

● مقاله تحقیقی



بررسی فراوانی اضطراب و افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان با افزایش سطح اندرودن خون

چکیده

مقدمه: بررسی حاضر با هدف تعیین فراوانی اضطراب و افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان با افزایش سطح اندرودن خون مراجعه کننده به یک کلینیک خصوصی در شمال تهران انجام شد.

بررسی حاضر یک بررسی مقطعی توصیفی - تحلیلی است. در این مطالعه ۵۵ زن ۳۸-۱۶ ساله با افزایش سطوح سرمی تستوسترون و یا آندرستن دیون و یا نشانه‌های بالینی هیرسوتیسم مراجعه کننده به یک کلینیک خصوصی در شمال تهران از خرداد ماه ۱۳۷۹ تا خرداد ماه ۱۳۸۰ شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه کتبی شامل سوالات Spielberger state-trait جمعیت شناختی، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر Anxiety Inventory و پرسشنامه افسردگی بک Beck depression Inventory بود. داده‌های پژوهش به کمک آزمون α و آنالیز واریانس یک طرفه تحلیل گردیدند.

میانگین اضطراب آشکار $44/35$ ، اضطراب پنهان $25/47$ و افسردگی $22/20$ بود. بین اضطراب آشکار با وضعیت نازایی، بین اضطراب پنهان با تعداد بارداری‌های کامل و وضعیت نازایی و بین افسردگی با سن، سواد، وضعیت نازایی، وضعیت اشتغال و انجام ورزش ارتباط معنی دار وجود داشت ($P < 0.05$).

میزان اضطراب و افسردگی این زنان بالا بود بنابر این پیشنهاد می‌شود در زمینه انجام ورزش و سایر تکنیکهای کاهش اضطراب و افسردگی آموزش بینند.

واژه‌گان کلیدی: اضطراب، افسردگی، هیپرآندرودنیک، نازایی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۷/۰۵/۸۶
تاریخ اصلاح نهایی: ۲۴/۱۰/۸۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۲/۰۷/۸۶

- *دکتر گیتی ستوده
- دکتر فریدون سیاسی ۲
- دکتر شیرین لسان ۳
- دکتر سیدریحان میردامادی ۴
- مریم چمری ۵

- ۱- دکترای علوم تغذیه، دانشیار دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۲- دکترای علوم تغذیه، استاد دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۳- دکترای آموزش بهداشت، استادیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- فوق تحصص غدد مترشحه داخلی، استادیار دانشگاه تربیت مدرس
- ۵- کارشناس علوم تغذیه، دانشکده بهداشت و انسیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*نشانی نویسنده مسئول: تهران، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه تغذیه و بیوشیمی

تلفن: ۸۹۶۲۳۵۷

پست الکترونیک:

gsotodeh@sina.tums.ac.ir

مقدمه

طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است (۱). این سازمان اضطراب را در راس اختلالات روانی با آمار ۴۰۰ میلیون نفر مبتلا در جمعیت جهان تخمین می‌زند (۲). بنابر این، در میان اختلالات روانی، اختلالات اضطرابی احتمالاً شایع‌ترین اختلال می‌باشد. مطالعات نشان داده است که احتمال ابتلا زنان به اضطراب بیش از مردان است (۳). اگرچه اضطراب برای بیشتر افراد یک عکس العمل بهنجار و گذراست و موجب حفاظت آنان در برابر صدمات بالقوه می‌گردد (۴). ولی اضطراب بیمارگونه با نگرانی، ترس، تشویش، فکرهای مزاحم، علائم فیزیکی و احساس تنفس همراه است (۵) و موجب تضعیف عملکرد فرد می‌شود (۶).

