

# مقایسه کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد

شهلا نورانی<sup>۱</sup>، الهام جنیدی<sup>۲\*</sup>، دکتر محمد تقی شاکری<sup>۳</sup>، دکتر نغمه مخبر<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۲۶

## خلاصه

**مقدمه:** باروری یکی از مهمترین کارکردهای خانواده به شمار می رود و ناباروری می تواند باعث اختلالات مهم عاطفی، عواقب اجتماعی و روانی از جمله کاهش رضایت از زندگی و کیفیت زندگی شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه تحلیلی مقطعی، ۱۰۰ زن بارور با انتخاب تصادفی از مراکز بهداشتی درمانی و ۱۰۰ زن نابارور از مراکز ناباروری دولتی شهر مشهد به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند. زنان شرکت کننده در مطالعه تنها همسر شوهرشان بودند و میانگین سنی آنان ۲۲ تا ۴۵ سال بود. زنان بارور از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می کردند. شرکت کنندگان در مطالعه، پرسشنامه بررسی سلامت عمومی (GHQ28)، پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل و سپس داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون‌های کای دو، من ویتنی تجزیه و تحلیل و در آزمون‌های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی دار ۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت.

**یافته‌ها:** افراد دو گروه از نظر مشخصات فردی، سایر متغیرهای مداخله‌گر و سلامت عمومی اختلاف معنی‌داری نداشتند، تنها زنان نابارور خشنودی زناشویی بیشتری را ابراز کردند ( $p=0/014$ ). دو گروه در هیچ یک از حیطه‌های کیفیت زندگی شامل جسمی ( $p=0/46$ )، روانی ( $p=0/86$ )، اجتماعی ( $p=0/53$ )، محیط ( $p=0/18$ ) و کلی ( $p=0/94$ ) اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند.

**نتیجه‌گیری:** در مطالعه حاضر کیفیت زندگی دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت و امتیازات کسب شده در هر دو گروه زنان بارور و نابارور در حد متوسط بود. لذا انجام مطالعات بیشتر جهت کمک به ارتقاء کیفیت زندگی به ویژه در زنان به عنوان پایه خانواده و جامعه ضروری به نظر می رسد.

**کلمات کلیدی:** باروری، زنان نابارور، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، ناباروری

\* نویسنده مسئول مکاتبات: الهام جنیدی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۹۰۰۲۲۹۶، پست الکترونیک: elham\_bj@yahoo.com

## مقدمه

کیفیت زندگی جریانی فعال، پویا و چند وجهی از دریافت ها، نگرش ها و تغییرات رفتاری است و از مجموع تجربیات گوناگونی که در زندگی فرد اتفاق می افتد، حاصل می شود (۱، ۲-۶). کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی و شامل جنبه های مثبت و منفی زندگی فرد و بیانگر برداشتی است که فرد از وضعیت سلامت و سایر جنبه های زندگی خود داشته و به آن ها واکنش نشان می دهد (۷).

کیفیت زندگی یکی از مهم ترین موضوعاتی است که جهان امروز با آن مواجه می باشد (۸) و طی چند دهه اخیر به عنوان یک معیار قابل اندازه گیری از نتایج درمان معرفی شده است، به گونه ای که این ارزیابی می تواند بخشی از ارزشیابی درمان باشد (۷). بی توجهی به کیفیت زندگی، ادراک و ارزش گذاری افراد ممکن است باعث اتلاف منابع، کاهش کارایی و بهره وری شود. کیفیت زندگی پایین می تواند بر توانایی مردم در محیط کاری تأثیر گذاشته و موجب نقصان شرایط اجتماعی و اقتصادی آنان شود (۹).

کلینک و همکاران (۲۰۰۰) به نقل از بروسون و دیگران کیفیت مرتبط با سلامت را حیطة های عملکرد جسمانی، درد، محدودیت در ایفای نقش، رفاه عاطفی، وضعیت خواب، رضایت از زندگی خانوادگی، ارتباط با همسر و در نهایت درک کلی افراد از سلامت می دانند (۷). هرکدام از این حیطة ها ممکن است تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند صدمات، اختلالات عملکردی و عاطفی، بیماری ها و درمان آن ها قرار گیرند (۷).

