

بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان بارور و نابارور

نویسندگان: دکتر احمدعلی نوربالا^{۱*}، دکتر فاطمه رمضان‌زاده^۲، نسرین عابدی‌نیا^۳
و سیدعباس باقری‌یزدی^۴

۱. استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. استاد گروه زنان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی‌عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی‌عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، وزارت بهداشت

Email: noorbala@tums.ac.ir

* نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه و هدف: مطالعات زیادی به بررسی جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری پرداخته‌اند. این پژوهش فراوانی و عوامل زمینه‌ساز اختلالات روان‌پزشکی زنان نابارور را بررسی می‌کند. روش کار: ۱۵۰ زن نابارور در درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی‌عصر (عج) و ۱۵۰ زن بارور در درمانگاه ژنیکولوژی بیمارستان امام خمینی با روش نمونه‌گیری ساده (در دسترس بودن) انتخاب شدند و اطلاعات لازم به وسیله پرسشنامه‌های SCL-90-R، از نظر وضعیت ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و همچنین به وسیله پرسشنامه محقق ساخته به منظور تعیین عوامل زمینه‌ساز این اختلالات گردآوری گردید.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که ۴۴ درصد زنان نابارور و ۲۸/۷ درصد زنان بارور مبتلا به اختلالات روانی بوده‌اند. بالاترین میانگین نمرات زنان نابارور در آزمون SCL-90-R در مقیاس‌های افکار پارانوییدی، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی و کم‌ترین آن‌ها در مقیاس‌های روان‌پریشی و ترس مرضی بوده‌است. زنان نابارور در مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی با زنان بارور، تفاوت معناداری داشته‌اند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع اختلالات روانی و شخصیتی در زنان نابارور، نیاز به توجه جدی متخصصین در زمینه درمان‌های روانی این گروه از بیماران احساس می‌شود و استفاده از درمان‌های روان‌شناسی خصوصاً روان‌درمانی حمایتی باید در چارچوب درمان‌های ناباروری مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات روان‌پزشکی، ناباروری، SCL-90-R

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال شانزدهم - شماره ۷۷
آبان ۱۳۸۷

وصول: ۸۶/۵/۲
ارسال اصلاحات: ۸۶/۱۰/۱۱
دریافت اصلاحات: ۸۶/۱۱/۱۷
پذیرش: ۸۷/۲/۱۰

مقدمه

در سال‌های اخیر به سلامت روان زوجین نابارور توجه خاصی مبذول شده‌است. در واقع ناباروری برای بسیاری از زوجین نابارور یک تجربه شدید درماندگی است که نمی‌توان آن را انکار کرد. فریمن و همکارانش [۱] گزارش کردند که ۵۰ درصد از زوجین، ناباروری را ناراحت‌کننده‌ترین تجربه زندگی‌شان توصیف می‌کنند. در پژوهشی دیگر که توسط ماهلستدت و همکارانش [۲] انجام گرفت، نتایج نشان داد که ۸۰ درصد افراد، تجربه ناباروری را استرس‌آور و یا بسیار استرس‌آور توصیف می‌کردند. محققین دیگر توجه خاصی به حوزه‌هایی همچون مشکلات سلامتی، فقدان عزت نفس، احساس سوگ، تهدید، افسردگی، گناه و ناکامی، درماندگی عاطفی و مشکلات زناشویی کرده‌اند و معتقدند که تمام موارد فوق با باردار شدن ارتباط دارد [۳-۵].

در سال‌های اخیر، بررسی‌های فراوانی در باره اضطراب و افسردگی در فرایند درمان‌های باروری آزمایشگاهی، خصوصاً در هنگام تخمک‌برداری و انتقال جنین، و همچنین ترس ناشی از موفقیت‌آمیز نبودن درمان و یا عدم امید به داشتن فرزند که منجر به مشکلات روان‌شناختی در بیماران نابارور می‌شود، صورت گرفته‌است [۶-۹]. نتایج مطالعه‌ای نشان می‌دهد که اضطراب بسیار زیاد در زنانی که با روش باروری آزمایشگاهی باردار شده‌اند، در مقایسه با گروه کنترل، نوزادان آن‌ها مشکلات بیش‌تری در هنگام زایمان و حتی پس از آن داشته‌اند [۱۰].

