



نوع مقاله: علمی پژوهشی  
عنایت، حلیمه؛ حیدری، ساناز و پژوهان فرد، سعید (۱۳۹۹). مطالعه‌ی عوامل اجتماعی- فرهنگی موثر بر کیفیت زندگی زنان در خانواده‌های نابارور شهر شیراز. *جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی*، ۷(۱۶)، ۴۱-۵۹.

## مطالعه‌ی عوامل اجتماعی - فرهنگی موثر بر کیفیت زندگی زنان در خانواده‌های نابارور شهر شیراز

حلیمه عنایت<sup>۱</sup>، ساناز حیدری<sup>۲</sup> و سعید پژوهان فرد<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹ /۵/۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱

### چکیده

یکی از مسائلی که می‌تواند کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد، ناباروری است. ناباروری، چیزی بیش‌تر از یک تشخیص پزشکی است؛ و نوعی داغ اجتماعی محسوب می‌شود. پژوهش حاضر به کیفیت زندگی زنان در خانواده‌های نابارور توجه می‌کند و به عوامل اجتماعی- فرهنگی موثر بر آن می‌پردازد. در این پژوهش، با استفاده از روش پیمایشی و پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، تعداد ۴۰۰ نفر از زنان در خانواده‌های نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری، با علت‌های (زنان، مردانه، هردو و ناشناخته) با روش تصادفی ساده انتخاب شدند. نتایج این مطالعه نشان داد که سن پاسخگو، درآمد خانوار، دینداری، سلامت عمومی و انتظار نقش با کیفیت زندگی زنان در خانواده‌های نابارور، رابطه دارند. تبیین متغیر وابسته بر حسب مجموع متغیرهای مستقل، بیانگر آن است که سه متغیر سلامت عمومی، دینداری و انتظار؛ نقش قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی کیفیت زندگی زنان نابارور هستند و قادرند ۰/۴۸ درصد از تغییرات واریانس متغیر وابسته را تبیین کنند.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی؛ عوامل اجتماعی- فرهنگی؛ خانواده‌های نابارور؛ زنان؛ شهر شیراز.

۱- استاد بخش جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی اجتماعی دانشگاه شیراز، [henayat@rose.shirazu.ac.ir](mailto:henayat@rose.shirazu.ac.ir)

۲- کارشناسی ارشد جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز، [aramis2012aramis@gmail.com](mailto:aramis2012aramis@gmail.com)

۳- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول)، [s.pajooohan1350@gmail.com](mailto:s.pajooohan1350@gmail.com)

## ۱- مقدمه و بیان مسئله

امروزه کیفیت زندگی، یکی از چارچوب‌های نظری مورد قبول در بررسی شرایط زندگی جوامع مختلف به‌شمار می‌رود. به نظر برگر-اشمیت کیفیت زندگی، وضعیت فرد و یا افراد یک جامعه را با توجه به عوامل برون‌زایمانند؛ فن‌آوری، تولید، زیرساخت‌ها، روابط اجتماعی، نهادهای اجتماعی، محیط زیست و مانند آن‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد (برگر-اشمیت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲ : ۴۰۳). سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، کیفیت زندگی را پنداره‌های فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظر فرد تعریف کرده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷ : ۷۲). به اعتقاد گیل<sup>۳</sup>، کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی، ذهنی، پیچیده و فرایندی جامع و منعطف است که تمام جنبه‌های زندگی افراد را دربر می‌گیرد (نوربالا و همکاران، ۱۳۷۸ : ۱۰). به نظر الینگسون<sup>۴</sup>، چندبعدی بودن کیفیت زندگی به لحاظ اینکه فردی است؛ ابعاد مختلف سلامت و آسایش روانی و اجتماعی زندگی افراد را دربرداشته و از تجربیات شخصی و درک فرد از زندگی متأثر است که باگذشت زمان تغییر می‌کند. برخی اندیشمندان معتقدند؛ کیفیت زندگی می‌تواند با سه روش، مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد. اولین تعریف، بر جنبه‌های رفاهی و آرامش زندگی فرد، دومین تعریف، به توانایی‌های اقتصادی، اجتماعی و جسمانی و سومین تعریف، بر زمینه‌هایی چون علائم یا بیماری‌های خاص و معلولیت‌ها تمرکز دارد (اسپیلکر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳ : ۱۱). یکی از عواملی که می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد؛ ناباروری است.

مور و بلیث، معتقدند ناباروری، بحرانی در زندگی است که موجب بروز مجموعه‌ای از پاسخ‌های فرهنگی، اجتماعی و روانی می‌شود. ناباروری، پدیده‌ای دور از انتظار است که ممکن است توضیحی برای آن پیدا نشود، برای مدت زمان نامعلومی به‌طول بیانجامد و بر فرد نابارور و روابطش با دیگران تأثیرگذار باشد (بلیث<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱ : ۲۱۷). در دنیای امروز، با وجود تغییرات فوق‌العاده در ارزش‌های خانوادگی، تجربه‌ی والدگرایی برای زنان و مردان اهمیتی انکارناپذیر دارد. بر اساس نظر لورنکو و پالاها؛ بچه‌دار شدن هدفی بسیار مهم برای مردان و زنان و معیاری لازم برای دستیابی به رضایت‌مندی شخصی، پذیرش اجتماعی و هویت جنسی است (پالها<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱).

- 
- 1- Berger-Schmitt
  - 2- World health organization
  - 3- Gil
  - 4- Elingson
  - 5- Spilker
  - 6- Blyth
  - 7- Palha

