

# افسردگی و نازایی: بررسی ۶۸۱ خانم نابارور با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک

دکتر افسانه خادمی\*: استادیار، بخش نازایی بیمارستان دکتر شریعتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر اشرف آل یاسین: دانشیار، بخش زنان و زایمان بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر مرضیه آقا حسینی: دانشیار، بخش نازایی بیمارستان دکتر شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر سید علی احمدی ابهری: دانشیار، بخش روانپزشکی، بیمارستان روزبه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر حسن اسفندی: پزشک عمومی  
دکتر کوروش فخمی درخشان: پزشک عمومی

## چکیده

**مقدمه:** ناباروری و افسردگی هر کدام به طور جداگانه از مشکلات بزرگ جوامع انسانی هستند. با وجود این که افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌هایی است که در طب پیشگیری مشاهده می‌شود، مراجعه برای دریافت کمک بسیار کمتر از شیوع بیماری است. وجود اطلاعات کافی در مورد شیوع بیماری و عوامل خطر آن برای شناسایی بیمار بسیار با ارزش است. ناباروری می‌تواند از عوامل مستعدکننده افسردگی باشد. پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI) که وسیله‌ای برای غربالگری افسردگی است به علت وجود ترجمه‌ی فارسی هنجاریابی شده جهت شناسایی افراد در معرض خطر کمک‌کننده می‌باشد. هدف از این تحقیق تعیین شیوع افراد در معرض خطر افسردگی در بیماران نابارور مراجعه‌کننده به یک مرکز درمان نازایی بوده است.

**روش کار:** در این مطالعه ۶۸۱ خانم نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان دکتر شریعتی مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات اولیه شامل سن، مدت، نوع و علت نازایی، میزان تحصیلات، وجود سابقه درمان قبلی و مصرف سیگار ثبت شد. پرسش‌نامه BDI به این افراد داده و امتیاز آن ثبت گردید. امتیاز ۱۶ و بیشتر مثبت (در معرض افسردگی قرار داشتن) در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** نشان می‌دهد که سن اثری در شیوع پاسخ مثبت ندارد، ولی شیوع پاسخ مثبت در افراد با مدت نازایی طولانی‌تر، علت نازایی توأم، تحصیلات کمتر و وجود سابقه درمان کمک باروری یا جراحی به طور معناداری بیشتر بود.

**نتیجه‌گیری:** افراد نابارور به طور کلی در معرض افسردگی قرار دارند. چون در کشور ما تمایل نسبت به مراجعه به روانپزشک و دریافت خدمات مربوطه کم است، شناسایی افراد در معرض خطر در گروه نابارور و ارجاع آنها برای دریافت درمان‌های حمایتی در مورد مسایل روانی، کمک قابل توجهی به این افراد می‌کند.

## واژه‌های کلیدی: ناباروری، افسردگی، پرسش‌نامه افسردگی بک

تاریخ دریافت مقاله: بهمن ماه ۱۳۸۲ تاریخ پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۸۳ صص ۲۱-۱۳

\* نویسنده مسئول مقاله: تهران - خیابان جلال آل احمد - بخش نازایی بیمارستان دکتر شریعتی

تلفن: ۸۴۹۰۲۴۲۱ نمابر: ۶۳۳۰۳۹

E-mail: afkhademi@sina.tums.ac.ir

## مقدمه

ناباروری و افسردگی هر کدام به طور جداگانه از معضلات بزرگ اجتماع امروز هستند. با وجود اینکه افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها در جوامع امروزی است، مراجعه برای دریافت کمک بسیار کمتر از شیوع واقعی بیماری صورت می‌گیرد و شیوع افسردگی به طور معمول کمتر از مقدار واقعی خود برآورد می‌شود. در یک مطالعه روی ۷۵۸۵۸ بیمار که توسط ۷۶۵ پزشک عمومی مورد معاینه قرار گرفتند، شیوع افسردگی واضح از نظر بالینی ۲۰/۹ درصد گزارش شد. از این بیماران تنها ۱/۲ درصد با شکایت اصلی افسردگی و جهت دریافت کمک جهت درمان مراجعه کرده بودند (۱). وجود اطلاعات کافی در مورد شیوع بیماری و عوامل زمینه‌ساز آن برای شناسایی بیماران بسیار با ارزش است.

