

بررسی سلامت روانی زوج‌های نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری لقاح در محیط

آزمایشگاه، تلقیح داخل رحمی و تلقیح درون سیتوپلاسمی اسپرم

محبوبه دادفر^۱، منیر نعمتی شیرزی^۲، فرشته دادفر^{۳*}

۱. دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران، پردیس بین‌الملل، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران،

تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران غرب، تهران، ایران

۳. گروه زیست‌شناسی، دانشگاه پیام نور، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیستم، خردادماه ۱۳۹۷، صفحات ۳۴-۵۰

چکیده

ناباروری به‌عنوان یک بحران فردی، استرس زیادی را بر زوج‌های نابارور وارد می‌کند و می‌تواند به طرق گوناگون سلامت روانی آن‌ها را تهدید کند. این پژوهش برای مقایسه سلامت روانی زوج‌های نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری و زوج‌های بارور انجام شد. طی یک پژوهش مقطعی توصیفی، ۳۷ زوج نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری لقاح در محیط آزمایشگاه، تلقیح داخل رحمی و تلقیح درون سیتوپلاسمی اسپرم به‌وسیله نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس از موارد پذیرفته‌شده در درمانگاه ناباروری رویان انتخاب شدند. آن‌ها پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که زوج‌های نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری در مقایسه با زوج‌های بارور به‌طور معنی‌داری اختلال کارکرد اجتماعی بیشتری داشتند. زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری به‌طور معنی‌داری نشانگان جسمانی بیشتری داشتند. مردان نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری در مقایسه با مردان بارور به‌طور معنی‌داری اختلال کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی بیشتری داشتند. توجه به وجود نشانگان‌های روان‌شناختی در زوج‌های نابارور به‌ویژه زنان نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری، برنامه‌ریزی درازمدت جهت تأمین خدمات بهداشت روانی برای این گروه آسیب‌پذیر و همچنین شناسایی زوج‌های در معرض خطر و ارجاع آن‌ها برای ارزیابی روان‌شناختی و ارائه خدمات مشاوره‌ای، روان‌درمانی و دارودرمانی پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه: سلامت روانی، ناباروری، درمان‌های کمک باروری، ICSI، IUI، IVF

مقدمه

ناباروری^۱ می تواند برای زوج ها یکی از بحران های عمده زندگی تلقی شده و فشار روانی^۲ زیادی را به بار آورد. افراد نابارور ناراحتی عاطفی قابل ملاحظه ای را تجربه می کنند و ناباروری می تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه رابطه زناشویی، جدایی، طلاق، سرزنش های اطرافیان، صرف وقت و هزینه درمانی زیاد، کاهش اعتماد به نفس، احساس طرد شدن و درماندگی، تمایل به گوشه گیری، افسردگی، اضطراب و بیماری های روان تنی شود (معروفی زاده و همکاران، ۲۰۱۷، ۲۰۱۵؛ محمد زاده، ۲۰۱۴؛ دادفر، دادفر و کولیوند، ۱۳۹۴؛ دادفر، کاظمی، کاظم زاده عطوفی و کولیوند، ۱۳۹۴). درمان های کمک باروری^۳ برای افراد نابارور می تواند منبعی از فشار روانی باشند. اضطراب و ترس زیاد راجع به بیهوشی، جراحی و حتی آزمایش های 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 هستند که ایجاد استرس می کنند (ماهلستد، ۱۹۸۵).

نتایج یک پژوهش نشان داد که عوامل فشارزای افراد نابارور شامل 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 و انجام تست حاملگی در صورت مشکوک بودن به حاملگی هستند (مهاجری و صارمی، ۱۳۷۰).

یافته های پژوهش دیگری با استفاده از چک لیست علائم مرضی ۹۰ سؤالی تجدیدنظر شده^۴ نشان داد که افراد نابارور در مقایسه با افراد بارور سلامت روانی پایین تری داشته اند و همچنین استرس بیشتری را تجربه کرده اند. مردان نابارور در مقایسه با زنان نابارور از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند و استرس کمتری داشتند (پهلوانی، ملکوتی و شاهرخ تهرانی نژاد، ۱۳۸۱). سایر پژوهش ها فراوانی بالای اضطراب و افسردگی را در درمانگاه های درمان های کمک باروری گزارش نموده اند (آندرسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛

¹ Infertility

² Stress

³ Assisted Reproductive Techniques (ART)

⁴ Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)

