

بنام آنکه جان را فکرت آموخت

سخنی با همکاران

تحقق مأموریت اصلی محققان و دانشمندان در حفظ و ارتقای دانش موجود موقوف به داشتن اطلاع، شناخت وضعیت موجود و امکان ارزیابی و داور معتبر درباره ضرورتها و اولویت های آینده است. اگر به سالهای قبل از ۱۹۹۵ مراجعه کنیم با عدم حضور و یا حضور اندک محققان کشور در کنفرانس های بین المللی و منطقه ای تولید مثل و ناباروری مواجه میشویم، و هر چه به زمان حال نزدیک تر شویم، اشتیاق بیشتری را برای حضور در این مجامع با هدف کسب آگاهی و شناخت وضع موجود و برنامه ریزی برای آینده مشاهده می نمائیم. خوشبختانه در سالهای اخیر این حضور با شرکت جامعه و موثرتر در این صحنه ها و با ارائه مقالات و یافته های علمی محقق شده است. شرکت تعداد بسیار قابل توجهی از محققان و دانشمندان علوم باروری و ناباروری کشورمان در کنفرانس سالیانه (European Society of Human Reproduction and Embryology) ESHRE 2000 را که با ارائه تعداد قابل توجهی از مقالات علمی در این کنفرانس نیز همراه بوده است تبریک عرض نموده، امیدواریم که شاهد موفقیت های روز افزون همکاران خود در این زمینه باشیم.

ژورنال کلاب

تشخیص قبل از تولد

سی امین گردهمایی باروری و ناباروری با عنوان **تشخیص قبل از تولد** توسط خانم بهار نقوی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری، مامائی شهید بهشتی دوشنبه مورخ ۱۳۷۹/۴/۲۰ با شرکت جمعی از اساتید در محل پژوهشکده برگزار

گردید که خلاصه مطالب ایشان به شرح زیر است:

یکی از مهمترین فصول تاریخچه ژنتیکی که در پزشکی کاربرد دارد، تکامل تکنیکهای برای تشخیص بیماری مادرزادی قبل از تولد است. تکنیکهای تشخیص قبل از تولد شامل آنالیزهای سیتوژنتیک یا بیوشیمی سلولهای جنینی در مایع آمنیوتیک، آزمون خود مایع، آزمون خون مادر و مشاهده جنین با اولتراسوند و رادیوگرافی یا فتوسکوپی هستند و امروزه این روشها این امکان را به والدین می دهند در صورتی که جنین آنها گرفتار باشد به حاملگی خاتمه دهند.

آمنیوسنتز: کشیدن مایع از کیسه آمنیوتیک است و مایع آمنیوتیک حاوی ادرار جنینی، سلولهای تخریب شده پوستی، مجاری تنفسی و مجاری ادراری می باشد و در ترمینانهای تشخیصی سیتولوژیک و آنزیمی روی سلولهای مایع آمنیوتیک کاملاً معتبر بوده و میزان خطا زیر ۱٪ است و در ۱۶ هفته بعد از شروع آخرین پریود زمان ایتیم است.

نمونه برداری ویلوس کوریونی: تشخیص زودتر را امکان پذیر میسازد و ۸ هفته بعد از آخرین پریود، تشخیص ناهنجاریها را ممکن میسازد. اولتراسوند: از سال ۱۹۷۲ برای

تشخیص آنانسفالی مورد استفاده قرار گرفته است و بین ۱۸ و ۱۶ هفته بارداری برای تشخیص آنومالیهای جنینی بکار گرفته می شود.

فتوسکوپی: مشاهده مستقیم جنین توسط سیستم فیبروپتیک است ولی امکان خطر برای جنین ۵٪ است.

α -Fetoprotein: مهمترین اندیکاتور تشخیص است و α -فتوپروتئین (AFP) توسط کیسه زرده و سپس توسط کیسه جنینی سنتز می شود. غلظت سرمی جنینی از حدود هفته ششم بارداری تا ۱۴-۱۲ هفته بارداری افزایش یافته و تدریجاً کاهش می یابد. وقتی که جنین دارای لوله عصبی بازمانند آنانسفالی یا اسپینابیفیدی باز باشد. AFP در مایع آمنیوتیک سطحش افزایش می یابد. از روشهای دیگر تشخیص قبل از تولد از رادیوگرافی، RFLPS، تشخیص ژنهای موتانت در سطح DNA را میتوان نام برد.

