

بررسی فراوانی افسردگی در زنان نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی کوثر ارومیه، سال ۱۳۸۸

حمیدرضا حریریان^{۱*}، یوسف محمدپور^۲، علی آقاجانلو^۱

۱. مربی پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
۲. مربی پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۸/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۴/۱۵

خلاصه

مقدمه: عدم توانایی باروری و واکنش‌های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به افراد نابارور باعث می‌شود که آنها دچار مشکلات روان‌شناختی جدی گردند. یکی از مهمترین این مشکلات، افسردگی است که تأثیر قابل توجه بر تمام جنبه‌های زندگی فرد می‌گذارد. هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک نازایی کوثر است.

روش کار: این مطالعه مقطعی با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده می‌باشد. حجم نمونه شامل ۱۰۰ زن نابارور واجد شرایط تحقیق بود و ابزارهای گردآوری اطلاعات، آزمون استاندارد بک و پرسشنامه مشخصات فردی بود، که در مورد هر یک از بیماران تکمیل می‌شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمونهای کای دو و تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از افراد مورد مطالعه ۴۲٪ بدون شواهدی از افسردگی، ۳۷٪ دارای علایم افسردگی خفیف، ۱۰٪ دارای افسردگی متوسط و ۱۱٪ افراد دارای علایم افسردگی شدید بودند. به عبارت دیگر ۵۸٪ از زنان نابارور مبتلا به درجاتی از افسردگی بودند که از این میان ۲۱٪ در حد افسردگی بالینی بود. بین میزان تحصیلات بیمار، تحصیلات همسران و شغل با شیوع افسردگی رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین بین مدت ناباروری و علت نازایی با شیوع افسردگی رابطه معنی‌داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به وجود علایم افسردگی بالینی در زنان نابارور، حضور روانشناسان و روانپرستاران در مراکز تشخیص و درمان ناباروری ضروری به نظر می‌رسد، تا با استفاده از تخصص خود به شناسایی عوامل خطرزا و آموزش راهکارهای صحیح مواجهه با احساس بی‌کفایتی و افسردگی بپردازند.

کلمات کلیدی: افسردگی؛ ناباروری؛ تست بک

* نویسنده مسؤول مکاتبات: حمیدرضا حریریان؛ زنجان، دانشکده پرستاری و مامائی، خیابان پروین اعتصامی؛ تلفن: ۷۲۷۲۵۱۴ - ۰۲۴۱ - ۰۲۴۱
نمبر: ۷۲۷۰۳۰۵ - ۰۲۴۱؛ پست الکترونیک: houman.haririan@gmail.com

مقدمه

نازائی عبارت از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری می باشد. تقریباً ۱۵٪ زوجین از ناباروری رنج می برند، علل ناباروری در ۴۰٪ موارد مربوط به عوامل زنانه، ۴۰٪ مربوط به عوامل مردانه و ۲۰٪ مربوط به عوامل مشترک گزارش شده است. از ۲۰٪ علل مشترک، ۵ تا ۱۰٪ آن علل ایدیوپاتیک ذکر شده است (۲۰۱). پدیده باروری یک روند فیزیولوژیک در موجودات زنده است که در انسان علاوه بر جنبه های فیزیولوژیک دارای ابعاد اجتماعی و روانی نیز می باشد. مطالعات نشان داده اند ناباروری می تواند پیامدهای روان شناختی بسیاری به همراه داشته باشد. این که فرد به طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی تواند فرایند تولید مثل را دنبال کند و صاحب فرزند شود، خود به عنوان یکی از تلخ ترین تجربیات زندگی است که زمینه و شرایط روانی و اجتماعی نیز می تواند به اهمیت آن بیفزاید و آن را برای فرد تبدیل به یک بحران روانی نماید. زنان نابارور از جمله افراد اجتماع هستند که در معرض آسیب های روانی و شخصیتی می باشند. احساس ناتوانی در باروری و واکنش های اجتماعی رایج در جامعه نسبت به این دسته از افراد، زمینه ساز بسیاری از فشارهای روانی برای این گروه است (۴،۳). همچنین ناباروری می تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، جدایی و طلاق، کاهش اعتمادبنفس و احساس طرد شدن در شخص نابارور گردد. این شاخص ها ممکن است منجر به افسردگی، اضطراب و یا احساس گناه گردد (۵،۶). در مطالعات انجام شده در ژاپن و نیجریه سطح اضطراب و افسردگی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور بالاتر بود، اما در تعدادی از مطالعات نیز تفاوت قابل ملاحظه ای بین سطح افسردگی و اضطراب زنان بارور و نابارور وجود نداشت (۷). در مطالعه انجام شده در دانشگاه تهران، افسردگی در زنان نابارور با علت نازایی، مدت نازایی، سطح تحصیلی و شغلی زنان ارتباط داشت (۸).

