

کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن

*مه لقا علامی^۱ لوئیز امانتی^۲ شعله شکرآبی^۳ حمید حقانی^۴ فاطمه رمضان زاده^۵

چکیده

زمینه و هدف: سطح بالای استرس در زنان نابارور با کاهش عملکرد زناشویی همراه بوده و بر کیفیت زندگی آنان تاثیر خواهد گذاشت. این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل فردی مرتبط با آن انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر بودند که تعداد ۱۴۷ نفر به روش نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، کیفیت زندگی زنان نابارور و تفکرات غیر منطقی در مورد داشتن فرزند جمع آوری شد. از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، t مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون چند متغیره جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد ۴۸/۳ درصد زنان نابارور کیفیت زندگی خوب ۳۶/۱ درصد کیفیت زندگی متوسط و ۱۵/۶ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشتند و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه بین کیفیت زندگی و شدت تمایل به داشتن فرزند ($P=0/011$) رابطه معنی دار نشان داد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین کیفیت زندگی و نمره تفکرات غیرمنطقی در رابطه با داشتن فرزند ارتباط معکوس وجود داشته است ($P<0/001$).

نتیجه گیری: در این مطالعه کیفیت زندگی زنان نابارور با تفکرات غیر منطقی در خصوص داشتن فرزند در ارتباط بود. مشاوره ناباروری در ارتقاء کیفیت زندگی و تعدیل این تفکرات موثر می باشد، مبنای مشاوره می تواند تغییر شناخت زنان ناباروری باشد که معتقدند داشتن فرزند برای داشتن یک زندگی توأم با خوشبختی ضروری است.

کلید واژه ها: ناباروری- کیفیت زندگی- تفکرات غیر منطقی در مورد داشتن فرزند

تاریخ دریافت: ۸۶/۲/۲۲

تاریخ پذیرش: ۸۷/۵/۲۰

این مقاله از پایان نامه دانشجویی استخراج شده است.

^۱ مربی گروه بهداشت جامعه، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران (*مؤلف مسؤول)

^۲ کارشناس ارشد گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اردبیل

^۳ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران

^۴ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

^۵ دانشیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، تهران، ایران

مقدمه

در اکثر فرهنگ‌ها باروری اهمیت داشته و تمایل به داشتن فرزند از اساسی‌ترین انگیزه‌های انسانی بوده است.^(۱) به دنیا آوردن فرزند و پدر و مادر شدن یکی از پایه‌های اساسی تشکیل خانواده می‌باشد. برای بسیاری از زوج‌ها توانایی به دنیا آوردن فرزند امری مهم در تکامل شخصیت مردانه یا زنانه، تعیین هویت و نتیجه نهایی زندگی می‌باشد. زوج‌هایی که خواهان فرزند هستند ولی توانایی آن را ندارند، نه تنها این مسئله ناامیدکننده است بلکه امری ویرانگر خواهد بود.^(۲)

شیوع ناباروری بسته به سن زن ۲۸-۷ درصد می‌باشد.^(۳) نتایج مطالعات انجام شده در زمینه ناباروری بیانگر مشکلات متعدد از جمله افسردگی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و عدم رضایت از عملکرد جنسی، قصد خودکشی در افراد می‌باشد.^(۴،۵) ناباروری نه تنها تأثیر عمیقی بر وضعیت روانشناختی فرد می‌گذارد، بلکه فشار روانی زیادی را بر روابط حاکم بین زن و شوهر وارد می‌کند. نگرانی و احساس شکستی که به دنبال آن می‌آید، به ویژه هنگامی که فشارهای خانواده و جامعه زیاد باشد، بیشتر اوقات منجر به از بین رفتن هماهنگی بین زن و شوهر و از هم گسیختگی خانواده می‌شود.^(۶) علاوه بر مشکلات زناشویی، زن نابارور ممکن است از تماس با مادر و خواهر خود پرهیز نماید. چرا که آن‌ها دائماً از وی در این زمینه سوال می‌کنند. همچنین از دوستان حامله خود دوری می‌جوید زیرا آنان یادآور این نکته هستند که سایرین به آسانی باردار می‌شوند.^(۳) سطح بالای استرس در زنان نابارور بدون در نظر گرفتن این که آیا استرس به خاطر تلاش برای حل مشکل

