

کیفیت زندگی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهر شیراز و عوامل مرتبط با آن

شهیندخت نوابی ریگی^۱، تکتیم کیانیان^{۱*}، فتیحه کرمان ساروی^۲، فریده یغمایی^۳

۱. مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۲. مرکز تحقیقات پرستاری جامعه نگر، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
۳. گروه دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران

نشریه پایش

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۳۰

سال پانزدهم شماره پنجم، مهر - آبان ۱۳۹۵ صص ۵۴۹-۵۵۸

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۶ شهریور ۹۵

چکیده

زنان نابارور همواره در معرض استرس و اضطراب زیادی قرار دارند که این امر می تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار دهد. لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان نابارور شهر شیراز و عوامل مرتبط با آن انجام شد. مطالعه حاضر یک مطالعه همبستگی و مقطعی بود که بر روی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ انجام شد. ۱۶۲ زن نابارور به روش دردسترس وارد مطالعه شدند. مشخصات فردی با استفاده از فرم مشخصات فردی و کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی زوج های نابارور جمع آوری شد. داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی و آزمون های استنباطی نظیر آزمون همبستگی پیرسون تحت نرم افزار SPSS ۱۷ در سطح معنی داری ۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد میانگین انحراف معیار کیفیت زندگی زنان نابارور به طور کل در سطح خنثی $153/31 \pm 62/76$ قرار دارد. همچنین بیشترین میانگین انحراف معیار کیفیت زندگی مربوط به بعد جسمی $40/60 \pm 9/08$ و کمترین میانگین انحراف معیار مربوط به بعد عاطفی $11/0 \pm 5/72$ کیفیت زندگی این زنان بود. بین برخی مشخصات فردی و اجتماعی نظیر میزان تحصیلات، سابقه بیماری مزمن و علت ناباروری با کیفیت زندگی ارتباط آمار معنی داری وجود داشت. کیفیت زندگی زنان نابارور در سطح قابل قبولی نیست و عوامل متعددی بر آن تاثیرگذار هستند که با شناسایی و تعدیل این موارد می توان کیفیت زندگی این افراد را در جهت مثبت ارتقا داد.

کلیدواژه: کیفیت زندگی، ناباروری، زنان نابارور، عوامل مرتبط

* نویسنده پاسخگو: زاهدان، خیابان بهداشت، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۵۴۳۳۴۴۲۴۸۱

E-mail: t.kianian67@gmail.com

مقدمه

ناباروری به صورت رخ ندادن حاملگی به دنبال یکسال نزدیکی جنسی بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی تعریف می‌شود [۱]. بنا به گزارش سازمان سلامت جهان، ناباروری حدود ۸۰ میلیون زوج را در سراسر دنیا تحت تاثیر قرار داده است [۲]، و تا سال ۲۰۳۰ این تعداد به یک میلیارد و دویست میلیون نفر خواهد رسید [۳]. حدود یک چهارم زوج‌های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می‌کنند و ۳/۴ درصد آن‌ها در هر برهه‌ای از زمان دارای مشکل ناباروری اولیه هستند [۴]. دیرکوند مقدم و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه‌ای نظاممند میانگین کلی ناباروری در ایران را ۲/۱۳ درصد گزارش کردند و همچنین فراوانی کلی ناباروری اولیه را ۲/۵ درصد و ناباروری ثانویه را ۲/۳ درصد گزارش کردند و بیان نمودند که میزان که تعداد آن همچنان رو به افزایش است و آثار سوء بسیاری بر زوج‌های نابارور خصوصا زنان خواهد داشت [۵]. بیشتر افرادی که با مشکل ناباروری مواجه هستند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و دیدگاه زنان نسبت به این مساله بیشتر، از تفاوت‌های نژادی تاثیر می‌پذیرد و قطعا فرهنگ، مذهب و آیین بر درک افراد از کیفیت زندگی اثر می‌گذارد [۶]. با این وجود مطالعات مختلف نشان دادند که در اکثر فرهنگ‌ها ناباروری به عنوان یک بحران، دارای نیروی بالقوه برای تهدید ثبات افراد، روابط و جوامع تلقی می‌شود، و همواره با مشکلات احساسی از قبیل عصبانیت، افسردگی، مشکلات روحی، کناره‌گیری اجتماعی، اعتماد به نفس پایین و مشکلاتی در عملکرد جنسی همراه است [۳]. در واقع ناباروری برای زنان مشکل پیچیده‌ای است که تهدید کننده بهزیستی روانی و اجتماعی آنان است. اهمیت نقش مادری برای زنان باعث شده ناباروری عامل تهدید جدی برای هیجان‌ها و کیفیت زندگی این گروه تلقی شود [۷].

