

- 5- Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras, E, Rovira M, Cirera E, Gasto C. Psychiatric Morbidity and Impact on Hospital Length of Stay Among Hematologic Cancer Patients Receiving Stem-cell Transplantation, *Journal of Clinical Oncology*, 2002; Vol 20, No 7. 1907-1917.
- 6- Krantz DS, Kop WJ, Santiago HT, Mental Stress as a Trigger of Myocardial Ischemia and Infarction, *Cardiol Clin* 1996; 14:271-287.
- ۷- داویدیان هاراطون، میزان و علل مراجعه بیماران روانی به طبای غیرروانپزشک، مجله تازه‌های روانپزشکی ۱۳۵۰؛ ۱ (۳): ۳-۱۲۲.
- ۸- وکیل‌زاده سیدبهاء‌الدین، پالاهاگ حسن، بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در مطب خصوصی پزشکان شهرکرد، مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷؛ ۴ (۲): ۴-۱۲.
- 9- Henderson As, Epidemiological Knowledge about mental disorders, In: Henderson, A. s., *An Introduction to Social Psychiatry*: Oxford university press. London: UK, 1990; 52-3.
- ۱۰- ترکمانی‌پور ر، پالاهاگ ح، شیوع اختلال‌های روانی بیماران بخش داخلی مرکز آموزشی-درمانی کاشانی شهرکرد، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۳۷۸؛ ۱ (۲): ۴۴-۵۱.
- 11- Lopez-munoz F, Alamo C, Rubio G, Garcia-Garcia P, Martin-Agueda B, Cuenca E, Bibliometric Analysis of Biomedical Publications on SSRIs During 1980-2000, *Depression and Anxiety*, 2003; 18. 95-103.
- 12- Pincus H A, Henderson B, Blackwood D, Thomas D, Trends in Research in Two general Psychiatric Journals in 1960-1990: Research on Research, *American Journal of Psychiatry*, 1993; 150, 135-142.
- 13- Cromer BA, Stager M M, Research Articles Published in the *Journal of Adolescent Health*: A Two-Decade Comparison, *J of Adolescent Health*, 2000; 27: 306-313.
- 14- Keith H, Brodie H, Sabshin M, An Overview of Trends in Psychiatric search: 1963-1972, *The American Journal of Psychiatry*, 1973; 130:12, 1309-1318.
- ۱۵- رحیمی موقر آ، محمدی م، سهیمی ایزدیان ا، منصوری ن، شریفی و، تشکیل بانک مقالات پژوهشی بهداشت روان کشور Iran Psych، رفاه اجتماعی، ۱۳۸۳، ۱۴، ۶۴-۲۵۹.
- ۱۶- شریفی و، رحیمی موقر آ، محمدی م، رادگودرزی ر، سهیمی ایزدیان ا، فرهودیان ع، منصوری ن، نجاتی صفاح، سه دهه پژوهش‌های بهداشت روان کشور: یک مطالعه علم‌سنجی، علوم شناختی، پاییز ۸۲، ۵ (۳): ۱-۱۵.
- ۱۷- محمدی م، مگرپور ب، تحقیقات علوم پزشکی در ایران و جهان از دیدگاه سیستمی، حکیم، ۱۳۸۱، ۵ (۲): ۱۶۷-۱۵۱.
- ۱۸- رادگودرزی ر، شریفی و، رحیمی موقر آ، فرهودیان ع، سهیمی ایزدیان ا، محمدی م، منصوری ن، نجاتی صفاح، روند سه دهه پژوهش بهداشت روان در ایران: ۱۳۸۱-۱۳۵۲، مجله دانشکده بهداشت و استیتو تحقیقات بهداشتی ۱۳۸۴؛ (زیر چاپ) و ارایه شده در کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران ۱۳۸۴.
- 19- Saxena s, Maulik P K, Sharan P, Levav I, Saraceno B, *Mental Health Research on Low- and Middle-Income Countries in Indexed Journals: a Preliminary Assessment*, *J Ment Health Policy Econ* 2004; 7: 127-131.
- 20- Murray J, Dale G, Thornicroft G, Moreno M, *Mapping Mental Health Research in London: Final Report*, Institute of Psychiatry, London 2001.
- 21- Trzepacz P. The Delirium Rating Scale- Its use in Consultation-liaison Research, *Psychosomatics* 1999; 40, 193-204.
- 22- Cole M, *Delirium: Disguises of Delirium*. South Medical Journal, 1999; 78, 666-670.

منتشر شده پس از این سالها می‌تواند تصویر دقیقتری از وضعیت موجود به دست دهد.

نحوه تقسیم بندی موضوعی در کلیه مطالعات علم‌سنجی با دشواری‌های بسیاری همراه است، با این حال در این مطالعه سعی شد با تعیین ملاک‌های مشخص و عینی، انجام آموزش، دستیابی به پایایی مطلوب بین‌آزماینده و برگزاری جلسات مشترک جهت رفع ابهام‌ها و موارد تردید این محدودیت به حداقل برسد.

#### تقدیر و تشکر:

این مطالعه در مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور و با حمایت این مرکز انجام شده است. محققان لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی مرکز جناب آقای دکتر حمید سوری و نیز معاون پژوهشی پیشین جناب آقای دکتر علاءالدینی و نیز جناب آقای احمد تقوایی مدیر اجرایی مرکز که راهنمایی‌ها و کمک‌های فراوانی جهت تسهیل روند تحقیق کردند سپاسگزاری نمایند. از سرکار خانم دکتر سهیلا امامی که در ابتدای پروژه در جمع‌آوری داده‌ها همکاری داشتند و همچنین از همکاری جناب آقای دکتر حمیدرضا توکلی و سرکار خانم‌ها سوسن مقدسی، زهرا بیات و صفرا برمک و جناب آقای محمد محتشمی شکر و قدردانی به عمل می‌آید.

اجتماعی تبدیل کند و از این طریق امکان ارایه خدمات درمانی همه‌جانبه به بیماران را فراهم آورد. این مهم امکان‌پذیر نخواهد بود مگر آنکه در برنامه آموزش روان‌پزشکی دانشجویان و سایر کادرهای پزشکی دگرگونی‌های کلی و اساسی صورت گیرد. ایجاد بخش‌های روان‌پزشکی رابط در بیمارستان‌های عمومی آموزشی، تربیت کادرهای تخصصی روان‌پزشکی که در حیطه روان‌پزشکی رابط به کار اشتغال داشته باشند نخستین قدم‌ها در جهت اعتلای روان‌پزشکی رابط می‌باشد.

#### محدودیت‌ها:

جهت ورود مقالات خارجی از بانک اطلاعاتی ISI به دلیل محدودیت در دسترسی استفاده نشده است. البته اخیراً این بانک نیز مورد جستجو قرار گرفته و مقالات مربوطه وارد بانک شده است و لازم به ذکر است بر اساس بررسی‌های اولیه تعداد مقالاتی که در بانک‌های MEDLINE و PsycLIT نبودند و در ISI وجود داشتند، اندک بوده است. همانگونه که ذکر شد دسترسی به متن کامل ۳۱ مقاله میسر نشد و فقط به بررسی خلاصه این مقالات اکتفا شد.

مورد دیگر آنکه به دلیل کامل نبودن و تاخیر در انتشار بسیاری از نشریات داخلی در زمان این تحقیق، بررسی به قبل از سال ۱۳۸۲ (۲۰۰۳) محدود شد و روشن است که بررسی مقالات

## منابع

1- Stoudemire A, Bronheim H, Wise TN. Why Guideline for Consultation- Liaison Psychiatry?, *Psychosomatics* 1998; 39:3-7.

2- Saravy SM, Lavin M. Psychiatric Comorbidity and Length of Stay in the General Hospital: A Review of Outcome Studies, *Psychosomatics* 1994; 35:233-252.

