

مقایسه کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز خصوصی و دولتی شهر ایلام در سال ۱۳۹۲

اشرف دیرکوند مقدم^۱، علی دل پیشه^{۲*}، آزاده دیرکوند مقدم^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی پژوهشی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، روانی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۲ دکتری اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۳ کارشناس ارشد آمار، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
■ نویسنده مسئول مکاتبات: علی دل پیشه alidelpisheh@yahoo.com

چکیده

مقدمه: زنان نابارور مشکلات بسیاری را در زندگی خود تجربه می‌کنند. از آنجا که شناسایی کیفیت زندگی این زنان، سبب افزایش آگاهی مسئولین بهداشتی از نیازها و ارائه خدمات بهتر برای این گروه از مددجویان می‌گردد، لذا مطالعه کنونی با هدف مقایسه کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مورد-شاهدی زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی و خصوصی زنان و مامایی شهر ایلام در سال ۱۳۹۲ بررسی شدند. نمونه‌گیری با روش تصادفی ساده انجام شد. شرایط ورود به مطالعه شامل زنان همسر دار، ۱۵-۴۹ ساله، غیر حامله و غیر شیرده بودند. زنان یائسه، دارای بیماری جسمی و روانی شناخته شده، یا سابقه آن از مطالعه حذف شدند. داده‌ها با استفاده از دو پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری کای دو و تی تست تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: در پژوهش کنونی ۴۵۰ زن مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی در زنان بارور $32/17 \pm 3/09$ سال و در زنان نابارور $35/93 \pm 8/07$ سال بود. بیشترین فراوانی سن هنگام ازدواج ۲۵-۲۱ سال گزارش شد. میانگین نمرات ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و سلامت روان در زنان بارور و نابارور اختلاف آماری معنی دار داشت اما بین نمره درد جسمی در زنان بارور و نابارور اختلاف آماری معنی دار گزارش نشد.

نتیجه‌گیری: ابعاد جسمی و ذهنی کیفیت زندگی زنان نابارور پایین تر از زنان بارور است، لذا بکارگیری مشاوره مناسب و توجه به آموزش‌های لازم در خصوص ارتقاء کیفیت زندگی این زنان ضروری به نظر می‌رسد.

کلمات کلیدی: ابعاد کیفیت زندگی، ناباروری، SF-۳۶

مقدمه

اقتصادی، اجتماعی و جسمانی و سومین تعریف در زمینه‌هایی چون علائم یا بیماری‌های خاص معلولیت‌ها تمرکز دارد (Hunt et al., ۲۰۰۶). اندازه‌گیری کیفیت زندگی سبب درک نیاز مددجویان و در نتیجه ارتقای کیفیت خدمات می‌شود.

کیفیت زندگی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های سلامتی است. مفهوم کیفیت زندگی به طرق مختلف تعریف شده است و می‌تواند به سه روش مورد تعبیر و تفسیر قرار گیرد. اولین تعریف بر جنبه‌های رفاهی و آرامش زندگی فرد، دومین تعریف به توانایی‌های

