

تأثیر ناباروری زنان بر بعد عینی کیفیت زندگی

دکتر افسانه توسلی^۱

طهران فارسی^۲

چکیده

مطالعات نشان می‌دهد که میزان ناباروری رو به افزایش است. زوجین نابارور مشکلات بسیاری را در زندگی خود تجربه می‌کنند. اندازه‌گیری بعد عینی کیفیت زندگی سبب می‌شود تا مسئولین بهداشتی، اجتماعی با آگاهی از نیازهای آنان، بتوانند خدمات بهتری را به ایشان ارائه دهند و سنجش بعد عینی کیفیت زندگی، در برنامه ریزی برای حل ناباروری و فهم ضرورت وجود این مراقبت‌ها، برای سیاست‌گذاران و انجمن‌های مراقبت از سلامت اهمیت دارد. تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند، با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این تحقیق یک تحقیق مقایسه‌ای است و در دو گروه زنان بارور و زنان نابارور انجام گرفته است. جامعه آماری متشکل از ۳۶۰ نفر (۱۸۰ نفر زن بارور و ۱۸۰ نفر زن نابارور) است که افراد نابارور در ۳ مرکز درمان ناباروری شهر تهران (دولتی-نیمه دولتی-خصوصی) مورد پژوهش قرار گرفتند و بنا به خصوصیات زنان نابارور (سن، تحصیلات فرد، تحصیلات همسر فرد، مدت زمان ازدواج، وضعیت اشتغال، میزان هزینه زندگی) زنان بارور در شهر تهران انتخاب شدند. روش تحقیق پیمایشی و از نوع مقایسه‌ای است. ابزار کار پرسشنامه است که در ۶۰ سؤال بسته و ۶ سؤال باز و نیمه باز طراحی شده است.

یافته‌های تحقیق در دو صورت یافته‌ای آماری و یافته‌ای تحلیلی مورد بررسی قرار گرفتند. از جداول توزیع فراوانی در داده‌های آماری و نظریات پاسخگویان استفاده شد و آزمون استفاده شده در داده‌ای تحلیلی این تحقیق آزمون t دو نمونه‌ای مستقل، آزمون F مستقل همچنین از آزمون همبستگی پیرسون، آزمون پس تجربی (واریانس نابرابر) می‌باشد.

نتایج به دست آمده حاکی از آن است زنان بارور از تمایل به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، کیفیت زناشویی و وضعیت سلامت بیشتر و بهتری نسبت به زنان نابارور دارند. کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور متفاوت است و ناباروری تأثیر بر بعد عینی کیفیت زندگی افراد نابارور دارد و کیفیت زندگی زنان بارور بهتر از بعد عینی کیفیت زندگی زنان نابارور است.

زنان نابارور تمایل کمتری به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی دارند و همچنین کیفیت زناشویی زنان نابارور کمتر از زنان بارور است. میزان وضعیت سلامت زنان بارور بیشتر از زنان نابارور است.

کلید واژه: ناباروری، بعد عینی کیفیت زندگی (روابط اجتماعی، کیفیت زناشویی و وضعیت سلامت فرد)

¹ afsantav@yahoo.com، عضو هیئت علمی دانشگاه الزهراء.

² tarlan_oldfriend@yahoo.com، کارشناس ارشد علوم اجتماعی

مقدمه

شاخص امروزه پیشرفت یک اجتماع «کیفیت زندگی» است که در برگیرنده مهم ترین عواملی است که شرایط زندگی در جامعه و رفاه شخصی افراد را تعیین می کند که شامل دو بعد عینی ذهنی می باشد که در این تحقیق بعد عینی آن مورد پژوهش قرار گرفته است. از طرف دیگر ناباروری باعث می شود تا تغییرات زیستی شیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیک (کالبدی) زیادی در بدن زنان رخ می دهد. این تغییرات فراتر از کنترل آنان است و اولین تغییراتی محسوب می شود که آنها را، هم از نظر جسمی و از هم از نظر روحی، آسیب پذیر می کند. این تغییرات می توانند توانایی هر زن را برای انجام دادن نقش های معمول زندگی تغییر دهند. به عبارت دیگر، در ناباروری، سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع، بعد عینی کیفیت زندگی زنان نابارور، دچار تغییرات زیادی می شود. بعد عینی کیفیت زندگی، ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی افراد را در بر می گیرد. این ابعاد، در افراد نابارور قابل سنجش هستند و سنجش آن، در برنامه ریزی برای حل ناباروری و فهم ضرورت وجود این مراقبت ها، برای سیاست گذاران و انجمن های مراقبت از سلامت اهمیت دارد. سه عامل جسمانی، شخصی و اجتماعی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی محسوب می شوند که از جمله عوامل جسمانی می توان به نیازهای اولیه از قبیل مسکن، لباس، آب و از عوامل شخصی به ثروت، خانواده، دوستان، دسترسی به کالاهای اساسی، حمایت افراد نزدیک و از عوامل اجتماعی نیز می توان به وضعیت مشارکت افراد در فعالیت های اجتماعی، اشاره کرد. تحقیقات نشان داده اند که عملکرد جسمانی بدن، به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی در ناباروران، کاهش می یابد.

براساس آمارهای موجود بین ۲۰-۱۲ درصد زوجها نابارور می باشند. از این میان ۴۰٪ از موارد ناباروری مستقیماً به زن، ۴۰٪ به مرد و ۲۰٪ به هر دو آنها مربوط می شود. علاوه بر این حدود ۱۲-۱۰ درصد زنان ناباروری ثانویه را تجربه می کنند که منظور ناباروری بعد از یک زایمان، به دلیل بیماریهای زنان است. این امر موجب می شود تعداد زنانی که با مشکل ناباروری روبرو می شوند در مقایسه با مردان افزایش یابد و همچنین با افزایش سن به درصد ناباروری زنان افزوده می شود (ترانتمن^۳، ۱۹۹۶؛ ۵۴).

تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده اند، با استرس های فیزیکی، اقتصادی، روان شناختی و اجتماعی همراه است. نتایج تحقیقات متخصصان بهداشت روانی، روان شناسی بالینی و اجتماعی اثرات استرس بر سلامت روانی 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 بنفس پایین و نارضایتی هستند. همچنین دوماً و همکارانش^۴ دریافتند میزان اضطراب و افسردگی در زنان نابارور برابر با

³ - Trantham P. (1996)

⁴ -Domar A., Clapp D., Slasby E., et al. (2000)

میزان اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به ناراحتی قلبی، سرطان و ایدز است (دومار و همکارانش، ۲۰۰۰؛ ۷۳).

