Family Health and Population Rejuvenation Journal 2026, Volume 1, Issue 1

Determinants of Well-Being and Psychological Distress among Individuals with Infertility

Mehdi Mirzaei-Alavijeh[1], Abdollah Saadatfar[2], Farzad Jalilian[1*]

[1] Social Development and Health Promotion Research Center, Health Policy and Promotion Research Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
[2] Clinical Research Development Center, Motazedi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Article Info:
Received: May 26, 2026
Revised: June 30, 2026
Accepted: September 21, 2026

Keywords:
Infertility,
Mental health,
Psychological distress,
Psychological well-being

ABSTRACT

Background and Objectives: Infertility, as a chronic stressor, profoundly impacts various dimensions of mental health. This study aimed to assess the mental health status (psychological well-being and distress) and identify its associated factors among infertile couples attending the Motazedi Hospital in Kermanshah, Iran, in 2023.

Materials and Methods: This descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted on 308 infertile couples recruited via convenience sampling from the infertility clinic of Motazedi Hospital, Kermanshah, Iran. Data were collected using a demographic characteristics form and the 28-item Mental Health Inventory (MHI-28), which includes two subscales, namely psychological well-being and psychological distress. Instrument reliability was confirmed using Cronbach's alpha coefficients of 0.84 and 0.88, respectively. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient, independent-samples t-test, and one-way ANOVA through SPSS software (version 16.0).

Results: The mean age of the participants was 34.15 ± 7.41 years. The time elapsed since infertility diagnosis was negatively and significantly correlated with psychological well-being (P=0.012, r=−0.171). In addition, the time elapsed since infertility diagnosis was positively and significantly associated with psychological distress (P=0.006, r=0.188). The mean psychological distress score was significantly higher among unemployed participants, compared to employed participants (P=0.040). Similarly, smokers had a significantly higher mean psychological distress score than non-smokers (P=0.017). The mean scores for psychological well-being and psychological distress were 56.13 and 35.66, respectively.

Conclusion: Infertile couples facing unemployment or tobacco use demonstrate heightened psychological vulnerability. Integrating routine mental health screening, targeted psychological interventions, and socioeconomic support systems into standard infertility treatment protocols is essential.

Citation Mirzaei-Alavijeh M, Saadatfar A, Jalilian F. Determinants of Well-Being and Psychological Distress among Individuals with Infertility. FHPRJ. 2026;1(1):33-41. DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33

Corresponding Author(s):
Farzad Jalilian
Address: *Social Development and Health Promotion Research Center, Health Policy and Promotion Research Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran*
Tel*: +989184685499*
E-mail: *f_jalilian@yahoo.com*

© 2026 The Author(s); Published by Esfarayen University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY 4.0) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]

مجله سلامت خانواده و جوانی جمعیت
سال ۱۴۰۵، دوره ۱، شماره ۱

مقالهٔ پژوهشی اصیل

تعیین‌کننده‌های بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی در افراد نابارور

مهدی میرزایی علویجه[۱]، عبدالله سعادت‌فر[۲]، فرزاد جلیلیان[۱*]

[۱] مرکز تحقیقات توسعهٔ اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکدهٔ سیاست‌گذاری و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
[۲] واحد توسعهٔ تحقیقات بالینی بیمارستان معتضدی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری به‌عنوان یک عامل استرس‌زای مزمن، ابعاد مختلف سلامت روان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت روان (بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی) و شناسایی عوامل مرتبط با آن در زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان معتضدی کرمانشاه در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعهٔ توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است که در میان ۳۰۸ زوج نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری بیمارستان معتضدی کرمانشاه با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی و فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ سلامت روان (۲۸ گویه‌ای) شامل دو زیرمقیاس بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی گردآوری شدند. پایایی ابزارها با ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ تأیید شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های هم‌بستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه (ANOVA) در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۶ انجام شد.

نتایج: میانگین سن شرکت‌کنندگان ۷/۴۱ ± ۳۴/۱۵ سال بود. بین مدت‌زمان سپری‌شده از تشخیص ناباروری و بهزیستی روان‌شناختی رابطهٔ منفی و معنادار مشاهده شد (r= -۰/۱۷۱، P =۰/۰۱۲). همچنین، مدت‌زمان سپری‌شده از تشخیص ناباروری با درماندگی روان‌شناختی رابطهٔ مثبت و معنادار داشت (r= ۰/۱۸۸، P =۰/۰۰۶). میانگین نمرهٔ درماندگی روان‌شناختی در افراد فاقد شغل به‌طور معناداری بالاتر از افراد شاغل بود (P=۰/۰۴۰). همچنین، افراد مصرف‌کنندهٔ سیگار در مقایسه با افراد غیرمصرف‌کننده، میانگین نمرهٔ درماندگی روان‌شناختی بالاتری داشتند (P=۰/۰۱۷). میانگین نمرات بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی به‌ترتیب ۵۶/۱۳ و ۳۵/۶۶ گزارش شد.

