

کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور

لوئیز امانتی^{۱*}، مه لقا علامی^۲، شعله شکرابی^۳، دکتر حمید حقانی^۴، دکتر فاطمه رمضان زاده^۵

۱. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴. دکترای آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵. دانشیار مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۰/۴

خلاصه

مقدمه: عوامل گوناگون فردی، اجتماعی، اقتصادی و نیز تفکرات غیر منطقی نسبت به داشتن فرزند ممکن است بر کیفیت زندگی زنان نابارور تأثیر منفی داشته باشند. هدف از این مطالعه تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر تهران بود.

روش کار: تعداد ۱۴۷ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در این مطالعه مقطعی مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی مختص ناباروری و تفکرات غیر منطقی در مورد داشتن فرزند جمع آوری شد.

یافته ها: در این مطالعه ۴۸/۳٪ از زنان مراجعه کننده کیفیت زندگی خوب، ۳۶/۱٪ متوسط، ۱۵/۶٪ کیفیت زندگی ضعیف داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی $1/62 \pm 0/83$ بود. یافته ها نشان داد بین کیفیت زندگی و میزان فشار اطرافیان برای بچه دار شدن ($p = 0/001$)، شدت تمایل به داشتن فرزند ($p < 0/001$)، فشار هزینه درمان ناباروری ($p < 0/001$)، ارزیابی فرد از وضعیت اقتصادی خانواده ($p = 0/001$) و تفکرات غیر منطقی نسبت به داشتن فرزند ($p < 0/001$) ارتباط معنی دار آماری وجود داشت.

نتیجه گیری: در این مطالعه کیفیت زندگی زنان نابارور تحت تأثیر تفکرات غیر منطقی در خصوص داشتن فرزند و فشار هزینه درمان ناباروری و میزان فشار اطرافیان برای بچه دار شدن بود. شناسایی این گروه ها که اختلال بیش تری در کیفیت زندگیشان دارند، امکان فراهم نمودن مشاوره مناسب برای این افراد را فراهم می کند. حمایت و مشاوره دقیق زنان نابارور برای بهبود کیفیت زندگی آنان ضروری به نظر می رسد. پیشنهاد می شود کیفیت زندگی زنان نابارور با زنان بارور مقایسه شود.

کلمات کلیدی: ناباروری؛ کیفیت زندگی؛ زنان؛ عوامل مؤثر

* نویسنده مسؤول مکاتبات: لوئیز امانتی؛ تبریز، خیابان صائب، بین قطران و ابوریحان، جنب رستوران ساقی کوثر، طبقه سوم؛ تلفن: ۰۹۱۴۱۵۵۴۲۹۴؛

پست الکترونیک: louizamanati@yahoo.com

مقدمه

بر اساس آمارهای رسمی حدود ۸۰ میلیون نفر در دنیا نابارور می باشند و اکثر کسانی که از ناباروری رنج می برند، در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (۱).

شیوع ناباروری بسته به سن زن از ۷ تا ۲۸ درصد متغیر می باشد (۲). برای بسیاری از زوج ها توانایی به دنیا آوردن فرزند امری مهم در تکامل شخصیت مردانه و زنانه، تعیین هویت و نتیجه نهایی زندگی می باشد. برای زوج هایی که خواهان فرزند هستند ولی توانایی آن را ندارند این مسأله نه تنها نا امید کننده است، بلکه امری ویران گر خواهد بود (۳).

هر زوجی بنا به مسایل فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی و ذاتی تمایل به داشتن فرزند دارد (۴).

فشارهای خانوادگی و اجتماعی برای بقای نام خانوادگی می تواند بار روان شناختی بر زوج نابارور تحمیل کند. از طرف دیگر چالش های مالی، روان شناختی و فیزیکی ناشی از روش های کمک به باروری احتمالاً تأثیر بیش تری بر زوج نابارور می گذارد (۵).