ناباروری با احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد بنفس همراه است. نتایج تحقیقات نشان داده است متغیرهای مختلف روانشناختی و جامعه شناختی بعد عینی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنظر می‌رسد عوامل مداخله‌گری همچون تعارضات زناشویی، روش‌های مقابله انکار و گریز احساس کنترل ادا رک شده، دریافت حمایت‌های اجتماعی از ناحیه همسر و اطرافیان و شبکه‌های ارتباطی، روابط جنسی و روش مقابله مسئله مدار می‌توانند اثر استرس‌ها را شدت بخشیده و یا کاهش دهند. زنانی که احساس می‌کنند ناباروری باعث از دست‌دادن کنترل بر زندگی آنها شده است، در مراحل درمان ناباروری دچار مشکلات تطابقی بیشتری می‌شوند. تعارض و جر و بحث درباره کنار آمدن با ناباروری می‌تواند رضایت و بهداشت بعد عینی کیفیت زندگی را کاهش دهد. واکنش‌های آنها بیشتر شبیه به واکنش سوگ است. زنان متأهل در مقایسه با همسرانشان گزارش کرده‌اند استرس بیشتری را در زندگی شخصی، اجتماعی و جنسی خود تجربه کرده‌اند (گیسون^۵، ۲۰۰۰؛ ۷۸).

دانیلوک^۶ معتقد است 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 بعنوان مهم‌ترین نقش در بزرگسالی به حساب می‌آورند، بنابراین زنان نابارور با استرس بیشتری روبرو می‌شوند. همچنین بسیاری از آزمایشات و درمان‌های ناباروری بر روی زنان انجام می‌شود که خود باعث افزایش بیشتر فشارهای روانی می‌گردد. همچنین بسیاری از مردم تصور می‌کنند که مشکل ناباروری متوجه زنان است. زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور خودشان را بیشتر مسئول مشکل ناباروری می‌دانند. لی^۷ معتقد است 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. نکته قابل توجه این است که زن و شوهر هر دو بدون توجه به علت ناباروری زن را سرزنش می‌کنند و حتی در مواردیکه علت ناباروری به مرد مربوط باشد باز هم زن مورد سرزنش اطرافیان قرار می‌گیرد. (لی، ۱۹۹۸)

کیفیت زندگی مفهومی است بسیار انتزاعی که نمی‌توان برای آن تعریف جامعی ارائه داد و به طور کلی تعریف مفهومی آن چندان ساده نیست ولی بر حسب نیاز می‌توان برای آن تعاریف عملیاتی ارائه کرد. با این حال دونالد^۸ بعد عینی کیفیت زندگی را اصطلاحی توصیفی عنوان می‌کند که به سلامت و ارتقاء

⁵ - Gibson, D (2000)

⁶ - Daniluk J. C. (1997)

⁷ - Lee C. 1998

⁸ - Donald A. What is quality of life? (2001).

عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و توانایی آنها برای انجام وظائف روزمره اشاره دارد. بدین معنی که بعد عینی کیفیت زندگی خوب بوسیله سلامت جسمانی مناسب و حمایت از سوی خانواده و دوستان و همچنین رضایت ایجاد می‌شود. بدون شک عوامل عینی خارجی مانند درآمد و طول عمر بر آن تأثیر می‌گذارد. متخصصان ابعادی را برای کیفیت زندگی مشخص کرده‌اند. از نظر تورانس عملکرد روان شناختی، عاطفی و اجتماعی به طور مستقیم نقش عمده‌ای در کیفیت زندگی دارد... (دونالد، ۲۰۰۱)

کوهن^۹ و همکاران چهار زیرمقیاس جسمانی، روان شناختی، وجودی و ابعاد حمایتی را برای کیفیت زندگی گزارش کردند. ایوانز و کوپ در ساخت پرسشنامه کیفیت زندگی پنج بعد اصلی را در نظر گرفتند: بهبودی کلی، فعالیت شغلی، روابط بین فردی، فعالیت‌های تفریحی و لذت بخش، و فعالیت‌های سازمان یافته (کوهن و همکاران، ۱۹۹۵).

پیشینه تحقیق

در تحقیقی که توسط اعظم ذاکر مشفق در سال ۱۳۸۷ تحت عنوان «بررسی جامعه شناختی تاثیر ناباروری بر زندگی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری تهران» صورت گرفت ۳۰ زن نابارور مورد مطالعه قرار گرفتند نتایج به دست آمده گویای آن است که تاثیرات منفی ناباروری رفتارهای پرخاشگرانه، گوشه گیری، تنهایی، خودکم بینی، تمایل به فاصله گرفتن از دنیای بیرونی، دخالت دیگران به ویژه زنان در زندگی زنان نابارور و سرزنش آنان به دلیل شکست در فرزندآوری بود. بعضی از متغیرهای اجتماعی مانند سطح سواد، اشتغال، محل زندگی و عامل باروری در بروز مشکلات اجتماعی خانوادگی و نوع نگرش بارور تاثیر دارد (ذاکر مشفق، ۱۳۸۷؛ ۲۰۰۰).

گیبسون^{۱۰} و دیگران ناباروری را به عنوان یک بحران تعریف کرده‌اند. به نظر آنان این بحران با استرس‌های گوناگون اجتماعی، روانی، جسمی و مالی همراه می‌باشد و اگرچه هر دو زوج این بحران را تجربه می‌کنند اما زنان اثرات روان شناختی منفی بیشتری را در مقایسه با مردان نابارور تجربه می‌کنند. به نظر آنان دوری از نقش مادری که مهمترین نقش زنان در بزرگسالی به حساب می‌آید و انجام آزمایشات و درمان‌های نابارور خود را بیشتر مسئول مشکل ناباروری بدانند (گیبسون و دیگران، ۲۰۰۰؛ ۴۱۱).

جواد فرخی در مطالعه خود تحت عنوان «کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن» که از سرپرستان خانوارهای ساکن تهران که به صورت پیمایشی بررسی شده است نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که متغیرهای سابقه زندگی مشترک، میزان تحصیلات و ارزیابی خدمات شهری، متغیرهای اثر گذار بر سلامت

⁹ - Cohen R. Mount BM. Strobri M G. and Bui F. Mc Gill(1995)

¹⁰ -Gibson,D(2000)

جسمانی ۱۶ درصد است. متغیرهای میزان سن، سابقه زندگی مشترک، سرمایه اجتماعی، وضعیت تحصیلات همسر، رضایت مندی از محله، وضعیت اشتغال همسر و میزان تحصیلات ۲۸/۵ بوده است. و در مورد متغیرهای اثر گذار بر کیفیت زندگی نیز تحلیل رگرسیونی ۶ متغیر میزان سرمایه اجتماعی، میزان سن، میزان تحصیلات، سابقه زندگی مشترک، رضایت مندی از محله و ارزیابی خدمات شهری را متغیرهای اثرگذار ۳۶/۷ درصد تشخیص داده است.