کیفیت زندگی خود به معنای درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ و سیستم ارزشی است که در آن زندگی می‌کنند است که در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های افراد است؛ لذا کاملا فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست [۸]. تحقیقات متعددی به بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که کیفیت زندگی در این زنان به طور قابل توجهی پایین بوده است [۹، ۱۰]. با افزایش آگاهی از درمان‌های موجود ناباروری، هنوز هم فقط ۴۳ درصد زوج‌های نابارور به سمت درمان طبی می‌آیند و کمتر از ۲ درصد زوج‌های

نابارور از لقاح خارج رحمی یا سایر روش‌های کمک باروری استفاده می‌کنند [۱]. از طرفی هزینه‌ها و چالش‌های مالی، روانشناختی و فیزیکی ناشی از روش‌های کمک باروری احتمالا تاثیر بیشتری بر زوج‌های نابارور می‌گذارد [۱۱]. Johansson و همکاران در سوئد کیفیت زندگی ۵۶۳ زوج نابارور را قبل از انجام عمل لقاح خارج رحمی (Ivf) مورد مطالعه قرار دادند و نشان دادند که طول مدت ناباروری و شکست در دستیابی به حاملگی در طی عمل Ivf می‌تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی این زوج‌ها به ویژه زنان داشته باشد [۱۲]. Valsangkar و همکاران نیز در مطالعه بر روی ۱۰۶ زن مراجعه کننده به مرکز ناباروری نشان داد که زنان دچار ناباروری اولیه به طور قابل توجهی کیفیت زندگی پایین تری داشتند [۱۳]. امروزه با توجه به اثربخشی و ارزش نسبی درمان‌های متفاوت، تحقیقات، سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، درمان بیماران و بهبود رابطه پزشک و بیمار می‌توان کیفیت زندگی را به عنوان یک پیامد پراهمیت اندازه‌گیری نمود و از آن سود جست [۱۴]. همان طور که اشاره شد مطالعات مختلفی به بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور پرداخته‌اند اما در تمام این مطالعات جهت سنجش این امر مهم از معیارهای سنجش کیفیت زندگی عمومی استفاده شده است [۱۶، ۱۵، ۱۷]. با توجه به اینکه زنان نابارور همواره در معرض استرس و اضطراب فراوان قرار دارند لذا اندازه‌گیری کیفیت زندگی این گروه با ابزاری دقیق و مختص ناباروری بسیار حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان نابارور شهر شیراز و عوامل مرتبط با آن با ابزاری مختص به این گروه انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) بود، که همبستگی است و بر روی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری شهر شیراز در سال ۱۳۹۰ انجام شده است. بر اساس مطالعات مشابه [۲] و فرمول حجم نمونه $q = 0/88$, $p = 0/12$, $d = 0/05$, $z = 1/96$ زن نابارور به روش در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۱۵-۴۹ سال، عدم وجود استرس‌های عاطفی در طی هفته‌های اخیر نظیر مرگ عزیزان و یا ارتقای شغلی در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی زوج‌های نابارور و فرم مشخصات فردی واحدهای پژوهش بود. پرسشنامه کیفیت زندگی زوج‌های نابارور توسط یغمایی و همکاران (۱۳۸۸) طراحی و مورد

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان نابارور ($30/06 \pm 16/37$) و میانگین و انحراف معیار سن همسر آنها ($33/85 \pm 5/66$) بود. بیشترین مشارکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم ($38/9$ درصد)، خانه‌دار ($77/8$ درصد) و با درآمد خانوادگی متوسط ($52/03$ درصد) بودند. سایر مشخصات مرتبط با باروری مشارکت کنندگان در جدول ۱ آمده است. بر اساس جدول ۲ در بررسی میانگین ابعاد کیفیت زندگی زنان نابارور بیشترین میانگین مربوط به بعد جسمی و کمترین میانگین مربوط به بعد عاطفی کیفیت زندگی این زنان بود. این در حالی است که کیفیت زندگی زنان نابارور به طور کل در وضعیت خنثی و متوسط قرار دارد. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نیز گویای ارتباط بین برخی مشخصات فردی و اجتماعی با برخی ابعاد کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کل است. بر اساس این آزمون بین برخی شاخص‌های فردی، اجتماعی و باروری نظیر میزان تحصیلات ($P=0/01$)، سابقه بیماری مزمن و علت ناباروری با کیفیت زندگی زنان نابارور ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. همچنین بین سن و بعد اجتماعی کیفیت زندگی؛ سن همسر و بعد جسمی کیفیت زندگی؛ میزان تحصیلات و ابعاد روانشناختی، اقتصادی، عاطفی و اجتماعی؛ وضعیت اشتغال و ابعاد جسمی، معنوی و اعتقادات مذهبی و عاطفی؛ میزان درآمد و ابعاد روانشناختی، عاطفی، اجتماعی؛ سابقه بیماری مزمن و بعد جسمی، روانشناختی و عاطفی؛ سابقه جراحی و بعد عاطفی، اجتماعی؛ علت ناباروری و ابعاد روانشناختی، بعد معنوی و اعتقادات مذهبی، عاطفی و اجتماعی؛ نوع ناباروری و بعد روانشناختی، رضایت جنسی ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت (جدول ۳).

