بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در بیماران نابارور تحت درمان ICSI/IVF

بتول رشیدی[1]، علی منتظری[2]، نسرین عابدی‌نیا[3*]، مامک شریعت[4]، مهناز اشرفی[5]، فاطمه رمضان‌زاده[1]

۱. گروه زنان، مرکزتحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

۳. گروه کودکان و زنان، مرکز تحقیقات مادر، جنین ـ نوزاد و مرکزتحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج)، بیمارستان ولی عصر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴. گروه کودکان، مرکز تحقیقات مادر، جنین ـ نوزاد، بیمارستان ولی عصر، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۵. گروه زنان، مرکز ناباروری رویان، جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش

سال یازدهم شماره سوم خرداد ـ تیر ۱۳۹۱ صص ۳۸۹-۳۸۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۱۱

[نشر الکترونیک-۱۴ اسفند ۹۰]

این مطالعه کیفیت زندگی زوجین نابارور تحت درمان ICSI/IVF را براساس آزمون SF-36 بررسی می‌کند. بدین منظور ۱۰۲۸ مرد و زن نابارور (۵۱۴ زن و ۵۱۴ مرد) با روش نمونه‌گیری ساده (در دسترس بودن) از مراکز درمان ناباروری، مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) و رویان انتخاب شدند و سپس آنها آزمون SF-36 و پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک را تکمیل نمودند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS 11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از آزمون‌های آماری t-test و تحلیل پراکندگی یک طرفه (ANOVA) استفاده شد. نتایج نشان دادکه مردان نابارور در مقایسه با زنان نابارور از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۱$). کیفیت زندگی با علت ناباروری نیز رابطه داشت و این رابطه از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P<۰/۰۵$). با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه می‌توان گفت زنان نابارور نسبت به مردان در معرض آسیب بیشتری از نظر کیفیت زندگی نامطلوب قرار دارند و اقدامات حمایتی در مورد هر دو جنسیت بویژه زنان ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، آزمون SF-36،ICSI/IVF، ناباروری

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، بلوار کشاورز، مجتمع بیمارستانی امام خمینی، بیمارستان ولی عصر، مرکزتحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) و مرکز تحقیقات مادر و جنین ـ نوزاد تلفن: ۶۶۹۳۹۳۲۰-۶۱۱۹۲۳۵۷ نمابر: ۶۶۵۸۱۶۵۸-۶۶۵۹۱۳۱۵

E-mail: abedinia_nasrin@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.11.7]

