

دانشور پزشکی

بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان بارور و نابارور

نویسندگان: دکتر احمدعلی نوربالا^{1*}، دکتر فاطمه رمضان‌زاده²، نسرين عابدینیا³ و سیدعباس باقری‌یزدی⁴

1. استاد، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران
2. استاد گروه زنان، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی تهران
3. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری و عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی تهران
4. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، وزارت بهداشت

مسئول:

نویسنده

Email: noorbala@tums.ac.ir

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: 150 زن نابارور در درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری و عصر (عج) و 150 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 44 درصد زنان نابارور و 28/7 درصد زنان بارور مبتلا به اختلالات روانی بوده‌اند. بالاترین میانگین نمرات زنان نابارور در آزمون SCL-90-R در مقیاس‌های افکار پارانوئیدی، 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 پارانوئیدی 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 77
آبان 1387

وصول: 86/5/2
ارسال اصلاحات: 86/10/11
دریافت اصلاحات: 86/11/17
پذیرش:

و همکارانش [1] گزارش کردند که 50 درصد از زوجین ناباروری را ناراحت‌کننده‌ترین تجربه زندگی‌شان توصیف می‌کنند. در پژوهشی دیگر که توسط ماهرستدت و همکارانش [2] انجام گرفت، نتایج نشان داد که 80 درصد افراد، تجربه ناباروری

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. فرین

افکار پارانوئیدی، (9) روان‌پریشی. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس 5 درجه‌ای «هیچ»، «زیاد» و «به شدت» (حداقل نمره صفر و حداکثر نمره 4) قرار می‌گیرد.

دراگوتیس (1983) جهت سنجش پایایی ابعاد 9 گانه این آزمون از دو روش محاسبه «پایایی درونی» و «پایایی به روش آزمون مجدد» استفاده کرده‌است. پایایی درونی SCL-90-R برای 9 محور رضایتبخش بوده و بیشترین همبستگی مربوط به افسردگی با 0/90 و کمترین آن‌ها مربوط به روان‌پریشی با 0/77 بوده‌است. پایایی بازآزمایی بین 0/78 تا 0/90 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 پارانوئیدی، بیشتر از 0/8 بوده و اعتبار سازه به دست آمده همگی نشان‌دهنده این است که می‌تواند به‌عنوان وسیله غربالگری یا تشخیصی اختلال‌های روانی در ایران به کار برده شود [17]. 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 [13، 14 و 15]. 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 ناباروری و رضایت بیمار از درمان‌های ناباروری داشته‌است [6]. 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 [15]. از آنجا که میان پویایی‌های

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 [1-5].

در سال‌های اخیر، بررسی‌های فراوانی در باره اضطراب و افسردگی در فرایندهای 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 [6-9]. 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 [10].

شیوع کلی مشکلات روانی در زوجین نابارور 25 تا 60 درصد تخمین زده می‌شود [11 و 12]. در این مطالعه از آزمون SCL-90-R جهت شیوع مشکلات روانی زوجین نابارور و بارور استفاده شد. این پرسشنامه شامل 90 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 گردیده بود. 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 1973 توسط دراگوتیس، لیپمن 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. 90 ماده این آزمون 9 بُعد مختلف را ارزیابی می‌کند: (1) شکایت جسمانی، (2) وسواس و اجبار، (3) حساسیت در روابط بین فردی، (4) افسردگی، (5) اضطراب، (6) پرخاشگری، (7) ترس مرضی، (8)

