

میزان پشیمانی زنان عقیم شده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی تبریز

رقیه نوری زاده (M.Sc.)^۱، ریحانه ایوان بقاء (M.Sc.)^۲، فاطمه رنجبر کوچکسرائی (M.D.)^۳، محمدزکریا پزشکی (M.D.)^۴

۱- گروه مامایی، دانشگاه آزاد مرند، مرند، ایران.

۲- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز، تبریز، ایران.

۳- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز، تبریز، ایران.

۴- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: یکی از روش‌های مؤثر در تنظیم خانواده، عقیم‌سازی زنان می‌باشد. تعدادی از زنانی که عقیم‌سازی را انتخاب می‌کنند، ممکن است به نوعی سندرم نوروتیک مبتلا شوند که به صورت درد، افسردگی، خود بیمارانگاری و نگرانی جنسیتی تظاهر می‌نماید. نظر به اینکه اختلالات روانی به عنوان یکی از پیامدهای طولانی مدت عقیم‌سازی مطرح می‌باشند، که در رأس آنها، پشیمانی بعد از عمل قرار گرفته است، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف تعیین میزان پشیمانی بعد از عمل، درخواست برگشت باروری و اقدام به عمل برگشت زنان عقیم شده و نیز با اهداف فرعی تعیین میزان افسردگی و اضطراب آنان و عوامل مرتبط انجام دهند.

روش بررسی: مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود که ۱۵۰ زن عقیم شده طی ۱۰-۱ سال اخیر، به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، شامل ۲ پرسشنامه بود. پرسشنامه ۱ در مورد مشخصات افراد مورد پژوهش و سنجش پشیمانی بعد از عمل بود. پرسشنامه ۲ سئوالات استاندارد افسردگی و اضطراب زونگ را شامل می‌شد که بوسیله واحدهای مورد پژوهش تکمیل و سپس داده‌ها توسط SPSS نسخه ۱۱/۵ آنالیز شد.

نتایج: در این مطالعه، میزان پشیمانی بعد از عمل زنان عقیم شده ۶٪ و درخواست برگشت باروری آنان ۲۷٪ بود. هیچکدام از افراد مورد پژوهش، اقدام به عمل برگشت باروری ننموده بودند. همچنین یافته‌ها نشان داد که به ترتیب ۱۳/۳٪ و ۲۴/۷٪ زنان عقیم شده، دارای درجاتی از افسردگی و اضطراب بودند. میانگین نمرات افسردگی و اضطراب زنانی که استراحت کافی را به دنبال عمل ذکر می‌کردند، به طور معنی‌داری پایینتر بود (به ترتیب $p=0/008$ ، $p=0/02$).
نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر و تفاوت‌های شخصیتی و قدرت سازگاری افراد در مواجهه با تغییرات، اهمیت مشاوره قبل از عمل و سیستم پیگیری بعد از عقیم‌سازی در جهت ارتقاء سطح سلامت روان زنان را به خوبی بیان می‌کند.

کلید واژگان: عقیم‌سازی، بستن لوله‌های رحمی، پشیمانی، افسردگی، اضطراب.

مسئول مکاتبه: رقیه نوری زاده، پلاک ۸۶، کوچه شیرفروشان، کوی فرهنگ، جنب دبیرستان طالقانی، خیابان امام خمینی، تبریز، ایران.

پست الکترونیک: rahaparva@yahoo.com

زمینه و هدف

در حال حاضر، در اثر پیشرفت علم، تکنولوژی و کاهش میزان مرگ و میر به دنبال ارتقاء سطح بهداشت جمعیت دنیا به طرز انفجار آمیزی رو به ازدیاد است (۱) و انتظار می‌رود که در حدود سال ۲۱۵۰ میلادی این جمعیت به ۱۱ تا ۱۲ میلیارد نفر برسد (۲).

ایران کشوری در حال توسعه است و یکی از سریعترین نرخ‌های رشد جمعیت دنیا را دارا می‌باشد. در سرشماری سال ۱۳۳۵، جمعیت کشور کمتر از ۱۹ میلیون نفر تعیین گردید. در حالیکه در سال ۱۳۷۰ به ۵۷ میلیون نفر، یعنی ۳ برابر جمعیت ۳۵ سال پیش افزایش یافت (۱).

