

مقایسه سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور

طیبه قاسمی^۳

سراج‌الدین محمودیانی^۲

*مسعود الماسی^۱

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری پدیده‌ای استرس‌زا بوده و دارای جنبه‌های روانی-اجتماعی می‌باشد. این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی و سلامت معنوی و ابعاد مختلف این دو متغیر در بین زنان بارور و نابارور شهر ایلام انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مقایسه‌ای مقطعی بود. نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ زن (۱۰۰ نفر بارور و ۱۰۰ نفر نابارور) ۱۵ تا ۴۹ سال متاهل شهر ایلام بود که طی ۶ ماه دوم سال ۱۳۹۳ به پزشکان متخصص زنان و زایمان مراجعه نموده‌بودند. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی SF-۳۶ (فرم کوتاه) و سلامت معنوی (SWB) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t و ضریب همبستگی پیرسون) در نرم افزار spss نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها در زنان بارور و نابارور تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات تمام ابعاد مورد بررسی وجود داشته و سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان بارور از زنان نابارور بهتر بود. همچنین در زنان بارور بین سلامت جسمانی و سلامت معنوی ($r=0/332$)، سلامت وجودی و سلامت جسمانی ($r=0/348$)، و سلامت وجودی و کیفیت زندگی ($r=0/281$) همبستگی معنی‌دار وجود داشت.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به پایین بودن سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان نابارور، شایسته است متخصصان زنان و زایمان و کارشناسان مامایی، علاوه بر جنبه‌های درمانی، مسایل روانی و اجتماعی این زنان را نیز مورد توجه قرار دهند.

کلید واژه‌ها: ناباروری، زنان، کیفیت زندگی، سلامت معنوی

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۳/۱۲

^۱ . مربی گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (* نویسنده مسئول)، شماره تماس: ۰۹۱۸۹۴۱۱۳۰۸

Email: Almasi_57@yahoo.com

^۲ . دانشجوی دکتری جمعیت‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳ . دانش آموخته کارشناسی پژوهشگری علوم اجتماعی، دانشگاه پیام‌نور، ایلام، ایران

مقدمه

آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی بوده و ناتوانی در داشتن آن، این احساس را به وجود می‌آورد که فرد کامل نیست. بنابراین اگر تلاش در جهت باردار شدن با شکست مواجه شود می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد^(۱). یکی از عمده‌ترین وقایع تنش‌زا در زندگی افراد ناباروری است که به عدم وقوع حاملگی در طی یک سال مقاربت بدون استفاده از روش‌های پیشگیری اطلاق می‌شود^(۲). این مساله علاوه بر جنبه‌های پزشکی، دارای جنبه‌های روانی و اجتماعی نیز می‌باشد، و در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز قرار می‌گیرد^(۳). ناباروری پدیده‌ای استرس‌زا، هیجان‌آور و ناکام‌کننده است. زوج‌های نابارور با تغییر روابط جنسی، تغییر حالات خلقی، نگرانی و احساس تنهایی، استرس و ناسازگاری در زندگی زناشویی مواجه می‌شوند^(۴-۶) و در برخی مطالعات کیفیت زندگی زنان نابارور در حیطه روانی-اجتماعی به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از زنان بارور است^(۸،۷). در جوامعی که بر اساس هنجارهای فرهنگی آن، به نقش مادر بودن زنان اهمیت داده می‌شود، پیامدهای ناباروری تشدید شده و عوارضی همچون بی‌ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی، استیگما و انزوا را به دنبال خواهد داشت^(۹). زن زمانی خود را کامل می‌پندارد که قدرت باروری داشته باشد و بچه‌دار شود. وی موفقیت زیستی، روانی و اجتماعی خود را تا حدود زیادی تابع توانایی خود در به دنیا آوردن فرزند می‌داند و چنانچه فاقد قدرت باروری باشد، احساس عدم کفایت می‌کند^(۱۰). مجموعه این عوامل، فشار اطرافیان برای بچه‌دار شدن، فشار هزینه‌های درمان ناباروری و تفکرات غیرمنطقی نسبت به داشتن فرزند^(۱۱،۱۲) سلامت و کیفیت زندگی وی را دستخوش تغییر و دگرگونی می‌سازد. کیفیت زندگی، مبتنی بر دو بعد جسمانی و روانی، معیار اندازه‌گیری بهترین انرژی یا نیرو در فرد است که این نیرو برای سازگاری موفقیت‌آمیز فرد با چالش‌های موجود به

