممکن است تغییراتی را در شبکه‌های روابط اجتماعی شان، روابط خانوادگی شان و حتی تهدیدهای بالقوه‌ای را در آینده زندگی مشترک شان تجربه کنند.

به لحاظ هیجانی عوامل زیر می‌توانند در زوج‌هایی که تشخیص ناباروری دریافت نموده اند و یا تحت درمان ناباروری قرار گرفته اند، تاثیر بگذارند:

عدم اطمینان در باره موفق بودن درمان ناباروری، سوگک همراه با تشخیص ناباروری، احساس از دست دادن کنترل، از دست دادن عزت نفس، هزینه‌های مالی، استرس زناشویی، فشار جنسی و فشار خانوادگی. به لحاظ نظری استرس می‌تواند به طور مستقیم از طریق تاثیرهای هورمونی یا به طور غیر مستقیم از طریق عدم توانایی زوج برای مقابله جنسی موثر، پیگیری آموزش‌های پیچیده و تجویزهای جنسی درگیر در درمان‌های پزشکی، با حاملگی تداخل پیدا کند. به هر حال، تمرکز اصلی مراقبت‌های بهداشت روانی برای زوج‌های نابارور، کمک به آنها برای مقابله با تاثیر هیجانی درمان‌های ناباروری می‌باشد (درمانگاه کلیولند، ۲۰۰۸).

تقریباً در تمام فرهنگ‌ها بسیاری از زوجها در صورت ناتوانی برای بچه‌دار شدن خود را ناکامل حس می‌کنند. دانی لوک (۱۹۸۸) باروری را یک حق اساسی انسانی و والد شدن را یک مرحله مهم از رشد قلمداد می‌کند. این مسئله به ویژه در فرهنگ ما که خانواده از نوع گسترده می‌باشد و با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجها و بعد عمیق تری به خود می‌گیرد. به طوری که بیشتر اوقات بلافاصله پس از ازدواج، خانواده زن و شوهر منتظر خبر حاملگی می‌باشند و با تأخیر در حاملگی، کنجکاوی‌ها و فشارهای اطرافیان موجبات نگرانی زوجها را فراهم می‌سازد (مهاجری و صارمی، ۱۳۷۰). لذا ناباروری می‌تواند برای زوجها یکی از بحران‌های عمده زندگی تلقی شده و استرس‌های زیادی را به بار آورد. افراد نابارور ناراحتی عاطفی قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند و ناباروری می‌تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه رابطه زناشویی، جدایی، طلاق، سرزنش‌های اطرافیان، صرف وقت و هزینه درمانی زیاد، کاهش اعتماد به نفس، احساس طرد شدن و درماندگی، تمایل به گوشه‌گیری و تظاهرات افسردگی بالینی و بیماری‌های روان‌تنی شود (کیستنر، ۱۳۶۱، تارلاتسیز، ۱۹۹۳، کاپلان، سادوک و گرب، ۱۹۹۴).

زوج‌های نابارور در مقایسه با زوجها سلامت روانی کمتری دارند (دیلون و همکاران، ۲۰۰۰، گیسون و مایرز، ۲۰۰۰، ویلسون و کوپیت، ۲۰۰۲، فاسینو و همکاران، ۲۰۰۲، کوفین دوریول و گیامی، ۲۰۰۴، محمدی، ۱۳۸۰، خسروی، ۱۳۸۰، بشارت، ۱۳۸۲،

نیلفروشان و همکاران، ۱۳۸۴، صادقی و همکاران، ۱۳۸۴، نوربالا و همکاران، ۱۳۸۵، ایرانی و همکاران، ۱۳۸۵، تقوی و فتحی آشتیانی ۱۳۸۵، لشکری پور و بخشانی، ۱۳۸۵، صولتی دهکردی و دانش، ۱۳۸۶، محمدزاده، ۲۰۱۴).

بسیاری از زوجها خواهان فرزند بوده ولی توانایی این امر را ندارند. این مسئله نه تنها ناامیدکننده، بلکه امری ویرانگر است که در تکامل شخصیت مردانه و زنانه و تعیین هویت آنها مؤثر است (ربالزسوزکی، ۱۹۹۶). به علاوه، ناباروری یک عامل تنش‌زای مهم در زندگی محسوب شده و جنبه‌هایی از عملکرد زوجین مانند فعالیت جنسی و وسواس در مورد بارداری شدن و... را تحت تأثیر قرار می‌دهد (محمدی و خلیج آبادی فراهانی، ۱۳۸۰). ناباروری برای بسیاری از زوجها بحرانی عمده و از نظر روانی، پر تنش می‌باشد (ویسچمان، استامر، شرگ و همکاران، ۲۰۰۱) و مشکلات مهمی را در روابط زوجین ایجاد می‌کند. زوجین به هنگام روبرو شدن با ناباروری، مشکلات متعددی مانند کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی، تصمیم‌گیری در زندگی، اختلال عاطفی و هیجانی دارند (مظاهری، کیقبادی، فقیهی امامی و همکاران، ۱۳۸۰).

احساسات افراد طی بحران ناباروری

از نظر برخی پژوهشگران، بعد از این که زن و شوهر متوجه شدند که ممکن است هرگز بچه‌دار نشوند یک حالت هیجانی به وجود می‌آید که می‌تواند «بحران ناباروری» نامیده شود. گرچه احساسات افراد از لحاظ شدت و نوع متفاوت است اما به نظر می‌رسد بیشتر مردم سندرم مشابهی از احساسات را در طی بحران ناباروری نشان می‌دهند که این احساسات به ترتیب عبارتند از: تعجب یا شگفتی، انکار، خشم، انزوا یا کناره‌گیری، احساس گناه، سوگ و حل تصمیم (میننگ، ۱۹۸۰).

تعجب یا شگفتی

اولین واکنش افرادی که مطلع می‌شوند که نابارورند، شوک و تعجب است. آمادگی کمی برای پذیرش و قبول ناباروری وجود دارد و خیلی از این افراد معتقدند که اگر آنها می‌دانستند که ناباروری چقدر شایع است آنها راحت تر و با آمادگی بیشتری می‌توانستند آن را بپذیرند.

انکار

واکنش بعدی به ناباروری، انکار است. انکار از جهتی کمک کننده است چرا که به زوجها این امکان را می‌دهد تا خودشان را تا حدی با موقعیت درمانده کننده، سازگار کنند اما اگر انکار به مدت طولانی به کار گرفته شود، خطرناک است. نمونه‌ای از این واکنش را می‌توان در افراد ناباروری دید که معتقدند آنها هرگز علاقه‌ای به تشکیل خانواده ندارند یا از به کار بردن برچسب "نابارور" علی‌رغم این که سالهای زیادی بچه دار نشده‌اند، خودداری می‌کنند.

خشم

خشم در زوجها نابارور، یک واکنش قابل پیش‌بینی به از دست دادن کنترل می‌باشد. واکنش خشم نیز می‌تواند منطقی و ناشی از توهین‌ها و فشارهای اجتماعی خانواده و دوستان برای "بچه دار شدن" یا از درد و ناراحتی آزمایش‌ها و درمان‌های ناباروری ناشی شده باشد. گاهی اوقات خشم غیرمنطقی است و به شکل دنبال کردن اهدافی مثل طرفدار سقط جنین بودن برای افرادی که زیاد بچه می‌آورند یا قادر به تربیت صحیح بچه‌هایشان نیستند، تظاهر می‌کند. افراد نابارور عمدتاً خشم خود را متوجه افرادی می‌کنند که بر آنها کنترل دارند مثل پزشک و پرستار.

انزوا یا کناره گیری

زوج‌های نابارور خیلی کم تمایل دارند در مورد ناباروری شان صحبت کنند. به علاوه از آنجایی که آنها مایل نیستند مورد ترحم و دلسوزی دیگران قرار بگیرند ممکن است ناباروری شان را مخفی کنند. مخفی کاری چند اثر منفی دارد: یکی این که کنجکاوی و پرس و جوی اطرافیان را بیشتر می‌کند و امکان دارد زوج‌های نابارور از طرف خانواده و دوستان، برای بچه دار شدن بیشتر تحت فشار قرار بگیرند. دیگر این که، امکان دارد باعث شود که آنها منابع بالقوه حمایت دوستان و خانواده را از این طریق از دست بدهند، به ویژه در زمانی که زوج‌ها شدیداً به این حمایت نیاز دارند. همانطور که زوج‌ها سعی در کناره گیری و جدا شدن از حمایت‌های اجتماعی شان دارند، یک نوع مشکل تر جدایی و کناره گیری نیز ممکن است بین شریک‌های جنسی رخ بدهد. به طوری که هر یک از آنها ممکن است احساس کند توسط دیگری درک نمی‌شود که نهایتاً این مسئله ممکن است منجر به از هم پاشیدن روابط و افزایش استرس زناشویی شود.

احساس گناه

امکان دارد یک دلیل دیگر مخفی کردن ناباروری از دیگران، وجود احساس گناه در زوج‌های نابارور باشد. به ویژه افرادی که اعتماد به نفس ضعیفی دارند به احساس گناه آسیب پذیرتر هستند، به طوری که باور قلبی آنها این است که آنها واقعاً سزاوار حامله شدن نیستند. از آنجایی که مردم نیاز دارند یک رابطه علت و معلولی برای وقایعی که برایشان رخ می‌دهد، برقرار کنند، افراد نابارور، نیز برای پی بردن به علت ناباروری شان به بررسی تاریخچه زندگی فردی شان می‌پردازند تا عمل گناهی که مستوجب تنبیه باشد، پیدا کنند. بعد از آشکار و معلوم شدن عمل گناه‌آلود، آنها سعی می‌کنند با دامن زدن به احساسات گناه خود، آن را شدت بخشند تا از این طریق کفاره گناهان خود را پس داده و بخشیده شوند. از موارد شایعی که ممکن است در آنها احساس گناه ایجاد کند عبارت است از: رابطه جنسی قبل از زناشویی، استفاده از شیوه‌های کنترل تولد، تاریخچه سقط، بیماری مقاربتی، استمناء، افکار یا اعمال

همجنس خواهی. احساس گناه ممکن است به تمام زمینه‌ها مثل شغل، دوستی و روابط زناشویی تعمیم پیدا کند و فرد دچار احساس بی ارزشی و بی لیاقتی گردد. وقتی فرد به طور کلی احساس بی ارزشی کند، جبران نهایی مسلماً خود تخریبی خواهد بود. البته جبران احساس گناه ممکن است هر شکلی به خود بگیرد. از اعمال مذهبی گرفته تا انکار فردی یا کار کردن در حرفه‌های ناراحت کننده مثل مشاوره مادران عروسی نکرده.

سوگ

وقتی همه امیدها برای حاملگی و بچه دار شدن از بین می‌رود، مسلماً پاسخ ضروری، سوگواری است. سوگواری زوج‌های نابارور، یک نوع عجیب سوگ است که شامل از دست دادن (فقدان) بالقوه زندگی است نه از دست دادن واقعی زندگی. جامعه تشریفات و مراسم خاصی برای کسانی که فرد مورد علاقه خود را از دست داده اند، دارد، اما در مورد ناباروری وضعیت متفاوت است. برای آنها هیچ تشییع جنازه ای، هیچ عزاداری و شب نشینی و هیچ قبری برای رفتن بر سر آن وجود ندارد. زوج نابارور اغلب تنها این فرایند را طی می‌کنند. به طوری که خانواده و دوستان ممکن است هرگز به آن پی نبرند. در ناباروری فقدان‌های زیادی مثل از دست دادن تداوم ژنتیکی، فقدان باروری و فقدان تجربه حاملگی وجود دارد که برای هیچ یک از آنها حمایت‌های اجتماعی برای زوج‌های نابارور ارائه نمی‌شود. به دلیل این که ناباروری بیانگر "فقدان بالقوه" است نه فقدان واقعی، لذا ممکن است افراد نابارور ندانند که آنها مستحق سوگواری کردن هستند و اصلاً سوگواری و فقدان را تشخیص ندهند. به علاوه ناباروری با مفاهیم جنسی و احتمالاً احساس گناه همراه است. خانواده و دوستان ممکن است تصور کنند که صحبت کردن در مورد آن درست نیست لذا از هر گونه تسلی خاطر و حمایت از فرد نابارور امتناع کنند و یا اینکه ممکن است یکی یا هر دو شریک جنسی صحبت در مورد ناباروری را قدغن کنند و بدین وسیله هر پیشرفتی به طرف سوگواری و حل آنها را مانع شوند.

حل (تصمیم)

هدف هر بحرانی، بررسی و کشف بحران و ارائه راه حل موفقیت آمیز برای آن است. فرایند حل، زمانی بدست می‌آید که هر یک از احساسات مربوط به بحران شناسایی و ابراز شده و روی آنها کار شود. بسیاری از افراد نابارور مرحله حل یا تصمیم را به عنوان "بازگشت انرژی" توصیف می‌کنند. در این مرحله زوج آماده است تا با اطمینان و اعتماد با انتخاب یک نقشه و برنامه دیگر وارد عمل بشود. در واقع وقتی مرحله تصمیم یا حل شروع می‌شود، افراد آماده هستند تا با زندگی‌شان پیش بروند.

مثل یک حادثه مهم زندگی، ناباروری شامل هشت فقدان است که باعث افسردگی می‌شود و مثل مجموعه دردهای روزمره درازمدت، ناباروری شامل برنامه‌های دارویی، چارت‌های درجه حرارت، قرار ملاقات‌های مکرر با پزشک، اعمال جنسی برنامه ریزی شده، دور شدن از کار و درمان‌های گران قیمت می‌باشد. به علاوه درمان‌های ناباروری برای زوجها به عنوان استرسور، محسوب می‌شود، به دلیل این که فراتر از منابع و امکانات فیزیکی، هیجانی و مالی آنهاست. درمان‌های ناباروری مستلزم این است که زوجها اطلاعات دقیق و مفصلی درباره سابقه تولیدمثل گذشته و اخیر و روابط جنسی‌شان به پزشک بدهند و خیلی از افراد نابارور به هنگام ارائه اطلاعات، احساس خجالت و شرمساری می‌کنند (داویس و درمن، ۱۹۹۱).

برخی از افراد ممکن است اضطراب و ترس زیاد راجع به جراحی، بیهوشی و حتی آزمایش‌های خون را تجربه کنند. درمان اغلب دردناک و مستلزم صرف وقت است و بسیاری از آنها نیز نگران عوارض درازمدت داروهای هورمونی هستند و از این که درمان‌های طولانی مدت آنها را از خانواده و دوستان جدا می‌کند، ناراحت هستند (ماهلستد، ۱۹۸۵). به علاوه هزینه‌های درمان ناباروری برای افراد کمرشکن است. بعضی از زوجها ممکن است به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمانی به زور با درمان جلو بروند و هر چقدر سرمایه‌گذاری زوجها در درمان ناباروری بیشتر باشد، نارضایتی آنها نیز بیشتر است (داویس و درمن، ۱۹۹۱).

درمان‌های ناباروری تأثیرات مخرب جسمی، اقتصادی، روحی-روانی و عاطفی (کیویکل، گیدرون و شینیر، ۲۰۰۴). کاهش شدید اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود، اختلال در هویت مردانگی و زنانگی، بر زنان و همسرانشان بر جا می‌گذارد (اسکینیدر، الیوت، لوبیوندولوت و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور از سلامت روانی کمتری برخوردار هستند (رایت و همکاران، ۱۹۹۱، مارو و همکاران، ۱۹۹۵، هجلم ستیدت و همکاران، ۱۹۹۹، گیسون و مایرز، ۲۰۰۰، لی و همکاران، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳، شهبازی، ۱۳۷۲، محمدی، ۱۳۸۰، یونسی و سلاجقه، ۱۳۸۱، بشارت و فیروزی، ۱۳۸۲، یونسی، اکبری زردخانه، وبهجتی اردکانی، ۱۳۸۴، صادقی و همکاران، ۱۳۸۴، شعاع کاظمی و سیف، ۱۳۸۴، بشارت و حسین زاده بازرگانی، ۱۳۸۵، تقوی و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۵، لشکری پور و بخشانی، ۱۳۸۵، حیدری و لطیف زاده، ۱۳۸۶، قجاوند، ۱۳۸۶).

ناباروری و کیفیت زندگی

ناباروری نیز یکی از شرایط دشوار و ناتوان کننده است که مشکلات اجتماعی و بهداشتی مهمی ایجاد می‌کند (خایاتا، ریزک، حسن و همکاران، ۲۰۰۳). ناباروری یک مشکل جدی پزشکی و مؤثر بر کیفیت زندگی می‌باشد (لویدرمیک و پری، ۲۰۰۴). بررسی عمیق‌تر مسائل مرتبط با کیفیت زندگی زوج‌های نابارور، عینی و اختصاصی کردن تفکر ذهنی مربوط به کیفیت زندگی سبب می‌شود تا مفهوم کیفیت زندگی، تعیین و اندازه‌گیری کیفیت زندگی برای سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، پژوهشی، ارزشیابی و تصمیم‌گیری بالینی برای این افراد آسان‌تر انجام شود (مکنی، ۲۰۰۳، استرمبرگ و اولسون، ۲۰۰۴).

اندازه‌گیری کیفیت زندگی سبب می‌شود تا مسئولین بهداشتی با آگاهی از نیازهای آنان، بتوانند خدمات بهتری را به ایشان ارائه دهند. نتایج پژوهش مونگا، الکساندرسکو، کاتز و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که مسائل مربوط به ناباروری، تأثیر منفی روی کیفیت زندگی دارد. پژوهش رشیدی، منتظری، رمضان زاده و همکاران (۲۰۰۸) در رابطه با کیفیت زندگی زوجین نابارور در تهران در پژوهشکده رویان، با استفاده از فرم کوتاه شده بررسی سلامت

(SF-36)، بر روی ۵۱۴ زن و ۵۱۴ مرد نابارور (۱۰۲۸ نفر) نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین کیفیت زندگی زنان و مردان وجود دارد و مردان دارای کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان هستند. به علاوه رابطه معنی‌داری بین زمان ناباروری با کیفیت زندگی مشاهده نشد. یافته‌های پژوهش دروسدوزول و اسکرزیپولیک (۲۰۰۸) جهت ارزشیابی تأثیر ناباروری بر کیفیت زندگی زوجین نابارور با استفاده از فرم کوتاه شده بررسی سلامت (SF-36) و با شرکت ۲۰۶ زوج نابارور و ۱۹۰ زوج بارور نشان داد که زنان دارای کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به مردان هستند. به علاوه زنان مسن‌تر، با سطح تحصیلات پایین‌تر و نیز بدون شغل، دارای سطح کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان نابارور جوانتر، با سطح تحصیلات بالاتر و شاغل، بودند.

نیلفروشان، پریسا، لطیفی، زهره، عابدی، محمدرضا، احمدی، سید احمد (۱۳۸۵). به منظور اجرای پژوهش ۴۴ زن نابارور را از بین زنان مراجعه کننده به مراکز باروری و ناباروری اصفهان و کلینیک زنان و ۳۵ زن بارور، با حداقل تحصیلات سیکل و دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، به طور تصادفی انتخاب نمودند و به پرسشنامه کیفیت زندگی، سلامت جسمی و روانی پاسخ دادند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی زنان نابارور به طور معناداری پایین‌تر از کیفیت زندگی زنان بارور است. مقایسه هر یک از ابعاد کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور نشان داد که این دو گروه از نظر وضعیت جسمانی، ارزیابی استرس و ارزیابی کیفیت کلی زندگی با یکدیگر تفاوت معنادار نداشتند. در حالیکه زنان نابارور به طور معناداری در وضعیت عاطفی - روانی دشوارتری به سر برده و از زندگی خود لذت کمتری می‌برند.