جامعه علمی و پزشکی، روش‌های مؤثری جهت تنظیم خانواده به مردم عرضه کرده است (۳). یکی از روش‌های پیشگیری از بارداری، عقیم‌سازی زنان می‌باشد.

عمل عقیم‌سازی در ایران از سال ۱۳۶۹ به صورت قانونی رواج یافته است. طبق آمار مهر ماه ۱۳۷۹، میزان کل آن، در سطح کشور ۱۷/۱٪ بود (۴) که در سال ۱۳۸۰، این میزان به ۲۱/۵۵٪ رسید.

یکی از عوارض روانی طولانی مدت به دنبال عقیم‌سازی، پیشیمانی بعد از عمل می‌باشد که میزان آن به زمینه فرهنگی افراد و نیز درجه توسعه یافتگی کشورها بستگی دارد (۵) و با کیفیت زندگی افراد عقیم‌شده در ارتباط است (۶). این میزان در مطالعات مختلف بین ۳ تا ۲۱/۹٪ در نوسان بوده است (۷). پیامدهای انسانی و اقتصادی پیشیمانی به دنبال عقیم‌سازی می‌تواند چشمگیر باشد که بدلیل کاهش یا توقف بالقوه میزان باروری، از هزینه‌های نامحسوس کیفیت زندگی پایین تا افزایش استفاده از اقدامات هزینه بر با موفقیت محدود شامل اتصال مجدد لوله‌ها و تکنیک‌های کمک باروری را در برمی‌گیرد (۸). هیچ زنی با این تصور که بعدها قادر خواهد بود باروری خود را

با جراحی یا تکنیک‌های کمک باروری باز یابد، نباید تحت عقیم‌سازی قرار گیرد (۹). نظر به اینکه درخواست برگشت باروری با صرف هزینه‌های گزاف و خطرات جانی ناشی از حاملگی نابجا همراه است و با توجه به اینکه در مورد عوارض جسمی عقیم‌سازی تحقیقاتی در کشور انجام گردیده است و نتایج آنها گزارش شده است ولی تحقیقات انجام گرفته در بعد روانی ناچیز و نتایج متناقضی دربرداشته است (۱۳-۱۰) این تحقیق با هدف تعیین میزان پیشیمانی بعد از عمل، افسردگی و اضطراب زنان عقیم‌شده و تعیین عوامل مرتبط انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش، مطالعه‌ای از نوع توصیفی-تحلیلی بود. جامعه آماری مورد بررسی را ۱۵۰ زن عقیم‌شده ۴۵-۲۵ ساله شهر تبریز که طی ۱۰-۱ سال اخیر اقدام به عمل نموده بودند، تشکیل می‌دادند که در آن، افراد مورد پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین ۹۶ پایگاه و مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به شهر تبریز، ۱۵ پایگاه و مرکز به عنوان خوشه انتخاب و از هر کدام، تعداد ۱۵ زن عقیم‌شده از روی پرونده‌های بهداشتی و به طور تصادفی انتخاب شدند تا در صورت عدم رضایت به شرکت در پژوهش یا عدم دسترسی به آنان، امکان دستیابی نهایی به ۱۰ نفر از هر واحد موجود باشد و با مراجعه به مراکز مذکور، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. در صورتی که هر کدام از افراد مورد پژوهش، سابقه افسردگی یا اضطراب شناخته شده قبلی را ذکر می‌کردند، از مطالعه حذف می‌شدند.

