

بررسی سطح سلامت روان زنان نابارور شهر بندر عباس

سکینه دادی پور^۱، آذین علوی^۲، فایقه زارعی^۳، علی صفری مرادآبادی^۴

۱ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران، ۲ متخصص زنان و زایمان، مرکز تحقیقات مراقبت های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، هرمزگان، ایران، ۳ دانشجوی کارشناسی ارشد میکروبیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت هرمزگان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران، ۴ مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران، ۵ دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مجله طب پیشگیری، دوره سوم شماره دوم تابستان ۹۵ صفحات ۲۸-۲۰.

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات فردی و اجتماعی که بر زندگی زوج ها (خصوصاً زنان) و عملکرد خانواده تاثیر می گذارد و می تواند افراد را در معرض فشارهای روانی یا اختلالات روانی گوناگون قرار دهد ناباروری است. بدین منظور مطالعه حاضر با هدف بررسی سطح سلامت روان در زنان نابارور شهر بندر عباس صورت گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر بر روی ۱۰۰ زن نابارور شهر بندر عباس و به روش نمونه گیری تصادفی ساده صورت گرفت. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی GHQ بود. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS/16 و از طریق آزمون های آمون های مربع کای، آنالیز واریانس یک طرفه و t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0/05$ از نظر آماری معنی دار تلقی گردید.

نتایج: یافته ها بین متغیر مدت ناباروری با ابعاد علائم جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی و همینطور سلامت عمومی کل رابطه معکوس معنادار نشان داد. بین سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه با خرده مقیاس های علائم جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت عمومی کل ارتباط معنادار مشاهده شد. بین دو متغیر میزان درآمد و شغل با ابعاد افسردگی و کارکرد اجتماعی ارتباط معنادار مشاهده شد.

نتیجه گیری: با توجه به بررسی های صورت گرفته، طول مدت ناباروری، میزان تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت شغلی و بیماری های زمینه ای بر سلامت روان زنان نابارور تاثیر می گذارند و می توانند باعث تشدید جنبه های روانی و اجتماعی ناباروری گردند.

کلیدواژه ها: ناباروری، سلامت روان، زنان نابارور

نویسنده مسئول:

علی صفری مرادآبادی

مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقا

سلامت، دانشگاه علوم پزشکی

کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

بندرعباس - ایران

تلفن: ۹۸۹۶۶۹۳۴۷۶۷+

پست الکترونیکی:

alisafari_31@yahoo.com

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۵/۲/۲۳ اصلاح نهایی: ۹۵/۳/۲۲ پذیرش مقاله: ۹۵/۴/۵

ارجاع: دادی پور سکینه، علوی آذین، زارعی فایقه، صفری مرادآبادی علی. بررسی سطح سلامت روان زنان نابارور شهر بندرعباس. طب پیشگیری ۱۳۹۵؛ ۲۳(۲): ۲۸-۲۰.

مقدمه:

زنان هر جامعه ای از ارکان اصلی خانواده محسوب می شوند و بررسی سلامت آنان نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. سلامت زنان و مخصوصاً سلامت مادران از مفاهیم اساسی توسعه و رفاه اقتصادی اجتماعی است (۱). یکی از مشکلات فردی و اجتماعی که بر زندگی زوج ها (خصوصاً زنان) و عملکرد خانواده تاثیر می گذارد و می تواند افراد را در معرض فشارهای روانی یا اختلالات روانی گوناگون قرار دهد ناباروری است (۲، ۳) که به عدم وقوع حاملگی در طی یک سال مقاربت بدون استفاده از روش های پیشگیری اطلاق می شود (۴). شیوع ناباروری در میان گروه های قومی و نژادی، تفاوت چندانی ندارد، طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی حدود ۱۰ - ۱۵ درصد یعنی حدود پنج میلیون نفر در سراسر دنیا به این مشکل دچار هستند (۵). براساس مطالعات دیگر حدود ۸۰ - ۵۰ میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می برند (۶-۸). براساس آمارهای موجود ۲۰-۱۲ درصد زوج ها نابارور می باشند

