

مقایسه سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور

دکتر محمدعلی بشارت*، روحیه حسین زاده بازرگانی**

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور انجام شده است. **مواد و روش کار:** آزمودنی‌ها ۴۵ زن نابارور و ۴۵ زن بارور مراجعه کننده به کلینیک‌های ناباروری و زنان و زایمان بیمارستان امام خمینی تهران بودند که با تکمیل پرسش‌نامه وضعیت جنسی گلوبوک-راست و مقیاس سلامت روانی در پژوهش شرکت کردند. برای تحلیل داده‌ها، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون‌های آماری برای گروه‌های مستقل، تحلیل واریانس و آزمون توکی به کار برده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور سلامت روانشناختی کمتر ($p < 0/001$) و درماندگی روانشناختی بیشتری ($p < 0/001$) دارند. هم‌چنین زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور از مشکلات جنسی بیشتری رنج می‌برند. این بررسی هم‌چنین بین متغیرهای مدت ناباروری و مشکلات جنسی زنان نابارور همبستگی مثبت نشان داد و بین میانگین نمره‌های سه گروه زنان نابارور (یعنی زنانی که خود علت ناباروری بودند، زنانی که شوهرانشان علت ناباروری بودند و زنانی که علت ناباروریشان ناشناخته بود) در مورد متغیرهای سلامت روانشناختی، درماندگی روانشناختی و مشکلات جنسی تفاوت معنی‌دار دیده نشد. **نتیجه گیری:** شاخص‌های مربوط به سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان نابارور و زنان بارور متفاوت است.

کلیدواژه: ناباروری، سلامت روانی، مشکلات جنسی

مقدمه

درجه یک (دوهرنوند^۸ و دوهرنوند، ۱۹۷۴، ۱۹۸۱) که واکنش سوگ را به دنبال دارد (بویارسکی^۹ و بویارسکی، ۱۹۸۳)، توصیف شده است و ۱۲٪ تا ۱۶٪ از همسران آن را تجربه می‌کنند (ابی^{۱۰}، اندروز^{۱۱} و هالمن^{۱۲}، ۱۹۹۱؛ کراتنیک^{۱۳}، دنلوک^{۱۴} و پاتینسون^{۱۵}، ۱۹۹۳).

ناباروری^۱ به عنوان شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون پیش‌گیری (بنسون^۲، ۱۹۸۳)، یکی از تجربه‌های تلخ زندگی (فریمن^۳، بوکسر^۴، ریکلز^۵، تورک^۶ و مسترویانی^۷، ۱۹۸۵)، قابل مقایسه با مرگ یکی از بستگان

* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار دانشگاه تهران، گروه روانشناسی، صندوق پستی ۶۴۵۶-۱۴۱۵۵ (نویسنده مسئول).

E-mail: besharat2000@yahoo.com

** دانشجوی دوره دکترای روانشناسی سلامت.

- | | | |
|----------------|---------------|---------------|
| 1- infertility | 2- Benson | 3- Freeman |
| 4- Boxer | 5- Rickels | 6- Tureck |
| 7- Mastroianni | 8- Dohrenwend | 9- Boyarsky |
| 10- Abbey | 11- Andrews | 12- Halman |
| 13- Korpatnick | 14- Daniluk | 15- Pattinson |

درماندگی روانشناختی بیشتری هستند؛ ۲) زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور دارای مشکلات جنسی بیشتری هستند. با توجه به تأثیرات احتمالی متغیرهای مدت و علت (یعنی طول دوره ناباروری و این که علت ناباروری زن باشد یا شوهر) بر شاخص‌های سلامت روانی و مشکلات جنسی، هدف دیگر پژوهش بررسی رابطه مدت و علت ناباروری با سلامت روانشناختی، درماندگی روانشناختی و مشکلات جنسی در زنان نابارور بود.

مواد و روش کار

جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان بارور و نابارور تشکیل داده‌اند که طی دوره ۵ ماهه (از مهر ماه تا بهمن ماه ۱۳۸۲) به کلینیک ناباروری و کلینیک زنان و زایمان بیمارستان امام خمینی برای درمان، دریافت خدمات مربوط به مراقبت‌های دوره بارداری و پیشگیری از بارداری مراجعه کرده بودند. نداشتن سابقه بیماری جسمانی یا روانی برای خود، همسر و فرزندان و نبود رخداد ناگوار در زندگی، شش ماه پیش از انجام پژوهش، به عنوان معیارهای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به کمک مصاحبه اولیه با بیمار و بازخوانی پرونده پزشکی وی مورد بررسی قرار گرفتند. بر پایه این معیارها، ۹۰ مراجعه کننده شامل ۴۵ زن نابارور و ۴۵ زن بارور به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و پرسش نامه‌های «وضعیت جنسی گلوبوک-راست»^{۴۰} و «سلامت روانی»^{۴۱} در مورد آنها اجرا گردید. در این پژوهش، آزمون‌های آماری