ناباروری جزء وقایع ناگوار زندگی محسوب می‌شود و می‌تواند از عوامل مستعدکننده افسردگی باشد. شیوع افسردگی در افراد نابارور بیشتر از کل جامعه است. در مواردی که افسردگی با کمک پرسش‌نامه‌های غربالگری مورد ظن قرار می‌گیرد، میانگین امتیاز به دست آمده برای افراد نابارور بیشتر از گروه کنترل است (۳ و ۲). در یک مطالعه روی ۱۳۰ خانم نابارور شیوع فشارهای روانی با هر درجه‌ای در ۸/۸۳ درصد و شکل متوسط و شدید افسردگی در ۲۵ درصد این افراد دیده شده است (۴). نشان داده شده است که استرس به تنهایی روی نتایج درمان نازایی تأثیر منفی می‌گذارد (۵ و ۶).

پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۱</sup> وسیله‌ای با ارزشی برای غربالگری افسردگی است. این

پرسش‌نامه در سال ۱۹۶۵ توسط بک<sup>۲</sup> و همکارانش طراحی شد (۷). در سال ۱۹۷۸ شکل تکامل یافته‌تر این پرسش‌نامه توسط مبتکرین آن ارائه شد (۸) و در جمعیت عمومی و مبتلایان به بیماری‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفت (۹). علت استفاده از این پرسش‌نامه در این بررسی وجود ترجمه‌ی فارسی هنجاریابی شده از آن است. در جدیدترین مطالعات بین‌المللی نیز از این پرسش‌نامه استفاده شده است (۱۰).

هدف از این مطالعه بررسی شیوع افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران نابارور است. به دست آوردن اطلاعات اختصاصی در مورد افراد نابارور در معرض خطر افسردگی گام اول در طراحی راه کارهای کمک به این افراد خواهد بود.

## مواد و روش کار

در فاصله سال‌های ۸۲-۱۳۷۸، تحت مطالعه‌ای از نوع مقطعی<sup>۳</sup>، ۶۸۱ خانم نازا مراجعه‌کننده به بخش نازایی بیمارستان دکتر شریعتی که با روش انتخاب تصادفی ساده انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا اطلاعات فردی این افراد با کمک پرسش‌نامه‌ای جمع‌آوری شد و متغیرهای سن، مدت، نوع و علت نازایی، سابقه درمان‌های قبلی، میزان تحصیلات و مصرف سیگار ثبت شد.

بر اساس عقیده بیمار (که بر حالات روحی وی و در نتیجه بر پاسخ پرسش‌نامه افسردگی بک اثر می‌گذارد)، نازایی به چهار گروه با علت مردانه، زنانه، توأم، و نامعلوم تقسیم شد. میزان تحصیلات به چهار گروه از بی‌سواد تا تحصیلات دانشگاهی دسته‌بندی شد.

2 - Beck

3 - Cross-sectional study

1 - Beck Depression Inventory (BDI)

مطالعه فوق توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفت. بیماران فرم رضایت نامه جهت استفاده از اطلاعات آنان برای مطالعات تحقیقاتی را امضا نمودند.

### یافته‌ها

در شروع مطالعه از ۷۰۰ بیمار در خواست شد تا در مطالعه شرکت کنند. ۱۹ نفر از افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، حاضر به امضاء فرم رضایت‌نامه نشدند (۳درصد). مطالعه با ۶۸۱ بیمار انجام شد.

جمعیت مورد مطالعه را زنان ۱۸ تا ۴۶ ساله با میانگین سنی  $28/78 \pm 5/22$  تشکیل دادند. مدت نازایی در بین این افراد از ۱ تا ۲۴ سال با میانگین  $6/28 \pm 3/83$  متغیر بود.

