مروری بر جایگاه اعراض نفسانی و اثر آن بر نازایی: از گذشته تا امروز

الهام اختری [الف*]، مژگان تن‌ساز [ب]، روشنک مکبری‌نژاد [ب]، سودابه بیوس [الف]

[الف] دستیار تخصصی طب سنتی ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

[ب] پزشک، متخصص طب سنتی ایرانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: ناباروری و عوارض آن یکی از مشکلات بزرگ زندگی امروز است. شیوع قابل توجه ناباروری و روش‌های درمانی آن که موجب بار عاطفی و اقتصادی سنگینی نیز می‌شود دارای تبعات روحی متعددی است. هدف از این مطالعه سیری در ارتباط اعراض نفسانی با ناباروری از گذشته در کتب طبی سنتی ایرانی تا به امروز است.

مواد و روش‌ها: به این ترتیب متون در دسترس طب سنتی ایرانی از قبیل قانون در طب، کامل الصناعه، خلاصه الحکمه، ذخیره خوارزمشاهی، اکسیر اعظم، معالجات عقیلی و .. مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین با مروری اجمالی نظرات طب کلاسیک در خصوص ارتباط امراض روحی و ناباروری بررسی شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد با توجه به آنچه که طب سنتی ایرانی در مورد نقش اعضای رئیسه در باروری و اثرات اعراض نفسانی در ضعف و قوت اعضای رییسه مطرح کرده است. اعراض نفسانی نه تنها نتیجه ناباروری و روند درمان آن هستند، بلکه خود به عنوان یک عامل در ایجاد ناباروری مطرحند تا جای که در اسباب و علل ناباروری به عنوان یک عامل جداگانه توضیح داده شده‌اند. اعراض نفسانی در سلامتی انسان نقش مهمی را ایفا می‌کنند. چنانکه کنترل غم و شادی، ترس و نگرانی هر یک می‌تواند از عواقب ناخوشایند آن از جمله ناباروری جلوگیری کند.

کلید واژه‌ها: ناباروری، اعراض نفسانی، طب سنتی ایرانی.

تاریخ دریافت: آبان ۹۲
تاریخ پذیرش: آذر ۹۲

مقدمه:

نازایی و عوارض آن مقوله‌ای در خور توجه است که طی سال‌های گذشته پیشرفت‌های زیادی در عرصه درمان و کنترل عوارض آن صورت گرفته است. داشتن فرزند آرزوی هر زوج عادی است. بنابراین نداشتن آن به صورت غیرارادی و اجباری منجر به غیر عادی بودن زندگی ایشان می‌شود. و این فقدان دارای بار عاطفی و اجتماعی سنگینی است که با شروع درمان بار اقتصادی نیز بدان افزوده خواهدشد.

تا آنجایی که در روال این درمان بیماری‌های روحی نیز گریبانگیر زوجین می‌شود. البته باید توجه داشت که بیماری‌های روحی، خود به عنوان یک عامل مستقل در ناباروری مطرحند. زوج نابارور ابتدا با انکار سعی در کنترل اوضاع دارند و پس از مدتی با مراجعات متعدد به پزشک و آزمایشات و صرف هزینه هنگفت مواجه می‌شوند و این حقیقت که پاسخ به درمان صد در صد نیست و هر سیکل درمانی به داشتن بچه ختم نخواهدشد، فشاری مضاعف را به ایشان تحمیل می‌کند که افسردگی شایع‌ترین پیامد آن است.

* فرد مسئول مکاتبات: elham_akhtari@yahoo.com

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]

در جامعه امروزی ما در درمان ناباروری انجام یک مشاوره روانپزشکی با مقاومت زوج مواجه می‌شود، مسائل مالی و هزینه‌های انجام یک مشاوره با بار روانی مضاعف ناشی از احساس ناخوشایند از ویزیت روانپزشک همراه روال درمان ناباروری، منجر به عدم استقبال زوج از آن می‌شود. در حالی که توجه به مسائل روحی و اعراض نفسانی از گذشته‌های دور در مکتب طب سنتی ایرانی مورد توجه بوده‌است. لازم به ذکر است که در کتب طب سنتی اعراض نفسانی به انواع غضب، فرح، فزع، غم، هم، و خجل تقسیم می‌شوند و این اعراض علتی برای ناباروری زوج بر شمرده شده‌اند که خود پیامدی برای ناباروری نیز قلمداد می‌شوند. حال با وجود این زمینه فرهنگی، اگر پزشک مشاور طب سنتی در درمان ناباروری بتواند از دریچه اعراض نفسانی و حرکت روح که زمینه بروز آن است وارد شود خود شروعی برای کمک به زوج نابارور خواهد بود.

