

تأثیر مداخلات روانپزشکی در میزان رضایت زناشویی زوج‌های نابارور در یک مرکز تحقیقات بهداشت باروری

دکتر احمدعلی نوربالا*، دکتر فاطمه رمضان‌زاده**، دکتر حسین ملک‌الفضل‌ی اردکانی***، نسرین عابدی‌نیا****،
دکتر عباس رحیمی‌لروشانی*****، دکتر مامک شریعت*****

چکیده

هدف: این پژوهش تأثیر مداخلات روانپزشکی (دارویی - روان‌درمانی) را در میزان رضایت زناشویی زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج) در مجتمع بیمارستانی امام خمینی (تهران) بررسی نموده است. **روش:** این بررسی با طرحی مداخله‌ای، ۱۴۰ زوج را در دو گروه درمانی (۷۰ زوج) و گواه (۷۰ زوج)، با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به مدت ۶ ماه با داروی فلوکستین و روان‌درمانی شناختی-رفتاری و روان‌درمانی حمایتی، تحت درمان قرار داده است. ابزارهای به‌کار برده شده آزمون رضایت زناشویی (اینترچ)، مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی (هولمز-راهه) و پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بوده است. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های t ، χ^2 و رگرسیون لجستیک انجام شد.

یافته‌ها: درمان‌های روانپزشکی در طبقه تحصیلی دیپلم و بالاتر، زنان خانه‌دار، گروه سنی ۲۵-۱۹ سال، زوج‌های با طول مدت ازدواج و نازایی کمتر از ۵ سال و با علت ناباروری نامشخص، و افراد بدون استرس و کم‌استرس، افزایش رضایتمندی زناشویی معنی‌دار را در پی داشته‌اند ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی ناسازگاری‌های زناشویی در زوج‌های نابارور و مؤثر بودن مداخله روانی، باید توجه جدی به درمان‌ها در این گروه بیماران انجام شود. این امر سلامت روان و هم‌چنین بهبود کیفیت زندگی آنها را در پی خواهد داشت.

کلیدواژه: رضایت زناشویی، درمان دارویی، درمان‌های شناختی-رفتاری، روان‌درمانی حمایتی، ناباروری

* روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

E-mail: noorbala@yahoo.com

تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه. دورنگار: ۰۲۱-۵۵۴۱۹۱۱۳ (نویسنده مسئول).

** متخصص زنان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج).

*** اپیدمیولوژیست، استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

**** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج).

***** دکترای آمار حیاتی، استادیار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

***** متخصص بهداشت مادر و کودک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج).

روش

این بررسی از نوع مداخله‌ای است. جامعه پژوهش را زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده برای نخستین بار به درمانگاه ناباروری ولی عصر (عج) مجتمع بیمارستانی امام خمینی تشکیل دادند. با توجه هدف‌های پژوهش و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش (امضاء رضایت‌نامه اخلاقی) زوج‌ها در گروه‌های گواه و مداخله‌ای قرار می‌گرفتند. سپس پرسش‌نامه رضایت زناشویی اینریچ^۴، مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی^۵ (هولمز^۶ و راهه^۷، ۱۹۶۷) و پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی برای تکمیل به آنها داده می‌شد.

شمار آزمودنی‌های پژوهش در هر دو گروه مداخله و گواه، ۷۰ زوج بود (۱۴۰ زن و مرد در گروه گواه و ۱۴۰ زن و مرد در گروه مداخله) که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همتا شده بودند. آزمودنی‌ها به تصادف در دو گروه مداخله و گواه جای داده شدند. برای گروه مداخله، داروی فلوکستین^۸ توسط روانپزشک تجویز می‌شد، هم‌چنین درمان‌های شناختی- رفتاری و روان‌درمانی حمایتی توسط روانپزشک و روانشناس (کارشناس ارشد) ۸-۶ جلسه و به مدت ۶ ماه انجام شد. روان‌درمانی حمایتی از آغاز درمان شامل موارد زیر بود:

- ۱- بررسی وضعیت درمانی بیمار و دادن اطلاعاتی درباره علت ناباروری و درمان‌هایی که می‌بایستی متناسب با علت نازائی بر زوج‌ها انجام شود،
- ۲- تمرکز بر شرایط روحی، احساسی و عاطفی این افراد در ارتباط با خانواده، دوستان و سایر افراد و
- ۳- تمرکز بر عزت نفس این بیماران در ارتباط با همسر، دوستان و همکاران.