پرسشنامه شماره ۱ مربوط به مشخصات فردی اجتماعی افراد مورد پژوهش، سئوال‌ات مرتبط با عقیم‌سازی و پیشیمانی بعد از عمل بود. به منظور ارزیابی پیشیمانی بعد از عمل، ۳ ویژگی شامل (۱۴) خود

نتایج

در این مطالعه، اکثر زنان عقیم شده (۹۲/۷٪)، ۳۰ سال یا بیشتر داشتند و میانگین سنی آنها ۳۷/۳۱ سال بود. این در حالیست که ۵۶/۷٪ آنان به هنگام عقیمی، ۳۰ سال یا بیشتر داشتند و میانگین سنی در زمان سترون‌سازی، ۳۱/۴۷ سال بود (جدول ۱). بیشتر آنان (۷۶٪)، دارای ۳-۵ فرزند بودند. کمترین تعداد فرزندان زنان عقیم‌شده، ۲ و بیشترین ۸ بود. اکثر زنان عقیم‌شده (۳۰/۷٪) سواد راهنمایی و کمترین درصد (۵/۳٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. همچنین ۹۰٪ زنان عقیم‌شده، خانه‌دار و ۱۰٪ آنها کار بیرون از منزل داشتند.

اکثر زنان عقیم‌شده (۶۷/۳٪) سطح درآمد خانواده را برای گذران زندگی کافی گزارش نمودند.

در این پژوهش، بیشتر زنان عقیم‌شده (۷۴/۷٪) در تصمیم‌گیری نهایی جهت عقیم‌سازی با همسر خود تفاهم کامل داشتند؛ این در حالیست که ۳۲ نفر (۲۱/۳٪) به تنهایی و داوطلبانه، چنین تصمیمی را اتخاذ نموده بودند. عمده‌ترین عامل عقیم‌سازی در ۶۰٪ زنان، کفایت تعداد فرزندان بود و بقیه به ترتیب دلایل خود را شامل محدودیت درآمد خانوار (۱۸٪)، ناسازگاری با سایر

جدول ۱- توزیع میزان پشیمانی بعد از عمل بر حسب مشخصات زنان سترون‌سازی در زنان سترون شده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی تبریز، ۱۳۸۴

معیارها	فراوانی		پشیمانی (%)
	تعداد	درصد	
سن زنان عقیم‌سازی (سال)	<۳۰	۶۵	۴۳/۳
	≥۳۰	۸۵	۵۶/۷
مدت سبزی شده از عمل (سال)	<۵سال	۶۸	۴۵/۳
	≥۵سال	۸۲	۵۴/۷
زمان عقیم‌سازی	در زمان دلخواه	۴۱	۲۷/۳
	بدنبال زایمان واژینال	۳۱	۲۰/۷
	بعد از سزارین	۷۱	۴۷/۳
	بعد از سقط	۴	۲/۷
	همراه با جراحی زنان	۳	۲٪

گزارشی پشیمانی، درخواست اطلاعاتی راجع به برگشت عقیمی و اقدام به عمل برگشت مورد سنجش قرار گرفت. پرسشنامه شماره ۲، حاوی سئوالات استاندارد افسردگی و اضطراب زونگ بود. اعتبار آزمون افسردگی زونگ در ارزیابی همبستگی آن با تست افسردگی هامیلتون برابر با ۰/۶۳ بود و در مقایسه با ارزیابی و قضاوت بالینی روانپزشک حداکثر تا ۰/۶۹ همبستگی نشان داد ($r=0/69$) (۱۵).

مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ در سال ۱۹۷۰ ابداع گردید. براساس نتایج، توزنده جانی، مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ، ابزار مناسبی برای سنجش اضطراب می‌باشد زیرا نتایج حاصل از مصاحبه بالینی نشان داد که در حدود ۷۵٪ آزمودنی‌هایی که با مقیاس زونگ تشخیص داده شده بودند، ملاک‌های تشخیصی لازم برای یک اختلال اضطرابی را داشتند (۱۶). بررسی‌های انجام شده روی بیش از ۵۰۰ مورد، همبستگی بین مقیاس اضطراب هامیلتون و زونگ را با استفاده از روش همبستگی پیرسون ۰/۷۱ نشان داد. برای محاسبه پایایی مقیاس از روش ضریب انسجام که میزان همبستگی درونی یا تجانس سئوالات را مورد بررسی قرار می‌دهد، استفاده شد و تحلیل‌های آماری نشان‌دهنده ضریبی برابر ۰/۸۴ بود که بیانگر پایایی بالای این مقیاس می‌باشد (۱۷).

