● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال دوم ، شمارهٔ ۳ پی‌درپی(۷) ، صفحه ۳۷ الی ۴۲ ، تابستان ۱۳۷۹

# ارزیابی افسردگی با استفاده از تست Beck و هامیلتون در خانمهای نازا (بابل،۱۳۷۸)

**هاجر پاشا**
کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

**سابقه و هدف:** ناباروری یکی از بحرانهای زندگی است که می‌تواند مشکلات روحی گوناگون از جمله افسردگی را در فرد ایجاد نماید، اما ویژگیهای فردی می‌تواند در چگونگی پاسخ به استرس ناشی از ناباروری مؤثر باشد که شناسایی آن در زنان نازا افسرده حائز اهمیت است. این مطالعه به منظور ارزیابی افسردگی و برخی عوامل موثر بر آن در زنان نازا افسرده و غیرافسرده مراجعه کننده به مرکز ناباروری فاطمه الزهرا (س) بابل، ۱۳۷۸ انجام گردید.

**مواد و روشها:** مطالعه به صورت توصیفی - تحلیلی و به روش مقطعی بوده است بطوریکه تعداد ۳۱۰ نفر از زنان نازا از بهمن ۱۳۷۷ لغایت مرداد ۱۳۷۸ انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده جهت جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه ویژگیهای فردی ، مقیاس بک و هامیلتون بوده است.

**یافته‌ها:** شیوع افسردگی در زنان نازا ۵۰/۶٪ که ۲۲/۶٪ از نوع خفیف، ۲۳/۲٪ متوسط و ۴/۸٪ شدید بوده است. میانگین سن در زنان نازا افسرده ۶/۱±۲۶/۹ و غیر افسرده ۶/۱±۲۷/۱سال بود. درصد عوامل زیر در زنان نازا یا افسردگی شدید در مقایسه با سایر گروهها بیشتر بوده است: خانه دار بودن، زندگی در روستا، وضعیت اقتصادی پایین، نازایی اولیه و همچنین اعتقاد به اینکه نازایی به عنوان مشکل بزرگ و مهم خانوادگی است. زنان نازا افسرده شدید از سطوح تحصیلات پایین‌تری برخوردار بودند و روابط مطلوبی با همسر نداشته‌اند. سابقه اقدام به خودکشی در ۱٪ زنان نازا و فقط در گروه افسرده بوده است.

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد که ویژگیهای فردی در زنان نازا افسرده و غیرافسرده متفاوت بوده است. لذا برقراری سیستم‌های مشاوره‌ای در جهت شناسایی افراد آسیب‌پذیر و در نتیجه بذل توجه درمانی خصوصاً در زنان افسرده شدید و متوسط و ایجاد حمایت اجتماعی در کیفیت سلامت جسمانی و روانی این افراد اهمیت ویژه‌ای خواهد داشت.

**واژه‌های کلیدی:** *افسردگی، زنان نازا، تست بک و هامیلتون*

## مقدمه

مادر شدن اولاترین وظیفه در زندگی زن می‌باشد (۱) و آرزوی بچه‌دارشدن یکی از محرکهای انسانی است(۲). اما متأسفانه تمام ازدواجها به باروری نمی‌انجامد و بعضی از آنها ناخواسته گرفتار تراژدی ناباروری می‌شوند (۳). متداولترین واکنش نسبت به نازایی واکنش سوگ است که بصورت دوره‌هایی از افسردگی خود را نشان می‌دهد (۴). افسردگی ناشی از ناباروری می‌تواند منجر به احساس یأس، ناتوانی در انجام کارهای روزمره، اضطراب، هیجان، بیقراری بی‌مورد و همچنین گرایش به خودکشی گردد که مسلم است این وضعیت نیاز به انجام فوری روان درمانی دارد. از طرفی همچنانکه ناباروری می‌تواند سبب بروز افسردگی در زوجین نازا گردد، عوامل عاطفی نیز می‌تواند

هزینهٔ این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شمارهٔ ۱۳۷۷۲۴ از اعتبارات معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.7.3 ]