اجرای شیوه‌های شناختی- رفتاری در گروه درمانی شامل تمرین‌های آرام‌سازی^۹ عضلانی همراه با تجسم‌سازی ذهنی^{۱۰}، بیان عواطف و هیجانات^{۱۱}، انجام تمرینات روزانه ورزشی و پیاده‌روی، تغذیه مناسب، برنامه‌ریزی برای اوقات فراغت و فعالیت در حوزه‌های علمی، هنری، ورزشی متناسب با علایق فرد است. در این روش درمان شناختی با هدف تغییر در ساختارهای شناختی افراد شامل مواردی چون یادگیری شناخت افکار و الگوهای منفی شناختی، و تمایز ترس از

ناباروری یکی از بحران‌های زندگی به‌شمار می‌رود، استرس زیادی بر زوج‌های نابارور وارد می‌کند و می‌تواند از راه‌های مختلف سلامت روانی آنها را تهدید نموده و باعث اختلال در کیفیت زندگی زناشویی و کاهش صمیمت و ترس از پایان رابطه زناشویی، درماندگی و گاهی تظاهرات افسردگی بالینی و سایر اختلال‌های روانی شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه استرس‌زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روان‌شناختی از جمله کاهش سطوح عزت نفس، افزایش سطح تنش، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس حقارت، احساس ناکارآمدی، اختلال کارکرد جنسی و مشکلات زناشویی ارتباط دارد (منینگ^۱، ۱۹۸۰).

تأثیر روان‌شناختی ناباروری بر زندگی زناشویی زوجین نابارور اغلب با کشمکش‌ها و درگیری‌های خانوادگی همراه است. در بررسی‌های بسیاری افراد نابارور، نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواج‌شان اظهار کرده‌اند. دیویس^۲ به بررسی اثرهای ناباروری بر روابط شخصی، بین‌فردی و اجتماعی پرداخته و کناره‌گیری اجتماعی و استرس بیش از اندازه را در ارتباط‌های زناشویی، بین‌فردی و اجتماعی پیامد آن می‌داند (حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۲).

امروزه متخصصان ناباروری، روش‌های گوناگونی را برای درمان زوج‌های نابارور به کار می‌برند. درمان با روش‌های نوین باروری، پیچیده و با استرس فراوان همراه است. استرس و پیامدهای روانی آن ممکن است عامل مزاحمی در موفقیت درمانی به‌شمار رود. مسترز^۳ و همکاران (۱۹۸۷) اقدامات و درمان‌های پزشکی را برای دوره‌های کوتاه هر چند که بسیار دشوار باشند، قابل تحمل می‌دانند ولی درمان‌های پزشکی برای بیماری‌های بلندمدت را بسیار طاقت فرسا می‌شمارند. از این رو باید برای بیمارانی که دارای بیماری‌های مزمن هستند، خدماتی که افزون بر درمان پزشکی به بهبود کیفیت زندگی آنان می‌انجامد هم‌چون خدمات مشاوره و روان‌درمانی در کلینیک‌های ناباروری ارایه شود. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه کیفیت زندگی زنان نابارور، مشاوره و مداخله‌های روانی را لازمه کمک به این زنان دانسته‌اند (رجوعی، ۱۳۷۵). شناخت کیفیت زندگی و تأثیر مداخلات درمانی (روانپزشکی و مشاوره‌ای) در افراد نابارور می‌تواند گام مؤثری در رسیدن به این اهداف و مقدمه پژوهش‌ها و بررسی‌های دقیق‌تر و کامل‌تری در این زمینه در کشور باشد. این پژوهش به‌منظور بررسی رضایت زناشویی زوج‌های نابارور انجام شده است.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1- Menning | 2- Davis |
| 3- Masters | |
| 4- Enrich Marital Satisfaction Inventory | |
| 5- Social Readjustment Rating Scale | |
| 6- Holmes | 7- Rahe |
| 8- fluoxetine | 9- relaxation |
| 10- imagery | 11- emotional expression |

یافته‌ها

زنان مورد بررسی در گروه سنی ۴۱-۱۹ سال با میانگین ۲۶/۳ (انحراف معیار ۴/۴)، مردان در گروه سنی ۵۳-۲۲ سال با میانگین ۳۱/۱ (انحراف معیار ۵) و طول مدت ازدواج و ناباروری ۱-۲۰ سال با میانگین ۶/۴ (انحراف معیار ۴) بود. **جدول ۱** ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد بررسی را نشان می‌دهد.

یافته‌های مربوط به نگرش آزمودنی‌های پژوهش نسبت به ازدواج و ناباروری، تجربه استرس و سازوکارهای سازگاری در **جدول ۲** نشان داده شده است. همان‌گونه که **جدول ۳** نشان می‌دهد، ۴۳/۲٪ افراد مورد بررسی ازدواج را به دلیل ارج نهادن به سنت الهی، ضروری دانسته‌اند؛ ۳۴/۶٪ آنان در رویارویی با استرس از سازوکار سازگاری حل مشکل بهره می‌گرفته‌اند. هم‌چنین ۵۹٪ آنان تقدیر الهی (جبر) را در رویارویی با ناباروری پذیرفته‌اند.

در بررسی ارتباط رضایت زناشویی با جنسیت یافته‌ها نشان دادند که رضایت زناشویی مردان بیش از همسرانشان است و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ($p < 0.05$, $df=2$, $\chi^2=5.73$) (**جدول ۳**).