در این راستا زنان که به‌ویژه برای مادر شدن تربیت می‌شوند بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند (اتوود^۱ و دوبکین^۲، ۱۹۹۲؛ ادلمن^۳ و کونولی^۴، ۱۹۹۶؛ ابی و همکاران، ۱۹۹۱؛ رید^۵، ۱۹۸۷؛ کوک^۶، ۱۹۸۷؛ متیوز^۷ و متیوز، ۱۹۸۶). بررسی‌ها نشان داده‌اند که پس از یک سال اول ازدواج، فشار بر همسران برای بچه‌دار شدن افزایش می‌یابد و طی سال‌های سوم و چهارم به بیشترین میزان می‌رسد (پورتر^۸ و کریستوفر^۹، ۱۹۸۴).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه استرس‌زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روانشناختی شامل کاهش سطح عزت‌نفس^{۱۰}، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خودکوچک‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی^{۱۱} و مشکلات زناشویی^{۱۲} همراه است (بویارسکی و بویارسکی، ۱۹۸۳؛ لیبوم^{۱۳}، ۱۹۹۳؛ مالمستد^{۱۴}، ۱۹۸۵؛ مورو^{۱۵}، تورسن^{۱۶} و پنی^{۱۷}، ۱۹۹۵؛ هینس^{۱۸}، کالان^{۱۹}، تری^{۲۰} و گالویس^{۲۱}، ۱۹۹۲). بررسی آسیب‌پذیری بیشتر زنان در رویارویی با بحران ناباروری، مشکلات ناشی از ناباروری آنها را که یکی از هدف‌های این پژوهش است، توجیه می‌کند.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که جمعیت نابارور در مقایسه با جمعیت عمومی از عزت‌نفس پایین‌تر و رضایت جنسی و زناشویی کمتر (ابی و همکاران، ۱۹۹۱، ۱۹۹۲؛ کالان، ۱۹۸۷؛ کدم^{۲۲}، میکولینسر^{۲۳} و ناتانسون^{۲۴}، ۱۹۹۰؛ گیسون و میرز، ۲۰۰۰) رنج می‌برند، در حالی که برخی دیگر از پژوهش‌ها چنین تفاوت‌هایی را تأیید نکرده‌اند (ادلمن و کونولی، ۱۹۹۶؛ برند^{۲۵}، روس^{۲۶} و وندرمر^{۲۷}، ۱۹۸۲؛ پالسون^{۲۸}، هارمن^{۲۹}، سالرنو^{۳۰} و اسمر^{۳۱}، ۱۹۸۸؛ دنیلوک، ۱۹۸۸؛ شاور^{۳۲}، کولینز^{۳۳} و ریچاردز^{۳۴}، ۱۹۹۲؛ فریمن، گارسیا^{۳۵} و ریکلز^{۳۶}، ۱۹۸۳). پژوهش‌های انجام شده در زمینه کنش‌وری روانشناختی زنان نابارور نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی آنها کاملاً شبیه ویژگی‌های شخصیتی گروه گواه است (ادلمن و کونولی، ۱۹۹۶؛ کالان و هنسی^{۳۷}، ۱۹۸۸).

آیا «ناباروری» به‌ویژه در زنان، می‌تواند شاخص‌های سلامت روانی مانند سلامت روانشناختی^{۳۸}، درماندگی روانشناختی^{۳۹} و مشکلات جنسی را تحت تأثیر قرار دهد؟ فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از: ۱) زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور دارای سلامت روانشناختی کمتر و

1- Atwood	2- Dobkin
3- Edelman	4- Connolly
5- Reed	6- Cook
7- Matthews	8- Porter
9- Christopher	10- self-esteem
11- sexual dysfunction	12- marital problems
13- Leiblum	14- Mahlstedt
15- Morrow	16- Thoreson
17- Penney	18- Hynes
19- Callan	20- Terry
21- Gallois	22- Kedem
23- Mikulincer	24- Nathanson
25- Brand	26- Roos
27- Van der Merwe	28- Paulson
29- Harrmann	30- Salerno
31- Asmar	32- Schover
33- Collins	34- Richards
35- Garcia	36- Rickels
37- Hennessey	38- psychological health
39- psychological helplessness	
40- The Golombok- Rust Inventory of Sexual State	
41- Mental Health Inventory	

زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۶۰ و ۱۰۰ است. در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه‌ای از همسران نابارور ایرانی اجرا شد، آلفای کرونباخ ماده‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها برای زنان به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ و برای مردان ۰/۸۸ و ۰/۹۱ به دست آمد (بشارت، ۱۳۷۹). ضرایب همبستگی بازآزمایی با فاصله دو هفته برای یک نمونه دانشجویی به ترتیب ۰/۸۷ برای سلامت روانشناختی و ۰/۸۵ برای درماندگی روانشناختی و با فاصله یک هفته برای نمونه‌ای از همسران نابارور به ترتیب ۰/۸۳ برای سلامت روانشناختی و ۰/۸۷ برای درماندگی روانشناختی بود (همان‌جا).

داده‌های گردآوری شده به کمک آزمون آماری t ، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان نابارور ۲۸/۸ سال (انحراف معیار ۴/۶۸، دامنه = ۲۲-۳۹) و میانگین سنی زنان بارور ۳۲/۹ سال (انحراف معیار ۷/۲۱، دامنه = ۲۱-۴۸) بود. علت ناباروری در ۱۶ مورد (۳۵/۶٪) مربوط به زن، در ۱۷ مورد (۳۷/۸٪) مربوط به مرد و در ۱۲ مورد (۲۶/۶٪) ناشناخته بود. آزمون t مستقل برای مقایسه زنان نابارور و زنان بارور بر حسب متغیرهای سلامت روانی و مشکلات جنسی در **جدول ۱** ارایه شده است. میانگین نمره سلامت روانشناختی زنان نابارور (۲/۷۲) در مقایسه با میانگین نمره سلامت روانشناختی زنان بارور (۳/۷۰) کمتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است. هم‌چنین میانگین نمره درماندگی روانشناختی زنان نابارور (۳/۵۲) در مقایسه با میانگین نمره درماندگی روانشناختی زنان بارور (۲/۵۷) بیشتر بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است (**جدول ۱**). این یافته نشانه وجود سلامت روانی کمتر در زنان نابارور و در تأیید فرضیه نخست پژوهش است.

مقایسه مشکلات جنسی دو گروه به کمک آزمون آماری t نشان داد که میانگین نمره کلی مشکلات جنسی زنان نابارور (۴۷/۱۷) در مقایسه با میانگین نمره کلی مشکلات جنسی زنان

ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t برای گروه‌های مستقل، تحلیل واریانس و آزمون توکی برای تحلیل آماری داده‌ها به کار برده شد.

پرسش‌نامه وضعیت جنسی گلوببوک-راست (گلوببوک^۱ و راست^۲): یک آزمون ۲۸ سؤالی است. پرسش‌ها در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، نوع و شدت مشکلات جنسی را در هفت زمینه و دو فرم جداگانه برای زنان و مردان از نمره صفر تا چهار می‌سنجد. کمترین نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و بیشترین نمره ۱۱۲ است. زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه زنان شامل نافرآوانی^۳، نبود ارتباط^۴، ناکامروایی^۵، اجتنابگری^۶، ناشهوت‌انگیزی^۷، انقباض مهلی^۸ و بی‌ارگاسمی^۹؛ و زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه مردان شامل ناتوانی جنسی^{۱۰}، انزال زودرس^{۱۱}، ناشهوت‌انگیزی، اجتنابگری، ناکامروایی، نافرآوانی و نبود ارتباط می‌باشد. افزون بر نمره‌های تراز شده زیرمقیاس‌ها، نمره کل تراز شده هر آزمودنی شدت و ضعف مشکلات جنسی وی را در یک پیوستار نه درجه‌ای از نمره یک، کمترین میزان مشکل جنسی، تا نمره نه، بیشترین میزان مشکل جنسی نشان می‌دهد.

فرم فارسی این پرسش‌نامه برای یک نمونه ۴۵ نفری از زنان و یک نمونه ۵۸ نفری از مردان مراجعه‌کننده برای درمان اختلال‌های جنسی به کار برده شد (بشارت و فیروزی، ۱۳۸۲). ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس برای زن‌ها ۰/۸۴ و برای مردها ۰/۷۹ بود. ضرایب همبستگی بازآزمایی با فاصله یک هفته برای آزمودنی‌های زن ۰/۹۱ به دست آمد. در بررسی دیگری بر روی ۴۵ زوج نابارور (بشارت، حسین‌زاده بازرگانی و میرزمانی، ۱۳۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها برای آزمودنی‌های زن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و برای آزمودنی‌های مرد به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۸۷ بود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله سه هفته برای زنان ۰/۸۹ و برای مردان ۰/۹۲ بود.

