

مقایسه عزت نفس و پاسخ های مقابله ای در زوجین نابارور و زوجین بارور

شهرستان شهرکرد، ۸۲-۸۳

سید کمال صولتی دهکردی*، دکتر آذر دانش**، دکتر فروزان گنجی***، احمد عابدی†

* مربی گروه روانپزشکی و دانشجوی دوره دکتری رشته روانشناسی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (مؤلف مسئول)، **استادیار گروه زنان دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان، ***متخصص پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، † دانشجوی دوره دکتری روانشناسی - دانشگاه اصفهان.

تاریخ دریافت: ۸۴/۳/۲۳ - تاریخ تأییدیه: ۸۴/۱۰/۱۷

چکیده:

:

:

t

:

/ ± /

.(p< /) / ±

.(p> /)

.(p< /)

:

مقدمه:

روش های پیشگیری تعریف می شود که به دو دسته ناباروری اولیه که در آن هیچ حاملگی قبلی وجود

ناباروری (Infertility) بصورت عدم وقوع حاملگی در طی یکسال نزدیکی بدون استفاده از

آدرس: شهرکرد - خیابان پرستار - بیمارستان هاجر - بخش روانپزشکی - تلفن: ۰۳۸۱-۲۲۲۰۰۱۶، Email: kamal_solati@yahoo.com

نداشته و ناباروری ثانویه که در آن حاملگی قبلی وجود داشته حتی اگر به تولد نوزاد زنده نیانجامیده باشد تقسیم می شود. گرچه استفاده از خدمات درمان ناباروری در طی چند دهه اخیر افزایش یافته اما شیوع این بیماری هنوز ثابت باقی مانده است (۱).

تشخیص ناباروری به عنوان یک موضوع بالینی و اجتماعی مهم تلقی می شود که هم رایج و هم از نظر درمانی مشکل به نظر می رسد. برخی محققین معتقدند که عوامل آسیب زای روانی نقش اساسی و پاتوژنیک در بروز این بیماری داشته و برخی دیگر معتقدند که این عوامل در درجه دوم اهمیت قرار دارند (۲). تحقیقات بسیاری نشان می دهد که ناباروری منجر به بروز بسیاری از مشکلات روانی در افراد نابارور می شود که این مشکلات می توانند در نتیجه برخی از درمان های ناباروری نقش داشته باشند. از جمله، استرس از طریق به تأخیر انداختن یا مانع شدن از تخمک گذاری می تواند در نتیجه درمان پزشکی اثر بگذارد (۲).

آرزوی داشتن یک فرزند و نارضایتی در خصوص نداشتن آن اثرات عاطفی منفی روی شریک زندگی و پیامدهایی در روابط زوجین ایجاد می کند. زنان بطور ویژه از استرس های روانی ناشی از این مسئله رنج می برند آنها نسبت به همسرشان مضطرب تر، افسرده تر، دارای عزت نفس پائین تر و از مهارت های مقابله ای ضعیف تری برخوردارند (۳).

عزت نفس از تفاوت بین خود ادراک شده یا خود پنداره (یک نظر عینی از خود) و خود ایده آل (آنچه که شخص با ارزش می داند یا می خواهد دوست داشته باشد) نشأت می گیرد به طوری که فاصله کم منجر به عزت نفس بالا و فاصله زیاد منجر به عزت نفس پائین در فرد می شود (۴).

پاسخ های مقابله ای تلاش آگاهانه برای کنترل یا کاهش استرس و یا یادگیری برای تحمل

تهدیدی است که منجر به استرس می شود. مقابله دو کنش اصلی دارد: تغییر روابط معمول بین فرد - محیط (مقابله وسیله ای) یا مسئله مدارانه که به کوشش های فرد، در پرداختن به منبع استرس اطلاق می شود و مقابله هیجانی یا هیجان مدارانه که شامل کوشش های مقابله ای بوده و منجر به کاهش هیجانات ناراحت کننده و ایجاد یک وضعیت روانی رضایت بخش برای پردازش اعمال و اطلاعات می شود (۵). در تحقیق دیگری افسردگی، اضطراب و استرس در زنان نابارور ژاپنی مورد ارزیابی قرار گرفت که نشان داد میزان اضطراب و افسردگی در این زنان ارتباط معنی داری با فقدان حمایت شوهرانشان و همچنین احساس استرس در آنها داشته است (۶).

در پژوهشی هیجانات و احساسات زنان نابارور که در صدد درمان بودند مورد بررسی قرار گرفت، نتایج نشان داد ۲۵ درصد زنان، ناباروری را مهمترین مشکل برای زوجشان تلقی می کردند که در این رابطه میزان افسردگی، غمگینی و خشم زنان نابارور بیشتر بود (۷).