زنان هر جامعه ای از ارکان اصلی خانواده محسوب می شوند و بررسی سلامت آنان نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. سلامت زنان و مخصوصاً سلامت مادران از مفاهیم اساسی توسعه و رفاه اقتصادی اجتماعی است (۱). یکی از مشکلات فردی و اجتماعی که بر زندگی زوج ها (خصوصاً زنان) و عملکرد خانواده تاثیر می گذارد و می تواند افراد را در معرض فشارهای روانی یا اختلالات روانی گوناگون قرار دهد ناباروری است (۲، ۳) که به عدم وقوع حاملگی در طی یک سال مقاربت

متعدد نشان داده شده است (۱۹-۲۲). با توجه به اینکه مشکلات روانشناختی ناشی از ناباروری نقش بسزایی در تشدید این مشکل دارد و همچنین مشکل ناباروری می تواند باعث تنش در روابط اجتماعی و آشفتگی روانی زوج ها، قطع ارتباط و طلاق گردد، لذا نتایج حاصل از این پژوهش سطح سلامت روان را در زنان نابارور بررسی می کند و زمینه را برای انجام مداخلات مناسب از جمله مداخلات روانشناختی به عنوان مکمل درمان های شناختی هموارتر می سازد.

روش کار:

پژوهش حاضر مطالعه ای توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه مورد مطالعه را ۱۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به کلینیک نازایی بیمارستان ام لیلیا بندر عباس که با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند تشکیل داد. ابزار جمع آوری اطلاعات مشتمل بر ۲ بخش بود: اطلاعات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات، طول مدت ناباروری، میزان درآمد، بیماری زمینه ای، وضعیت شغلی، علت نازایی، محل زندگی و مصرف سیگار بود. بخش دوم پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی GHQ 28 بود. پرسشنامه سلامت عمومی برای اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم شد و به طور گسترده به منظور تشخیص نشانه های خفیف روانی از قبیل افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و عملکرد اجتماعی در شرایط گوناگون به کار برده شده است. در سال های بعد نسخه های متعددی از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ ساخته شد که شامل نسخه های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی است. از این بین، نسخه ی ۲۸ سوالی به دلیل تعداد سوالات و ویژگی های روانشناسی مناسب، شناخته شده ترین و معمول ترین نوع آن می باشد (۲۳). در این پژوهش نیز از فرم ۲۸ سوالی (GHQ 28) استفاده شده است که متشکل از چهار مقیاس شامل نشانه های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می باشد که هر یک از این مقیاس ها در بر گیرنده ۷ سوال می باشند. پاسخ های داده شده به پرسشنامه GHQ 28 در یک طیف چهار درجه ای (خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد) قرار دارد و روش نمره دهی به آن به صورت روش نمره گذاری لیکرت ۱، ۲ و ۳ می باشد. سپس نمرات سوالات هر معیار با یکدیگر جمع شد و در نهایت نمرات همه معیار ها نیز با هم جمع شدند تا نمره سلامت روان برای هر فرد بدست آمد، بنابراین

از این میان ۴۰ درصد مستقیماً به زنان، ۴۰ درصد مردان و ۲۰ درصد مربوط به هر دوی آنان می باشد (۹). بر اساس مطالعات انجام شده شیوع کلی مشکلات روانی در زوجین نابارور ۲۵ تا ۶۰ درصد برآورد شده است (۱۰). تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده اند، با استرس های فیزیکی، اقتصادی، روان شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. بر اساس بررسی های انجام شده افسردگی، اضطراب، پائین بودن عزت نفس، نارضایتی زناشویی و نارضایتی جنسی از پیامدهای روان شناختی ناباروری گزارش شده است (۱۱). مطالعات بسیاری اثرات روانشناختی ناباروری را آشکار ساخته اند (۱۲، ۱۳). Downey و همکاران گزارش کردند که ۹۰ درصد از افراد نابارور دارای ملاک تشخیص افسردگی عمده بودند در حالیکه تنها ۳۰ درصد گروه کنترل چنین ملاکی تشخیصی را داشتند (۱۴). در تحقیقی دیگر میزان اضطراب و افسردگی در زنان نابارور برابر با میزان اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به ناراحتی قلبی و سرطان و ایدز برآورد شد (۱۵). بر اساس مطالعه ای که در شهر شیراز صورت گرفته است میانگین نمره افسردگی در زوجین نابارور از لحاظ آماری بالاتر از ن زوجین بارور بوده است (۱۶). بر اساس بررسی دیگری در شهر تهران ۴۴ درصد زنان نابارور و ۲۸/۷ درصد زنان بارور اختلالات روانی داشتند که بیشترین نمره زنان نابارور در افسردگی، افکار پارانویید و حساسیت بین فردی بوده است (۱۷). در مطالعه دیگری که در شهر اصفهان بر روی ۴۴ زن نابارور و ۳۵ زن بارور در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت، کیفیت زندگی زنان نابارور به طور معنی داری پائین تر از کیفیت زندگی زنان بارور بوده است و مقایسه ابعاد کیفیت زندگی نشان داد که این دو گروه از لحاظ وضعیت جسمانی، ارزیابی استرس و ارزیابی کیفیت کلی زندگی با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری نداشتند در صورتی که زنان نابارور به طور معنی داری در وضعیت عاطفی روانی دشوارتری به سر برده و از لذت کمتری از زندگی برخوردارند (۱۸). طبق مدل سلامتی، کیفیت زندگی مطلوب باید چند بعد فیزیکی، عاطفی-روانی، اجتماعی، معنوی و شغلی را در بر گیرد (۱۹). در بسیاری از زوجین نابارور این احساس که زنانگی یا مردانگی آنها در نتیجه ناباروری کاهش یافته منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می شود که این تاثیر منفی ناباروری بر کیفیت زندگی زنان در مطالعات