مطالعات متعدد تأثیر منفی ناباروری بر کیفیت زندگی زنان نابارور را نشان داده (۶-۹) ولی در برخی مطالعات نیز، تفاوتی در کیفیت زندگی کلی این افراد نسبت به جمعیت عمومی مشاهده نشده است (۱۰ و ۱۱).

شیوع و نگرش نسبت به مسأله ناباروری زنان اغلب متأثر از تفاوت های نژادی می باشد و بدون شک مذهب و فرهنگ بر کیفیت زندگی در برخی جنبه ها نظیر ناباروری مؤثر است (۱۲). لازم است مطالعات بیش تری در جوامع شرقی برای آشکار کردن ارتباطات عوامل اجتماعی، فرهنگی و فردی با کیفیت زندگی در زوج های نابارور را روشن کند (۱۳). در ایران مطالعات اندکی در زمینه ی کیفیت زندگی زنان نابارور انجام یافته و اغلب مطالعات به ارتباط ناباروری و افسردگی پرداخته اند. تنها چند مطالعه انگشت شمار در خصوص کیفیت زندگی زنان نابارور تحت درمان با IVF و ICSI انجام پذیرفته که آن نیز با استفاده از پرسشنامه SF-36 که یک معیار سنجش کیفیت زندگی عمومی

بوده و بیش تر روی جنبه های فیزیکی کیفیت زندگی متمرکز است (۱۴)؛ حال آن که در این مطالعه از پرسشنامه کیفیت زندگی مختص ناباروری استفاده شده است. از این رو این مطالعه با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری ولیعصر تهران انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی زنان مراجعه کننده جهت پیگیری، تشخیص و درمان به مرکز ناباروری ولیعصر تهران مورد مطالعه قرار گرفتند. ۱۴۷ نفر از زنان مراجعه کننده طی بهمن ماه ۱۳۸۴ تا فروردین ۱۳۸۵ که مایل به شرکت در مطالعه بودند، به روش نمونه گیری مستمر وارد مطالعه گردیدند. پرسشنامه مطالعه از سه بخش کیفیت زندگی مختص ناباروری، عوامل فردی اجتماعی و پرسشنامه تفکرات غیر منطقی تشکیل می یافت. کیفیت زندگی عبارت است از مجموعه ای مرکب از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی یعنی رضایت خاطر و خشنودی که توسط هر فرد یا گروهی از اشخاص درک می شود (۱۵). تعریف تفکرات غیرمنطقی عبارت است از این که افراد در زندگی ممکن است ارزش ها و هنجارهایی را فرا گیرند که اساساً واقع گرایانه و متداوم نباشد. این عقاید غیرمنطقی می تواند به ایجاد مشکلات روان شناختی و هیجانی منجر شود (۶).

پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی زنان نابارور ساخته خیاتا و همکاران شامل ۳۳ سؤال مشتمل بر تعدادی متغیرهای دموگرافیک و شیوه زندگی بود (۸). مقیاس این پرسشنامه لیکرت پنج درجه ای و حاوی دو عبارت با پاسخ های ضعیف، متوسط، خوب، خیلی خوب و عالی. یازده عبارت با پاسخ های بیش از اندازه، زیاد، به طور متوسط، به میزان کم و به هیچ وجه و نیز بیست عبارت با پاسخ های همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، بعضی وقت ها و هرگز بوده است. نمره هر سؤال مطابق جدول شماره ۱ محاسبه می گردید. سپس نمره همه سؤالات را با هم جمع زده و نمره به دست آمده به تعداد سؤالات تقسیم شد. نتایج مطابق با نمره ی کل به شرح زیر

تفسیر شد:

صفر تا ۱/۵: کیفیت زندگی خوب،
۱/۵ تا ۲/۵: کیفیت زندگی متوسط،
۲/۵ تا ۴: کیفیت زندگی ضعیف.

