

مقایسه خشنودی زناشویی در زوجین بارور و نابارور و

رابطه آن با مشکلات جنسی

زهرا زارع^۱، ناهید گلمکانی^{۲*}، دکتر ملیحه امیریان^۳، دکتر سیدرضا مظلوم^۴،
مجتبی لعل آهنگر^۵

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۵

خلاصه

مقدمه: ناباروری به عنوان یک بحران در زندگی مشترک، نه تنها مشکلات روانشناختی را به وجود می آورد، بلکه می تواند به عنوان یک ضربه پرفدرت بر علیه روابط بین زوج عمل کند. ناباروری در اغلب موارد تأثیر عمیقی بر روابط جنسی زوج می گذارد. با توجه به تفاوت در نتایج مطالعات موجود در مورد تأثیر ناباروری بر روابط زناشویی و جنسی، مطالعه حاضر با هدف مقایسه خشنودی زناشویی زوجین بارور و نابارور و بررسی رابطه آن با مشکلات جنسی انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۱۰ زوج نابارور و ۱۱۰ زوج بارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری منتصریه و مراکز بهداشتی- درمانی پنج گانه شهر مشهد انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی، پرسشنامه خشنودی زناشویی آدرین ناتان اچ و پرسشنامه گلوبوک- راست بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های من ویتنی، کای اسکوتر، کروسکال والیس و همبستگی پیرسون و اسپیرمن انجام شد. p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور به ترتیب $۶۴/۴ \pm ۱۲/۹$ و $۶۵/۲ \pm ۱۲/۵$ و در مردان بارور و نابارور به ترتیب $۶۷/۴ \pm ۱۱/۰$ و $۶۶/۷ \pm ۱۰/۹$ بود که میزان آن در هر ۲ گروه در سطح متوسط بود. بر اساس نتایج آزمون من ویتنی بین زوجین بارور و نابارور از نظر نمره خشنودی زناشویی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p=۰/۴۵$). بین خشنودی زناشویی با مشکلات جنسی زوجین در هر دو گروه همبستگی معنادار و معکوسی وجود داشت ($r=-۰/۳۵$ ، $p<۰/۰۰۰۱$)

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط بین خشنودی زناشویی با مشکلات جنسی زوجین، به نظر می رسد کاربرد رویکردهایی به منظور شناسایی و درمان مشکلات جنسی زوجین جهت افزایش خشنودی زناشویی در مراکز بهداشتی و مراکز ناباروری ضرورت داشته باشد.

کلمات کلیدی: بارور، خشنودی زناشویی، زوجین، مشکلات جنسی، نابارور

* نویسنده مسئول مکاتبات: ناهید گلمکانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۵۰۲۲۷۸۱؛ پست الکترونیک: GolmakaniN@mums.ac.ir

مقدمه

خشنودی زناشویی فرآیندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می‌آید و بر سلامت زوجین و سلامت خانواده، رضایت از زندگی و حتی بر میزان درآمد، موفقیت تحصیلی و رضایت از شغل زوجین تأثیر می‌گذارد (۱-۳). رضایت از روابط زناشویی عامل اساسی در استحکام و حفظ پیوند زناشویی است (۴). بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران، میزان طلاق در سال‌های اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است (۵). طلاق، مهم‌ترین مسئله اجتماعی است که می‌تواند زمینه بروز بسیاری از مسائل، آسیب‌ها و پیامدهای متفاوت در سطوح شخصی و سطوح اجتماعی را ایجاد کند (۶).

یکی از دلایل ازدواج هر زنی و مردی، انتظار به دنیا آوردن یک کودک در طی زندگی مشترک آن‌ها می‌باشد. زمانی که فرد از به دست آوردن محصول مهم زندگی مشترکشان محروم باشند، نه تنها مفهوم زندگی خود، بلکه مفهوم روابط بینابین آنان نیز زیر سؤال می‌رود (۷). ناباروری با ناتوانی در بچه دار شدن پس از یک سال فعالیت جنسی مداوم و بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری تعریف می‌شود (۸). بر اساس مطالعات انجام شده حدود ۸۰-۵۰ میلیون نفر در دنیا به گونه‌ای از ناباروری رنج می‌برند؛ به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می‌باشند (۹). ناباروری و درمان آن به عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش و هویت والدین، نه تنها مشکلات روان‌شناختی را به وجود می‌آورد، بلکه می‌تواند به عنوان یک ضربه پر قدرت بر علیه روابط بین زوجین عمل کند (۱۰). این مسأله زمانی مهم‌تر می‌شود که بدانیم رضایت زناشویی مهم‌ترین منبع حمایت در زمان درمان ناباروری است (۱۱).