در تحقیقی دیگر Lee و همکارانش نشان دادند که زوجین نابارور رضایتمندی پائینی در روابط جنسی و زناشویی با همسران داشته مضاف بر اینکه از میزان عزت نفس کمتر و اضطراب بیشتر نسبت به گروه بارور برخوردار بودند (۸).

در پژوهشی نشان داده شد زنان نابارور در همه پارامترهای مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی (Hospital Anxiety and Depression Scale=HADS) منجمله تنش، خصومت، اضطراب، افسردگی، سرزنش خود و عقاید خودکشی تفاوت معنی داری با زنان بارور داشتند. همچنین در گروه نابارور افرادی که بیسواد بودند علت ناباروری خود را به عوامل فوق طبیعی نظیر: نفس شیطانی، جادوگری و عقوبت خداوند نسبت دادند و درمان سنتی را به عنوان اولین درمان خود انتخاب

کردند در حالی که افراد تحصیل کرده و با سواد علت ناباروری خود را به تغذیه، عوامل زناشویی و روانی - جنسی نسبت داده و جهت درمان به کلینیک های ناباروری مراجعه نمودند (۹).

در بررسی Hynes و همکاران سطح کارکرد روانی زنان بارور چه قبل و چه بعد از لقاح آزمایشگاهی (IVF) به طور معنی دار از گروه کنترل پایین تر بود. استرس زا بودن درمان IVF موجب افزایش سطح افسردگی زنان تحت درمان شد و همچنین عزت نفس در آنان تنزل کرد (۱۰). تحقیقات مشابهی در این خصوص صورت گرفته که نتایج یکسانی بدست آمده است (۱۱-۱۳).

با توجه به تحقیقات ذکر شده ضروری است تا مشخص شود آیا زوجین نابارور در مهارت های مقابله ای یا عزت نفس دچار مشکل هستند؟ یا به تعبیر دیگر آیا مسئله ناباروری روی عزت نفس و مهارت های مقابله ای آنها تأثیر منفی گذاشته است؟ بنابراین این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین ناباروری و عزت نفس و مهارت های مقابله ای انجام گرفت.

روش بررسی:

این مطالعه یک پژوهش توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی بود که از دیماه ۱۳۸۲ لغایت خرداد ۱۳۸۳ انجام شد. آزمودنی ها شامل ۵۰ زوج نابارور بودند که طی مدت مذکور به کلینیک زنان بیمارستان هاجر شهرکرد مراجعه کرده و ۵۰ زوجی که مشکل ناباروری و مشکلات روانشناختی نداشته و به صورت تصادفی از بین مراجعین به کلینیک زنان و متخصص زنان به دلیل سایر مشکلات زنانه انتخاب شدند. در انتخاب این گروه بیشتر سعی شد که از نظر ویژگی های دموگرافیک با گروه آزمایش همتا شوند.

روش جمع آوری اطلاعات از طریق دو آزمون

روانشناختی عزت نفس کوپراسمیت و آزمون مقابله ای بیلینگز و موس (۱۴) و یک پرسشنامه خود ساخته شامل اطلاعات دموگرافیک و سایر اطلاعات مثل مدت ازدواج، مدت نازایی و مدت درمان بود. ضریب بازآزمایی آزمون کوپراسمیت ۰/۸۸ درصد و ضریب پایایی آن در ایران برابر با ۰/۸۰ درصد بدست آمده است (۱۵). پرسشنامه بیلینگز و موس به روش تصنیف و با استفاده از روش اسپرمن براون محاسبه گردید و ضریب پایایی آن برابر با ۰/۷۸ به دست آمده است (۱۴).

یکی از مهمترین محدودیت های این پژوهش پیدا کردن شوهران هر دو گروه بارور و نابارور بود، گرچه برخی از مراجعین به همراه همسر خود مراجعه می کردند، اما در بیشتر مواقع آنها بدون حضور شوهر مراجعه کرده که محقق مجبور بود طی تماس تلفنی با منزل، آنها را جهت مراجعه و اجرای آزمون های روانشناختی ترغیب کند. در مواردی هم که مراجعه صورت نمی گرفت، آزمون های مورد نظر از طریق همسرانشان به آنها منتقل و پس از پر کردن، مجدداً توسط همسر به کلینیک زنان یا مطب باز گردانده می شد.

اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمون t مستقل و ضریب همبستگی اسپیرمن از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

نتایج بدست آمده در این پژوهش نشان داد میانگین نمرات عزت نفس در زوجین بارور 32.7 ± 8 و در زوجین نابارور برابر با 27.3 ± 8.9 می باشد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بدست آمد ($p < 0.05$).

در قسمت دیگری از نتایج میانگین مهارت های

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمره عزت نفس و مهارت های مقابله ای هیجان مدارانه و مسئله مدارانه در زوجین بارور و نابارور

P Value	زوجین نابارور	زوجین بارور	گروهها	
			متغیرها	
$p < 0/05$	۲۷/۳±۸/۹	۳۲/۷±۸	عزت نفس	
$p > 0/05$	۱۶/۸±۲/۴	۱۶±۲/۹	مهارت های مقابله ای هیجان مدارانه	
$p > 0/05$	۱۷/۵±۵	۱۷±۴/۷	مهارت های مقابله ای مسئله مدارانه	

نمره عزت نفس بر اساس آزمون کوپراسمیت و نمونه مهارت های مقابله ای بر اساس آزمون بیلینگز و موس می باشد (۱۴). داده ها به صورت انحراف معیار± میانگین می باشد.

بحث:

با توجه به اینکه هدف از این پژوهش پیدا کردن رابطه بین عزت نفس و پاسخ های مقابله ای با ناباروری بود نتایج نشان داد اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات عزت نفس زوجین بارور و زوجین نابارور وجود دارد که حکایت از بالاتر بودن عزت نفس در زوجین بارور نسبت به زوجین نابارور است که با مطالعات زیر مطابقت دارد. پژوهش Hynes و همکارانش نشان از پایین بودن عزت نفس زنان نابارور حتی در دوران درمان IVF بود (۱۰). Wischman نشان داد عزت نفس پائین، اضطراب و افسردگی را در زنان نابارور بالا برده و پیشنهاد داد که جهت مقابله با چنین فشارهای روانی و افزایش کیفیت زندگی برای این زنان ارائه خدمات مشاوره ای می تواند مؤثر باشد (۳). Singh و همکاران بیان می کنند که زنان نابارور اولیه دارای سطح پایین تری از سازگاری روانی بوده و در طول ناباروری احساس شادمانی کمتر، رضایت کمتر و تنهائی بیشتری دارند (۱۶).

پژوهش های دیگری تأثیر ناباروری را در وضعیت روانی زنان یا مردان نابارور مورد بررسی قرار

مقابله هیجان مدارانه و مسئله مدارانه در زوجین بارور و نابارور اختلاف چندانی نداشتند که از نظر آماری هم اختلاف معنی داری بدست نیامد (جدول شماره ۱).

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بین عزت نفس و سن در زنان نابارور همبستگی منفی وجود دارد که این همبستگی از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/05$). اما همبستگی بین عزت نفس با متغیرهای مدت ازدواج، مدت نازائی و مدت درمان وجود نداشت ($p > 0/05$).

ضریب همبستگی بین عزت نفس با متغیرهای سن، مدت ازدواج، مدت نازائی و مدت درمان به ترتیب برابر با: ۰/۳۲، -۰/۰۹، -۰/۰۸ و -۰/۱۹ بدست آمد ($p > 0/05$).

همچنین بین مهارت های مقابله ای هیجان مدارانه و متغیرهای سن، مدت ازدواج، مدت نازائی و مدت درمان، همبستگی بدست نیامد. در مورد مهارت های مقابله ای مسئله مدارانه با متغیرهای ازدواج، مدت نازائی و مدت درمان همبستگی وجود نداشت و این اختلاف هم از نظر آماری معنی دار نبود.

در مورد سایر روش های مقابله مسئله مدارانه (اجتنابی، رفتاری و شناختی) همبستگی بدست نیامد.

دادند که افسردگی، اضطراب، خشم، غمگینی، سرزنش خود، خصومت، عقاید خودکشی و استرس در این آزمودنی ها مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج بدست آمده از این پژوهش ها حکایت از بالا بودن علائم فوق در زوجین نابارور دارد (۱۹،۱۷،۶). با توجه به اینکه علائم روانی ارتباط نزدیک و تنگاتنگی با همدیگر دارند قاعدتاً بالا بودن افسردگی، خود سرزنشی و غمگینی، یا ناشی از عزت نفس پایین بوده و یا ممکن است منجر به پایین آمدن عزت نفس در افراد شود. بنابراین نتایج پژوهش های فوق با نتایج این پژوهش مطابقت دارد.