این سئوالات در مورد افراد بیسواد و کم سواد، از طریق مصاحبه تکمیل گردید و افرادی که سطح تحصیلات آنها، مقطع راهنمایی و بالاتر بود خود با خواندن سئوالات به آنها پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری اطلاعات و وارد کردن داده‌ها در نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵، از آزمون‌های آمار توصیفی برای توصیف افراد مورد پژوهش و میزان اختلالات روانی آنان و از آمار استنباطی نظیر t برای تعیین ارتباط بین متغیرها و از آزمون t برای مقایسه میانگینها استفاده گردید.

جدول ۲- توزیع فراوانی زنان عقیم شده بر حسب افسردگی و استراحت بعد از عمل در زنان عقیم شده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی تبریز، ۱۳۸۴

میانگین (M±SD)	افسردگی						استراحت بعد از عمل
	دارد		ندارد		جمع		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۴۳/۱۵±۹/۶۱	۷۷/۳	۱۱۶	۷۰/۷	۱۰۶	۶/۷	۱۰	کافی بوده است
۴۸/۲۷±۱۰/۰۳	۲۲/۷	۳۴	۱۶	۲۴	۶/۷	۱۰	کافی نبوده است
t = -۲/۷۰ P = ۰/۰۰۸	۱۰۰	۱۵۰	۸۶/۷	۱۳۰	۱۳/۳	۲۰	جمع

روش‌های ضدبارداری (۱۸٪)، عدم همکاری همسر در استفاده از سایر روش‌های پیشگیری از بارداری (۲/۷٪) و وجود اندیکاسیون‌های طبی (۱/۳٪) بیان نمودند. یافته‌های این مطالعه بیشترین تعداد زنان عقیم‌شده (۶۷٪) از هیچ منبعی جهت کسب اطلاعات برای عقیم‌سازی استفاده نکرده بودند.

در این مطالعه ۶٪ زنان عقیم‌شده، اظهار پیشیمانی بعد از عمل داشتند که با اختلاف و نزاع با همسر به هنگام تصمیم‌گیری جهت عقیمی ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد (p < ۰/۰۰۱). میانه زمان وقوع پیشیمانی در این مطالعه، ۵ سال پس از عقیم‌سازی بود.

در پژوهش حاضر، میزان درخواست برگشت باروری زنان عقیم‌شده ۲/۷٪ بود که البته هیچکدام از آنان اقدام به عمل برگشت باروری ننموده بودند.

آنالیز داده‌ها نشان داد که میزان افسردگی در زنان عقیم‌شده ۱۳/۳٪ بود. همچنین در این مطالعه، ۲۴/۷٪ زنان عقیم‌شده دارای درجاتی از اضطراب بودند و میانگین نمرات افسردگی و اضطراب زنانی که استراحت کافی بعد از عمل را گزارش نموده بودند، به طور

جدول ۳- توزیع فراوانی زنان عقیم‌شده بر حسب اضطراب و استراحت بعد از عمل در زنان عقیم شده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی تبریز، ۱۳۸۴

میانگین (M±SD)	اضطراب						استراحت بعد از عمل
	دارد		ندارد		جمع		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۴۲/۸۲±۸/۶۹	۷۷/۳	۱۱۶	۶۰/۷	۹۱	۱۶/۷	۲۵	کافی بوده است
۴۶/۱۹±۹/۵۶	۲۲/۷	۳۴	۱۴/۷	۲۲	۸	۱۲	کافی نبوده است
t = -۲/۲۲ p = ۰/۰۰۲	۱۰۰	۱۵۰	۷۵/۳	۱۱۳	۲۴/۷	۳۷	جمع

معنی‌داری (به ترتیب با $p=۰/۰۰۸$ و $p=۰/۰۰۲$) کمتر از زنانی بود که استراحت کافی به دنبال عمل داشتند (جدول ۳ و ۲).