این مقاله با مرور متون پزشکی در گذشته دور تا به امروز علاوه بر مروری علمی بر راهکارهای ارائه شده بزرگان طب در خصوص نازایی و ارتباط آن با مسائل روحی به بررسی این متون از منظر تاریخی نیز می‌پردازد. چنانکه مسیر علمی طی شده در این مورد را طی بیش از هزار سال ترسیم می‌کند.

مواد و روش‌ها:

این مقاله حاصل مرور آنچه که از منابع طب سنتی در حال حاضر در دسترس است و مطالب مرتبط با موضوع ناباروری و مسائل روحی-روانی در کنار نتایج مرور مقالات و کتب مطرح در این زمینه در طب رایج است تا در ارائه یک چیدمان تاریخی صحیح بر اساس جنبه روحی افراد نابارور گامی به جلو برداشته شود. ابتدا از دست نوشته‌های ابوالحسن علی‌بن‌ربن طبری(۱۹۲-۲۴۷ ق) شروع کرده، سپس به شاگرد وی رازی(۲۵۱-۳۱۳ ق)، و بزرگان دیگری همچون ابن سینا(۴۲۸-۳۷۰ ق)، سید اسماعیل جرجانی(۴۳۳-۵۳۱ ق) و حکیم اعظم خان(۱۲۲۷-۱۳۰۰ ق) و ... می‌پردازیم.

یافته‌ها و بحث:

در نگرش طب سنتی:

اعراض نفسانی چیست؟ اعراض نفسانی برخی از حالات روانشناختی را مانند فزع (ترس)، غم و اندوه، هم (خوف و رجا)، فرح (شادی) و خجالت است (۱). آنچه موجب ایجاد این عوارض نفسانی می‌شود و کنترل آن یکی از تدابیر شش‌گانه ضروری برای حیات آدمی است. در واقع اعراض نفسانی از حرکت روح نشات می‌گیرند. به این ترتیب که با غضب و فرح مفرط روح ناگهان به خارج و با فزع به داخل حرکت می‌کند. حرکت روح در حالت روحی خجالت کشیدن به داخل و خارج است. در حالت فرح معتدل، روح به تدریج به خارج و در غم به تدریج به داخل می‌رود. هم نیز مانند خجالت بوده، حرکت روح به داخل و خارج با هم صورت می‌گیرد.

آیا حرکت نفس ضروری است؟ در متون طب سنتی به وضوح به ضروری بودن این حرکت جهت امر معاش و جلب منفعت و دفع ضرر اشاره شده است (۲). بنابراین ایجاد عارضه نفسانی هم سببی برای سلامتی است هم سببی برای بیماری و این وابسته به طول مدت و شدتی است که عامل ایجاد کننده عارضه نفسانی دارد (۳).

تعریف غضب: جوشش خون قلبی و حرکت روح یا حرارت غریزی، به ناگهان به خارج جهت انتقام از موذی را غضب گویند (۳).

تعریف فرح: در رویارویی با آنچه موجب فرح و سرور می‌شود روح طبی و حرارت غریزی با حرکت تدریجی به سمت ظاهر بدن می‌رود. در این حالت در واقع نفس به سمت عامل مرغوب و مطلوب رفته و تقویت خواهد شد (۳).

تعریف غم: در مواجهه با عامل ایجاد کننده غم، حرارت غریزی یا روح به تدریج به سمت داخل بدن یعنی به سمت قلب می‌رود، اگر این عرض نفسانی طول بکشد، تمام اعضا گرم می‌شوند و فرد بیمار می‌شود(۳).

تعریف هم: هم مرکب از خوف (ترس) و امیدواری است. در واقع در این حالت فرد از یک سو امید یک واقعه خیر را

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]

دارد و از طرفی ترس از وقوع شر نیز با وی همراه است. این ترس با فزع متفاوت است و بیشتر نشان از نگرانی دارد(٤).