احتمالاً به عنوان علت ناباروری تلقی گردد (۱). آمار و ارقام منتشره از طرف منابع بیانگر آن است که هر ساله در دنیا حداقل یکصد میلیون بیمار مبتلا به افسردگی تشخیص داده می‌شوند. در ایران افسردگی ۴۵ - ۳۵٪ بیماران روانی را تشکیل می‌دهد(۵). اما متأسفانه آمار دقیق در مورد شیوع افسردگی در زنان نابارور وجود ندارد. در بررسی بعمل آمده در چین (۱۹۹۵) ۸۳/۸٪ از زنان نازا فشارهای روحی را در همه سطوح و ۵۲٪ در سطوح متوسط و شدید دارا بودند(۶). البته نگرش هر فرد نسبت به مسئله ناباروری متفاوت می‌باشد(۷) و متغیرهایی نظیر سن، شغل، موقعیت اقتصادی، خصوصیات شخصیتی و سایر اختصاصات فردی در چگونگی پاسخ به استرس ناشی از ناباروری مؤثر می‌باشند (۳). بنابراین شناسایی ویژگیهای فردی زنان نازا افسرده و اهمیت توجه به مسائل روحی زنان نازا از جانب کادر درمانی بیشتر احساس می‌شود چه بسا که در موارد لازم به همراه درمان داروئی ، یک روان درمانی مناسب نتایج بسیار مفیدی داشته باشد. این مطالعه جهت یافتن میزان شیوع افسردگی و مقایسه مشخصات فردی ـ خانوادگی و اجتماعی ـ اقتصادی زنان نازا افسرده و غیرافسرده مراجعه کننده به مرکز ناباروری بیمارستان فاطمه الزهرا(س) شهر بابل، ۱۳۷۸ انجام گرفت.

## مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی تعداد ۳۱۰ نفر از زنان نازا مراجعه کننده به مرکز ناباروری فاطمه الزهرا(س) در طی مدت ۷ ماه (از بهمن ۱۳۷۷ لغایت مرداد ۱۳۷۸) از جامعه پژوهش انتخاب شدند. پژوهشگر در این مطالعه مشخصات فردی، خانوادگی ، اجتماعی، اقتصادی زنان نازا افسرده و غیر افسرده را مقایسه نموده و اطلاعات به صورت یک مرحله‌ای و با استفاده از ابزار پرسشنامه حاوی ویژگیهای فردی و معیار (Beck) و هامیلتون که از روشهای معمول ارزیابی بالینی افسردگی است (۹و۸) جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل یافته‌ها با استفاده از روشهای آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت و همچنین با استفاده از تست‌های آماری کای دو (Chi-Square) ، آنالیز واریانس (ANOVA)، ضریب همبستگی اسپیرمن و تست من ویتنی به مقایسه دو گروه پرداخته شد. کلیه محاسبات پس از استخراج داده‌ها و پرکردن فرمهای مخصوص با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گردید. اختلاف بین نتایج با $p< ۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

بیش از نیمی از زنان نازا افسرده بودند (۵۰/۶٪) که به تفکیک درجه افسردگی؛ ۲۲/۶٪ از نوع خفیف، ۲۳/۲٪ متوسط و ۴/۸٪ شدید بوده است. بین میانگین سن زن و همسر، مدت زمان ازدواج، مدت زمان درمان در زنان نازا افسرده و غیرافسرده تفاوت وجود داشته که البته از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۱). مدت زمان نازایی ۵-۱ سال، بیشترین فراوانی را در گروه غیرافسرده، افسردگی خفیف، متوسط به خود اختصاص داده در حالی که در گروه افسرده شدید این مدت ۱۰-۵ سال بوده است. مدت زمان درمان طولانی (بیشتر از ۱۰ سال) در زنان افسرده بیشتر از گروه غیرافسرده بوده است (۹٪ در مقایسه با ۵/۹٪). زنان نازا با افسردگی شدید با درصد بیشتری در مقایسه با سایر گروهها دچار نازایی اولیه بودند. بیش از نیمی از زنان نازا، نازایی را به عنوان مشکل بزرگ و مهم در زندگی خود و همچنین خانواده خود و همسر مطرح نموده بودند که البته این درصد در گروه افسرده شدید در مقایسه با سایر گروهها بیشتر بوده است ($r=۰/۲۵۷$ و $p=۰/۰۰$، $r=۰/۳۱۶$ و $p=۰/۰۰$) زنان‌افسرده شدید در مقایسه با سایر گروههای غیرافسرده خفیف و متوسط به نسبت بیشتری خانه‌دار (جدول ۱) و در وضعیت اقتصادی پایین‌تری ($p=۰/۰۳$)بودند.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.7.3 ]