قسمت قابل توجهی از بیماران مبتلا به نازایی اولیه بودند (۹۳/۲درصد). در ۱۹ نفر از افراد مورد مطالعه سابقه مصرف سیگار وجود داشت (۳درصد). نازایی با علت مردانه بیشترین تعداد (۳۶/۶درصد) و نازایی با علت توأم کمترین تعداد (۱۲/۲درصد) را در بر داشت. از نظر سطح تحصیلات گروه بی‌سواد از کمترین شیوع (۷/۳درصد) و گروه با تحصیلات در حد ابتدایی تا شروع دبیرستان از بیشترین شیوع (۴۲/۳درصد) برخوردار بودند. نیمی (۵۰/۵درصد) از بیماران دارای سابقه درمان یا درمان‌های قبلی به شکل جراحی یا روش‌های کمک باروری بودند (جدول ۱).

در بین ۶۸۱ بیمار مورد مطالعه شیوع امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک، ۴۰/۱درصد (۲۷۴/۶۸۱) به دست آمد. میانگین سن افراد دارای امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک،  $28/72 \pm 5/78$  سال و افراد دارای امتیاز منفی پرسش‌نامه افسردگی بک،  $27/92 \pm 5/14$  سال بود که با هم اختلاف آماری معنادار نداشت ( $p=0/19$ ).

در مورد سابقه درمان‌های قبلی، بیماران به دو گروه دارای سابقه درمان‌های کمک باروری و یا جراحی، و بدون آن تقسیم شدند.

سپس پرسش‌نامه غربالگری افسردگی بک جهت بررسی افسردگی به این افراد داده شد تا به سوالات آن پاسخ دهند. برای افرادی که بی‌سواد بودند، پرسش‌نامه‌ها توسط پرسش‌گر قرائت شد و پاسخ به هر سوال ثبت شد و برای افراد با سایر زبان‌ها از مترجم استفاده شد. پس از پرس کردن پرسش‌نامه افسردگی بک، امتیاز آن توسط پرسش‌گر محاسبه و به شکل عدد ثبت شد.

بر اساس تعریف ارائه شده توسط بک و همکارانش، امتیاز کمتر از ۱۶ به نفع طبیعی بودن فرد (منفی) است. امتیاز ۱۶-۳۱ به نفع افسردگی خفیف و امتیاز ۳۲ و بالاتر می‌تواند نشان‌دهنده افسردگی متوسط و شدید (مثبت) باشد.

معیار ورود به مطالعه مراجعه اول به درمانگاه نازایی بیمارستان دکتر شریعتی و انتخاب بر اساس جدول اعداد تصادفی بود.

معیار خروج از مطالعه شامل عدم همکاری بیمار جهت پر نمودن پرسش‌نامه‌ها، سابقه‌ی بیماری روانی از جمله افسردگی، سابقه‌ی بیماری‌های غدد درون ریز که می‌تواند باعث ایجاد علایم خفیف تا متوسط خلقی در فرد شود (مثل دیابت و اختلال عملکرد تیروئید)، تاریخچه‌ی مثبت مصرف داروهای روان درمانی و مصرف داروهای روان‌گردان بود.

اطلاعات به دست آمده توسط برنامه نرم‌افزاری SPSS (version 10) ثبت و آنالیز شد. برای آنالیز آماری از آزمون‌های تی-تست<sup>۴</sup> و مجذور کای<sup>۵</sup> استفاده شد.

4 - t-test

5 - Chi-square

تحصیلات دانشگاهی امتیاز پرسش‌نامه افسردگی یک غیر طبیعی بود، در حالی که این میزان در افراد کم سواد ۵۸ درصد به دست آمد (جدول ۳).

شیوع امتیاز پرسش‌نامه افسردگی یک مثبت در گروه نازایی اولیه و ثانویه به ترتیب ۴۰/۵ درصد و ۳۴/۸ درصد بود ( $p=0/7$ ).