اگر چه جنبه عینی در توصیف میزان سلامت افراد مهم است؛ ولی انتظارات و دریافت های ذهنی افراد، بیانگر سلامت و کیفیت زندگی واقعی آنان است (۱۰). به همین دلیل در ابزارها و شاخص های سنجش سلامت و کیفیت زندگی، توجه به دیدگاه ها، نگرش ها، ادراک و ارزش گذاری افراد بسیار مهم بوده و قضاوت افراد در مورد سلامتی، بیماری و درمان خود اهمیت بیشتری نسبت به ارزیابی عینی از سلامتی دارد (۲) و در سنجش کیفیت زندگی، در نظر گرفتن شرایط زندگی و عوامل اجتماعی از جمله دیدگاه ها، علایق، اهداف افراد

و ارزش های جامعه در برنامه ریزی ارتقاء سلامت اهمیت اساسی دارد (۹).

کیفیت زندگی شامل رضایت از زندگی، تصور از خود، سلامت و عوامل بهداشتی، عملکردی، اجتماعی و مسائل اقتصادی و فرهنگی است (۵، ۹). هم چنین می توان گفت کیفیت زندگی، احساس ذهنی فرد از وضعیت سلامت است که از تجربه قبلی و جاری آن در زندگی نشأت می گیرد (۹). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را احساس و درک فرد از وضعیت زندگی خود در قالب نظام ارزشی و فرهنگی بر مبنای آرمان ها، انتظارات، استانداردها و علایق فرد تعریف کرده است که دارای حیطة های جسمی، روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیط و عقاید شخصی می باشد (۱، ۵، ۹-۱۴).

وضعیت باروری و عوامل وابسته به آن با ایجاد استرس روانی اجتماعی، کاهش رضایت از زندگی، افزایش مشکلات زناشویی و کاهش اعتماد به نفس جنسی و همچنین کاهش رضایت جنسی و زناشویی بر کیفیت زندگی مؤثر بوده و در نهایت باعث تغییر در کیفیت زندگی می شوند (۱۵-۱۸). ناباروری یک جنبه روانشناختی مهم در زندگی فرد و یکی از مهم ترین کارکردهای خانواده به شمار می رود، خواسته ایده آل افراد آن است که بارور باشند، ولی مانع بارداری شوند (۱۹).

شیوع ناباروری در میان اقوام و نژادهای مختلف تفاوت چندانی ندارد و حدود ۱۰-۱۵ درصد است (۲۲-۲۰) و میزان بروز آن در دهه گذشته حدود ۵۰٪ بیشتر شده است (۲۴).

سازمان بهداشت جهانی ناباروری را به عنوان یک مشکل مهم بهداشت باروری مطرح کرده که اگر چه یک بیماری نیست ولی می تواند باعث اختلالات مهم عاطفی شود و عوارض و عواقب اجتماعی و روانی بر جای گذارد (۲۳).

البته پژوهشگران مختلف در مورد تأثیر ناباروری بر زوجین نظرات متفاوتی دارند. بسیاری از تحقیقات چنین بیان کرده اند که مدرک مهمی مبنی بر تأثیرات منفی ناباروری وجود ندارد و مطالعات متدولوژیکی و دقیق بر این باورند که اثرات روانی نازایی ناشایع اند (۲۵).

ناباروری به عنوان یک ضربه عاطفی حتی می تواند مهارت های ارتباطی، شغلی و جنسی افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۹، ۲۶، ۲۷) و از آنجایی که بیشتر آزمایشات و درمان ها بر روی زنان انجام می شود، فشار مضاعفی بر آنان وارد شده و در بیشتر موارد، زنان بیشتر از همسرانشان دچار علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی می شوند (۲۸).

در مطالعه خیاتا و همکاران (۲۰۰۳) مشخص شد که به دنیا آوردن فرزند، استرس مهمی در زندگی زنان شرقی است و باید با مشاوره و حمایت از آنان به ارتقاء کیفیت زندگی آنها کمک کرد (۲۹).

البته برخی مطالعات نشان داده اند که روش های درمان در صورت همکاری و تقسیم مسئولیت بین زوجین حتی می توانند باعث افزایش صمیمیت و ارتقاء کیفیت زندگی زناشویی آنان شود (۳۰-۳۲).