3- Saravy SM, Steinberg MD, Weinschel B, *Psychiatric Comorbidity and Length of Stay in the General Hospital*, *Am J Psychiatry* 1991; 148:324-329.

4- Sadock B, Sadock V, Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Seventh edition. Lippincott Williams & Wilkins. USA. 2000; Vol: 1., PP.473.

غیر بهداشت روان در حدود ۱۰٪ مقالات می‌باشد و در حدود ۳۰٪ مقالات هیچ‌کدام از نویسندگان متخصص بهداشت روان نبودند. گرچه این میزان همکاری روند افزایشی داشته است که می‌تواند به‌طور ضمنی بیانگر استقبال محققان رشته‌های دیگر نسبت به پژوهش‌های بهداشت روان باشد ولی با توجه به اهمیت بهداشت روان در بیماری‌های و مشکلات طبی هنوز اندک است. شاید دلیل آن جدایی مراکز درمانی روان‌پزشکی از سایر مراکز درمانی و در دسترس نبودن روان‌پزشکان و لذا امکان مشاوره کمتر با آن‌ها باشد و یا همچنان کم‌اهمیت دانستن مشکلات روانی در بیماری‌ها و مسایل طبی باشد و در واقع نگاه سنتی زیستی (Biologic) پزشکی به جای نگرش زیستی-اجتماعی-روانی (Bio-Psycho-Social) به انسان باشد.

#### نتیجه‌گیری و پیشنهاد

روان‌پزشکی با کلیه رشته‌های پزشکی پیوندی تنگاتنگ و فراوان دارد. درصد بالایی اختلالات روانی در جامعه و به‌ویژه در میان بیماران مبتلا به انواع اختلالات جسمانی و تظاهرات بالینی این اختلالات که علائم روانی و جسمانی متنوعی را شامل می‌شود ما را به این واقعیت می‌رساند که هر پزشک بالینی در هر محلی در کار روزمره خود با موارد متعدد روان‌پزشکی روبرو خواهد شد. اما متأسفانه آموزش و در نتیجه دانش عمومی پزشکان در حدی نیست که بتواند پاسخگوی چنین نیازی بوده و پزشکان را قادر به تشخیص و اتخاذ تدابیر درمانی اصولی در ارتباط با خیل عظیم این قبیل بیماران گرداند. اگر هدف از آموزش پزشکی این است که کادرهایی تربیت گردند که بتوانند خدمات درمانی متناسبی را به بیماران عرضه کنند باید اذعان داشت که درمان درصد قابل توجهی از بیماران به دلیل عدم دریافت خدمات درمانی متناسب روان‌پزشکی ناقص و نارساست. این مهم امروزه در چارچوب روان‌پزشکی رابط، که هدف آن ارائه مستقیم یا غیرمستقیم خدمات روان‌پزشکی به بیماران مبتلا به بیماری‌ها و مسایل طبی است، صورت می‌پذیرد.

کوشش روان‌پزشکی رابط آن است که بین روان‌پزشکان و متخصصان سایر رشته‌های پزشکی بیانی واحد بوجود آورده و نگرش سنتی زیستی پزشکی را به نگرشی زیستی-روانی-

سهم را داشته اند. مطالعات مربوط به استاندارد کردن ابزارها و پرسشنامه‌های مناسب نیز بسیار کم انجام شده است که دلیل آن می‌تواند باز هم نبودن متخصصان بهداشت روان جزء تیم درمانی و در دسترس نبودن متخصصان بهداشت روان در بیمارستان‌های عمومی دانست.

مکان جمع‌آوری داده‌ها در ۶۵٪ موارد در مراکز درمانی بوده است. شاید سهولت انجام بر روی نمونه در دسترس و بودجه شاخص‌های اصلی در انتخاب سؤال و هدف پژوهش‌ها قرار گرفته باشند تا جایی که حتی گاهی به نظر می‌رسد محققان پیش از در نظر گرفتن نیازها، اولویت‌ها و مانند آن به انجام پذیری تحقیق توجه دارند.

منبع حمایت مالی در بیش از ۹۰٪ مقالات نامشخص بوده است. از بین منابع ذکر شده قریب به اتفاق دولتی داخلی و در این مطالعات اکثریت آن‌ها دانشگاهی بوده است. این‌که واقعاً مطالعه بدون هیچ‌گونه حمایت مالی صورت گرفته باشد جای سؤال است. به نظر می‌رسد نه تنها باید حمایت‌های مالی بیشتر گردند بلکه نویسندگان از جانب حمایت کنندگان مالی و هیئت تحریریه مجلات ملزم به درج منبع حمایت مالی در مقالات خود گردند. از طرفی آگاهی خوانندگان از منابع حمایت مالی می‌تواند در تفسیر آنها از نتایج مطالعه تاثیرگذار باشد و نیز می‌تواند نهادها را به حمایت مالی از پژوهش ترغیب کند. در مقایسه می‌توان به مطالعه پینکوس اشاره نمود که در آن گزارش شد که یک سوم مطالعات حمایت مالی را گزارش نکرده‌اند و بیش از ۴۰ درصد موارد از جانب انستیتو ملی بهداشت روان ایالات متحده، انستیتو ملی بهداشت و انستیتو ملی سوء مصرف مواد حمایت مالی می‌شوند و ۱۳ درصد از مراکز خصوصی حمایت مالی دریافت کرده‌اند و منابع حمایت مالی خارجی افزایش قابل توجهی داشته است و کاهش بارزی در تعداد مقالاتی که منبع حمایت مالی را گزارش نکرده‌اند، دیده شده است (۱۲).

یافته دیگر این پژوهش چگونگی همکاری بین پژوهشگران در تحقیقات می‌باشد. میزان همکاری بین پژوهشگران داخلی و خارجی با این که روند افزایشی دارد ولی هنوز بسیار اندک است و شاید نشانه انزوای تحقیقات و علم در ایران باشد. میزان همکاری بین پژوهشگران متخصص بهداشت روان و

است. طبق جدول شماره ۳ بیشترین بیماری‌ها و مسایل طبی که مورد پژوهش قرار گرفته‌اند بیماری‌ها و مشکلات زنان، مامایی، باروری و ناباروری و بعد از آن دردهای مزمن و بیماری‌های قلب و عروقی قرار داشته است، که می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت بهداشت روان در این بیماری‌ها باشد و لزوم همکاری بیشتر متخصصان بهداشت روان را می‌طلبد. شایعترین اختلالات روان‌پزشکی همراه بیماری‌ها و مسایل طبی اختلالات خلقی، مرتبط با مواد و اضطرابی بوده است، که تقریباً هم‌سوی مطالعات استادمیر، کراتز و پریتر بوده است (۱۵،۶). این مطالعات شایعترین اختلالات روانی توأم با بیماری‌های جسمانی را اختلالات خلقی، اضطرابی، مرتبط با مصرف مواد و اختلالات شناختی دانسته‌اند. با این‌که احتمال دلیریوم در بین بیماران بستری در بیمارستان‌های عمومی در مطالعات مختلف بین ۵۱-۲۱٪ گزارش شده است (۲۱،۲۲)، ولی در مطالعه حاضر فقط یک مقاله در این زمینه منتشر شده است. از دلایلی که می‌توان به آن اشاره کرد؛ تشخیص ندادن دلیریوم، نبودن متخصصان بهداشت روان جزء تیم درمانی، در دسترس نبودن متخصصان روان‌پزشکی یا روان‌پزشک بین‌بخشی (رابط) در بیمارستان‌های عمومی دانست. در واقع این یافته‌ها بیانگر این نکته است که فقدان روان‌پزشک بین‌بخشی (Consultation-Liaison Psychiatry) یکی از مشکلات عمده سیستم بهداشتی-درمانی کشور ما است. در کشورهای توسعه یافته سال‌هاست ارتباط مستقیم و تعامل بین سیستم بهداشتی-درمانی و روان‌پزشکی در تمامی بخش‌های بیمارستانی استقرار یافته است ولی متأسفانه در کشور ما خلأ چنین امری به چشم می‌خورد و شایسته است که مسئولان سیستم بهداشتی-درمانی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در این مورد اقدامات جدی به‌عمل آورند.