در امریکا نخستین بار واژه کیفیت زندگی به صورت تخصصی توسط پیژو در سال ۱۹۲۰ در کتاب "اقتصاد و رفاه" به کار برده شد. او در این کتاب حمایت حکومت از افراد سطح پایین را مطرح کرد و تأثیری که این حمایت بر روی زندگی این افراد دارد را توضیح داد. آن زمان این اقدامات او با شکست مواجه شد و موضوع تا بعد از جنگ جهانی دوم مسکوت باقی ماند. در آن زمان دو واقعه مهم رخ داد: اول آنکه سازمان بهداشت جهانی تعریفی را از سلامت ارائه داد که شامل سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی بود و این امر منجر به بحث‌های علمی قابل توجهی در مورد سلامت و چگونگی اندازه گیری آن شد. دومین اتفاق وجود نابرابری گسترده اجتماعی در سراسر جامعه غربی بود که از دهه ۱۹۶۰ منجر به یک تحول اجتماعی شد و اولین قدم‌ها جهت سیاست گذاری همه جانبه برداشته شد (وود^{۱۱}، ۱۹۹۹).

اگرچه تعاریف مشابهی از بعد عینی کیفیت زندگی ارائه شده اما به علت تفاوت شرایط افراد و جوامع متفاوت دارای تمایزهایی نیز می باشند. تعاریف کیفیت زندگی از جنبه های مختلف و زوایای متفاوتی به این قضیه نگاه می کنند. دیدگاه‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و روانشناختی در آن دخیل هستند (عظیمی، ۱۳۸۸؛ ۵).

کیفیت زندگی به دو شاخص عینی و ذهنی اندازه گیری می شود. جنبه ذهنی به افراد کمک می کند تا تعریفی از هویت، آرمان‌ها و جهت‌یابی زندگی شان ارائه کنند و این جنبه زمانی با ارزش است که با شرایط عینی زندگی همراه شود. جنبه عینی زندگی به نوبه خود به دو امر دلالت دارد: اول، اوضاع و احوال محیط زیست آدمی همچون آلودگی محیط، مسکن، منابع مالی، تفریحات و مانند آن، دوم، برخی از مشخصات افراد جامعه همچون تندرستی، دستاوردهای آموزشی، انسجام خانوادگی، سلامت روانی و مانند آن. (همان).

¹¹ -Wood

روش تحقیق

این تحقیق ۱۸۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز درمانی ناباروری شهر تهران و ۱۸۰ نفر از زنان بارور شهر تهران هستند. پس از تعیین جامعه آماری و در نظر گرفتن ابعاد گوناگون پرسشنامه در دو گروه زنان بارور و نابارور قرار گرفت. انجمن علمی ناباروری وجود ۱۶ مرکز ناباروری در مناطق مختلف شهر تهران را تایید می کند که شامل ۸ مرکز خصوصی، ۳ مرکز نیمه دولتی و ۵ مرکز دولتی است و مراجعین آنها از تمام نقاط مختلف کشور هستند مخصوصاً شهرهایی که فاقد مرکز درمان ناباروری هستند در تحقیقات اولیه از این مراکز مشخص شد که هزینه های دریافتی برای درمان ناباروری در هر یک از مراکز متفاوت است. مراکز خصوصی بیشترین هزینه و مراکز دولتی کمترین هزینه را از مراجعین خود دریافت می نمایند. لذا تصمیم گرفته شد که از بین مراکز خصوصی، نیمه خصوصی و دولتی از هر کدام یک مرکز به صورت تصادفی انتخاب شود تا نمونه های انتخابی از بین اقشار مختلف اجتماعی زنان باشد. چون تحقیق به صورت مقایسه ای است زنان بارور حداقل صاحب یک فرزند هستند و به صورت ویژگی هایی که زنان نابارور داشتند در شهر تهران انتخاب شدند بنا به خصوصیات زنان نابارور (سن، تحصیلات فرد، تحصیلات همسر فرد، مدت زمان ازدواج، وضعیت اشتغال، میزان هزینه زندگی) زنان بارور در شهر تهران انتخاب شدند. پرسشنامه حاوی ۶۶ سؤال بسته و باز است که کیفیت زندگی را در بعد ذهنی بررسی می کند. ابعاد ذهنی شامل نشاط اجتماعی، روابط اجتماعی و رضایت از خود است. در این پرسشنامه هرچقدر فرد در ابعاد ذهنی نمره کمتری کسب کند نشاندهنده پایین بودن کیفیت زندگی فرد محسوب می شود. پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰.۷۵٪ محاسبه شد. برای آزمون پایایی پرسشنامه در تحقیق حاضر، با استفاده از داده های آزمون مقدماتی و به کمک کامپیوتر و نرم افزار SPSS، میزان آلفای کرونباخ برای متغیرهایی که به صورت سازه تهیه شده بودند محاسبه گردید. متغیر وابسته تحقیق، کیفیت زندگی بود که توسط ۶۰ گویه سنجیده شد. به منظور سنجش میزان هماهنگی درونی این گویه ها نیز آلفای کرونباخ محاسبه شد.

در این محاسبات پس از بررسی و مقایسه روش های گوناگون که با SPSS انجام شد نهایتاً از آزمون t می شد و سطح معنی داری جهت انتخاب متغیرها برای مدل برابر با ۰.۵٪ است.

فرضیات تحقیق

فرضیه های اصلی

(۱) به نظر میرسد میانگین بعد عینی کیفیت زندگی و ابعادهش در بین دو گروه زنان بارور و نابارور تفاوت معناداری وجود دارد. (۲) به نظر می رسد وضعیت ناباروری با بعد عینی و ابعادهش رابطه معناداری دارد.

فرضیه های فرعی

(۱) به نظر میرسد بعد عینی کیفیت زندگی با مدت زمان ازدواج رابطه معناداری دارد.

(۲) به نظر میرسد بعد عینی کیفیت زندگی با میزان هزینه ماهانه رابطه معناداری دارد.