جدول ۱- نحوه نمره بندی سؤالات پرسشنامه با توجه به پاسخ ها

نمره	پاسخ ها
۴	همیشه / بیش از اندازه / ضعیف
۳	متوسط / اغلب اوقات / زیاد
۲	به طور متوسط / معمولاً / خوب
۱	بعضی وقت ها / به میزان کم / خیلی خوب
صفر	هرگز / به هیچ وجه / عالی

پرسشنامه تفکرات غیر منطقی در مورد نیاز به داشتن فرزند به منظور شاد زیستن یا همان پرسشنامه Irrational Parenthood Cognitions (که به اختصار IPC نامیده می شود) پرداخته فیکس و همکاران در سال ۲۰۰۳ بوده و شامل ۱۴ جزء است. نمرات بالاتر سطوح بالاتر تفکرات غیرمنطقی و نیاز قوی تری برای داشتن فرزند به منظور شاد زیستن را نشان می دهد. پرسشنامه ها توسط پرسش گر توزیع و پس از بیان اهداف پژوهش توسط واحدهای نمونه (به استثنای افراد بی سواد که با مصاحبه توسط پرسشگر تکمیل می گردید) به روش خود گزارش دهی تکمیل می شدند. جهت تعیین پایایی ابزار از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که برای پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۹۵ و برای پرسشنامه تفکرات غیر منطقی ۰/۸۴ بود.

داده های جمع آوری شده وارد کامپیوتر شده و با استفاده از نرم افزار SPSS11 تجزیه و تحلیل گردید. در تحلیل اولیه از محاسبه شاخص های مرکزی و آنالیز تک متغیره با استفاده از آزمون های t، مجذور کای و آنالیز یک طرفه واریانس انجام گردید. سپس نقش عوامل مؤثر بر پیامد کیفیت زندگی با استفاده از رگرسیون چند متغیره خطی بررسی گردید و از شاخص R₂ و شاخص های بررسی توزیع خطا جهت بررسی مناسبت مدل رگرسیون استفاده گردید. معیار ورود اولیه به مدل رگرسیون عبارت بود از p-value کم تر از ۰/۱.

نتایج

دامنه تغییرات سن زنان در این مطالعه ۱۹-۴۳ سال با میانگین و انحراف معیار ۲۷/۸ ± ۵/۱ سال بود. ۸۶٪ از

واحدهای پژوهش خانه دار و بقیه شاغل بودند. دامنه تغییرات مدت زندگی مشترک بین ۱-۲۲ سال با میانگین و انحراف ۴/۲ ± ۷/۳ سال بود. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی ۰/۸۳ ± ۱/۶۲ بود. سطح تحصیلات متوسطه یا دیپلم با ۳۹/۶٪ بیش ترین فراوانی را به خود اختصاص داد. نزدیک به نیمی از نمونه های پژوهش (۴۸/۱٪) فشار هزینه درمان های ناباروری را زیاد گزارش کردند. عامل ناباروری زنانه با ۴۱٪ بیش ترین فراوانی را به خود اختصاص داد. حدود ۶۸٪ از نمونه ها میزان فشار اطرافیان برای بچه دار شدن آنان را زیاد یا متوسط گزارش کردند. ۶۳٪ شدت تمایل به بچه دار شدن خود را خیلی زیاد گزارش نمودند.

یافته ها نشان داد که ۴۸/۳٪ از واحدهای پژوهش کیفیت زندگی خوب، ۳۶/۱٪ متوسط و ۱۵/۶٪ کیفیت زندگی ضعیف داشتند. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی ۰/۸۳ ± ۱/۶۲ بود.

در گروه سنی ۱۹-۲۴ سال، ۵۵٪ افراد کیفیت زندگی خوب و کم تر از ۱۰٪ کیفیت زندگی ضعیف داشتند. در سایر گروه های سنی نسبت کیفیت زندگی خوب کم تر از ۵۰٪ و کیفیت زندگی ضعیف بالاتر از ۱۰٪ بود. لیکن آزمون آماری اختلافی بین کیفیت زندگی بر اساس سن نشان نداد.