بحث

پشیمانی بعد از عمل یکی از فاکتورهای روانی مرتبط با عقیم‌سازی افراد می‌باشد که میزان آن در پژوهش حاضر ۶٪ بدست آمد که این میزان با یافته‌های سایر بررسی‌های انجام شده، همسو و به ارقام گزارش شده در آنها بسیار نزدیک بود؛ به عنوان نمونه Jamieson و همکاران، احتمال تجمعی بیان پیشیمانی زنان در عرض ۵ سال بعد از عمل را ۷٪ گزارش نمودند (۱۸). Hillis و همکاران، احتمال تجمعی بیان پیشیمانی زنان بالای ۳۰ سال را طی ۱۴ سال بعد از عمل، ۵/۹٪ گزارش کردند (۸).

در تحقیق Hollander، احتمال تجمعی پیشیمانی ۷ سال بعد از عمل، ۸٪ گزارش شد (۱۹). تفضلی، میزان پیشیمانی بعد از عمل زنان سترون شده در فاصله سال‌های ۷۶-۱۳۷۰ را ۸/۵٪ گزارش نمود (۱). در بین مطالعات انجام گرفته، کمترین میزان پیشیمانی بعد از عمل (۳٪)، مربوط به مطالعه دکتر آرام و همکاران بود (۱۲) و بیشترین میزان (۲۱/۹٪)، توسط Rosenfeld و همکاران گزارش گردید؛ شاید به این دلیل که ۷۶/۸٪ افراد مورد پژوهش آنان، سن کمتر از ۳۰ سال داشتند (۲۰).

یافته‌های پژوهش حاضر، بین نزاع با همسر هنگام تصمیم‌گیری جهت عقیمی و پیشیمانی بعد از عمل ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد؛ (p < ۰/۰۰۱) به طوریکه اکثر زنانی که پیشیمانی بعد از عمل داشتند (۸۸/۹٪)، ذکر نمودند با همسر خود به هنگام تصمیم‌گیری جهت عقیمی اختلاف نظر و کشمکش داشته‌اند. مطالعه Jamieson و همکاران نیز نشان داد زنانی که قبل از عقیم‌شدن، کشمکش اساسی

با همسرشان داشتند، پشیمانی ناشی از تصمیمشان ۳ برابر بیشتر از زنانی بود که چنین کشمکش‌های نداشتند (۱۸).

میزان افسردگی در زنان سترون شده ۱۳/۳٪ بود که با توجه به شیوع افسردگی ۲۰-۱۳٪ در جمعیت عمومی (۱۱،۲۱)، میزان افسردگی مشاهده شده با شیوع آن در کل جمعیت، تناسب و سنخیت داشت. همچنین میزان اضطراب زنان عقیم‌شده ۲۴/۷٪ بود. بررسیها نشان می‌دهد که شیوع اختلالات اضطرابی در جمعیت عمومی بین ۳۵-۱۵٪ در نوسان است (۲۲) که میزان اضطراب مشاهده شده با میزان اضطراب گزارش شده در کل جمعیت، تناسب و سنخیت داشت.

عباسی و کنعانی، در بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی زنان عقیم‌شده با زنانیکه از هیچ روش پیشگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند، تفاوت معنی‌داری ($p < 0/05$) را بین دو گروه گزارش کردند (۱۰). تفضلی، در بررسی مقایسه‌ای عوارض بستن لوله‌های رحمی با روش طبیعی پیشگیری از بارداری با $p = 0/000$ تفاوت معنی‌داری را در افسردگی و اضطراب بین دو گروه نشان داد (۱). Lin و همکاران نیز سترون‌سازی را نوعی عامل خطر در جهت افسردگی و اضطراب افراد گزارش نمودند؛ به طوری‌که در مطالعه آنان، بعد از بستن لوله‌های رحمی احتمال خطر افسردگی ۲/۳۴ برابر و احتمال خطر اضطراب ۲/۸۸ برابر بیشتر گردید (۲۳). این در حالیست که سبجانی در بررسی مقایسه‌ای مشکلات روانی زنان عقیم‌شده اختیاری با زنان گروه شاهد، تفاوت معنی‌داری را مشاهده نکرد (۱۳).