تعریف فزع: مواجهه با عامل ترسناک موجب حرکت روح به داخل و قلب می‌شود (۳).

تعریف خجالت: خجالت مرکب از ترس (فزع) و فرح است. در این حالت روح گاهی به داخل و گاه به خارج حرکت می‌کند که این حرکات با هم و ناگهانی است (۳).

در کتب طب ایرانی به وضوح به تاثیر اعراض نفسانی در ایجاد بیماری یا شدت یافتن آن اشاره شده‌است. جملاتی مانند " زن باید دارای بهجت نفس و طبعی فرخ باشد و کسل و سستی نداشته باشد"(۵)، مشخص کننده توجه ایشان به وضعیت روحی فرد است. طبیعتا فردی که طبعی فرخ دارد، افسرده نیست. جالب توجه است که ابن سینا در بیش از هزار سال پیش از این کلمات استفاده کرده است و مبین این امر است که جنبه فیزیکی و روحی هردو در زایا بودن زن مورد توجه ایشان بوده است.

مقالات موجود در خصوص ناباروری نیز موید تاثیر روح و روان در نازایی است که از زمان ابن سینا در بیش از هزار سال پیش مورد توجه بوده است. همین طور که جلوتر برویم این دیدگاه کاملتر شده است تا جایی که حدود ۲۰۰ سال پیش حکیم چشتی می‌نویسد: از علل ناباروری(عقر) خطای طاری بوده که از سبب‌های آن اعراض نفسانی همچون غضب شدید و حزن مفرط است. اقسام اعراض نفسانی شش عدد است: غضب، فرح، فزع، غم، هم، خجل. خجل مرکب از فزع و فرح است. در هم علیرغم میل روح به شیء، از آن گریزان نیز است، در غم و اندوه روح به آهستگی به داخل می‌رود و آثار به داخل رفتن روح کاهش نشاط فرد است. در غضب شدید روح به بیرون روی می‌آورد که نشانه آن روی برافروخته فرد است، ضربان قلب وی بالا رفته، تنفس وی نیز تندتر می‌شود. در واقع در خروج روح از بدن، این حار غریزی یا انرژی فرد است که با عصبانیت و غضب مصرف می‌شود (٦).

در صورت وفور این حملات یا به یکبارگی و با شدت رخ دادن آن میزان قابل توجهی از حار غریزی مصرف می‌شود. وفور حملات غضب با گرم شدن اعضای داخلی منجر به سوء مزاج اعضا می‌شود برای مثال یکی از علایم سوء مزاج گرم مغز را به سرعت غضبناک شدن بیان کرده‌اند(۳). که خود رخداد یک سوء مزاج و به تدریج مستحکم شدن ان از دلایل ضعف عام است. که این ضعف منجر به اشکالاتی در عملکرد اعضای حیاتی فرد و از جمله اشکال در منی می‌شود.

در واقع یکی از علل عمده نازایی در طب سنتی اشکال در منی بیان شده است. از دیدگاه طب سنتی ضعف قلب، ضعف دماغ و ضعف کبد هرسه منجر به اشکال در تولید منی می‌شوند. شاید به نظر برسد که این عوامل همگی جسمی محسوب می‌شوند ولی با توجه به علل ایجاد هر یک از اینها جایگاه مستحکم علل روحی به شکل واضحی به چشم می‌خورد. در تشخیص این علل عنوان شده است که ابتدا باید از حال و چگونگی ضعف اعضای اصلی یعنی دماغ، قلب، کبد، معده و کلیه شرح حال گرفت و علایم هر یک را جستجو کرد.

اگر حواس مکدر و فکر مشوش باشد(این کلمات نشانه اهمیت حال روحی فرد است)، حرکات فرد دشوار و بطئی و خواهش وی به جماع اندک بوده، احساس حرکت منی را نداشته باشد و لذت از جماع نبرد، از بیداری مفرط، یا وقوع ضربه به دماغ بپرسید که سبب ضعف دماغ خواهد بود(۷،٦). قابل توجه است که حرکات بطئی و دشوار فرد دلالت بر فقدان انرژی و افسردگی وی دارد. همچنین توجه به بیداری مفرط و تاثیر آن در اشکال حاصل شده در منی به خوبی در این سطور اشاره شده است.