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و علت ناباروری در مردان و زنان مورد بررسی

| متغیرها | فراوانی (%) |
|--------------|--------------------------------------|
| وضعیت تحصیلی | ابتدایی ۴۵ (۳۲/۱) |
| (زنان) | راهنمایی - دبیرستان ۳۷ (۲۶/۴) |
| | دیپلم ۴۹ (۳۵) |
| | بالتر از دیپلم ۹ (۶/۴) |
| وضعیت تحصیلی | ابتدایی ۳۴ (۲۴/۳) |
| (مردان) | راهنمایی - دبیرستان ۵۲ (۳۷/۱) |
| | دیپلم ۴۰ (۲۸/۶) |
| | بالتر از دیپلم ۱۴ (۱۰) |
| وضعیت شغلی | شاغل ۱۵ (۱۰/۷) |
| | خانه‌دار ۱۲۵ (۸۹/۳) |
| علت ناباروری | علت مردانه ۹۲ (۳۲/۹) |
| | علت زنانه ۱۱۲ (۴۰) |
| | هر دو علت (زنانه - مردانه) ۴۸ (۱۷/۱) |
| | علت نامشخص ۲۸ (۱۰) |

واقعیت اجرا می‌گردد؛ برای نمونه این باور منفی افراد نابارور که "هرگز بچه دار نخواهم شد" به صورت "هر کاری انجام خواهم داد تا بتوانم باردار و بچه دار شوم" تغییر داده می‌شود.

گردآوری داده‌ها به کمک پرسش‌نامه رضایت زناشویی اینریچ، مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی (هولمز و راهه، ۱۹۶۷) و پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی انجام شد:

برای بررسی میزان رضایت زناشویی، پرسش‌نامه رضایت زناشویی اینریچ انتخاب شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۲ مقیاس است و برای بررسی رضایت زناشویی و تغییراتی که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد هم‌چنین تغییراتی که در خانواده پدید می‌آید حساس است. هر یک از موضوع‌های این پرسش‌نامه در ارتباط با یکی از زمینه‌های مهم است. ارزیابی این زمینه‌ها در درون یک رابطه زناشویی می‌تواند مشکلات بالقوه زوج‌ها را توصیف کند، یا می‌تواند زمینه‌های نیرومندی و تقویت آنها را مشخص نماید. این ابزار هم‌چنین می‌تواند به‌عنوان یک ابزار تشخیص برای زوج‌هایی که در جستجوی مشاوره زناشویی و به‌دنبال تقویت رابطه زناشویی‌شان هستند به کار برده شود. اولسون و همکاران (سلیمانیان، ۱۳۷۳) اعتبار این پرسش‌نامه را با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کردند. این پرسش‌نامه دارای ۴۷ پرسش است و به کمک ضریب آلفا (برای جامعه ایرانی) ضریب اعتبار آن ۰/۹۵ به دست آمده است. نمره گذاری آن بر پایه مقیاس لیکرت می‌باشد (همان‌جا). پنج پرسش از ۴۷ پرسش در این آزمون که در ارتباط با فرزند بود، با توجه به این موضوع که این پرسش‌نامه برای زوج‌های نابارور اجرا می‌شود، حذف شدند. در مجموع ۴۲ پرسش را زوج‌های نابارور تکمیل نمودند. با توجه به کاهش شمار پرسش‌ها نمره‌های به دست آمده در این پژوهش در میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ قرار گرفت.

هولمز و راهه یک مقیاس انطباق دوباره اجتماعی تنظیم کرده‌اند که دارای ۴۳ حادته مهم زندگی است و با مقادیر متفاوت آشفتنگی و استرس در زندگی شخص معمولی همراهند. هم‌چنین برای تعیین میزان استرس، محور چهار آزمون رتبه‌بندی استرس هولمز و راهه^۱ که یک مقیاس ارزیابی شش نمره‌ای برای درجه‌بندی عوامل روانی-اجتماعی استرس‌زا است، در این پژوهش به کار برده شد (سادوک^۱ و سادوک، ۲۰۰۳).

تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های آماری t، خی دو و رگرسیون لجستیک انجام شد.

جدول ۳- توزیع فراوانی میزان رضایت زناشویی بر حسب جنس

| | رضایت | | عدم رضایت |
|-----|--------------|-------------|-------------|
| | زناشویی نسبی | زناشویی | زناشویی |
| | فراوانی (%) | فراوانی (%) | فراوانی (%) |
| زن | ۱۸ (۶۴) | ۹۵ (۳۳/۹) | ۲۷ (۹/۶) |
| مرد | ۳۰ (۱۰/۷) | ۹۳ (۳۳/۲) | ۱۷ (۶/۱) |
| جمع | ۴۸ (۱۷/۱) | ۱۸۸ (۶۷/۱) | ۴۴ (۱۵/۷) |

یعنی افراد به دلیل نگرفتن درمان در طول زمان نمره‌های پایین‌تری گرفته‌اند به طور کلی میانگین نمره رضایت زناشویی پیش از درمان ۱۵۴/۹ بوده که پس از ۶ ماه به ۱۴۷/۵ رسیده است ($p < 0/001$). بنابراین درمان در افزایش میزان رضایت زناشویی در زوج‌های نابارور مؤثر بوده است ($p < 0/001$).