یغمایی، فریده، محمدی، شمعانه، علوی‌مجد، حمید (۱۳۸۸) در یک مطالعه اکتشافی، در ابتدا با مروری بر مطالعات و مصاحبه‌ها، مفهوم و ابعاد کیفیت زندگی زوج‌های نابارور تعریف و پرسشنامه کیفیت زندگی زوجین نابارور با ۹۵ عبارت طراحی کردند. سپس شاخص اعتبار محتوای پرسشنامه با نظرات ۱۰ متخصص در زمینه ناباروری و کیفیت زندگی و ۱۰ زوج نابارور، مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن، بر اساس یک معیار ۴ درجه‌ای تعیین گردید. اعتبار صوری پرسشنامه با نظرخواهی از ۲۰ متخصص و زوج نابارور بررسی شد. اعتبار سازه

(تحلیل عاملی)، با توزیع پرسشنامه طراحی شده در میان ۱۵۰ زن و مرد نابارور اندازه‌گیری شد. برای اندازه‌گیری پایایی، از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و آزمون مجدد استفاده گردید. در بررسی اعتبار محتوا، عباراتی که شاخص اعتبار محتوای آنها بیشتر از ۷۹٪ بود در پرسشنامه حفظ گردید، لذا تعداد عبارات پرسشنامه به ۷۹ عدد کاهش یافت. نتایج تحلیل عاملی، ۷ عامل را در پرسشنامه نشان داد. نتایج نشان داد که پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) عبارات را ۰/۷۱-۰/۹۵ و آزمون مجدد را، ۰/۹۴-۰/۸۱ برای ۷ عامل پرسشنامه نشان داد. در مراحل فوق ۷ عبارت به علت کاهش بار عاملی و به دلیل تکراری بودن، حذف گردید و لذا عبارات پرسشنامه به ۷۲ عدد رسید. آنها نتیجه گرفتند که پرسشنامه کیفیت زندگی زوجین نابارور با ۷۲ عبارت از نوع لایکرت معتبر و پایا می‌باشد. با توجه به کمبود پرسشنامه معتبر و پایا جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی زنان و مردان نابارور در جامعه ایران، به کارگیری این پرسشنامه می‌تواند مفید باشد.

نورانی، جنیدی، شاکری و مخبر (۱۳۹۱) در یک مطالعه تحلیلی مقطعی، ۱۰۰ زن بارور با انتخاب تصادفی از مراکز بهداشتی درمانی و ۱۰۰ زن نابارور از مراکز ناباروری دولتی شهر مشهد به صورت مبتنی بر هدف انتخاب کردند. زنان شرکت کننده در مطالعه تنها همسر شوهرشان بودند و میانگین سنی آنان ۲۲ تا ۴۵ سال بود. زنان بارور از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند. پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسشنامه بررسی سلامت عمومی را تکمیل نمودند. یافته‌ها نشان داد که افراد دو گروه از نظر مشخصات فردی، سایر متغیرهای مداخله‌گر و سلامت عمومی اختلاف معنی‌داری نداشتند. زنان نابارور خشنودی زناشویی بیشتری را ابراز کردند. کیفیت زندگی دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت و امتیازات کسب شده در هر دو گروه زنان بارور و نابارور در حد متوسط بود.

سوابق کارهای تحقیقاتی انجام شده در جهان و نتایج آن:

کیرک (۱۹۶۳)؛ روزنفلد و میشل (۱۹۷۹)؛ سیبل و تیمور (۱۹۸۲) و می‌نینگ (۱۹۸۰) گزارش کرده‌اند که زوج‌های نابارور، طیف گسترده‌ای از هیجانات منفی را که شامل اضطراب، ترس، کناره‌گیری، افسردگی، گناه، ناکامی و درماندگی است، تجربه می‌کنند (میننگ، ۱۹۸۰، سیبل و تایمر، ۱۹۸۲، دانی لوک، ۱۹۸۸).

افسردگی که شایع‌ترین واکنش در زوج‌های نابارور است هم در پاسخ به فقدان‌های متعدد و هم در پاسخ به استرس طولانی‌مدت ایجاد می‌شود. باراباربرگ (۱۹۸۱) مهم‌ترین عامل ایجاد افسردگی در بزرگسالان را فقدان ذکر می‌کند و معتقد است هشت نوع فقدان وجود دارد که هر یک از آنها به تنهایی می‌تواند باعث ایجاد افسردگی گردد و فرد نابارور هر هشت نوع این فقدان‌ها را تجربه می‌کند (سیبل و تایمر، ۱۹۸۲).

هشت فقدان تجربه شده توسط افراد نابارور:

- ۱- از دست دادن رابطه شخصی که از لحاظ احساسی برای فرد مهم است به دلیل مرگ، طلاق، کاهش محبت و جدایی؛
- ۲- از دست دادن سلامتی و عملکرد اعضاء مهم بدن یا جذابیت فیزیکی به علت بیماری، ضربه یا افزایش سن؛
- ۳- از دست دادن مقام، منزلت و موقعیت اجتماعی از دید دیگران؛
- ۴- از دست دادن اعتماد به نفس؛
- ۵- از دست دادن اطمینان به خود یا کفایت و کنترل در خود؛
- ۶- از دست دادن امنیت شغلی، مالی، اجتماعی یا فرهنگی؛
- ۷- از دست دادن رویا و آرزو، یا از دست دادن امید رسیدن به رویاهای مهم مثل پدر و مادر شدن،
- ۸- از دست دادن چیزها یا اشخاصی که از نظر سمبولیک برای فرد ارزش زیادی دارند.

۱- از دست دادن رابطه شخصی که از لحاظ احساسی برای فرد مهم است به دلیل مرگ، طلاق، کاهش محبت و جدایی

خاتمه ارتباط ممکن است یک امر واقعی باشد مثل طلاق و یا فقط یک ترس ابراز نشده از جدایی و طلاق. به هر حال اکثر اوقات، از دست دادن ارتباط، یک ترس ابراز نشده است. ترس از اینکه، "آیا همسر مرا ترک خواهد کرد؟ آیا افسردگی من، باعث دور شدن همسر و دوستانم خواهد شد؟ آیا من باید همسر را ترک کنم تا او بتواند با یک فرد بارور، ازدواج کند؟ از طرف دیگر، به دلیل این که در ناباروری هم زن و هم مرد خسته، آسیب دیده و تحت فشار زیاد هستند. آنها احساس می‌کنند که انرژی جسمی و روانی شان به انتها رسیده است. ممکن است کمتر بتوانند به نیازهای همدیگر توجه کنند. از این رو از یک فقدان نزدیکی و صمیمیت رنج می‌برند و ممکن است روابط بین آنها کم رنگ شود. گذشته از این که ناباروری می‌تواند منجر به جدایی و یا ایجاد مشکلات زناشویی بین زوجها بشود، امکان جدا شدن و کناره‌گیری از دوستان و خانواده نیز به علت متفاوت بودن از آنها، برای زوج‌های نابارور بسیار محتمل است.

۲- از دست دادن سلامتی و عملکرد اعضاء مهم بدن یا جذابیت فیزیکی به علت بیماری، ضربه یا افزایش سن

این احساس مرتبط با از دست دادن تصویر مورد قبولی است که فرد از خود داشته است. بدون توجه به علت ناباروری، مردان و زنان نابارور معتقدند بدنشان آسیب دیده یا معیوب و ناقص است و گاهی اوقات تصور می‌کنند بدنشان کارکرد مناسب را ندارد. به‌ویژه افرادی که به وضعیت فیزیکی و جسمانی شان مباهات می‌کنند، تشخیص ناباروری را ناهماهنگ با تصویر بدنی شان می‌بینند. درمانهای دردناک و گاهی ناموفق می‌تواند آنها را از لحاظ روحی آسیب‌پذیر سازد و این عدم موفقیت را به تصویر بدنی ضعیف خود نسبت دهند. و نهایتاً از دست دادن سلامت در انواع تظاهرات جسمانی آشکار می‌شود به طوری که استرس می‌تواند منجر به تجربه دردهای جسمانی مختلف شود. به علاوه عوارض درمان دارویی نیز که به شکل

بیماری جسمانی تظاهر می‌کند، باعث تقویت تصویر بدنی ضعیف و معیوب شده و باعث می‌شود زوجها احساس پوچی و توخالی بودن کنند.

۳- از دست دادن مقام، منزلت و موقعیت اجتماعی از دید دیگران

جامعه ارزش والایی برای "والد شدن" قائل است و از این رو رفتارهای مربوط به تولیدمثل و تربیت فرزند را تقویت می‌کند. زوجها بدون بچه ممکن است احساس کنند که نابارور بودن "هویت جنسی" شان را به خطر انداخته است. از آنجایی که در بسیاری از فرهنگها باروری و مردانگی با هم یکی حساب می‌شود. مردی که نمی‌تواند پدر طبیعی یک بچه باشد، ممکن است احساس کند که دیگران مردانگی اش را زیر سؤال می‌برند برای بسیاری از زنان نیز داشتن یک بچه، اساسی برای هویت‌شان است. به طوری که تغییر در هویت زنانه به عنوان یک بعد مهم و ناراحت کننده مربوط به ناباروری توصیف شده است و به نظر می‌رسد زنان نابارور یک "هویت خود نابارور" کسب می‌کنند. به علاوه سرزنش‌ها و کنایه‌های دوستان و اطرافیان نیز، احساس متفاوت بودن و غیر قابل پذیرش بودن زوجها را نابارور را تقویت می‌کند.

۴- از دست دادن اعتماد به نفس

در بزرگسالان، عزت نفس از طریق انجام وظایف اساسی فردی، تحصیلی و حرفه‌ای و همینطور درک چگونگی نگرش دیگران نسبت به آنها، ارتقا می‌یابد. لذا برای بسیاری از زوجها شکست در تکمیل وظایف مهمی مثل تولید مثل منجر به کاهش اعتماد و اطمینان به خود می‌شود. به علاوه وقتی یک زوج درمی‌یابد که انواع هیجانات منفی را تجربه کرده اند، عزت نفس آنها ممکن است آسیب ببیند. آنها به هیجانات عادت نمی‌کنند. بلکه به‌ویژه به دلیل نگرش منفی که نسبت به دیگر افراد (بارور) دارند، به‌خصوص به خاطر احساس خشم و حسادت نسبت به دیگران، غمگین و ناراحت می‌شوند و موقتاً یک "تصویر بد" از خود به دست می‌آورند. به علاوه شکست در برنامه‌های درمانی نیز، احساس اعتماد به نفس آنها را خدشه دار می‌سازد.

۵- از دست دادن اطمینان به خود یا کفایت و کنترل در خود

افرادی که خود هدایت کننده هستند و زندگی شان را تحت کنترل خود دارند و معتقدند که با پشتکار و تلاش سخت و مداوم می‌توان در همه زمینه‌ها موفق شد، وقتی ناباروری را تجربه می‌کنند، در هم می‌شکنند و احساس اطمینان به خود را از دست می‌دهند. شکست در بچه‌دار شدن تمام جنبه‌های زندگی زوج‌های نابارور را تحت الشعاع خود قرار می‌دهد و برنامه‌های تشخیص و درمان ناباروری تمامی برنامه‌های آنها را مختل می‌کند، به طوری که به دلیل ملاقاتهای مکرر پیش بینی نشده با پزشک آنها حتی نمی‌توانند برای یک مرخصی هفتگی نقشه بکشند و برنامه‌ریزی کنند. ناباروری مانع برنامه‌ریزی درازمدت زوج‌ها از لحاظ حرفه‌ای نیز می‌شود. از این رو طبیعی است که زوج‌ها احساس کنند که بر زندگی شان هیچ کنترلی ندارند. از طرف دیگر ناموفق بودن اقدامات درمانی و شکست در بچه‌دار شدن نیز از جمله عواملی است که باعث می‌شود زوج‌ها اطمینان به خودشان را از دست بدهند.

۶- از دست دادن امنیت شغلی، مالی، اجتماعی یا فرهنگی

امنیت شغلی و پیشرفت حرفه‌ای اغلب تحت تاثیر برنامه‌های ناباروری قرار می‌گیرد. به گونه‌ای که مردان و زنان نابارور ارتقاءهایی را که مستلزم تغییر محل کار است به دلیل بهم خوردن برنامه درمانی شان رد می‌کنند. زنان از هرگونه تغییرات شغلی که مانع ملاقاتهای مکرر آنها با پزشک شود خودداری می‌کنند. به علاوه زوج‌ها ممکن است راجع به تامین هزینه‌های مالی سنگین معاینه‌های مکرر، جراحی‌ها و داروها نامطمئن شوند. تغییراتی که ممکن است در ارتباطات اجتماعی و تعهدات فرهنگی شان رخ دهد نیز ممکن است باعث شود آنها کمتر راجع به موقعیت شان در این گروه‌ها مطمئن باشند. در سطح عمیق‌تر، یک فقدان اطمینان در مورد خوب بودن و قابل پیش بینی بودن زندگی وجود دارد.

۷- از دست دادن رویا و آرزو، یا از دست دادن امید رسیدن به رویاهای مهم مثل پدر و مادر شدن

بعد از سال‌ها تلاش ناموفق برای بچه دار شدن، خیلی از زوجها ناامیدی زیادی را تجربه می‌کنند؛ به علاوه آنها از اینکه نمی‌توانند بچه داشته باشند و حتی در آینده نیز ممکن است بچه‌دار نشوند، احساس غمگینی و ناکامی می‌کنند. واقعیت این است که آنها ممکن است هرگز بچه دار نشوند و بنابراین همه آنچه را که از لحاظ فردی و اجتماعی و مذهبی "والد شدن" را تشکیل می‌دهد، تجربه نکنند؛ مواردی مثل حامله شدن، زایمان کردن، تربیت فرزند، جشن تولد، انتخاب مدرسه تا... ازدواج فرزند، همه چیزهایی هستند که زوج نابارور تصور می‌کنند، هرگز تجربه نخواهند کرد و بدون این تجارب افراد ممکن است هرگز باور نکنند که آنها گذرگاه روانشناختی بزرگسالی را پشت سر گذاشته‌اند.

۸- از دست دادن چیزها یا اشخاصی که از نظر سمبولیک برای فرد ارزش زیادی دارند.

زوج نابارور، در آرزوی بچه‌ای است که ممکن است هرگز نباشد و برای بچه‌ای سوگواری می‌کند که هرگز نبوده است. از آنجایی که در ناباروری هیچ چیز قابل لمس وجود ندارد و یا اینکه فقدان به وضوح برای خانواده و دوستان قابل درک نیست، برای اطرافیان مشکل است که با زوج نابارور همدلی کنند. حتی خود زوج‌ها هم علی‌رغم اینکه از این فقدان رنج می‌کشند درک این فقدان غیرقابل لمس را دشوار می‌یابند. بچه‌ها آنها را به یاد بچه‌هایی می‌اندازند که آنها هرگز نداشته‌اند و زنان حامله آنها را به یاد معمای پررمز و راز حاملگی که آنها هرگز تجربه نکرده‌اند، می‌اندازد. بنابراین ناباروری فشار عمیقی بر زندگی زوج‌های نابارور وارد می‌کند، فرآیند تشخیص و درمان ناباروری، شخصیت، جسم، ذهن و حتی حرفه فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. حتی زوج‌هایی که موفق به بچه دار شدن می‌شوند در طی دوره درمان اضطراب و ناکامی زیادی را تجربه می‌کنند. بسیاری از زنانی که تحت درمان ناباروری هستند و به حامله شدن می‌اندیشند، در طی سیکل‌های قاعدگی شان نوسان خلقی و هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند. به طوری که وقتی دوره تخمک گذاری نزدیک

می‌شود احساس تهییج و تحریک می‌نمایند و با شروع قاعدگی ممکن است افسرده و ناامید شوند.

الشانسکی (۱۹۸۸) ناباروری را به عنوان سیکل‌های مخرب امید و ناامیدی توصیف کرده است. از نظر او وقتی زوجها درمان را شروع می‌کنند، امیدوار هستند اما وقتی درمان ماه به ماه و سیکل به سیکل شکست می‌خورد، ناامید می‌شوند. استوارت و گلارز (۱۹۸۶) احساسات افراد تحت درمان IVF را نیز شامل دوره‌هایی از طیف امیدواری تا اضطراب می‌دانند. بعضی از زنان نیمه اول سیکل را بیشتر فشارزا می‌دانند، چرا که مصرف روزانه و منظم داروها ناراحت کننده است و برنامه روزانه شان را مختل می‌کند. زنان دیگر نیمه دوم سیکل را به دلیل اینکه آنها در انتظار نتیجه درمان هستند، بیشتر فشارزا می‌دانند. در این دوره آنها نسبت به جسم‌شان بسیار حساس می‌شوند و سعی می‌کنند هر علامت بدنی را به نوعی تفسیر کنند (داویس و درمن، ۱۹۹۱).

لینک و دارلینگ (۱۹۸۶) دریافتند که ۴۰ درصد زنان و ۱۶ درصد مردان نمره‌های شاخص افسردگی بالینی داشتند. هاریسون و همکاران (۱۹۸۴) نیز گزارش دادند که نمره اضطراب موقعیتی زنان نابارور بیشتر از مردان نابارور بود. در هر دو پژوهش فوق گروه افراد نابارور با گروه کنترل (افراد بارور) مقایسه شده بود (دانی لوک، ۱۹۸۸).

دانی لوک (۱۹۸۸) گزارش داد که زنان نابارور نسبت به مردان نابارور نمره بالاتری را در مقیاس‌های وسواسی-جبری؛ افسردگی و روان‌پریشی آزمون SCL-90-R کسب نمودند. لافونت و ادلمن (۱۹۹۴) جنبه‌های روانشناختی IVF را بر روی ۱۰۱ مرد نابارور و ۱۱۷ زن نابارور مورد بررسی قرار دادند. ابزار پژوهشی آن پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) بود. نتایج نشان داد که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور فشار IVF را بر حالات هیجانی شان، شدیدتر ارزیابی کردند و نمره بالاتری را در آزمون GHQ کسب نمودند. هم زنان و هم مردان نابارور توافق داشتند که دریافت نتیجه منفی و انتظار برای دریافت نتیجه IVF، بیشترین جنبه استرس‌زای IVF بود. زنان تجربه استرس بیشتری را در مقایسه با مردان در تعدادی از مراحل درمان گزارش نمودند که از لحاظ آماری معنی دار نبود.