نتیجه‌گیری: آسیب‌پذیری روانی بیشتر در زوج‌های بیکار و مصرف‌کنندهٔ دخانیات بود؛ ازاین‌رو، گنجاندن غربالگری‌های دوره‌ای سلامت روان، مداخلات روان‌شناختی هدفمند و ارتقای حمایت‌های اجتماعی-اقتصادی در پروتکل‌های معمول درمان ناباروری ضروری به‌نظر می‌رسد.

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۰۵
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۹
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۳۰

کلیدواژه‌ها:
ناباروری،
سلامت روان،
درماندگی روان‌شناختی،
بهزیستی روان‌شناختی

*نویسنده مسئول: فرزاد جلیلیان
نشانی: مرکز تحقیقات توسعهٔ اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکدهٔ سیاست‌گذاری و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
تلفن: ۰۰۹۸۹۱۸۴۶۸۵۴۹۹+
پست الکترونیک: f_jalilian@yahoo.com

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]

مقدمه

ناباروری به‌عنوان یک چالش عمدهٔ سلامت عمومی در جوامع مختلف شناخته می‌شود که ازنظر پزشکی، به‌صورت عدم موفقیت در باروری پس از یک سال تلاش منظم تعریف می‌گردد. براساس آمارهای سازمان جهانی سلامت (World Health Organization)، بیش از ۷۰میلیون زوج در سراسر جهان با این مساله مواجه هستند که بخش عمده‌ای از آنان در کشورهای درحال توسعه سکونت دارند (۱). ناباروری فراتر از یک چالش زیستی، ماهیتی روان‌شناختی-اجتماعی دارد و زوجین را در معرض طیف گسترده‌ای از فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی قرار می‌دهد (۲). امروزه این موضوع به یک دغدغهٔ اجتماعی بدل شده است که نه‌تنها روابط زوجین، بلکه کیفیت زندگی آنان را نیز به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۳). کیفیت زندگی، به‌عنوان ساختاری چندبعدی، دربرگیرندهٔ درک فرد از موقعیت خود در بستر نظام‌های فرهنگی و ارزشی است که در آن زیست می‌کند (۴)؛ این مفهوم شامل ظرفیت‌های شناختی، رفتاری و توانمندی‌های عاطفی برای ایفای نقش‌های خانوادگی، اجتماعی و حرفه‌ای است (۵).

بررسی‌ها نشان‌دهندهٔ نرخ بالاتر ناباروری در ایران نسبت به میانگین جهانی است؛ به‌طوری که شیوع ناباروری در ایران ۲۰/۲ درصد و میانگین جهانی آن ۱۲ تا ۱۵ درصد گزارش شده است (۶). شواهد موجود حاکی از آن است که ناباروری پیامدهای سوئی بر ابعاد ذهنی و عاطفی افراد دارد که می‌تواند به انزوای اجتماعی و کاهش اعتمادبه‌نفس در مبتلایان منجر شود (۷-۹). مطالعات نشان می‌دهد که حدود ۸۰ درصد از افراد نابارور درجاتی از اختلالات روان‌شناختی نظیر عدم رضایت زناشویی، مشکلات در روابط بین‌فردی، اختلال در عملکرد جنسی و ناپایداری‌های خلقی را تجربه می‌کنند (۳). اهمیت توجه به سلامت روان و کیفیت زندگی این زوجین تا حدی است که سازمان جهانی سلامت به مراکز درمان ناباروری توصیه می‌کند که رویکرد خود را از تمرکز صرف بر تشخیص و درمان‌های پزشکی به‌سمت ارزیابی‌های جامع و حمایت‌های روان‌شناختی تغییر دهند (۱۰). با توجه به ضرورت وجود شواهد بومی در این زمینه، مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و شناسایی تعیین‌کننده‌های مرتبط با آن در زوجین نابارورِ مراجعه‌کننده به بیمارستان معتضدی کرمانشاه طراحی و اجرا شد.