جهت نمونه‌گیری انتخاب و کلیه واجدین شرایط مراجعه‌کننده در این روزها که مایل به شرکت در مطالعه بودند، به مطالعه وارد شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل زنان همسردار، ۱۵-۴۹ ساله، غیر حامله و غیر شیرده بودند. زنان یائسه، دارای بیماری جسمی و روانی شناخته شده، یا سابقه آن از مطالعه حذف شدند. پس از توضیح هدف از اجرای پژوهش، آزادی افراد جهت شرکت یا عدم شرکت و کسب رضایت نامه کتبی، شرکت‌کنندگان به پژوهش وارد شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه محقق ساخته و پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶ بود. پرسشنامه محقق ساخته در دو بخش تنظیم گردیده که روائی آن توسط اعضاء هیئت علمی مرتبط تأیید شد. بخش اول پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل سوالاتی در مورد وضعیت طبی و باروری زنان شرکت‌کننده در مطالعه بود. در این پرسشنامه سن، سطح تحصیلات و شغل زن و همسر وی، مدت زمان ازدواج، وضعیت باروری، نوع روش پیشگیری از بارداری، سن اولین حاملگی، مدت زمان تلاش برای باروری، سابقه مصرف سیگار، جستجوی خدمات درمانی، سابقه حاملگی‌های قبلی، عامل و علت ناباروری پرسیده شد. کیفیت زندگی توسط پرسشنامه SF-۳۶ استاندارد بررسی شد. روائی و پایایی این پرسشنامه در زنان ایرانی (Montazeri et al., ۲۰۰۶) و زنان نابارور (Rashidi et al., ۲۰۱۲) تأیید شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۳۶ عبارت بوده و کیفیت زندگی را در ۸ بعد عملکرد جسمی، نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان می‌سنجد. دامنه امتیازات از صفر تا ۱۰۰ بوده و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در تحلیل داده‌ها زنان در ۲ گروه بارور (باروری طبیعی، سابقه ناباروری اولیه، سابقه ناباروری ثانویه و سابقه هر دو) و نابارور (ناباروری اولیه کنونی، ناباروری ثانویه کنونی، هرگز باردار نشده) مورد مقایسه قرار گرفتند. آنالیز آماری با استفاده از آزمون تی، کای دو، تست دقیق فشر در نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) انجام و $P < 0.05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش کنونی ۴۵۰ زن مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی در زنان بارور $32/17 \pm 3/09$ سال و در زنان نابارور $35/93 \pm 8/07$ بود. آزمون آماری تی اختلاف معنی دار میانگین سنی در زنان بارور و نابارور را نشان داد ($P = 0.003$).

عوامل مختلفی در کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارند. ناباروری یکی از شرایط دشوار و موثر بر کیفیت زندگی و یکی از مشکلات عدیده پزشکی در دنیای امروزی است (Direkvand-Moghadam et al., ۲۰۱۳) و میزان آن از سال ۱۹۵۵ تاکنون ۵۰٪ افزایش یافته است. هم اکنون ۱۵-۱۰ درصد از زوجها از این مشکل رنج می‌برند (Coffey et al., ۲۰۰۶). از آنجا که امروزه تعداد زیادی از زنان بچه دار شدن را به تأخیر می‌اندازند، لذا مشکل ناباروری در دنیای امروزه رو به افزایش است (Schumacher et al., ۲۰۰۶). ناباروری تجربه عاطفی - احساسی دردناکی است که واکنش زوج در برابر این احساس به شکل اضطراب، افسردگی، علایم جسمانی و کاهش عملکرد بروز می‌کند (Sadock et al., ۲۰۰۳). بر اساس نتایج تحقیقات انجام شده در مقایسه با وقایع پراسترس زندگی، ناباروری پس از مرگ مادر، مرگ پدر و خیانت همسر در رتبه چهارم قرار دارد (Oddens et al., ۱۹۹۹). ناباروری افراد را مستعد افسردگی و اضطراب می‌کند. عدم توجه به اختلالات هیجانی زوج‌های نابارور و علائم ثانویه به ناباروری سیکل معیوبی ایجاد می‌کند که احتمال درمان ناباروری را کاهش می‌دهد (Van den Akker, ۲۰۰۵). از سوی دیگر، درمان‌های ناباروری سبب آثار مخرب جسمی، اقتصادی، روحی - روانی، عاطفی (Cwikel J, ۲۰۰۴). کاهش اعتماد به نفس و اختلال در هویت مردانگی و زنانگی در زنان و همسرانشان می‌گردد (Schneider Z, ۲۰۰۴).

در ایران بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند و با توجه به این که از نقطه نظر مذهبی، تاریخی و فرهنگ عمومی جامعه ایران، فرزندآوری دارای اهمیت زیادی است، ناباروری می‌تواند یکی از دلایل طلاق مطرح شود (Behjati Ardekani et al., ۲۰۱۰). شناسایی کیفیت زندگی این زنان، سبب افزایش آگاهی مسئولین بهداشتی از نیازها و ارائه خدمات بهتر برای این گروه از مددجویان می‌گردد، لذا مطالعه کنونی با هدف مقایسه کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، مطالعه ای مورد - شاهدهی است که در فواصل تیرماه تا اسفندماه ۹۲ بر روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی و دولتی زنان و مامایی شهر ایلام انجام شد. حجم نمونه با حداکثر خطای ۳ درصد و حدود اطمینان ۹۵ درصد ۴۵۰ نفر تعیین شد. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی آسان انتخاب شدند به طوری که هر هفته ۴ روز به صورت تصادفی

میانگین نمرات ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و سلامت روان در زنان بارور و نابارور اختلاف آماری معنی دار داشت اما بین نمره درد جسمی در زنان بارور و نابارور اختلاف آماری معنی دار گزارش نشد. مقایسه نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در جدول ۳ ارائه گردیده است.