روایی و پایایی قرار گرفت [۱۷]. این پرسشنامه شامل ۷۲ گویه بوده و در ۷ بخش جسمی، روانشناختی، معنوی و اعتقادات مذهبی، اقتصادی، رضایت جنسی، عاطفی و اجتماعی تنظیم شده است، برخی گویه‌ها یک ویژگی مثبت و برخی دیگر یک ویژگی منفی را در فرد بررسی می‌کنند. پایایی ابزار در مطالعه حاضر با استفاده از روش تحلیل همسانی درونی و ثبات آزمون مجدد مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و نیز برای هر بعد، محاسبه گردید. (همسانی درونی در تمامی ابعاد با ضریب آلفای $0/78-0/89$ مورد تایید قرار گرفت). ضریب پایایی آزمون برای تمامی ابعاد بیش از $0/82$ بدست آمد. به منظور بررسی ثبات نیز از روش بازآزمون استفاده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه در دو مرحله با فاصله زمانی دو هفته تکمیل گردید و سپس نمرات کسب شده در این دو مرحله با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درونی با هم مقایسه شدند. فرم مشخصات فردی نیز شامل ۹ گویه در رابطه با سن زن و همسر، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد ماهیانه، سابقه بیماری مزمن، سابقه جراحی، علت ناباروری و نوع ناباروری بود. جهت اجرای پژوهش اهداف مطالعه برای کلیه واحدهای پژوهش به وضوح شرح داده شد و رضایت آگاهانه از آنان اخذ گردید. با توجه به حساس بودن برخی از گویه‌ها پرسشنامه به کلیه واحدها از نظر محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد. پرسشنامه‌ها برای واحدهای پژوهشی که توانایی خواندن و نوشتن نداشتند به روش مصاحبه و برای سایر واحدها به روش خودگزارشی تکمیل گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های استنباطی نظیر آزمون همبستگی پیرسون (جهت مقایسه متغیرهای فردی، اجتماعی و باروری با نمره کیفیت زندگی) با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ در سطح معنی‌داری کمتر از ۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱: توزیع فراوانی زنان نابارور بر حسب ویژگی های فردی، اجتماعی و باروری

تعداد	درصد	تحصیلات
۸	۴/۹	ابتدایی
۳۵	۲۱/۶	راهنمایی
۱۲	۷/۴	دبیرستان
۶۳	۳۸/۹	دیپلم
۴۴	۲۷/۲	بالتر از دیپلم
وضعیت اشتغال		
۱۲۶	۷۷/۸	خانه دار
۳۶	۲۲/۲	شاغل
		درآمد
۵۷/۴	۳۵/۴۴	مطلوب
۸۴/۳	۵۲/۰۳	تاحدی مطلوب
۲۰/۳	۱۲/۵۳	نامطلوب
سابقه بیماری مزمن		
۲۴	۱۴/۸	دارد
۱۳۸	۸۵/۲	ندارد
سابقه جراحی		
۸۶	۵۱/۹	دارد
۷۶	۵۳/۰۸	ندارد
علت ناباروری		
۱۶	۴۶/۹۲	مرد
۳۷	۲۲/۸۳	زن
۸۰	۴۹/۴	هر دو
۲۹	۱۷/۹	نامشخص
نوع ناباروری		
۷۸	۴۸/۱	اولیه
۸۴	۵۱/۹	ثانویه

جدول ۲: میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی زنان نابارور

کیفیت زندگی	نمره حیطة	انحراف معیار/میانگین
۸۰ $\leq$ X $\leq$ ۶۰ [مثبت]	۵۶	۴۰/۶۰ $\pm$ ۹/۰۸
۴۰ $\leq$ X $\leq$ ۲۰ [منفی]	۱۰۴	۳۳/۳۶ $\pm$ ۱۴/۷
۶۰ $\leq$ X $\leq$ ۴۰ [خنثی]	۲۸	۱۴/۳۵ $\pm$ ۱/۵۹
۸۰ $\leq$ X $\leq$ ۶۰ [مثبت]	۲۰	۱۴/۰ $\pm$ ۹/۹۵
۸۰ $\leq$ X $\leq$ ۶۰ [مثبت]	۲۰	۱۴/۰ $\pm$ ۹/۷۷
۶۰ $\leq$ X $\leq$ ۴۰ [خنثی]	۲۰	۱۱/۰ $\pm$ ۵/۷۲
۸۰ $\leq$ X $\leq$ ۶۰ [مثبت]	۴۰	۲۶/۰ $\pm$ ۱۱/۹۵
۶۰ $\leq$ X $\leq$ ۴۰ [خنثی]	۲۸۸	۱۵۲/۳۱ $\pm$ ۶۲/۷۶