α -Fetoprotein: مهمترین اندیکاتور تشخیص است وقتی که جنین دارای لوله عصبی باز مانند آنانسفالی یا اسپینابیفیدی ای باز باشد. AFP در مایع آمنیوتیک سطحش افزایش می یابد.

بسمه تعالی

پژوهشکده ابن سینا

(مرکز پژوهش بیولوژی و بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی جهاد دانشگاهی)

اعلامیه برگزاری کارگاه نظری و عملی روشهای تشخیص مولکولی

بیماریهای ژنتیکی

بدینوسیله به اطلاع کلیه علاقمندان و محققین می رساند که کارگاه عملی و نظری تشخیص مولکولی

بیماریهای ژنتیکی از ۲۵ الی ۲۶ آبانماه ۱۳۷۹ در محل پژوهشکده برگزار خواهد شد.

کارگاه عملی	مباحث نظری
DNA Extraction PCR-RFLP Restriction.Enzyme digestion Gel Electrophoresis	۱- مبانی مولکولی بیماریهای ژنتیکی ۲- تکنیک های مهندسی ژنتیک در تشخیص بیماریها

تعداد شرکت کنندگان در این دوره حداکثر ۱۰ نفر و بر اساس اولویت ثبت نام می باشد هزینه ثبت نام مبلغ ۱۰۰۰/۰۰۰ ریال است.

فرم شرکت در کارگاه نظری و عملی روشهای تشخیص مولکولی بیماریهای ژنتیکی به همراه بولتن ضمیمه گردیده است. علاقمندان پس از تکمیل فرم فیش مبلغ درخواستی را به آدرس پژوهشکده ابن سینا ارسال نمایند.

تمام مراجعه کنندگان به کلینک ناباروری صورت گیرد و در بیمارانی که از منطقه آندمیک آمده اند و یا سفری به آن مناطق داشته اند PPD بیشتر از ۱۰ میلی متر در طی ۴۸

(۱۵-۵٪) و بندرت واژن (۱٪) منتشر شود (۵). شایعترین شکایت بیماران ناباروری است (۱) بطوریکه امروزه از هر ۵۰۰ زن مراجعه کننده به کلینک ناباروری و اندوکریین دانشگاه

اندیکاسیونهای تشخیص قبل از تولد سن بالای مادر، وجود بچه ای با ناهنجاریهایی در خانواده، استفاده مادر از عوامل تراتوژن در دوران بارداری، تعیین جنس جنین در بیماریهای وابسته به X و ... می توان نام برد

تشخیص بیماری میتواند توسط کشت خون قاعدگی یا محصول کورتاژ اندومتر یا نمونه بیوپسی حاصل از لاپاروسکوپی عمل جراحی صورت گیرد. امروزه PCR در تشخیص بیماری سل از اهمیت بالائی برخوردار است یافته های رادیولوژیک و نیز هیستروسالپینگوگرافی HSG میتواند به تشخیص بسیار کمک کند

ساعت پس از انجام تست می تواند به عنوان یک علامت هشدار دهنده در نظر گرفته شود (۲). تشخیص بیماری میتواند توسط کشت خون قاعدگی یا محصول

کورتاژ اندومتر یا نمونه بیوپسی حاصل از لاپاروسکوپی و عمل جراحی صورت گیرد. امروزه PCR در تشخیص بیماری سل از اهمیت بالائی برخوردار است یافته های رادیولوژیک و نیز هیستروسالپینگوگرافی (HSG) میتواند به تشخیص بسیار کمک کند در بررسی های رادیولوژیک مشاهده کلسیفیکاسیون، تغییرات نامنظم حفره اندومتر، انسداد نسبی یا کامل حفره اندومتر، وجود filling defect و تغییرات خاص لوله ها به صورت Pipe stem tubes، فیستولها و تنگی های متعدد، اتساع مختصر انتهای لوله ها و غدد لنفاوی لگنی کلسیفیه از تغییرات قابل مشاهده و با ارزش می باشند (۴الف)

در صورت بروز بارداری در ضمن سل لگنی بارداری خارج رحمی (EP) شایع است

در پاتولوژی نمونه های بیوپسی اندومتر توپرکول های پراکنده حاوی سلولهای اپی تلیال و سلولهای ژانت که توسط لنفوسیت ها احاطه شده اند مشاهده میشود. توپرکول ها را بیش

لس آنجلس در ۵ نفر علت سل ژنیتال تشخیص داده میشود (۳).

