

The Prevalence of Depression, Anxiety and Marital Satisfaction and Related Factors in Infertile Women Referred to Infertility Clinics of Sari City in 2008

Sepideh Peyvandi¹, Seyed Hamzeh Hosseini², Seyed Mohammad Mehdi Daneshpoor³, Reza Ali Mohammadpour⁴, Nazanin Qolami³

¹Department of Gynecology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³General Physician

⁴Department of Biostatic, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received 6 April, 2010 ; Accepted 3 October, 2010)

Abstract

Background and purpose: Stress due to infertility cause marital dissatisfaction, low self steam and decreased intercourse frequency in couples. According to different studies on psychosocial problems in infertile couples, this study was carried out to determine the prevalence of depression, anxiety and marital satisfaction in 200 infertile women referred to the Infertility clinics in Sari (2008).

Materials and methods: In this descriptive study, 200 infertile women were selected among patients referred to the Imam Khomeini Hospital and Saint Mary Infertility Clinics. Three questionnaires including Ketel anxiety, Beck depression and Enrich marital satisfaction questionnaire were used for data collection. All patients were provided with information about the aim and purpose of the study and a consent form was signed if they agreed to participate in the study. Chi-square test for qualitative variables and the t-test for quantitative variables were used for data analysis using SPSS software (version 16).

Results: Of those 200 original subject, 124 (62%) suffered from various degrees of depression. Of these, 55 (27.5%) had mild depression, 51 (25.5%) moderate depression and 18 patients (9%) had severe depression. Also 101 of 200 patients (50.5%) had no anxiety, 38 (19%) had mild anxiety, 35 (17.5%) had moderate anxiety, 22 (11%) had severe anxiety and 4 cases (2%) had very severe anxiety. Of those patients participating in the study %27 had marital dissatisfaction. There was a significant relationship between marital satisfaction with severity of depression and anxiety. In patients with low level of severity of depression and anxiety, marital satisfaction was high ($p<0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, it seems that professional assistance from psychologists and clinical psychiatrists is useful in helping infertile patients to cope better with stress caused by infertility.

Key words: Infertility, depression, anxiety, marital satisfaction

J Mazand Univ Med Sci 2011; 21(80): 26-32 (Persian).

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_pegvandi@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 روان شناختی 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).

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

زوج‌ها بررسی شد (۱) و نشان داد که میزان رضایت‌مندی زناشویی و کیفیت زندگی در خانم‌های نازا و همسران آن‌ها نسبت به گروه کنترل کمتر است. نتایج مطالعات موجود در مورد تاثیر ناباروری بر روابط زناشویی متفاوت می‌باشد. بعضی از مطالعات نشان داده‌اند که انجام مراحل تشخیصی و درمانی نازایی باعث ارتباط و صمیمیت بیشتر زوج می‌شود (۱۲). مطالعه Repokari و همکاران در سال ۲۰۰۷ استحکام روابط زناشویی بدنبال استرس ناشی از نازایی را در بیماران نشان داد (۱۳). در مطالعه Peterson، زوج‌هایی که با استرس نازایی مواجه بودند نسبت به زوج‌هایی که دچار استرس با همان شدت ولی به علل دیگر بودند از سازگاری و رضایت‌مندی زناشویی بیشتری برخوردار بودند (۱۴). باتوجه به تناقضات فوق و همچنین شیوع بالای ناباروری در جامعه، ما بر آن شدیم که در این مطالعه فراوانی افسردگی، اضطراب و میزان رضایت‌مندی زناشویی را در زنان مراجعه کننده به دو مرکز نازایی شهر ساری بسنجیم.

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 روان گردان 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).

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) نارضایتی 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 آن ها 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 نارضایتی 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 نمونه های 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 نمونه های 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

اضطراب	ندارد و خفیف	متوسط	شدید و خیلی شدید	سطح معنی داری
رضایتمندی	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
عدم رضایت و نارضایتی شدید	۶ (۳)	۲۹ (۱۴/۵)	۱۹ (۹/۵)	< ۰/۰۱
رضایت نسبی و زیاد	۱۳۳ (۶۶/۵)	۶ (۳)	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 ($p=0/006$) (جدول شماره ۳).