جدول ۳: ارتباط مشخصات فردی زنان نابارور با ابعاد کیفیت زندگی

کل	اجتماعی	عاطفی	رضایت جنسی	اقتصادی	معنوی و اعتقادات مذهبی	روانشناختی	جسمی	
$r = 0/04$	$r = 0/15$	$r = -0/02$	$r = 0/06$	$r = -0/02$	$r = -0/04$	$r = 0/30$	$r = 0/150$	سن
$r = 0/136$	$r = 0/198$	$r = -0/03$	$r = 0/10$	$r = 0/11$	$r = 0/04$	$r = 0/11$	$r = 0/201$	سن همسر
$r = 0/19$	$r = 0/335$	$r = 0/431$	$r = 0/138$	$r = 0/182$	$r = 0/08$	$r = 0/249$	$r = 0/494$	میزان تحصیلات
$r = -0/007$	$r = 0/008$	$r = 0/306$	$r = 0/148$	$r = 0/28$	$r = 0/87$	$r = 0/36$	$r = -0/214$	وضعیت اشتغال
						$p = 0/65$		
$r = 0/12$	$r = 0/237$	$r = 0/379$	$r = 0/164$	$r = 0/162$	$r = -0/157$	$r = 0/184$	$r = -0/445$	میزان درآمد
$p = 0/15$			$p = 0/059$	$p = 0/062$	$p = 0/073$		$p < 0/07$	
$r = -0/20$	$r = -0/11$	$r = -0/291$	$r = 0/126$	$r = -0/049$	$r = -0/037$	$r = -0/271$	$r = -0/156$	سابقه بیماری مزمن
$r = 0/13$	$r = 0/228$	$r = -0/174$	$r = 0/08$	$r = 0/90$	$r = 0/34$	$r = 0/34$	$r = -0/119$	سابقه جراحی
$r = 0/21$	$r = 0/24$	$r = 0/257$	$r = 0/05$	$r = 0/29$	$r = 0/172$	$r = -0/449$	$r = 0/307$	علت ناباروری
							$p < 0/5$	
$r = 0/001$	$r = -0/08$	$r = 0/13$	$r = 0/399$	$r = 0/13$	$r = 0/23$	$r = 0/203$	$r = 0/04$	نوع ناباروری

P<0.5*

P<0.01**

بحث و نتیجه گیری

نیست. این مطالعه با مروری بر چهارده مطالعه تهیه شده بود که در تمامی آنها جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه های QOL و یا HRQOL استفاده شده بود [۹]. علاوه بر این در مطالعه Aarts و همکاران (۲۰۱۱) زنان نابارور هلندی مراجعه کننده به مرکز ناباروری از ۱۰۰ نمره ۷۰/۸ کسب کرده بودند که کیفیت زندگی مناسبی محسوب میشود. اما با نتایج این مطالعه همسو نیست. علت این تفاوت علاوه بر ابزار متفاوت می تواند جامعه متفاوت دو مطالعه باشد چرا که فرهنگ خود عاملی بسیار موثر بر درک فرد از کیفیت زندگی محسوب می شود [۲۰]. - نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور در بعد جسمی مثبت گزارش شده است. Aarts و همکاران در مطالعه خود نشان دادند زنان نابارور به بعد جسمی کیفیت زندگی خود از ۱۰۰، نمره ۷۰ را اختصاص داده بودند که نشان دهنده این است که کیفیت زندگی در این بعد در رده مناسبی قرار دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد [۲۰]. شاید دلیل این یافته در زنان نابارور تقویت فعالیت های جسمی برای رهایی از فشارهای روانی باشد. چاموویچ و همکاران در مطالعه ای بیان کردند فشار روانی بسیار بالا و درمان های سخت، طولانی مدت و هزینه بر ناباروری می تواند علتی بر جسمانی شدن استرس و اضطراب و سایر فشارهای روانی باشد [۹]. همچنین امان الهی فرد و همکاران در مقایسه کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور بیان کردند زنان نابارور از لحاظ سلامت جسمانی در سطح پایین تری قرار دارند [۱۷]. دلیل این اختلاف ها می تواند ریشه در درک متفاوت و باورهای شخصی و فرهنگی افراد در

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر شیراز در سطح خنثی [متوسط] قرار دارد. در این راستا Pei-Yang و همکاران در مطالعه ای بر روی زوج های مراجعه کننده به مرکز ناباروری تایوان کیفیت زندگی زنان نازا را مورد بررسی قرار دارند و بیان کردند که زنان نابارور کیفیت زندگی خود را در سطح متوسط گزارش کرده بودند [۱۸]. اگر چه فرهنگ و تفاوت های فردی عاملی تاثیرگذار بر درک هر فرد از کیفیت زندگی محسوب می شوند اما نتایج حاصل از مطالعه یاد شده در راستا با مطالعه حاضر بود با این تفاوت که ابزار مورد استفاده در مطالعه فوق با مطالعه حاضر متفاوت بود. فردی آذر و همکاران در بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور نشان دادند بیشتر زنان شهری نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری تهران در سطح استاندارد کیفیت زندگی و بیشتر زنان نابارور مراجعه کننده روستایی به این مرکز زیر سطح استاندارد کیفیت زندگی قرار داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. شاید دلیل این اختلاف جامعه آماری متفاوت در دو مطالعه باشد چرا که در این مطالعه زنان مراجعه کننده به مرکز ناباروری بیمارستان آموزشی امام خمینی تهران از سراسر کشور مراجعه کرده اند. لذا زنان با فرهنگ های بسیار متفاوت وارد مطالعه شده اند در حالیکه در مطالعه حاضر اکثر زنان بومی بودند [۱۹]. Chachamovic و همکاران در مطالعه ای مروری بیان کردند که کیفیت زندگی زنان نابارور در سطح پایینی قرار دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوان

جوامع مختلف باشد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور در بعد روانشناختی منفی بود. در این راستا Wichman و همکاران بیان کردند زنان نازا بیشتر در معرض تنش های روانی قرار می گیرند [۲۱]. امان الهی فرد و همکاران در مطالعه ای به مقایسه کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور پرداختند و بیان کردند زنان نابارور از لحاظ روانشناختی در سطح پایین تری قرار دارند و استرس بیشتری را متحمل می شوند [۷]. Sexton و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که زنان با مشکل نازایی در مقابل مشکلات و استرس ناشی از نازایی انعطاف پذیر نیستند [۲۲]. بنا به مطالعه Klemett و همکاران زنان با تجربه نازایی دارای مشکلات اضطرابی عدیده ای هستند حتی زمانی که اکنون یک فرزند دارند اما نازایی را تجربه کرده اند دچار مشکلات روانشناختی از جمله هراس هستند [۲۳]. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور در بعد معنوی و اعتقادات مذهبی خنثی [متوسط] است. رودسری و همکاران (۲۰۰۷) معنویت و اعتقادات مذهبی را به عنوان یکی از جنبه های مراقبت همه جانبه از زنان با مشکلات باروری بیان می کنند و نشان می دهند که این امر در مقابله با بحران، و برای پیدا کردن معنا و امید و تسکین درد و رنج به زنان نابارور کمک می کند [۲۴]. حسینی و همکارانشان دادند زنان نابارور از سلامت معنوی و اعتقادی بالایی برخوردارند. چرا که این امر موجب افزایش حس امید در این افراد خواهد شد [۲۵]. که همسو با نتایج مطالعه حاضر نیست شاید دلیل این اختلاف، فشار روانی بالا و احساس درماندگی مشارکت کنندگان باشد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور در بعد اقتصادی مثبت گزارش شده است. بر خلاف نتایج مطالعه حاضر خداکرمی و همکاران نشان دادند که درمان ناباروری چه برای مداخلات اساسی و چه برای اقدامات جزیی و بی اثر با هزینه های بسیار بالا همراه است، که میتواند پیامدهای اقتصادی را به دنبال داشته باشد [۲۶]. همچنین Nahar و Richters بیان کردند در برخی کشورها گاهی شوهران زنان نازا همسرانشان را مورد حمایت مالی قرار نمی دهند؛ حتی جهت نیازهای اساسی مانند غذا و لباس [۲۷]. Dyer و همکاران نیز بیان کردند در کشورهای در حال توسعه زنان نابارور تحت فشار هزینه های گزاف نه تنها برای درمان های پزشکی بلکه درمان های سنتی نیز قرار دارند در نتیجه از درمان های مناسب و با کیفیت محروم می مانند [۲۸]. دلیل این اختلاف را می توان به

درک متفاوت از کیفیت نسبت داد که وابسته به فرد است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور در بعد رضایت جنسی مثبت گزارش شده است. امان الهی فرد و همکاران در مطالعه بر روی زنان نازا بیان کردند از آنجا که نازایی معمولاً در سال های اول پس از ازدواج رخ می دهد منجر به ایجاد تعارض در روابط بین فردی زوجین می شود چرا که رابطه بین فردی مناسب هنوز صورت نگرفته است. علاوه بر این احساساتی مانند احساس گناه، عزت نفس پایین و بدنبال آن کاهش روابط جنسی بروز می کند [۷]. در مطالعه Obeisat و همکاران زنان نازا گزارش کردند که استرس زیادی را متحمل می شوند و نیازهای جنسی آنان نادیده گرفته می شود [۲۹]؛ که با نتایج مطالعه حاضر همسو نیست. millheiser و همکاران نشان دادند زنان نازا به طور معنی داری بیشتر در معرض اختلالات عملکرد جنسی قرار دارند، آنها تمایلات جنسی، انگیزش جنسی و مقاربت کمتری داشتند [۳۰]؛ این یافته ها مطالعه حاضر همسو نیست. دلیل این اختلاف می تواند این باشد که زوجین نابارور به دلیل عدم وجود فرزند توجه بیشتری به یکدیگر دارند و هر یک می توانند مرکز توجه دیگری قرار گیرد، و اینکه پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی زنان نابارور سوالات جزیی و مبسوطی را در کلیه زمینه ها در بردارد که خود عامل اصلی اختلاف یافته ها با سایر مطالعات در این زمینه است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور در بعد عاطفی خنثی [متوسط] گزارش شده است. در مطالعه Obeisat و همکاران گزارش شد که زنان نازا عقیده دارند که به خوبی توسط همسر خود حمایت نمی شوند [۲۹]. همچنین Greil و همکاران نیز بیان کردند ناباروری کیفیت زندگی زنان و مردان را تحت تاثیر قرار می دهد اما زنان تاثیر ناباروری را بیشتر بر زندگی خود احساس می کنند و همواره نیازمند به حمایت بیشتر از جانب همسران خود هستند [۳۱]. در این راستا Aarts و همکاران در مطالعه بر روی زنان نابارور هلندی مراجعه کننده به مرکز ناباروری در حیطه عاطفی کیفیت زندگی از ۱۰۰ نمره ۵۹/۸ کسب کرده بودند که نشان دهنده این بود که کیفیت زندگی در این بعد در رده متوسطی قرار دارد؛ که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد [۲۰]. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد کیفیت زندگی زنان نابارور در بعد اجتماعی مثبت بود. در راستای مطالعه حاضر Pei-Yang و همکاران در مطالعه بر روی زنان مراجعه کننده به مرکز ناباروری تایوان؛ کیفیت زندگی زنان نازا در بعد اجتماعی را در سطح مطلوب

