

## رابطه سلامت معنوی با اضطراب، افسردگی و تنظیم شناختی هیجان در زنان نابارور مسلمان پس از انجام روش‌های جراحی کمک باروری

فیروزه نوری مند<sup>\*</sup>، دکتر صدیقه فروهری<sup>\*\*</sup>، دکتر بهیه نام آورجهرمی<sup>\*\*\*</sup>، دکتر سیدضیاء الدین تابعی<sup>\*\*\*\*</sup>  
دکتر زهره عباسی<sup>\*\*\*\*\*</sup>، حسین رهبر<sup>\*\*\*\*\*</sup>

### چکیده:

**زمینه و هدف:** ناباروری باعث می‌شود تا ابعاد سلامت زنان را تحت تأثیر قرار دهد و در این میان سلامت معنوی و سلامت روانی در زنان نابارور می‌تواند بسیار مهم باشد. بنابراین هدف از تحقیق حاضر بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب، افسردگی و تنظیم شناختی هیجان در زنان نابارور پس از انجام روش‌های جراحی کمک باروری بود.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بوده که به صورت مقطعی انجام شد. جامعه آماری تحقیق شامل زنان نابارور مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز بود که از بین آنها 247 نفر، بر اساس معیارهای ورود به مطالعه بصورت تخصیص تصادفی در تحقیق شرکت کردند. در این تحقیق از پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (1983)، هیجان گارنفسکی (2001)، اضطراب و افسردگی بک (1961) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) در قالب جدول و نمودار و آزمون‌های آماری همبستگی اسپیرمن استفاده شد. در آنالیز داده‌ها در سطح (5%) معنی‌داری از نرم افزار SPSS نسخه 23 استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اضطراب ( $r = 0.126, P = -0.001$ )، افسردگی ( $r = 0.261, P = -0.001$ )، سرزنش خود ( $r = 0.119, P = -0.01$ ) و سرزنش دیگران ( $r = 0.184, P = -0.001$ ) با سلامت معنوی رابطه معکوس و معناداری داشت. به بیان دیگر هرچه سلامت معنوی خانم نابارور بالاتر بود، قدرت تطابق با اعمال جراحی که برای کمک باروری لازم می‌گردد، در وی بیشتر بود و همچنین از مکانیسم سرزنش خود یا دیگران به میزان کمتری استفاده می‌نمود.

**نتیجه‌گیری:** سلامت معنوی می‌تواند کمک کند تا وضعیت روحی زنان نابارور بهبود و هیجانات منفی آنان کاهش پیدا کند و در سایه این سلامت معنوی می‌توان قدرت سازگاری با مشکلات مرتبط با ناباروری و اعمال جراحی کمک ناباروری را تضمین نمود.

### واژه‌های کلیدی: ناباروری، اضطراب، افسردگی، هیجان، سلامت معنوی

نویسنده پاسخگو: دکتر صدیقه فروهری

تلفن: 07136122227

E-mail: [foruharis@sums.ac.ir](mailto:foruharis@sums.ac.ir)

\* دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، بیمارستان حضرت ولی عصر (عج)