روش‌ها

طراحی و محیط مطالعه

پژوهش حاضر یک مطالعهٔ توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۴۰۲ در میان زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری بیمارستان معتضدی کرمانشاه انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای متغیرهای کیفی، براساس میزان شیوع گزارش‌شده اختلالات سلامت روان در مطالعات مشابه (۳)، با سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای برآوردی ۵٪، ابتدا ۲۵۶ نفر محاسبه شد. با در نظر گرفتن نرخ ریزش احتمالی (۲۰٪)، حجم نهایی نمونه ۳۰۸ نفر تعیین گردید. انتخاب شرکت‌کنندگان به‌روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس (Convenience Sampling) صورت گرفت. معیارهای ورود شامل تشخیص اولیهٔ ناباروری توسط متخصص و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین، عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. این طرح پژوهشی توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد اخلاق (IR.KUMS.REC.1401.449) به‌تأیید رسید. تمامی شرکت‌کنندگان پس از شرح کامل اهداف پژوهش، رضایت خود را برای شرکت در مطالعه اعلام نمودند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

ابزار پژوهش شامل دو بخش بود:

۱. پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی: شامل متغیرهای سن، جنسیت، درآمد ماهانه، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، مدت‌زمان ازدواج، مدت‌زمان تشخیص ناباروری، سابقهٔ ازدواج قبلی و استعمال دخانیات.

۲. پرسش‌نامهٔ سلامت روان (۲۸ گویه‌ای): این ابزار براساس طیف ۵درجه‌ایِ لیکرت (۱: کاملاً مخالفم تا ۵: کاملاً موافقم) تنظیم شده بود و شامل دو زیرمقیاس «بهزیستی روان‌شناختی» (گویه‌های ۱ تا ۱۴) و «درماندگی روان‌شناختی» (گویه‌های ۱۵ تا ۲۸) است (۱۱). پایایی ابزار در یک مطالعهٔ مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از جامعه هدف بررسی شد که ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ به‌دست آمد. روایی محتوایی پرسش‌نامه‌ها نیز توسط گروه متخصصان تأیید گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۱۶ تحلیل شدند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف‌معیار) گزارش شد. برای بررسی هم‌بستگی بین متغیرهای کمی از آزمون هم‌بستگی پیرسون، و جهت مقایسه میانگین نمرات زیرمقیاس‌ها در گروه‌های دوتایی و چندگانه، به‌ترتیب از آزمون‌های تی مستقل (Independent t-test) و تحلیل واریانس یک‌طرفه (One-way ANOVA) استفاده گردید.

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

در مجموع، ۳۰۸ فرد نابارور در این پژوهش شرکت کردند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۷/۴۱ ± ۳۴/۱۵ سال (دامنهٔ ۱۹ تا ۵۶ سال) و میانگین طول مدت ازدواج ۵/۱۸ ± ۶/۹۵ سال بود. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان را مردان (۶۱/۹ درصد، ۱۹۱ نفر) تشکیل می‌دادند. ازنظر وضعیت شغلی، ۶۷/۹ درصد (۲۰۹ نفر) شاغل بودند و ۵۴ درصد (۱۶۶ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در خصوص مدت‌زمان تشخیص ناباروری، ۴۷ درصد از مشارکت‌کنندگان در سال اول تشخیص قرار داشتند. همچنین اکثریت افراد (۸۷/۹ درصد، ۲۷۰ نفر) عدم مصرف دخانیات را گزارش نمودند.

شاخص‌های سلامت روان

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین نمرهٔ بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان ۱۰/۱۳ ± ۵۶/۱۳ (معادل ۸۰/۲ درصد از کل نمره قابل‌کسب) و میانگین نمرهٔ درماندگی روان‌شناختی ۱۰/۴۰ ± ۳۵/۶۶ (معادل ۵۱ درصد از کل نمره) بود. براساس نتایج آزمون‌های مقایسه‌ای در جدول ۱، تفاوت میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی بر حسب جنسیت (P=۰/۴۵۲)، وضعیت اشتغال (P=۰/۰۷۷)، سطح تحصیلات (P=۰/۱۱۷)، و مصرف سیگار (P=۰/۲۹۵) ازنظر آماری معنی‌دار نبود (جدول ۱).

جدول ۱. بررسی میانگین بهزیستی روان‌شناختی در متغیرهای زمینه‌ای

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف‌معیار	آمارهٔ آزمون	P-value
جنس	زن	۱۱۷	۵۵/۴۷	۹/۵۹	۰/۷۵۳t = -	۰/۴۵۲
	مرد	۱۹۱	۵۶/۵۴	۱۰/۴۶		
وضعیت اشتغال	فاقد شغل	۹۹	۵۴/۳۶	۹/۷۶	۱/۷۷۶t = -	۰/۰۷۷
	دارای شغل	۲۰۹	۵۶/۹۷	۱۰/۲۳		
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۵۶	۵۳/۵۳	۱۱/۵۸	۲/۱۶۵F =	۰/۱۱۷
	دیپلم	۸۶	۵۷/۹۱	۹/۷۸		
	دانشگاهی	۱۶۶	۵۵/۶۰	۹/۹۱		
*مصرف سیگار	خیر	۲۷۰	۵۶/۳۸	۱۰/۲۷	۱/۰۶۳t =	۰/۲۹۵
	بله	۳۸	۵۴/۳۴	۹/۰۱		

