تأثیر ناباروری اولیه بر کیفیت زندگی زنان در شهرستان ارومیه

حمیدرضا فرخ‌اسلاملو[1]، معصومه حاجی شفیع‌ها*[2]، عصمت سادات کاظمی[3]، سیما اشنوئی[4]

تاریخ دریافت 1393/03/10 تاریخ پذیرش 1393/05/12

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ناباروری اولیه به‌عنوان یک بحران در زندگی مشترک می‌تواند مهارت‌های ارتباطی، شغلی و اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. هدف مطالعه‌ی حاضر بررسی تأثیر ناباروری اولیه بر کیفیت زندگی در زنان مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروری مرکز آموزشی_ درمانی شهید مطهری ارومیه بود.

مواد و روش کار: در این مطالعه ۶۰ زن مبتلا به ناباروری اولیه مراجعه‌کننده به مرکز درمان نازایی و ۶۰ زن بارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی درمانی با تحصیلات دیپلم یا بالاتر به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی سلامت را تکمیل نمودند.

یافته‌ها: بین گروه بارور و نابارور ازنظر خصوصیات دموگرافی، اجتماعی و باروری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت اما ازنظر وضعیت قاعدگی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p =۰/۰۴$). در دو حیطه‌ی فیزیکی و محیطی کیفیت زندگی، بین دو گروه بارور و نابارور تفاوت معنی‌داری وجود نداشت اما کیفیت زندگی زنان نابارور در حیطه‌های روانی ($p =۰/۰۴$) و اجتماعی به‌طور معنی‌دار پایین بود ($p =۰/۰۴$).

بحث و نتیجه‌گیری: زنان مبتلا به ناباروری اولیه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پائین تری نسبت به سایر زنان دارند، لااقل در حیطه‌های روانی و اجتماعی. لذا این مشکل باید بیش‌ازپیش موردتوجه قرار گیرد و حمایت‌های روانی و اجتماعی برای آنان فراهم گردد.

کلیدواژه‌ها: ناباروری اولیه، کیفیت زندگی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره هفتم، ص ۶۰۴-۵۹۸، مهر ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده بهداشت، تلفن: ۰۴۴-۳۴۴۵۱۴۸

Email: mhajshafiha@gmail.com

مقدمه

ناباروری عموماً به ناتوانی در بارداری (بدون توجه به نتیجه آن) پس از یک سال تماس جنسی منظم و بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری در مرحله باروری سیکل قاعدگی اطلاق می‌شود (۱). بر اساس برآوردهای سازمان جهانی سلامت (WHO[5]) حدود ۸۰ میلیون نفر در سراسر جهان از ناباروری رنج می‌برند و شیوع آن در کشورهای مختلف از ۵درصد تا ۳۰درصد متفاوت بوده و به‌طور متوسط ۲۰درصد می‌باشد که اکثراً در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند(۲). در ایران شیوع ناباروری اولیه فعلی[6] بر اساس نتایج مطالعه سلامت و بیماری (DHS)[7] کشوری در سال ۱۳۸۰، ۲/۵درصد (۳)، مطالعه ملی بررسی سلامت شهرستان ۱/۶درصد (۴)، بررسی کشوری سال ۱۳۸۴، ۳/۴درصد (۵) و در سال ۱۳۸۹، ۳/۲درصد (۶) گزارش شده است. شیوع ناباروری اولیه طول عمر در ایران نیز در سال ۱۳۸۴، ۲۴/۹درصد (۵) و در سال ۱۳۸۹، ۲۶/۱درصد (۶) گزارش شده است.

باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است.

[1] دانشیار بهداشت مادر و کودک، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[2] دانشیار زنان و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[3] پزشک عمومی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

[4] کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه ، ایران

[5] World Health Organization (WHO)

[6] Current primary infertility

[7] Demographic and Health Survey (DHS)

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

اگر تلاش در جهت باردارشدن با شکست مواجه شود، می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد به‌علاوه در تمام فرهنگ‌ها فرزند برای والدین خود معنای وجودی، هویت و موقعیت فراهم می‌کند (۷). مشکل ناباروری پیامدهای روانی اجتماعی متعددی دارد که گریبان گیر مردان و زنان نابارور است و در جوامعی که زنان از جایگاه مناسب اجتماعی برخوردار نیستند(۸) این پیامدها تشدید می‌شوند(۲). نتایج بررسی‌های مختلفی نشان داده‌اند که ناباروری به‌خصوص برای زنان تجربه‌ای مخرب و دردناک است به‌طوری‌که این افراد احساس ناامیدی، درماندگی و خشم بیشتری را نسبت به همتاهای بارور خود نشان می‌دهند، ارتباطات آن‌ها با همسر، خانواده و دوستان مختل شده و بیش از سایرین در معرض ابتلا به بیماری‌های عاطفی - روانی، افسردگی، اضطراب، اعتمادبه‌نفس پایین و نارضایتی هستند و عموماً کیفیت زندگی آن‌ها می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد (۹).

