

بررسی فراوانی افسردگی، اضطراب و میزان رضایتمندی زناشویی و عوامل مرتبط با آن در خانم های نابارور مراجعه کننده به مراکز نازایی شهر ساری در سال ۱۳۸۷

سپیده پیوندی^۱ حمزه حسینی^۲ سید محمد مهدی دانشپور^۳ رضا علی محمدپور^۴ نازنین غلامی^۳

چکیده

سابقه و هدف: استرس ناشی از نازایی سبب اختلال در رضایتمندی زناشویی، کاهش اعتماد به نفس و کاهش دفعات روابط جنسی زوج می شود. با توجه به مطالعات مختلف در مورد مسایل روحی روانی زوج های نازا این مطالعه به منظور بررسی فراوانی افسردگی، اضطراب و رضایتمندی زناشویی در ۲۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز نازایی شهر ساری در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی ۲۰۰ زن نازا از بین بیماران مراجعه کننده به مرکز نازایی بیمارستان امام خمینی و مرکز نازایی حضرت مریم انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری اطلاعات، سه سری پرسشنامه شامل: پرسشنامه اضطراب Cattle، پرسشنامه افسردگی Beck و پرسشنامه رضایتمندی زناشویی Enrich می باشد. پرسشنامه ها بعد از گرفتن رضایت نامه و ارائه توضیحات، توسط افراد مورد مطالعه تکمیل شد. نتایج حاصله از این پرسشنامه ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های Chi-square و T-test تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: از ۲۰۰ فرد مورد بررسی، ۱۲۴ نفر (۶۲ درصد) دارای درجات مختلفی از افسردگی بودند. از این تعداد، ۵۵ نفر (۲۷/۵ درصد) افسردگی خفیف، ۵۱ نفر (۲۵/۵ درصد) افسردگی متوسط و ۱۸ نفر (۹ درصد) افسردگی شدید داشتند. همچنین از ۲۰۰ نفر، ۱۰۱ نفر (۵۰/۵ درصد) بدون اضطراب و ۳۸ نفر (۱۹ درصد) اضطراب خفیف و ۳۵ نفر (۱۷/۵ درصد) اضطراب متوسط، ۲۲ نفر (۱۱ درصد) اضطراب شدید و ۴ نفر (۲ درصد) اضطراب خیلی شدید داشتند. افراد شرکت کننده در مطالعه ۲۷ درصد عدم رضایت از زندگی زناشویی داشتند. بین میزان رضایتمندی زناشویی و شدت افسردگی و اضطراب بیماران ارتباط معنی داری مشاهده شد. در افرادی که شدت افسردگی و اضطراب آنان کمتر بود میزان رضایتمندی زناشویی بیشتر بود ($p < 0/05$).

استنتاج: بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می رسد که حضور روانشناسان بالینی و روانپزشکان در مراکز تشخیص و درمان نازایی می تواند امری موثر و مفید در کمک به افراد نابارور در سازگاری بهتر با استرس ناشی از نازایی باشد.

واژه های کلیدی: نازایی، افسردگی، اضطراب، رضایتمندی زناشویی

مقدمه

نازایی به معنی ناتوانی در بارور شدن در یک زوج پس از یکسال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری اطلاق می شود (۱). به طور کلی نازایی در ۱۵ درصد از همسرانی که تمایل برای

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۵-۸۷ است که توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران تامین شده است.

E-mail: dr_peyvandi@yahoo.com

مؤلف مسئول: سپیده پیوندی - ساری: بلوار امیرمازندرانی، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی

۱. گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۲. گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۳. پزشک عمومی

۴. گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۹/۲/۱ تاریخ تصویب: ۸۹/۷/۱۱