روش‌شناسی در حدود نیمی از مطالعات از نوع مشاهده‌ای-مقطعی بوده است که هم‌راستا با مطالعه پینکوس و شریفی می‌باشد (۱۶، ۱۲)، شاید علت آن سهولت انجام این روش باشد و در همین راستا مطالعات طولی (کوهورت) و مورد-شاهدی که در اجرا احتیاج به پیگیری افراد مورد مطالعه و سیستم‌های پژوهشی یا بهداشتی-درمانی استقرار یافته با ساختار قوی و با ثبات دارند کمتر مورد توجه بوده و کمترین

تقریباً مصادف با سال‌های جنگ در ایران می‌باشد که گویا پژوهش نیز تحت تأثیر دغدغه جنگ قرار گرفته بود.

از یافته‌های دیگر این است که اکثر قریب به اتفاق این مطالعات در مجلات عمومی پزشکی به چاپ رسیده‌اند و کمتر از ۱۰٪ این مطالعات در مجلات اختصاصی بهداشت روان و حدود ۴٪ از آن‌ها در مجلات اختصاصی روان‌پزشکی به چاپ رسیده‌است. این یافته در راستای مطالعات پینکوس، کرامر و کیت است (۱۲،۱۳،۱۴). در این مطالعات دیده شد که کمتر از ۵٪ مطالعات در مجلات معتبر روان‌پزشکی ایالات متحده به بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی پرداخته بودند. افزایش سهم مقالات منتشره در مجلات پزشکی عمومی از یک طرف می‌تواند نشانگر پذیرش بیشتر پژوهش‌های بهداشت روان از جانب مجلات عمومی پزشکی و یا بهداشتی باشد و اما از سویی دیگر می‌تواند بیانگر این احتمال باشد که روان‌پزشکان و خصوصاً روان‌شناسان از این‌گونه مقالات بی‌اطلاع باشند و لذا وجود بانک‌های اطلاعاتی مانند بانک اطلاعاتی بهداشت روان کشور (IranPsych) که بتواند این مطالعات را در اختیار متخصصان بهداشت روان کشور قرار دهد ضروری به نظر می‌رسد.

از نظر حوزه پژوهش همانطور که انتظار می‌رفت اکثریت مقالات در حوزه علوم بالینی و بعد از آن در حوزه علوم روان‌شناختی انجام شده‌اند. از دلایلی که می‌توان اشاره کرد این است که تحقیقات روان‌شناختی و بالینی در مقیاس کوچک‌تر و محدودتر قابل اجراست و در ضمن می‌توان به وجود تعداد کثیری از فارغ‌التحصیلان و محققان علوم مرتبط با رشته‌های روان‌شناسی و علوم پزشکی اشاره کرد. تعداد کم تحقیقات در حوزه خدمات بهداشتی هم‌خوان با یافته‌های مطالعه پینکوس، رادگودرزی و ساکنا می‌باشد (۱۲،۱۸،۱۹). ساکنا و همکاران مشاهده نمودند تنها یک ششم مقالات تولید شده در کشورهای با درآمد پایین و متوسط مربوط به سرویس‌ها و سیاست‌ها می‌باشد در حالی‌که این موضوع از اهم موضوعات پژوهشی بهداشت روان در این کشورها می‌باشد (۱۹). با این حال تحقیقات خدمات بهداشتی فراوانترین حوزه تحقیق در بین پروژه‌های بهداشت روان در لندن بوده است (۲۰). موضوع پژوهش از دیگر متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه بوده

## بحث

هدف از این مطالعه بررسی و تحلیل مقالات بهداشت روان در زمینه بیماری‌ها و مسایل طبی در ایران می‌باشد تا با ایجاد نيمرخي از وضعیت موجود در این زمینه بتوان نقاط ضعف و قوت آن را تعیین کرد باشد که سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی‌های آینده کشور و اجرای پروژه‌های پژوهشی مثمرتر باشد. در یک دوره سی ساله از مجموع بیش از ۳۰۰۰ مقاله منتشره در حوزه بهداشت روان و علوم مرتبط تعداد ۶۱۱ مقاله (۲۰/۲۱٪) به بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی پرداخته است. این یافته می‌تواند مؤید اهمیت بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی، پذیرش بیشتر روان‌پزشکی بین‌بخشی و توجه بیشتر پژوهشگران و متخصصین حرف دیگر پزشکی به این موضوع باشد.

روند انتشار مقالات بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی رشد افزاینده داشته است. به نظر می‌رسد روند رو به رشد انتشار این مقالات در راستای روند انتشار کل مقالات بهداشت روان نمایه شده در بانک IranPsych در همین فاصله زمانی و مقالات فارسی زبان نمایه شده در ایندکس مدیکوس ایرانی است (۱۶،۱۷). در مطالعه رادگودرزی و همکاران نشان داده شد که بیشترین سهم اختلالات مورد پژوهش در ایران طی سه دهه به ترتیب شامل اختلالات سوماتیک، اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان، اختلالات مرتبط با مصرف مواد و اختلالات خلقی بوده است که هم‌سو با مطالعات ساکسا و همکاران می‌باشد (۱۹،۱۸). از دلایل این رشد می‌توان به افزایش اطلاعات و آگاهی پزشکان در مورد اهمیت بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی، ایجاد واحدهای روان‌پزشکی بین‌بخشی (البته به صورت ناقص)، افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها، افزایش فعالیت محققان و مراکز تحقیقاتی مرتبط با بهداشت روان در دانشگاه‌ها، افزایش توجه به زمینه بهداشت روان در جامعه پزشکی در کشور و بالاخره پایان جنگ و افزایش بودجه‌های تحقیقاتی اشاره نمود. از نکات قابل توجه دیگر در روند انتشار این‌گونه مقالات کاهش روند انتشار آن‌ها در بین سال‌های ۱۳۵۷ تا ۱۳۶۷ است که

مسایل طبی با ۱۸۷ مقاله بوده است. اختلالات عصب-روان‌شناختی در ۲۳ مقاله و علوم عصب‌پایه در ۷۱ مقاله مورد بررسی قرار گرفته بود. دلیریوم تنها در یک مقاله مورد بررسی قرار گرفته بود. لازم به ذکر است که یک مقاله ممکن است چند موضوع پژوهش را در برگیرد و به همین دلیل در چند موضوع منظور شده باشد.

۳۱ مقاله منتشر شده در نشریات خارجی، به دلیل در دسترس نبودن متن کامل آن‌ها از اطلاعات چکیده مقاله جمع‌آوری شد. لذا اطلاعات زیر در مورد این مقالات جمع‌آوری نشد. روش‌شناسی: از نظر روش‌شناسی، روش پژوهش در بیش از نیمی از مقالات (۵۷٪) از نوع مشاهده‌ای-مقطعی بوده است و پس از آن به ترتیب کارآزمایی بالینی با ۱۰۴ مقاله (۱۷٪) و مطالعات حیوانی و علوم پایه با ۷۰ مقاله (۱۱/۴٪) قرار داشتند. مکان جمع‌آوری داده‌ها: در بیش از نیمی از موارد (۶۵٪) مراکز درمانی (شامل بیمارستان، درمانگاه، مطب، خانه بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی) بود و در درجات بعدی مکان جمع‌آوری داده‌ها در ۳۴ مقاله مدرسه، در ۲۲ مقاله (۴/۵٪) خانه، دانشگاه و محل کار هر کدام به ترتیب با ۱۸ و ۵ مقاله بوده است. لازم به ذکر است که مکان جمع‌آوری داده‌ها در پنج مطالعه چند مرکزی بوده است.