مصرف می‌رسد^(۱۳،۱۴). یکی از مهمترین عوامل اثرگذار بر کیفیت زندگی افراد، سلامت معنوی است. سلامت معنوی یکی از ابعاد چهارگانه سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقاء سلامت عمومی می‌شود و سایر ابعاد سلامت را نیز هماهنگ می‌کند که این کار باعث افزایش توان سازگاری و کارکرد روانی می‌شود^(۱۴،۱۵). سلامت معنوی دربرگیرنده دو بعد مذهبی و وجودی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود^(۱۴). بسیاری از بیماران، سلامت معنوی را به‌عنوان عامل ایجاد‌کننده معنا و هدف در زندگی و ارتقا دهنده کیفیت زندگی می‌شناسند و بسیاری از مطالعات نیز بر ارتباط معنویت با سلامت جسمی، روانی و ارتقای سازگاری با بیماری دلالت دارند^(۱۶،۱۷).

در سال‌های اخیر، برآورد شیوع ناباروری در جمعیت استان ایلام، بیش از برآوردهای انجام گرفته در سال‌های قبل‌تر بوده است^(۱۸). با این وجود اثرات ناباروری و پیامدهای آن در زندگی زنان، چندان مورد توجه پژوهشگران قرار نگرفته است. با توجه به محدود بودن پژوهش‌ها در این زمینه، این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی و سلامت معنوی و ابعاد مختلف این دو متغیر در بین زنان بارور و نابارور شهر ایلام صورت گرفت.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه ای مقطعی از نوع توصیفی-مقایسه‌ای بود. نمونه پژوهش را ۲۰۰ نفر از زنان (۱۰۰ نفر بارور و ۱۰۰ نفر نابارور) ۱۵ تا ۴۹ سال متأهل شهر ایلام تشکیل می‌دادند که از مهر تا اسفند ۱۳۹۳ به مطب ۵ متخصص زنان و زایمان شهر ایلام مراجعه می‌نمودند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از توزیع پرسشنامه به شیوه نمونه‌گیری غیر احتمالی و در دسترس در بین نمونه مورد نظر گردآوری شده است. پس از اخذ مجوز از معاونت

و همکاران^(۱۴) و منتظری و همکاران^(۲۳) مجموع حیطه‌های عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش جسمی، درد جسمی و سلامت عمومی به عنوان کیفیت زندگی در بعد جسمی و مجموع حیطه‌های محدودیت در ایفای نقش احساسی و هیجانی، انرژی و نشاط (سرزندگی) سلامت روانی و عملکرد اجتماعی به عنوان کیفیت زندگی در بعد روانی در نظر گرفته شدند. لازم به ذکر است که علت عدم استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه افراد نابارور، آن بود که نیمی از پاسخگویان از افراد بارور تشکیل شده‌اند. در بخش سوم از پرسشنامه ۲۰ سوالی سلامت معنوی Ellison و Paloutzian^(۲۴) استفاده شد که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر، سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. پاسخ این سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است. در سوالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰ کاملاً مخالفم نمره ۶ و کاملاً موافقم نمره ۱ گرفته، و برای سوالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶، ۱۸ نمره‌دهی به صورت عکس عمل می‌شود. نمره سلامت معنوی، جمع دو زیرگروه سلامت وجودی و سلامت مذهبی است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ است. اعتبار و روایی پایایی این پرسشنامه در ایران توسط فراهانی‌نیا و همکاران بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی^(۲۲) و همچنین سیدفاطمی و همکاران بر روی ۳۶۰ بیمار مبتلا به سرطان^(۲۵) بررسی شده و هر دو مطالعه ضریب پایایی آن را ۰/۸۲ گزارش نموده‌اند.