کیفیت زندگی جریانی فعال، پویا و چندوجهی از دریافت‌ها، نگرش‌ها و تغییرات رفتاری است و از مجموع تجربیات گوناگونی که در زندگی فرد اتفاق می‌افتد، حاصل می‌شود. سازمان جهانی سلامت کیفیت زندگی را احساس و درک فرد از وضعیت زندگی خود در قالب نظام ارزشی و فرهنگی بر مبنای آرمان‌ها، انتظارات، استانداردها و علایق فرد تعریف کرده است که دارای حیطه‌های جسمی، روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیط و عقاید شخصی می‌باشد (۱۰).

در یک دهه گذشته ابزارهای مختلف ارزیابی کیفیت زندگی برای بررسی تأثیر ناباروری بر علائم فیزیکی و زندگی روزمره زنان نابارور مورداستفاده قرار گرفته است.

در مطالعه‌ی صورت گرفته در ایران، ۱۲درصد از زنان نابارور کیفیت زندگی پایینی را گزارش کردند، درحالی‌که بیش از نیمی از آنان کیفیت زندگی مطلوبی داشتند. فشار خانواده و جامعه بر کیفیت زندگی زنان نابارور، اثر منفی قابل‌توجهی داشته است (۱۱).

علیرغم وجود مطالعات متعددی در خصوص ابعاد روانی ناباروری، مقالات انگشت‌شماری در مورد ابعاد سلامتی کیفیت زندگی در داخل و خارج از کشور منتشر شده است. نتایج یک بررسی مروری در سال ۲۰۰۷ نشان داد که تا آن موقع فقط ده مطالعه در خصوص ابعاد سلامتی کیفیت زندگی انجام گرفته بود (۱۲). در ایران مطالعات اندکی در زمینه‌ی کیفیت زندگی زنان نابارور انجام یافته است که عموماً مقطعی و توصیفی بوده و فاقد گروه مقایسه برای تحلیل تأثیر ناباروری بر حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی بودند (۱۱, ۱۳, ۱۴). همچنین تفاوت‌های عمده فرهنگی و اجتماعی اقوام مختلف ایرانی و جایگاه زنان در خانواده و جامعه، بررسی‌های بیشتر در استان‌های مختلف کشور را اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. این مطالعه با طراحی مقطعی و تحلیلی و باهدف بررسی تأثیر ناباروری اولیه با علت زنانه بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان نابارور در استان آذربایجان غربی انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مقطعی و تحلیلی بوده و در طول سال ۱۳۹۲ به دنبال تصویب در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و در عرصه مرکز تحقیقات بهداشت باروری انجام شد. تعداد ۶۰ زن مبتلا به ناباروری اولیه مراجعه‌کننده به مرکز نازایی دانشگاه در محل مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری و ۶۰ زن بارور در سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان ارومیه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و موردبررسی قرار گرفتند. با تک‌تک زنان شرکت‌کننده به‌صورت فردی و گروهی مصاحبه به عمل آمد، اهمیت پژوهش در خصوص کیفیت زندگی تشریح شد، موافقت شفاهی و کتبی برای مشارکت در پژوهش اخذ شد و درنهایت نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها آموزش داده شد. در گروه مبتلایان به ناباروری، زنانی موردمطالعه قرار گرفتند که دچار ناباروری اولیه باشند و در صورت ابتلا به ناباروری ثانویه و وجود مشکلات ژنیتال از مطالعه حذف شدند و در هر دو گروه، زنان با تحصیلات کمتر از دیپلم (جهت جلوگیری از سوگیری ادراک زوج‌های با تحصیلات پایین در تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی) نیز از مطالعه حذف شدند. داده‌ها از طریق دو پرسشنامه ساختارمند جمع‌آوری شد:

- فرم جمع‌آوری مشخصات دموگرافی و اجتماعی همراه با داده‌های مربوط به نمایه توده بدن و وضعیت قاعدگی
- نسخه فارسی پرسشنامه استاندارد خلاصه‌شده کیفیت زندگی WHO با عنوانWHOQOL-BREF که پایایی و روایی آن در ایران مورد تائید قرار گرفته است (۱۵).