بر پایه یافته‌های به دست آمده در گروه درمانی و در گروه سنی ۱۹-۲۵ سال میانگین نمره‌های اینریج از ۱۴۳/۶ (انحراف معیار ۲۰/۶) به ۱۶۶/۷ (انحراف معیار ۱۸/۵) افزایش یافت که نزدیک به ۲۳ نمره است و به نظر می‌رسد در این گروه سنی درمان تأثیر بیشتری داشته است ($p < 0/001$). در گروه گواه در افراد بالاتر از ۳۱ سال رضایت زناشویی در هر دو مرحله بیش از سایر گروه‌های سنی بود ($p < 0/001$).

در گروه درمانی، در زنان خانه‌دار میانگین نمره‌های اینریج از ۱۴۲/۸ (انحراف معیار ۲۲) به ۱۶۳ (انحراف معیار ۲۱) افزایش یافت؛ از این رو درمان در زنان خانه‌دار مؤثرتر بوده است. در زنان خانه‌دار گروه گواه، کاهش میانگین نمرات اینریج بیشتر بود ($p < 0/001$) که گویای تأثیر درمان در زنان خانه‌دار است.

در گروه درمانی و در طبقه تحصیلی دیپلم به بالاتر، میانگین نمره‌های اینریج از ۱۵۵ (انحراف معیار ۲۸/۷) به ۱۷۹/۹ (انحراف معیار ۲۰/۹) افزایش یافت. همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده، در گروه تحصیلی بالاتر از دیپلم در هر دو مرحله بررسی، درمان به کار برده شده تأثیر بیشتری در رضایت زناشویی داشته است تا سایر مقاطع تحصیلی. در گروه گواه در طبقه دیپلم به بالاتر در پرسش‌نامه اینریج، میانگین نمره‌ها نزدیک به ۱۹ نمره کاهش یافت ($p < 0/05$).

در گروه درمانی با طول مدت ازدواج و ناباروری ۵-۱ سال میانگین نمره اینریج نزدیک به ۲۳ نمره افزایش داشت؛ بنابراین درمان در این افراد بیشترین تأثیر را داشته است ($p < 0/001$).

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب تکرش

نسبت به ازدواج، ویژگی‌های شناختی، استرس و سازوکارهای سازگاری

| متغیرها | فراوانی (%) |
|---------------------|-------------|
| تکرش به ازدواج | ۵۶ (۲۰) |
| تولید نسل | ۲۰ (۷/۱) |
| سنت الهی | ۱۲۱ (۴۳/۲) |
| رفاه و آسایش | ۸۳ (۲۹/۷) |
| تکرش به ناباروری | ۱۶۵ (۵۹) |
| نقص جسمانی | ۴۳ (۱۵/۳) |
| شانس (اسناد بیرونی) | ۷۲ (۲۵/۷) |
| استرس | ۱۱۱ (۳۹/۶) |
| بدون استرس | ۸۰ (۲۸/۶) |
| استرس کم | ۵۳ (۱۸/۹) |
| استرس متوسط | ۳۶ (۱۲/۹) |
| استرس شدید | ۹ (۳/۲) |
| مکانیسم‌های سازگاری | ۱۴ (۵) |
| عدم حل مشکل | ۷ (۲/۵) |
| سردرگمی | ۶۶ (۲۳/۶) |
| کناره‌گیری | ۸۷ (۳۱/۱) |
| واکنش هیجانی | ۹۷ (۳۴/۶) |
| دعا کردن | |
| حل مشکل | |

یافته‌ها هم‌چنین نشان دادند که ۵۹/۱٪ افراد با استرس، از زندگی زناشویی ناراضی بوده‌اند که این درصد بیش از گروه بدون استرس است. هم‌چنین در افراد بدون استرس رضایتمندی زناشویی ۸۱/۳٪ است که این میزان بیش از گروه با استرس می‌باشد و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ($\chi^2 = 15/9, df=2, p < 0/001$).

یافته‌ها نشان دادند که در گروه درمان‌یافته، درمان به‌طور متوسط سبب ۲۰ نمره افزایش در نمره رضایت زناشویی شده است. این تغییر در نمره‌های مردان و زنان یکسان می‌باشد، به‌طوری که متوسط نمره زنان پیش از درمان ۱۴۴/۷ (انحراف معیار ۲۲/۷) بوده و پس از درمان به ۱۶۴/۱ (انحراف معیار ۲۱/۸) تغییر یافته ($p < 0/001$) و در گروه مردان نیز میانگین نمره از ۱۴۸/۴ (انحراف معیار ۲۰/۸) به ۱۶۹/۲ (انحراف معیار ۲۳/۳) رسیده است ($p < 0/001$) (جدول ۴)، که در هر دو جنس نزدیک ۲۰ نمره افزایش دیده شد ($p < 0/001$). اما در گروه گواه تغییر نمره‌ها در جهت برعکس بود.