نشانه های دیگر اگر وجود داشته باشند موضعی و شامل درد شکم و اختلالات قاعدگی از جمله آمنوره می باشند. نشانه های عمومی شایع نیست و ضرورتی هم به وجود سابقه ابتلای قبلی به بیماری سل وجود ندارد ۲۵-۵۰٪ بیماران در معاینه فیزیکی سالم به نظر می رسند (۳) و در معاینه لگنی ممکن است یافته خاصی وجود نداشته باشد و یا در ضمائم طرفی رحم توده و یا چسبندگی مشهود باشد (الف).

در صورت بروز بارداری در ضمن سل لگنی بارداری خارج رحمی (EP) شایع است (۱) سل دستگاه تناسلی را در مناطق آندمیک باید همواره بخاطر داشت. تست توپرکولین (PPD) باید

تقریباً ۱/۳٪ مردم به عامل بیماری سل یا Mycobacterium Tuberculosis آلوده می باشند.

ارگانسیم قادر است ارگانهای مختلفی را گرفتار نموده اشکال مختلفی از بیماری نهفته و بی علامت تا بیماری شدید و ناتوان کننده و منجر به مرگ را ایجاد نماید (۱). یکی از ارگانهای که میتواند گرفتار شود، دستگاه تناسلی است که در نتیجه التهاب، تخریب و تشکیل بافت گرانولام عملکرد طبیعی خود را از دست داده و به ناباروری منجر می شود.

در اینجا به بررسی گرفتاری سلی دستگاه ژنیتال در زنان و مردان و نقش آن در ایجاد ناباروری می پردازیم.

الف. سل دستگاه تناسلی زنان

سل لگنی امروزه در ایالات متحده نادر است ولی در آمریکای مرکزی و جنوبی و خاور میانه که بیماری سل شایعتر است بیشتر مشاهده میشود. در ایران نیز شیوع آن در نواحی غرب، شمال، شمال غربی و نواحی مجاور افغانستان بیشتر است (الف). سن ابتلا بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است (الف و ۴). در گزارشات قبلی فراوانی سل ژنیتال در بین زنان مبتلا به ناباروری در حدود ۵٪ تا ۲۰٪ گزارش شده بود (۲) ولی امروزه سل به عنوان عامل اتیولوژیک در بین حدود ۱۰٪ زنان نابارور شناخته شده است (الف و ۴).

بیماری اغلب از یک کانون هماتوژن در مخاط سالپینکس آغاز میشود و از آن جا می تواند به تخمدان ها (۳۰٪) مخاط رحم (۵۰٪) سرویکس

۳۱

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: **اساس مولکولی هموفیلی**
سخنران: **آقای امیر حسین نارمچی**

تاریخ: **دوشنبه ۷۹/۵/۳ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰**

مکان: **بزرگراه شهید چمران، اومین، دانشگاه شهید بهشتی پژوهشکده ابن سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)**

مقاله تخصصی

سل دستگاه تناسلی Genital Tuberculosis دکتر لیلی چمنی

ب- دکتر محمد علی صدیقی گیلانی - نقش TB بروسولوز در ناباروری مردان - سومین سمپوزیوم تخصصی باروری و ناباروری (عفونت و ناباروری) تهران - آبان ۱۳۷۸ (خلاصه مقالات)

