

**عنوان: مشکلات سایکوسوماتیک در ناباروری**

**اعظم رحمانی: کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان**

**چکیده:** با افزایش میزان ناباروری در بین زوجین و نیز انجام راهکارهای درمانی متنوع، به خصوص برای زنان نابارور، انجام خدمات مربوط به عوارض روانی ناشی از ناباروری بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات متنوعی در این زمینه صورت گرفته و شیوع مواردی چون استرس، اضطراب، عدم تعادل اجتماعی، اختلالات جنسی و فشار عاطفی را ارزیابی کرده و نقش عواملی چون نقش جنسی، سطح تحصیلات، شغل، طول مدت و علت ناباروری را مورد بررسی قرار داده اند. همچنین در مورد عوامل موثر بر تطابق زوجین با ناباروری و نیز راهکارهای کلی در این زمینه مطالبی آورده شده است.

**مقدمه:** مدت مدیدی است مشخص شده است که ارتباطی بین استرس عاطفی و برخی از انواع ناباروری وجود دارد (1)؛ بطوریکه تعداد زیادی از افراد نابارور، دیسترس روانی مرتبط با مشکل خود را تجربه می کنند (2). مطالعات گویای این است که حدود 37٪ زنان و 1٪ مردان نابارور دیسترس روانی را از خود بروز می دهند (3).

درمان های ناباروری که خود شامل درمانهای دارویی و هورمونی و روشهای تزریق داخل لوله ای است، بار فیزیکی و عاطفی بسیاری بر زنان و همسران آنها تحمیل می کند. زوجینی که در صدد باردار شدن با تکنیک های کمک باروری هستند، بدون شک در جاتی از احساس شکست و ناامیدی را در صورت عدم دستیابی آسان به بارداری، تجربه خواهند کرد. چنانچه مشکلات و سختی های در این مسیر افزایش یابد و زن یا مرد برچسب نابارور بگیرند، این امر ممکن است موجب ضربه شدید به عزت نفس، تصور ذهنی از بدن و تصور فرد از مردانگی و زنانگی خود شود (4).

**هدف:** آشنایی با شیوع و انواع اختلالات سایکوسوماتیک در زوجین نابارور، متغیرهای مربوط به آن و ارائه راهکارهایی در این زمینه.

**روشها:** مقاله مروری فوق با بررسی رایانه ای از طریق پایگاههای اطلاعاتی **Pubmed, Sciencedirect, Yahoo Google** با استفاده از کلید واژه های سایکوسوماتیک، ناباروری، تطابق با ناباروری و نگرانیهای مرتبط با ناباروری تنظیم گردیده است.

**بحث:** استفاده از واژه "خدمات بهداشت ناباروری" در دو دهه اخیر در حالی رشد یافته که میزان ناباروری نیز رشد فزاینده ای داشته است. اگر چه کلینیک های ناباروری خدمات بسیار تخصصی را ارائه می دهند، جایگاه میزان و چگونگی نگرانیهای مربوط به ناباروری در سیستم خدمات بهداشتی درمانی ناشناخته باقی مانده است. نتایج گویای این است که بیماران نابارور سیستم بهداشتی درمانی ممکن است دیسترس روانی بیشتری را در مقایسه با جمعیت عمومی و نیز نسبت به همسران یا شریکان جنسی خود تجربه کنند (5).

برخی از مقالات بر این نکته تاکید دارند که ممکن است ناباروری دارای دلیل روانی و عاطفی باشد که تحت فرضیه سایکوتنیک نام گرفته است و مقالات دیگر، اثرات و عواقب روانی ناباروری را مورد بررسی قرار داده اند که این جنبه، فرضیه نتایج روانی ناباروری نامیده می شود. فرضیه سایکوتنیک هم اکنون توسط اغلب محققان رد شده است؛ اما فرضیه ای مرتبط که بیان می دارد استرس ممکن است عاملی موثر در ناباروری باشد، هم اکنون به میزان زیادی مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه پژوهش های صورت گرفته در زمینه نتایج و عواقب روانی ناباروری گویای این است که ناباروری اثرات مخرب بسیاری بر افراد به خصوص بر زنان دارد. تلاش جهت فرضیه اخیر، نتایج زیاد و بعضا متناقضی را به وجود آورده است (6). در حالت کلی، مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است ارتباط معنی داری بین افراد نابارور و افراد عادی جامعه از نظر اختلالات روانی نیافته اند (7 و 6). از طرفی مطالعاتی که از ابزارهایی جهت اندازه گیری استرس و اعتماد به نفس استفاده کرده اند، تفاوت آماری معنی دار در مقایسه افراد نابارور و دیگر افراد یافته اند (6).

