

بررسی اختلالات اضطرابی و خلقی در زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه مشهد (۸۳-۸۴)

فاطمه بهدانی^۱، نزهت موسوی فر^۲، پریا جبرانی^۳، عاطفه سلطانی فر^۴، مریم محمدنژاد^۵

۱- دانشیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۲- استادیار گروه زنان، مامایی، نازایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۳- استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۴- استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۵- رزیدنت روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۱۲/۶

تاریخ دریافت: ۸۶/۸/۲۶

خلاصه

مقدمه: نیاز به تولید مثل اساس بقا نسل بشر است و زوجها نابارور از آن محروم هستند. جنبه‌های روانی، اجتماعی ناباروری در گذشته غالباً مورد غفلت بوده است لذا بر آن شدیم تا شیوع اختلالات روانی در زنان نابارور را بررسی نمائیم.

روش کار: این یک مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه در مشهد در سالهای ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ می باشد. کلاً ۹۶۳ نفر با تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) ارزیابی و افرادی که نمره برش بالاتر از ۲۸ داشتند به عنوان گروه پر خطر از نظر اختلالات روانپزشکی در نظر گرفته شدند (۱۰۲ نفر). این گروه تحت مصاحبه بالینی توسط دو روانپزشک از نظریه وجود اختلالات روانپزشکی بر اساس معیارهای DSMIV گرفتند.

نتایج: میانگین سنی بیماران ۲۸/۷ سال بود. ۷۹/۴٪ افراد تحصیلات بالاتر از ابتدایی داشتند و ۷۵٪ خانه‌دار بودند. اقدامات درمانی در ۳۲٪ افراد منجر به حاملگی شد. شایعترین درمان به کار رفته درمان دارویی و تلقیح داخل رحمی اسپرم (IUI) و علت ناباروری با عامل زنانه بیشتر از عامل مردانه بود. شایعترین اختلال روانی در بیماران اضطراب منتشر (۴۴/۱٪) بود. سایر اختلالات اضطرابی در ۱۱/۸٪ و افسردگی در ۳۰/۴٪ افراد دیده شد. ارتباط معنی‌داری بین سن، جنس، شغل، مدت ناباروری، سطح تحصیلات و آمادگی برای اختلال روانپزشکی وجود نداشت اما ارتباط معنی‌داری بین نوع درمان (IUI) و بالا بودن خطر اختلالات روانپزشکی وجود داشت ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: توصیه می شود که کلیه زوجهای نابارور در شروع درمان، تحت ارزیابی روانشناختی قرار گیرند و افراد در معرض خطر با روشهای کنترل اضطراب تحت درمان قرار گیرند. (مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، دوره یازدهم، شماره سوم، پاییز ۸۷: ۲۳-۱۵)

کلمات کلیدی: اختلال خلقی، زنان نابارور، اختلالات اضطرابی

* نویسنده مسؤول: فاطمه بهدانی

آدرس: گروه روانپزشکی، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی

BehdaniF@mums.ac.ir

مشهد

تلفن و نمابر: ۷۱۱۲۷۲۲ (۵۱۱) ۹۸+

مقدمه

باروری، تولید مثل و داشتن فرزند یکی از آرزوهای انسانی و اساس بقاء نسل بشر می‌باشد که به علل مختلف ممکن است برخی زوجها از آن محروم گردند. ناباروری به صورت عدم وقوع حاملگی در طی یک سال نزدیکی جنسی بدون استفاده از روشهای پیشگیری تعریف می‌گردد که عواقب روانی و اجتماعی فراوانی بدنبال دارد (۱).

پدیده ناباروری تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیک بوجود می‌آید. در سالهای اخیر با پیشرفت علم پزشکی دریچه‌های امید به سوی زوجها نابارور گشوده شده و هر ساله زوجها متعددی با استفاده از روشهای مختلف باروری مصنوعی تحت درمان قرار گرفته و صاحب فرزند می‌شوند.

اما ناباروری دارای جنبه‌های روانی اجتماعی نیز می‌باشد، و به لحاظ علوم رفتاری و اجتماعی نیز می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. جنبه روانی و اجتماعی ناباروری درگذشته غالباً مورد غفلت بوده ولی خوشبختانه از دهه ۱۹۸۰ به بعد مورد توجه بسیاری قرار گرفته است.