با توجه به اهمیت افسردگی به عنوان یکی از علل مهم ناتوانی و از کار افتادگی در زنان، این مطالعه با هدف

بررسی آماری شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور شهرستان ارومیه انجام شده است.

روش کار

جامعه مورد مطالعه، کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات ناباروری کوثر ارومیه در سال ۱۳۸۸ بودند. این مطالعه مقطعی بر اساس واجدین شرایط ورود به مطالعه بر روی ۱۰۰ زن نابارور در طی مدت زمان ۶ ماه به ترتیب ورود به درمانگاه انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه:

- نابارور بودن
 - دارا بودن سن حداقل ۱۸ سال
 - عدم سابقه اختلال افسردگی اساسی قبل از ازدواج
 - توانایی تکمیل پرسش نامه بک
 - رضایتمندی شرکت در تحقیق
 - عدم سابقه بیماری جسمی یا روانی
- ناباروری به بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری گفته می شود.
- برای بیمارانی که وارد مطالعه می شدند، دو پرسشنامه تکمیل شد، پرسش نامه مشخصات فردی شامل: سن، میزان تحصیلات زن، میزان تحصیلات همسر، شغل فرد، سابقه قبلی افسردگی، علت نازایی و طول دوره ناباروری بود. پرسش نامه دوم مقیاس سنجش افسردگی بک^۱ بود. این مقیاس یکی از رایجترین و معتبرترین آزمون های روانی است که در تمام اقشار و محیط های اجتماعی قابل اجرا بوده و به فرهنگ وابسته نیست. این پرسش نامه دارای ۲۱ سوال است که نمره صفر تا ۹ نشانه بهنجار بودن، ۱۰ تا ۱۹ نشانه افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۹ نشانه افسردگی متوسط و نمره ۳۰ و بالا تر از آن نشانه افسردگی شدید به حساب می آید و توسط خود فرد تکمیل شد. پس از جمع آوری اطلاعات آماری با استفاده از آزمونهای آماری کای دو و تحلیل واریانس جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد و نتایج در سطح معنی داری ۰/۰۵ گزارش گردید.

¹ Beck Depression Inventory

نتایج

متوسط سن مراجعین (۲۷/۵±۴/۴) سال و متوسط مدت ناباروری افراد (۷/۰۱±۴/۴۵) سال بود. ۶۵٪ مراجعین خانه دار، ۶۰٪ با تحصیلات دیپلم یا بالاتر و ۵۸٪ از همسران آنها دارای تحصیلات دیپلم و یا بالاتر بودند. در گزارش ناباروری آنها علت نازایی بیشتر به خاطر مشکلات در همسران گزارش شده بود (جدول ۱).

جدول ۱- ویژگی های جمعیت شناختی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی ناباروری کوثر

متغیر	فراوانی	فراوانی نسبی (درصد)
شغل	خانه دار	۶۵
	شاغل	۳۵
تحصیلات	زیردیپلم	۴۰
	دیپلم	۶۰
تحصیلات همسر	زیردیپلم	۴۲
	دیپلم	۵۸
	مردانه	۳۷
علت نازایی	زنانه	۳۵
	هر دو	۲۸

از میان ۱۰۰ نفر خانم مورد مطالعه ۴۲ نفر بدون شواهدی دال بر افسردگی بودند (نمره آزمون بک بین

صفر و ۹). ۳۷ نفر علایم افسردگی خفیف (نمره بک ۱۹-۱۰)، ۱۰ درصد افسردگی متوسط و ۱۱ درصد افراد علایم افسردگی شدید (نمره بک ۳۰ و بالاتر) داشتند. بررسی بر روی میزان افسردگی بیماران بر اساس میزان تحصیلات آنها نشان داد که شیوع افسردگی در بیماران با تحصیلات زیر دیپلم (۲۳ درصد افراد این گروه) به مراتب بیشتر از افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر بود. طبق آزمون های آماری ارتباط معنی داری میان میزان تحصیلات و شیوع افسردگی به خصوص نوع شدید وجود داشت، به طوری که با تحصیلات کمتر، افسردگی شایعتر بود (۰/۰۰۱ = p) (جدول ۲).