شیوع کلی مشکلات روانی در زوجین نابارور ۲۵ تا ۶۰ درصد تخمین زده می‌شود [۱۱ و ۱۲]. در این مطالعه از آزمون SCL-90-R جهت شیوع مشکلات روانی زوجین نابارور و بارور استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال جهت ارزیابی علائم روانی است که به وسیله آزمودنی گزارش می‌شود. اولین بار جهت نشان دادن جنبه‌های روانی- شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی گردیده‌بود. در مقایسه با گروه کنترل (بارداری طبیعی) نوزادان با روش باروری آزمایشگاهی،

مشکلات بیش‌تری در حین زایمان و حتی پس از زایمان داشته‌اند. فرم اولیه آزمون در سال ۱۹۷۳ توسط دراگوتیس، لیمن و کوری معرفی شد و سپس بر اساس تجارب بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی تهیه گردید. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بُعد مختلف را ارزیابی می‌کند: (۱) شکایت جسمانی، (۲) وسواس و اجبار، (۳) حساسیت در روابط بین فردی، (۴) افسردگی، (۵) اضطراب، (۶) پرخاشگری، (۷) ترس مرضی، (۸) افکار پارانویید، (۹) روان‌پریشی. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای «هیچ»، «به‌ندرت»، «تاحدی»، «زیاد» و «به شدت» (حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۴) قرار می‌گیرد.

دراگوتیس (۱۹۸۳) جهت سنجش پایایی ابعاد ۹ گانه این آزمون از دو روش محاسبه «پایایی درونی» و «پایایی به روش آزمون مجدد» استفاده کرده‌است. پایایی درونی SCL-90-R برای ۹ محور رضایتبخش بوده و بیش‌ترین همبستگی مربوط به افسردگی با ۰/۹۰ و کم‌ترین آن‌ها مربوط به روان‌پریشی با ۰/۷۷ بوده‌است. پایایی بازآزمایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بوده‌است. در بررسی که در ایران جهت ارزیابی پایایی و اعتبار SCL-90-R صورت گرفته، پایایی این آزمون در تمام مقیاس‌ها به استثنای پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانویید، بیش‌تر از ۰/۸ بوده و اعتبار سازه به‌دست آمده همگی نشان‌دهنده این است که می‌تواند به‌عنوان وسیله غربالگری یا تشخیصی اختلال‌های روانی در ایران به کار برده شود [۱۷]. مشکلات روان‌شناختی بیماران نابارور پیچیده است و تحت تأثیر تعدادی از عوامل چون تفاوت‌های جنسیتی، علت و طول مدت ناباروری، کاربرد روش‌های درمانی و تحقیقی خاص قرار می‌گیرد، البته با توجه به این امر که این افراد تحت مطالعه هستند یا از استراتژی‌های خاصی جهت درمان ناباروری استفاده می‌کنند [۱۳، ۱۴ و ۱۵]. عوامل متفاوتی شامل راهبردهای گرایشی- سازگاری و عواطف استوار، ارتباط عوامل روانی- اجتماعی و زناشویی در هنگام درمان باروری آزمایشگاهی، نقش مهمی در سازگاری با

پرسشنامه محقق ساخته، پرسشنامه‌ای است که عوامل جمعیت‌شناختی، تاریخچه شخصی، اجتماعی، خانوادگی، بیماری و عوامل سبب‌شناختی اختلالات روانی و شخصیتی را می‌سنجید و شامل ۳۴ پرسش باز و بسته بود.

پرسشنامه‌ها به شیوه مصاحبه نیم ساختاری و توسط روان‌شناس تکمیل گردید. پرسشنامه پس از بررسی مقدماتی و مصاحبه با ۲۰ بیمار و کسب اطلاعات اولیه، تهیه و تنظیم و روایی و پایایی آن توسط اساتید تأیید شد. اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها ابتدا در نرم‌افزار SPSS وارد شد و با استفاده از روش‌های آماری کای‌اسکوئر (χ^2) و آزمون «تی» میانگین داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه سنی گروه زنان بارور ۱۷-۴۵ سال $31/6 \pm 5/5$ و گروه زنان نابارور ۱۸-۴۲ سال $27/7 \pm 5/2$ است. طول مدت ازدواج در گروه زنان بارور ۱-۲۸ سال $12 \pm 5/5$ و در گروه زنان نابارور ۲-۲۵ سال $7 \pm 4/6$ و طول مدت نازایی ۱-۲۵ سال $6/1 \pm 4/4$ بوده است. جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