شخصیتی را می‌سنجید و شامل 34 پرسش باز و بسته بود. پرسشنامه‌ها به شیوه مصاحبه نیم ساختاری و توسط روان‌شناس تکمیل گردید. پرسشنامه پس از بررسی مقدماتی و مصاحبه با 20 بیمار و کسب اطلاعات اولیه، تهیه و تنظیم و روایی و پایایی آن توسط اساتید تأیید شد. اطلاعات به‌دست آمده از پرسشنامه‌ها ابتدا در نرم‌افزار SPSS وارد شد و با استفاده از روش‌های آماری کای اسکوئر (χ^2) و آزمون «تی» میانگین داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه سنی گروه زنان بارور 17-45 سال $31/6 \pm 5/5$ و گروه زنان نابارور 18-42 سال $27/7 \pm 5/2$ است. طول مدت ازدواج در گروه زنان بارور 1-28 سال $12 \pm 5/5$ و در گروه زنان نابارور 2-25 سال $7 \pm 4/6$ و طول مدت نازایی 1-25 سال $6/1 \pm 4/4$ بوده است. جدول 1 خصوصیات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. سابقه مراجعه به متخصص روان و اعصاب در گروه با رور 24 نفر (16 درصد) و در گروه نابارور 19 نفر (12/7 درصد)، و سابقه استفاده از داروهای اعصاب در گروه بارور 26 نفر (17/3 درصد) و در گروه نابارور 19 نفر (12/7 درصد) بوده است. در 107 نفر (71/3 درصد) علت زانانه، در 31 نفر (20/7 درصد) هر دو علت زانانه و مردانه و در 12 نفر (8 درصد) علت نامشخص از علل ناباروری در گروه زنان نابارور است. همچنین 86 نفر (57/3 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 2) در گروه زنان نابارور 44 درصد و

اضطراب- افسردگی که دربرگیرنده محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال است ارتباطی وجود دارد (به عبارتی اضطراب منجر به افزایش پرولاکتین می‌شود) [7 و 16] 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 1384 تا تیر 1385 مراجعه کرده بودند. از بین این افراد 150 زن نابارور و 150 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 محقق‌ساخته جهت بررسی عوامل زمینه‌ساز اختلالات روانی بود.

پرسشنامه محقق‌ساخته، پرسشنامه‌ای است که عوامل جمعیت‌شناختی، تاریخچه شخصی، اجتماعی، خانوادگی، بیماری و عوامل سبب‌شناختی اختلالات روانی و جدول 1- توزیع فراوانی و درصد خصوصیات دموگرافیک گروه‌های مورد پژوهش

P	χ^2	گروه نابارور (N = 150)		گروه بارور (N = 150)		گروه‌ها
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
0/02	9/70					تحصیلات
		22	33	16/7	25	- ابتدایی
		22	33	25/3	38	- راهنمایی-
		42	63	31/3	47	دبیرستان
		14	21	26/7	40	- دیپلم
						- بالاتر از دیپلم
(0/08) NS	3/39	78/7	119	69/3	104	شغل
		21/3	31	30/7	46	- خانه‌دار
						- شاغل
(0/53) NS	1/28	30	45	27/3	41	وضعیت اقتصادی
		56/7	85	54/7	82	- پایین
		13/3	20	18	27	- متوسط
						- خوب

NS = معنادار نیست

جدول 2- توزیع فراوانی و درصد اختلالات روان‌پزشکی براساس آزمون SCL-90-R در گروه‌های مورد مطالعه

P	χ^2	بارور (N = 150)		نابارور (N = 150)		گروه‌ها
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	
0/006	7/62	28/7	43	44	66	اختلالات روان‌پزشکی با اختلالات روان‌پزشکی
		71/3	107	56	84	فاقد اختلالات روان‌پزشکی

در گروه بارور، بیشترین میانگین نمرات افراد به ترتیب شامل افکار پارانوئیدی (1/18)، افسردگی (0/98)، شکایت جسمانی (0/93)، وسواس و اجبار (0/92)، اضطراب (0/9)، حساسیت در روابط بین‌فردی (0/81)، پرخاشگری (0/7)، روان‌پریشی (0/56) و ترس مرضی (0/4) بود، میانگین ضریب کلی علائم مرضی در این افراد 0/83 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، بدین‌معنا که زنان بارور

در گروه زنان بارور 28/7 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 ($p < 0/05$)، ($\chi^2 = 7/6$ ، $df = 1$).

جدول 3 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 پارانوئیدی (1/4)، افسردگی (1/3)، حساسیت در روابط بین‌فردی (1/12)، وسواس و اجبار (1/06)، اضطراب (1)، شکایت جسمانی (0/94)، پرخاشگری (0/8)، روان‌پریشی (0/73) و ترس مرضی (0/58) است. میانگین ضریب کلی علائم مرضی در این افراد 1 بود.

