

## اختلالات روانی جنسی و افسردگی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری مشهد

محمدرضا سرگلزایی (M.D.)<sup>۱</sup>، فاطمه محرری (M.D.)<sup>۲</sup>، حمید رضا ارشدی (M.D.)<sup>۱</sup>، کامران جاویدی (M.D.)<sup>۲</sup>، شاپور کریمی (M.D.)<sup>۱</sup>، محمد رضا فیاضی بردبار (M.D.)<sup>۲</sup>.

۱- استادیار، گروه روانپزشکی، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مشهد، مشهد، ایران.

۲- دستیار، گروه روانپزشکی، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی مشهد، مشهد، ایران.

## چکیده

ناباروری مشکل شایعی است که حدود ۲۵-۱۵٪ از زوجین در سنین باروری خود به آن مبتلا هستند. اگر چه نقش مسائل روانشناختی بعنوان عامل ایتولوژیک ناباروری مورد مناقشه است ولی بطور مسلم متغیرهای روانزاد و سبک زندگی نقش مهمی در ایجاد ناباروری دارد و از طرفی دیگر خود ناباروری می تواند موجب واکنشهای روانشناختی متفاوتی مانند افسردگی در فرد گردد. بنابراین محققین بر آن شدند که میزان شیوع اختلالات روانی جنسی و میزان شیوع افسردگی را در زوجهای نابارور و ارتباط آن را با ناباروری مورد بررسی قرار دهند. تحقیق به صورت مقطعی در طی یک ماه صورت گرفت که در آن ۳۰ زن نابارور که بطور تصادفی از بین افراد مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهر مشهد (بیمارستان منتصریه) انتخاب شدند. این افراد معیار عملکرد کلی جنسی و معیار درجه بندی هامیلتون برای افسردگی و نیز پرسشنامه ای را پر کردند که در آن اطلاعاتی در مورد: سن، شغل و تحصیلات فرد نابارور و همسر وی، مدت ازدواج و مدت درمان ناباروری در طی مصاحبه با روانپزشک جمع آوری شد. طبق نتایج بدست آمده مطابق معیار هامیلتون ۷ نفر (۲۳/۳٪) افسردگی خفیف، ۱۶ نفر (۵۳/۳٪) افسردگی متوسط و ۶ نفر (۲۰٪) افسردگی شدید داشتند و تنها یک نفر خلق طبیعی داشت. از سوی دیگر اختلال عملکرد جنسی در زوجین دارای اختلاف سنی بیشتر، شایعتر بود و میزان افسردگی شدید و متوسط با اختلاف سن زن و همسر ارتباط نداشت ( $t=1/7$ ،  $t=-0/306$ ) اما با مدت درمان ناباروری کاملاً مرتبط بود. ( $t=-2/59$ ،  $P<0/05$ )،  $t=-0/44$ ) که این مسئله توجه روانشناسی بیشتر در اوائل تشخیص ناباروری را نشان می دهد. بین نمره افسردگی و اختلال عملکرد جنسی رابطه ای وجود نداشت ( $t=0/28$ ) که نشان می دهد اختلال عملکرد جنسی در آنان مستقل از افسردگی است.

کل واژگان: ناباروری، زنان نابارور، افسردگی و اختلالات جنسی.

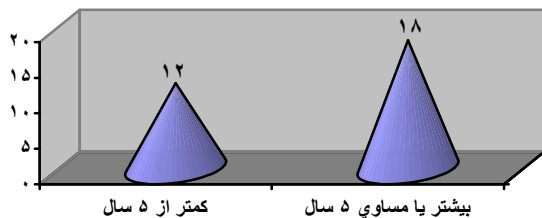
آدرس مکاتبه: دکتر محمدرضا سرگلزایی، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، ابتدای بلوار عامل، میدان فردوسی، مشهد، ایران.