ناباروری بوده یا به هر علت دیگر، با کاهش عملکرد زناشویی و افت کیفیت زندگی مرتبط می‌باشد.^(۷) کیفیت زندگی، تأثیر فرآیندهای بیماری و درمان‌ها بر جنبه‌های کلی زندگی شخص را نشان داده و جهت پایش موفقیت درمان از دیدگاه بیمار، درک شدت مشکل و ارائه خدمات بهداشتی درمانی مؤثر به این افراد و برنامه‌ریزی برای ارتقای کیفیت زندگی آنان می‌تواند سودمند باشد. فرد نابارور به علت تلاش‌های ناموفق مکرر جهت بچه دار شدن، ابتدا دچار چالش‌هایی با اعتماد به نفس خود شده و سپس احتمالاً اعتماد به نفس او تحلیل می‌رود. این حالت در افرادی که در سایر زمینه‌های زندگی بسیار موفق بوده و در نتیجه مهارت‌های لازم جهت کنار آمدن با شکست‌ها و ناکامی‌ها را ندارند به مراتب وخیم‌تر است.^(۳)

انتظار می‌رود عوامل دموگرافیک به عنوان بخشی از پیش‌زمینه اجتماعی، بر نحوه رویارویی فرد با مشکلات ناشی از ناباروری مؤثر بوده و به عنوان عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان نابارور مطرح باشند. VanBalen، Trimbos و Kemper در گزارش مطالعه خود می‌نویسند، عوامل دموگرافیک بر طیف وسیعی از عقاید، باورها، حالات و احساسات تأثیر می‌گذارند، بنابراین وارد کردن آن‌ها در مطالعه منطقی به نظر می‌رسد.^(۹)

در مطالعه‌ای که به منظور تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی زنان نابارور در امارات انجام شد، محققین دریافتند که سن بالای ۳۰ سال زن، ناباروری اولیه و ناباروری با عامل زنانه با کیفیت زندگی پایین مرتبط بوده ولی طول مدت ناباروری و هزینه درمان‌های ناباروری با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌دار نداشت.^(۱۰)

همچنین استرس ناشی از ناباروری به طور مستقیم و

شد. نتایج مطابق نمره کل بر پایه کیفیت زندگی خوب امتیاز کمتر از ۱/۵، کیفیت زندگی متوسط مساوی امتیاز ۱/۵-۲/۴۹ و کیفیت زندگی ضعیف امتیاز مساوی و بیشتر از ۲/۵، تفسیر شد.^(۱۱)

پرسشنامه دوم در رابطه با مشخصات فردی شامل یازده سؤال در رابطه با سن همسر، مدت ازدواج، علت ناباروری (زنانه، مردانه، مختلط، ناشناخته) نوع ناباروری (اولیه-ثانویه)، مدت زمان تلاش برای بچه دار شدن، سابقه استفاده از درمان ناباروری، نتیجه بارداری قبلی، امید به موفقیت درمان و شدت تمایل به بچه دار شدن بود. پرسشنامه سوم پرسشنامه تفکرات شناختی غیرمنطقی در مورد نیاز به داشتن فرزند به منظور شاد زیستن که پرسشنامه IPC ساخته Fekkes و همکاران و شامل ۱۴ جزء بود. مقیاس این پرسشنامه لیکرت پنج درجه ای و از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم درجه بندی شده و در قالب مقیاسی از ۵۶-۰ نمره‌گذاری شد. نمرات بالا تر سطوح بالا تر تفکرات غیرمنطقی و نیاز قویتر برای داشتن فرزند به منظور شاد زیستن را نشان می‌داد.^(۱۲) روش به کارگیری ابزار خود گزارش دهی، که بعد از دادن اطلاعات لازم پرسشنامه‌ها توسط واحدهای پژوهش تکمیل و در مواردی که واحدهای پژوهش بی سواد بودند با مصاحبه توسط پژوهش گر تکمیل گردید.