*آزمون‌های t مستقل برای متغیرهای دوگانه (جنس، وضعیت اشتغال و مصرف سیگار) و تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) برای متغیر سطح تحصیلات به‌کار گرفته شد. * برای متغیر مصرف سیگار، به‌دلیل عدم برابری واریانس‌ها (براساس آزمون لوین)، آمارهٔ t با فرض نابرابری واریانس‌ها گزارش شده است. همهٔ آزمون‌ها به‌صورت دو دامنه انجام شدند

درماندگی روان‌شناختی بر حسب متغیرهای زمینه‌ای

نتایج مقایسه درماندگی روان‌شناختی براساس متغیرهای فردی در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین نمرهٔ درماندگی روان‌شناختی در افراد مصرف‌کنندهٔ سیگار ۹/۹۹ ± ۴۰/۲۳ به‌طور معناداری بالاتر از افراد غیرسیگاری ۱۰/۳۲ ± ۳۵/۰۳ بود (P=۰/۰۱۷). همچنین نمرهٔ درماندگی در افراد فاقد شغل (۸/۸۱ ± ۳۷/۶۲) نسبت به افراد شاغل (۱۰/۹۸ ± ۳۴/۷۳) به‌طور معناداری بالاتر بود (P=۰/۰۴۰). تفاوت نمرات درماندگی براساس جنسیت (P=۰/۲۶۸) و سطح تحصیلات (P=۰/۱۵۰). معنادار نبود (جدول ۲).

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]

جدول ۲. بررسی میانگین درماندگی روان‌شناختی در متغیرهای زمینه‌ای

متغیر		میانگین	انحراف‌معیار	آمارهٔ آزمون	معناداری
جنس*	زن	۳۶/۶۰	۸/۸۸	۱/۰۵۱	۰/۲۶۸
	مرد	۳۵/۰۷	۱۱/۲۳		
شغل*	فاقد شغل	۳۷/۶۲	۸/۸۱	۱/۹۱۳	۰/۰۴۰
	دارای شغل	۳۴/۷۳	۱۰/۹۸		
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۳۹/۱۵	۱۱/۸۶	۱/۹۱۲	۰/۱۵۰
	دیپلم	۳۴/۵۳	۱۲/۲۰		
	دانشگاهی	۳۵/۵۸	۸/۶۰		
مصرف سیگار	خیر	۳۵/۰۳	۱۰/۳۲	-۲/۴۱۶	۰/۰۱۷
	بله	۴۰/۲۳	۹/۹۹		

*آزمون‌های t مستقل برای متغیرهای دوگانه (جنس، وضعیت اشتغال و مصرف سیگار) و تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) برای متغیر سطح تحصیلات به‌کار گرفته شد. * برای متغیرهای مصرف سیگار و شغل، به‌دلیل عدم برابری واریانس‌ها (براساس آزمون لوین)، آمارهٔ t با فرض نابرابری واریانس‌ها گزارش شده است. همهٔ آزمون‌ها به‌صورت دو دامنه انجام شدند.

تحلیل هم‌بستگی متغیرهای پیوسته

بررسی ضرایب هم‌بستگی پیرسون بین متغیرها (جدول ۳) نشان داد که بین بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی هم‌بستگی منفی و معنادار برقرار است (r=-۰/۶۲۰، P<۰/۰۱). علاوه‌براین، مدت‌زمان تشخیص ناباروری با بهزیستی روان‌شناختی رابطهٔ منفی و معنادار (r=-۰/۱۷۱، P =۰/۰۱۲) و با درماندگی روان‌شناختی رابطهٔ مثبت و معنادار داشت (r=۰/۱۸۸، P =۰/۰۰۶). بدین معنا که با افزایش طول دوره تشخیص ناباروری، نمره بهزیستی کاهش و سطح درماندگی افزایش می‌یابد. هم‌بستگی سن افراد و طول مدت ازدواج با هیچ‌یک از شاخص‌های بهزیستی و درماندگی ازنظر آماری معنادار نبود (جدول ۳).