جدول ۴- میانگین نمره‌های آزمون اینتریک در دو مرحله بر حسب جنس، سن، شغل، میزان تحصیلات، طول مدت نازایی، علت ناباروری و وجود استرس

| متغیرها | گروه درمان مرحله اول | گروه درمان مرحله دوم | گروه گواه مرحله اول | گروه گواه مرحله دوم |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|
| جنسیت | | | | |
| مرد | ۱۴۸/۴ | ۱۶۹/۲ | ۱۵۹/۵ | ۱۵۱/۷ |
| زن | ۱۴۴/۷ | ۱۶۴/۱ | ۱۵۰/۳ | ۱۴۳/۴ |
| سن | | | | |
| ۱۹-۲۵ | ۱۴۳/۶ | ۱۶۶/۷ | ۱۵۱/۴ | ۱۴۳/۸ |
| ۲۶-۳۰ | ۱۴۷/۲ | ۱۶۵ | ۱۵۱/۷ | ۱۴۶/۵ |
| بالتر از ۳۱ | ۱۴۸/۲ | ۱۶۸/۸ | ۱۶۱/۳ | ۱۵۱/۹ |
| شغل | | | | |
| خانه‌دار | ۱۴۲/۸ | ۱۶۳/۲ | ۱۵۲/۱ | ۱۴۴/۸ |
| شاغل | ۱۵۷/۸ | ۱۷۰/۶ | ۱۳۱/۳ | ۱۲۷/۸ |
| تحصیلات | | | | |
| ابتدایی | ۱۴۶/۱ | ۱۶۱/۹ | ۱۵۶/۱ | ۱۴۸/۳ |
| راهنمایی - دبیرستان | ۱۴۷/۸ | ۱۶۸/۱ | ۱۵۳/۶ | ۱۴۹/۹ |
| دیپلم | ۱۴۲/۹ | ۱۶۴/۱ | ۱۵۵/۹ | ۱۴۶/۸ |
| بالتر از دیپلم | ۱۵۵/۲ | ۱۷۹/۹ | ۱۵۰ | ۱۳۱ |
| طول مدت نازایی | | | | |
| یک تا پنج | ۱۵۰ | ۱۷۳/۵ | ۱۵۴/۵ | ۱۴۶/۵ |
| بالتر از پنج | ۱۴۱/۱ | ۱۵۵/۸ | ۱۵۵/۵ | ۱۴۸/۸ |
| علت ناباروری | | | | |
| مردانه | ۱۴۶/۹ | ۱۶۴/۳ | ۱۵۶/۳ | ۱۵۰ |
| زنانه | ۱۴۷/۱ | ۱۶۸ | ۱۵۰/۸ | ۱۴۱/۹ |
| هر دو علت | ۱۴۸/۷ | ۱۶۳/۸ | ۱۵۹/۷ | ۱۵۱/۵ |
| نامشخص | ۱۴۰/۹ | ۱۷۳/۷ | ۱۶۴/۵ | ۱۶۲/۹ |
| استرس | | | | |
| بدون استرس | ۱۵۰ | ۱۷۰/۴ | ۱۶۳/۳ | ۱۵۴/۹ |
| استرس کم | ۱۴۲/۸ | ۱۶۳/۴ | ۱۵۷ | ۱۴۹/۲ |
| استرس متوسط | ۱۴۷/۹ | ۱۷۰/۷ | ۱۴۲/۹ | ۱۳۷/۶ |
| استرس شدید | ۱۳۹/۹ | ۱۵۴/۵ | ۱۴۵/۸ | ۱۳۹ |
| جمع | ۱۴۶/۶ | ۱۶۶/۷ | ۱۵۴/۹ | ۱۴۷/۵ |

بود. بنابراین بیشترین تأثیر درمان در گروه نامشخص و کمترین تأثیر در هر دو علت ناباروری دیده شد ($p < 0/001$). در گروه درمانی افرادی که استرس بالاتری داشتند، ۱۴/۵ نمره افزایش در رضایت زناشویی داشتند، در حالی که این گروه در مقایسه با سایر گروه‌ها دارای کمترین تأثیر از نظر درمانی بود ($p < 0/05$).

