

تجارب روانی - اجتماعی قابل مشاوره در زنان مواجه با مشکلات باروری

دکتر بهزاد قربانی: * مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی، ابن سینا
زهره بهجتی اردکانی: مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی، ابن سینا
دکتر محمدمهدی آخوندی: مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولید مثل، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی، ابن سینا

فصلنامه پایش

سال ششم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۶ ۱۳۸۶ صص ۳۷۷-۳۷۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۲/۲۲

چکیده

مطالعات توصیفی مختلف مطرح نموده‌اند زوج‌های نا بارور، اشکال مختلف تنش روانی - هیجانی را متحمل می‌شوند که در نهایت می‌تواند آنها را مستعد افسردگی نماید و همین امر ممکن است احتمال بارور شدن را بیشتر از پیش کاهش دهد. از سوی دیگر دیده شده است نمرات شادمانی در میان افرادی که در روند درمان نا باروری شکست می‌خورند، نسبت به افرادی که موفق می‌شوند به وضوح پایین‌تر است. تمامی اینها لزوم جنبه‌های مختلف مشاوره را در تمام مراحل درمانی مطرح می‌نماید. در بررسی به عمل آمده، غالب مطالعات، زنان را در دو گروه نا بارور و کنترل قرار داده‌اند. گروه نا بارور، زنانی با مشکلات نا باروری هستند که در انتظار ART به سر می‌برند و گروه کنترل، زنانی با توزیع سنی مشابه هستند که حداقل یک فرزند داشته و نیز سابقه‌ای از ART نداشته‌اند. این دو گروه از طریق تکمیل پرسشنامه مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. گروه نا بارور میزان بالاتری از احساسات هیجانی منفی را نشان دادند (۶۹-۳۷ درصد). روابط جنسی و زناشویی زوج در گروه نا بارور بیشتر تحت تأثیر قرار گرفته بود. همچنین در زمان مشاوره، رضایتمندی ذهنی در گروه نا بارور به خصوص زنان با سابقه درمان ناموفق قبلی، اختلاف معناداری را با گروه کنترل نشان می‌داد که در زمینه خلق افسرده، حافظه و تمرکز، اضطراب و ترس و نیز جذابیت از نگاه دیگران بارزتر بود و اما شیوع اختلال افسردگی در گروه نا بارور ۲۵ درصد به دست آمد، در حالی که در گروه کنترل ۶/۸ درصد بود.

از مطالعات موجود، این طور برآورد می‌شود که زنان برخوردار از مشکلات باروری به خصوص آنهایی که جهت درمان خود تلاش می‌نمایند اما موفق نمی‌شوند، آشفتگی هیجانی پیدا می‌کنند که این امر ضرورت یک مشاوره حرفه‌ای را می‌طلبد که نه تنها بر احساسات و تجارب کنونی، بلکه بر سوابق گذشته زوج در خصوص نحوه برخورد با این موضوع توجه می‌نماید و از آنجا که اثبات نشده واکنش‌های روانی جدی در این افراد شایع باشد، لذا انجام مشاوره‌های روانی - اجتماعی مناسب می‌تواند نقش بسزایی در آماده سازی این افراد پیش از درمان، حین درمان و پس از انجام اقدامات درمانی ایفا نماید.

کلیدواژه‌ها: نا باروری، تنش روانی، افسردگی، اضطراب، مشاوره

* نویسنده پاسخگو: تهران، بزرگراه چمران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی، ابن سینا

تلفن: ۲۲۴۳۲۰۲۰

E-mail: bhzghorbani@yahoo.com

مقدمه

تقریباً ۱۰ درصد از زوج‌ها با آرزوی داشتن فرزند، دچار ناباروری هستند که خود به خود بر طرف نمی‌شود. بیشتر آنها لااقل در کشورهای غربی به دنبال کمک‌های پزشکی هستند و بعضی از آنان که مشکلات پایدار ناباروری دارند، از روش‌های کمک بارداری بهره می‌گیرند. مدارک و شواهد، مؤید این مطلب است که زوجین در دوران تلاش برای باروری، بار روانی - اجتماعی قابل ملاحظه‌ای را تحمل می‌کنند [۱].

بر اساس مطالعات توصیفی مختلف، زوج‌های نابارور اشکال مختلف دیسترس روانی - هیجانی را متحمل می‌شوند که در نهایت می‌تواند آنها را مستعد افسردگی کند و همین امر ممکن است احتمال بارور شدن آنان را بیش از پیش کاهش دهد، هر چند شواهد موجود در این زمینه کمی متناقض است [۱].

