تأثیر مداخلات روان‌پزشکی در میزان افسردگی زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر(عج)

دکتر احمدعلی نوربالا[۱*]، دکتر فاطمه رمضان‌زاده[۲]، دکتر حسین ملک‌افضلی[۳]، نسرین عابدی‌نیا[۲]، دکتر عباس رحیمی‌فروشانی[۴]، دکتر مامک شریعت[۲]

۱- گروه روان‌پزشکی،دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳- معاونت تحقیقات و فنآوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۴- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دریافت: ۸۵/۱۰/۱۸ پذیرش: ۸۶/۱۰/۱۵

Title: *Effectiveness of psychiatric interventions on depression rate in infertile couples referred to Vali-Asr Reproductive Health Research Center*

Authors: *Noorbala AA, (MD); Ramezanzadeh F, (MD); Malakafzali H, (PhD); Abedinia N, (MSc); Rahimi Foroushani A, (phD); Shariet M, (MD).*

Introduction: *Infertility phenomenon and especially its psychosocial aspects are very important and recognition of interaction between infertility and these aspects will have a great impact on quality of life improvement. In this study, we determined the prevalence and severity of depression and the effectiveness of psychiatric interventions on the rate of depression in infertile couples referred to Vali-Asr Reproductive Health Research Center of Imam Khomeini Hospital in Tehran.*

Methods: This research was carried out in two stages. In the first stage, 638 infertile patients were assessed in a cross-sectional study, and in the second stage, 140 volunteer couples were assigned to two groups of intervention (70 couples) and control (70 couples).The intervention group was treated with fluoxetine based on severity of disease, and cognitive-behavioral therapy and supportive psychotherapy for a period of six months. The Beck Depression Inventory (BDI), Stress scale (Holmes-Rahe) and a demographic-social questionnaire were used for data collection. Data were analyzed with t-test, paired t-test, chi-square, and logistic regression.

Results: *Depressive disorder was detected in 48% of women and 23.8% of men. Prevalence in women was twice that in men. Depression was more frequent in those with primary education, housewife women, 19-25 year olds, middle children of families, subjects with stress (especially severe stress), persons using emotional coping mechanism, and persons who believed 'marriage is generation'. These relationships were statistically significant (p<0.0001).The results showed that mean of Beck's score diminished from 18.7 (SD = 9.7) in intervention group to 10.7 (SD = 5.8) in control group, that shows the considerable effect of psychiatric interventions (pharmacotheapy and psychotherapy) in reduction of depression symptoms (p<0.0001). Highest degree of this effectiveness was observed in women, 19-25 year olds, housewife women, persons with primary education, low economic levels, and in those with attitude of 'chance' to marriage. These relationship were statistically significant (p<0.0001).*

Conclusion: *High prevalence of depression in infertile couples and effectiveness of psychiatric interventions, whose effect was significant in this study, demands serious attention to psychiatric treatment of this group of patients. This will undoubtedly lead to their better mental health and improvement of quality of life.*

Keywords: *Depression, Pharmacotheapy, Cognitive-behavioral therapy, Supportive psychotherapy, Infertility.*

Hakim Research Journal 2008; 10(4): 17- 26.

* نویسنده مسؤول: تهران، کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی. تلفن: ۵۵۱۱۴۱۱۸ نمابر: ۵۵۴۱۹۱۱۳
پست الکترونیک:anoorbala@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

چکیده

مقدمه: *پدیده ناباروری خصوصاً جنبه‌های روانی- اجتماعی آن ازاهمیت زیادی برخوردار است و تشخیص چگونگی ارتباط این پدیده و عوامل فوق، تأثیری عمیق در بهبود کیفیت زندگی خواهد داشت. پژوهش حاضر شیوع و شدت افسردگی و تأثیر مداخلات روان‌پزشکی در میزان افسردگی زوجین نابارورمراجعه‌کننده به مجتمع بیمارستانی امام خمینی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر(عج) را بررسی می‌نماید.*

روش کار: *این مطالعه در دو مرحله انجام گرفت، در مرحله اول با روش مقطعی ٦٣٨ نفر بررسی شدند و در مرحله دوم از میان ١٤٠ زوج داوطلب ٧٠ زوج در گروه مداخله‌ای و ٧٠ زوج در گروه کنترل قرار گرفته و گروه مداخله‌ای به مدت ٦ ماه با داروی فلوکستین بر اساس شدت بیماری و درمان‌های شناختی- رفتاری و روان‌درمانی حمایتی، تحت درمان قرار گرفتند. ابزارهای به کار برده شده شامل آزمون افسردگی بک (BDI)، مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی(هولمز- ریهی) وپرسش‌نامه دموگرافیک- اجتماعی بوده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تی، آزمون تی زوج، کای دو، رگرسیون لجستیک انجام گرفت.*

یافته‌ها: *در این بررسی ٤٨٪ زنان و ٢٣/٨٪ مردان اختلال افسردگی داشتند، شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان بود. فراوانی افسردگی در طبقه تحصیلی ابتدایی، زنان خانه‌دار، گروه سنی ٢٥ -١٩ سال، فرزندان وسط خانواده، افراد با استرس(خصوصاً استرس شدید)، در افراد با مکانیزم واکنش هیجانی و در گروه با نگرش تولید نسل به ازدواج بیشتر مشاهده شد واین ارتباطات از لحاظ آماری معنادار بود (p< ٠/٠٠٠١). نتایج به طور کلی نشان داد که در گروه درمان‌یافته در مقایسه با گروه کنترل، میانگین نمره بک از ١٨/٧ (SD= ٩/٧) به ١٠/٧ (SD= ٥/٨) کاهش یافته است که این مطلب بیانگر اثر قابل توجه درمان‌های روان‌پزشکی(دارویی- روان‌درمانی) در کاهش علائم افسردگی می‌باشد (p< ٠/٠٠٠١). درمان‌های روان‌پزشکی(دارویی- روان‌درمانی) بیشترین تأثیر را در گروه‌های زنان، دامنه سنی ٢٥ -١٩ سال، زنان خانه‌دار، طبقه تحصیلی ابتدایی، طبقه اقتصادی پایین و در گروه با نگرش شانس (اسناد بیرونی) داشته است و این ارتباطات از لحاظ آماری معنادار بود (p< ٠/٠٠٠١).*

نتیجه‌گیری: *با توجه به فراوانی افسردگی در زوجین نابارور و مؤثر بودن مداخله روانی که در این مطالعه اثر آن معنادار بود باید توجه جدی به درمان این گروه بیماران صورت گیرد. بدون شک این امر به سلامت روان و همچنین بهبود کیفیت زندگی آنها منجر خواهد شد.*

گل‌واژگان: *افسردگی، درمان دارویی، درمان‌های شناختی- رفتاری، روان‌درمانی حمایتی، ناباروری.*