داشتن فرزند دارند دیده می‌شود (۲). در سال‌های ۸۳ تا ۱۳۸۴ شیوع نازایی در ایران ۲۴/۹ درصد برآورد شده است (۳). ناباروری پیامدهای روان‌شناختی بسیاری را برای افراد ایجاد می‌کند که این پیامدها می‌تواند به عنوان یکی از تلخ‌ترین تجربیات فرد در زندگی باشد و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی-اجتماعی نماید. داشتن فرزند یکی از هدف‌های مهم تشکیل خانواده و ازدواج است لذا مشکل ناباروری می‌تواند در ایجاد استرس در خانواده نقش ایفا کند. استرس ناشی از نازایی سبب اختلال در رضایت‌مندی زناشویی، کاهش اعتماد به نفس و کاهش دفعات روابط جنسی زوج می‌شود (۴). مجموعه این احساسات منجر به ایجاد افسردگی و اضطراب و احساس ناتوانی و گناه در فرد نازا می‌گردد (۵). در طول زمانی که زوج در مراحل درمان برای باروری هستند و فعالیت جنسی در آن‌ها فقط به قصد بچه‌دار شدن صورت می‌گیرد، این امر می‌تواند افزایش اختلافات زناشویی و عدم لذت از زندگی را به همراه داشته باشد (۶). برخورداری از حمایت اطرافیان به خصوص همسر و همچنین ارائه مشاوره‌های لازم در طول درمان می‌تواند روش‌های موثری برای کاهش مشکلات مربوط به نازایی باشد (۷).

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توصیفی بوده که نمونه‌های مورد بررسی آن ۲۰۰ نفر از بین افراد مراجعه کننده به مرکز نازایی بیمارستان امام خمینی و مرکز نازایی حضرت مریم شهر ساری انتخاب شدند. افراد نابارور که در انتظار دریافت روش‌های کمک باروری بوده و سابقه اختلالات روانی نظیر افسردگی و اضطراب نداشته و مایل به شرکت در تحقیق بودند وارد مطالعه شدند. بیمارانی که سابقه اختلالات روانی اضطراب و افسردگی و مصرف داروهای آرامبخش و روان‌گردان داشتند و کسانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری اطلاعات از طریق پرس کردن پرسشنامه‌های استاندارد توسط بیماران بود. در این مطالعه از ۳ سری پرسشنامه استفاده شد (۱۰، ۱۱).

شیوع کلی اختلالات روحی-روانی در زوج‌های نازا بین ۲۵ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (۸). در یک مطالعه ۷۴/۶ درصد بیماران تغییر در وضعیت خلق و خو را گزارش کرده بودند (۹). در مطالعه رمضان زاده و همکاران که بر روی ۳۷۰ خانم نازا انجام شد افسردگی در ۴۰/۸ درصد و اضطراب در ۸۶/۸ درصد از افراد مورد مطالعه مشاهده شد (۱۰). مطالعه Lee و همکارانش که به منظور مقایسه میزان استرس و میزان رضایت‌مندی زناشویی بین زن و مرد در یک زوج نازا صورت گرفت نشان داد که مردان استرس کمتری نسبت به زنان حس می‌کنند و میزان رضایت‌مندی زناشویی بالاتری نسبت به همسران خود دارند (۱۱). در مطالعه Monga در سال ۲۰۰۴ اثر نازایی بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی

۱- پرسشنامه اضطراب Cattle

۲- پرسشنامه افسردگی Beck

۳- پرسشنامه رضایتمندی زناشویی Enrich

بالاترین آن ۴۸ سال بود. از میان ۲۰۰ نمونه شرکت کننده در این مطالعه، ۶۹ نفر (۳۴/۵ درصد) افراد زیر ۲۵ سال و ۶۸ نفر (۳۴ درصد) بین ۲۵ تا ۳۰ و ۶۳ نفر (۳۱/۵ درصد) بالای ۳۰ سال سن داشتند.

همچنین ۵۱ نفر (۲۵/۵ درصد) سابقه باروری قبلی منجر به سقط داشتند و ۱۴۹ نفر (۷۴/۵ درصد) دیگر هیچ گونه سابقه باروری قبلی را ذکر نمی کردند. طول مدت نازایی در ۱۰۵ نفر (۵۲/۵ درصد) کمتر از ۵ سال، ۶۶ نفر (۳۳ درصد) بین ۵ تا ۱۰ سال و ۲۹ نفر (۱۴/۵ درصد) بیشتر از ۱۰ سال بود.