در مطالعه‌ای که در مشهد توسط دکتر ثقفی و همکاران در ارتباط با وضعیت روانی زنان نابارور در سال ۱۳۸۲ انجام شد آزمون SCL90 برای بررسی تاثیر استرس ناباروری بر وضعیت روانی انتخاب شد. در بررسی میانگین نمرات وضعیت روانی زنان در ابعاد مختلف، بالاترین نمره مربوط به افسردگی و پرخاشگری بود و کمترین نمره را ترس مرضی دارا بود. جسمانی شدن، ضریب کلی علائم مرضی و اضطراب به ترتیب دارای نمرات ۰/۸۸، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ بودند (۲). در مطالعه همبستگی بین تحصیلات و زمان مراجعه برای درمان ارتباط معنی داری وجود داشت که تاثیر تحصیلات و آگاهی را در کاهش طول مدت درمان و تطابق فرد با مشکل نشان داد. در این مطالعه میانگین نمره پرخاشگری در ۳ سال اول درمان بیشتر بود که نشان دهنده خشم زنان نازا نسبت به پرسنل مراکز درمانی و اطرافیان

بود. افسردگی در زنان با طول مدت درمان ۶-۴ سال دارای نمره بالاتر نسبت به سایر افراد تحت مطالعه بود که میتواند مربوط به امید اولیه به درمان و عدم مراجعه زنان با افسردگی در اواخر درمان باشد (۳). در مطالعه بویوین و همکاران با افزایش طول مدت درمان نمره افسردگی افزایش یافت (۴). در مطالعه لوک و همکاران در چین، مشکلات روانی در زنان نابارور چینی که تحت درمان ناباروری قرار گرفته یا با شکست درمان مواجه شده‌اند بررسی گردید. نتایج این مطالعه نشان داد که یک سوم زنان مبتلا به نازایی از نظر سلامت روانی دچار مشکل بودند و در ۱۰٪ آنان درجاتی از افسردگی متوسط تا شدید وجود داشت (۵).

گاز^۱ و همکاران علائم روانی در زنان نابارور ترک را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه ارزیابی با استفاده از تست بک و آزمون‌های ارزیابی اضطراب روز نبرگ برای تعیین میزان اعتماد به نفس انجام شد. میزان افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به نازایی نسبت به گروه کنترل بالاتر بود و با افزایش سن و طولانی شدن دوره ناباروری، شدت افسردگی، اضطراب و کاهش اعتماد به نفس تشدید شده بود (۶).

ماتسو بایاشی استرس عاطفی در زنان نابارور ژاپنی را مورد ارزیابی قرار داد. در این مطالعه ۱۰۱ زن نازا با ۸۱ خانم حامله سالم مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج این مطالعه نشان داد که اختلالات هیجانی در ۳۸/۶٪ از زنان نابارور و در ۱۶٪ از زنان حامله سالم وجود دارد. میزان استرس روانی نیز در زنان نابارور بیشتر از زنان حامله سالم گزارش شد (۷).

سوترباآزمون سلامت عمومی 1080 زن نابارور را مورد مطالعه قرار داد. ارتباط معناداری بین مدت ناباروری، علت ناباروری و نمره GHQ مشاهده نشد. با افزایش سن زنان نمره GHQ نیز کاهش یافت. در نهایت نتایج این مطالعه نشان داد که نزدیک به ۳۲٪ زنان در مراحل اولیه درمان ناباروری در خطر بروز مشکلات جدی روانی می‌باشند (۸). ملندز

غربالگری، با مصاحبه بالینی توسط روانپزشک وجود اختلال روانپزشکی رادرزنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک منتصریه بررسی نمایند.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش توصیفی و مقطعی بود که به روش نمونه‌گیری آسان انجام شد. کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به بیمارستان منتصریه مشهد از فروردین ماه ۱۳۸۳ تا ابانماه ۱۳۸۴ که تمایل به شرکت در تحقیق داشتند، شامل ۹۶۳ زوج نابارور بودند که پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) را تکمیل کردند. سپس در مواردی که نمره کل بیشتر از ۲۸ بود (۱۰۲ نفر) افراد پرسشنامه اطلاعات فردی را تکمیل نمودند و از نظر وجود اختلالات خلقی و افسردگی بر مبنای معیارهای DSMIV توسط دو روانپزشک مورد مصاحبه قرار گرفتند.