جدول ۱. مقایسه برخی از مشخصات زنان نازا افسرده و غیرافسرده مراجعه کننده به مرکز ناباروری فاطمه الزهرا (س) شهر بابل، ۱۳۷۸

| مشخصات | غیرافسرده | افسرده | | | ارزش P |
|---|---|---|---|---|---|
| | | خفیف | متوسط | شدید | |
| تعداد زنان (٪) | (۴۹/۴)۱۵۳ | (۲۲/۶)۷۰ | (۲۳/۲)۷۲ | (۴/۸)۱۵ | – |
| * سن (سال) | ۲۷/۱ ± ۶/۱ | ۲۶/۷ ± ۵/۸ | ۲۷/۴ ± ۶/۴ | ۲۶ ± ۵/۷ | NS |
| * سن همسر(سال) | ۳۱/۶ ± ۸/۶ | ۳۲/۲ ± ۱۰/۴ | ۳۱/۷ ± ۶/۴ | ۲۹/۹ ± ۴/۴ | NS |
| * مدت زمان ازدواج (سال) | ۵ ± ۶/۲ | ۶/۵ ± ۴/۴ | ۶/۹ ± ۴/۷ | ۷/۷ ± ۴/۴ | NS |
| * مدت زمان درمان(سال) | ۳/۳ ± ۳/۷ | ۴ ± ۳/۷ | ۴/۲ ± ۳/۹ | ۴/۸ ± ۲/۶ | NS |
| نازایی نوع اولیه (٪) | ۷۶/۵ | ۷۲/۹ | ۷۶/۴ | ۹۳/۳ | NS |
| همسر تنها پسر خانواده(٪) | ۵/۹ | ۸/۶ | ۶/۹ | ۰ | ۰/۰۵ |
| شغل | | | | | |
| خانه دار(٪) | ۸۳ | ۸۴/۳ | ۸۷/۵ | ۹۳/۳ | NS |
| شاغل (٪) | ۱۷ | ۱۵/۷ | ۱۲/۵ | ۶/۷ | NS |
| خانواده مستقل (٪) | ۷۸/۴ | ۷۱/۴ | ۶۵/۳ | ۷۳/۳ | NS |
| سکونت در روستا(٪) | ۲۹/۴ | ۴۵/۷ | ۴۱/۷ | ۵۳/۳ | ۰/۰۱ |
| نازایی همیشه به عنوان مشکل مهم و بزرگ در زوجین (٪) | ۴/۶ | ۱۵/۷ | ۱۶/۷ | ۳۳/۳ | ۰ |
| نازایی همیشه به عنوان مشکل مهم و بزرگ در خانواده زوجین (٪) | ۵/۲ | ۲۰ | ۲۵ | ۲۰ | ۰ |
| وقوع حادثه‌ناگوار در ۶ ماهه اخیر(٪) | ۲/۶ | ۸/۶ | ۱۲/۵ | ۱۳/۳ | ۰/۰۰۳ |
| اقدام به خودکشی (٪) | ۰ | ۱/۴ | ۲/۸ | ۰ | NS |

* ارقام بصورت میانگین و انحراف معیار نشان داده شده‌اند. NS: not significant

درصد کمی (۲۰٪) از این افراد اظهار نمودند که از ارتباط بسیار خوب با همسر برخوردار بوده‌اند (p=۰/۰۰۹). درصد بیشتری از زنان غیرافسرده دارای تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بودند (۴۵/۱٪). در حالی که این درصد در گروه افسرده خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۳۷/۲٪ و ۳۳/۳٪ و ۲۶/۷٪ بوده‌است (p=۰/۰۴). بیش از نیمی از همسران زنان غیرافسرده دارای تحصیلات دیپلم و دانشگاهی بودند (۵۲/۳) در حالی که در گروه افسرده ۳۵/۶ درصد بوده است (p= ۰/۰۲). ۳۱/۹٪ همسران زنان افسرده و ۱۵/۷٪ گروه غیرافسرده کارگر بوده‌اند (p= ۰/۰۲). درصد بیشتری از زنان افسرده در مقایسه با زنان غیرافسرده روستانشین و دارای زندگی وابسته و همچنین وقوع حادثه ناگوار را در ۶ ماهه اخیر در زندگیشان (p= ۰/۰۰۳) ذکر نموده بودند. سابقه اقدام به خودکشی در ۱٪ زنان نازا و فقط در گروه افسرده بوده است (جدول ۱). ۵/۹٪ زنان نازا غیرافسرده اظهار نمودند که به انواع بیماریها نظیر دیابت، ناراحتی عصبی، قلبی عروقی و... مبتلا بودند) که این رقم در گروه افسرده خفیف ۱۸/۶٪، متوسط ۲۲/۲٪، و شدید ۴۰٪ بوده است (p= ۰/۰۰۱).