\*\* استادیار مرکز تحقیقات ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

\*\*\* استاد گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

\*\*\*\* استاد گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

\*\*\*\*\* استادیار گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

\*\*\*\*\* کارشناس ارشد مدیریت دولتی، مرکز منطقه‌ای اطلاع رسانی علوم و فناوری

تاریخ وصول: 1399/02/03

تاریخ پذیرش: 1399/05/11

## زمینه و هدف

سازمان بهداشت جهانی ناباروری و روش‌های جراحی کمک باروری را به عنوان یک معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح نموده است. محققین معتقدند این بحران می‌تواند با پیامدهای عظیم شخصی، زناشویی، روانی، عاطفی و پزشکی همراه شود.<sup>1,2</sup> در سراسر جهان حدود 15-10 درصد زوجین، ناباروری را تجربه می‌کنند<sup>3</sup> که بیشتر آنها برای دریافت کمک‌های پزشکی اقدام می‌کنند. درمان‌ها و جراحی‌های کمک باروری به کلیه روش‌های درمانی اطلاق می‌گردد که منجر به لقاح مصنوعی می‌شود و با مداخله انسان صورت می‌گیرد که شامل اقداماتی برای برداشت اووسیت‌ها هستند. این تکنیک‌ها عبارتند از: انتقال داخل لوله‌ای گامت، انتقال داخل لوله‌ای زیگوت، انتقال رویان‌های نگهداری شده در انجماد، استفاده از اووسیت‌هایی اهدایی و مواردی از این قبیل می‌باشند.<sup>4</sup>

جراحی و درمان‌های مربوط به ناباروری به عنوان یک موضوع بالینی مهم تلقی می‌شود، به لحاظ هیجانی عوامل زیر می‌توانند در زوج‌هایی که داروهای مرتبط با ناباروری دریافت نموده‌اند و یا تحت درمان جراحی‌های کمک باروری قرار گرفته‌اند، تأثیر بگذارند: عدم اطمینان درباره موفق بودن درمان ناباروری؛ انگ اجتماعی همراه با تشخیص ناباروری؛ احساس از دست دادن کنترل؛ از دست دادن عزت نفس؛ هزینه‌های مالی؛ استرس و فشار خانوادگی. به لحاظ نظری استرس می‌تواند به طور مستقیم از طریق تأثیرهای هورمونی یاب به طور غیرمستقیم از طریق عدم توانایی زوج برای پیگیری درمان‌ها و آموزش‌های پیچیده و تجویزهای مرتبط با جراحی‌های کمک باروری، ممکنست سبب تأخیر درباروری شده یا با آن تداخل پیدا کند. به هر حال، تمرکز اصلی مراقبت‌های مشاوره و بهداشت روانی زنان نابارور، کمک به آنها برای مقابله با تأثیرشناختی هیجانی، اضطراب و افسردگی ناشی از درمان‌ها و جراحی‌های کمک باروری می‌باشد.<sup>5-7</sup> تحقیقات نشان می‌دهند زنان نابارور در تمامی پارامترهای مقیاس افسردگی و اضطراب بیمارستانی از جمله تنش، خصومت، اضطراب، افسردگی و سرزنش خود تفاوت معنی‌داری با زنان بارور داشتند. پیامد این آسیب‌های

روحي - روانی و افسردگی شدید تا آنجا پیش می‌رود که 10 درصد زنان نابارور دچار افکار خودکشی می‌شوند.<sup>8</sup> در تحقیقی تأثیر ناباروری بر اختلالات روانی در 150 زن ایرانی در طی 4 ماه را بررسی نمودند. نتایج نشان داد که 24/6% از آنها هیچ گونه علائم افسردگی، 30% دارای علائم افسردگی پائین، 32% دارای علائم افسردگی متوسط و 13% دارای علائم افسردگی شدید بودند.<sup>9</sup>

سلامت معنویت و باورهای دینی به اعمالی اشاره دارد که مردم را با موجودات مقدس و معنادار فراتر از خود آنها ارتباط می‌دهد. این اعمال اغلب ارتباطی را با یک قدرت مافوق که به زندگی معنا و هدف می‌دهد، ایجاد می‌کنند به همین دلیل زوجین نابارور که تحت درمان‌ها و جراحی‌های کمک باروری قرار می‌گیرند، با مسائل غامض وجودی، ناراحتی روان شناختی و برچسب اجتماعی روبرو می‌شوند و ممکن است بتوانند با انجام اعمال معنوی - مذهبی، با چالش‌های ناباروری مقابله نموده و به آرامش و راحتی دست یابند.<sup>10,11</sup>