کمترین فراوانی گروه سنی هنگام ازدواج در زنان ۳۶ سال به بالا بود (۰/۹ کل شرکت کنندگان). بیشترین فراوانی سن هنگام ازدواج در سنین ۲۵-۲۱ سالگی گزارش گردید. مشخصات دموگرافیک و مامایی شرکت کنندگان در مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است. بیشترین گروه سنی شرکت کنندگان در مطالعه مربوط به زنان ۲۶-۳۵ سال است.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک و مامایی زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی و خصوصی زنان و مامایی شهر ایلام در سال ۱۳۹۲ به تفکیک گروه

متغیر	وضعیت باروری	بارور	نابارور	جمع	P-Value
سن *		۳۲/۱۷ ± ۳/۰۹	۳۵/۹۳ ± ۸/۰۷	۲۷ (۱۰۰) ۱۹ (۱۰۰) ۱۲۲ (۱۰۰) ۲۸۲ (۱۰۰)	۰۰۳
سن منارک *		۱۳/۸۹ ± ۱/۴۵	۱۴/۶۸ ± ۲/۴		۰۰۰
سن هنگام ازدواج *		۲۱/۹۹ ± ۴/۴۱	۲۲/۵۳ ± ۵/۱۵		۰۰۳
سطح تحصیلات **		۱۵ (۵۵/۶)	۱۲ (۴۴/۴)		۰۰۰
بی سواد		۱۹ (۱۰۰)	۰ (۰)	۲۲۴ (۱۰۰) ۳ (۱۰۰) ۲۱۳ (۱۰۰)	۰/۷۸
ابتدایی		۱۰۸ (۸۸/۵)	۱۴ (۱۱/۵)		
متوسطه		۱۹۷ (۶۹/۹)	۸۵ (۳۰/۱)		
دانشگاهی					
شغل **		۱۵۹ (۷۱)	۶۵ (۲۹)	۲۲۴ (۱۰۰) ۳ (۱۰۰) ۲۱۳ (۱۰۰)	۰/۷۸
خانه دار		۳ (۱۰۰)	۰ (۰)		
شاغل غیر دولتی		۱۶۹ (۷۹/۳)	۴۴ (۲۰/۷)		
شاغل دولتی					

* میانگین ± انحراف معیار

** فراوانی، درصد

جدول شماره ۳: مقایسه نمرات کیفیت زندگی زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی دولتی و خصوصی زنان و مامایی شهر ایلام در سال ۱۳۹۲ به تفکیک گروه

متغیر	وضعیت باروری	بارور *	نابارور *	P-Value
عملکرد جسمانی		۶۰/۱۷ ± ۱۳/۶۵	۵۵/۲۸ ± ۱۵/۳	۰۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی		۳۳ ± ۳۹/۹۵	۲۳/۵۴ ± ۱۸/۰۱	۰/۲۱
درد جسمانی		۶۸/۳۳ ± ۲۲/۴۱	۶۵/۳۴ ± ۲۳/۷۳	۱۳۶
سلامت عمومی		۴۹/۳۰ ± ۱۷/۲۸	۵۴/۳۷ ± ۱۲/۴۳	۰۰۰
نشاط		۵۳/۱۸ ± ۱۵/۲۵	۵۳/۵۱ ± ۱۵/۲۷	۰/۴۲
عملکرد اجتماعی		۶۷/۶۱ ± ۲۷/۵۰	۷۳/۱۸ ± ۲۲/۶۷	۰۰۰
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی		۲۷/۲۵ ± ۳۸/۶۵	۳/۳۰ ± ۱۶/۱۷	۰۰۰
سلامت روانی		۵۴/۱۴ ± ۱۶/۴۸	۶۱/۶۹ ± ۱۷/۸۷	۰/۳۰

* انحراف معیار ± میانگین

بحث

مراجعین به مراکز خصوصی و دولتی زنان و مامایی انتخاب شده‌اند، لذا می‌توان اذعان داشت نتایج حاصل از نمونه پژوهش به کل جامعه پژوهش قابل تعمیم می‌باشد.