از طرف دیگر نشان داده شده است که شیوع ۶ ماهه افسردگی اساسی از ۳/۸ تا ۹/۹ درصد در کشورهای مختلف اروپایی متغیر می‌باشد و حتی علائم زیرنشانگان (subsyndromal) افسردگی بیشتر بوده است. مطالعات در زمینه عوامل مرتبط با افسردگی نتایج متعددی را نشان داده اند، اما تقریباً همیشه در زنان شیوع افسردگی بیش از مردان گزارش شده است. علاوه بر وقوع مکرر، افسردگی یک حالت بسیار ناتوان کننده است. افراد افسرده اختلال آشکاری را در سازگاری اجتماعی چه کوتاه مدت و چه دراز مدت نشان می‌دهند. افسردگی بر کیفیت زندگی افراد تاثیر می‌گذارد و عملکرد آنان را حتی بیش از اختلال اضطراب و به اندازه شایع‌ترین بیماری‌های پزشکی تضعیف می‌کند (۷).

همچنان نشان داده شده که نمره هیرسوتیسم بطور معنی داری با مشکل اضطراب ارتباط دارد (۱۰).

با توجه به اینکه برخی از زنان با افزایش سطح اندروغن خون، با مشکلاتی از جمله ناباروری روبرو هستند که تمام جنبه‌های زندگی شخصی آنان را تحت الشاع قرار می‌دهد (۱۱). احتمالاً در مقایسه با سایر زنان، بیشتر در معرض خطر ابتلاء به افسردگی و اضطراب می‌باشند. امروزه تاثیرات روانشناختی ناباروری بطور گسترده‌ای تایید شده است. اضطراب و افسردگی جزء رایج ترین تظاهرات گزارش شده روانشناختی ناباروری می‌باشد. به عبارتی ناباروری اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی را افزایش می‌دهد (۱۱-۱۵).

با توجه به اینکه زنان با افزایش سطح اندروغن خون در معرض خطر بالاتر افسردگی و اضطراب قرار دارند مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی اضطراب و افسردگی در این زنان و ارتباط آن با برخی عوامل شامل سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، وضعیت تأهل، تعداد بارداری‌های کامل، نازایی و ورزش انجام شده است تا در صورت بیشتر بودن این میزان نسبت به سایر مطالعات، توصیه هایی در زمینه کاهش این مشکل ارائه گردد.

روش

نوع مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی است. با توجه به مطالعات قبلی در ایران که شیوع افسردگی و اضطراب را به ترتیب ۳/۸ و ۲/۳ درصد گزارش کرده اند (۱) برای برآورد حجم نمونه p برابر $3/8$ درصد و d برابر $0/05$ در نظر گرفته شد که بدین ترتیب تعداد نمونه حدود ۵۵ نفر برآورد گردید.

طبق بررسی انجام شده در ایران افسردگی و اضطراب به ترتیب با شیوع ۳/۸ و ۲/۳ درصد در راس اختلالات روانی قرار دارند. طبق همین بررسی به ترتیب ۲۱ و ۲۰/۸ درصد افراد مورد بررسی از علائم افسردگی و اضطراب رنج می‌برند (۱).

با توجه به اینکه زنان بیشتر از مردان از افسردگی رنج می‌برند بهمین جهت ممکن است هورمونها در سبب شناسی این بیماری موثر باشند. انتیتو بهداشت ملی آلمان خواستار انجام مطالعه‌ای جهت کاهش مشکلات روانی بخصوص در زنان پس از یائسگی شده است (۸). زیرا این زنان ۲ برابر بیشتر از مردان از افسردگی و اختلالات خلقی رنج می‌برند. احتمالاً افسردگی در زنان علاوه بر علت اجتماعی، یک علت زیستی نیز دارد. هیپرآندروژنیک بودن با سندروم تخمدان پلی سیستیک، ریزش مو، آکنه، افزایش احتمالی خطر سلطان پستان، دیابت تیپ ۲ و افسردگی مرتبط است. سطوح بالای اندروغن زنان و مردان را پرخاشگر می‌کند و ممکن است آنان را بسوی رفتارهای ضد اجتماعی هدایت کند که این خود موجب افسردگی آنان می‌شود. این یک یافته بحث برانگیز است که افسردگی در زنان ممکن است در سطوح بسیار پایین و بسیار بالای آندروژن افزایش یابد (۸).