از نظر آماری ارتباط معنی داری بین شیوع افسردگی و سطح تحصیلات همسران وجود داشت، به طوری که در سطوح تحصیلی پایین تر از دیپلم همسران، افسردگی شدید در زنان به مراتب بیشتر از سطوح بالای دیپلم بود (۰/۰۰۳ = p) (جدول ۲). همچنین ارتباط آماری معنی داری میان وضعیت شغلی و شیوع افسردگی وجود داشت (۰/۰۰۲ = p). شیوع افسردگی در زنان نابارور غیر شاغل ۲ برابر زنان شاغل بود. همچنین موردی از افسردگی شدید در گروه خانم های نابارور شاغل مشاهده نشد، در حالی که ۱۶/۹٪ خانمهای نابارور خانه دار مبتلا به افسردگی شدید بودند (جدول ۲).

جدول ۲- فراوانی نسبی میزان افسردگی در زنان نابارورمراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی ناباروری کوثر بر اساس وضعیت تحصیلی، تحصیلات همسر و شغل

شدت افسردگی	تحصیلات				همسر و شغل	
	زیر دیپلم	دیپلم و بالاتر	زیر دیپلم	دیپلم و بالاتر	شغل	تحصیلات همسر
بدون افسردگی	۳۲/۵	۵۰	۲۸/۵	۵۰	۳۲/۳	۶۰
افسردگی خفیف	۳۵	۳۶/۷	۴۵/۲	۲۹/۳۱	۴۴/۶	۲۰
افسردگی متوسط	۷/۵	۱۰	۷/۲	۱۲/۰۶	۶/۲	۲۰
افسردگی شدید	۲۵	۳/۳	۱۹/۱	۸/۶۳	۱۶/۹	۰

بحث

ناباروری به عنوان یک بحران فردی، استرس زیادی بر زوج های نابارور وارد می کند و می تواند به طرق گوناگون سلامت روانی آنها را تهدید کند. همچنین ناباروری می تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی و کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه رابطه زناشویی، جدایی، طلاق، کاهش اعتماد به نفس، احساس

میانگین مدت ناباروری در خانم های تحت مطالعه ۷/۲ سال بوده است که در گروه بدون افسردگی ۷/۱، افسردگی خفیف ۶/۳، افسردگی متوسط ۸ سال و گروه افسردگی شدید ۶ سال بوده است که ارتباط معنی داری میان مدت ناباروری، مدت درمان ناباروری و علت نازایی با شیوع افسردگی مشاهده نشد.

طرد شدن و درماندگی و در نتیجه منجر به افسردگی گردد. مطالعات نشان داده اند شیوع افسردگی در زنان نابارور بالاتر از جمعیت عمومی زنان است. همچنین در چند مطالعه شیوع افسردگی در زنان نابارور دو برابر زنان بارور گزارش شده است (۱۰ و ۹). در مطالعه حاضر نیز ۵۸٪ افراد درجاتی از افسردگی را تجربه می کردند که ۲۱٪ آن در حد افسردگی بالینی بود.

در مطالعه دیگری مشخص شد، زنان ناباروری که انزوای اجتماعی کمتری دارند، سطح بالاتری از رضایت زندگی و مهارت بیشتری در پاسخ به استرس ناشی از ناباروری نشان می دهند (۱۲ و ۱۱). همچنین بسیاری از زنان نابارور از داشتن روابط اجتماعی با مادران صاحب فرزند دوری می کنند. در این مطالعه نیز شیوع و شدت افسردگی بطور قابل ملاحظه ای در افراد شاغل کمتر از زنان غیر شاغل بود که مطابق با یافته های مطالعات قبلی بود (۸). بنابراین زنان ناباروری که عملکرد اجتماعی بالاتری داشته اند شاید به دلیل استقلال مالی، داشتن هویت شغلی و عدم انزوا یا مهارت بهتر در پاسخ به استرس، افسردگی کمتری را تجربه کرده اند. در این مطالعه بالاتر بودن سطح تحصیلات هم در زنان و هم همسرانشان با کاهش شدت و شیوع افسردگی در زنان نابارور ارتباط معنی داری داشت. به این صورت که در گروه همسران با تحصیلات بالاتر از لیسانس موردی از افسردگی شدید در زنان مشاهده نشد. به نظر می رسد، در زنان ناباروری که همسران آنان تحصیلات بالاتری دارند به دلیل آگاهی بیشتر این همسران نسبت به مسئله ناباروری، برخورد مناسبتر و حمایت از همسر و مکانیسم های انطباقی مناسبتر در مقابل استرس، به عنوان عامل محافظتی در مقابل افسردگی زنان عمل می نماید.