در مورد سابقه‌ی درمان‌های قبلی، شیوع امتیاز پرسش‌نامه افسردگی یک مثبت در وجود سابقه درمان‌های قبلی کمک باروری و یا جراحی (۶/۵ درصد) بیشتر از بیمارانی بود که سابقه‌ی درمان نداشتند یا از درمان‌های غیرتهاجمی استفاده کرده بودند (۳۳/۹ درصد) ( $p<0/00$ ) (جدول ۴).

متوسط مدت نازایی در گروه دارای امتیاز پرسش‌نامه افسردگی یک مثبت ( $6/95 \pm 4/44$ ) به طور معناداری از گروه دارای امتیاز پرسش‌نامه افسردگی یک منفی ( $5/86 \pm 4/23$ ) بیشتر بود ( $p=0/02$ ).

تفاوت شیوع امتیاز پرسش‌نامه افسردگی یک مثبت در زیر گروه‌های نازایی با علل مختلف با هم تفاوت معناداری را نشان داد ( $p=0/00$ ). در ۵۷/۸ درصد افراد با علت توأم، امتیاز پرسش‌نامه افسردگی یک بالاتر از ۱۵ بود در حالی که این میزان در گروه با نازایی با علت مردانه کمترین مقدار (۳۴/۹ درصد) بود (جدول ۲).

شیوع امتیاز پرسش‌نامه افسردگی یک مثبت در گروه‌های دسته‌بندی شده از نظر تحصیلات به طور معناداری با هم متفاوت بود ( $p=0/00$ ). در ۲۶ درصد از افراد دارای

جدول شماره ۱ - مشخصات بیماران مورد مطالعه

متغیر	میانگین/تعداد	محدوده/درصد
سن (سال)	$28/78 \pm 5/32$	۱۸-۴۶
مدت نازایی (سال)	$6/28 \pm 2/83$	۱-۲۴
تحصیلات:		
بی‌سواد	۵۰	۷/۳٪
ابتدایی - راهنمایی	۲۸۸	۴۲/۳٪
دبیرستان - دیپلم	۱۳۹	۲۰/۴٪
دانشگاهی	۲۰۴	۳۰٪
علت نازایی:		
مردانه	۲۴۹	۳۶/۶٪
زنانه	۲۳۹	۳۵/۱٪
توأم	۸۳	۱۲/۲٪
نامعلوم	۱۱۰	۱۶/۲٪
نوع نازایی:		
اولیه	۶۳۵	۹۳/۲٪
ثانویه	۴۶	۶/۸٪
سابقه درمان‌های کمک باروری یا جراحی:		
ندارد	۳۳۷	۴۹/۵٪
دارد	۳۴۴	۵۰/۵٪
کل	۶۸۱	۱۰۰٪

**جدول شماره ۲ -** توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سطوح مختلف امتیاز پرسشنامه افسردگی بک بر حسب علت نازایی در زنان نازا مراجعه‌کننده به بخش نازایی بیمارستان دکتر شریعتی در سال‌های ۸۲-۱۳۷۸\*

جمع کل	احتمال افسردگی متوسط تا شدید (۳۲-۶۳)	احتمال افسردگی خفیف (۱۶-۳۱)	طبیعی (۰-۱۵)	امتیاز پرسشنامه افسردگی بک
				علت
۲۴۹(٪۱۰۰)	۱۹(٪۷/۶)	۶۸(٪۲۷/۳)	۱۶۲(٪۶۵/۱)	مردانه
۲۳۹(٪۱۰۰)	۲۶(٪۱۰/۹)	۷۰(٪۲۹/۳)	۱۴۳(٪۵۹/۸)	زنانه
۸۳(٪۱۰۰)	۱۳(٪۱۵/۷)	۳۵(٪۴۲/۲)	۳۵(٪۴۲/۲)	توأم
۱۱۰(٪۱۰۰)	۸(٪۷/۳)	۳۴(٪۳۰/۹)	۶۸(٪۶۱/۸)	نامعلوم
۶۸۱(٪۱۰۰)	۶۶(٪۹/۷)	۲۰۷(٪۳۰/۴)	۴۰۸(٪۵۹/۹)	جمع کل