در زمینه ارتباط بین اضطراب و میزان هورمونهای خون در زنان تا بحال مطالعه ای انجام نگرفته است. البته مشخص شده که بیماران مبتلا به سندروم تخمدان پلی سیستیک، اختلالات روانشناختی بیشتری در زمینه اختلالات وسوسی اجباری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، عصبانیت و روان پریشی، همراه با درجه کمتری از رضایتمندی از زندگی دارند (۹).

در ایران نیز، آزمون افسردگی بک در یک نمونه ۱۱۶ نفری مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب همبستگی نمرات دو بخش با نمره کل آزمون، بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی مقیاس، ۰/۸۵ بود. پایابی تصفیه مقیاس با استفاده از فرمول (spearman-spearman) تصحیح اسپیرمن براون (brown) بود (۰/۸۱ brown).

آزمون ۲۱ موضوعی بک شامل یکسری از جملات در ارتباط با علائم ویژه افسردگی است. موضوعات که بصورت جمله هایی این آزمون معرفی شده اند وضعیت موجود شخص را توصیف شده اند و پیش از این آزمون می کنند. یک شکل کوتاه شده از آزمون بک بصورت ۱۳ موضوعی هم در دسترس هست که بک آن آزمون را برای غربالگری معرفی کرده است. در این آزمون هر جمله از صفر تا ۳ نمره گذاری شده است موضوعات و ارزش گذاری آنها بطور منطقی می باشد (۲۱) ما در این تحقیق از این آزمون استفاده کردیم.

داده ها از طریق SPSS تحت [SPSS INC, 1993] windows تجزیه و تحلیل شدند. جهت مقایسه میانگین ها از آزمون t یا آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید.

یافته ها

۵۸/۹ درصد افراد مورد بررسی در گروه سنی ۲۵-۲۵ سال و ۴۱/۱ درصد در گروه سنی ۳۶-۳۸ سال بودند.

از نظر تحصیلات ۳/۶ درصد افراد بیسوساد بودند، ۲۵ درصد تحصیلات تا سوم راهنمایی، ۴۱/۱ درصد تحصیلات دبیرستانی و دیپلم و ۳۰/۳ درصد تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. ۵۳/۶ درصد افراد دارای منزل شخصی و ۴۶/۴ درصد فاقد منزل شخصی بودند. ۲۶/۸

تفسیری جهت اضطراب آشکار و پنهان و افسردگی عبارتند از: اضطراب آشکار: -۲۰-۳۱ اضطراب خفیف، ۴۲-۴۲ متوسط به پائین، ۴۳-۵۳ متوسط به بالا، ۵۴-۶۴ نسبتاً شدید، ۷۵-۶۵ شدید، ۷۶ به بالا بسیار شدید. اضطراب پنهان: ۳۱-۲۰ اضطراب خفیف، ۴۲-۴۲ متوسط به پائین، ۵۲-۴۳ متوسط به بالا، ۵۳-۶۲ نسبتاً شدید، ۷۲-۶۳ شدید، ۷۳ به بالا بسیار شدید. افسردگی: ۴-۰ هیچ یا کمترین، ۵-۷ خفیف، ۸-۱۵ متوسط، بیشتر از ۱۵ و خیم.

پایابی هر دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان برای اجرا بر روی آزمودنی های گروه هنجار که شامل ۶۰۰ نفر بودند بر اساس فرمول آلفای کرانباخ محاسبه گردیده است، پایابی مقیاس اضطراب آشکار ۰/۹۱ و پایابی مقیاس اضطراب پنهان ۰/۹۰ و برای مجموع آزمون، پایابی مقیاس ۰/۹۴ بدست آمده است. برای مطالعه روایی، از شیوه ملاکی همزمان استفاده شده است که بر اساس این مطالعه در هر دو مورد مقیاس اضطراب آشکار و پنهان و همچنین کل آزمون، تفاوت های معنی داری در سطوح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ بین گروه هنجار و ملاک و بر اساس مقایسه میانگین ها حاصل شده است (۱۶).