مقدمه

درسال‌های اخیر ما شاهد افزایش روز افزون تقاضا برای خدمات بهداشتی هستیم، که نقش مهمی در مراقبت‌های بهداشتی جامعه دارد. باید درخصوص بیمارانی که از خدمات بهداشتی استفاده کرده و سلامت خود را باز می‌یابند، اهمیت و تأثیر این مراقبت‌ها مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار گیرد. بیماری یا سلامتی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را پس از تشخیص، درمان وپی‌گیری‌های بعد از درمان تحت تأثیر قرار دهد[۱]. یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامتی که در سال‌های اخیر به آن توجه شایانی شده‌است کیفیت زندگی افراد است. مفهوم کیفیت زندگی به طرق مختلف تعریف شده‌است. مطابق با نظر SPILKER کیفیت زندگی می‌تواند به سه روش مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد. اولین تعریف بر جنبه‌های رفاهی و آرامش زندگی فرد، دومین تعریف به توانایی‌های اقتصادی، اجتماعی و جسمانی و سومین تعریف در زمینه‌هایی چون علائم یا بیماری های خاص معلولیت‌ها تمرکز دارد[۲]. آزمون36-SF از شاخص ترین آزمونهای سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت است. آمارها نشان می‌دهد۱۰-۱۵درصد افراد در جوامع مختلف مشکل ناباروری دارند. این مشکل به‌علت اینکه تعداد زنانی که بچه‌دار شدن را به تأخیر می‌اندازند رو به افزایش است، می‌تواند در آینده نزدیک افزایش قابل توجهی پیدا کند، [۳] تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که نازایی بدترین تجربه زندگی است[۵ و۴]. اکثر بیماران نابارور به دنبال درمان‌های ناباروری به‌خصوص IVF/ICSI هستند[۶] و در اکثریت موارد شکست‌هایی را نیز که در درمان تجربه می‌کنند. این امر می‌تواند مشکلات عاطفی و هیجانی زیادی در هنگام تشخیص و درمان ایجاد کند .در اغلب موارد روش‌های درمانی مناسب محدود هستند و IVF/ICSI به‌عنوان آخرین روش درمانی برای این بیماران مطرح است[۷]. با توجه به تقاضای زیاد افراد نابارور برای این درمان‌ها احتمال دارد این روش‌های درمانی بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر داشته باشند. افرادی که تحت درمان IVF/ICSI قرار می‌گیرند، در مقایسه با دیگران به اضطراب و آسیب‌های عاطفی و هیجانی بیشتری مبتلا می‌شوند[۸]. البته هنوز معلوم نیست سطح بالای آسیب‌های روان‌شناختی در زوجین نابارور مربوط به IVF/ICSI باشد. این آسیب‌ها ممکن است به شرایط خاصی مربوط باشد به‌عنوان مثال سن در هنگام درمان عامل بسیار مهمی است. زوجین مسن به علت زمان محدود اضطراب بیشتری در هنگام درمان IVF/ICSI دارند. با توجه به شیوع بالای آسیب‌های روان‌شناختی در افراد نا بارور و درمان‌های جانبی که بر سطح کیفی زندگی این افراد اثر می‌گذارند باید توجه خاصی به این مؤلفه مبذول نمود. هرچند هنوز هم مشکل ناباروری به‌عنوان یک اختلال یا آسیب در سلامت مطرح است؛ ولی اتفاق‌نظر در حمایت از این نگرش وجود ندارد. شاید مطالعات دقیقی در این خصوص انجام نگرفته است. ممکن است این امر مربوط به متغیرهای اجتماعی (دموگرافیک) زمان ارزیابی و شاخص انتخاب، انتخاب کنترل‌ها و ابزارهای ارزیابی کیفیت زندگی باشد. از آن جا که شروع درمان‌های ناباروری، نگرش مثبت و امیدوار کننده‌ای ایجاد می‌کند، این امر منجر به کیفیت زندگی بهتر می‌شود. همچنین شکست در این نوع روش درمانی IVF/ICSI می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را به خطر بیاندازد[۷]. به منظور دانش و شناخت بیشتر، باید کیفیت زندگی بیماران نابارور تحت درمان IVF/ICSI را مورد بررسی قرار دهیم. این مطالعه به منظور بررسی کیفیت زندگی زوجین نابارور با امید آنکه نتایج آن بتواند سطح سلامتی وکیفی زندگی آنها را ارتقاء دهد انجام شد.

مواد و روش کار

این یک مطالعه توصیفی بود. جامعه مورد پژوهش کلیه زوجین نابارور تحت درمانIVF/ICSI که به مراکز درمان ناباروری (مرکز ناباروری رویان و درمانگاه ناباروری ولیعصر(عج) از اسفند ۸۴ تا خرداد ۸۵ مراجعه نموده بودند. با روش نمونه‌گیری ساده (در دسترس بودن) پس از آگاهی از هدف مطالعه و داشتن رضایت به‌عنوان فرد مورد مطالعه انتخاب شدند. سپس پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و خصوصیات دموگرافیک جهت تکمیل به افراد ارائه شده و در صورت کم‌سوادی یا عدم درک سؤالات این پرسشنامه توسط روان‌شناس تکمیل گردید. پرسشنامه دموگرافیک جنسیت، سن، تحصیلات، شغل، میزان درآمد، پایگاه اجتماعی اقتصادی فرد، سابقه درمان‌های پزشکی جراحی و ناباروری، طول مدت ازدواج و ناباروری، علت ناباروری را مورد بررسی قرار می‌داد. پرسشنامه -SF 36 حاوی ۳۶ سؤال است که برای اندازه‌گیری وضعیت سلامتی فرد است. محتوای این پرسشنامه بر اساس تعریف سلامتی از WHO به‌دست آمده است. SF-36 شامل ۸ مقیاس و هر مقیاس ۲ تا۱۰ سؤال دارد. ۸ مقیاس این پرسشنامه شامل موارد ذیل است:

۱- عملکرد جسمانی شامل ۱۰ سوال درخصوص فعالیت‌های جسمانی شامل مراقبت‌های شخصی مانند شستن، لباس پوشیدن و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.11.7]