پرسشنامه WHOQOL-BREF شامل ۲۶ سؤال بوده و در چهار حیطه مختلف فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی را می‌سنجد. بعد از اعمال ضرایب اختصاصی، هر فرد در هر حیطه نمره‌ای بین صفر تا ۱۰۰ دریافت می‌کند و درنهایت نمره ۵۶ و بالاتر برای حیطه‌های فیزیکی و محیطی، ۵۸ و بالاتر برای حیطه روانی و ۵۹ و بالاتر برای حیطه اجتماعی نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. حیطه فیزیکی کیفیت زندگی دربرگیرنده توانایی انجام فعالیت‌های روزانه، اعتیاد به داروها، خستگی، تحریک‌پذیری، درد، خواب و استراحت و قدرت انجام کارها می‌باشد. حیطه روانی کیفیت زندگی شامل مواردی مانند احساسات منفی و مثبت، اعتمادبه‌نفس، تفکر، یادگیری، حافظه و

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

توجه می‌باشد. حیطه محیطی شامل امنیت جسمی و سلامتی، خدمات پزشکی، سود اجتماعی، توانایی انجام کارها، توانایی تطبیق با محیط می‌باشد و حیطه اجتماعی کیفیت زندگی، ارتباط با دیگر انسان‌ها، حمایت اجتماعی و موفقیت در زندگی زناشویی و آنالیز آن‌ها را شامل می‌شود.

داده‌های موردمطالعه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS16 مورد تحلیل قرار گرفت. برای توصیف خصوصیات زنان از روش‌های آماری توصیفی استفاده شد و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون آماری t-test و برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون آماری Chi- square استفاده شد. مقدار p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

هدف از این مطالعه تعیین تأثیر ناباروری اولیه بر کیفیت زندگی زنان مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بود. دراین‌ارتباط ۶۰ زن مبتلا به ناباروری اولیه و ۶۰ زن بارور با تحصیلات دیپلم یا بالاتر وارد مطالعه شدند.

جدول شماره ۱، توزیع خصوصیات دموگرافیک و باروری زنان موردبررسی برحسب وضعیت باروری را نشان می‌دهد. غیر از توزیع وضعیت قاعدگی که دو گروه از زنان موردمطالعه تفاوت معنی‌داری ازنظر آماری داشتند (در گروه زنان بارور ۷۸/۳درصد و در گروه نابارور ۶۰درصد خانم‌ها پریودهای قاعدگی منظمی داشتند) (P=۰/۰۴۷)، توزیع سایر متغیرهای موردبررسی در دو گروه از زنان مانند سطح تحصیلات، شغل، طول زندگی مشترک، طول مدت قاعدگی، سطح درآمد و نمایه توده بدن تفاوتی ازنظر آماری نداشت (P>۰/۰۵).

جدول (۱): توزیع خصوصیات دموگرافیک و باروری زنان موردبررسی برحسب وضعیت باروری- ارومیه ۱۳۹۲*

متغیر		وضعیت باروری			P**
		بارور	نابارور	کل	
سن (سال)	< ۲۵	۸ (۴۷/۱)	۹ (۵۲/۹)	۱۷ (۱۴/۲)	۰/۹۲۴
	۲۵-۳۴	۴۳ (۵۱/۲)	۴۱ (۴۸/۸)	۸۴ (۷۰/۰)	
	≤ ۳۵	۹ (۴۷/۴)	۱۰ (۵۲/۶)	۱۹ (۱۵/۸)	
شغل	شغل داخل منزل	۳ (۶۰/۰)	۲ (۴۰/۰)	۵ (۴/۲)	۰/۴۷۹
	شغل خارج منزل	۱۶ (۴۲/۱)	۲۲ (۵۷/۹)	۳۸ (۳۱/۷)	
	خانه‌دار	۴۱ (۵۳/۲)	۳۶ (۴۶/۸)	۷۷ (۶۴/۲)	
طول زندگی مشترک	≥ ۵ سال	۲۸ (۴۳/۱)	۳۷ (۵۶/۹)	۶۵ (۵۴/۲)	۰/۰۹۹
	< ۵ سال	۳۲ (۵۸/۲)	۲۳ (۴۱/۸)	۵۵ (۴۵/۸)	
وضعیت قاعدگی	منظم	۴۷ (۵۶/۶)	۳۶ (۴۳/۴)	۸۳ (۶۹/۲)	۰/۰۴۷
	نامنظم	۱۳ (۳۵/۱)	۲۴ (۶۴/۹)	۳۷ (۳۰/۸)	
طول مدت قاعدگی	≥ ۵ روز	۲۷ (۶۰/۰)	۱۸ (۴۰/۰)	۴۵ (۳۷/۵)	۰/۰۹۰
	< ۵ روز	۳۳ (۴۴/۰)	۴۲(۵۶/۰)	۷۵ (۶۲/۵)	
وضعیت درآمد ماهیانه	مناسب	۳۹ (۵۱/۳)	۳۷ (۴۷/۷)	۷۶ (۶۳/۳)	۰/۸۷۹
	نامناسب	۲۱ (۴۷/۷)	۲۳ (۵۲/۳)	۴۴ (۳۶/۷)	
نمایه توده بدن	<۱۸	۰ (۰/۰)	۲ (۱۰۰/۰)	۲ (۱/۷)	۰/۳۵۴
	۱۸-۲۵	۳۲ (۵۱/۶)	۳۰ (۴۸/۴)	۶۲ (۵۳/۹)	
	> ۲۵	۲۵ (۴۹/۰)	۲۶ (۵۱/۰)	۵۱ (۴۴/۳)	