⁵ Anderson

ماتسوبایاشی^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ لوکسی^۲ و واس^۳، ۱۹۹۹؛ اودنز^۴ و همکاران، ۱۹۹۹؛ دیمیتی ناییری^۵ و همکاران، ۱۹۹۸؛ دومار^۶ و همکاران، ۱۹۹۲؛ نیک خویی، اخلاصی و دواساز ایرانی، ۱۳۸۳). چن^۷ و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که اختلالات اضطرابی و افسردگی افسردگی در میان زنان نابارور مراجعه کننده به درمانگاه درمان های کمک باروری شیوع بالایی داشت ولی روش درمان به کاربرده شده ریسک خطر بالاتری را برای ابتلا به این اختلالات در برداشت. به هر حال اضطراب و افسردگی به دنبال درمان با روش های کمک باروری می توانند بر روی کیفیت زندگی بیماران نیز تأثیر بگذارند (ویلسون^۸ و کوپیتزکی^۹، ۲۰۰۲). یافته های یک پژوهش در مورد تأثیر مشاوره روانی در کاهش افسردگی مردان و زنان پس از عمل جراحی بستن لوله نشان داد که بین گروهی که از مشاوره روانی برخوردار بودند و گروه گواه در میزان افسردگی پس از عمل جراحی تفاوت معنی داری وجود دارد به طوری که میزان افسردگی پس از عمل جراحی بستن لوله، در گروهی که پیش از عمل جراحی از مشاوره روانی برخوردار شده اند، کمتر از گروهی است که از مشاوره روانی بی بهره بوده اند. همچنین بین افسردگی در مردان و زنان تفاوت معنی داری داشت (نیک خویی، اخلاصی و دواساز ایرانی، ۱۳۸۳). پژوهش در این زمینه می تواند گام بسیار مؤثری در راه شناخت وضعیت سلامت روانی و شناسایی مشکلات روان شناختی افراد نابارور متقاضی درمان های کمک باروری برداشته و در ارائه خدمات بالینی و بهداشتی به متخصصین کمک نماید. این پژوهش دارای دو فرضیه بود: ۱- بین سلامت روانی زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری و زوج های بارور تفاوت معنی دار وجود دارد. ۲- بین سلامت روانی زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری و زوج های بارور به تفکیک جنسیت تفاوت معنی دار وجود دارد.

¹ Matsubayashi

² Lukse

³ Vacc

⁴ Oddens

⁵ Demyttenaere

⁶ Domar

⁷ Chen

⁸ Wilson

⁹ Kopitzke

روش پژوهش

نوع پژوهش حاضر مقطعی توصیفی است. جامعه مورد پژوهش کلیه زوج‌های نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری بودند که به پژوهشکده رویان جهت اقدامات تشخیصی و درمانی (لقاح در محیط آزمایشگاه^۱، تلقیح داخل رحمی^۲ و تلقیح درون سیتوپلاسمی اسپرم^۳) مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بودند: ۱- نداشتن سابقه ازدواج مجدد ۲- نداشتن فرزندخوانده ۳- تعلق داشتن به خانواده تک‌همسری در حال حاضر ۴- نداشتن سابقه مراجعه به روان‌پزشک، روانشناس، متخصص مغز و اعصاب یا بستری شدن در بیمارستان روانی ۵- نداشتن سابقه اختلال روانی در بستگان درجه یک و درجه دو فرد ۶- افرادی که عامل ناباروری آن‌ها به صورت مردانه یا زنانه در پرونده آنها درج شده است، از اینکه عامل ناباروری هستند اطلاع داشته باشند ۷- داشتن سطح تحصیلات راهنمایی تا دانشگاهی ۸- حداقل یک سال از تصمیم آن‌ها به بارداری گذشته باشد و موفق نشده باشند ۹- سن ۴۸-۲۰ سال برای زنان ۱۰- حداکثر طول مدت ازدواج ۱۵ سال. روش نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی متوالی بود. روند اجرای پژوهش به شرح زیر بود: پژوهشگران به پژوهشکده رویان مراجعه نمودند. تمامی پرونده‌های مراجعین هرروز به‌طور کامل توسط آن‌ها بررسی شدند و سپس از بین آن‌ها زوج‌هایی که حداقل یک سال از تصمیم آن‌ها به بارداری گذشته بود و موفق نشده بودند و توسط متخصص تشخیص قطعی ناباروری گرفته بودند انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه بود. پس از انتخاب زوج‌ها به منظور جلب همکاری و رضایت آن‌ها برایشان توضیح داده شد که این پژوهش به منظور بررسی وضعیت سلامت روان زوج‌های نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری صورت می‌گیرد. سپس در صورت ابراز تمایل و همکاری، زوج‌های موردنظر به یکی از اتاق‌های پژوهشکده راهنمایی شده و به ترتیب پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی و فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی^۴ جهت تکمیل به آن‌ها ارائه گردید. جهت برقراری ارتباط اولیه، پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی توسط پژوهشگران در حضور فرد موردنظر در قالب یک مصاحبه تکمیل شد. در پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات، طول مدت ازدواج، عامل ناباروری (زن، مرد یا هر دو)، طول مدت ناباروری و نوع روش‌های درمان‌های کمک باروری و تعدادی متغیرهای خانوادگی و بالینی ثبت گردیده بود.