در مقابل این عقیده رایج، که ناباروری به عنوان یک عامل دیسترس قابل ملاحظه شناخته می‌شود، در بیشتر مطالعات کنترل شده استاندارد اثبات نشده که واکنش‌های روانی جدی در این افراد شایع‌تر باشد و اگر چه ناباروری یک نقص سلامتی بر شمرده می‌شود، اما بار روانی - اجتماعی مرتبط با آن خیلی کمتر از سایر بیماری‌های جسمی است. ون کیپ و همکاران گزارش کردند که نمرات شادمانی در میان افرادی که در روند ناباروری شکست می‌خورند، نسبت به افرادی که موفق می‌شوند به وضوح پایین‌تر است. همچنین نمرات شادمانی زوجین نابارور زمانی که برای بررسی، تشخیص و درمان‌های کمکی روی می‌آورند (صرف نظر از نتیجه درمان) به سمت نمرات گروه بارور سوق می‌یابد. لذا مشاوره‌های روانی - اجتماعی مناسب ممکن است نقش بسزایی در آماده‌سازی این افراد پیش از درمان، حین درمان و پس از اقدامات درمانی ایفا نماید [۱].

مواد و روش کار

این مطالعه، یک مطالعه مروری است که به جنبه‌های مختلف مشاوره پرداخته است. سر فصل‌های عمده مشاوره در چهار گروه مجزا تفکیک و از طریق تکمیل پرسشنامه‌های مربوطه در غالب دو گروه زنان نابارور و گروه کنترل مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفتند. گروه نابارور، زنانی با مشکلات ناباروری هستند که در انتظار درمان (IVF و ART) به سر می‌برده‌اند و گروه کنترل، زنانی با

توزیع سنی مشابه هستند که حداقل یک فرزند داشته و سابقه‌ای نیز از درمان نداشته‌اند.

سر فصل‌های مورد مشاوره در برخورد با خانواده‌های نابارور نیز به شرح زیر است [۱]:

- ۱- بروز هیجانات منفی
- ۲- بروز علایم روان‌شناختی
- ۳- کیفیت زندگی
- ۴- استراتژی‌های مدارا

یافته‌ها

بر اساس سر فصل‌های مورد مشاوره یافته‌ها به ترتیب ارائه می‌شوند.

۱- بروز هیجانات منفی

احساسات هیجانی منفی موجود در زنان نابارور در جدول شماره ۱ دیده می‌شود. شیوع این احساسات در زنان نابارور (۶۹-۳۷ درصد) بسیار بیشتر از گروه کنترل (۲۴-۴ درصد) است [۲].

این به آن معناست که لازم است در حین مشاوره حرفه‌ای حتماً به آن پرداخته شود. البته شیوع این احساسات یکسان نیست. برخی شایع‌تر هستند، مثل خشم، دست‌پاچی، احساس افسردگی و برخی نیز کمتر شیوع دارند، مثل احساس گناه، شرم و انزوا. البته یقیناً احساسات شایع‌تر باید بیشتر مورد تأکید قرارگیرد [۲].

از جمله سؤالاتی که به این منظور می‌توان با بیمار در میان گذاشت عبارت هستند از: چرا تو؟ آرزو داشتی که مشکل ناباروری نداشتی؟ فکر می‌کنی مشکل خودش حل خواهد شد؟ فکر می‌کنی این مشکل قسمتی از زندگی است؟ به این ترتیب درباره احساسات بیماران سؤال شده، اجازه داده می‌شود بیمار خود را تخلیه هیجانی کند [۳].

۲- علایم روان‌شناختی

علایم روان‌شناختی در زنان نابارور در جدول شماره ۲ لیست شده است [۴].

همان طور که دیده می‌شود تفاوت‌های دو گروه در چهار خرده مقیاس اختلاف معناداری را دارد که عبارت هستند از: افسردگی، ترس، اضطراب، کاهش تمرکز و جذابیت از نگاه دیگران. هر چند در زمینه علایم جسمانی و اختلالات خواب اختلاف معنا دار نبود، ولی در گروه بیمار شیوع بیشتری را نشان داد. در مرور مقالات، شیوع اختلالات افسردگی در گروه نابارور، ۲۵ درصد به دست آمد. در

حالی که این اختلالات در گروه کنترل ۶/۸ درصد شیوع داشت. همه یافته‌های فوق به این معناست که پرداختن به علایم روان‌شناختی در حین مشاوره ضرورت دارد. به خصوص در زنانی که سابقه درمان نا موفق قبلی مثلاً یک دوره IVF نا موفق را داشته‌اند. توجه به علایم افسردگی، اضطراب، کاهش تمرکز و از دست دادن جذابیت از نگاه دیگران می‌تواند کمک برجسته‌ای به مراجع نماید [۴].