به اعتقاد بلیث<sup>۱</sup> ناباروری، چیزی بیشتر از یک تشخیص پزشکی است و نوعی داغ اجتماعی محسوب می‌شود. ناباروری برای مردان به‌عنوان حمله به قدرت مردانگی آن‌ها در نظر گرفته می‌شود و زنان نابارور موجوداتی بی‌ثمر به حساب می‌آیند (بلیث، ۲۰۰۱). بازنمایی فرهنگی منفی از ناباروری در زبان روزمره منعکس شده است. برای مثال، ناباروری هم ردیف اصطلاحاتی مانند؛ نازا، بی‌ثمر، فاقد میل جنسی، عقیم و بی‌حاصل قرار داده می‌شود. با توجه به اینکه حدود نیمی از ناباروری‌ها مردانه تشخیص داده می‌شود؛ اما بیشتر زنان به دلیل ناباروری‌شان سرزنش می‌شوند. مردان اگر به هر دلیلی در ایفای نقش‌های خانوادگی خود موفق نشوند، منابع دیگری برای ارضاء در اختیار دارند و قادرند ناموفق بودن خود در باروری را در خلال انجام سایر نقش‌های اجتماعی و شغلی جبران نمایند. درحالی‌که ایفای نقش مادری، مهم‌ترین منبع اجتماعی ارضاء کننده برای زنان محسوب می‌شود (خسروی، ۱۳۸۰). به هر حال، ناباروری در مردان نیز امری منفی دانسته می‌شود و اهمیت نیرومند بودن یا قدرت مردانگی مردان نابارور را زیر سؤال می‌برد. سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را به‌عنوان یک مشکل مهم بهداشت باروری مطرح کرده است که اگرچه بیماری نیست؛ ولی می‌تواند باعث اختلالات مهم عاطفی شود و عوارض و عواقب اجتماعی و روانی بر جای گذارد (ملایی نژاد و همکاران، ۱۳۷۸ : ۲۶). دریک مطالعه، ۴۸ درصد از زنان مراجعه کننده کیفیت زندگی خوب، ۳۶ درصد متوسط، ۱۵ درصد کیفیت زندگی ضعیف داشته اند (علامی و همکاران، ۱۳۸۷ : ۲۷). کوسینیو<sup>۲</sup>، ناباروری را یک جنبه‌ی روان‌شناختی مهم در زندگی فرد و یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده می‌داند (کوسینیو، ۲۰۰۷ : ۲۹۳). اور<sup>۳</sup> در پژوهش خود نشان می‌دهد که ۱۵-۱۰ درصد از افراد در جوامع مختلف مشکل ناباروری دارند. این مشکل به‌علت اینکه تعداد زنانی که بچه‌دار شدن را به تأخیر می‌اندازند؛ رو به افزایش است و می‌تواند در آینده‌ی نزدیک، افزایش قابل توجهی پیدا کند (اور، ۲۰۰۲ : ۹). به اعتقاد واینا<sup>۴</sup>، بر اساس آمارهای رسمی، حدود هشتاد میلیون نفر در دنیا نابارور هستند و بیشتر کسانی که از ناباروری رنج می‌برند، در کشورهای درحال توسعه زندگی می‌کنند (واینا، ۲۰۰۲ : ۳۱). زن، زمانی خود را کامل می‌پندارد که قدرت باروری داشته باشد و بچه‌دار شود (پازنده و همکاران، ۱۳۸۳ : ۳۵۵). آمار نگران کننده درباره‌ی زوج‌های نابارور نشان می‌دهد، ۲۰/۲ درصد از زوج‌های ایرانی نابارور هستند. در بررسی و تحقیقات به عمل آمده از ۵۰ زوج؛ ۱۵ مورد از علت نازایی به مردان مربوط می‌شد، که این امر با انجام یک سری آزمایش‌های تخصصی قبل از ازدواج،

1- Bliss  
2- Cousineau  
3- Ever  
4- Vayena

قابل تشخیص است و با تشخیص به موقع می‌توان از آسیب‌های اجتماعی از جمله؛ طلاق، اعتیاد، افسردگی و حتی خودکشی پیش‌گیری کرد. بر اساس تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت بین ۶۰ تا ۸۰ میلیون زوج در سراسر جهان با مشکل عدم باروری دست‌به‌گریبان‌اند. این میزان در چین و در شفیلد انگلستان به ترتیب ۹ و ۳۵، در ایران ۳ تا ۴ میلیون جمعیت یعنی؛ نزدیک به ۲۰ درصد برآورد می‌شود و شیوع این پدیده در استان‌های تهران و البرز بیشتر و حدود ۲۰/۲ درصد است. ناباروری می‌تواند هم از سوی زن و هم مرد باشد و یا هر دو در این مسئله نقش داشته باشند. زن و مرد هر یک ۴۰ درصد در مشکلات ناباروری سهیم هستند و این نسبت گاه در مردان بیشتر است و به مرز ۵۰ یا ۶۰ درصد هم می‌رسد. از سویی، مطابق شواهد آماری، حدود ۱۰ درصد این مشکل هم به زنان و هم مردان مربوط است و به رغم اینکه ایران یکی از پیشرفته‌ترین کشورهای دنیا در ارائه‌ی خدمات درمان ناباروری است، حدود ۱۰ درصد علل اختلال در تولیدمثل، نامشخص بوده و زوجین پس از انجام آزمایش‌های موجود، با مشکل خاصی روبه‌رو نیستند؛ ولی به دلایل نامعلومی نمی‌توانند صاحب فرزند شوند (روزنامه رسالت، ۱۳۹۹). با این حال، 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 (عالیه<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷: ۸).

از این رو، در پژوهش حاضر به مطالعه‌ی عوامل اجتماعی- فرهنگی موثر بر کیفیت زندگی زنان در خانواده‌های نابارور پرداخته‌ایم و درصدد پاسخ به این سوال هستیم که عوامل اجتماعی- فرهنگی چه تأثیری بر کیفیت زندگی زنان در خانواده‌های نابارور شهر شیراز دارند؟

## ۲- پیشینه‌ی پژوهش

### ۲-۱- پژوهش‌های تجربی

کیفیت زندگی زنان و عوامل مؤثر بر آن در قالب تحقیقات متعددی در داخل و خارج کشور مورد بررسی علمی قرار گرفته است. در بخش مطالعات داخلی تمامی پژوهش‌ها از جنبه‌های متفاوتی موضوع مورد نظر را مورد بررسی قرار داده‌اند و از روش‌هایی همچون؛ پیمایش و مشاهده سود جسته‌اند؛ اما بیشتر مطالعات در حیطه‌ی مباحث روان‌شناختی و پزشکی بوده است و پژوهشگران بیش‌تر به مقایسه‌ی زنان بارور و نابارور و یا مقایسه زنان و مردان نابارور پرداخته‌اند و کمتر به بررسی کیفیت زندگی این زنان در رابطه با عوامل اجتماعی- فرهنگی پرداخته‌اند. همچنین

مطالعات اندکی در شهر شیراز انجام گرفته است. در بخش پژوهش‌های خارجی هم بیشتر پژوهش‌های خارجی هم در حیطه‌ی روان‌شناختی بوده و نقش مهم متغیرهای اجتماعی - فرهنگی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

عابدی و همکاران (۱۳۹۳)، در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه کیفیت زندگی با رضایت‌مندی زوجین نابارور» نشان دادند؛ که بین بُعد جسمانی کیفیت زندگی و رضایت زوجین رابطه‌ی معنا داری وجود دارد. فرخ اسلام‌لو و همکاران (۱۳۹۳)، در تحقیقی با عنوان «تأثیر ناباروری اولیه بر کیفیت زندگی زنان در شهرستان ارومیه» دریافتند؛ ناباروری اولیه به عنوان یک بحران در زندگی مشترک می‌تواند مهارت‌های ارتباطی، شغلی و اجتماعی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. شاهوردی و همکاران (۱۳۹۴)، در تحقیقی با عنوان «تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور شهر کرمانشاه» نشان دادند که احساس حقارت و تعارض زناشویی در گروه زنان نابارور بیشتر است. نورانی و همکاران (۱۳۹۱)، در تحقیقی با عنوان «مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد» نشان دادند که افراد دو گروه از نظر مشخصات فردی، سایر متغیرهای مداخله‌گر و سلامت عمومی اختلاف معناداری نداشتند. علامی و همکاران (۱۳۸۷)، در تحقیقی با عنوان «کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور» دریافتند که ۴۸ درصد از زنان مراجعه کننده کیفیت زندگی خوب، ۳۶ درصد متوسط، ۱۵ درصد کیفیت زندگی ضعیف دارند. اکسولی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۶)، در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور چینی» نشان دادند که زنان نابارور نمرات کیفیت زندگی پایین‌تری در جنبه‌های معنویت / مذهب / اعتقادات شخصی، اعتماد به نفس، دسترسی به منابع مالی و کیفیت مراقبت بهداشتی و اجتماعی و همچنین افزایش درد و ناراحتی دارند. نتایج تحقیق کارابولت<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳)، با عنوان «شاخص‌های کیفیت زندگی در زنان نابارور» نشان داد که طولانی شدن مدت ناباروری با نمرات پایین‌تر از ذهن، بدن، دامنه‌ی تحمل اجتماعی و نمره‌ی کیفیت زندگی همراه است. چاچاموویچ و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، به پژوهشی با عنوان «روان پریشی به عنوان پیش‌بینی کننده‌ی کیفیت زندگی مردان نابارور پرداخته‌اند. نتایج نشان می‌دهد که افسردگی و نگرانی پیش‌بینی کننده‌های اصلی کیفیت زندگی مردان نابارور هستند. کوسینیو و دومار<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) در مقاله خود با عنوان «تأثیر روانی ناشی از ناباروری» بیان کردند که ناتوانی در داشتن فرزند، یک موقعیت استرس‌زا برای افراد و زوج‌های نابارور سراسر جهان قلمداد می‌شود.