در مطالعه ای که در مرکز درمانی مجیدی تبریز انجام گرفت، ۱۲٪ از زنان نابارور کیفیت زندگی پایینی را گزارش کردند، در حالی که بیش از نیمی از آنان کیفیت زندگی مطلوبی داشتند. فشار خانواده و جامعه بر کیفیت زندگی زنان نابارور، اثر منفی قابل توجهی داشته است (۳۳).

از طرفی نگهداری از فرزند بیمار و فرزندپروری نامناسب باعث نارضایتی از زندگی می شود. همچنین در زنان بارور، ترس از بارداری ناخواسته و تولد فرزند باعث اختلال و در نتیجه نارضایتی جنسی می شود (۱۹).

از آنجایی که احساس افراد از کیفیت زندگی، وابسته به زمان و موقعیت بوده و با شرایط زندگی تغییر می کند و با در نظر گرفتن اینکه عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در جوامع و فرهنگ های مختلف متفاوت است و همچنین باروری از لحاظ فرهنگی-اجتماعی از اهمیت فوق العاده ای برخوردار بوده و نتایج مطالعات در مورد تأثیر ناباروری بر کیفیت زندگی در کشورهای غربی نتایج ضد و نقیضی داشته است و در کشورهای شرقی مانند ایران مطالعات کمی در دسترس است (۳۳) و از آنجایی که سلامت زنان، پایه سلامت خانواده و در نتیجه اجتماع است، مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد انجام

شد. امید است که نتایج این مطالعه در جهت شناخت بیشتر مشکلات زنان به ویژه زنان نابارور مفید واقع شود.

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه تحلیلی - مقطعی است که در سال ۱۳۸۷ انجام شد و در آن ۱۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری منتصریه و ۱۰۰ زن بارور مراجعه کننده به واحد تنظیم خانواده مراکز بهداشتی-درمانی دولتی که به صورت تصادفی از بین مراکز بهداشتی درمانی مناطق مختلف مشهد انتخاب شده بود، بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف شرکت داشتند.

ابتدا در مورد مطالعه و اهداف آن به واحدهای پژوهش توضیحاتی ارائه شد و آنان در صورت تمایل شرکت در مطالعه، ابتدا فرم رضایت نامه شرکت در مطالعه و سپس فرم های مصاحبه را تکمیل نمودند.

حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین ها برآورد شد، به این صورت که ۲۰ نفر از هر گروه پرسشنامه ها را تکمیل کردند و نتایج در رابطه با هر دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی، تعداد نمونه در هر گروه ۸۳ نفر برآورد شد که برای اطمینان بیشتر تعداد ۱۰۰ نفر در هر گروه قرار گرفتند.

ابزارهای مورد استفاده در مطالعه به شرح زیر بود:

**فرم مصاحبه شماره ۱:** این فرم محقق ساخته، معیارهای ورود به مطالعه را در برداشت و به دو صورت مخصوص زنان بارور (۱-الف) حاوی ۱۸ سؤال و مخصوص زنان نابارور (۱-ب) حاوی ۱۷ سؤال طراحی شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۴۵-۲۲ سال، ایرانی و ساکن مشهد بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و اینکه تنها همسر شوهرش باشد، همچنین زن بارور باید دارای حداقل یک فرزند سالم با سن بیشتر از ۶ ماه بوده و در حال حاضر از یکی از روش های تنظیم خانواده استفاده کند. زن نابارور نیز باید مشمول تعریف ناباروری بوده و فرزند یا فرزند خوانده نداشته باشد. افراد هر دو گروه نباید طی یک هفته اخیر بحث و جدال خانوادگی داشته باشند. هیچ یک از زوجین نباید مشکلات جسمی (قطع نخاع، قطع

(۸ سؤال) و دو سؤال دیگر نیز به طور مجزا در زمینه رضایت مندی کلی از زندگی می باشد. در این پرسشنامه هر سؤال در مقیاس لیکرت نمره‌ای از ۱ تا ۵ به خود اختصاص می دهد. نمره هر حیطه بر اساس رتبه بندی سازمان جهانی بهداشت از صفر تا ۱۰۰ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتر در آن حیطه می باشد.

سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ مربوط به حیطه جسمی، سوالات ۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹، ۲۶ حیطه روانی، سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۲ حیطه اجتماعی و سوالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵ مربوط به حیطه محیط می باشد و سؤال ۱ و ۲ نیز رضایت مندی کلی از زندگی را می سنجد.