در این مطالعه برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی محتوا استفاده شد و پرسشنامه توسط ۵ نفر از اساتید گروه علوم اجتماعی و روان‌شناسی دانشگاه مورد تایید قرار گرفت. برای سنجش ثبات درونی، پرسشنامه‌ها در بین ۳۰ نفر از زنان بارور و نابارور توزیع شده و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که برای هر بخش جداگانه به شرح زیر می‌باشد: سلامت معنوی $\alpha = 0/88$ ، و کیفیت زندگی $\alpha = 0/80$. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از

آموزشی دانشگاه پیام نور مرکز ایلام و هماهنگی با پزشک متخصص، ابتدا هدف از انجام پژوهش برای افراد شرح داده شد، و پس از اخذ رضایت شفاهی از زنان هر دو گروه، درخواست شد که پرسشنامه را تکمیل کنند.

پرسشنامه مورد نظر از سه بخش تشکیل شده بود. در بخش اول پرسشنامه سوالات مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی از قبیل سن، شغل، شغل همسر، سطح سواد، سطح سواد همسر، سطح درآمد و مدت ازدواج قرار داشت. در بخش دوم فرم کوتاه پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت ویر و شربورن SF-۳۶ بود. این پرسشنامه خودگزارش دهی جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود و توسط Ware و Sherburne^(۱۹) ساخته شده دارای ۳۶ عبارت است و ۸ حیطه عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز فراهم می‌آورد: نمره کلی مولفه فیزیکی (Score Physical Component) که بعد جسمانی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مولفه روانی (Score Mental Component) که بعد روانی-اجتماعی سلامت را ارزیابی می‌نماید. نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. در این پرسشنامه سوالات ۳ تا ۱۲ از یک تا سه امتیاز، سوالات ۱۳ تا ۱۹ گزینه بلی صفر و گزینه خیر ۱ امتیاز، سوالات ۱، ۲، ۲۰ و ۲۲ گزینه اول ۵ امتیاز و گزینه پنجم ۱ امتیاز، سوالات ۲۳ تا ۳۱ گزینه اول ۶ و گزینه ششم ۱ امتیاز و سوال ۳۲ تا ۳۶ گزینه اول ۱ امتیاز و گزینه پنجم ۵ امتیاز می‌گیرند. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است^(۲۰،۲۱) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید^(۲۲). در این پژوهش، مطابق پژوهش‌های عصارودی

آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t و ضریب همبستگی پیرسون) در نرم افزار spss نسخه ۱۶ انجام شد.

برای بچه‌دار شدن ندارند. میانگین سنی زنان نابارور $30/8 \pm 4/9$ و زنان بارور $34 \pm 4/3$ سال بوده و تقریباً ۶۵ درصد آنها تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند (جدول شماره ۱). توجه به اطلاعات موجود در این جدول حاکی از آن است که دو گروه مورد بررسی از نظر وضعیت درآمد و سطح سواد، با هم همگن بودند.

یافته ها

ارزیابی یافته‌ها نشان می‌دهد ۲۸ درصد پاسخگویان نابارور بالای ۴۰ سال سن دارند، و می‌توان گفت امیدی

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک زنان بارور و نابارور

معنی داری	متغیر	
	زنان بارور فراوانی (درصد)	نابارور فراوانی (درصد)
۰/۰۱۷	۲۰-۲۹	۴۲ (۴۲)
	۳۰-۳۹	۴۲ (۴۲)
	۴۰-۴۹	۱۶ (۱۶)
۰/۷۵	بی‌سواد و ابتدایی	۱۴ (۱۴)
	راهنمایی و متوسطه	۱۴ (۱۴)
	دیپلم و فوق دیپلم	۴۶ (۴۶)
	لیسانس	۲۴ (۲۴)
	فوق لیسانس و بالاتر	۲ (۲)
۰/۱۶۹	کمتر از ۷۰۰ هزار	۳۲ (۳۲)
	۷۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰	۴۸ (۴۸)
	۱۰۰۰۰۰۱-۱۵۰۰۰۰۰	۲۰ (۲۰)
۰/۰۳	کمتر از ۵ سال	۲۶ (۲۶)
	۵-۹ سال	۲۸ (۲۸)
	۱۰-۱۴ سال	۲۸ (۲۸)
	۱۵-۱۹ سال	۸ (۸)
	۲۰ سال و بیشتر	۱۰ (۱۰)

جدول شماره ۲ مقایسه میانگین نمره کل و ابعاد سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بین دو گروه زنان بارور و نابارور را نشان می‌دهد. یافته‌ها بیانگر آن هستند که در