در گروه درمانی، افرادی که علت ناباروری آنها نامشخص بود، میانگین نمره اینتریک، ۳۲/۷ افزایش داشت و به ترتیب در علل زنانه، مردانه و هر دو علت ناباروری ۲۱، ۱۷/۱ و ۱۵/۱ نمره افزایش دیده شد. در گروه نامشخص تأثیر بیشتر بود ($p < 0/005$). در گروه گواه کاهش نمره‌ها به ترتیب در علل زنانه ۸/۹، هر دو علت ۸/۷، مردانه ۶ و نامشخص ۱/۶

(دارویی - روان‌درمانی) رضایتمندی افراد با استرس را افزایش می‌دهند. بیشترین تأثیر این درمان‌ها در راستای افزایش رضایت زناشویی در گروه بدون استرس و استرس خفیف و کمترین تأثیر در گروه با استرس شدید دیده شد. نتایج یک بررسی علی نشان داد که استرس، تعارضات زناشویی را افزایش و عزت‌نفس، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی و رضایت جنسی (عملکرد جنسی، فراوانی این ارتباطات) را کاهش می‌دهد. استرس در کاهش ارزیابی و رضایت از خود، صمیمیت و سلامتی مؤثر است و به‌ویژه در زنان، با هویت جنسی و خودبستگی ارتباط دارد. زنان استرس‌های بیشتری در هنگام درمان تجربه می‌کنند، در صورتی که مردان آسیب‌های روان‌شناختی کمتر و عزت‌نفس و رضایت زناشویی بیشتری دارند (اندروز^۶، اسی^۷ و هالمن^۸، ۱۹۹۱؛ ۱۹۹۲؛ بیوتل^۹ و همکاران، ۱۹۹۹؛ پوک^{۱۰}، کراوس^{۱۱} و روهل^{۱۲}، ۱۹۹۹؛ پوک، توشن - کافیر^{۱۳} و کراوس، ۲۰۰۴؛ لی و سان، ۲۰۰۳). پترسون^{۱۴}، نیوتاون^{۱۵} و روسن^{۱۶} (۲۰۰۳) گزارش کردند که زنان و همسرانشان که استرس‌های اجتماعی یکسانی را تحمل می‌کنند در مقایسه با زوج‌هایی که استرس‌های خفیف دارند، دارای سطح بالایی از رضایت سازگاری زناشویی هستند. اگر هر دو زوج احساس مشابهی در والدشدن داشته باشند، رضایت از زندگی آنها افزایش می‌یابد. مردانی که نیاز بیشتری برای پدرشدن دارند رضایت زناشویی آنان بیشتر کاهش می‌یابد، در حالی که برخی از بررسی‌ها رابطه میان استرس و ناباروری را تأیید نمی‌کنند (برینگتی^{۱۷}، مارتینلی^{۱۸}، آردنتی^{۱۹} و لاسالا^{۲۰}، ۱۹۹۷؛ لاولی^{۲۱}، مه‌یر^{۲۲}، اکستروم^{۲۳} و گلدن^{۲۴}، ۲۰۰۳). هم‌چنین استرس را می‌توان به کمک درمان‌های روان‌شناختی و شناختی - رفتاری کاهش داد (اگوستر^{۲۵} و وینجرهوتز^{۲۶}، ۱۹۹۹؛ بوئوین^{۲۷}، ۲۰۰۳؛ تارابیوسی^{۲۸} و فجنجی^{۲۹}، ۲۰۰۴؛ فجنجی، تارابیوسی و ولپه^{۳۰}، ۲۰۰۴) و یافته‌های این پژوهش هماهنگ با یافته‌های پژوهش‌های پیشین است.

این پژوهش نشان داد که ۱۵٪ افراد مورد بررسی عدم رضایت زناشویی، ۶۷٪ رضایت نسبی و ۱۷٪ رضایت زناشویی داشته‌اند. این ارقام در زنان به ترتیب ۹/۶٪، ۳۳/۹٪ و ۶/۴٪ و در مردان ۶/۱٪، ۳۳/۲٪ و ۱۰/۷٪ بود. بنابراین به‌نظر می‌رسد ناراضیاتی زناشویی در زنان بیش از مردان است که شاید مربوط به علاقه زیاد زنان به داشتن فرزند در مقایسه با مردان باشد.

این پژوهش میزان رضایتمندی زناشویی را در گروه تحصیلی دیپلم و بالاتر بیشتر نشان داد و درمان‌های روانپزشکی و مشاوره‌ای بیشترین تأثیر را در این گروه داشته و افزایش رضایتمندی از زناشویی را به دنبال داشته است. درمان‌های روانپزشکی (دارویی - روان‌درمانی) در زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل، در گروه سنی ۱۹-۲۵ سال بیش از سایر گروه‌های سنی و هم‌چنین در کسانی که طول مدت ناباروری آنان کمتر از پنج سال بوده، مؤثرتر واقع شده و افزایش بیشتر رضایتمندی زناشویی را در پی داشته است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رابطه‌ای میان رضایتمندی زناشویی با علت ناباروری وجود ندارد، در صورتی که درمان‌های روانپزشکی (دارویی - روان‌درمانی) بیشترین تأثیر را در رضایتمندی زناشویی در علت نامشخص و کمترین تأثیر را در هر دو علت نازایی زنانه و مردانه داشته است. لینک^۱ و دارلینگ^۲ (۱۹۸۶) ناراضیاتی زناشویی را در علت زنانه بیشتر گزارش نموده است. به‌نظر می‌رسد که در علت زنانه، زنان بیشتر تحت درمان‌های ناباروری قرار می‌گیرند، بنابراین استرس بیشتری را تحمل کرده، افسردگی و ناراضیاتی زناشویی بیشتری را در مقایسه با همسرانشان نشان می‌دهند. لی^۳، سان^۴، چائو^۵ (۲۰۰۱) در زنان با هر دو علت زنانه و مردانه ناباروری، رضایت زناشویی و جنسی کمتری در مقایسه با همسرانشان گزارش نمودند، در صورتی که تفاوتی از نظر رضایتمندی در مردان و زنان با علت ناشناخته دیده نشد. در علت زنانه در مقایسه با علت مردانه، زنان استرس بیشتر و عزت‌نفس و رضایتمندی کمتری دارند که با یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر ارتباط میان علت ناباروری و رضایت زناشویی هماهنگ نیست؛ در صورتی که با یافته‌های پژوهش لی و همکاران (۱۹۸۶)، به‌نقل از لی و همکاران، (۲۰۰۱) در ارتباط با رضایت زناشویی کمتر در هر دو علت ناباروری، هماهنگ است.