## بحث

در این مطالعه شیوع افسردگی در کل زنان نازا ۵۰/۶٪ و به تفکیک درجه افسردگی از نوع خفیف ۲۲/۶٪، متوسط ۲۳/۲٪، و شدید ۴/۸٪ بوده است. در بررسی بعمل آمده در چین (۱۹۹۵) ۸۳/۸ از زنان نازا فشارهای روحی را در همه سطوح و ۵۲٪ در سطوح متوسط و شدید دارا بودند (۶). از آنجائی که ناباروری یکی از بحرانهای بزرگ زندگی است، مشکلات روحی ناشی از آن می‌تواند به شکلهای مختلف نظیر افسردگی

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.7.3 ]

بحرانهای بزرگ زندگی است، مشکلات روحی ناشی از آن می‌تواند به شکلهای مختلف نظیر افسردگی تظاهرنماید. نماید. میانگین مدت زمان درمان گروههای افسرده بیشتر از زنان غیرافسرده بوده است که البته از نظر آماری معنی‌دار نبود. در بررسیهای مشابه بعمل آمده نیز نشان داده شد که زنان نازا با درمان نازایی طولانی مدت و مداوم و آنهایی که بطور فعال در جستجوی درمان نازایی هستند در ریسک بالاتری از افسردگی بودند (۱۱و۱۰). در واقع درمان ناباروری به علت صرف وقت و هزینه بالا و میزان موفقیت تقریباً پایین می‌تواند به افسردگی یا دیگر واکنشهای روانی ناخواسته منجر شود. زنان نازا با افسردگی شدید در مقایسه با سایر گروهها بیشتر دچار نازایی اولیه بوده‌اند. که البته از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۱). در بررسی مشابه بعمل آمده در سال ۱۹۹۹ نیز نشان داده شد زنان و مردان دارای حداقل یک فرزند در مقایسه با زوجین بدون فرزند (نازایی اولیه) استرس عمده کمتری داشتند (۱۱) که نتایج فوق با یافته‌های این پژوهش نیز تا حدودی همخوانی دارد. درصد بیشتری از زنان افسرده شدید خانه‌دار و همسرانشان کارگر بودند که صرفاً در مورد شغل همسر تفاوت آماری معنی‌داری در بین دو گروه افسرده و غیر افسرده وجود داشت (p=۰/۰۲). بررسی مشابه بعمل آمده در یزد (۱۳۷۵) نیز نشان داد که زنان خانه دار و مردان کارگر در مقایسه با مردان کارمند و شغل آزاد بیشتر از روشهای ناسازگارانه یا روشهای کم تأثیر مقابله با استرس که با سلامت روانی پایین‌تری به همراه بوده است استفاده کردند(۳). همانطور که ملاحظه شد نتایج فوق با یافته‌های این مطالعه تا حدودی همخوانی دارد. درصد کمتری از زنان نازا افسرده شدید در مقایسه با سایر گروهها و همچنین همسران زنان افسرده از تحصیلات دیپلم و دانشگاهی برخوردار بودند که البته از نظر آماری نیز معنی‌دار بود(۰/۰۴ = p ، ۰/۰۲ =p). در بررسی‌های مشابه بعمل آمده نیز نشان داده شد که داشتن تحصیلات بالا نقش مهمی در اتخاذ روشهای مقابله‌ای سازگارانه و فعال در جهت کاهش استرس و حل مشکلات دارد (۱۲و۳). همانطور که ملاحظه شد نتایج فوق با یافته‌های این پژوهش تا حدودی همخوانی دارد. بیش از نیمی از زنان غیرافسرده اظهار نمودند که از ارتباط بسیار خوبی با همسر برخوردارند در حالی که این تعداد در گروه افسرده خفیف، متوسط و شدید کمتر بوده که البته از نظر آماری معنی‌داری بود(p=۰/۰۰۹). در بررسی مشابه بعمل آمده (۱۹۹۹) نیز نشان داده شد که افزایش استرس مربوط به نازایی همراه با کاهش رضایت از همسر بوده و نیز چنین زوجینی بیشتر دچار کشمکشهای ارتباطی، اجتماعی، جنسی و بالطبع افسردگی بودند (۱۱) لذا از آنجائی که روابط خانوادگی زوجین نازا احتمالاً می‌تواند تحت تأثیر نازایی و روشهای درمانی آن قرار گیرد، بنابراین بهتر است که زن و شوهر از احساسات درونی خود و انتظاراتی که نسبت به هم دارند آگاه باشند تا بدین طریق نقاط اختلاف و سوء تفاهم‌های احتمالی زوجین آشکار شود که این امر جز با داشتن روابط صمیمی امکانپذیر نخواهد بود.