آبی، هالمن و آندروز (۱۹۹۲) به منظور تعیین شاخص‌های روانشناختی، درمانی و جمعیت‌شناختی استرس مربوط به ناباروری، ۱۸۵ زوج نابارور اولیه را مورد مطالعه قرار دادند. آنها از یک مقیاس درجه بندی ۹ آیتمی به منظور اندازه‌گیری میزان استرس درک شده مرتبط با ناباروری در طی ۱۲ ماه گذشته استفاده کردند. نتایج نشان داد که هم برای زنان و هم برای مردان نابارور استرس به طور معنی‌داری با هزینه‌های درمان، تعداد آزمایش‌ها و درمان‌های دریافت شده، ارتباط مثبت داشت. به علاوه استرس به طور معنی‌داری با میزان تمایلی که فرد برای بچه‌دار شدن داشت و با میزان کنترل دریافت شده وی، ارتباط منفی داشت.

در پژوهشی دیگر رایت و همکاران (۱۹۹۱) ۴۴۹ زوج نابارور مراجعه کننده به یک کلینیک ناباروری را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که زنان نابارور به طور معنی‌داری، ناراحتی روانی - اجتماعی بیشتری را نسبت به همسرانشان در نمره‌های کلی شاخص نشانه‌شناسی روانپزشکی و چهار خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب، اختلالات شناختی و خصومت تجربه کردند. زنان نابارور اعتماد به نفس ضعیف‌تر و استرس روانشناختی بیشتری را نسبت به همسرانشان گزارش کردند. هم زنان و هم مردان نابارور در مقیاس نشانه‌شناسی روانپزشکی نمره‌های بالاتری از هنجارهای جمعیت عادی کسب نمودند. نتایج این مطالعه نشان داد که ۲۰ درصد زنان و ۱۷ درصد مردان نمره بالاتر از نقطه برش ۱۵ درصدی در مقیاس کلی نشانه‌شناسی روانپزشکی داشتند.

دمیتره و همکاران (۱۹۸۹) به منظور بررسی رابطه بین اضطراب خصیصه‌ای با پاسخ روانشناختی و درون‌ریز، پاسخ روانشناختی و هورمونی ۳۰ زن نابارور را به یک استرسور هیجانی خاص (یک فیلم ویدئویی در زمینه درمان ناباروری، حاملگی و زایمان) بررسی کردند. نتایج نشان داد که نیمرخ روانشناختی در زنان تحت درمان IVF و AID (تلقیح مصنوعی) مشابه است. گرچه مقابله افسردگی در زنان IVF بیشتر به کار می‌رفت و اضطراب موقعیتی آنها بعد از دیدن فیلم ویدئویی بیشتر بود.

ادبیات تحقیق نشان می‌دهد که چندین عامل ممکن است واکنش‌های روانشناختی به ناباروری را تحت تأثیر قرار دهد که شامل جنسیت، طول مدت درمان و زمان آخرین

قاعدگی، مرکزیت (کانون) کنترل، علت تشخیص (دانی لوک، ۱۹۸۸) و داشتن فرزند بیولوژیک قبلی (کالان و هنسی، ۱۹۸۹) می‌باشد.

به طور کلی پژوهشگران بر این باور هستند که گرچه استرس ناشی از هر منبعی باشد فشار بیشتری بر زندگی زنان وارد می‌کند ولی استرس ناباروری فشارهای منفی بیشتری بر احساس هویت و خودکارآمدی زنان دارد. بررسی‌ها نیز بیانگر این هستند که اگر نارسایی از سوی مرد علت ناباروری باشد، زن‌ها تحمل و بردباری بیشتری نشان داده و وضعیت همسر را راحت تر تحمل می‌کنند (مهاجری و صارمی، ۱۳۷۰) ولی در صورت عدم وجود عامل مردانه، عکس العمل‌های روانی منفی فقط در زنان بروز می‌کند؛ بیشتر آنها احساس فقدان نموده و افسرده و حساس می‌شوند (ناتچیکال و بیکر، ۱۹۹۲).

مورو و همکاران (۱۹۹۵) ۸۶ مرد و ۱۲۰ زن نابارور را مورد بررسی قرار دادند. نتیجه مطالعه آنها نشان داد که در آزمون SCL-90-R، میانگین نمره‌های GSI (ضریب کلی علائم مرضی) زنان و مردان نابارور یک انحراف استاندارد بالاتر از میانگین هنجاری بود. ۱۰ درصد زنان و ۱۵ درصد مردان در دامنه طیف کلینیکی نمره آوردند. بین ناراحتی روانشناختی و آخرین قاعدگی یا مدت زمانی که صرف جستجوی کمک طبی کرده بودند، رابطه وجود نداشت. اثرهای تعاملی و اثرهای اصلی معنی‌داری برای منبع تشخیص یا تحصیلات دیده نشد. میزان ناراحتی روانشناختی در زنان بیشتر بود. افزایش سن و نداشتن فرزند بیولوژیک (ناباروری اولیه) پیش‌بینی‌کننده ناراحتی روانشناختی در میان مردان و نه زنان بود.

هینز و همکاران (۱۹۹۲) ۱۰۰ زن نابارور و ۷۳ زن گروه کنترل را در سه مقیاس (سلامتی روانشناختی، اعتماد به نفس و اطمینان به خود) و در دو موقعیت (زمان ۱ یعنی شروع اقدام به IVF و زمان ۲ یعنی خاتمه اقدام به IVF شکست خورده) مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که زنان IVF نسبت به گروه کنترل افسرده‌تر بودند و اعتماد به نفس پایین‌تری داشتند. آنها هم قبل از شروع درمان و هم بعد از پایان درمان، اطمینان به خود ضعیف‌تری داشتند. بعد از برنامه IVF شکست خورده، زنان نابارور نسبت به قبل از شروع درمان افسرده‌تر بودند و اعتماد به نفس پایین‌تری نیز داشتند.

بسیاری از مطالعات اضطراب و افسردگی بالایی را در میان زنان نابارور گزارش داده‌اند (گولومبوک، ۱۹۹۲، بیوتل، کاپفر، کریش مایر و همکاران، ۱۹۹۹، لوک، لی، چیونگ و همکاران، ۲۰۰۲). فرض شده است که علایم روانپزشکی می‌تواند یا علت ناباروری باشد و یا پیامد آن و یا هر دو (گریل، ۱۹۹۷).

چن و همکاران (۲۰۰۴) گزارش دادند که اختلالات اضطرابی و افسردگی در میان زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک درمان‌های کمک باروری شیوع بالایی داشت، ولی روش درمان به کار برده شده ریسک بالاتری را برای ابتلاء به این اختلالات در بر نداشت. سایر پژوهش‌ها نیز فراوانی بالای اضطراب و افسردگی را در کلینیک‌های درمان‌های کمک باروری گزارش نموده‌اند (دومار و همکاران، ۱۹۹۲، دیمتری و همکاران، ۱۹۹۸، لوکسی و واسی، ۱۹۹۹، اودنیز و همکاران، ۱۹۹۹، ماتسوبایاشی و همکاران، ۲۰۰۱، آندرسون و همکاران، ۲۰۰۳). به هر حال اضطراب و افسردگی به دنبال درمان با روش‌های کمک باروری می‌تواند بر روی «کیفیت زندگی» بیماران تأثیر بگذارد (ویلسون و کوپیتزسکی، ۲۰۰۲).

سوابق کارهای تحقیقاتی انجام‌شده در ایران و نتایج آن

شهبازی (۱۳۷۲) پژوهشی را به منظور مقایسه میزان افسردگی زنانی که خود مشکل ناباروری داشتند با زنانی که همسرانشان مشکل ناباروری داشتند انجام داد. نتایج نشان داد که میزان افسردگی زنانی که خود مشکل ناباروری داشتند بیش از میزان افسردگی زنانی است که همسرانشان مشکل ناباروری داشتند. در زنانی که خود مشکل ناباروری داشتند بین میزان افسردگی، طول مدت ازدواج و طول مدت اطلاع از ناباروری همبستگی معنی‌داری وجود داشت.

در پژوهش دیگری که مهاجر و صارمی (۱۳۷۰) بر روی ۱۰۰ نفر مراجعه‌کننده برای IVF/ET و GIF (تزریق اسپرم و تخمک به داخل لوله رحمی) انجام دادند، گزارش نمودند که ۱۲ درصد این بیماران قبلاً از طریق این روش در کشورهای دیگر صاحب فرزند شده بودند و با مسایل و مشکلات روش آشنایی داشتند و بقیه برای اولین بار مراجعه می‌نمودند. ۱۰ درصد

بیماران از ازدواج فعلی یا قبلی خود دارای فرزند بودند و ۸ درصد سابقه سقط داشتند. ۵۰ درصد بیماران دارای تحصیلات متوسطه و عالی و ۳۰ درصد سواد خواندن و نوشتن و ۲۰ درصد بی سواد بودند. در طی مصاحبه‌هایی که با بیماران به عمل آمد نتایج زیر بدست آمد:

در ۳۰ درصد بیماران زن، نگرانی طلاق وجود داشت که ۲۰ درصد آنها بی سواد یا کم سواد بودند. در ۱۰ درصد شوهران احساس عدم اعتماد به نفس دیده می شد (در بیماری که دچار اولیکواسپرمی بودند). در ۲۶ درصد مورد IVF/ET، GIFT که انجام شد حالات بیماران به شرح زیر بودند: در ۳۰ درصد موارد انجام سونوگرافی و یا آزمایش خون با نگرانی و ترس توأم بود. در ۲۰ درصد موارد کاهش لذت جنسی مشاهده شد. در ۳۰ درصد موارد حالت هیجان و نگرانی هنگام شروع برنامه دیده شد. در ۵۵ درصد موارد پس از عدم موفقیت در درمان، حالت افسردگی، غمناکی و در یک مورد صحبت از خودکشی مشاهده شد. در ۴۰ درصد بیماران که درمان ناموفق داشتند، عدم تمایل به ادامه درمان مشاهده شده و در ۳۰ درصد این بیماران دودلی وجود داشت. ۲۰ درصد بیماران هزینه سنگین درمان را مایه نگرانی می دانستند. در ۱۰ درصد موارد شوهران به هنگام تهیه نطفه دچار استرس شدند. ۳۰ درصد شوهران از رفتن همسر به اطاق عمل دچار نگرانی شده بودند، در ۳۰ درصد موارد نمونه تهیه شده در روز انجام IVF/ET و GIFT از نظر تعداد و فعالیت نسبت به آزمایش‌های قبلی کاهش نشان داد.

به علاوه در بیماران تحت بررسی عوامل زیر به عنوان عوامل فشارزا مشخص شد: احتمال طلاق در صورت عدم موفقیت در درمان، مراحل حساس روش درمانی به ویژه در شروع درمان یا در اولین معاینه، عدم موفقیت در درمان، هزینه سنگین درمان، لیست انتظار، تهیه اسپرم توسط شوهر، انجام تست حاملگی در صورت مشکوک بودن به حاملگی.

نجمی، احمدی و قاسمی (۱۳۸۰) یک مطالعه با هدف مقایسه میزان اختلالات روانی و خودانگار زوج‌های نابارور و گروه افراد بارور و مقایسه میزان اختلالات روانی و خودانگار زن و مردان در هر گروه انجام دادند. این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی با حجم نمونه ۱۰۰ نفر در هر گروه از زنان و مردان ۲۵-۴۵ سال، در شهرستان اصفهان در سال ۱۳۷۸ صورت

گرفت. اطلاعات لازم با کمک پرسشنامه SCL90 که ۹ مقوله اختلالات روانی را تفکیک می‌نماید و پرسشنامه مفهوم از خویشتن بک در قالب یک مصاحبه فردی جمع آوری شد. نتایج حاصل از مقایسه میانگین نمرات دو گروه نابارور و عادی در مقیاس‌های نه گانه SCL90 به تفکیک عبارت بود از تفاوت معنی دار در مقیاس جسمانی سازی، وسواس فکری-عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس، بدبینی و آشفتگی رفتاری و روانی، که نشان دهنده نابسامانی روانی بیشتر در بین زوج‌های نابارور نسبت به گروه عادی است. همچنین طی مقایسه به عمل آمده بین میانگین نمرات زنان و مردان نابارور، در تمامی مقوله‌های SCL90 به استثنای خصومت، بدبینی و افکار روانی با تفاوت معنی داری مشاهده شد که به اثرپذیری زنان نسبت به مردان اشاره دارد. آنها نتیجه گرفتند که با توجه به شواهد مشابه، در متون علمی و دیگر یافته‌های این پژوهش، توجه به ابعاد روانشناختی بیماری‌ها مزمن جسمانی از جمله قلب و عروق، غدد درون ریز، کلیه، سرطان و ... و نیز قرین ساختن درمان جسمانی با توانبخشی روانی و خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی همراه با خدمات پزشکی به ویژه جهت تسهیل هزینه درمان و پیگیری و بهبود وضعیت روانی عاطفی بیماران و خانواده‌های آنان ضروری است.

سرگلزایی، محرری، ارشدی، جاویدی، کریمی و فیاضی بردبار (۱۳۸۰) میزان شیوع اختلالات روانی جنسی و میزان شیوع افسردگی را در زوج‌های نابارور و ارتباط آن را با ناباروری مورد بررسی قرار دادند. تحقیق به صورت مقطعی در طی یک ماه صورت گرفت که در آن ۳۰ زن نابارور که به طور تصادفی از بین افراد مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهر مشهد (بیمارستان منتصریه) انتخاب شدند. این افراد معیار عملکرد کلی جنسی و معیار درجه بندی هامیلتون برای افسردگی و نیز پرسشنامه‌ای را پر کردند که در آن اطلاعاتی در مورد: سن، شغل و تحصیلات فرد نابارور و همسر وی، مدت ازدواج و مدت درمان ناباروری در طی مصاحبه با روانپزشک جمع آوری شد. طبق نتایج به دست آمده مطابق معیار هامیلتون ۷ نفر (۲۳/۳٪) افسردگی خفیف، ۱۶ نفر (۵۳/۳٪) افسردگی متوسط و ۶ نفر (۲۰٪) افسردگی شدید داشتند و تنها یک نفر خلق طبیعی داشت. از سوی دیگر اختلال عملکرد

جنسی در زوجین دارای اختلاف سنی بیشتر، شایع تر بود و میزان افسردگی شدید و متوسط با اختلاف سن زن و همسر ارتباط نداشت ($r=-0.306$ ، $t=1.7$) اما با مدت درمان ناباروری کاملاً مرتبط بود. ($r=0.05$ ، $t=-2.59$ ، $p>0.05$) که این مسئله توجه روانشناسی بیشتر در اوایل تشخیص ناباروری را نشان می‌دهد. بین نمره افسردگی و اختلال عملکرد جنسی رابطه‌ای وجود نداشت ($r=0.28$) که نشان می‌دهد اختلال عملکرد جنسی در آنان مستقل از افسردگی است.

مظاهری، قشنگ، پاتو و فقیه ایمانی (۱۳۸۰) مطالعه‌ای با هدف بررسی شیوه‌های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوج‌های نابارور و مقایسه آن با زوج‌های بارور انجام دادند. ۷۱ زوج نابارور مراجعه کننده برای درمان به مراکز درمان ناباروری در شهرهای تهران و اصفهان و ۲۸ زوج بارور طبیعی مراجعه کننده به یک مرکز بهداشتی - درمانی در شهرستان اصفهان جهت نخستین معاینات بارداری خود، در این مطالعه شرکت کردند. هیچیک از زوج‌های شرکت کننده صاحب فرزند نبودند. هر یک از زوجین به طور جداگانه به آزمون سازگاری زناشویی، پرسشنامه شیوه‌های حل مساله و پرسشنامه‌ای حاوی پاره‌ای اطلاعات جمعیت شناختی پاسخ دادند. تحلیل نتایج حاصل به صورت انفرادی و زوجین با یکدیگر نشان داد که سازگاری زناشویی و شیوه‌های حل مساله در زوجین نابارور با زوج‌های بارور متفاوت نیست. مقایسه زوجین با یکدیگر نشان داد که زنان نابارور کنترل درونی کمتری نسبت به توانایی خود در حل مشکلات نشان می‌دهند. طبقه بندی زوج‌ها از نظر سازگاری به دو گروه سازگار و تنیده، نشان داد که شیوه‌های حل مساله در زوجین ناسازگار منفی تر است. بررسی ضرایب همبستگی متغیرهای مختلف تحقیق نشان می‌دهد که در زوج‌های نابارور شیوه‌های حل مساله در فرد و همسر وی، قدرت بالایی برای پیش بینی سطح سازگاری زناشویی زوجین نشان می‌دهند. نتایج نشان می‌دهد که سازگاری زناشویی زوج‌های بارور و نابارور با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارد. تضاد و ابهامات موجود در مقاله، احتمالاً بدین دلیل است که گروه‌های مختلف با ناباروری به شیوه‌های متفاوتی برخورد می‌کنند. به عبارت دیگر ناباروری برای همه ناباروران به صورت مشابه و یکسانی تجربه نمی‌شود.

محمّدی و خلیج آبادی فراهانی (۱۳۸۰) مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها را در زوج‌های نابارور مورد بررسی قرار دادند. 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 باردار شدن، احساس افسردگی، ناتوانی، ناامیدی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا در آمدن و احساس درهم شکستن پرداخته شد. آنها گزارش دادند که مشکلات روانی و عاطفی، بندرت می‌تواند دلیل مهمی برای ناباروری باشند، در صورتی که این مشکلات ممکن است از اثرات جدی ناباروری باشند. لذا توجه به نیازهای روحی زوج‌های نابارور بخشی از درمان ناباروری است، 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 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 خودمان به میزان زیادی وابسته به توانایی بچه دار شدن است. از نظر روانی، داشتن فرزند یک گذر تشریفاتی به زندگی بزرگسالی است. بچه دار شدن، تحقق حداکثر و حداعلاهی 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.

سیف، البرزی و البرزی (۱۳۸۰) تاثیر برخی از عوامل عاطفی عبارت از برخورداری از حمایت همسر، سرزنش از سوی دیگران، گزارش از احساس فشار روانی، اضطراب، نومییدی افسردگی و گوشه گیری و عوامل دموگرافیک شامل سن، میزان تحصیلات، منزلت اجتماعی، مشغل زوجین و نیز نوع خانواده را بررسی نمودند. گروه نمونه در این تحقیق شامل ۷۷ زن (با میانگین سنی ۲۶ سال) بود، که به علت مشکل ناباروری به یکی از مراکز درمانی شهر شیراز مراجعه نموده بودند. از «پرسشنامه اطلاعات فردی» که به وسیله محققان تهیه و روایی آن با نظر متخصصان احراز گردید به منظور جمع آوری اطلاعات دموگرافیک و سایر عوامل عاطفی استفاده به عمل آمد و برای سنجش رضایتمندی از زندگی «مقیاس رضایتمندی ادواری از زندگی (TSWLS)» مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس، رضایتمندی فرد را از ادوار سه گانه گذشته، حال و آینده زندگی، به تفکیک و نیز به طور کلی مورد سنجش قرار می دهد. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در تحقیق حاضر بررسی و احراز شد. از روش تحلیل رگرسیون چند متغیره برای تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده به عمل آمد. نتایج به دست آمده نشان داد که احساس افسردگی و نومییدی باعث کاهش رضایتمندی زنان نابارور از زندگی گذشته، حال و آینده می گردد ولی برخورداری از حمایت همسر و نیز منزلت اجتماعی شغلی وی رابطه ای مثبت با رضایتمندی این زنان از زندگی کنونی و همچنین مجموع ادوار زندگی دارد. همچنین زندگی در خانواده هسته ای باعث افزایش رضایتمندی زنان نابارور از زندگی کنونی و آینده می شود. به عنوان نتیجه گیری کلی، یافته های تحقیق حاضر مبین آن است که تاثیر عوامل عاطفی و جمعیت شناختی بر احساس رضایتمندی زنان نابارور نسبت به ادوار مختلف زندگی یکسان نیست.

