

مقایسه شاخص‌های بهداشت روان و شیوه‌های فرزندپروری در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و زنان بارور

سمیه رحیمی احمدآبادی*، دکتر آریا حجازی**، دکتر حمید عطاران***، زهرا رحیمی احمدآبادی****

* دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی و کارشناس معاینات روان‌پزشکی پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران
** متخصص پزشکی قانونی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات پزشکی قانونی و سازمان پزشکی قانونی کشور، مشهد، ایران
*** متخصص جراحی عمومی، معاونت بالینی و تشریح سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی، مشهد، ایران
**** مهندس نرم افزار کامپیوتر، کارشناس شبکه دادگستری، خراسان رضوی، مشهد، ایران

چکیده

مقدمه: بر اساس نتایج تحقیقات مختلف، اغلب زوج‌هایی که مشکل ناباروری دارند، به شکل عمیق و بنیادین تنیده اند. ناباروری تأثیرات گسترده و وسیع روانی از جمله احساس درماندگی، تعارض، سرخوردگی بر روی افراد دارد و می‌تواند در انتخاب نوع شیوه فرزندپروری تأثیر بگذارد. این پژوهش با هدف، مقایسه شاخص‌های بهداشت روان و شیوه‌های فرزندپروری در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و زنان بارور انجام گرفته است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی است. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی بوده که در سال ۱۳۹۲ به سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی مراجعه نموده اند. ۴۳ زن به شیوه‌ی نمونه در دسترس انتخاب و پرسش‌نامه بهداشت روان و شیوه‌های فرزندپروری را تکمیل نمودند. بر روی گروه کنترل نیز این پرسش‌نامه‌ها اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه نوزدهم و با روش آماری t مستقل و تحلیل کواریانس (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین دو گروه مورد مطالعه و کنترل، از نظر شاخص‌های بهداشت روان و شیوه‌های فرزندپروری تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). نتیجه گیری: در مطالعه حاضر در شاخص‌های بهداشت روان و شیوه‌های فرزندپروری در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی تفاوت معنی داری وجود داشت. که می‌تواند حاکی از استرس ناشی از ناباروری و تأثیرگذاری این عوامل بر شیوه‌های فرزندپروری باشد، لذا ارائه مداخلات روان‌شناختی مناسب و حضور فعال شوهر در کنار زن در طی روند درمان و هم چنین حضور متخصصان روان‌شناس و مشاوره در حل مشکلات عاطفی-روانی این افراد و آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای گروه مورد مطالعه بسیار حائز اهمیت است.
کلید واژه‌ها: بهداشت روان، شیوه‌های فرزندپروری، زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی، زنان بارور.

تایید مقاله: ۹۵/۴/۲۰

وصول مقاله: ۹۴/۲/۱۳

نویسنده پاسخ‌گو: پزشکی قانونی، خراسان رضوی، مشهد، ایران

somaye.rahimi1390@yahoo.com

شماره تماس: ۰۵۱۳۸۴۵۴۴۰-۱۲۲

مقدمه

بیماری‌های زنان است. این امر موجب می‌شود تعداد زنانی که با مشکل ناباروری روبه رو می‌شوند در مقایسه با مردان افزایش یابد و هم چنین با افزایش سن به درصد ناباروری زنان افزوده می‌شود. تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده اند، با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲، ۳). شاید بتوان گفت ناباروری یکی از عمده‌ترین وقایع استرس‌زا در زندگی افراد نابارور است. ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک علامت شکست تلقی شده و این احساس

ناباروری به ناتوانی در باروری پس از یک سال آمیزش جنسی منظم و بدون پیشگیری اطلاق می‌شود (۱). بر اساس آمارهای موجود بین ۲۰-۱۲ درصد زوج‌ها نابارور می‌باشند. از میان ۴۰ درصد از موارد ناباروری مستقیماً به زن، ۴۰ درصد به مرد و ۲۰ درصد به هر دوی آن‌ها مربوط می‌شود. علاوه بر این حدود ۱۲-۱۰ درصد زنان ناباروری ثانویه را تجربه می‌کنند که منظور ناباروری بعد از یک زایمان، به دلیل