از میان ۲۰۰ نمونه شرکت کننده، ۱۲۴ نفر (۶۲ درصد) افسردگی داشته و ۷۶ نفر (۳۸ درصد) افسردگی نداشتند. شدت افسردگی در بین بیماران عبارت بود از ۵۵ نفر (۲۷/۵ درصد) افسردگی خفیف، ۵۱ نفر (۲۵/۵ درصد) افسردگی متوسط و ۱۸ نفر (۹ درصد) افسردگی شدید. در رابطه با اضطراب در افراد مورد مطالعه مشخص گردید که ۱۰۱ نفر (۵۰/۵ درصد) اضطراب نداشتند و ۳۸ نفر (۱۹ درصد) دارای اضطراب خفیف، ۳۵ نفر (۱۷/۵ درصد) اضطراب متوسط و ۲۲ نفر (۱۱ درصد) اضطراب شدید و ۴ نفر (۲ درصد) اضطراب خیلی شدید داشتند. در زمینه میزان رضایتمندی زناشویی ۱۴۰ نفر (۷۰ درصد) رضایتمندی نسبی از زندگی زناشویی داشتند و ۶ نفر (۳ درصد) رضایت زیاد و ۵۳ نفر (۲۶/۵ درصد) عدم رضایت و یک نفر (۵ درصد) ناراضی شدید داشتند.

بطور کلی طبق نتایج بدست آمده در این مطالعه، افسردگی در ۶۲ درصد بیماران و اضطراب در ۴۹/۵ درصد بیماران مشاهده شد. همچنین از بین ۲۰۰ نمونه ۷۳ درصد رضایتمندی و ۲۷ درصد عدم رضایت از زندگی زناشویی را نشان دادند. در ۵۴ بیماری که عدم رضایتمندی زناشویی وجود داشت ۱۲ مورد (۲۲/۴ درصد) افسردگی شدید و ۳۴ مورد (۶۲/۹ درصد) افسردگی متوسط وجود داشت. همچنین در این افراد ۱۹ نفر (۳۵/۲ درصد) اضطراب شدید و خیلی شدید و ۲۹ نفر (۵۳/۷ درصد) اضطراب متوسط داشتند. در حالی که

پرسشنامه اضطراب Cattle شامل ۴۰ سوال است که امتیاز هر سوال از صفر تا ۲ می باشد. افرادی که مجموع نمرات آن‌ها بالای ۴۰ باشد مضطرب و نمرات کمتر از ۴۰ طبیعی تلقی می شوند. نمرات بین ۴۱ تا ۴۴ معادل اضطراب خفیف، ۴۵ تا ۴۹ اضطراب متوسط، ۵۰ تا ۵۳ اضطراب شدید و بالای ۵۴ اضطراب خیلی شدید می باشد.

پرسشنامه دوم در این طرح پرسش نامه افسردگی Beck بود که شامل ۲۱ سوال است و هر سوال صفر تا ۳ امتیاز دارد و در آن مجموعه، نمرات بالای ۱۰ بعنوان افسرده تلقی می شود. افرادی که نمرات بین ۱۰ تا ۱۸ دارند دارای افسردگی خفیف، امتیاز ۱۹ تا ۲۹ دارای افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۴ افسردگی شدید هستند.

سومین پرسشنامه استفاده شده در این مطالعه پرسشنامه رضایتمندی زناشویی Enrich بود که از ۴۷ سوال تشکیل شده است. این پرسشنامه با استفاده از روش لیکرت و با نمرات ۱ تا ۵ مرتب شده است. مجموع نمرات کمتر از ۱۲۲ نشان دهنده ناراضی شدید می باشد. نمرات ۱۲۳ تا ۱۵۲ معادل عدم رضایت، ۱۵۳ تا ۲۰۲ معادل رضایتمندی نسبی و ۲۰۳ تا ۲۲۷ رضایتمندی زیاد می باشد.

تعداد نمونه‌های این مطالعه براساس مطالعات قبلی و فرمول مربوطه ۲۰۰ نفر انتخاب شد (۱۰). آنالیز آماری آن با استفاده از نرم افزار SPSS 16 صورت گرفت که برای متغیرهای کیفی آزمون Chi-Square و متغیرهای کمی از T-test استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه متوسط سن نمونه‌های مورد مطالعه ۲۸ سال بود که پایین ترین محدوده سنی ۱۸ سال و

جدول شماره ۲: رابطه بین میزان رضایتمندی زناشویی بیماران با شدت اضطراب در زنان نابارور

رضایتمندی	اضطراب			
	ندارد و خفیف	متوسط	شدید و خیلی شدید	
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	معنی داری	
عدم رضایت و نارضایتی شدید	۳)۶	۲۹)۱۴/۵	۱۹)۹/۵	< ۰/۰۱
رضایت نسبی و زیاد	۱۳۳)۶۶/۵	۳)۶	۷)۳/۵	< ۰/۰۱

بررسی عوامل مرتبط نشان داد که بین سطح تحصیلات بیماران و افسردگی آنان ارتباط معنی دار وجود دارد و افسردگی در افرادی که سطح تحصیلات آنها زیر دیپلم بود به میزان بیشتری مشاهده شد (جدول شماره ۳). $(p=0/006)$

بین سن بیماران با اضطراب $(p=0/93)$ ، افسردگی $(p=0/57)$ و رضایتمندی زناشویی $(p=0/74)$ ارتباط معنی داری یافت نشد (جدول شماره ۴).