پست الکترونیک: [isssp@yahoo.com](mailto:isssp@yahoo.com)

**مقدمه:**

خانم و همسری و مدت درمان ناباروری گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی از بین افراد مراجعه کننده به مرکز درمان

نمودار ۳- فراوانی تفاوت سنی زنان مورد بررسی با همسرانشان



ناباروری در طی یکماه انتخاب گردیدند و موارد بالا در طی مصاحبه با روانپزشک تکمیل گردید.

**پرسشنامه عملکرد کلی جنسی (GSF):** این پرسشنامه یک معیار ارزیابی وضعیت جنسی فرد است. فرم ابتدایی آن شامل ۲۸ سؤال و آخرین تجدیدنظر آن ۴۶ سؤال چند گزینه‌ای دارد. ارزیابی شونده هر سؤال را خوانده و از بین گزینه‌ها یکی را انتخاب می‌کند. بعضی سؤالات مخصوص زنان و برخی برای هر دوی زن و مرد است. این عمل جنسی، میزان میل جنسی، تحریک جنسی، ارگاسم و توانایی نعوظ را می‌سنجد. زنانی که در این تحقیق شرکت کردند از فرم اصلی ۱۲ سؤال مربوط به خانمها را پر نمودند (۱۳).

پایایی این تست در بررسی عملکرد کلی جنسی بسیار بالا است به طوری که در یک نمونه ۲۷ نفری از زنان متأهل مسن (متوسط سن ۵۹ سال) پایایی آزمون-آزمون مجدد بعد از ۲ هفته ۹۲٪ بوده (۶) و همچنین نمره پایایی عملکرد جنسی مردان بر پایه یک تحقیق بر روی ۶۵ مرد مسن (متوسط سن ۶۵) ۹۸٪ بود. روایی تست<sup>۱</sup> نیز طبق گزارش Creti در سال ۱۹۸۸ بسیار بالا بوده است (۶).

معیار درجه‌بندی هامیلتون برای افسردگی نیز به عنوان یک تست شناخته شده و با روایی و پایایی بالا میباشد (۱). نتایج حاصل از افراد مورد مطالعه توسط آزمون همبستگی پیرسون مورد مقایسه قرار گرفت.

ناباروری مشکل شایعی در بین زوجین در سراسر جهان می‌باشد و تا ۲۰٪ آنها را به آن دچار ساخته است (۴-۱). شایعترین علل شناخته شده ناباروری شامل، آندومتریوز، نقص در اسپرماتوژنز، آسیب لوله‌های فالوپ و عدم تخمگذاری می‌باشد (۴-۳، ۱). نقش مسائل روانشناختی در ناباروری مورد مناقشه است، ولی مسلماً متغیرهای روانزاد و سبک زندگی تأثیر بسزایی در ایجاد آن دارند (۵، ۲-۱). از سوی دیگر ناباروری، خود میتواند موجب واکنش‌های روانشناختی متفاوتی مثل احساس درماندگی، اختلال خودانگاره، افسردگی، کاهش میل جنسی، خشم، احساس گناه و گوشه‌گیری گردد (۵-۱). افسردگی در این افراد به صورت غمگینی، خستگی مداوم، اختلالات خواب و تغذیه، اضطراب و بی‌قراری مشاهده می‌شود (۶).

از نکات اساسی در ارزیابی یک زوج نابارور، مسائل جنسی و اختلالات آن می‌باشد. یک ارتباط جنسی مطلوب می‌تواند احتمال باروری را بیشتر سازد و تصور می‌شود، اختلالات روانی جنسی در زوجین نابارور بیشتر از زوجین دیگر باشد (۳-۱). ممکن است عوامل هیجانی به واسطه اختلالات جنسی موجب ناباروری گردند (۳). در یک بررسی، هیجان‌ناخودآگاه در مورد احساس‌های جنسی در این افراد گزارش شده است (۷). برخی صاحب‌نظران مشکلات جنسی که باعث ناباروری این افراد می‌گردد را یک نوع دوگانگی در مورد احساس مادر شدن و عقده ادیپ حل نشده می‌دانند (۹-۸) و یا تعارضات هویت جنسی را در این اختلالات دخیل دانسته‌اند (۱۰). از سوی دیگر ناباروری خود نیز می‌تواند روابط جنسی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲-۱۱، ۵).