پرسش‌نامه سلامت روانی (ویت^{۱۲} و ویر^{۱۳}): یک آزمون ۳۴ سؤالی است و دو وضعیت سلامت روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره یک تا پنج می‌سنجد. کمترین نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سلامت روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و بیشترین نمره آزمودنی در همین

1- Golombok	2- Rust
3- infrequency	4- non-communication
5- dissatisfaction	6- avoidance
7- non-sexuality	8- vaginismus
9- anorgasmia	10- impotence
11- premature ejaculation	12- Veit
13- Ware	

جدول ۲- ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای سلامت روانی و مشکلات جنسی با مدت ناباروری

متغیر	مدت ناباروری	
	ضریب	معنی داری
سلامت روانی		
سلامت روانشناختی	۰/۰۰	N.S.
درماندگی روانشناختی	۰/۱۶	N.S.
مشکلات جنسی		
کلی	۰/۱۰	N.S.
نافراوانی	۰/۰۰	N.S.
نبود ارتباط	۰/۳۵	۰/۰۵
ناکامروایی	۰/۲۱	N.S.
اجتنابگری	۰/۱۳	N.S.
ناشهوت‌انگیزی	۰/۱۵	N.S.
انقباض مهبل	-۰/۰۷	N.S.
بی‌ارگاسمی	-۰/۱۰	N.S.

آماره معنی‌دار نبود. بین مدت ناباروری و سلامت روانشناختی رابطه‌ای دیده نشد (جدول ۲).

نتایج تحلیل واریانس بین میانگین نمره‌های سه گروه زنان نابارور (یعنی زنانی که خود علت ناباروری بودند، زنانی که شوهرانشان علت ناباروری بودند و زنانی که علت ناباروریشان ناشناخته بود) در مورد متغیرهای سلامت روانشناختی، درماندگی روانشناختی و مشکلات جنسی تفاوت معنی‌دار نشان نداد. «نافراوانی» تنها متغیری است که تفاوت نمره‌های سه گروه زنان نابارور در مورد آن معنی‌دار بود (جدول ۳).

مقایسه سه گروه زنان نابارور در مورد «نافراوانی»، بر حسب علت ناباروری به کمک آزمون توکی نشان داد که این معنی‌داری ($p < 0.01$) مربوط به تفاوت میانگین نمره نافراوانی زنان «شوهر نابارور» (۶/۶۴) با میانگین نمره نافراوانی زنان «خود نابارور» (۳/۱۸) است. این یافته گویای آن است که فراوانی آمیزش جنسی زنانی که شوهرانشان علت ناباروری تشخیص داده شده‌اند در مقایسه با زنانی که خودشان علت ناباروری به‌شمار می‌آیند، به صورت معنی‌دار کمتر است.

جدول ۱- مقایسه زنان بارور و نابارور بر حسب متغیرهای سلامت روانی و مشکلات جنسی

متغیر	میانگین (انحراف معیار)	نمره ^a *
سلامت روانی		
سلامت روانشناختی	۲/۷۲ (۰/۵۷)	۱۰/۰۲****
بارور	۳/۷۰ (۰/۳۲)	
درماندگی روانشناختی	۳/۵۲ (۰/۶۴)	۷/۵۹****
نابارور	۲/۵۷ (۰/۵۳)	
مشکلات جنسی		
کلی	۴۷/۱۷ (۱۶/۸۲)	۵/۸۹****
نابارور	۲۷/۸۰ (۱۴/۲۷)	
نافراوانی	۵/۰۲ (۲/۷۹)	۲/۶۱***
بارور	۳/۵۵ (۲/۵۱)	
فقدان ارتباط	۴/۸۰ (۳/۲۸)	-۰/۳۴
نابارور	۴/۸۲ (۲/۸۷)	
ناکامروایی	۹/۱۱ (۴/۶۴)	۶/۱۳****
بارور	۳/۷۷ (۳/۵۲)	
اجتنابگری	۶/۸۶ (۳/۷۱)	۶/۰۳****
بارور	۲/۷۵ (۲/۶۵)	
ناشهوت‌انگیزی	۲/۲۶ (۳/۳۱)	-۰/۲۲
نابارور	۲/۴۲ (۳/۱۲)	
انقباض مهبل	۴/۴۸ (۴/۰۵)	۲/۱۶**
بارور	۲/۶۶ (۳/۹۴)	
بی‌ارگاسمی	۹/۱۷ (۴/۷)	۵/۷۲****
نابارور	۴/۲۶ (۳/۳۱)	

