





# بررسی تفصیلی زوج درمانی هیجان مدار

تألیف:

مریم نجفی

(مدرس دانشگاه)

اسفندیار شهبازی

انتشارات قانون یار

۱۳۹۵

سرشناسه :	نجفی، مریم، ۱۳۶۵ -
عنوان و نام پدیدآور :	بررسی تفصیلی زوج‌درمانی هیجان‌مدار / تألیف مریم نجفی، اسفندیار شهبازی.
مشخصات نشر :	کرمانشاه: انتشارات قانون یار، ۱۳۹۵
مشخصات ظاهری :	۱۹۲ص: جدول، نمودار.
شابک :	۱۷۰۰۰۰ریال ۹۷۸-۶۰۰-۸۰۷۷-۸-۰۰۰ :
وضعیت فهرست نویسی :	فاپا
یادداشت :	کتابنامه: ص. [۱۶۳] - ۱۹۲.
موضوع :	زوج‌درمانی -- ایران -- کرمانشاه -- نمونه‌پژوهی
موضوع :	Couples therapy -- Iran -- Kermanshah -- Case studies
موضوع :	عقیمی -- جنبه‌های روان‌شناسی
موضوع :	Infertility -- Psychological aspects
موضوع :	زوج درمانی
موضوع :	Couples therapy
شناسه افزوده:	شهبازی، اسفندیار، ۱۳۵۸ -
رده بندی کنگره :	۱۳۹۴۵/۴۸۸RC ب۳ن/۴
رده بندی دیویی :	۸۹۱۵۶۲۰۹۵۵۴۴۲۲/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی :	۴۰۴۰۹۵۲

## انتشارات قانون یار

### بررسی تفصیلی زوج‌درمانی هیجان‌مدار

تألیف: مریم نجفی، اسفندیار شهبازی

ناشر: قانون یار

ناظر فنی: محسن فاضلی

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۵

شمارگان: ۱۱۰۰ جلد

قیمت: ۱۷۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۰۷۷-۰۰-۸

فروشگاه مرکزی: تهران، میدان انقلاب، خ منیری جاوید، پلاک ۹۲

تلفن: ۶۶۹۷۳۹۶۰ کتابفروشی رسولی (چراغ دانش سابق)

تقدیم به رایحه زندگیمان مرسانا



## فهرست مطالب

مقدمه .....	۹
فصل اول: مبانی نظری و پیشینه بحث.....	۱۴
فصل دوم: بررسی روش پژوهش و مقیاس های آن .....	۲۸
فصل سوم: بررسی یافته های پژوهش .....	۶۹
نتیجه گیری و پیشنهادات .....	۱۵۲
منابع فارسی .....	۱۷۰





## مقدمه

با وجود تغییرات مختلف در زمینه نگرش نسبت به مسایل جنسی در قرون اخیر، هنوز هم اهمیت باروری در ذهن بشر حفظ شده است، به نحوی که یکی از عوامل تحکیم زندگی زناشویی وجود فرزند است. به همین علت باروری که مرحله طبیعی از زندگی و یکی از مهمترین اهداف هر پیوند زناشویی است، مفهومی از ادامه ی روند زندگی جادوانه برای بشر دارد. در مقابل باروری جنبه ی مهم دیگری بنام ناباروری وجود دارد که با ناتوانی در باردار شدن بعد از یک سال فعالیت جنسی مداوم و بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری تعریف می شود (اسپنجر و همکاران، ۲۰۱۲). در جوامع مختلف به دلیل آن که داشتن فرزند یک ارزش فردی، اجتماعی و فرهنگی محسوب می شود، زوج های نابارور کوشش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می کنند (دیلون و کومینگ، ۲۰۰۰). ناباروری ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. شاید بتوان گفت که یکی از عمده ترین وقایع استرس زا در زندگی افراد است که به عنوان حادثه ای منفی و ناکام کننده برای زوجین، به ویژه زنان مطرح است. تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده اند، با استرس های فیزیکی، اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد. ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک شکست تلقی شده و این احساس را به وجود می آورد که فرد، یک زن یا مرد کامل نیست، ناباروری با احساس فقدان کنترل در زندگی، بی هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد به نفس همراه است (گیسون و همکاران، ۲۰۱۰). برخی پژوهشگران معتقدند ناباروری به عنوان یک تحول بسیار پرتنش برای زوجین و زندگی خانوادگی و زناشویی آنها به شمار آمده و مشکلات مهمی را در روابط زوجین به وجود می آورد. با مواجه شدن زوجین با ناباروری مشکلات متعددی شامل مشکل در ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، کنش وری جنسی، تصمیم گیری، فرایند بهداشت عاطفی و هیجانی و حتی تحول روانشناختی در زوجین نابارور ایجاد می شوند (اسپنجر و همکاران، ۲۰۱۰). ناباروری تنش جدی در زندگی محسوب می شود و ضربه ی روانی شدیدی را بر زوجین وارد می سازد این تنش بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تاثیر می گذارد و می تواند منجر به عدم به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنها گردد (باهاموندز، ۲۰۱۲). ناباروری تاثیرات مخرب جسمی، اقتصادی، روحی - روانی و عاطفی، کاهش شدید اعتماد به نفس، تصویر ذهنی از خود، اختلال در هویت مردانگی و زنانگی، بر زنان و همسرانشان بر جا می گذارد (گیرون و همکاران، ۲۰۱۳). ناباروری به منزله فقدان اساسی از تلخ ترین تجربه های زندگی