نتایج:

پژوهش حاضر بر روی ۱۰۰ زن نابارور صورت گرفت. میانگین سنی افراد مورد مطالعه 29.76 ± 5.76 بود. ۴۵ نفر (۴۵٪) با توجه به نمره تعیین شده دارای اختلالات سلامت روان و ۵۵ نفر (۵۵٪) نمره پایین تر از نقطه برش به دست آوردند و سالم ارزیابی شدند. میانگین نمرات به دست آمده در خرده مقیاس علائم جسمانی 4.34 ± 13.39 ، در خرده مقیاس اختلال خواب و اضطراب 4.72 ± 12.68 ، در خرده مقیاس اختلال کارکرد اجتماعی 2.81 ± 13.81 و در خرده مقیاس افسردگی 4.45 ± 16.46 محاسبه شد. به طور کلی، شرکت کنندگان در خرده مقیاس اختلال خواب و اضطراب بهترین وضعیت و در خرده مقیاس افسردگی بدترین وضعیت را نمایش دادند (جدول ۱).

حداکثر نمره این پرسشنامه ۸۴ خواهد بود. نقطه برش این پرسشنامه برای هر یک از مقیاس های فرعی ۷ و برای مقیاس کلی ۲۳ در نظر گرفته شد. از آنجایی که در این پرسشنامه نمره پایین تر نشانه سلامت روانی بیشتر است، آزمودنی هایی که نمره کمتر از ۲۳ بدست آورده اند، سالم تشخیص داده می شوند (۲۴). گلبرگ و ماری حساسیت این پرسشنامه را ۸۴٪ و متوسط ویژگی آن را ۸۲٪ محاسبه کردند (۲۵). مطالعات مختلفی در ایران نیز حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه می باشند (۲۶). پرسشنامه پس از ارائه توضیحات کافی در رابطه با هدف از انجام طرح و توجیه آنها و کسب رضایت در اختیار افراد مورد مطالعه قرار گرفت. پس از گردآوری داده ها، اطلاعات با استفاده از SPSS16 و از طریق آزمون های مربع کای، آنالیز واریانس یک طرفه و t مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $P < 0.05$ از نظر آماری معنی دار تلقی گردید.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در افراد مورد مطالعه

متغیر	گروه	فراوانی	درصد	متغیر	گروه	فراوانی	درصد
درآمد	بیش از ۵۰۰ هزار تومان در ماه	۴۵	۴۵	سطح تحصیلات	ابتدایی	۹	۹
	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در ماه	۵۵	۵۵		سیکل	۲۲	۲۲
وضعیت شغلی	غیر شاغل	۸۰	۸۰	دیپلم	۲۳	۲۳	
	شاغل	۲۰	۲۰	دانشگاهی	۳۲	۳۲	
علت نازایی	مردانه	۱۹	۱۹	بیماری زمینه ای	دارد	۱۷	۱۷
	زنانه	۵۵	۵۵		ندارد	۸۳	۸۳
	هر دو	۹	۹		مصرف دخانیات	دارد	۲
هیچکدام	۱۷	۱۷	ندارد	۹۸		۹۸	
محل زندگی	شهر	۵۶	۵۶				
	شهرستان	۲۴	۲۴				
	روستا	۲۰	۲۰				