۳- کیفیت زندگی

کیفیت زندگی اصولاً ساختاری است که تعریف و اندازه‌گیری آن مشکل است، چون ارزش‌های فرهنگی و شخصی افراد معین می‌کند که چگونه کیفیت زندگی شخصی آنها ارزیابی می‌شود. در اینجا منظور از کیفیت یک ساختار چند بعدی از احساس شادمانی یا رضایت است که از طریق چشم‌انداز یک حس فردی از رضایت‌مندی وی از زندگی با توجه به آنچه برای زندگی خود قابل اهمیت می‌داند ارزیابی می‌شود. در مطالعه‌ای که توسط Van der Akker صورت گرفت از گروه بیمار و کنترل خواسته شد به پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی پاسخ دهند. پرسش‌هایی از قبیل این که «برای شما چقدر اهمیت دارد که یک بچه داشته باشید؟» می‌تواند سؤالاتی شروع‌کننده باشد. کیفیت زندگی در چهار حوزه به شرح زیر تقسیم بندی شده است [۱]:

خانواده، سلامت و عملکرد، روان‌شناختی، اقتصادی- اجتماعی

مهم‌ترین حوزه در این میان خانواده است که پرداختن به آن در حین مشاوره جزو ملزومات است به خصوص پرداختن به روابط جنسی و زناشویی زوجین نا بارور اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. در مقایسه گروه نا بارور و گروه کنترل دیده می‌شود. آسان صحبت کردن با همسر در زمینه نا باروری، حمایت شدن از جانب همسر، داشتن تفاهم دو طرفه، ارتباط دو طرفه، ارتباط نزدیک، تعداد دفعات مقاربت و علاقه‌مندی به داشتن آن و نیز رضایت‌مندی از روابط جنسی در گروه نا بارور پایین‌تر است [۱].

این یافته‌ها به این معناست که در امر مشاوره حرفه‌ای علاوه بر تمرکز بر احساسات و تجارب کنونی افراد نیاز است که حتماً به روابط زوج و آنچه در گذشته در راستای مدارا با مشکل خود در زندگی به کار می‌برده‌اند توجه داشت. به نظر می‌رسد تفهیم کیفیت زندگی به مراجعان طی جلسات مشاوره اهمیت بسیاری داشته باشد [۱].

۴- استراتژی‌های مدارا

استراتژی‌های مدارا، مکانیسم‌هایی است که افراد به صورت ارادی و برای رویارویی با مشکلات خود بر می‌گزینند. بیماران نا بارور نیز به منظور رویارویی با مشکل نازایی از یک سلسله مکانیسم‌های مدارا استفاده می‌کنند. این مکانیسم‌ها که ۱۴ معیار و ۵۳ سؤال را شامل می‌گردند عبارتند از [۳]:

- تخلیه هیجانات (Venting of emotions)

- جستجوی هیجان. حمایت اجتماعی (Seeking emotion. social support)

- جستجوی ابزاری. حمایت اجتماعی (Seeking instrum. social support)

- سرکوب اضطراب (Suppression of anxiety)

- مذهبی شدن (Turning to religion)

- استراتژی محروم‌سازی (Restraint coping)

- برنامه‌ریزی (Planning)

- رشد مثبت (Positive growth)

- عدم درگیری ذهنی (Mental disengagement)

- انکار (Denial)

- عدم درگیری رفتاری (Behavioural disengagement)

- الکلی شدن (Turning to alcohol)

- پذیرش (Acceptance)

- پذیرش فعال (Active coping)

مثلاً بیمار می‌گوید: «من هر گاه ناراحت می‌شوم اجازه می‌دهم هیجانات از من دور شود». بر اساس مفهوم این استراتژی‌ها از سه جنبه متمایز قابل تقسیم هستند:

۱- مدارا مبتنی بر مشکل، عمدتاً بر خود مشکل نا باروری تمرکز می‌کند مثل پذیرش نا باروری - برنامه‌ریزی جهت درمان، خویش‌داری. این جنبه به تقویت در مشاوره نیاز دارد.

۲- مدارا مبتنی بر هیجان. عمدتاً بر مسائل هیجانی بیمار تمرکز می‌کند مثل برون‌ریزی هیجانات - حمایت‌های اجتماعی، کاستن از اضطراب و روی آوردن به مذهب. این جنبه نیز لازم است در حین مشاوره تقویت شود.

۳- استراتژی‌های ناکارآمد مدارا. مثل انکار، روی آوردن به الکل، به هم ریختگی فکری و رفتاری. این جنبه لازم است در طول مشاوره به بحث گذاشته شده، به تدریج تضعیف شود [۵].