منبع حمایت مالی: بررسی توزیع فراوانی حمایت‌های مالی مراکز و نهادهای مختلف از این‌گونه پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در اکثریت قریب به اتفاق مقالات (۹۱٪) منبع حمایت مالی ذکر نشده بود. منبع حمایت مالی در ۴۶ مقاله (۸٪) داخلی، دولتی و عمدتاً دانشگاهی و منبع حمایت مالی در دو مقاله خارجی و نوع آن نامشخص بوده است.

همکاری پژوهشی: یکی دیگر از متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه، چگونگی همکاری بین پژوهشگران (نویسندگان مقالات) بوده است. در ده مقاله (۱۷٪) بین نویسندگان داخلی و خارجی همکاری وجود داشته است. در ۶۰ مقاله (۱۱٪) بین نویسندگان بهداشت روان و رشته‌های دیگر و در ۱۴۱ مقاله (۲۴٪) بین نویسندگان دانشگاه‌ها و سازمان‌های مختلف همکاری وجود داشته است. در ۱۷۰ مقاله (۳۰٪) هیچ‌کدام از نویسندگان متخصصان بهداشت روان نبودند. در ۹۰ مقاله (۱۲٪) نیز همه پژوهشگران متخصصان بهداشت روان بودند.

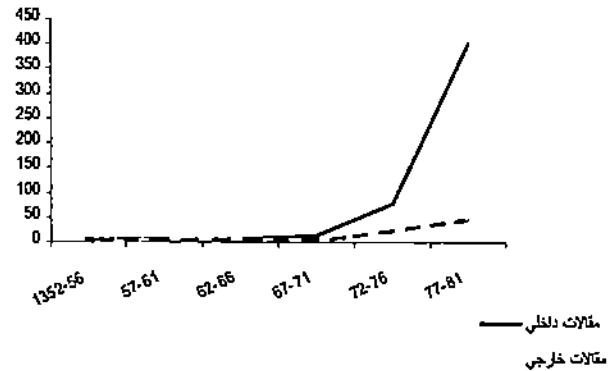
اختلال مورد بررسی اختلالات خلقی، مرتبط با مواد و اضطرابی به ترتیب با ۶۲، ۶۲ و ۳۲ مقاله بوده است. ۹۹ مقاله

مقاله (۲/۵٪) قرار داشته‌اند. البته لازم به ذکر است که یک مقاله ممکن است در دو حوزه پژوهش قرار داشته باشد.

جدول شماره ۳: تعداد انتشارات بهداشت روان و بیماری‌ها و مسایل طبی به تفکیک رشته‌های مختلف

شکل شماره ۱: روند مقالات پژوهشی بهداشت روان منتشر شده و مسایل و بیماری‌های طبی در یک دوره سی ساله

تعداد انتشارات	رشته‌های مختلف
۱۴۳	مامایی، زنان، باروری و ناباروری
۷۰	دردهای مزمن
۶۸	بیماری‌ها و مسایل قلب و عروق
۴۶	بیماری‌ها و مسایل متابولیک و غدد درون‌ریز
۳۵	سرطان‌ها
۲۸	بیماری‌ها و مسایل کلیوی و مجاری ادراری تناسلی
۲۵	بیماری‌های مغز و اعصاب
۲۴	مسایل مربوط به جراحی و بیهوشی
۲۴	بیماری‌ها و مسایل تنفسی و ایمنولوژیک
۲۲	سایر بیماری‌های عفونی
۲۰	ایذ
۱۹	بیماری‌ها و مسایل پوستی
۱۸	بیماری‌ها و مسایل گوارشی
۱۶	بیماری‌ها و مسایل خونی
۱۰	بیماری‌ها و مسایل عضلانی-اسکلتی
۶۵	سایر x



موضوع پژوهش: طبق جدول شماره ۳ تعداد انتشارات در رابطه با بهداشت روان و بیماری‌ها و مسایل طبی به تفکیک رشته‌های مختلف آورده شده است. همان‌طور که دیده می‌شود بیماری‌های زنان، مامایی، باروری و ناباروری، دردهای مزمن و بیماری‌های قلب و عروق بیشترین تعداد مقالات را به خود اختصاص داده است.

جدول شماره ۲: تعداد انتشارات بهداشت روان در بیماری‌ها و

مسایل طبی در هر یک از دوره‌ها

دوره‌ها	تعداد انتشارات (درصد)
۱۳۵۲-۱۳۵۶	۵ (۷/۵٪)
۱۳۵۷-۱۳۶۱	۱۲ (۱۱/۶٪)
۱۳۶۲-۱۳۶۶	۹ (۱۲٪)
۱۳۶۷-۱۳۷۱	۲۳ (۱۳/۵٪)
۱۳۷۲-۱۳۷۶	۱۰۲ (۱۸/۹٪)
۱۳۷۷-۱۳۸۱	۴۶۰ (۲۲/۱٪)

x منظور از سایر بیماری‌ها و مسایل طبی مربوط به چشم‌پزشکی، روماتولوژی، گوش، حلق و بینی، دندان‌پزشکی مسمومیت‌ها، سوختگی و بیماران رو به مرگ معلولیت‌های جسمی-حرکتی، تغذیه، تنظیم خانواده، یبوشیمی خون، بوده است. تعداد انتشارات هر یک از این موارد کمتر از ۵ مقاله بوده است.

(۱۶/۲٪) به درمان‌های فیزیکی روان‌پزشکی، ۴۷ مقاله (۷/۷٪) به روان‌درمانی، ۳۲ مقاله (۵/۲٪) به اختلالات روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان و ۹ مقاله نیز به اختلالات سایکوتیک پرداخته بودند.

ارتباط علوم روان‌شناختی و بیماری‌ها و مسایل طبی در ۲۵۷ مقاله (۴۲٪) مورد بررسی قرار گرفته بودند. شایعترین موضوع مورد بررسی، مسایل روان‌شناسی شناختی در بیماری‌ها و

هم‌ابتلایی بیماری‌ها و مسایل طبی و اختلالات روان‌پزشکی در ۲۱۶ مقاله (۳۵/۴٪) مورد بررسی قرار گرفته بودند. شایعترین

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مقالات پژوهشی بهداشت روان منتشرشده در بیماری‌ها و مسایل طبی در نشریات داخلی و خارجی در سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۵۲ (معادل ۲۰۰۲-۱۹۷۳) برحسب نوع نشریات

نوع نشریه	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
نشریات اختصاصی	۵۴	۹/۳
نشریات عمومی فارسی زبان داخلی	۴۵۵	۷۴
نشریات انگلیسی زبان داخلی	۲۴	۳/۹
نشریات خارجی	۷۸	۱۲/۸
کل	۶۱۱	۱۰۰

روند انتشار مقالات: برای تعیین روند انتشار مقالات، سال‌های ۱۳۵۲ تا ۱۳۸۱ به شش دوره پنج ساله تقسیم شد. جدول شماره ۲ تعداد مقالات در هر دوره را نشان می‌دهد. تعداد مقالات از پنج مقاله مربوط به بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی (۷/۵۵٪) در دوره اول به ۴۶۰ مقاله (۲۲/۲۱٪) در دوره ششم رسیده است.