جدول ۳. هم‌بستگی میان سن، مدت‌زمان ازدواج و مدت‌زمان تشخیص ناباروری با درماندگی روان‌شناختی و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	سن	مدت‌زمان ازدواج	مدت‌زمان تشخیص ناباروری	بهزیستی روان‌شناختی	درماندگی روان‌شناختی
سن	۱				
مدت‌زمان ازدواج	۰/۴۹۱**	۱			
مدت‌زمان تشخیص ناباروری	-۰/۰۱۷	۰/۳۹۹**	۱		
بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۰۰۵	-۰/۱۰۷	- ۰/۱۷۱*	۱	
درماندگی روان‌شناختی	-۰/۰۴۰	۰/۱۱۱	۰/۱۸۸**	- ۰/۶۲۰**	۱

همهٔ ضرایب هم‌بستگی پیرسون هستند. ** هم‌بستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (دو دامنه)* هم‌بستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است (دو دامنه).

بحث

در مطالعهٔ حاضر، شرکت‌کنندگان به‌طور متوسط ۵۱ درصد از حداکثر نمرهٔ ممکن را در شاخص درماندگی روان‌شناختی کسب کردند. ناباروری به‌عنوان یک تنش‌زای مزمن، ابعاد گسترده‌ای از سلامت روان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد بخش قابل‌ملاحظه‌ای از افراد نابارور علائم افسردگی، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند؛ چنان‌که Esubalew و همکاران (۲۰۲۵)، در مطالعه‌ای مقطعی در اتیوپی، گزارش کردند که بیش از نیمی از زنان نابارور این علائم را دارند (۱۲). Hu و همکاران (۲۰۲۵) نیز در مطالعه‌ای در چین، شیوع بالای حالات روانی منفی را در زنان نابارور تحت درمان با فناوری کمک‌باروری نشان دادند (۱۳). این

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]
[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]

شواهد، ادغام غربالگری سلامت روان در مسیر درمان ناباروری را به‌عنوان یک ضرورت بالینی مطرح می‌کند؛ زیرا شناسایی زودهنگام علائم روان‌شناختی به ارائه مداخلات به‌موقع و پیشگیری از تشدید مشکلات روانی کمک می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات درماندگی روان‌شناختی در زنان بالاتر از مردان است، اما این تفاوت ازنظر آماری معنادار نیست؛ این در حالی است که بسیاری از مطالعات پیشین، سلامت روان زنان نابارور را به‌طور معناداری نامطلوب‌تر گزارش کرده‌اند (۱۷-۱۴). این تفاوت اغلب به فشارهای ساختاری و انتظارات فرهنگی نسبت داده می‌شود. تمایل زیاد به مادرشدن، همراه با تأکیدهای اجتماعی بر ایفای نقش‌های سنتی زنانه، بار عاطفی ناباروری را برای زنان دوچندان می‌کند (۱۶، ۱۵). افزون‌براین، زنان نابارور در بسیاری از بافت‌های اجتماعی در معرض برچسب‌زنی (Stigmatization)، تحقیر اجتماعی، تمسخر و احساس کم‌ارزش‌انگاری قرار دارند؛ عواملی که به‌طور خاص سلامت روان آنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند (۱۷). معنادار نبودن تفاوت در مطالعهٔ حاضر می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی در نمونه مورد مطالعه یا تغییرات تدریجی در نگرش‌های جنسیتی به ناباروری باشد. بااین‌حال، با توجه به آسیب‌پذیری احتمالی بیشتر زنان، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران سلامت با بهره‌گیری از یافته‌های این مطالعه، مداخلات چندجانبه‌ای از جمله مشاوره اختصاصی و پویش‌های ارتقای آگاهی اجتماعی را طراحی کنند تا بار روان‌شناختی ناباروری کاهش یابد و کیفیت زندگی بیماران، با تمرکز ویژه بر رفع موانع اجتماعی-روانی پیش روی زنان نابارور، ارتقا پیدا کند.

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از هم‌بستگی منفی مدت‌زمان تشخیص ناباروری با بهزیستی روان‌شناختی و هم‌بستگی مثبت آن با درماندگی روان‌شناختی بود. این یافته با نتایج صفاریه و همکاران (۶) دربارهٔ زوجین مراجعه‌کننده به بخش نازایی بیمارستان امیرالمؤمنین سمنان همسو است؛ آنان ارتباط معنادار مدت‌زمان نازایی با افسردگی در زنان را گزارش کردند. استمرار ناباروری و مواجهه با ناکامی‌های مکرر در فرایند درمان، به‌تدریج ذخایر سازگاری و تاب‌آوری روان‌شناختی فرد را فرسوده می‌کند؛ ازاین‌رو، بیمارانی که مدت‌زمان بیشتری از تشخیص ناباروری آنان گذشته است، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلالات روان‌شناختی قرار دارند. بنابراین، ضروری است طرح‌های مداخله‌ای و مشاوره‌های روان‌شناختی با رویکردی پیشگیرانه و با اولویت‌دهی به این گروه از بیماران، در برنامه‌های درمانی مراکز ناباروری نهادینه شوند.