(فریمن و همکاران، ۱۹۸۵) همچون با مرگ یکی از بستگان درجه ی یک (دورنوند، ۱۹۷۴ و دورنوند، ۱۹۸۱). که واکنش سوگ را در پی دارد (بویارسکی و بویارسکی، ۱۹۸۳). توصیف شده است. تجربه ی استرس زای ناباروری با طیف گستره ی آسیب های روان شناختی شامل کاهش سطح حرمت خود، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس حقارت، احساس ناکارآمدی، ناکنش وری جنسی، و مشکلات زناشویی و تعارض در روابط زناشویی در ارتباط می باشد (بشارت، ۱۳۸۰). بر اساس مطالعات حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می برند (کرمی نوری و همکاران، ۲۰۰۱) به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می باشد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۱). ناباروری که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش زا دارد می تواند با ایجاد تنیدگی، به کاهش بهزیستی روان شناختی منجر شود (هیرکز و هیرکز، ۱۹۹۵).

زوج های مراجعه کننده برای درمان نازایی میزان افسردگی، اضطراب و استرس بالایی دارند و در روابط زناشویی خود از همبستگی و توافق دو نفره و سازگاری زناشویی پایینی برخوردار می باشند (محمدی و فراهانی، ۲۰۰۱). بسیاری از پژوهشگران بر افزایش دعوای و منازعات زناشویی در میان زوجهای نابارور تاکید کرده اند و حتی در مواردی این دعوای به طلاق و جدایی می انجامد (کمن، چرون، باچمن، ۲۰۰۰) کاهش مشاجرات خانوادگی و راضی نگهداشتن زوج ها از روابط و زندگی جنسی و زناشویی از روشهای مناسب برای تخفیف مشکلات زوجهاست (مهاجری و صارمی ۱۳۸۵). روان درمانگران برای رفع این مشکلات رویکردهای مختلفی را مطرح کرده اند از جمله رویکردهای فردی، زوجی و خانوادگی. با این وجود صاحب نظران بر اساس تحقیقات انجام شده متعقدند وقتی کل خانواده و یا یک واحد دونفری برای درمان مشکلات مربوط به زندگی خانوادگی رجوع می کنند، شیوه درمان خانوادگی و یا زوجی موثرتر از درمان فردی است (بوس، رومن، ۲۰۰۲).

در همین راستا تحقیقات زیادی اثر بخشی زوج درمانی را برای کاهش تعارضات و مشکلات زناشویی تایید کرده اند (دونی، ۱۹۹۲) از طرف دیگر زوجینی که نابارور هستند نیاز به حمایت و پشتیبانی یکدیگر دارند تا بهتر بتوانند با این مسئله کنار آیند و در این راستا اگر یکی از همسران از زیر بار این مسئولیت شانه خالی کند همسر دیگر صدمه می بیند (همسر آسیب دیده غالباً اما نه همیشه زن است) (جانسون، ۲۰۰۵).

در واقع هیجانان در روابط زوجین نابارور نقش کلیدی را بازی می کند و باید به آن توجه خاص شود بنابراین می توان از رویکرد زوج درمانی هیجان مدار (یک رویکرد ساختار یافته کوتاه

مدت تقریبا ۹ تا ۲۰ جلسه ای ) استفاده کرد چرا که هم شاخه ای از زوج درمانی است و هم هیجانات را محور کار درمانی خود قرار داده است. این درمان اختلالات و ناسازگاری های ارتباطی را مورد توجه قرار می دهد و افراد را تشویق می کند تا از هیجاناتشان صحبت کنند و آنرا مورد بحث قرار دهند. از دیدگاه زوج درمانی هیجان محور آشفتگی های زناشویی توسط حالت های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب های دلبستگی ایجاد می شود و ادامه پیدا می کند (جانسون، گرینبرگ ، ۱۹۸۵).



فصل اول  
مبانی نظری و پیشینه بحث



در این بخش مروری خواهیم داشت بر ادبیات موضوعی و پیشینه پژوهشی مفاهیمی همچون ناباروری، انواع ناباروری، علل ناباروری، پیامدهای ناشی از ناباروری، درمانهای ناباروری، کیفیت زندگی زوجهای نابارور و رضایت جنسی زوجهای نابارور و تاریخچه رویکرد زوج درمانی هیجان مدار را از نظر می گذرانیم.