سابقه مراجعه به متخصص روان و اعصاب در گروه بارور ۲۴ نفر (۱۶ درصد) و در گروه نابارور ۱۹ نفر (۱۲/۷ درصد)، و سابقه استفاده از داروهای اعصاب در گروه بارور ۲۶ نفر (۱۷/۳ درصد) و در گروه نابارور ۱۹ نفر (۱۲/۷ درصد) بوده است. در ۱۰۷ نفر (۷۱/۳ درصد) علت زنانه، در ۳۱ نفر (۲۰/۷ درصد) هر دو علت زنانه و مردانه و در ۱۲ نفر (۸ درصد) علت نامشخص از علل ناباروری در گروه زنان نابارور است. همچنین ۸۶ نفر (۵۷/۳ درصد) از زنان نابارور، سابقه درمان‌های ناباروری داشته‌اند.

در بررسی مقایسه‌ای شیوع اختلالات روان‌پزشکی در گروه‌های مورد مطالعه، نتایج نشان می‌دهد که (مطابق با جدول ۲) در گروه زنان نابارور ۴۴ درصد و

ناباروری و رضایت بیمار از درمان‌های ناباروری داشته است [۶]. از سوی دیگر، مشاوره روان‌شناسی و روان‌درمانی حمایتی در کاهش سطح بالای اضطراب زوجینی که تحت درمان روش‌های متفاوت ناباروری قرار می‌گیرند بسیار مؤثر است [۱۵]. از آن‌جا که میان پویایی‌های اضطراب-افسردگی که دربرگیرنده محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال است ارتباطی وجود دارد (به عبارتی اضطراب منجر به افزایش پرولاکتین می‌شود) [۱۶ و ۷] مداخلات روان‌شناسی در هنگام عدم وقوع بارداری باید مورد توجه قرار گیرد که در کاهش علائم روان‌پزشکی مؤثر است و امکان دارد احتمال بارداری را افزایش دهد. با بررسی‌های انجام گرفته در کشورمان، مطالعه‌ای درباره شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور صورت نگرفته است. بدین‌منظور در این مطالعه قصد داریم شیوع اختلالات روان‌پزشکی و عوامل زمینه‌ساز این اختلالات را در دو گروه زنان نابارور و بارور بررسی کنیم. نتایج این مطالعه یقیناً می‌تواند منجر به شناسایی اختلالات روانی و برنامه‌ریزی‌هایی جهت پیشگیری و درمان این اختلالات گردد که در سلامت روان زنان نابارور مؤثر خواهد بود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع بررسی‌های توصیفی است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نابارور که به درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر (عج) آمده و نیز زنان باروری است که به درمانگاه ژنیکولوژی بیمارستان امام خمینی، در فاصله زمانی فروردین ۱۳۸۴ تا تیر ۱۳۸۵ مراجعه کرده بودند. از بین این افراد ۱۵۰ زن نابارور و ۱۵۰ زن بارور با روش نمونه‌گیری ساده (در دسترس بودن) انتخاب شدند. پس از برقراری ارتباط، ابتدا اهداف پژوهش برای زنان توسط روان‌شناس بیان شد و در صورت تمایل و رضایت، افراد در بررسی شرکت داده شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، شامل آزمون SCL-90-R (در مقدمه توضیح داده شده است) و پرسشنامه محقق ساخته جهت بررسی عوامل زمینه‌ساز اختلالات روانی بود.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد خصوصیات دموگرافیک گروه‌های مورد پژوهش