در پژوهش حاضر، میانگین نمرهٔ درماندگی روان‌شناختی در افراد فاقد شغل بالاتر از افراد شاغل بود. در این راستا، ادبیات پژوهشی موجود بر نقش وضعیت اقتصادی-اجتماعی در سلامت روان تأکید دارد. Hasan و همکاران (۱۴) در میان زنان نابارور بنگلادش گزارش کردند که زنان با درآمد پایین، ۲/۲۹ برابر بیشتر از زنان با درآمد بالاتر در معرض استرس قرار دارند. این یافته با نتایج هنرور و تقوی در شیراز (۱۸) و گزارش‌های Alhassan و همکاران در غنا (۱۹)، که تأثیر معنادار وضعیت شغلی بر افسردگی را تأیید می‌کردند، مطابقت دارد. مرور نظام‌مند Bagade و همکاران (۲۰) نیز بر نقش محافظتی اشتغال در ارتقای سلامت روان زنان نابارور صحه گذاشته است. ازنظر سازوکارهای تبیین‌کننده، ادراک ثبات شغلی و حمایت‌های اجتماعی ناشی از آن از عوامل کلیدی در کاهش آسیب‌های روان‌شناختی هستند (۱۴). ازسوی‌دیگر، فشارهای مالی ناشی از هزینه‌های بالای درمان، مداخلات و داروهای ناباروری، بار روانی را بر گروه‌های آسیب‌پذیر اقتصادی سنگین‌تر می‌کند و آنان را در معرض خطر بیشتری برای درماندگی قرار می‌دهد (۲۲، ۲۱). چرخهٔ معیوب میان ناباروری و فقر (۲۳) نیز نشان می‌دهد که محدودیت‌های مالی نه‌تنها مانع دسترسی به درمان می‌شوند، بلکه سلامت روان را نیز تضعیف می‌کنند. بر این اساس، سیاست‌گذاران سلامت باید با اتخاذ رویکردهایی مانند رایگان‌سازی یا تسهیل دسترسی به درمان‌های ناباروری و اولویت‌دهی به ارائهٔ خدمات سلامت روان به گروه‌های کم‌درآمد، از بروز بحران‌های روانی در این جامعه هدف پیشگیری کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مصرف سیگار با سطح بالاتری از درماندگی روان‌شناختی در بیماران ارتباط دارد. این یافته می‌تواند با الگوهای رفتاری مشابه در مطالعات دیگر مرتبط باشد؛ Vo و همکاران (۲۴) در میان زنان نابارور ویتنام دریافتند که مواجهه با رفتارهای ناسالم در زوجین، مانند سوءمصرف الکل توسط همسر، با افزایش سطح افسردگی همراه است. دربارهٔ مصرف دخانیات، شواهد علمی تأکید می‌کنند که استعمال سیگار نه‌تنها بر ویژگی‌های فیزیولوژیک و کیفیت اسپرم در مردان اثر مخرب دارد (۲۵)، بلکه می‌تواند بر سلامت روان نیز تأثیر بگذارد. ازآنجاکه آگاهی از پیامدهای منفی دخانیات بر باروری می‌تواند عاملی برای تغییر رفتار باشد (۲۶) و با توجه به اینکه مصرف‌کنندگان سیگار در مطالعهٔ حاضر در معرض خطر بیشتری برای درماندگی روان‌شناختی بودند، ضرورت توسعه و پیاده‌سازی طرح‌های مداخله‌ای ترک سیگار در برنامه‌های درمانی ناباروری دوچندان می‌شود.

باوجود دستاوردهای پژوهش حاضر در ارائهٔ وضعیت سلامت روان بیماران نابارور در منطقهٔ مورد بررسی، لازم است محدودیت‌هایی را در تفسیر نتایج مدنظر قرار داد. نخست، مطالعهٔ حاضر بر بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان معتضدی کرمانشاه متمرکز بود؛ بنابراین، در تعمیم‌پذیری (Generalizability) نتایج به سایر مناطق جغرافیایی یا بافت‌های فرهنگی متفاوت باید احتیاط کرد. دوم، استفاده از پرسش‌نامه‌های خوداظهاری (Self-report) می‌تواند احتمال بروز سوگیری مطلوبیت اجتماعی (Social Desirability Bias) یا خطای یادآوری (Recall Bias) را به‌همراه داشته باشد و بر دقت گزارش‌های شرکت‌کنندگان تأثیر بگذارد. سوم، با توجه به طراحی مقطعی (Cross-sectional) پژوهش،

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]