پرسشنامه افسردگی بک، از جمله ایزارهای خودسنجی افسردگی می باشد (۱۷). ثبات درونی این آزمون ۰/۹۲-۰/۷۳ با میانگین ۸۶/۰ گزارش شده است و ضریب آلفا برای جمعیت های روانپزشکی ۰/۸۰ و برای جمعیت های غیرروانپزشکی ۰/۸۱ می باشد (۱۸). پایابی آزمون بک با روش آزمون - آزمون مجدد با توجه به فاصله بین دو آزمون و جمعیت مورد مطالعه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. علاوه بر آن، اعتبار سازه، ملاکی و محتوی این آزمون نیز در حد بالایی است (۱۹).

بنابراین ۵۵ زن ۱۶-۳۸ ساله با افزایش سطوح سرمی تستوسترون ($\text{nmol/l} \geq 3/2 \text{ pg/ml}$) و یا آندروستن دیون (امتیاز $8 \leq \text{Gallwey}$ و Ferriman مراجعه کننده به یک کلینیک خصوصی در شمال تهران از خرداد ماه ۱۳۷۹ تا خرداد ماه ۱۳۸۰ به روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. با استفاده از کیت مخصوص سطوح ناشناختی تستوسترون (Specter, Finland) دیون (Immunotech, France) با روش رادیوایمونوآسی (RIA) اندازه گیری شدند.

هیچ یک از افراد مورد بررسی، مکمل ویتامین، داروهای هورمونی، داروی آنتی آندروژن یا دیگر داروهای موثر بر عملکرد بررسی دریافت نکرده بودند و هیچ یک از آنان مبتلا به پرفشاری خون، بیماری کبدی، دیابت، بیماری قلبی، کوشینگ، هیپرپلازی مادرزادی آدنال، تومورهای تخمدان و آدنال، پرولاکتین بالا و بیماری های تیروئید نبودند.

ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه کتبی شامل سوالات جمعیت شناختی، پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) افسردگی بک (Beck Depression Inventory) بود.

پرسشنامه اشپیل برگر در ایران هنجاریابی شده است. این پرسشنامه دارای چهل عبارت است، عبارتها در دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، ویژگی اضطراب را به دو صورت "حالت" و "صفت" می سنجند. نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان می تواند در دامنه ای بین ۲۰ تا ۸۰ قرار بگیرد. ملاک های



یافته های مطالعه ای در بیمارانی که باروری آزمایشگاهی (In Vitro Fertilization: IVF) شده بود نشان داد که زنان ناباور افزایش معنی دار علائم اضطراب پنهان و افسردگی نسبت به زنان بارور دارند و اضطراب و افسردگی در زنانی که باروری آزمایشگاهی آنها با شکست روبرو می شود بطور معنی داری بیشتر از افرادی است که درمان موفقیت آمیز داشته اند(۱۴). تحقیقی نشان داد که پس از اولین شکست درمانی در باروری آزمایشگاهی و تلقیح اسپرم به داخل سیتوپلاسم Cytoplasmic Sperm Injection: ICSI) اضطراب زنان افزایش می یابد(۲۲). یافته های مطالعه ای نیز مشخص نمود که بین نمره افسردگی و اضطراب با مدت ناباوری همبستگی معنی دار وجود دارد(۲۳).

یافته های بررسی حاضر نشان داد در گروه سنی ۱۶-۲۵ سال میانگین اضطراب آشکار، پنهان و افسردگی بیش از گروه سنی ۲۶-۳۸ سال بود، که این تفاوت در مورد افسردگی معنی دار شد. بنابر این، این طور به نظر می رسد که با بالا رفتن سن، انطباق و سازش با شرایط موجود بیشتر و نتیجتاً اضطراب و افسردگی کاهش می یابد. این در حالی است که اضطراب در جامعه هنجرار با افزایش سن نه تنها کاهش نمی یابد بلکه تا حد کمی نیز افزایش دارد(۱۶). نتایج بررسی حاضر تا حدی تایید کننده نتایج مطالعه دیگری در این زمینه است که نشان داد اضطراب و افسردگی در گروه سنی ۲۳-۲۷ سال بیشترین فراوانی را دارد(۲۳).