جهت تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوی و برای تعیین اعتماد علمی ابزار پرسشنامه‌ها در اختیار ۲۰ نفر از زنان نابارور قرار داده شد و بعد از تکمیل از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد که برای پرسشنامه کیفیت زندگی ۹۵ درصد و برای پرسشنامه تفکرات غیرمنطقی ۸۴ درصد بدست آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آزمون آنالیز واریانس یکطرفه و تی مستقل، ضریب همبستگی

غیرمستقیم، ارزیابی از خودکارآیی و صمیمیت زندگی را کاهش داده و اثرات منفی بیشتری بر کیفیت زندگی زنان نسبت به شوهرانشان می‌گذارد.^(۵) سطح بالاتر تفکرات غیرمنطقی نسبت به داشتن فرزند در بین زنان جوان محتمل ترین توضیح برای عملکرد توأم با مشکل روانشناختی آنان ذکر شده است و می‌تواند تأثیر نامطلوب بر کیفیت زندگی داشته باشد.^(۱۱)

از این رو با توجه به شیوع بالای ناباروری و تأثیر احتمالی آن بر کیفیت زندگی، بر آن شدیم که این مطالعه را با هدف تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در جامعه زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر تهران انجام دهیم لذا این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی زنان نابارور جهت پاسخ به این سؤال که کیفیت زندگی زنان نابارور در چه سطحی است و عوامل فردی مرتبط با آن کدامند؟ انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر تهران بوده که با توجه به فرمول تعیین حجم نمونه در مطالعات همبستگی ۱۴۷ نفر که مایل به شرکت در مطالعه بودند و معیارهای شرکت در پژوهش را داشتند به روش نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل سه پرسشنامه بود. پرسشنامه کیفیت زندگی زنان نابارور ساخته شده توسط Khayata و همکاران شامل ۳۳ سؤال در رابطه با شیوه زندگی بود. مقیاس این پرسشنامه لیکرت پنج درجه ای و نمره سوالات از صفر تا چهار بود. نمره سوالات با هم جمع زده شده و نمره بدست آمده به تعداد سوالات تقسیم

آماری معنی دار نبود ($P=0/966$). میانگین امتیاز امتیاز کیفیت زندگی و مدت تلاش برای بچه دار شدن از نظر آماری تفاوت معنی دار وجود داشت میانگین امتیاز کیفیت زندگی در دو گروه که از درمان ناباروری استفاده کرده و یا استفاده نکرده بودند از نظر آماری تفاوت معنی دار داشت ($P=0/01$). میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی در گروهی که از درمان‌های ناباروری استفاده کرده بودند $1/73 \pm 0/82$ و در گروهی که استفاده نکرده بودند $1/35 \pm 0/81$ بود (جدول شماره ۲).

همچنین زنان نابارور ثانویه که حداقل یک بچه زنده داشتند، کیفیت زندگی بهتری نسبت به آنهایی که نتیجه بارداری قبلی آنان سقط یا بچه مرده بود داشتند و بین کیفیت زندگی و نتیجه بارداری قبلی ($P=0/04$) و کیفیت زندگی و شدت تمایل به بچه دار شدن رابطه معنی دار وجود داشت ($P=0/000$). یافته‌ها در ارتباط با تعیین تفکرات غیرمنطقی نسبت به داشتن فرزند در زنان نشان داد حداقل نمره کسب شده ۹ و حداکثر نمره ۵۶ بود. میانگین و انحراف معیار نمره تفکرات غیر منطقی $38 \pm 11/06$ بود. برای سنجش ارتباط بین تفکرات غیرمنطقی و کیفیت زندگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتیجه نشان داد بین امتیاز کیفیت زندگی و نمره تفکرات غیرمنطقی ارتباط مستقیم خطی وجود دارد. ($t=-0/635, P<0/000$) از آن جا که در این مطالعه نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر بود، در واقع تفکرات غیر منطقی با کیفیت زندگی ارتباط معکوس داشت. یعنی کسانی که نمره بیشتری از تفکرات غیر منطقی کسب کرده بودند کیفیت زندگی پایین‌تری داشتند (نمودار شماره ۱)

پیرسون و آنالیز رگرسیون چند متغیری با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS استفاده شد.