شاهوی نیز بین میزان افسردگی دو گروه عقیم‌شده لوله‌ای و استفاده‌کننده از آی یو دی، اختلاف آماری معنی‌داری را با استفاده از تست افسردگی بک مشاهده نکرد (۱۱). همچنین انجمن مطالعات آینده‌نگر سازمان بهداشت جهانی (۱۹۸۵)، در پیگیری سلامت روان زنان عقیم‌شده، یافته‌ای دال بر افزایش خطر اختلالات روانی

به دنبال عقیم‌سازی زنان گزارش نکردند. در این مطالعه، اختلالات روانی بعد از عمل، ارتباط بسیار معنی‌داری را با مشکلات روانی قبل از عمل نشان داد (۲۴). به نظر پژوهشگر، عدم همخوانی نتایج مطالعات متعدد می‌تواند ناشی از ناهمگونی نمونه‌ها، تفاوت در روش پژوهش‌های انجام گرفته، گوناگونی ابزار پژوهش، تفاوت‌های فرهنگی، خانوادگی و سطح تحصیلات افراد مورد پژوهش، دوره‌های زمانی در نظر گرفته شده جهت مصاحبه و نیز نحوه توجه به بهداشت روانی زنان عقیم‌شده باشد.

نتایج یافته‌ها نشان داد که بین نمرات افسردگی و اضطراب با استراحت بعد از عمل زنان عقیم‌شده، به ترتیب با $p = 0/008$ و $p = 0/02$ ارتباط آماری معکوس و معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری‌که زنانی که عدم استراحت کافی به دنبال عمل را گزارش نمودند، به وضوح نمرات افسردگی و اضطراب بالاتری داشتند.

Lin و همکاران پیشنهاد کردند افرادی که عقیم می‌شوند، باید بعد از عمل استراحت کافی داشته باشند تا از گسترش اختلالات روانی در این افراد کاسته شود. در مطالعه آنان، زنانی که بعد از عمل به خوبی استراحت نکرده بودند، به راحتی در معرض افسردگی و اضطراب بعدی قرار داشتند (۲۳).

لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر، بین افسردگی، اضطراب و پشیمانی بعد از عمل زنان عقیم‌شده با مشخصات فردی اجتماعی آنان، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نگردید. همچنین افسردگی، اضطراب و پشیمانی بعد از عمل زنان عقیم‌شده با سن در زمان عقیمی، زمان عقیم‌سازی و مدت زمان سپری شده از عمل، ارتباط معنی‌داری را نشان نداد.

دکتر آرام و همکاران نیز در پژوهش خود، بین سال‌های سپری شده از بستن لوله‌ها و مشکلات روانی و اجتماعی، ارتباط آماری معنی‌داری ($p = 0/67$) را گزارش ننموده‌اند (۱۲).

نتیجه‌گیری

در نهایت، از مجموع یافته‌های پژوهش حاضر چنین استنتاج می‌شود که عقیم‌سازی را نمی‌توان به عنوان عاملی مستقل در بروز و گسترش اختلالات روانی در افراد محسوب نمود، بلکه وجود عوامل مداخله‌گر از قبیل وجود اختلاف نظر با همسر بر سر عقیم‌سازی، عدم استراحت کافی به دنبال عمل و ...، زمینه را برای بروز پاره‌ای از مشکلات بعدی هموارتر می‌نماید که با ارائه دوره‌های آموزشی مشاوره‌ای قبل از عمل و نیز راه‌اندازی سیستم پیگیری بعد از عقیمی، می‌توان تا حدود زیادی از ایجاد و گسترش اختلالات روانی بدنبال عقیم‌سازی پیشگیری نمود.