پرسشنامه اطلاعات فردی شامل: سن، میزان تحصیلات، شغل همسر، مدت ازدواج، مدت ناباروری، تاریخ شروع درمان، نوع درمان های انجام شده برای ناباروری، سابقه حاملگی، سابقه سقط و علت نازایی بود.

پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ) (۱۳)، یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خود گزارش دهی است. که اعتبارفرم فارسی آن در مطالعه نور بالا و همکاران بررسی و ثابت شده است (۱۴) که به صورت بالینی با هدف ردیابی کسانی که آمادگی برای اختلال روانی دارند، مورد استفاده قرار می گیرد، هدف اصلی ایجاد آن، تمایز بین بیماری روانی و سلامت است و به طور وسیعی به منظور سنجش اختلالات خفیف روانی در موقعیتهای مختلف بکار برده شده است. فرم اصلی پرسشنامه دارای ۶۹ سوال است ولی به صورت فرم های ۳۰ سوالی، ۲۸ سوالی و ۱۲ سوالی نیز مورد استفاده قرار گرفته است. پرسشنامه ۲۸ سوالی که در این مطالعه استفاده شده است به علائم سوماتیک، اضطراب، بیخوابی و اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی می پردازد. جهت نمره گذاری از روش لیکرت استفاده

بیان کرد زنان ناباروری که اعتماد به نفس پایین تری دارند علائم اضطرابی و افسردگی را به مدت طولانی تری نشان می دهند (۹).

اپکونگ و همکاران ۱۱۲ زن نابارور را با ۹۶ زن بارور مقایسه کردند نتایج به این شرح بود: آمادگی برای ابتلا به اختلالات روانی بر اساس پرسشنامه GHQ ۴/۴۶٪ در زنان نابارور بود. ۵/۳۷٪ مضطرب و ۹/۴۲٪ افسرده بودند. فاکتورهای مثل سن، نداشتن حمایت از جانب همسر و نداشتن حداقل یک فرزند، فاکتورهای پیش گویی کننده برای اضطراب و افسردگی بودند. ولیکن در این مطالعه تحصیلات پایین، بیکار بودن، مدت ناباروری، ازدواج چند همسری، فقدان حمایت از جانب منابع قدرت، روی سلامتی روانی اثری نداشتند (۱۰).

در مطالعه ورهاک و همکاران در سال ۲۰۰۵ که پاسخ هیجانی زنان نابارور را قبل و بعد از IVF مورد بررسی قرار داده بودند نشان داد که زنان نابارور میزان اضطراب و افسردگی بالاتری را نسبت به همسرانشان بعد از درمان ناموفق تجربه می کنند که با درمان موفق این میزان کاهش می یابد. فاکتورهای مثل صفات شخصیتی، حمایت اجتماعی و برداشت مفهومی از ناباروری، طول مدت این اختلالات را تعیین می کند (۱۱).

در مطالعه گلبرن و همکاران در ترکیه با مقایسه ۱۰۷ زن نابارور و ۶۳ زن سالم هیچ تفاوت چشمگیری بین سطوح اضطراب و افسردگی در بین دو گروه مشاهده نشد. شدت علائم روانی در گروهی از زنان نابارور که درمانهای غیر پزشکی دریافت کرده بودند و آنهایی که تحت فشار از جانب خانواده همسرشان به علت ناباروری بودند و نیز در کسانی که ارتباط نا مناسبی با همسرشان داشتند بیشتر بوده است (۱۲).

با توجه به شیوع بالای اختلالات اضطرابی و خلقی در زنان نابارور در مطالعات انجام شده محققین تصمیم گرفتند که علاوه بر بررسی علایم افسردگی و اضطراب در زنان نابارور با استفاده از تست

از ۱۰۲ زن نابارور مورد مطالعه، ۲۰/۶٪ دارای تحصیلات ابتدایی یا کمتر و ۲۳/۵٪ زیر دیپلم، ۵۵/۹٪ دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند، ۷۴/۵٪ زنان مورد مطالعه خانه دار و ۲۵/۵٪ شاغل بودند، ۵۵/۹٪ از افراد در رده سنی بین ۲۵ تا ۳۴ سال، ۲۹٪ دارای سن کمتر از ۲۵ سال و فقط ۱۴٪ زنان سن بیشتر از ۳۴ سال داشتند (جدول ۱).