P	χ^2	گروه نابارور (N = ۱۵۰)		گروه بارور (N = ۱۵۰)		گروه‌ها
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۲	۹/۷۰	۲۲	۳۳	۱۶/۷	۲۵	تحصیلات
		۲۲	۳۳	۲۵/۳	۳۸	- ابتدایی
		۴۲	۶۳	۳۱/۳	۴۷	- راهنمایی - دبیرستان
		۱۴	۲۱	۲۶/۷	۴۰	- دیپلم
(۰/۰۸) NS	۳/۳۹	۷۸/۷	۱۱۹	۶۹/۳	۱۰۴	شغل
		۲۱/۳	۳۱	۳۰/۷	۴۶	- خانه‌دار
(۰/۵۳) NS	۱/۲۸	۳۰	۴۵	۲۷/۳	۴۱	وضعیت اقتصادی
		۵۶/۷	۸۵	۵۴/۷	۸۲	- پایین
		۱۳/۳	۲۰	۱۸	۲۷	- متوسط
						- خوب

NS = معنادار نیست

جدول ۲- توزیع فراوانی و درصد اختلالات روان‌پزشکی براساس آزمون SCL-90-R در گروه‌های مورد مطالعه

P	χ^2	بارور (N = ۱۵۰)		نابارور (N = ۱۵۰)		گروه‌ها
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۶	۷/۶۲	۲۸/۷	۴۳	۴۴	۶۶	اختلالات روان‌پزشکی
		۷۱/۳	۱۰۷	۵۶	۸۴	با اختلالات روان‌پزشکی
						فاقد اختلالات روان‌پزشکی

است. میانگین ضریب کلی علائم مرضی در این افراد ۱ بود.

در گروه بارور، بیش‌ترین میانگین نمرات افراد به ترتیب شامل افکار پارانوییدی (۱/۱۸)، افسردگی (۰/۹۸)، شکایت جسمانی (۰/۹۳)، وسواس و اجبار (۰/۹۲)، اضطراب (۰/۹)، حساسیت در روابط بین‌فردی (۰/۸۱)، پرخاشگری (۰/۷)، روان‌پریشی (۰/۵۶) و ترس مرضی (۰/۴) بود، میانگین ضریب کلی علائم مرضی در این افراد ۰/۸۳ است.

برای بررسی تفاوت معنادار در میانگین و انحراف معیار گروه‌ها (زنان بارور و نابارور) از آزمون «تی» استفاده شد. نتایج نشان داد که در مقیاس‌های شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری وجود ندارد، بدین معنا که زنان بارور

در گروه زنان بارور ۲۸/۷ درصد اختلالات روان‌پزشکی وجود دارد و شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور بیش از زنان بارور است و این اختلافات از لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۵$ ، $df = ۱$ ، $\chi^2 = ۷/۶$).

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات افراد در مقیاس‌های آزمون SCL-90-R را ارائه می‌دهد. همان‌طور که یافته‌های جدول نشان می‌دهد بیش‌ترین میانگین نمرات افراد در مقیاس آزمون SCL-90-R در گروه ناباروری به ترتیب مربوط به مقیاس‌های افکار پارانوییدی (۱/۴)، افسردگی (۱/۳)، حساسیت در روابط بین فردی (۱/۱۲)، وسواس و اجبار (۱/۰۶)، اضطراب (۱)، شکایت جسمانی (۰/۹۴)، پرخاشگری (۰/۸)، روان‌پریشی (۰/۷۳) و ترس مرضی (۰/۵۸)

جدول ۳- توزیع میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های ۹ گانه SCL-90-R در گروه‌های مورد مطالعه