ارتباط معنی داری بین طول مدت نازایی بیماران با اضطراب $(p=0/128)$ ، افسردگی $(p=0/083)$ و رضایتمندی زناشویی $(p=0/81)$ دیده نشد. سابقه باروری قبلی بیماران نیز ارتباط معنی داری با افسردگی $(p=0/26)$ ، اضطراب $(p=0/236)$ و رضایتمندی زناشویی $(p=0/079)$ نداشت.

در ۱۴۶ بیماری که رضایتمندی زناشویی وجود داشت ۷۶ نفر (۵۲/۰۵ درصد) فاقد افسردگی، ۴۷ نفر (۳۲/۲ درصد) مبتلا به افسردگی خفیف و ۱۷ نفر (۱۱/۶ درصد) مبتلا به افسردگی متوسط و ۶ نفر (۴/۱ درصد) مبتلا به افسردگی شدید بودند. از نظر میزان اضطراب در این افراد ۱۰۱ نفر (۶۹/۲ درصد) فاقد اضطراب، ۳۲ نفر (۲۱/۹ درصد) اضطراب خفیف و ۶ نفر (۴/۱ درصد) اضطراب متوسط و ۷ نفر (۴/۸ درصد) اضطراب شدید و خیلی شدید داشتند. نتایج مطالعه نشان داد که بین میزان رضایتمندی زناشویی بیماران با شدت افسردگی و اضطراب آنان ارتباط وجود دارد $(p < 0/01)$ به طوری که در افرادی که میزان افسردگی و اضطراب آنها پایین تر بود میزان رضایتمندی زناشویی آنان بالاتر بود (جدول شماره ۱ و ۲).

جدول شماره ۱: رابطه بین میزان رضایتمندی زناشویی بیماران با شدت افسردگی در زنان نابارور

رضایتمندی	افسردگی			
	ندارد و خفیف	متوسط	شدید	
فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	معنی داری	
عدم رضایت و نارضایتی شدید	۴)۸	۳۴)۱۷	۱۲)۶	< ۰/۰۱
رضایت نسبی و زیاد	۱۲۳)۶۱/۵	۱۷)۸/۵	۳)۳	< ۰/۰۱

جدول شماره ۳: وضعیت افسردگی، اضطراب و رضایتمندی زناشویی زنان نابارور بر حسب سطح تحصیلات

سطح تحصیلات	شدت افسردگی			شدت اضطراب			میزان رضایتمندی	
	ندارد	خفیف	متوسط	شدید	ندارد	خفیف	متوسط	تعداد (درصد)
زیر دیپلم	۳۸)۱۹	۳۰)۱۵	۲۶)۱۳*	۱۱)۵/۵	۲۴)۱۲	۱۴)۷	۷)۳/۵	۳۳)۱۶/۵
لیسانس	۲۵)۱۲/۵	۱۶)۸	۲۱)۱۰/۵	۴)۲	۴۸)۲۴	۱۴)۷	۲۲)۱۱	۶۹)۳۴/۵
بالاتر از لیسانس	۱۳)۶/۵	۹)۴/۵	۴)۲	۳)۱/۵	۲۹)۱۴/۵	۱۰)۵	۶)۳	۳۸)۱۹
کل بیماران	۷۶)۳۸	۵۵)۲۷/۵	۵۱)۲۵/۵	۱۸)۹	۱۰۱)۵۰/۵	۳۸)۱۹	۳۵)۱۷/۵	۱۴۰)۷۰

* p-value < 0/05

جدول شماره ۴: توزیع سنی وضعیت افسردگی، اضطراب و رضایتمندی زناشویی در زنان نابارور