برای تعیین روایی ابزارهای پژوهشگر ساخته مطالعه، از روش روایی محتوی و برای تعیین پایایی فرم‌های مصاحبه و پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و سلامت عمومی، از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ به این صورت که فرم‌ها توسط پژوهشگر در دو نوبت ۱۰ روزه برای ۱۰ نفر از افراد هر گروه تکمیل و سپس همبستگی پاسخ‌ها محاسبه شد. فرم مصاحبه شماره ۱- الف با  $r=0/96$ ، فرم مصاحبه شماره ۱- ب با  $r=0/98$ ، فرم مصاحبه شماره ۲- الف و ۲- ب با  $r=0/95$  تأیید شد. پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی در این مطالعه با  $r=0/93$  تأیید شد و روایی آن در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان بهداشت جهانی تأیید و توسط دکتر حدادی و ۱۰ نفر از همکاران در سال ۱۳۸۳ در ایران ترجمه (۶، ۳۶) و روایی و پایایی آن در سال ۱۳۸۵ توسط خالقی و نیکپور تأیید شده است (۶، ۳۶). پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در این مطالعه با  $r=0/86$  تأیید شد و روایی آن نیز توسط پالانگ در سال ۱۳۷۴ در ایران تأیید شد (۳۴).

داده‌ها پس از گردآوری و حصول اطمینان از صحت ورود، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت توصیف مشخصات افراد دو گروه از آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و توزیع فراوانی مطلق و نسبی، جهت بررسی همگنی دو گروه بارور و نابارور از نظر متغیرهای کمی، از آزمون تی مستقل (در صورت توزیع نرمال) و از نظر

عضو، فلج، بدشکلی اندام)، مشکلات روانی (بیماری تحت نظر یا تحت درمان روانپزشک یا روانشناس)، بیماری‌های قلبی (بیماری قلبی- عروقی، ریوی، کم کاری و پرکاری تیروئید، صرع و دیابت)، تجربه رویداد استرس‌زا (فوت یا بیماری حاد بستگان نزدیک، تغییر عمده در وضع زندگی) در سه ماه گذشته داشته باشد و نباید معتاد به الکل یا مواد مخدر باشند.

**فرم مصاحبه شماره ۲:** برای زنان بارور (۲- الف) شامل ۳ بخش: ۱- مشخصات فردی (حاصل ۱۴ سؤال در مورد سن، شغل، تحصیلات) ۲- اطلاعات مربوط به زندگی زناشویی (حاوی ۱۲ سؤال مربوط به طول مدت ازدواج، رتبه ازدواج) ۳- اطلاعات مامایی (حاوی ۱۱ سؤال در مورد تعداد فرزندان، شیردهی، روش پیشگیری از بارداری، اختلالات قاعدگی) طراحی شد. همچنین این فرم ویژه زنان نابارور (۲- ب) تهیه شد که ۲ قسمت اول آن با فرم زنان بارور، مشترک و بخش ۳ شامل اطلاعات تشخیص و درمان (حاوی ۱۲ سؤال در مورد مدت اطلاع از ناباروری، مدت و تعداد دفعات درمان و روش آن، علت ناباروری) بود.

**فرم شماره ۳- پرسشنامه بررسی سلامت عمومی (GHQ28):** که برای هر دو گروه تکمیل شد و چنانچه امتیاز کسب شده از پرسشنامه، خارج از محدوده برش تعیین شده بود، واحد پژوهش از مطالعه خارج می شد. از این پرسشنامه جهت بررسی سلامت عمومی و روانی افراد مورد مطالعه استفاده شد.

**پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28:** شامل ۲۸ سؤال می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت برای هر سؤال نمره‌ای بین صفر تا ۳ اختصاص داده می شود. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۸۴ می‌باشد؛ نمره پایین‌تر نشان دهنده سلامت عمومی مطلوب‌تر است (۳۴). فرم ۲۸ سؤالی آن دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است (۳۵).