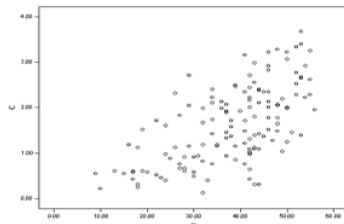
یافته‌ها

در این مطالعه ۸۶ درصد از زنان نابارور خانه دار و بقیه شاغل بودند. دامنه تغییرات سن زنان ۱۹-۴۳ سال با میانگین و انحراف معیار $27/8 \pm 5/1$ سال بود. دامنه تغییرات سن همسران ۵۰-۲۳ سال با میانگین و انحراف معیار $33 \pm 5/5$ سال بود. دامنه تغییرات مدت زندگی مشترک ۲۲-۱ سال با میانگین و انحراف معیار $7/3 \pm 2/2$ سال، دامنه تغییرات مدت تمایل به بچه دار شدن ۳ ماه تا ۱۹ سال با میانگین و انحراف معیار $4/87 \pm 3/6$ سال، دامنه تغییرات مدت درمان ۱ ماه تا ۱۶ سال با میانگین و انحراف معیار $4/08 \pm 3/6$ سال بود. یافته‌ها در رابطه با تعیین کیفیت زندگی زنان نابارور نشان داد که ۴۸/۳ درصد زنان نابارور کیفیت زندگی خوب، ۳۶/۱ درصد متوسط و ۱۵/۶ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشتند. میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی $1/62 \pm 0/83$ بود (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی زنان نابارور برحسب

امتیاز کیفیت زندگی		
کیفیت زندگی	امتیاز	تعداد (درصد)
خوب	$< 1/5$	۷۱ (۴۸/۳)
متوسط	$1/5-2/49$	۵۳ (۳۶/۱)
ضعیف	$\geq 2/5$	۲۳ (۱۵/۶)
جمع		۱۴۷ (۱۰۰)
میانگین و انحراف معیار		$1/62 \pm 0/83$

یافته‌ها در ارتباط با تعیین عوامل فردی مرتبط با کیفیت زندگی در زنان نابارور نشان داد ارتباط میانگین کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده و سن همسر از نظر



نمودار شماره ۱ - پراکنش ارتباط کیفیت زندگی و تفکرات غیر منطقی نسبت به داشتن فرزند در زنان نابارور

جدول شماره ۲- شاخص های آماری امتیاز کیفیت زندگی زنان نابارور بر حسب عوامل فردی و نتایج آزمون

P-value	میانگین و انحراف معیار	عوامل فردی
P= ۰/۰۲۵	۱/۴۸ ± ۰/۸	کمتر از ۵ سال
	۱/۹۶ ± ۰/۸۶	۵-۹ سال
	۱/۷۲ ± ۰/۹۳	۱۰-۱۴ سال
	۲ ± ۰/۹۳	≥ ۱۵
P= ۰/۰۱۱	۱/۷۳ ± ۰/۸۲	بله
	۱/۳۵ ± ۰/۸۱	خیر
P= ۰/۰۰۴	۱/۴۶ ± ۰/۸۴	بچه زنده
	۱/۹۶ ± ۰/۷۸	سقط یا بچه مرده
P < ۰/۰۰۰۱	۱/۸۳ ± ۰/۷۷	خیلی زیاد
	۱/۳۵ ± ۰/۸	زیاد
	۰/۸۲ ± ۰/۵۴	متوسط
	۱/۵۶ ± ۰/۸۶	کم

بحث و نتیجه گیری

ارتباط معنی دار وجود نداشت اما در مطالعه Khayata و دیگران ارتباط معنی دار بین این دو متغیر وجود داشت، این ارتباط در گروه سنی بالای ۳۰ سال مشاهده شد، به طوری که زنان نابارور بالای ۳۰ سال کیفیت زندگی شان به طور معنی داری مختل شده بود.^(۱۱) از آنجا که در مطالعه حاضر حدود ۶۶ درصد نمونه ها زیر ۳۰ سال سن داشتند، لذا وجود تعداد کم زنان بالای ۳۰ سال در نمونه های مورد بررسی احتمالاً توجیه کننده این عدم ارتباط می تواند باشد. همچنین بین میانگین امتیاز کیفیت زندگی و سن همسر رابطه معنی دار مشاهده نشد. در مطالعه VanBalen و دیگران بین بهزیستی زنان نابارور و سن همسرشان