تحصیلات نمره بدست آمده در مقیاس های مذکور به طور معناداری کاهش یافت. بین دو متغیر میزان درآمد و شغل با ابعاد افسردگی و کارکرد اجتماعی ارتباط معنادار مشاهده شد. اما بین علت نازایی، محل سکونت و مصرف سیگار نیز با هیچ کدام از خرده مقیاس ها ارتباط معنادار نبود. در نهایت، در مورد متغیر بیماری های زمینه ای، تنها در بعد جسمانی و سلامت عمومی کل ارتباط معنادار مشاهده شد (جدول ۲).

تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد بین سن افراد با میانگین نمره در خرده مقیاس علائم جسمانی رابطه معکوس معنادار وجود دارد. در واقع با افزایش سن، خرده مقیاس مورد نظر نمره کمتری را بدست می آورد. همچنین یافته ها بین متغیر مدت ناباروری با ابعاد علائم جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی و همینطور سلامت عمومی کل رابطه معکوس معنادار نشان داد. بین سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه با خرده مقیاس های علائم جسمانی، اختلال کارکرد اجتماعی، افسردگی و سلامت عمومی کل ارتباط معنادار مشاهده شد. با افزایش سطح

جدول ۲: بررسی ارتباط بین متغیر های جمعیت شناختی در افراد مورد مطالعه با خرده مقیاس های پرسشنامه سلامت عمومی بر حسب سطح معنی داری

مقیاس متغیر	علائم جسمانی	اختلال خواب و اضطراب	اختلال کارکرد اجتماعی	افسردگی	سلامت عمومی کل
سن	۰,۰۳۱	۰,۶۹۹	۰,۶۸۶	۰,۳۶۹	۰,۷۳۷
مدت نازایی	۰,۰۰۰	۰,۴۴۵	۰,۰۳۳	۰,۰۳۳	۰,۰۰۸
سطح تحصیلات	۰,۰۰۱	۰,۳۳۸	۰,۳۵۹	۰,۰۴۸	۰,۰۲۴
درآمد	۰,۶۵۱	۰,۶۸۸	۰,۳۳۳	۰,۰۲۲	۰,۷۸۰
شغل	۰,۱۲۱	۰,۴۵۲	۰,۰۰۹	۰,۱۸۵	۰,۵۶۸
علت نازایی	۰,۷۶۶	۰,۲۴۱	۰,۰۹۱	۰,۴۱۰	۰,۲۱۱
بیماری های زمینه ای	۰,۰۰۱	۰,۰۸۸	۰,۲۵۵	۰,۱۴۲	۰,۰۱۷

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی سلامت روان در ۱۰۰ زن نابارور ساکن شهر بندرعباس انجام شد. یافته های این مطالعه نشان داد ۴۵ درصد از زنان نابارور تحت مطالعه نمره پایین تر از نقطه برش ، و مشکوک به داشتن اختلالات روانی بودند. بیشترین اختلال مربوط به خرده مقیاس افسردگی و سپس

خرده مقیاس های کارکرد اجتماعی، علائم جسمانی و اختلال خواب و اضطراب بود. در همین راستا، مطالعات فراوانی وجود دارند که افزایش اختلالات سلامت روان در زنان نابارور در مقایسه با زنان سالم را گزارش داده اند. در مطالعه مظاهری و همکاران که با هدف مقایسه سطح سلامت روان در زوجین با

پرداختن به جنبه های روانی درمان این بیماران در کنار سایر اقدامات پزشکی ضروری است و لازم است حمایت روانی لازم در این گروه به عمل آید (۲۹). ممکن است بتوانیم دلیل این تفاوت شیوع را در شرایط سنی خاص، تفاوت های فرهنگی، شرایط اجتماعی و اقتصادی و یا تفاوت در شیوه زندگی افراد مورد مطالعه ردیابی نماییم. در پژوهشی مشابه که محمدی عزیزاده چرنابی و همکاران در سال ۲۰۱۲ با هدف ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل موثر بر آن در زنان نابارور انجام دادند، ۱۰۱۲ زن نابارور مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد نمرات کیفیت زندگی به طور قابل توجهی در تمام خرده مقیاس ها در زنان نابارور پایین تر بود (۳۰). جمیلیان و همکاران نیز در سال ۱۳۸۹ با هدف مقایسه سطح سلامت عمومی زنان بارور و نابارور پژوهشی مشابه انجام دادند. این مطالعه بر روی ۱۴۷ زن نابارور و ۱۴۷ زن بارور به عنوان گروه شاهد که از لحاظ متغیر های تاثیر گذار، همسان شده بودند، انجام گرفت. نتایج این بررسی نشان داد که نمره کسب شده در خرده مقیاس های علائم جسمانی، کارکرد اجتماعی و افسردگی در زنان نابارور به طور معناداری بیشتر بود (۳۱). علاوه بر نتایج ذکر شده، یافته ها در مطالعه ما نشان داد، تمامی متغیر های این مطالعه به جز متغیر های علت نازایی، محل سکونت و مصرف سیگار بر سلامت روان زنان نابارور (چه در خرده مقیاس ها و چه در سلامت عمومی کل) تاثیر معنادار داشتند. این در حالی است که مطالعات بسیاری، حاکی از تاثیر منفی سیگار بر وضعیت

توانایی باروری و زوجین نابارور، انجام شد نتایج نشان داد زوجین نابارور و فاقد فرزند در مقایسه با دیگر گروه ها سلامت روان پایین تری داشته و از نظر روانی آسیب پذیری بیشتری دارند و فقدان فرزند از جمله عوامل تاثیر گذار در آسیب روانی زوجین نابارور بود (۲۷). ناباروری به عنوان یک بحران فردی، استرس زیادی بر زوج های نابارور وارد می کند و می تواند به طرق گوناگون سلامت روانی آنها را تهدید کند. همچنین ناباروری می تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی و کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه رابطه زناشویی، جدایی، طلاق، کاهش اعتماد به نفس، احساس طرد شدن و درماندگی و در نتیجه منجر به افسردگی گردد. مطالعات نشان دادند شیوع افسردگی در زنان نابارور بالاتر از جمعیت عمومی زنان است، تا حدی که در چند مطالعه شیوع افسردگی در زنان نابارور دو برابر زنان بارور گزارش شده است (۲۸). در همین راستا، بهجتی اردکانی و همکاران در سال ۱۳۸۹ پژوهشی تحت عنوان ارزیابی سلامت روانی افراد نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری انجام دادند. در این پژوهش ۴۰۰ زوج نابارور مورد مطالعه قرار گرفتند و نتایج حاصل از پژوهش نشان داد در مجموع ۴ درصد مراجعین نمره غیر طبیعی را کسب نموده اند که بیش از همه در مقیاس عملکرد اجتماعی و پس از آن به ترتیب در مقیاس علائم اضطراب، مقیاس علائم جسمانی و در مقیاس افسردگی، زوج ها نمره غیر طبیعی را نشان دادند. به علاوه مشاهده شد که در مجموع، سلامت روانی زنان نسبت به مردان اختلال بیشتری دارد و

توانند باعث تشدید جنبه های روانی و اجتماعی ناباروری گردند. از این رو، ارائه خدماتی از قبیل آموزش همگانی و بالا بردن آگاهی مردم نسبت به ابعاد مختلف ناباروری، ارائه خدمات مناسب، آگاهی در خصوص فرایند درمان، کمک به مشکلات ارتباطی زوج های نابارور، آموزش مهارت های حل مسئله، برگزاری جلسات گروه درمانی جهت مقابله با موقعیت های استرس زا و مدیریت استرس ها برای پیشگیری از آسیب های روانی زوج های نابارور لازم می باشد.

سپاسگزاری:

نویسندگان این مقاله از تمامی مسئولان و مدیران بیمارستان ام لایلا و همچنین افراد مورد مطالعه کمال قدردانی و تشکر را دارند.

روانی افراد می باشند. عدم معنادار بودن این رابطه در مطالعه ما به دلیل آن بود که تنها یک نفر از افراد مورد مطالعه از سیگار استفاده می کرد، در واقع حجم نمونه کافی برای بررسی این رابطه وجود نداشت (۳۲-۳۴). در مطالعه مشابهی که آپکونگ و اورگی بر روی زنان نابارور نیجریه انجام دادند، مشخص شد که برخلاف نتایج به دست آمده در مطالعه ما، هیچکدام از متغیر های طول مدت نازایی و سطح تحصیلات رابطه معناداری با وضعیت سلامت عمومی زنان نابارور نداشتند. در حالی که متغیر سن، رابطه معناداری با سلامت عمومی در زنان نابارور نشان داد. طبق نتایج این مطالعه، زنانی که در بازه سنی ۲۱ الی ۳۱ سال بودند کمترین نمره را کسب کردند و در بهترین شرایط روانی بودند. یافته های این بررسی نشان داد که عدم اشتغال به کار و پایین بودن درآمد فرد نازا نیز تاثیر منفی قابل توجه و معناداری بر خرده مقیاس اضطراب می گذارد (۳۵). در مطالعه ای که اخیرا برای نشان دادن ارتباط برخی از بیماری های زمینه ای شایع انجام شد، بیان شد که بیماری هایی چون فشار خون بالا و نارسایی عروق مغزی می توانند منجر به افزایش احتمال بروز بیماری های روانی شوند. مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است تا این رابطه را به روشنی بیان کند (۳۶).

با توجه به بررسی های صورت گرفته، طول مدت ناباروری، میزان تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت شغلی و بیماری های زمینه ای بر سلامت روان زنان نابارور تاثیر می گذارند و می

References

۱. MacKian SC. What the papers say: Reading therapeutic landscapes of women's health and empowerment in Uganda. *Health & place*. 2008;14(1):106-15.
۲. Boivin J. A review of psychosocial interventions in infertility. *Social science & medicine*. 2003;57(12):2۴۱-۳۲۵
۳. Jamilian H, Jamilian M, Hezaveh FD. P03-496-The comparison of mental health in fertile and infertile women. *European Psychiatry*. 2011;26:1666.
۴. Lunenfeld B, Van Steirteghem A. Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from the Bertarelli Foundation's second global conference. *Human Reproduction Update*. 2004;10(4):317-26.
۵. Younesi SJ, Salagegheh A. Body image in fertile and infertile women. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2001;2(4).
۶. Nouri RK, Akhondi MM, Ardekani ZB. Psychosocial aspects of infertility from viewpoint of infertility treating physicians. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2001;2(3).
۷. Speroff L, Fritz MA. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*: lippincott Williams & wilkins; 2005.
۸. Berek JS, Adashi E, Hillard P. *Novak's Gynecology*, 12th. Philadelphia: LippincottWilliams& Wilkins. 1996:981-1003.
۹. Trantham P. The infertile couple. *American family physician*. 1996;54(3):1001-10.
۱۰. Guerra D, Llobera A, Veiga A, Bari PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Human Reproduction*. 1998;13(6):1733-6.
۱۱. Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *Journal of Counseling & Development*. 2000;78(4):400-10.
۱۲. Domar AD, Clapp D, Slawsky EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and sterility*. 2000;73(4):805-11.
۱۳. Khosravi Z. Mental health predictive factors in infertile couples. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2002;3(1).
۱۴. Downey J, McKinney M. The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1992;62(2):196.
۱۵. Domar AD, Zuttermeister P, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 1993;14:45-.
۱۶. Ashkani H, Akbari A, Heydari S. Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, Southern Iran. *Indian journal of medical sciences*. 2006;60(10):399.
۱۷. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Yazdi SAB, Jafarabadi M. Study of personality disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2007;1(2):69-73.
۱۸. Nilforooshan P, Latifi Z, Abedi M, Ahmadi S. Quality of life and its different domains in fertile and infertile women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2008;4(1):66~ 70.
۱۹. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*. 2004;63(1):126-30.
۲۰. Khayata G, Rizk D, Hasan M, Ghazal-Aswad S, Asaad M. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2003;80(2):183-8.
۲۱. Wilson JF, Kopitzke EJ. Stress and infertility. *Current women's health reports*. 2002;2(3):194-9.
۲۲. Fekkes M, Buitendijk S, Verrips G, Braat D, Brewaeys A, Dolfing J, et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*. 2003;18(7):1536-43.
۲۳. Solgi Z, Saeedipoor B, Abdolmaleki P. Study of psychological well-being of physical education students of Razi university of Kermanshah. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2009;13(2).

۲۴. Hemayattalab R, Bazazan S, Lahmi R. The relationship between happiness and mental health in Female Tehran and Payame Noor University Students who Play Sport and those who don't. *Harakat Journal*. 2003;18(2):18-29.
۲۵. Shariati M, Kaffashi A, Ghalehbandi M, Fateh A, Ebadi M. Mental health in medical students of the Iran University of Medical Sciences (IUMS). *PAYESH* 2002;1(1):29-37.
۲۶. Montazari A SM, Harirchi AM, Garmarodi, G EM. Assessment of quality of life and mental health in Iranian adolescences. *Pajohesh kadeh Health Science Jahad Daneshgahi*. 2003:24-35.
۲۷. Mohsenian R. Comparison of Mental Health Ratings of Fertile and Infertile Couples. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2012;14(1):72-5.
۲۸. Haririan H, Mohammadpour Y, Aghajanlou A. Prevalence of depression and contributing factors of depression in the infertile women referred to Kosar Infertility Center, 2009. *IRANIAN JOURNAL OF OBSTETRICS, GYNECOLOGY AND INFERTILITY* 2010;13(2):45-9.
۲۹. Ardekani ZB, Akhondi MM, Kamali K, Khalaf ZF, Eskandari S, Ghorbani B. Mental health status of patients attending avicenna infertility clinic. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2010;11(4):319-24.
۳۰. Charandabi SMA, Kamalifard M, Sedaghiani MM, Montazeri A, Mohammadian ED. Health-Related Quality of Life and its Predictive Factors among Infertile Women. *Journal of caring sciences*. 2012;1(3):159.
۳۱. Jamilian M, Rafiei M, Jamilian HR, Esmkhani A. The comparison of general health between fertile and infertile women of Arak City in 2010. *Arak Medical University Journal*. 2012;14(6):27-35.
۳۲. Lasser K ,Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Jama*. 2000;284(20):2606-10.
۳۳. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 2009;9(1):285.
۳۴. Organization WH. *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope: World Health Organization*; 2001.
۳۵. Upkong D, Orji E. Mental health of infertile women in Nigeria. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4):259.
۳۶. Kramer M. The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1980;62(S285):382-97.

Mental health of infertile women in Bandar Abbas

Sakineh Dadipoor¹, Azin Alavi², Faeghe Zarei³, Ali Safari-Moradabadi^{4,5}

PhD student in health education and health promotion, Mother and Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran¹, Obstetrics and Gynecology, Mother & Child Welfare Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Hormozgan, Iran², MSc Student of Microbiology, Social Determinants in Health Promotion Research Center, Hormozgan Health Institute, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran³, Social Development & Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran⁴, PhD student in health education and health promotion, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran⁵.

(Received 12 May, 2017)

Accepted 25 Jun, 2017)

Original Article

Abstract

Introduction: A key personal and social problem affecting couples' life (particularly women) and their familial functioning is infertility. It can also cause mental stress and disorders. The present research aimed to investigate the mental health of infertile women in Bandar Abbas City.

Methods: This was conducted on 100 infertile women in Bandar Abbas who were selected based on simple random sampling method. The data gathering instrument was the 28-item General Health Questionnaire. The data were later analyzed using one-way ANOVA as well as independent sample t-test. Significance level was $P < 0/05$.

Results: A significant negative correlation was found between the duration of infertility and physical indications, social malfunctioning, depression, and total general health subscales. Similarly, income and occupation were significantly correlated with depression and social functioning.

Conclusion: According to the findings, duration of infertility, education, income, occupation, and background diseases can affect infertile women's mental health and can intensify social and mental aspects of infertility.

Key words: Infertility, Mental Health, Infertile Women

Correspondence:

A.Safari-Moradabadi
Social Development & Health
Promotion Research Center,
Kermanshah University of
Medical Sciences,
Kermanshah, Iran
Tel: +98 9169634767
Email:
alisafari_31@yahoo.com

Citation: Dadipoor S, Alavi A, Zarei F, Safari-Moradabadi A. Mental health of infertile women in Bandar Abbas. *Journal of Preventive Medicine* 2017; 3(2): 1-13.