هر چند مطالعات تحقیقاتی نشان داده‌اند که مذهب و معنویت می‌تواند در طول رویارویی بسیاری از مردم با بحران، ضربه روحی و غم فوق‌العاده ارزشمند باشد، اما بررسی‌های گوناگون نشان دهنده آنست که پژوهش‌های اندکی در زمینه تأثیر معنویت و دینداری بر وضعیت روحی و هیجانات زنان نابارور صورت گرفته است.<sup>12-14</sup> خانی و باباخانی (2017) رابطه رشد معنوی و استرس ادراک شده را در 211 زن بارور (106 نفر) و نابارور (105 نفر) شهر تهران مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که در زنان نابارور شادکامی با رشد معنوی رابطه مستقیم و با استرس ادراک شده رابطه معکوس و معناداری دارد.<sup>15</sup> نقیبی و همکارانش (2015) رابطه بین سلامت معنوی و سلامت روان را در 123 بیمار زن تحت درمان نگهدارنده متادون در شهر ساری بررسی نمودند. نتایج نشان داد که نمره سلامت معنوی 43/29 و نمره سلامت روان 41/26 بود. بین سلامت معنوی و سلامت روانی رابطه معناداری وجود داشت.<sup>16</sup>

سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن 20-120 در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شده است. در عبارت‌های با فعل مثبت پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره 6 و «کاملاً مخالفم» نمره 1 را می‌گیرند و بقیه عبارت‌ها که با فعل منفی هستند، پاسخ‌های «کاملاً موافقم» نمره 1 و «کاملاً مخالفم» نمره 6 را می‌گیرند. از مجموع نمرات بدست آمده، سلامت معنوی به سه سطح پایین 40-20، متوسط 99-41، و بالا 120-100 تقسیم‌بندی می‌شود.<sup>22</sup> در مطالعه سید فاطمی و همکارانش، روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ 0/82 تعیین گردید.<sup>23</sup>

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه یک مقیاس 21 ماده‌ای است که آزمودنی می‌تواند در هر ماده، یکی از چهار گزینه را از نمره صفر تا 3، انتخاب نماید. نمرات 7-0، گویای هیچ یا کمترین حد اضطراب می‌باشد، نمره 8-15 نشانه اضطراب خفیف، 25-16 اضطراب متوسط و نمره 63-26 می‌تواند نشان دهنده اضطراب شدید باشد. این پرسشنامه از روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن ضریب آلفا 0/92، روایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته 0/75 و همبستگی ماده‌های آن از 0/30 تا 0/76 متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان دهنده کارایی بالایی این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد.<sup>24</sup> در مطالعه کاویانی و همکارانش روایی پرسشنامه (r = 0.72, P < 0.001) و پایایی آن (r = 0.83, P < 0.001) تعیین گردید. همچنین همبستگی آیتم‌های پرسشنامه (Alpha=0.92) همسانی درونی بالایی را نشان می‌دهد.<sup>25</sup>

پرسشنامه افسردگی بک: برای اولین بار در سال 1961 توسط بک و همکارانش تدوین شد که شامل 21 سوال است، نمرات 0-15، گویای افرادی است که افسردگی ندارند و در سطح عادی هستند، نمره 16-31 افرادی هستند که به افسردگی در سطح خفیف مبتلا هستند، افسردگی متوسط 32-47 در سطح متوسط مبتلا هستند، افسردگی عمیق 48-63 می‌تواند نشان دهنده افسردگی سطح شدید باشد،