پهلوانی، ملکوتی و شاهرخ تهرانی نژاد (۱۳۸۱) گزارش دادند که افراد نابارور در مقایسه با افراد بارور هم استرس بیشتری را تجربه کرده و هم سلامت روانی پایین تری داشته اند. مردان نابارور در مقایسه با زنان نابارور، استرس کمتری داشتند و از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند.

صادقیان، حیدریان پور و عابد (۱۳۸۵) مشکلات روانی مردان و زنان نابارور مراجعه کننده به درمانگاه ناباروری بیمارستان فاطمیه همدان را در سال ۱۳۸۳ بررسی کردند. پژوهش از نوع تحلیلی - مقطعی بود و در آن ۴۰۰ زوج نابارور (۲۰۰ مرد و ۲۰۰ زن) به روش در دسترس از بین زوجین (زوجی که تشخیص ناباروری برای او داده شده است) انتخاب شدند. اطلاعات لازم به وسیله پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش نامه SCL90 در قالب یک مصاحبه فردی با جلب همکاری و اعتماد آزمودنی جمع آوری و با استفاده از آمار توصیفی و آزمونی تی مستقل تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که زنان نابارور اختلال روانی شدیدتری را نسبت به مردان نابارور تجربه می کنند. هم چنین زنان نابارور در ۹ مقوله SCL90 از جمله افسردگی، اضطراب، ترس، جسمی سازی، حساسیت بین فردی، خصومت، افکار پارانوئید و سایکوتیک تفاوت معنی داری را نسبت به مردان نابارور نشان دادند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که زنان استرس بیشتری را در زندگی شخصی، اجتماعی و جنسی خود تجربه کرده و از پدیده ناباروری تاثیر پذیرتر بودند که می تواند به دلیل مسایل فرهنگی، یا آسیب پذیری روانی بیشتر آنها و یا شکل خاص تعاملات اجتماعی حاکم باشد.

دادفر (۱۳۸۶) یک پژوهش مقطعی انجام داد. در این پژوهش دو گروه شامل ۳۷ زوج نابارور (۷۴ نفر) و ۳۷ زوج بارور (۷۴ نفر) با هم مقایسه شدند. گروه نابارور به طریق نمونه گیری غیر تصادفی متوالی از بین مراجعین به پژوهشکده رویان انتخاب شدند و با گروه مقایسه از نظر متغیرهای، سن، تحصیلات و طول مدت ازدواج به طریق گروهی همتا گردیدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس عوامل استرس زا و فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بودند. داده ها به کمک آزمون های خی دو، تی، تحلیل واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند. میزان خطای آلفا در آزمون ها ۰/۰۵ محاسبه شد. نتایج پژوهش در سه قسمت به شرح زیر ارائه شده است:

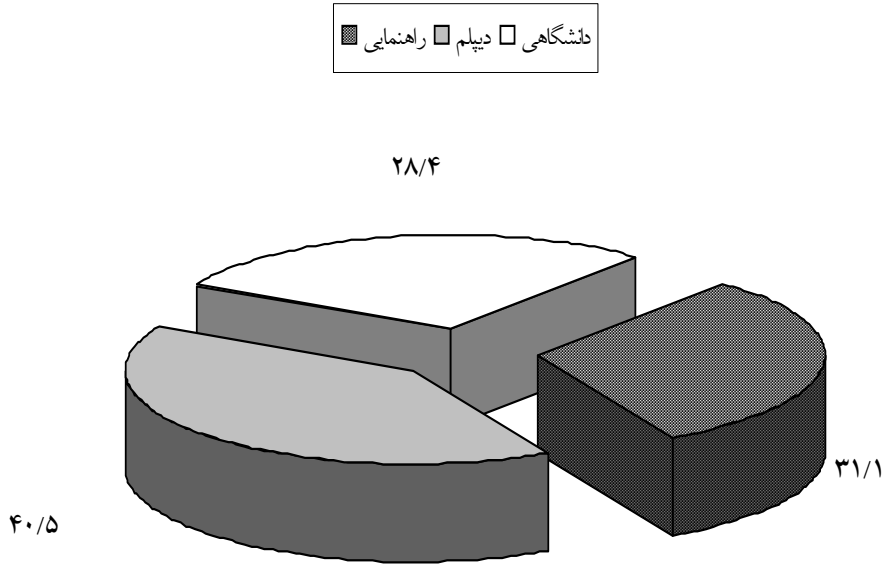
زوج‌های نابارور

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن، طول مدت ازدواج و طول مدت ناباروری در زوج‌های نابارور نشان داده شده است.

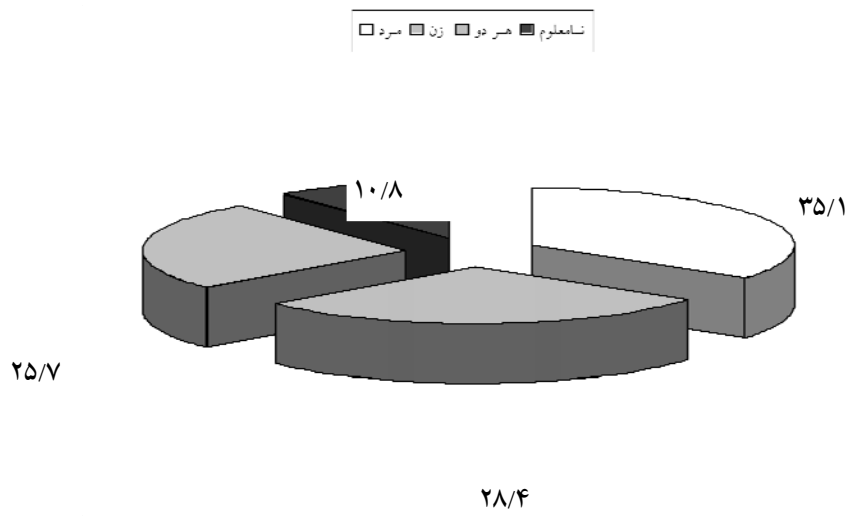
جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن، طول مدت ازدواج و طول مدت ناباروری در زوج‌های نابارور

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	۲۹/۹۸	۵/۴۷
طول مدت ازدواج	۶/۴۸	۲/۹۹
طول مدت ناباروری	۵/۷۵	۳/۰۴

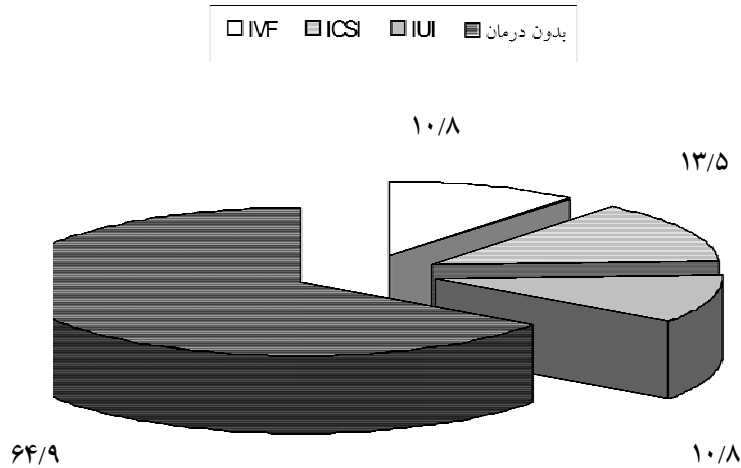
در نمودارهای ۱-۳ توزیع فراوانی متغیرهای سطح تحصیلات، عامل ناباروری و روش‌های درمان کمک باروری در زوج‌های نابارور نشان داده شده است. همان‌طور که در نمودارها مشاهده می‌شود زوج‌های نابارور از نظر سطح تحصیلات ۲۳ نفر (۳۱/۱ درصد) راهنمایی، ۳۰ نفر (۴۰/۵ درصد) دیپلم و ۲۱ نفر (۲۸/۴ درصد) دانشگاهی بودند. از نظر عامل ناباروری ۲۶ نفر (۳۵/۱ درصد) مرد، ۲۱ نفر (۲۸/۴ درصد) زن، ۱۹ نفر (۲۵/۷ درصد) هر دو و ۸ نفر (۱۰/۸ درصد) نامعلوم بودند. از نظر روش‌های درمان کمک باروری ۸ نفر (۱۰/۸ درصد) تحت درمان IVF، ۱۰ نفر (۱۳/۵ درصد) تحت درمان ICSI، ۸ نفر (۱۰/۸ درصد) تحت درمان IUI و ۴۸ نفر (۶۴/۹ درصد) تحت درمان قرارنگرفته بودند.



نمودار ۱- توزیع فراوانی سطح تحصیلات در زوج‌های نابارور



نمودار ۲- توزیع فراوانی عامل ناباروری در زوج‌های نابارور



نمودار ۳- توزیع فراوانی روش‌های درمان کمک باروری در زوج‌های نابارور

در جدول ۲ ضرایب همبستگی طول مدت ناباروری با تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین طول مدت ناباروری با تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 همبستگی معنی‌دار وجود نداشت. بین تعداد عوامل استرس‌زا و شدت عوامل استرس‌زا با خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 و همچنین بین خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 همبستگی مستقیم معنی‌دار وجود داشت.

جدول ۲- ضرایب همبستگی طوت مدت ناباروری با تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور

متغیر	طول مدت ناباروری	تعداد عوامل استرس‌زا	شدت عوامل استرس‌زا	نشانگان جسمانی	نشانگان اضطراب	اختلال کارکرد اجتماعی	نشانگان افسردگی	GHQ-28
طول مدت ناباروری	۱							
تعداد عوامل استرس‌زا	-۰/۰۶۴	۱						
شدت عوامل استرس‌زا	-۰/۰۰۳	۰/۸۷۶**	۱					
نشانگان جسمانی	-۰/۱۱۲	۰/۵۱۵**	۰/۴۵۴**	۱				
نشانگان اضطراب	۰/۰۸۱	۰/۵۱۳**	۰/۵۲۴**	۰/۶۴۹**	۱			
اختلال کارکرد اجتماعی	-۰/۱۱۳	۰/۳۵۶**	۰/۳۲۲**	۰/۳۹۵**	۰/۵۹۸**	۱		
نشانگان افسردگی	۰/۰۰۷	۰/۴۱۵**	۰/۳۸۰**	۰/۳۹۹**	۰/۶۱۱**	۰/۵۳۳**	۱	
GHQ-28	-۰/۰۲۹	۰/۵۶۳**	۰/۵۲۹**	۰/۷۶۳**	۰/۹۰۴**	۰/۷۵۲**	۰/۷۶۹**	۱

** همبستگی معنی دار در سطح کمتر از ۰/۰۱

در جدول ۳ خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور به تفکیک عامل ناباروری نشان داده شده است. نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین عامل ناباروری در متغیرهای مورد نظر وجود نداشت.

جدول ۳- خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور به تفکیک عامل ناباروری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معنی داری
تعداد عوامل استرس‌زا	بین گروه‌ها	۸۹/۶۴۸	۳	۲۹/۸۸۳	۰/۲۶۸	۰/۸۴۹
	درون گروه‌ها	۷۸۱۸/۸۵۲	۷۰	۱۱۱/۶۹۸		
	کل	۷۹۰۸/۵۰۰	۷۳			
شدت عوامل استرس‌زا	بین گروه‌ها	۴۹۴/۷۲۴	۳	۱۶۴/۹۰۸	۰/۳۹۲	۰/۷۵۹
	درون گروه‌ها	۲۹۴۶۷/۹۳۸	۷۰	۴۲۰/۹۷۱		
	کل	۲۹۹۶۲/۶۶۲	۷۳			
نشانه‌گان جسمانی	بین گروه‌ها	۴۳/۳۷۱	۳	۱۴/۴۵۷	۱/۱۷۸	۰/۳۲۴
	درون گروه‌ها	۸۵۹/۰۰۸	۷۰	۱۲/۲۷۲		
	کل	۹۰۲/۳۷۸	۷۳			
نشانه‌گان اضطراب	بین گروه‌ها	۷۲/۴۳۶	۳	۲۴/۱۴۵	۱/۳۳۷	۰/۲۶۹
	درون گروه‌ها	۱۲۶۳/۹۴۲	۷۰	۱۸/۰۵۶		
	کل	۱۳۳۶/۳۷۸	۷۳			
اختلال کارکرد اجتماعی	بین گروه‌ها	۲۹/۸۱۷	۳	۹/۹۳۹	۱/۲۵۰	۰/۲۹۸
	درون گروه‌ها	۵۵۶/۵۶۱	۷۰	۷/۹۵۱		
	کل	۵۸۶/۳۷۸	۷۳			
نشانه‌گان افسردگی	بین گروه‌ها	۵۶/۶۳۷	۳	۱۸/۸۷۹	۱/۳۳۶	۰/۲۷۰
	درون گروه‌ها	۹۸۹/۱۴۶	۷۰	۱۴/۱۳۱		
	کل	۱۰۴۵/۷۸۴	۷۳			
GHQ-28	بین گروه‌ها	۶۱۸/۱۱۶	۳	۲۰۶/۰۳۹	۱/۵۴۰	۰/۲۱۲
	درون گروه‌ها	۹۳۶۷/۷۲۲	۷۰	۱۳۳/۸۲۵		
	کل	۹۹۸۵/۸۳۸	۷۳			

در جدول ۴ خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور به تفکیک روش‌های درمان کمک باروری نشان داده شده است. نتایج نشان داد که در تعداد و شدت عوامل استرس‌زا تفاوت معنی‌داری بین روش IUI با روش ICSI و گروه بدون درمان وجود داشت.

جدول ۴- خلاصه تحلیل واریانس یک طرفه تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور به تفکیک روش‌های درمان کمک‌باروری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	f	سطح معنی داری
تعداد عوامل استرس‌زا	بین گروه‌ها	۹۵۴/۶۴۶	۳	۳۱۸/۲۱۵	۳/۲۰۳	۰/۰۲۸
	درون گروه‌ها	۶۹۵۳/۸۵۴	۷۰	۹۹/۳۴۱		
	کل	۷۹۰۸/۵۰۰	۷۳			
شدت عوامل استرس‌زا	بین گروه‌ها	۵۵۵۵/۵۲۰	۳	۱۸۵۱/۸۴۰	۵/۳۱۱	۰/۰۰۲
	درون گروه‌ها	۲۴۴۰۷/۱۴۲	۷۰	۳۴۸/۶۷۳		
	کل	۲۹۹۶۲/۶۶۲	۷۳			
نشانه‌های جسمانی	بین گروه‌ها	۹/۹۰۳	۳	۳/۳۰۱	۰/۲۵۹	۰/۸۵۵
	درون گروه‌ها	۸۹۲/۴۷۵	۷۰	۱۲/۷۵۰		
	کل	۹۰۲/۳۷۸	۷۳			
نشانه‌های اضطراب	بین گروه‌ها	۵۲/۳۱۲	۳	۱۷/۴۳۷	۰/۹۵۱	۰/۴۲۱
	درون گروه‌ها	۱۲۸۴/۰۶۷	۷۰	۱۸/۳۴۴		
	کل	۱۳۳۶/۳۷۸	۷۳			
اختلال کارکرد اجتماعی	بین گروه‌ها	۴۱/۲۴۹	۳	۱۳/۷۵۰	۱/۷۶۶	۰/۱۶۲
	درون گروه‌ها	۵۴۵/۱۲۹	۷۰	۷/۷۸۸		
	کل	۵۸۶/۳۷۸	۷۳			
نشانه‌های افسردگی	بین گروه‌ها	۵/۱۲۱	۳	۱/۷۰۷	۰/۱۱۵	۰/۹۵۱
	درون گروه‌ها	۱۰۴۰/۶۶۳	۷۰	۱۴/۸۶۷		
	کل	۱۰۴۵/۷۸۴	۷۳			
GHQ-28	بین گروه‌ها	۱۹۴/۱۴۹	۳	۶۴/۷۱۵	۰/۴۶۳	۰/۷۰۹
	درون گروه‌ها	۹۷۹۱/۶۹۲	۷۰	۱۳۹/۸۸۱		
	کل	۹۹۸۵/۸۳۸	۷۳			

در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین نمره‌های تعداد عوامل استرس‌زا و شدت عوامل استرس‌زا در زوج‌های نابارور به تفکیک روش‌های درمان کمک‌باروری نشان داده شده است. تفاوت بین روش IUI با گروه بدون درمان در تعداد عوامل استرس‌زا و تفاوت روش IUI با روش ICSI و گروه بدون درمان در شدت عوامل استرس‌زا تایید شد.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین نمره‌های تعداد عوامل استرس‌زا و شدت عوامل استرس‌زا در زوج‌های نابارور به تفکیک روش‌های درمان کمک باروری

برآورد واریانس مقابله	تفاوت میانگین‌ها	تعداد عوامل استرس‌زا روش	
۱/۰۰۰	۰/۱۲۵۰۰	ICSI IUI	IVF
۰/۱۲۶	-۱۲/۱۲۵۰۰	بدون درمان	
۰/۹۹۷	-۰/۸۹۵۸۳	IVF IUI	ICSI
۱/۰۰۰	-۰/۱۲۵۰۰	بدون درمان	
۰/۰۹۱	-۱۲/۲۵۰۰۰	IVF ICSI	IUI
۰/۹۹۳	-۱/۰۲۰۸۳	بدون درمان	
۰/۱۲۶	۱۲/۱۲۵۰۰	IVF ICSI	IUI
۰/۰۹۱	۱۲/۲۵۰۰۰	بدون درمان	
۰/۰۴۱	۱۱/۲۲۹۱۷*	بدون درمان	
۰/۹۹۷	۰/۸۹۵۸۳	IVF ICSI IUI	بدون درمان
۰/۹۹۳	۱/۰۲۰۸۳	بدون درمان	
۰/۰۴۱	-۱۱/۲۲۹۱۷*	بدون درمان	
شدت عوامل استرس‌زا روش			
۰/۹۸۰	۳/۸۰۰۰۰	ICSI IUI	IVF
۰/۰۸۳	-۲۴/۶۲۵۰۰	بدون درمان	
۰/۹۷۲	۳/۴۱۶۶۷	IVF IUI	ICSI
۰/۹۸۰	-۳/۸۰۰۰۰	بدون درمان	
۰/۰۲۲	-۲۸/۴۲۵۰۰*	بدون درمان	
۱/۰۰۰	-۰/۳۸۳۳۳	IVF ICSI	IUI
۰/۰۸۳	۲۴/۶۲۵۰۰	بدون درمان	
۰/۰۲۲	۲۸/۴۲۵۰۰*	بدون درمان	
۰/۰۰۳	۲۸/۰۴۱۶۷*	IVF ICSI IUI	بدون درمان
۰/۹۷۲	-۳/۴۱۶۶۷	بدون درمان	
۱/۰۰۰	۰/۳۸۳۳۳	بدون درمان	
۰/۰۰۳	-۲۸/۰۴۱۶۷*	بدون درمان	

در جدول ۶ میانگین و انحراف معیار تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور نشان داده شده است.