\*  $p=0.01$ 

**جدول شماره ۳ -** توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سطوح مختلف امتیاز پرسشنامه افسردگی بک بر حسب میزان تحصیلات در زنان نازا مراجعه‌کننده به بخش نازایی بیمارستان دکتر شریعتی در سال‌های ۸۲-۱۳۷۸\*

جمع کل	احتمال افسردگی متوسط تا شدید (۳۲-۶۳)	احتمال افسردگی خفیف (۱۶-۳۱)	طبیعی (۰-۱۵)	امتیاز پرسشنامه افسردگی بک
				تحصیلات
۵۰	۱۳(٪۲۶)	۱۶(٪۳۲)	۲۱(٪۴۲)	بی‌سواد
۲۸۸	۳۴(٪۱۱/۸)	۱۰۸(٪۳۷/۵)	۱۴۶(٪۵۰/۷)	ابتدایی-راهنمایی
۱۳۹	۹(٪۶/۵)	۴۰(٪۲۸/۸)	۹۰(٪۶۴/۷)	دبیرستان-دیپلم
۲۰۴	۱۰(٪۴/۹)	۴۳(٪۲۱/۱)	۱۵۱(٪۷۴)	دانشگاهی
۶۸۱	۶۶(٪۹/۷)	۲۰۷(٪۳۰/۴)	۴۰۸(٪۵۹/۹)	جمع کل

\*  $p=0.00$ 

**جدول شماره ۴ -** توزیع فراوانی و فراوانی نسبی سطوح مختلف امتیاز پرسشنامه افسردگی بک بر حسب نوع نازایی و سابقه درمان در زنان نازا مراجعه‌کننده به بخش نازایی بیمارستان دکتر شریعتی در سال‌های ۸۲-۱۳۷۸\*

p Value	جمع کل	احتمال افسردگی متوسط تا شدید (۳۲-۶۳)	احتمال افسردگی خفیف (۱۶-۳۱)	طبیعی (۰-۱۵)	امتیاز پرسشنامه افسردگی بک
					نوع نازایی و سابقه درمان
0.07	۶۳۵(٪۱۰۰)	۶۲(٪۹/۸)	۱۹۵(٪۳۰/۷)	۳۷۸(٪۵۹/۵)	نوع نازایی: اولیه
					۴۶(٪۱۰۰)
0.00	۳۳۷(٪۱۰۰)	۲۴(٪۷/۱)	۸۹(٪۲۶/۸)	۲۲۴(٪۶۶/۵)	سابقه درمان: ندارد
					۳۴۴(٪۱۰۰)
	۶۸۱(٪۱۰۰)	۶۶(٪۹/۷)	۲۰۷(٪۳۰/۴)	۴۰۸(٪۵۹/۹)	جمع کل

## بحث و نتیجه‌گیری

شیوع نازایی در حدود ۱۵ درصد برآورد می‌شود. شیوع بیماری‌های خلقی از نوع افسردگی در مطالعات مختلف بسیار متغیر و بر حسب عوامل خطر، از ۳ تا ۳۰ درصد گزارش شده است (۱۱ و ۱۲). بسیاری از محققین به این موضوع اعتقاد دارند که عوامل کلی و اختصاصی بسیاری در ایجاد افسردگی نقش دارند. بیماری‌هایی با درمان مشکل و طول کشیده از جمله نازایی از این دسته هستند. در یک مطالعه شیوع افسردگی در افراد نازا برابر با شیوع آن در افراد مبتلا به سرطان، بیماری‌های قلبی و فشار خون بالا به دست آمد (۱۳).

مطالعات متعددی جهت کشف رابطه علت و معلولی بین افسردگی و نازایی انجام شده است. یافتن جهت بردار رابطه علت و معلولی بین نازایی و افسردگی نیازمند مطالعات آینده‌نگر و بررسی میزان بروز بیماری در جمعیت در معرض خطر است، ولی در مطالعات انجام شده این طور به نظر می‌رسد که جهت بردار از نازایی (علت) به سمت اختلالات روان‌تنی (معلول) است (۱۴ و ۱۵).