همچنین توانایی فرد در انجام فعالیت‌هایی مثل دویدن و فعالیت‌های ورزشی
۲- محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی شامل ۴ سؤال
۳- محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی شامل۳ سؤال
۴- درد جسمانی شامل ۲ سؤال برای برآورد فراوانی و میزان درد
۵- نشاط شامل ۴ سؤال در مورد سطح انرژی
۶- سلامت عمومی شامل ۵ سؤال که برای بررسی کلی از احساس فرد از سلامتی یا بیماری است.
۷- عملکرد اجتماعی شامل ۲ سؤال که فقدان سلامتی را بر روابط اجتماعی با دوستان و خانواده بررسی می‌کند.
۸- سلامت روان شامل ۵ سؤال که تغییرات خلقی شامل افسردگی، اضطراب، سلامت فرد را بررسی می‌کند.

دامنه نمره در این مقیاس ۱۰۰-۰ است. نمره کمتر در این مقیاس نشان‌دهنده سلامتی کمتر و نمره بیشتر بیانگر سلامتی بیشتر است. پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36 در ایران قبلاً اثبات شده‌است[۹]. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS.11.5 تجزیه و تحلیل شده و از روش‌های آماری تحلیل پراکندگی یک طرفه (ANOVA) وT-TEST استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۰۲۸ زن و مرد نابارور (۵۱۴ مرد و ۵۱۴ زن) از نظر کیفیت زندگی بررسی شدند. میانگین سنی زنان ۵/۹±۳۱/۴۶ سال و مردان ۶/۱±۳۵/۹۷ سال بدست آمد. جدول شماره ۱ خصوصیات دموگرافیک گروه‌های مورد مطالعه را نشان می‌دهد. در بررسی مقیاس‌های کیفیت زندگی در بین گروه‌های زنان و مردان نتایج نشان می‌داد که در تمام مقیاس‌ها مردان نمرات بیشتری در مقایسه با زنان داشتند و به‌عبارتی مردان نابارور از کیفیت زندگی بهتری از زنان نابارور برخوردار بودند. مقایسه امتیازها براساس علت ناباروری در جدول شماره ۳ نشان داده‌شده است. همانگونه که در جدول ملاحظه می‌شود در اکثر مقیاس‌ها تفاوت معناداری بین امتیازها و علت ناباروری دیده می‌شود. در اکثر موارد علت زنانه ناباروری موجب کاهش بیشتر امتیازهای کسب شده بود.

جدول شماره ۱- ویژگی‌های جمعیتی نمونه های مورد مطالعه(n=۱۰۲۸)

	تعداد (درصد)
گروه‌های سنی	
کمتر از ۲۵ سال	۶۸(۱۳/۲)
۳۰-۲۵ سال	۲۷۸(۵۴)
۵۵-۳۱ سال	۲۸۴(۵۵/۴)
<۳۵	۳۹۸(۷۷/۴)
سطح تحصیلات	
ابتدایی	۲۹۹(۵۸/۱)
دیپلم	۳۹۷(۷۷/۲)
دانشگاهی	۳۳۲(۶۴/۶)
طول مدت نازایی	
کمتر از ۵	۳۵۶(۶۹/۲)
۱۰-۶ سال	۳۲۵(۶۳/۲)
<۱۰	۳۴۷(۶۷/۶)
علت نازایی	
علت مردانه	۵۷۸(۱۱۲/۴)
علت زنانه	۲۳۳(۴۵/۳)
هر دو علت	۸۲(۱۶)
علت نامشخص	۱۳۵(۲۶/۲)
وضعیت ا قتصادی	
پایین	۳۸۳(۳۷/۳)
متوسط	۶۲۴(۶۰/۷)
خوب	۲۱(۲)
جنسیت	
زن	۵۱۴(۵۰)
مرد	۵۱۴(۵۰)

جدول شماره۲: مقایسه امتیازهای سنجشی کیفیت زندگی پرسشنامه SF-36 در نمونه مورد مطالعه به تفکیک جنس (n=۱۰۲۸)