نتایج نشان داد ارتباط بین کیفیت زندگی با عامل ناباروری و هم چنین نوع ناباروری از نظر آماری معنی دار نبود. زنان با عامل نازایی زنانه کیفیت زندگی پایین تری داشتند و زنان با عامل ناباروری ناشناخته از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. هم چنین میانگین امتیاز کیفیت زندگی در زنان ساکن شهر و روستا از نظر آماری تفاوت معنی دار نداشت.

بین کیفیت زندگی و سطح تحصیلات از نظر آماری ارتباط معنی دار وجود داشت. زنان دارای تحصیلات دانشگاهی کیفیت زندگی بهتری نسبت به زنان با تحصیلات پایین تر داشتند (p=۰/۰۲۶).

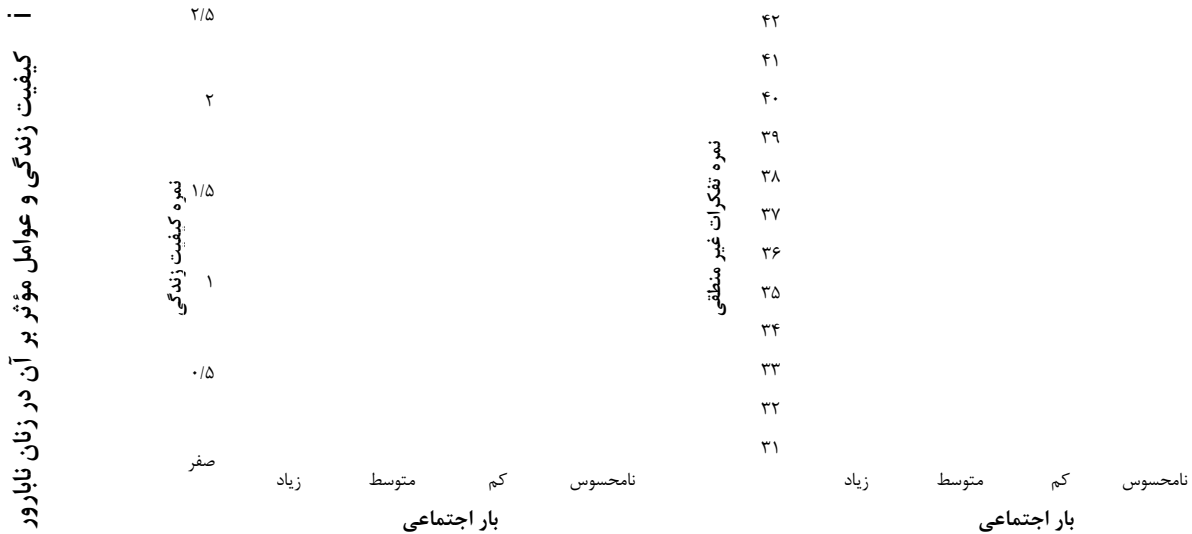
در این مطالعه بین کیفیت زندگی و فشار اطرافیان برای بچه دار شدن ارتباط آماری معنی دار وجود داشت (p=۰/۰۰۱). ۸۱/۳٪ از زنانی که فشاری از اطرافیانشان

توزیع وضعیت پاسخ افراد به اجزای پرسشنامه تفکرات غیر منطقی در جدول شماره ۲ آمده است. با افزایش میزان فشارهای اطرافیان برای بچه دار شدن نمره کیفیت زندگی و تفکرات غیر منطقی افزایش می یابد یعنی کیفیت زندگی ضعیف تر و سطح تفکرات غیر منطقی افزایش می یابد. (نمودار شماره ۱) براساس نتایج آنالیز رگرسیون تنها متغیرهای مستقل پیش گویی کننده کیفیت زندگی عبارت بودند از: ۱- فشار هزینه درمان ناباروری، ۲- تفکرات غیرمنطقی درخصوص داشتن فرزند و ۳- فشار اطرافیان برای بچه دار شدن.