- Dawd HAAS. ROGEM DES PREZ. 1- Mycobacterium Tuberculosis Principles and Practice of Infections Diseases 1995 (2213-2243)
- 2-Gilles R.G. Monif Infections Specif categories of Infertility. Ch:21.1995.
- 3- CHARLES M .March Hysteroscopy and the Uterine factor in Infertility
- 4-Tuberculosis and fallopian tube infertility. [http:// www. Echt. Chm. msu. edu/courseware /blockII/Pathologg\(feb.2000\)](http://www.Echt.Chm.msu.edu/courseware/blockII/Pathologg(feb.2000))
- 5-Corter JR. Unusual Presentations of genital ct tuberculosis. Int J Gynecol . obstet. 1990,33:171-6
- 6-David P.Dooley, Joh L. Carpenter's and steven Rade ,macher Aljunctive Corticosteroid Therapy for tuberculosis: A Critical Reappraisal of the lit erdture CID. 1997. 25. 872-87
- 7-Gorse GJ,Belshe RB. Male genital tuberculosis Areview of the literature with instructive cuse reports. Rev Infect. Dis. 1985; 7: 5h -24

اخبار علمی

شیوع سرطان در بچه های متولد شده پس از IVF

ارزیابی طولانی مدت سلامتی کودکان متولد شده در پی روش IVF، اطلاعات ذیقیمتی را برای پزشکان و مشاوران به همراه داشته است. علیرغم اینکه مواردی از نوروبلاستوما در متولدين IVF گزارش شده تا مدتها پیش هیچگونه یافته ای در خصوص شیوع سرطان در بچه های IVF منتشر نگردیده است. این مسأله محققان را بر آن داشت، تا مطالعه ای با استفاده از طرح بررسی پرونده های بیماران، شیوع سرطان را در کودکان حاصل از تکنیکهای ART بررسی نمایند. در این مقاله حاملگی های ناشی از تکنیکهای ART طی سالهای

و یا descending صورت میگیرد. انتشار عفونت از کانونهای کلیوی به ترتیب شیوع موجب ابتلای پروستات، سمینال و زیکول، اپیدیدیم و بیضه میشود. ارگان هایی که گرفتاری سلی آنها میتواند به عقیمی بیمار منجر شود عبارتند از: پروستات، سمینال و زیکول، وازودفران، اپیدیدیم و بیضه (ب). کم شدن تعداد اسپرما توزوئید شایع است و گاهی با درمان هم بهبود نمی یابد (۱). گرفتاری پروستات به شکل التهاب induration و نودولاریتی دیده میشود و ممکن است پس از درمان در آن سنگ تشکیل شود (۱). وازودفران شکل beading پیدا میکند اپیدیدیم قدری بزرگتر از معمول، دردناک و سفت شده و ممکن است تبدیل به آبسه شده و از طریق

از هرزمانی ممکن است در مرحله پره منسترال سیکل قاعدگی پس از بیشترین تحریک هورمونی اندومتر مشاهده کرد (۴) لذا مناسبترین زمان نمونه برداری اواخر فاز ترشحي الی ۱۲ ساعت بعداز شروع قاعدگی است (الف).

در اغلب موارد کازئوئیز وجود دارد و با سیل های اسید فاست را نیز میتوان مشاهده نمود.

پاسخ سل دستگاه تناسلی زنان به دارو درمانی با داروهای ضد سل عالی است یافته ای به نفع استفاده از کورتیکو استروئید در این بیماران وجود ندارد (۶).

مناسبترین زمان نمونه برداری اواخر فاز ترشحي الی ۱۲ ساعت بعد از شروع قاعدگی است

عمل جراحی تنها هنگامی مورد نیاز است که باقی مانده آبسه های لوله ها و تخمدان ها خیلی بزرگ باشد. پس از پایان درمان و حصول اطمینان از درمان و طبیعی شدن حفره اندومتر می توان این بیمار را جهت IVF معرفی نمود.

ب. سل دستگاه تناسلی مردان

در اغلب موارد مبتلایان مردان جوان هستند و ۶۰٪ آنان را مردان ۲۰ تا ۴۰ ساله تشکیل میدهند (ب). در اغلب موارد (۸۰٪) سل دستگاه تناسلی مردان همراه و شاید ناشی از سل کلیوی همزمان است (۱) و اکثریت موارد پیشرفته سل کلیه هم تا حدی باکانونهای سلی دستگاه تناسلی مردان همراه هستند (۷) کانونهای سلی دستگاه تناسلی مردان که همراه بیماری کلیوی نباشد به وسیله انتشار و عفونت از راه همولنف از یک مکان آسمپتوماتیک اولیه (عمدتاً ریه) ایجاد میشوند و اغلب بصورت توده های دردناک در اسکروتوم و یا درد بیضه ظاهر میشوند (۱). کلیه و پروستات اغلب بطور اولیه گرفتار میشوند ولی گرفتاری سایر قسمت های دستگاه تناسلی - ادراری به شکل ascending