جدول ۶- میانگین و انحراف معیار تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور

متغیر	میانگین	انحراف معیار
تعداد عوامل استرس‌زا	۲۲/۵۰	۱۰/۴۰
شدت عوامل استرس‌زا	۳۳/۹۳	۲۰/۲۵
نشانگان جسمانی	۵/۴۵	۳/۵۱
نشانگان اضطراب	۶/۴۵	۴/۲۷
اختلال کارکرد اجتماعی	۷/۵۴	۲/۸۳
نشانگان افسردگی	۷/۹۴	۳/۷۸
GHQ-28	۲۲/۴۰	۱۱/۶۹

در جدول ۷ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور به تفکیک جنسیت نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین مردان و زنان نابارور در خرده‌مقیاس نشانگان جسمانی تفاوت معنی‌داری دیده شد و زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور نشانگان جسمانی بیشتری داشتند.

جدول ۷ - میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t تعداد و شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور به تفکیک جنسیت

متغیر	جنس	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معنی‌داری
تعداد عوامل استرس‌زا	مرد	۲۰/۷۲	۱۰/۵۴	-۱/۴۷۵	NS
	زن	۲۴/۲۷	۱۰/۱۰		
شدت عوامل استرس‌زا	مرد	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	-۰/۹۸۱	NS
	زن	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹		
نشانه‌گان جسمانی	مرد	۴/۵۴	۳/۴۰	-۲/۳۱۴	۰/۰۲۳
	زن	۶/۳۷	۳/۴۲		
نشانه‌گان اضطراب	مرد	۵/۶۷	۴/۰۶	-۱/۵۹۲	NS
	زن	۷/۲۴	۴/۳۹		
اختلال کارکرد اجتماعی	مرد	۷/۵۹	۲/۹۱	۰/۱۶۳	NS
	زن	۷/۴۸	۲/۷۸		
نشانه‌گان افسردگی	مرد	۲/۷۲	۴/۰۱	-۰/۴۸۹	NS
	زن	۳/۱۶	۳/۵۷		
GHQ-28	مرد	۲۰/۵۴	۱۲/۱۳	-۱/۳۸۰	NS
	زن	۲۴/۲۷	۱۱/۰۸		

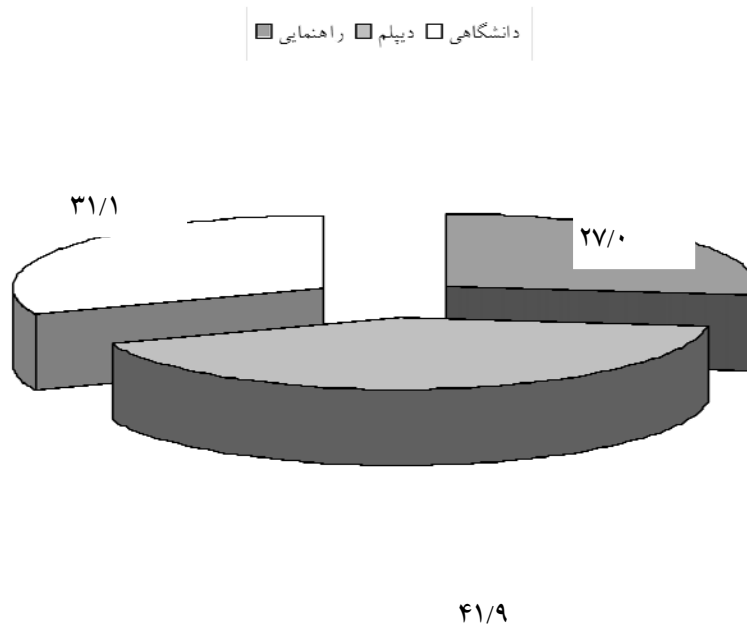
زوج‌های بارور

در جدول ۸ میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن و طول مدت ازدواج در زوج‌های بارور نشان داده شده است.

جدول ۸ - میانگین و انحراف معیار متغیرهای سن و طول مدت ازدواج در زوج‌های بارور

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	۲۹/۹۱	۵/۰۲
طول مدت ازدواج	۶/۶۲	۳/۳۶

در نمودار ۴ توزیع فراوانی متغیر سطح تحصیلات در زوج‌های بارور نشان داده شده است. همان‌طور که در نمودار مشاهده می‌شود از نظر سطح تحصیلات ۲۰ نفر (۲۷ درصد) راهنمایی، ۳۱ نفر (۴۱/۹ درصد) دیپلم و ۲۳ نفر (۳۱/۱ درصد) دانشگاهی بودند.



نمودار ۴- توزیع فراوانی سطح تحصیلات در زوج‌های بارور

در جدول ۹ میانگین و انحراف معیار تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های بارور نشان داده شده است.

جدول ۹- میانگین و انحراف معیار تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های بارور

متغیر	میانگین	انحراف معیار
تعداد عوامل استرس‌زا	۱۴/۷۹	۹/۷۰
شدت عوامل استرس‌زا	۲۱/۷۴	۱۷/۶۹
نشانگان جسمانی	۵/۷۸	۴/۵۱
نشانگان اضطراب	۵/۹۷	۴/۸۶
اختلال کارکرد اجتماعی	۶/۴۰	۳/۱۴
نشانگان افسردگی	۲/۲۸	۴/۰۸
GHQ-28	۲۰/۳۷	۱۳/۹۵

در جدول ۱۰ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های بارور به تفکیک جنسیت نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین مردان و زنان بارور در خرده‌مقیاس‌های نشانگان جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی، نشانگان افسردگی و نمره کل GHQ-28 تفاوت معنی‌داری دیده شد. زنان بارور در مقایسه با مردان بارور نشانگان جسمانی، نشانگان افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی بیشتر و سلامت روانی کمتری داشتند.

جدول ۱۰ - میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های بارور به تفکیک جنسیت

متغیر	جنس	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی داری
تعداد عوامل استرس‌زا	مرد	۱۴/۶۴	۱۰/۳۹	-۰/۱۳۱	NS
	زن	۱۴/۹۴	۹/۱۰		
شدت عوامل استرس‌زا	مرد	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS
	زن	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸		
نشانه‌گان جسمانی	مرد	۴/۴۰	۳/۹۳	-۲/۷۴۰	۰/۰۰۸
	زن	۷/۱۶	۴/۶۸		
نشانه‌گان اضطراب	مرد	۵/۰۸	۴/۱۴	-۱/۵۹۴	NS
	زن	۶/۶۸	۵/۳۹		
اختلال کارکرد اجتماعی	مرد	۵/۷۲	۲/۰۶	-۱/۸۸۳	۰/۰۶۴
	زن	۷/۰۸	۳/۸۴		
نشانه‌گان افسردگی	مرد	۱/۲۷	۱/۷۸	-۲/۱۸۸	۰/۰۳۲
	زن	۳/۲۹	۵/۳۴		
GHQ-28	مرد	۱۶/۴۳	۹/۵۰	-۲/۵۱۹	۰/۰۱۴
	زن	۲۴/۳۲	۱۶/۵۱		

مقایسه زوج‌های نابارور و بارور

در جدول‌های ۱۱-۱۳ مشخصات جمعیت شناختی زوج‌های نابارور و بارور نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول‌ها مشاهده می‌شود بین زوج‌ها از نظر متغیرهای سن، طول مدت ازدواج و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. هم‌تاسازی زوج‌ها بر اساس مشخصات جمعیت شناختی مورد نظر، توسط نتایج به‌دست آمده، نیز تأیید شده است.

جدول ۱۱- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t، سن زوج‌های نابارور و بارور

سطح معنی‌داری	t	سن (به سال)		گروه
		میانگین	انحراف معیار	
NS	۰/۰۷۸	۲۰/۹۸	۵/۴۷	نابارور
		۲۹/۹۱	۵/۰۲	بارور

جدول ۱۲- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t، طول مدت ازدواج زوج‌های نابارور و بارور

سطح معنی‌داری	t	طول مدت ازدواج (به سال)		گروه
		میانگین	انحراف معیار	
NS	-۰/۵۳۳	۶/۴۸	۲/۹۹	نابارور
		۶/۶۲	۳/۳۶	بارور

جدول ۱۳ - مقایسه سطح تحصیلات زوج‌های نابارور و بارور با آزمون χ^2

سطح معنی‌داری	χ^2	درجه آزادی	گروه		متغیر
			بارور	نابارور	
			فراوانی (%)	فراوانی (%)	
NS	۰/۳۱۷	۲	۲۰ (۲۷)	۲۳ (۳۱/۱)	سطح تحصیلات راهنمایی
			۳۱ (۴۱/۹)	۳۰ (۴۰/۵)	دیپلم
			۲۳ (۳۱/۱)	۲۱ (۲۸/۴)	دانشگاهی

در جدول ۱۴ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور و بارور نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین دو گروه در تعداد عوامل استرس‌زا،

شدت عوامل استرس‌زا و خرده‌مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی تفاوت معنی‌دار وجود داشت و زوج‌های نابارور در مقایسه با زوج‌های بارور تعداد عوامل استرس‌زای بیشتر، شدیدتر و اختلال کارکرد اجتماعی بیشتری داشتند.

جدول ۱۴- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور و بارور

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی‌داری
تعداد عوامل استرس‌زا	نابارور	۲۲/۵۰	۱۰/۴۰	۴/۶۵	۰/۰۰۱
	بارور	۱۴/۷۹	۹/۷۰		
شدت عوامل استرس‌زا	نابارور	۳۳/۹۳	۲۰/۲۵	۳/۸۹۸	۰/۰۰۱
	بارور	۲۱/۷۴	۱۷/۶۹		
نشانگان جسمانی	نابارور	۵/۴۵	۳/۵۱	-۰/۴۸۷	NS
	بارور	۵/۷۸	۴/۵۱		
نشانگان اضطراب	نابارور	۶/۴۵	۴/۲۷	۰/۶۴۶	NS
	بارور	۵/۹۷	۴/۸۶		
اختلال کارکرد اجتماعی	نابارور	۷/۵۴	۲/۸۳	۲/۳۰۸	۰/۰۲۲
	بارور	۶/۴۰	۳/۱۴		
نشانگان افسردگی	نابارور	۲/۹۴	۳/۷۸	۱/۰۲۳	NS
	بارور	۲/۲۸	۴/۰۸		
GHQ-28	نابارور	۲۲/۴۰	۱۱/۶۹	۰/۹۵۸	NS
	بارور	۲۰/۳۷	۱۳/۹۵		

در جدول ۱۵ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور و بارور به تفکیک جنسیت نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین مردان نابارور و مردان بارور در تعداد و شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌های اختلال کارکرد اجتماعی و

نشانگان افسردگی تفاوت معنی‌داری دیده شد و مردان نابارور در مقایسه با مردان بارور استرس بیشتر، شدیدتر، اختلال کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی بیشتری داشتند.

بین زنان نابارور و زنان بارور در تعداد و شدت عوامل استرس‌زا تفاوت معنی‌داری دیده شد و زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور استرس بیشتر و شدیدتری داشتند.

بین مردان نابارور و زنان نابارور در خرده‌مقیاس‌های نشانگان جسمانی تفاوت معنی‌داری دیده شد و زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور نشانگان جسمانی بیشتری داشتند.

بین مردان بارور و زنان بارور در خرده‌مقیاس‌های نشانگان جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی، نشانگان افسردگی و نمره کل GHQ-28 تفاوت معنی‌داری دیده شد و زنان بارور در مقایسه با مردان بارور نشانگان جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی بیشتر و سلامت روانی کمتری داشتند (دادفر، ۱۳۸۶).

جدول ۱۵- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t تعداد عوامل استرس‌زا، شدت عوامل استرس‌زا، خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل GHQ-28 در زوج‌های نابارور و بارور به تفکیک جنسیت

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معنی‌داری																																																												
تعداد عوامل استرس‌زا	مردان نابارور	۲۰/۷۲	۱۰/۵۴	-۱/۴۷۵	NS																																																												
	زنان نابارور	۲۴/۲۷	۱۰/۱۰				مردان نابارور	۲۰/۷۲	۱۰/۵۴	۲/۴۹۹	۰/۰۱۵	مردان بارور	۱۴/۶۴	۱۰/۳۹		زنان نابارور	۲۴/۲۷	۱۰/۱۰	۴/۱۷۰	۰/۰۰۱	زنان بارور	۱۴/۹۴	۹/۱۰		مردان بارور	۱۴/۶۴	۱۰/۳۹	-۰/۱۳۱	NS	زنان بارور	۱۴/۹۴	۹/۱۰	شدت عوامل استرس‌زا	مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	-۰/۹۸۱	NS	زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹		مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	۲/۱۷۶	۰/۰۳۳	مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲		زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹	۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸		مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS
	مردان نابارور	۲۰/۷۲	۱۰/۵۴	۲/۴۹۹	۰/۰۱۵																																																												
	مردان بارور	۱۴/۶۴	۱۰/۳۹				زنان نابارور	۲۴/۲۷	۱۰/۱۰	۴/۱۷۰	۰/۰۰۱	زنان بارور	۱۴/۹۴	۹/۱۰		مردان بارور	۱۴/۶۴	۱۰/۳۹	-۰/۱۳۱	NS	زنان بارور	۱۴/۹۴	۹/۱۰	شدت عوامل استرس‌زا	مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	-۰/۹۸۱	NS	زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹		مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	۲/۱۷۶	۰/۰۳۳	مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲		زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹	۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸		مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸						
	زنان نابارور	۲۴/۲۷	۱۰/۱۰	۴/۱۷۰	۰/۰۰۱																																																												
	زنان بارور	۱۴/۹۴	۹/۱۰				مردان بارور	۱۴/۶۴	۱۰/۳۹	-۰/۱۳۱	NS	زنان بارور	۱۴/۹۴	۹/۱۰	شدت عوامل استرس‌زا	مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	-۰/۹۸۱	NS	زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹		مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	۲/۱۷۶	۰/۰۳۳	مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲		زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹	۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸		مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸															
	مردان بارور	۱۴/۶۴	۱۰/۳۹	-۰/۱۳۱	NS																																																												
	زنان بارور	۱۴/۹۴	۹/۱۰			شدت عوامل استرس‌زا	مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	-۰/۹۸۱	NS	زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹		مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	۲/۱۷۶	۰/۰۳۳	مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲		زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹	۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸		مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸																								
شدت عوامل استرس‌زا	مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	-۰/۹۸۱	NS																																																												
	زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹				مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	۲/۱۷۶	۰/۰۳۳	مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲		زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹	۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸		مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸																																	
	مردان نابارور	۳۱/۶۲	۲۰/۹۱	۲/۱۷۶	۰/۰۳۳																																																												
	مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲				زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹	۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸		مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸																																										
	زنان نابارور	۳۶/۲۴	۱۹/۵۹	۳/۳۵۹	۰/۰۰۱																																																												
	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸				مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸																																																			
	مردان بارور	۲۱/۶۷	۱۸/۳۲	-۰/۰۳۳	NS																																																												
	زنان بارور	۲۱/۸۱	۱۷/۲۸																																																														

جنبه‌های روانشناختی ناباروری / ۵۳

سطح معنی‌داری	t	انحراف معیار	میانگین	گروه	ادامه جدول ۱۵
					متغیر
۰/۰۲۳	-۲/۳۱	۳/۴۰	۴/۵۴	مردان نابارور	نشانه‌های جسمانی
		۳/۴۲	۶/۳۷	زنان نابارور	
NS	۰/۱۵۸	۳/۴۰	۴/۵۴	مردان نابارور	
		۳/۹۳	۴/۴۰	مردان بارور	
NS	-۰/۸۲۱	۳/۴۲	۶/۳۷	زنان نابارور	
		۴/۶۸	۷/۱۶	زنان بارور	
۰/۰۰۸	-۲/۷۴۰	۳/۹۳	۴/۴۰	مردان بارور	
		۴/۶۸	۷/۱۶	زنان بارور	
NS	-۱/۵۹۲	۴/۰۶	۵/۶۷	مردان نابارور	نشانه‌های اضطراب
		۴/۳۹	۷/۲۴	زنان نابارور	
NS	۰/۶۲۳	۴/۰۶	۵/۶۷	مردان نابارور	
		۴/۱۴	۵/۰۸	مردان بارور	
NS	۰/۳۳۱	۴/۳۹	۷/۲۴	زنان نابارور	
		۵/۳۹	۶/۸۶	زنان بارور	
NS	-۱/۵۹۴	۴/۱۴	۵/۰۸	مردان بارور	
		۵/۳۹	۶/۸۶	زنان بارور	

سطح معنی‌داری	t	انحراف معیار	میانگین	گروه	ادامه جدول ۱۵
					متغیر
NS	۰/۱۶۳	۲/۹۱	۷/۵۹	مردان نابارور	اختلال کارکرد اجتماعی
		۲/۷۸	۷/۴۸	زنان نابارور	
۰/۰۰۲	۳/۱۷۳	۲/۹۱	۷/۵۹	مردان نابارور	
		۲/۰۶	۵/۷۲	مردان بارور	
NS	۰/۵۱۹	۲/۷۸	۷/۴۸	زنان نابارور	
		۳/۸۴	۷/۰۸	زنان بارور	
۰/۰۶۴	-۱/۸۸۳	۲/۰۶	۵/۷۲	مردان بارور	
		۳/۸۴	۷/۰۸	زنان بارور	
NS	-۰/۴۸	۴/۰۱	۲/۷۲	مردان نابارور	نشانیگان افسردگی
		۳/۵۷	۳/۱۶	زنان نابارور	
۰/۰۴۷	۲/۰۱۸	۴/۰۱	۲/۷۲	مردان نابارور	
		۱/۷۸	۱/۲۷	مردان بارور	
NS	۰/۱۲۸	۳/۵۷	۳/۱۶	زنان نابارور	
		۵/۳۴	۳/۲۹	زنان بارور	
۰/۰۳۲	-۲/۱۸۸	۱/۷۸	۱/۲۷	مردان بارور	
		۵/۳۴	۳/۲۹	زنان بارور	

سطح معنی‌داری	t	انحراف معیار	میانگین	گروه	ادامه جدول ۱۵
					متغیر
NS	-۱/۳۸	۱۲/۱۳	۲۰/۵۴	مردان نابارور	GHQ-28
		۱۱/۰۸	۲۴/۲۷	زنان نابارور	
NS	۱/۶۲۱	۱۲/۱۳	۲۰/۵۴	مردان نابارور	
		۹/۵۰	۱۶/۴۳	مردان بارور	
NS	-۰/۰۱۷	۱۱/۰۸	۲۴/۲۷	زنان نابارور	
		۱۶/۵۱	۲۴/۳۲	زنان بارور	
۰/۰۱۴	-۲/۵۱۹	۹/۵۰	۱۶/۴۳	مردان بارور	
		۱۶/۵۱	۲۴/۳۲	زنان بارور	

ستارزاده، بهرامی، رنجبر کوچکسرائی و قوجازاده (۱۳۸۶) در یک مطالعه توصیفی-مقایسه میزان افسردگی و رضایت جنسی در ۱۵۰ زوج نابارور با ۱۵۰ زوج بارور که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، مورد بررسی و مقایسه قرار دادند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی-اجتماعی، مقیاس سنجش افسردگی بک و پرسشنامه استاندارد رضایت جنسی لارسون، صورت گرفت. داده‌های به دست آمده بوسیله روش‌های آماری توصیفی، آزمونهای تفاوت میانگین و آزمون رابطه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که اختلاف امتیاز افسردگی بین مردان نابارور و بارور و نیز در زنان از نظر آماری معنی‌دار بود، اما تفاوت آماری معنی‌داری از نظر امتیاز رضایت جنسی در مردان نابارور و بارور و نیز در زنان مشاهده نشد. میانگین امتیاز افسردگی در زنان نابارور نسبت به همسرانشان بیشتر بود، اما میانگین امتیاز

رضایت جنسی بین مردان و زنان نابارور اختلاف آماری چشمگیری نداشت. بین میزان رضایت جنسی و افسردگی همبستگی معنی دار منفی وجود داشت.