در مطالعه حاضر ۵۱/۷ درصد زنان نابارور کیفیت زندگی متوسط و یا ضعیف داشتند که احتمالاً به دلیل اهمیت بچه دار شدن در جامعه ما و مهم بودن این مسئله برای خانواده ها می باشد، کمتر از نیمی از زنان نابارور کیفیت زندگی خوب داشتند. شاید دلیل این باشد که ۶۶/۱ درصد جامعه پژوهش در گروه سنی زیر ۳۰ سال بودند و مسئله ناباروری هنوز اثر زیادی بر کیفیت زندگی آنان نگذاشته بود، هرچند که بین میانگین امتیاز کیفیت زندگی و سن ارتباط معنی دار وجود نداشت. اکثریت واحدهای پژوهش جوان بودند هر چند که بین میانگین امتیاز کیفیت زندگی و سن

در کشورشان (امارات) مسائل فرهنگی می باشد، زیرا ابعاد خانواده ها بزرگ و بسیاری از زنان شاغل نیستند و طلاق بخاطر بچه دار نشدن بسیار شایع بوده و ازدواج با بیش از یک زن، از نظر اجتماعی و فرهنگی به عنوان یک جایگزین پذیرفته شده، بیشتر مشهود است.^(۱۱) در حالی که در کشور ایران اگرچه در برخی موارد ازدواج مجدد مرد به این دلیل صورت می گیرد، ولی این موضوع در عرف پذیرفته شده نیست که می تواند دلیلی بر عدم ارتباط عامل ناباروری با کیفیت زندگی در مطالعه ما باشد.

در این مطالعه بین نوع ناباروری و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت. تأثیر روانی ناباروری ثانویه برای بعضی از زوج ها کمتر از آنهایی که هیچ گاه حامله نشده یا فرزندی نداشته اند نیست.^(۲)

ناباروری حتی اگر ثانویه باشد، یک واقعیت مزمن باقی مانده و هرچند وقت یکبار باید با توجه به بررسی های انجام شده، آگاهی صادقانه درباره احتمال موفقیت به زوجین داده شود تا بتوانند دورنمای صحیحی از مشکل خود داشته باشند.^(۳) در این مطالعه زنان نابارور ثانویه که حداقل یک بچه زنده داشتند، کیفیت زندگی نسبت به آنهایی که نتیجه بارداری قبلی آنان سقط یا بچه مرده بود، بهتر بود که این تفاوت معنی دار بود ($P=0/04$). این یافته با مطالعه Fakkes و دیگران همخوانی دارد.^(۱۱) می توان گفت وجود حداقل یک فرزند می تواند استرس ها و هیجانات ناشی از باردار نشدن را تقلیل داده و اشتغال ذهنی زنان را کم کند.

در مطالعه حاضر بین کیفیت زندگی و شدت تمایل به بچه دار شدن از نظر آماری ارتباط معنی دار وجود داشت ($P=0/000$). در یک مطالعه مقطعی بر روی بیماران نازا، محققان دریافتند هرچه شدت انگیزه جهت بچه دار شدن بیشتر باشد، ناملایمات نیز بیشتر هستند.

ارتباط معنی دار وجود نداشت.^(۱۰) که مشابه نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر است.

در این مطالعه میانگین امتیاز کیفیت زندگی در دو گروه که از درمان ناباروری استفاده کرده بودند با گروهی که از درمان ناباروری استفاده نکرده بودند، از نظر آماری تفاوت معنی دار وجود داشت ($P<0/01$). Fekkes و همکاران هم در مطالعه خود دریافتند ناباروری و درمان آن اثر منفی بر کیفیت زندگی دارد.^(۱۲) همچنین بین امید به موفقیت درمان و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت. شرکت در ارزیابی و درمان ناباروری می تواند یکی از پرفشارترین و مخربترین تجارب در زندگی زوجین باشد. اغلب احساس اندوه و افسردگی قبل از شروع درمان وجود دارد. سیکل های درمانی اغلب با امیدها و انتظارات زیاد شروع شده و با ناامیدی ختم می شوند.^(۳) و احتمالاً فشارهای مالی، روانشناختی و فیزیکی روش های کمک به باروری بر زوج نابارور و کیفیت زندگی آن ها اثر نامطلوب می گذارد. لذا پیشنهاد می شود با دادن اطلاعات در زمینه سیستم های حمایتی و خدمات مشاوره ای موجود در جامعه و بررسی منابع در دسترس، جهت کاهش اثرات منفی و فشارهای روحی وارد شده به این افراد زمینه استفاده از این خدمات را برای آن ها فراهم آورند.