نتایج بررسی حاضر نشان داد میانگین اضطراب آشکار و افسردگی با افزایش تحصیلات کاهش می یابد و این کاهش در مورد افسردگی معنی دار شد. بنابر این، می

را در زنان دارای افزایش سطح اندروژن خون مراجعه کننده به یک کلینیک خصوصی مورد بررسی قرار داده است. از آنجایی که مطالعه ای کاملاً مشابه با این بررسی در زنان با افزایش سطح اندروژن خون انجام نشده است نتایج بررسی حاضر با یافته های تحقیقات مشابه مقایسه می گردد.

نتایج این بررسی نشان داد که میانگین اضطراب آشکار(۴۴/۳۵) و اضطراب پنهان (۴۷/۲۵) در زنان با افزایش سطح اندروژن خون نسبت به این میانگین ها در گروه هنجرار (که به ترتیب ۴۱/۸ و ۴۲/۱۶ می باشد)(۱۶) بالاتر بود. همچنین در این گروه به ترتیب ۲۵/۵ و ۷۴/۵ درصد افراد دارای افسردگی متوسط و وخیم بودند و هیچ فردی در گروه افسردگی خفیف قرار نگرفت.

با توجه به اینکه در کل کشور میزان شیوع افسردگی ۳/۸ درصد می باشد و ۲۱ درصد افراد از علائم افسردگی رنج می برند(۱) می توان گفت در زنان با افزایش سطح اندروژن خون میزان افسردگی بالاست. نتایج مطالعه حاضر تایید کننده یافته های مطالعات دیگران در موارد مشابه می باشد. مطالعه ای در ۶۷ زن مبتلا به هیرسوتیسم نشان داد درصد بالایی از بیماران از مشکلات احساسی مانند افسردگی، اضطراب و تحریک پذیری رنج می برند بطوری که نمره هیرسوتیسم بطور معنی داری با مشکلات اضطرابی ارتباط داشت(۱۰).

بررسی حاضر نشان داد میزان اضطراب آشکار، پنهان و افسردگی در زنان هیپرآندروژنیک نازا بطور معنی داری بیش از زنان غیرنازا بود. این نتایج تایید کننده یافته های مطالعات دیگر در این زمینه می باشد(۱۴ و ۲۲، ۲۳).

درصد زنان مجرد و ۷۳/۲ درصد متاهل بودند.

از نظر وضعیت اشتغال ۶۲/۵ درصد افراد خانه دار و ۳۷/۵ درصد شاغل بودند. بیشترین درصد همسران افراد مورد بررسی (۳۳/۹ درصد) شغل آزاد داشتند و بقیه دارای مشاغل کارمندی، مهندسی یا پزشکی وغیره بودند. ۱/۸ درصد همسران بیکار بودند.

۶۱ درصد افراد متاهل نازا بودند. ۶۹/۶ درصد افراد ورزش نمی کردند و بقیه به میزانهای متفاوت ورزش می کردند. میانگین و انحراف معیار اضطراب آشکار، پنهان و افسردگی در جدول شماره ۱ آمده است. با توجه به معیارهای رتبه بندی اضطراب و افسردگی، به ترتیب ۱۴/۵، ۲۵/۵، ۲۵/۱، ۴۲/۱، ۱۴/۳ و ۳/۶ درصد افراد از اضطراب آشکار خفیف، متوسط به پایین، متوسط به بالا، نسبتاً شدید و شدید و ۵/۴، ۲۷/۳، ۴۰/۰۰، ۱۸/۲ و ۹/۱ درصد از اضطراب پنهان خفیف، متوسط به پایین، متوسط به بالا، نسبتاً شدید و شدید رنج می برند و به ترتیب ۲۵/۵ و ۷۴/۵ درصد افراد دارای افسردگی متوسط و وخیم بودند. همان طور که در جداول شماره ۲ و ۳ آمده است، بین اضطراب آشکار با وضعیت نازایی (P < ۰/۰۳)، بین اضطراب پنهان با تعداد بارداری های کامل (P < ۰/۰۰۶)، و وضعیت نازایی (P < ۰/۰۰۱)، و بین افسردگی با سن (P < ۰/۰۰۴)، سواد (P < ۰/۰۰۲)، وضعیت نازایی (P < ۰/۰۰۵)، وضعیت اشتغال (P < ۰/۰۰۴)، و انجام ورزش (P < ۰/۰۰۵) ارتباط معنی دار وجود دارد.