شده و به سوالات از سمت راست به چپ (در پرسشنامه فارسی) نمرات صفر، یک، دو و سه به هر گزینه داده می شود. نقطه برش ما در مطالعه ۲۸ در نظر گرفته شده است که به عنوان افراد دارای آمادگی برای اختلال روانی در نظر گرفته شده است.

نتایج

جدول ۱- ویژگیهای همه گیر شناسی زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۳

همه گیر شناسی	فراوانی	فراوانی نسبی درصد
شغل	خانه دار	۷۴/۵
	شاغل	۲۵/۵
تحصیلات	ابتدایی یا کمتر	۲۰/۶
	زیر دیپلم	۲۳/۵
	دیپلم و بالاتر	۵۵/۹
توزیع سنی	کمتر از ۲۵	۲۸/۴
	بین ۲۵ تا ۳۴	۵۵/۹
	بیشتر از ۳۴	۱۳/۷
سابقه حاملگی	بدون پاسخ	۲
	دارد	۳۲/۳۵
سابقه سقط	ندارد	۶۷/۶۵
	سقط داشته	۲۶/۵
سابقه مرده	سقط نداشته	۷۵
	مرده زایی داشته	۲۷
زایی	مرده زایی نداشته	۴
	مرده زایی داشته	۹۸
داشتن فرزند	فرزند دارد	۳/۹
	فرزند ندارد	۹۶/۱
		۸/۸
		۹۱/۲

علت نازایی ها مشخص نبوده است. در بررسی نوع درمان استفاده شده، بیشترین فراوانی مربوط به درمان دارویی و تلقیح داخل رحمی اسپرم (IUI) بود که فراوانی ۳۹ (۳۸/۲٪) را دارا بود و کمترین فراوانی، مربوط به لقاح خارج رحمی (IVF) با فراوانی، ۳ (۲/۹٪) بود. فراوانی سایر درمانها: درمان دارویی (۳۲/۴)، تلقیح داخل رحمی اسپرم (۴/۹)، دارویی و لقاح خارج رحمی (۶/۹)، دارویی و تلقیح داخل رحمی اسپرم و IVF ۶/۹٪ می باشد (جدول ۲).

۲۶/۵٪ سابقه سقط و ۹/۳٪ سابقه داشتن فرزند مرده را بیان می کردند، ۳۲/۳۵٪ سابقه حاملگی داشتند و ۶۷/۶۵٪ بارداری را تجربه نکرده بودند (جدول ۱).

در حدود ۴۴٪ افراد بین ۵ تا ۱۰، از زمان ازدواجشان میگذشت و فقط در حدود ۳٪ از افراد سالهای ازدواج آنها از ۲۶ سال بیشتر بود. ۷۸٪ از افراد کمتر از ۱۱ سال تحت درمان بوده و فقط در حدود ۱۰٪ از آنها بیش از ۱۶ سال مورد درمان قرار گرفته اند. علت حدود ۳۳٪ از نازایی ها مربوط به زن، ۲۴٪ مربوط به مرد بوده است، در ۲۱٪ موارد

جدول ۲- فراوانی نوع درمان‌های مورد استفاده زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه در سال ۱۳۸۳-۱۳۸۴

فراوانی	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
درمان دارویی	۳۳	۳۲/۴	۳۲/۴
IUI	۵	۴/۹	۳۷/۳
IVF	۳	۲/۹	۴۰/۲
دارویی + IUI	۳۹	۳۸/۲	۷۸/۴
دارویی + IVF	۷	۶/۹	۸۵/۳
دارویی + IVF + IUI	۷	۶/۹	۹۲/۲
بدون پاسخ	۸	۷/۸	۱۰۰
مجموع	۱۰۲	۱۰۰	--