مقدمه

تولید مثل و تشکیل خانواده با ساز و کار باروری یکی از نیازهای طبیعی بشر و از ارکان مهم زندگی اجتماعی است و ناباروری پدیده‌ای زیستی، روانی، اجتماعی است به این معنی که در آن جنبه‌های روانی، فیزیولوژیک، محیط و روابط بین فردی در تعامل با یکدیگر قرار دارند، در نتیجه نمی‌توان ناباروری را صرفاً به عنوان اختلالی در کارکرد اعضای بدن به حساب آورد، بلکه ابعاد دیگر آن نیز با اهمیت هستند و لازم است توجه شایانی به آن مبذول گردد. در حال حاضر شیوع ناباروری در مطالعات متعدد در نقاط مختلف دنیا ارقام متفاوتی را نشان می‌دهد و طی بررسی انجام شده تحت عنوان «طرح زمینه‌یابی ملی رشد خانواده» میزان شیوع ناباروری ١٥ -١٠ درصد برآورد شده است؛ به عبارت دیگردر دنیا از هر شش زوج، یک زوج با مشکل ناباروری مواجه می‌باشد (١). ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است. شاید به همین دلیل می‌باشد که بسیاری از مؤلفان پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنش‌های سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند. زوج‌های نابارور علاوه بر آن که با یک سلسله مشکلات

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

جسمانی روبرو هستند در پی تشخیص، درمان و سیر بیماری، دسته‌ای از مشکلات روانی را نیز تجربه می‌کنند که عبارتند از: افسردگی، اضطراب، خشم، احساس گناه، سرزنش، ترس، ناکامی، حسادت، انزوا، کاهش عزت نفس، شکایات جسمانی، وسواس فکری، مشکل در روابط بین فردی، احساس حقارت، طردشدگی، ناسازگاری زناشویی و عدم رضایت جنسی. فردمن و همکاران (۱۹۸۵) بر اساس پژوهشی نشان دادند ۵۰٪ از زنان و ۱۵٪ از مردان، ناباروری را به عنوان مضطرب‌سازترین تجربه زندگیشان گزارش می‌کنند. هم چنین دومار، زاتر، مستر و فردمن (۱۹۹۳) بیان کردند ۶۳٪ از آزمودنی‌هایشان که تجربه طلاق داشتند ناباروری را سخت‌تر از طلاق می‌دانستند.

اضطراب و افسردگی ارتباط معناداری با ناباروری دارند و به عنوان پیامد کلی در ناباروری توصیف شده‌اند. نتایج تحقیقی نشان می‌دهد که ۲۸/۳٪ افسردگی خفیف تا متوسط، ۷/۲٪ افسردگی متوسط تا شدید و ۱/۲٪ افسردگی بسیار شدید در افراد نابارور بر اساس آزمون افسردگی بک وجود دارد و در گزارش دیگر، ۷۴/۶٪ افراد تغییراتی در خلق و علائم روان‌شناختی را گزارش دادند .همچنین در مطالعه‌ای دیگر ۴۰/۸٪ افسردگی و ۸۶/۸٪ اضطراب در زنان نابارور گزارش شده است (۲).

امروزه علوم پزشکی پیشرفت‌های شایان‌توجهی داشته است، به ویژه در حیطه بیماری‌های زنان شیوه‌های نوینی برای ناباروری ابداع شده است. به عنوان مثال پیشرفت‌های سریع و مهیجی همانند تکنولوژی تولید مثل تسهیل شده روش کمک باروری[1] دراین شاخه به وجود آمده است. در نتیجه، امروزه متخصصان آندوکرینولوژی تولیدمثل، روش‌های گوناگونی را برای درمان زوج‌های نابارور در اختیار دارند. درمان با روش‌های نوین باروری، پیچیده و توأم با استرس فراوان هستند. استرس و پیامدهای روانی آن ممکن است عامل مزاحمی در موفقیت درمانی محسوب شود. مسترز و همکاران (۱۹۸۷) اظهار می‌دارند، معمولاً اقدامات و درمان‌های پزشکی برای دوره‌ای کوتاه هر چند که بسیار مشکل هم باشند قابل تحمل‌اند ولی درمان‌های پزشکی برای بیماری‌های مزمن که برای مدتی طولانی و نامشخص ادامه می‌یابند بسیار طاقت‌فرسا می‌شوند. بدین جهت در مورد بیمارانی که دارای بیماری‌های مزمن هستند، بهتر است اقدامات و خدماتی که علاوه بر درمان پزشکی به بهبود کیفیت زندگی آنان می‌انجامد از قبیل خدمات مشاوره و روان‌درمانی در کلینیک‌های ناباروری ارایه شود. علاوه بر این، در نتیجه همین اطلاعات در آمریکا سازمان‌های ملی مانند «موسسه حل مشکل» و در انگلستان «انجمن ملی برای افراد بدون فرزند» تشکیل شدند تا خدمات حمایتی و مشاوره به این افراد ارایه دهند و این نوع خدمات را تسهیل نمایند. مسلماً باید از این نوع کوشش‌ها خشنود بود و از آنها تقدیر کرد؛ ولی متأسفانه بر خلاف این کوشش‌ها، جای خالی پژوهش‌های منظم در مورد اثر روش‌های مختلف مشاوره خدمات روان‌پزشکی و ارایه بهترین روش‌ها، برای موارد و مشکلات گوناگون این افراد کاملاً محسوس است. در دهه‌های اخیر بسیاری از پژوهش‌هایی که گزارشاتی در خصوص ویژگی‌های زنان نابارور ارایه داده‌اند، مشاوره و مداخله‌های روانی را لازمه کمک به این زنان اظهار کرده‌اند (۳). شناخت ویژگی‌های روانی و تأثیر مداخلات روان‌پزشکی و روان‌شناسی در افراد نابارور که پدیده‌ای نوین در جامعه ایران محسوب می‌گردد، می‌تواند گام بسیار مؤثری در رسیدن به این اهداف باشد و این امر می‌تواند نتایج با ارزشی برای کمک به مبتلایان به ناباروری ارایه دهد و می‌تواند مقدمه پژوهش‌ها و بررسی‌های دقیق‌تر و کامل‌تری در این حیطه در کشورمان باشد. دو هدف عمده این مطالعه، یکی بررسی عوامل مؤثر بر میزان افسردگی و سپس بررسی اثر نوع درمان به کار رفته بر میزان افسردگی در زوجین نابارور می‌باشد.

روش کار

این تحقیق در دو مرحله، مرحله اول با روش مقطعی و مرحله دوم با روش مداخله‌ای صورت گرفته است. جامعه تحقیق عبارت بود از کلیه زوجین نابارور که برای اولین بار به درمانگاه ناباروری ولیعصر (عج) مجتمع بیمارستانی امام خمینی مراجعه می‌کردند. در ابتدا پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI) به منظور تشخیص افسردگی، به زوجین داده می‌شد و پس از تکمیل BDI، اگر نمرات افراد مساوی یا بالاتر از۱۷ بود، همچنین اگر با استفاده از مصاحبه تشخیصی آنها افسرده تشخیص داده می‌شدند و پس از توجیه اهداف تحقیق و داشتن رضایت و تمایل جهت حضور در پژوهش (امضاء رضایت‌نامه اخلاقی)، زوجین در گروه‌های کنترل و مداخله‌ای قرار می‌گرفتند ودر مرحله بعد دو پرسش‌نامه مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی (هولمز– ریهی) و اطلاعات دموگرافیک جهت تکمیل به آنها داده می‌شد.