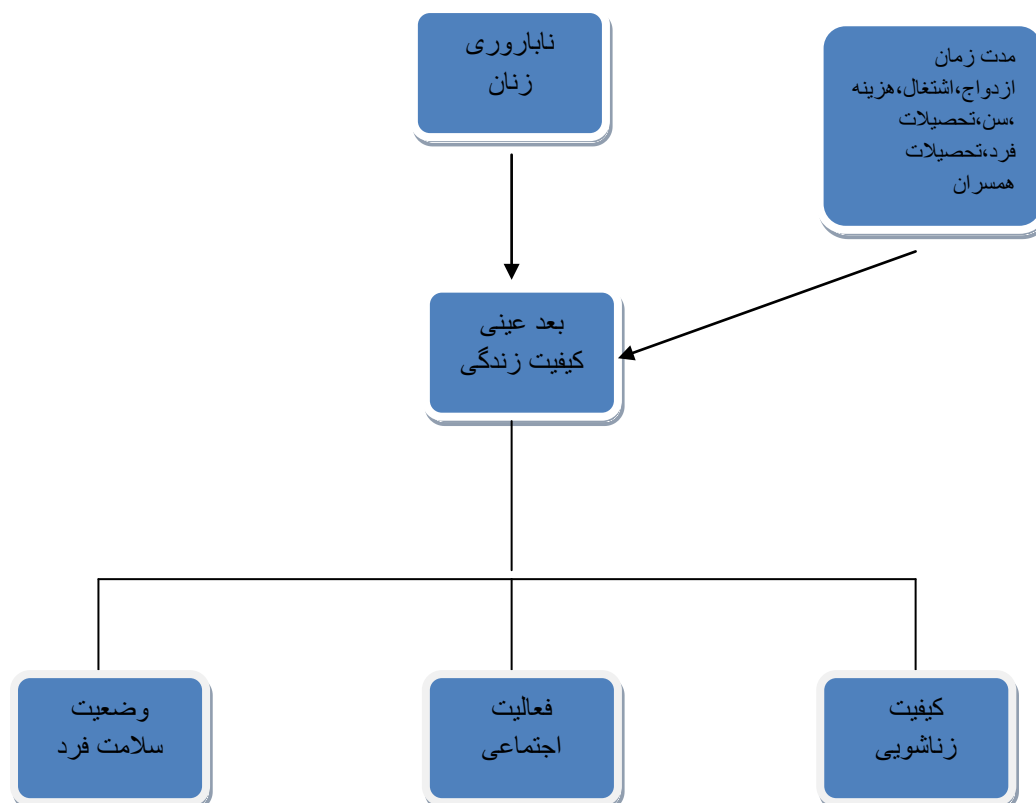
(۳) به نظر میرسد بین میانگین بعد عینی کیفیت زندگی در بین دو گروه زنان شاغل و غیر شاغل تفاوت معناداری وجود دارد.

(۴) به نظر میرسد بین میانگین بعد عینی کیفیت زندگی در گروه های سنی مختلف تفاوت معناداری وجود دارد.

(۵) به نظر میرسد بین میانگین بعد عینی کیفیت زندگی در گروه های تحصیلی مختلف تفاوت معناداری وجود دارد.

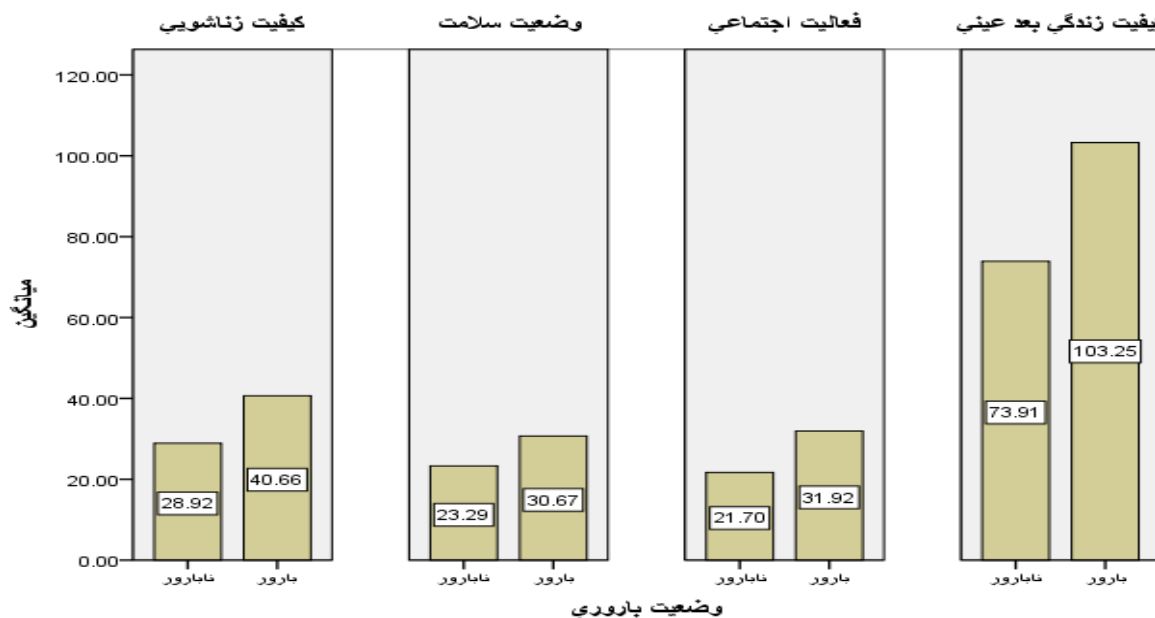
(۶) به نظر میرسد بین میانگین بعد عینی کیفیت زندگی در گروه های مختلف تحصیلی همسران تفاوت معناداری وجود دارد.

مدل تحقیق

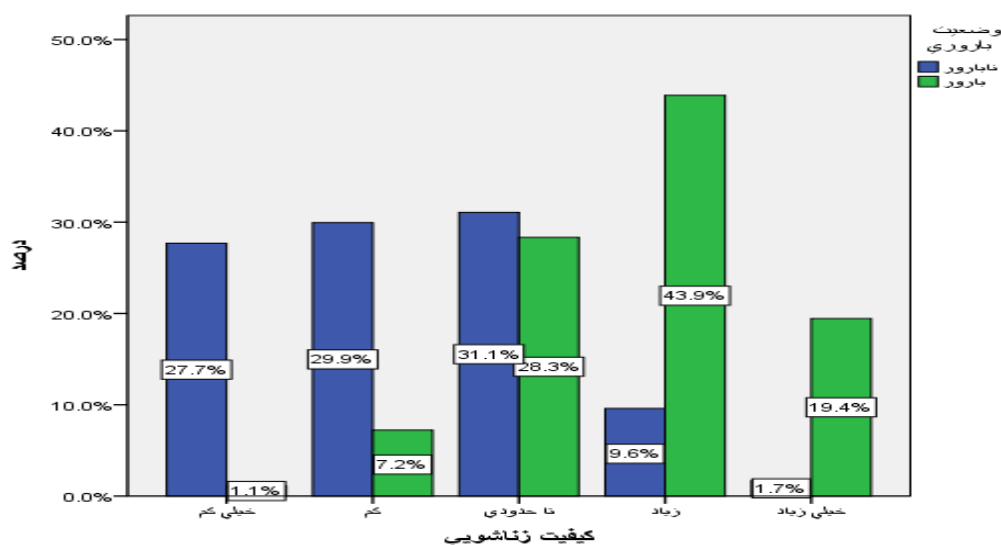


یافته های تحقیق

همانطور که در نمودار (۱) مشاهده میشود میانگین بعد عینی کیفیت زندگی و ابعادش (کیفیت زناشویی، فعالیت اجتماعی و وضعیت سلامت فرد) در زنان بارور بیشتر از زنان نابارور می باشد.