لازم به ذکر است که تنها ۲۹/۳٪ زنان عقیم‌شده در پژوهش حاضر، انجام مشاوره با کادر بهداشت و درمان، قبل از اقدام به عمل را ذکر نمودند. این در حالی است که مشاوره قبل از عقیم‌سازی اجباری بوده و برای آگاهی زن نسبت به دائمی بودن روش، شناسایی عوامل مرتبط با پشیمانی بعد از عمل و نیز دانستن احتمال شکست تجمعی این روش پیگیری از بارداری (حدوداً ۱/۸۵٪ در طول دوره ۱۰ ساله) انجام می‌گیرد (۲۵). براساس محدودیت‌های مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌گردد که جهت نتیجه‌گیری دقیق‌تر در مورد عوارض روانی بدنبال عقیم‌سازی و عوامل مرتبط با آن، مطالعاتی طولی با مقیاس وسیع‌تر و بر اساس مقایسه وضعیت روانی افراد قبل و بعد از عقیمی و پیگیری‌های مستمر دراز مدت انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای دکتر کامران صداقت که به عنوان مشاور آمار این پژوهش، ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، سبحانی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی بین ۱۲۰ نفر از بانوان عقیم‌شده و ۳۰ نفر از بانوان گروه شاهد نشان داد که سلامت روانی گروه‌هایی از بانوان که در فواصل زمانی مختلف عقیم‌شده بودند، با هم تفاوت معنی‌دار نداشتند (۱۳). Bledin و همکاران، نیز در بررسی پیامدهای روانشناختی عقیم‌سازی زنان که طی آن نتایج کوتاه مدت روانی را در بین ۶۹ زن عقیم‌شده غیر و ۶۹ زن عقیم‌شده، به صورت آینده‌نگر (مصاحبه قبل از عمل و سپس پیگیری ۶ هفته و ۶ ماه بعد از عمل) مورد ارزیابی قرار دادند، هیچ اختلاف معنی‌دار مهمی را در وضعیت روانی بین این زنان و زنان غیر عقیم مشاهده نکردند (۲۶). حال آنکه در مطالعات متعددی (۲۰، ۱۹، ۸)، عقیم‌سازی در دوران نفاس، بعنوان عامل خطری برای پشیمانی بعد از عمل گزارش شده است.

علیرغم یافته‌های Rosenfeld و همکاران که گذشت کمتر از ۵ سال بعد از عقیمی را در مقایسه با مدت زمان بیشتر، به عنوان عامل خطر پشیمانی گزارش نمودند (۲۰)، در پژوهش حاضر، نتیجه تست فیشر ارتباط آماری معنی‌داری را بین پشیمانی بعد از عقیمی و طول مدت زمان سپری شده از عمل نشان نداد.

با وجود این که مطالعات متعدد قبلی، سن کمتر از ۳۰ سال به هنگام عقیمی را نوعی عامل خطر برای پشیمانی بعد از عمل و درخواست برگشت باروری ذکر نموده بودند (۲۰، ۱۴، ۶)، در پژوهش حاضر چنین نتیجه‌ای به دست نیامد.

Schmidt و همکاران، ارتباط سن کم هنگام عقیمی با پشیمانی بعد از عمل را به وقوع تغییر و تحولات بیشتر در زندگی زنان جوان از قبیل طلاق و ازدواج مکرر نسبت داده‌اند (۱۴). احتمالاً یکی از دلایلی که در پژوهش حاضر، زنان کمتر از ۳۰ سال به هنگام عقیمی، پشیمانی بیشتری نداشتند، عدم فراوانی طلاق یا ازدواج مکرر در بین آنان می‌تواند باشد.