در بیست سال گذشته، وسعت و عمق علاقه به بررسی رابطه بین سلامت روانی، کیفیت زندگی و معنویت به صورت تصاعدی رشد کرده است و در بین مراقبان پزشکی و روانپزشکی آگاهی روز افزونی مبنی بر این مطلب بوجود آمده که سلامت معنوی بعد مهمی از سلامت جسمی و روحی می‌باشد و معمولاً ارتباطی مستقیم بین موفقیت درمان‌ها و جراحی‌ها با پیامدهای سلامت معنوی زنان نابارور وجود دارد بنابراین درک معنویت بیماران اهمیت قابل ملاحظه‌ای در روند مراقبت از آنها دارد.<sup>17-19</sup> از آنجایی که سلامت روانی افراد وابسته به زمان و موقعیت بوده و با شرایط زندگی قابل تغییر است. با توجه به این که باروری می‌تواند از ابعاد مختلف بر سلامت معنوی، وضعیت هیجانی و روانی زنان نابارور تأثیرگذار باشد و در کشورهای شرقی مانند ایران، مطالعات محدودی در این زمینه صورت گرفته است، بررسی این عوامل، نقش تعیین کننده‌ای در ارزشیابی چگونگی کیفیت ارائه خدمات سیستم‌های مشاوره‌ای، بهداشتی و درمانی مربوط به آنان ایفا می‌نماید. بنابراین هدف از تحقیق حاضر بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب، افسردگی و تنظیم شناختی هیجان در زنان نابارور پس از انجام روش‌های جراحی کمک باروری بود.

## مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، از نوع توصیفی - تحلیلی بوده که به صورت مقطعی انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی و مسلمان بودن، انجام روش‌های جراحی کمک باروری، فاقد بیماری‌های شناخته شده جسمی یا روانی، عدم مصرف سیگار، قلیان یا اعتیاد به مواد مخدر، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و معیار خروج از مطالعه شامل عدم تمایل بیمار به همکاری بود. جامعه آماری تحقیق شامل زنان نابارور مراجعه کننده به بیمارستان‌های شیراز بود که بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و مقالات<sup>20</sup> و<sup>21</sup> از بین آنها 247 نفر بصورت تخصیص تصادفی انتخاب شده و در تحقیق شرکت کردند. ابزار پژوهش، پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون Palutzian & Ellison: حاوی 20 سؤال می‌باشد که 10 سؤال آن سلامت مذهبی و 10 سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. عبارت‌های با شماره فرد سلامت مذهبی و عبارت‌های با شماره زوج سلامت وجودی را می‌سنجند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک 60-10 می‌باشد. برای زیر گروه‌های

لحاظ میزان تحصیلات 90 نفر (36/4%) دارای تحصیلات دیپلم بودند. 70 درصد از افراد (173 نفر) خانواده دو نفری داشتند.

جدول 1- آمار توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان

سن شرکت کنندگان	فراوانی	درصد فراوانی
20-29	102	41/3
30-39	123	49/8
40-49	13	5/3
50-59	1	0/4
مجموع	239	96/8

نتایج جدول 2 نشان داد که سلامت معنوی و پذیرش ارتباط معکوس و معناداری با اضطراب داشت، یعنی هرچه سلامت معنوی و پذیرش مشکل ناباروری و اعمال جراحی کم برای کمک باروری لازم می‌گردد بیشتر باشد، اضطراب فرد کمتر بود. در مورد افسردگی هم به همین شکل است.

بین پذیرش مشکل ناباروری و اعمال جراحی که برای کمک باروری لازم می‌گردد با سرزنش خود ارتباط معناداری مشاهده نگردید، اما بین سلامت معنوی با سرزنش خود ارتباط معنادار و معکوس دیده شد، یعنی هرچه سلامت معنوی فرد بالاتر باشد خود سرزنشی وی کمتر بود ( $r = 0.119, P = -0.01$ ). بین سلامت معنوی با سرزنش دیگران ارتباط معنادار و معکوس دیده شد یعنی هرچه سلامت معنوی فرد بالاتر بود، دیگران را کمتر سرزنش می‌نمود ( $r = 0.184, P = -0.001$ ). اما بین پذیرش مشکل ناباروری و اعمال جراحی که برای کمک باروری لازم می‌شد با سرزنش دیگران ارتباط معناداری مشاهده نگردید.

بین سلامت معنوی با پذیرش ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد ( $r = 0.267, P = 0.001$ ) یعنی هرچه سلامت معنوی فرد بالاتر باشد قدرت پذیرش و سازگاری با مشکل ناباروری و اعمال جراحی که برای کمک باروری لازم می‌گردد، افزایش خواهد یافت.