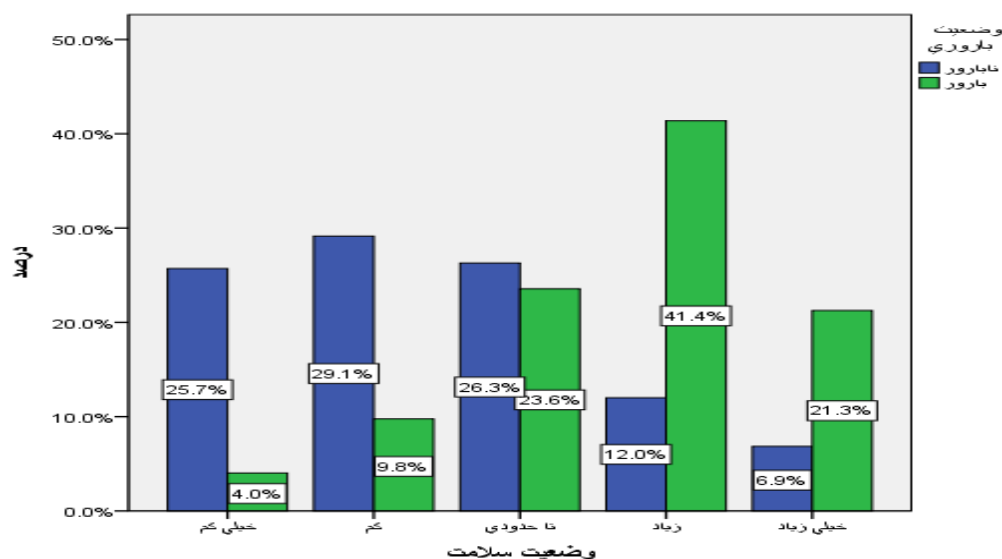


نمودار شماره ۱: توزیع میانگین وضعیت باروری در بعد عینی کیفیت زندگی و ابعادش



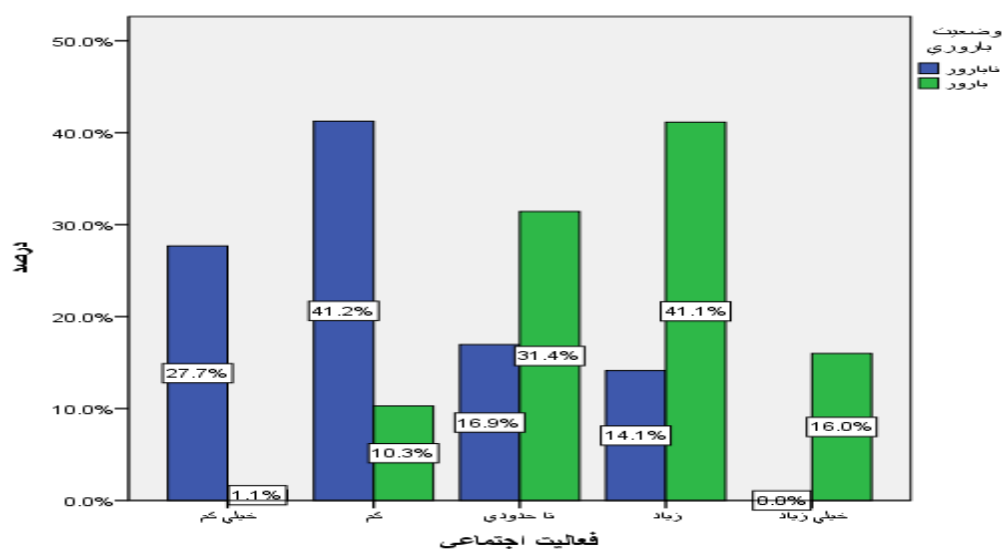
نمودار شماره ۳: توزیع درصدی کیفیت زناشویی (بعد عینی کیفیت زندگی) در وضعیت باروری

با توجه به نتایج تحقیق حاضر در جدول بالا کیفیت زناشویی ۵۷/۶ درصد زنانی که نابارورند خیلی کم و کم و تنها در ۱/۷ درصد زنان نابارور کیفیت زناشویی شان خیلی زیاد می باشد. این در حالی است که فقط ۸/۳ درصد زنان بارور کیفیت زناشویی شان کم و خیلی کم می باشد. همچنین ۶۳/۳ درصد زنان بارور کیفیت زناشویی شان زیاد و خیلی زیاد می باشد.



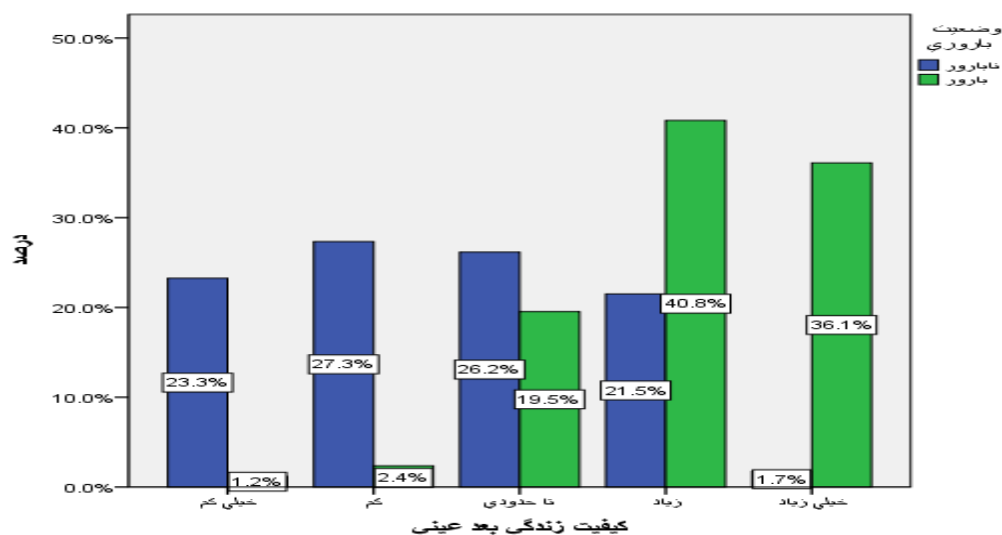
نمودار شماره ۴: توزیع درصدی وضعیت سلامت (بعد عینی کیفیت زندگی) در وضعیت باروری

با توجه به نتایج تحقیق حاضر در جدول بالا وضعیت سلامت ۵۴/۸ درصد زنانی که نابارورند خیلی کم و کم و تنها در ۶/۹ درصد زنان نابارور وضعیت سلامت شان خیلی زیاد می باشد. این در حالی است که فقط ۱۳/۸ درصد زنان بارور وضعیت سلامت شان کم و خیلی کم می باشد. همچنین ۶۲/۷ درصد زنان بارور وضعیت سلامت شان زیاد و خیلی زیاد می باشد.