کلیه ابعاد، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات اخذ شده توسط زنان بارور و زنان نابارور وجود دارد.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمره کل و ابعاد سلامت معنوی و کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور

ابعاد	گروه	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معنی‌داری
سلامت روانی	بارور	۲۱۲/۱۴	۶۲/۲۷	-۳/۰۲۴	۰/۰۰۳
	نابارور	۱۷۹/۲۲	۳۷/۴۵		
سلامت جسمانی	بارور	۲۲۴/۴۷	۷۵/۷	-۲/۳۳۵	۰/۰۲۲
	نابارور	۱۹۵/۶	۴۳/۷۶۳		
کیفیت زندگی	بارور	۴۳۶/۶۱	۱۲۲/۳۸	-۳/۲۳۲	۰/۰۰۲
	نابارور	۳۷۴/۸۲	۵۷/۴۹		

سلامت مذهبی	بارور	۵۱/۴۴	۷/۲۴	-۲/۵۱۵	۰/۰۱۴
	نابارور	۴۷/۳۴	۸/۹۷		
سلامت وجودی	بارور	۴۶/۹۴	۷/۳۱	-۲/۴۸۹	۰/۰۱۵
	نابارور	۴۲/۵۶	۱۰/۰۷		
سلامت معنوی	بارور	۹۸/۳۸	۱۲/۸۶	-۲/۷۹۹	۰/۰۰۶
	نابارور	۸۹/۹	۱۷/۱۳۶		

در ارزیابی همبستگی بین متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، اطلاعات موجود در جدول شماره ۳ بیانگر آن است که در گروه زنان بارور، همبستگی بین متغیرهای سلامت جسمانی و سلامت معنوی ($r=0/332$)، سلامت وجودی و سلامت جسمانی ($r=0/348$)، و سلامت وجودی و کیفیت زندگی ($r=0/281$) در سطح حداقل ۹۵ درصد معنی دار است ($p<0.05$). طوری که هر چه

میزان سلامت جسمانی زنان بارور بیشتر بوده، سلامت معنوی آنها نیز افزایش یافته است. همچنین با افزایش میزان سلامت وجودی در بین این گروه، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی آنها نیز ارتقا یافته است. از سوی دیگر رابطه معنی داری بین سایر متغیرهای مورد بررسی در بین زنان دو گروه مشاهده نمی‌شود.

جدول شماره ۳: ضریب همبستگی ابعاد سلامت معنوی و کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور

متغیرها	گروه	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سلامت مذهبی و سلامت روانی	بارور	۰/۰۳۱	۰/۸۳۲
	نابارور	۰/۱۸۱	۰/۲۰۸
سلامت مذهبی و سلامت جسمانی	بارور	۰/۲۳۸	۰/۰۹۶
	نابارور	۰/۰۴۵	۰/۷۵۴
سلامت مذهبی و کیفیت زندگی	بارور	۰/۱۶۴	۰/۲۵۵
	نابارور	۰/۱۵۳	۰/۲۹
سلامت وجودی و سلامت روانی	بارور	۰/۱۲۰	۰/۴۰۷
	نابارور	۰/۰۹۹	۰/۴۹۴
سلامت وجودی و سلامت جسمانی	بارور	*۰/۳۴۸	۰/۰۱۳
	نابارور	۰/۱۷۷	۰/۲۱۸
سلامت وجودی و کیفیت زندگی	بارور	*۰/۲۸۱	۰/۰۴۸
	نابارور	۰/۱۹۹	۰/۱۶۶
سلامت روانی و سلامت معنوی	بارور	۰/۰۸۰	۰/۵۵۵
	نابارور	۰/۱۵۰	۰/۳۰۰
سلامت جسمانی و سلامت معنوی	بارور	*۰/۳۳۲	۰/۰۱۹
	نابارور	۰/۱۲۴	۰/۳۹۲
سلامت معنوی و کیفیت زندگی	بارور	۰/۲۵۲	۰/۰۷۷
	نابارور	۰/۱۹۲	۰/۱۸۲