فیروزه نوری مند - رابطه سلامت معنوی با اضطراب، افسردگی و ...

به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن، همبستگی و همسانی درونی، ضرایب 0/73 تا 0/92 با میانگین 0/86 را نشان داده است و همچنین روایی محتوایی، ضرایب همبستگی از متوسط تا بالا و  $r = 0.72$  را نشان داده است.<sup>26</sup> در مطالعه دابسون و همکارانش ضریب اعتبار کل 0/913 بدست آمد، تحلیل مؤلفه‌های پرسشنامه در جامعه ایرانی قابل استفاده می‌باشد و ضریب همبستگی نمرات ( $\alpha = 0.873$ ) است.<sup>27</sup>

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی: این پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکارانش در سال 2001 تدوین شد که چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است و دارای 36 ماده است. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند.

ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکارانش در دامنه 71/0 تا 81/0 گزارش شده است.<sup>28</sup> در ایران نیز اعتبار این پرسشنامه توسط سامانی و صادقی تایید شده است. ماتریس همبستگی پرسش‌ها 0/84 و کفایت محتوا با  $P < 0.00001$  معنی‌دار بود.<sup>29</sup>

برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از جامعه آماری از روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین (انحراف معیار) و فراوانی (درصد) در قالب جدول، نمودار و آزمون‌های آماری تعیین نرمالیتی داده‌ها و همبستگی اسپیرمن استفاده شد. در آنالیز داده‌ها در سطح 5% معنی‌داری از نرم افزار SPSS نسخه 23 استفاده شد.

## یافته‌ها

وضعیت دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در جدول 1 خلاصه شده است و گویای آنست که از 247 زن نابارور 8 نفر سن خود را اعلام نکردند. مشخص شد که 49/8 درصد از افراد 30-39 سال هستند. نتایج نشان داد که 97 نفر (37/7%) از افراد بومی شیراز و بقیه غیر بومی بودند. از

جدول 2- ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	اضطراب	افسردگی	سرزنش خود	سرزنش دیگران	پذیرش	سلامت معنوی
اضطراب	-					
افسردگی	0/001*	-				
سرزنش خود	0/82	0/001*	-			
سرزنش دیگران	0/001*	0/146	0/88	-		
پذیرش	0/01*	-0/001*	0/57	0/26	-	
سلامت معنوی	-0/001*	-0/001*	-0/01*	-0/001*	0/001*	-

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش نشان داد که سلامت معنوی و پذیرش، ارتباط معکوس و معناداری با اضطراب دارد، یعنی هرچه سلامت معنوی و پذیرش مشکل ناباروری و اعمال جراحی که برای کمک باروری لازم می‌گردد بیشتر باشد، اضطراب فرد کمتر است. نتایج تحقیق حاضر همسو با نتایج تحقیق دومار و همکارانش (2005) بود. نتایج تحقیق آنها نشان داد که بین دیسترس‌های روانشناختی با سلامت معنوی و وضعیت اعتقادی رابطه معناداری وجود دارد.<sup>30</sup>

سایر نتایج نیز نشان داد که بین پذیرش مشکل ناباروری و اعمال جراحی که برای کمک باروری لازم می‌گردد، با سرزنش خود ارتباط معناداری مشاهده نگردید، اما بین سلامت معنوی با سرزنش خود ارتباط معنادار و معکوس دیده شد، یعنی هرچه سلامت معنوی فرد بالاتر باشد خود سرزنشی و استرس کمتری خواهد داشت. در مطالعه کاسو و همکارانش (2018) نیز اهمیت زیربنایی معنویت برای غلبه بر هیجانات و استرس‌ها تأکید شده و اثرات آن بر زندگی افراد نابارور معنی‌دار و مؤثر بوده است.<sup>31</sup>