تعیین روابط علّی (Causality) میان متغیرها امکان‌پذیر نیست و نتایج صرفاً بیانگر هم‌بستگی‌ها هستند. چهارم، عدم تفکیک علت ناباروری براساس عامل زنانه یا مردانه، یکی از محدودیت‌های مهم این مطالعه محسوب می‌شود؛ زیرا مشخص بودن عامل ناباروری می‌تواند بر بار روانی و سلامت روان فرد تأثیر متفاوتی داشته باشد (۱۴). در نهایت، به‌دلیل پاسخ‌ندادن بیشتر شرکت‌کنندگان به پرسش‌های مربوط به وضعیت درآمد، این متغیر از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شد؛ موضوعی که می‌تواند مانع بررسی دقیق‌تر نقش متغیرهای اقتصادی-اجتماعی شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با بهره‌گیری از طراحی‌های طولی (Longitudinal) و ابزارهای ارزیابی بالینی، ابعاد مختلف این پدیده با دقت بیشتری بررسی شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که ناباروری با بار روانی قابل‌توجهی همراه است؛ به‌طوری که شرکت‌کنندگان به‌طور متوسط ۵۱ درصد از حداکثر نمرهٔ ممکن را در شاخص درماندگی روان‌شناختی کسب کردند. یافته‌های مطالعه نشان داد که مدت‌زمان طولانی‌تر از تشخیص ناباروری با کاهش بهزیستی و افزایش درماندگی روان‌شناختی همراه بود و مصرف سیگار نیز با سطح بالاتری از درماندگی روان‌شناختی ارتباط داشت. همچنین، میانگین نمرهٔ درماندگی در افراد فاقد شغل به‌طور معنی‌داری بالاتر از افراد شاغل بود. میانگین نمرات درماندگی در زنان نیز بالاتر از مردان بود، ولی این تفاوت معنادار نبود؛ بنابراین، بار روانی ناباروری هر دو جنس را درگیر می‌کند و مداخلات روان‌شناختی نباید به یک جنس محدود شوند. بر این اساس، پیام اصلی این مطالعه برای سیاست‌گذاران و درمانگران، توجه به سه اولویت عملیاتی است: نخست، غربالگری منظم سلامت روان در تمام مراکز ناباروری، با تمرکز ویژه بر بیمارانی که مدت‌زمان بیشتری از تشخیص ناباروری آنان گذشته است؛ دوم، ادغام برنامه‌های ترک دخانیات در دستورالعمل‌های درمانی، به‌عنوان مداخله‌ای که هم‌زمان سلامت روان و پیامدهای باروری را هدف می‌گیرد؛ و سوم، تسهیل دسترسی اقتصادی به درمان‌های ناباروری ازطریق رایگان‌سازی یا کاهش هزینه‌ها برای گروه‌های کم‌درآمد، به‌منظور شکستن چرخه معیوب ناباروری، فقر و درماندگی روان‌شناختی. اجرای هم‌زمان این سه راهبرد می‌تواند علاوه‌بر کاهش بار روان‌شناختی، موفقیت درمان‌های ناباروری را نیز ارتقا دهد.

تشکر و قدردانی

از همهٔ افراد شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از مرکز پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به‌خاطر حمایت از انجام پژوهش حاضر کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. این مقاله حاصل از یک طرح تحقیقاتی است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (طرح شماره: ۴۰۲۰۰۱۲) انجام گرفت.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی گزارش نکردند.

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]