P-value سطح معناداری	df	t	گروه بارور		گروه نابارور		مقیاس‌ها
			SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	
p = ۰/۰۹۵	۲۹۸	۰/۰۷	۰/۶۵	۰/۹۳	۰/۶۶	۰/۹۴	شکایت جسمانی
p = ۰/۰۰۶	۲۹۸	۱/۸۶	۰/۶۴	۰/۹۲	۰/۷	۱/۰۶	وسواس اجبار
p = ۰/۰۰۰	۲۹۸	۴/۲۲	۰/۶۱	۰/۸۱	۰/۶۸	۱/۱۲	حساسیت در روابط بین فردی
p = ۰/۰۰۰	۲۹۸	۳/۸	۰/۷۵	۰/۹۸	۰/۷	۱/۳	افسردگی
p = ۰/۱۹۸	۲۹۸	۱/۳	۰/۷	۰/۹	۰/۷۶	۱	اضطراب
p = ۰/۱۹۲	۲۹۸	۱/۳۱	۰/۵۸	۰/۷	۰/۶۱	۰/۸	پرخاشگری
p = ۰/۰۰۲	۲۹۸	۳/۱۴	۰/۴۶	۰/۴	۰/۵۵	۰/۵۸	ترس مرضی
p = ۰/۰۱۳	۲۹۸	۲/۵۱	۰/۷۳	۱/۱۸	۰/۷۴	۱/۴	افکار پارانوئیدی
p = ۰/۰۰۳	۲۹۸	۲/۹۸	۰/۴۸	۰/۵۶	۰/۵۲	۰/۷۳	روان‌پریشی
p = ۰/۰۰۶	۲۹۸	۲/۷۹	۰/۵۲	۰/۸۳	۰/۵۴	۱	ضریب کلی علائم مرضی
p = ۰/۰۱۴	۲۹۸	۲/۴۸	۱۸/۸۷	۴۰/۹۹	۱۷/۹۵	۴۶/۳	جمع علائم مرضی
p = ۰/۰۰۴	۲۹۸	۲/۸۷	۰/۴۷	۱/۷۱	۰/۴۷	۱/۸۷	معیار ضریب ناراحتی

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد عوامل استرس‌زا در گروه زنان نابارور براساس پرسشنامه محقق ساخته

درصد	فراوانی	متغیرها
٪۴۸	۷۲	مشکلات اقتصادی
٪۲۸	۴۲	مشکلات جنسی
٪۳۲	۴۸	اختلافات زناشویی
٪۳۱/۳	۴۷	طلاق
٪۳۲/۷	۴۹	ازدواج مجدد
٪۳۴	۵۱	مداخلات خانوادگی
٪۵۰/۷	۷۶	اختلال در هویت
٪۲۸	۴۲	اعتبار اجتماعی
٪۷۴	۱۱۱	احساس تنهایی
٪۸۱/۳	۱۲۲	بازخوردهای اطرافیان
٪۶۰/۷	۹۱	درمان‌های ناباروری
٪۲۷/۳	۴۱	تغییر رفتار شوهر
٪۲۶	۳۹	تغییر علایق شوهر
٪۳۹/۳	۵۹	برچسب نازایی
٪۳۴	۵۱	احساس عدم تداوم نسل
٪۴۱/۳	۶۲	احساس پوچی و ناامیدی
٪۵۲	۷۸	کامل نبودن خانواده
٪۱۴	۲۱	احساس عدم امنیت و حمایت
٪۱۸/۷	۲۸	آزار و اذیت (روانی - جسمی)
٪۴۲	۶۳	علاقه زن به بچه‌دار شدن
٪۲۱/۳	۳۲	علاقه مرد به بچه‌دار شدن
٪۲۰	۳۰	غریزه مادر بودن
٪۸	۱۲	مشکل در آینده

و نابارور از نظر این علائم (شکایت جسمانی، وسواس اجبار، اضطراب، پرخاشگری) تفاوت معناداری ندارند؛ ولی در مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی ($p < ۰/۰۰۱$)، افسردگی ($p < ۰/۰۰۱$)، ترس مرضی ($p < ۰/۰۰۱$)، افکار پارانوئیدی ($p < ۰/۰۵$)، و روان‌پریشی ($p < ۰/۰۰۵$)، تفاوت معناداری میان زنان بارور و نابارور وجود دارد و این اختلافات از لحاظ آماری معنادار است.

براساس داده‌های جدول ۴ به نظر می‌رسد بیش‌ترین عامل استرس‌زا در زنان نابارور، بازخوردها و واکنش‌های اطرافیان، احساس تنهایی، درمان‌های ناباروری و... است.

در بررسی عوامل استرس‌زا در شیوع اختلالات روان‌پزشکی در گروه‌های مورد مطالعه، نتایج نشان داد که مشکلات اقتصادی ($\chi^2 = ۴/۵$, $df = ۱$, $p < ۰/۰۵$) و مشکلات جنسی ($\chi^2 = ۸/۸$ و $df = ۱$ و $p < ۰/۰۵$) از عوامل مهم زمینه‌ساز شیوع این اختلالات در زنان نابارور است و این اختلافات از لحاظ آماری معنادار است.