۳۲



گردهمایی باروری و ناباروری

Fertility & Infertility J.Club

موضوع : Chronic Hyperandrogenic & Ovulation
سخنران : خانم دکتر ساغر صالحپور

تاریخ : دوشنبه ۱۷/۵/۷۹ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۴/۳۰

مکان: بزرگراه شهید چمران، آوین، دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشکده ابن سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی، تولید مثل و نازایی)

اسکروتوم تخلیه شود (۱-ب) گرفتاری بیضه از طریق اپیدیدیم است که منجر به ارکیت یا آبسه بیضه میشود (ب). تشخیص بیماری بطور معمول توسط بیوپسی یا جراحی داده میشود. پاسخ بیماران در برابر درمان دارویی ضد سل عالی است.

الف- دکتر یحیی بهجت نیا. سل دستگاه تناسلی بانوان و نقش آن در نازائی سومین سمپوزیوم تخصصی باروری و ناباروری (عفونت و ناباروری). تهران. آبان ۱۳۷۸ (خلاصه مقالات)

مورد بحث قرار می دهند (فرضیه پی آمدهای روانشناختی) (۲) (Psychological Consequences)

۱- مبنای فرضیه منشأ روانی آن است که بسیاری از موارد ناباروری (خصوصاً در ناباروریهای غیرارگانیکی) در اثر یک مقاومت ناخودآگاه برای مادر شدن در زنان بوجود می آید. یکی از شاخصهای اصلی برای اثبات ادعای این فرضیه تفاوت‌های شخصیتی است که بین افراد نابارور و بارور میتواند وجود داشته باشد. در حالیکه مطالعات محدودی نظیر استولر و دیگران (۱۹۹۳) وجود دارد که نشان میدهد بین زوجهایی که حامله شده اند و آنهایی که حامله نشده اند از جهت برخی مؤلفه های شخصیتی تفاوت وجود دارد ولی مطالعات بسیاری نیز تفاوت‌های شخصیتی معنی داری را بین دو گروه نابارور و بارور نیافته اند (از قبیل فریمن و دیگران ۱۹۸۵، کونولی و دیگران ۱۹۹۲، لالوس و دیگران ۱۹۸۵، رایت و دیگران ۱۹۸۹، براند و دیگران ۱۹۸۲). مطالعات انجام شده پیرامون تفاوت‌های 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 آزمودنیهایی که به کلینیکها مراجعه میکنند، عدم استفاده از آزمونهای استاندارد شده، عدم استفاده از گروههای کنترل مناسب و تمرکز بیش از اندازه بر زنان نابارور. بنابراین اینگونه مطالعات به روشنی نتوانسته اند که 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 استور و پاسن (۱۹۸۶) در مورد مطالعات مربوط به تفاوت‌های شخصیتی این ایراد را وارد میسازند که آزمونهای شخصیت قادر نیستند که انگیزه ناخودآگاه را اندازه گیری نمایند و لذا با یافته های مربوط

مقاله تخصصی

ناباروری و جنبه های روانی - اجتماعی دکتر رضا کریمی نوری

قسمت اول

همانگونه که پدیده ناباروری تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیک بوجود می آید و در قلمرو علوم پزشکی قرار میگیرد دارای جنبه های روانی - اجتماعی نیز میباشد و به لحاظ علوم رفتاری و اجتماعی نیز میباشد مورد توجه قرار گیرد.

۳۳

پژوهشگاه ابن سینا

گردهمایی
باروری و ناباروری
Fertility & Infertility
J.Club

موضوع: فاکتورهای مؤثر در کیفیت اووسیت
سخنران: آقای دکتر معرفت غفاری

تاریخ: دوشنبه ۷/۶/۷۹ ساعت: ۱۳/۳۰ - ۱۲/۳۰
مکان: بزرگراه شهید چمران، اوبن، دانشگاه شهید بهشتی
پژوهشگاه ابن سینا (بیولوژی، بیوتکنولوژی تولید مثل و نازایی)

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. در مروری بر ادبیات تحقیق، 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) (۱) (Psychogenic hypothesis)
۲) گروه دوم تحقیقاتی هستند که پی آمدهای روانشناختی ناباروری را

۱۹۹۵-۱۹۷۹ که در دو کلینیک ناباروری victoria استرالیا صورت گرفته است پیگیری و به منظور تعیین تعداد موارد سرطان در این کودکان به جمع آوری اطلاعات متولدین از لیست ثبت شده جمعیت مبتلا به سرطان پرداختند.