پس از مصاحبه بالینی روانپزشک، ۴۵ نفر (۴۴/۱٪) داشتند. در ۱۴ مورد اختلال روانپزشکی خاصی مبتلا به اختلال اضطراب منتشر بودند، ۱۲ نفر (۱۱/۸٪) سایر اختلالات اضطرابی و ۳۱ نفر (۳۰/۴٪) افسردگی مشخص نشد. (جدول ۳)

جدول ۳- فراوانی اختلالات روانپزشکی زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی منتصریه مشهد

فراوانی	فراوانی تجمعی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
اختلال اضطرابی منتشر	۴۵	۴۴/۱	۴۴/۱
سایر اختلالات اضطرابی	۱۲	۱۱/۸	۵۵/۹
افسردگی	۳۱	۳۰/۴	۸۶/۳
بدون اختلال	۱۴	۱۳/۷	۱۰۰
مجموع	۱۰۲	۱۰۰	--

در بررسی نمرات تست GHQ بین علائم افسردگی، شکایات جسمانی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی و شغلی و مدت درمان، سن زنان، شغل و میزان تحصیلات ارتباط معنی داری وجود نداشت. اما بین افسردگی، شکایات جسمانی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی و شغلی و نوع درمان رابطه معنی داری وجود داشت (P<۰/۰۵) (جدول ۴).

جدول ۴- نتایج آزمون مجذور کای در بررسی ارتباط نمره GHQ با نوع درمان

آمار آزمون (χ^2)	درجه آزادی (df)	مقدار احتمال (p-value)
۰/۵۳۳	۵	۰/۰۴۲

بودند مورد بررسی قرار گرفتند. در بررسی وضعیت تحصیلی، نزدیک به ۷۹/۴٪ جمعیت مورد مطالعه دارای تحصیلات بالاتر از ابتدایی بودند و بیش از نیمی از آنها تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند که این

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه مجموعاً ۱۰۲ خانم که با مشکل ناباروری مواجه بودند و جهت درمان به کلینیک ناباروری بیمارستان منتصریه مشهد مراجعه کرده

مراجعه کرده بودند. در کتب مرجع وجود یک سال عدم باروری در زوجها بدون استفاده از روشهای جلوگیری به عنوان نازایی تلقی می‌گردد. اگر چه در برخی از موارد، بارداری پس از تجربه یک سال یا بیشتر ناباروری بدون درمان نیز صورت گرفته است اما با توجه به اثرات بهتر درمانی در مراجعه زود هنگام پیشنهاد می‌شود که زوجهای نابارور در اولین تصمیم‌گیری برای بچه‌دار شدن جهت انجام اقدامات درمانی به کلینیک ناباروری مراجعه نمایند. مراجعه زودتر برای اقدامات درمانی با توجه به احتمال نتیجه‌گیری بهتر مسلمانان ابعاد روانی مسئله را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. چرا که با توجه به مطالعات موجود سپری شدن سالهای متمادی از ناباروری و مواجهه هر روزه با مشکلات ناشی از آن و بروز مسائل و تنش‌های خانوادگی ابعاد روانی ناباروری را گسترده‌تر و جدی‌تر می‌نماید.

نتایج اقدامات درمانی در ۳۲٪ از جمعیت مورد مطالعه ما در هنگام انجام تحقیق منجر به حاملگی شده بود و سابقه سقط در ۲۶٪ از آنها ابراز شد و ۴٪ نیز تجربه فرزند مرده داشتند. تقریباً ۹۰٪ زوجهای مراجعه کننده به کلینیک ناباروری فرزند دیگری نداشتند. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ در آلمان انجام شده بود، انجام IVF در حدود ۱۴٪ از موارد منجر به باروری شده بود (۱۶). Souter میزان موفقیت روشهای درمان ناباروری را ۴۷/۴٪ گزارش کرد (۱۷) و با توجه به کتب مرجع پیش‌بینی می‌شود که در نهایت نزدیک به نیمی از بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های ناباروری نتایج درمانی مطلوب را دریافت کرده و در نهایت حاملگی را تجربه خواهند نمود.