نمودار شماره ۵: توزیع درصدی فعالیت اجتماعی (بعد عینی کیفیت زندگی) در وضعیت باروری

با توجه به نتایج تحقیق حاضر در جدول بالا فعالیت اجتماعی ۶۸/۹ درصد زنانی که نابارورند خیلی کم و کم و در هیچ موردی زنان نابارور فعالیت اجتماعی شان خیلی زیاد نمی باشد. این در حالی است که فقط ۱۱/۴ درصد زنان بارور فعالیت اجتماعی شان کم و خیلی کم می باشد. همچنین ۵۷/۱ درصد زنان بارور فعالیت اجتماعی شان زیاد و خیلی زیاد می باشد.



نمودار شماره ۶: توزیع درصدی بعد عینی کیفیت زندگی در وضعیت باروری

با توجه به نتایج تحقیق حاضر در جدول فوق بعد عینی کیفیت زندگی ۵۰/۶ درصد زنانی که نابارورند خیلی کم و کم و تنها در ۱/۷ درصد زنان نابارور بعد عینی کیفیت زندگی شان خیلی زیاد می باشد. این در حالی

است که فقط ۳/۶ درصد زنان بارور بعد عینی کیفیت زندگی شان کم و خیلی کم می باشد. همچنین ۷۶/۹ درصد زنان بارور بعد عینی کیفیت زندگی شان زیاد و خیلی زیاد می باشد.

یافته های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیتی تحقیق

پراکندگی در تمامی سنین باروری وجود دارد و از ۲۴ سال شروع می شود تا ۴۴ سال بالاتر. در مدت زمان ازدواج بیشترین پاسخگو یعنی ۴۳/۱ درصد ۵ تا ۹ سال و کمترین پاسخگو یان که ۴/۷ درصد ۲۵ سال و بالاتر از مدت ازدواج شان می گذرد. در مورد میزان تحصیلات پاسخگویان بیشترین تعداد نمونه مربوط به تحصیلات دیپلم یعنی ۴۱/۷ درصد ، ۸/۶ درصد مربوط به تحصیلات فوق دیپلم است. بیشترین درصد (۵۴/۲) تحصیلات همسران پاسخگویان مربوط به لیسانس و بالاتر است و کمترین درصد (۵/۲) فوق دیپلم هستند. بیشتر پاسخگویان غیر شاغل بودند. بیشترین پاسخگویان یعنی ۵۰ درصد آنها میزان درآمد ماهانه شان از ۵۰۱ هزار تومان تا یک میلیون ، ۱۴/۲ درصد میزان هزینه ماهانه زندگی خود را ۵۰۰ هزار تومان و کمتر از آن می باشد.

یافته های آمار توصیفی مربوط به متغیر های اصلی تحقیق

میانگین بعد عینی کیفیت زندگی زنان نابارور ۷۳/۹۱ و این در حالی است در زنان بارور ۱۰۳/۲۵ می باشد. میانگین کیفیت زناشویی، فعالیت اجتماعی و وضعیت سلامت فرد در زنان نابارور کمتر از زنان بارور است. میانگین حسابی به دست آمده برابر با ۱۵۰/۰۱ با میانگین حسابی بریده شده به میزان ۱۴۹/۴۲ تقریباً برابر است و این نتیجه به این معناست که داده های پرت در این متغیر وجود ندارد و این نتیجه یکی از نشانه های نرمال بودن متغیر وابسته (بعد عینی کیفیت زندگی) است .

یافته های تحقیق نشان می دهد که ناباروری بر بعد ابعاد عینی کیفیت زندگی تاثیر دارد.

نتایج متغیر های اصلی و زمینه ای تحقیق

میانگین بعد عینی کیفیت زندگی در دو گروه زنان نابارور و بارور متفاوت می باشد. میانگین بعد عینی کیفیت زندگی در گروه دوم که زنان بارور می باشند بیشتر از زنان نابارور می باشد.

میانگین کیفیت زناشویی در دو گروه زنان نابارور و بارور متفاوت می باشد. میانگین کیفیت زناشویی در گروه دوم که زنان بارور می باشند بیشتر از زنان نابارور می باشد. وضعیت سلامت در گروه دوم که زنان بارور می باشند بیشتر از زنان نابارور می باشد. میانگین فعالیت اجتماعی در دو گروه زنان نابارور و بارور متفاوت می باشد. میانگین فعالیت اجتماعی در گروه دوم که زنان بارور می باشند بیشتر از زنان نابارور می باشد. وضعیت ناباروری زنان موجب کاهش کیفیت زندگی می شود همچنین باروری زنان موجب افزایش کیفیت زندگی

می شود. میانگین کیفیت زندگی در بین زنان شاغل بیشتر از غیر شاغل و همچنین بارور بیشتر از نابارور می باشد. با بالا رفتن تحصیلات میانگین کیفیت زندگی نیز افزایش می یابد. همچنین میانگین کیفیت زندگی در بین زنان بارور با هر سطح تحصیلاتی بیشتر از زنان نابارور می باشد. زنانی که همسرانشان مدارک تحصیلی بالاتر دارند و از طرف دیگر باروند میانگین کیفیت زندگی شان بالاتر از زنانی است که تحصیلات همسرانشان پایین و ناباروند می باشد. کیفیت زندگی زنان بارور بیشتر از زنان نابارور می باشد همچنین میانگین کیفیت زندگی در سال های اول و بالاتر از ۲۵ سال ازدواج ، بیشتر می شود.