احساس نکرده بودند، کیفیت زندگی خوب داشتند. در حالی که فقط ۳۰٪ زنانی که میزان این فشارها را زیاد گزارش کرده بودند، از کیفیت زندگی خوب برخوردار بودند. یافته ها نشان داد که ارتباط کیفیت زندگی با سطح تفکرات غیر منطقی از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$ ، $r = 0/635$). از آن جا که در این مطالعه نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر بود، بین امتیاز کیفیت زندگی و تفکرات غیر منطقی ارتباط مستقیم خطی وجود داشت. یعنی سطح بالای تفکرات غیر منطقی با کیفیت زندگی پایین همراه بود.

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی کیفیت زندگی واحدهای پژوهش برحسب اجزای تفکرات غیر منطقی زنان نابارور

اجزای تفکرات غیر منطقی	کاملاً موافقم		تا حدودی موافقم		نه موافقم نه مخالف		تا حدودی مخالفم		کاملاً مخالفم	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱- داشتن فرزند، مهمترین مسأله در زندگی است	۶۰	۴۲/۳	۶۲	۴۳/۷	۱۱	۷/۷	۶	۴/۲	۳	۲/۱
۲- زندگی بدون فرزند، پوچ و بی فایده است.	۴۴	۳۱	۳۷	۲۶/۱	۱۸	۱۲/۷	۲۳	۱۶/۲	۲۰	۱۴/۱
۳- قابل قبول نیست که تعدادی از افراد به سادگی بچه دار شده در حالی که سایرین هرگز نمی توانند.	۳۶	۲۵/۴	۳۷	۲۶/۱	۲۶	۱۸/۳	۱۴	۹/۹	۲۹	۲۰/۴
۴- دنیا بر محور بچه ها می چرخد	۳۸	۲۶/۸	۳۴	۲۳/۹	۲۹	۲۰/۴	۱۸	۱۲/۷	۲۳	۱۶/۲
۵- اطرافیان نمی فهمند کسانی که بچه ندارند چه می کنند.	۸۱	۵۷	۲۹	۲۰/۴	۱۷	۱۲	۹	۶/۳	۶	۴/۲
۶- این که بعضی از زنان سقط جنین می کنند قابل درک نیست.	۳۹	۲۷/۵	۲۰	۱۴/۱	۴۶	۳۲/۴	۱۵	۱۰/۶	۲۲	۱۵/۵
۷- وقتی نمی توانید بچه دار شوید، احساس حقارت می کنید.	۳۵	۲۴/۶	۳۸	۲۶/۸	۲۴	۱۶/۹	۱۴	۹/۹	۳۱	۲۱/۸
۸- وقتی نمی توانید بچه دار شوید، از خود متنفر می شوید.	۳۱	۲۱/۸	۲۵	۱۷/۶	۲۴	۱۶/۹	۱۶	۱۱/۳	۴۶	۳۲/۴
۹- درمان های ناباروری بیش از اندازه سخت و آزاردهنده هستند.	۶۶	۴۶/۵	۴۰	۲۸/۲	۲۴	۱۶/۹	۸	۵/۶	۴	۲/۸
۱۰- وقتی که بعد از درمان ناباروری عادت ماهانه بشوید، مثل این است که تمام دنیا بر سرتان خراب می شود.	۸۳	۵۸/۵	۳۱	۲۱/۸	۱۵	۱۰/۶	۴	۲/۸	۹	۶/۳
۱۱- انتظار در طی تشخیص و درمان ناباروری، یک انتظار جهنمی است.	۶۱	۴۳	۴۰	۲۸/۲	۱۶	۱۱/۳	۱۱	۷/۷	۱۴	۹/۹
۱۲- وقتی آخرین درمان ناباروری فردی منجر به شکست می شود، مثل این است که دنیا بر سر وی خراب می شود.	۷۵	۵۲/۸	۲۵	۱۷/۶	۱۸	۱۲/۷	۶	۴/۲	۱۸	۱۲/۷
۱۳- نداشتن فرزند سبب رنج کشیدن در طول زندگی می شود.	۶۴	۴۵/۱	۴۱	۲۸/۹	۱۵	۱۰/۶	۱۴	۹/۹	۸	۵/۶
۱۴- فرد برای حامله شدن هرکاری که بتواند باید انجام دهد.	۷۸	۵۴/۹	۳۵	۲۴/۶	۱۱	۷/۷	۵	۳/۵	۱۳	۹/۲