علوی مجد، شمس، هاشمی و سیمیر (۱۳۸۸) در یک مطالعه آینده نگر ۱۸۰ زن نابارور متقاضی استفاده از روش‌های کمک باروری مراجعه کننده به دو مرکز درمانی منتخب شهر تهران به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب کردند و در روز آخرین ویزیت قبل از انجام درمان توسط پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر مورد غربالگری اضطراب آشکار و پنهان قرار دادند و آنها را براساس نمره ۲۰-۴۹ و نیز ۵۰-۸۰ به گروه‌های اضطراب پایین و بالا تقسیم نمودند. تست بارداری مثبت به عنوان موفقیت درمان در نظر گرفته شد و در گروه‌های دارای اضطراب آشکار و پنهان بالا و پایین مورد مقایسه قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار کامپیوتری SPSS11.5 استفاده شد. مدل رگرسیون لجستیک برای بررسی وجود ارتباط بین نتیجه درمان و سطح اضطراب آشکار و پنهان مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که میانگین سطح اضطراب آشکار و پنهان در زنان نابارور متقاضی انجام ART، به ترتیب ۴۷/۳۳ و ۴۳/۸۹ بود. از مجموع ۱۸۰ زوج متقاضی درمان، ۱۰/۶٪ (۱۹ زوج) در پی درمان، باردار شدند؛ که این میزان در گروه دارای سطح اضطراب آشکار بالا و پایین به ترتیب ۱۱/۱٪ و ۱۰/۱٪ بود و در گروه دارای سطح اضطراب پنهان بالا و پایین به ترتیب ۱۴/۵٪ و ۹٪ بود. میزان موفقیت بین گروه‌های دارای سطح اضطراب آشکار بالا و پایین و نیز گروه‌های دارای سطح اضطراب پنهان بالا و پایین تفاوت آماری معنی داری نداشت. نتایج این مطالعه نشان داد که بین سطح اضطراب آشکار و پنهان زنان نابارور و نتیجه درمان‌های کمک باروری ارتباطی وجود ندارد. نتایج این مطالعه می‌تواند برای بیماران مضطرب دلگرم کننده باشد، اگرچه مشاوره و کاهش سطح اضطراب زنان نابارور برای بهبود کیفیت زندگی آنان ضروری به نظر می‌رسد.

طاهری پناه، حمدیه، صدیق، هاشمی و خداکرمی (۱۳۸۸) یازده زوج نابارور را در مرکز تحقیقات بهداشت باروری و ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی درباره تجربیات زندگی با ناباروری مورد مصاحبه قرار دادند. گفتگوها با کسب اجازه از افراد ضبط و

روی کاغذ پیاده شد و با استفاده از روش کلایزی، جملات و عبارات مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. از تدوین مصاحبه‌های انجام شده، شش مضمون و یازده زیر مضمون استخراج شد. نتایج نشان داد که ناباروری روابط عاطفی و جنسی زوجها را تحت تاثیر قرار می‌دهد، ارتباط زوج با اطرافیان در واکنش به برخورد آنان با ناباروری تغییر می‌نماید. همچنین زوجها انتظارات ویژه‌ای از پرسنل درمانی داشتند که برآورده نمی‌شود، به همین دلیل علاوه بر درمان طبی ممکن است به درمان‌های غیر معمول نیز متوسل شوند. به طور کلی مضمون‌های استخراج شده مشخص نمود که ناباروری می‌تواند سراسر زندگی زوج نابارور را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد استفاده گسترده تر از خدمات مشاوره‌مآمایی و روانشناسی برای زوج‌های نابارور و اطرافیان آنها در مراکز درمان ناباروری، برای این زوجها کمک کننده است.

مخبر، شاکری، جنیدی و شهلا نورانی (۱۳۸۸) مطالعه‌ای از نوع مقطعی با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و مبتنی بر هدف بر روی ۱۰۰ زن بارور و ۱۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۸۶ انجام دادند. افراد مورد بررسی زنان ۲۲ تا ۴۵ ساله و تنها همسر شوهرشان بودند. همچنین زنان بارور از یک روش جلوگیری استفاده می‌کردند و زنان نابارور مشمول تعریف ناباروری بودند. بعد از توضیح در مورد اهداف و چگونگی انجام پژوهش و داشتن رضایت نسبت به شرکت در مطالعه، پرسشنامه بررسی سلامت عمومی (GHQ28) و فرم رضایت جنسی، تکمیل و سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های χ^2 و من ویتنی تجزیه و تحلیل شد. در آزمون‌های انجام شده دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیکی و سایر متغیرهای مداخله‌گر و نیز سلامت عمومی، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. امتیاز حاصل از مقیاس رضایت جنسی در هر دو گروه، متوسط (در زنان بارور $12/23 \pm 59/66$ و در زنان نابارور $11/62 \pm 61/65$) و تفاوت آماری غیر معنی‌دار بود. پژوهشگران نتیجه گرفتند که رضایت جنسی هر دو گروه در حد متوسط بود که نشان دهنده سطح آگاهی پایین تمامی افراد از مسائل جنسی و عدم آموزش کافی به زوجین قبل و بعد از

ازدواج است؛ لذا پیشنهاد نمودند با ترتیب دادن امکان مشاوره و آموزش در زمینه مسائل مرتبط با رضایت جنسی در افزایش رضایت جنسی زوجین برنامه ریزی گردد.

عباسی مولید، قمرانی و فاتحی زاده (۱۳۸۸) ۳۹ پژوهش از مقالات فارسی مندرج در مجلات و فصلنامه‌های داخلی و پایان نامه‌های کارشناسی ارشد مرتبط با ناباروری را در فاصله زمانی ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۸ انتخاب و مورد تحلیل و بررسی قرار دادند. آسیب شناسی مشکلات زوجین نابارور به طور جامع شناسایی و طبقه بندی شد. نتایج نشان داد که تمام زوج‌های نابارور ۵۳ آسیب بالقوه را از زمان تشخیص ناباروری تا پایان فرآیند درمان تجربه می‌کنند که در این بین مشکلات روانشناختی بیشترین فراوانی (۸۵ درصد) را دارد و مشکلاتی همچون استرس، افسردگی و اضطراب از همه بیشتر است. در حالی که مشکلات روانشناختی بیشترین فراوانی را در مورد زوج‌های نابارور دارد، اما درمان این مشکلات کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و از طرف دیگر همه درمان‌های به کار رفته برای این افراد، درمان‌های پزشکی و جسمی است. آسیب‌های زندگی زوج‌های نابارور ایرانی در ابعاد آسیب‌های درون فردی، بین فردی و فرا فردی طبقه بندی گردید. مهم ترین آسیب‌های زوج‌های نابارور ایرانی در بخش درون فردی شامل احساس خشم و عصبانیت، غم و اندوه، حقارت و درماندگی، کاهش رضایت از زندگی، احساس گناه، استرس، اضطراب، افسردگی، کاهش امید به زندگی و حسادت نسبت به زوج‌های بارور است. افت شدید عزت نفس، احساس عدم زیبایی، خود سرزنش‌گری، ناامیدی، احساس فقدان هدف در زندگی، احساس ناتوانی در پذیرش واقعیت ناباروری، احساس فقدان تکمیل هویت جنسی و عقاید پیرامون خودکشی از دیگر آسیب‌های درون فردی، زوج‌های نابارور ایرانی است. مهم ترین مشکل زوج‌های نابارور در حیطه روابط بین فردی آنها (ارتباط زوجین با همدیگر)، کاهش رضایت مندی زناشویی، کاهش سازگاری زناشویی، کاهش رضایت جنسی، افزایش تعارض زناشویی و ترس از طلاق و جدایی است. از دیگر مشکلات بین فردی این افراد احساس فقدان تکمیل هویت زناشویی، احساس فقدان نقش والدینی، اشتغال ذهنی بیش از حد نسبت به ناباروری، عدم توافق در باره شروع و ادامه درمان ناباروری و احساس ناتوانی در پذیرش سبک زندگی بدون فرزند است. مشاخره در باره

هزینه‌های درمان ناباروری، کاربرد شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد در برابر ناباروری، مشکلات مربوط به فرزند خواندگی و مشکلات مربوط به ازدواج مجدد از دیگر مشکلات بین فردی زوج‌های نابارور ایرانی است. آسیب‌های فرا فردی و اجتماعی و محیط پیرامون زوج‌های نابارور شامل احساس انزوای اجتماعی، حساسیت نسبت به نگرش فامیل، دوستان و جامعه، ترس از پیامدهای مراحل تشخیص و درمان، ناامیدی از نتایج روش‌های درمانی و احساس فقدان حمایت اجتماعی است. از دیگر مشکلات فرافردی زوج‌های نابارور ایرانی، اختلال در مهارت‌های شغلی، اختلال در مهارت‌های اجتماعی، کاهش ارتباطات اجتماعی، ناتوانی در ایفای نقش‌های اجتماعی و ناتوانی در مقابله با استرس‌های زندگی است. آنها نتیجه گرفتند که آسیب‌شناسی مشکلات زوجین نابارور می‌تواند در روند تشخیص و درمان ناباروری موثر واقع شود. با تاکید بر اینکه مشکلات روانشناختی مهم‌ترین و بیشترین مشکل زوج‌های نابارور محسوب می‌شود بنابراین ضرورت ارائه خدمات روانشناختی و مشاوره‌های خانوادگی به عنوان درمان‌های مکمل و پیش‌نیاز، ناباروری وجود دارد. برای نتیجه بخش‌تر بودن درمان‌های پزشکی ناباروری لازم است در مراکز درمان ناباروری کشور، در کنار گروه متخصص و پزشک درمان ناباروری، متخصصان روان‌شناسی و مشاوران خانواده حضور داشته باشند و خدمات درمانی و مشاوره‌ای خود را در مراحل مختلف قبل از درمان ناباروری، حین درمان و در صورت نیاز بعد از درمان ناباروری ارائه دهند. همواره یک روان‌شناس و مشاور خانواده در مراکز درمان ناباروری در کنار تیم پزشکی، حضور داشته باشد. شروع درمان پزشکی با درمان‌های روان‌شناختی باشد و کار درمان‌های روان‌شناختی نیز به عنوان درمان مکمل و پیش‌نیاز درمان ناباروری مورد توجه قرار گیرد. درمان‌های روانشناختی و مشاوره‌ای زوجین نابارور باید قبل از شروع درمان ناباروری آغاز شوند. بسیاری از زوجین در حالی وارد فرایند درمان ناباروری می‌شوند که تحت استرس‌های شدید ناشی از ناامیدی به درمان و آینده و یا فشارهای اقتصادی که این درمان‌ها دارند، آمادگی‌های لازم برای شروع درمان را ندارند. به همین علت لازم است برای اثر بخش بودن روش‌های درمان پزشکی ناباروری، این افراد قبل از درمان، تحت مشاوره‌های لازم مهارت‌های لازم را کسب کنند تا بتوانند استرس خود را کنترل نمایند

و با روحیه بهتری درمان را آغاز کنند. این در حالی است که خود روش‌های درمان ناباروری چه به صورت عوارض مصرف داروها یا روش‌های جراحی یا هزینه‌های عمل مقدراری استرس بر بیمار وارد می‌آورد، بنابراین در حین درمان نیز لازم است همچنان بیمار تحت خدمات و مشاوره‌های روان‌شناسی قرار داشته باشد.

علاوه بر مشکلات عاطفی و هیجانی، مشکلات شناختی مختلفی در افراد نابارور مشاهده می‌شود. ربیع زاده و کرمی نوری (۱۳۸۱) ۱۱۰ آزمودنی، ۵۵ فرد نابارور (۳۰ زن و ۲۵ مرد) و ۵۵ فرد بارور (۳۰ زن و ۲۵ مرد) را جهت مشخص کردن وجود سوگیری‌های توجه، حافظه و حل مساله و نیز تعیین نوع سوگیری (راهبردی و کنترل شده و یا خودکار و ناهوشیار) مورد بررسی قرار دادند. در بخش حافظه از آزمودنی‌ها خواسته شد به یک لیست شامل ۳۶ واژه (۱۲ واژه وابسته به ناباروری، ۱۲ واژه خنثی و ۱۲ نام حیوان) گوش دهند و هر تعداد از لغات را که می‌توانند یادآوری کنند و در مرحله بعد همین کلمات را به همراه ۳۶ واژه دیگر بازنشاسی کنند. در بخش توجه از آنها خواسته شد که رنگ ۳۴ واژه (۱۷ واژه وابسته به ناباروری و ۱۷ واژه خنثی) را در سریعترین زمان ممکن بگویند. زمان واکنش آزمودنی‌ها به وسیله رایانه اندازه گیری می‌شد. در بخش حل مساله از آزمودنی‌ها خواسته شد که ۱۰ واژه (۵ واژه وابسته به ناباروری و ۵ واژه خنثی) را که بعضی از حروف آنها افتاده بود تکمیل کنند. در تجزیه و تحلیل داده‌ها طرح تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر بود؛ یعنی ۲ گروه (بارور و نابارور) × ۲ جنس (زن و مرد) × ۳ نوع واژه (وابسته به ناباروری، خنثی و نام حیوان) برای بخش حافظه و طرح ۲ گروه (بارور و نابارور) × ۲ جنس (زن و مرد) × ۲ نوع واژه (وابسته به ناباروری و خنثی) در بخش توجه، مورد استفاده قرار گرفت. در حل مساله نیز از آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه زنان بارور و نابارور استفاده شد. زنان نابارور واژه‌های وابسته به ناباروری را به طور معنی‌داری بیشتر از سایر گروه‌ها به خاطر آوردند. در حالیکه در یادآوری واژه‌های خنثی و نام حیوانات تفاوتی با سایر گروه‌ها نداشتند. در بخش توجه، گروه بارور و گروه نابارور (زنان و مردان) در زمان نامیدن رنگ واژه‌های وابسته به ناباروری و خنثی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. در حل مساله زنان نابارور واژه‌های خنثی را به طور معنی‌داری کمتر از زنان بارور

تکمیل کردند؛ ولی در تکمیل واژه‌های وابسته به ناباروری تفاوت معنی‌داری با زنان بارور نداشتند. از آنجا که در حافظه و حل مساله پردازش‌ها عمیق و راهبردی و در توجه، سطحی و خودکار است، با توجه به نتایج حاصل از حافظه، حل مساله و توجه می‌توان گفت که زنان نابارور در مورد محرک‌های وابسته به ناباروری پردازش‌های بسط یافته، راهبردی، کنترل شده و عمیق به کار می‌برند و از پردازش‌های سطحی و خودکار استفاده نمی‌کنند. آنها نتیجه گرفتند که در درمان پیامدهای روان‌شناختی ناباروری، روش‌های درمانی شناختی بهترین روش‌های درمان هستند زیرا مستقیماً روی افکار و تصورات آگاهانه و هوشیار افراد متمرکز هستند.

یونسی و سلاجقه (۱۳۸۰) یک مطالعه مورد - شاهدهی با هدف تعیین تصویر ذهنی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز خدمات بهداشتی، درمانی و مراکز درمان ناباروری منتخب شهر تهران در سال ۱۳۷۹ انجام دادند. افراد مورد مطالعه به دو گروه، زنان دارای مشکل ناباروری (گروه آزمایش) و گروه زنان بارور (گروه شاهد) تقسیم شدند. افراد مورد مطالعه در دو گروه بارور و نابارور از میان ۵ مرکز به نام مرکز بهداشتی و درمانی ۱۵ خرداد و بیمارستان‌های دکتر شریعتی، میرزا کوچک خان و دی و مرکز پزشکی صارم بر اساس نمونه‌گیری عمدی انتخاب شدند. تعداد افراد، ۱۰۰ نفر در هر گروه بود. روش گردآوری داده‌ها، استفاده از پرسشنامه سنجش تصویر ذهنی بدن بود که به شیوه ساختاری کلی تهیه شده بود. در ایران این تکنیک فهرست ساختارهای ذهنی نام گرفته است. با زنان بارور و نابارور واجد شرایط انتخاب شده در مورد اهداف و نحوه پژوهش گفتگوهای مقدماتی صورت گرفت. پس از موافقت، پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت. سپس پاسخ زنان بارور و نابارور با توجه به امتیازبندی هر سوال به طور جداگانه بررسی شد و با استفاده از روش‌های تجزیه و تحلیل آماری نتایج بررسی و مقایسه شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که تصویر ذهنی زنان بارور و نابارور مورد مطالعه با هم تفاوت دارد، بدین شکل که در عناصر مختلف تصویر ذهنی (بدن در حال فعالیت در تنهایی، بدن واقعی، بدن آنگونه که مردم می‌بینند و می‌شناسند، بدن آنگونه که همسر می‌بیند و می‌شناسد و بدن آنگونه که خانواده همسر می‌بینند و می‌شناسند) دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری داشتند و این بدان معناست که زنان نابارور درجاتی از

اختلال تصویر ذهنی را بروز داده اند. تصویر ذهنی از خود و یا بدن خود می‌تواند با اضطراب و علایم افسردگی همراه باشد. در این زمینه روش‌ها و تکنیک‌های شناختی رفتاری، تا حد زیادی علایم را کنترل می‌نمایند (یونسی، ۱۳۸۱).

در یک پژوهش نگرش نسبت به ناباروری بر اساس عامل ناباروری، میانگین نگرش در نابارورانی که عامل ناباروری در آنها مربوط به خود، همسر و هر دو بود، مقایسه و بررسی شد. نتایج تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی بر میزان افسردگی، و کنترل زندگی، پذیرش اجتماعی و فرزند و نقش والدینی بر میزان موثرند. بر اساس نتایج، نگرش نسبت به ناباروری، به‌خصوص ابعاد نگرش نسبت به کنترل زندگی و پذیرش اجتماعی در ایجاد افسردگی و اضطراب در افراد نابارور نقش دارد. از آنجا که نگرش نسبت به ناباروری از عقاید خاص فردی و باورهای مشترک زوج نابارور ناشی می‌شود، مشاوره زوجی و گروهی افراد نابارور با رویکرد شناختی رفتاری با تأکید بر تغییر جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش نسبت به ناباروری پیشنهاد نمود.