1- Xiaoli

2- Karabulut

3- Chachamovich

4- Cousineau & Domar

## ۲-۲- چارچوب نظری

نظریه‌ی کیفیت زندگی ژان<sup>۱</sup> و هم‌چنین نظریه‌ی انتظار نقش به عنوان نظریه‌هایی هستند که برای بررسی کیفیت زندگی زنان نابارور مناسب هستند و به عنوان چارچوب نظری پژوهش انتخاب شده‌اند. از نظر ژان، کیفیت زندگی به پنج بُعد تقسیم می‌شود: (۱) بُعد اجتماعی و فرهنگی کیفیت زندگی از جمله عوامل کلیدی در شکل دادن کیفیت زندگی است که تأثیر قابل توجهی بر احساسات اجتماعی مردم دارد. این بُعد در سطح میانه مورد سنجش قرار می‌گیرد و شاخص‌های آن تلفیقی از شاخص‌های عینی و ذهنی کیفیت زندگی هستند (ژان، ۱۹۹۲: ۷۹۵). متغیرهای اجتماعی و فرهنگی در این پژوهش عبارت‌اند از: (سن، سن همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، درآمد، مدت زمان ازدواج، مدت درمان ناباروری، اعتقادات مذهبی) براساس این بُعد انتخاب شده‌اند. (۲) بُعد روان شناختی کیفیت زندگی: ژان، بر میزان احساس خوشبختی فرد از زندگی به عنوان عامل تعیین کننده در نگرش فرد به زندگی تأکید کرده است. از جمله عواملی که از جانب ژان به عنوان مشخصه‌های تعریف کننده احساس خوشبختی ارائه شده‌اند، می‌توان به معیارهایی مانند دوست داشتن دیگران، لذت بردن از زندگی یا شناخت خود اشاره کرد. در این پژوهش نیز متغیرهای روانی (از جمله عزت نفس و سلامت عمومی) براساس این بُعد از کیفیت زندگی انتخاب شده است. (۳) بُعد اقتصادی کیفیت زندگی؛ این بعد بیشتر بر توانایی مالی، میزان دارایی، قدرت خرید و مصرف، برخورداری از امکانات رفاهی در سطح فردی و گروهی ناظر است. در این تحقیق، به درآمد و شغل پاسخگو و شغل همسر نیز اطلاعاتی به دست آوردیم. (۴) بُعد جسمی و فیزیکی کیفیت زندگی؛ این بعد بیشتر در حوزه‌ی سلامت و بهداشت فردی و شخصی است. در بخش جسمانی، مؤلفه‌هایی مانند قدرت، انرژی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و خود مراقبتی و در بخش مربوط به بیماری، علائم بیماری مانند درد، از کارافتادگی، ناتوانی در دسترسی به درمان مناسب، شیوه‌های درمانی نامناسب و ... مورد تفسیر و سنجش قرار می‌گیرند. (۵) بُعد محیطی کیفیت زندگی؛ این بعد در سطح کلان قرار دارد و شرایط خارجی و عوامل محیطی را مورد بررسی قرار می‌دهد (قربانی، ۱۳۹۴). طبق نظر ژان، تمامی این ابعاد کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی دیگر از نظریات مرتبط با موضوع که به عنوان نظریه‌ی راهنما استفاده شده است، نظریه‌ی نقش<sup>۲</sup> است. این نظریه، جهان را به صحنه نمایش تشبیه می‌کند که هرکس در آن نقشی را بر عهده دارد و از او انتظارهایی می‌رود و باید آن نقش را ایفا کند. طبق این نظریه، هرکدام از افراد خانواده دارای موقعیتی

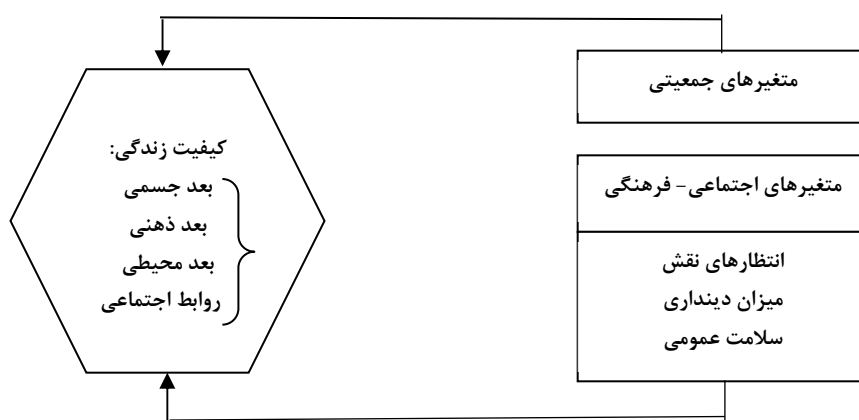
1- Zhan

2- role theory

هستند و طبق آن موقعیت نقشی را ایفا می‌کنند. برای مثال؛ شوهر به عنوان پدر، همسر به عنوان مادر به اجرای نقش می‌پردازند. مشکلاتی که در هنگام برآوردن انتظاراتها و نیازهای نقشی چندگانه و یا عدم برآوردن نقش مورد انتظار زن، که همان باروری است؛ موجب بروز تعارض نقشی و به خطر افتادن سلامت روانی زن نابارور می‌شود، همچنین زن نابارور به دلیل اینکه نتوانسته است بین نقشی که جامعه از او انتظار دارد که همانا نقش مادری است؛ و نقشی که در حال حاضر دارا است، سازگاری ایجاد کند؛ دچار ناسازگاری نقش می‌شود و از لحاظ روانی و اجتماعی دچار مشکل عدیده‌ای می‌شود. همچنین نمی‌تواند نقش‌های جنسیتی خود را به‌طور کامل ایفا کند و به این دلیل دچار فشار نقش و فشار روانی می‌شود و سلامت او به خطر می‌افتد. زنان نابارور بیشتر احساس پوچی و تهی بودن می‌کنند (ژان، ۲۰۰۵ : ۸۰۰). طبق این نظریه، ما انتظاراتهای نقش را نیز به عنوان یکی از متغیرهای مستقل برگزیدیم که می‌تواند کیفیت زندگی زنان نابارور را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، متغیرهای مستقل (دین داری و سلامت عمومی) از نظریه‌ی کیفیت زندگی ژان و انتظاراتهای نقش از نظریه‌ی انتظار نقش استخراج شده‌اند.