روند انتشار مقالات داخلی فارسی زبان همان‌طور که در شکل شماره ۱ دیده می‌شود، بدین‌صورت بوده است: تعداد مقالات منتشرشده تا سال ۱۳۷۳ محدود و دارای نوسانات کمی بوده است، اما از دوره چهارم به‌خصوص دوره‌های پنجم و ششم روند صعودی قابل توجهی در انتشار مقالات دیده می‌شود. روند انتشار مقالات انگلیسی زبان منتشره در نشریات بین‌المللی نیز تقریباً مشابه بوده است، به طوری که تا سال ۱۹۹۳ تعداد مقالات کم بوده اما از این سال به بعد و به خصوص از سال ۲۰۰۰ و پس از آن به یکباره رشد چشمگیری داشته است.

حوزه پژوهشی: از نظر حوزه پژوهشی، اکثریت مقالات در حوزه علوم بالینی با ۳۲۵ مقاله (۵۳/۲٪) و سپس روان‌شناختی با ۲۵۷ مقاله (۴۲/۱٪) انجام شده‌اند و با تفاوت زیادی تحقیقات در حوزه‌های علوم عصب‌پایه با ۷۱ مقاله (۱۱/۶٪)، اپیدمیولوژی با ۵۴ مقاله (۸/۸٪) و خدمات بهداشتی با ۱۵

هماهنگ‌کننده پژوهش دیده بودند. میانگین توافق افراد در مورد متغیرهای اصلی پژوهش بعد از مرحله پایلوت به ۸۴/۱٪ رسیده بود. در مرحله اصلی پروژه، هریک از همکاران پژوهش به طور مستقل مقالات را بررسی می‌کردند و موارد تردید و ابهام در جلسات هفتگی در مرکز با حضور کلیه آنان و نیز هماهنگ‌کننده پژوهش مطرح شده و به توافقات لازم رسیده می‌شد. جمع‌آوری اطلاعات بر اساس متن کامل مقالات انجام می‌گرفت به‌جز ۳۸۰ مقاله از کل مقالات مورد بررسی منتشر شده در نشریات خارجی که به دلیل در دسترس نبودن متن کامل آن‌ها اطلاعات از چکیده مقاله جمع‌آوری شد. با توجه به آن‌که استخراج اطلاعات مربوط به روش‌شناسی، محل جمع‌آوری داده‌ها، حمایت مالی و همکاری پژوهشی نیازمند متن کامل مقالات بود، این اطلاعات در مورد این ۳۸۰ مقاله جمع‌آوری نشد.

جزئیات روش‌شناسی در مقاله شریفی و همکاران ذکر شده است (۱۶).

## یافته‌ها

تعداد مقالات: از تعداد ۳۰۳۱ مقاله مورد بررسی در زمینه بهداشت روان و علوم وابسته (شامل روان‌پزشکی، روان‌شناسی و علوم پایه) که در سال‌های ۱۳۵۲ تا ۱۳۸۱ به چاپ رسیده‌اند، ۶۱۱ مقاله (۲۰/۲٪) به بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی پرداخته‌اند. از این تعداد ۵۰۹ مقاله (۸۳/۲٪) در مجلات فارسی زبان داخلی، ۲۴ مقاله (۳/۹٪) در مجلات انگلیسی زبان داخلی و ۷۸ مقاله (۱۲/۸٪) در مجلات خارجی منتشر شده‌اند. از ۵۰۹ مقاله منتشره در مجلات داخلی فارسی زبان؛ تنها ۵۴ مقاله (۱۰/۶٪) در مجلات اختصاصی روان‌پزشکی و روان‌شناسی که از این میان کمتر از ۴٪ مقالات در مجلات اختصاصی روان‌پزشکی به چاپ رسیده‌اند. ۱۷۸ مقاله (۳۵٪) در مجلات عمومی تهران و ۲۷۷ مقاله (۵۴/۴٪) در مجلات عمومی شهرستان‌ها که عمدتاً مجلات پزشکی هستند، به چاپ رسیده‌اند (جدول شماره ۱). اکثر نویسندگان اول مقالات مرد (۶۲٪)، دارای مدرک دکتری یا بالاتر و از دانشگاه‌های علوم پزشکی بوده‌اند.

اطلاعات در این مطالعه از دو روش جمع‌آوری شده‌اند:

۱- اطلاعات مقاله نگاری: این اطلاعات شامل نوع، محل انتشار، زبان و درجه علمی نشریه‌ای که مقاله در آن درج شده است، هم چنین سال انتشار مقاله است. این اطلاعات به‌طور مستقیم از طریق بانک جمع‌آوری شد.

۲- سایر اطلاعات: سایر اطلاعات با استفاده از فرم‌هایی که به همین منظور طراحی شده‌اند توسط همکاران پژوهش جمع‌آوری شدند که عبارت بودند از: حوزه پژوهش: منظور از حوزه پژوهش آن حوزه علم است که تحقیق بهداشت روان در آن حوزه انجام شده است. مانند: حوزه روان‌شناختی، حوزه علوم بالینی و غیره. (یک مقاله ممکن است چند حوزه را در برگیرد).

موضوع پژوهش: منظور از موضوع پژوهش آن موضوع خاص از بهداشت روان است که تحقیق در ارتباط با آن انجام شده است. مانند: اختلالات پسیکوتیک، اختلالات خلقی و غیره. (یک مقاله ممکن است چند موضوع را در برگیرد)؛ روش پژوهش: منظور از روش پژوهش، متدولوژی مورد استفاده در پژوهش است؛

محل پژوهش: منظور از محل پژوهش، محل جمع‌آوری داده‌ها است و در برگیرنده گستره جغرافیایی (کشوری، استانی، شهری، روستایی) و مکان جمع‌آوری داده‌ها (بیمارستان، دانشگاه، درمانگاه، خانه و ...) است. (یک مقاله ممکن است چند محل پژوهش را در برگیرد).

منبع حمایت مالی: منظور منبعی است که در کل پژوهش یا بخشی از آن سرمایه‌گذاری کرده و حمایت مالی به عمل آورده است. یک مقاله ممکن است از چند منبع حمایت مالی دریافت کرده باشد.

همکاری پژوهشی: منظور همکاری بین نویسندگان داخلی و خارجی، بین نویسندگان رشته‌های بهداشت روان و رشته‌های گوناگون دیگر و بین نویسندگان دانشگاه‌های مختلف داخلی است.

جمع‌آوری اطلاعات توسط پنج روانپزشک و یک روان‌شناس (با درجه کارشناسی ارشد) از واحد بهداشت روان مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور انجام شد. این افراد آموزش لازم درباره این طرح و نحوه جمع‌آوری اطلاعات را توسط

پیشگیری و درمان آنها، آموزش و ارتقای بهداشت روان، و پژوهش‌های علوم پایه مرتبط با بهداشت روان شامل روان‌شناسی و علوم عصب‌پایه است. در اینجا اصطلاح مقاله پژوهشی دربرگیرنده مقاله اریژینال، مقاله مروری (که به مرور مقالاتی با منشا داخلی پرداخته باشد)، گزارش موردی، بررسی محتوایی، ارزشیابی برنام، و مقالات نظریه‌سازی است. مقالاتی که صرفاً ترجمه مقالات خارجی هستند در این بانک لحاظ نشده‌اند. همچنین منظور از مجله علمی هر نشریه ادواری است که در شناسنامه خود به صورت علمی یا پژوهشی معرفی شده باشد، و علمی شناخته شدن مجله مستلزم داشتن تأییدیه رسمی از کمیسیون نشریات علوم پزشکی و یا وزارت تحقیقات و فن‌آوری نبوده است. این مجلات شامل سه نوع مجله داخلی عمومی (پزشکی)، مجله داخلی اختصاصی (روان‌شناسی و اجتماعی) و مجله خارجی می‌باشند. مجله خارجی؛ مجله‌ای علمی است که در یکی از دو بانک اطلاعاتی PubMed (بانک اطلاعات پزشکی) و PsycLIT (بانک اطلاعات علوم روان‌شناختی) یافت شود (۱۵).