گروه سنی	شدت افسردگی			شدت اضطراب			میزان رضایتمندی	
	ندارد	خفیف	متوسط	شدید	ندارد	خفیف	متوسط	تعداد (درصد)
زیر ۲۵	۲۲)۱۱	۱۸)۹	۱۹)۹/۵	۱۰)۵	۳۶)۱۸	۱۴)۷	۱۱)۵/۵	۴۷)۲۳/۵
۲۵ تا ۳۰	۲۷)۱۳/۵	۱۸)۹	۲۰)۱۰	۳)۱/۵	۳۵)۱۷/۵	۱۲)۶	۱۱)۵/۵	۴۸)۲۴
بالای ۳۰	۲۷)۱۳/۵	۱۹)۹/۵	۱۲)۶	۵)۲/۵	۳۰)۱۵	۱۳)۶/۵	۱۲)۶	۴۵)۲۲/۵
کل بیماران	۷۶)۳۸	۵۵)۲۷/۵	۵۱)۲۵/۵	۱۸)۹	۱۰۱)۵۰/۵	۳۸)۱۹	۳۵)۱۷/۵	۱۴۰)۷۰
سطح معنی داری			۰/۵۷			۰/۹۳		۰/۷۴

بحث

این که هیچ رضایتمندی در این رابطه از طرفین وجود داشته باشد.

مطالعه دیگر مطالعه سرگلزایی و همکاران است که در مرکز ناباروری مشهد در سال ۱۳۸۰ جهت تعیین شیوع افسردگی و اختلالات جنسی در خانم‌های نازا انجام شد. در این مطالعه ارتباطی بین اختلال عملکرد جنسی و افسردگی در نمونه‌ها یافت نشد. محققین علت این امر را مستقل بودن اختلال عملکرد جنسی از افسردگی در زنان نازا بیان کردند (۱۷).

در مطالعه ما ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات و شیوع افسردگی بدست آمد ($p=0/006$). به طوری که در نمونه‌هایی که تحصیلات بالای دیپلم داشتند افسردگی به میزان کمتری دیده شد. اینطور به نظر می‌رسد که در افراد تحصیل کرده به علت وجود آگاهی بیشتر نسبت به مسئله نازایی و برخورد مناسب نسبت به این قضیه و مکانیسم‌های انطباق مناسبتر در مقابل نازایی، افسردگی و اضطراب به میزان کمتری نسبت به سایر افراد دیده می‌شود.

در این تحقیق ارتباطی بین سن، طول مدت نازایی و سابقه باروری قبلی با افسردگی و اضطراب و رضایتمندی زناشویی و مشاهده نشد که برخلاف نتیجه مطالعه Ramezanzadeh و همکارانش در شهر تهران در سال ۱۳۸۴ می‌باشد. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که افسردگی در زنان نابارور با علت نازایی، مدت نازایی و سطح تحصیلات و شغل زنان ارتباط دارد ولی اضطراب بیماران تنها با مدت نازایی و سطح تحصیلات آن‌ها مرتبط است (۱۰). علت این اختلاف می‌تواند متفاوت بودن جامعه مورد مطالعه از نظر محل جغرافیایی، زندگی افراد و تفاوت‌های فرهنگی و تفاوت نگرش افراد جوامع مختلف به مشکل نازایی باشد. از مزایای مطالعه ما چند مرکزی بودن آن و بررسی بیماران دو مرکز در سطح شهر می‌باشد که بیماران مختلف در سطوح اجتماعی-اقتصادی را در بر می‌گیرد. با توجه به نتایج بدست آمده

نازایی به عنوان یک بحران فردی قلمداد می‌شود که می‌تواند استرس و فشار روحی و روانی زیادی را بر زوجین وارد کند و به طرق گوناگون سلامت روانی آن‌ها را تهدید کند. همچنین می‌تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، کاهش صمیمیت و ترس از خاتمه رابطه، جدایی و طلاق و کاهش اعتماد به نفس و احساس طرد شدن از خانواده و جامعه شود که مجموعه این عوامل می‌تواند فرد را مستعد بیماری‌های اعصاب و روان نظیر افسردگی و اضطراب و عدم لذت از زندگی زناشویی کند. در مطالعه ما افسردگی در ۶۲ درصد افراد شرکت کننده مشاهده شد و ۷۲ درصد زوجین رضایتمندی نسبی از زندگی زناشویی داشتند و ۴۹/۵ درصد از آن‌ها دارای درجات مختلفی از اضطراب بودند. به عبارتی دیگر میزان افسردگی و اضطراب بیش از مطالعه Upkong بوده است چرا که آن‌ها بیان کردند شیوع افسردگی در زنان نازا ۳۷/۵ درصد و شیوع اضطراب ۴۲/۵ درصد بوده است (۱۵).