¹ In vitro fertilization (IVF)

² Intrauterine insemination (IUI)

³ Intra-cytoplasmic sperm injection (ICSI)

⁴ General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

ملاحظات اخلاقی شامل موارد زیر بود: زوج‌هایی در پژوهش شرکت داده شدند که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و به صورت کتبی رضایت خود را اعلام نمودند. نتایج پژوهش به صورت محرمانه بود و به صورت کلی ارائه گردید. انجام پرسشنامه‌ها به صورت رایگان بود.

ابزار پژوهش شامل فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ بود. این پرسش‌نامه توسط گلدبرگ^۲ و هیلیر^۳ (۱۹۷۹) معرفی و به ۳۶ زبان زنده دنیا ترجمه شده است. دارای چهار مقیاس فرعی می‌باشد و هر مقیاس ۷ پرسش دارد که عبارتند از: مقیاس الف: نشانگان جسمانی؛ مقیاس ب: نشانگان اضطرابی؛ ج: اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس د: نشانگان افسردگی. بررسی‌های انجام شده در زمینه روایی این پرسش‌نامه در زبان‌های غیر انگلیسی نشان داده‌اند که ضریب‌های همبستگی مربوط به روایی آن با ضریب‌های همبستگی نسخه انگلیسی قابل مقایسه است. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) برای بهترین نمره برش آن (۲۳)، حساسیت را برابر ۸۶/۵٪، ویژگی ۸۴٪ و ضریب پایایی باز آزمایی و آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ گزارش نمودند. پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) برای بهترین نقطه برش این پرسش‌نامه حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۱۶ گزارش نمودند. به پیشنهاد گلدبرگ و ویلیامز^۴ (۱۹۸۹) نقطه برش برای تشخیص افراد بیمار شش و بالاتر منظور گردیده است (دادفر و همکاران، ۲۰۱۵؛ احسان منش، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر برای یافتن موارد سالم و بیمار از دو روش نمره‌گذاری لیکرت (صفر تا سه) و نقطه برش ۲۱ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی، مجذور خی، تحلیل واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و نرم‌افزار SPSS برنامه ۱۶ انجام گرفت. سطح معنی‌داری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد و داده‌ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار گزارش شده است.

¹ General Health Questionnaire-28

² Goldberg

³ Hiller

⁴ Williams

یافته ها

نتایج نشان داد که بین زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری و زوج های بارور از نظر متغیرهای سن ($t=0/078, p<0/05$) طول مدت ازدواج ($t=-0/533, p<0/05$) و سطح تحصیلات ($\chi^2=0/317, df=2, p<0/05$) تفاوت معنی داری وجود نداشت. زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری 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 روش های درمان کمک باروری ۸ نفر (۱۰/۸ درصد) تحت درمان IVF، ۸ نفر (۱۰/۸ درصد) تحت درمان JUI، ۱۰ نفر (۱۳/۵ درصد) تحت درمان ICSI و ۴۸ نفر (۶۴/۹ درصد) تحت درمان قرار نگرفته بودند. بین طول مدت ناباروری با خرده مقیاس ها و نمره کل GHQ-28 همبستگی معنی دار وجود نداشت ($r=-0/029, p<0/05$). تفاوت معنی داری بین عامل ناباروری در نمره کل GHQ-28 در زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری وجود نداشت ($p<0/05$). تحلیل واریانس یک طرفه نمره کل GHQ-28 در زوج های نابارور به تفکیک روش های درمان کمک باروری تفاوت معنی داری نشان نداد ($F=0/463, df=3, p<0/05$).

نتایج نشان داد که بین دو گروه زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری و زوج های بارور در خرده مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی GHQ-28 تفاوت معنی دار وجود داشت و زوج های نابارور در مقایسه با زوج های بارور اختلال کارکرد اجتماعی بیشتری داشتند (جدول ۱). یافته ها نشان داد که بین مردان نابارور و زنان نابارور متقاضی درمان های کمک باروری در خرده مقیاس های نشانگان جسمانی GHQ-28 تفاوت معنی داری دیده شد و زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور نشانگان جسمانی بیشتری داشتند. بین مردان نابارور متقاضی درمان های کمک باروری و مردان بارور در خرده مقیاس های اختلال کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی GHQ-28 تفاوت معنی داری دیده شد و مردان نابارور در مقایسه با مردان بارور، اختلال کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی بیشتری داشتند (جدول ۲).