در مطالعه ای کیفی 10 زوج نابارور برای بار اول به کلینیک مراجعه می کردند و 10 زوجی که اخیرا تحت درمان ناباروری قرار گرفته بودند، توسط یک روانپزشک ویزیت شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که 9 نفر دیسترس عاطفی و عدم تعادل روابط اجتماعی و 5 نفر نیز اختلالات جنسی ثانویه به ناباروری را گزارش کردند. همچنین اختلال در ارتباطات زندگی زناشویی در 7 زوج دیده شد. به طور کلی، 9 زن و 4 مرد، علائم دیسترس عاطفی، عدم تعادل و تطابق اجتماعی یا اختلالات جنسی ثانویه را گزارش کردند. از نتایج دیگر این بود که

مشکلات روانی به طور معمول در شریک آنهایی که ناباروری بدون علت داشتند، مشاهده نشد (8). از طرفی، مطالعه ای دیگر تفاوتی در دیسترس روانی گروه افراد نابارور با گروه کنترل گزارش نکرد. بنابراین این مطالعه از این فرضیه حمایت نمی کند که: آشکار سازی احساسات و عواطف، دیسترس روانی عمومی مرتبط با ناباروری را کاهش می دهد و نتایج بارداری را در زنانی که تحت درمان IVF قرار دارند، بهبود می بخشد (9).

مطالعات مختلف ارتباط متغیرهای روانی متفاوتی را مورد ارزیابی قرار داده اند؛ در مطالعه ای مقطعی که ارتباط بین اضطراب، افسردگی و طول ناباروری در مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر را مورد بررسی قرار داد، نشان داد که 40/8٪ بیماران دچار افسردگی و 86/8٪ آنها دچار اضطراب بودند. افسردگی ارتباط آماری معنی دار با علت ناباروری، طول مدت ناباروری و سطح تحصیلات داشت، اما بین افسردگی با شغل بیماران ارتباطی یافت نشد. همچنین اضطراب با طول مدت ناباروری و شغل بیماران ارتباط معنی دار داشت اما با علت ناباروری و سطح تحصیلات بیماران ارتباط معنی دار نداشت. اضطراب و افسردگی بعد از گذشت 4-6 سال بعد از ناباروری شایع بود، به خصوص افسردگی شدید در افرادی دیده شده که 7-9 سال از تشخیص ناباروری آنها گذشته بود. این نکته گویای این مهم است که توجه جدی به جنبه روانی بیماری افراد و نیز درمان آنها به نحو مطلوب، نقش به سزایی در سلامت ذهن آنها داشته و کیفیت زندگی آنها را به میزان زیادی بهبود خواهد بخشید (10).

در مطالعه ای کوهورت که باهدف ارزیابی دیسترس روانی و نگرانی های مرتبط با ناباروری در زنان و مردان و نیز بررسی تغییرات این نگرانی ها با گذشت زمان (در طول 6 ماه) انجام شد، گویای این بود که اضطراب و دیسترس با گذشت زمان 6 ماهه دچار تغییر نمی شود (11,7).

زنان نگرانی بیشتری را در زمینه های رضایت از زندگی، رضایت جنسی، سرزنش خود، اعتماد به نفس و دوری از دوستان در مقایسه با مردان گزارش کردند (7). از طرفی مطالعات بسیاری نیز به این نتیجه رسیدند که این فرضیه که زنان بیش از مردان استرس عاطفی و روانی مرتبط با ناباروری را تجربه می کنند، مورد پذیرش قرار نگرفته است؛ بطوریکه هیچ تفاوت جنسی در سطح فشار عاطفی، تعادل زندگی زناشویی یا رضایت جنسی در زوجین مورد مطالعه دیده نشده است (12). به هر حال، تفاوت جنسیتی که در عوامل مرتبط با دیسترس روانی آشکار است (7 و 12)، پیشنهاد کننده این است که اگر چه سطح فشار ممکن است قابل مقایسه باشد، اما تجربه ناباروری در زنان و مردان اشکال متفاوتی دارد. نقش جنسی ارتباط بیشتری با اشکال دیسترس دارد. قدرت و حس مردانگی با فشار عاطفی کمتر و رضایت از زندگی زناشویی بیشتر برای هر دو جنس همراه بود و رضایت جنسی مردان را تقویت می کرد. حس زنانگی نیز با تقویت رضایت جنسی و رضایت از زندگی زناشویی در هر دو جنس همراه بوده است (12).