شایعترین درمان بکار رفته در بیماران ما درمان دارویی به علاوه IUI بود که در ۳۸٪ انجام شد و درمان دارویی به تنهایی در ۳۲٪ به انجام رسید و در مجموع حدود ۷۰٪ از زنان مراجعه کننده تحت درمانهای دارویی جهت القای تخمک‌گذاری قرار گرفته بودند. علت نازایی در ۳۲/۴٪ زنان، در ۲۳/۵٪ مردانه، در ۲۳/۵٪ مربوط به زوجین و در ۲۰/۶٪

میزان از جمعیت عمومی بالاتر بوده و نشان دهنده این واقعیت است که افراد تحصیل کرده در جامعه بیشتر به دنبال درمان ناباروری می‌باشند. چه بسا افراد بی‌سواد و با سطح اطلاعات پایین که از امکان درمان و روشهای جدید باروری با خبر نبوده و سالهای زیادی را با این مشکل بزرگ و عواقب آن سپری می‌کنند.

در مطالعه‌ای که توسط ثقفی انجام شده بود، تنها ۲۹٪ از زنان سطح سواد دیپلم و بالاتر داشتند. در مطالعه فوق همچنین مشاهده شد که سطح تحصیلات و آگاهی ارتباط معنی‌داری با طول مدت درمان داشته و تطابق فرد و همکاری و نتیجه‌گیری وی از درمان در افراد با تحصیلات بالاتر بیشتر بوده است (۲).

اصولاً سطح تحصیلات و آگاهی عامل موثری در تلاش برای غلبه بر مشکل ناباروری می‌باشد لذا این مسئله اهمیت اطلاع‌رسانی عمومی به افراد جامعه را خاطر نشان می‌کند. اکثریت زنان مورد مطالعه در تحقیق ما (تقریباً ۷۶٪) خانه‌دار بودند. در مطالعه‌ای که توسط دکتر ثقفی انجام شده بود نیز ۷۶٪ از خانم‌های نابارور خانه‌دار بودند (۲).

توزیع سنی بیماران مراجعه کننده نیز مورد بررسی قرار گرفت که تقریباً ۵۶٪ از زنان نابارور در رده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال قرار داشتند. میانگین سن زنان در مطالعه‌ای که توسط دکتر ثقفی انجام شده بود، ۲۱ سال گزارش شد (۲). در مطالعه دیگری در سال ۲۰۰۴ در لهستان میانگین سنی در ۶۰ بیمار مراجعه کننده به کلینیک ناباروری ۲۸/۵ سال بود (۱۵). با توجه به این مسئله که مراجعه جهت درمان ناباروری در سنین حداکثر باروری با پیش‌آگهی بهتری همراه می‌باشد و مراجعه در سنین بالاتر و انتهای دوره باروری به علت کاهش ذخیره تخمدانی، احتمال موفقیت درمانی را کمتر می‌نماید، لذا لزوم بیماریابی و اطلاع‌رسانی بهتر جهت کاهش سن مراجعه برای درمان در زوجهای نابارور مهم و ضروری به نظر می‌رسد.

در بررسی سالهای سپری شده از ازدواج حدود ۴۴٪ از جمعیت مورد مطالعه بین ۵ تا ۱۰ سال پس از ازدواج

در مطالعه ما مواردی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالاتر از حد نصاب را (۲۸) کسب نمودند، تحت مصاحبه بالینی توسط روانپزشک قرار گرفتند و شایعترین تشخیص بدست آمده اختلال اضطرابی منتشر بود که در ۴۴/۱ درصد از بیماران وجود داشت و ۳۰/۴ درصد زنان نابارور مبتلا به افسردگی و ۱۱/۸٪ سایر اختلالات اضطرابی را نشان میدادند. در ۱۳/۷٪ افراد نیز اختلال روانپزشکی خاصی وجود نداشت.

در بررسی ارتباط مشکلات روانی با مدت درمان در مطالعه ما ارتباط معنی‌داری گزارش نشد. در حالیکه در مطالعه ثقفی ذکر شده که نمره پرخاشگری در ۳ سال اول درمان بیشتر و افسردگی با افزایش طول مدت درمان افزایش می‌یافت (۲). در مطالعات دیگر مثل مطالعه بویوین نیز طول مدت درمان با بروز مشکلات روانی مرتبط بود (۴).