حجم نمونه در این پژوهش در هردو گروه مداخله‌ای و کنترل ۷۰ زوج بوده است (۱۴۰ زن و مرد در گروه کنترل و ۱۴۰ زن و مرد در گروه مداخله‌ای، با یکسان بودن خصوصیات دموگرافیک در هر دو گروه). ۱۴۰ زوج انتخاب شده شماره‌گذاری شده و زوجین با شماره فرد در گروه کنترل و با شماره زوج در گروه درمان قرار گرفتند. پس از انتخاب افراد به دو گروه ،به گروه

[1] Assisted Reproductive Technique (ART)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مداخله‌ایی داروی فلوکسیتین (mg ۶۰-۲۰) بر اساس شدت و وزن بیمار توسط روان‌پزشک تجویز می‌شد ،هم چنین درمان‌های شناختی- رفتاری و روان‌درمانی حمایتی توسط روان‌پزشک وروان‌شناس ۸-۶ جلسه به مدت ۶ ماه انجام می‌گرفت. روان‌درمانی حمایتی از ابتدای درمان شامل موارد ذیل بود: - بررسی وضعیت درمانی بیمار و دادن اطلاعاتی در مورد علت ناباروری ودرمان‌هایی که می‌بایستی متناسب با علت نازایی بر زوجین انجام گیرد - تمرکز بر شرایط روحی، احساسی و عاطفی این افراد در ارتباط با خانواده، دوستان وغیره وسایر افراد - تمرکز بر عزت نفس این بیماران در ارتباط با همسر، دوستان، همکاران و غیره و سایر افراد.

تکنیک‌های رفتاری- شناختی در گروه درمانی شامل تمرینات آرامش‌سازی عضلانی همراه با تجسم‌سازی ذهنی، بیان عواطف وهیجانات، انجام تمرینات روازنه ورزشی و پیاده‌روی، تغذیه مناسب، برنامه‌ریزی جهت اوقات فراغت و فعالیت در حوزه‌های علمی، هنری، ورزشی و غیره متناسب با علایق فرد و درمان‌شناختی با هدف تغییر در ساختارهای شناختی افراد شامل مواردی چون یادگیری شناسایی افکار و الگوهای منفی شناختی، تمایز ترس از واقعیت و غیره اجرا شد. به طور مثال افراد نابارور معتقدند و این طور بیان می‌کنند که «من هرگز بچه‌دار نخواهم شد» که این ساختارشناختی منفی به صورت «من هر کاری انجام خواهم داد تا بتوانم باردار و بچه‌دار شوم» تغییر داده شد. پس از طی ۶ ماه مجدداً آزمون بک توسط هر دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون افسردگی بک مقیاس درجه‌بندی سازگاری مجدد اجتماعی (هولمز- ریهی) و پرسش‌نامه دموگرافیک جمع‌آوری شد.

پرسش‌نامه بک شامل ۲۱ جنبه علایم افسردگی است که توسط بک در سال ۱۹۶۱ تدوین گردید و روایی و اعتبار این آزمون در خلال دهه اول بعد از تدوین آن ثابت شده است. این آزمون از روایی (۰/۹۶) و اعتبار (۰/۸۹) خوبی برخوردار است. ۲۱ جنبه این آزمون در مجموع شامل ۹۴ سؤال است که در ۲۱ گروه سؤال مطرح می‌شود. هر گروه از ۴ یا ۵ قسمت تشکیل شده که آزمودنی باید جمله‌های هر گروه را با دقت مطالعه کند و فقط دور شماره جمله‌ای که بیش از چند جمله دیگر، حالت فعلی او را بیان می‌کند یک دایره بکشد. این جملات خفیف‌ترین تا شدیدترین میزان اختلال در آن جنبه را می‌سنجد. برای تفسیر، نمره‌هایی که آزمودنی‌ها دور آنها دایره کشیده‌اند مورد شمارش قرار می‌گیرند. جمع نمرات می‌تواند از ۰ تا ۶۳ نوسان داشته باشد. معیارهای مورد استفاده در این آزمون به قرار زیر است. جمع نمرات افرادی که در سطح طبیعی هستند؛ ۱۶ -۰، افرادی که به افسردگی در سطح خفیف مبتلا هستند؛ ۲۷ -۱۷، افرادی که به افسردگی در سطح متوسط مبتلا هستند؛ ۳۴ -۲۸ و افرادی که به افسردگی در سطح شدید مبتلا هستند ۶۳ -۳۵ است (۴ و ۵).

هولمز و ریهی، یک مقیاس انطباق مجدد اجتماعی تنظیم کرده‌اند که حاوی ۴۳ حادثه مهم زندگی است که با مقادیر متفاوت آشفتگی و استرس در زندگی شخص معمولی همراه هستند. هم چنین برای تعیین میزان استرس از محور ۴ که یک مقیاس ارزیابی شش نمره‌ای برای درجه‌بندی عوامل روانی- اجتماعی استرس‌زا است؛ در این پژوهش استفاده شد (۶). برای تعیین اعتبار و روایی این آزمون از آنجایی که این مقیاس هرگز برای بیماران نابارور به کار نرفته است، ابتدای رویدادهای ناگواری که در این آزمون اشاره شده است به ۳۰ زوج نابارور (زن- مرد) ارایه شد. علاوه بر نکاتی که در این آزمون وجود داشته موارد دیگری نیز براساس گفته‌های بیماران به آن اضافه شد. سپس بعد از ۲ هفته مجدداً این آزمون در همان ۳۰ زوج اجرا شد. نتایج بر اساس آزمون همبستگی نشان داد که این مقیاس از روایی ۰/۸۷ و اعتبار۰/۹۳ برخوردار می‌باشد. در این مطالعه اطلاعات در نرم‌افزار SPSS وارد و از روش‌های آماری آزمون تی[1]، تی زوج[2]، کای دو[3] و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

نتایج

دامنه سنی گروه زنان مورد مطالعه ۴۱ -۱۹ سال با میانگین ۲۶/۳ (SD=۴/۴) و گروه مردان ۵۳ -۲۲ سال با میانگین ۳۱/۱ (SD=۵) و طول‌مدت ازدواج و ناباروری ۲۰ -۱ سال با میانگین ۶/۴ (SD= ۴) بوده است. جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. برای تعیین شیوع و شدت افسردگی در این پژوهش از تعداد ۶۳۸ فرد نابارور (۳۱۹ زوج)، ۴۸٪ زنان و ۲۳/۸٪ مردان اختلال افسردگی داشته‌اند. در گروه زنان از ۴۸٪، ۳۰٪ افسردگی خفیف، ۱۲/۵٪ افسردگی متوسط و ۵/۳٪ افسردگی شدید داشته و در گروه مردان از ۲۳/۸٪، ۱۶/۶٪ افسردگی خفیف، ۴/۷٪ افسردگی متوسط و ۲/۵٪ افسردگی شدید داشتند.