میانگین متغیر کیفیت زندگی (بعد عینی) زنان بارور (۳/۵۳۸) نمونه مورد مطالعه بیشتر از زنان نابارور (۲/۵۴۹) است، بنابراین می توان نتیجه گرفت کیفیت زندگی (بعد عینی) زنان بارور بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش که به تاثیر ناباروری بر بعد عینی کیفیت زندگی پرداخته است نشان می دهد که زنان نابارور از بعد عینی کیفیت زندگی پایین تری نسبت به زنان بارور برخوردار هستند. این یافته بانتهای تحقیقات ذاکر مشفق، حاجی کاظمی و همکاران و گیبسون هم خوان است. همچنین مونگا و دیگران ۲۰۰۴ در مطالعه ای به منظور تعیین اثر ناباروری بر کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی در دانشگاه کالیفرنیا، سانتیاگو ۱۸ زوج نابارور و ۱۲ زوجی که قصد عقیم سازی انتخابی داشتند (گروه کنترل) را در مطالعه شرکت دادند در کل ۸۳/۳ از زوجهای نابارور نوعی احساس فشار برای بچه دار شدن را گزارش کردند که والدین و همسران عمده ترین منبع و دوستان و پدر بزرگ و مادر بزرگ به میزان کمتری منبع این فشار بودند. نتایج مطالعه تاثیر منفی ناباروری بر کیفیت زندگی را نشان می داد که با یافته های تحقیق هم خوانی دارد.

ناباروری به شیوه های مختلف روابط بین زوجها و کیفیت زناشویی را تحت تاثیر قرار می دهد. اغلب این تاثیر به شکل منفی در زندگی زن و شوهر خود را نشان می دهد و گاهی ممکن است موجب بهبود ارتباط عاطفی آنان شود. پاسچ^{۱۲} و همکاران محقق وی معتقدند که دیدگاه هر یک از همسران را می توان از جنبه های گوناگون تعریف کرد. از نظر آنان اهمیت فرزند، روند درمان ناباروری از احساسات در مورد ناباروری و تاثیر ناباروری بر روی فرد از مواردی هستند که از اهمیت قابل توجهی برخوردار بوده و قابل بررسی در تحقیقات مختلف مربوط به ناباروری می باشند (پاسچ و دیگران، ۲۰۰۲؛ ۴۱۱).

¹² -Pasch, L (2002)

ناباروری تهدیدی بر ارتباط عاطفی زوج‌ها محسوب می‌شود. زمانی که زوج از به دست آوردن ثمره زندگی مشترکشان بی‌بهره باشند، ارتباط بین آنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد. احساساتی که به دنبال ناباروری ایجاد می‌شود، در اغلب موارد درک متقابل بین زوجها را از بین می‌برد. نکته قابل توجه این است که گاهی اوقات مرد بدون توجه به علت ناباروری، همسر خود را مورد سرزنش قرار می‌دهد. در مواردی هنگامی که زن و شوهر متوجه می‌شوند که ممکن است نتوانند صاحب فرزند شوند، واکنش آنها به این شرایط ممکن است به صورت فاصله گرفتن از یکدیگر خود را نشان دهد. فشار روحی ناشی از ناباروری می‌تواند سبب سست شدن بنیان خانواده و افزایش اختلافات گردد و یا حتی آنان را به مرز جدایی نزدیک کند. همچنین ممکن است نسبت به گذشته کمتر احساس نزدیکی به یکدیگر را داشته باشند و حس تنهایی، عدم حمایت و عدم فهم متقابل در آنها القاء شود. اما با توجه به نتایج مطالعه، ما دریافتیم که اثرات ناباروری بر ارتباط زوج می‌تواند در دو جهت باشد:

۱- تضعیف ارتباط

۲- برقراری ارتباط صمیمی تر

در مورد وضعیت سلامت فرد میتوان گفت افراد نابارور ناباروری را به عنوان کم توانی بدنی می بینند. نتایج تحقیقات متخصصان بهداشت روانی، روان شناسی بالینی و اجتماعی اثرات استرس بر سلامت روانی 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 بنفس پایین و نارضایتی هستند. مطالعات بسیاری اثرات روان شناختی ناباروری را آشکار ساخته اند، ناباروری با احساس فقدان هدف در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتماد بنفس همراه است. بطور کلی تجربه وقایع استرس‌زا موجب کاهش احساس کنترل فرد بر زندگی می‌شود که این احساس عدم کنترل منجر به سازگاری ضعیف در فرد می‌شود. که چرا بعضی افراد نتایج تحقیقات نشان داده است متغیرهای مختلف روانشناختی بعد عینی کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنظر می‌رسد عوامل مداخله‌گری همچون تعارضات زناشویی، روش‌های مقابله انکار و گریز احساس کنترل ادارک شده، دریافت حمایت‌های اجتماعی از ناحیه همسر و شبکه‌های ارتباطی، روابط جنسی و روش مقابله مسئله مدار می‌توانند 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 تطابقی بیشتری می‌شوند. تعارض و جر و بحث درباره کنار آمدن با ناباروری می‌تواند رضایت و بهداشت زندگی زناشویی را کاهش دهد.

رابطه ابعاد کیفیت زندگی و ابعاد سلامت عمومی بیانگر وجود تفاوت معنی دار یک صدم تا پنج صدم میان مقایسه‌های عملکرد جسمانی، کارکرد نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، کارکرد نقش هیجانی و ابعاد سلامت عمومی شامل شکایات جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی دارد.

“میان بعد عینی کیفیت زندگی و سلامت عمومی رابطه معنی‌داری وجود دارد به گونه‌ای که با بهتر شدن کیفیت زندگی افراد، سطح سلامت روانی آنها نیز افزایش می‌یابد.” همچنین “میان بعد عینی کیفیت زندگی و شکایت جسمانی رابطه معناداری وجود دارد، بدین معنی که شکایت جسمانی، کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در این پژوهش توصیه پژوهشگر به این استنتاج منتهی شد که “افزایش خدمات و تخصیص منابع بیشتر برای افراد جامعه به بهبود کیفیت زندگی آنان خواهد انجامید.