جدول 3- توزیع میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌های 9 گانه SCL-90-R در گروه‌های مورد مطالعه

مقیاس‌ها	گروه نابارور	گروه بارور	t	df	P-value
----------	--------------	------------	---	----	---------

			SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	
p = 0/95	298	0/07	0/65	0/93	0/66	0/94	شکایت جسمانی
p = 0/06	298	1/86	0/64	0/92	0/7	1/06	وسواس اجبار
p = 0/000	298	4/22	0/61	0/81	0/68	1/12	حساسیت در روابط بین فردی
p = 0/000	298	3/8	0/75	0/98	0/7	1/3	افسردگی
p = 0/198	298	1/3	0/7	0/9	0/76	1	اضطراب
p = 0/192	298	1/31	0/58	0/7	0/61	0/8	پرخاشگری
p = 0/002	298	3/14	0/46	0/4	0/55	0/58	ترس مرضی
p = 0/013	298	2/51	0/73	1/18	0/74	1/4	افکار پارانوییدی
p = 0/003	298	2/98	0/48	0/56	0/52	0/73	روان‌پریشی
p = 0/006	298	2/79	0/52	0/83	0/54	1	ضریب کلی علائم مرضی
p = 0/014	298	2/48	18/87	40/99	17/95	46/3	جمع علائم مرضی
p = 0/004	298	2/87	0/47	1/71	0/47	1/87	معیار ضریب تأراحتی

%28	42	مشکلات جنسی
%32	48	اختلافات زناشویی
%31/3	47	طلاق
%32/7	49	ازدواج مجدد
%34	51	مداخلات خانوادگی
%50/7	76	اختلال در هویت
%28	42	اعتبار اجتماعی
%74	111	احساس تنهایی
%81/3	122	بازخورد های
%60/7	91	اطرافیان
%27/3	41	درمان های
%26	39	ناباروری
%39/3	59	تغییر رفتار شوهر
%34	51	تغییر علایق شوهر
%41/3	62	برچسب نازایی
%52	78	احساس عدم تداوم نسل
%14	21	احساس پوچی و نا امیدی
%18/7	28	کامل نبودن
%42	63	خانواده
%21/3	32	احساس عدم امنیت و حمایت
%20	30	آزار و آذیت (روانی- جسمی)
%8	12	علاقه زن به بچه دار شدن علاقه مرد به بچه دار شدن غریزه مادر بودن مشکل در آینده

و نابارور از نظر این علائم (شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، اضطراب، پرخاشگری) تفاوت معناداری ندارند؛ ولی در مقیاس های حساسیت در روابط بین فردی ($p < 0/001$)، افسردگی ($p < 0/001$)، ترس مرضی ($p < 0/001$)، افکار پارانوییدی ($p < 0/05$)، و روان پریشی ($p < 0/005$) تفاوت معناداری میان زنان بارور و نابارور وجود دارد و این اختلافات از لحاظ آماری معنادار است.

بر اساس داده های جدول 4 به نظر می رسد بیشترین عامل استرسزا در زنان نابارور، بازخوردها و واکنش های اطرافیان، احساس تنهایی، درمان های ناباروری و... است. در بررسی عوامل استرسزا در شیوع اختلالات روان پزشکی در گروه های مورد مطالعه، نتایج نشان داد که مشکلات اقتصادی ($p < 0/05$)، $df = 1$ ، $\chi^2 = 4/5$ و مشکلات جنسی ($p < 0/05$) و $df = 1$ از عوامل مهم زمینه ساز شیوع این اختلالات در زنان نابارور است و این اختلافات از لحاظ آماری معنادار است.

جدول 4- توزیع فراوانی و درصد عوامل استرسزا در گروه زنان نابارور بر اساس پرسشنامه محقق ساخته

متغیرها	فراوانی	درصد
مشکلات اقتصادی	72	48%

جدول 5 - توزیع فروانی و درصد شغل زنان و ارتباط آن با شیوع اختلالات روان‌پزشکی در گروه‌های مورد مطالعه

اختلالات روان‌پزشکی	گروه نابارور		گروه بارور	
	سالم	بیمار	سالم	بیمار
شغل زنان	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
خانه‌دار	64	42/7%	78	52%
شاغل	20	13/3%	29	19/3%
جمع	84	56%	107	71/3%

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 9 گانه SCL-90-R در گروه زنان نابارور و بارور وجود ندارد [19 و 20].

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 2 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 پارانوئیدی، 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 پارانوئیدی، 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 پارانوئیدی و روان‌پریشی تفاوت معناداری را نشان داد.