درصد بیشتری از زنان نازا افسرده شدید در مقایسه با سایر گروهها اظهار نمودند که در وضعیت اقتصادی پائینی می‌باشند که البته این از نظر آماری معنی‌دار بوده (p=۰/۰۳). در یک مطالعه مشخص شد که درمان نازایی بسیار پرهزینه بوده و گاهی تمام درآمد خانواده را به خود اختصاص می‌دهد(۷). هزینه‌های درمانی و اینکه زوجین بتوانند از عهده مخارج مربوطه برآیند می‌تواند اضطرابها و فشارهای روحی روانی ناشی از درمان را ایجاد نماید (۷). زنان نازا با افسردگی شدید تقریباً ۷ برابر گروه غیرافسرده و دو برابر زنان با افسردگی خفیف، و متوسط اظهار نمودند که نازایی همیشه به عنوان مشکل مهم و بزرگ در زندگیشان بوده و هرگز پذیرفته نشده است که البته ارتباط آماری قابل توجهی از نظر نازایی به عنوان مشکل مهم و بزرگ در زندگی زوجین (p = ۰/۰۰) برقرار بود (جدول ۱). در واقع می‌توان گفت که درک و آگاهی زوجین

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.7.3 ]

بستگان آنها را در پشت سرگذاردن این مسیر طولانی و سخت نازایی در جهت رفع مشکل و یا تطبیق با آن کمک خواهد نمود(۷). درصد بیشتری از زنان نازا با افسردگی خفیف و متوسط در مقایسه با گروه غیرافسرده اظهار نموده بودند که همسر آنها به عنوان تنها پسر خانواده می‌باشد(۷/۸٪ در مقایسه با ۵/۹٪)، که این از نظر آماری معنی‌دار بود (p =۰/۰۳). احتمالاً عدم توانایی در بچه‌دارشدن خصوصاً اگر به عنوان تنها فرزند خانواده هم باشند ممکن است این تصور را برانگیزد که اصالت خانوادگی در همین جا خاتمه یافته و دیگر نمی‌توان انتظارات والدین خود را برآورد نمود که به نظر می‌رسد داشتن چنین تصوراتی می‌تواند در سلامت روحی فرد مؤثر باشد. زنان افسرده شدید به نسبت بیشتری در مقایسه با سایر گروهها اظهار نمودند که به انواع بیماریها نظیر دیابت، ناراحتی عصبی، قلبی وعروقی و... مبتلا بودند که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود(p= ۰/۰۰۱). بررسی بعمل آمده در یزد نشان داد که زوج نازا با سابقه ناراحتی عصبی، بیشتر از روشهای ناسازگارانه که با سلامت روانی پائین‌تری همراه می‌باشد، استفاده نمود در حالیکه زوجین بدون سابقه ناراحتی عصبی، بیشتر از روشهای سازگارانه که با سلامت روانی بهتری در ارتباط می‌باشد، استفاده نمودند(۳)(p<۰/۰۰۱). بنظر می‌رسد که مشکل نازایی از یک طرف و بعضی از بیماریهای القاءکننده علائم افسردگی از طرف دیگر می‌توانند زنان نازا را بیشتر مستعد مشکلات روحی نماید که این امر لزوم توجهات بیشتر را می‌طلبد. البته عدم توزیع یکسان ابتلا به بیماریهای مزمن نظیر دیابت ، قلبی وعروقی و...نیز وقوع حوادث ناگوار در شش ماهه اخیر می تواند خود سبب بالا رفتن میزان افسردگی در زنان نازا گردد و نتایج را مخدوش سازد. ولی با این وجود این میزان در گروه نازا بالاتر از گروه زایا می باشد. همچنین سابقه اقدام به خودکشی در ۱٪ زنان نازا و صرفاً در گروه افسرده وجود داشته است که تفاوت آماری معنی‌داری از این نظر در بین گروهها برقرار نبود. اما موضوع مهمی که لازم است مورد توجه قرار گیرد خودکشی است حتی اگر به میزان کمی رخ داده باشد.