* معنی داری در سطح ۹۵ درصد

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که سلامت جسمانی، روانی، وجودی، مذهبی، معنوی، و کیفیت زندگی زنان بارور از زنان نابارور وضعیت مطلوب‌تری دارد و این تفاوت از نظر آماری معنادار بوده است.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد بیشترین امتیاز در ابعاد کیفیت زندگی، در هر دو گروه زنان بارور و نابارور، مربوط به بعد سلامت جسمانی است. همچنین تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات بعد سلامت جسمانی زنان بارور و نابارور وجود دارد. در این راستا یافته‌های پژوهش‌های Hassanin و همکاران^(۴)، Chachamovich و همکاران^(۶)، Demont^(۳۶)، امان‌الهی و همکاران^(۲۷) نیز نشان می‌دهند سلامت جسمانی زنان نابارور از زنان بارور کمتر است و نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌نماید.

در بعد سلامت روانی نیز میانگین نمره زنان بارور، بیش از زنان نابارور مورد بررسی در این پژوهش بود. نتایج پژوهش فرخ اسلاملو و همکاران^(۷) و زمانی و همکاران^(۸) نیز نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور در حیطه‌های روانی و اجتماعی به‌طور معنی‌دار پایین‌تر از زنان بارور است. با وجود آنکه عوامل گوناگون و مختلفی بر کیفیت زندگی زنان نابارور تاثیر دارد، اما بیشتر این عوامل بیانگر فشارهای روانی و اجتماعی بر آنان می‌باشند. نتایج پژوهش امانتی و همکاران^(۱۱)، گلی و همکاران^(۱۲) و Moura-Ramos^(۲۸) نشان می‌دهند که شدت تمایل به بچه دار شدن و میزان فشار اطرافیان برای بچه‌دار شدن و ادامه نام خانوادگی باعث فشار روانی بر زوج‌های نابارور شده و بر کیفیت زندگی آنها اثرگذار است. از این رو شایسته است که علاوه بر جنبه‌های درمانی، مسایل روانی و اجتماعی آنها نیز مورد توجه قرار گیرد.

در بررسی ابعاد سلامت معنوی، نتایج پژوهش حاضر تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمرات دو گروه زنان بارور و نابارور، در دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی نشان داد. به این ترتیب که زنان نابارور از

سلامت مذهبی و وجودی پایین‌تری نسبت به زنان بارور برخوردار بودند. ذکر این نکته ضروری است که میانگین نمرات اخذ شده هر دو گروه، در بعد سلامت مذهبی بیشتر از بعد سلامت وجودی بوده که این امر ریشه در پابندی پاسخگویان به اعتقادات مذهبی دارد. بر اساس نتایج پژوهش عصارودی و همکاران^(۱۴)، می‌توان به تاثیر عقاید معنوی در زندگی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی ناشی از نازایی پی برد. نتایج پژوهش‌های آندریکفسکی و همکاران^(۲۹) لاین و همکاران^(۳۰) و دومار و همکاران^(۳۱) نیز تاکید دارند که سلامت معنوی، نقش مهمی را در بعد روانی کیفیت زندگی زنان نابارور ایفا می‌کند، و با بالا رفتن سلامت معنوی در جامعه، مشکلات روانشناختی آنها کاهش پیدا خواهد کرد. اله‌بخشیان و همکاران معتقدند در جامعه‌ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه‌ای دارند، توجه به معناگرایی به‌نظر راه آسان‌تر و مطلوب‌تری برای مراقبت‌های انسانی و چند بعدی است. همچنین مراقبت‌های مبتنی بر فرهنگ، معناگرایی و داشتن دیدگاه جامع نسبت به ابعاد مختلف بیماران می‌تواند به کادر بهداشتی و درمانی کمک کند تا خدمات مناسب‌تری به بیماران ارائه دهند^(۱۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در بعد سلامت وجودی نیز میانگین نمرات زنان نابارور از زنان بارور کمتر بود. در این زمینه، با وجود آنکه نتایج مطالعه حسینی و همکاران^(۱۶) نشان داد بین بعد وجودی سلامت معنوی با نمره کلی و ابعاد جسمی و روانی کیفیت زندگی زنان نابارور ارتباط مستقیم وجود دارد، اما در پژوهش حاضر این رابطه در بین زنان نابارور معنی‌دار نبوده، و می‌توان علت آن را در مشکلات و پیامدهای مربوط به نازایی این گروه جستجو کرد. در این راستا Hassanin و همکاران^(۴)، Widge^(۵) و Chachamovich و همکاران^(۶) در پژوهش‌های خود نشان می‌دهند که زنان نابارور با تغییر روابط جنسی، تغییر حالات خلقی، نگرانی و احساس تنهایی، استرس و ناسازگاری در زندگی