نسبت شیوع استاندارد با مقایسه تعداد موارد سرطان به تعداد موارد مورد انتظار محاسبه گردید که در یک گروه با ۵۲۴۹ تولد و متوسط پیگیری ۳ سال و ۹ ماه (۱۵ - ۱۰) ۴/۳۳ مورد انتظار و ۶ مورد سرطان بارز گردید که نسبت شیوع استاندارد ۱/۳۹ برآورد شد. براساس این مطالعه آنچه مطرح میگردد عدم وجود رابطه معنی دار بین شیوع سرطان در این کودکان نسبت به جمعیت عادی می باشد.

آیا آزمایش آنتی بادی کلامیدیا میتواند به عنوان یک روال همیشگی بررسی ناباروری باشد؟

اگر چه لاپاروسکوپی تکنیکی طلایی برای ارزیابی آسیبهای لوله ای میباشد اما بهر حال روشی پر هزینه و تهاجمی است. استفاده از تست تشخیصی کلامیدیا بسیار آسان و کم خرج بوده و برای بیماران ناراحتی در بر نخواهد داشت.

با استفاده از تکنیک micro-immunofluorescence محققان به اهمیت سرولوژی مثبت پی بردند. یک ارتباط مشخص شده ای میان آنتی بادی و احتمال آسیب لوله ای وجود دارد. در گروههایی که تیتراژ آنتی بادی ۱/۳۲ باشد احتمال صدمات لوله ای ۵٪ میباشد و در بیمارانیکه تیتراژ آنتی بادی بالاتر باشد شانس آسیب لوله ای نیز بیشتر خواهد بود. از یک گروه شامل ۵۷ بیمار ۲۰ نفر (۳۵٪) با آنتی بادی بیش از ۱/۳۲ دچار آسیبهای لوله ای شدند که این اختلاف در هر دو گروه کاملاً معنی دار میباشد. با استفاده از آزمایش آنتی بادی کلامیدیا احتمال کاهش موارد انجام لاپاروسکوپی کاهش خواهد یافت و میتوان از این روش به عنوان یکی از روشهای ارزیابی ناباروری استفاده نمود.

الف - مطالعات توصیفی که مبتنی بر روش شناسی قیاسی است و هدف آنها اینست که ماهیت تجربه ناباروری را مشخص سازند.

ب - مطالعاتی که به آزمون این فرضیه که ناباروری سبب آشفتگی روانی میشود می پردازند.

- مطالعات توصیفی عمدتاً مطالعات کیفی است. برخی مصاحبه های نیمه منظم را با زنان نابارور (مانند: میال، ۱۹۸۵ و ۱۹۸۶؛ ال شانسکی، ۱۹۸۷؛ ساندلوسکی، ۱۹۸۷) و برخی با زوجها (مانند: بکر ۱۹۹۴، گریل ۱۹۹۱، ساندلوسکی و دیگران ۱۹۹۰) انجام داده اند و برخی دیگر نیز از پرسش نامه (مانند فریمن و دیگران ۱۹۸۵؛ لالوس و دیگران ۱۹۸۵؛ برن شتاین و دیگران ۱۹۸۵؛ دانی

و مک کینی ۱۹۹۲) استفاده کرده اند تا نظرات ناباروران را در مورد تجربه ناباروری جویا شوند. بطور کلی مطالعات توصیفی، ناباروری را بعنوان یک تجربه وحشتناک (خصوصاً برای زنان) معرفی می نماید. بعنوان مثال در مطالعه ماهلسدت و دیگران (۱۹۸۷) ۶۳ زن نابارور و ۲۷ مرد نابارور چنین گزارش داده اند که ۹۶ درصد احساس ناکامی، ۸۱ درصد احساس ناامیدی، ۸۲ درصد احساس پریشانی و ۶۵ درصد احساس خشم داشته اند.