در تعیین ارتباط شیوع افسردگی با جنسیت، نتایج نشان داد که نسبت افسردگی در زنان تقریباً ۲ برابر مردان است و این ارتباط از نظر آماری معنادار بود ($\chi2$= ۷۰/۸ ،df =۱ ،p < ۰/۰۰۱).

[1] T test
[2] Paired t test
[3] Chi- Square

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

در بررسی ارتباط افسردگی با عوامل مختلف در زوج‌ها از آزمون کای دو استفاده شده است. ارتباط افسردگی با متغیرهایی چون شرایط اقتصادی، علت ناباروری، ترتیب تولد، حمایت‌های اجتماعی، نگرش به نازایی و ازدواج، طول‌مدت ازدواج و نازایی با استفاده از آزمون آماری $\chi 2$ معنادار نمی‌باشد.

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

متغیرها		فراوانی	درصد
وضعیت تحصیلی (زنان)	ابتدایی	۴۵	۳۲/۱
	راهنمایی- دبیرستان	۳۷	۲۶/۴
	دیپلم	۴۹	۳۵
	بالاتر از دیپلم	۹	۶/۴
وضعیت تحصیلی (مردان)	ابتدایی	۳۴	۲۴/۳
	راهنمایی- دبیرستان	۵۲	۳۷/۱
	دیپلم	۴۰	۲۸/۶
	بالاتر از دیپلم	۱۴	۱۰
نگرش به ازدواج	همدلی	۵۶	۲۰
	تولید نسل	۲۰	۷/۱
	سنت الهی	۱۲۱	۴۳/۲
	رفاه و آسایش	۸۳	۲۹/۷
مکانیزم‌های سازگاری	عدم حل مشکل	۹	۳/۲
	سردرگمی	۱۴	۵
	کناره‌گیری	۷	۲/۵
	واکنش هیجانی	۶۶	۲۳/۶
	دعا کردن	۸۷	۳۱/۱
	حل مشکل	۹۷	۳۴/۶
وضعیت شغلی	شاغل	۱۵	۱۰/۷
	خانه‌دار	۱۲۵	۸۹/۳
علت ناباروری	علت مردانه	۹۲	۳۲/۹
	علت زنانه	۱۱۲	۴۰
	هر دو علت (زنانه- مردانه)	۴۸	۱۷/۱
	علت نامشخص	۲۸	۱۰
استرس	بدون استرس	۱۱۱	۳۹/۶
	استرس کم	۸۰	۲۸/۶
	استرس متوسط	۵۳	۱۸/۹
	استرس شدید	۳۶	۱۲/۹
نگرش به ناباروری	تقدیر الهی (جبر)	۱۶۵	۵۹
	نقص جسمانی	۴۳	۱۵/۳
	شانس (اسناد بیرونی)	۷۲	۲۵/۷

در تعیین ارتباط افسردگی با میزان تحصیلات، نسبت افسردگی در افراد با تحصیلات ابتدایی ۷۹/۷٪ ، در گروه راهنمایی- دبیرستان، ۵۶/۲٪ و در گروه دیپلم به بالا، ۶۲/۵٪ بوده است. این اختلاف در نسبت افسردگی، در افراد با تحصیلات کم، بیشتر بوده و آزمون کای دو نشان داد که این ارتباط از نظر آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۴$، df =۲، ۱۰/۹ =$\chi 2$).

در بررسی ارتباط افسردگی با استرس، نتایج نشان داد که نسبت افسردگی در گروه با استرس، ۷۴/۸٪ و در گروه بدون استرس، ۵۸/۸٪ بوده است. این اختلاف در نسبت افسردگی در افراد با استرس؛ بیشتر بوده و آزمون کای دو نشان داد که این ارتباط از نظر آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۶$، df =۱، ۷/۶ =$\chi 2$). نتایج این پژوهش همچنان نشان می‌دهد که نسبت افسردگی در زنان خانه‌دار، ۹۲/۸٪ و در زنان شاغل، ۶۰٪ بوده است به عبارتی افسردگی در زنان خانه‌دار بیشتر می‌باشد. آزمون کای دو نشان داد که این ارتباط از نظر آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$، df =۱، ۱۵/۱ =$\chi 2$). شیوع افسردگی در گروه‌های سنی ۲۵ -۱۹ سال ۸۵/۴٪، ۳۰ -۲۶ سال ۶۲/۹٪ و در بالای ۳۱ سال ۵۰/۵٪ می‌باشد. به نظر می‌رسد این اختلاف در نسبت افسردگی در گروه سنی ۲۵ -۱۹ سال بیشتر و در گروه سنی ۳۱ به بالا کمتر بوده و آزمون کای دو نشان داد که این ارتباط از نظر آماری معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$، df =۲، ۲۳/۸ =$\chi 2$). در ارتباط افسردگی با مکانیزم‌های سازگاری، نتایج نشان داد که افسردگی در گروه با واکنش‌های هیجانی[1]، ۸۰/۳٪ در گروه منفعل[2]، ۶۷/۵٪ و در گروه فعال[3] ۵۲/۶٪ بوده است. این اختلاف در نسبت افسردگی در طبقه واکنش هیجانی بیش از سایر طبقات بوده و آزمون کای دو نشان داد که این ارتباط از نظر آماری معنادار است. ($p < ۰/۰۰۱$، df =۲، ۱۳/۷ =$\chi 2$). نتایج آماری همچنین نشان داد که بین علت ناباروری و افسردگی رابطه معنادار وجود ندارد.

بنابراین خلاصه نتایج آنالیز یک متغیره نشان داد که فاکتورهای جنس، تحصیلات، استرس، گروه سنی، مکانیزم‌های سازگاری بر شیوع افسردگی مؤثر می‌باشند. در مورد شغل افراد فقط در گروه زنان شاغل بودن بر افسردگی مؤثر است؛ به طوری که در خانه‌دارها ۹۲/۸٪ افسردگی وجود داشته ولی در شاغلین ۶۰٪. جهت بررسی ارتباط همزمان این متغیرهای مؤثر بر شیوع افسردگی از آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده گردید. در این آنالیز متغیر وابسته، افسرده بودن یا نبودن افراد بوده است و متغیرهای جنس، تحصیلات، استرس، گروه سنی، مکانیزم‌های سازگاری، شغل افراد به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند.

نتایج این آنالیز که در جدول ۲ آمده است نشان می‌دهد که جنس، گروه سنی و تحصیلات، اثر معنادار بر روی افسردگی دارند. به عنوان مثال در زنان، ۵/۸ برابر این نسبت در مردان می‌باشد (۱۲/۸۲و ۲/۶۰ :CI ۹۵٪).

