



نشریه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۲۵، شماره ۹۰، پاییز ۱۳۹۴، صفحات ۴۷ تا ۵۴
تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۲۹

رابطه‌ی سلامت عمومی با شادکامی، احساس حقارت و تعارضات زناشویی در زنان نابارور شهرستان بروجرد

جمیله شاهرودی^{۱*}، منصور رضایی^۲، مریم ایازی روزبهانی^۳، خیراله صادقی^۴، میترا بختیاری^۵، مریم شاهرودی^۶

۱. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲. دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳. متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی، مرکز ناباروری عرفان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۵. استادیار، گروه علوم تشریح و بیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۶. کارشناسی‌ارشد، دانشگاه پیام نور تهران غرب، تهران، ایران
* نویسنده مسئول مکاتبات: جمیله شاهرودی Shahverdi.jamile@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف:

امروزه ناباروری و نحوه نگرش به آن، زندگی زوجین را با مسایلی از قبیل افسردگی، احساس درماندگی و اضطراب مواجه ساخته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی سلامت عمومی با شادکامی، احساس حقارت و تعارضات زناشویی در این افراد انجام شد.

مواد و روش‌ها:

در این پژوهش تحلیلی- مقطعی ۱۰۰ زن نابارور به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ)، شادکامی آکسفورد، احساس حقارت و تعارضات زناشویی (KMCS) بودند. جهت تعیین روایی پرسشنامه‌ها از روایی محتوی و صوری استفاده شد و پایایی آن‌ها نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۸۸، شادکامی ۰/۹۳، احساس حقارت ۰/۷۶ و برای تعارضات زناشویی ۰/۹۵ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

۱۰۰ زن نابارور ۱۸ تا ۴۳ ساله با میانگین سنی ۲۹/۳ مورد مطالعه قرار گرفتند. ۵۵٪ زنان از شرایط اقتصادی متوسط برخوردار بودند و تنها ۶٪ آن‌ها سابقه مراجعه به روان‌شناس و روان‌پزشک را داشتند. میزان سلامت عمومی در زنان مورد بررسی با حداقل ۳۲ و حداکثر ۸۷ و با میانگین (۵۶/۱۴٪) در سطح متوسط بود. نتایج نشان داد بین متغیرهای شادکامی و احساس حقارت با سلامت عمومی رابطه‌ی مثبت معنی‌داری وجود دارد ($p \leq 0/01$)، در حالی‌که بین متغیر تعارضات زناشویی با سلامت عمومی رابطه معنی‌دار مشاهده نشد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که شادکامی و احساس حقارت به ترتیب با ضریب بتای ۰/۵۶-، ۰/۲۱ به شکل معنی‌داری توان پیش‌بینی متغیر سلامت عمومی را دارند.

نتیجه گیری:

در این مطالعه سلامت عمومی زنان نابارور با شادکامی و احساس حقارت آن‌ها در ارتباط بود. بر اساس نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد که حضور روان‌شناسان بالینی و روان‌پزشکان در مراکز تشخیص و درمان نازایی می‌تواند امری موثر و مفید در کمک به افراد نابارور در سازگاری بیشتر با مشکلات ناشی از نازایی باشد.

کلید واژه‌ها:

سلامت، شادکامی، احساس حقارت، تعارض زناشویی، ناباروری

مقدمه

نازایی به علت بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تعریف می‌شود. در جهان حدود ۱۵ درصد از زوجین از ناباروری رنج می‌برند که ۴۰ درصد موارد به علت عوامل زنانه، ۴۰ درصد به علت مردانه و ۲۰ درصد موارد به عوامل مشترک نسبت داده می‌شود (Behdani, et al., 2003).

بر اساس مطالعات انجام‌شده، تخمین زده شده که حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا به نوعی از ناباروری رنج می‌برند. به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می‌شود. ناباروری خود عاملی موثر در ایجاد مشکلات فردی و اجتماعی است که می‌تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگونی قرار دهد. در واقع ناباروری فرایندی است که شغل، جسم، شخصیت و ذهنیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اثرات نامطلوبی را در احساسات فرد از جمله خودباوری او به وجود می‌آورد. پژوهشگران تاکنون بروز رفتارهای تکانشی و فشارهای پراکنده، افسردگی، احساس درماندگی و بی‌ارزشی، اضطراب و تشویش را در مورد افراد نابارور گزارش نموده‌اند و این باعث ایجاد سیکل معیوبی می‌شود که احتمال درمان ناباروری را کاهش می‌دهد (Kalkhoran, et al., 2011).

ناباروری و درمان به‌عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش والدینی، نه تنها باعث ایجاد مشکلات روان-شناختی می‌شود، بلکه می‌تواند به‌عنوان یک ضربه شدید علیه روابط بین زوجین و استحکام خانواده عمل کند. همچنین از آن‌جا که تشخیص و درمان ناباروری به روش‌های مختلف صورت می‌گیرد، خود عامل دیگری در ایجاد بحران‌های اساسی در زندگی زوجین به شمار می‌آید. بر این اساس مطالعات پیشین به علت تفاوت‌های عاطفی بین زنان و مردان تنش ناشی از ناباروری بر زنان بیش‌تر از مردان است (Heidari and Latifnejad, 2010). در واقع زنان نابارور از جمله افرادی هستند که در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی قرار دارند.

از این رو ناباروری می‌تواند در آن‌ها باعث اختلال در روابط زناشویی، جدایی و طلاق، کاهش اعتماد به نفس و افزایش احساس حقارت، احساس طرد شدن و افزایش تعارضات زناشویی گردد و این احساسات ممکن است منجر به افسردگی، کاهش شادکامی و یا احساس گناه بیشتر شود (Behdani, et al., 2003).

در مطالعاتی در نیجریه و ژاپن، سطح اضطراب و افسردگی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور بالاتر گزارش شده است (Kalkhoran, et al., 2011). در مطالعه دیگری که بر روی افراد نابارور انجام شد، مشخص گردید که اضطراب و افسردگی با شیوع بیشتری در زوج‌های نابارور وجود دارد و میانگین نمره‌ی افسردگی بر اساس آزمون افسردگی بک^۱ برای زنان نابارور ۸/۳۱ و برای زنان بارور ۵/۱۰ به دست آمد (Soudani, et al., 2009).

به‌طور کلی اختلالات خلقی در زنان و مردان نابارور شایع است. علاوه بر فشارهای خلقی زیاد در زنان نابارور، یکی از مهمترین دلایل مراجعه همسران آنان برای درمان، وجود تعارض زناشویی می‌باشد. زوج‌ها ممکن است بدان دلیل به درمانگر مراجعه کنند که نمی‌توانند با هم باشند، یا ممکن است از زندگی مشترک-شان ناراضی بوده و برای رفتارهای یکدیگر انگیزه‌ی منفی داشته باشند. یکی از ویژگی‌های بارز چنین همسرانی آن است که وقتی طرف مقابل‌شان چنین رفتاری را نشان می‌دهد شروع به ذهن‌خوانی می‌کنند و این تعارض مقدراری از انرژی رابطه آن‌ها را می‌گیرد. در این مواقع لازم است که زوج‌ها یاد بگیرند به‌جای ذهن‌خوانی، چگونه مشکلاتشان را حل کنند.

بروز تعارض در روابط انسان‌ها با یکدیگر امری غیرقابل اجتناب است. در واقع تعارض پدیده‌ای است که به‌موازات عشق در روابط زناشویی ایجاد می‌شود. تعارض زمانی ایجاد می‌شود که اعمال و رفتار یک فرد با اعمال و رفتار فرد دیگر تداخل پیدا می‌کند. همچنان که دو فرد به یکدیگر نزدیک‌تر می‌شوند

1. Beck Depression Inventory

نیروی تعارض افزایش می‌یابد. تعارض بین اعضای خانواده به وحدت و یکپارچگی آن ضربه می‌زند و شدت آن موجب بروز نفاق و پرخاشگری و سرانجام اضمحلال و زوال خانواده می‌گردد. کانون خانواده‌ای که بر اثر تعارض بین زن و شوهر آشفته است آثار مخربی در حیات کودکی فرزندان و خانواده به جای می‌گذارد (Soudani, et al., 2009).

با توجه به اینکه در ایران بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند (Akhoundi, et al., 2007) و از نظر مذهبی، تاریخی و فرهنگ عمومی ایران داشتن فرزند در زندگی ایرانی‌ها اهمیت فراوانی دارد، به طوری که ناباروری به خودی خود باعث جدایی زوج‌ها شود (Behjati et al., 2011). ardekani, محققان این پژوهش بر آن شدند تا وضعیت روان-شناختی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن را در جامعه زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهرستان بروجرد بسنجند. در طی این پژوهش سلامت عمومی، شادکامی، احساس حقارت و تعارضات زناشویی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری، اندازه‌گیری و سپس ارتباط این متغیرها با یکدیگر سنجیده شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تحلیلی-مقطعی است. جامعه آماری در آن، تمامی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر بروجرد در سال ۱۳۹۳ را تشکیل می‌داد. بر این اساس از بین زنان ۱۸ تا ۴۳ سال که به تشخیص پزشک متخصص، به‌طور قطعی نابارور شناخته شده بودند و دو سال از ازدواج آنان می‌گذشت، ۱۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به عنوان نمونه پژوهش مد نظر قرار گرفتند. پس از هماهنگی با مسئول درمانگاه و با رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، جهت جمع‌آوری اطلاعات از چهار پرسشنامه زیر به‌طور همزمان استفاده شد.

الف) پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ): این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۱ در سال ۱۹۷۲ ساخته شد و دارای ۲۸ ماده و چهار خرده مقیاس شامل نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، بدکاری اجتماعی و افسردگی می‌باشد. نمره‌ی پرسشنامه بین صفر تا ۸۴ بوده و نمره‌ی کم‌تر در پرسشنامه بیانگر سلامت عمومی بهتر می‌باشد. در ایران ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌های آن ۰/۶۶ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (Ranjbar, et al., 2010).

ب) پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد^۲: این مقیاس یک ابزار ۲۹ سوالی می‌باشد، که در سال ۱۹۸۹ توسط آرجیل و لو^۳ ساخته شده است. در واقع این پرسشنامه به‌صورت چهار رتبه‌ای بوده و به ترتیب از صفر تا سه نمره‌گذاری شده و نمره‌ی کل مقیاس بین صفر تا ۸۷ می‌باشد. این پرسشنامه در ایران توسط علی پور و نوربالا در سال ۱۳۷۸ مورد روایی و پایایی قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ گزارش شده است (Liaghatdara, et al., 2008).

ج) پرسشنامه‌ی احساس حقارت^۴: این پرسشنامه دارای ۲۵ ماده و به صورت پنج رتبه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است که در سال ۱۳۹۱ توسط خدادادی و بهرامی ساخته شده است. نمره برش در این پرسشنامه ۴۲ است و در جهت حفظ هوشیاری و دقت پاسخگویان، کل پنج گویه‌ی پرسشنامه به شیوه‌ی معکوس نمره‌دهی شده است؛ بدین ترتیب نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی احساس حقارت و نمره‌ی پایین‌تر بیانگر سطح بالای اعتمادبه‌نفس می‌باشد. روایی این پرسشنامه با دو شیوه‌ی ارزیابی روایی صوری و محتوایی انجام شد. پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و به روش دونیمه‌سازی ۰/۷۵، با معنی‌داری در سطح $p \leq 0/01$ محاسبه شد. در دومین مرحله، پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و به روش دونیمه‌سازی ۰/۸۰ با معنی‌داری در سطح $p \leq 0/01$ بدست آمد (Khodadadi and Bahrami, 2013).

د) پرسشنامه‌ی تعارض زناشویی کنزاس^۵ (KMCS): پرسشنامه‌ی تعارضات زناشویی کنزاس یک ابزار ۲۷ سوالی است که برای سنجش تعارضات زن و شوهر ساخته شده است. این پرسشنامه شامل سه قسمت ۱۱، ۵ و ۱۱ عبارتی است. پایایی این ابزار در جامعه ایرانی برای مردان دامنه آلفا بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و برای زنان آلفا ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. همبستگی حاصل از روش بازآزمایی در هر سه مرحله بین ۰/۶۴ تا ۰/۹۶ به دست آمده است (Shojaee Baghini, 2010).

هر یک از پرسشنامه‌ها به افراد پژوهش داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه، از آنان خواسته شد تا خودشان آن را تکمیل نمایند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-16 و با روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و درصد) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی) مورد تحلیل قرار گرفتند.

2. Oxford
3. Argyle and Lu
4. inferiority feeling
5. Kensas Marital conflict scale

1. Goldberg and Hiller

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سنی ۱۰۰ زن شرکت کننده ۲۹/۳ با انحراف معیار ۶/۱ بود. ۴۵٪ از آن‌ها دارای سطح تحصیلات دیپلم، ۲۷٪ کارشناسی به بالا، ۲۰٪ سیکل و ۸٪ فوق دیپلم بودند. همچنین ۵۵٪ از زنان دارای شرایط اقتصادی متوسط، ۳۳٪ وضعیت اقتصادی پایین و ۱۲٪ وضعیت اقتصادی بالا و مناسب بودند. با این حال از این تعداد تنها ۶٪ سابقه مراجعه به متخصص روان‌شناسی و روان‌پزشکی را داشتند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی، احساس حقارت،

شادکامی و تعارض زناشویی در زنان نابارور

تعارض زناشویی	شادکامی	احساس حقارت	سلامت عمومی	دامنه نمره
۲۷-۱۳۵	۰-۸۷	۰-۱۰۰	۰-۸۴	میانگین
۸۰/۷۱	۶۵/۲۶	۶۱/۸۷	۵۶/۱۴	انحراف معیار
۱۲/۵۰	۱۳/۵۴	۱۵/۱۷	۱۳/۶۶	

در زنان نابارور میزان سلامت عمومی در حد پایین، میزان شادکامی بسیار کم، احساس حقارت در حد بالا و از تعارض زناشویی بسیار بالایی برخوردار بودند (جدول ۱).

جدول ۲: همبستگی نمرات سلامت عمومی، احساس حقارت، شادکامی و

تعارض زناشویی در زنان نابارور

	تعارض زناشویی		احساس حقارت		شادکامی	
	r	P-value	r	P-value	r	P-value
احساس حقارت	-	-	-	-	۰/۳۹۷	۰/۰۰۱
تعارض زناشویی	-	-	-۰/۶۸	۰/۵۰۲	۰/۳۷۲	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	-۰/۹۵	۰/۳۴۷	۰/۴۲۶	۰/۰۰۱	-۰/۵۹۷	۰/۰۰۱

بین شادکامی و سلامت عمومی ضریب همبستگی $r = -0/597$ به دست آمده است که در سطح $(P < 0/01)$ معنادار است؛ یعنی با افزایش سطح سلامت روان (کاهش نمره در تست)، شادکامی در زنان نابارور افزایش پیدا می‌کند. همچنین بین سلامت عمومی با احساس حقارت ضریب همبستگی $r = 0/426$ به دست آمده است که نشان می‌دهد رابطه معنادار مثبت برقرار است؛ یعنی هرچه احساس حقارت در زنان نابارور بیشتر می‌شود، از سلامت عمومی پایین‌تری (افزایش نمره در تست) برخوردار می‌شوند، با این حال بین تعارض زناشویی با سلامت عمومی رابطه معنی‌داری یافت نشد $(P = -0/95)$. پس هر چه

میزان سلامت عمومی در زنان نابارور کاهش یابد (افزایش نمره در تست) احساس حقارت افزایش و احساس شادکامی کاهش می‌یابد (جدول ۲).

جدول ۳: ضرایب خط رگرسیون پیش‌بینی نمره سلامت عمومی بر اساس متغیرهای احساس حقارت، شادکامی و تعارض زناشویی در زنان نابارور

متغیرهای پیش‌بین	B	S	Beta	t	P-value
شادکامی	-۰/۵۶۳	۰/۰۹۳	-۰/۵۶۱	-۶/۰۷۶	۰/۰۰۱
احساس حقارت	۰/۱۹۱	۰/۰۷۷	۰/۲۱۳	۲/۴۷۲	۰/۰۱۵

برای تعیین قوی‌ترین متغیر پیش‌بین برای سلامت عمومی از تحلیل رگرسیون استفاده شد که نتایج آن نشان داد $(F=22/29)$ مدل استفاده شده معنی‌دار است $(P=0/0001)$. همچنین نتایج حکایت از آن داشت که شادکامی با ضریب بتای $0/21$ و احساس حقارت در جایگاه بعدی با ضریب بتای $0/21$ بیشترین قدرت را در پیش‌بینی نتایج دارند؛ یعنی متغیرهای شادکامی و احساس حقارت می‌توانند سلامت عمومی را در زنان نابارور پیش‌بینی کنند (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

ناباروری به‌عنوان یک مسئله‌ی فردی-اجتماعی مورد توجه متخصصان در حوزه‌های مختلف بهداشت، همه‌گیرشناسی، پزشکی و رفتاری قرار گرفته است. در دنیا، درصدی از زوجها نابارور بوده و ناباروری برای آن‌ها صرفاً یک مشکل جسمانی محسوب نمی‌شود بلکه دارای پیامدهای روانی و اجتماعی است (Griell, 1994). ناباروری با افزایش استرس، افسردگی، اضطراب و کاهش شادکامی همراه بوده و می‌تواند به تعارض‌های زناشویی و حتی جدایی زن و شوهر منجر شود؛ به همین دلیل در کنار درمان‌های پزشکی، درمان‌های روان‌شناختی زوجها نابارور نیز توصیه شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد میزان سلامت عمومی و شادکامی در زنان نابارور در حد پایین است. نتایج ضریب همبستگی حاکی از آن بود که هر چه میزان شادکامی زنان نابارور بیشتر باشد، به همان میزان سلامت عمومی آنان نیز بیشتر است (کاهش نمره در تست). این نتایج به‌دست آمده با مطالعات پیشین همسو می‌باشد. برای مثال در پژوهشی یافته‌ها نشان داده شد که ۴۴٪ زنان نابارور بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی بیمارند و میزان اضطراب در آن‌ها بالاست. همچنین پژوهش‌های دیگری به کاهش سلامت عمومی در زوجها نابارور اشاره کرده‌اند که این نشان می‌دهد سلامت عمومی کمتر

پیدا می کند (نمره کمتر در تست) و در مرتبه بعدی متغیر احساس حقارت با ضریب بتای ۰/۲۱ توان پیش‌بینی سلامت عمومی را در زنان نابارور را دارد. این نشان می‌دهد هر چه احساس حقارت در افراد کمتر شود سلامت عمومی آن‌ها بهتر می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده در این مطالعه و مقایسه با اطلاعات موجود، اینطور به نظر می‌رسد که مشکل نازایی می‌تواند سبب ایجاد اختلالات روحی و روانی در فرد شود. در نتیجه اقداماتی نظیر آموزش همگانی و بالا بردن آگاهی مردم نسبت به ابعاد مختلف نازایی، کمک به افراد نابارور در سازگاری بیشتر با استرس، آموزش مهارت‌های حل مساله، کمک به فرآیند تصمیم‌گیری در مورد درمان و حل تعارضات زناشویی و خانوادگی متعاقب ناباروری می‌تواند به زنان نازا کمک کند. جهت رسیدن به این اهداف اینطور به نظر می‌رسد که حضور روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی در مراکز تشخیص و درمان ناباروری برای شناسایی عوامل خطرزا و آموزش راهکارهای صحیح مواجهه با این مشکلات ضروری است.

در این مطالعه ویژگی‌های همسر مثل شغل، سطح تحصیلات و وجود علت مردانه نازایی که می‌تواند زمینه ساز اختلالات روحی-روانی در خانم‌های نازا باشد مورد بررسی قرار نگرفت که بهتر است در پژوهش‌های بعدی مد نظر قرار گیرند. نکته دیگر این‌که لازم است پژوهش حاضر با در نظر گرفتن محدودیت‌های موجود تعبیر و تفسیر شود. نخستین محدودیت استفاده از مقیاس‌های خود گزارش‌دهی به منظور ارزیابی متغیرهای پژوهش است. همچنین نمونه مورد بررسی در پژوهش را زنان نابارور تشکیل می‌دادند. پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آینده از روش‌های پژوهش کیفی نیز استفاده و پژوهش روی مردها و زوجین نیز انجام شود.

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر رابطه بین سلامت عمومی، احساس حقارت و شادکامی است و رابطه بین آن‌ها با استفاده از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون معنی‌دار است. هرچند قضاوت قاطع و نهایی در این خصوص نیازمند انجام پژوهش‌هایی در گستره‌ی اجتماعی و روان‌شناختی وسیع و متنوع است، ولی یافته‌های حاضر می‌تواند سرآغازی برای انجام تحقیقات بعدی در زمینه‌ی سلامت عمومی و متغیرهای مرتبط در زوجین نابارور باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر حسب احترام از کلینیک ناباروری دکتر مریم ایازی روزبهانی در شهرستان بروجرد و همچنین مردم گرم و پذیرای این شهر که در گردآوری داده‌های این مطالعه‌ی پژوهشی یاری رسانیده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

(نمره بیشتر در تست) با شادکامی کمتر مرتبط است (Ashkani, et al., 2006). یافته‌های نجمی و همکاران نیز نشان داد که نابارورها در مقایسه با بارورها در مقیاس‌های جسمانی‌سازی، سواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت و بدبینی نمرات بالاتری می‌گیرند (Najmi, et al., 2001).

درزمینه‌ی سلامت عمومی، یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعات (Sargolzaee, et al., 2001)؛ (Nouri, et al., 2001) و (Najmi, et al., 2001)؛ (Heidari, et al., 2008) همسو می‌باشد. با این وجود نتایج پژوهش حاضر با تحقیق پازنده همسویی ندارد. پازنده و همکاران در بررسی رابطه ناباروری با بهزیستی و رضایت‌مندی از ازدواج نشان دادند که بین بهزیستی و رضایت از ازدواج در دو گروه نابارور و بارور تفاوتی وجود ندارد (Pazande, et al., 2004). نتایج دیگر این پژوهش نشان می‌دهد که احساس حقارت در زنان نابارور بالا است و هرچه میزان آن در زنان نابارور بیشتر باشد، به مراتب سلامت عمومی آن‌ها کمتر است که در این زمینه مطالعه‌ای برای مقایسه یافت نشد.

از نتایج دیگر پژوهش این بود که میزان تعارض زناشویی در زنان نابارور بالا بود و بین تعارض زناشویی با سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری یافت نشد، با این حال تمناپی‌فر در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسه‌ای سلامت عمومی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور به این نتیجه رسید که سازگاری زناشویی در نابارورها کمتر از بارورها است که این نشان می‌دهد ناباروری می‌تواند روابط بین فردی را مختل کند. این نتیجه با یافته پژوهش حاضر ناهمسو می‌باشد (Tamannai Far, 2011).

بی‌شک فرزندان شدن زوجین، نقش مهمی در شادی زندگی زناشویی دارد. لیکن آنگاه که زوجین از به دست آوردن محصول زیست‌شناختی زندگی مشترکشان محروم باشند، نه تنها مفهوم زندگی، بلکه مفهوم روابط بین فردی آنان نیز مخدوش می‌شود. پژوهشگران بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، افسردگی، احساس درماندگی و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش به‌ویژه همراه با درمان‌های درازمدت و بعضاً ناموفق و باورهای منفی نسبت به خود را در مورد این افراد گزارش کرده‌اند (Tabrizi, et al., 2010).

نتایج به‌دست آمده از روش رگرسیون خطی که جهت مشخص کردن قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده سلامت عمومی در زنان نابارور انجام گرفت، نشان داد که مدل استفاده شده با ضریب تعیین ۴۱٪ قادر است تأثیر متغیر وابسته را در پیش‌بینی متغیر ملاک تعیین کند. از این رو متغیر شادکامی با ضریب بتای ۰/۵۶- بیش‌ترین قدرت تبیین را دارد؛ یعنی هر چه شادکامی در افراد نابارور بیشتر باشد سلامت عمومی آن‌ها نیز افزایش

References

- Akhoundi M M, et al. (2007) [A close look at natural and in vitro fertilization as well as the need for donated gametes in treatment of infertility]. *Payesh*. 6 (4) 307-21. (Persian)
- Ashkani H, Akbari A and Heydari S (2006) Epidemiology of depression among Infertile and Fertile couples in Shiraz, Southern Iran. *Indian Journal of Medical Science*. 60 (10) 399-406.
- Behdani F, et al. (2003) [Prevalence of depression and its influencing factors in Infertile women Mashhad Infertility Clinic Montaserie]. *The Quarterly Journal of Fundemntal of Mental Health*. 6 (23-24) 141-6. (Persian)
- Behjati ardekani Z, et al. (2011). [Mental health assessment infertile individuals referred to treatment center Ebnesina]. *Journal of Fertility and Infertility*. 4(11) 319-324. (Persian)
- Griel A L (1994) InfFertility and psychological distress:A critical review of the literature. *Social Science & Medicin*. 45 (11) 1670-1704.
- Heidari H, et al. (2008) [The effectiveness of the dialogue effective in reducing marital conflict]. *Andisheh and Raftar*. 4 (14) 15-24. (Persian)
- Heidari P and Latifnejad R (2010) [Relationship between psychosocial factors and marital satisfaction in infertile women]. *The Journal of Qazvin Univiversity of Medical Sciences*. 14 (1) 26-32. (Persian)
- Khodadadi M, and Bahrami M (2013). "Inferiority Feeling Questionnaire". Behavioral Sciences Research Institute, cognitive Sina. <Avaliable at: <http://ravantajhiz.ir/>>. 1-7. (Persian)
- Kalkhoran L F, et al. (2011) [Comparing anxiety, depression and sexual life satisfaction in two groups of fertile and infertile women in Tehran]. *Journal of Reproduction & Infertility*. 12 (2) 157-163. (Persian)
- Liaghatdara M J, et al. (2008) Reliability and validity of the oxford happiness inventory among university students in iran. *The Spanish Journal of Psychology*. 11 (1) 310-23.
- Najmi B, Ahmadi S, and Ghassemi G (2001) [Psychological characteristics of infertile couples referring to Isfahan Fertility and Infertility Center (IFIC)]. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2 (4) 40-46. (Persian)
- Nouri R K, Akhondi M, and Ardakani Z B (2001) [Psychosocial aspects of infertility from viewpoint of infertility treating physicians]. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2 (3) 13-27. (Persian)
- Pazande F, et al. (2004) [The relationship between infertility with well-being and marital satisfaction]. *Pajouhandeh*. 9 (6) 9-15. (Persian)
- Ranjbar F, et al. (2010) Effect of group cognitive-behavioral therapy on depression. *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 18 (3) 299-306. (Persian)
- Shojaee Baghini S (2010) [Kensas Marital Conflict Scale].<<http://www.azmonyar.com/Pro001.aspx>>. (Persian)
- Sargolzaee M, et al. (2001) [Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad Infertility Treatment Center]. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2 (4) 46-52. (Persian)
- Soudani M, Shahryari Y, and Shafeabady A (2009) [A study of the effect of structural family therapy through group methods in reducing marital conflicts among couples referred to council for disagreement solution (cds) in baghmalek]. *Journal of Social Psychology (New Findings in Psychology)*. 4 (12) 7-21. (Persian)

- Tabrizi Gh, Tabrizi S, Vatan khah M. (2010). The effects of sexual dysfunction and infertility in women, violence against them. Journal of A women's research, Institute for Humanities and Cultural Studies. 1 (2) 1-9. (Persian)
- Tamannai Far M R (2011) [A Comprative Study of mental health, marital adjustment and coping responses among fertile-infertile women]. Clinical Psychology and Personality. 2 (4) 51-60. (Persian)

Relationship between general health with happiness, inferiority feeling and marital conflict in Borujerd city infertile women

Jamile Shahverdi^{1*}, Mansour Rezaei², Maryam Ayazi roozbahani³, Kheirollah Sadeghi⁴, Mitra Bakhtiari⁵, Maryam Shahverdi⁶

1. MSc in Clinical Psychology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran.
 2. Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
 3. Obstetricians-Fellowship of Infertility, Erfan Infertility Center, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
 4. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran.
 5. Assistant Professor, Department of Anatomy and Biology, Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Science, Kermanshah, Iran.
 6. MSc IT, Tehran PNU West, Tehran, Iran.
- *Corresponding author: Shahverdi.jamile@yahoo.com

Abstract

Background and aim:

Nowadays, infertility and attitudes toward it, cause issues like depression, helplessness and anxiety. The present study aimed to investigate the relationship between general health with happiness, inferiority feeling, and marital conflict in infertile women.

Methods and Materials:

In this cross-sectional analytical study, 100 infertile women selected by convenience sampling. General Health Questionnaire (GHQ), the oxford happiness scale, inferiority feeling and Kansas Marital Conflict Scale (KMCS) were used as data gathering tools. The Validity of the questionnaires were determined by the content and face validity. The reliability of the questionnaires was determined using the internal consistency method. The calculated Cronbach's alpha for general health questionnaire, happiness, inferiority feeling and the marital conflicts scale were 88%, 93%, 76%, and 95% respectively. Data was analyzed using SPSS-16 software by a Pearson correlation coefficient and linear regression

Results:

100 infertile women 18 - 43 years old with an average age of 29.3 were studied. 55% of women had moderate levels of economic conditions and only 6% of them were referred to a psychologist or psychiatrist. The general health of the women with a minimum of 32 and maximum of 87 and a mean (56/14) was at moderate level. The results showed that there were significant relationship between general health, happiness and inferiority feeling ($p < 0.01$), while there was no significant relationship between marital conflict and general health. Regression analysis showed that happiness and inferiority feeling with respect to the beta coefficient (-0.56, 0.21) can vary significantly predict their general health.

Conclusion:

General health of infertile women could be affected by the happiness and inferiority feeling. According to the results, it seems that professional assistance from psychologists and clinical psychiatrists is useful in helping infertile patients to cope better with problems caused by infertility.

Keywords:

Health; Happiness; Inferiority Feeling; Marital Conflict; Infertility