با توجه به شیوع بالای ناباروری و همچنین مسائل روانشناختی از جمله افسردگی و مسائل روانی جنسی درگیر در این اختلال، محققین بر آن شدند تا میزان شیوع اختلالات روانی و همچنین افسردگی و ارتباط آنها را با ناباروری بسنجند.

**مواد و روشها:**

این تحقیق به صورت مقطعی در اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۰ انجام شد. بدین منظور با ۳۰ زن نابارور مراجعه کننده به بیمارستان منتصریه شهر مشهد که جهت درمان ناباروری مصاحبه انجام شد. همچنین این افراد معیار عملکرد کلی جنسی (GSF)<sup>۱</sup> و معیار درجه‌بندی هامیلتون برای افسردگی<sup>۲</sup> را پر نمودند. در طی مصاحبه اطلاعاتی در مورد سن آقا و خانم، مدت ازدواج، شغل و تحصیلات

1- Validity

1- Global Sexual Functioning  
2- Hamilton's Rating Scale for Depression

**نتایج:**

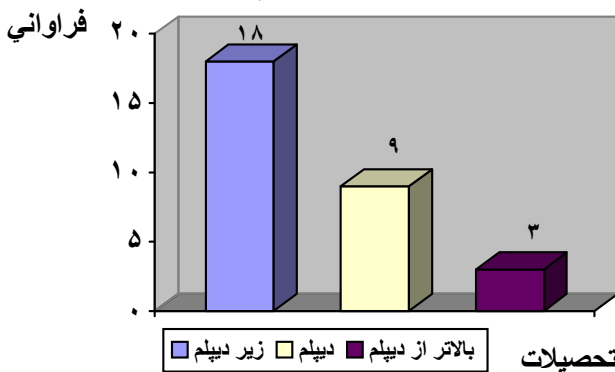
معیار ۰/۱۷) نشان می‌دهد که عملکرد جنسی این افراد بطور معنی‌داری با زنان طبیعی متفاوت است ( $P < ۰/۰۱$ ).

در بررسی ارتباط بین میزان اختلال عملکرد جنسی با مدت ازدواج، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $F = ۰/۱۸$ ،  $t = ۱/۰۰۱۶$ ). همچنین بین میزان اختلال عملکرد جنسی و مدت درمان ناباروری نیز همبستگی وجود نداشت ( $r = ۰/۵۴$ ،  $t = ۱/۷$ )، اما اختلال عملکرد جنسی در زوجین با اختلاف سنی بیشتر شایعتر بود ( $r = ۰/۳۸۷$ ،  $t = ۲/۲۲$ ،  $P < ۰/۰۵$ ). نمره افسردگی بیماران با اختلاف سنی زوجین تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ( $t = ۱/۷$ ،  $F = ۰/۳۰۶$ )، اما با مدت درمان ناباروری همبستگی معکوس معنی‌داری را نشان داد ( $P < ۰/۰۵$ ،  $t = -۲/۵۹$ ،  $F = ۰/۴۴$ ). بنابراین افرادی که در اوایل دوران تشخیص ناباروری هستند دارای افسردگی بالاتری می‌باشند.