برای این تحقیق، بررسی به مقالاتی محدود شد که در یک دوره ۳۰ ساله، بین فروردین ۱۳۵۲ تا اسفند ۱۳۸۱ (ژانویه ۱۹۷۳ تا دسامبر ۲۰۰۳ میلادی برای مقالات انگلیسی) منتشر شده‌اند. نخستین اسناد موجود در بانک به سال ۱۳۳۰ باز می‌گردد و به این دلیل دوره زمانی ۱۳۳۰ تا ۱۳۵۱ انتخاب نشدند که دسترسی به مقالات منتشر شده در این دوره نارسا و ناقص بوده است.

در این پژوهش مقالاتی مرتبط با بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی شناخته شد که به بهداشت روان در مسایل طبی و بیماری‌های پوست، ایدز، سایر بیماری‌های عفونی، بیماری‌های قلب و عروق، بیماری‌های متابولیک و غدد درون‌ریز، بیماری‌های گوارشی، بیماری‌های تنفسی و ایمنولوژیک، بیماری‌های عضلانی-اسکلتی، بیماری‌های خونی، بیماری‌های کلیوی، مجاری ادراری و تناسلی، سرطان‌ها، مامایی و زنان، باروری و ناباروری، مغز و اعصاب، جراحی- بیهوشی، دردهای حاد و مزمن، درمان‌های جسمی و ابعاد روانی، کل بیماری‌های جسمی و سایر بیماری‌ها و مسایل طبی پرداخته باشد.



## مقدمه

سال‌ها است پزشکان می‌دانند که عوامل روان‌شناختی باعث افزایش احتمال بروز، تشدید و تغییر در سیر و عاقبت بیماری‌های طبی می‌شوند. مدارک معتبر و علمی برای ادعای این موضوع به سرعت رو به افزایش است (۱). تحقیقات نه تنها نشان داده‌اند که نشانه‌ها و اختلالات روان‌پزشکی در میان بیماران داخلی و جراحی شیوع زیادی دارد، بلکه ثابت کرده‌اند که همراهی این اختلالات می‌تواند باعث آثار منفی بر نتیجه بیماری زمینه‌ای، افزایش طول مدت بستری، هزینه درمانی و عملکرد فرد می‌گردد (۲،۳). شیوع تمام عمر اختلالات روان‌پزشکی در بیمارانی که مبتلا به بیماری طبی مزمن هستند به ۴۲٪ می‌رسد. ۳۰٪ الی ۶۰٪ افراد بستری در بخش‌های داخلی - جراحی مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی هستند (۴). پريتو و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که ۴۴/۱٪ بیماران مبتلا به سرطان، اختلال روان‌پزشکی به صورت هم‌ابتلائی دارند (۵). همچنین کراتز و همکاران نشان دادند که دو سوم بیماران بستری در بخش‌های عمومی اختلال روان‌پزشکی توأم دارند (۶). مطالعات مختلف نشان می‌دهد که میزان قابل توجهی از بیمارانی که از ناراحتی‌های روانی رنج می‌برند به پزشکان غیرروان‌پزشک مراجعه می‌کنند (۷،۸). تخمین زده می‌شود که ۲۱٪ تا ۲۶٪ بیماران مراجعه‌کننده سرپائی به مراکز پزشکی اختلال روان‌پزشکی داشته باشند. در مطالعه‌ای ۱۰۲۶ نفر از افرادی که به متخصص غیرروان‌پزشک مراجعه نموده بودند مورد بررسی قرار گرفتند؛ نتایج مطالعه نشان داد که ۳۳٪ از آنان از اختلالات روانی رنج می‌برند (۹).

در ایران نیز در مطالعه‌ای میزان شیوع اختلالات روانی در بخش داخلی مرکز آموزشی - درمانی کاشانی شهرکرد ۳۰/۷٪ برآورد شد (۱۰).

سیاستگذاری و برنامه‌ریزی در هر کشوری نیازمند شناخت و ارزیابی وضعیت پژوهش و اطلاعات در زمینه وضع موجود می‌باشد تا براساس آن جهت‌گیری‌های لازم صورت گیرد. اگر پژوهش براساس سیاستگذاری و یا برنامه‌ریزی مشخص نباشد باعث تکرار بی‌دلیل پژوهش‌ها، اتلاف وقت، انرژی، هزینه و منابع انسانی می‌گردد و در نهایت به هدف مشخصی نائل

نمی‌گردد. برای همین منظور لازم است اطلاع درستی از وضعیت پژوهش در دست باشد. در حال حاضر بررسی مقالات پژوهشی را به عنوان یکی از شاخص‌های مهم وضعیت پژوهش به حساب می‌آورند. یکی از رایج‌ترین روش‌های بررسی مقالات پژوهشی استفاده از مطالعات کمی علم‌سنجی (scientometry) می‌باشد (۱۱).

با توجه به اهمیت بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی، هنوز در مورد میزان انتشارات بین‌المللی و داخلی در خصوص آن در ایران پژوهشی انجام نشده است، از طرفی؛ مطالعات علم‌سنجی انجام شده در زمینه بهداشت روان و بیماری‌ها و مسایل طبی در دنیا نیز محدود است. در مطالعاتی که بر روی موضوع مقالات صورت گرفته، مشخص گردید که موضوع اولیه در کمتر از ۵٪ مقالات منتشر شده در ۴ مجله روان‌پزشکی در ایالات متحده در طی دو دهه به بهداشت روان در بیماری‌ها و مسایل طبی اختصاص داشته است (۱۲،۱۳،۱۴). همچنین طبق مطالعه آنان، تغییرات معناداری در روند انتشار این مقالات در طول زمان دیده نشده است.

هدف پژوهش کنونی، بررسی علم‌سنجی بر روی مقالات پژوهشی انتشار یافته مربوط به موضوع بهداشت روان و بیماری‌ها و مسایل طبی در یک دوره سی ساله از سال ۱۳۵۲ الی ۱۳۸۱ (برای مقالات فارسی زبان) معادل ۱۹۷۳ الی ۲۰۰۳ میلادی (برای مقالات انگلیسی زبان) است.

## مواد و روش‌ها

تمامی مقالات از بانک اطلاعات بهداشت روان کشور (IranPsych) انتخاب شدند. این بانک شامل کلیه مقالات و سایر اسنادی است که به پژوهش درباره بهداشت روان و علوم مرتبط با آن در ایران پرداخته‌اند و حاوی اسنادی از دهه ۱۳۳۰ تا سال ۱۳۸۳ است.

بخش مقالات این بانک حاوی متن کامل کلیه مقالات پژوهشی مندرج در مجلات علمی داخلی و خارجی است که موضوع اصلی آنها پژوهش بهداشت روان و علوم مرتبط در ایران بوده است. در تعریف عملیاتی آن، مقاله‌ای پژوهشی است که یکی از موضوعات اصلی آن بررسی اختلالات روان‌پزشکی،

و با آنالیز منحنی ROC مربوط به اینهیین B و سیکل های کنسل شده در  $\text{cut off point}=283$  اینهیین B کمتر از  $283\text{pg/ml}$ ، دارای حساسیت  $85\%$  و ویژگی  $30\%$ ، ارزش اخباری منفی  $93/3\%$  و ارزش اخباری مثبت  $14/3\%$  برای کنسل شدن سیکل می‌باشد.

همچنین در همین  $\text{cut off point}$  اینهیین B کمتر از  $283\text{pg/ml}$  دارای حساسیت  $77\%$  و ویژگی  $30\%$  و ارزش اخباری منفی  $77\%$  و ارزش اخباری مثبت  $31/2\%$  برای پاسخ ضعیف تخمدان (کمتر از ۴ اووسیت) می‌باشد.