* $df=88$ ، ** $p < 0.05$ ، *** $p < 0.01$ ، **** $p < 0.001$

بارور (۲۷/۸۰) بیشتر و این تفاوت از نظر آماره معنی‌دار است (جدول ۱). این یافته نیز نشانه وجود مشکلات جنسی بیشتر در زنان نابارور و در تأیید فرضیه دوم پژوهش می‌باشد.

این بررسی بین متغیرهای مدت ناباروری و مشکلات جنسی زنان نابارور همبستگی مثبت نشان داد، به بیان دیگر با افزایش مدت ناباروری، مشکلات جنسی زنان نابارور هم افزایش می‌یابد و برعکس. اما تأثیر مدت ناباروری بر مشکلات جنسی زنان نابارور، معنی‌دار نبود. ضریب همبستگی مشابه بین مدت ناباروری و درماندگی روانشناختی نیز از نظر

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس در مورد رابطه علت ناباروری با سلامت روانی و مشکلات جنسی

متغیر	زن			نامشخص
	میانگین	شوهر	میانگین	
F*	(انحراف)	(انحراف)	(انحراف)	میانگین
	(معیار)	(معیار)	(معیار)	(انحراف)
	(معیار)	(معیار)	(معیار)	معیار
سلامت روانی				
۱/۸۸	۲/۵۱	۲/۸۷	۲/۸۱	بهزیستی روانشناختی
	(۰/۶۵)	(۰/۴۵)	(۰/۵۵)	
۱/۹۲	۳/۷۷	۳/۴۱	۳/۳۵	درماندگی روانشناختی
	(۰/۷۱)	(۰/۵۲)	(۰/۶۳)	
مشکلات جنسی				
۰/۴۶۱	۴۴/۷۵	۵۰/۲۳	۴۶/۰۸	کلی
	(۱۸/۱۲)	(۱۵/۹۵)	(۱۷/۰۴)	
**۸/۵۲	۳/۱۸	۶/۶۴	۵/۱۶	نافراوانی
	(۲/۲۸)	(۲/۳۷)	(۲/۶۲)	
۲/۴۴	۵/۶۲	۵/۲۳	۳/۰۸	نبود ارتباط
	(۳/۹۳)	(۲/۸۶)	(۲/۳۹)	
۰/۰۷۴	۸/۷۵	۹/۳۵	۹/۲۵	ناکامروایی
	(۴/۲۸)	(۵/۰۷)	(۴/۸۴)	
۰/۰۹۵	۶/۶۲	۷/۱۷	۶/۷۵	اجتنابگری
	(۳/۸۴)	(۳/۲۶)	(۴/۳۹)	
۰/۰۱۷	۲/۱۸	۲/۲۳	۲/۴۱	ناشهوآنگیزی
	(۳/۴۴)	(۳/۷۸)	(۲/۶۴)	
۰/۴۶۰	۴/۷۵	۳/۷۶	۵/۱۶	انقباض مهبل
	(۳/۴۳)	(۴/۵۲)	(۴/۳۰)	
۰/۳۹۲	۱۰	۸/۸۸	۸/۵	بی‌ارگاسمی
	(۴/۵۷)	(۴/۹۹)	(۴/۶۷)	

*df=۲ ، **p<۰/۰۰۱

فیروزی، ۱۳۸۲؛ گیسون و میرز، ۲۰۰۰؛ مور و همکاران، ۱۹۹۵) هم‌خوانی دارد به کمک چند احتمال تبیین می‌شود.

ناباروری زن، شایستگی‌های فردی و اجتماعی وی یعنی احساس ارزش «مادری» و «همسری» را زیر سؤال می‌برد (اتوود و دوبکین، ۱۹۹۲؛ ادلمن و کونولی، ۱۹۹۶؛ رید، ۱۹۸۷؛ کوک، ۱۹۸۷؛ شفر، ۱۹۹۲) و معنی، هدف ازدواج و ادامه زندگی را با خطر روبرو می‌کند (متیوز و متیوز، ۱۹۸۶). تردیدها و تهدیدهای یادشده که به دلیل ناکامی ناباروری پدید می‌آیند، مسئولیت بخشی از درماندگی‌های روانشناختی و اختلال در سلامت روانی زن نابارور را بر عهده دارند.