همچنین بین سلامت معنوی با سرزنش دیگران ارتباط معنادار و معکوس دیده شد یعنی هرچه سلامت معنوی فرد بالاتر باشد دیگران را کمتر سرزنش خواهد نمود، اما بین پذیرش مشکل ناباروری و اعمال جراحی که برای کمک باروری لازم می‌گردد با سرزنش دیگران ارتباط معناداری مشاهده نگردید. همچنین بین سلامت معنوی با پذیرش ارتباط مستقیم و معناداری مشاهده شد. یعنی هرچه سلامت معنوی فرد بالاتر باشد قدرت پذیرش و سازگاری با مشکل ناباروری و اعمال جراحی که برای کمک باروری لازم می‌گردد، افزایش خواهد یافت. مهربابی و همکارانش (2014) در تحقیقی رابطه سلامت معنوی را با متغیرهای مختلف از جمله اضطراب، افسردگی و سرزنش در زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر اصفهان را بررسی نمودند. نتایج نشان داد که بین اضطراب و سرزنش با سلامت معنوی رابطه معناداری وجود داشت. در این تحقیق اما رابطه معناداری بین افسردگی با سلامت معنوی به دست نیامد.<sup>32</sup>

در تحقیق حاضر مشخص شد که رابطه معناداری بین سلامت معنوی و افسردگی در زنان نابارور مسلمان وجود دارد. معصومی و همکارانش (2013) در تحقیقی به صورت تحلیل متا شیوع افسردگی را در میان زوج‌های بارور ایرانی مورد بررسی قرار دادند.

می‌تواند از اضطراب آنها بکاهد همچنین جهت جلوگیری از افسردگی و پذیرش واقعیت‌ها کمک نماید.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش نتیجه بخشی از طرح تحقیقاتی به شماره CT- 9371 - 7751 و کد کمیته اخلاق 93-01-50-8933 مصوب مرکز تحقیقات ناباروری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مساعدت معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس که حمایت مادی و معنوی این پژوهش را عهده‌دار بودند، سپاسگزاری نمایند. همچنین از ریاست محترم بیمارستان باروری و ناباروری، بیمارستان مادر و کودک غدیر و نیز افراد محترم شرکت کننده در پژوهش که بدون یاری آنان انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود، قدردانی می‌گردد.

نتایج نشان داد یک اختلال روانی مهم که می‌بایست مورد توجه متخصصین زنان واقع گردد افسردگی است که شیوع آن در زوجین نابارور از 44 درصد در سال‌های 2000-2005 در فاصله کوتاهی یعنی 2006-2011 به 50 درصد رسیده است و از آنجایی که بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت تا سال 2020 دومین علت ناتوانی افراد افسردگی خواهد بود، لذا جهت پیشگیری از آن انجام اقدامات پیشگیری کننده و سیاست‌گذاری های لازم ضروری بنظر می‌رسد.<sup>33</sup>

نتیجه کلی: در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که افرادی که مسئولیت درمان و مشاوره زنان نابارور را برعهده دارند می‌بایست احداث کلینیک های روانشناسی در مراکز درمان ناباروری را در کنار تیم پزشکی در درمان روانی زنان نابارور در سرلوحه کاری خود قرار دهند. چرا که بسیاری از بیماران تشخیص خاصی را برای ناباروری از طرف پزشک خود جهت معالجه دریافت نمی‌کنند و وجود روانشناس در کنار پزشک

**Abstract:****Relationship between Spiritual Well-being, Anxiety, Depression and Emotion in Infertile Women after Assisted Reproductive Surgical Technology**

*Nourimand F. M.S*<sup>\*</sup>, *Forouhari S. PhD*<sup>\*\*</sup>, *Namavar Jahromi B. MD*<sup>\*\*\*</sup>  
*Tabei S. Z. MD*<sup>\*\*\*\*</sup>, *Abbasi Z. MD*<sup>\*\*\*\*\*</sup>, *Rahbar H.MA*<sup>\*\*\*\*\*</sup>

(Received: 22 April 2020      Accepted: 1 Aug 2020)

**Introduction & Objective:** Infertility can affect women's health, so spiritual and mental health might be very important in case of infertile women. Therefore, the goal of this study was to investigate the relationship between spiritual well-being, anxiety, depression and emotion in infertile women after assisted reproductive surgical technology.