مورد دیگری که اشاره شده ضعف قلب است که در علل ایجاد آن مشکلات روحی به روشنی مطرح است. در ضعف قلب، فرد در جمیع بدن نقصان حرارت دارد، ضعف و لینت نبض دارد، پس از جماع دچار حالتی شبیه به غشی شده، خفقان و رعشه پیدا می‌کند، قلت خواهش جماع دارد و از جماع لذت چندانی نمی‌برد. گاهی انزال بدون انتشار در آلت اتفاق می‌افتد، در شرح حال این فرد تقدم تعب کثیر یا مرض طویل یا گرسنگی طولانی مدت، و یا چیزی از محللات روحی و بدنی و حرارت غریزی که قوت وی را ضعیف گردانده است، دیده می‌شود(۷،٦) و همه این موارد سبب اشکال در منی

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]

است که در تشخیص افتراقی چگونگی ایجادشان و در واقع سبب اصلی به وجود آمدنشان، مسائل روحی در کنار مسائل جسمی مورد توجهند.

در نگرش طب آلوپاتیک:

در اروپا و آمریکا نیز ایجاد بیماری روحی در زنان نابارور از دهه ٤٠ تا ٥٠ میلادی مورد توجه قرار گرفته است، تا آنجایی که ایجاد بیماری‌های روحی را در زنان نابارور با احساس مادری ناخودآگاه پس زده شده، زنانگی نابالغ، یا مشکلات هویت جنسی توجیه کرده‌اند. در همان زمان نزدیک به ٥٠ درصد موارد ناباروری هیچ تشخیصی برای توجیه مشکل نداشتند که همین امر منجر به تشدید مسائل روحی در زوج شده بود. بسیاری از این یافته‌ها با تمرکز روی زوج زن بر پایه مشاهدات تجربی و شواهد روایت شده پایه ریزی شده بودند، و زوج مرد و علل ناباروری وی به میزان زیادی در نظر گرفته نشده بود.

آنچه که تا به امروز در برخورد بامسائل روحی ناباروری انجام شده است:

در دهه ٧٠ میلادی فشار ناشی از مشکلات روحی، نیز جزء علل ناباروری گردید (٨). همچنین ارتباطی ویژه بین استرس روحی و ناباروری تعریف و مورد بحث قرار گرفت. به صورتی که در طی زمان شواهد در حال افزایش و متعددی در خصوص تقلید علایم نازایی در استرس به دست آمد. حتی سطح مثبت اندیشی فرد ودرجه انطباق وی با محیط و مسائل اطرافش از موارد حائز اهمیت قلمداد شد (١١،٩).

در حال حاضر ناباروری را به عنوان یک مجموعه در نظر می‌گیرند و که پس از خرد شدن به اجزاء آن، هر جزء مورد درمان قرار می‌گیرد. در واقع بستری از بیماری فیزیکی با تقسیماتی که در آن جنبه بیولژیک، روحی و اجتماعی نیز لحاظ می‌شود. به این ترتیب از جنبه بیولوژیک مداخلات درمانی متعددی در دسترس قرار می‌گیرد. واکنش‌های فردی متعددی به امر نازایی میان افراد دیده می‌شود از آن جمله اعتقادات خرافی و حس ننگ داشتن با وجود نازایی است. بنابراین روش‌های متعددی همراه مداخلات متنوعی برای انطباق با موارد روانشناختی زوج نابارور نیاز است. تا بتوان به شکل مناسبی از ایشان حمایت کرده، در روند مناسب درمانی قرار بگیرند. این مداخلات شامل مداخله هنگام بحران، واکنش سوگ و فراق، تئوری سامانه خانواده، رفتارهای شناختی، تمرکز روی حل مشکل و انطباق فعال روحی- روانی، تئوری هویت، تئوری‌های استرس و نقش پذیری هستند(٨ ، ١٠).

همچنین مطالعات متعددی نشان دهنده ارتباط بین اختلالات خلقی و باروری و درمان ناباروری هستند. مطالعات قبلی روی اختلالات یک قطبی و دو قطبی نشان دهنده کاهش امکان باروری در این افراد بوده است. بسیاری از مطالعات بیانگر این موضوع بودند که زنان نابارور در جستجوی درمان با پیدا شدن علایم افسردگی(به علت ناامیدی نسبت به نتیجه درمان) پاسخ به درمان کمتری خواهند داشت. درمان ناباروری به صورت غیر وابسته منجر به تاثیر روی خلق می‌شود؛ چرا که سطح استروژن و پروژسترون روی سروتونین موثرند(١٢).