**۴- فرم پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی WHO<sup>۲</sup>:** که شامل ۲۶ سؤال در ۴ حیطه جسمی (۷ سؤال)، روحی (۶ سؤال)، اجتماعی (۳ سؤال) و محیط

<sup>2</sup> General health questionnaire

<sup>3</sup> World health organization

متغیرهای کیفی از آزمون کای دو استفاده شد. در صورت عدم برخورداری از شرایط انجام آزمون کای دو، بر حسب مورد از آزمون فیشر و من ویتنی (متغیرهای رتبه‌ای) استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مد نظر قرار گرفت.

## یافته‌ها

اگرچه امتیاز کسب شده زنان بارور در تمامی حیطه‌های کیفیت زندگی اندکی بیشتر بوده است ولی تفاوت در هیچ یک از حیطه‌های کیفیت زندگی و همچنین رضایت کلی از زندگی از نظر آماری معنی‌دار نیست (جدول ۱). بر اساس آزمون‌های تی مستقل، من-ویتنی و کای دو، افراد دو گروه از نظر متغیرهای سن زن و همسر ( $p=0/063$ )، اختلاف سنی زن و

شوهر ( $p=0/32$ )، سن ازدواج ( $p=0/92$ )، مدت ازدواج ( $p=0/15$ )، میزان تحصیلات زن ( $p=0/56$ ) و شوهر ( $p=0/76$ )، شغل زن ( $p=0/44$ ) و شوهر ( $p=0/58$ )، طبقه اجتماعی اقتصادی ( $p=0/38$ )، درآمد ماهانه خانواده ( $p=0/76$ )، وضعیت سکونت ( $p=0/68$ ) و شیوه زندگی ( $p=0/56$ ) اختلاف معنی‌داری نداشتند.

همچنین نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که افراد دو گروه از نظر نمره کلی سلامت عمومی، (به دست آمده از پرسشنامه GHQ28) اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ( $Z=-0/44$ ،  $p=0/66$ ). اما زنان نابارور به طور قابل ملاحظه‌ای خشنودی زناشویی بیشتری را ابراز کردند ( $p=0/014$ )، خشنودی زناشویی در زنان نابارور خوب و در زنان بارور متوسط بود.

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور به تفکیک گروه

| حیطه‌های کیفیت زندگی | نابارور               |                       | بارور             | حیطه‌های کیفیت زندگی |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
|                      | انحراف معیار± میانگین | انحراف معیار± میانگین |                   |                      |
| جسمی                 | $52/19 \pm 11/74$     | $50/80 \pm 11/15$     | $52/19 \pm 11/74$ | $Z=0/73$<br>$p=0/46$ |
| روانی                | $60/24 \pm 11/75$     | $60/03 \pm 11/71$     | $60/24 \pm 11/75$ | $Z=0/18$<br>$p=0/86$ |
| اجتماعی              | $65/5 \pm 15/15$      | $63/08 \pm 17/88$     | $65/5 \pm 15/15$  | $Z=0/62$<br>$p=0/53$ |
| محیط                 | $65/26 \pm 13/26$     | $61/63 \pm 15/23$     | $65/26 \pm 13/26$ | $Z=1/33$<br>$p=0/18$ |
| کلی                  | $69/13 \pm 17/71$     | $68/50 \pm 15/74$     | $69/13 \pm 17/71$ | $Z=0/07$<br>$p=0/94$ |

\*آزمون من ویتنی

## بحث

بهبودی یا رفاه هر فرد یا گروه، دارای اجزای عینی و ذهنی است. جزء عینی (جهان واقعی) که به طور معمول با آنچه به عنوان استاندارد زندگی یا سطح زندگی نامیده می‌شود، در ارتباط است و جزء ذهنی (جهان متصور) آن همان کیفیت زندگی و مفهومی بسیار انتزاعی است (۱۰، ۳۷). کیفیت زندگی<sup>۴</sup> به معنای درک شخصی فرد از سلامت و موقعیت خود در زندگی است که در راستای

فرهنگ و نظام ارزشی جامعه بوده و با آرمان‌ها، انتظارات، استانداردها و علایق فرد در ارتباط می‌باشد. این تعریف نشان می‌دهد که کیفیت زندگی به ارزشیابی ذهنی یا شخصی مربوط بوده و ریشه در زمینه فرهنگی، اجتماعی و محیط دارد (۵، ۳۸).

مفاهیم اولیه‌ای که برای این واژه در نظر می‌گرفتند شامل شادی و زندگی خوب (۱)، سطح رضایت، خشنودی یا ناخشنودی، میزان خوشحالی یا ناراحتی، رفاه و رضایت از زندگی، خوب بودن از نظر ذهنی و کیفیت کلی زندگی است (۱).