در پژوهش Anderson و همکاران بین نگرانی های ناشی از ناباروری و رضایت از زندگی، رضایت از رابطه جنسی، سرزنش خود و عزت نفس رابطه معنی داری وجود دارد که با پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۸). Elsenbruch و همکاران طی پژوهش دیگری کیفیت زندگی، سلامت روانی- اجتماعی و رضایت جنسی را در زنان با سندرم تخمدان چند کیسه ای مورد بررسی قرار دادند، نتایج بدست آمده نشان می دهد این زنان دارای آشفتگی های روانشناختی زیادی در علائم وسواس فکری - عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و علائم سایکوتیک بوده و از زندگی رضایت چندانی نداشته اند (۲۰).

نتایج دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین زوجین بارور و نابارور در مهارت های مقابله ای هیجان مدارانه و مسئله مدارانه ارتباط معنی داری بدست نیامد. همچنین همبستگی بین مهارت های مقابله هیجان مدارانه و مسئله مدارانه (شناختی، رفتاری، اجتنابی) با متغیرهای سن، مدت ازدواج، مدت نازایی و مدت درمان وجود نداشت. در این قسمت انتظار می رفت که مهارت های مقابله ای مسئله مدارانه در زوجین بارور بیشتر از زوجین نابارور باشد. شاید بتوان یکی از دلایل بروز این مسئله را

عدم صداقت کامل زوجین نابارور نسبت به پرکردن آزمون فوق دانست. این مسئله در عدم همبستگی مهارت های مقابله ای با متغیرهای سن، مدت ازدواج، مدت نازایی و مدت درمان صادق است گرچه پژوهش های دیگری نتایج را تأیید می کند (۲۱،۲). پهلوانی در پژوهشی بر روی ۴۰ زن و مرد نابارور ایرانی انجام داد نشان داد که افراد نابارور نسبت به افراد بارور استرس بیشتری را تجربه می کنند و از سلامت روانی کمتری برخوردارند. نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر در مورد عزت نفس همخوانی دارد (۱۴).

دیگر نتایج پژوهش نشان داد بین عزت نفس و متغیر سن در زنان نابارور همبستگی منفی وجود دارد و این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود که نشان می دهد با افزایش سن میزان عزت نفس در این زنان کاهش می یابد علت این مسئله آن است که فرد نابارور با گذشت زمان به دلیل حل نشدن مشکل خود استرس زیادی را تحمل کرده و این مسئله در کاهش عزت نفس او نقش اساسی را ایفا می کند. همبستگی بین عزت نفس و متغیر سن در زنان بارور برابر ۰/۱۳- بدست آمد که حکایت از وجود همبستگی ضعیف و منفی این دو عامل در زنان بارور دارد که از نظر آماری معنی دار نبود. این مسئله نشان می دهد با افزایش سن عزت نفس در زنان بارور چندان کاهش نمی یابد در حالی که در زنان نابارور چنین نبود.

در مجموع باید گفت که برخی تحقیقات رابطه چندانی بین عوامل روانشناختی و ناباروری پیدا نکرده و یا آنرا در درجه دوم اهمیت قرار دادند (۲۱،۲) اما بیشتر تحقیقات نشان از وجود چنین رابطه ای است (۱۳،۱۸،۲۰،۲۲،۲۳) با توجه به نتایج بدست آمده از این پژوهش پیشنهاد می شود در کلینیک های ناباروری مشاوره های روانشناختی روی زوجین نابارور صورت گیرد تا پیامدهای ناشی از این مشکل که بیشتر جنبه

روانشناختی داشته و حتی ممکن است روی درمان های ناباروری هم تأثیر بگذارد، کاهش پیدا کند (۲۳).

در آنها می گردد.

نتیجه گیری:

ناباروری می تواند روی زوجین تأثیرات منفی روانشناختی زیادی به همراه داشته باشد که این مسئله متعاقباً زمینه ساز بروز برخی از اختلالات روانی مثل افسردگی و اضطراب و نتیجتاً بروز مشکلات زناشویی

تشکر و قدرانی:

بدینوسیله از سرکار خانم دکتر سیده لیلا دهقانیان که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، جناب آقای دکتر سلیمان خیری بدلیل راهنمایی های ارزنده اشان و همچنین کارشناسان محترم دفتر مجله بواسطه تلاش های بی دریغشان در چاپ مقاله تشکر و قدردانی می گردد.