منابع

- ۱- تفضلی مهین. بررسی مقایسه‌ای عوارض بستن لوله‌های رحمی با روش طبیعی پیشگیری. اسرار- مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی سبزوار، شماره ۲، ۱۳۷۹: صفحات ۶۰-۵۳.
- ۲- اسپیروف- داری. راهنمای بالینی پیشگیری از بارداری، مترجمان: میردامادی سید ریحان، تهرانی نجمه، تهران، شهرآب: آینده‌سازان، ۱۳۸۱: صفحات: ۹-۳، ۲۴۳-۲۲۵.
- 3- Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Kim RS, Han JH, Choi JO, Lee YH. Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: Urban and rural differences. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178(4):247-52.
- ۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت با همکاری مرکز آمار ایران، صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران مهرماه ۱۳۷۹، تهران، ۱۳۸۱: ۶۵.
- 5- Chi IC, Jones DB. Incidence, risk factors and prevention of poststerilization regret in women. *Obstet Gynecol Surv.* 1994;49(10):722-32.
- 6- Vessey M, Higgins G, Lawless M, Mcpherson K, Yeates D. Tubal sterilization: findings in a Large Prospective study. *Br J Obstet Gynecol.* 1983;90(3):203-9.
- ۷- نوری‌زاده رقیه. مقایسه افسردگی و اضطراب زنان سترون شده و غیر سترون مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد، ۱۳۸۴: صفحه: ۹۷.
- 8- Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret. *Obstet Gynecol.* 1999;93(6): 889-95.
- ۹- کانیگهم گاری و همکاران. مامایی ویلامز ۲۰۰۵، ترجمه قاضی جهانی بهرام، چاپ دوم، تهران، انتشارات گلبن با همکاری قاضی جهانی، ۱۳۸۵: صفحات: ۸۷۹-۸۷۴.
- ۱۰- عباسی علی، کنعانی اصغر. بررسی سلامت روانی در زنان استفاده کننده از روش پیشگیری از بارداری، بستن لوله‌های رحمی در شهر یاسوج. ارمغان دانش، مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، سال ششم، شماره ۲۴، ۱۳۸۰، صفحات: ۳۹-۳۵.
- ۱۱- شاهوی روناک. بررسی میزان افسردگی و عوامل مرتبط با آن در خانم‌هایی که تحت عمل بستن لوله های رحم در شهر سنندج قرار گرفته اند (سال ۱۳۷۲). پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران، ۱۳۷۲: ۵-۲۹.
- ۱۲- آرام شهناز، انصاری نفیسه، گلشاهی فاطمه. بررسی فراوان و شدت عوارض بستن لوله‌های رحمی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال بیستم، شماره ۶۷، ۱۳۸۱، صفحات: ۴۹-۴۶.
- ۱۳- سبحانی مریم. بررسی مشکلات روانی زنان سترون شده اختیاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده انستیتو روانپزشکی تهران، سال ۱۳۷۶، صفحات: ۱۰۹-۱۰۰.
- 14- Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, Jeng G, Peterson HB. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization. *Fertil Steril.* 2000; 74(5):892-98.
- ۱۵- شیخ‌لو حلیمه. اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در دوره بستری و پس از ترخیص در واحدهای مراقبت ویژه قلبی مراکز آموزشی- درمانی تبریز، سال ۸۲. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی تبریز، ۱۳۸۳: ۸.
- ۱۶- توندهجانی حسن، برهانی محمدتقی، عبداللهیان ابراهیم. مقایسه کارایی آموزش کنترل اضطراب، دارودرمانی و ترکیب آنها در درمان مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۲.
- ۱۷- کرمی ابوالفضل. آزمون اضطراب زونگ. موسسه تحقیقات علوم رفتاری سینا (روان تجهیز)، ۱۳۸۲.
- 18- Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstet Gynecol.* 2002;99(6):1073-9.
- 19- Hollander D. Women who are sterilized at age 30 or younger have increased odds of regret. *Fam Plann Perspect.* 1999;31(6).
- 20- Rosenfeld BL, Taskin O, Kafkashli: A, Rosenfeld ML, Chuong CJ. Sequelae of postpartum sterilization. *Arch Gynecol Obstet.* 1998;261:183-87.
- ۲۱- دکتر محمدی محمدرضا و همکاران. همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران. سال ۱۳۸۰، مجله پژوهش حکیم، دوره ۶، شماره ۱، بهار ۱۳۸۲، صفحات: ۶۴-۵۵.
- ۲۲- کاویانی حسین و همکاران. شیوع اختلالات اضطراب در شهر تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار ۳۱، سال ۸، شماره ۳، ۱۳۸۱، صفحات: ۱۱-۴.

- 25- Baill C, Cullins VE, Pati S. Counseling Issues in tubal sterilization. *Am Fam Physician*. 2003;67(6): 1287-94.
- 26- Bledin KD, Cooper JE, Mackenzie S, Brice B. Psychological sequelae of female sterilization: short term outcome in a prospective controlled study. *Psychol Med*. 1984;14(2):379-90.
- 23- Lin L, Shi-Zhong W, Changmin Z, Qifu F, Keqiang L, Goliang S. Psychological long-term effects of sterilization on anxiety and depression. *Contraception*. 1996; 54:345-57.
- 24- Report of a Who Collaborative prospective study Mental health and female sterilization: a follow up. *J Biosoc Sci*. 1985;17:1-18.