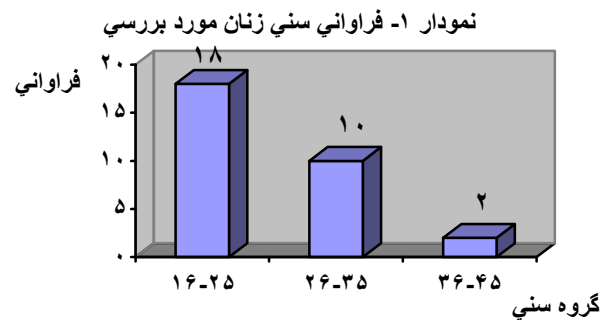
گروه سنی زنان مورد بررسی ۱۹-۴۰ سال بود (با میانگین ۲۵/۷۷ سال و انحراف معیار ۵/۰۸) (نمودار ۱). همچنین این افراد به طور متوسط به مدت ۴/۲ سال (انحراف معیار ۳/۰۹ سال) تحت درمان قرار داشتند (نمودار ۲). میانگین فاصله سنی این زنان با همسران خود ۶/۲۳ سال با انحراف معیار ۴/۶ سال بود. (نمودار ۳). میزان تحصیلات از بی‌سواد تا دانشگاهی وجود داشت (میانگین تحصیلات ۸/۳ سال) (نمودار ۴). شغل اکثر افراد (۸۷٪) خانه‌دار و بقیه افراد (۱۳٪) فرهنگی بودند (نمودار ۵).

در برآورد میزان افسردگی افراد بر اساس معیار درجه بندی هامیلتون تنها یک مراجعه کننده (۳/۳٪) خلق طبیعی و بقیه افراد (۹۶/۷٪) خلق خود را افسرده گزارش داده بودند. از این گروه (۲۳/۳٪) افسردگی خفیف، افسردگی متوسط ۱۶ نفر (۵۳/۳٪) و ۶ نفر (۲۰٪) نیز دچار افسردگی شدید بودند. میانگین نمره هامیلتون افسردگی این افراد  $۳/۷۹ \pm ۱۵/۲۳$  برآورد شد (نمودار ۶). سوالات

**نمودار ۴ - فراوانی میزان تحصیلات در زنان مورد بررسی**

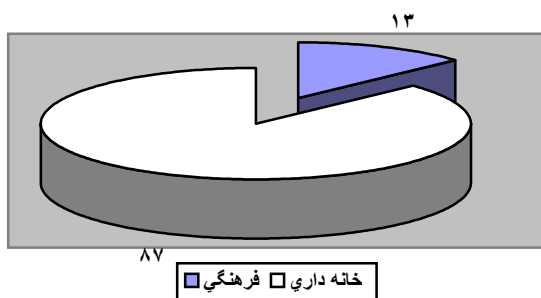


بین نمره افسردگی و اختلال عملکرد جنسی بیماران رابطه معنی‌داری وجود ندارد ( $F = ۰/۰۲۸$ )، بنابراین اختلال عملکرد جنسی در بیماران صرفاً ناشی از افسردگی نبوده و در غیاب افسردگی نیز



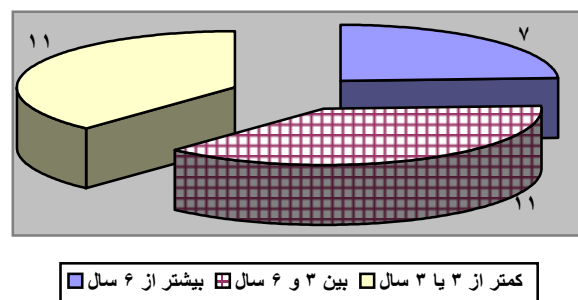
مربوط به عملکرد کلی جنسی زنان (GSF) نیز مورد بررسی قرار گرفت که میانگین آن ۰/۷۳ با انحراف معیار ۰/۱۰۳ بود. مقایسه این ارقام با نمره GSF زنان طبیعی (میانگین ۰/۴۹، انحراف معیار ۰/۱۴) و زنان دچار اختلال عملکرد جنسی (میانگین ۰/۶۸، انحراف

**نمودار ۵ - فراوانی شغلی زنان مورد بررسی**



می‌تواند وجود داشته باشد.