گزارشات متعددی دال بر افسردگی طی روال درمان ناباروری در زنان در دسترس است، و به نظر می‌رسد عوارض افسردگی و ناباروری در کنار هم دارای شیوع بالایی باشند. حتی موارد متعددی از تغییر رفتار جنسی در ناباروری گزارش شده است(١٤،١٣). البته استرس به روشنی از علل نازایی عنوان شده‌است (١٥). بنابراین در کتب پزشکی و مقالات از ١٠٠٠ سال پیش تا به حال نقش استرس و تغییرات حالات روحی افراد در ناباروری حائز اهمیت بوده است. با توجه به این موارد لزوم طراحی یک مدل روانی-اجتماعی ناباروری ضروری است (١٦).

ناباروری روان زاد:

از منظر تاریخی، ناباروری بدون علت مشخص(ایدیوپاتیک) وضعیتی است که در آن هیچ علت پزشکی در توجیه ناباروری وجود ندارد و دارای ارتباطی بسیار محکم با مشکلات روحی-روانی است(١٦). البته ناباروری روانزاد دارای تعریف پزشکی مشخصی است که شامل موارد زیر است:

اگر زوجین باوجود تمایل به داشتن فرزند به فعالیت‌هایی که با این امر مغایر است، همچون ورزش حرفه‌ای، عادت‌های

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]

غذایی، سوء مصرف مواد، فشارهای روانی بیش ازحد ادامه دهند.

اگر زوجی طی دوره تخمک گذاری از مباشرت خودداری و یا مباشرت ایشان بدون عملکرد فیزیکی تعریف شده آن باشد.

اگر زوجی ابراز کنند که تمایل به درمان ناباروری دارند ولی هیچگاه حاضر به شروع روال درمان نشوند (۱۶).

تفاوت نگرش زنان و مردان به ناباروری:

تحقیقات نشان داده‌اند که استرس ناشی از ناباروری برای زنان نسبت به مردان بیشتر است. و جالب توجه است که اگر مرد و زن هر دو نابارور باشند این استرس بسیار کاسته می‌شود(۱۵).تحقیقات اخیر که رویکردی از دیدگاه روحی-روانی به ناباروری داشته‌اند دال بر همسانی سطح سلامتی جسمی افراد نابارور با سایر مردم بوده است (۱۶). اگرچه واکنش‌های افسردگی همچون ناامیدی، احساس شکست، و کاهش اعتماد به نفس شایعند. سطح اضطراب و افسردگی در موارد ناباروری نسبت به زوج‌های بارور و در زنان نسبت به مردان بالاتر است (۱۷). بنابراین شواهد کافی از وجود سطوح مختلف افسردگی و اضطراب در زنان و مردان نابارور هم هنگام تشخیص ناباروری و هم در طی درمان ناباروری وجود دارد (۸).

از دیدگاه اجتماعی ناباروری بیشتر با احساس ننگ فرد و ایجاد یک تابو از آن همراه است. زوجی که قادر به مدیریت مسائل اجتماعی اطراف خود نیستند چیزی مثل نداشتن اولاد برایشان تبدیل به یک تابو شده و تصور ایشان از داشتن نهاد خانواده تبدیل به یک حس شکست دائمی می‌شود. در برخی از فرهنگ‌ها ناباروری منجر به طلاق و جدایی(به خصوص از طرف همسرسالم) می‌شود چراکه فرد بارور با تصور تشکیل یک زندگی جدید سعی دارد صاحب اولاد شود. علاوه بر این موارد در برخی کشورها استفاده از درمان‌های ناباروری متضمن صرف هزینه‌ای هنگفت است که برای زوج ممکن نیست.

همچنانکه گفته شد تشخیص ناباروری در زنان با واکنش روحی بیشتری همراه است و زنان بیش از مردان تمایل به ابراز احساسات خود دارند (۱۹،۱۸). این واکنش‌ها در جوامعی که حس مادری دارای جایگاه قویتری است و یا تنها نقش زنان مادر بودن است بسیار شدیدتر و عمیق‌تر ایجاد می‌شود. بسیاری از محققان معتقدند که زنان نسبت به مردان درجات شدیدتری از فشار روحی را تجربه می‌کنند. ولی برخی از محققان نیز ادعا می‌کنند میزان تجربه استرس در زنان و مردان یکسان است (۲۲).