در مطالعه باقاری و همکارانش [17] مقیاس‌های شکایت جسمانی، افسردگی، و اضطراب، بالاترین و ترس مرضی و

در بررسی ارتباط شیوع اختلالات روان‌پزشکی با شغل زنان در گروه‌های مورد مطالعه بر اساس آزمون کای اسکوئر نتایج نشان می‌دهد ارتباط معناداری میان شیوع اختلالات روان‌پزشکی با خانه‌دار بودن زن وجود دارد ($\chi^2=10/8$ ، $df=1$ ، $p<0/001$). عبارت دیگر خانه‌دار بودن می‌تواند به‌عنوان متغیری در شیوع اختلالات روان‌پزشکی مؤثر باشد، و با 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 44 درصد زنان نابارور و 28/7 درصد زنان بارور مبتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی هستند. باتوجه به نتایج به دست آمده، شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور تقریباً 2 برابر بیش از زنان بارور است.

در پژوهشی که توسط نوربالا و همکارانش [18] در ارتباط با شیوع اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران انجام گرفت 27/8 درصد زنان اختلالات روان‌پزشکی داشتند.

مچورن و همکاران او شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان نابارور را 35/2 درصد گزارش کردند. لو و همکاران گزارشی دادند که 83/8 درصد اختلال‌های روان‌پزشکی خفیف و 52 درصد اختلال‌های روان‌پزشکی متوسط تا شدید در زنان نابارور در مقایسه با گروه کنترل وجود

بیشتر گزارش شده است. مجورن و همکارانش (1999) در مطالعه‌ای نشان دادند که علائم روان‌پزشکی با سن، تحصیلات، شغل و طول مدت ازدواج ارتباط ندارد [17-19]. 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، پیشنهادی زیر ارائه می‌گردد:

1- آگاهی متخصصین زنان از شیوع اختلالات روان‌پزشکی و شخصیتی در زنان نابارور و ارجاع این افراد به متخصصین روان‌پزشک و روان‌شناس.

2- استفاده از روش‌های درمانی مشاوره روان‌شناسی خصوصاً روان‌درمانی حمایتی جهت سلامت روان و افزایش میزان باروری.

3- 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).

4- 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.

روان‌پریشی، پایین‌ترین میزان را در نمونه‌های مورد مطالعه داشته است. دائر و همکارانش [21] قائل به معنادار بودن تفاوت‌های آماری در 7 مقیاس SCL-R-90 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 (1990) افزایش میانگین نمرات در مقیاس‌های حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی و روان‌پریشی در زنان نابارور را گزارش کردند و ویچمن و همکارانش (2001) شکایت جسمانی، اضطراب، افسردگی و افکار بارانویید را بیش‌ترین و وسواس فکری- عملی را پایین‌ترین مقیاس در زنان نابارور گزارش کردند [22 و 23]. 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 به عنوان مهم‌ترین عوامل در شیوع اختلالات روان‌پزشکی و شخصیتی زنان نابارور دخیل باشد. یافته‌های دیگر این مطالعه همچنین نشان داد زنان 30-26 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 (1378) گزارش می‌دهند که اختلال‌های روان‌پزشکی در زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل است. اما در مطالعه یعقوبی و همکارانش (1374) اختلال‌های روان‌پزشکی در زنان شاغل

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, Tarlatzis 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 prolactin, 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 هم‌گوشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبدیزد. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال 1، شماره 1: 1373.
18. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری‌یزدی سیدعباس. بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران. *مجله حکیم*. دوره دوم، شماره 4: 1378.
19. Bjorn J, Odden- Isoldeden Tonkelaar, Nieuwenhuys 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.

5- آگاهی دادن به خانواده‌های این افراد جهت رعایت اصول اخلاقی (عدم مداخله و واکنش منفی) و همکاری در درمان‌های ناباروری به منظور کاهش استرس‌های روان‌شناسی در این افراد از طریق رسانه‌های جمعی.

6- 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 امام‌خمینی خصوصاً سرکار خانم زهرا مشتاقی، سرکار خانم فرخ کریبی، و فدیة 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 obstetrical Gynecologica Scandinavica*. 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 welfare*. 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.
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.