<sup>۴</sup>Quality of life

در مطالعه نیلفروشان و همکاران با عنوان مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان بارور و نابارور که بر روی ۴۳ زن نابارور و ۳۵ زن بارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری و کلینیک زنان شهر اصفهان صورت گرفت، در کیفیت کلی زندگی ( $p=0/06$ ) و حیطة جسمی ( $p=0/62$ ) تفاوت معنی داری بین گروه ها وجود نداشت (۴۱) که از این جهت نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو است.

در وضعیت عاطفی روانی ( $p=0/02$ ) و لذت از زندگی تفاوت آماری معنی دار و گروه زنان نابارور در وضعیت عاطفی روانی دشوارتری به سر برده و لذت کمتری از زندگی را گزارش کردند.

در مطالعه ال مسیدی که به بررسی تأثیر تکرار شکست در درمان بر کیفیت زندگی زوجین نابارور پرداخته بود، سه گروه ۵۰ نفری شرکت داشتند. گروه اول شامل زوج هایی با سابقه شکست درمان و گروه دوم را زوج هایی تشکیل می دادند که تاکنون هیچ درمانی دریافت نکرده بودند. گروه کنترل زوج های دارای حداقل یک فرزند و بدون سابقه نازایی بودند. نتایج نشان داد که امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در زوجین گروه کنترل به طور قابل ملاحظه ای بالاتر از دو گروه دیگر بود ( $p=0/001$ ) ولی بین دو گروه تفاوت معنادار نبود (۴۲). علت تفاوت نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر می تواند به دلیل تفاوت بین واحدهای پژوهش نابارور دو مطالعه باشد. در مطالعه حاضر زنان نابارور با تمامی علل ناباروری و طول مدت یک سال و بیشتر و با یا بدون سلبقه درمان شرکت داشتند. البته تفاوت اجتماعی فرهنگی و نیز نوع نگرش، انتظارات و دریافت از کیفیت زندگی در ارزیابی آن مؤثر است و می تواند علت تفاوت بین نتایج باشد.

در مطالعه حسنی با عنوان ناباروری اولیه و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در مصر که به بررسی کیفیت زندگی و عملکرد جنسی پرداخته بود، زنان بارور امتیاز بیشتری در کیفیت زندگی و همچنین عملکرد جنسی نسبت به زنان نابارور کسب کرده بودند و هر چه طول مدت ناباروری افزایش می یافت این اختلاف بیشتر می شد (۱۸). که

در دو دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی از دغدغه های روز بوده است (۳۹). در سال ۱۹۷۸ سازمان بهداشت جهانی طی بیانیه ای دریافت مراقبت های روانی و افزایش کیفیت زندگی را در کنار مراقبت های جسمی حق همه دانسته و از اهداف سال ۲۰۱۰ علاوه بر سایر موضوعات، نگرانی در مورد کیفیت زندگی را نیز مورد توجه قرار داده است (۱). زنان به عنوان نیمی از افراد جامعه و پایه گذاران سلامت، روحیه و شادابی خانواده و جامعه می باشند، بنابراین تلاش جهت بهبود کیفیت زندگی آنان بسیار با اهمیت است. کیفیت زندگی زنان نه تنها به سلامت و جسم خوب بستگی دارد، بلکه به هماهنگی و ثبات خانواده، رفاه کودکان، آزادی جهت لذت بردن از فعالیت های مختلف مانند اوقات فراغت، تحصیلات و حرفه اجتماعی نیز وابسته است (۴۰).

مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور انجام شد و نتایج آن نشان داد که در هیچ یک از حیطة های کیفیت زندگی شامل جسمی ( $p=0/46$ )، روانی ( $p=0/86$ )، اجتماعی ( $p=0/53$ )، محیط ( $p=0/18$ ) و کلی ( $p=0/94$ ) دو گروه اختلاف آماری معنی دار وجود ندارد.

مطالعه مونگا (۲۰۰۴) که به بررسی اثر ناباروری بر کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی پرداخته بود، نشان داد که زنان گروه کنترل کیفیت زندگی بالاتر و بهتری از زنان گروه نابارور داشتند ( $p=0/09$ ) ولی در مردان دو گروه تفاوتی مشاهده نشد (۱۷).