با توجه به اینکه سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بین زنان بارور نسبت به زنان نابارور وضعیت مطلوب‌تری دارند، شایسته است پزشکان متخصص زنان و زایمان و کارشناسان مامایی، علاوه بر جنبه‌های درمانی، مسایل روانی و اجتماعی زنان نابارور را نیز مورد توجه قرار دهند و از وجود مشاور و روانشناس در این زمینه استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی رشته علوم اجتماعی دانشگاه پیام نور مرکز ایلام می‌باشد. از کلیه کسانی که در انجام این کار ما را یاری نمودند، بسیار سپاسگزاریم.

زناشویی مواجه می‌شوند و تلاش آنها برای درک معنا و هدف در زندگی، و در نهایت سلامت وجودی آنها، دچار اخلال می‌شود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که درآمد خانوادگی ۸۶ درصد زنان نابارور، زیر یک میلیون تومان بوده و بسیاری از این زنان به دلیل مشکلات مالی، توانایی درمان ناباروری را ندارند و کاهش کیفیت زندگی را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش امانتی و همکاران^(۱۱) و گلی و همکاران^(۱۲) نیز حاکی از آن بود که فشار هزینه‌های درمان ناباروری از عوامل مهم و موثر در تغییر و دگرگونی سلامت و کیفیت زندگی زنان نابارور می‌باشد. بنابراین کمک‌های دولتی برای درمان ناباروری زنان نیازمند در قالب پوشش‌های بیمه‌ای یا حمایت مالی می‌تواند به‌عنوان یک راه‌حل در موضوع ناباروری قابل طرح باشد.

فهرست منابع

1. Khodakarami N, Hashemi S, Sedigh S, Hamdieh M, Taheripanah R. [Life experience with infertility: a phenomenological study]. *JRI*, 2010; 10(4): 287-97. Persian.
2. Kessler LM, Craig BM, Plosker SM, Reed DR, Quinn GP. Infertility evaluation and treatment among women in the United States. *Fertil steril*. 2013;100(4):1025-32. e2.
3. Jamilian H, Jamilian M, Hezaveh FD. P03-496-The comparison of mental health in fertile and infertile women. *Eur Psychiatry*. 2011;26:1666.
4. Hassanin IM, Abd-El-Raheem T, Shahin AY. Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;110(2):118-21.
5. Widge A. Seeking conception: experiences of urban Indian women with in vitro fertilisation. *Patient Educ Couns*. 2005;59(3):226-33.
6. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2010;31(2):101-10.
7. Farrokh-Eslamlou H, Hajishafiha M, Sadat Kazemi E, Oshnouei S. [Impact Of Primary Infertility On Life Quality In Urmia, Iran]. *Urmia Medical Journal*. 2014;25(7):598-604. Persian.
8. Zamani N, Ghasemi M, Jokar E, Khazri Moghadam N. [Comparison of Depression and Life Quality of Fertile and Infertile Women and those with Frequent Abortions]. *JBUMS*. 2013; 15(6): 78-83. Persian
9. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. [Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005]. *Asia Pac J Public Health*. 2009;21(3):287-93. Persian
10. Pazandeh F, Sharghisomeah N, Karaminori R, Alavimajd H. [Investigate the relationship between infertility with well-being and satisfaction of marriage]. *Pajoohandeh Journal*. 2004; 9(6): 9-15. Persian
11. Amanati L, Alaami M, Shokrabi S, Haghani H, Ramazanzadeh F. [Quality of life and influencing factors among infertile women]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010; 12(4): 25-31. Persian.
12. Goli M, Firozeh F, Ahmadi S. [Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008]. *Journal of Ilam University of medical sciences*. 2012; 20(3): 63-70 Persian.

13. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. [The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak senior house]. *I J N*. 2011;24(72):48-56. Persian.
14. Asarrodi A, Golafshani A, Akbari SA. [The relationship between mental health and quality of life in nursing]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2011; 3(4): 79-88. Persian
15. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. [A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33. Persian
16. Hosseini R, Alijanpour Agamaleki M, Mehrabi T, Ziraki Dana A, Dadkhah A. [The Relationship between Existential Dimension of Spiritual Well-being and Quality of Life in Women with Infertility]. *Journal of Health And Care*. 2014; 16 (3): 53-60. Persian
17. Ashrafi Z, Ebrahimi H, Sarafha J. [The relationship between hemodialysis adequacy and quality of life and spiritual wellbeing in hemodialysis patients]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;3(3):44-51. Persian
18. Delpishe A, Direkvand Moghadam A, Moradi Z, Mir Moghadam N. [Aspects of epidemiology of infertility in Ilam]. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2014; 17(98): 8-14. Persian
19. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;473-83.
20. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. [The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version]. *Quality of life Research*. 2005;14(3):875-82. Persian.
21. Asghari A, Faghehi S. [Validation of the SF36 health survey questionnaire in two Iranian samples]. *J Daneshvar Raftar*. 2003;1:1-11. Persian.
22. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. [Nursing students' spiritual well-being and their perspectives towards spirituality and spiritual care perspectives]. *I J N*. 2006;18(44):7-14. Persian.
23. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani nia M. [The Short Form Health Survey (Sf-36): Translation And Validation Study Of The Iranian Version]. *Payesh*. 2006;5(1): 49-56. Persian
24. Paloutizian R, Ellison C, Peplau D, Perlman D. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982.
25. Seyed FN, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. [Prayer and spiritual well-being in cancer patients]. *Payesh*. 2006; 5(4): 295-303. Persian.
26. Demont-Heinrich C. The association between physical activity, mental health and quality of life: a population-based study. *Colorado Department Of Public Health And Environment*. 2009; 71: 1-4.
27. Amanuelahifard A, Nikbakht R, Hoseini MA, Ahmadi Fakhr S, Hoseini Z. [The comparison of marital satisfaction and quality of life between fertile and infertile women]. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2012;2(1):75-88. Persian.
28. Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro M, Soares I. Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Human Reproduction*. 2012;27(2):496-505.
29. Andrykowski MA, Bishop MM, Hahn EA, Cella DF, Beaumont JL, Brady MJ, et al. Long-term health-related quality of life, growth, and spiritual well-being after hematopoietic stem-cell transplantation. *J Clin Oncol*. 2005;23(3):599-608.
30. Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med*. 2002;24(1):22-33.
31. Domar AD, Penzias A, Dusek JA, Magna A, Merarim D, Nielsen B, et al. The stress and distress of infertility: Does religion help women cope? *Sex Reprod Menopause*. 2005;3(2):45-51

Comparing Spiritual Health and Quality of Life among Fertile and Infertile Women

*Almasi M¹., MS.

Mahmoudiani S²., Phd. Cond.

Ghasemi T³., BA

Abstract

Background & Aim: Infertility is a stressful phenomenon and has psycho-social aspects. This study was carried out with the aim of comparing the quality of life and spiritual health and their different dimensions among fertile and infertile women in Ilam city.

Materials & Methods: It was a cross-sectional, comparative study. The sample consisted of 200 married 15-49 year old women who referred to obstetricians during the second half of 2014. Data was collected by SF36 and spiritual health questionnaire (SWB) and analyzed by descriptive and inferential statistics using SPSS-PC (v. 16).

Results: The findings showed that there has been a significant difference between the mean scores of all assessed dimensions and the spiritual health and quality of life of fertile women was better than infertile women. There were also significant relationships between physical health and spiritual health ($r=0.332$), existential health and physical health ($r=0.348$), and existential health and quality of life ($r=0.281$) among fertile women.

Conclusion: Considering the low levels of spiritual health and quality of life among infertile women, it is recommended that obstetricians, gynecologists and midwives, pay special attention not only to therapeutic aspects but also to psychological and social issues related to infertile women.

Key Words: Infertility, Women, Quality of life, Spiritual health

Received: 3 Mar 2015

Accepted: 2 Jun 2015

¹ Instructor, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran (*Corresponding Author).
Tel: 09189411308 Email: Almasi_57@yahoo.com

² PhD student in Demography, Faculty of Social Sciences, Tehran University, Tehran, Iran.

³ BA in Social Sciences, Department of Social Sciences, Payame Noor University, Ilam, Iran.