در همین  $\text{cut off point}$ ، اینهیین B بیشتر مساوی  $283\text{pg/ml}$  دارای ویژگی  $77\%$  و حساسیت  $56\%$  و ارزش اخباری منفی  $90\%$  و ارزش اخباری مثبت  $30\%$  برای تحریک بیش از حد تخمدان (فولیکول  $\leq 20$ ) می‌باشد.

در مطالعه M. Fawzy و همکاران در سال ۲۰۰۲، اینهیین B روز پنجم سیکل در پیشگویی پاسخ تخمدان دقت بالایی نشان داد و نشان داد که آستانه  $400\text{pg/ml}$  ممکن است در تصمیم گیری اینکه درمان را ادامه دهند مفید باشد و این آستانه یک حساسیت  $92/9\%$  و ویژگی  $95\%$  و ارزش پیشگویی کتندگی مثبت  $87/7\%$  برای پیشگویی پاسخ تخمدانی ضعیف داشته است (۲). ولی در مطالعه ما حساسیت و ویژگی اینهیین B برای پیشگویی پاسخ تخمدانی ضعیف بسیار کمتر از این مطالعه بوده است ( $77\%$  و  $30\%$ ) و ارزش اخباری منفی و مثبت ( $76\%$  و  $31\%$ ) می‌باشد.

در مطالعه Thamprisam و همکاران در سال ۲۰۰۲ متوسط سطح اینهیین در گروه پاسخ دهنده ضعیف  $113/18 \pm 57/906$  بوده است و در گروه کنترل  $94/05 \pm 61/81$  بوده است. اختلاف آماری واضح و مشخصی وجود نداشته است (۳). ولی در مطالعه ما متوسط اینهیین در گروه پاسخ دهنده ضعیف  $287/5 \pm 195/8$  و در گروه کنترل  $274/3 \pm 320$  بوده است که در گروه پاسخ دهنده کنترل بیشتر بوده است و اختلاف نیز معنی‌دار بوده است.

در مطالعه Janet E Hall و همکاران در سال ۱۹۹۹، نه اینهیین A و نه اینهیین B اطلاعات اضافه تری در پیشگویی نتایج موفقیت آمیز نسبت به سن و تعداد اووسیت فراهم نکرده است و نتیجه گرفتند که ۱- در بیمارانی که تحت

بین اینهیین B و BMI با  $pv=0.03$  و ضریب همبستگی  $0/2$ -- ارتباط معنی‌داری وجود داشته است. بین اینهیین B و تعداد فولیکول‌ها با  $pv=0.006$  و ضریب همبستگی  $0/26$  ارتباط معنی‌داری وجود داشته است.

بین اینهیین B و تعداد اووسیت بازیافت شده با  $pv=0.02$  و ضریب همبستگی  $0/2$  ارتباط معنی‌داری وجود داشته است. بین اینهیین B و تعداد جنین تشکیل شده با  $pv=0.03$  و ضریب همبستگی  $0/1$  ارتباط معنی‌داری وجود داشته است.

میانگین اینهیین B در سیکل‌های کنسل شده  $214/9\text{pg/ml}$  و در سیکل‌های کنسل نشده  $255/7\text{pg/ml}$  بوده است ( $PV=0.1$ ).

میانگین اینهیین B در پاسخ دهنده های ضعیف (اووسیت کمتر از ۴)  $195/8\text{pg/ml}$  و در پاسخ دهنده های نرمال  $273/3\text{pg/ml}$  بوده است ( $PV=0.05$ ).

میانگین اینهیین B در موارد تحریک پذیری بیش از حد تخمدان (فولیکول  $\leq 20$ )  $471/1\text{pg/ml}$  و در موارد عدم تحریک پذیری بیش از حد  $213/2\text{pg/ml}$  بوده است ( $PV=0.01$ ).

میانگین اینهیین B در موارد حاملگی شیمیایی مثبت  $340/9$  و در موارد منفی بوده آن  $220/2\text{pg/ml}$  بوده است ( $PV=0.04$ ).

میانگین اینهیین B در موارد حاملگی بالینی مثبت  $297/9\text{pg/ml}$  و در موارد منفی بوده آن  $238/2\text{pg/ml}$  بوده است ( $PV=0.2$ ).

## بحث

با آنالیز منحنی ROC مربوط به اینهیین B و حاملگی بالینی، اینهیین B در  $\text{cut off point}=100\text{pg/ml}$  دارای حساسیت  $54\%$  و ویژگی  $52\%$  و ارزش اخباری منفی  $79\%$  و ارزش اخباری مثبت  $24\%$  در حاملگی می‌باشد.

جدول ۴- فراوانی و توزیع فراوانی پاسخ تخمدانی ضعیف (اوسیت کمتر از ۴) در جمعیت مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	فراوانی / اوسیت کمتر از ۴
٪۲۹	۳۱	بلی
٪۷۱	۷۶	خیر
٪۱۰۰	۱۰۷	کل

جدول ۵- فراوانی و توزیع فراوانی تحریک بیش از حد تخمدان (فولیکول  $\leq 20$ ) در جمعیت مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	فراوانی / فولیکول $\leq 20$
٪۱۵	۱۶	بلی
٪۸۵	۹۱	خیر
٪۱۰۰	۱۰۷	کل

در جمعیت مورد مطالعه ٪۶۲/۶ علت نازایی‌ها، عامل مردانه، ٪۱۹/۶ لوله ای و ٪۱۷/۸ ناشناخته بوده است.

کنترل شده و تعداد حاملگی بالینی ارتباط معنی داری وجود نداشته است.

جدول ۲- فراوانی و توزیع فراوانی حاملگی شیمیایی در جمعیت مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	فراوانی / حاملگی شیمیایی
٪۲۶/۲	۲۸	مثبت
٪۷۳/۸	۷۹	منفی
٪۱۰۰	۱۰۷	کل

جدول ۳- فراوانی و توزیع فراوانی حاملگی کلینیکال در جمعیت مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	فراوانی / حاملگی کلینیکال
٪۲۲/۴	۲۴	مثبت
٪۷۷/۶	۸۳	منفی
٪۱۰۰	۱۰۷	کل

جدول ۶- مشخصات توصیفی متغیرها

متغیر	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
سن	۲۱	۳۵	۲۹/۰۸	۴/۴
BMI	۱۸/۶	۲۸	۲۴/۴۵	۲/۴
مدت نازایی	۲	۲۰	۷/۱۳	۴/۳
اینهیبین B	۸	۱۳۰۰	۲۵۱/۸	۳۱۳/۸
روز	۵	۱۶	۱۰	۲/۱
تعداد آمپول HMG	۱۲	۶۴	۲۶/۵	۹/۴
تعداد فولیکول	۰	۲۵	۹/۵	۶/۲
تعداد اوسیت بازیافت شده	۰	۲۳	۷/۲	۵/۳
تعداد اوسیت بارور شده	۰	۱۷	۴/۶	۴
تعداد جنین تشکیل شده	۰	۱۶	۳/۲	۲/۶
تعداد جنین انتقال داده شده	۰	۴	۲/۶	۱/۳

## مقدمه

روش‌های متعددی برای پیشگویی ذخیره تخمدان و نتایج IVF در پاسخ تحریک با گنادوتروپین مورد استفاده قرار گرفته است. برای مثال اندازه گیری FSH روز سوم در سیکل قبلی نرمال، جریان خون فولیکولار، حجم تخمدان یا سونوگرافی ترانس واژینال قبل از درمان فولیکول‌های آنترال مورد تحقیق قرار گرفته اند (۳).