جدول ۵- توزیع فراوانی و درصد شغل زنان و ارتباط آن با شیوع اختلالات روان‌پزشکی در گروه‌های مورد مطالعه

اختلالات روان‌پزشکی		گروه نابارور				گروه بارور		شغل زنان
		بیمار		سالم		بیمار		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
خانهدار	۶۴	۴۲/۷٪	۵۵	۳۶/۷٪	۷۸	۵۲٪	۲۶	۱۷/۳٪
شاغل	۲۰	۱۳/۳٪	۱۱	۷/۳٪	۲۹	۱۹/۳٪	۱۷	۱۱/۴٪
جمع	۸۴	۵۶٪	۶۶	۴۴٪	۱۰۷	۷۱/۳٪	۴۳	۲۸/۷٪

روان‌پزشکی متوسط تا شدید در زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل وجود دارد و شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور به‌طور معنادار بیش‌تر از زنان بارور است؛ اما برخی از گزارش‌ها حاکی است که تفاوتی در مقیاس‌های ۹ گانه SCL-90-R در گروه زنان نابارور و بارور وجود ندارد [۱۹ و ۲۰].

باتوجه به یافته‌های به دست آمده از این پژوهش و سایر پژوهش‌ها، شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور در ایران در مقایسه با کشورهای غربی بیش‌تر و در مقایسه با برخی از کشورهای آسیایی کم‌تر است. افزایش تقریباً ۲ برابری شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور، دلالت بر اهمیت داشتن فرزند در کشورمان دارد.

یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد زنان نابارور در مقیاس‌های افکار پارانوییدی، افسردگی، حساسیت در روابط بین فردی، بالاترین و در مقیاس‌های روان‌پریشی، و ترس مرضی، پایین‌ترین میزان را دارا هستند و به‌علاوه در گروه زنان بارور، مقیاس‌های افکار پارانوییدی، افسردگی و شکایت جسمانی، بیش‌ترین، و روان‌پریشی و ترس مرضی کم‌ترین میانگین را دارند. در بررسی مقایسه‌ای گروه‌های زنان بارور و نابارور، مقیاس‌های شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، اضطراب و پرخاشگری تفاوت معناداری را نشان نداد، اما مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی تفاوت معناداری را نشان داد.

در بررسی ارتباط شیوع اختلالات روان‌پزشکی با شغل زنان در گروه‌های مورد مطالعه بر اساس آزمون کای اسکور نتایج نشان می‌دهد ارتباط معناداری میان شیوع اختلالات روان‌پزشکی با خانه‌دار بودن زن وجود دارد ($\chi^2=10/8$, $df=1$, $p<0/001$). به عبارت دیگر خانه‌دار بودن می‌تواند به‌عنوان متغیری در شیوع اختلالات روان‌پزشکی مؤثر باشد، ولی ارتباط معنادار میان شاغل بودن زنان با شیوع اختلالات روان‌پزشکی به دست نیامد و این اختلافات، معنادار نبود ($p=0/9$ و $df=1$ و $\chi^2=0/02$). همچنین نتایج نشان داد که متغیرهایی چون تحصیلات، علت ناباروری، سن، و سابقه درمان‌های نازایی با اختلالات روان‌پزشکی ارتباط ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۴۴ درصد زنان نابارور و ۲۸/۷ درصد زنان بارور مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی هستند. باتوجه به نتایج به دست آمده، شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور تقریباً ۲ برابر بیش از زنان بارور است.

در پژوهشی که توسط نوربالا و همکارانش [۱۸] در ارتباط با شیوع اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران انجام گرفت ۲۷/۸ درصد زنان اختلالات روان‌پزشکی داشتند. بجزون و همکاران او شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور را ۳۵/۲ درصد گزارش کردند. لو و همکاران گزارشی دادند که ۸۳/۸ درصد اختلال‌های روان‌پزشکی خفیف و ۵۲ درصد اختلال‌های

بجورن و همکارانش (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای نشان دادند که علائم روان‌پزشکی با سن، تحصیلات، شغل و طول مدت ازدواج ارتباط ندارد [۱۷-۱۹]. به نظر می‌رسد یافته‌های این بخش با برخی از مطالعات یکسان و با برخی دیگر هماهنگ نیست. شاید این امر مربوط به تفاوت‌های فرهنگی و یا ابزار گردآوری اطلاعات و سایر عوامل دیگر باشد که منجر به متفاوت شدن نتایج به دست آمده می‌گردد.