* مقادیر برحسب تعداد (درصد) قید شده‌اند.

** P value با استفاده از آزمون مجذور کای محاسبه شده است.

بررسی نتایج مربوط به نگرش کلی زنان در خصوص کیفیت زندگی نشان داد که ۷۵درصد خانم‌های بارور و ۵۱/۶درصد خانم‌های نابارور کیفیت زندگی خود را خوب یا بسیار خوب، ۲۵درصد خانم‌های بارور و ۴۸/۳درصد خانم‌های نابارور کیفیت

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

زندگی خود را نه بد نه خوب ارزیابی کرده‌اند. تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد (P =۰/۰۲).

نتایج مرتبط با توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان بارور و نابارور برحسب دامنه‌های مختلف کیفیت زندگی نشان می‌دهد که نسبت زنان ناباروری که در حیطه‌های روانی (p=۰/۰۴) و اجتماعی (p=۰/۰۱) از کیفیت زندگی پائین تری برخوردار بودند به‌صورت معنی‌داری کمتر از زنان بارور بود. درعین‌حال، در حیطه‌های فیزیکی (p=۰/۷۱) و محیطی (p=۰/۸۲) کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری ازنظر آماری بین دو گروه زنان بارور و نابارور وجود نداشت (جدول شماره ۲).

جدول (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان نابارور و بارور برحسب دامنه‌های مختلف کیفیت زندگی مطابق با WHOQOL-BREF، ارومیه ۱۳۹۲*

دامنه‌های مختلف کیفیت زندگی		وضعیت کیفیت زندگی		P**
		کیفیت بالا	کیفیت پائین	
دامنه جسمانی	بارور	۳۵ (%۵۸/۳)	۲۵ (۴۱/۷)	۰/۷۱
	نابارور	۳۷ (۶۱/۷)	۲۳ (۳۸/۳)	
دامنه روانی	بارور	۳۶ (۶۰/۰)	۲۴ (۴۰/۰)	۰/۰۴
	نابارور	۲۵ (۴۱/۷)	۳۵ (۵۸/۳)	
دامنه اجتماعی	بارور	۴۲ (۷۰/۰)	۱۸ (۳۰/۰)	۰/۰۱
	نابارور	۲۹ (۴۸/۳)	۳۱ (۵۱/۷)	
دامنه محیطی	بارور	۵۲ (۸۶/۷)	۸ (۱۳/۳)	۰/۸۲
	نابارور	۴۹ (۸۱/۷)	۱۱ (۱۸/۳)	

* مقادیر برحسب تعداد (درصد) قید شده‌اند.

** P value با استفاده از آزمون مجذور کای محاسبه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه، تأثیر ناباروری اولیه بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان نابارور در نمونه‌ای از جامعه ایرانی موردبررسی قرار گرفت. در اغلب کشورهای درحال‌توسعه که ارج نهادن به جایگاه زنان در گرو توانمندی آنان در مادر شدن می‌باشد، ناباروری با علت زنانه پیامدهای اجتماعی شرم‌آوری همچون خشونت خانوادگی، انزوا و تهدید به طلاق را می‌تواند در پی داشته باشد (۲) ازآنجایی‌که در جامعه ایرانی نیز فرزندآوری چه ازنظر دینی و مذهبی و چه ازنظر فرهنگی و اجتماعی از اهمیت زیادی برخوردار است، انتظار می‌رود ناباروری تأثیر قابل‌توجهی در کیفیت زندگی زنان ایرانی در مقایسه با زنان کشورهای توسعه‌یافته داشته باشد(۱۶).