ارزیابی کردند [۱۸]. همچنین در مطالعه Aarts و همکاران زنان نابارور هلندی در بعد اجتماعی کیفیت زندگی از ۱۰۰، نمره ۷۴/۰ را کسب کرده بودند که نشان دهنده این است که کیفیت زندگی در این بعد در رده مناسبی قرار دارد [۲۰]. که با نتایج مطالعه حاضر همخوان است. از طرفی مطالعات بسیاری نتایجی برخلاف نتایج مطالعه حاضر گزارش کرده اند از جمله: فردی آذر و همکاران که بیان کردند زنان نابارور در ایران تحت فشارهایی بسیاری از سمت جامعه قرار گرفته اند. [۱۹] Obeisat و همکاران در مطالعه خود بر روی زنان نابارور اردنی بیان کردند که زنان نابارور فشارهای اجتماعی مختلفی را از طرف جامعه متحمل می شوند و بخش گسترده این فشار از سمت خانواده همسر تحمیل می شود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد [۲۹]. علت این اختلاف نیز می تواند ریشه در فرهنگ متفاوت جوامع داشته باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد با افزایش سن زنان نابارور بعد اجتماعی کیفیت زندگی بهبود یافته است. شاید بتوان گفت دلیل این امر می تواند در اصل سازگاری باشد چرا که با افزایش سن تجربه و قدرت کنار آمدن و سازگاری با جامعه و مشکلات موجود در آن بهبود می یابد. از طرفی با افزایش سن همسران زنان نابارور بعد جسمی کیفیت زندگی بهبود یافته است. در حالی که این تفاوت در مطالعه گلی و همکاران معنی دار نبود [۳۲]؛ علت این تفاوت می تواند تفاوت در جوامع مورد بررسی در دو مطالعه باشد. بر اساس نتایج حاضر میان تحصیلات زنان نابارور و کیفیت زندگی در ابعاد روانشناختی، اقتصادی، عاطفی، اجتماعی و کیفیت زندگی کل ارتباط معنی دار وجود دارد. شاید بتوان گفت از طریق کسب سواد، و گام به گام با افزایش آن، انسانها ظریف تر و دقیق تر نسبت به مسائل خواهند شد و همواره امید بیشتری به رفع مشکلاتشان دارند و گام های موثر تری در جهت بهبود آن خواهند داشت. خود می تواند مسیری باشد در جهت ارتقای کیفیت زندگی. مطالعاتی همچون چوبفروش و همکاران، دیرکوند و همکاران و امانتی و همکاران در راستا نشان دادند که زنان با تحصیلات پایین تر از کیفیت زندگی پایین تری بهره مند بودند [۳۴، ۳۳، ۵]. یافته ها نشان داد میان وضعیت اشتغال زنان نابارور و کیفیت زندگی در بعد جسمی ارتباط معکوس و بین وضعیت اشتغال این زنان با ابعاد معنوی و اعتقادات مذهبی و عاطفی کیفیت زندگی ارتباط مستقیم و معنی دار وجود داشت. شاید فشار کاری دلیلی بر ارتباط معکوس بین اشتغال و بعد جسمی کیفیت زندگی باشد اما حضور زنان در اجتماع و حس