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه که حاکی از شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور است، متخصصین باید از اهمیت عوامل روان‌شناسی در این گروه از بیماران و در درمان‌های ناباروری آگاه باشند و این افراد را مورد شناسایی قرار داده، درمان‌های مشاوره روان‌شناسی، خصوصاً روان‌درمانی حمایتی را در چارچوب درمان‌های ناباروری مورد توجه قرار دهند که این امر منجر به کاهش علائم روان‌پزشکی، افزایش سلامت روان و میزان بارداری زنان نابارور می‌گردد. براساس این مطالعه، پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد:

- ۱- آگاهی متخصصین زنان از شیوع اختلالات روان‌پزشکی و شخصیتی در زنان نابارور و ارجاع این افراد به متخصصین روان‌پزشک و روان‌شناس.
- ۲- استفاده از روش‌های درمانی مشاوره روان‌شناسی خصوصاً روان‌درمانی حمایتی جهت سلامت روان و افزایش میزان باروری.
- ۳- همکاری متخصصین زنان با روان‌پزشکان و روان‌شناسان در تمام مراکز درمانی ناباروری و ایجاد مراکز مشاوره روان‌شناسی در این مراکز (جهت اجرای عملی نتایج این طرح).
- ۴- آگاهی دادن به مردم خصوصاً افراد نابارور جهت استفاده از درمان‌های روان‌شناسی توأم با درمان‌های ناباروری به منظور موفقیت‌آمیز بودن درمان‌های ناباروری و افزایش کیفیت زندگی این بیماران از طریق رسانه‌های جمعی.
- ۵- آگاهی دادن به خانواده‌های این افراد جهت رعایت اصول اخلاقی (عدم مداخله و واکنش منفی) و

در مطالعه باقری و همکارانش [۱۷] مقیاس‌های شکایت جسمانی، افسردگی، و اضطراب، بالاترین و ترس مرضی و روان‌پریشی، پایین‌ترین میزان را در نمونه‌های مورد مطالعه داشته‌است. دائر و همکارانش [۲۱] قائل به معنادار بودن تفاوت‌های آماری در ۷ مقیاس SCL-90-R در گروه‌های زنان بارور و نابارور بودند و اضطراب افسردگی و شکایت جسمانی بیش‌ترین میزان میانگین‌ها را در گروه‌ها مورد مطالعه حائز بودند. ویلسون و برگ (۱۹۹۰) افزایش میانگین نمرات در مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی و روان‌پریشی در زنان نابارور را گزارش کردند و ویچمن و همکارانش (۲۰۰۱) شکایت جسمانی، اضطراب، افسردگی و افکار پارانویید را بیش‌ترین و وسواس فکری- عملی را پایین‌ترین مقیاس در زنان نابارور گزارش کردند [۲۲ و ۲۳]. در بررسی یافته‌های به دست آمده از این پژوهش با گزارش‌های دیگر، به نظر می‌رسد نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دیگر هماهنگ باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که مهم‌ترین عامل استرس‌زا در شیوع اختلالات روان‌پزشکی و شخصیتی در زنان نابارور، بازخوردها و واکنش‌های اطرافیان نسبت به ناباروری، احساس تنهایی و درمان‌های ناباروری است و مشکلات اقتصادی و جنسی می‌تواند به‌عنوان مهم‌ترین عوامل در شیوع اختلالات روان‌پزشکی و شخصیتی زنان نابارور دخیل باشد. یافته‌های دیگر این مطالعه همچنین نشان داد زنان ۳۰-۲۶ سال در معرض ابتلای بیش‌تر به اختلالات روان‌پزشکی هستند.

همچنین نتایج به دست آمده حاکی است که اختلالات روان‌پزشکی با شغل زنان ارتباط دارد؛ چنان‌که در زنان خانه‌دار احتمال مبتلا شدن به اختلالات روان‌پزشکی در مقایسه با زنان شاغل بیش‌تر است.