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، دو گروه مورد مقایسه غیر از تفاوت در وضعیت قاعدگی، ازنظر سایر خصوصیات دموگرافی، اجتماعی و باروری تفاوت معنی‌داری ازنظر آماری نداشتند. بررسی‌های قبلی نشان داده‌اند که متغیرهایی مانند سن، سطح سواد (۱۴)، شغل و وضعیت درآمد می‌توانند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهند (۱۷) در نتیجه هرگونه تفاوت در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی در دو گروه را می‌توان به ناباروری اولیه نسبت داد.

در مطالعه‌ی ما بیش از نصف زنان نابارور و بارور از کیفیت زندگی مناسبی در حیطه فیزیکی برخوردار بودند و تفاوت قابل‌توجهی نیز با هم نداشتند (p=۰/۷۱). به این مفهوم که هر دو گروه در توانایی انجام فعالیت‌های روزانه، خستگی، تحریک‌پذیری، درد، خواب و استراحت و قدرت انجام کارها یکسان بودند. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده از معدود مطالعات داخل کشور مطابقت دارد (۱۳, ۱۸) ولی در تعارض با یافته‌های بررسی‌های خارج از ایران می‌باشد. یک همبستگی منفی قوی بین ناباروری اولیه و عملکرد فیزیکی زنان در بررسی‌های مشابهی از کشور مصر (۱۹) و کشورهای اروپایی به‌دست‌آمده است (۲۰) وضعیت کیفیت زندگی در حیطه محیطی (شامل امنیت جسمی، خدمات پزشکی، توانایی انجام کارها و توانایی تطبیق با محیط) نیز بین دو گروه موردمطالعه یکسان بود (p=۰/۸۲). ازآنجایی‌که مراقبت‌های ناباروری تحت پوشش بیمه نبوده و هزینه‌های قابل‌توجهی را دارند، این تفاوت در نتایج بررسی‌های داخل و خارج از کشور را می‌توان به اینکه مطالعه حاضر مبتنی بر جامعه نبوده و مراجعین به مراکز ناباروری در ایران وضعیت اجتماعی اقتصادی مطلوب‌تری دارند،

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

توجیه نمود. مبتنی بر جمعیت نبودن مطالعه یکی از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد.

زنان ناباروری که ما بررسی نمودیم، در حیطه‌های روانی (p=۰/۰۴) و اجتماعی (p=۰/۰۴)، از کیفیت زندگی پائین تری نسبت به گروه زنان بارور برخوردار بودند. بررسی‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که زنان مبتلا به ناباروری اولیه در مقایسه با سایرین، احساسات منفی بیشتر، اعتمادبه‌نفس کمتر، ارتباط نامناسب با دیگر انسان‌ها، حمایت اجتماعی کمتر و موفقیت کمتری در زندگی زناشویی دارند (۱۳, ۲۱, ۲۲). تمایل قوی زنان نابارور به دستیابی به مقبولیت اجتماعی از طریق فرزندآوری می‌تواند منجر به تأثیر منفی بر ارتباطات اجتماعی و حیطه اجتماعی کیفیت زندگی شود که هم در نتایج بررسی حاضر منعکس شده است و هم در سایر مطالعات تائید شده است (۲۳).

درمجموع، زنان مبتلا به ناباروری اولیه در آذربایجان غربی که معمولاً به تنها مرکز دولتی درمان ناباروری استان (مرکز موردبررسی)، مراجعه می‌کنند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پائین تری نسبت به سایر زنان دارند، لااقل در حیطه‌های روانی و اجتماعی. مشکل ناباروری اولیه باید بیش‌ازپیش موردتوجه قرار گرفته و ضمن ایجاد دسترسی به درمان، حمایت‌های روانی و اجتماعی برای آنان فراهم گردد.