در موقعیت ناباروری، زنان مسئولیت بیشتری را برای ناباروری متوجه خود می‌دانند (ابی و همکاران، ۱۹۹۱؛ دنیلوک، ۱۹۹۷) و شوهران نیز زنان را مسئول ناباروری می‌پندارند (ابی و همکاران، ۱۹۹۱)، حتی هنگامی که شوهر خود عامل ناباروری باشد (گیسون و میرز، ۲۰۰۰). اسناد سرزنش به زن چه از سوی همسر و چه به صورت خودسرزنشگری، می‌تواند بر سلامت روانی وی اثر بگذارد. وجود این منابع استرس و آسیب برای زن نابارور، شاخص‌های سلامت روانی وی را در مقایسه با زن بارور در موقعیتی ضعیف‌تر قرار می‌دهد.

درگیری‌های جسمانی، عاطفی و آزمایش‌های دشوار و گاهی توان‌فرسای پزشکی در مورد زنان نابارور به‌طور کلی نگران‌کننده و ناخوشایند هستند (ویلیامز^۱، بیسکچوف^۳ و لودز^۴، ۱۹۹۲) و با نشانگان سوگ، انکار، عصبانیت، اضطراب، افسردگی و اختلال در عزت‌نفس و تصور بدنی همراه است (ابی و همکاران، ۱۹۹۲؛ استیوارت^۵ و روبینسون^۶، ۱۹۸۹؛ برن، ۱۹۸۹؛ جونز^۷ و هانتز^۸، ۱۹۹۶؛ دنیلوک، ۱۹۸۸؛ کونولی، ادلمن و کوک^۹، ۱۹۸۷)، در حالی که این درگیری‌ها برای زنان بارور به‌طور کلی خوشایند هستند و در جهت تقویت احساس ارزش «مادری» و «همسری»، شایستگی شخصی و افزایش اعتماد به نفس عمل می‌کنند.

نتایج پژوهش نشان داد که زنان نابارور بیش از زنان بارور از مشکلات جنسی رنج می‌برند. این یافته با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های پیشین (ابی و همکاران، ۱۹۹۱؛ بشارت، ۱۳۸۰؛

بحث

این پژوهش نشان داد که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور از سلامت روانی کمتری برخوردارند. این یافته که با یافته‌های پژوهش‌های پیشین در مورد مشکلات روانشناختی جمعیت نابارور (برای مثال ابی و همکاران، ۱۹۹۲؛ بشارت و

1- Myers
2- Williams
3- Biscchoff
4- Ludes
5- Stewart
6- Robinson
7- Jones
8- Hunter
9- Cooke

هنجاریابی فرم فارسی پرسش‌نامه وضعیت گلوبوک-راست، یکی از ابزارهای به کار برده شده در این پژوهش، هنوز کامل نشده است، حجم نمونه به قدر کافی بزرگ نیست، و طرح پژوهش از نوع مقطعی است. پیشنهاد می‌شود سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور دارای موقعیت‌های اجتماعی-اقتصادی متفاوت به‌عنوان پژوهشی که یافته آن بتواند تکمیل‌کننده یافته‌های پژوهش حاضر باشد، انجام شود. مقایسه وضعیت سلامت روانی و مشکلات جنسی مردان بارور و نابارور نیز در همین راستا یک ضرورت به‌شمار می‌رود.

سپاسگزاری

از همکاری دکتر انسیه شاهرخ تهرانی‌نژاد در کلینیک ناباروری و کلینیک زنان و زایمان بیمارستان امام خمینی تهران، مسئولان بیمارستان و کلینیک‌های یادشده، هم‌چنین خانم‌هایی که در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۴/۲۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۸/۱۱؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۸/۲۷

منابع

- بشارت، محمدعلی (۱۳۷۹). نقش سبک دلبستگی زوجین بر سازش روانشناختی با ناباروری. *فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری*، سال دوم، شماره پنجم، ۱۷-۲۵.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با مشکلات زناشویی در زوجین نابارور. *تازه‌های روان‌رمانی*، سال پنجم، شماره ۱۹ و ۲۰، ۵۵-۶۶.
- بشارت، محمدعلی؛ حسین‌زاده بازرگانی، روحیه؛ میرزمانی، محمود (۱۳۸۲). مشکلات جنسی زوجین نابارور. *فصلنامه پژوهش در علوم رفتاری*، شماره ۲، ۱۳-۸.
- بشارت، محمدعلی؛ فیروزی، منیژه (۱۳۸۲). مقایسه زنان و مردان نابارور بر حسب سبک دلبستگی و سازش روانشناختی با ناباروری. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی*، شماره ۲، ۴۷-۲۵.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۳). اعتباریابی مقیاس سلامت روانی. *فصلنامه دانشور رفتار*، پذیرفته شده برای چاپ.