گروه کنترل زوجینی بودند که عمل توبکتومی یا وازکتومی را انتخاب کرده بودند و در پارامترهای مربوط به سازگاری زناشویی، امتیاز زنان در زوج های نابارور کمتر از زنان در زوج های گروه عقیمی انتخابی بود ( $p=0/01$ ) در حالی که امتیاز کلی سازگاری زناشویی بین مردان دو گروه تفاوت معنی داری نداشت. از آنجا که رضایت و سازگاری زناشویی نقش مهمی در میزان رضایت از زندگی و کیفیت زندگی دارد، می توان علت تفاوت در نتایج دو مطالعه را ناشی از تفاوت در رضایت زناشویی واحدهای پژوهش دانست.

بهبود شرایط زندگی و در نتیجه ارتقاء کیفیت زندگی از مسائل مهم بهداشت در جهان است، به نظر می‌رسد نیاز به تحقیقات بیشتری در زمینه کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن و همچنین عوامل مؤثر بر ارتقاء کیفیت زندگی وجود دارد.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در قالب طرح مصوب ۵۱۱/۳۲۶ انجام شد. بدینوسیله از مسئولین محترم مرکز بهداشت استان خراسان، همکاران محترم مراکز سه گانه شهرستان و همکاران محترم بیمارستان منتصریه به خاطر همکاری‌های صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. علت این اختلاف احتمالاً تفاوت در متغیر رضایت جنسی است. در پژوهش حاضر زنان باور و نابارور اختلاف قابل ملاحظه ای در رضایت جنسی با یکدیگر نداشتند و البته در این مطالعه هم تفاوت های فرهنگی اجتماعی و انتظارات از زندگی می تواند بر کیفیت زندگی مؤثر باشد.

### نتیجه گیری

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی دو گروه زنان بارور و نابارور اختلاف معنی داری نداشت و امتیازات کسب شده در هر دو گروه در حد متوسط بود. از آنجایی که کیفیت زندگی یکی از مهم ترین موضوعاتی است که جهان امروز با آن مواجه می‌باشد (۸) و پرداختن به امر

### منابع

- Peterson SJ, Bedew TS. Middle range theories: application to nursing research. Philadelphia:Lippincot Williams & Wilkins;2004.
- Symon A, MacKay A, Ruta D. Postnatal quality of life: a pilot study using the Mother-Generated Index. J Adv Nurs 2003 Apr;42(1):21-9.
- Phillips D. Quality of life: concept, policy and practice. 2<sup>nd</sup> ed. London:Routledge;2006.
- Balducci L, Lyman GH, Ershler WB, Extermann M. Comprehensive pediatric oncology influence of aging on prevention, diagnosis, and treatment of cancer. 2<sup>nd</sup> ed. London:Taylor and Francis Group;2003.
- King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing and patient perspectives: theory, research, practice. 2<sup>th</sup>ed. London:Jones and Bartlett Learning;2003.
- Nikpoor M. [Assessmnt of relationship between mode delivery to quality of life] [Thesis in Persian] Mashhad:Mashhad University of Medical Sciences;2007:106.
- Tirgari B. [The Effect of mastectomy on mood and quality of life in breast cancer patients] [Thesis in Persian]. Mashhad:Mashhad University of Medical Sciences;2007:117.
- Shek DTL, Chan YK, Lee PSN. Quality-of- life research in Chinese Western and Global contents. London:Spring;2005:87.
- Agha Molayi T, Eftekhardebili H. [Principles of healthcare service] [in Persian].Tehran: Andisheerapie;2005.
- Park JE, Park K. Textbook of preventive and social medicine:a treatise on community health. 8<sup>th</sup> ed. Jabalpur:Banarsidas Bhanot;1980.
- Tingstrom PR, Kamwendo K, Bergdahl B. Effect of a problem-based learning rehabilitation programmed on quality of life in patients with coronary artery disease. Eur J Cardiovasc Nurs 2005 Dec;4(4):324-30.
- Mental health who. Measuring quality of life. Available at: <http://www.WHO.Int/en tity/ mental-health/ media/68.pdf>.
- Brown RL. Quality of life and disability: an approach for community practitioners. London:Jessica Kingsluy;2003.
- Schuiling KD, Likis FE. Women's gynecologic health. Sudbury:Jones and Bartlett;2006.
- Chachamovich J, Chachamovich E, Fleck MP, Cordova FP, Knauth D, Passos E. Congruence of quality of life among infertile men and women: finding from a couple-based study. Hum Reprod 2009 Sep;24(9):2151-7.
- RashidiB, MontazeriA, RamezanzadehF, shariatM, AbediniaN, Ashrafi M . Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. Available at: <http://www.Biomedcentral.com/1472-6963/8/86/> Accessed2008
- Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology 2004 Jan;63(1):126-30.
- Hassanin IM, Abd-El-Raheem T, Shahin AY. Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. Int J Gynaecol Obstet 2010 Aug;110(2):118-21.
- Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2007 Apr;21(2):293-308.
- Berek JS, Hillard PJA. Initial assessment and communication. In: Berek JS. Berek & Novak's gynecology. 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2007:3-25.

21. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic and endocrinology and infertility. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
22. Ahmadi H. [Survey on Relationship between marital satisfaction and irrational communicative belief] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2003:121.
23. Mollaiy nezhad M, Jaaferpour M, Jahanfar SH, Jam-shidi R. [Infertility related stress and marital life in Iranian infertile women who referred to Isfahan infertility treatment clinic] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2001;2(1):26-39.
24. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
25. Nourani SH, Jonaidy E, Shakeri MT, Mokhber N. [Sexual satisfaction in fertile and infertile women attending state clinic in mashhad] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2009;10(4):269-77.
26. Jahanfar SH, Molaeezhad M. [Text book of sexual disorders]. Tehran: Salemi Publication; 2002:243. [in Persian].
27. Chachamovich JR, Chachamovich E, Ezer H, Fleck MP, Knauth D, Passos EP. Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2010 Jun;31(2):101-10.
28. Khosravi Z. [Mental health predictive factors in infertile couples] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2001;3(9):56-64.
29. Khayata GM, Rizk DF, Hasan MY, Ghazal-Aswad S, Assad MA. Factor influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. J Gynecol Obstet 2003 Feb;80(2):183-8.
30. Repokari L, Punamaki RL, Unkila-Kallio L, Vilska S, Poikkeus P, Sinkkonen J, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Hum Reprod 2007 May;22(5):1481-91.
31. Sydsjo G, Ekholm K, Wadsby M, Kjellberg S, Sydsjo A. Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. Hum Reprod 2005 Jul;20(7):1952-7.
32. Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. Patient Educ Couns 2005 Dec;59(3):244-51.
33. Alieh G, Laya F. Quality of life and its correlated among a group of infertile Iranian women. Med Sci Monit 2007 Jul;13(7):CR313-7.
34. Rafiee F. [Assessment of the effect of aerobic group exercise program on psychological well-being in primigravidae] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2003:117.
35. Shakeri J, Hossieni M, Golshani S, Sadeghi Kh, Fizol-lahy V. [Assessment of general health, stress coping and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF treatment] [Article in Persian]. J Reprod Infertil 2006;7(3):269-75.
36. Khaleghie Z. [Relationship of contraceptive methods Types on quality of life in women] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2007:114.
37. Grusso P, Quatraro RM, Nasta MT. Profile of Mood States and parental attitudes in motherhood: comparing women with planned and unplanned pregnancies. Birth 2005 Jun;32(2):107-14.
38. WHO Mental health group. WHOQOL, Measuring Quality of life. Available at: [www.who.int/entity/mental-health/media/](http://www.who.int/entity/mental-health/media/) Accessed 2005.
39. Zlatonovic L. The role of the person's self-concept in quality of life research. J Philos Soc 2000;(2):391-7.
40. FHI. Contraception influences quality of life; Health and relationship with others are among ways Family planning user relates to quality of life. Available at <http://www.fhi.org/2005>
41. Nilforooshan P, Latifi Z, Abedi MR, Ahmadi SA. [Quality of life and its different domains in fertile and infertile women] [Article in Persian]. J Res Behav Sci 2008;4(1,2):66-70.
42. El-Messidi A, Al-Fozan H, Lin Tan S, Farag R, Tulandi T. Effects of repeated treatment failure on the quality of life of couples with infertility. J Obstet Gynaecol Can 2004 Apr;26(4):333-6.