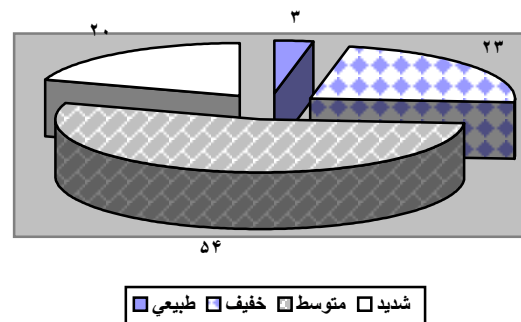
**نمودار ۲ - فراوانی مدت درمان ناباروری در زنان مورد بررسی**



## بحث:

با توجه به میانگین GSF مراجعه کنندگان و مقایسه آن با نمره GSF در زنان طبیعی و زنان دچار اختلال عملکرد جنسی مشخص شد که میزان اختلال جنسی در زنان نابارور بالا بوده که این امر می‌تواند علت عدم آگاهی از مسائل زناشویی و نبود آموزش در جامعه و باورهای غلط فرهنگی باشد. با توجه به اینکه مدت ازدواج با میزان اختلال عملکرد جنسی رابطه آماری معنی‌داری نداشت، به نظر می‌رسد این باور فرهنگی صحیح نیست که با مرور زمان مشکلات زناشویی زوجین بر طرف می‌شود و از طرفی بین مدت درمان ناباروری و این اختلالات نیز ارتباط آماری معنی‌داری وجود

نمودار ۶- فراوانی میزان افسردگی زنان مورد بررسی بر اساس معیار هامیلتون



نداشت و این بدان معناست که حتی در مراجعه زوجین نابارور به پزشکان، این مسئله مهم مورد توجه قرار نگرفته و اختلال همچنان باقی بوده است. در بررسی که در سال ۱۹۹۳ توسط Tarlatzis انجام شد ۵۰٪ افراد نابارور، اختلال جنسی داشتند (۱۴). در بررسی دیگری که بر روی زنان نابارور انجام شد، ۵۵٪ دیس پارونیا، ۲۸٪ کاهش میل جنسی و ۱۴٪ اختلال ارگاسم گزارش شد (۱۵). از سوی دیگر در بررسی ما اختلال عملکرد جنسی در زوجین با اختلاف سنی بیشتر، شایعتر بود. با توجه به نیازهای جنسی متفاوت در سنین مختلف، اختلاف سنی در زوجین میزان اختلال عملکرد جنسی را بیشتر نموده، بنابراین در ازدواج باید به تناسب سنی زوجین توجه بیشتری نمود. در بررسی انجام شده میزان افسردگی متوسط و شدید بسیار بالا بود (۷۳/۳٪). در سایر تحقیقات نیز تغییرات خلقی