از نظر تأثیر سن بر افسردگی مقادیر نسبت شانس[4] در گروه سنی ۲۵ -۱۹، ۲/۶ برابر این نسبت در گروه افراد ۳۱ سال به بالا است (۶/۳۰ و ۱/۰۴ :CI ۹۵٪) اما در گروه سنی ۳۰ -۲۶ سال نسبت افسردگی به عدم افسردگی بسیار کمتر می‌شود که در این گروه این شانس به ۱/۴برابر تبدیل شده است (۲/۷۸ و ۰/۷۱ : CI ۹۵٪). نسبت افسرده بودن به نبودن در

[1] Emotional
[2] Passive
[3] Active
[4] Odds Ratio (OR)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

افراد با تحصیلات ابتدایی ۳/۱ برابر همین نسبت در افراد با تحصیلات دیپلم به بالا می‌باشد (۷/۰۲ و ۱/۴۰: CI ۹۵٪)؛ اما نسبت افسرده بودن به نبودن در افراد با تحصیلات راهنمایی- دبیرستان در مقایسه با گروه دیپلم و بالاتر با ۰/۹۳ فاصله اطمینان (۱/۸۶ و ۰/۴۶: CI ۹۵٪) نشان می‌دهد شانس افسردگی در گروه راهنمایی- دبیرستان و دیپلم و بالاتر تقریباً یکسان می‌باشد. در این مطالعه آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که متغیرهای شغل، استرس و مکانیزم‌های سازگاری از نظر آماری ارتباط معناداری با افسردگی نشان نمی‌دهند. اگر چه افراد با مکانیسم هیجانی، ۱/۹۲ برابر خطر ابتلا به افسردگی را دارا می‌باشند و افراد با استرس، ۱/۵۷ برابر شانس افسرده شدن را دارا هستند.

جدول ۲- نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک با متغیر وابسته افسردگی

نام متغیر		نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای OR
جنس	زن	۵/۸	(۱۲/۸۲ و ۲/۶۰)
سن	۲۵ -۱۹	۲/۶	(۶/۳۰ و ۱/۰۴)
	۳۰ -۲۶	۱/۴	(۲/۷۸ و ۰/۷۲)
	۳۱ به بالا	۱	-
تحصیلات	ابتدایی	۳/۱	(۷/۰۲ و ۱/۴۰)
	راهنمایی- دبیرستان	۰/۹۳	(۱/۸۶ و ۰/۴۶)
	دیپلم و بالاتر	۱	-
شغل	خانه‌دار	۱/۶۱	(۳/۳۱ و ۰/۷۸)
	شاغل	۱	-
استرس	با استرس	۱/۵۷	(۲/۹۶ و ۰/۸۳)
	بدون استرس	۱	-
مکانیزم سازگاری	منفعل	۱/۱۸	(۲/۳۲ و ۰/۶۰)
	واکنش هیجانی	۱/۹۲	(۴/۵۲ و ۰/۸۱)
	فعال	۱	-

جهت بررسی تأثیر درمان‌های روان‌پزشکی (دارو درمانی- روان‌درمانی) بر نمرات بک، متوسط این نمرات قبل و بعد از درمان با استفاده از آزمون تی زوج مقایسه گردید. نتایج (جدول ۳) نشان داد که در گروه درمان یافته به طور کلی میانگین نمره بک از ۱۸/۷ به ۱۰/۷ تغییر یافته است که بیانگر اثر قابل توجه درمان در کاهش علایم افسردگی می‌باشد. این کاهش در نمرات بک در زنان درمان یافته از ۲۳/۳۰ (SD= ۸/۰) به۱۲/۵ (SD=۵/۵) تقلیل یافته است که حدود ۱۱ نمره می‌باشد و این اختلاف از نظر آماری معنادار است (P<۰/۰۰۱) اما مقدار تقلیل در مردان ۱۴/۱ (SD=۸/۹) به ۸/۹ (SD=۵/۶) می‌باشد که حدود ۶ نمره کاهش ایجاد شده است (P<۰/۰۰۱). در گروه کنترل تغییر در نمرات بک در طول زمان جهت افزایشی داشته به طوری که میانگین کلی نمره بک (مرحله اول) ۲۰/۲ بوده است؛ اما نمره بک (مرحله دوم) ۲۲/۵ شده که این مطلب بیانگر نقش درمان در کاهش نمرات می‌باشد.

جدول ۳- میانگین نمرات بک در دو مرحله به تفکیک خصوصیات دموگرافیک در هر دو گروه

متغیرها	گروه درمان مرحله اول	گروه درمان مرحله دوم	گروه کنترل مرحله اول	گروه کنترل مرحله دوم
جنسیت				
مرد	۱۴/۱	۸/۹	۱۵/۷	۱۸/۳
زن	۲۳/۳	۱۲/۵	۲۴/۷	۲۶/۷
سن				
۲۵ -۱۹	۲۴	۱۲/۳	۲۲/۳	۲۳/۶
۳۰ -۲۶	۱۷	۱۰	۲۰/۶	۲۳/۳
بالاتر از ۳۱	۱۶/۴	۱۰/۴	۱۸	۲۰/۷
شغل				
خانه‌دار	۲۴/۱	۱۲/۲	۲۵/۵	۲۷/۱
شاغل	۱۸/۳	۱۴/۷	۱۶/۳	۲۳/۵
تحصیلات				
ابتدایی	۲۳	۱۱/۹	۲۳	۲۶/۱
راهنمایی- دبیرستان	۱۶/۹	۱۰/۲	۱۹/۵	۱۹/۵
دیپلم	۱۹/۶	۱۱/۳	۱۹/۱	۲۲/۳
بالاتر از دیپلم	۱۲/۴	۸/۵	۱۱/۶	۱۹
نگرش به ناباروری				
تقدیر الهی (جبر)	۱۸/۱	۱۰/۶	۱۹/۷	۲۱/۷
نقص جسمانی	۱۵/۶	۱۰/۴	۱۹/۹	۲۳/۸
شانس (اسناد بیرونی)	۲۲/۶	۱۱/۵	۲۱/۳	۲۳/۳
جمع	۱۸/۷	۱۰/۷	۲۰/۲	۲۲/۵

بر اساس یافته‌های به دست آمده آزمون تی زوج نشان داد که میانگین نمرات بک در گروه درمان یافته مرحله اول در طبقه سنی ۲۵ -۱۹ سال در مقایسه با مرحله دوم بیشتر کاهش یافته است. میانگین نمرات بک از ۲۴ (SD=۷/۹) به ۱۲/۳ (SD=۵/۱) تغییر یافته و این اختلاف معنادار بود (p<۰/۰۵).