را به وجود می‌آورد که یک زن و یا مرد کامل نیست. غالب مردم تصور نمی‌کنند که ممکن است نابارور باشند، به همین دلیل تشخیص ناباروری برای آنان یک شوک محسوب می‌شود (۴). نتایج تحقیقات متخصصان بهداشت روان، روان‌شناسان بالینی و اجتماعی اثرات استرس بر بهداشت روان و فیزیکی افراد را نشان داده است. افرادی که تحت فشارهای عمده و مزمن قرار گرفته باشند بیش از سایرین در معرض ابتلا به بیماری‌هایی چون افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین و ناراضی‌تی هستند (۴). مطالعات متعددی اثرات روان‌شناختی ناباروری را آشکار ساخته‌اند (۵، ۶). برای مثال دونسی^۱ و همکاران گزارش نمودند که ۹۰ درصد از افراد نابارور دارای ملاک تشخیصی افسردگی عمده بودند در حالی که تنها ۳۰ درصد از گروه کنترل دارای چنین ملاک تشخیصی شدند (۷). هم چنین نیمی از افراد نابارور تغییر در روابط جنسی و ۷۵ درصد از آن‌ها تغییر حالات خلقی را گزارش کردند. دومار^۲ و همکاران دریافتند میزان اضطراب و افسردگی در زنان نابارور برابر با میزان اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به ناراحتی قلبی، سرطان و ایدز است (۸). ناباروری با احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی همراه است. احساس‌های وابسته به این فقدان‌ها شامل غم، حقارت، تنهایی، خستگی، درماندگی و ترس است. در واقع احساس‌های تجربه شده توسط فرد نابارور مشابه به آن چیزی است که افراد در مقابل هر فقدان مهمی هم چون فقدان عزیزی تجربه می‌کنند (۲). به طور کلی وقایع استرس‌زا موجب کاهش احساس کنترل فرد بر زندگی می‌شود که این احساس عدم کنترل منجر به سازگاری ضعیف در فرد می‌گردد. البته همواره این سؤال مطرح بوده که چرا بعضی افراد در مقابل استرس‌ورها آسیب پذیرترند؟ نتایج تحقیقات نشان داده است متغیرهای مختلف روان‌شناختی کیفیت زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد عوامل مداخله‌گری هم چون تعارضات زناشویی، روش‌های مقابله، احساس کنترل ادراک شده، دریافت حمایت‌های اجتماعی از ناحیه همسر و شبکه‌های ارتباطی، روابط جنسی و روش مقابله مسئله مدار می‌تواند اثر استرس‌ها را شدت بخشیده و یا کاهش دهند. زنانی که احساس می‌کنند ناباروری باعث از دست دادن کنترل بر زندگی آن‌ها شده است، در مراحل درمان ناباروری دچار مشکلات تطابق بیشتری می‌شوند. تعارض و جر و بحث درباره کنار آمدن با ناباروری می‌تواند رضایت و بهداشت زندگی زناشویی را کاهش دهد. نقش‌های جنسیتی سنتی که در آن زن و شوهر به گونه متفاوتی احساسات منفی خود را ابراز می‌کنند باعث می‌شود آن‌ها از روش‌های مقابله ای یکسانی برای مواجهه با مشکل استفاده نکنند (۹). جنسیت یکی از عواملی است که نوع واکنش و سازگاری فرد را در مقابل ناباروری تحت تاثیر قرار می‌دهد. زنان مشکلات زناشویی و جنسی بیشتری را گزارش نموده‌اند (۱۰). واکنش‌های آن‌ها بیشتر شبیه به واکنش سوگ است (۱۰). شاید یکی از دلایلی که تجربه ناباروری برای زنان فشار روانی

بیشتری ایجاد می‌کند مربوط به این امر باشد که در اغلب جوامع نقش مادری را به عنوان مهم‌ترین نقش در بزرگسالی به حساب می‌آورند، بنابراین زنان نابارور با استرس بیشتری روبه‌رو می‌شوند. هم چنین بسیاری از آزمایشات و درمان‌های ناباروری بر روی زنان انجام می‌شود که خود باعث افزایش بیشتر فشارهای روانی می‌گردد (۲). زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور خودشان را بیشتر مسئول مشکل ناباروری می‌دانند (۲). دانی لوک^۳ در پژوهش خود بیان کرد که علاوه بر احساس مسئولیت زنان در مورد ناباروری، همسران‌شان نیز آنان را بیشتر مسئول این امر می‌دانند که خود موجب رویارویی زن نابارور با احساس گناه می‌شود و حتی در مواردی که مشکل ناباروری مربوط به مرد است، باز هم زن مورد سرزنش قرار می‌گیرد و با وجود تاثیرپذیری در هر دو جنس، به نظر می‌رسد که زنان نابارور، سطوح بالاتری از استرس و آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند (۱۱).

بر این اساس، منطقی است که فرض شود ناتوانی در داشتن فرزند، تنش‌زا بوده و باعث آشفتگی در کیفیت زندگی شود (۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵). در این مورد، تمایل شدید به داشتن بچه می‌تواند به صورت درخواست پذیرفتن کودکی به فرزنددی، دریافت جنین و یا رحم اجاره‌ای پیش برود. این درخواست‌ها راه حلی منطقی جهت تامین این نیاز ذاتی بشر برای زوجین نابارور می‌باشد. با توجه به این مباحث می‌توان فرزندخواندگی را شیوه‌ای از مراقبت فرزندان دانست که در آن رابطه والد فرزنددی به شیوه ای قانونی، عاطفی و اجتماعی بین افرادی برقرار می‌شود که هیچ رابطه‌ای به واسطه‌ی تولد با یکدیگر ندارند و تلاش می‌کنند به اهداف خود یعنی تجربه والدینی، والدگری و پاسخ به فقدان‌هایی که تجربه کرده‌اند، دست یابند. فرزند پذیری گرچه به عنوان راه حلی جهت تامین نیاز والدگری زوجین می‌باشد اما برخلاف آنچه از عنوان آن برداشت می‌شود و گمان می‌رود که موضوعی به سادگی در آغوش گرفتن یک کودک است، آمیزه‌ای از موضوعات و مسائل پیچیده در برمی‌گیرد که به هنگام ورود به این فرایند و به تدریج برای مثلث فرزندپذیری در این حوزه آشکار می‌شوند. هنوز هم این موضوع چه تحت تاثیر نگاه خانواده‌ی ایرانی یا عرف و یا ملاحظات حقوقی موجود با احتیاط و تنش فراوانی برای خانواده‌ها همراه است، آن‌ها با نگرانی‌های بسیاری مواجه می‌شوند، ممکن است نگران عدم دلبستگی به کودک باشند، هم چنین مباحث مربوط به هویت و نحوه شکل‌گیری آن از مهم‌ترین چالش‌های این خانواده‌ها می‌باشد (۱۷). وجود این نگرانی در زوجین در کنار پذیرش و تجربه‌ی نقش والدگری برای نخستین بار می‌تواند تنش و فشار روانی بسیاری را برای آن‌ها به همراه داشته باشد. استرس مفهوم مهمی در فرزندپروری است و در اکثر مواقع رابطه بسیار نزدیکی با اختلال در کنش‌های والدین و کودکان دارد. این موضوع می‌تواند باعث کاهش توانایی والدین در شناسایی و درک صحیح پیامدهای کودک و گاه تشدید مشکلات رفتاری کودکان شود (۱۸).