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t خرده مقیاس های GHQ-28 در زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری و زوج های بارور

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	T	P
نشانیگان جسمانی	نابارور	۵/۴۵	۳/۵۱	-۰/۴۸۷	NS
	بارور	۵/۷۸	۴/۵۱		
نشانیگان 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		
نشانیگان افسردگی	نابارور	۲/۹۴	۳/۷۸	۱/۰۲۳	NS
	بارور	۲/۲۸	۴/۰۸		

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون t خرده مقیاس های GHQ-28 در زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری و زوج های بارور به تفکیک جنسیت

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	T	P
نشانیگان جسمانی	مردان نابارور	۴/۵۴	۳/۴۰	-۲/۳۱	۰/۰۲۳
	زنان نابارور	۶/۳۷	۳/۴۲		
	مردان نابارور	۴/۵۴	۳/۴۰		
	مردان بارور	۴/۴۰	۳/۹۳		
نشانیگان اضطراب	مردان نابارور	۵/۶۷	۴/۰۶	-۱/۵۹۲	NS
	زنان نابارور	۷/۲۴	۴/۳۹		
	مردان نابارور	۵/۶۷	۴/۰۶		
	مردان بارور	۵/۰۸	۴/۱۴		
اختلال کارکرد اجتماعی	مردان نابارور	۷/۵۹	۲/۹۱	۰/۱۶۳	NS
	زنان نابارور	۷/۴۸	۲/۷۸		
	مردان نابارور	۷/۵۹	۲/۹۱		
	مردان بارور	۵/۷۲	۲/۰۶		
نشانیگان جسمانی	مردان نابارور	۴/۵۴	۳/۴۰	-۰/۸۲۱	NS
	زنان نابارور	۶/۳۷	۳/۴۲		
	مردان نابارور	۴/۵۴	۳/۴۰		
	مردان بارور	۴/۴۰	۳/۹۳		
نشانیگان اضطراب	مردان نابارور	۵/۶۷	۴/۰۶	۰/۶۲۳	NS
	زنان نابارور	۷/۲۴	۴/۳۹		
	مردان نابارور	۵/۶۷	۴/۰۶		
	مردان بارور	۵/۰۸	۴/۱۴		
اختلال کارکرد اجتماعی	مردان نابارور	۷/۵۹	۲/۹۱	۰/۳۳۱	NS
	زنان نابارور	۷/۴۸	۲/۷۸		
	مردان نابارور	۷/۵۹	۲/۹۱		
	مردان بارور	۵/۷۲	۲/۰۶		

NS	۰/۵۱۹	۲/۷۸ ۳/۸۴	۷/۴۸ ۷/۰۸	زنان نابارور زنان بارور	
NS	-۰/۴۸	۴/۰۱ ۳/۵۷	۲/۷۲ ۳/۱۶	مردان نابارور زنان نابارور	نشانگان افسردگی
۰/۰۴۷	۲/۰۱۸	۴/۰۱ ۱/۷۸	۲/۷۲ ۱/۲۷	مردان نابارور مردان بارور	
NS	۰/۱۲۸	۳/۵۷ ۵/۳۴	۳/۱۶ ۳/۲۹	زنان نابارور زنان بارور	

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری در مقایسه با زوج های بارور به طور معنی داری اختلال کارکرد اجتماعی بیشتری داشتند. این یافته پژوهش هماهنگ با نتایج سایر پژوهش ها می باشد (کلیمیتی^۱ و همکاران، ۲۰۱۰؛ دروستوزول^۲ و اسکرزی پولیک^۳، ۲۰۰۹؛ اشکانی، اکبری و حیدری، ۲۰۰۶؛ کافین دریول^۴ و جیامی^۵، ۲۰۰۴؛ فاسینو^۶ و همکاران، ۲۰۰۲؛ ناچتیگال^۷ و بیکر^۸، ۱۹۹۲). بر اساس نتایج پژوهش های فوق زوج های نابارور سلامت روانی کمتری داشتند که در ابعاد مختلف سلامت روانی تظاهر پیدا کرده بود. به نظر می رسد که استرس زوج های نابارور، یکی از ابعاد سلامت روانی آن ها را یعنی کارکردشان را بیشتر مختل کرده است. نتایج همچنین نشان داد که مردان نابارور متقاضی درمان های کمک باروری در مقایسه با مردان بارور به طور معنی داری اختلال کارکرد اجتماعی و نشانگان افسردگی بیشتری داشتند. این یافته پژوهش هماهنگ با نتایج پژوهش دیلون^۹ و همکاران (۲۰۰۰) می باشد و به طور کلی نتیجه گیری های ذکر شده را تأیید می نماید. نتایج این پژوهش نشان داد که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور متقاضی درمان های کمک باروری به طور معنی داری نشانگان جسمانی و اختلال کارکرد اجتماعی بیشتری داشتند. این یافته پژوهش با نتایج سایر پژوهش ها همخوان می باشد (معروفی زاده و همکاران، ۲۰۱۷، ۲۰۱۵؛ اوگاوا^{۱۰}،

¹ Klemetti

² Drosdzol

³ Skrzypulec

⁴ Coffin- Driol

⁵ Giami

⁶ Fassino

⁷ Nachtigall

⁸ Baker

⁹ Dhillon

¹⁰ Ogawa

تاکاماتسو^۱ و هوریگوچی^۲، ۲۰۱۱؛ اوزکان^۳ و بایسال^۴، ۲۰۰۶؛ لی^۵ و همکاران، ۲۰۰۱؛ هجلمیستید^۶ و همکاران، ۱۹۹۹؛ رایت^۷ و همکاران، ۱۹۹۱؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۶؛ دادفر و افتخار، ۱۳۸۰؛ شهیازی، ۱۳۷۲، به نقل از دادفر و همکاران، ۱۳۹۴). استرس ناشی از هر منبعی که باشد فشار بیشتری را بر زنان وارد می کند. اثرات منفی ناباروری به طور چشمگیری برای زنان نابارور بیشتر از مردان می باشد و فشار بیشتری را بر سلامت روانی آنها دارد. زنان بیشتر از مردان درگیر برنامه های تشخیصی و درمانی هستند، گرایش به بچه دار شدن به صورت یکی از مهم ترین اهداف زندگی آنها جلوه گر می شود و به طور کلی شکایات و نشانه های روان پزشکی را بیشتر بروز می دهند (ورکوجلین^۸ و همکاران، ۲۰۱۶؛ دی بیراردیس^۹ و همکاران، ۲۰۱۴؛ الکیسی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۳؛ جامیرو^{۱۱}، گاناوارو^{۱۲} و بویوین^{۱۳}، ۲۰۱۳). زنانی که همسرانشان نابارور است، تنش های بسیاری را در ارتباطات اجتماعی خود شامل درک تنش های مربوط به خانواده و اجتماع؛ رفتارهای آزاردهنده خانواده و اطرافیان (شامل تجسس و دخالت، دریافت برچسب و سرزنش، طرد شدن، مواجهه با باورهای نادرست خانواده و اطرافیان و احساس تبعیض رفتاری)؛ حضور در جمعیت های خاص و احساس فقدان حمایت اجتماعی تجربه می کنند (تقی پور و همکاران، ۲۰۱۷؛ کریمی و همکاران، ۲۰۱۶، حسن پور ازغدی، سیمبر و ودادهیر، ۲۰۱۵؛ کریمی و همکاران، ۱۳۹۵). سوادزاده و مددزاده (۱۳۹۲) در تبیین احساسات روانشناختی زنان نابارور به چهار طبقه اصلی تجربیات روان شناختی، برخورد پزشکان و گروه درمان، واکنش خانواده زوجین و عکس العمل دوستان و اطرافیان دست یافتند. حسن پور ازغدی، سیمبر، ودادهیر و رشیدی (۱۳۹۲) در تبیین تأثیرات روانی ناباروری در زنان نابارور در جستجوی درمان، به چهار موضوع اصلی واکنش های شناختی ناباروری، واکنش های شناختی سیر درمان، واکنش های عاطفی هیجانی ناباروری و واکنش های عاطفی هیجانی سیر درمان دست یافتند.

¹ Takamatsu

² Horiguchi

³ Ozkan

⁴ Baysal

⁵ Lee

⁶ Hjelmstedt

⁷ Wright

⁸ Verkuijlen

⁹ De Berardis

¹⁰ El Kissi

¹¹ Gameiro

¹² Canavarro

¹³ Boivin

لافونت^۱ و ادلمن^۲ (۱۹۹۴، به نقل از دادفر و همکاران، ۱۳۹۴) گزارش دادند 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. رایت و همکاران (۱۹۹۱، به نقل از معروفی زاده و همکاران، ۲۰۱۷) نشان دادند که زنان نابارور به طور معنی داری، ناراحتی روانی اجتماعی بیشتری را نسبت به همسرانشان در نمره های کلی شاخص نشانه شناسی روان پزشکی و چهار خرده مقیاس افسردگی، اضطراب، اختلالات شناختی و خصومت تجربه کردند. زنان نابارور اعتماد به نفس ضعیف تر و استرس روان شناختی بیشتری را نسبت به همسرانشان گزارش کردند. هم زنان و هم مردان نابارور در مقیاس نشانه شناسی روان پزشکی نمره های بالاتری از هنجارهای جمعیت عادی کسب نمودند. ۲۰ درصد زنان و ۱۷ درصد مردان نمره بالاتر از نقطه برش ۱۵ درصدی در مقیاس کلی نشانه شناسی روان پزشکی داشتند. یافته های سایر پژوهش ها نشان می دهند که زنان استرس بیشتری را در زندگی شخصی، اجتماعی و جنسی خود تجربه می کنند و از پدیده ناباروری تأثیرپذیرتر هستند که می تواند به دلیل مسائل فرهنگی، یا آسیب پذیری روانی بیشتر آن ها و یا شکل خاص تعاملات اجتماعی حاکم باشد (گیداریسکا^۳ و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسکالیر^۴، گریسینجر^۵ و بانز-جانسن^۶، ۲۰۱۶؛ سیزگین^۷، هوکاوغلو^۸ و گوین داک-گوین^۹، ۲۰۱۶؛ ویکاستروم^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵؛ سیزبائیک^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵؛ بالدور-فیلسکو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۳؛ هاشمیه، نیسانی سمانی و تقی نژاد، ۲۰۱۳). از آنجایی که زوج های نابارور متقاضی درمان های کمک باروری صرفاً از میان مراجعین به پژوهشکده رویان بودند، این امر تعمیم پذیری نتایج را به سایر زوج های نابارور غیر مراجعه کننده محدود می کند. مقطعی بودن پژوهش، به کار بردن فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) که اختلال های روان پریشی را سرنند نمی کند از محدودیت های پژوهش حاضر به شمار می رود. ابزارهای پژوهش از نوع خود سنجی بوده اند، لذا در این پژوهش سهم سوگیری ناشی از خود سنجی کنترل نشده است. نتایج پژوهش حاضر بایستی با توجه به عدم کنترل مرحله درمان مورد تفسیر قرار گیرد.