بویارسکی و بویارسکی، ۱۹۸۳؛ دنیلوک، ۱۹۹۷؛ روال^۱، اسلد^۲، باک^۳ و لیبرمن^۴، ۱۹۸۷؛ لیلوم، ۱۹۹۳؛ هیرش^۵ و هیرش، ۱۹۸۸) هم‌سویی دارد.

از یک سو فعالیت‌های جنسی با شروع ناباروری از هدف‌های تولید مثل و باروری جدا شده، کسب لذت را با مشکلات گوناگون مانند نافرآوانی، ناکامروایی، اجتنابگری، ناشهوت‌انگیزی و امثال آن همراه می‌سازد، و از سوی دیگر به دلیل تمرکز بر هدف‌های معمولاً تحقق‌ناپذیر زیستی و اجتماعی تولید مثل و پیامدهای روانشناختی نامطلوب آن به تقویت فزاینده رابطه شرطی زناشویی- ناکامی می‌انجامد و به‌صورت غیرمستقیم مشکلات جنسی را افزایش می‌دهد.

ناباروری با کم‌رنگ کردن احساسات «مادری» و «همسری»، تهدید هدف ازدواج و ادامه زندگی، تشدید احساس خودکوچک‌بینی و گناه، سرزنشگری، نگرانی‌ها و نشانگان مرتبط با درگیری‌های جسمانی، عاطفی و پزشکی شامل سوگ، انکار، عصبانیت، اضطراب، افسردگی و به‌ویژه اختلال در عزت نفس و تصویر بدنی، رفتار و رضایت جنسی زن نابارور را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سازوکارهای یادشده هر یک به‌عنوان عاملی استرس‌زا و بازدارنده در برابر فعالیت بهنجار تمایلات و کنش‌وری جنسی فعال می‌شوند و تفاوت میان مشکلات جنسی دو گروه زنان نابارور و بارور را توجیه می‌کنند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که طول مدت ناباروری و این که زن علت ناباروری باشد، تأثیری بر شاخص‌های سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان نابارور ندارد. این یافته‌گویای آن است که در مورد زنان، اصل ناباروری صرف نظر از طول مدت و عامل ناباروری، تعیین‌کننده وضعیت سلامت روانی و مشکلات جنسی خواهد بود.

احساس مسئولیت‌پذیری زنان نابارور در زمینه ناباروری که بر پایه یافته‌های پیشین (ابی و همکاران، ۱۹۹۱؛ گیسون و میرز، ۲۰۰۰) حتی در صورتی که شوهران علت ناباروری باشند نیز زنان سرزنش می‌شوند، یافته بالا را در زمینه نبود رابطه معنی‌دار بین علت ناباروری و شاخص‌های سلامت روانی و مشکلات جنسی توجیه می‌کند.

یافته‌های پژوهش نشان دهنده تفاوت زنان نابارور و بارور از نظر شاخص‌های سلامت روانی و مشکلات جنسی هستند. آزمودنی‌های پژوهش حاضر افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان برای اقدامات پزشکی بودند و این نمونه‌ها نمی‌توانند نمونه‌های معرف زنان نابارور و بارور جامعه باشند؛ مراحل