بهترین پیشگویی کننده دیسترس روانی زنان و مردان نابارور، سرزنش خود و اجتناب از تطابق و پذیرش ناباروری بود. افزایش سن و نداشتن فرزندی زنده عامل دیگر پیشگویی کننده دیگر بین مردان، و نه بین زنان، بود (2). هم عوامل درمان دارویی و هم عوامل ذهنی ناباروری - مثل عوامل شناختی - از لحاظ آماری با تطابق با ناباروری در ارتباط بودند. بیشترین دیسترس در زنان جوانتر و زنانی که خدمات تشخیصی دریافت نکرده بودند، نسبت به آنهایی که تشخیص برایشان مطرح شده بود، گزارش شد. زنانی که خود را مسول ناباروری می دانستند، تطابق کمتری با ناباروری داشته، و این اثر هنگامی بیشتر خودنمایی می نمود که علت ناباروری متوجه مرد نباشد. همچنین زنانی که شانس باردار شدن خود را کمتر از آن در روشهای دارویی و درمانی می دانستند، دیسترس بیشتری را تجربه می کردند (3).

در مطالعه ای دیگر، زنان ناباروری که ارتباط زناشویی ضعیف تری داشتند و با دارای سابقه ناباروری بیشتری بوده، به میزان بیشتری، در مقایسه با گروه کنترل، دارای عدم تطابق با ناباروری و سابقه بیشتر جراحی یا سقط القایی بودند. همچنین چند همسری دارای ارتباط نزدیک با دیسترس روانی ناشی از ناباروری در زنان بود (13).

در مطالعه ای که مارکرهای بالقوه استرس شامل پرولاکتین پلاسما، کاته کولامین و کورتیزول آزاد ادرار به همراه چهار تست روانی تست افسردگی، تست اضطراب، دو تست عوامل شخصیتی در 15 زوج نابارور ارزیابی و با 10 زوج طبیعی مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت، نکته قابل توجه و جالب در ارزیابی بیوشیمیایی، بالاتر بودن میزان پرولاکتین در زنان بیمار در مقابل گروه سالم بود. کاهش قابل توجه

سطح پرولاکتین در پاسخ به کاهش اضطراب در ادامه درمان، حمایت کننده این فرضیه است که سطح بالای پرولاکتین در این بیماران یقیناً با استرس عاطفی آنها در ارتباط است (1). به عبارتی عوامل روانی مثل افسردگی، اضطراب و استرس که خود باعث تغییراتی در میزان ضربان قلب و کورتیزول می شود، پیش گویی کننده احتمال کم دستیابی به یک بارداری قابل حیات می باشد (4). از راهکارهایی که امروزه به طور روزافزون توصیه می شود، انجام خدمات مشاوره ای است. مشاوره به میزان زیاد توسط هیئت دولتی، درمانی و اجتماعی جهت کمک به زوجین نابارور مورد حمایت قرار می گیرد. میزان موفقیت در ایجاد بارداری در زوجین نابارور به میزان زیادی با مداخلات روانی تحت تاثیر قرار می گیرد. مداخلات روانی در این زمینه شامل آموزش مهارت‌های ارتباطی، آرام سازی، بیان احساسات و عواطف و بحث در زمینه افکار و احساسات مرتبط با ناباروری است. نتایج نشان داده است افرادی که مداخلاتی در این جهت انجام داده و بر آموزش و مهارت‌های ارتباطی (آموزش آرام سازی) تاکید داشته اند، در ایجاد تغییرات موثر در جهت ایجاد نتایج مطلوب، از مداخلات مشاوره ای که بر بیان احساسات و عواطف و حمایت یا بحث در زمینه افکار و احساسات مرتبط با ناباروری تاکید دارد، موثرتر است. زنان و مردان به یک میزان، مداخلات روانی را موثر یافتند (9).