هدفمندی ناشی از کار کردن خود می تواند تاثیر مثبتی بر روحیه و عواطف افراد باقی بگذارد. حضور در اجتماع و احساس مفید بودن می تواند بر درک مثبت فرد از زندگی موثر باشد. در مطالعه حاضر با افزایش میزان درآمد ابعاد روانشناختی، عاطفی و اجتماعی کیفیت زندگی بهبود یافتند. در این راستا مسائل و مشکلات مالی در مطالعه نیلفروشان و همکاران و امانتی و همکاران نیز از عوامل تاثیر گذار بر کیفیت زندگی شناخته شدند [۱۶، ۵]. از طرفی سابقه بیماری مزمن رابطه معکوسی با ابعاد جسمی، روانشناختی، عاطفی و کیفیت زندگی کل داشت. علت احتمالی این یافته می تواند در ماهیت مزمن و مخرب این بیماری ها باشد که همواره عوارض آن گریبانگیر فرد خواهد بود. نتایج نشان داد سابقه جراحی نیز ارتباط معکوسی با ابعاد عاطفی و اجتماعی داشته است. شاید بتوان گفت از آنجا که عمل جراحی یک اقدام تهاجمی است و گذشته از نوع و وسعت آن یک وضعیت استرس زای شدید برای افراد است می تواند اثر سوئی بر ابعاد عاطفی و بدنبال آن اجتماعی داشته باشد. نتایج نشان داد بین علت ناباروری و ابعاد روانشناختی، معنوی و اعتقادات مذهبی، عاطفی، اجتماعی و کیفیت زندگی کل ارتباط معنی دار وجود دارد. در مطالعه خیات و همکاران (۲۰۰۳) در امارات نیز بین کیفیت زندگی زنان نابارور با علت ناباروری ارتباط آماری معنی دار وجود داشت [۳۵]. آنها علت این ارتباط را مسائل فرهنگی بیان کردند چراکه در این جامعه ناباروری با علت زنانه می تواند منجر به طلاق و جدایی زنان از همسرانشان و یا ازدواج مجدد مردان شود. از طرفی بین علت ناباروری و بعد روانشناختی ارتباط معکوسی وجود داشت. شاید بتوان گفت اگر چه زنان با عامل ناباروری زنانه در سایر ابعاد کیفیت زندگی شرایط بهتری داشتند اما همچنان بار روانی این مشکل را به همراه دارند. بین نوع ناباروری و ابعاد روانشناختی و رضایت جنسی ارتباط مستقیمی وجود داشت. در اکثر مطالعات بیان شده است اکثر زنان نابارور دچار یک اختلال روانشناختی از قبیل عدم رضایتمندی زناشویی، عدم رضایت جنسی، کاهش میل جنسی و تاثیرات منفی عاطفی بودند [۳۶، ۳۷].

از محدودیت های این پژوهش می توان به نمونه گیری در دسترس اشاره کرد که از توان تعمیم پذیری یافته های پژوهش می کاهد. لذا پیشنهاد میشود تا با استفاده از ابزار اختصاصی حاضر، کیفیت زندگی زنان نابارور در حجم نمونه بزرگتر انجام گیرد تا بتوان نتایج را با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر کیفیت زندگی زنان نابارور در سطح قابل قبولی قرار نداشت

فریده یغمایی: مشارکت در تجزیه و تحلیل داده ها و مشارکت در تدوین

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان بوده و با حمایت مالی این معاونت به انجام رسیده است. بدینوسیله از کلیه مشارکت کنندگان، مسئولین محترم مرکز ناباروری شیراز و معاونت محترم پژوهش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان تشکر و قدردانی به عمل می آید.

لذا با شناسایی عوامل تاثیرگذار و تقویت ابعاد مختلف کیفیت زندگی به ویژه روانشناختی، معنوی و اعتقادات مذهبی و عاطفی می توان کیفیت زندگی این افراد را در جهت مثبت ارتقا داد.

سهم نویسندگان

شهین نوایی ریگی: جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده ها
فتیحه کرمان ساروی: تجزیه و تحلیل داده ها و مشارکت در تدوین
تکتم کیانیان: جمع آوری داده ها و تدوین

منابع

1. Novaks B. Gynecology. 14th Edition, USA: Berek. Lippincott Williams & Wilkins: USA, 2007
2. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5. Journal of Reproduction & Infertility 2006; 7: 287-93
3. Lal Joshi H, Singh R. Psychological Distress, Coping and Subjective Wellbeing among Infertile Women. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology 2009; 35: 329-336
4. Nejat S, Montazeri A, Holakoie Naeeni K, Kazem M, Majdzadeh S.R. Standardization World Health Organization quality of life questionnaire (WHOQOL-Bref) Translation and psychometrics Iranian species. School Health and Health Research Institute 2006; 4: 71-6
5. Dirkavand Moghadan A, Del Pish A, Sayemiri A. The study of infertility in Iran as a systematic review. Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2013; 16: 1-7
6. Chachamovich J, Chachamovich E, Fleck M.P, Fernanda P, Cordova, D, Passos E. Congruence of quality of life among infertile men and women: findings from a couple-based study. Human Reproduction 2009; 24: 2151-7
7. Amanelahifard A, Nikbakht R, Ali Hoseini M, 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: 75-88 [Persian]
8. Keli R S, High A. Disclosure strategies, social support, and quality of life in infertile women. Human Reproduction 2015; 30: 1635-42
9. Chachamovich J R, Chachamovich E, Ezer H, Marcelo P. F, Knauth D, Eduardo P. Investigating

- quality of life and health-related quality of life in infertility: A systematic review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2010; 31 2: 101-10
10. Hassanin MA, Abd-El-Raheem T, Shahin A. Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. Journal of Gynecology & Obstetrics 2010; 2: 118-121 [Persian]
 11. Ragni G, Mosconi P, Pia Baldini M, Somigliana E, Vegetti W, Calia I, et al. Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couples. Human Reproduction 2005; 20: 1286-1291
 12. Johansson M, Adolfsson A, Berg M, Francis J, Hogström L, Janson P, et al. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. Acta Obstetrica et Gynecologica 2010; 89: 683-691
 13. Valsangkar S, Bodhare T, Bele S, Sai S. An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. Journal of human reproductive sciences 2011; 4: 80-85
 14. Fayers P, Machin D. Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. 2th Edition, John Wiley & Sons: England,
 15. Alami M, Amanati L, Shokrabi Sh, Haghani H, Ramezanzadeh F. Factors influencing quality of life among infertile women. Iran Journal of Nursing 2009; 21: 27-35 [Persian]
 16. Nilforooshan P, Latifi Z, Abedi M, Ahmadi A A. Compare the quality of life and its dimensions in fertile and infertile women. Journal of Behavioral Sciences Research 2015; 4: 66-70 [Persian]
 17. Yaghmaei F, Mohammadi Sh, Alavi Majd H. Developing and Measuring Psychometric Properties of