سالهاست که روان‌شناسان، جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماریها و نقائص بدنی را مورد مطالعه قرار می‌دهند. تأثیر متقابل انتظارات فردی و اجتماعی بر بیماری‌های فیزیکی، خمیرمایه بسیاری از تحقیقات روان‌شناختی بوده و هست که این موضوع موجب ارائه توضیحات نسبتاً دقیقی از نقائص، بیماریها و ناتوانی‌های جسمانی گردیده و با آنچه در بین عامه مردم و حتی افراد دانشگاهی، رایج است، متفاوت می‌باشد. این عناوین کلیدی عبارتند از: ۱- نقص ۲- کم توانی ۳- معلولیت. برای مثال بر مبنای مطالعات جدید، ناباروری به عنوان نقص بدنی در نظر گرفته می‌شود که ریشه در کمبودی اکتسابی، وراثتی و یا مادرزادی ارگان‌سیم دارد و چنانچه بتواند کنش باروری فرد را تحت تاثیر جدی قرار دهد، می‌تواند ناتوانی و یا کم توانی در باروری فرد را به دنبال داشته باشد. اگر این ناتوانی، سازگاری‌های روانی- اجتماعی فرد را به شدت تحت‌الشعاع قرار دهد و در زمینه سازگاری با اجتماع، خانواده و خویشتن اختلال ایجاد کند، در این سطح معلولیت مطرح می‌گردد. بسیاری از افراد ممکن است در سطح اول یعنی همان نقص، بگونه‌ای برخورد کنند که نگذارند به مرحله دوم منتهی شود (توسط مداخلات پزشکی و یا روان‌شناختی)؛ در حالیکه عده‌ای نه تنها به مرحله دوم (ناتوانی) راه می‌یابند؛ بلکه به خاطر فشارهای جامعه، قضاوت‌های غلط محیط اجتماعی و خانواده و نگرش‌های منفی نسبت به خود ممکن است به مرحله سوم (معلولیت) راه یابند. آنچه مسلم است چنانچه فرد بتواند با خود و اجتماع کنار آید می‌توان انتظار داشت که در مرحله دوم باقی‌مانده و قدم به عرصه معلولیت نگذارد و سلامت روان خود را تا حد قابل توجهی محافظت نماید.

افراد نابارور به وضعیت سلامت خود خیلی اهمیت نمی‌دهند. آنان به علت اینکه به پزشک زیاد مراجعه می‌کنند و همیشه در حال انجام آزمایشات گوناگون هستند ترجیح می‌دهند که خود درمانگر خود در مواقعی که مریض می‌باشند، باشند.

افراد نابارور فعالیت اجتماعی کمتری نسبت به افراد بارور دارند. آنان ترجیح می‌دهند با کسی آشنا نشوند و در فعالیت‌های اجتماعی مگر در مواقع خاص و ضروری کمتر شرکت کنند. زیرا شروع فعالیت اجتماعی و گروهی را شروع یک رابطه جدید با افراد می‌دانند. آنان تنها بودن را به فعالیت در اجتماع و رابطه داشتن با دیگران ترجیح می‌دهند. ترجیح می‌دهند که اگر قرار است فعالیت را انجام دهند با کسانی که در موقعیت خودشان هستند در ارتباط باشند. (جلسات مشاوره گروهی افراد نابارور). اگر عضو باشگاه یا مکان فرهنگی یا آموزشی باشند همیشه یک حریم خصوصی بین خود و دیگران ایجاد می‌کنند. تعدادی از زنان ناباروری که در گروه‌های اجتماعی یا ورزشی یا فرهنگی عضو بودند به اجبار همسر و یا نزدیکان عضو شده بودند.

در بافت فرهنگی ایران پس از گذشت مدتی از ازدواج، کنجکاو‌یها در مورد بارداری آغاز می‌گردد. در واکنش به این امر بسیاری از زنان نابارور برای پنهان نمودن ناباروری از شرکت در میهمانیها اجتناب می‌کنند. شاید به این دلیل که ناباروری را برای خود به صورت یک نقص می‌بینند تلاش می‌کنند با این کار در حد ممکن آن را از اطرافیان پنهان نگه دارند. در این راستا یونسی و همکاران معتقدند که ناباروری می‌تواند درک منفی از خود را تشدید کند و حتی موجب انزوای اجتماعی فرد نابارور شود.

در برخی از موارد مسئله بغرنج‌تر شده و با تاخیر در بارداری طعنه و کنایه اطرافیان و واکنش‌هایی مثل محدودیت رفت و آمد با این فرد نابارور و علاقه کمتر به معاشرت با آنان، موجب می‌گردد تا فرد به شدت آزرده خاطر گردند. در اغلب جوامع، مسئولیت ناباروری بر عهده زن گذاشته شده است و بچه‌دار نشدن او باعث تهمت و شماتت از طرف خانواده شوهر می‌گردد و در نهایت این نگرانی به وجود می‌آید که بچه‌دار نشدن زن، دلیل کافی برای طلاق دادن او باشد و یا باعث شود که شوهر با زن دیگری ازدواج کند. اما تمام اطرافیان نقش منفی در زندگی زوج نابارور ندارند برخی از آنان با کمک‌های مالی یا عاطفی و فکری به موقع می‌توانند از فروپاشی زندگی این گروه از افراد پیشگیری نمایند. این مسئله نشان می‌دهد که می‌توان از این فرصت استفاده نمود و با آگاه نمودن افراد مناسب به زوج‌های نابارور یاری رساند.

منابع

- Trantham P. (1996), The infertile couple. Am Fam Physician. 54:1001-10.
- Domar A., Clapp D., Slasby E., et al. (2000), The impact of group psychological interventions on Pregnancy rates in infertile women. Fertil Steril. 73:805-11.
- Gibson , D(2000)"Infertility,A relational approach to coanseling woman,J couns Der178(4),pp
- Lee C. Women's health London, Sage pulication. 1998
- Daniluk J. C.(1997),Gender and infertility. Med Ethical Psychol Perspectives. New York, Wiley. 103- 25.
- Donald A. What is quality of life?(2001). Availableat: www.jr2.ox.ac.uk
- Cohen R. Mount BM. Strobri M G. and Bui F. Mc Gill(1995) Quality of life Questionnaire(MQOL).
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjust-ment and sexual function. Urology. 2004;63(1):126-30
- Pasch , Z(2002)'Diffrences between husbands and wires approach to infertility affect material communication and adjustment",Fertile Sterile,17(60),pp 1241-1709
- Wood, Douphine, S.A.1999,"Assessing quality of life clinical research:from where have we come & were are going?"J.clin.Epidemiol
- ذاکر مشفق اعظم(۱۳۸۷)، بررسی جامعه شناختی تاثیر ناباروری بر زندگی زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری تهران، کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد تهران شمال، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی
- حاجی کاظمی افتخارالسادات(۱۳۸۵)، مقایسه عوامل اضطراب آور زنان و مردان نابارور، چکیده مقالات نهمین کنگره سراسری باروری و ناباروری در ایران، یزد، مرکز تحقیقات درمانی ناباروری دانشکده علوم پزشکی و خدمات پزشکی درمانی شهید صدوقی.
- فرخی جواد(۱۳۸۵)، کیفیت زندگی عوامل موثر بر آن: سرپرستان خانوارهای ساکن تهران، کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- عظیمی لیلا(۱۳۸۸)، مطالعات کیفیت زندگی، اراک، نویسنده.