1. Downey
2. Domar

3. Daniluk

شد. نمونه پژوهش حاضر با توجه به تحقیقات علیزاده و همکاران، ۴۳ زن نابارور متقاضی فرزندخواندگی را تشکیل داد (۲۶). هم چنین ۴۳ زن بارور نیز به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. هر دو گروه نیز از نظر متغیرهایی چون سطح تحصیلات (حداقل دیپلم) و نداشتن فرزند و جنسیت (زن) کنترل شدند.

گروه مورد مطالعه (زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی)، پس از اخذ رضایت آگاهانه به وسیله دو مقیاس سلامت روان و شیوه‌های فرزندپروری مورد ارزیابی قرار گرفتند. در گروه کنترل نیز رضایت آگاهانه و اجرای آزمون همانند گروه آزمایش در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل استنباطی فرضیه‌های پژوهش نیز از آزمون تی برای گروه‌های مستقل و آزمون مانکوا (تحلیل کوواریانس) استفاده شد. هم چنین نرم افزار SPSS نسخه نوزدهم جهت محاسبات آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. ضمناً برای کلیه فرضیه‌ها سطح معناداری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شده است.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)^۴

این پرسش‌نامه شامل ۲۸ سؤال و چهار خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی است که هر کدام از مقیاس‌ها ۷ سؤال دارد. بهترین و مناسب‌ترین روش نمره گذاری استفاده از مدل ساده لیکرت (با نمره‌های ۳ و ۲ و ۱ و ۰) برای گزینه‌های مواد پرسش‌نامه است. نمره ۲۳ و بالاتر نشانگر عدم سلامت عمومی و نمره پایین‌تر از ۲۳ بیانگر بهداشت روانی می‌باشد (۲۷). گلدبرگ فرم ۲۸ ماده ای پرسش‌نامه موردنظر را مطرح نمود. نتایج فراتحلیل گلدبرگ نشان داد که متوسط آن برابر با ۸۴٪ (بین ۷۷٪ تا ۸۹٪) می‌باشد (۲۸). در مطالعه مقدماتی نیز روایی پرسش‌نامه ۰/۷۸ گزارش شده است. برای این کار، کلیه افرادی که در مطالعه مقدماتی پرسش‌نامه سلامت عمومی را تکمیل کرده بودند جهت مصاحبه روان‌پزشکی دعوت شدند و سپس حساسیت پرسش‌نامه محاسبه شد (۲۹). چانگ^۵ در مطالعه ای بدین نتیجه دست یافت که ضریب اعتبار شکل ۲۸ سئوالی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی برای کل آزمون برابر ۰/۵۵ و برای مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی ۰/۴۴، برای اضطراب و بی‌خوابی ۰/۴۶، برای نارساکنش وری اجتماعی ۰/۴۲ و برای افسردگی ۰/۴۷ بود (۳۰). این پرسش‌نامه در یک گروه نمونه دانشجویی با تعداد ۲۲۳ نفر توسط جان بزرگی (۱۳۷۹) مورد استفاده قرار گرفت و ضریب اعتبار آن بر اساس آزمون آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۴ محاسبه گردیده است (۲۷).

پرسش‌نامه شیوه‌های فرزندپروری

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ توسط دیانا بامریند^۶ طراحی شد.

همان گونه که ذکر شد تجربه ناباروری، مواجهه با درمان‌های سخت و پرزحمت، دوره‌های انتظار طولانی، احساس تنهایی و طرد شدن و پذیرش فرزندخواندگی باعث گردیده زنان نابارور سطوح بالای اضطراب و علائم جسمانی را از خود نشان دهند و سازگاری آنان با مشکل مواجه شود. این تنش و فشار روانی مانع آن می‌شود که در شرایط تنش زا معقولانه فکر کرده و شیوه مقابله مسئله مدار داشته باشند و بیشتر از شیوه هیجان مدار استفاده کنند (۱۹). در حالی که پژوهش‌گران بر این باورند که در بسیاری از شرایط تنش زا، به کارگیری شیوه‌های مقابله‌ای متمرکز بر مسئله (مسئله مدار) سازگارانه‌تر از به کارگیری راه‌بردهای هیجان محور است (۲۰). تحقیقات نشان داده اند راه‌بردهای مقابله با استرس ریشه در تجربیات کودکی افراد دارد. کودکان الگوهای مقابله با استرس والدین را مشاهده می‌نمایند و یاد می‌گیرند که والدین آن‌ها چگونه با رویدادهای تنش زا مقابله می‌کنند (۲۱). از سوی دیگر کودکانی که مدت زمان طولانی در مراکز شبانه روزی زندگی می‌کنند دارای مشکلات هیجانی، رفتاری و اختلالات ارتباطی می‌باشند و به همین دلیل در ارتباط با هم‌سالان، بیشتر با شکست مواجه می‌شوند (۲۲). هنگامی که این کودکان در محیط جدید به عنوان فرزندخوانده پذیرفته می‌شوند این مسائل گاه باعث بروز مشکلات در فرایند سازگاری کودک با محیط خانواده جدید و عدم توانایی مادر در کنترل آن‌ها و در نهایت مشکلات در روابط والدینی می‌شود و با توجه به خطر بروز تعارض در روابط والد-کودک ضرورت آماده سازی والدین بالقوه جهت درک حضور فرزند جدید در خانواده و وجود مهارت‌های فرزندپذیری برای این والدین آشکار می‌شود (۲۲). هر خانواده شیوه خاصی را تحت عنوان شیوه‌های فرزندپروری در تربیت فرزندان خویش به کار گرفته، که متأثر از عوامل متفاوتی از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است (۲۳). تحقیقات معاصر در مورد شیوه‌های فرزندپروری از مطالعات بامریند بر روی کودکان و خانواده‌های آنان نشأت گرفته است. بامریند با رویکردی تپ شناختی بر ترکیب اعمال فرزندپروری متفاوت تاکید می‌کند. تفاوت در ترکیب عناصر فرزندپروری (مانند گرم بودن، درگیر بودن، درخواست‌های بالغانه، نظارت و سرپرستی) تغییراتی در چگونگی پاسخ‌های کودک به تاثیر والدین ایجاد می‌کند (۲۴). لذا پژوهش حاضر به انجام پژوهشی در مورد مقایسه شاخص‌های بهداشت روان و شیوه‌های فرزندپروری در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زنان بارور جهت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی پرداخته است.