در مطالعه‌ی حاضر شیوع امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک که می‌تواند بر آوردی از شیوع افسردگی باشد، در بیماران مورد مطالعه ۰/۸ درصد به دست آمده است. مرکز نازایی شریعتی یک مرکز ارجاع است و بیماران مراجعه‌کننده به این مرکز در مطب‌ها و مراکز دیگر، درمان‌های اولیه نازایی را دریافت کرده‌اند و ارجاع آنان به این مرکز از دیدگاه بیمار، حاکی از مشکل بودن درمان بیماری آنان است که این موضوع می‌تواند یک عامل مستعدکننده و توجیه‌کننده شیوع بالای امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک باشد. نشان داده شده است که عدم موفقیت درمان

نازایی یک عامل مستعدکننده افسردگی است (۱۶). به جز عوامل مستعدکننده افسردگی، در افراد نابارور یک سری عوامل مستعدکننده اختصاصی در رابطه با مشکل نازایی می‌تواند آنها را بیش از پیش در معرض افسردگی قرار دهد. از جمله می‌توان از عدم موفقیت درمان، مدت نازایی ۲ تا ۳ سال، نوع نازایی، باروری قبلی زوج یا زوج، هزینه درمان بالا، افزایش آزمون‌های تشخیصی و درمان‌های انجام شده قبلی، جنس زن، میزان تمایل طرفین به داشتن فرزند، علت نازایی، تحصیلات بالا، سطح اقتصادی اجتماعی پایین و عدم همکاری همسر را نام برد. در مطالعه حاضر عامل سن در شیوع افسردگی دخالتی نداشت. این موضوع در سایر مطالعات نیز نشان داده شده است (۱۷ و ۲۰). مدت نازایی در بدو مراجعه یک عامل مهم برای غربالگری افراد در معرض خطر به شمار می‌رود و در مطالعات متعددی به این موضوع اشاره شده است که در محدوده زمانی خاصی از این دوره (۲-۳ سال) افراد در خطر افسردگی هستند. بعد از این دوره بروز بیماری کاهش می‌یابد (۲ و ۱۷ و ۱۸). همچنین نشان داده شده است که شدت افسردگی ایجاد شده پس از درمان ناموفق با مدت نازایی ارتباط مستقیم دارد (۱۶). در مطالعه حاضر میانگین مدت نازایی در گروه با امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک نسبت به گروه با امتیاز منفی بالاتر بود. البته باید دقت کرد که مطالعات ذکر شده و مطالعه ما هیچ‌کدام از نوع آینده‌نگر نبوده‌اند. برای یافتن ارتباط دقیق افسردگی و تغییرات آن در طول زمان با نازایی طراحی مطالعات آینده‌نگر الزامی است.

نازایی به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود. در این مطالعه تفاوتی بین شیوع امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک در بین دو گروه به دست نیامد اما سایر محققین به این موضوع اشاره دارند که داشتن فرزند از میزان استرس در

ایرانی با سایر جوامع باشد. به هر حال جهت تأیید و کشف جزئیات ارتباط مسایل اقتصادی و سطح اجتماعی با افسردگی در افراد نازا، طراحی مطالعه‌ای که مؤلفه‌های اقتصادی اجتماعی و فرهنگی در آن بررسی شود، با ارزش است. نکته‌ی مهم دیگر در این زمینه که جزء محدودیت‌های این مطالعه باید از آن نام برده شود، استفاده از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک برای افراد بی‌سواد است. چون پرسش‌نامه توسط خود فرد یا فرد دیگر می‌تواند نوعی خطا<sup>۶</sup> محسوب شود، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از روش‌های دیگر اندازه‌گیری مثل معاینه توسط روان‌پزشک استفاده شود.