#### ناباروری<sup>۱</sup>

با تشکیل زندگی مشترک، والدین هر لحظه انتظار تولد نوزاد دارند زیرا با تولد نوزاد، زندگی در مسیر دیگری قرار خواهد گرفت. بالعکس در صورت عدم باروری ممکن است مشکلات روانی زیادی برای زن و مرد به وجود آید (هول<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). منینگ<sup>۳</sup> ضمن تاکید بر این شعار که "هر خانواده طبیعی، برای آسودگی باید کودکی داشته باشد" نازایی را از مشکلات مهم خانواده ها ذکر کرده است (۱۹۸۹). اریکسون<sup>۴</sup> معتقد است تحرک حیاتی، همانا تولید نسل و پدر یا مادر بودن است که چنانچه تامین نشود، موجب ضعف شخصیت میگردد. مادر بودن برای شخصیت زن، فرصتی را فراهم می آورد تا احساس کند مالک کودک است، زیرا در بارداری و زایش او، سهمیم بوده است؛ همانگونه که پدر بودن، برای مرد فرصتی ایجاد می کند تا آرزوی زن را در تولید فرزند فراهم آورد (۱۹۸۲). برای بسیاری از زنان، مادری، غیر از تولد فرزند، وظیفه ای است که بسیاری از نیازهای عاطفی در آن برآورده می شود (تیمبرمونت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) نازایی در علم پزشکی چنین تعریف شده است: "هرگاه بعد از یک سال از ارتباط معمولی جنسی، بدون به کارگیری وسایل ممانعت از بارداری، زن باردار نشده و در به وجود آوردن موجودی زنده و انجام حاملگی موفق نباشد وی دچار نازایی است (آروین<sup>۶</sup>، ۱۹۹۶). برای بیشتر افراد فرزندان معنای زندگی هستند و بخش مهمی از هویت آنها را تشکیل می دهند. تحقیقات متعدد روی زوجهای نابارور خواهان داشتن فرزندان زیست شناختی و خود، نشان داده است که این زوجها اغلب به شکلی عمیق و بنیادی تنیده<sup>۷</sup> می باشند (دیاموند<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

۱. Infertility

۲. Hool, P.

۳. Mnining, M.

۴. Erikson, R.

۵. Timbremont, B.

۶. Irwin, J.

ناباروری همچنین یک تحول بسیار پرتنش برای زوجین و زندگی خانوادگی و زناشویی آنها به شمار آمده و مشکلات مهمی را در روابط زوجین بوجود می آورد. با مواجه شدن زوجین ناباروری مشکلات متعددی شامل مشکل در ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، کنش وری جنسی، تصمیم گیری، فرایند بهداشت عاطفی و هیجانی و حتی تحول روانشناختی، در زوجین نابارور ایجاد می گردد (چندرا و همکاران، ۲۰۰۱). در دهه های اخیر بررسی روانی و دموگرافیک زوجهای دارای مشکل ناباروری، مورد توجه گروهی از روان شناسان و پزشکان قرار گرفته است. یافته های برخی از پژوهشها نشان داده است که ناباروری با مشکلات عاطفی از جمله افسردگی، نوسیدی، فشار روانی، اضطراب و نیز نارضایتی از زندگی مشترک ارتباط دارد (لیلیوم، ۲۰۰۲). یکی از عوامل تعیین کننده سازگاری روانی - اجتماعی، "رضایتمندی از زندگی ۳" است که به عنوان مولفه شناختی ۴ سازه "رفاه ۵" تلقی می گردد (پاوت ۶ و همکاران، ۱۹۹۳). از آنجا که عاطفه و شناخت دو جزء جدا نشدنی روان آدمی به شمار می آیند (لازاروس ۷، ۲۰۰۰). روشن است که رضایت مندی از زندگی متأثر از تجارب پیشین و کنونی فرد، انتظارات و پیش بینی های او از تجارب آینده و نیز عواطف تنیده در این تجارب می باشد (کارنیول ۸، ۱۹۹۶). یکی از ساده ترین راه های برخورد با مشکل ناباروری استفاده از فرمول "صبر کن، امیدوار باش" است اما این شیوه بهترین انتخاب نیست. ناباروری یک مشکل است و درمانهای مناسبی برای برطرف کردن آن وجود دارد.

هنگامیکه که زوجین تصمیم به انجام درمان پزشکی می گیرند و در جریان ارزیابیها و فرایندها و فرایندهای تشخیصی جریان دارند بسیاری از زوجین تعارض، عدم توافق و اختلاف نظر در مورد درمان پزشکی، فقدان همدلی، سرمایه گذاریهای متفاوت عاطفی در مورد فرایند درمان را گزارش می کنند. زمینه های خاص مشکل شامل راز نگهداری و محافظت یکدیگر از تفکرات و احساسات منفی، خارج از دید نگهداشتن سرمایه گذاری عاطفی و فیزیکی بر روی فرایند درمان، تفاوت های جنسی در تاثیر پذیری و راهبردهای مقابله و اختلال در روابط جنسی است (نجمی و همکاران، ۱۳۸۰).