عوامل متعددی بر میزان رضایت زناشویی نقش دارند؛ ویژگی‌های شخصیتی زوجین، بلوغ فکری و تعادل روحی، عوامل اقتصادی، عشق و علاقه و رضایت جنسی، از مهم‌ترین عوامل ایجاد کننده یک زندگی رضایت بخش می‌باشد (۱۲). روابط جنسی می‌تواند با تأثیر بر افکار و احساسات زوجین، به طور مستقیم یا

غیر مستقیم روابط بین آن‌ها را در ابعاد وسیعی تحت تأثیر قرار دهد (۵). مطالعه برزنسیاک و همکار (۲۰۰۴) تحت عنوان "لذت جنسی و تأثیر آن بر رضایت زناشویی" نشان داد که رضایت جنسی بیشتر، خشنودی زناشویی بیشتری را به دنبال دارد (۱۳).

ناباروری در اغلب موارد تأثیر عمیقی بر روابط جنسی زوج می‌گذارد (۵). ناباروری می‌تواند خود نتیجه مشکلات جنسی باشد، همچنین داشتن یک ارتباط جنسی مطلوب می‌تواند احتمال باروری را بیشتر کند (۱۴).

از آنجایی که ناباروری، زوجین را به عنوان یک واحد تحت تأثیر قرار می‌دهد و درمان آن به تشریک مساعی زن و مرد نیاز دارد، بنابراین لازم است تلاش واحدی جهت ایجاد ارتباط مناسب بین زوجین صورت گیرد. برخی زوجین، تخریب جدی در ارتباطات خود را بیان می‌کنند، در حالی که برخی از آنان نسبت به قبل، احساس نزدیکی و رضایت زناشویی بیشتری را ذکر می‌کنند (۱۵). نتایج مطالعات موجود در مورد تأثیر ناباروری بر روابط زناشویی و جنسی متفاوت می‌باشد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که انجام مراحل تشخیصی و درمانی نازایی باعث ارتباط و صمیمیت بیشتر زوجین می‌شود (۱۶، ۱۷). مطالعه رهپوکاری و همکار (۲۰۰۷) نیز مؤید این نکته است که مراحل درمان ناباروری نمی‌تواند خطری برای سازگاری زناشویی باشد و تقسیم استرس ناشی از آن بین زوجین می‌تواند حتی ارتباط زناشویی را استحکام بخشد (۱۸). در مقابل برخی پژوهشگران بین ناباروری و کاهش رضایت زناشویی ارتباط معناداری را نشان دادند (۱۹، ۲۰). مطالعه مونگا و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داد میزان رضایت مندی زناشویی در زوجین نابارور نسبت به زوجین بارور کمتر است (۲۱).

همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند زنان بیشتر از مردان تحت تأثیر آثار روانی-اجتماعی ناباروری قرار می‌گیرند. مطالعه راوال و همکاران (۱۹۸۷) نشان داد زنان نابارور، رضایت زناشویی و جنسی کمتری نسبت به مردان نابارور دارند (۲۲). مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۱) که با هدف مقایسه میزان استرس و میزان

رضایت مندی زناشویی بین زن و مرد در یک زوج نازا انجام شد، نشان داد که مردان استرس کمتری نسبت به زنان حس می کنند و میزان رضایت مندی زناشویی بالاتری نسبت به همسران خود دارند (۱۹). از طرفی مطالعه فولادی و همکاران (۲۰۰۶) و مطالعه لاری (۲۰۰۲) نشان داد بین مردان و زنان نابارور از نظر سازگاری زناشویی تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۵)، (۲۳). سندلو (۲۰۰۰) در مطالعه خود گزارش کرد مردان نیز همانند زنان تحت تأثیر آثار روانشناختی و اجتماعی ناباروری نظیر کاهش عزت نفس، اضطراب، انزوا و مشکلات جنسی قرار می گیرند (۲۴).