روش پژوهش

از آن جا که این پژوهش در نظر دارد به ارزیابی شاخص‌های بهداشت روان در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی در مقایسه با زنان بارور بپردازد، روش پژوهش مورد استفاده توصیفی و از نوع پس رویدادی است (۲۵). جامعه پژوهش کلیه زنان متقاضی فرزندخواندگی مراجعه کننده به سازمان پزشکی قانونی خراسان رضوی در سال ۹۲ را تشکیل می‌دهند و شیوه نمونه گیری از نوع نمونه گیری در دسترس انتخاب

4. Goldberg and Hillers General Health Questionnaire-28

5. Chong

6. Diana Bamynd

در این بخش به بررسی فرضیه تحقیق می‌پردازیم.

فرضیه اول

در میزان شاخص‌های روان (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکاری اجتماعی، افسردگی) زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی در مقایسه با زنان بارور تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره ابتدا پیش فرض‌های آن، یعنی فاصله ای و نسبی بودن داده‌ها، مستقل بودن، نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن بررسی شد.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگورف-اسمیرنوف و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان دهنده رعایت و برقراری این پیش فرض‌ها برای انجام تحلیل کوواریانس بود. مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها نیز نشان داد که بین گروه‌ها و پیش آزمون تعامل وجود ندارد ($P > 0/05$). پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه یکسانی شیب رگرسیونی، مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید است. هم چنین با توجه به آزمون باکس، مفروضه برابری کوواریانس‌ها برقرار است یعنی کوواریانس‌های دو گروه برابر بوده و در نتیجه این دو گروه با هم قابل مقایسه می‌باشند.

اطلاعات جدول شماره ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت گروه‌ها را در سلامت روان نشان می‌دهد ($P < 0/05$). به عبارت دیگر، می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که به طور کلی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشته است. اطلاعات جدول شماره شش نشان می‌دهد، بین زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زنان بارور از نظر شاخص‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$). بدین معنی که نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی در زنان بارور به طور معناداری کمتر از زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی است ($P < 0/05$).

فرضیه دوم

در شیوه‌های فرزندپروری (قاطع، مستبد، سهل گیر) زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی با زنان بارور تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره ابتدا پیش فرض‌های آن، یعنی فاصله ای و نسبی بودن داده‌ها، مستقل بودن، نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن بررسی شد.

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگورف-اسمیرنوف و برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان دهنده رعایت و برقراری این پیش فرض‌ها برای انجام تحلیل

شامل ۳۰ جمله است که ۱۰ جمله آن به شیوه مستبدانه (جملات ۲۹، ۲۶، ۲۵، ۱۸، ۱۶، ۱۲، ۷، ۳، ۲)، ۱۰ جمله به شیوه قاطع و اطمینان بخش (جملات ۳۰، ۲۷، ۲۳، ۲۰، ۱۵، ۱۱، ۸، ۵، ۴) و ۱۰ جمله دیگر به شیوه سهل گیرانه (جملات ۲۸، ۲۴، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۶، ۱) مربوط می‌شوند. در این مقیاس آزمودنی‌ها با مطالعه هر ماده، نظر خود را با علامت ضربدر برحسب یک مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، تقریباً مخالفم و موافقم) مشخص کنند که بعداً و به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری شده و با جمع نمرات، ۳ نمره مجزا در مورد شیوه‌های سهل گیرانه، استبدادی و مقتدرانه برای هر آزمودنی به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره در هر سبک فرزندپروری به ترتیب ۰ و ۴۰ است که نمره بالا نشان دهنده موافقت والد با سبک توصیفی است. سبکی که بالاترین نمره را ه خود اختصاص دهد سبک فرزندپروری غالب والد است.