بحث

تحقیق انجام شده ، فراوانی و شدت اضطراب و افسردگی و عوامل مرتبط با آن

افسردگی معنی دار بود. بنابر این، به نظر می رسد انجام فعالیت های فیزیکی و ورزش باعث کاهش اضطراب و افسردگی در این زنان می شود.

در مجموع می توان گفت میزان اضطراب و افسردگی در زنان مورد مطالعه زیاد است. با توجه به این که نتایج پژوهشی نشان داده بین عوامل روانشناسنخی و احتمال حاملگی پس از باروری آزمایشگاهی، بعد از کنترل سایر عوامل، ارتباط معنی داری وجود دارد(۲۴). بنابر این پیشنهاد می شود با تشویق این زنان در زمینه انجام ورزش و سایر تکنیک های کاهش اضطراب و افسردگی از جمله آرام سازی اضطراب و افسردگی آنان را کاهش و احتمال بارداری آنان را افزایش داد.

و افسردگی در زنان خانه دار در مقایسه با زنان شاغل بیشتر است(۲۳). بنابر این، احتمالاً شاغل بودن می تواند در کاهش اضطراب و افسردگی موثر باشد. البته در گروه هتجار نیز زنان خانه دار میزان اضطراب آشکار و پنهان بالاتری نسبت به زنان شاغل داشتند(۱۶).

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد میانگین اضطراب آشکار، پنهان و افسردگی در کسانی که منزل شخصی داشتند بطور غیرمعنی داری از نظر آماری کمتر از افرادی بود که منزل آنها شخصی نبود که دلیل احتمالی آن احساس امنیت بیشتر در این افراد است.

طبق نتایج بررسی حاضر میانگین اضطراب آشکار، پنهان و افسردگی در کسانی که ورزش می کردند کمتر از افرادی بود که ورزش نمی کردند و این اختلاف در مورد

توان گفت احتمالاً تحصیلات بیشتر می تواند در کاهش اضطراب و افسردگی موثر باشد. این نتایج در زمینه افسردگی منطبق با نتایج یک مطالعه در ایران و در زمینه اضطراب مغایر با نتایج همان مطالعه می باشد(۲۳).

طبق یافته های بررسی حاضر، میانگین اضطراب آشکار، پنهان و افسردگی در زنان متاهل بطور غیرمعنی داری از نظر آماری بیش از مجردین بود. علت احتمالی این افزایش را می توان در گیری بیشتر این افراد با مشکل نازایی دانست.

همچنین، نتایج بررسی حاضر نشان داد میزان اضطراب آشکار، پنهان و افسردگی در زنان شاغل کمتر از زنان خانه دار بود که این کاهش در مورد افسردگی معنی دار شد. این نتایج منطبق با نتایج پژوهشی در این زمینه می باشد که نشان داد اضطراب

| جدول ۱: میانگین و انحراف معیار اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و افسردگی در زنان با افزایش سطح اندرونی خون | | |
|---|---------|--------------|
| انحراف معیار | میانگین | |
| ۱۱/۱ | ۴۴/۳۵ | اضطراب آشکار |
| ۱۰/۲ | ۴۷/۲۵ | اضطراب پنهان |
| ۵/۹۹ | ۲۰/۲۲ | افسردگی |

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و افسردگی بر حسب سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت مسکن