یافته‌های این بررسی نشان دادند که افراد با استرس بیشتر، رضایتمندی زناشویی کمتری دارند. درمان‌های روانپزشکی

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1- Llink | 2- Darling |
| 3- Lee | 4- Sun |
| 5- Chao | 6- Andrews |
| 7- Abbey | 8- Halman |
| 9- Beutel | 10- Pook |
| 11- Krause | 12- Rohrle |
| 13- Tuschen-Caffier | 14- Peterson |
| 15- Newton | 16- Rosen |
| 17- Bringhenti | 18- Martinelli |
| 19- Ardenti | 20- La Sala |
| 21- Lovely | 22- Meyer |
| 23- Ekstrom | 24- Golden |
| 25- Eugster | 26- Vingerhoets |
| 27- Boivin | 28- Tarabusi |
| 29- Facchinetti | 30- Volpe |

روانشناس بوده که همکاری نکردن این افراد در طرح پژوهشی را به دنبال داشته است. امید است نتایج این پژوهش و سایر بررسی‌ها بتواند گام مؤثری در درمان این بیماران باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که پشتیبانی مالی این طرح را به عهده داشت و از همکاری کارکنان مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج) قدردانی می‌گردد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۳/۳۱؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۶/۸

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۷/۵

منابع

- حسین‌زاده بازرگانی، روحیه (۱۳۸۲). *بررسی و مقایسه سلامت روانی و مشکلات جنسی در زنان بارور و نابارور*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران.
- رجوعی، مریم (۱۳۷۵). *پژوهشی درباره درمان‌های رفتاری و شناختی در بیماران نابارور*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی.
- سلیمانیان، محمود (۱۳۷۳). *بررسی تاثیر تفکرات غیرمنطقی بر ناراضی زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health Social Behavior*, 32, 238-253.
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1992). Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility and Sterility*, 57, 1247-1253.
- Beutel, M., Kupfer, J., Kirchmeyer, F., Kehde, S., Kohn, F. M., Schroeder-printzen, I., Gips, H., Herrero, H. J., & Weidner, W. (1999). Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproduction treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31, 27-35.

پژوهش انجام‌شده نشان داد که درمان‌های روانپزشکی (دارویی - روان‌درمانی) در افزایش رضایتمندی زناشویی زوج‌های نابارور مؤثر است. هر چند رضایت زناشویی مردان قبل از درمان‌های روانپزشکی (دارویی - روان‌درمانی) بیش از زنان بود، زنان بیش از مردان به درمان پاسخ دادند. کاهش نمرات اینریچ در گروه کنترل نشان‌دهنده تأثیر درمان‌های روانپزشکی (دارویی - روان‌درمانی) است. پژوهش‌های انجام شده توسط دومار^۱ و همکاران (۲۰۰۰)، تریزوجللو^۲ (۲۰۰۱) و نیوتان، هرن^۳، یوزپه^۴ و یول^۵ (۱۹۹۲) نشان داد که درمان‌های روانشناختی در گروه مداخله‌ای، کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش رضایتمندی زناشویی و موفقیت در بارداری را در پی دارد.