همچنان آزمون تی زوج نشان داد که در گروه درمان‌یافته میانگین نمره بک در زنان خانه‌دار از ۲۴ (SD=۷/۵) به ۱۲ (SD=۵/۲) تغییر یافته که حدود ۱۲ نمره می‌باشد؛ اما مقدار تقلیل در زنان شاغل ۱۸/۳ (SD=۱۰) به ۱۴/۶ (SD=۷/۰) است که حدود ۴ نمره کاهش ایجاد شده و این اختلاف معنادار می‌باشد (p<۰/۰۰۱). اما در گروه کنترل میانگین نمره بک در زنان شاغل از ۱۶ (SD=۱۱/۵) به ۲۳ (SD=۹/۰) ۷ نمره افزایش نشان می‌دهد و در گروه خانه‌دار میانگین نمره بک از ۲۵ (SD= ۷/۹) به ۲۷ (SD=۸/۹) رسیده که حدود ۲ نمره افزایش داشته است. بنابراین افزایش نمرات بک در زنان شاغل بیش از زنان خانه‌دار بود (p<۰/۰۰۱). آزمون تی زوج نشان داد که در گروه شغلی مردان در گروه کارمند میانگین نمره بک از ۱۰/۵ (SD=۱۰/۰) به ۱۵ (SD=۹/۰) رسیده که حدود ۴/۵ نمره افزایش نشان می‌دهد (p<۰/۰۰۱)؛ در صورتی که در افراد غیرکارمند میانگین نمرات از ۱۷ (SD=۱۱/۹) به ۱۹ (SD=۹/۸) رسیده که ۲ نمره افزایش میانگین را نشان می‌دهد؛ اگر چه این

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

اختلاف معنادار می‌باشد (p<۰/۰۰۱) ولی میزان تغییر در گروه کارمند بیشتر بوده است.

به نظر می‌رسد که میانگین نمرات بک در مرحله اول در هر دو گروه درمانی و کنترل در مقطع تحصیلی ابتدایی بیشتر باشد ولی با بررسی یافته‌ها میانگین نمرات بک در (مرحله دوم) مقطع تحصیلی ابتدایی در مقایسه با سایر طبقات تحصیلی کاهش بیشتر نمرات را نشان می‌دهد (p=۰/۰۱۵) (جدول ۳).

بر اساس یافته‌های به دست آمده میزان افسردگی در طبقات اقتصادی پایین، ۸۵/۷٪ مشاهده می‌گردد در صورتی که در افرادی که از وضعیت رفاهی خوبی برخوردارند، درصد افسردگی ۱۴/۳٪ بوده است. از نظر آماری نسبت افسردگی در دو طبقه مرفه و غیرمرفه معنادار نمی‌باشد. در گروه درمان‌یافته میانگین نمرات بک از ۲۰ (SD=۱۰/۰) به ۱۰/۷ (SD=۵/۰) رسید که در حدود ۹/۳ نمره، کاهش یافته است. بنابراین درمان‌های روان‌پزشکی (دارو درمانی- روان‌درمانی) در طبقه اقتصادی پایین بیش از سایر طبقات اقتصادی بوده و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار است (p<۰/۰۵).

نمرات بک در مرحله اول در هر دو گروه درمانی و کنترل در طبقه دارای استرس شدید[1] بیشتر بود. با بررسی نگرش به نازایی در گروه درمانی، به نظر می‌رسد در طبقه‌ای که ناباروری را مربوط به شانس (اسناد بیرونی) می‌دانند میانگین نمرات بک از ۲۲/۵ (SD=۱۰/۰) به ۱۱/۵ (SD=۶/۵) تقلیل یافته که حدود ۱۱ نمره می‌باشد. بنابراین درمان در این طبقه مؤثر بوده است. در کل به نظر می‌رسد در هر دو گروه درمانی و کنترل، افسردگی در مرحله اول در گروه‌های معتقد به شانس بیشتر و در نتیجه درمان‌های روان‌پزشکی (دارو درمانی- روان‌درمانی) در این گروه نگرشی در مقایسه با سایر گروه‌های دیگر مؤثرتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۴۸٪ زنان و ۲۳/۸٪ مردان مبتلا به افسردگی هستند که در گروه زنان از میزان ۴۸٪، ۳۰٪ افسردگی خفیف، ۱۲/۵٪ افسردگی متوسط و ۵/۳٪ افسردگی شدید و در گروه مردان از میزان ۲۳/۸٪، ۱۶/۶٪ افسردگی خفیف، ۴/۷٪ افسردگی متوسط و ۲/۵٪ افسردگی شدید داشتند. در بررسی انجام شده توسط جونز[2] و همکاران در سال ۱۹۹۴ نتایج نشان داد که ۲۸/۳٪ افسردگی خفیف تا متوسط، ۷/۲٪ افسردگی متوسط تا شدید و ۱/۲٪ افسردگی شدید در گروه زنان نازا بر اساس آزمون افسردگی بک وجود داشته است (۷). در مطالعه رمضان‌زاده و همکاران (۱۳۸۲) شیوع افسردگی ۴۰/۸٪ در زنان نابارور گزارش شد (۲). به نظر می‌رسد شیوع افسردگی در کشورمان بیش از جوامع دیگر است که شاید از مهم‌ترین علل آن «اهمیت داشتن فرزند در جامعه ما» باشد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که شیوع افسردگی در زنان نابارور در حدود دو برابر مردان نابارور است. ماتسوبیشی[3] و همکاران (۲۰۰۱) گزارش دادند که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور و حامله افسرده‌تر هستند (۸). نتایج پژوهش نیوتن و همکاران (۱۹۹۰) و ویچمن[4] (۲۰۰۵) نشان داد شیوع افسردگی در زنان نابارور بیش از مردان می‌باشد که این امر به طور ویژه منجر به کاهش عزت نفس در آنان می‌شود (۹ و ۱۰) بنابراین به نظر می‌رسد نتایج به دست آمده از این پژوهش مطابق با تحقیقات انجام شده باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که افسردگی در طبقه تحصیلی ابتدایی در مقایسه با سایر مقاطع تحصیلی شیوع بیشتری داشته و همچنین درمان‌های روان‌پزشکی (دارو درمانی- روان‌درمانی) بیشترین تأثیر را در این طبقه تحصیلی دارد. گزارشات کلی و مبهمی در ارتباط با اختلالات روان‌پزشکی و ناباروری ارایه شده است، چنانچه هاس[5] و کیو[6] (۲۰۰۲) گزارش دادند که واکنش‌های عاطفی خصوصاً علایم افسردگی در زوج‌های نابارور بر اساس سطح تحصیلاتشان متفاوت است (۱۱). به نظر می‌رسد یافته‌های به دست آمده از این پژوهش در مقایسه با سایر مطالعات توانسته است ارتباط تحصیلات با علایم روان‌پزشکی و مداخلات درمانی در بیماران نابارور را دقیق‌تر تعیین نماید.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که افسردگی در زنان خانه‌دار بیشتر و درمان‌های روان‌پزشکی (دارو درمانی- روان‌درمانی) در زنان خانه‌دار مؤثرتر است که منجر به کاهش علایم افسردگی در مقایسه با زنان شاغل می‌شود. اضطراب و افسردگی در زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل است و شاغل بودن می‌تواند در کاهش علایم روان‌پزشکی (اضطراب- افسردگی) مؤثر باشد (۲) این نتیجه با یافته رمضان‌زاده و همکاران (۱۳۸۲) هماهنگ است. نتایج این مطالعه نشان داد که افسردگی در دامنه سنی ۲۵ -۱۹ سال بیشتر و درمان‌های روان‌پزشکی (دارو درمانی- روان درمانی) بیشترین تأثیر را در این دامنه سنی داشته است. جان‌استون[7] و همکاران (۱۹۸۵) نشان دادند که علایم