نمودار ۱- تغییر امتیاز کیفیت زندگی و تفکرات غیر منطقی با فشارهای اطرافیان برای بچه دار شدن

بحث

در خصوص هزینه درمان ناباروری به علت این که خدمات بیمه های درمانی شامل بسیاری از داروهای مورد مصرف در درمان ناباروری نمی شود، در این خصوص نقش دولت و سازمان های مرتبط با بیمه در کاهش هزینه های مربوط به اقدامات تشخیصی و هزینه های درمانی حایز اهمیت است.

(ب) تفکرات غیر منطقی در خصوص داشتن فرزند: در مطالعه مشابه فیکس و همکاران نیز این ارتباط معنی دار بود، به طوری که سطوح بالای این تفکرات با افت عملکرد ایده ال به ویژه عملکرد روان شناختی و هیجانی کیفیت زندگی مرتبط بود (۶). هم چنین نیوتن و همکاران دریافتند زنان و مردان ناباروری که نیاز بالایی برای والدین شدن داشتند و شیوه زندگی بدون فرزند را قویاً رد می کردند، علایم افسردگی و اضطراب بیش تری داشتند (۱۶). در این خصوص پیشنهاد می گردد مشاوره را به ویژه باید به بیمارانی متمرکز کرد که شناخت غیر منطقی دارند. مبنای مشاوره می تواند مبتنی بر تغییر شناخت بیمارانی باشد که معتقدند، داشتن فرزند برای یک زندگی توأم با خوشبختی ضروری است (۶)، چرا که مشاوره ناباروری به ارتقای کیفیت زندگی در بسیاری از افراد که قربانی بحران ناباروری شده اند کمک می کند (۱۷).

(ج) فشار اطرافیان برای بچه دار شدن: در مطالعه ما،

در این مطالعه حدود نیمی از نمونه های پژوهش کیفیت زندگی خوب و ۱۵/۶٪ کیفیت زندگی ضعیف داشتند. تأثیر منفی ناباروری بر کیفیت زندگی زنان نابارور در مطالعات متعدد نشان داده شده است (۶-۹). ولی در برخی مطالعات تفاوتی در کیفیت زندگی این افراد نسبت به جمعیت عمومی مشاهده نشده است (۱۰ و ۱۱). گروه های خاصی از زنان نابارور کیفیت زندگی پایین تری داشتند که با شناسایی این گروه ها می توان مداخلات مناسبی را ارائه نمود.

در مطالعه ما هر چند در تحلیل دو متغیره عوامل مختلفی با سطح کیفیت زندگی ارتباط نشان دادند، ولی استفاده از مدل تحلیل چند متغیره تنها سه متغیر را مرتبط با کیفیت زندگی تعیین نمود که عبارت بودند از:

الف) فشار هزینه درمان ناباروری: در گروهی از زنان که هزینه درمان ناباروری فشاری بر اقتصاد خانواده ایجاد نمی کرد، ۸۷/۵٪ کیفیت زندگی خوبی داشتند. ولی در گروهی که این هزینه ها را زیاد ارزیابی می کردند، فقط ۲۴٪ کیفیت زندگی خوب داشتند. ولی در مطالعه خیانا کیفیت زندگی زنان نابارور اماراتی که برای درمان ناباروری هزینه ای نمی پرداختند، در مقایسه با زنان غیر اماراتی که درمان ناباروری برای آنان رایگان نبود، تفاوت معنی دار نداشت (۸).