به این ترتیب به نظر می‌رسد در این نتیجه گیری‌ها مسائل اجتماعی رایج نقش بسیار برجسته‌ای داشته‌اند؛ چراکه در هر فرهنگی بسته به برتری‌جویی یک جنس نتایج متفاوتی به دست می‌آید. اگر نقش مردان پررنگ تر است و برچسب نازایی به زن می‌خورد، تبعات این مشگل و درمان آن و فشار روحی ناشی ار آن در زوجه بیشتر خواهد بود و اگر زن و مرد دارای جایگاه اجتماعی همسانی باشند، تجربه استرس در هردو یکسان است. البته به نظر می رسد آنچه که امروزه برای بررسی واکنش‌های روانی زوجین طراحی و استاندارد شده است در ضبط و بررسی تغییرات روحی مردانی که در فرایند درمان ناباروری هستند، چندان کارآمد نیست (۱۱, ۲۵،۲۳)

ناباروری یک مرد نسبت به یک زن دارای بار اجتماعی سنگین‌تری است و عجیب نیست که مرد نابارور نسبت به زن نابارور فشار روحی بیشتری را تجربه کند (۲۷،۲۶). در استراتژی‌های درمانی تعریف شده مردان ترجیح می‌دهند روش‌ها را شناخته، هدف را تعیین کرده با اطلاعات کافی پیش بروند، ولی زنان تنها در پی به اشتراک گذاشتن احساسات خود هستند که در میان گذاشتن احساساتشان بخش بزرگی از فرآیند درمان را به خود اختصاص می‌دهد (۱۹). بنابراین زندگی بدون فرزند دارای تبعات متفاوتی در زنان و مردان است. در بسیاری از فرهنگ‌ها زندگی مرد به عنوان نان آور خانواده با وجود ناباروری، دستخوش تغییر کمتری خواهدشد. نقش زنان در خانواده با نقش مادری پیوندی محکم‌تر دارد. از طرفی زندگی اجتماعی زن در تعامل با دوستانش که مادر شده‌اند منجر به تغییر زیادی در شکل زندگیش و تفکراتش خواهدشد و به تدریج منجر به کناره گیری وی از حاضر شدن در جمع دوستانش می‌شود. از جمله مشکلات شایع در ناباروری و در طی درمان آن مشکلات جنسی است. البته این مشکلات در

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]

بیشتر موارد ارادی بوده که با آموزش و حمایت به کلی درمان می‌شود(۲۸) بیش از ٦۰درصد زوج ها با کاهش لیبید و یا اختلال نعوظ مواجهند. البته به دلیل تهاجمی بودن بسیاری از درمان‌ها و تکرار چرخه‌های درمانی امری عادی تلقی می‌شود. بعلاوه بسیاری از زوج‌ها به علت ناباروری مباشرت را امری زائد و پوچ تلقی کرده از انجام آن روی گردانند. به این ترتیب مباشرت تبدیل به یک وظیفه در جریان درمان ناباروری شده جنبه لذت بخش بودن آن مورد غفلت قرار می‌گیرد.

البته شایان ذکر است که در مطالعات پیگیری بسیاری از زوج‌های نابارور که بدون فرزند در کنار هم مانده‌اند و بحران به وجود آمده را مدیریت کرده از آن گذشته‌اند، رشته محکم زندگی و ارتباط پویای خوبی را گزارش کرده اند(۱۷، ۱۹، ۲۹،۲۸) توافق بین زوجین بستگی به نوع نگرش آنها به ناباروری دارد. اگر آنها بتوانند هدف جایگزینی در زندگی مشترک بدون فرزند پیدا کنند، ارتباط آنها در مسیر درستی پیش می‌رود(۱۹،۳۰، ۳۱)

تطبیق با هویت جنسی:

ناباروری، تصور ذهنی فرد را از خودش با وجود ناباروری تغییر می‌دهد. حس مادری با زنانگی دارای ارتباط مستحکمی است، با مادر نشدن، تصور زن از زنانگی‌اش به هم خورده، خود را به علت ناباروری زنی کامل نمی‌داند. البته برای انطباق با ناباروری نیاز به مرد و زن است تا بتوانند احساس ناشی از ناباروری را در میان سایر مسائل زندگی اداره کنند.