نمیتوان به روشنی مشخص نمود که استرس مشاهده شده پی آمد ناباروری است یا علت و سبب بوجود آمدن ناباروری. در مطالعه ای دیگر واسر (۱۹۹۴ و ۱۹۹۳) چهار گروه از



زنان را با هم مقایسه نمود: (۱) زنان نابارور (آناتومیکی ۲) زنان با نشانگان (سمپتوم) خفیف (۳) زنان نابارور با مشکلات هورمونی (۴) زنان با شرایط فیزیکی مشابه گروه سوم ولی در جستجوی حاملگی نبوده اند. این حقیقت که زنان در گروه سوم و چهارم نمره های استرس بالاتری را نشان دادند واسر را به این نتیجه گیری رسانید که برخی از انواع ناباروری به استرس مربوط میباشد. در مطالعه ۲۸ زوج، اسلاد و دیگران (۱۹۹۲) به این نتیجه دست یافتند که از خلق ضعیف و عزت نفس پایین شوهران میتوان نتایج حاملگی را در سه سال بعد پیشگویی کرد. استولو و دیگران (۱۹۹۳) پیشنهاد میکنند که ارتباط بین استرس و ناباروری ممکن است برای مردان در مقایسه با زنان بیشتر مساله باشد. محققین دیگری (نظیر مورش و دیگران ۱۹۸۷) مدل تعاملی زن و مرد را در رابطه با استرس و ناباروری مطرح کرده اند.

۲- مطالعات بسیاری ناباروری را بعنوان یک منبع برای آشفتگی های روانی مطرح مینمایند. در این مورد مطالعات را میتوان به دو گروه تقسیم نمود:

به عدم تفاوت شخصیتی بین باروران و ناباروران لزوما نمیتوان فرضیه منشأ روانی را رد کرد. برخی محققین دیگر برداشتی سایکودینامیک (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 و دیگران ۱۹۸۶، اموره و دیگران ۱۹۸۳، واسر 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 میتوان ارتباط بین استرس و ناباروری را هم انتظار داشت. در مطالعه

ای که توسط دومار و دیگران (۱۹۹۲) انجام گرفت ۵۲ زن نابارور در یک برنامه درمانی ده هفته ای که شامل آموزش آرام سازی (۱) relaxation (response training) و تکنیکهای مدیریت استرس (۲) Stress management techniques) بود شرکت کردند. بعد از پایان برنامه آموزش، این زنان نه تنها کاهش معنی داری را در استرس نشان دادند بلکه ۱۶ نفر از آنان (۳۲٪) باردار شدند. از آنجائی که این مطالعه گروه کنترل نداشت و هم اینکه بیماران نابارور در جریان برنامه آموزشی درمان پزشکی خود را نیز دنبال میکردند لذا نمیتوان با قاطعیت این ادعا را مطرح نمود که برنامه آموزشی در مورد بارداری این زنان نقش اصلی را داشته و استرس علت ناباروری بوده است. ولی نتایج این مطالعه نشان میدهد که فرضیه استرس از ارزش مطالعاتی برخوردار است. در مطالعه دیگری توسط بوی وین و تاکفمن (۱۹۹۵) سطوح استرس روزانه در میان ۴۰ زن که تحت درمان IVF بودند اندازه گیری شد. در این مطالعه کسانی که حامله نشدند نسبت به کسانی که حامله شدند سطوح استرس بیشتری را تجربه کردند. نکته قابل ابهام در این مطالعه آنست که

استخدام هیات علمی

پژوهشکده ابن سینا به منظور تکمیل کادر تخصصی خود افراد واجد شرایط ذیل را به همکاری دعوت می نماید:

۱- متخصص زنان و زایمان
۲- متخصص کلینیکال اندرولوژی

اولویت انتخاب، داشتن تجربه عملی و علمی در ناباروری و شرط اصلی انتخاب فعالیت تمام وقت میباشد

شده از فرم نظر سنجی شرکت کنندگان گرامی نتایج زیر حاصل گردید.