در بین همه اینها ثابت شده است که سطح FSH پایه روز سوم، مفیدترین روش است و نتیجه ضعیف IVF با سطح بالاتر هورمون حتی در محدوده نرمال مرتبط بوده است (۲). در رابطه با اینهمین B، گزارشات اولیه نشان داده است که این خانواده از هورمونها به علت تولید وابسته به FSH آنها، ممکن است به عنوان یک مارکر رشد فولیکول‌ها و تعداد آنها قدرت داشته باشند. واضح است که اینهمین B در فاز اولیه فولیکولار هر دو گروه تحریک نشده و سیکل‌های تحریک شده با FSH افزایش می‌یابد و می‌تواند به عنوان یک مارکر مستقیم ذخیره تخمدان استفاده شود (۱).

هدف از اجرای این مطالعه تعیین ارزش پیشگویی کنندگی اینهمین B روز پنجم سیکل در تعداد اووسیت‌های به دست آمده در سیکل ART است. اهداف دیگر آن تعیین حساسیت و ویژگی و ارزش اخباری مثبت و منفی اینهمین B در پیشگویی حاملگی بالینی و کنسل شدن سیکل و تحریک بیش از حد تخمدان در سیکل‌های ART و تعیین ارتباط بین اینهمین B و تعداد اووسیت بازیافت شده، تعداد فولیکول رسیده ( $\leq 14mm$ )، تعداد اووسیت بارور شده و جنین تشکیل داده شده است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه به روش پرسپکتیو و به صورت توصیفی تحلیلی، با ارزیابی تست تشخیصی روی بیماران نابارور مراجعه کننده، به درمانگاه نازایی بیمارستان ولیعصر، مرکز ناباروری رویان و الوند در سال ۸۳-۸۲ انجام شده است.

معیارهای ورود شامل بیماران با علت نازایی مردانه، لوله‌ای، ناشناخته که سن ۳۵-۲۰ سال داشتند، سابقه جراحی قبلی روی تخمدان نداشتند.  $BMI=20-28kg/m^2$  و FSH نرمال سیکل قبلی بوده است. معیارهای خروج هرگونه اختلال اندوکراین مثل هیپرپرولاکتینمیا و PCO و نیاز به TESE برای سیکل ART بوده است. بیماران پس از اخذ رضایت نامه کتبی در این طرح وارد شدند. پروتکل مورد نظر پروتکل Long و داروی مورد استفاده برای تحریک HMG و GnRH.A مورد نظر، بوسرلین بوده است.

اطلاعات راجع به تعداد آمپول‌های مورد استفاده و تعداد اووسیت به دست آمده و تعداد جنین تشکیل شده و موارد حاملگی از پرونده‌ها، استخراج شد. از روز دوم سیکل برای بیماران HMG شروع شد و در روز ۵ سیکل در یک آزمایشگاه واحد برای بیماران اینهمین B چک شد.

## یافته‌ها

در مطالعه ما، ۱۰۷ بیمار طبق معیار ورود و خروج وارد مطالعه شدند. بین اینهمین B و BMI و تعداد فولیکول رسیده ( $\leq 14mm$ ) و تعداد اووسیت‌های بازیافت شده، تعداد جنین تشکیل شده و متقل شده، تعداد حاملگی شیمیایی، تعداد تحریک بیش از حد تخمدان (فولیکول  $\leq 20$ )، تعداد پاسخ ضعیف تخمدان (اووسیت  $> 4$ ) ارتباط معنی داری وجود داشته است.

جدول ۱- فراوانی و توزیع فراوانی سیکل‌های کنسل شده در جمعیت مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	
	سیکل کنسل شده	فراوانی
۱۳/۱۲۷	بلی	۱۳
۹۴/۸۷۹	خیر	۹۴
۱۰۷/۱۰۰	کل	۱۰۷

ولی بین اینهمین B و تعداد روزهای مورد نیاز برای تحریک، مقدار گنادوتروپین مورد نیاز برای تحریک و سیکل

## ارزش پیشگویی کنندگی سطح خونی اینهیپین B روز ۵ سیکل در

### پاسخگویی تخمدانی در سیکل‌های ART

بیمارستان ولیعصر، ۸۳-۱۳۸۲

دکتر انسیه شاهرخ تهرانی نژاد (استادیار)\*، دکتر ناهید قلی‌نژاد (رزیدنت)\*\*، دکتر بتول حسینی رشیدی (استادیار)\*\*، دکتر مهناز اشرفی (استادیار)\*

\* گروه زنان، عضو تیم تخصصی پژوهشکده رویان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\*\* گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### چکیده

مقدمه: از متدهای مختلفی برای پیشگویی ذخیره تخمدان و نتایج IVF در پاسخ تحریک گنادوتروپین استفاده شده است. در بین همه اینها ثابت شده است که FSH پایه روز سوم مفیدترین متد است. نتیجه ضعیف تر با سطح بالاتر هورمون حتی در محدوده نرمال مرتبط است. هدف اصلی از این مطالعه تعیین ارزش پیشگویی کنندگی اینهیپین B روز پنجم سیکل در تعداد اووسیت‌های به دست آمده در سیکل ART است. اهداف دیگر آن تعیین حساسیت و ویژگی و ارزش اخباری مثبت و منفی اینهیپین B در پیشگویی حاملگی بالینی و کنسل شدن سیکل و تحریک بیش از حد تخمدان در سیکل‌های ART و تعیین ارتباط بین اینهیپین B و تعداد اووسیت بازیافت شده، تعداد فولیکول رسیده ( $\geq 14mm$ )، تعداد اووسیت بارور شده و جنین تشکیل داده شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش پرسپکتیو به صورت توصیفی و تحلیلی با ارزیابی تست تشخیصی روی بیماران نا بارور مراجعه کننده به درمانگاه نازایی در بیمارستان ولیعصر، مرکز ناباروری رویان و الوند در سال ۸۲-۸۳ انجام شده است. معیارهای ورود، بیماران با علت نازایی مردانه، لوله ای، ناشناخته که سن ۲۵ - ۳۵ سال داشتند، سابقه جراحی قبلی روی تخمدان نداشتند و  $BMI=20-28kg/m^2$  و FSH نرمال سیکل قبلی بوده است و معیارهای خروج هرگونه اختلال اندوکراین مثل هیپرپرولاکتینما و PCO و نیاز به TESE برای سیکل ART بوده است. پروتکل مورد نظر، پروتکل Long پروتکل و داروی GnRH آگونیست مورد استفاده بوسرلین بوده است.

یافته‌ها: در این مطالعه ارتباط معنی داری بین اینهیپین B و تعداد فولیکول رسیده و BMI و تعداد اووسیت بازیافت شده و جنین تشکیل شده و حاملگی شیمیایی وجود داشته ولی بین اینهیپین B و تعداد روزهای مورد نیاز برای تحریک و گنادوتروپین مورد نیاز و حاملگی بالینی و کنسل شدن سیکل ارتباطی وجود نداشته است. علاوه بر این بین اینهیپین B و پاسخ ضعیف تخمدان (اووسیت  $> 4$ ) و تحریک بیش از حد تخمدان (فولیکول  $\leq 20$ ) ارتباط وجود داشته است.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: هرچند که بین مقدار اینهیپین B و تعداد اووسیت بازیافت شده و موارد حاملگی شیمیایی و تعداد اووسیت کمتر از ۴ و فولیکول بیشتر مساوی ۲۰ ارتباط وجود دارد ولی این تست از حساسیت و ویژگی و ارزش اخباری مثبت بالایی جهت تعیین پاسخ دهنده های ضعیف (کمتر از ۴ اووسیت) و کنسل شدن سیکل و تحریک بیش از حد تخمدان (فولیکول  $\leq 20$ ) و موارد حاملگی برخوردار نیست و نمی توان از این تست جهت کنسل کردن سیکل استفاده کرد.

کلمات کلیدی: ذخیره تخمدان، گنادوتروپین، IVF، اینهیپین B