در مطالعه کنونی، ابعاد کیفیت زندگی در زنان بارور و نابارور مورد مقایسه قرار گرفته شد. شرکت کنندگان در مطالعه از بین

ترنت و همکاران (Trent et al., ۲۰۰۲) نیز همسو با نتایج مطالعه کنونی کاهش کیفیت زندگی را در زنان نابارور گزارش نمود. نتایج مطالعه نیلفروشان و همکاران (Nilforooshan et al., ۲۰۰۶) حاکی از آن است که افراد نابارور به نقش والدینی اهمیت داده و بویژه فرزند را عاملی بسیار مهم در استحکام و گرمی و نشاط زندگی می‌دانند. اگر چه نتایج مطالعه ی دیگر تفاوتی در کیفیت زندگی افراد نابارور نسبت به جمعیت عمومی نشان نداده است (Weaver et al., ۱۹۹۷). در مطالعه ای که به منظور مقایسه ی سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که زنان نابارور رفاه کمتر و استرس روان شناختی بیشتری را نسبت به زنان بارور تجربه می‌کنند. هم چنین زنان نابارور بیشتر از زنان بارور، از مشکلات جنسی رنج می‌بردند (Pazandeh F., ۲۰۰۵).

نتیجه‌گیری

ابعاد جسمی و ذهنی کیفیت زندگی زنان نابارور پایین تر از زنان بارور است، لذا بکارگیری مشاوره مناسب و توجه به آموزش‌های لازم در خصوص ارتقاء کیفیت زندگی این زنان ضروری به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

مقاله مذکور بر گرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایلام می‌باشد. لذا مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام که هزینه طرح را متقبل شده است، اعلام می‌داریم. همچنین از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه که ما را در انجام این تحقیق یاری نموده اند تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

در مطالعه کنونی بین سن و نمره کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی دار گزارش شد. در مطالعه خیاتا و همکاران افزایش سن سبب کاهش کیفیت زندگی در زنان نابارور گردیده بود (Khayata GM et al., ۲۰۰۳). هر چند که منتظری و همکاران اعلام نمودند زوجین مسن نابارور از کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با زوجین جوان نابارور برخوردار هستند. سابقه طولانی تر استفاده از درمان های پزشکی و نازایی، علت احتمالی این موضوع اعلام گردید.

یافته‌های برآمده از مطالعه کنونی، نشانگر آن است که ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان نابارور پایین تر از زنان بارور است و زنان نابارور از نظر میانگین نمرات عملکرد جسمانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی و سلامت روان در وضعیت دشوارتری به سر می‌برند. کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه (۱۹۹۴) قاهره از ناباروری به عنوان عاملی جهت آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری افراد یاد کرد. ناباروری فشارهای عمده و مزمنی را بر زندگی وارد نموده و کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Khayata GM et al., ۲۰۰۳). ناباروری بخصوص برای زنان تجربه ای مخرب و دردناک است به طوری که زنان نابارور احساس ناامیدی، درماندگی و خشم بیشتری را نسبت به همتهای بارور خود نشان می‌دهند و بیش از سایرین در معرض ابتلا به بیماری‌های عاطفی روانی افسردگی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین و نارضایتی هستند. به طوری که حتی در شرایطی که شوهر مشکل فیزیولوژیک داشته است، زن استرس بیشتری را تجربه می‌کند (Greil, ۱۹۹۷). مطالعه کافی و همکاران (Coffey et al., ۲۰۰۶) کاهش کیفیت زندگی متعاقب ناباروری را تأیید نمود.

REFERENCES

- Behjati Ardekani Z, Akhondi M, Kamali K, et al.(2010) Mental health status of patients attending Avicenna Infertility Clinic. *Journal of Reproduction and Infertility*. 11(4):319-24.
- Coffey S, Bano G, Mason HD. (2006). Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecological Endocrinology*. 22(2):80-6.
- Coffey SF, Stasiewicz PR, Hughes PM, et al.(2006).Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors*. 20(4):425-35.
- Cwikel J, Gidron Y, Sheiner E.(2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*.117(2):126-31.

- Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Khosravi A. (2013). Epidemiology of female infertility; A review of literature. *Biosciences Biotechnology Research Asia*.10(2):559-67.
- Greil AL. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med*. 45(11):1679-704.
- Hunt YM, Kyle TL, Coffey SF, et al. (2006). University of Rhode Island Change Assessment-Trauma: preliminary psychometric properties in an alcohol-dependent PTSD sample. *J Trauma Stress*. 19(6):915-21.
- Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, et al.(2003) Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 80(2):183-8.
- Montazeri A, Goshtasabi A, Vahdaninia M. (2006)The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 14(3) 875-882.
- Nilforooshan P, Ahmadi S, Abedi M, et al. (2006). Attitude towards infertility and its relation to depression and anxiety in infertile couples. *Journal of Reproduction and Infertility*. 6(5):546-52.
- Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuyse H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. *Human reproduction*.14 (1):255-61.
- Pazandeh F, Sharghi SN, Karami-Nouri R , Alavi H (2005). A comparative study of psycho- social aspects between infertile and fertile women referring to a health cares center and infertility center in Tehran/2003. *Pajouhandeh*. 9(6): 355-60.
- Rashidi B, Montazeri A, Abedinia N, et al. (2012).Health-Related Quality of life in Iranian Couples Receiving IVF/ICSI Treatment(.PAYESH. 11(3):385-9.
- Sadock B, Sadock V, Kaplan H. (2003). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9 th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schneider Z, Elliot D, LoBiondo-Wood G, Beanland C, Haber J(2004).Nursing Research: Methods, Critical Appraisal and Utilization. 2nd ed. Sydney: Mosby-Elsevier.
- Schumacher JA, Coffey SF, Stasiewicz PR. (2006). Symptom severity, alcohol craving, and age of trauma onset in childhood and adolescent trauma survivors with comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *The American Journal on Addictions*. 15(6):422-5.
- Trent ME, Rich M, Austin SB, et al.(2002). Quality of life in adolescent girls with polycystic ovary syndrome. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 156(6):556-60.
- Van den Akker OB. (2005). Coping, quality of life and psychological symptoms in three groups of sub-fertile women. *Patient education and counseling* .57(2):183-9.
- Weaver SM, Clifford E, Hay DM, et al. (1997).Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. *Patient education and counseling*.31 (1):7-18.

Compare the quality of life in fertile and infertile women attending public and private centers in Ilam in 2013

Direkvand-Moghadam, A¹, Delpisheh A^{2*} Direkvand-Moghadam A³

¹ PhD candidate .Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

² PhD Epidemiology School of Medicine , Ilam University of Medical Sciences Ilam Iran

³ M.s Statistics Students' Research Committee, Ilam University of Medical Sciences Ilam Iran

■ Corresponding author: alidelpisheh@yahoo.com

Abstract

Background and aim: Infertile women experience many problems in their life. Evaluation the quality of life in infertile makes the healthcare provider aware of their needs for providing quality care. The aim of present study was to compare the quality of life in fertile and infertile women attending public and private centers I Ilam,Iran.

Methods and material : In a cross - sectional study , quality of life of a group of infertile and fertile women attending to public and private health care centers of Ilam in 2013 was compared. Simple random sampling method was used. Inclusion criteria consisted of: being married, age between 15-49 years , non-pregnant and non-lactating. Postmenopausal women with known physical and mental illness, or a history of them were excluded. Data were collected by the quality of life questionnaires SF-36 and demographic questionnaire. Data were analyzed using SPSS software, chi-square test and t-test.

Results: 450 women participated in the present study . Mean age in women of fertile group was 32.17 ± 3.09 years and in infertile women 35.93 ± 8.07 , respectively. The mean scores for physical functioning, role limitations due to physical problems, general health, vitality, social functioning, role limitations due to emotional problems and mental health were significantly different in fertile and infertile women. But the physical pain scores were not significantly different in fertile and infertile women.

Conclusion: The physical and mental dimensions of quality of life scores was lower in infertile women in comparison to fertile women group . Therefore it is important to provide support and education to improve quality of life in infertile women.

Key words: Infertility, quality of life, SF-36