[1] High stress
[2] Jones
[3] Matsubayashi
[4] Wischmann
[5] Hus
[6] Kuo
[7] Johnston

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

روان‌شناختی (اضطراب- افسردگی) رابطه معناداری با سن دارد (۱۲). گاز[1] و خایاتا[2] (۲۰۰۳) گزارش کردند که اضطراب و افسردگی با افزایش سن بیشتر و منجر به کاهش عزت نفس می‌شود (۱۳ و ۱۴) در صورتی که ماتسوبیشی و همکاران (۲۰۰۱) و بوتل[3] و همکاران (۱۹۹۹) این ارتباط را تأیید نکردند (۸ و ۱۵). نتایجی که از این پژوهش به دست آمد به نظر می‌رسد متفاوت با تحقیقات دیگر باشد. در تحقیقات انجام گرفته افسردگی در سنین بالاتر بیشتر است در صورتی که در تحقیق انجام شده افسردگی در دامنه سنی کمتر شیوع فراوان‌تری دارد، شاید این علت مربوط به سن پایین ازدواج در ایران باشد.

این بررسی نشان داد که درمان‌های روان‌پزشکی (دارو درمانی- روان‌درمانی) در طبقه اقتصادی پایین منجر به کاهش علایم افسردگی می‌شود. نتایج تحقیق اشمیت[4] و همکاران در سال ۲۰۰۳ نشان داد که روان درمانی در طبقه اقتصادی پایین می‌تواند پیش‌بینی‌کننده معناداری برای رضایت زندگی زوجین باشد (۱۶). نتایج این پژوهش همخوان با یافته اشمیت می‌باشد. بنابراین مداخلات روان‌پزشکی (دارو درمانی- روان‌درمانی) می‌تواند سطح کیفی زندگی زوجین در طبقات اقتصادی پایین را بهبود بخشد.

یکی از مؤلفه‌های مهم در این مطالعه، استرس در افراد نابارور است. نتایج این پژوهش نشان داد که استرس با افسردگی ارتباط دارد و خصوصاً افراد با استرس زیاد علایم افسردگی شدیدتری نشان می‌دهند. کیکل[5] و همکاران (۲۰۰۴) اظهار کردند عواملی مانند استرس و اضطراب می‌تواند منجر به تغییراتی در ضربان قلب و هورمون کورتیزول شود (۱۷). همچنین آردنتی[6] و همکاران (۱۹۹۹)، اسمینک[7] وهمکاران (۲۰۰۵) و کورینتوا[8] و همکاران (۲۰۰۱) بیان کردند که ارتباط معناداری میان هورمون آدرنالین و افسردگی وجود دارد. زنانی که در سیکل IVF (لقاح داخل آزمایشگاهی) قرار می‌گیرند در هنگام تخمک‌کشی[9] تغییراتی در هورمون‌های آدرنالین و نورآدرنالین آنها ایجاد می‌شود (۲۰ -۱۸). یافته‌های خایاتا و همکاران (۲۰۰۳)، پوک[10] وهمکاران (۱۹۹۹ و۲۰۰۴) آندرو[11] و همکاران (۱۹۹۱و۱۹۹۲) و لی[12] و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که زنان، استرس‌های بیشتری در هنگام درمان تجربه می‌کنند در صورتی که مردان با آسیب‌های روان‌شناختی کمتر، عزت نفس بیشتری دارند (۱۴ و ۲۵ -۲۱). در حالی که برینقنتی[13] و همکاران (۱۹۹۷)، لاولی[14] و همکاران (۲۰۰۳) ارتباط میان استرس و ناباروری را تأیید نکردند (۲۶ و ۲۷).

یوگ‌استر[15] وهمکاران (۱۹۹۹)، بویوین[16] (۲۰۰۳)، تارابوسی[17] و همکاران (۲۰۰۴)، فاکچینتی[18] وهمکاران (۲۰۰۴) گزارش دادند که استرس می‌تواند از طریق درمان‌های روان‌شناختی رفتاری- شناختی (خصوصاً در هنگام IVF)کاهش یابد (۳۱ -۲۸). به نظر می‌رسد یافته‌های به دست آمده از این پژوهش با تحقیقات انجام شده سازگار باشد؛ اما با مطالعات برینقنتی و همکاران (۱۹۹۷) و لاولی و همکاران (۲۰۰۳) همخوانی ندارد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که افسردگی در افرادی که ازدواج را وسیله‌ای برای تولید نسل می‌دانند بیشتر است. درمان‌های افسردگی بیشترین تأثیر را در افرادی که نازایی را مربوط به شانس (اسناد بیرونی) می‌دانند، داشت. بنابراین افرادی که نازایی را مربوط به شانس خود می‌دانند درمان‌های روان‌پزشکی (دارویی- روان‌درمانی) بیشترین تأثیر را بر آنها داشته است. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد افسردگی در افرادی که از مکانیزم واکنش‌های هیجانی در مواجهه با مشکلات استفاده می‌کنند، بیشتراست. در پژوهشی که توسط سوناوالا[19] و همکاران (۱۹۹۹) انجام گرفت مشخص شد که مکانیزم جبرگرایی[20] (اعتقاد به تقدیر و سرنوشت) عمومی‌ترین مکانیزم سازگاری در هنگام مواجهه با استرس‌های اجتماعی است. اشخاصی که از مکانیزم جبرگرایی استفاده می‌کنند افسردگی آنها بیش از دیگران است در حالی که افرادی که اضطراب کمتر دارند، از مکانیزم فرار- اجتناب استفاده می‌کنند (۳۲) برقیس[21] و استانتون[22] (۲۰۰۲) گزارش دادند که استفاده از

[1] Guz
[2] Khayata
[3] Beutel
[4] Schmidt
[5] Cwikel
[6] Ardenti
[7] Smeenk
[8] Koryntova
[9] OPU-ET
[10] Pook
[11] Andrews
[12] Lee
[13] Bringhenti
[14] Lovely
[15] Eugster
[16] Boivin
[17] Tarabusi
[18] Facchinetti
[19] Sonawalla
[20] Fatalism
[21] Berghuis
[22] Stanton

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

مکانیزم حل مشکل، بیان عواطف و هیجان‌ها، آسیب‌های روان‌شناختی را کاهش می‌دهد (۳۳). به نظر می رسد یافته‌های این پژوهش با دیگر مطالعات همخوانی ندارد، چنانچه استفاده از مکانیزم واکنش هیجانی دراین مطالعه و مکانیزم جبرگرایی در سایر مطالعات بیشتر می‌باشد.