### ۲-۳- فرضیات پژوهش

۱. بین متغیرهای جمعیتی و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان رابطه وجود دارد.
۲. بین مدت زمان ازدواج و مدت درمان ناباروری با کیفیت زندگی پاسخ‌گویان رابطه وجود دارد.
۳. بین دینداری و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان رابطه وجود دارد.
۴. بین سلامت عمومی، انتظاراتهای نقش و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان رابطه وجود دارد.



شکل ۱: مدل تجربی تحقیق

### ۳- روش تحقیق

پژوهش حاضر بر رهیافت کمی مبتنی است؛ که با روش پیمایش<sup>۱</sup> انجام می‌شود. جامعه‌ی آماری پژوهش زنان در خانواده‌های ناباروری است که به دو مرکز ناباروری (بیمارستان مادر و کودک و مرکز درمان ناباروری شیراز دکتر سیروس رستمی) در شهر شیراز، جهت درمان ناباروری در تابستان ۱۳۹۵ مراجعه کرده‌اند. در این تحقیق، حجم نمونه با توجه به تعداد زوجین ازدواج کرده در سال ۱۳۹۰ که طبق آمار ۱۵۹۵۹ زوج بوده‌اند؛ که ۳۱۹۱ نفر از این زوجها نابارور بوده‌اند، ۳۷۵ نفر از زنان در خانواده‌های نابارور هستند؛ که به مراکز ناباروری مراجعه کرده‌اند، این تعداد با استفاده از فرمول کوکران محاسبه شده است که در این پژوهش به ۴۰۰ نفر ارتقا داده شد. شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی مرحله‌ای است و برای انجام آن، ابتدا نقشه‌ی شهر مدرج و محورهای X و Y روی آن مشخص گردید. سپس به طور تصادفی، ۵ مرکز ناباروری انتخاب شدند. در بین این مراکز، دو مرکز که با معیار پرمراجعه بودن و با انجام این تحقیق موافقت کردند، انتخاب شدند. (مرکز ناباروری شیراز و مرکز ناباروری بیمارستان مادر و کودک) و اطلاعات از آنان جمع آوری شد. در طول دوماه (مرداد و شهریور) به صورت روزانه به این مراکز مراجعه کردند و به طور تصادفی به زنان مراجعه‌کننده با توجه به لیست مراجعه‌کنندگان ناباروران، یک در میان این زنان را انتخاب کردیم و اگر مایل به همکاری نمی‌شدند؛ به نفر بعد پرسش نامه داده می‌شد، که تعداد ۱۸۰ پرسش نامه در بیمارستان مادر و کودک و تعداد ۲۲۰ پرسش نامه به زنان مراجعه‌کننده در مرکز ناباروری شیراز کامل شد. ابزار سنجش پرسش نامه است. بدین منظور پرسش نامه‌ای طراحی شد که در آن متغیرهای تحقیق در قالب طیف لیکرت و یا به صورت گزینه‌های اصلاً تا خیلی زیاد مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفتند. برای بررسی میزان دقت شاخص‌ها و گویه‌های مربوط به هر متغیر و سنجش اعتبار پرسش نامه‌ها، از اعتبار صوری استفاده گردید. به این صورت که نحوه‌ی تعاریف مفاهیم و متغیرها به کارشناسان مورد نظر عرضه شد که استادان جامعه‌شناسی هستند؛ که نظر آنان مبنی بر تأیید اعتبار پرسش نامه بود. در این تحقیق، برای شناخت پایایی گویه‌های دینداری، انتظار نقش، کیفیت زندگی و سلامت عمومی از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار نهایی مربوط به هر متغیر در جدول (۱) آمده است. برای سنجش پایایی متغیرهای مستقل و وابسته و کل پرسش نامه، در ابتدا تعداد ۳۰ پرسش نامه به‌وسیله‌ی آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعدادی از سوالات در تدوین نهایی پرسش نامه حذف گردید. داده‌های به دست آمده با ابزار اسپس<sup>۲</sup> و از طریق آلفای کرونباخ، بررسی گردید. به منظور تجزیه

1- Survey

2- SPSS



و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی، از آماره‌های توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، استفاده شده است. در سطح تبیینی از تحلیل‌های دو متغیره و چند متغیره مانند تحلیل واریانس یک طرفه و تحلیل رگرسیون و همچنین از آزمون‌هایی مانند مقایسه میانگین‌ها و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای نشان دادن تفاوت‌های آماری و معنادار بودن روابط فرضیه‌ها استفاده شده است.

جدول ۱: ضریب آلفای گویه‌های متغیرهای مستقل و وابسته تحقیق

متغیر	تعداد گویه	ضریب آلفا
دین‌داری	۵	۰/۷۲
کیفیت زندگی	۱۵	۰/۷۸
سلامت عمومی	۲۵	۰/۹۰
انتظار نقش	۲۱	۰/۸۵

#### ۴- یافته‌های پژوهش

##### ۴-۱- یافته‌های توصیفی

بر اساس نتایج توصیفی متغیرهای جمعیتی از مجموع ۴۰۰ پاسخگو میانگین سنی پاسخگویان ۳۲ سال و میانگین سنی همسران ۳۷ سال است. میانگین تحصیل جمعیت مورد مطالعه ۱۳ سال و میانگین تحصیل همسران ۱۲ سال است. میانگین مدت ازدواج پاسخگویان مورد مطالعه ۸ سال است. میانگین مدت درمان ناباروری پاسخگویان مورد مطالعه ۶ سال است. بیشتر پاسخگویان یعنی؛ ۸۰ درصد از آن‌ها سابقه‌ی ناباروری در خانواده همسر خود نداشتند و حدود ۲۰ درصد (یک پنجم) از آن‌ها سابقه‌ی ناباروری در خانواده‌ی همسر خود داشتند. بیشتر پاسخگویان یعنی؛ ۳۱ درصد از آن‌ها علت ناباروری زنانه داشتند. حدود ۲۵ درصد از علت ناباروری آن‌ها ناشناخته بود. ۲۴/۲ درصد از علت ناباروری آن‌ها مردانه بود و حدود ۲۰ درصد علت ناباروری شامل هر دو (هم زنانه و هم مردانه) می‌شد. بیشتر پاسخگویان حدود ۸۰ درصد آن‌ها خانه‌دار بودند. ۱۴ درصد از این زنان مشاغل دولتی و ۷ درصد از آن‌ها مشاغل غیردولتی یا آزاد داشتند. بیشتر همسر پاسخگویان یعنی؛ حدود ۶۶ درصد از آن‌ها مشاغل آزاد و ۳۴ درصد از آنان مشاغل دولتی داشتند. میانگین درآمد خانوارها یک میلیون و هفتصد هزار تومان محاسبه شده است. در بین پاسخگویان ۱۲/۵ درصد سطح دینداری پایین، ۶۷/۵ درصد متوسط و ۲۰ درصد دینداری بالا داشتند. از میان پاسخگویان حدود ۱۶ درصد کیفیت زندگی پایینی، ۶۶ درصد متوسط و

۱۸/۲ درصد کیفیت زندگی بالا داشتند. از کل پاسخگویان حدود ۱۸ درصد سلامت عمومی پایین، ۶۷/۳ درصد متوسط و ۱۵ درصد از سلامتی بالا برخوردار بودند. از این رو، از میان پاسخگویان ۱۹ درصد در حد پایینی از انتظار نقش قرار دارند؛ ۶۳ درصد در حد انتظار نقش متوسط و ۱۸ درصد از پاسخگویان انتظار نقش بالا داشتند.