فراهانی (۱۳۸۰) ضمن اشاره به عامل‌های روانشناختی و رفتاری، نحوه کنترل این رفتارها، استراتژی‌های مقابله با آن و حمایت‌های اجتماعی گزارش داد که تغییر در تفکر، تغییر در عمل را هم به دنبال خواهد داشت. در این خصوص روانشناس از طریق جلسات شناخت درمانی، افکار فرد نابارور را به سمت پذیرش واقعیت ناباروری خود سوق می‌دهد و در مواردی که علم پزشکی قادر به تغییر وضع موجود نمی‌باشد، به مراجعین کمک می‌کند تا واقعیت ناباروری خود را پذیرفته و با آن سازگار شوند. همچنین حمایت اجتماعی گسترده نیز، در کاهش استرس ناشی از ناباروری تأثیر مثبت و به‌سزایی دارد.

ترخان، صفاری نیا و خوش سیما (۱۳۹۱) در یک پژوهش توصیفی - مقایسه‌ای ۶۲ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به سه مرکز ناباروری بیمارستان شریعتی و میرزا کوچک خان و مرکز پزشکی صارم و ۶۳ نفر از زنان بارور مراجعه‌کننده به مراکز خدمات بهداشتی و درمانی بیمارستان شریعتی میرزا کوچک خان و مرکز بهداشت لیلۃ القدر بودند را با استفاده از

پرسشنامه بهزیستی بر مبنای پرسشنامه دینر (۱۹۸۵) بررسی نمودند. نتایج بدست آمده حاکی از آن است که میانگین نمرات بهزیستی نمونه‌های مورد پژوهش در حد قابل قبول بوده و آزمون آماری اختلاف معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد.

رجوعی (۱۳۷۶) گزارش داد که درمان رفتاری بر مشکلات روانی زنان نابارور تحت درمان با روش IVF موثر است. نیکخوی، اخلاصی و دواساز ایرانی (۱۳۸۳) پژوهشی برای بررسی تأثیر مشاوره‌ی روانی در کاهش افسردگی مردان و زنان پس از عمل جراحی بستن لوله در مرکز تحقیقات و تنظیم خانواده‌ی اهواز در سال ۱۳۷۸ انجام دادند. یافته‌ها نشان داد که بین گروهی که از مشاوره‌ی روانی برخوردار بودند (گروه آزمایشی) و گروهی که مشاوره‌ی روانی نداشتند (گروه گواه) در میزان افسردگی پس از عمل جراحی تفاوت معنی‌داری وجود دارد به طوری که میزان افسردگی پس از عمل جراحی بستن لوله، در گروهی که پیش از عمل جراحی از مشاوره‌ی روانی برخوردار شده‌اند، کمتر از گروهی است که از مشاوره‌ی روانی بی‌بهره بوده‌اند. همچنین بین افسردگی در مردان و زنان تفاوت معنی‌داری داشت. منوچهری (۱۳۸۴) اثر بخشی مشاوره شناختی هیجانی رفتاری را بر سطح سلامت روان زنان نابارور گزارش داد. نتایج پژوهش نیلفروشان، احمدی، عابدی و احمدی (۱۳۸۵) نشان داد که مشاوره شناختی رفتاری بر اساس زیر سیستم‌های شناختی متعامل بر تغییر نگرش زوج‌های نابارور موثر می‌باشد. حسنی، نوابی نژاد و نورانی پور (۱۳۸۷) گزارش دادند که زوج درمانی رفتاری - شناختی بر کاهش افسردگی زوج مرد نابارور موثر است ولی روش زوج درمانی هیجان محور میزان افسردگی را کاهش نداد. همچنین هر دو روش زوج درمانی بر زنان و مردان به گونه یکسانی تأثیر می‌گذارد. موسوی نیک، باساواراچاپا و خانه کشی (۲۰۱۴) نشان دادند که درمان عقلانی هیجانی رفتاری بر کاهش اضطراب و باورهای غیرمنطقی زنان نابارور موثر است.

جمع بندی

استرس حاد و مزمن ممکن است موجب ناباروری شوند یا میزان موفقیت درمان‌های ناباروری را کمتر کنند. بنابراین لازم است که استرس حاد از استرس مزمن تفکیک شود. استرس حاد ممکن است در باروری یا روش باروری مشکل ایجاد کند، در حالی که استرس مزمن یا اضطراب از قبل وجود داشته و تاثیر مهمی روی پیامد درمان دارد، لذا لازم است که هر دو کاهش داده شوند.

شواهد نشان دهنده این است که زوج‌های نابارور در مقایسه با زوج‌های بارور و زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور سلامت روانی کمتری دارند. اثرات منفی ناباروری به طور چشمگیری برای زنان نابارور بیشتر از مردان می‌باشد و فشار بیشتری را بر سلامت روانی آنها وارد می‌کند. زنان بیشتر از مردان درگیر برنامه‌های تشخیصی و درمانی هستند؛ گرایش بیشتری به بچه دار شدن دارند و این گرایش به صورت یکی از مهم ترین اهداف زندگی آنها جلوه گر می‌شود و به طور کلی شکایات و نشانه‌های روانپزشکی را بیشتر بروز می‌دهند. استرس ناشی از هر منبعی که باشد فشار بیشتری را بر زنان وارد می‌کند.

عطف به مطالب ذکر شده موارد زیر را پیشنهاد می‌گردد: ۱- با توجه به نقشی که متغیرهایی چون روش‌های مقابله، ماهیت کنترل پذیری موقعیت، منابع حمایت اجتماعی، ارزش‌ها، نگرش‌ها و باورهای ملی و مذهبی ممکن است در سازگاری افراد با پیامدهای استرس حاد و مزمن داشته باشند پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده این متغیرها در نظر گرفته شوند. ۲- با توجه به وجود مشکلات روانشناختی در زوج‌های نابارور، شناسایی زوج‌های در معرض خطر و ارجاع آنها برای ارزیابی روانشناختی و در صورت لزوم ارائه خدمات روانشناختی توسط متخصصین مربوطه پیشنهاد می‌شود. ۳- از آنجایی که فرایند بررسی و درمان ناباروری با استرس زیادی همراه است، لذا جهت پیشگیری و ارتقاء بهداشت روانی این افراد، حضور روانشناسان بالینی و روانپزشکان در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری جهت کمک به زوج‌های نابارور در سازگاری بهتر با استرس، کمک به فرایند

تصمیم‌گیری در مورد مسایل مربوط به درمان و فرزند خواندگی، حل بحران فردی و تعارض‌های زناشویی و همچنین کمک به آنها در به‌دست آوردن دوباره احساس کنترل، ضروری به نظر می‌رسد. ۴- فشارهای اجتماعی اطرافیان و نگرش جامعه نسبت به ناباروری تا حد زیادی تعیین‌کننده میزان استرس ناشی از ناباروری است. لذا تغییر نگرش جامعه نسبت به ناباروری و افراد نابارور از طریق رسانه‌های گروهی تا حد زیادی می‌تواند مانع پیامدهای سوء آن بر افراد نابارور شده و گام مهمی در زمینه ارتقاء بهداشت روانی آنها برداشته شود. ۵- به منظور برنامه ریزی درازمدت جهت تامین خدمات بهداشت روانی برای این گروه آسیب‌پذیر، پیشنهاد می‌گردد در پژوهشی جداگانه همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در زوج‌های نابارور مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- آخوندی، محمدمهدی (۱۳۸۲). آشنایی مقدماتی با ناباروری، فصلنامه بهداشت باروری، سال اول، شماره ۱، ۲۹-۳۱.
- ایرانی، سید سجاد، ابراهیمی، محمد اسماعیل، بخش پور رودسری، عباس (۱۳۸۵). مقایسه بهداشت روانی و رضایت مندی ادواری از زندگی زوج‌های نابارور و عادی. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، تهران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، ۲۸-۲۵ اردیبهشت ماه، ۶۵.
- بشارت، محمد علی، فیروزی، منیژه (۱۳۸۲). مقایسه زنان و مردان نابارور بر حسب سبک دلبستگی و سازش روانشناختی با ناباروری. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، شماره ۲، ۲۵-۴۷.
- بشارت، محمد علی، حسین زاده بازرگانی (۱۳۸۵). مقایسه سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوازدهم، شماره ۲، ۱۴۶-۱۵۲.
- پارک، جی. ای، پارک، ک (۱۳۷۲). درسنامه پزشکی پیشگیری اجتماعی ۲. ترجمه دکتر حسین شجاع‌تهرانی و دکتر حسین ملک‌افضلی. انتشارات: دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۵۷۸-۵۸۰.
- پازنده، فرزانه، شرقی صومعه، نرگس، کرمی نوری، رضا و علوی مجد، حمید (۱۳۸۳). بررسی رابطه ناباروری با بهزیستی و رضامندی از ازدواج، پژوهنده، دوره ۹، شماره ۴۲، ۳۶۰-۳۵۵.
- پازنده، فرزانه، شرقی صومعه، نرگس، کرمی نوری، رضا، علوی مجد، حمید (۱۳۸۱). مقایسه بهزیستی زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و مراکز ناباروری در تهران. فصلنامه پرستاری و مامایی شهید بهشتی، سال ۱۴، شماره ۴۴، ۱۰-۴.
- پورافکاری، نصرت‌ا... (۱۳۷۳). فرهنگ جامع روانشناسی - روانپزشکی چاپ اول، تهران: چاپ نوبهار، ۲۴۳.
- پهلوانی، هاجر، ملکوتی، کاظم، شاهرخ‌تهرانی‌نژاد، انسیه (۱۳۸۱). بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم، شماره ۴، ۷۹-۸۷.

جنبه‌های روانشناختی ناباروری / ۶۷

ترخان، مرتضی، صفاری نیا، مجید، خوش سیما، پروانه (۱۳۹۱). مقایسه بهزیستی روانشناختی و رضامندی زناشویی در گروهی از زنان بارور و نابارور شهر تبریز. روانشناسی سلامت، ۱، ۱، ۱۷-۲۸.

تقوی، نغمه، فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۵). مقایسه سطح سلامت روانی زنان و مردان بارور و نابارور. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، تهران، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، ۲۸-۲۵ اردیبهشت ماه، ۹۶.

جنیدی، الهام، نورانی سعدالدین، شهلا، مخبر، نغمه، شاکری، محمدتقی (۱۳۸۸). مقایسه خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد (۸۶-۸۵). مجله زنان مامایی و نازایی ایران، دوره ۱۲، شماره ۱، ۷-۱۶.

حسینی، فریبا، نوایی نژاد، شکوه، نورانی پور، رحمت الله (۱۳۸۷). مقایسه اثر بخشی زوج درمانی رفتاری - شناختی و هیجان محور بر افسردگی زوج مرد نابارور. زن در توسعه و سیاست، دوره ۶، شماره ۳، ۸۳-۶۱.

حیدری، پروانه، لطیف نژاد، رباب (۱۳۸۶). بررسی عوامل روانی - اجتماعی موثر بر خشنودی زناشویی زنان نابارور. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران، دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذر ماه، ۹۸.

خسروی، زهره (۱۳۸۰). عوامل پیش بینی کننده سلامت روان در زوج‌های نابارور. فصلنامه باروری و ناباروری، سال سوم، شماره ۹، ۶۴-۵۶.

دادفر، فرشته (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای استرس‌های عمومی و اختصاصی زوج‌های نابارور و بارور. مقاله ارائه شده در ششمین همایش هفته پژوهش دانشگاه پیام نور.

دادفر، فرشته، دادفر، محبوبه (۱۳۸۸ ب). بررسی مقایسه‌ای استرس مردان نابارور و بارور. مقاله ارائه شده در چهارمین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، تهران، دانشگاه شاهد، ۲۲-۲۰ آبان ماه.

دادفر، محبوبه (۱۳۸۶). بررسی فراوانی عوامل استرس زا و ارتباط آن با سلامت روانی زوج‌های نابارور و بارور. طرح مصوب اتمام یافته جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی ایران.

دادفر، محبوبه، افتخار اردبیلی، مهرداد (۱۳۸۰). ابعاد روانشناختی ناباروری. مقاله ارائه شده در سمپوزیوم جنبه‌های روانشناختی ناباروری، دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی و پژوهشکده ابن سینا جهاد دانشگاهی، ۲۷ اردیبهشت ماه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۸۸ الف). بررسی مقایسه‌ای استرس زنان نابارور و بارور. مقاله ارائه شده اولین کنگره نقش زن در سلامت خانواده و جامعه، تهران، دانشگاه الزهراء، ۲۳-۲۵ اردیبهشت ماه.

دادفر، محبوبه، دادفر، فرشته (۱۳۸۸ ج). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی زوج‌های نابارور و بارور. مقاله ارائه شده در اولین کنگره کشوری حفظ باروری و پانزدهمین کنگره سالیانه تازه‌های باروری و ناباروری پژوهشکده جهاد دانشگاهی ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ۲۳-۲۴ دی ماه.

راشکی، حسن، کاظمی، هادی، کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۲). سنجش سلامت (چکاپ). تهران: انتشارات رویان پژوه.

ربیع زاده، زهرا، کریمی نوری، رضا (۱۳۸۱). سوگیری‌های شناختی در ناباروری. باروری و ناباروری، ۴، ۱، ۶۹-۵۵.

رجوعی، مریم (۱۳۷۶). اثر درمان رفتاری بر مشکلات روانی زنان نابارور تحت درمان با روش IVF. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

رجوعی، مریم (۱۳۷۶). جنبه‌های روانشناختی ناباروری. پژوهش‌های روانشناختی، دوره چهارم، شماره ۳ و ۴، ۸۸-۷۲.

رشیدی فارفار، ابراهیم (۱۳۸۵). بررسی جنبه‌های اجتماعی و پیامدهای ناباروری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم اجتماعی شیراز.

ستارزاده، نیلوفر، بهرامی، نسیم، رنجبر کوچکسرائی، فاطمه، قوجازاده، مرتضی (۱۳۸۶). مقایسه میزان رضایت جنسی و افسردگی بین زوجین بارور و نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی، درمانی الزهراء (س) تبریز (۱۳۸۵). فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دوره نهم، شماره ۲، ۲۴-۱۷.

سرگزایی، محمدرضا، محرری، فاطمه، ارشدی، حمیدرضا، جاویدی، کامران، کریمی، شاپور، فیاضی بردبار، محمدرضا (۱۳۸۰). اختلالات روانی جنسی و افسردگی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری مشهد. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، دوره ۲، شماره ۴ (مسلسل ۸)، ۴۶-۵۱.

سیف، دیبا، البرزی، شهلا، البرزی، سعید (۱۳۸۰). تاثیر برخی از عوامل عاطفی و دموگرافیک بر رضایتمندی زنان نابارور از زندگی. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، دوره ۲، شماره ۴ (مسلسل ۸)، ۶۶-۷۴.

شاگری، جلال، حسینی، منیر، گلشنی، صنوبر، صادقی، خیراله، فیض‌الهی، وحید (۱۳۸۵). بررسی سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و رضایت زناشویی در زنان نابارور تحت درمان IVF. فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۲۸، شماره ۳، ۲۶۹-۲۷۵.

شعاع کاظمی، مهرانگیز، سیف، سوسن (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین سلامت روانی و مشکلات جنسی در زنان بارور و نابارور. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران، دانشگاه شاهد، ۳-۲ آذر ماه، ۱۰۵.

شهبازی، لیلی (۱۳۷۲). بررسی و مقایسه میزان افسردگی زنانی که خود مشکل ناباروری دارند با زنانی که همسرانشان مشکل ناباروری دارند. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

شهلا نورانی، سعدالدین، جنیدی، الهام، شاگری، محمدتقی، مخبر، نغمه (۱۳۸۸). مقایسه رضایت جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد. مجله باروری و ناباروری، سال دهم، شماره ۴ (پیاپی ۴۱) ۲۶۹-۲۷۸.

صادقی، خیرالله، فیضی، لطف‌الله، احتشامی، اردشیر (۱۳۸۴). بررسی سلامت روانی، خودکارآمدی و رضایت زناشویی در بانوان نابارور مراجعه کننده به بیمارستان چهارمین شهید محراب (کرمانشاه، ۱۳۸۲). مقاله ارائه شده در هفتمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۲۸-۳۰ اردیبهشت ماه، ۶۸-۶۹.

- صادقیان، عفت، حیدریان پور، علی، عابد، فرهنگ (۱۳۸۵). مقایسه مشکلات روانی مردان و زنان نابارور مراجعه کننده به درمانگاه ناباروری بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۸۳. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره آورد دانش)، ۲، ۹، پیاپی ۳۵، ۳۹-۳۱.
- صولتی دهکردی، سیدکمال، دانش، آذر، گنجی، فروزان، عابدی، احمد (۱۳۸۴). مقایسه عزت نفس و پاسخ‌های مقابله‌ای در زوجین نابارور و زوجین بارور شهرکرد، ۸۲-۸۳، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شماره ۴، ۲۲-۱۶ و مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی (۱۳۸۶)، تهران، دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذر ماه، ۷۶.
- طاهری پناه، ربابه، حمدیه، مصطفی، صدیق، صدیقه، هاشمی، سمیه، خداکرمی، ناهید (۱۳۸۸). تجربه زندگی با ناباروری: یک بررسی پدیدارشناسی. مجله باروری و ناباروری، سال دهم، شماره ۴ (پیاپی ۴۱)، ۲۸۷-۲۹۸.
- عباسی مولید، حسین، قمرانی، امیر، فاتحی زاده، مریم (۱۳۸۸). آسیب شناسی زندگی زوج‌های نابارور ایرانی. طب و تزکیه شماره ۷۲ و ۷۳، ۲۰-۸.
- علوی مجد، حمید، شمس، جمال، هاشمی، سمیه، سیمبر، معصومه (۱۳۸۸). بررسی ارتباط اضطراب زنان نابارور با موفقیت فن آوری‌های کمک باروری (ART) در مراجعین به مراکز درمان ناباروری منتخب شهر تهران. مجله باروری و ناباروری، سال دهم، شماره ۴ (پیاپی ۴۱)، ۲۸۶-۲۷۹.
- فراهانی، محمدنقی (۱۳۸۰). جنبه‌های روانشناختی مقابله و سازگاری با ناباروری و نقش روان شناس. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، سال دوم، شماره ۳، ۵۹-۵۲.
- قجاوند، کاظم (۱۳۸۶). بررسی و مقایسه سلامت روان و سلامت جنسی در زنان بارور و نابارور متقاضی رحم جایگزین. مقاله ارائه شده در سومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران، دانشگاه شاهد، ۸-۶ آذر ماه، ۱۷۵.
- کرمی نوری، رضا (۱۳۷۹). ناباروری روانی و اجتماعی، فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، دوره ۲، شماره ۲، ۵۷-۶۸.

جنبه‌های روانشناختی ناباروری / ۷۱

کرمی نوری، رضا، آخوندی، محمد مهدی، بهجتی اردکانی، زهره (۱۳۸۰). جنبه‌های روانی-اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی.. فصلنامه باروری و ناباروری، سال دوم، شماره ۷، ۱۳-۲۶.

کولیوند، پیرحسین، دادفر، طیبه، دادفر، محبوبه، کاظمی، فرهاد (۱۳۹۳). خودکارآمدی، تهران: انتشارات میرماه.

کیستر، رابرت (۱۳۶۱). نازایی. ترجمه ملک منصور اقصی، تهران، انتشارات رشیدی. فصل چهارم، ۳۲۶-۳۲۹.