¹ Laffont

² Edelman

³ Gdańska

⁴ Schaller

⁵ Griesinger

⁶ Banz-Jansen

⁷ Sezgin

⁸ Hocaoglu

⁹ Guvendag-Guven

¹⁰ Vikström

¹¹ Sejbaek

¹² Baldur-Felskov

با توجه به نقشی که متغیرهای روان‌شناختی ممکن است در سازگاری افراد با پیامدهای استرس‌های حاد و مزمن داشته باشند پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده این متغیرها در نظر گرفته شوند. از آنجایی که فرآیند 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 فرآیند تصمیم‌گیری در مورد مسائل مربوط به درمان و فرزندخواندگی، حل بحران فردی و تعارض‌های زناشویی و همچنین کمک به آنها در به دست آوردن دوباره احساس کنترل، ضروری به نظر می‌رسد. 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. یافته‌ها نشان می‌دهند 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 بپذیرفته و با آن سازگار شوند (هولکا-پوکورسکا^۱، جاریمآ^۲ و ویشنیاک^۳ ۲۰۱۵؛ ریس^۴ و همکاران، ۲۰۱۳؛ باقیانی مقدم و همکاران، ۲۰۱۳).

پیشنهاد می‌شود که در پژوهشی جداگانه همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در زوج‌های نابارور متقاضی درمان‌های کمک باروری موردبررسی قرار گیرد و در پژوهش‌های آینده بهتر است افزون بر GHQ-28، مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلال‌های محور یک^۵ نیز به کار رود.

¹ Holka-Pokorska

² Jarema

³ Wichniak

⁴ Reis

⁵ Structures Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)

منابع

- احسان منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه گیرشناسی بیماری های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی های انجام شده. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۶ (۴)، ۷۰-۵۴.
- پهلوانی هاجر؛ ملکوتی، کاظم؛ شاهرخ تهرانی نژاد، انسیه (۱۳۸۱). بررسی عوامل استرس زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۷ (۴)، ۷۹-۸۷.
- حسن پور ازغدی، سیده بتول؛ سیمبر، معصومه؛ دادهیر، ابوعلی؛ رشیدی، حسن (۱۳۹۲). تبیین تأثیرات روانی نازایی در زنان نابارور در جستجوی درمان: یک مطالعه کیفی. نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۲۳ (۸۳)، ۸-۱.
- دادفر، فرشته؛ دادفر، محبوبه؛ کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). مقایسه فراوانی و شدت عوامل استرس زا در زوج های نابارور تحت درمان تلقیح داخل رحمی، تحت درمان تلقیح درون سیتو پلاسمی اسپرم و بدون درمان. مجله علوم اعصاب شفای خاتم، ۴ (۱)، ۳۶-۲۶.
- دادفر، محبوبه؛ کاظمی، هادی؛ کاظم زاده عطوفی، مهرداد؛ کولیوند، پیرحسین (۱۳۹۴). جنبه های روان شناختی ناباروری. تهران: انتشارات میرماه.
- سوادزاده، شهین؛ مددزاده، نگین (۱۳۹۲). تبیین احساسات روان شناختی بیماران مبتلابه نازایی: یک پژوهش کیفی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱ (۱)، ۲۴-۱۶.
- کریمی، فاطمه زهرا؛ تقی پور، علی؛ لطیف نژاد رودسری، رباب؛ کیمیایی، سید علی؛ مظلوم، سید رضا؛ امیریان، ملیحه (۱۳۹۵). آثار روانی - اجتماعی ناباروری مردانه در زنان ایرانی: یک مطالعه کیفی. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۹ (۱۰)، ۳۲-۲۰.
- مهاجری، حسن؛ صارمی، ابوطالب (۱۳۷۰). استرس و IVF. مجله دارو و درمان، ۸ (۱۶)، ۱۴-۶.
- نوربالا، احمدعلی؛ رمضانزاده، فاطمه؛ ملک افصلی اردکانی، حسین؛ عابدی نیا، نسرین؛ رحیمی فروشانی، عباس؛ شریعت، مامک (۱۳۸۶). تأثیر مداخلات روان پزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت باروری. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳ (۲)، ۱۱۱-۱۰۴.