مشاوره ناباروری - چه توسط یک روانپزشک ارائه شود و چه توسط دیگر افراد کادر بهداشتی درمانی - که خود شامل درمان و مراقبت ناباروری است، در مواقعی که درمان‌های متفاوت و گوناگون ناباروری در حال انجام است و نیز زمانی که با احساس خوشایند آنها تداخل دارد، به راحتی قابل انجام نیست. مشاوران می توانند بیماران را در زمینه عوارض جانبی درمان‌های ناباروری و اثرات تغییرات هورمونی بر سلامت روانی آموزش دهند. همچنین مشاوران می توانند در زمینه مشکلات دیگر چون افسردگی، استرس و ارزیابی آمادگی روانی، پذیرش ناباروری و نیز در زمینه های اهدا تخمک و رحم (سروگیسی) به عنوان چاره ای جهت تکمیل خانواده برای افراد یا زوجینی که تمایل دارند، به بهترین نحو ایفای نقش کنند (14).

#### نتیجه گیری:

با توجه به اهمیت دیسترس روانی و علائم سایکوسوماتیک در زوجین نابارور، لازم است که راهکارهای جدید جهت تطابق و پذیرش ناباروری ارائه شود. همچنین تلاش بیشتر برای تدوین و انجام مطالعات تجربی در زمینه تجربیات ناباروری با ارائه سوالات فردی-اجتماعی احساس می شود (6). از طرفی شیوع بالای مشکلات روانی جنسی، بر اهمیت آموزش وسیع در مشاوره جنسی و در نظر گرفتن آن به عنوان واحدهای درسی دانشجویان پزشکی یا ماماها و نیاز فوری آن جهت ایجاد تسهیلات راهنمایی و مشاوره در آموزش های بیمارستانی تاکید دارد (15).

#### فهرست منابع:

- 1- O'Moore AM, O'Moore RR, Harrison RF, Murphy G, Carruthers ME. Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: Effects of treatment with autogenic training. *Journal of Psychosomatic research*. Volume 27, Issue 2, 1983, Pages 145-151
- 2- Morrow KA , Thoreson RW, Penney LL. Predictors of Psychological Distress Among Infertility Clinic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Volume 63, Issue 1, February 1995, Pages 163-167
- 3- McEwan KL, Costello CG, Taylor PJ. Adjustment to Infertility. *Journal of Abnormal Psychology*. Volume 96, Issue 2, May 1987, Pages 108-116
- 4- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004. Pages 126-131
- 5- Jordan CB, Ferguson RJ. Infertility-Related Concerns in Two Family Practice Sites. *Families, Systems & Health*. Volume 24, Issue 1, Spring 2006, Pages 28-32
- 6- Greil AL. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science & Medicine*. Volume 45, Issue 11, December 1997, Pages 1679-1704

- 7- Connolly KJ, Edelman RJ, Cooke ID, Robson J. The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 36, Issue 5, July 1992, Pages 459-468
- 8- Bell JS. Psychological problems among patients attending an infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 25, Issue 1, 1981, Pages 1-3
- 9- Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*. Volume 57, Issue 12, December 2003, Pages 2325-2341
- 10- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Jafarabadi M. Surveying of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *International Congress Series*. Volume 1271, September 2004, Pages 334-337
- 11- Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research* Volume 54, Issue 4, April 2003, Pages 353-355
- 12- Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ. Psychological sequelae of infertility treatment: The role of gender and sex-role identification. *Social Science & Medicine*. Volume 33, Issue 9, 1991, Pages 1071-1080
- 13- Aghanwa HS, Dare FO, Ogunniyi SO. Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria. *Journal of Psychosomatic Research*. Volume 46, Issue 2, February 1999, Pages 117-123
- 14- Baluch B, Nassei M, Malek Mansour Aghssa M. Psychiatric Aspects of Infertility and Infertility Treatments. *Journal of Social and Evolutionary Systems*. Volume 21, Issue 1, 1998, Pages 113-120
- 15- Muller MJ, Schilling G, Haidl G. Sexual satisfaction in male infertility. *Archives of Andrology*. 1999, vol. 42, no3, pp. 137-143 (15 ref.)