	مرد (n=۵۱۴)	زن (n=۵۱۴)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P
عملکرد جسمانی	۷۰/۸۶(۲۴/۲۰)	۶۶/۸۰(۷۹/۲۱)	۰/۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش	۸۷/۲۷(۳۱/۰۴)	۲۷/۱۳(۳۳/۳۳)	۰/۰۰۲
به علت مشکلات جسمانی			
درد جسمانی	۷۷/۴۹(۱۶/۸۴)	۶۹/۱۵(۲۰/۲۴)	۰/۰۰۰
سلامت عمومی	۷۱/۰۲(۱۷/۱۷)	۶۶/۱۸(۱۸/۱۱)	۰/۰۰۰
نشاط	۶۶/۲۸(۱۷/۶۳)	۵۹/۲۵(۱۸/۵۳)	۰/۰۰۰
عملکرد اجتماعی	۷۶/۴۸(۲۱/۸۲)	۷۲/۶۹(۲۲/۹۷)	۰/۰۰۷
محدودیت در ایفای نقش	۶۷/۹۸(۳۵/۷۷)	۶۵/۶۳(۳۸/۵۱)	۰/۰۰۲
به علت مشکلات عاطفی			
سلامت روانی	۶۷/۲۹(۱۷/۷۰)	۶۱/۶(۱۹/۷۲)	۰/۰۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.11.7]

جدول شماره ۳: مقایسه امتیازهای سنجش کیفیت پرسش نامه SF-36 در زوجین نابارور بر اساس علت ناباروری

	علت زنانه (n=۲۳۳)	علت مردانه (n=۵۸۵)	هر دو علت (n=۸۲)	علت نامشخص (n=۱۳۵)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	P
عملکرد جسمانی	۸۰/۵(۲۳/۸)	۸۵ (۲۰/۵)	۸۶/۶(۱۷/۱)	۸۱/۳(۲۳/۵)	۰/۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۷۱/۴(۳۳/۸)	۷۷(۳۱/۲)	۷۸/۳(۳۱/۳)	۷۱/۸(۳۴/۶)	۰/۰۶
درد جسمانی	۷۲/۶(۱۸/۹)	۷۲/۹(۱۹/۶)	۷۳/۲(۱۸/۴)	۷۶(۱۷/۴)	۰/۰۳
سلامت عمومی	۶۶/۱(۱۷/۹)	۶۹/۵(۱۷/۵)	۶۸/۳(۲۰/۹)	۶۹(۱۶/۳)	۰/۰۹
نشاط	۶۰/۵(۱۹/۲)	۶۴/۱(۱۷/۸)	۶۱/۷(۱۸/۷)	۶۱/۴(۱۸/۷)	۰/۰۵
عملکرد اجتماعی	۶۹/۴(۲۳/۸)	۷۶/۴(۲۱/۶)	۷۷/۲(۲۲/۷)	۷۳/۸(۲۲/۳)	۰/۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۶۳/۹(۳۹/۳)	۷۰/۸(۳۶/۶)	۷۳/۵(۳۵/۴)	۶۹/۳(۳۷/۳)	۰/۰۷
سلامت روان	۶۰/۷(۲۰/۷)	۶۵/۸(۱۸/۱)	۶۶/۲(۲۰/۲)	۶۳/۹(۱۷/۷)	۰/۰۰۵

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کیفیت زندگی مردان نابارور در تمام مقیاس‌های SF-36 بالاتر از زنان نابارور است؛ و به‌عبارتی مردان از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. در مطالعه‌ای که توسط راگنی و همکاران انجام گرفت نتایج نشان داد که مردان نابارور نمرات بیشتری در آزمون SF-36 دریافت نمودند و زنان کیفیت زندگی پایین‌تری در مقایسه با شوهرانشان داشتند[۱۰]. نتایج این مطالعه هماهنگ با مطالعه انجام شده است. شاید از مهم‌ترین علل پایین بودن کیفیت زندگی در زنان، درگیری بیشتر آنان با موضوع ناباروری و درمان آن است. همچنین ممکن است داشتن فرزند برای زنان مهمتر از مردان باشد. در هر حال نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که زنان نابارور از سطح زندگی پایین‌تری در مقایسه با مردان نابارور برخوردارند. در مطالعه‌ای که توسط Fekkes و همکاران انجام گرفت نتایج نشان داد که زنان تحت درمان IVF در دامنه سنی ۳۰-۲۱ سال مشکلات عاطفی و اجتماعی بیشتری در مقایسه با گروه کنترل داشته، و زوجین جوان تحت درمان IVF خصوصاً زنان از سطح زندگی پایین‌تری برخوردارند[۱۲و۱۱]. به‌نظر می‌رسد زوجین مسن‌تر از کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با زوجین جوان برخوردارند، شاید زوجین مسن سابقه طولانی‌تری از درمان‌های پزشکی و نازایی داشته‌باشند یا اینکه داشتن فرزند در سنین بالاتر از اهمیت کمتری در مقایسه با سنین پایین‌تر برخوردار است. در بررسی علت ناباروری با سطح کیفیت زندگی، نتایج این مطالعه نشان داد که در هر دو علت ناباروری (مردانه زنانه) و علت مردانه سطح کیفیت زندگی در مقایسه با علت زنانه بهتر است. به‌عبارتی دیگر وقتی علت ناباروری، مردانه است کیفیت زندگی بهتر از زمانی است که علت ناباروری زنانه است.

بهرحال نتایج مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد نه تنها درمان فعلی به هر علتی بلکه حتی درمان‌های قبلی نیز منجر به کاهش شاخص سلامت روانی در زوجین نابارور می‌گردد[۱۰]. با توجه به نتایج بدست آمده از این مطالعه به‌نظر می‌رسد زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور و جمعیت عادی از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند و به منظور بهبود کیفیت زندگی این افراد و افزایش سلامت و بهداشت روان بیماران نابارور خصوصاً زنان نابارور مشاوره روان‌شناسی خصوصاً روان‌درمانی حمایتی می‌تواند در کاهش مشکلات روحی روانی این گروه از بیماران و بالابردن سطح کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر واقع شود.

سهم نویسندگان

بتول رشیدی: مشارکت در اجرای طرح
علی منتظری: مشارکت علمی در طرح و تهیه متن نهایی
نسرین عابدی‌نیا: ارائه و اجرای طرح و نوشتن مقاله
مامک شریعت: مشارکت در اجرای طرح
مهناز اشرفی: مشارکت در اجرای طرح
فاطمه رمضان‌زاده: مشارکت در اجرای طرح

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که بودجه این طرح را تقبل نموده و همچنین از کلیه پرسنل مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر(عج) و مرکز ناباروری رویان کمال تشکر و قدردانی را می‌نماییم.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.11.7]

منابع

1. Ware J, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessmnt (IQOLA) project. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51: 903-12

2. Spilker B. Introduction in quality of life pharmaeconomics in clinical trials. 2nd edition Raven press: New York, 1-11

3. Ever JL. Female sub-fertility. Lancet 2002; 360: 151-9

4. Freeman EW, Boxer A S, Rickela K, tureck R, Mastroinil I. Psychological evaluation and support in a program of in vitro Fertilization and embryo transfer. Fertility and Sterility 1985; 4:232-36

5. Mahlstedt PP, Macduff S, Bernstein J. Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. Journal In Vitro Fertilization Embryo Transfer 1987; 4:232-36

6. Van-Balenc F, Verdurmen J, Ketting E. Choices eductional counseling. Patient Educational Counselling 1997; 31:19-27

7. Shaw P, Johnston M. Counseling couples awaiting In Vitro fertilization. Journal Psychosomatics Obstetrics & Gynecology 1998; 67:171-80

8. Berg B J, Wilson JF. Psychological functioning across stages of treatment for infertility. Journal Behavioral Medical 1991; 14: 11-26

9. Montazeri A, Goshtasabi A, Vahdaninia M. The Translation and short form health survey (SF-36): validation study of the Iranian version. Payesh 2006; 1: 49-56

10. Ragin G, Mosconi P, Baldini MP, Somigliana E, Vegetti W, Caliari I, et al. Health -related quality of life and need for In Vitro Fertilization in 1000 Italian infertile couples .Human Reproduction 2005; 5: 1286-91

11. Fekes M, Buitendijk S E, verrips G H W, Buitendijk SE, Verrips GH, et al. Health - related quality of life in relation to gender and age in couples planning In Vitro Fertilization treatment. Human Reproduction 2003; 18: 1536-43

12. Brazeir J, Usherwood T, Harper R, Thomas K. Deriving a preference-based single index form the United Kingdom SF-36 health survey .Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51:1115-28

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.11.7]