در بررسی ارتباط مشکلات روانی با سابقه سقط و وجود فرزند مرده نیز ارتباط قابل توجهی در مطالعه ما مشاهده نشد. اما مشکلات روانی با توجه به پرسشنامه سلامت عمومی با نوع درمان مرتبط بود و در مواردی که IUI انجام شده بود، نمره GHQ بیشتر از ۲۸ فراوانی بیشتری داشت. این مسئله نشان می‌دهد که شکست درمان‌های خط اول و رسیدن به مراحل انتهایی درمان احتمال بروز مشکلات روانی را بیشتر می‌نماید.

در بررسی ارتباط مشکلات روانی با سن، شغل و میزان تحصیلات در زنان نابارور نیز ارتباط معناداری بدست نیامد. در مطالعه Upkong، نشان داده شد که تحصیلات پایین و بیکاری روی سلامتی روانی زنان نابارور اثری نداشته است. اما سن و نداشتن حداقل یک فرزند، فاکتور پیش‌گویی کننده برای اضطراب و افسردگی در این گروه زنان بود (۱۰). در مجموع یافته‌های حاصل از این مطالعه و بررسی سایر مقالات مشابه نشان می‌دهد که شیوع مشکلات روانی و بخصوص اختلال اضطرابی منتشر در زوجهای نابارور و بخصوص در زنان قابل توجه

نامشخص بود. لذا مشاهده می‌شود که شایعترین علت شناخته شده ناباروری علت زنانه بود در حالیکه در مطالعه‌ای که توسط دکتر ثقفی انجام شد، ۳۵٪ از موارد ناباروری زنانه و ۴۰٪ ناباروری مردانه گزارش گردید (۲).

Lu Y در مطالعه ۱۳۰ زن نابارور، ۶۵ مورد عامل نازایی زنانه و ۵۳ مورد عامل نازایی مردانه و ۱۲ مورد بدون علت شناخته شده را بدست آورد، که مطالعه فوق نیز مشابه مطالعه ما فراوانی بیشتر عامل زنانه را در زوجهای مراجعه کننده برای درمان به کلینیک ناباروری نشان می‌دهد (۱۸).

در بررسی پاسخ‌های داده شده به پرسشنامه سلامت عمومی با توجه به نمره برش ۲۸ مشاهده شد که ۷۶٪ از بیماران نمره GHQ بیشتر از ۲۸ داشتند که نشان دهنده وجود یک آمادگی برای اختلال روانی در این گروه بود. در مطالعه Lok، ۳۳٪ نمره بیشتر از حد نصاب را در آزمون GHQ دارا بودند و در پی شکست درمان، ۴۳٪ از زنان نابارور با توجه به آزمون GHQ دچار مشکل جدی بودند [۵]. در مطالعه Upkong، آمادگی برای اختلالات روانپزشکی بر اساس پرسشنامه GHQ، ۴۶.۴٪ در زنان نابارور بود (۱۰). همانطور که مشاهده می‌شود، آمار بدست آمده از مطالعه ما بسیار بیشتر از مطالعه فوق‌الذکر می‌باشد.

در مطالعه Souter نیز ۲۲/۵٪ از زنان نابارور مطابق پرسشنامه سلامت عمومی، دچار آمادگی برای اختلال روانی قابل توجهی بودند (۱۷). در مطالعه دیگری در سال ۱۹۹۵ در چین ۸۳/۸٪ از زنان نابارور فشارهای روانی را تحمل می‌کردند که در ۵۲٪ در حد متوسط تا شدید بود (۱۸). نتایج بدست آمده از مطالعات مختلف در زمینه مشکلات روانی زوجهای نابارور و بخصوص زنان نابارور متفاوت می‌باشد اما شیوع قابل توجه مشکلات روانی بخصوص در زنان نابارور در غالب مقالات و کتب مرجع مورد تاکید قرار گرفته است.

عدم موفقیت روشهای درمانی به این مرکز ارجاع می شوند لذا یکی از علل شیوع بالای اختلالات خلقی و اضطرابی در این مطالعه میتواند جمعیت مورد مطالعه باشد که لازم است در مطالعات بعدی این محدودیتهای برطرف شود.