در مراجعین نابارور دیده شده است، بطوریکه در تحقیقی که در سال ۱۹۸۹ در نیویورک انجام شده است ۷۴٪ مراجعین از افسردگی رنج می‌بردند، اما میزان اختلال خلقی عمده در گروه نابارور برابر افراد شاهد بود (۱۶). در بررسی دیگری نشان دادند که ۳۰٪ افراد نابارور از اختلال در اعتماد به نفس و افزایش خصومت و اضطراب رنج می‌بردند (۱۷). به نظر می‌رسد که تغییرات خلقی در زوجین نابارور محور عمده‌ای از علائم همراه بوده و نیازمند برخورد حرفه‌ای با این افراد است. در این بررسی، میزان افسردگی به اختلاف سن زن و همسر وی بستگی داشت، اما با مدت درمان ناباروری نیز همبستگی زیادی داشت که لزوم توجه روانشناختی بیشتری را در اوائل تشخیص ناباروری نشان می‌دهد. در بررسی که توسط Berg و همکاران انجام شد مشخص گردید، مشکلات هیجانی در سال اول ناباروری بیشتر بوده و در طی سال دوم به حد نرمال رسیده و مجدداً بعد از سال سوم افزایش یافته است (۱۷). این مسئله نشان می‌دهد که علی‌رغم حاد بودن مشکل ناباروری در ابتدای ازدواج زوجین، گذشت زمان نه تنها درگیری فکری و مسائل هیجانی زوجین را بهبود نمی‌بخشد، بلکه ممکن است با افزایش زمان مشکلات روانی بیشتری را بدنبال داشته باشد و این مسئله لزوم تصمیم‌گیری سریع برای مدارا با ناباروری و اقدامات احتمالی دیگر را نشان می‌دهد. از سوی دیگر بین نمره افسردگی و اختلال عملکرد جنسی رابطه‌ای وجود نداشت. این مسئله نشان می‌دهد که افسردگی و مسائل جنسی زوجین نابارور دو مقوله مستقل از یکدیگر بوده و باید هر کدام بطور جداگانه مورد بررسی قرار بگیرند. در نهایت به نظر می‌رسد لازم است که توجه همکاران متخصص زنان و ناباروری به جنبه‌های روانی جنسی زوجین افزایش یابد و خصوصاً در اوایل درمان ناباروری واکنش‌های روانشناختی زوجین مورد توجه ویژه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود مانند کلینیک‌های ناباروری سایر کشورها، مشاوره روانپزشکی نیز جزئی از روند تشخیصی درمانی ناباروری باشد.

## تشکر و قدردانی:

از زحمات مسئولین محترم بیمارستان منتصریه که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

## References

- 1- Sadock B.Y., Sadock V.A. Comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> Edition. 2000.
- 2- Lee T.Y., Sun G.H. Psychosocial response of Chinese infertile husbands and Wives. Arch Androl. 2000; 45(3): 143-8.

- 3- Kaye J. Infertility, evaluation and treatment. W.B. Saunders Co. 1995; 25-33.
- 4- Decherney A.H., Pernoll M.L. Current obstetric & gynecology diagnosis and treatment. 1999. couple. Hum Reprod. 1993; 8(3): 396-401.

- 5- Van Ballen F., Trimbos-kemper T.C. Long-term infertile couples: a study of their well being. J Psychosom Obs Gyn. 1993;14: 53-60.
- 6- Creti L., Fichten C.S., Libman E., et al. Female sexual functioning: a global score for Nowinski and Lopicclo's sexual history form. Canadian Psychol. 1988; 29(2a): 64.
- 7- Deutch H. The psychology of women. NY, Grune & Stratton. 1945; (2).
- 8- Bendek T. Infertility as a psychosomatic defense Fertil Steril. 1952; 3: 257.
- 9- Sandler B. Infertility of emotional origin. J Obs Gyn Br. 1961; 68:809.
- 10- Mai F.M. Psychosomatic and behavioral mechanisms in psychogenic infertility. Br J Psychiatr. 1972; 120: 1990.
- 11- Berg B.J., Wilson J.F. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. J Behav Med. 1991; 14(1): 11.
- 12- Keye W.R. Psychosexual responses to infertility. Clin Obs Gyn. 1984; 27: 760.
- 13- Creti L. Handbook of sexuality-related measures. Thousand Oaks. California, Sage publications. 1998.
- 14- Tarlatzis I., Tarlatzis B.C., Mantalenakis S. Psychosocial impacts of infertility on Greek
- 15- Jain K., Radhakrishnan G., Agrawal P. Infertility and psychosexual disorders: relationship in infertile couple. Indian J Med Sci. 2000; 45(1):1-7.
- 16- Downey Y., McKinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. Am J Orthopsychiatry. 1992; 62 (2): 196-205.
- 17- Berg B.J., Wilson J.F. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. J Behav Med. 1991; 14(1): 12-26.