#### ۲-۴- یافته‌های تحلیلی

**فرضیه‌ی شماره ۱:** بین سن، تحصیلات، درآمد خانواده، شغل پاسخگو و شغل همسر و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان رابطه وجود دارد.

برای بررسی رابطه‌ی بین سن پاسخگو، تحصیلات، درآمد خانواده، شغل پاسخگو و شغل همسر با کیفیت زندگی از همبستگی پیرسون استفاده شده است. میزان همبستگی به دست آمده در جدول (۲) برای سن برابر با  $0/10-$  که نشان دهنده‌ی همبستگی ضعیف منفی بین سن و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان است. سطح معناداری ( $Sig=0/03$ ) نشان می‌دهد بین سن و کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر یعنی؛ هرچه سن بالاتر رود، کیفیت زندگی این زنان کمتر می‌شود. سن پاسخگو با ابعاد سلامت ذهنی و روابط اجتماعی هم رابطه‌ی معنادار دارد؛ ولی با بقیه‌ی ابعاد کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار ندارد. میزان همبستگی به دست آمده برای تحصیلات در جدول (۲) برابر با  $0/01$  است. سطح معناداری ( $Sig=0/72$ ) است که نشان می‌دهد بین تحصیلات و کیفیت زندگی رابطه‌ی وجود معنادار ندارد و با هیچ‌کدام از ابعاد کیفیت زندگی هم رابطه‌ی معنادار ندارد. میزان همبستگی به دست آمده برای درآمد خانواده در جدول (۲) برابر با  $0/12$  که نشان دهنده‌ی همبستگی ضعیف بین درآمد خانواده و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان است. سطح معناداری ( $Sig=0/01$ ) است، که نشان می‌دهد بین درآمد خانواده و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد؛ و تنها در بین ابعاد کیفیت زندگی با بُعد سلامت محیط رابطه دارد. نتایج بررسی تفاوت کیفیت زندگی پاسخگویان برحسب شغل پاسخگو و همسران‌ها نیز در جدول شماره‌ی (۲) نشان داده شده است. میانگین نمرات نشان دهنده‌ی این مطلب است که بالاترین میانگین کیفیت زندگی ( $68/5$  درصد) مربوط به پاسخ‌گوییانی است که شغل دولتی داشته‌اند و پایین‌ترین میانگین مربوط به کسانی است که خانه‌دار ( $66/5$  درصد) بوده‌اند. میزان میانگین‌ها حاکی است که میانگین کیفیت زندگی برای پاسخ‌گوییانی که شغل همسر آن‌ها دولتی بوده است ( $60/6$  درصد) بیشتر از مقدار آن برای زنانی بوده که شغل همسر آن‌ها آزاد بوده است ( $58/8$  درصد). به طور کلی مجموع ابعاد کیفیت زندگی با شغل پاسخ‌گو و همسر آن‌ها رابطه ندارد؛ بنابراین فرضیه‌ی فوق رد می‌شود.

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین سن، تحصیلات، درآمد خانواده، شغل پاسخگو، شغل همسر و کیفیت زندگی پاسخگویان و ابعاد آن

درآمد خانواده		تحصیلات		سن		ابعاد کیفیت زندگی
سطح معنی داری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معنی داری	ضریب همبستگی	
۰/۶۴	۰/۲۳	۰/۳۹	- ۰/۰۴	۰/۰۲	- ۰/۱۱	سلامت ذهنی
۰/۰۶	۰/۰۹	۰/۹۷	- ۰/۰۰	۰/۸۷	- ۰/۰۰	سلامت جسمی
۰/۰۰۰	۰/۱۹	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۲۲	- ۰/۰۶	سلامت محیط
۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۳۶	۰/۰۴	۰/۰۰۲	- ۰/۱۵	روابط اجتماعی
۰/۰۱	۰/۱۲	۰/۷۲	۰/۰۱	۰/۰۳	- ۰/۱۰	جمع
سطح معناداری	F	انحراف استاندارد	میانگین کیفیت زندگی	تعداد	شغل پاسخگو	ابعاد کیفیت زندگی
۰/۶۲	۰/۴۷۸	۳/۰۲	۱۴/۵	۳۱۶	خانه‌دار	سلامت ذهنی
		۳/۲۶	۱۴/۰	۲۸	شغل آزاد	
		۳/۰۸	۱۴/۴	۵۶	شغل دولتی	
۰/۰۱	۴/۱۳۰	۱/۶۵	۶/۹۴	۳۱۶	خانه‌دار	سلامت جسمی
		۱/۴۹	۷/۲۱	۲۸	شغل آزاد	
		۱/۷۵	۷/۶۲	۵۶	شغل دولتی	
۰/۳۸	۰/۹۵	۳/۹۵	۱۹/۷	۳۱۶	خانه‌دار	سلامت محیط
		۴/۳۴	۱۹/۱	۲۸	شغل آزاد	
		۴/۴۶	۲۰/۳	۵۶	شغل دولتی	
۰/۴۶	۰/۷۶۱	۲/۴۸	۱۰/۶	۳۱۶	خانه‌دار	روابط اجتماعی
		۲/۷۸	۱۰/۵	۲۸	شغل آزاد	
		۲/۳۲	۱۱	۵۶	شغل دولتی	
۰/۴۷	۰/۷۵۴	۱۲/۱	۶۶/۵	۳۱۶	خانه‌دار	جمع
		۱۰/۹	۶۵/۷	۲۸	شغل آزاد	
		۱۲/۵	۶۸/۵	۵۶	شغل دولتی	
سطح معنی داری	F	انحراف استاندارد	میانگین کیفیت زندگی	تعداد	شغل همسر	ابعاد کیفیت زندگی
۰/۴۴	- ۰/۲۸۷	۲/۹۸	۱۴/۴۸	۲۶۴	شغل آزاد	سلامت ذهنی
		۳/۱۷	۱۴/۵۷	۱۳۶	شغل دولتی	

۰/۰۴	- ۱/۴۴۷	۱/۵۹	۶/۹۷	۲۶۴	شغل آزاد	سلامت جسمی
		۱/۷۸	۷/۲۳	۱۳۶	شغل دولتی	
۰/۱۸۵	- ۲/۲۸۳	۴/۰۵	۱۹/۴۶	۲۶۴	شغل آزاد	سلامت محیطی
		۳/۹۸	۲۰/۴۴	۱۳۶	شغل دولتی	
۰/۱۷۷	- ۱/۲۳۷	۲/۴۴	۱۰/۶۱	۲۶۴	شغل آزاد	روابط اجتماعی
		۲/۵۵	۱۰/۹۴	۱۳۶	شغل دولتی	
۰/۶۸	- ۱/۶۰۰	۱۰/۱۹	۵۸/۸	۲۶۴	شغل آزاد	جمع
		۱۱/۲۲	۶۰/۶	۱۳۶	شغل دولتی	