با توجه به نقش اساسی مولد بودن و فرزندآوری در خانواده ایرانی و ابعاد فرهنگی و اجتماعی آن و به دلیل اهمیت توجه به مسائل جنسی در زوجین نابارور و وجود مطالعات اندک و متناقض در این زمینه، همچنین با وجود اینکه ناباروری کل خانواده را به عنوان یک واحد تحت تأثیر قرار می دهد ولی به دلایل متعدد، بیشتر مطالعات بر روی زنان نابارور انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف مقایسه خشنودی زناشویی در زوجین بارور و نابارور و بررسی رابطه آن با مشکلات جنسی زوجین انجام شد. ارزش خاص این مطالعه، اجرای آن بر روی زوجین نابارور و همچنین داشتن گروه کنترل (زوجین بارور) برای مقایسه بود.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۴۴۰ نفر شامل ۱۱۰ زوج نابارور (۲۲۰ نفر) مراجعه کننده به مرکز ناباروری منتصریه و ۱۱۰ زوج بارور (۲۲۰ نفر) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی منتخب شهر مشهد انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه به دلیل عدم وجود مطالعه ای مشابه، از نتایج مطالعه راهنما بر روی ۶۰ نفر در دو گروه زوجین بارور و نابارور و فرمول مقایسه میانگین ها با ضریب اطمینان ۰.۹۵ و توان آزمون ۰.۸۰ استفاده شد. بدین ترتیب حجم نمونه در هر گروه معادل ۱۹۸ نفر برآورد شد که برای اطمینان بیشتر در هر گروه ۲۲۰ نفر و در مجموع ۴۴۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند.

نمونه گیری زوجین بارور به صورت طبقاتی - خوشه ای انجام شد؛ بدین ترتیب که ابتدا از هر کدام از مراکز بهداشتی - درمانی پنج گانه شهر مشهد، یک مرکز بهداشتی درمانی به طور تصادفی انتخاب شد و در هر مرکز منتخب به صورت متناسب با حجم و متوسط تعداد مراجعین روزانه، ۱۰ روز از ماه به صورت قرعه کشی انتخاب و مراجعین واجد شرایط در آن روزها به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در زوجین نابارور نمونه گیری از مرکز ناباروری منتصریه به دلیل مراجعه افراد از طبقات مختلف جامعه به این مرکز و دولتی بودن این مرکز به صورت در دسترس انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه در هر دو گروه شامل: ایرانی بودن، سن بین ۱۸-۴۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم بارداری زن در حال حاضر، زندگی با همسر، عدم اعتیاد زوجین به مواد مخدر و مشروبات الکلی، عدم رخ دادن حادثه استرس زا طی یک ماه گذشته، عدم وجود بیماری طبی خاص و مشکل روحی - روانی در زوجین بود. معیار ورود خاص زوجین بارور شامل: داشتن حداقل یک فرزند زنده و سالم و عدم وجود زن در دوره نفاس و معیار ورود خاص زوجین نابارور؛ عدم بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و محافظت نشده، ناباروری اولیه و تأیید ناباروری توسط یک پزشک متخصص زنان و نازایی بود. در صورتی که زوجین پرسشنامه ها را با کمک هم تکمیل می کردند نیز از مطالعه خارج می شدند.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق، پژوهشگر در روزهای منتخب از ساعت ۱۲-۸ صبح در مراکز بهداشتی و یا مرکز ناباروری حضور پیدا می کرد و افراد واجد شرایط را از بین زوجین باروری که به مراکز بهداشتی منتخب شهر مشهد جهت دریافت خدمات (واکسیناسیون، تنظیم خانواده، ...) و زوجین ناباروری که به مرکز تحقیقاتی درمانی منتصریه مشهد جهت اقدامات تشخیصی، درمانی و یا مشاوره ای ناباروری مراجعه کرده و دارای معیارهای ورود به مطالعه و مایل به شرکت در پژوهش بودند را انتخاب می کرد. با رعایت حفظ حریم خصوصی، هر یک از زوجین به محلی خلوت و آرام در سالن انتظار مرکز منتصریه یا

اتاقی خالی در مراکز بهداشتی هدایت می شدند و در مورد اهداف و مراحل پژوهش به آن‌ها توضیح داده می شد. به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات پژوهش محرمانه بوده و در صورت نیاز در اختیار آن‌ها قرار می گیرد. سپس فرم اطلاعات فردی با روش مصاحبه تکمیل می شد. پس از دادن اطلاعات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه، پرسشنامه توسط زوجین به صورت جداگانه و به صورت همزمان تکمیل می شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل فرم مصاحبه مشتمل بر ۴ بخش: اطلاعات فردی- خانوادگی، زندگی زناشویی، سؤالات مخصوص زوجین بارور (تعداد بارداری و زایمان، تعداد فرزند و ...)، سؤالات مخصوص زوجین نابارور (مدت ناباروری، علت ناباروری و تعداد بارداری ناموفق)، پرسشنامه خشنودی زناشویی اصلاح شده آدرین ناتان اچ که امتیازبندی این مقیاس از ۱ (کاملاً ناخشنود) تا ۱۰ (کاملاً خشنود) و کمترین امتیاز کسب شده ۸ و بیشترین امتیاز کسب شده ۸۰ می باشد. کسب امتیاز ۵۷-۸ خشنودی زناشویی ضعیف، ۶۹-۵۸ خشنودی زناشویی متوسط و ۸۰-۷۰ خشنودی خوب رتبه بندی می شود و پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبوک-راست^۱ (GRISS-F، $-M^2$) بود که یک پرسشنامه ۲۸ سؤالی برای بررسی وجود و شدت مشکلات جنسی است (۲۷، ۲۸). پرسش‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت، نوع و شدت مشکلات جنسی را در ۷ زمینه و در دو فرم جداگانه برای زنان و مردان از نمره ۴-۰ می سنجد. کمترین نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و بیشترین نمره ۱۱۲ است. زیر مقیاس‌های پرسشنامه زنان شامل نافروانی، بی ارتباطی، نارضایتی، اجتناب گری، ناشهوت انگیزی، واژینیسموس، بی ارگاسمی و زیر مقیاس‌های پرسشنامه مردان شامل ناتوانی جنسی، انزال زودرس، ناشهوت انگیزی، اجتناب گری، نارضایتی، نافروانی و فقدان ارتباط می باشد.