در پژوهش انجام گرفته؛ نتایج نشان داد که درمان‌های روان‌پزشکی (دارویی- روان‌درمانی) در کاهش علایم افسردگی زوجین نابارور مؤثر است و زنان بیش از مردان به درمان پاسخ داده و علایم افسردگی‌شان کاهش می‌یابد. افزایش نمرات بک در گروه کنترل نشان‌دهنده تأثیر درمان‌های روان‌پزشکی (دارویی- روان‌درمانی) است. مطالعه‌ای که توسط دومار[1] و همکاران (۲۰۰۰) و ترزیوگلو[2] (۲۰۰۱) در دو گروه مداخله‌ای و کنترل در ارتباط با تأثیر مداخلات روان‌پزشکی و روان‌شناسی انجام گرفت، نشان داد که روان‌درمانی در گروه مداخله‌ای منجر به کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود و این ارتباط از لحاظ آماری معنادار است (۳۴ و ۳۵). با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش و بررسی‌های انجام گرفته دیگر، می‌توان چنین استنباط کرد، درمان‌های روان‌پزشکی (دارویی- روان‌درمانی) در بهبود علایم روان‌پزشکی (اضطراب و افسردگی) زوجین نابارور، مؤثر بوده و می‌بایستی این درمان‌ها با درمان‌های نابارروری همراه گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که پشتیبانی مالی این طرح تحقیقاتی را به عهده داشته‌اند و همچنین از همکاری کلیه پرسنل مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی‌عصر (عج) به ویژه خانم‌ها مریم باقری، معصومه معصومی، معصومه عسگری و معصومه هاشمی تشکر و قدردانی می‌شود.

[1] Domar
[2] Terzioglu

منابع

۱- کاظمی، د. در ترجمه: مامایی و بیماری‌های زنان. ویلسون ر (مؤلف). چاپ سوم. تهران: دانش‌پژوه، ۱۳۷۱: ۱۲۵-۱۲۳.

۲- رمضان‌زاده ف ، اقصی مم، عابدی‌نیا ن. رابطه اضطراب و افسردگی با طول مدت نازایی. مجله پایش. ۱۳۸۲، دوره دوم: ۲۱-۱۵.

۳- رجوعی م. درمان‌های رفتاری و شناختی در بیماران نابارور. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۷۵: ۱۲-۵

۴- روشن ر. بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع افسردگی و اضطراب در دانشجویان شاهد و غیرشاهد در سطح دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۶۹: ۳۹-۳۵.

۵- کرم‌سبحانی ر. بررسی شیوع افسردگی در آزادگان شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران، دانشگاه تربیت مدرس،۱۳۷۰: ۲۸-۲۴.

۶- پورافکاری ن.ا. در ترجمه: خلاصه روان‌پزشکی. کاپلان س (مؤلف). چاپ سوم. تهران: انتشارات ذوقی، ۱۳۷۲: ۴۹-۴۶ و ۱۲۲-۱۲۰.

7- Jones M, Thiering P, Saunders D, et al. Psychological adjustment to infertility and its treatment: male and female responses and different stages of IVF/ET treatment. J Psycho Res 1994; 38:229-40.

8- Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi T, et al. Emotional distress of infertile women in Japan. Human Reproduction 2001; 16: 966-9.

9- Newton CR, Hearn MT, Yuzpe AA. Psychological assessment and follow up after in Vitro fertilization: assessing the impact of failure.Fertility and sterility 1990; 54:879- 86.

10 -Wischmann T.Psychological aspects of fertility disorders. Urology 2005; 44:185-194.

11- Hsu YL, Kuo BJ. Evaluation behaviors as well as correlated factors for infertile couples receiving assisted reproductive technologies. J Nurse Res 2002; 10:291-302.

12- Johnston WI, Oke K, Speirs A, et al. Patients selection for invitro fertilization: physical and psychological aspects. Annual of NewYork Academic Science 1985; 442: 490-503.

13- Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, et al. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. J Psycho Obs Gyneco 2003; 24: 267-71.

14- Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, et al. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates.International J Gyneco Obs 2003; 80: 183-8.

15- Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer F, et al. Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproduction treatment by IVF or ICSI. Andrologia 1999; 31: 27-35.

16- Schmidt L, Holstein BE, Boivin J, et al. High rating of satisfaction with fertility treatment is common: Findings from the Copenhagen multi- center psychological infertility (COMPI) Research programme.Human Reproduction 2003; 18: 2638-46.

۱7- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E. Psychological interactions with infertility among women. Eur J Reprod Obst Gyneco Bio 2004; 117:126-31.

18- Ardenti R, Campari C, Agazzi L, et al. Anxiety and perceptive functioning of infertile women during in-vitro fertilization: Exploratory survey of an Italian sample.Human Reproduction 1999; 4: 3126-32.

19- Smeenk JM, Verhaak CM, Vingerhoets AJ, et al. Stress and outcome success in IVF: The role of self-repots and endocrine variables.Human Reproduction 2005; 20: 991-6.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

20- Koryntova D, Sibrtova K, Klouckova E, et al.Effect of psychological factors on success of in vitro fertilization.Ceska Gynekol 2001;66:264-9.
21- Pook M, Krause W, Rohrle B. Coping with infertility: Distress and changes in sperm quality.Human Reproduction 1999; 4:1487-92.
22- Pook M, Tuschen-Caffier B, Krause W. Databases selected: Health & Medical complete, proquest biology J Is infertility a risk factor for impaired male infertility?Human Reproduction Oxford 2004; 19, 954.
23- Andrews FM, Abbey A, Halman LJ.Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. J Health Social Behavioral 1991; 32: 238-53.
24- Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different?The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertility and Sterility 1992; 57: 1247-53.
25- Lee TY, Sun GH. Psychological response of Chinese infertility husbands and wives.Archieve Andrologia 2000; 45: 143-8.
26- Bringhenti F, Martinelli F, Ardenti R, et al. Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: Differentiating aspects and influencing factors. Acta Obstetric Scandinavia 1997; 76: 431-7.
27- Lovely LP, Meyer WR, Ekstrom RD, et al. Effect of stress on pregnancy outcome among women undergoing assisted reproduction procedures. South Med J 2003; 96: 548-51.
28- Eugster A, Vingerhoets AJ. Psychological aspects of IVF. Social Science Medical 1999; 48: 575-89.
29- Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility.Social Science Medical 2003; 57: 2325-41.
30- Tarabusi M, Facchinetti F. Psychological group support attenuates distress of waiting in couples scheduled for assisted reproduction. J Psycho Obs Gyneco 2004; 25: 273-9.
31- Facchinetti F, Tarabusi M, Volpe A. Cognitive- behavioral treatment decrease cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. Pychoneuroendocrinology 2004; 29:162-73.
32- Sonawalla S, Parikh R, Parikh F. Coping mechanism in patients presenting for in vitro fertilization.International J Psychi Med 1999; 29: 251-60.
33- Berghuis JP, Stanton AL. Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt.J Consult Clin Psycho 2002; 70: 433-8.
34- Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem Inventory: measuring perceived infertility- related stress. Fertility and Sterility 1999; 72: 54- 62.
35- Terzioglu F.Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey.Journal Psychosom Obs Gynaecol 2001; 22:133-41.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]