در این مطالعه بین عامل ناباروری و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت، در مطالعه ای که Fekkes و همکاران انجام دادند نیز بین کیفیت زندگی و عامل ناباروری ارتباط معنی دار مشاهده نشد.^(۱۲) در حالی که در مطالعه ای که Khayata و دیگران انجام دادند، این ارتباط معنی دار بود و زنانی که عامل ناباروری زنانه داشتند کیفیت زندگی پایین تری داشتند. آن ها معتقدند علت پراسترس بودن نازائی

به بیانی دیگر هر چه داشتن فرزند برای یک زن مهم‌تر باشد، تجربه نازایی برای وی ناملایمات بیشتری به همراه می‌آورد،^(۱۱) که با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد. یافته‌ها در رابطه با تعیین تفکرات غیرمنطقی نسبت به داشتن فرزند نشان داد حداقل نمره کسب شده ۹ و حداکثر نمره ۵۶ و میانگین و انحراف معیار نمرات $38 \pm 11/06$ بود. در مطالعه Fakkes میانگین این نمرات در زنان ۲۱-۳۰ سال $34/1$ و در زنان ۳۱-۴۰ سال $29/4$ بود که میانگین نمره تفکرات غیرمنطقی در جامعه مورد مطالعه حاضر بالاتر از میانگین نمره در مطالعه فوق می‌باشد.^(۱۲) که احتمالاً به دلیل اهمیت بچه دار شدن در فرهنگ جامعه ایرانی می‌باشد. در این مطالعه بین سطح تفکرات غیرمنطقی در خصوص داشتن فرزند و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت ($P=0/000$) (نمودار شماره ۱).

به بیانی دیگر هر چه داشتن فرزند برای یک زن مهم‌تر باشد، تجربه نازایی برای وی ناملایمات بیشتری به همراه می‌آورد،^(۱۱) که با یافته‌های این مطالعه همخوانی دارد. یافته‌ها در رابطه با تعیین تفکرات غیرمنطقی نسبت به داشتن فرزند نشان داد حداقل نمره کسب شده ۹ و حداکثر نمره ۵۶ و میانگین و انحراف معیار نمرات $38 \pm 11/06$ بود. در مطالعه Fakkes میانگین این نمرات در زنان ۲۱-۳۰ سال $34/1$ و در زنان ۳۱-۴۰ سال $29/4$ بود که میانگین نمره تفکرات غیرمنطقی در جامعه مورد مطالعه حاضر بالاتر از میانگین نمره در مطالعه فوق می‌باشد.^(۱۲) که احتمالاً به دلیل اهمیت بچه دار شدن در فرهنگ جامعه ایرانی می‌باشد. در این مطالعه بین سطح تفکرات غیرمنطقی در خصوص داشتن فرزند و کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود داشت ($P=0/000$) (نمودار شماره ۱).

در مطالعه مشابه که Fakkes و همکاران انجام دادند نیز این ارتباط معنی دار بود، به طوری که سطوح بالای این تفکرات با افت عملکرد ایده آل به ویژه عملکرد روانشناختی و هیجانی کیفیت زندگی مرتبط بود.^(۱۲) در پاسخ به سؤال مطالعه «عوامل مرتبط با کیفیت زندگی زنان نابارور چیست؟»

تقدیر و تشکر

پژوهشگران از کارکنان مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر تهران و کارکنان کتابخانه دانشکده پرستاری و مامائی علوم پزشکی ایران که در امر پژوهش همکاری داشته اند صمیمانه تشکر و قدرانی می‌نمایند.