در مطالعه ما همچنین بین میزان رضایتمندی زناشویی و شدت افسردگی و اضطراب بیماران ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p<0/01$). به این معنی که با افزایش شدت اضطراب و افسردگی در فرد نازا از میزان رضایتمندی زناشویی در آن‌ها کاسته می‌شد. این نتیجه مشابه مطالعه Wang و همکارانش می‌باشد که دو نوع پرسشنامه Enrich جهت بررسی رضایتمندی زناشویی و SCL-90 جهت بررسی اختلالات روانی استفاده کردند. آن‌ها بیان کردند فراوانی اختلالات روانی و نارضایتی رابطه زناشویی در گروه مورد (افراد نازا) بالاتر از گروه شاهد بوده است (۱۶).

به نظر می‌رسد زوج نابارور به علت وجود افسردگی و اضطراب ناشی از نازایی تحت فشارهای روحی و روانی زیادی از طرف خود و جامعه هستند و همین امر باعث می‌شود که رابطه زناشویی در آن‌ها صرفاً به قصد بچه‌دار شدن صورت گیرد بدون

در این مطالعه و مقایسه با مطالعات موجود، اینطور به نظر می‌رسد که مشکل نازایی می‌تواند سبب ایجاد اختلالات روحی و روانی در فرد شود. اقداماتی نظیر آموزش همگانی و بالا بردن آگاهی مردم نسبت به ابعاد مختلف نازایی، کمک به زوج نازا در سازگاری بیشتر با استرس و آموزش مهارت‌های حل مسئله و کمک به فرآیند تصمیم‌گیری در مورد درمان و حل تعارضات زناشویی و خانوادگی متعاقب نازایی می‌تواند به زوج‌های نازا کمک کند. جهت رسیدن به این اهداف اینطور به نظر می‌رسد که حضور روانپزشکان و روانشناسان بالینی در مراکز تشخیص و درمان ناباروری ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجوی پزشکی دکتر نازنین غلامی می‌باشد.

References

- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology* 2004; 63(1): 126-130.
- Ryan KJ, Berkovitz RL, Dunaif A. *Kisner's gynecology & women's health*. 7th ed. St Louis: Mosby; 1999.
- Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5. *Reprod Infertil J* 2007; 7(3): 243-251.
- Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril* 1992; 57: 1247-1253.
- Karahasanoglu A, Barglowe P, growe G. Psychological aspects of infertility. *J Reprod Med* 1972; 9: 241-247.
- Tarlatzis I, Tarlatzis BC, Diackogiani I, Bontis J, Lagos S, Gavriilidou D, et al. Psychological impact of infertility on greek couples. *Hum Reprod* 1993; 8(3): 396-401.
- Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 1980; 34(4): 313-319.
- Seibel MM, Taymor ML. Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 1982; 37: 137-145.
- Downey J, Yingling S, Mckinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 1989; 52: 425-432.
- Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat N, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women Health* 2004; 6(3): 4-9.
- Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Hum Reprod* 2001; 16(8): 1762-1767.
- Jahanfar SH, Mollaiynezhad M, Jaferpour M, Jamshidi R. Infertility related stress and marital life in Iranian infertile women who referred to Isfahan Infertility Treatment Clinic. *Reprod Infertil J* 2000; 2(5): 26-34.
- Repokari L, Punamaki RL. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective

- study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod* 2007; 22(5): 1481-1491.
14. Peterson BD, Newton CF, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Process* 2003; 42(1): 59-70.
 15. Upkong D, Orji E. Mental health of infertile women in Nigeria. *Turk Psikiyatri Derg* 2006; 17(4): 259-265.
 16. Wang K, Li J, Zhang JX, Zhang L, Yu J, Jiang P. Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for invitro Fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertil Steril* 2007; 87(4): 792-798.
 17. Sargolzaee MR, Moharreri F, Arshadi HR, Javadi K, Karimi S, Fayyazi bordbar MR. Psychosexual and Depression in infertile female referring to Mashhad infertility treatment center. *J Reprod Infertil* 2001; 2(4): 46-51.

Archive of SID