**فرضیه‌ی شماره‌ی ۲:** بین مدت زمان ازدواج و مدت درمان ناباروری با کیفیت زندگی پاسخگویان رابطه وجود دارد.

برای بررسی رابطه‌ی بین مدت ازدواج و مدت درمان ناباروری با کیفیت زندگی از همبستگی پیرسون استفاده شده است. میزان همبستگی به دست آمده در جدول (۳) برای مدت زمان ازدواج برابر با ۰/۰۰۱ می‌باشد. سطح معناداری (Sig= ۰/۹۹) است، که نشان می‌دهد بین مدت ازدواج و کیفیت زندگی رابطه‌ی معنادار وجود ندارد؛ و با هیچ‌کدام از ابعاد کیفیت زندگی هم رابطه‌ی معنادار ندارد. بنابراین فرضیه، بین مدت زمان ازدواج و کیفیت زندگی پاسخگویان رابطه وجود دارد؛ تأیید نمی‌شود. به دلیل اینکه شاید با گذشت زمان خواسته‌ای که از ابتدای ازدواج داشته‌اند هنوز برآورده نشده و هم‌چنان آن نیاز و خواسته بارور شدن در این زنان نابارور وجود دارد. میزان همبستگی به دست آمده برای مدت درمان ناباروری در جدول (۳) برابر با ۰/۰۳ است. سطح معناداری (Sig= ۰/۴۳) است؛ که نشان می‌دهد بین مدت درمان ناباروری و کیفیت زندگی رابطه وجود ندارد و با هیچ‌کدام از ابعاد کیفیت زندگی هم رابطه ندارد. بنابراین فرضیه، بین مدت درمان ناباروری و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان رابطه وجود دارد؛ تأیید نمی‌شود. نتیجه‌ی این فرضیه نشان می‌دهد که شاید طول درمان تحت نظر پزشک بودن بر کیفیت زندگی این زنان تأثیر ندارد؛ به این دلیل که هم‌چنان برای باردار شدن امیدوار هستند و به پزشک مراجعه می‌کنند و راه‌های متفاوت درمان ناباروری را امتحان می‌کنند.

**فرضیه‌ی شماره‌ی ۳:** بین دینداری و کیفیت زندگی پاسخگویان، رابطه وجود دارد. برای بررسی رابطه‌ی بین دینداری و کیفیت زندگی، از همبستگی پیرسون استفاده شده است. میزان همبستگی به دست آمده در جدول (۳) برای دینداری برابر با ۰/۲۲ که نشان دهنده‌ی همبستگی پایین بین دینداری و کیفیت زندگی پاسخگویان است. سطح معناداری (Sig= ۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که بین دینداری و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد؛ به عبارت دیگر، هرچه میزان

دینداری بالاتر باشد؛ کیفیت زندگی این زنان بالاتر است. دینداری با همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی رابطه دارد. بنابراین فرضیه، بین دینداری و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان رابطه وجود دارد؛ تأیید می‌شود.

**فرضیه‌ی شماره‌ی ۴ :** بین سلامت عمومی و انتظار نقش و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان رابطه وجود دارد.

برای بررسی رابطه‌ی بین سلامت عمومی و انتظار نقش با کیفیت زندگی از همبستگی پیرسون استفاده شده است. میزان همبستگی به دست آمده در جدول شماره‌ی (۳) برابر با ۰/۶۵ است. که نشان دهنده‌ی همبستگی قوی بین سلامت عمومی و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان می‌باشد. سطح معناداری (Sig= ۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که بین سلامت روان و کیفیت زندگی رابطه وجود دارد؛ بنابراین، فرضیه‌ی بالا تأیید می‌شود. به عبارت دیگر یعنی؛ هرچه میزان سلامت عمومی بالاتر باشد، کیفیت زندگی این زنان بالاتر است. سلامت عمومی با همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی رابطه دارد. میزان همبستگی به دست آمده در جدول (۳) برای انتظار نقش برابر با ۰/۴۰ - که نشان دهنده‌ی همبستگی منفی متوسط بین انتظار نقش و کیفیت زندگی پاسخ‌گویان می‌باشد. سطح معناداری (Sig= ۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که بین انتظار نقش و کیفیت زندگی رابطه‌ی منفی معنادار وجود دارد. بنابراین، فرضیه فوق تأیید می‌شود. به عبارت دیگر یعنی؛ هرچه میزان انتظار نقش کمتر باشد، کیفیت زندگی این زنان بالاتر است. انتظار نقش، با همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی رابطه دارد.

**جدول ۳: ضریب همبستگی بین مدت زمان ازدواج، مدت درمان ناباروری، دین داری، سلامت**

**عمومی، انتظار نقش و کیفیت زندگی پاسخگویان**

مدت درمان ناباروری		مدت زمان ازدواج		ابعاد کیفیت زندگی
ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	
۰/۷۰	۰/۰۱	۰/۸۷	۰/۰۰۸	سلامت ذهنی
۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۴۷	۰/۰۳	سلامت جسمی
۰/۲۵	۰/۰۵	۰/۷۲	۰/۰۱	سلامت محیط
۰/۴۹	- ۰/۰۳	۰/۱۱	- ۰/۰۷	روابط اجتماعی
۰/۴۳	۰/۰۳	۰/۹۹	۰/۰۰۱	جمع
دین داری				ابعاد کیفیت زندگی
سطح معناداری		ضریب همبستگی		

۰/۰۰۰	۰/۲۶	سلامت ذهنی	
۰/۰۰۰	۰/۱۸	سلامت جسمی	
۰/۰۰۵	۰/۱۴	سلامت محیط	
۰/۰۰۱	۰/۱۶	روابط اجتماعی	
۰/۰۰۰	۰/۲۲	جمع	
انتظار نقش		سلامت عمومی	
سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی
۰/۰۰۰	- ۰/۳۴	۰/۰۰۰	۰/۶۱
۰/۰۰۰	- ۰/۲۸	۰/۰۰۰	۰/۴۷
۰/۰۰۰	- ۰/۳۶	۰/۰۰۰	۰/۵۱
۰/۰۰۰	- ۰/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۴۷
۰/۰۰۰	- ۰/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۶۵
		جمع	

#### تحلیل رگرسیون چندمتغیره

یافته های جدول (۴) با استفاده از معادله‌ی رگرسیون چندمتغیره و به روش گام‌به‌گام، متغیر وابسته را تبیین می‌کند. از بین کلیه‌ی متغیرهای مستقل وارد شده در معادله، سه متغیر مستقل وارد مدل شده‌اند و تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. در مرحله‌ی اول، سلامت عمومی به تنهایی حدود ۰/۴۲ درصد، در مرحله‌ی دوم، دینداری ۰/۴۷ درصد و در مرحله‌ی سوم، انتظار نقش ۰/۴۸ از تغییرات متغیر وابسته را تبیین می‌کند. همچنین مقدار بتا<sup>۱</sup> نشان می‌دهد که از بین متغیرهای وارد شده در مدل، سلامت عمومی و دینداری، دارای رابطه‌ی مثبت با متغیر وابسته هستند یعنی؛ با افزایش سلامت عمومی زنان نابارور کیفیت زندگی آن‌ها افزایش پیدا می‌کند و با افزایش میزان دینداری کیفیت زندگی نیز افزایش پیدا می‌کند. انتظار نقش، دارای رابطه‌ی منفی با کیفیت زندگی است یعنی؛ با کاهش انتظار نقش از زنان نابارور کیفیت زندگی این زنان افزایش می‌یابد. آزمون تی<sup>۲</sup> نیز نشان می‌دهد که ضرایب بتا برای این سه متغیر حداقل در سطح ۹۵ درصد معنادار است.

1- Beta

2- T

جدول ۴: آزمون تحلیل رگرسیون چندمتغیره و کیفیت زندگی

نام متغیر	R	R <sup>2</sup> adj	B	Beta	T	F	Sig
سلامت عمومی	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۳۷	۰/۵۹	۱۳/۶۸	۲۹۰/۷۵۲	۰/۰۰۰
دینداری	۰/۶۸	۰/۴۷	۰/۷۱	۰/۲۴	۶/۵۵	۱۷۸/۹۲۸	۰/۰۰۰
انتظار نقش	۰/۶۹	۰/۴۸	- ۰/۰۷	- ۰/۱۰	- ۲/۳۷	۱۲۲/۵۴۴	۰/۰۰۰

#### ۵- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف، مطالعه‌ی عوامل اجتماعی- فرهنگی موثر بر کیفیت زندگی زنان نابارور در مراکز ناباروری شهر شیراز با نمونه‌ای به حجم ۴۰۰ نفر اجرا گردید. یافته‌های تحقیق نشان داد که بالاترین درصد سن زنان مراجعه کننده به مراکز ناباروری به زنانی متعلق است که در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار دارند (۵۳ درصد)؛ که به نظر می‌رسد دلیل مراجعه‌ی آن‌ها در این سنین با توجه به نزدیک شدن به میان‌سالی و نیاز به فرزند است. سن دارای رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی است.

- میزان تحصیلات حدود ۴۰ درصد از زنان نابارور، فوق دیپلم و لیسانس بود و بیشترین میزان تحصیلات در بین همسران این زنان نابارور دیپلم بوده است. متغیر تحصیلات پاسخگو رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی ندارد؛ این یافته بیانگر این مطلب می‌تواند باشد که تحصیلات نتوانسته نگرانی‌های ناشی از عدم باروری زنان نابارور را تقلیل دهد؛ زیرا در فرهنگ و باورهای جامعه ما یکی از مهم‌ترین انتظارات‌های نقشی یک زن مادر شدن و داشتن فرزند است. این یافته همسو با یافته‌های اسلام‌لو و همکاران (۱۳۹۳) مبنی بر وجود بحران درزندگی زنان نابارور و همچنین همسو با یافته‌های تحقیق کوسینیو و دومار (۲۰۰۷) است که ناتوانی در داشتن فرزند، یک موقعیت استرس‌زا برای افراد و زوج‌های نابارور سراسر جهان قلمداد می‌شود.

مدت زمان ازدواج نیز رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی ندارد. بیشترین تعداد زنان مراجعه کننده به مراکز ناباروری (حدود ۷۳ درصد) بین ۵ تا ۱۰ سال ازدواج کرده بودند؛ به این دلیل که هرچه زودتر اقدام کنند، شانس بیش‌تری برای باردار شدن دارند و انجام عمل‌های پزشکی برای آنها نسبت به سال‌های طولانی بعد از ازدواج آسان‌تر است و همچنین در سال‌های اولیه امید بیش‌تری دارند. متغیر مدت درمان ناباروری نیز رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی ندارد. این یافته‌ی تحقیق با نتایج پژوهش مقدم تبریزی و همکاران (۱۳۹۳)، که معتقدند هرچه طول مدت ناباروری بیشتر باشد؛ عزت نفس زنان نابارور کمتر می‌شود. همچنین با نتایج تحقیق پژوهش کرامت و همکاران (۲۰۱۲) که نشان دادند عزت نفس در زوج‌های با مدت زمان ناباروری طولانی تر، پایین‌تر است؛ منطبق نیست.

- متغیر دینداری رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی دارد. این یافته‌ی تحقیق با نتایج تحقیق اکسولی و همکاران (۲۰۱۶)؛ که نشان دادند زنان نابارور در جنبه‌های مذهبی و معنوی و اعتقادات شخصی کیفیت زندگی پایین‌تری دارند؛ منطبق است و آن را تأیید می‌کند. نتایج بررسی میزان کیفیت زندگی که موضوع اصلی این پژوهش است؛ این‌گونه به دست آمد که ۶۶ درصد از این زنان کیفیت زندگی خود را متوسط بیان کردند؛ این میزان درصد بالا می‌تواند نشان دهنده‌ی روحیات و تسلیم و راضی بودن این زنان باشد؛ هم‌چنین از آنجا که زنان محافظه‌کارتر از مردان هستند؛ به طور صریح بیان نکردند که کیفیت زندگی‌شان بالا هست یا پایین. ۱۸ درصد کیفیت زندگی خود را بالا و حدود ۱۶ درصد کیفیت زندگی پایین بیان کردند. متغیر سلامت عمومی رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی دارد. این یافته‌ی تحقیق با نتایج تحقیق چاچاموویچ و همکاران (۲۰۱۰) که به این نتیجه رسیدند؛ اضطراب و افسردگی پیش‌بینی عمده‌ای از کیفیت زندگی مردان باتجربه‌ی ناباروری دارند، انطباق دارد.

- متغیر انتظار نقش، رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی دارد. این یافته‌ی تحقیق با نتایج تحقیق خسروی (۱۳۸۰)؛ که ایفای نقش مادری را مهم‌ترین منبع اجتماعی ارضا کننده برای زنان محسوب می‌دانند، منطبق است. ۶۳ درصد از زنان میزان انتظار نقشی که جامعه و دیگران از آن‌ها دارند را متوسط گفته‌اند؛ این میزان نشان می‌دهد که متناسب با فرهنگ ایرانی، انتظارات زیادی است و تنها حدود ۲۰ درصد انتظارات پایینی از زنان نابارور داشتند.

- متغیر شغل پاسخگو و شغل همسر نیز رابطه‌ی معناداری با کیفیت زندگی ندارند؛ در مطالعه‌ی کرامت و همکاران (۲۰۱۲) زوجین ناباروری که درآمد بالاتر دارند؛ کیفیت زندگی بهتری دارند. طبق یافته‌های علامی و همکاران (۱۳۸۸)، چالش‌های مالی علاوه بر مسائل روان-شناختی و فیزیکی ناشی از روش‌های کمک باروری می‌تواند تأثیر بیشتری بر زوج نابارور بگذارد. همسویی یافته‌های این مطالعه با یافته‌های پازنده و همکاران (۱۳۸۳) نیز نشان می‌دهد که زن‌ها غالباً تولد کودک را تثبیت کننده‌ی هویت خود می‌شناسند و چنانچه فاقد قدرت باروری باشند، احساس عدم کفایت می‌کنند.

- در کل همه‌ی متغیرهای مدل پژوهش که با توجه به مبانی نظری، پژوهش‌های پیشین و مطالعات پژوهشگر انتخاب شده بودند توانستند ۴۸ درصد از واریانس متغیر وابسته کیفیت زندگی را تبیین کنند.

## منابع

- خسروی، زهره (۱۳۸۰). عوامل پیش‌بینی کننده‌ی سلامت روان در زوج‌های نابارور.



- مجله‌ی باروری و ناباروری، ۳(۱)، پیاپی ۹، ۶۴-۵۶.
- روزنامه‌ی رسالت (۱۳۹۹). فصل ناباروری پایان نیافت. دوشنبه ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۹، شماره ی ۹۷۷۰، اجتماعی ۱۰.
  - شاهوردی، جمیله؛ احمدی، سید مجتبی؛ صادقی، خیراله؛ بختیاری، میترا؛ رضایی، منصور؛ ویسی، فاطمه و خاموشی، فیروزه (۱۳۹۴). مقایسه‌ی سطح سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور شهر کرمانشاه. *مجله‌ی تحقیقات بالینی*، ۴(۳)، ۲۸۸-۲۷۵.
  - عابدی، قاسم؛ درواری، هاشم؛ نادى قرا، اصغر و رستمی، فریده (۱۳۹۳). بررسی رابطه‌ی کیفیت زندگی با رضایت‌مندی زوجین نابارور با روش تحلیل مسیر. *مجله‌ی دانشکده علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۷)، ۱۹۳-۱۸۴.
  - علامی، مه لقا؛ شکرابی، شعله؛ حقانی، حمید و رمضان زاده، فاطمه (۱۳۸۷). کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن. *نشریه‌ی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۲۱(۵۶)، ۳۵-۲۷.
  - فرخ اسلام‌لو، حمیدرضا؛ حاجی شفیعی‌ها، معصومه؛ کاظمی، عصمت سادات و اشنوئی، سیما (۱۳۹۳). تأثیر ناباروری اولیه بر کیفیت زندگی زنان در شهرستان ارومیه. *مجله‌ی پزشکی ارومیه*، ۲۵(۷)، ۶۰۴-۵۹۸.
  - قربانی، رسول (۱۳۹۴). *اصول و مبانی برنامه ریزی شهری*. تهران: انتشارات سمت.
  - مقدم تبریزی، فاطمه و فیض بخش، نگار (۱۳۹۳). عزت‌نفس، خودکارآمدی و پیامد درمان در زنان نابارور خواهان استفاده از روش لقاح آزمایشگاهی در شهر ارومیه. *مجله دانشکده مامایی و پرستاری ارومیه*، ۱۳(۶)، ۵۴۳-۵۳۵.
  - ملایی نژاد، میترا، جعفرپور علوی، مهشید، جهانفر، شایسته و روح انگیز جمشیدی اورک (۱۳۷۸). ارتباط سازگاری زناشویی و استرس ناشی از ناباروری در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان و ناباروری شهر اصفهان. *فصلنامه‌ی باروری و ناباروری*، ۷۹، ۲۶-۳۹.
  - نورانی، شهلا؛ جنیدی، الهام؛ شاکری، محمدتقی و مخیر، نغمه (۱۳۹۱). مقایسه‌ی کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد. *زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۵(۷)، ۳۱-۲۴.
  - نوربالا، احمدعلی؛ باقری، محمد کاظم؛ یزدی، سیدعباس و یاسمی، محمدتقی (۱۳۷۸). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران.

- Aliyeh, G., & Laya, F. (2007). Quality of life and its correlatives among a group of infertile Iranian women. *Medical Science Monitor*, 13(7), CR313-CR317.
- Bliss, C. (2001). *The social construction of infertility by minority women* (Doctoral dissertation).
- Blyth, E., & Moore, R. (2001). Involuntary childlessness and stigma. IN: Mason et al (eds.). *Stigma and social exclusion in healthcare* (pp. 217-225). London: Routledge.
- Chachamovich, J. L., Chachamovich, E., Ezer, H., Cordova, F. P., Fleck, M. M., Knauth, D. R., & Passos, E. P. (2010). Psychological distress as predictor of quality of life in men experiencing infertility: a cross-sectional survey. *Reproductive health*, 7(1), 1-9.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Ever, J.L. (2002). Female sub-fertility. *The Lancet*, 360, 151-159.
- Karabulut, A., Özkan, S., & Oğuz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 170(1), 193-197.
- Palha, A. P., & Lourenço, M. F. (2011). Psychological and cross-cultural aspects of infertility and human sexuality. *Sexual dysfunction: Beyond the brain-body connection*, 31, 164-183.
- Berger-Schmitt, R. (2002). Considering social cohesion in quality of life assessments: Concept and measurement. *Social indicators research*, 58(1), 403-428.
- Spilker, B. (2003). *Introduction in quality of life pharma economics in clinical trials* (2<sup>nd</sup> edition) . Raven press: New York.
- Vayena, E., Rowe, P. J., & Griffin, P. D. (2002). *Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a meeting on medical, ethical and social aspects of assisted reproduction, held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland*. World Health Organization.
- Xiaoli, S., Mei, L., Junjun, B., Shu, D., Zhaolian, W., Jin, W., ... & Xiaojin, H. (2016). Assessing the quality of life of infertile Chinese women: a cross-sectional study. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 55(2), 244-250.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 795-800.

## **A Study of Socio-Cultural Factors Affecting the Quality of Women's Life in Infertile Families in Shiraz**

Halime Enayat<sup>1</sup>, Sanaz Heidary<sup>2</sup> & Saeed Pajooanfar<sup>3</sup>

Received: 28 Jul 2020

Accepted: 20 Jan 2021

### **Abstract**

Infertility is one of the factors affecting the quality of women's life. Infertility, as a kind of social mark, is more than just a medical diagnosis. The present study focuses on the quality of women's life in infertile families and examines socio-cultural factors affecting the women's life quality. In this study, using a survey method and a WHO life quality standard questionnaire, 400 women have been selected from infertile families referring to infertility centers on various reasons (female, male, both unknown and unknown) through simple random sampling method. The results showed that the factors of responsive age, household income, religiosity, general health and expectation were related to women's life quality in infertile families. An explanation of the dependent variable in terms of the sum of the independent variables indicated that general health, religiosity and expectation were the strongest predictors of infertile women's life quality and accounted for 0.48% of the changes in the variance of the dependent variable.

**Keywords:** quality of life; socio-cultural factors; infertile families; women; Shiraz.

---

1- Professor of Sociology and Social Planning, Shiraz university, henayat@rose.shirazu.ac.ir

2- M.A. in Sociology, Shiraz University, aramis2012aramis@gmail.com

3- PhD. student of Sociology, Shiraz University (corresponding author), s.pajooan1350@gmail.com