فهرست منابع

- 1- Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL. Kistner's Gynecology and Women's health. 7th ed. Mosby Inc. 1999; 325-7.
- 2- Infertility: Evaloation and treatment. Karimsadeh Maibodi M, Aflatonian A, Taheri panah R, Dehghani firosabadi R, Yazd pob. 1997; P.3-31.
- 3- Eskandari N, Cadieux M. Infertility, In: Decherney AH, Nathan L. Current obstetrics and Gynecologic Diagnosis and treatment, 9th ed. MC Graw- Hill Com. 2003; P.979-80.

- 4- Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility problem stress from infertility, Marriage factors and subjective well-being of wives and husbands? J health soc behave. 1991; 32: 238-253.

- 5- Sergholsai M, Moharari F, Arshadi H, Javidy K, Karimi SH, Faiasi bordbar M. Pshicosomatic disorder and Depression in infertile women attending to Mashhad Infertility Teritment Center. Fertility and Infertility Faslnameh Autumn. 2002; P.46-51.

- 6- Shojaei Tehrani H, Ebadi Azar F. Population of Family Planing and Fertiliti Health. 3th ed. Smate pop. 2004, P.112.

- 7- Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is Fertility Problem Stress different the dynamics of stress infertile and infertile couples? *Fertil Steril.* 1992; 57: 1247-53.
- 8- Yarbo CH, Frogge MH, Goodman M, Groen-wald SI. *Cacer Nursing:principle and practice.*5th ed. Toronto; Jones and Bartlett pub. 2000; P.247-255.
- 9- VanBalen F, Trimbos- Kemper TCM. Factors influencing the well being of long- term infertile couples, *J Psychosom obstet gynecol.* 1994; 15: 157-164.
- 10- 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 G Ynecol Obstet.* 2003; 80: 183-188.
- 11- Fekkes M, Buitendijk SE, Verrips GHW, Braat DDM, Brewaeys AMA, Dolfing JG, Kortman M, Leerentveld RA, Macklon NS. Health related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Hum Reprod.* 2003; 18: 1536-1543.
- 12- Bresnik E, Taymor ML. The role of counseling in infertility. *Fertil steril.* 1979. 32(2): 154-6.

Factors Influencing Quality of Life Among Infertile Women

*Mahlegha Alami¹ MSc Louiz Amanati² MSc Sholeh Shokrabi³ MSc
Hamid Haghani⁴ MSc Fatemeh Ramezanzadeh⁵ MD

Abstract

Background and Aim: Fertility is highly valued in most cultures, and the desire to have a child is essential for human motivation. Studies have shown that infertility has negative effects on quality of life. However, recognition of factors influencing quality of life may be useful in planning to improve it. The aim of this study was to investigate quality of life and influential factors among infertile women.

Material and Method: This study had correlational design in which 3 types of questionnaires was used to collect data about demographic factors, quality of life and irrational parenthood cognitions of the participants. One hundred forty seven infertile women without known physical or psychological disorders, selected by continuous sampling method, filled out questionnaires.

Results: Regarding the findings, the quality of life of 48.3%, 36.1% and 15.6% of samples were good, fair and poor, respectively. Also, statistically meaningful relationship were found between quality of life and history of infertility treatment ($P= 0.011$), strength of desire to have child ($P<0.0001$), previous pregnancy outcome ($P=0.04$), and irrational parenthood cognitions ($P<0.0001$).

Conclusion: Quality of life of infertile women could be affected by the irrational parenthood cognitions mostly. So, identifying this group would result in better management for allocation of appropriate counseling. The researchers suggest comparative study of quality of life between infertile and fertile women.

Keywords: Infertility- Quality of life- Influencing factor

Received: 12 May, 2007

Accepted: 10 July, 2008

¹ Senior Lecturer in Public Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran (*Corresponding author) Email:Mahlagha Allami@yahoo.com

² Lecturer in Midwifery, School of Health, Ardebil University of Medical Sciences and Health Services, Ardebil, Iran

³ Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

⁴ Senior Lecturer in Statistics, Department of Statistics, School of Management and Medical Informatics, Iran University of Medical Sciences and Health Services

⁵ Associate Professor in Obstetric and Gynecology, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran