

## The comparison of general health between fertile and infertile women of Arak City in 2010

Jamilian M(M.D)<sup>1</sup>, Rafiei M(Ph.D)<sup>2\*</sup>, Jamilian HR(M.D)<sup>3</sup>, Esmkhani F(GP)<sup>4</sup>

1- Department of Gynecology and Obstetrics, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

2- Department of Health and Social Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3- Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

4- Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Received: 30 Jan 2011, Accepted: 23 Feb 2011

---

### Abstract

**Background:** Noticing the significant role of fertility in Iranian families, the incidence of infertility and its social and cultural dimensions, this study was carried out to compare general health status of infertile women with fertile women.

**Materials and Methods:** This observational case-control study was done on 147 women as the control group and 147 infertile patients as the case group who were matched in terms of influential variables. Data collection was done through demographic questionnaire and general health questionnaire (GHQ) which were completed by both groups. The results were analyzed by logistic regression analysis, t test, and chi-square using STATA 10 software.

**Results:** Means of general health score in fertile and infertile women were  $19.24 \pm 9.72$  and  $28.06 \pm 10$ , respectively. Here the mean score of the infertile women was significantly higher in comparison with the fertile women ( $p < 0.001$ ). Physical symptoms, anxiety, social interaction, and depression scores of infertile women were significantly higher in comparison with the fertile women ( $p < 0.001$ ). There were no significant differences in the means of age and duration of marriage between the two groups and the distribution of educational level, occupation, and income levels were the same in the two groups.

**Conclusion:** Average scores of general health and physical complaints, anxiety, impaired social interaction, and depression in infertile women were higher than those in fertile women. This indicates their involvement with some degrees of public health diseases.

**Keywords:** Arak City, Fertile women, Infertile women, Public health

\*Corresponding author:

Address: Department of Health and Social Medicine, Arak University of Medical Sciences, Basij Sq., Arak, Iran  
Email: Rafeie@yahoo.com

## مقایسه سلامت عمومی زنان بارور و نابارور شهر اراک در سال ۱۳۸۹

مهری جمیلیان<sup>۱</sup>، محمد رفیعی<sup>۲\*</sup>، حمیدرضا جمیلیان<sup>۳</sup>، فاطمه اسم خانی<sup>۴</sup>

- ۱- استادیار، متخصص زنان و زایمان، گروه زنان، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
- ۲- دانشیار، دکترای آمار زیستی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
- ۳- استادیار، متخصص روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
- ۴- دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۱۰ تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۲/۴

### چکیده

**زمینه و هدف:** با توجه به نقش اساسی فرزندآوری در خانواده ایرانی، شیوع زیاد ناباروری و ابعاد فرهنگی اجتماعی آن، این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی زنان نابارور و مقایسه آن با زنان بارور انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه مورد شاهدی بوده که بر روی ۱۴۷ زن نابارور و ۱۴۷ زن بارور به عنوان گروه شاهد که از لحاظ متغیرهای تأثیرگذار همسان شده بودند، انجام گرفت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ) بود که توسط هر دو گروه تکمیل شد. نتایج به دست آمده با استفاده از رگرسیون لجستیک، آزمون تی و کای دو با کمک نرم افزار STATA ۱۰ مورد بررسی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره سلامت عمومی در زنان بارور  $۱۹/۲۴ \pm ۹/۷۲$  و در زنان نابارور  $۲۸/۰۶ \pm ۱۰/۷۱$  بود که میانگین نمره در زنان نابارور از زنان بارور به صورت معنی‌داری بیشتر بود ( $p < ۰/۰۰۱$ )، همچنین میانگین نمرات حیطة‌های علائم جسمانی، اضطراب، کنش اجتماعی و افسردگی در زنان نابارور به صورت معنی‌داری از زنان بارور بیشتر بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین سن و طول مدت ازدواج در دو گروه وجود نداشته است و توزیع سطوح تحصیلات، شغل و درآمد نیز در دو گروه یکسان بوده است.

**نتیجه‌گیری:** میانگین نمره سلامت عمومی و مقیاس‌های شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی در زنان نابارور به صورت معنی‌داری بیشتر از این شاخص در زنان بارور بود که بیان‌گر ابتلای آنها به سطوحی از امراض سلامت عمومی بوده است.

**واژگان کلیدی:** شهر اراک، زنان بارور، زنان نابارور، سلامت عمومی

\*نویسنده مسئول: اراک، میدان بسیج، مجتمع دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پزشکی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی  
Email: Rafeie@yahoo.com

## مقدمه

زنان هر جامعه‌ای از ارکان اصلی خانواده محسوب می‌شوند 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). اخیراً به سلامت روانی زوجین نابارور توجه ویژه‌ای شده است و از ناباروری به عنوان یک تجربه شدید درماندگی عنوان شده است (۲). ناباروری به عنوان شکست در بارداری پس از گذشت یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری تعریف می‌شود (۳). ناباروری یکی از مهم‌ترین بحران‌های زندگی است که به طور تقریبی از هر ده زوج، یکی به آن مبتلا می‌شود و این تجربه تلخ از لحاظ واکنش سوگ قابل مقایسه با مرگ بستگان درجه یک می‌باشد (۴). در سال‌های اخیر نیز با وجود تغییرات مختلف در زمینه نگرش به مسائل جنسی، هنوز هم باروری در ذهن بشر یکی از مهم‌ترین مسائل بوده و از آن به عنوان یکی از عوامل مهم تحکیم زندگی زناشویی ذکر شده است (۶). بر اساس مطالعات انجام شده شیوع کلی مشکلات روانی در زوجین نابارور ۲۵ تا ۶۰ درصد برآورد شده است (۷). بر اساس بررسی‌های انجام شده افسردگی، اضطراب، پائین بودن عزت نفس، نارضایتی زناشویی و نارضایتی جنسی از پیامدهای روان شناختی ناباروری گزارش شده است (۸، ۹). در زوجین نابارور، بسیاری از زنان و مردان این احساس را دارند که زنانگی یا مردانگی آنها در نتیجه ناباروری کاهش یافته و این موضوع باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱۰). در مطالعه‌ای که در آفریقای جنوبی بر روی زوجین نابارور انجام شد، ۴۳ درصد زنان احساس می‌کردند که ناتوانی آنها در باردارشدن، تأثیرات منفی شدیدی بر روی زندگی آنان می‌گذارد (۹). هم‌چنین شادمانی زوجین نابارور، زمانی که برای بررسی، تشخیص و درمان‌های کمکی روی می‌آورند، صرف نظر از نتیجه درمان، به سمت نمرات شادمانی گروه بارور نزدیک می‌شود (۱۱). بر اساس مطالعه‌ای که در شهر شیراز صورت گرفته است میانگین نمره افسردگی در ۹۱ زوج نابارور از لحاظ آماری بالاتر از

نمرات ۹۱ زوج بارور بوده است (۱۱). 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 پارانوئید و حساسیت بین فردی بوده است (۱۲). بر اساس مطالعه دیگری در تهران میانگین نمره سلامت روانشناختی در ۴۵ زن نابارور به صورت معنی‌داری بیشتر از نمره سلامت زنان بارور بوده است (۱۳). در مطالعه دیگر در شهر تهران میانگین نمرات مقیاس‌های علایم مرضی در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور بوده است (۱۴). 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 معنی‌داری پائین‌تر 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 معنی‌دار آماری نداشتند در صورتی که زنان نابارور به طور معنی‌داری در وضعیت عاطفی - روانی دشوارتری بهسر برده و از لذت کمتری از زندگی برخوردار دارند (۱۵). بر اساس نتایج بررسی دیگری در شهر تهران نشان داده شد که زنان نابارور از لحاظ شخصیتی بر اساس آزمون آیزنک، نا استوارتر از زنان بارور بوده و این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است (۱۶).

مشکلات روان شناختی زنان نابارور پیچیده بوده و تحت تأثیر عواملی مانند تفاوت‌های جنسیتی، علت و طول ناباروری، روش‌های درمانی و تحقیقی خاص بوده است (۱۹-۱۷). هم‌چنین نشان داده شده است که زنان در جریان مشکل ناباروری از مردان آسیب پذیرترند و آسیب‌های روان شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۰). در بررسی دیگر انجام شده در شهر مشهد که بر روی ۹۶۳ زن نابارور انجام گرفت، شایع‌ترین اختلال روانی اضطراب منشر شده با فراوانی ۴۴/۱ درصد و پس از آن افسردگی با فراوانی ۳۰/۴ درصد گزارش شده است (۲۱).

بنابراین با توجه به ابعاد روان شناختی، فرهنگی و اجتماعی ناباروری و با توجه به این که در این خصوص در

استان مرکزی تا به حال مطالعه‌ای انجام نگرفته است، این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه وضعیت سلامت روانی و عمومی زنان بارور و نابارور شهر اراک انجام شد تا بدین وسیله توجه بیشتر متخصصین امر به اتخاذ یک رویکرد جامع نگر در درمان و توانبخشی سلامت روانی این زنان جلب گردد.

اساس پاسخ زنان نابارور و بارور بود که به صورت هیچ کدام تا بیش از حد معمول است و به ترتیب از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌گردد (۲۲). در صورتی که مجموع امتیاز هر قسمت بیش تر یا مساوی ۱۴ باشد، نشان دهنده اختلال در آن زمینه است و اگر مجموع امتیاز کلی فرد بیش تر از ۲۳ باشد، نشان دهنده ایجاد اختلال در سلامت عمومی می‌باشد. این ابزار توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ طراحی شده و دارای ۲۸ سؤال در ۴ مقیاس، شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی می‌باشد و توانائی سنجش مقیاس‌های منفی سلامت عمومی را نیز دارد. بر اساس دستورالعمل این ابزار در هر مقیاس به نمرات بیشتر از ۶ علائم مرضی و نمرات کمتر یا برابر ۶ اصطلاح سالم نظیر می‌شود. پایائی این پرسش‌نامه در مطالعات مختلف بالاتر از ۸۵ درصد گزارش شده است (۲۳). این بررسی با کد ۸-۸۱-۸۹ در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک به تصویب رسیده است و محققین پس از ارائه توضیحات کافی و اطمینان دادن از محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت نامه کتبی و آگاهانه از کلیه افراد مورد مطالعه و رعایت تمام کدهای اخلاقی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داده‌های مورد نیاز را جمع‌آوری نمودند. داده‌های جمع‌آوری شده توسط روش‌های آمار توصیفی، آزمون تی، آنالیز واریانس یکطرفه و تحلیل رگرسیون لجستیک با استفاده از نرم افزار STATA نسخه ۱۰ مورد تجزیه و تحلیلی قرار گرفت و سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌های آماری ۵ درصد در نظر گرفته شد.

#### یافته ها

میانگین سنی زنان بارور  $28/20 \pm 5/03$  (انحراف معیار میانگین) و در زنان نابارور  $28/27 \pm 4/58$  سال بوده است و اختلاف آماری معنی‌داری در سطح خطای ۵ درصد بین میانگین سن زنان بارور و نابارور وجود نداشته است. میانگین طول مدت ازدواج در زنان بارور  $8/21 \pm 5/73$  و در زنان نابارور  $8/95 \pm 4/35$  سال بود که اختلاف آماری

این بررسی یک مطالعه مشاهده ای مورد شاهده می‌باشد که در آن گروه مورد زنان نابارور و گروه شاهد زنان بارور بوده‌اند. حجم نمونه بر اساس پیش فرض های  $d=0/23$  و  $P_2=0/287$ ،  $P_1=0/44$ ،  $\beta=0/20$ ،  $\alpha=0/05$  از هر گروه ۱۴۷ نفر برآورد گردید (۱۲). ۱۴۷ زن نابارور به صورت نمونه‌های در دسترس از زنان در محدود سنی ۴۰-۲۰ سال انتخاب و از زنان همراه آنها با رعایت متغیرهای بیان شده ۱۴۷ زن که بارور بوده نیز به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. زنان نابارور از بین مراجعین به مطب‌های خصوصی و دولتی به صورت تصادفی و زنان نابارور از بین همراهان مراجعین زنان فوق به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شده‌اند. دارا بودن معیارهای ناباروری (جهت گروه مورد) و باروری (جهت گروه شاهد)، عدم ابتلاء به بیماری‌های روانی شناخته شده، بیماری‌های مزمن جسمی و دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن از معیارهای ورود به مطالعه بود. سابقه عقیم سازی و سابقه بارداری یا زایمان (در گروه مورد) از معیارهای خروج از مطالعه بود. برای یکسان سازی گروه‌ها متغیرهای میانگین سنی، میانگین مدت ازدواج، توزیع سطوح تحصیلات، وضعیت شغلی و میانگین درآمد در دو گروه زنان بارور و نابارور به صورت گروهی جور شده‌اند و اختلاف آماری معنی‌داری نداشته‌اند.

#### مواد و روش ها

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک شامل سن، طول مدت ازدواج، سطوح تحصیلات، شاغل بودن و درآمد بود. پرسش‌نامه دوم، پرسش‌نامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire- GHQ) بود، امتیاز بندی GHQ بر

دست آمده است. توزیع برخی از خصوصیات دموگرافیک گروه‌های زنان بارور و نابارور در جدول ۱ نشان داده شده است.

معنی‌داری بین آنها وجود نداشت. میانگین تعداد فرزندان در گروه زنان باردار  $1/83 \pm 0/82$  فرزند بوده است. میانگین مدت زمان ناباروری در زنان نابارور  $5/28 \pm 3/62$  سال به

جدول ۱. توزیع فراوانی برخی از متغیرهای دموگرافیک زنان بارور و نابارور مورد مطالعه در شهر اراک در سال ۱۳۸۹

p	زنان نابارور		زنان بارور		متغیرها
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۶۷۹	۳۱	۲۱/۰۹	۲۹	۱۹/۷۳	ابتدایی و بی سواد
	۳۷	۲۵/۱۷	۳۳	۲۲/۴۵	راهنمایی و دبیرستان
	۴۸	۳۲/۶۵	۵۸	۳۹/۴۶	دیپلم
۰/۵۳۸	۳۱	۲۱/۰۹	۲۷	۱۸/۳۷	بالتر از دیپلم
	۱۳۲	۸۹/۸۰	۱۳۶	۹۲/۵۰	وضعیت خانه دار
۰/۰۶۲	۱۵	۱۰/۲۰	۱۱	۷/۵۰	شغل شاغل
	۲	۱/۳۶	۳	۲/۰۴	کمتر از ۱۰۰۰۰۰ تومان
	۱۱۷	۷۹/۵۹	۱۳۰	۸۸/۴۴	۱۰۰۰۰۰-۴۰۰۰۰۰ تومان
	۲۸	۱۹/۰۵	۱۴	۹/۵۲	بیشتر از ۴۰۰۰۰۰ تومان

نمره سلامت عمومی در زنان نابارور از لحاظ آماری بیشتر از این شاخص در زنان بارور بوده است ( $p < 0/001$ ). مقادیر میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های مختلف سلامت عمومی در جدول ۲ نشان داده شده است.

میانگین نمره سلامت عمومی (GHQ) در زنان بارور  $9/72 \pm 19/24$  و در زنان نابارور  $10/71 \pm 28/06$  به دست آمد که اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمره سلامت عمومی در دو گروه از زنان وجود داشت و میانگین

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و مقایسه میانگین مقیاس‌های مختلف سلامت عمومی در زنان بارور و نابارور مورد مطالعه در شهر اراک در سال ۱۳۸۹

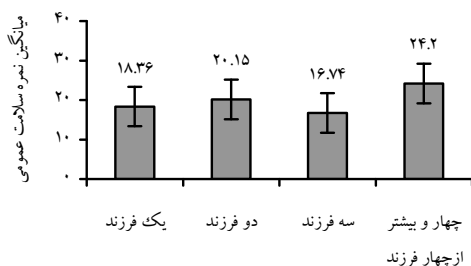
p	زنان نابارور		زنان بارور		مقیاس‌ها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p < 0/001$	۳/۲۷	۷/۱۸	۳/۴۶	۴/۴۱	شکایات جسمانی
$p < 0/001$	۳/۶۶	۷/۹۴	۴/۲۳	۶/۳۵	سطوح مقیاس اضطراب
$p < 0/001$	۲/۸۴	۷/۷۱	۳/۸۰	۴/۸۵	های سلامت اختلال کنش اجتماعی
$p < 0/001$	۳/۶۲	۵/۱۶	۳/۹۹	۳/۵۷	عمومی افسردگی
$p < 0/001$	۱۰/۷۱	۲۸/۰۶	۹/۷۲	۱۹/۲۴	کل سلامت عمومی

در زنان بارور  $26/53$  درصد دچار علائم مرضی بوده‌اند و توزیع علائم مرضی در دو گروه یکسان نمی‌باشد ( $p < 0/001$ ). توزیع سطوح سلامت عمومی و مقیاس‌های چهارگانه آن بر اساس نقطه برش بیان شده در دو گروه از زنان بارور و نابارور در جدول ۳ نشان داده شده است.

در صورتی که در هر مقیاس به نمرات بیشتر از ۶ علائم مرضی و نمرات کمتر یا برابر ۶ اصطلاح سالم را مطرح کنیم (بر اساس دستورالعمل ابزار سلامت عمومی) و برای نمره سلامت عمومی کل نیز نمره بیشتر از ۲۲ به عنوان علائم مرضی و نمره کمتر یا برابر ۲۲ عنوان سالم را نظیر کنیم، جهت سلامت عمومی، زنان نابارور  $65/99$  درصد و

جدول ۳. توزیع سطوح نمرات سلامت عمومی و مقیاس های چهارگانه آن در زنان بارور و نابارور مورد مطالعه در شهر اراک در سال ۱۳۸۹

مقیاس	زنان بارور		زنان نابارور		نسبت شانس (OR) و مقدار p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سلامت عمومی	۱۰۸	۷۳/۴۷	۵۰	۳۴/۰۱	OR=۵/۳۷ و p<۰/۰۰۱
	۳۹	۲۶/۵۳	۹۷	۶۵/۹۹	
مقیاس شکایات جسمانی	۱۰۶	۷۲/۱۱	۶۷	۴۵/۵۸	OR=۳/۰۹ و p<۰/۰۰۱
	۴۱	۲۷/۸۹	۸۰	۵۴/۴۲	
مقیاس اضطراب	۹۵	۶۴/۶۳	۶۰	۴۰/۸۲	OR=۲/۶۵ و p<۰/۰۰۱
	۵۲	۳۵/۳۷	۸۷	۵۹/۱۸	
مقیاس اختلال در کنش اجتماعی	۱۱۱	۷۵/۵۱	۵۲	۳۵/۳۷	OR=۵/۶۳ و p<۰/۰۰۱
	۳۶	۲۴/۴۹	۹۵	۶۴/۶۳	
مقیاس افسردگی	۱۲۶	۸۵/۷۱	۱۰۳	۷۰/۰۷	OR=۲/۵۶ و p=۰/۰۰۲
	۲۱	۱۴/۲۹	۴۴	۲۹/۹۳	



نمودار ۱. میانگین نمره سلامت عمومی کل بر اساس تعداد فرزندان در زنان بارور مورد بررسی شهر اراک در سال ۱۳۸۹

### بحث

در مطالعه حاضر متغیرهای سن، سطوح تحصیلات، طول مدت ازدواج وضعیت شغل و سطوح درآمد در هر دو گروه زنان بارور و نابارور یکسان و همگن بوده است، بنابراین نقش این متغیرها به عنوان مخدوش کننده ثابت در نظر گرفته شده است. در این بررسی میانگین نمره سلامت عمومی در زنان نابارور به صورت معنی داری بیشتر از این شاخص در زنان بارور بوده است، هم چنین میانگین نمره های مقیاس های چهارگانه شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی نیز در زنان نابارور به طور معنی داری بیشتر از زنان بارور بوده است. در این مطالعه ۶۵/۹۹ درصد زنان نابارور و ۲۶/۵۳ درصد زنان بارور مبتلا به علایم مرضی بوده و سلامت عمومی نرمال نداشته‌اند، در مطالعه انجام شده در شهر تهران توسط دکتر نور بالا، ۴۴ درصد از زنان نابارور و ۲۸/۷ درصد از زنان

با استفاده از روش رگرسیون لجستیک با وابسته در نظر گرفتن متغیر سلامت عمومی (سالم، دارای علایم مرضی)، شانس ایجاد علایم مرضی در زنان نابارور ۵/۳۷ برابر زنان بارور بوده و این نسبت شانس در سطح خطای آماری ۵ درصد معنی دار می باشد ( $p < 0.001$ ).

هم چنین شانس ایجاد علایم مرضی در مقیاس شکایات جسمانی که یکی از ابعاد چهارگانه سلامت عمومی می باشد، در زنان نابارور ۳/۰۹ برابر زنان بارور بوده است ( $p < 0.001$ ). این نسبت جهت مقیاس افسردگی در زنان نابارور ۲/۶۵ برابر زنان بارور ( $p < 0.001$ )، برای مقیاس اختلال در کنش اجتماعی در زنان نابارور ۵/۶۳ برابر زنان بارور ( $p < 0.001$ ) و جهت مقیاس افسردگی زنان نابارور ۲/۵۶ برابر زنان بارور ( $p = 0.002$ ) محاسبه شده است که همگی در سطح خطای آماری ۵ درصد معنی دار می باشند.

میانگین نمره سلامت عمومی کل در زنان بارور دارای یک فرزند  $18.36 \pm 10.52$ ، در زنان بارور دارای ۲ فرزند  $20.15 \pm 9.48$ ، در زنان دارای ۳ فرزند  $16.74 \pm 7.84$  و در زنان دارای ۴ و بیشتر از ۴ فرزند  $24.2 \pm 4.09$  بوده است و اختلاف آماری معنی داری بین میانگین نمرات سلامت عمومی کل در این سطوح از سنین وجود نداشت. میانگین نمرات سلامت عمومی زنان بارور بر اساس تعداد فرزندان آنها در نمودار ۱ نشان داده شده است.

۳۵/۲ درصد گزارش نمودند، که از لحاظ آماری کمتر از این شاخص در شهر اراک بوده است (۲۵). بر اساس مطالعه دیگری که توسط لو و همکاران وی انجام گرفت، ۸۳/۸ درصد اختلال روانپزشکی خفیف و ۵۲ درصد متوسط تا شدید در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور وجود داشته است و اختلالات روانپزشکی در زنان نابارور به طور معنی‌داری بیش‌تر از زنان بارور بوده است (۲۶). مطالعه انجام شده در اراک نیز نسبت‌های ارائه شده نتایج آن بسیار شبیه این مطالعه بود.

با توجه به درصد اختلال‌های سلامت عمومی در این مطالعه و مقایسه آن با درصد‌های فوق در مطالعات سایر کشورها خصوصاً کشورهای غربی، معین می‌شود که اختلال‌های روانپزشکی در سلامت عمومی در زنان نابارور در ایران حدوداً دو برابر کشورهای فوق بوده است، این موضوع در مطالعه انجام شده توسط دکتر نوربالا نیز بیان شده است (۲).

مطالعه حاضر نشان داد که در کل، شانس اختلال سلامت عمومی در زنان نابارور ۵/۳۷ برابر زنان بارور بوده است که نسبت بسیار چشم‌گیر و بالائی است، که بررسی علل اختصاصی‌تر آن نیاز به مطالعات طولی اختصاصی دارد. هم‌چنین در مقیاس‌های سلامت عمومی به ترتیب، شانس اختلال در کنش اجتماعی در زنان نابارور ۵/۶۳ برابر زنان بارور بوده است، که این نسبت شانس نیز بالا بوده و شاید ناشی از این موضوع باشد که بر اساس مطالعات انجام شده تجربه استرس‌زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روان‌شناختی شامل کاهش سطح عزت نفس، افزایش سطح تنیدگی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خودکوچک‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه می‌باشد (۱۳، ۲۷). بر اساس نتایج مطالعه دکتر نوربالا نیز مهم‌ترین عامل استرس‌زا در شیوع اختلالات روان‌پزشکی و شخصیتی در زنان نابارور، بازخوردها و واکنش‌های اطرافیان نسبت به ناباروری، احساس تنهایی و درمان ناباروری می‌باشد که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲).

بارور دارای اختلالات روان‌پزشکی بوده‌اند (۱). با توجه به این که این شاخص در زنان نابارور مطالعه حاضر ۶۵/۹۹ درصد بوده است، اختلاف آماری معنی‌داری بین نسبت مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی در این مطالعه و مطالعه شهر تهران وجود دارد ( $p < 0/001$ ) و این نسبت در شهر اراک در زنان نابارور بسیار بالاتر از شهر تهران در سال ۱۳۸۷ بوده است. بررسی این اختلاف زیاد با توجه به این که حجم نمونه مورد بررسی در مطالعه دکتر نوربالا نیز ۱۵۰ زن بارور و ۱۵۰ زن نابارور بوده است که با حجم نمونه مطالعه حاضر حدوداً یکسان می‌باشد، خود زمینه مطالعه تخصصی‌تر خواهد بود. در این بررسی شانس ابتلا به علایم مرضی در زنان نابارور ۵/۳۷ برابر زنان بارور بوده است در صورتی که در مطالعه دکتر نوربالا این نسبت در زنان نابارور تقریباً دو برابر زنان بارور بوده است (۱). هم‌چنین بر اساس نتایج به دست آمده از این مطالعه، علایم مرضی در ۲۶/۵۳ درصد زنان بارور مشاهده شده است، در مطالعه انجام شده توسط دکتر نوربالا این نسبت ۲۸/۷ درصد به دست آمده (۱)، که اختلاف آماری معنی‌داری بین نسبت مبتلایان در دو شهر وجود ندارد. هم‌چنین بر اساس مطالعات دیگر این نسبت در زنان بارور ۲۷/۸ درصد گزارش شده که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲۳). در مطالعه انجام شده دیگر در استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۸۶، ۴۹/۳ درصد از زنان نابارور و ۲۷/۴ درصد از زنان بارور به درجاتی از افسردگی مبتلا بوده‌اند (۲۴). در مطالعه حاضر نسبت زنان ناباروری که در مقیاس افسردگی غیر طبیعی بوده‌اند، ۲۹/۹۳ درصد و در زنان بارور این شاخص ۱۴/۲۹ درصد به دست آمده است، نسبت مبتلایان به افسردگی در آذربایجان شرقی در زنان نابارور و بارور به صورت معنی‌داری بیشتر از این نسبت در شهر اراک به دست آمده است. لازم به ذکر است که در بررسی حاضر با استفاده از رگرسیون لجستیک نسبت مبتلایان به سطوح افسردگی در زنان نابارور ۲/۵۶ برابر زنان بارور بوده است که نسبت فوق معنی‌دار می‌باشد. در مطالعه انجام شده چند مرکزی در خارج از کشور توسط بچورن و همکاران او، شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان نابارور را

Bertarelli Foundation's second global conference. Hum Reprod Update. 2004; 10(4): 317-26.

4. Salmela-Aro K, Suikkari A-M. Letting go of your dreams—Adjustment of child-related goal appraisals and depressive symptoms during infertility treatment. Journal of Research in Personality. 2008;42(4):988-1003.

5. Koropatnick S, Daniluk J, Pattinson HA. Infertility: a non-event transition. Fertil Steril. 1993; 59(1):163-71.

6. 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.

7. Guerra D, Llobera A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. Hum Reprod. 1998;13(6):1733-6.

8. Anderson KM, Sharpe M, Rattray A, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. J Psychosom Res. 2003; 54(4):353-5.

9. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. Hum Reprod. 2001;16(8):1762-7.

10. Andrea Mechanick B. Psychosocial aspects of infertility: sexual dysfunction. International Congress Series. 2004;1266(0):270-6.

11. Ashkani H, Akbari A, Heydari ST. Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, southern Iran. Indian J Med Sci. 2006;60(10):399-406.

12. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Abedinia N, Bagheri Yazdi SA, Jafarabadi M. Study of psychiatric disorders among fertile and infertile women and some predisposing factors. Journal of Family and Reproductive Health. 2007; 1(1): 6-11.

13. Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. [A Comparative Study of Fertile and Infertile Women's Mental Health and Sexual Problems]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;12(2):146-53.

14. Pahlavani H, Malakouti K, Shahrokh.Tehrani Nejad E. [Stressors, their Coping Strategies, and Relation to Mental

شانس اختلال شکایات جسمانی در زنان نابارور

۳/۰۹ برابر زنان بارور محاسبه شد. بر اساس مطالعات انجام شده در همین خصوص، نیز ناباروری با داشتن درمان‌های مختلف و استرس مختلف ویژگی‌های بیماری‌های جسمی را پیدا نموده است (۲۸). مقیاس بعدی، شانس اختلال اضطراب در زنان نابارور ۲/۶۵ برابر زنان بارور به دست آمده است. شانس افزایش ایجاد اختلال اضطراب در زنان نابارور نسبت به زنان بارور نیز در مطالعات دیگر انجام شده تأیید گردیده است (۲۹).

### نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه توجه بیشتر به سلامت عمومی زنان نابارور با توجه به میزان سلامت عمومی و سطوح مقیاس‌های مختلف سلامت عمومی آنها از طرف سیاست‌گذاران سلامت جامعه با ایجاد زمینه‌های مختلف بهداشتی و فرهنگی توصیه می‌شود. هم‌چنین انجام مطالعات طولی و تخصصی تر برای مطالعه طولی وضعیت سلامت عمومی و روانی زنان نابارور و مقایسه آن با زنان بارور پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان نامه تحصیلی مصوب دانشکده پزشکی اراک می‌باشد، بدینوسیله از تمامی پرسنل محترم دانشکده پزشکی و بیمارستان طالقانی نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

### منابع

1. MacKian SC. What the papers say: Reading therapeutic landscapes of women's health and empowerment in Uganda. Health Place. 2008; 14(1):106-15.
2. Noorbala AA, Ramazanzadeh F, Abedinia N, Bagheri yazdi SA. [Psychiatric disorders among infertile and fertile women]. Daneshvar Medicine. 2008;16(77):63-70.
3. Lunefeld B, Van Steirteghem A, Foundation B. Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from the



- Health in Infertile Individuals]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2002; 7(4): 79-87.
15. Nilforooshan P, Latifi Z, Abedi MR, Ahmadi SA. [Quality of life and its different domains in fertile and infertile women]. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2008; 4(1): 66-70.
16. Noorbala AA, Ramezanzadeh F, Abedi-Nia N, Naghizadeh MM, Haghollahi F. Prevalence of Psychiatric Disorders and Types of Personality in Fertile and Infertile Women. J Reprod Infertil. 2009;9(4):350-61.
17. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. Dan Med Bull. 2006; 53(4):390-417.
18. Lechner L, Bolman C, van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. Hum Reprod. 2007; 22(1): 288-94.
19. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertil Steril. 1992;57(6):1247-53.
20. Dafei M, Noorbala AA, Faghieh Zadeh S, Dehghani A. [A study on the relation of coping strategies with personal characteristics and mental health in infertile couples referred to Yazd Infertility Center]. Hakim Research Journal. 1999;1(3):197-205.
21. Behdani F, Mousavifar N, Soltanifar A, Mohammadnezhad M. [Anxiety and mood disorders in infertile women referred to montaserie infertility clinic in mashhad, north-east iran]. Iranian Journal Of Obstetrics, Gynecology And Infertility. 2008;11(3):15-23.
22. Kilic C, Rezaki M, Rezaki B, Kaplan I, Ozgen G, Sağduyu A, et al. General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1997; 32(6): 327-31.
23. Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. [The Validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool]. Hakim Research Journal. 2009; 11(4):47-53.
24. Bahrami N, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksariie F, Ghojazadeh M. Comparing depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couples. J Reprod Infertil. 2007; 8(1): 52-60. Avicenna Research Institute.
25. Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuysse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. Hum Reprod. 1999;14(1):255-61.
26. Lu Y, Yang L, Lu G. [Mental status and personality of infertile women]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 1995;30(1):34-7.
27. Morrow KA, Thoreson RW, Penney LL. Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. J Consult Clin Psychol. 1995;63(1):163-7.
28. Kainz K. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. Womens Health Issues. 2001;11(6):481-5.
29. Najmi B, Ahmadi SS, Ghassemi G. Psychological characteristics of infertile couples referring to Isfahan Fertility and Infertility Center (IFIC). J Reprod Infertil. 2001;2(4):40-5.