بررسی‌ها نشان داده‌اند که رضایتمندی زناشویی زوج‌های نابارور کمتر از زوج‌های بارور است. هم‌چنین رضایت و سازگاری زناشویی در زنان نابارور کمتر از همسرانشان است. تفاوت‌هایی از لحاظ کنش‌های جنسی میان زنان نابارور و بارور به دست نیامده است ولی در مردان نابارور مشکلات جنسی، کاهش رضایت و تحریک جنسی در مقایسه با مردان بارور وجود دارد (لیبوم^۶، آویو^۷ و همرا^۸، ۱۹۹۸؛ مونگا^۹، الکساندرسکو^{۱۰}، کاتس^{۱۱}، اشتین^{۱۲} و گانیاتس^{۱۳}، ۲۰۰۴؛ کوفین - دریسول^{۱۴} و جیامی^{۱۵}، ۲۰۰۴؛ دی‌کلرک^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۵). برخی بررسی‌ها نیز عدم رضایت جنسی را در هر دو جنس نابارور گزارش نموده‌اند (ورهاک^{۱۷}، اسمینک^{۱۸}، کرمر^{۱۹}، برات^{۲۰} و کرایمات^{۲۱}، ۲۰۰۲). علایم روان‌شناختی به‌ویژه اضطراب در رضایت زناشویی مؤثر است (برینگتسی و همکاران، ۱۹۹۷) و بهره‌گیری از الگوی شناختی - رفتاری، افزایش و بهبود کنش و رضایت جنسی، کاهش افکار ناامیدی و افزایش مهارت و ارتباطات زناشویی را به دنبال دارد. کاربرد درمان شناختی حتی پس از شش ماه پی‌گیری نشان داد که علایم روانپزشکی کاهش و رضایت زناشویی افزایش یافته است. بنابراین درمان‌های شناختی - رفتاری می‌تواند رویکرد مؤثری برای درمان ناباروری باشد (اسلید^{۲۲}، امری^{۲۳} و لیبرمن^{۲۴}، ۱۹۹۷). به‌طور کلی این بررسی نشان داد که درمان‌های روانپزشکی (دارویی - روان‌درمانی) نقش مهمی در فرآیند درمان ناباروری و افزایش رضایت زناشویی زوج‌های نابارور دارد.

یکی از محدودیت‌های مهم این طرح ناآگاهی بیماران از وجود مشکلات روانی و نیاز به مراجعه آنها به روانپزشک و

1- Domar
3- Hearn
5- Houle
7- Aviv
9- Monga
11- Katz
13- Ganiats
15- Giami
17- Verhaak
19- Kremer
21- Kraaimaat
23- Emery

2- Terzioglu
4- Yuzpe
6- Leiblum
8- Hamer
10- Alexanderescu
12- Stein
14- Coeffin-Driol
16- De Klerk
18- Smeenk
20- Braat
22- Slade
24- Lieberman

- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science Medicine*, 57, 2325-2341.
- Brighenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R., & La Sala, G. B. (1997). Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: Differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstetrica Scandinavica*, 76, 431-437.
- Coeffin-Driol, C., & Giami, A. (2004). The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationship: Review of the literature. *Gynecological Obstetric Fertility*, 32, 624-637.
- De Klerk, C., Hunfeld, J. A., Duivenvoorden, H. J., Den Outer, M. A., Fauser, B. C., Passchier, J., & Macklon, N. S. (2005). Effectiveness of a psychosocial counseling intervention for first-time IVF couples: A randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 20, 1333-1338.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsky, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Reproductive Endocrinology*, 73, 805-811.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. (1999). Psychological aspects of IVF. *Social Science Medicine*, 48, 575-589.
- Facchinetti, F., Tarabusi, M., & Volpe, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment decrease cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 162-173.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Ratings Scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, material and sexual satisfaction between husband and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16, 1762-1767.
- Lee, T. Y., & Sun, G. H. (2003). Psychological response of Chinese infertility husbands and wives. *Archives of Andrology*, 45, 143-148.
- Leiblum, S. R., Aviv, A., & Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: A long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13, 3569-3574.
- Link, P. W., & Darling, C. A. (1986). Couples undergoing treatment for infertility. Dimensions of life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 12, 46-59.
- Lovely, L. P., Meyer, W. R., Ekstrom, R. D., & Golden, R. N. (2003). Effect of stress on pregnancy outcome among women undergoing assisted reproduction procedures. *South Medical Journal*, 96, 548-551.
- Masters, B. A., Shemer, J., Judkins, J. H., Clarke, D. W., Le Roith, D., & Raizada, M. K. (1987). Insulin receptors and insulin action in dissociated brain cells. *Brain Research*, 417, 247-256.
- Menning, B. E. (1980). The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility*, 34, 313-319.
- Monga, M., Alexanderescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*, 63, 126-130.
- Newton, C. R., Hearn, M. T., Yuzpe, A. A., & Houle, M. (1992). Motives for parenthood and response to failed in vitro fertilization: Implication for counseling. *Journal of Assisted Reproductive Genetic*, 9, 24-31.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42, 59-70.
- Pook, M., Krause, W., & Rohrlé, B. (1999). Coping with infertility: Distress and changes in sperm quality. *Human Reproduction*, 14, 1487-1492.
- Pook, M., Tuschen-Caffier, B., & Krause, W. (2004). Is infertility a risk factor for impaired male infertility? *Human Reproduction*, 19, 954-959.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry* (9th. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12, 183-190.
- Tarabusi, M., & Facchinetti, F. (2004). Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 273-279.
- Terzioglu, F. (2001). Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 22, 133-141.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Kremer, J. A., Braat, D. D., & Kraaijmaat, F. W. (2002). The emotional burden of artificial insemination: Increased anxiety and depression following an unsuccessful treatment. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 146, 2363-2366.