هماهنگ با یافته‌های این پژوهش، نوربالا و همکاران او (۱۳۷۸) گزارش می‌دهند که اختلال‌های روان‌پزشکی در زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل است. اما در مطالعه یعقوبی و همکارانش (۱۳۷۴) اختلال‌های روان‌پزشکی در زنان شاغل بیش‌تر گزارش شده‌است.

10. Mc Mahon CA, Ungerer JA, Beaurepaire J, editors. Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Hum Reprod.* 1997;12:176-182.
11. Seible MM, Taymor ML. Emotional aspects of infertility. *Fertility & Sterility.* 1982; 37:137- 145.
12. Guerra D, Liobera A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a Fertility service. *Human Reproduction.* 1998; 13: 1733- 1736.
13. Wright J, Bissonnette F, Duchesne C, editors. Psychosocial distress and infertility: men and women respond differently. *Fertility & Sterility.* 1991;55:100-108.
14. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertility & Sterility.* 1992;57:1247-1253.
15. Tartatzis I, Tartatzis Bc, Diakogiannis I, editors. Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Hum Reprod.* 1993;8:396-401.
16. Demyttenare K, Nijs P, Evers-Kiebooms G, Konickx PR. The effect of specific emotional stressor on prolactine, cortisol and testosterone concentrations in women varies with their trait anxiety. *Fertility & Sterility.* 1989;52:942-948.
17. باقری‌یزدی سیدعباس، بواله‌ری جعفر، شاه‌محمدی داوود. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبدیزد. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال ۱، شماره ۱: ۱۳۷۳.
18. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری‌یزدی سیدعباس. بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران. مجله حکیم. دوره دوم، شماره ۴: ۱۳۷۸.
19. Bjorn J, Odden- Isoldeden Tonkelaar, Nieuwenhuysse H. Psycho social experiences in women facing fertility problems- a comparative survey. *Human reproduction.* 1999; 14: 255- 261.
20. Lu Y, Yang L, Lu G. Mental Status and Personality of infertile women. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zh.* 1995; 30: 34- 7.
21. Dyer ST, Abrahams N, Mokoena NE, Lombard CJ, Van derspuy ZM. Psychological distress among women suffering from Couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Human Reproduction.* 2005; 20:1938- 43.
22. Berg B, Wilson J. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med.* 1991;14:11-26.
23. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile Couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation service. *Human Reproduction* 2001; 16:1753- 1761.

همکاری در درمان‌های ناباروری به منظور کاهش استرس‌های روان‌شناسی در این افراد از طریق رسانه‌های جمعی.

۶- همکاری سازمان بهزیستی و سایر مراکز ذیربط جهت تسهیل در امر فرزندخواندگی به این افراد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که پشتیبانی مالی این طرح تحقیقاتی را به عهده داشته و همچنین از همکاری کلیه پرسنل مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر(عج) و درمانگاه ژنیکولوژی بیمارستان امام‌خیمینی خصوصاً سرکار خانم زهرا مشتاقی، سرکار خانم فرخ کریمی، و فدیه حق الهی تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Freeman EW, Rickels K, Tausig J, editors. Emotional and psychological factors in follow-up women after IVF-ET treatment: a pilot investigation. *Acta obstetris Gynecologic Scandary.* 1987; 66:517- 521.
2. Manlstedt PP, Macduff S, Bemstein. J Emotional factors and in vitro fertilization. *Embryo transfer.* 1987; 4: 232- 236.
3. Menning BF. The infertile couple: a plea for advocacy. *Child webfare.* 1975; 54: 454-460.
4. Pfeffer N, Woollett A. The experience of infertility. 1983(eds) Virago press London.
5. Keye WR. Psychosexual responses to infertility. *Clinical Obstetrics Gynecologic.* 1984; 27: 760-66.
6. Golombok S. Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction.* 1992; 7:208- 212.
7. Merari D, Feldberg D, Elizur A, editors. Psychological and hormonal changes in the course of in vitro Fertilization. *Journal Assisted Reproductive Genetics.* 1992; 9:161- 169.
8. Domar A, Broome A, Zuttersmeister p, editors. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility & Sterility.* 1992; 58: 1158- 63.
9. Slade P, Emery J, Lieberman BA. A prospective, longitudinal study of emotional relationship in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction.* 1997;12: 183- 90.