علت نازایی یکی از مسایل مهم در ایجاد افسردگی است. گزارش شده است که نازایی با علت نامعلوم خطر افسردگی را بالا می‌برد (۲ و ۱۷). در مطالعه‌ای جدید محققین نازایی را بر حسب علت به انواع عضوی، عملکردی<sup>۷</sup> و نامعلوم تقسیم کرده‌اند و دیده‌اند که افراد با نازایی عملکردی خصوصیات روان‌تنی خاصی در ارتباط با علت نازایی نشان می‌دهند (۲۱). در مطالعه حاضر، ملاک نوع نازایی اعتقاد شخص از موضوع قرار داده شده است. بدین معنا که با سوال از افراد که علت نازایی شما چیست و ثبت پاسخ وی، متغیر مربوطه به چهار شکل علت زنانه، مردانه، توأم، و نامعلوم تقسیم شد. در این مطالعه شیوع امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک در خانم‌های با علت نازایی توأم (۵۷/۶ درصد) بیش از بقیه بود. در مطالعات سایر محققین علت نازایی به تفکیک تقسیم‌بندی شده است و شیوع افسردگی با نازایی با علت نامعلوم بیشتر از همه به دست آمده است. به نظر نویسندگان این مقاله به دلیل اثرگذاری

افراد مراجعه‌کننده برای درمان نازایی ثانویه می‌کاهد (۲). تمایل مرد به بچه‌دار شدن نیز، احتمال افسردگی زن را افزایش می‌دهد (۱۹). شاید علت به دست نیامدن اختلاف معنادار در مطالعه ما عدم جدا کردن موارد نازایی ثانویه دارای فرزند و بدون فرزند باشد، هر چند در مجموع، تعداد افراد مبتلا به نازایی ثانویه که به مراکز تخصصی درمان نازایی ارجاع می‌شوند اندک است. بهتر است در مطالعات آینده نوع نازایی زن و مرد به طور جداگانه بررسی شود تا افراد در معرض خطر از این نظر شناسایی شوند. تحصیلات و موقعیت اجتماعی - اقتصادی نیز به طور کلی دو عامل مهم در ارتباط با افسردگی هستند. محققین نشان داده‌اند که میزان استرس در افراد نابارور با مقدار هزینه، دفعات آزمون‌های تشخیصی و درمان‌های انجام شده ارتباط مستقیم دارد (۱۷). سطح اقتصادی اجتماعی پایین نیز جزء عوامل مستعدکننده به افسردگی در نازایی معرفی شده است (۲۰). در این مطالعه بین افراد بی‌سواد بیشترین شیوع امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک دیده شد. نداشتن تحصیلات می‌تواند نشانه‌ای از موقعیت اجتماعی اقتصادی پایین باشد و می‌توان توضیح داد که در گروه‌های با موقعیت اجتماعی اقتصادی پایین، سطح بی‌سوادی بیشتر است. ما در مطالعه‌ی خود به جای تقسیم‌بندی افراد از نظر وضع اجتماعی اقتصادی، آنها را از نظر سطح تحصیلات تقسیم‌بندی کردیم. زیرا میزان درآمدها و مخارج افراد که تعیین‌کننده‌ی سطح اقتصادی آنها است، به طور کامل قابل دسترسی نیست در حالی که به دست آوردن میزان واقعی تحصیلات خطای کمتری دارد. در ضمن شیوع کمتر افسردگی در افراد تحصیل کرده در سایر مطالعات با یافته این مطالعه مغایر است (۲ و ۱۷). این موضوع می‌تواند به تفاوت مسایل فرهنگی مورد توجه در جامعه

6 - Bias

7 - functional

نیز شیوع امتیاز مثبت پرسش‌نامه افسردگی بک در افراد با سابقه درمان‌های کمک باروری یا جراحی بیشتر از سایرین بود.

زوجین نابارور و به ویژه خانم‌های نابارور از داشتن حمایت‌های روان پزشکی سود می‌برند (۲۲). یافتن عوامل مستعدکننده افسردگی در افراد نابارور و غربالگری افراد در معرض خطر و حمایت محافظت آنها از این نظر می‌تواند در بهبود نتیجه درمان نازایی در این افراد بسیار با ارزش باشد.