• 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)، ۴۸-۴۳.

- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., & Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couple referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res*, 54, 353-355.
- Ashkani, H., Akbari, A., & Heydari, S. T. (2006). Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, southern Iran. *Indian J Med Sci*, 60(10), 399-406.
- Baghianimoghadam, M. H., Aminian, A. H., Baghianimoghadam, B., Ghasemi, N., Abdoli, A., M, Seighal Ardakani, N., & Fallahzadeh H. (2013). Mental health status of infertile couples based on treatment outcome. *Iran J Reprod Med*, 11(6), 503-510.
- Baldur-Felskov, B., Kjaer, S. K., Albieri, V., Steding-Jessen, M., Kjaer, T., Johansen, C., Dalton, S. O., & Jensen A. (2013). Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Hum Reprod*, 28(3), 683-690.
- Chen, T. H., Chang, Sh, P., Tsai, Ch., F., & Juang, K. D. (2004). Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod*, 19(10), 2313-2318.
- Coffin- Driol, C., & Giami, A. (2004). The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationship : Review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil*, 32, 624- 637.
- Dadfar, M., Lester, D., Atef Vahid M. K., Abdel-Khalek, A. M., Bolhari, J., Mohammadian, M., Bahrami, F., & Asgharnejad Farid, A. A. (2015). Mental disorders signs in Afghan immigrants/refugees. *Int J Manage Sustain*. 4(2), 26-38.
- De Berardis, D., Mazza, M., Marini, S., Del Nibletto, L., Serroni, N., Pino, M. C., Valchera, A., Ortolani, C., Ciarrocchi, F., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2014). Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter*, 165(3).163-169.
- Demyttenaere, K., Bonte, L., Gheldof, M., Vervaeke, M., Meuleman, C., Vanderschuerem, D., & D'Hooghe, T. (1998). Coping style and depression level influence outcome in invitro fertilization. *Fertil Steril*, 69, 1026-1033.
- Dhillon, R., Cumming, C., & Cumming, D. (2000). Psychological well – being and coping patterns in infertile men. *Fertil Steril*, 74(5), 702-706.
- Domar, A. D., Broome, A., Zuttermeister, P. C., Seible, M., & Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in fertile women. *Fertil Steril*, 58, 1158-1163.

- Drosdzol A, & Skrzypulec V. J. (2009). Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. *Psychosom Obstet Gynaecol*, 30(1),11-20.
- El Kissi, Y., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ben Hadj Ali, B. (2013). General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*,167(2),185-159.
- Fassino, S., Piero, A., Boggio, S., Piccioni, V. & Garzaro, L. (2002). Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: A controlled study . *Hum Reprod*, 17(11), 2986 - 2994.
- Gameiro, S., Canavarro, M. C., & Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Educ Couns*, 93(3), 646-654.
- Gdańska, P., Drozdowicz-Jastrzębska, E., Grzechocińska, B., Radziwoń-Zaleska, M., Węgrzyn, P., & Wielgoś, M. (2017). Anxiety and depression in women undergoing infertility treatment. *Ginekologia Polska*, 88(2), 109-112.
- Hasanpoor–Azghdy, S. B., Simbar, M., & Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *Int J Fertil Steril*, 8(4), 409-420.
- Hashemieh, C., Neisani Samani, L., & Taghinejad, H. (2013). Assessment of anxiety in pregnancy following assisted reproductive technology (ART) and associated infertility factors in women commencing treatment. *Iran Red Crescent Med J*, 15(12), e14465.
- Hjelmstedt, A., Anderson, L., Skoog- Svanberg, A., Bergh, T., Boivin, J. , & Collins, A. (1999). Gender differences in psychological reactions to infertility among couples seeking IVF and ICSI treatment. *Acta Obster Gynecol Scand*, 78(1), 42- 48.
- Holka-Pokorska, J., Jarema, M., & Wichniak, A. (2015). Clinical determinants of mental disorders occurring during the infertility treatment. *Psychiatr Pol*, 49(5), 965-982,
- Karimi, F. Z., Taghipour, A., Latifnejad Roudsari, R., Kimiaee, S. A., Mazlom, S. R, & Amirian, M. (2016). Cognitive emotional consequences of male infertility in their female partners: a qualitative content analysis. *Electron Physician*, 7(7), 1449-1457.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being--a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89(5),677-682.