**Materials & Methods:** The present study is a descriptive-analytic research which was conducted on a cross-sectional basis. The statistical population of the study consisted of infertile women who referred to hospitals in Shiraz, among whom 247 subjects participated in the study. Paloutzian and Ellison's Questionnaire of Spiritual Well-Being questionnaire, Beck anxiety & depression Questionnaire and the Garnefski Cognitive Emotion Regulation Questionnaire were used. Data was analyzed using descriptive statistics methodology including mean (standard deviation) and frequency (percentage) in the form of tables, charts, and Spearman Correlation Tests. The SPSS software version 23 was used at 5% P-value.

**Results:** The results of this study showed that anxiety, depression and some aspects of Garnefsky's emotion were negatively correlated with spiritual well-being. In other words, the higher the spiritual health of the infertile woman, the greater the ability to adapt and accept the problem of infertility and to accept assisted reproductive surgical technology and also uses her or others' blame mechanisms to a lesser extent. Conclusion and discussion: Spiritual well-being might help improving the mental status of infertile women and reduce their negative emotions. This spiritual well-being might guarantee the ability to cope with infertility-related complications and assisted reproductive surgical technologies.

**Conclusions:** Mental health can help improve the mental state of infertile women and reduce their negative emotions, and in the light of this spiritual health, the ability to adapt to infertility-related problems and infertility surgery can be guaranteed.

***Key Words: Infertility, Anxiety, Depression, Emotion, Spiritual Well-being***

\* *Master of Science Student, Fasa University of Medical Sciences, Vali Asr Educational Hospital, Fasa, Iran*

\*\* *Assistant Professor, Infertility Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.*

\*\*\* *Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Infertility Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran*

\*\*\*\* *Department of Medical Ethics and Philosophy of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran*

\*\*\*\*\* *Department of midwifery, Medical school, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.*

\*\*\*\*\* *Master of Administration Management, Payame Noor University, Shiraz, Iran*