جدول شماره ۱- شیوع احساسات تجربه شده در زنانی که اقدامشان برای حاملگی موفق نبوده نسبت به گروه کنترل

P	بیماران (درصد)	کنترل (درصد)	
<۰/۰۰۱	۷۵/۵	۲۳/۳	تعجب
<۰/۰۰۱	۶۲/۷	۶/۰	شوکه شدن
<۰/۰۰۱	۳۷/۲	۴/۶	احساس شرم
<۰/۰۰۱	۷۷/۰	۱۹/۱	دستپاچگی
<۰/۰۰۱	۷۳/۳	۱۶/۵	خشم
<۰/۰۰۱	۵۰/۵	۴/۲	منزوی شدن
<۰/۰۰۱	۳۷/۴	۴/۲	احساس گناه
<۰/۰۰۱	۸۴/۴	۲۳/۷	احساس مصدومیت
<۰/۰۰۱	۷۷/۹	۱۱/۰	احساس افسردگی
<۰/۰۰۱	۴۴/۸	۴/۹	احساس بی کفایتی

جدول شماره ۲- علایم روان شناختی هنگام مطالعه، اندازه گیری شده با خرده مقیاس پرسشنامه سلامت زنان

P	بیماران	کنترل	
<۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۱۶	خلق افسرده
NS	۰/۳۳	۰/۳۰	علایم جسمی
<۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۲۰	حافظه/تمرکز
<۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۱۹	ترس/اضطراب
NS	۰/۳۶	۰/۳۳	مشکلات خواب
<۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۲۳	جذابیت

بحث و نتیجه گیری

سه فرضیه زیر در رابطه با کیفیت زندگی قابل بحث است:

۱- بیماران نا باروری که از سطح کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند و نیز شیوه برخورد بهتری را برقرار می نمایند، علایم روان شناختی کمتری را تجربه می کنند.

۲- بیماران نا باروری که از راهبردهایی برای مدارا کردن با این مشکل بهره مند هستند، سطح کیفیت زندگی بهتری داشته و از علایم روان شناختی کمتری برخوردار هستند. ۳- صرف نظر از این که چه روشی جهت درمان نازایی استفاده شود (از قبیل IVF، Adoption، Surrogacy، ART) هر جا که بیماران نا بارور صاحب فرزند شده اند، کیفیت زندگی بهتری داشته اند [۶]. تفاوت های هویتی بسیار چشمگیری در برخورد با نا باروری دیده می شود. دمی تنار و همکارانش از طریق یک فرایند تحریکی - حساسیت زدایی به

بررسی ارتباط مشخصه های خلقی و شخصیتی افراد با مسأله باروری - ناباروری آنها پرداختند [۵]. اما نتایج این بررسی تجسس بیشتری را می طلبد. چرا که هنوز تأثیر این مشخصه ها به طور کامل روشن نشده است. همچنین رابطه یک روش درمانی به خصوص از انواع روش های درمان نازایی با شیوه برخورد هر فرد نیز از جمله مسائلی است که می تواند در آینده مورد مطالعه قرار گیرد. چرا که مهم است که معین شود کدام یک از مکانیسم های مدارا کردن با فرایندهای مختلف درمانی، مرتبط است. نظر به این که تفاوت بیماران در نحوه برخورد خود با نازایی چشمگیر می باشد، جهت درمان مؤثر و نیز جهت انتخاب یک گزینه درمانی مطلوب برای هر بیمار لازم است یک مدل رفتاری - شناختی (CBT) مد نظر قرار داده شود که در حین مشاوره های پیش از درمان بیماران قابل اجرا خواهد بود [۷].

- 1- van den Akker OBA. Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. Patient Education and counseling 2005; 57: 183-89
- 2- Bjorn J. Psychosocial experiences in women facing fertility problems. Human Reproduction 1999; 14: 255-67
- 3- Gold Berg D. The General health questionnaire (GHQ-28), NFER-Nelson. Windsor: UK, 1978
- 4- Grail A. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. Social Science and Medicine 1997; 45: 1679-1704
- 5- Demyttenaere K, Nijs P. Evers-Kiebooms, Konin CKXP, coping and the ineffectiveness of coping influence the outcome of IVF through stress response. Psychoneuroendocrin 1992; 17: 655-65
- 6- Wirtberg I. Trying to become a family: or parents without children. Marriage and Family Review 1999; 28: 121-33
- 7- Ferber GM. An empathy-supporting approach to the treatment of infertile women. Psychotherapy 1995; 32: 437-42