References:

1. Benson RC. Handbook of Obstetrics and Gynecology. Los Altos, California: Lange Medical Publishers; 1983.
2. 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.
3. Noorbala A, Mohamad K. Mental Health Survey of the Adult Population in Iran. Br J Psychiatry 2004;184:70-3.
4. Ministry of Health and Medical Education. Population and health in the Islamic Republic of Iran. Iran Demographic and Health Survey report. Tehran: 2000.
5. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K.Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. Asia PacJ Public Health 2009;21(3):287-93.
6. Hoseini J, Emadadin M, Mokhtarpour H, Surani MT. The prevalence of primary and secondary infertility in four selected provinces of Iran in 2010. Iran J Obstetric, Gynecol Infertility 2012;15(29):1-7.(persian)
7. Ryan KJ, Kistner RW.Kistner gynecology and women’s health. 7th ed. Michigan: Mosby; 1999.
8. Diamond RK, Meyers M, Scharf CN, Weinshel M.Couple Therapy for Infertility. New York: The Guilford press;1999.
9. Greil AL. Infertility and psychological distress: A critical review of the Literature. Soc Sci Med 1997;55(11):1679-704.
10. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med 1998;28(3):551–8.
11. Alaami M, Amanati, Shokrabi Sh, Hagani H, Ramazanzade F. Factors influencing quality of life among infertility women. IJN 2009;21(56):27-35.
12. Montazeri A. Infertility and health related quality of life: minireview of the literature. J Family Reprod Health 2007;1(2):55-8.
13. Nilforooshan P, Latifi Z, Abedi MR, Ahmadi SA.Quality of life and its different domains in fertile and infertile women. J Res Behav Sci 2006;4(12):70-7.
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. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R.Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study.BMC Health Serv Res 2008;21(8):61.

16. Wilson JF, Kopitzke EJ. Stress and infertility. Curr Womens Health Rep 2002;2(3):194–9.
17. Brønnum-Hansen H, Juel K, Davidsen M, Sørensen J. Impact of selected risk factors on quality-adjusted life expectancy in Denmark. Scand J Public Health 2007;35(5):510–5.
18. Nourani S, Joneidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Comparison of Quality of life in Fertile and Infertile Women Referred to the Public Clinics in Mashhad. Iran J Obstet Gynecol Infertility 2012;15(7):24-31. (persian)
19. Ibrahim MAH, Taher AER, Ahmed YS.Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. Int J Gynaecol Obstet 2010;110(2):118-21.
20. Lemmens GM, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, D'Hooghe T, et al. Coping with infertility: a body-mind group intervention program for infertility couples. Hum Reprod 2004;19(8):1917-23.
21. Gulseren L, Cetinay P, Tokatlioglu B, Sarikaya OO, Gulseren S, Kurt S, et al.Depression and anxiety levels in Turkish women. J Reprod Med 2006;51(5):421-6.
22. Van Rooij FB, Van Balen F, Hermanns JM. Emotional distress and infertility: Turkish migrant couples compared to Dutch couples and couples in Western Turkey. Psychosom Obstet Gynaecol 2007;28(2):87-95.
23. Wischmann T, Stamner H, Scherg H, Gerhard I, Verres R.Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heildelberg Fertility Consultation Service. Hum Reprod 2001;16(8):1753–61.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]

Original Article

IMPACT OF PRIMARY INFERTILITY ON LIFE QUALITY IN URMIA, IRAN

Hamidreza Farrokh-Eslamlou[1], Masoumeh Hajishafiha[2]*, Esmat Sadat Kazemi[3], Sima Oshnouei[4]

Received: 31 May , 2014; Accepted: 3 Aug , 2014

Abstract

***Background & Aims*:** Primary infertility may affect communication skills, occupational and physical health of women. The purpose of this research was to investigate the impact of primary infertility on different domains of life quality in an Iranian community.

***Materials & Methods*:** The research was performed on 60 primary infertile women seeking infertility treatment and 60 fertile women with similar sociodemographic characteristics. World Health Organization's QOL-BREF questionnaire was used to investigate health related life quality.

***Results*:** The sociodemographic characteristics between two groups were similar with no significant difference, except menstruation. Compared with the fertile women, the women with primary infertility had significantly lower ratios of quality of life in both physical (P=0.04) and psychological (P=0.01) domains. There was no difference in physical and environmental domains of life quality between two groups.

***Conclusion*:** Women with primary infertility need psychological and social support to improve their life quality.

***Keywords*:** Infertility, Quality of life, Psychological health, Social health

***Address*:** Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran, Tel:+984433445138

E-mail: mhajshafiha@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2014: 25(7): 604 ISSN: 1027-3727

[1] *Associate Professor of Maternal and Child Health, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*

[2] *Associate Professor, Obstetrics and Gynecology Department, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)*

[3] *General Practitioner, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*

[4] *Master of Epidemiology, Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-28]