در پژوهشی که توسط اسفندیاری (۳۱) انجام شد پایایی آزمون بر روی نمونه ای از مادران جمعیت مورد مطالعه به شیوه بازآزمایی و با فاصله زمانی یک هفته به ترتیب برای شیوه سهل گیرانه ۰/۶۹، شیوه مستبدانه ۰/۷۷ و شیوه قاطع و اطمینان بخش ۰/۷۳ گزارش شد. هم چنین روایی محتوایی آزمون نیز توسط ۱۰ نفر از صاحب نظران روان‌شناسی و روان‌پزشکی مورد تأیید قرار گرفت. در کل نتایج به دست آمده از مطالعات خارجی و داخلی، اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار می‌دهد.

یافته‌ها

هدف از تحقیق حاضر مقایسه شاخص‌های بهداشت روان و شیوه‌های فرزندپروری در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی در مقایسه با زنان بارور در خراسان رضوی می‌باشد. برای سازمان‌دهی اطلاعات به دست آمده در طول تحقیق از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد و نتایج حاصله در جداول زیر مشاهده می‌شود. در این قسمت ویژگی‌های آزمودنی‌های دو گروه نظیر سن، مدت زمان ازدواج و تحصیلات ارائه می‌شود.

همان‌گونه که در جدول شماره یک مشاهده می‌شود مشخصات وضعیت سنی در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و بارور ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، درصد وضعیت مدت زمان ازدواج افراد در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و بارور ارائه شده است.

در جدول شماره ۳ به بررسی فراوانی وضعیت تحصیلات افراد نمونه مورد بررسی در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و بارور پرداخته شده است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، فراوانی وضعیت تحصیلات ازدواج افراد در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و بارور ارائه شده است.

جدول ۱- بررسی فراوانی وضعیت سنی افراد در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و بارور

سن	زنان	
	زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی	زنان بارور
۱۸-۳۰	۵۹/۳	۵۳/۱۷
۳۱-۴۰	۴۰/۷	۴۶/۸۳

جدول ۲- بررسی فراوانی وضعیت مدت زمان ازدواج افراد در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و بارور

مدت زمان ازدواج	زنان	
	زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی	زنان بارور
۱	۶/۳	۷/۵
۲	۹/۴	۱۸/۴
۳	۱۶/۳	۱۵/۴
۴	۷/۶	۱۲/۵
۵	۹/۷	۵/۶
۶	۵/۶	۴/۳
۷	۹/۷	۸/۳
۸	۱۲/۸	۷/۸
۹	۵/۸	۹/۷
۱۰	۲/۱	۶/۸
۱۱	۴/۵	۵/۸
۱۲	۲/۵	۵/۵
۱۳	۵/۱	۱/۵

جدول ۴- آماره‌های توصیفی در دو گروه مورد بررسی

گروه	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های جسمانی	۷/۱	۱/۲
زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی		
زنان بارور	۶/۲	۲/۳
اضطراب و بی‌خوابی	۸/۳	۲/۲
زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی		
زنان بارور	۳/۶	۲/۴
کژکاری اجتماعی	۶/۴	۳/۵
زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی		
زنان بارور	۳/۷	۱/۴
افسردگی	۸/۵	۲/۹
زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی		
زنان بارور	۳/۶	۲/۷

جدول ۵- تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تفاوت دو گروه

منبع	لامبدا ویکلز	F	سطح معناداری
گروه	۲/۰۸	۲/۱۱	۰/۰۲۳

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه‌ها

گروه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانه‌های جسمانی	۴۳۳/۶	۴۳۳/۶	۲/۱۴	۰/۰۴۴
اضطراب و بی‌خوابی	۳۱۹/۱۰	۳۱۹/۱۰	۱/۴۱	۰/۰۱۷
کژکاری اجتماعی	۲۳۴/۸	۲۳۴/۸	۱/۰۲	۰/۰۹۱
افسردگی	۱۷۸/۳	۱۷۸/۳	۲/۵۱	۰/۰۲۳

جدول ۳- بررسی فراوانی وضعیت تحصیلات افراد در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی و بارور

تحصیلات	زنان	
	زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی	زنان بارور
دیپلم	۵۲/۹	۴۴/۱
فوق دیپلم	۳۷/۱	۲۱/۷
کارشناسی	۴/۱۲	۹/۷
کارشناسی ارشد	۵/۸۸	۴/۳

جدول ۷- آماره‌های توصیفی در دو گروه مورد بررسی

انحراف معیار	میانگین	گروه
۷	۲۶/۸	زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی
۷/۶	۳۱/۴	زنان بارور
۶/۷	۲۶/۴	زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی
۷/۲	۲۵/۳	زنان بارور
۵/۱	۳۵/۱	زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی
۸/۷	۲۴/۹	زنان بارور

جدول ۸- تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تفاوت گروه

منبع	لامبدا ویکلز	F	سطح معناداری
گروه	۰/۱۶۵	۱/۱۶	۰/۰۱۹

جدول ۹- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه گروه‌ها

گروه	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
قاطع	۷۱۵/۱۳	۷۱۵/۱۳	۲/۱۱	۰/۰۳۳
مستبد	۶۲۲/۹	۶۲۲/۹	۱/۱۹	۰/۰۶۲
سهل گیر	۸۱/۲	۸۱/۲	۱/۰۴	۰/۰۱۹