- 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. *Hum Reprod*, 16(8),1762-177.
- Lukse, M. P., & Vacc, N. A. (1999). Grief, depression and coping in women undergoing infertility treatment. *Obstetric Gynecolo*, 93, 245-251.
- Mahlsted, P. P. (1985). Psychological component of infertility. *Fertil Steril*, 43, 335-349.
- Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., & Omani Samani, R. (2017). Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile women undergoing IVF. *Psychol Health Med*, 22(2),145-151.
- Maroufizadeh, S., Karimi, E., Vesali, S., & Omani Samani, R. (2015). Anxiety and depression after failure of assisted reproductive treatment among patients experiencing infertility. *Int J Gynaecol Obstet*,130(3), 253-256.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Jzumi, S., Suzuki, T., & Makino, T. (2001). Emotional distress of iinfertile women in Japan. *Hum Reprod*, 16, 966-969.
- Mohammadzadeh, E. (2014). Anxiety and emotional disorders in infertile couples. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 2(3, Suppl 1). P157. And paper presented at The Second International Anxiety Congress, Shefa Neuroscience Research Center, Tehran, Iran, 1-3 October, 2014.
- Nachtigall, R. D., & Baker, G. (1992). The effect of gender, specific diagnosis on men's and women's and response to infertility. *Fertil Steril*, 57(1),113-121.
- Oddens, B. J., Den Tonkelaar, I., & Nieuwenhuyse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems: A comparative survey. *Hum Reprod*, 14, 255-261.
- Ogawa, M., Takamatsu, K., & Horiguchi, F. (2011). Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *Biopsychosoc Med*, 5(1), 15.
- Ozkan, M., & Baysal, B. (2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 33(1), 44-46.
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: a comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 171(1), 61–66.
- Schaller, M. A., Griesinger, G., & Banz-Jansen, C. (2016). Women show a higher level of anxiety during IVF treatment than men and hold different concerns: a cohort study. *Arch Gynecol Obstet*, 293(5), 1137-1145.

- Sejbaek, C. S., Pinborg, A., Hageman, I., Forman, J. L., Hougaard, C. Ø., & Schmidt, L. (2015). Are repeated assisted reproductive technology treatments and an unsuccessful outcome risk factors for unipolar depression in infertile women? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 94(10), 1048-1055.
- Sezgin, H., Hocaoglu, C., Guvendag-Guven, E. S. (2016). Disability, psychiatric symptoms, and quality of life in infertile women: a cross-sectional study in Turkey. *Shanghai Arch Psychiatry*, 28(2), 86-94.
- Taghipour, A., Karimi, F. Z., Latifnejad Roudsari, R., Kimiaee, S. A., Mazlom, S. R., Amirian, M. (2017). Women's perceptions and experiences of the challenges in the process of male infertility treatment: a qualitative study. *Electron Physician*, 9(5), 4349-4356.
- Verkuijlen, J., Verhaak, C., Nelen, W. L., Wilkinson, J., Farquhar, C. (2016). Psychological and educational interventions for subfertile men and women. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD011034.
- Vikström, J., Josefsson, A., Bladh, M., & Sydsjö, G. (2015). Mental health in women 20-23 years after IVF treatment: a Swedish cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(10), e009426.
- Wilson, J. F., & Kopitzke, E. J. (2002). Stress and infertility. *Curr women's Health Repr* 2, 194-199.
- Wright, J., Duchesne, C., Sabourin, S., Bissonnette, F., Benoit, J., & Giraod, Y. (1991). Psychological distress and infertility men and women respond differently. *Fertil Steril*, 55, 100-108.

Mental Health of Applicant Couples for Assisted Reproductive Techniques of In vitro fertilization, Intrauterine Insemination, and Intra-Cytoplasmic Sperm Injection

Abstract

Infertility is a personal crisis. Infertile couples have greater stressors and mental disorders. The present study was carried out to compare of mental health in infertile couples with those in fertile couples. This project was a descriptive corss sectional study. Thirty seven infertile couples undergoing assisted reproductive techniques of in vitro fertilization (IVF), intrauterine insemination (IUI), and intra-cytoplasmic sperm injection (ICSI) were selected by non-random convenient sampling from the cases admitted to Rooyan Infertility Clinic. They completed demographic information sheet, and General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). Results demonstrated that the infertile couples had significant difference in the social function disorder as compared to fertile couples. Infertile females had significant difference in the somatic syndrome as compared to infertile males. Infertile males had significant difference in the social function disorder and depression syndrome as compared to fertile males. Longtudinal planning of mental health services for infertile couples specially infertile females, identify high risk couples, their refferal to psychological assessment and consulting, psychotherapy and drug therapy are suggested.

Keywords: Mental Health, Infertility, Assisted Reproductive Techniques, IVF, IUI, ICSI