1- Raval
3- Buch
5- Hirsch

2- Slade
4- Lieberman

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1991). Gender's role in responses to infertility. *Psychology of Women Quarterly*, *15*, 295-316.
- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1992). Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*, *54*, 408-417.
- Atwood, J. D., & Dobkin, S. (1992). Storm clouds are coming: Ways to help reconstruct the crisis of infertility. *Contemporary Family Therapy*, *14*, 385-403.
- Benson, R. C. (1983). *Handbook of obstetrics and gynecology*. Los Altos, CA: Lange Medical Publisher.
- Boyarsky, R., & Boyarsky, S. (1983). Psychogenic factors in male infertility: A review. *Medical Aspects of Human Sexuality*, *17*, 86h-86q.
- Brand, H. J. (1989). The influence of sex differences on the acceptance of infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *7*, 129-131.
- Brand, H. J., Roos, S. S., & Van der Merwe, A. B. (1982). Psychological stress and infertility part1: Psychological reaction patterns. *British Journal of Medical Psychology*, *55*, 379-384.
- Callan, V. J., & Hennessey, J. F. (1988). Psychological adjustment to infertility: A unique comparison of two groups of infertile women, mothers and women childless by choice. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *7*, 105-112.
- Connolly, K. J., Edelmann, R. J., & Cooke, I. D. (1987). Distress and marital problems associated with infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *5*, 49-57.
- Cook, E. P. (1987). Characteristics of the bio-psychosocial crisis of infertility. *Journal of Counseling and Development*, *65*, 465-470.
- Daniluk, J. C. (1988). Infertility: Intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, *49*, 982-990.
- Daniluk, J. C. (1997). Gender and infertility. In SR Leiblum (Ed.) *Infertility: Medical, ethical, and psychological perspectives* (p.p. 103-125). New York: Wiley.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful life events and their contexts*. New York: Neale Watson.
- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). *Stressful life events: their nature and effect*. New York: Wiley.
- Edelman, R. J., & Connolly, K. J. (1986). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Psychology*, *59*, 209-219.
- Edelman, R. J., & Connolly, K. J. (1996). Sex role and emotional functioning in infertile couples: Some further evidence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *14*, 113-119.
- Freeman, E. W., Boxer, A. S., Rickels, K., Tureck, R., & Mastroianni, L. J. R. (1985). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertility and Sterility*, *43*, 48-53.
- Freeman, E. W., Garcia, C. R., & Rickels, K. (1983). Behavioral and emotional factors: Comparisons of anovulatory infertile women with fertile and other infertile women. *Fertility and Sterility*, *40*, 195-201.
- Gibson, D. M., & Myers, J. E. (2000). Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling and Development*, *78*, 400-410.
- Golombok, S., & Rust, J. (1986) *The Golombok-Rust Inventory of Sexual State*. London: Nefer-Nelson.
- Hirsch, A. M., & Hirsch, S. M. (1988). The effect of infertility on marriage and self-concept. *Journal of Obstetrics and Gynecological Neonatal Nursing*, *18*, 13-20.
- Hynes, G. J., Callan, V. J., Terry, D. J., & Gallois, C. (1992). The psychological well-being of infertility women after a failed IVF attempt. *British Journal of Medical Psychology*, *65*, 269-278.
- Jones, S. C., & Hunter, M. (1996). The influence of context and discourse on infertility experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *14*, 93-111.
- Kedem, P., Mikulincer, M., Nathanson, Y. E., (1990). Psychological aspects of male infertility. *British Journal of Medical Psychology*, *63*, 73-80.
- Korpatnick, S., Daniluk, J., & Pattinson, H. A. (1993). Infertility: A non-event transition. *Fertility and Sterility*, *59*, 163-171.
- Leiblum, S. R. (1993). The impact of infertility on sexual and marital satisfaction. *Annual Review of Sex Research*, *4*, 99-120.
- Mahlstedt, P. P. (1985). The psychological component of infertility. *Family and Sterility*, *43*, 335-346.
- Matthews, R., & Matthews, A. M. (1986). Infertility and in-

- voluntary childlessness: The transition to non-parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 48, 641-649.
- McEwan, K. L., Costello, C. G., & Taylor, P. J. (1987). Adjustment to infertility. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 108-116.
- Morrow, K. A., Thoreson, R. W., & Penney, L. L. (1995). Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 163-167.
- Paulson, J. D., Harrmann, B. S., Salerno, R. L., & Asmar, P. (1988). An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility. *Fertility and Sterility*, 49, 258-262.
- Porter, N. L., & Christopher, F. S. (1984). Infertility: Towards an awareness of a need among family life practitioners. *Family Relations*, 33, 309-315.
- Raval, H., Slade, P., Buch, P., & Lieberman, B. E. (1987). The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationships. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 221-234.
- Reed, K. (1987). The effect of infertility on female sexuality. *Pre- and Perinatal Psychology*, 2, 57-62.
- Schover, L. R., Collins, R. L., & Richards, S. (1992). Psychological aspects of donor insemination: Evaluation and follow-up of recipient couples. *Fertility and Sterility*, 57, 583-590.
- Shepherd, J. (1992). Stress management and infertility. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 32, 353-356.
- Stewart, D. E., & Robinson, G. E. (1989). Infertility by choice or nature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 866-866.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Williams, L., Biscchoff, R., & Ludes, J. (1992). A bio-psychosocial model for treating infertility. *Contemporary Family Therapy*, 14, 309-322.