بین میزان فشارهای وارده از جانب اطرافیان و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت. انتظارات دوستان و خانواده، احساس حقارت ناشی از عدم توانایی در این عملکرد طبیعی اولیه باعث ایجاد اثرات هیجانی بر فرد می شوند.

وایت فورد و گونزالز گزارش کردند که فشارهای اجتماعی و خانوادگی برای بقای نام خانوادگی آنان می تواند بار روان شناختی بر زوج نابارور تحمیل کند (۵). در این خصوص دست اندر کاران مشاوره و درمان زنان نابارور نباید مداخلات مشاوره ای را صرفاً متمرکز بر زنان نابارور نمایند، بلکه باید خانواده و همسر را مورد ملاحظه قرار دهند.

در این مطالعه بین امتیاز کیفیت زندگی و سن ارتباط معنی دار یافت نشد. در گروه سنی ۱۹-۲۴ سال، ۵۵٪ افراد کیفیت زندگی خوب و کم تر از ۱۰٪ کیفیت زندگی ضعیف داشتند. در سایر گروه های سنی بالاتر از ۱۰٪ کیفیت زندگی ضعیف و کم تر از ۵۰٪ کیفیت زندگی خوب داشتند، ولی آزمون آماری اختلافی بین توزیع کیفیت زندگی براساس سن نشان نداد. این در حالی است که در مطالعه خیاتا و همکاران در امارات ارتباط معنی دار بین این دو وجود داشت، به طوری که زنان نابارور بالای ۳۰ سال کیفیت زندگی پایین تری داشتند (۸). از آن جا که در مطالعه ما حدود ۶۶٪ نمونه های زیر ۳۰ سال سن داشتند، احتمالاً توزیع سنی متفاوت توجیه کننده این یافته باشد.

در این مطالعه بین عامل ناباروری و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت. هرچند زنان با عامل نازایی زنانه کیفیت زندگی پایین تری داشتند و زنان با عامل ناباروری ناشناخته نسبت به بقیه از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. در مطالعه ای که دکتر رشیدی و همکاران به منظور بررسی کیفیت زندگی زوج های نابارور دریافت کننده IVF یا ICSI انجام دادند با استفاده از پرسشنامه SF-36 در ۵۱۴ زن و ۵۱۴ مرد دریافتند که کیفیت زندگی در ناباروری با علت مردانه بهتر بود. انجام رگرسیون لجستیک نشان داد که جنس مؤنث و سطح تحصیلات پایین از پیش گویی کننده های

کیفیت زندگی فیزیکی پایین تر بود (۱۷).

در مطالعه فکس و همکاران در هلند نیز این ارتباط معنی دار نبود (۶). ولی در مطالعه خیاتا و همکاران این ارتباط معنی دار بود. به طوری که زنان نابارور با عامل نازایی زنانه کیفیت زندگی پایین تری داشتند (۸). آنان پر استرس بودن نازایی در کشورشان (امارات) را به مسایل فرهنگی و اجتماعی حاکم نسبت دادند. همان گونه که در جوامع عرب مرسوم است که اگر زنی بچه دار نشود شوهرش ازدواج مجدد انجام می دهد. در حالی که در ایران این مسئله بسیار کم رنگ تر است.

در این مطالعه بین کیفیت زندگی و شدت تمایل به بچه دار شدن از نظر آماری ارتباط معنی داری وجود داشت.