## References:

1. Vitale SG, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Laganà AS. Psychology of infertility and assisted reproductive treatment: the Italian situation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2017; 38(1): 1-3.
2. Deyhoul N, Mohamaddoost T, Hosseini M. Infertility-Related Risk Factors: A Systematic Review. *Int J Womens Health Reprod Sci*. 2017; 5(1): 24-9.
3. Sadeghi T, Mohammadi N, Mohammadpour A, Abbasi M. Over-challenging Mothers: Motherhood after Assisted Reproductive Technology. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019; 7(3): 1784-94.
4. Burkman RT. Berek & Novak's gynecology. *JAMA*. 2012; 308(5): 516-7.
5. Gana K, Jakubowska S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *Journal of health psychology*. 2. 54-1043: (6) 21, 016.
6. Nicoloro-Santa Barbara J, Busso C, Moyer A, Lobel M. Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Social Science & Medicine*. 2018; 213: 54-62.
7. Forouhari S, Heidari Z, Tavana Z, Mihanpour H, Sayadi M, Shayan A, et al. Effect of some hormones related to polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016; 18(186): 17-2, 7.
8. Jayashankar V, Chaitanya R. A Research Study on Female Suicides Due to Infertility in Chittoor, Andhra Pradesh from 2010 to 2016. *Medico-Legal Update*. 2017; 17(2).
9. Forouhari S, Ghaemi SZ. A Survey of Psychosexual Disorders in Infertile Women Referred to the Zainabiee Infertility Center of Shiraz University of Medical Sciences. *Research Journal of Biological Sciences*. 2013; 8(4): 99-103.
10. Canfield C, Taylor D, Nagy K, Strauser C, VanKerkhove K, Wills S, et al. Critical care nurses' perceived need for guidance in addressing spirituality in critically ill patients. *American Journal of Critical Care*. 2016; 25(3): 206-11.
11. Romeiro J, Caldeira S, Brady V, Hall J, Timmins F. The Spiritual Journey of Infertile Couples: Discussing the Opportunity for Spiritual Care. *Religions*. 2017; 8(4): 76.
12. Tóth J. Common Topics of Sociology of Religion in Non-Religion-Specific Journal Articles. *KOME: An International Journal of Pure Communication Inquiry*. 2017; 5(1): 121-46.
13. Romeiro J, Caldeira S, Brady V, Timmins F, Hall J. Spiritual aspects of living with infertility: Synthesis of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*. 2017.
14. Chethana R. Treatment seeking pattern among infertile couples in a rural area. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2016; 3(10): 2884-90.
15. Khani S, Babakhani N. Comparing the Relation between Spiritual Growth and Perceived Stress With Happiness among Fertile and Infertile Women of Tehran City. *Health Psychology*. 2017; 5(17): 95-108.
16. Naghibi SA, Ashari S, Rostami F, Hosseini SH. Evaluation of the Relationship between Spiritual Health and Mental Health in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment. *Journal of health research in community*. 2015; 1(3): 61-9.
17. Paloutzian RF, Park CL. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*: Guilford Publications; 2014.
18. Goker A, Yanikkerem E, Birge O, Kuscu NK. Quality of life in Turkish infertile couples and related factors. *Human Fertility*. 2017: 1-9.
19. Mahmoodabad S, Ehrampoush M, Tabei S, Nami M, Fallahzadeh H, Namavarjahromi B, et al. Extrinsic or intrinsic religious orientation may have an impact on mental health. *Research Journal of Medical Sciences*. 2016; 10(4): 232-6.
20. Seyedi Asl ST, Bakhtiari M, Raufi A, Yousefi V, Poursalman M, Ahmadi SM. Happiness and related factors in infertile women. *International Journal of Advanced Studies in Humanities and Social Science*. 2012; 1(3): 177-85.
21. Roudsari RL, Allan HT, Smith PA. Looking at infertility through the lens of religion and spirituality: a review of the literature. *Human Fertility*. 2007; 10(3): 141-9.
22. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of psychology and theology*. 1983; 11(4): 330-8.
23. Fatemi M, Nazari R, Safavi NM. SvadpvrM., [Relationship between spirituality and nurses on patient satisfaction with nursing care]. *J Medical Ethics*. 2011; 5(17): 140-59.
24. Beck A. *The Beck anxiety inventory manual*. NY. USA: Harcourt Brace; 1961.
25. Hossein. k, sadat ma, vizhagi ravansanji porseshnameh ezterab bek dar tabaghat senni va jensi Jameiat irani.
26. Beck AT, Ward C, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4(6): 561-71.
27. Stefan dk, parvaneh, m, mokhtasat ravansanji porseshnameh afsordagi bek-20 in mobtalayan be ekhtelale afsordagi asasi dar doreh behboodi nesbi.
28. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(8): 1311-27.



29. Sadeghi ssl .kefayate shakhes ravansanji porseshnameh tanzim shenakhti hayajan, ravesh & model ravanshenakhti. (1) 1, 1389.
30. 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? *Sexuality, Reproduction and Menopause*. 2005; 3(2): 45-51.
31. Casu G, Ulivi G, Zaia V, Fernandes Martins MdC, Parente Barbosa C, Gremigni P. Spirituality, infertility-related stress, and quality of life in Brazilian infertile couples: Analysis using the actor-partner interdependence mediation model. *Research in nursing & health*. 2018; 41(2): 156-65.
32. Mehrabi Taiebeh AM, Hoseini Razihsadat, Ziraki Akram, Safaie Zahra. A study on the relationship between spiritual wellbeing and quality of life in infertile women referred to infertility centers in Isfahan. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014; 12(7): 562-7.
33. Masoumi SZ, Poorolajal J, Keramat A, Moosavi SA. Prevalence of depression among infertile couples in Iran: a meta-analysis study. *Iranian journal of public health*. 2013; 42(5): 458.