اعتقادات فردی بر شرایط روانی، یکی از روش‌های تقسیم‌بندی می‌تواند تقسیم‌بندی چهارگانه مورد استفاده در این مقاله باشد و شیوع بیشتر افسردگی در گروه ذکر شده نشان‌دهنده دیدگاه بیمار از شدت بیماری است که وی را به طرف افسردگی سوق می‌دهد. تفاوت نتایج در این مطالعه و سایر مطالعات را می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی یا تفاوت‌های تقسیم‌بندی نسبت داد.

تعداد دفعات درمان و ناموفق بودن درمان نیز از عوامل مستعدکننده فرد نازا به افسردگی هستند (۱۷ و ۲۰). در مطالعه‌ی حاضر

### منابع

1 - Zung WW, Boardhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Fam Pract.* 1993; 37(4): 337-44.

2 - Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril.* 1992; 58(6): 1158-63.

3 - Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard L, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Hum Reprod.* 2001; 16(8): 1753-61.

4 - Lu Y, Yang L, Lu G. Mental status and personality of infertile women. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1995; 30(1): 34-7.

5 - Facchinetti F, Matteo ML, Artini GP, Volpe A, Genazzani AR. An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in-vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril.* 1997; 67 (2): 309-14.

6 - Demythanaere K, Bonte L, Gheldof M, Vervaeke M, Meuleman C, Vanderschuerem D, et al. Coping style and depression level influence outcome of in-vitro fertilization. *Fertil Steril.* 1998; 69(6): 1026-33.

7 - Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961; 4: 561-571.

8 - Beck A, Steer R, Garbin M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988; 8: 122-132.

9 - Trail M, Nelson ND, Van JN, Appel SH, Lai EC. A study comparing patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers on measures of quality of life, depression, and their attitudes toward treatment options. *J Neurol Sci.* 2003; 209 (1-2): 79-85.

10 - Epstein YM, Rosenberg HS, Grant TV, Hemenway AN. Use of internet as the only outlet for talking about infertility. *Fertil Steril.* 2002; 78(3): 507-14.

11 - Tekbas OF, Ceylan S, Hamzaoglu O, Hasde M. An investigation of the prevalence of depressive symptoms in newly recruited young adult men in Turkey. *Psychiatry Res.* 2003; 15(1-2): 55-62.

12 - Patten SB, Stuart HL, Russell ML, Maxwell CJ, Arboleda - Florez J. Epidemiology of major depression in a predominantly rural health region. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38 (7): 360-365.



- 13 - Domar AD, Zuttermeister M, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1993; 14 Suppl: 45-52.
- 14 - Boivin J, Takefman JE. Stress level stages of in-vitro fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertil Steril*. 1995; 64 (4): 802-10.
- 15 - Lalos A, Lalos O, Jacobsson L, Von Schoultz B. The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1985; 64(7): 599-604.
- 16 - Lok IH, Lee DT, Cheung LP, Chung WS, Lo WK, Haines CJ. Psychiatric morbidity amongst infertile Chinese women undergoing treatment with assisted reproductive technology and the impact of treatment failure. *Gynecol Obstet Invest*. 2002; 53 (4): 195-90.
- 17 - Abbey A, Halman LJ, Andrews FM. Psychosocial, treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertil Steril*. 1992; 57(1): 122-8.
- 18 - Kee BS, Jung BS, Lee SH. A study on psychological strain in IVF patients. *J Assist Reprod Genet*. 2000; 17 (8): 445-8.
- 19 - Peterson BD, Newton CR, 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.
- 20 - Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer P, Kehde S, Kohn FM, Schroeder-Printzen I, et al. Treatment related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*. 1999; 31(1): 27-35.
- 21 - Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod*. 2002; 17 (11): 2986-94.
- 22 - McNaughton-Cassil ME, Bostwick JM, Arthur NJ, Robinson RD, Neal GS. Efficacy of brief couples support groups developed to manage the stress of in-vitro fertilization treatment. *Mayo Clin Proc*. 2002; 77 (10): 1060-6.