مطالعه حاضر دارای محدودیت ها و نکات قوتی بود که این موارد عبارت بودند از:

- ۱- در این مطالعه از پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی ناباروری استفاده شده است که امکان مقایسه با گروه کنترل وجود نداشت. از طرفی باتوجه به اختصاصی بودن پرسشنامه برای ناباروری به دلیل سازگاری با شرایط خاص این وضعیت نقطه قوت این مطالعه محسوب می شود. بدیهی است محققین با توجه به هدف خویش در این زمینه تصمیم گیری می نمایند.
- ۲- هر چند این مطالعه از نظر چند مرکزی بودن محدودیت دارد و به جهت این که مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر جزو مراکزی است که از اقصی نقاط ایران مراجعه کننده دارد، این امر اعتبار خارجی مطالعه را افزایش میدهد.

نتیجه گیری

در این مطالعه کیفیت زندگی زنان نابارور تحت تأثیر تفکرات غیر منطقی در خصوص داشتن فرزند و فشار هزینه درمان ناباروری و میزان فشار اطرافیان برای بچه دار شدن بود. شناسایی این گروه ها که اختلال بیش تری در کیفیت زندگی شان دارند، امکان فراهم نمودن مشاوره مناسب برای این افراد را فراهم می کند.

باروری ولی عصر تهران و نیز معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران که در انجام پژوهش ما را یاری دادند تقدیر و تشکر می گردد. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد.

حمایت و مشاوره دقیق زنان نابارور برای بهبود کیفیت زندگی آنان ضروری به نظر می رسد. پیشنهاد می شود کیفیت زندگی زنان نابارور با زنان بارور مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان و پزشکان مرکز تحقیقات بهداشت

منابع

1. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current practices and controversies in assisted reproduction report of a meeting "medical, ethical and social aspects of assisted reproduction". Geneva: World Health Organization; 2002. p.31.
2. Eskandari N, Cadieux M. Infertility. In: Nathan L, Decherney A, editors. Current obstetrics and gynecologic diagnosis and treatment. 9th ed. New York: McGraw- Hill; 2003. p.979-80.
3. Karimzadeh M, Aflatounian A, Taheripناه R, Dehgani-firouzabadi R. Infertility: evaluation and treatment. Yazd: Yazd publications; 1996. [Text in Persian]
4. Baharvand H. Infertility management guide for infertile couples. 2nd ed. Tehran: Tabib publications; 2003. [Text in Persian]
5. Whiteford LM, Gonzalez L. Stigma: the hidden burden of infertility. Soc Sci Med 1995;40(1):27-36.
6. Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GH, Braat DD, Brewaeys AM, Dolfing JG, et al. Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. Hum Repr 2003;18(7):1536-43.
7. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology 2004;63(1):126-30.
8. Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, Ghazal-Aswad S, Asaad MA. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. Int J Gynaecol Obstet 2003;80(2):183-8.
9. Wilson JF, Kopitzke EJ. Stress and infertility. Curr Womens Health Rep 2002;2(3):194-9.
10. Hearn MT, Yuzpe AA, Brown SE, Casper RF. Psychological characteristics of in vitro fertilization participants. Am J Obstet Gynecol 1987;156(2):269-74.
11. Weaver SM, Clifford E, Hay DM, Robinson J. Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. Patient Educ Couns 1997;31(1):7-18.
12. Inhorn MC, Buss KA. Ethnography, epidemiology and infertility in Egypt. Soc Sci Med 1994; 39(5): 671-86.
13. Aliyeh G, Laya F. Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. Med Sci Monit 2007;13(7):CR313-CR317.
14. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. BMC Health Serv Res 2008;8:186.
15. Rafeaisirpak K. Textbook of preventive and community medicine. 1st ed. Tehran: Ilia publications; 2003. [Text in Persian]
16. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. Fertil Steril 1999;72(1):54-62.
17. Bresnick E, Taymor ML. The role of counseling in infertility. Fertil Steril 1979;32(2):154-6.