## انواع ناباروری و میزان شیوع آن

۱. Prevalenc

۲. Ebomoyi, E .



سیستم های بهداشتی به منظور اطلاع از حجم مشکلات مربوط به سلامت عمومی جامعه و برنامه ریزی دقیق تر جهت اقدامات آینده، نیازمند برآوردی صحیح از حجم مشکلات بهداشتی در جامعه می باشند ( وحیدی و همکاران، ۲۰۰۹). ناباروری، یکی از مشکلات شایع جوامع بشری است که با توجه به تخمین های سازمان جهانی بهداشت، بین ۶۰ تا ۸۰ میلیون زوج در سراسر جهان از این مشکل رنج می برند ( سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). همچنین گزارش شده است که میزان شیوع ناباروری در کشورهای مختلف بین ۵ تا ۳۰٪ متغیر است ( تمنایی فر، ۱۳۹۰). ناباروری مشکلی شایع است که ۱۰ تا ۱۵٪ درصد زوجها در سنین باروری با آن مواجه می شوند ( نجومی و همکاران، ۲۰۰۲). ناباروری در دنیا در حال افزایش است، بر اساس آمارهای موجود در ایران با جمعیت ۷۵ میلیونی، شیوع ناباروری بین ۱۲ تا ۲۲٪ است ( حسینی و همکاران، ۱۳۸۹). بسیاری از زوجین مبتلا به این مشکل، به ویژه در برخی جوامع سنتی، علاوه بر محرومیت از داشتن فرزند، با چالش های فردی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مختلفی مواجه می شوند ( ابوموی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰).

ناباروری بر دو قسم می باشد:

۱- ناباروری اولیه<sup>۲</sup> که هیچ سابقه بارداری در گذشته وجود ندارد. ۲- ناباروری ثانویه<sup>۳</sup> به مواردی گفته می شود که سابقه یک یا چند بارداری در گذشته وجود داشته و به دنبال آن عدم باروری پیش آمده است.

شیوع ناباروری اولیه ۱۰/۶٪ و ناباروری ثانویه ۶/۷٪ گزارش شده است ( حسینی و همکاران، ۱۳۸۹). طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی برای آسیا شیوع ناباروری ثانویه ۲۳٪ کل موارد ناباروری می باشد عمده موارد ناباروری اولیه و ثانویه از عواقب بیماری های مقاربتی درمان نشده ( به ویژه سوزاک، بیماری التهابی لگن ) یا عوارض پس از تولد یک بچه یا عواقب پس از سقط جنین غیر بهداشتی و غیر قانونی است ( کریمی پور و همکاران، ۲۰۰۴).

در مطالعه روحانی و ناروئی نژاد(۱۹۹۷)، میزان اختلالات پاتولوژیک لوله های رحمی در مبتلایان به ناباروری ثانویه ۴۴٪ بود که نشانگر افزایش شیوع قابل توجه به این اختلالات لوله ای در ناباروری ثانویه است (افزایش سن ازدواج و تمایل به باروری از عوامل مهم افزایش شیوع ناباروری است این در حالی است که بهترین سن باروری زنان بین ۲۴ تا ۲۶ سال است. در مردان

سنین بالاتر هم به علت احتمال به وجود آمدن اختلالاتی در نطفه، کمی شانس باروری کاهش پیدا می کند.

تحقیقات نشان دهنده ی آن است که برخی از عوامل بر زندگی زن و شوهر اثر می گذارد و یکی از آنها تمایل زوجها به دیرتر بچه دار شدن است، علاوه بر آن عوامل محیطی نقش بسیار موثری در زمینه شیوع ناباروری دارند (حسینی و همکاران، ۱۳۸۹).