| افسردگی | اضطراب پنهان | اضطراب آشکار | متغیر(تعداد) |
|-------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| میانگین انحراف معیار | میانگین انحراف معیار | میانگین انحراف معیار | سن |
| ۶/۴۹ ۲۱/۵۸ ^a | ۱۰/۲۴ ۴۸/۶۱ | ۱۱/۳۲ ۴۴/۵۵ | (۳۲) ۱۶-۲۵ سال |
| ۴/۵۷ ۱۸/۱۸ | ۱۰/۰۴ ۴۵/۲۳ | ۱۱/۰۲ ۴۴/۰۵ | (۲۲) ۲۶-۳۸ سال |
| | | | <u>تحصیلات</u> |
| | | | بی سواد تا سوم |
| ۶/۱۲ ۲۲/۲۷ ^b | ۹/۹۸ ۴۸/۴۷ | ۱۱/۴۶ ۴۷/۷ | (۱۵) راهنمایی |
| ۶/۲۸ ۲۰/۷۸ | ۱۰/۲۶ ۴۹/۱۳ | ۱۲/۳۰ ۴۴/۵۷ | (۲۳) دبیرستان و دیپلم |
| ۳/۴۹ ۱۶/۷۶ | ۹/۹۷ ۴۳/۶۵ | ۸/۴۱ ۴۱/۰۶ | (۱۷) بالاتر از دیپلم |
| | | | <u>وضعیت اشتغال</u> |
| ۶/۱۶ ۲۱/۰۶ ^c | ۱۰/۰۰ ۴۸/۳۵ | ۱۱/۵۰ ۴۵/۰۳ | (۳۴) خانه دار |
| ۵/۱۳ ۱۸/۰۵ | ۱۰/۵۲ ۴۵/۴۸ | ۱۰/۶۰ ۴۳/۲۴ | (۲۱) شاغل |
| | | | <u>وضعیت مسکن</u> |
| ۵/۴۲ ۱۹/۰۰ | ۹/۳۰ ۴۵/۸۶ | ۱۰/۴۵ ۴۲/۲۸ | (۲۹) شخصی |
| ۶/۴۰ ۲۱/۵۸ | ۱۱/۱۱ ۴۸/۸۱ | ۱۱/۵۴ ۴۶/۶۵ | (۲۶) غیرشخصی |

اختلاف آماری معنی دار (آزمون t یا آنالیز واریانس)، بین هر متغیر: $-a < t = 2/1$ و $p < 0/04$ ، $-b < t = 2/2$ و $p < 0/02$ ، $-c < t = 2/5$ و $p < 0/007$

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و افسردگی بر حسب وضعیت تأهل ، تعداد بارداری های کامل، نازایی و انجام ورزش

| افسردگی | اضطراب پنهان | اضطراب آشکار | متغیر(تعداد) |
|-------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| میانگین انحراف معیار | میانگین انحراف معیار | میانگین انحراف معیار | وضعیت تأهل |
| ۵/۹۶ ۱۹/۶۷ | ۱۱/۸۸ ۴۷/۰۷ | ۱۰/۵۱ ۴۲/۶۷ | (۱۵) مجرد |
| ۶/۰۶ ۲۰/۴۳ | ۹/۶۷ ۴۷/۳۳ | ۱۱/۳۸ ۴۴/۹۸ | (۴۰) متاهل |
| | | | <u>تعداد بارداری های کامل</u> |
| ۵/۱۹ ۲۰/۵۷ | ۸/۲۰ ۵۰/۰۷ ^a | ۱۱/۳۷ ۴۷/۷۵ | (۲۸) دارد |
| ۸/۰۱ ۲۰/۰۸ | ۱۰/۱۳ ۴۰/۹۲ | ۱۰/۷۱ ۴۰/۸۳ | (۱۲) نداشته |
| | | | <u>نزاکتی</u> |
| ۶/۵۲ ۲۱/۸۸ ^d | ۷/۸۱ ۵۲/۱۳ ^c | ۱۰/۹۵ ۴۸/۰۴ ^b | (۲۴) دارد |
| ۴/۸۶ ۱۷/۹۴ | ۷/۴۳ ۳۹/۶۳ | ۱۰/۴۲ ۳۹/۶۹ | (۱۶) ندارد |
| | | | <u>ورزش</u> |
| ۳/۸۸ ۱۷/۸۲ ^e | ۱۰/۳۳ ۴۵/۵۳ | ۸/۹۸ ۴۰/۹۴ | (۱۷) می کند |
| ۶/۴۸ ۲۱/۲۹ | ۱۰/۱۹ ۴۸/۰۳ | ۱۱/۷۲ ۴۵/۸۷ | (۳۸) نمی کند |

اختلاف آماری معنی دار(Student t-test)، بین هر متغیر:

$t = 2/1$ و $p < 0/05$ -e ; $t = 2/2$ و $p < 0/001$ -d و $t = 5/1$ و $p < 0/006$ -c و $t = 2/4$ و $p < 0/02$ -b و $t = 3/2$ و $p < 0/05$ -a

مراجع

- ۱- نوربلا احمد؛ محمد کاظمی؛ باقری یزدی سید عباس؛ یاسمنی محمد تقی، نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۸۰
- ۲- حسینی ابوالقاسم، طیف مشکلات مربوط به بهداشت روانی، فصلنامه علمی-پژوهشی اصول بهداشت روانی، ۱۳۷۸، ۴-۶، ۱
- ۳- Kaplan HI, & Sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry*. Williams& Wilkins: Baltimore, 1998
- ۴- Noyes R, Hoehn R. *The Anxiety Disorders*. Cambridge University: United Kingdom
- ۵- Hernandez NE, Olb SK. Effects of relaxation on anxiety in primary caregivers of chronically ill children. *Paediatric Nursing* 1998; 24:51-56
- ۶- پیفر ورا ، اصول کنترل استرس، ترجمه آرین ابوک، انتشارات نسل نو اندیش، تهران، ۱۳۷۹
- ۷- Aluoja A, Leinsalu M, Shlik J, Vasa V, Luuk K. Symptoms of depression in the Estonian population: prevalence, sociodemographic correlates and social adjustment. *Journal of Affective Disorders* 2004; 78: 27-35
- ۸- Rohr UD. The impact of testosterone imbalance on depression and women's health. *Maturitas* 2002; 41: 25-46
- ۹- Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner AH, Schedlowski M, Janssen OE. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction women with polycystic ovary syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2003; 88:5801-7
- ۱۰- Consoli SM, Vexiau P, Consoli SG, Abramovici Y. Acceptability, tolerance and quality of life impact of cyproteroneacetate treatment in female hirsutism. Comparison of 2 protocols in combination with oral or transdermal estradiol. *Contraception Fertilite Sexualite* 1994; 22:783-7
- ۱۱- Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in mental health nursing* 2002; 23: 31-41
- ۱۲- Matsabayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T. Emotional Distress of Infertile Women in Japan. *Human Reproduction* 2001; 16: 966-969
- ۱۳- Eugster A, Vingerhoets AJM. Psychological aspects of invitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine* 1999; 48:575-589
- ۱۵- 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. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2002; 53: 195-9
- ۱۶- مهرام بهروز، راهنمای آزمون اضطراب آشکار و پنهان اشپیل برگر، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۳۷۲
- ۱۷- Endler NS, Marcrodimitris SD, Kocovski N. Depression : the complexity of self-report measures. *Journal of Applied Behavioral Research* 2000; 5:26-46
- ۱۸- Beck AT, Stees RA, Garbin MG. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1998; 8:77-100
- ۱۹- Groth-Marnat G. *The hand book of psychological assessment*. John Wiley & Sons: New York, 1990
- ۲۰- پورشهباز عباس، رابطه بین ارزیابی میزان استرس با رویا دهای زندگی و تیپ شخصیت در بیماران مبتلا به سرطان خون، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۲
- ۲۱- طهماسبی پور نجف، کمانگری مرتضی، بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی از بیماران بیمارستان های شهید هفتم تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص)، پایان نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۶
- ۲۲- Verhaak CM, Smeenk JM, Kremer JA, Braat DD, Kraaimaat FW. The emotional burden of artificial insemination: increased anxiety and depression following an unsuccessful treatment. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002; 146: 2335-8
- ۲۳- عابدی نیا نسرین؛ رمضان زاده فاطمه؛ اقصی ملک منصور، رابطه اضطراب و افسردگی با طول مدت نازایی، فصلنامه پایش، ۱۳۸۲، ۴، ۲۵۳-۲۵۸
- ۲۴- Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A, Van Minnen A, Zielhuis GA, Braat DD. The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction* 2001; 16: 1420



- 14- Kee BS, Jung BJ, Lee Sh. A study on psychological strain in IVF patient. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 2000; 17:445-8

Archive of SID