در مطالعه حاضر ارتباطی بین مدت و علت نازایی با شیوع افسردگی مشاهده نشده است، اما در مطالعه ای در بوستون که بر روی ۳۳۸ زن نابارور انجام شده است، زنان با سابقه نازایی ۲-۳ ساله افسردگی قابل ملاحظه ای در مقایسه با زنان نابارور با سابقه نازایی کمتر از یک سال و بالاتر از ۸

سال داشتند و شیوع افسردگی در زنانی که علت نازایی مشخص داشتند در مقایسه با گروهی که علت نازایی ایدیوپاتیک بود، به طور قابل ملاحظه ای بالاتر بود (۱).

نتیجه گیری

با توجه به مطالعه فوق، عدم آگاهی نسبت به جنبه های مختلف ناباروری، برخورد نامناسب همسر یا بستگان فرد با مسئله ناباروری می تواند باعث تشدید جنبه های روانی اجتماعی ناباروری گردد. اقداماتی مانند آموزش همگانی و بالا بردن آگاهی مردم نسبت به ابعاد مختلف ناباروری، کمک به زوج های نابارور در سازگاری بهتر با استرس، آموزش مهارت های حل مسئله، کمک به فرایند تصمیم گیری در مورد درمان و حل تعارضات زناشویی و خانوادگی متعاقب ناباروری می تواند به زوج های نابارور کمک کند. جهت نیل به این هدف حضور روان شناسان بالینی و روانپرستاران در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری ضروری به نظر می رسد.

از محدودیتهای این مطالعه می توان به این نکات اشاره نمود که در این تحقیق از پرسش نامه بک برای تشخیص علائم افسردگی استفاده شده است که بهتر است در مطالعات بعدی پس از انجام تست، با مصاحبه بالینی تشخیص افسردگی در بیمار داده شود. تحقیق در مرکز درمانی کوثر که تنها مرکز آموزشی، درمانی نازایی در استان آذربایجان غربی است انجام شد ولی ممکن است عده ای از بیماران به درمانگاه خصوصی جهت درمان مراجعه نمایند و یافته ها نشانگر کل جمعیت زنان نابارور نباشد.

تشکر و قدردانی

از کلیه همکاران و پرسنل زحمت کش کلینیک نازایی کوثر ارومیه، اساتید محترم، نمونه های پژوهش و تمامی کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

1. Guz H, Ozkan A, Sarisoy G, Yanik F, Yanik A. Psychiatric symptoms in Turkish infertile women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003 Dec;24(4): 267-71.
2. Berga S. Psychiatry and reproductive medicine. In: Sadock BA, Sadock VA. *Comprehensive text book of psychiatry*, 7th ed.. Philadelphia: Williams & Wilkins, 1999:1940-1.
3. Obi SN, Onah HE, Okafor II. Depression among Nigerian women following pregnancy loss. *Int J Gynecol Obstet* 2009 Apr; 105(1):60-2.
4. 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.
5. Karahasanoglu A, Barglow P, Growe. Psychological aspects of infertility. *J Reprod Med* 1972 Nov;9(5):241-7.
6. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2007 Apr;21 (2):293-308.
7. Anderson KM, Sharpe M, Raettary A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosom Res* 2003 Apr;54(4):353-5.
8. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health* 2004 Nov 6;4(1):9.
9. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril* 1992 Dec ;58 (6):1158-63.
10. Farzadi L , Ghasemzadeh A. Two main independent predictors of depression among infertile women: an Asian experience. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008 Jun;47(2):163-7.
11. Meller WH, Zander KM, Crosby RD, Tagatz GE. Luteinizing hormone pluse characteristics in depressed woman. *Am J Psychiatry* 1997 Oct;154(10):1454-5.
12. Hughes RB, Robinson-Whelen S, Taylor HB, Petersen NJ, Nosek MA. Characteristics of depressed and nondepressed women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 2005 Mar;86(3):473-9.