این تطبیق دارای مراحلی است (۳۳،۳۲)، ابتدا زوج حس باروری دارند و اینکه می توانند دارای فرزند شوند، در مرحله بعد متوجه می‌شوند که قادر به باروری به صورت خودبخودی نیستند، شروع به طی آزمایشات و معاینات بالینی کرده تا علت تشخیص داده شود، مجبور می‌شوند درمان‌های تهاجمی را انجام دهند، به ایشان پیشنهاد پذیرش تخمک و یا رحم اجاره‌ای می‌شود و حالا با یک زندگی بدون بچه مواجهند.

غم ناشی از بی‌فرزندی:

هم‌چنانکه در بالا توضیح داده شد، مواجهه با ناباروری دارای مراحل مختلفی است: ابتدا فرد متوجه می‌شود که به خودی خوی قادر به باروری نیست و با شکست‌های پیاپی در روش‌های درمانی برای همیشه از داشتن فرزند نا امید می‌شود.

غم و تغییر احساسی ناشی از ناباروری، شاید تنها به دلیل نداشتن فرزند نیز نباشد؛ بلکه زوج پتانسیل داشتن یک آرزو را از دست داده‌اند که برایشان تاسف آور است. آنها از عدم درک کافی از سوی اطرافیان خود شاکیند و توقع دوستانشان را مبنی بر برگشتن هرچه سریعتر به روال سابق غیر منصفانه می‌دانند. واکنش به ناباروری دارای تظاهرات مختلفی است و از آن جمله شوکه شدن، ناباوری، خشم، سرزنش، شرمندگی، و احساس گناه است. به این ترتیب فرد دچار واکنش افسردگی و کاهش اعتماد به نفس می‌شود.

واکنش به این امر در بین دو جنس متفاوت است: زنان آشکارا و عمیقا تاسف خود ابراز می‌کنند؛ در حالی که مردان فاصله خود را از بقیه بیشتر می‌کنند (۵). بنابراین سکوت آنها نباید حمل بر عدم رنجشان شود و ضروری است که به ایشان فرصت داده شود تا بتوانند غم و غصه‌شان را بیان کنند.

غم و غصه ناشی از ناباروری به ندرت تا دو سال در زوج باقی است و طی این مدت علایم افسردگی به وضوح دیده می‌شود (۳٤،۳۳). ناباروری حادثه‌ای در زندگی افراد است که منجر به تغییر عمیق هویت فرد به صورت دائم می‌شود. ناباروری یک بحران است که با تاسفی عمیق همراه بوده و باوجود پذیرش زوج به صورت ادواری به یاد آورده می‌شود و باز هم غم آن تازه می‌شود (۳۵).

نتیجه‌گیری:

یکی از عمده‌ترین مسائل موجود طی درمان ناباروری برخورد با زوج نابارور است چراکه عواقب احساسی و هیجانی این مشگل، زندگی ایشان را در ابعاد وسیعی تحت تاثیر قرار داده است. به نظر می‌رسد پزشکانی که در عرصه درمان ناباروری در حال ارائه خدماتند به میزان زیادی از جنبه روحی روانی این موضوع غافلند. انتظار پذیرش مشگل از سوی زوج، برنامه‌ریزی زمانی و مالی برای درمان پرهزینه ناباروری، دفعات متعدد انجام روش‌ها و آزمایشات، دارای بار روانی سنگینی برای زوج است. با توجه به رویکرد هزاران ساله روحی و

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]

جسمی طب سنتی تدوین یک مدل اجتماعی، روحی و فیزیولوژیک بر پایه متون طب سنتی در درمان ناباروری ضروری و مددرسان به نظر می‌رسد. در غم و اندوه روح به آهستگی به داخل می‌رود و آثار به داخل رفتن روح کاهش نشاط فرد است، آن جایی که ما بیمارمان را افسرده می‌نامیم و اینجا نقطه عطف طب سنتی و آلوپاتیک در موضوع ناباروری و بیماری روحی است، که بر اساس آموخته‌های طب سنتی طرح درمان ما ابتدا باید بر اساس خروج روح به تدریج باشد تا نشاط به سر و روی و حرکات فرد بازگردد.