### مشکلات روانشناختی ناباروری<sup>۱</sup>

تا سالهای اخیر، علت ناباروری در بیشتر موارد بخصوص زمانی که هیچگونه پزشکی وجود نداشت به عوامل روان شناختی ربط داده می شد. و تأکید عوامل روانشناختی بیشتر بر روی ناباروری زنان متمرکز گشته و فرض بر این بود که ناباروری به دلیل عواملی از قبیل هویت جنسی ناقص<sup>۲</sup>، تعارض نقش مادرانه<sup>۳</sup> آشفتگی های شخصیتی<sup>۴</sup> از قبیل نوروتیزم<sup>۵</sup> می باشد، اما تحقیقات اخیر نقش این عوامل را در ابعاد ناباروری کمرنگ کرده است. بررسی در ادبیات تحقیق در طی سی سال گذشته نشان می دهد که بسیاری از عوامل روانشناختی نقشی در ناباروری نداشته و ندارد. چنین نتیجه گیری در ادبیات تحقیق در سالهای اخیر نیز به وضوح بیان گردیده است (سیل، ۱۹۹۰). اگر چه عوامل روانشناختی علت اصلی ناباروری نمی باشد. ولی می تواند از ناباروری تأثیر پذیر بوده و سلامت روانی فرد را تحت تاثیر قرار دهد (دانکل<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱). مشاهدات بالینی نشان می دهد که واکنش نسبت به ناباروری با عکس العمل های منفی شدیدی همراه است. واکنش های منفی شدید از جمله اندوه، انکار، افسردگی، احساس عصبی بودن، احساس گناه، اضطراب، کاهش کنترل، احساس سرزنش و خود سرزنی، بی کفایتی شخصی و جنسی، تهدید نسبت به عزت نفس، پریشانی در زندگی زناشویی، کنش جنسی مغشوش و مشکلاتی در ارتباط با دیگران شامل احساس خشم نسبت به زوجین دارای کودک می باشد. البته بایستی به مانند سایر موارد بالینی آسیب شناسی روانی نقش تفاوت های فردی را در میزان، کمیت و کیفیت این واکنش ها نیز را در نظر داشت (تایمور<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰).

۱. unexplained infertility
۲. impaired sexual identity
۳. Maternal role conflict
۴. personality disturbance
۵. Neuroticism
۶. Dunkel- Schetter, C.
۷. Tamor, M.L.

همانگونه که ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک می باشد و در قلمرو علوم پزشکی قرار می گیرد. دارای جنبه های روانی - اجتماعی نیز می باشد و در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز قرار می گیرد. مطالعات نشان می دهند که عوامل روانشناختی می توانند هم در ایجاد ناباروری دخالت داشته

و هم اینکه ناباروری پی آمدهایی روانشناختی را باخود به همراه داشته باشد. از همان ابتدا پدیده ناباروری با عوامل روانشناختی درگیر است. این پدیده بعنوان یک حادثه استرس زا، هیجان آور و ناکام کننده در نزد زوجهای نابارور (خصوصاً زنان) مطرح می باشد. عدم توانایی فرد برای انجام طبیعی فرآیند تولید مثل و صاحب فرزند شدن بعنوان یکی از تجربیات تلخ و دردآور زندگی بوده که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می تواند به اهمیت آن بیافزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی و اجتماعی نماید (نور بالا و همکاران، ۲۰۰۸)

مطالعات نشان می دهند که عوامل روانشناختی می تواند هم در ایجاد ناباروری نقش داشته باشد و هم پیامد آن تلقی شوند در این راستا، شواهد فراوانی نشان می دهند مشکلات ناشی از ناباروری می تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری باشد بر این اساس ناباروری که ماهیتی تقریباً تنش زا دارد می تواند با ایجاد تنیدگی، به کاهش بهزیستی روانشناختی منجر شود (کی<sup>۱</sup>، چانگ<sup>۲</sup>، ربار<sup>۳</sup> و سولز، ۲۰۰۰).

ناباروری می تواند تنیدگی زیادی برای زوجین به وجود آورد. تنیدگی مکرر می تواند موجب برهم خوردن سلامت روانی شود و در صورت وجود احساس ناکامی، موجبات افسردگی فرد را فراهم کند (تیمبرمونت و همکاران، ۲۰۰۴). به رغم دنبال کردن برنامه های درمانی، اظهار نظر اشخاص نابارور در زمینه عدم تمایل به داشتن فرزند به لحاظ روان شناختی، مربوط به واکنش های عاطفی آنان است. این عکس العمل، مکانیسم دفاعی انکار است که گاه به صورت ناخودآگاه صورت می گیرد. براساس نظر روان شناسان، طول مدت انکار در افراد، متفاوت بوده، بستگی به توانایی افراد در سازگاری با محیط و رشد ساختار روانی آنان دارد (ویجه، ۱۹۹۸).

آنچه سبب می شود زوجین، مرحله انکار را زودتر سپری کنند، سطح بلوغ روانی آنان است. هرچه زوجین به بلوغ روانی بالاتر رسیده باشند، زودتر می توانند خود را با شرایط موجود سازگار کرده، از مرحله انکار خارج شوند. سایر واکنش های عاطفی افراد نابارور را می توان شامل احساس خشم، دوری از محیط های تداعی کننده فرزندداری و فرزند آوری، احساس گناه، و سوگ

دانست (پانچری و همکاران، ۲۰۰۴). موس<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) واکنش های عاطفی افراد نابارور را طی شش مرحله تنظیم کرده است: در مرحله اول، نوعی حالت شوکه شدن و گیجی در آنان مشهود است در مرحله دوم به انکار ناباروری خود می پردازند، به طوری که در این مرحله قادر به پذیرفتن واقعیت نبوده و معتقدند می توانند درمان شوند. طی مرحله سوم، آنان علیه گروه پزشکی که مشغول به کارگیری انواع درمان ها برای آنان است به خشم و پرخاشگری روی می آورند. در این مرحله، تنیدگی زوج های نابارور به سرعت افزایش می یابد. سپس در مرحله چهارم، آنان خود و همسرشان را از محیط هایی که داشتن فرزند در آن مهم است جدا می کنند. در مرحله پنجم، نوعی احساس گناه در فرد به وجود خواهد آمد که ناشی از استرس های محیطی است. در این جا فرد دچار، احساس بیهودگی می شود. نهایتاً در مرحله ششم که مرحله سوگ است. زن و مرد نابارور به این نتیجه می رسند که دیگر راهی برای این که صاحب فرزند شوند، وجود ندارد. این مرحله با افسردگی شروع می شود که ناشی از قطع امید به داشتن فرزند است.

ونگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) معتقد است تقریباً تمام زوج های نابارور، به علت تفکر غیرمنطقی در خصوص نابودی نسل خود، درجاتی از تنیدگی و افسردگی را تجربه خواهند کرد. در مراجعات زوج های نابارور به کلینیک درمان نازایی مشاهده شده که تقریباً تمامی آن ها به درجاتی از تنیدگی و افسردگی دچار شده اند. ترس از این که نسل آن ها از بین رفتن خواهد رفت و عدم بازگویی این مشکل برای دیگران سبب می گردد که مجبور شوند به تنهایی این غم را تحمل کنند و این مسأله باعث طولانی شدن مرحله سوگ و افزایش افسردگی در زوجین نابارور می گردد. بنابراین ناباروری، بحران پیچیده ای در زندگی است که به بروز فشارهای عمیق عاطفی و روانی برای زوجین و خصوصاً مثل مواجه هستند. جنبه های از عملکرد زوجین که تحت تاثیر ناباروری قرار می گیرد.

۱- فعالیت جنسی<sup>۳</sup>: ممکن است در نتیجه کنترل درجه حرارت و مصرف هورمون، علاقه، محبت و خشنودی از فعالیت جنسی کاهش یابد. بنابراین فعالیت جنسی با احساس ترس، شکست، ناکفایتی و از دست رفتن همراه می شود و یا حالت اجبار پیدا می کند که سر انجام منجر به کاهش میل جنسی، عدم رسیدن به اوج لذت جنسی<sup>۴</sup> یا سایر اختلالات جنسی و حتی خستگی در روابط جنسی می گردد.

۱. Mouse, R.

۲. Wong, A.

۱. Sexualitys

۲. orgasm

- ۲- اعتماد به نفس: زمانیکه زوج متوجه مشکل ناباروری خود می شوند، احساس کمبود یا خود کم بینی، افسردگی و نقص فیزیکی در آنها رشد می کند. این احساس به احتمال زیاد بر روابط زناشویی تاثیر می گذارد.
- ۳- ارتباطات<sup>۱</sup>: زوج های نابارور به علت مواجه بودن با احساس گناه، عصبانیت، ناراحتی، رنج و ناامیدی، ممکن است تمایل کمتری به در میان گذاشتن و مشورت افکار و احساسات خود با یکدیگر داشته باشند. همچنین احتمال دارد نسبت به گذشته کمتر احساس نزدیکی به همدیگر را داشته باشند و حس تنهایی، عدم حمایت و عدم فهم متقابل در آنها القاء شود.
- ۴- احساس تنهایی و طرد شدن: حدود ۱۵ درصد زوج هایی که مشکل ناباروری را تجربه می کنند، احساس تنهایی و طرد شدن می کنند. در نتیجه آنهایی که مشکلاتشان را با دیگران در میان نمی گذارند و از شرایط سایر زوج ها با تجربیات یکسان، نا آگاه می باشند، از حمایت و درک زوج های دیگر با مشکلات مشابه محروم می مانند.
- ۵- مواجهه با درمانهای پر زحمت: نیاز به کنترل مداوم درجه حرارت، انجام آزمایشهای مختلف، مصرف داروهای متنوع به خصوص از نوع تزریقی و وقت ملاقاتهای متعدد ( حتی با وجود پیمودن مسافت های طولانی).
- ۶- وسواس در مورد باردار شدن: انتظار از یک سیکل به سیکل بعدی، در زوج هر بار پس از شروع سیکل بعدی افسردگی و خلاء بوجود می آورد.
- ۷- احساس افسردگی: ناتوانی، ناامیدی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا در آمدن و در هم شکستن (مارس، ۱۹۹۷).

### سلامت روانی زوجهای ناباروری

در مقایسه با وقایع پراسترس زندگی، ناباروری پس از مرگ مادر، مرگ پدر و خیانت همسر در رتبه چهارم قرار دارد. نتایج تحقیقات نشان داده است که ناباروری افراد را مستعد افسردگی و اضطراب با شدت بالا می کند. عدم توجه به اختلالات هیجانی زوج های نابارور و علائم ثانویه به ناباروری اشکال در روابط بین فردی، عدم رضایت زناشویی و کاهش تمایلات جنسی سیکل معیوبی ایجاد می کند که احتمال درمان ناباروری را نیز کاهش می دهد.