این مطالعه بیانگر تفاوت‌هایی در ویژگیهای فردی زنان نازا افسرده و غیر افسرده بوده است که این امر لزوم برقراری سیستم‌های مشاوره‌ای در جهت شناسایی افراد آسیب‌پذیر و بذل توجه درمانی در جهت ایجاد حمایت اجتماعی و برخورداری از سلامت جسمی و روانی را ایجاب می‌نماید.

## تقدیر و تشکر

در خاتمه بر خود لازم می‌دانم تا از جناب آقای دکتر امیرمسعود احمدی، استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل به خاطر نظریات ارزنده‌شان در زمینه مشاوره طرح و همچنین از همکاریهای صمیمانه مرحوم میر طاهر حسینی و پرسنل محترم مرکز ناباروری بیمارستان فاطمه الزهرا (س) کمال تشکر را داشته باشم.

**********

## منابع

۱. چانک ک و همکاران، ارزیابی و درمان ناباروری، ترجمه کریم زاده م ع و دیگران، یزد، مؤسسه انتشارات یزد، ۱۳۷۵.

۲. رایان، کی جی و همکاران. اصول بیماریهای زنان کستنر. جلد اول، ترجمه، قاضی جهانی ب ، تهران، انتشارات اشارت، ۱۳۷۴؛ ۲۷۱: ۳۹ - ۱.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.7.3 ]

۳. دافعی م و همکاران. بررسی رابطه روشهای مقابله‌ای راهنمای زوج نابارور، یزد، مؤسسه انتشارات یزد، ۱۳۷۷؛ ۲۹۶ ـ ۲۶۷.

۴. یکتاطلب ش ، جهانصیری ش . بررسی تأثیر روان‌درمانی گروهی بر میزان افسردگی و اضطراب زنان نازا مراجعه کننده به درمانگاههای زنان و زایمان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در تابستان ۱۳۷۳.

۵. بلوریان م . اثرات تمرینات مختلف ورزشی بهداشت روان، مجله ورزش، ۱۳۷۵؛ ۸۹.

6. Lu Y, Yang L, Lu G. Mental and personality of infertile women. Chang Hua Fu Chan Ho Tsa Chin 1995; 30(1): 34-7.

۷. کریم‌زاده میبدی مع ، طاهری‌پناه ر. راز باروری راهنمای زوج نابارور، یزد، مؤسسه انتشارات یزد، ۱۳۷۷؛ ۲۹۶ ـ ۲۶۷.

۸. کاپلان س، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی. ترجمه پورافکاری ن ، جلد دوم، تهران، انتشارات آزاده، ۱۳۷۳؛ ۴۲۵.

۹. ایزدی س ؛ روانپزشکی برای دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی، تهران، انتشارات چهر، ۱۳۶۴؛ ۲۱۳.

10. Chiba H, et al. Stress of female infertility, relations to length of treatment. Gynecologic and Obstetric Investigation 1997; 43(3): 171-177.

11. Newton Cr, Sherrard, W, Glavac I. The fertility problem inventory , measuring perceived infertility related stress. Fertil Steril. 1999 ; 72 (1): 54-62.

12. Moos RH , Billings SA. Coping , Stress. Journal of Personality Social Psychology . 1984; 46: 877-891.

[ DOR: 20.1001.1.15614107.1379.2.3.7.3 ]