پیشنهاد می شود که کلیه زوجهای نابارور مراجعه کننده به کلینیکهای ناباروری در شروع درمان تحت ارزیابیهای روانشناختی و خصوصاً بررسی از نظر اضطراب قرار گرفته و روشهای کنترل اضطراب آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

از خانم دکتر زندبینا و پرسنل کلینیک نازایی منتصریه که در انجام تحقیق با ما همکاری نمودند سپاسگزاری می نمایم.

می باشد و به طور بارزی کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار می دهد. این مسئله جزء مهمی از مشکل بزرگی است که زوجهای نابارور با آن روبرو هستند. عوامل متعددی مانند: برنامه دارویی، قرار ملاقات های مکرر با پزشک، اعمال جنسی برنامه ریزی شده، غیبت از کار، درمانهای گران قیمت، آینده مبهم درمان، انتظار هر ماهه برای حاملگی میتواند مستعد کننده بروز اضطراب در این افراد باشد. لذا همکاری نزدیک یک تیم روانپزشکی با گروه درمانگر نازایی بسیار مفید و ضروری به نظر می رسد.

از محدودیتهای مطالعه ما انتخاب افراد به روش غیر تصادفی بدون مقایسه با گروه شاهد و از یک کلینیک نازایی بود. از آنجا که کلینیک نازایی منتصریه تنها مرکز نازایی وابسته به دانشگاه در استان خراسان است و افراد نابارور از سراسر استان در صورت

منابع

1. Richlin SS, Shanti A, Murphy AA. Assisted reproductive technology. In: Scott JR, Gibbes RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins: 2003: PP. 647-713.
2. Saghafi N, Tofani H. Relationship of mental status of infertile women between duration of therapy. *Ofogh Danesh* 2004 Winter;9:10-12.
3. Chiba H, Mori E, Morioka Y, Kashiwakura M, Nadaoka T, Saito H, et al. Stress of female infertility relation to length of treatment. *Gynecol Obstet Invest.* 1997;43(3):171-7.
4. Boivin J, Takefman JE. Stress level across stages of in vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertil Steril.* 1995 Oct;64(4):802-10.
5. Lok IH, Lee DT, Cheung LP, Chung WS, Lo WK, Haines CJ. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecol Obstet Invest.* 2002;53(4):195-9.
6. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2003 Dec;24(4):267-71.
7. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T. Emotional distress of infertile women in Japan. *Hum Reprod.* 2001 May;16(5):966-9.
8. Souter VL, Hopton JL, Penney GC, Templeton AA. Survey of psychological health in women with infertility. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002 Mar;23(1):41-9.
9. Carreño Meléndez J, Morales Carmona F, Sánchez Bravo C, Henales Almaraz C, Espindola Hernández JG. [An explanation of depression and anxiety symptoms in sterile women]. *Ginecol Obstet Mex.* 2007 Mar;75(3):133-41.
10. Upkong D, Orji E. Mental health of infertile women in Nigeria]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2006 Winter;17(4):259-65.
11. Verhaak CM, Smeenk JM, van Minnen A, Kremer JA, Kraaijmaat FW. A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Hum Reprod.* 2005 Aug;20(8):2253-60.

12. Gulseren L, Cetinay P, Tokatlioglu B, Sarikaya OO, Gulseren S, Kurt S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med.* 2006 May;51(5):421-6.
13. Willmott SA, Boardman JA, Henshaw CA, Jones PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 Aug;39(8):613-7.
14. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *Br J Psychiatry.* 2004 Jan;184:70-3.
15. Jedrzejczak P, Luczak-Wawrzyniak J, Szyfter J, Przewoźna J, Taszarek-Hauke G, Pawelczyk L. [Feelings and emotions in women treated for infertility]. *Przegl Lek.* 2004;61(12):1334-7.
16. Wischmann T. [Psychosocial aspects of fertility disorders]. *Urologe A.* 2005 Feb;44(2):185-94; quiz 195. German.
17. Souter VL, Hopton JL, Penney GC, Templeton AA. Survey of psychological health in women with infertility. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2002 Mar;23(1):41-9.
18. Lu Y, Yang L, Lu G. [Mental status and personality of infertile women]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1995 Jan;30(1):34-7