بروز رفتارهای تکانشی و خشم های پراکنده، احساس درماندگی، احساس بی ارزشی و بی کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه در درمان های طولانی مدت و گاهی ناموفق، باورهای منفی

نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طردشدگی، شکایت های جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و تکلیفی قلمداد کردن آن به دلیل بی حاصلی و بسیاری از مشکلات روانی دیگر از جمله مواردی هستند که از سوی محققین گزارش شده اند.

ناباروری صرفاً یک بیماری تهدید کننده نسل نمی باشد؛ بلکه یک سندرم جسمی، روانی و اجتماعی است که می تواند بر سلامت روانی زوج های نابارور نیز تاثیر بگذارد؛ لذا ضروری است که مراکز درمان ناباروری اعم از پرسنل و متخصصین امر ناباروری به این مهم توجه داشته و سعی نمایند حمایت های روانی لازم را از این گروه به عمل آورند (بهجتی اردکانی، ۱۳۸۹).

### ناباروری و جنبه های روانی - اجتماعی

همانگونه که پدیده ناباروری تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیک بوجود می آید و در قلمرو علوم پزشکی قرار می گیرد دارای جنبه های روانی اجتماعی نیز می باشد و به لحاظ علوم رفتاری و اجتماعی نیز می بایست مورد توجه قرار گیرد. جنبه های روانی اجتماعی ناباروری در گذشته بسیار مورد غفلت واقع شده است ولی خوشبختانه از دهه ۱۹۸۰ به بعد مورد توجه بسیاری قرار گرفته و پژوهش بسیاری پیرامون آن صورت پذیرفته است، پژوهش های انجام یافته در مورد جنبه های روانی اجتماعی ناباروری را به دو گروه عمده میتوان تقسیم نمود:

۱) گروه اول تحقیقاتی هستند که بر این باورند که ناباروری دارای دلایل روانشناختی است (فرضیه منشأ ناباروری)<sup>۱</sup> (ابی و همکاران، ۱۹۹۴).

۲) گروه دوم تحقیقاتی هستند که پی آمدهای روانشناختی ناباروری را مورد بحث قرار می دهند (فرضیه پی آمدهای روانشناختی)<sup>۲</sup> (ابی و همکاران، ۱۹۹۲).

مبنای فرضیه منشأ روانی آن است که بسیاری از موارد ناباروری (خصوصاً در ناباروری های غیرارگانیک) در اثر یک مقاومت ناخود آگاه برای مادر شدن در زنان بوجود می آید. یکی از شاخص های اصلی برای اثبات ادعای این فرضیه تفاوت های شخصیتی است که بین افراد نابارور و بارور می تواند وجود داشته باشد. در حالیکه مطالعات محدودی نظیر استولر<sup>۳</sup> و دیگران (۱۹۹۳) وجود دارد که نشان می دهد بین زوج هایی که حامله شده اند و آنهایی که حامله نشده اند از جهت برخی مؤلفه های شخصیتی تفاوت وجود دارد ولی مطالعات بسیاری نیز تفاوت های

۱. Psychological consequences

۲. Psychological consequences

۳. Stoleru, S.

شخصیتی معنی داری را بین دو گروه نابارور و بارور نیافته اند (از قبیل فریمن<sup>۱</sup> و دیگران ۱۹۸۵، کونولی<sup>۲</sup> و دیگران ۱۹۹۲، لالوس<sup>۳</sup> و دیگران ۱۹۸۵، براند<sup>۴</sup> و دیگران ۱۹۸۲).

مطالعات انجام شده پیرامون تفاوت های شخصیتی که تا دهه ۱۹۸۰ غلبه بیشتری در ادبیات تحقیق داشته اند در معرض انتقادات بسیاری قرار گرفته اند از جمله: عدم نمونه گیری مناسب، استفاده از آزمودنی هایی که به کلینیک ها مراجعه می کنند، عدم استفاده از آزمونهای استاندارد شده، عدم استفاده از گروه های کنترل مناسب و تمرکز بیش از اندازه بر زنان نابارور. بنابراین اینگونه مطالعات به روشنی نتوانسته اند بین افراد نابارور و بارور و همچنین بین کسانی که ناباروری ارگانیک (ناباروری که با منبع مشخص فیزیولوژیک همراه باشد) دارند و کسانی که ناباروری کارکردی (ناباروری نامشخص و نامعلوم) دارند تفاوت قائل شوند. در سالهای بعد فرضیه منشأ روانی بصورت دیگر مورد توجه قرار گرفته است. محققینی نظیر آستور<sup>۵</sup> و پاسن<sup>۶</sup> (۱۹۸۶) در مورد مطالعات مربوط به تفاوت های شخصیتی این ایراد را وارد می سازند که آزمونهای شخصیت قادر نیستند که انگیزه ناخودآگاه را اندازه گیری نمایند و لذا با یافته های مربوط به عدم تفاوت شخصیتی بین باروران و ناباروران لزوماً نمی توان فرضیه منشأ روانی را رد کرد. برخی محققین دیگر برداشتی سایکو دینامیک (روان پویا) از فرضیه منشأ روانی را ارائه کردند و استرس (فشار روانی) را بعنوان عامل و دلیل اصلی برای، ناباروری پیشنهاد داده اند (هاریسون<sup>۷</sup> و دیگران ۱۹۸۶، واسر<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴، هاریسون و دیگران ۱۹۸۷، واسر و دیگران ۱۹۹۳). برداشت عمومی این محققان آنست که با توجه به اینکه استرس و سلامت با هم مرتبط هستند. بنابراین بطور منطقی می توان ارتباط بین استرس و ناباروری را هم انتظار داشت.