لشکری پور، کبری، بخشانی، نورمحمد (۱۳۸۵). مقایسه اضطراب و افسردگی در زنان بارور و نابارور. مقاله ارائه شده در ششمین همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتوروانزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، ۳۰ آبان ماه لغایت ۴ آذر ماه، ۱۷.

محمدی حسینی، فائزه (۱۳۸۰). بررسی عوامل تنش‌زا و راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراء تبریز. فصلنامه باروری و ناباروری، سال دوم، شماره ۷، ۲۷-۳۴.

محمدی، محمدرضا، خلیج آبادی، فراهانی، فریده (۱۳۸۰). مشکلات عاطفی و روان ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آنها. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، سال دوم، شماره ۸، ۲۲-۲۹.

مظاهری، محمد علی، کیقبادی، فرناز، فقیه ایمانی، زهره، قشنگ، نیره، پاتو، مژگان (۱۳۸۰). شیوه‌های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوج‌های نابارور و بارور. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، دوره ۴، سال دوم، شماره ۸، ۲۲-۳۲.

ملایی نژاد، میترا، جعفرپور، مهشید، جهانفر، شایسته، جمشیدی، روح‌انگیز (۱۳۷۹). بررسی ارتباط سازگاری زناشویی و تنیدگی ناشی از ناباروری در زنان مراجعه کننده به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۳۷۸، فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۵، شماره ۲، ۳۹-۲۶.

منوچهری، کاترین (۱۳۸۴). بررسی اثر بخشی مشاوره شناختی هیجانی رفتاری بر سطح سلامت روان زنان نابارور. مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، تهران، دانشگاه شاهد، ۳-۲ آذر ماه، ۹۴-۹۳.

مهاجری، حسن، صارمی، ابوطالب (۱۳۷۰). استرس IVF. مجله دارو و درمان، ویژه‌نامه استرس، سال هشتم، شماره ۹۶، ویژه‌نامه استرس، ۱۶-۱۴.

نجمی، بدرالدین، احمدی، سید سعید، قاسمی، غلامرضا (۱۳۸۰). ویژگیهای روانشناختی زوج‌های نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهرستان اصفهان. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، دوره ۲، شماره ۴ (مسلسل ۸)، ۴۵-۴۰.

نصر، نصرالله، کولیوند، پیرحسین، کاظمی، هادی (۱۳۹۲). فناوری اطلاعات در سلامت. تهران: انتشارات میرماه.

نگرش نسبت به ناباروری و رابطه آن با افسردگی و اضطراب در افراد نابارور

[Http://www.Niazemarkazi.com/article/pdf/10010539.html](http://www.Niazemarkazi.com/article/pdf/10010539.html).

نورانی، شهلا، جنیدی، الهام، شاکری، محمد تقی، مخبر، نغمه (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد. مجله زنان، ممایی و نازایی ایران، دوره ۱۵، شماره ۷، ۳۱-۲۴.

نوربالا، احمدعلی، رمضان زاده، فاطمه، ملک افضلی، حسین، عابدی نیا، نسرین، رحیمی فروشایی، عباس، شریعت، مالک (۱۳۸۵). تأثیر مداخلات روانپزشکی در میزان بروز حاملگی زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج). مقاله ارائه شده در ششمین همایش سالیانه انجمن علمی روانپزشکان ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتوروانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، ۳۰ آبان ماه لغایت ۴ آذر ماه، ۱۶.

نوربالا، احمدعلی، رمضان زاده، فاطمه، ملک افضلی، حسین، عابدی نیا، نسرین، رحیمی فروشایی، عباس، شریعت، مالک (۱۳۸۶). تأثیر مداخلات روانپزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج‌های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت باروری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، سال سیزدهم، شماره ۲، ۱۱۱-۱۰۴.

جنبه‌های روانشناختی ناباروری / ۷۳

نیکخوی، عبدالرسول، اخلاصی، عبدالکریم، دواساز ایرانی، رضا (۱۳۸۳). اثر مشاوره‌ی روانی در کاهش افسردگی پس از وازکتومی و توبکتومی مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۹، ۴ (پیاپی ۳۶)، ۴۸-۴۳.

نیلفروشان، پریسا، احمدی، احمد، عابدی، محمدرضا، احمدی، سید احمد (۱۳۸۴). بررسی میزان اضطراب و افسردگی در همسران نابارور. مطالعات روانشناختی، دوره ۱، شماره ۴ و ۵، ۱۱۹-۱۳۰.

نیلفروشان، پریسا، احمدی، سید احمد، عابدی، محمدرضا، احمدی، سید احمد (۱۳۸۵). تأثیر مشاوره شناختی رفتاری بر اساس زیر سیستم‌های شناختی متعامل بر تغییر نگرش زوج‌های نابارور. فصلنامه خانواده‌پژوهی، دوره دوم، شماره ۵، ۲۱-۳۳.

نیلفروشان، پریسا، لطیفی، زهره، عابدی، محمدرضا، احمدی، سید احمد (۱۳۸۵). کیفیت زندگی و ابعاد متفاوت آن در زنان بارور و نابارور. مجله علوم تحقیقات رفتاری، ۴، ۱ و ۲، ۷۷-۷۰. ویلسون، رابرت و همکاران (۱۳۶۹). بیماری‌های زنان و زایمان. ترجمه دکتر علی نوری. انتشارات انقلاب، نشر علوم دانشگاهی. فصل ششم، ۶۸۳-۶۷۹.

یغمایی، فریده، محمدی، شمعی، علوی مجد، حمید (۱۳۸۸). طراحی و روان‌سنجی "پرسشنامه کیفیت زندگی زوج‌های نابارور". فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۱۰، شماره ۲ (مسلسل ۳۹)، ۱۴۳-۱۳۷.

یونسی، سید جلال، سلاجقه، انوشه (۱۳۸۰). تصویر ذهنی از بدن در زنان بارور و نابارور. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، سال دوم، شماره ۸، ۲۱-۱۴.

یونسی، سید جلال، سلاجقه، انوشه (۱۳۸۱). معرفی تکنیک فهرست ساختارهای ذهنی در اندازه‌گیری تصور بدنی در زنان. مقاله ارائه شده در دومین کنگره روانشناسی بالینی ایران، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۲۵-۲۴ اردیبهشت ماه، ۱۱۸-۱۱۷.

یونسی، سید جلال (۱۳۸۱). استیگما و ناباروری در ایران - راهکارهایی برای مقابله. فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۳، شماره ۴ (مسلسل ۱۲)، ۸۶-۷۴.

یونسی، سید جلال، اکبری زردخانه، سعید، بهجتی اردکانی، زهره (۱۳۸۴). ارزیابی استیگما در میان زنان و مردان نابارور ایران. فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۷، شماره ۵ (مسلسل ۲۵)،

- ۵۳۱-۵۴۵. و مقاله ارائه شده در دومین کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، تهران، ۱۳۸۵، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، ۲۸-۲۵ اردیبهشت ماه، ۴۰۵.
- Abbey, A., Andrews, F., Halman, J. Gender role in responses to infertility. *Psychology of Women Quarterly*, 1991, 15, 295-316.
- Abbey, A., Halman, L. J., & Andrews, F. M. Psychological treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility*, 1992, 57, 1, 122-127.
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. S. Distress and concerns in couple referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, 54, 353-355.
- Benazon, N.; Wright, J. & Sabourin, S. (1992), Stress, Sexual Satisfaction and Marital Adjustment in Infertile Couples, *Sex & Marital Therapy*, 18 (4), 273-84.
- Berek JS, Novak E. Berek & Novak's gynecology. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. 506 p.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, P., Kehde, S., Kohn, F. M., Schroeder-Printzen, I., Gips, H., Herrero, H. J., & Weidner, W. Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 1999, 31, 27-35.
- Callan, W. J., & Henessy, J. F. Strategies for coping with infertility. *British Journal of Medical Psychology*, 1989, 62, 343-345.
- Campagne, D.M. (2006). Should fertilization treatment start with reducing stress? *Human Reproduction*, 21, 7, 1651-1658.
- Chachamovich JR, Chachamovich E, Zachia S, Knauth D, Passos EP. What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Hum Reprod*. 2007;22 (7):1946-52. [PubMed]
- Chen, T. H., Chang, Sh, P., Tsai, Ch., F., & Juang, K. D. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reproduction*, 2004, 19, 10, 2313-2318.
- Cleveland Clinic. (2008). Infertility: Is it stress related?. www.clevelandclinic.org/health/
- Coffin - Driol, C., & Giami, A. The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationship: Review of the literature. *Gynecological Obstetric Fertility*, 2004, 32, 624 - 637.
- Connolly, K., & Edelman, R. J., Cooke, I. D., & Robson, J. The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, 1992, 36, 459-468.
- Cook, R. The relationship between sex role and emotional functioning in patients going assisted conception. *Journal of Psychosomatic and Obstetrics Gynecology*, 1993, 14, 31-40.
- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological inter-actions with infertility among women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;117(2):126-31. [PubMed]

- Daniluk, J. C. Infertility, intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 1988, 46, 6, 982-990.
- Davis, D., & Derman, C. Coping strategies of infertile women. *Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing*, 1991, 20, 221-228.
- Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., D'Hooghe, T., & et al. Coping style and depression level influence outcome in invitro fertilization, *Fertility and Sterility*, 1998, 69, 1026-1033.
- Demyttenaere, K., Nijs, P., Kiebooms, G. E., & Konincky, P. R. The effect of a specific emotional stressor and prolactin, cortisol, and testosterone concentration in women varies with their triat anxiety. *Fertility and Sterility*, 1989, 52, 6, 942-948.
- Dhillon, R., Cumming, C., Cumming, D. Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertility and Sterility*, 2000, 74, 5, 702-706.
- Diamond R, Kezur D, Meyers M, Scharf CN, Wein-shel M. Couple therapy for infertility. New York: Gilford Press; 1999. 34 p.
- Domar, A. (2000), Stress and infertility in women, *Fertil Steril*, 57, 324-340.
- Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seible, M., & Friedman, R. The prevalence and predictability of depression in fertile women, *Fertility and Sterility*, 1992, 58, 1158-1163.
- Domar, A.D.; Clapp D. & Slasby, E. (2000), The impact of group Psychological intervention on pregnancy rates in infertile women, *Fertil Steril*, 73 (7), 805-811.
- Drosdzol A, Skrzypulec V. Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *Eur J Contra-cept Reprod Health Care*. 2008;13(3):271-81. [PubMed]
- Dunkel-Schetter, C. & Lobel, M. (1991), Psychological reaction to infertility. In A.L. Stanton and Duunkel-Schetter C.(Eds), *Infertility: Perspective from Stress and Coping Research*. New York: Plenum Press, 29-57.
- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V. & Garzaro, L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study. *Human Reproduction*, 2002, 17, 11, 2986 - 2994.
- Fekkes, M.; Buitendijk, S.E.; Verrips, G.H.W.; Braat, D.D.M.; Brewaeys, A.M.A.; Dolfing, J.G.; Kortman, M.; Leerentveld, R.A. & Macklon, N.S. (2003), Health related quality of life in relation to gender and age in Couples Planning IVF treatment, *Hum Reprod*, 18, 1536-1543.
- Freeman, E., Boxer, A. S., Pickels, K., Tureck, R., & Mastroiani, L. Psychological evaluation and support in program of invitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 1985, 43, 1.
- Gibson, D.M., & Myers, J.E. (2000), Gender and infertility: a relational approach to counseling women, *J Counseling Dev*, 78, 400-10.
- Gibson, D.M., & Myers, J.E. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling and Development*, 2000, 78, 4, 4, 400-410.

- Golombok, S. Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 1992, 7, 208-212.
- Greil, A. L. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Sciences Medicine*, 1997, 45, 1676-1704.
- Greil, A.L. (1994), Infertility and psychological distress: A critical review of the literature, *Soc Sci Med*, 45 (11), 1670- 1704.
- Hirxsch, AM.; & Hirxsch S.M. (1995), The longer psychosocial effects of infertility, *J Obstet Gynecol Noenatal Nurs*, 24 (6), 517-521.
- Hjelmstedt , A., Anderson , L. , Skoog- Svanberg , A. , Bergh , T., Boivin , J. , & Collins , A. Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF and ICSI treatment. *Acta Obstericia et Gynecologica Scandinavica*, 1999 , 78 , 1 , 42 – 48.
- Hynes, G. J., Callan, V. G., Terry, D. J., & Gallois, C. The Psychological well being of infertile women after a failed IVF attempt. *Journal of Medical Psychology*, 1992, 65, 269-278.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. *Comprehensive glossary psychiatry and psychology*, 1987, APA.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. *Synopsis of psychiatry*. 1994, Williams & Wilkins, USA.
- Kemman, E.; Cheron, C. & Bachman, G. (1998), Good luck rites in cotemporary infertility, *Reprod Med*, 43 (3), 196-8.
- Keye, W.R., Chang, R.J., Rebar, R.W., & Soules, MR. (eds). (1995). *Infertility. Evaluation and Treatment*. Philadelphia: WB Saunders.
- Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, Ghazal-Aswad S, Asaad MA. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;80(2):183-8. [PubMed]
- Laffont, I., & Edelmann, R. J. Psychological aspect of invitro fertilization: A gender comparison. *Journal of Psychosomatic and Obstetrics Gynecology*, 1994, 15, 2, 85-92.
- Lau JT, Wang Q, Cheng Y, Kim JH, Yang X, Tsui HY. Infertility-related perceptions and responses and their associations with quality of life among rural chinese infertile couples. *J Sex Marital Ther*. 2008;34 (3):248-67 [PubMed]
- Lee, T. Y. , & Sun , G. H. Psychological response of Chinese infertility husbands and wives. *Archives of Andrology* , 2003 , 45 , 143 – 148.
- Lee, T. Y. , & Sun , G. H.(2003). Psychological response of Chinese infertility husbands and wives . *Archives of Andrology* , 45 , 143 – 148.
- Lee, T. Y. , Sun , G. H. , & Chao S. C. The effect of an infertility diagnosis on the distress , marital and sexual satisfaction between husband and wives in Taiwan. *Human Reproduction* , 2001 , 16 , 1762 – 1767.
- Lee, T. Y. , Sun , G. H. , & Chao S. C.(2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress , marital and sexual satisfaction between husband and wives in Taiwan. *Human Reproduction* , 16 , 1762 – 1767.

- Lok, J. H., Lee, D. T., Cheung, L. P., Chung, W. S., Lo, W. K., & Haines, C. J. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecology Obstetric Investigation*, 2002, 53, 195-199.
- Lowdermilk D, Perry S. *Maternity and women's health care*. 8th ed. United States: Mosby; 2004. 1274 p.
- Lukse, M. P., & Vacc, N. A. Grief, depression and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetric Gynecology*, 1999, 93, 245-251.
- Macduff C. Respondent-generated quality of life measures: useful tools for nursing or more fool's gold? *J Adv Nurs*. 2000;32(2):375-82. Macnee C. *Understanding nursing research: reading and using research in practice*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. 190 p.
- Mahlsted, P. P. Psychological component of infertility. *Fertility and Sterility*, 1985, 43, 335-349.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Jzumi, S., Suzuki, T., & Makino, T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, 16, 966-969.
- Menning, B. B. The emotional needs on infertile couples. *Fertility and Sterility*, 1980, 34, 4.
- Mohammadzadeh, E. (2014). Anxiety and emotional disorders in infertile couples. Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*. 2004;63(1):126-30. [PubMed]
- Morrow, K. A., Thoreson, R. W., & Panney, L. L. (1995). Predictors psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 163-167.
- Mousavi Nik, M., Basavarajappa, A. Khanesh Keshi. (2014). Effect of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on anxiety and irrational beliefs among infertile women. Paper presented at The Second International Anxiety Congress in Tehran, Iran, October 1-3.
- Nachtigall, R. D., & Baker, G. The effect of gender, specific diagnosis on men's and women's and response to infertility. *Fertility and Sterility*, 1992, 57, 1.
- Oddens, B. J., Den Tonkelaar, I., & Nieuwenhuyse, H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems: A comparative survey. *Human Reproduction*, 1999, 14, 255-261.
- Oddens, B.J.; Tonkelaar, I.D. & Nieuwenhuyse, H. (1999), Psychosocial experiences in women facing fertility Problems comparative survey, *Human Reproduction*, 14(1), 255-261.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners perceived infertility – related stress and its relationship to

- marital adjustment and depression in infertile couples . *Family Process* , 42 , 1 , 59 – 70
- Peterson , B. D. , Newton , C., R. , & Rosen , K. H., Skaggs,G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*,21,9,2443-2449.
- Ragni G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliarì I, et al. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. *Hum Reprod*. 2005;20(5):1286-91. [PubMed]
- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relation-ship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health*. 2004;4(1):9. [PubMed]
- Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:186. [PubMed]
- Rebarsolzekey H. [Infertility and treatment]. 1st ed. Karimzadeh Maybodi K, Translator. Yazd: Yazad publisher; 1996. 28
- Repokari, L.; Punamaki, R.L.; Unkila-Kallio, L.; Vilska, S.; Polikkeus, P., & Sinkkonen, J. (2007), Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls, *Hum Reprod*, 22 (5), 1481-91.
- Salvatore, P.; Gariboldi, S.; Offidani, A.; Coppola, F.; Amore, M., & Maggini, C. (2001), Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures, *Fertility and Sterility*, 75 (6), 1119-1125.
- Schneider Z, Elliot D, LoBiondo-Wood G, Beanland C, Haber J. *Nursing research: methods, critical appraisal and utilization*. 2nd ed. Sydney: Mosby-Elsevier; 2004. 487 p.
- Seible, M. M., & Taymor, M. L. Emotion asked of fertility. *Fertility and Sterility*, 1982, 34, 2.
- Sheiner,E.,Sheiner,E.K.,Postashnik,G.,Carel,R.,Shoham-Vardi,J(2003).The relationship between occupational psychological stress and female of fertility. *Occupational Medicine*,53,265-269.
- Souter, V.L.; Hopton, J.L.; Penney, G.C. & Templeton, A.A. (2002), Survey of Psychological health in women with infertility, *Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22 (4), 41-9.
- Spiroff L, Fritz MA. *Clinical gynecology endocrine-ology and infertility*. 17th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. 12 p.
- Strombegy M, Olsen S. *Instruments for clinical health care research*. 3rd ed. Boston: Jones and Batlett Publisher; 2004. 128 p.
- Tarlatzis, I. Psychological impact of infertility on Greek couples. *Human Reproduction*, 1993, 8, 396-401.
- Wilson, J. F., & Kopitzke, E. J.(2002). Stress and infertility. *Current women's Health Report*, 2, 194-199.

- Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Ver-res R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Hum Reprod.* 2001;16(8):1753-61. [PubMed]
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Giraod, Y. Psychological distress and infertility men and women respond differently. *Fertility and Sterility*, 1991, 55, 100-108.

Psychological aspects of infertility



by:

Mahboubeh Dadfar

PhD student in clinical psychology,
International Campus,
Iran University of Medical Sciences

Hadi Kazemi MD

Faculty member of Shahed University
and director of Shafa Neuroscience Research Center

Mehrdad Kazemzadeh Atoofi

Clinical psychologist
Iran University of Medical Sciences
School of Mental Health & Behavioral Sciences

Pir Hossein Kolivand

Director of Crescent & Rescue Organization and
Assistant of Shafa Neuroscience Research Center