References

1. Yilmaz T, Yazici S, Benli T. Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2020;41(4):275-81. [DOI: 10.1080/0167482X.2019.1708318]
2. Nik Hazlina NH, Norhayati MN, Shaiful Bahari I, Nik Muhammad Arif NA. Worldwide prevalence risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2022;12(3):e057132. [DOI: 10.1136/bmjopen-2021-057132]
3. Mokhtari Sorkhani T, Alidousti K, Ahmadi A, Mirzaee M, Habibzadeh V. Effect of infertility counseling on the quality of life of infertile couples: a randomized clinical trial. J Arak Univ Med Sci. 2022;24(6):820-33. [DOI: 10.32598/jams.24.6.6462.1]
4. Xiaoli S, Mei L, Junjun B, Shu D, Zhaolian W, Jin W, et al. Assessing the quality of life of infertile Chinese women: a cross-sectional study. Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(2):244-50. [DOI: 10.1016/j.tjog.2015.06.014]
5. Braverman AM, Davoudian T, Levin IK, Bocage A, Wodoslawsky S. Depression, anxiety, quality of life and infertility: a global lens on the last decade of research. Fertil Steril. 2024;121(3):379-83. [DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.01.013]
6. Safarieh E, Yousefi Sharami SR, Nasiri S, Aghaamoo S, Ziari A. Evaluation of depression and anxiety in couples with infertility and related factors. Tehran Univ Med J. 2020;78(8):522-7. [Link]
7. Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. Int J Fertil Steril. 2016;10(4):363. [DOI: 10.22074/ijfs.2016.5087]
8. Wischmann T, Kõrge K, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. Hum Reprod. 2012;27(11):3226-32. [DOI: 10.1093/humrep/des293]
9. Xie Y, Ren Y, Niu C, Zheng Y, Yu P, Li L. The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: a systematic review. Front Psychol. 2023;13:1093459. [DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1093459]
10. Tao P, Coates R, Maycock B. Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. J Reprod Infertil. 2012;13(2):71-80. [Link]
11. Besharat MA. Mental health inventory-28: questionnaire instruction and scoring. Dev Psychol. 2020;17(65):102-4. [Link]
12. Esubalew D, Gela YY, Simegn W, Limenh LW, Ayenew W, Chanie GS, et al. Prevalence of depression, anxiety, and stress disorder among women affected by infertility in Ethiopia. Discov Ment Health. 2025;5(1):179. [DOI: 10.1007/s44192-025-00302-6]
13. Hu JY, Wu YD, Xiao Z, Yu MT, Liu YF, Peng YT, et al. A mixed-methods study on negative psychological states of infertile women undergoing assisted reproductive treatment. Sci Rep. 2025;15(1):20916. [DOI: 10.1038/s41598-025-06397-9]
14. Hasan AN, Sharif AB, Jahan I, Begum MR. Mental health status and the quality of life of infertile women receiving fertility treatment in Bangladesh: a cross-sectional study. PLOS Glob Public Health. 2023;3(12):e0002680. [DOI: 10.1371/journal.pgph.0002680]
15. Khorasani F, Iranifard E, Roudsari RL. Gender differences in psychological status of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2025;25(1):2131. [DOI: 10.1186/s12889-025-23314-x]
16. Anupriya, Lata S, Siddiqui A, Singh RV. Infertility stigma, mental health and illness cognition among infertile women: a mediation analysis. Int J Infertil Fetal Med. 2025;16(2):98-102. [DOI: 10.5005/jp-journals-10016-1385]
17. Mashaah T, Gomo E, Maradzika JC, Madziyire MG, January J. Psychological, sociocultural and coping experiences of women with infertility using traditional healthcare services in Harare urban, Zimbabwe: a qualitative study. Afr J Reprod Health. 2024;28(6):25-38. [DOI: 10.29063/ajrh2024/v28i6.3]
18. Honarvar N, Taghavi M. Relation of religious coping and depression levels in infertile women. Iran J Psychiatry. 2020;15(2):134-42. [Link]
19. Alhassan A, Ziblim AR, Muntaka S. A survey on depression among infertile women in Ghana. BMC Women's Health. 2014;14(1):42. [DOI: 10.1186/1472-6874-14-42]
20. Bagade T, Mersha AG, Majeed T. The social determinants of mental health disorders among

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]

women with infertility: a systematic review. BMC Womens Health. 2023;23(1):668. [DOI: 10.1186/s12905-023-02828-9]
21. Chavan R, Joshi S, Kumar R, Barde S. Barriers beyond biology: the socioeconomic and cultural determinants of infertility treatment-seeking behaviour – a systematic review. J Educ Health Promot. 2025;14:1. [DOI: 10.4103/jehp.jehp_1262_25]
22. Njagi P, Groot W, Arsenijevic J, Dyer S, Mburu G, Kiarie J. Financial costs of assisted reproductive technology for patients in low- and middle-income countries: a systematic review. Hum Reprod Open. 2023;2023(2):107. [DOI: 10.1093/hropen/hoad007]
23. Chavan R, Joshi S, Kumar R, Barde S. Barriers beyond biology: the socioeconomic and cultural determinants of infertility treatment-seeking behaviour – a systematic review. J Educ Health Promot. 2025;14:1. [DOI: 10.4103/jehp.jehp_1262_25]
24. Vo TM, Tran QT, Le CV, Do TT, Le TM. Depression and associated factors among infertile women at Tu Du Hospital, Vietnam: a cross-sectional study. Int J Womens Health. 2019;11:343-51. [DOI: 10.2147/ijwh.s205231]
25. Ramon R, Warli SM, Rasyid N, Atmoko W. Effect of tobacco smoking and alcohol consumption on semen quality and hormone reproductive levels in infertile males: a systematic review and meta-analysis. Pharmacia. 2024;71:1-4. [DOI: 10.3897/pharmacia.71.e113854]
26. Basic M, Mitic D, Krstic M, Cvetkovic J. Tobacco and alcohol as factors for male infertility: a public health approach. J Public Health. 2023;45(2):e241-9. [DOI: 10.1093/pubmed/fdac042]

[Downloaded from fhprj.esfrums.ac.ir on 2026-11-04]

[DOI: 10.22034/fhprj.1.1.33]