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

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

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

سطح تحصیلات	شدت افسردگی تعداد (درصد)			شدت اضطراب تعداد (درصد)			میزان رضایتمندی تعداد (درصد)				
	ندارد	خفیف	متوسط	شدید	خفیف	متوسط	شدید و خیلی شدید	عدم	نسبی	زیاد	
پیر دیپلم	۳۸ (۱۹)	۳۰ (۱۵)	* ۲۶ (۱۳)	* ۱۱ (۵/۵)	۲۴ (۱۲)	۱۴ (۷)	۷ (۳/۵)	۶ (۳)	۱۷ (۸/۵)	۳۳ (۱۶/۵)	۱ (۰/۵)
سیانسن	۲۵ (۱۲/۵)	۱۶ (۸)	۲۱ (۱۰/۵)	۴ (۲)	۴۸ (۲۴)	۱۴ (۷)	۲۲ (۱۱)	۱۵ (۷/۵)	۲۸ (۱۴)	۶۹ (۳۴/۵)	۳ (۱/۵)
الانرا از لیسانس	۱۳ (۶/۵)	۹ (۴/۵)	۴ (۲)	۳ (۱/۵)	۲۹ (۱۴/۵)	۱۰ (۵)	۶ (۳)	۵ (۲/۵)	۹ (۴/۵)	۳۸ (۱۹)	۲ (۱)
کل بیماران	۷۶ (۳۸)	۵۵ (۲۷/۵)	۵۱ (۲۵/۵)	۱۸ (۹)	۱۰۱ (۵۰/۵)	۳۸ (۱۹)	۳۵ (۱۷/۵)	۲۶ (۱۳)	۵۴ (۲۷)	۱۴۰ (۷۰)	۶ (۳)
* p-value < ۰/۰۵											

* $p\text{-value} < 0/05$

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	ندارد	خفیف	متوسط	ندارد	خفیف	متوسط		
۲۵ بر	۲۲ (۱۱)	۱۸ (۹)	۱۹ (۹/۵)	۱۰ (۵)	۳۶ (۱۸)	۱۴ (۷)	۱۱ (۵/۵)	۸ (۴)	۲۰ (۱۰)	۴۷ (۲۳/۵)	۲ (۱)
۲۵ تا ۳۰	۲۷ (۱۳/۵)	۱۸ (۹)	۲۰ (۱۰)	۳ (۱/۵)	۳۵ (۱۷/۵)	۱۴ (۷)	۱۲ (۶)	۱۰ (۵)	۱۷ (۸/۵)	۴۸ (۲۴)	۳ (۱/۵)
بالای ۳۰	۲۷ (۱۳/۵)	۱۹ (۹/۵)	۱۲ (۶)	۵ (۲/۵)	۳۰ (۱۵)	۱۳ (۶/۵)	۱۲ (۶)	۸ (۴)	۱۷ (۸/۵)	۴۵ (۲۲/۵)	۱ (۰/۵)
کل بیماران	۷۶ (۳۸)	۵۵ (۲۷/۵)	۵۱ (۲۵/۵)	۱۸ (۹)	۱۰۱ (۵۰/۵)	۳۸ (۱۹)	۳۵ (۱۷/۵)	۲۶ (۱۳)	۵۴ (۲۷/۵)	۱۴۰ (۷۰)	۶ (۳)
سطح معنی داری	۰/۵۷					۰/۹۳				۰/۷۴	

بحث

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 معنی دار وجود داشت ($p < ۰/۰۱$). 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

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 معنی داری بین سطح تحصیلات و شیوع افسردگی بدست آمد ($p = ۰/۰۰۶$). 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 مناسب 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

در این مطالعه ویژگی‌های همسر مثل شغل، سطح تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و وجود علت مردانه نازایی که می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات روحی-روانی در خانم‌های نازا باشد مورد بررسی قرار نگرفت. پیشنهاد می‌شود که این مسئله موضوع مطالعات آینده گردد و تاثیر آنان در ایجاد افسردگی و اضطراب زوج نازا مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجوی پزشکی دکتر نازنین غلامی می‌باشد.

References

1. 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.
2. Ryan KJ, Berkovitz RL, Dunaif A. *Kisner's gynecology & women's health*. 7th ed. St Louis: Mosby; 1999.
3. 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.
4. 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.
5. Karahasanoglu A, Barglowe P, growe G. Psychological aspects of infertility. *J Reprod Med* 1972; 9: 241-247.
6. 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.
7. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 1980; 34(4): 313-319.
8. Seibel MM, Taymor ML. Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 1982; 37: 137-145.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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