با توجه به آنچه که در این مقاله گفته شد با رویکردی که طب سنتی به جریان روح در بدن و نقش اعراض نفسانی دارد، راهی نو در افق دید محققانی که در مراکز ناباروری در حال درمان این افراد هستند گشوده می‌شود و آن هم تکیه بر مدلی است که علاوه بر سلامت بدنی، به دقت سلامت اجتماعی و روحی افراد را زیر نظر گرفته، سعی در به جریان درآوردن روح ایشان کند، بی آنکه مددجو با عنوان بیماری روحی مواجه شود.

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]

References:

۱ . ابن سینا، حسین بن عبدالله: قانون در طب. تحقیق: شمس الدین، ابراهیم. ج۳، موسسه الاعلمی للمطبوعات، بیروت، صص: ۱۰٤-۱۰، ٤۸، ۱٤۸، ۱٥۹، ۲۳۱، ۲۰۰٥.

۲ . عقیلی علوي شیرازي، سید محمد حسین: خلاصه الحکمه. تحقیق، تصحیح و ویرایش: ناظم، اسماعیل. ج۱، موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، انتشارات اسماعیلیان، تهران، صص: ٤۷۸-۸۲، ٤۹۰، ٥۲۷، ۱۳۸٥.

۳ . مجوسی اهوازی، علی بن عباس: کامل الصناعه الطبیه. تحقیق: موسسه مطالعات تاریخ پزشکی و طب اسلامی و مکمل، تهران، صص ٦۱٥-۷۰، ۱۳۸۸.

٤ . هروی، محمد بن یوسف: بحرالجواهر. تحقیق: موسسه احیا طب طبیعی. جلد۱، موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، تهران، ص: ۷۸، ۱۳۸٤.

٥ . ابن سینا، حسین بن عبدالله: قانون در طب، تصحیح علیرضا مسعودی، چاپ اول، کاشان، انتشارات مرسل، ۱۳۸٦

٦ . ناظم جهان: رموز اعظم، تهران، موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، شماره نشر ٤۱، سنگی، ۱۳۸۳

۷ . جرجانی، اسماعیل: الاغراض الطبیه و المباحث العلائیه. تصحیح و تحقیق: تاج بخش، حسن. انتشارات دانشگاه تهران، تهران، ص ٦۳، ۱۳۸٥.

8. Hammer Burns L CS. Psychology of infertility. In: Covington SN, Burns LH (eds). Infertility Counseling, A comprehensive handbook for clinicians. 2006; 1-19.

9. Litt MD TH, Affleck G, Klock S. Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. J Behav Med 1992; 15: 171-187. 1992.

10. Lancastle D BJ. Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects on biological response to fertility treatment? Health Psychol 2000; 19: 544-553. 2000;2005.

11. Lobel M DC, Kaminer A, Meyer BA. The impact of prenatal materinal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-riks women. Health Psychol 2000; 19: 544-553. 2000.

12. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. Human Reproduction Update. Volume 13, Issue 6 Pp. 607-616.

13. Downey J YS, McKinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. . Fertility and Sterility [1989, 52(3):425-32] 1989.

14. Berg BJ WJ. Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualization. Fertil Steril 1990 Apr;53(4):654-61. 1990.

15. Greil AL. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. Division of Social Sciences, Alfred University, 1 Saxon Drive Alfred, NY 14802, USA. 1998.

16. Strauss B BE, Kentenich H. Fertilitätsstörungen-Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Stuttgart: Schattauer. 2004.

17. Williams K ZL. Psychopathology and Psychopharmacology in the infertile patient. In: Covington SN Burns LH (eds). Infertility Counseling A comprehensive handbook for clinicians Cambridge ; New YorkCambridge University Press; 2006; 97-116. 2006.

18. C. N. Counseling the infertile couple. In: Covington SN, Burns LH (eds) Infertility Counseling A comprehensive handbook for clinicians New York: Cambridge University Press, 2006. 2006.

19. Freeman EW BA, Rickels K, Tureck R, Mastroianni, Jr. L. Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. Fertil Steril. 1985;43: 48-53.

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]

[Downloaded from jiitm.ir on 2026-11-28]