زناشویی تهدید می‌شود و ممکن است منجر به جدایی شود. لذا با توجه به نتایج این پژوهش که هم‌سو با نتایج پژوهش‌های ذکر شده بود بر لزوم ارائه خدمات روان‌شناختی در کنار درمان زیستی برای زنان نابارور تاکید می‌گردد. در خصوص متغیر دوم این پژوهش (شیوه‌های فرزندپروری) محققین پیشینه پژوهشی کاملاً مشابه در رابطه با موضوع مورد بررسی در پژوهش‌های داخلی نیافتند اما نتایج این پژوهش نشان داد که بین شیوه‌های فرزندپروری زنان نابارور متقاضی فرزند با زنان بارور تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$). به عبارتی نتایج نشان می‌دهد شیوه فرزندپروری سهل گیر در زنان نابارور متقاضی فرزند بیشتر از زنان بارور می‌باشد و هم چنین شیوه فرزندپروری قاطع در

کوواریانس بود. مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها نیز نشان داد که بین گروه‌ها و پیش آزمون تعامل وجود ندارد ($P > 0.05$). پس از بررسی و تأیید مفروضه یکسانی واریانس‌ها و مفروضه یکسانی شیب رگرسیونی، مستقل بودن گروه‌ها مورد توجه است که چون آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شده‌اند، این مفروضه هم مورد تأیید است. هم چنین با توجه به آزمون باکس، مفروضه برابری کوواریانس‌ها برقرار است یعنی کوواریانس‌های دو گروه برابر بوده و در نتیجه این دو گروه با هم قابل مقایسه می‌باشند ($P > 0.05$).

اطلاعات جدول شماره ۸ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت گروه‌ها را در سبک‌های فرزندپروری نشان می‌دهد ($P > 0.05$). به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه، بیان کننده این مطلب است که به طور کلی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود داشته است.

نتایج جدول شماره ۹ نشان می‌دهد بین افراد دو گروه از نظر سبک فرزندپروری قاطع و مستبد تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که زنان بارور شیوه فرزندپروری قاطع بیشتری داشته‌اند و زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی شیوه فرزندپروری سهل گیر بیشتری داشته‌اند ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که بین میزان شاخص‌های بهداشت روان (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کزکاری اجتماعی و افسردگی) در زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی در مقایسه با زنان بارور تفاوت معنی داری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از ترنت، ریچ، آستین و گوردون (۳۲)، پهلوانی (۱۶)، گریل (۳۳)، اوبی و اندروز (۳۴)، نیلفروشان (۳۵) هم خوانی دارد. در توجیه کاهش شاخص‌های بهداشت روان در زنان نابارور می‌توان گفت از دست رفتن امید به داشتن فرزند که در عین حال به صورت سمبلیک ارزش خاصی برای زن دارد، اندوه فراوانی هم به همراه دارد که با مشاهده مادران و کودکان اطراف او تشدید می‌شود. این موضوع احتمالاً نوعی احساس فقدان کفایت در کنترل خود یا اطمینان به خود را هم پدید می‌آورد که منجر به کاهش عزت نفس می‌شود. اگر زن این برداشت را داشته باشد که به دلیل ناباروری از جذابیت جسمانی و سلامتی او کاسته شده و یا از منزلت اجتماعی و نقش مادر بودن محروم شده است، زمینه برای آشفتگی روانی او فراهم خواهد شد. زانی که از نظر اقتصادی و عاطفی، وابستگی و اتکای زیادی به همسر خود دارند ممکن است امنیت خود را در معرض خطر بدانند و احساس اضطراب، ترس و غم قابل ملاحظه‌ای داشته باشند. از آن جا که در جوامع سنتی‌تر، زن بودن به نوعی معادل مادر بودن شمرده می‌شود، برخی زنان از طرف همسر و خانواده همسر تحت فشار عاطفی قرار می‌گیرند تا حدی که استحکام روابط

علاوه بر آموزش، نیازمند آموزش توسط متخصصین روان‌شناسی و مشاوره و مباحث نظری مربوط به فرزندپروری است. بنابراین افراد مورد مطالعه، نیازمند دریافت مشاوره و آموزش‌های ویژه ای می‌باشند. آموزش مهارت فرزندپروری به عنوان مجموعه ای از مفاهیم مختلف که این والدین بالقوه در برخورد با کودکانشان با آن‌ها مواجه می‌شوند قادر است به عنوان راهنمایی در تمام مراحل مختلف به این والدین کمک نماید تا بتوانند فرزندانی سالم و موفق تربیت نمایند تا در نهایت امکان جامعه ای سالم و موفق میسر گردد و این امر میسر نمی‌شود مگر با صلاح‌دید مقامات قضایی و مسئولان بهداشت روان در خصوص ارایه آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای زوجین نابارور متقاضی فرزندخواندگی که در طی مسیر مراحل قانونی فرزندخواندگی لحاظ شود. لذا از مقامات ذیصلاح تقاضای در نظر گرفتن این موضوع مهم را داریم.

تقدیر و تشکر

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در مرکز تحقیقات پزشکی قانونی می‌باشد لذا از همکاران محترم در این مرکز که هزینه این تحقیق را فراهم آوردند، تقدیر و تشکر می‌شود.

پیشنهادات

پیشنهاد می‌شود یک برنامه همه جانبه در سطح مراکز بهداشتی-درمانی و بیمارستان‌های مرتبط با درمان ناباروری و سازمان بهزیستی در زمینه مداخلات روان‌شناختی مناسب جهت افزایش شاخص‌های بهداشت روان و آموزش مهارت‌های فرزندپروری برای گروه مورد مطالعه (زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی) طراحی و برنامه ریزی شود.

زنان بارور بیشتر از زنان نابارور متقاضی فرزندخواندگی است. توافق بر این است که سبک‌های فرزندپروری با پیامدهای مختلفی از قبیل آسیب‌شناسی روانی، مشکلات رفتاری و پیشرفت تحصیلی در کودکان ارتباط دارد. در برخی مطالعات نیز نشان داده شده است که بین سبک‌های فرزندپروری و آسیب‌شناسی روانی والدین ارتباطی وجود دارد (۳۶، ۳۷). تامیسون و همکاران (۳۸) از نگرش‌های فرزندپروری مستبدانه به عنوان یک خطر برای مشکلات سلوکی در دوران کودکی یاد کرده و ترنر و همکاران (۳۹) در پژوهشی با هدف تعیین رابطه سبک فرزندپروری مقتدرانه با پیشرفت تحصیلی، خودکارآمدی و انگیزش پیشرفت بر روی دانشجویان، مشخص ساختند که فرزندپروری مقتدرانه هم بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان دانشگاه و هم انگیزش درونی و خودکارآمدی تحصیلی تاثیر دارد. اویسرمن و همکاران (۳۶) در مطالعه ای نشان دادند که شیوه‌های فرزندپروری سهل‌گیرانه با علایم بیشتر افسردگی و اضطراب نوجوانان و سبک فرزندپروری مثبت و رهنمودی با علایم کمتر افسردگی در ارتباط بوده است. وستانیس و همکاران (۳۷) در مطالعه ای نشان دادند که استفاده هم‌زمان از تشویق و تنبیه با اختلالات روانی و سبک‌های فرزندپروری توأم با تشویق زیاد و عدم تنبیه با فقدان اختلالات روانی در ارتباط می‌باشد. هم‌چنین برخی از مطالعات موید وجود رابطه بین وضعیت بهداشت روانی افراد و سبک‌های فرزندپروری آنان است. به طور کلی می‌توان گفت، سلامت روان مادر خوانده‌ها و شیوه‌های فرزندپروری آنان در راستای تربیت و شکل‌دهی شخصیت فرزندان نقش تعیین‌کننده و اساسی دارد. انتظار می‌رود که والدین سالم کودکان سالم‌تری پرورش دهند به شرط آن که شیوه‌های تربیتی سالم و مثبتی را در پیش گیرند به همین دلیل، هر والد با هر سطح از تحصیلات، برای موفقیت در امر تربیت کودک خود، نیازمند آموختن مهارت فرزند پروری است. آموختن این مهارت

References

- Berg B, Wilson J. psychological functioning across stages of treatment for infertility. *J Behav Med* 1991; 14: 11-26.
- Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. *J counseling dev*, 2000; 78(4): 11, 400.
- Rejoei M. Psychological aspects of infertility. *Psychological research* 1997; 3(4): 72-85. (Persian)
- Avison WR, Turner RJ. Stressful life events and depressive symptom: desegregating the effects of acute stressors and chronic strains. *J Health Soc Behav* 1988; 29, 253-4.
- Domar A, Clapp D, Slasby E, et al. The impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000; 73: 805-11.
- Karami nuori R. Psychosocial aspects of infertility and its. *J of Reproduction and Infertility* 2000; 2:57-68. (Persian)
- Downey J, Mchinne M. The psychiatric status of women presenting for infertility. *Am J orthopsychiatry* 1992; 62: 196-205
- Domar A, Zuyyrtmridyrt P, Friedman R. The psychological impact of infertility: a comparison to patients with other medical impact of infertility. *J psychosom obs Gyn* 1993; 14: 45-52.
- Abbey A, Andrews FM. Psychosocial predictors of life quality. *G Fam Issue* 1994; 15(2):253.
- Lee C. *Women's health* London, Sage Publication, 1998.
- Daniluk JC. Gender and infertility. *Med Ethical*

- psychol perspectives. New York, Wiley 1997; 25-103.
12. Laffont, I., & Edelman, R. J. (1994). Psychological aspect of invitro fertilization: A gender comparison. *Journal of Psychosomatic-Obstetric Gynecology*. 15(2):85-92.
 13. Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., Kondo, A. & Makino, T. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *General Hospital Psychiatry*. 26 (5). 398-404.
 14. Weiss, P., Mateju, L., & Urbanek, V. (2004). Personality and characteristics of couples in infertile marriage. *Ceska Gynekologie*. 69 (1). 42-47.
 15. Wischmann, T., Scherg, H., Strowitzki, T., & Verres, R. (2009). Psychosocial characteristics of women and men attending infertility counselling. *Human Reproduction*. 24(2):378-85.
 16. Pahlavani H, Malakuti K, Shahrokh Tehrani Nejad A. Stressors, coping strategies and its relation to mental health Infertile. *J Thought and behavior* 2002; 71(4): 79-87. (Persian)
 17. Zoghi fayaz E, Aghamohamadian sharbaf HR, Alipour A, Aliakbaridehkordi M. (2012). Adoption evaluate the effectiveness of training on stress reduction and coping style couples seeking children. *Journal of Mental Health*. 14(55): 19-21. (Persian)
 18. Farzadfar z, Homman HA. (2009). Parenting skills training on reducing the stress of mothers with children with behavioral problems. *Journal of Iran Psychology*, 4: 80-278. (Persian)
 19. Shakeri G. (2007). Evaluation of public health, coping and marital satisfaction in infertile women. *Journal of Reproduction and Infertility*, 7: 1-27. (Persian)
 20. Lazarus, R. (2001). From psychological stress to the emotion: A history of changing out looks. *J Ann Rev Psychol*, 4: 190-9.
 21. Chavoshfar G, Rasoulzadeh K. (2000). Comparison of styles exposure to stressors and Adolescents in boarding centers and adolescents with parents. *Journal of Psychology*, 4: 3-17. (Persian)
 22. Oreme, J., Buehle,r C., McSurdy, M., Rhodes, K., Cox, E., Patterson, D. A. (2004). Parental and familial characteristics of family foster care applicants. *J Children Youth Serv Rev*, 26: 307-12.
 23. Hardy D. F., Power, T.G., Jadedicke, S. (1993). Examining the relation of parenting to children coping with everyday stress. *Child develop*, 64(6): 18-48.
 24. Darlying, N. (2007). Parenting style and fits correlates. Available at: WWW. Othealth. Com/Partitioner/ cedue/parentingstyles.
 25. Sarmad Z, Bazargan Harandi A, Hejazi E. Research methods in the behavioral sciences, Tehran: Agah Press, 2011. (Persian)
 26. Alizade T, Farahani MN, Shahraray M, Alizadegan SH. The relationship between self-esteem and locus of control, stress, infertility, infertility in women and men. *J of fertility and Infertility* 2005; 194-204. (Persian)
 27. Dehghani A. The relationship between self-esteem and mental health Anti bench in the first grade of secondary school students of Tehran, Tehran University of Educational Psychology, 2002. (Persian)
 28. Homan A. Standardization of mental health questionnaire in Tehran Teacher Training University Students, 1999. (Persian)
 29. Dadsetan P. Morbid psychological transition from childhood to adulthood (C-1), the Press, second edition, 2003. (Persian)
 30. Chong Wh. Support networks promoting e-health in youth, University of Tasmania. Australia, 1994.
 31. Esfandiari Gh R. (1994). Review and compare ways of parenting mothers of children with behavioral problems and mothers with normal children and the impact of parental education on children's behavioral disorders. (Persian)
 32. Trent M E, Rich M, Austin B, Gordon CM. Quality of life in adolescent girls with polycystic ovary syndrome. *Arch Pediat Adolesc Adolesc Med* 2002; 156(6): 556-60.
 33. Greil AL. Infertility and psychological distress: A critical review of the Literature. *Social Science and Medicine* 1997; 55(11): 1679-1704.
 34. Abbey A, Andrews F. J. Gender's role in response to infertility. *Psychology of Women* 1991; 15: 295-316.
 35. Nilforooshan P, ahmadi SA, Abedi MH, ahmadi SM. Attitude towards infertility and its relation to depression and anxiety in Infertile. *Medical J of Reproduction and Infertility* 2005; 5(6): 552-546. (Persian)
 36. Oyserman D, Bybee D, Mowbray C. Influences of maternal mental illness on psychological outcomes for adolescent children. *J Adolescence* 2002; 25(6): 587-602.

37. Vostanis P, Graves A, Meltzer H, Goodman R, Jenkins R, Brugha T. Relationship between parental psychopathology parenting strategies and child mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 509-514.
38. Thompson A, Hollis C, Richards D. Authoritarian parenting attitudes as a for conduct problems: results from a British national cohort study. *Eur Child Adol Psychiatry* 2003; 12: 84-91.
39. Tuurner A, Chandler M, Heffer W. The influence of parenting styles achievement motivation and self-efficacy on academic performance in college students. *J College Student Development* 2009; 50(3): 337-346.

Comparing the Indicators of Mental Health and Parenting Practices in Fertile and Infertile Women applying for adoptions

Somaye Rahimi Ahmad Abadi*†, Arya Hejazi** , Hamid Attaran***, Zahra Rahimi Ahmad Abadi****

* PhD Student in Psychology and examiner forensic psychiatrist, Khorasan Razavi Legal Medicine Center, Mashhad, Iran

**MD, Forensic Medicine Specialist, Khorasan Razavi Legal Medicine Center, Member of Legal Medicine Research Center, Mashhad, Iran

***MD, Specialist in General Surgery, Khorasan Razavi Legal Medicine Center, Member of Legal Medicine Research Center, Mashhad, Iran

****Computer software engineering, network specialist of Justice, Khorasan Razavi, Mashhad, Iran Razavi, Mashhad, Iran

Abstract

Introduction: According to several studies, most couples with infertility problems, in the form of a deep and fundamental intertwined. Infertility has vast psychological effects on people (e.g. frustration, conflict and helplessness) and can affect the choice of parenting style. This study compared the indicators of mental health and parenting practices in infertile women applying for adoptions and fertile women.

Method: The study has a descriptive design. The study population consisted of all infertile women applying for adoptions admitted to the Forensic Medicine Organization of Khorasan Razavi during a year (2013). The subjects (43) were selected through available sample method and completed a mental health and a parenting style questionnaire, which were also applied to the control group. The data were analyzed using SPSS software (v.19) and independent t test and analysis of covariance (MANCOVA).

Results: There is a significant difference ($P < 0/05$) between the two groups (case and control), in terms of mental health and parenting practices.

Conclusion: In the present study on indicators of mental health and parenting practices, there was a significant difference between infertile women applying for adoptions and fertile ones, that may be the result of the stress of infertility and the impact of these factors on parenting practices. Hence appropriate psychological interventions and active presence of the husband beside his wife during the course of treatment and the presence of experts in psychology and counseling is very important to solve emotional problems and compulsory education of parenting skills should be considered.

Key words: Mental Health, Parenting Practices, Infertile Women applying for adoptions, Fertile Women.

Received: 23 April 2015

Accepted: 10 July 2016

†Correspondence: Mashhad Legal Medicine Center, Mashhad, Iran

Tell: 05138454400-122

Email: somaye.rahimi1390@yahoo.com