### آسیب شناسی زندگی زوج های نابارور

پدیده ناباروری با داشتن شرایط یک حادثه بحران ساز، یعنی طول مدت، شرایط پیچیده، عدم قابلیت پیش بینی و غیرقابل کنترل بودن شرایط، بحران همه جانبه ای را در زندگی زوج های نابارور ایجاد نموده و مشکلات و آسیب های مختلفی را به همراه می آورد (خسروی، ۲۰۰۲). آسیب به

۱. Freeman, E. W.

۲. Connolly, K. J.

۳. Lalos, A.

۴. Brand, H. J.

۵. Astor, J.

۶. Pawson, M.

۷. Harrison, K.L.

۸. Wasser, S.

حالتی بیمارگونه اطلاق می شود که مانع کارکرد بهنجار فرد می گردد. اصطلاح آسیب شناسی برجسی کلی برای مطالعه این گونه حالات است (پور افکاری، ۱۹۹۶). آسیب های زندگی زناشویی، مجموعه عواملی است که باعث ایجاد تعارض و اختلافات زناشویی می شود، میزان خشنودی و سازگاری زوجین را کاهش می دهد، مانع عملکرد بهنجار زندگی زناشویی می گردد و گاهی به طلاق و جدایی منجر می شود (فاتح زاده و همکاران، ۲۰۰۷). پدیده ناباروری، به ویژه در فرهنگ ما که تعداد زیادی از خانواده ها از نوع گسترده می باشد و با توجه به نقش موثر والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، ابعاد عمیق تری به خود می گیرد (مظاهری و همکاران، ۲۰۰۵).

اغلب مردان و زنان نابارور ایرانی به خاطر عدم توانایی در داشتن فرزند حاصل از باروری خود، با نوعی حالت استیگما مواجه بوده و خود را وصله ای ناجور در اجتماع می پندارند (کریمی و همکاران، ۲۰۰۲). از طرف دیگر، امکانات درمانی پیشرفته پزشکی گاهی امیدواری نامعقول و غیر واقع بینانه ای را برای داشتن فرزند به وجود می آورند و این درمان ها اغلب وقت گیر و استرس آور نیز می باشند (رجوعی، ۲۰۰۰).

از این رو با توجه به مسائل و مشکلات مزبور، در کنار خدمات پزشکی، نیاز مبرمی به ارائه مداخلات مشاوره ای و روان شناختی احساس می شود (صولتی و همکاران، ۲۰۰۶). در این رابطه، مداخلات مشاوره ای و روان شناختی می تواند ضمن شناسایی استرس ها و آسیب های زندگی زوج های نابارور، به این زوجین جهت کاهش مشکلات و سازگاری با پدیده ناباروری کمک نماید. بر این اساس، شناسایی و طبقه بندی انواع آسیب های زندگی زوج های نابارور ایرانی ضروری به نظر می رسد (علوی مجد و همکاران، ۲۰۰۵).

### طبقه بندی آسیب های زندگی زوج های نابارور ایرانی

آسیب های درون فردی زوج های نابارور ایرانی، منبعث از ویژگی های شخصیتی، مشکلات روحی-روانی، ساختار جسمانی-شناختی و برخی مشکلات خاص جنسیتی مربوط به آنها می باشد. در چهار بعد شناختی، هیجانی، رفتاری و زیستی طبقه بندی شده است. آسیب های بین فردی این زوجین، مشکلاتی است که در یک موقعیت تعاملی و در روابط بین زوجین ایجاد می شود. برخی از این عوامل از باورها و دیدگاه ها و برخی از ویژگی های شخصیتی هر کدام از زوجین نشأت می گیرد. این آسیب ها در سه بعد شناختی، هیجانی و رفتاری طبقه بندی شده است. آسیب های فرافردی زوج های نابارور ایرانی به مشکلاتی اشاره دارد که از عوامل محیطی و خارج از رابطه زناشویی نشأت می گیرد ولی بر رابطه زناشویی آنها تأثیر منفی مستقیم یا غیر مستقیم دارد. این