موفقیت برنامه از نظر تحکیم اطلاعات ۷۵٪

موفقیت برنامه از نظر ارائه مطالب جدید ۶۷٪

متناسب بودن محتوی برنامه ۶۱٪
توانایی برنامه در ایجاد علاقه به مطالعه ۸۰٪

توالی مناسب و منطقی سخنرانیها ۶۹٪
امکان مشارکت شرکت کنندگان در بحث ها ۷۰٪

توانایی مدیریت در برقراری نظم ۷۵٪
رضایت از میزان امتیاز ۵۰٪
رضایت از زمان و مکان برگزاری ۸۰٪

مهمترین انگیزه شرکت در سمپوزیوم
تجدید اطلاعات ۸۰٪
مبادله اطلاعات ۸۵٪
کسب امتیاز ۶۰٪

بولتن تولید مثل و نازایی

صاحب امتیاز:
پژوهشکده ابن سینا

مدیر مسئول: دکتر محمد مهدی
آخوندی

زیر نظر شورای علمی نشریه:
دکتر کریم نیر نیا دکتر ربابه طاهری پناه
شیمیسه اسکندری

همکاران اجرائی:
زهره ابیاتی، ناصر رحیمی،
ابوالفضل علیزاده

طرح روی جلد:
پیمان احسانی

آدرس: تهران، بزرگراه شهید
چمران دانشگاه شهید بهشتی،
انتهای بلوار صندوق پستی: ۱۷۷-
۱۹۸۳۵

تلفن: ۲۴۰۳۶۴۱، ۲۴۰۲۰۱۱

فاکس: ۲۴۰۳۶۴۱

EMAIL:RBIBR@YAHOO.COM

اخبار کنفرانس ها

Middle East Fertility Society

7th Annual Meeting

2000 15-18 Nov.

Beirut , Lebanon

Information: Professor

M.Aboulghar, 10 Geziret El

Arab st., Mohandessin, Cairo

2411 Egypt



نتایج نظر سنجی سمپوزیوم

سمپوزیوم ژنتیک و بیوتکنولوژی تولید مثل بدنبال سلسله سمپوزیومهای پژوهشکده ابن سینا با همکاری مرکز ملی تحقیقات مهندسی ژنتیک و بیوتکنولوژی ایران انجمن بیوتکنولوژی ایران - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - انستیتوی پاستور ایران - مرکز تحقیقاتی و درمانی ناباروری یزد - موسسه تحقیقات واکسن و سرم سازی رازی در تاریخ ۲۶ خرداد ۱۳۷۹ در سالن کنفرانس دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برگزار گردید بر اساس آمار استخراج

در مطالعات توصیفی موضوعات شایع زیر غالباً در مورد تجربه ناباروری گزارش شده است:

۱- ناباروری بعنوان یک تمرکز و هسته اصلی برای هویت (خصوصاً برای زنان)

۲- احساس فقدان کنترل و تلاش برای دست یابی به کنترل

۳- احساس نقص و بی لیاقتی (خصوصاً برای زنان)

۴- بی پایگامی و داشتن ابهام

۵- استرس در روابط زناشویی و جنسی همزمان با وجود کشتی بیشتر که به علت ناباروری بین زوجین بوجود می آید.

۶- احساس جدایی و بیگانگی از دنیای بارور

۷- احساس داغ و ننگ اجتماعی

۸- دشواری در سازگاری با ناباروری

۹- غوطه ور شدن در فرایند درمان

۱۰- ماهیت استرس زا در خود فرایند درمان

۱۱- روابط تغییر یافته با پزشکان و مراقبین بهداشت

یکی از نقاط قوت در مطالعات توصیفی آنست که تجربه ناباروری را در درون زمینه اجتماعی خودش مورد تجزیه و تحلیل قرار میدهد و به نقش جنسیت، ساختار خانوادگی، روابط زوجها، اثرات مؤسسات پزشکی و اهمیت تکنولوژی باروری در شکل دهی واکنش های به ناباروری توجه خاص مینماید.

همکار بزرگوار و گرامی سرکار خانم دکتر اشرفی

با نهایت تاسف و تأثر درگذشت همسر ارجمند و پدر مهربان فرزندانتان را تسلیت عرض نموده و از پیشگاه خداوند برای آن مرحوم علو درجات و برای بازماندگان صبر و شکیبائی آرزو می نمایم.

پژوهشکده ابن سینا