Quality of Life Questionnaire in Infertile Couples. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 2013; 1]: 238-245] [Persian]

18. Pei-Yang H, Lin MW, Hwang JL, Sheng Lee M, Wu MH. The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013; 52]: 204-209]

19. Fardiazar Z, Amanati L, Azami S. Irrational parenthood cognitions and health-related quality of life among infertile women. *International journal of general medicine* 2012; 5: 591 [Persian]

20. Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, et al. Relationship between quality of life and distress in infertility: A validation study of the Dutch FertiQoL. *Human Reproduction* 2011; 26]: 1112-1118]

21. Wichman CL, Ehlers SL, Wichman SE, Weaver AL, Coddington C. Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and sterility* 2011; 95: 717-21

22. Sextonminden B, Michelle R, von Kluge S. Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of psychiatric research* 2010; 44]: 236-241]

23. Klemetti R, Raitanen J, Sinikka S, Samuli S, Päivikki K. Infertility, mental disorders and well-being –a nationwide survey. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2010; 89]: 677-82]

24. 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]: 141-9] [Persian]

25. Hosseini R, Alijanpouragamaleki 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]: 53-60 [Persian]

26. Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripannah R. Life Experience with Infertility; a Phenomenological Study. *Journal of Reproduction & Infertility* 2010; 10: 287-297 [Persian]

27. Nahar P, Richters A. Suffering of childless women in Bangladesh: the intersection of social identities of gender and class. *Anthropol Med* 2011; 18: 327-38

28. Dyer S.J, Patel M. The economic impact of infertility on women in developing countries. A systematic review. *Facts, Views & Vision in ObGyn* 2012; 4: 102–9

29. Obeisat S, Muntaha K, Gharaibeh A, Huda Gh. Adversities of being infertile: the experience of Jordanian women. *Fertility and sterility* 2012; 98: 444-9

30. S. Millheiser L, E. Helmer A, B. Quintero R, M. Westphal L, A. Milki A, B. Lathi R. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and sterility* 2010; 94: 2022-25

31. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of health & illness* 2010; 32: 140-162

32. Goli M, Firozeh F, Ahmadi SM. Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Women of Isfahan 2008. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2011; 20: 63-70 [Persian]

33. Choobforoosh Zade A, Kalantari M, Molavi H. Cognitive-behavioral stress management therapy on quality of life infertile women. *The Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2012; 14: 14-21 [Persian]

34. Amanati L, Allami M, Shekarabi SH, Haghani H, Ramazanzade F. Quality of life and its influencing factors in infertile women. *The Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2010; 12: 30-6 [Persian]

35. khayat GM, Rizk DEE, Hasan MY, Ghazal Aswal S, Asaad M. Factors influencing the quality of life of infertile women in united Arab Emirates. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; 80: 183-8

36. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy Impact & Description* 2005; 31: 409-25

37. Noorani Sadodin SH, Joneidi E, Shakeri MT, Mokhber N. Compare sexual satisfaction in fertile and infertile women referred to the government center in Mashhad. *Journal of Reproduction and Infertility* 2010; 10: 269-77 [Persian]

ABSTRACT

Quality of life of infertile women referring to an infertility treatment center in Shiraz, Iran

Shahindokhte Navabi Rigi¹, Toktam Kianian^{1*}, Fatiheh Kermansaravi², Farideh Yaghmaei³

1. Pregnancy Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
2. Community- Based Nursing Research Center, School of Nursing and Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
3. Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

P Payesh 2016; 5: 549-558

Accepted for publication: 20 January 2016

[EPub a head of print-27 August 2016]

Objective (s): The present study aimed to assess quality of life in infertile women.

Methods: This was a cross-sectional study conducted on infertile females visiting infertility-treatment center in Shiraz in, Iran. A number of 162 infertile females were selected based on their availability. The personal data were collected using a socio-demographic questionnaire quality of life was measured by an exclusive questionnaire. Then, the quality of life was classified into 4 levels: very poor, poor, moderate and good.

Results: The results obtained from the study showed that quality of life in infertile women was generally moderate. The highest mean quality of life was related to physical aspect of life (40.60 ± 9.08) and the lowest mean quality of life score was related to emotional aspect (11.0 ± 5.72). There were significant relationships between some personal and social characteristics such as education ($P = 0.01$), history of chronic disease ($P = 0.008$), cause of infertility ($P = 0.006$) and quality of life.

Conclusion: Infertile women's quality of life was relatively poor and affected by various personal and social factors. Therefore, identifying and modifying these factors is recommended to improve quality of life in this population.

Key Words: life quality, infertility, infertile women, related factors

* Corresponding author: Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

Tel: 05433442481

E-mail: t.kianian67@gmail.com