منابع:

۱. برک جانانان. بیماری های زنان نواک. ترجمه منجب علیرضا، خطیبی نرگس، کاظم زاده سونیا، پاک مهر الهام. تهران: انتشارات نور دانش، جلد دوم، ۱۳۸۲، ۱۲۰.
۲. Connolly KJ, Edelmann RJ, Cooke ID, Robson J. The impact of infertility on psychological functioning. *J Psychosom Res.* ۱۹۹۲ Jul; ۳۶(۵): ۴۵۹-۶۸.
۳. Wischmann T. Psychological factors in infertile women. *J Urologe A.* ۲۰۰۵ Feb; ۴۴(۲): ۱۸۵-۹۴.
۴. بیابانگرد اسماعیل. روشهای افزایش عزت نفس در کودکان و نوجوانان. بیابانگرد اسماعیل. عزت نفس چیست؟ تهران: انتشارات انجمن اولیاء و مربیان، ۱۳۷۴، ۱۹-۲۴.
۵. پورشهباز عباس. رابطه بین ارزیابی میزان استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیتی در بیماران مبتلا به سرطان خون. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۲.
۶. Matsubayashi H, Hosaka T, Lzumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husbands support and feelings of stress. *Gen Hosp Psychiatry.* ۲۰۰۴ Sep-Oct; ۲۶(۵): ۳۹۸-۴۰۴.
۷. Jdrzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Przewozna J, Taszarek-Hauke G, Pawelczyk L. Feeling and emotions in woman treated for infertility. *J Przegal Lek.* ۲۰۰۴; ۶۱(۱۲): ۱۳۳۴-۷.
۸. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan.. *Hum Reprod.* ۲۰۰۱ Aug; ۱۶(۸): ۱۷۶۲-۷.
۹. Fido A. Emotional distress in infertile women in Kuwait. *Int J Fertile Women's Med.* ۲۰۰۴ Jan-Feb; ۴۹(۱): ۲۴-۸.
۱۰. Hynes GJ, Callan VY, Terry DJ, Gallois C. The psychological well-being of infertile woman after a failed IVF attempt: the effects of coping. *Br J Med Psychol.* ۱۹۹۲ Sep; ۶۵(۳): ۲۶۹-۷۸.
۱۱. Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA. Psychological assessment and follow-up after *in vitro* fertilization, assessing the impact of failure. *Fertility and Sterility.* ۱۹۹۰ Nov; ۵۴(۵): ۸۷۹-۸۶.

۱۲. Beaurepaire J, Jones M, Thiering P, Saunders D, Tennant C. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *J Psychosom Res.* ۱۹۹۴ Apr; ۳۸(۳): ۲۲۹-۴۰.

۱۳. Laffont I, Edelman RJ. Psychological aspects of in vitro fertilization: a gender comparison. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* ۱۹۹۴ Jun; ۱۵(۲): ۸۵-۹۲.

۱۴. پهلوانی هاجر. بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روان در افراد نابارور، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۵.

۱۵. ابوالقاسمی عباس. ساخت و اعتباریابی مقدماتی پرسشنامه اضطراب امتحان و بررسی رابطه اضطراب امتحان با اضطراب عمومی و عزت نفس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. ۱۳۸۰.

۱۶. Singh SB, Srivastava C, Nigam A. Infertility women stress personality and adjustment: a comparative study. *Ind J Clin Psychol.* ۱۹۹۲; ۱۹: ۶۲-۷.

۱۷. Guz H, Ozkan A, Sarisoy A, Yanik f, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* ۲۰۰۳ Dec; ۲۴(۴): ۲۶۷-۷۱.

۱۸. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Rvine DS. Distress and concerns in couples referred to specialist infertility clinic. *J Psychosom Res.* ۲۰۰۳; ۵۴(۴): ۳۵۳-۵.

۱۹. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel MM, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril.* ۱۹۹۲ Jul; ۵۸(۱): ۱۴۴-۷.

۲۰. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner AH, Schedlowski M, Mann K, et al. Quality of life, psychological well-being, and sexual satisfaction in woman with polycystic ovary syndrom. *J Clin Endocrinol Metab.* ۲۰۰۳ Des; ۸۸(۱۲): ۵۸۰۱-۷.

۲۱. Freeman EW, Boxer AS, Rickels K, Tureck R, et al. Psychological evaluation and support in a program of *in vitro* fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril.* ۱۹۸۵ Jan; ۴۳(۱): ۴۸-۵۳.

۲۲. Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among woman. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* ۲۰۰۴ Dec; ۱۱۷(۲): ۱۲۶-۳۱.

۲۳. Boivin J, Takefman JE. Stress Level across stages of *in vitro* fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertil Steril.* ۱۹۹۵ Oct; ۶۴(۴): ۸۰۲-۱۰.