روایی فرم مشخصات فردی به روش اعتبار محتوا و پایایی این فرم نیز با روش توافق ارزیابان با ضریب همبستگی $r=0/83$ تأیید شد. مقیاس خشنودی زناشویی اصلاح شده آدرین ناتان اچ، توسط آزرین، ناستر و جنز (۱۹۷۳) طراحی و توسط برنشتاین ویلسن و همکاران (۱۹۳۵) اصلاح شده است. روایی و پایایی این فرم نیز در ایران توسط حیدری (۱۳۸۰) در دانشکده پرستاری و مامایی مشهد به روش پایایی هم ارز با $r=0/71$ و در سطح $p < 0/01$ معنادار بود (۲۵).

پرسشنامه GRISS توسط گلوبوک و راست طراحی و روایی آن با تکنیک گروه‌های شناخته شده و پایایی آن با آلفای کرونباخ $0/87$ برای مردان و $0/94$ برای زنان تأیید شد (۲۶). روایی و پایایی پرسشنامه مشکلات جنسی در ایران توسط بشارت و فیروزی (۱۳۸۲) در زوجین بارور با ضریب آلفای کرونباخ $0/84$ برای زن و $0/79$ برای مردان تأیید شد. روایی و پایایی پرسشنامه مشکلات جنسی در زوجین نابارور توسط بشارت و حسین زاده (۱۳۸۲) با ضریب همبستگی در زنان $0/89$ و در مردان $0/92$ تأیید شد (۲۷). داده‌ها با استفاده نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون من ویتنی، کای اسکوئر، کروسکال والیس و همبستگی پیرسون و اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در آزمون‌های انجام شده ضریب اطمینان 95% و توان آزمون 80% مد نظر بود. این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسید. p کمتر از $0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه بارور و نابارور (به تفکیک زن و مرد) از نظر متغیرهای سن، مدت ازدواج، میزان تحصیلات، شغل، سطح درآمد، وضعیت سکونت، زندگی با افراد دیگر در یک مکان، مرتبه ازدواج و شاخص توده بدن همگن بودند.

در این مطالعه میانگین سن زنان در گروه بارور $28/4 \pm 3/9$ سال و در گروه نابارور $29/2 \pm 4/9$ سال و میانگین سن مردان در گروه بارور $32/0 \pm 4/8$ سال و در

¹ Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction-Female

² Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction-Male

زایمان سزارین بود. میانگین مدت تشخیص ناباروری در زوجین نابارور $4/85 \pm 3/53$ سال و میانگین مدت درمان $3/62 \pm 3/27$ سال بود. علت ناباروری در 31 زوج ($28/2\%$) عامل زنانه، 44 زوج (40%) مردانه، 11 زوج (10%) مشترک و 12 زوج ($10/9\%$) ناشناخته بود. همچنین 46 نفر ($41/8\%$) از زوجین نابارور از روش های کمک باروری استفاده کرده بودند که نوع آن در 13 زوج ($27/3\%$) از افراد IUI بود. میانگین تعداد بارداری ناموفق در زنان نابارور $0/8 \pm 1/24$ بود. برخی خصوصیات زمینه ای واحدهای پژوهش در جدول 1 نشان داده شده است.

گروه نابارور $32/5 \pm 5/1$ سال بود. میانگین طول مدت ازدواج در زوجین بارور $6/4 \pm 3/9$ سال و زوجین نابارور $6/9 \pm 3/83$ سال بود. در این مطالعه 64 نفر ($58/2\%$) از زنان بارور و 48 نفر ($42/7\%$) از زنان نابارور دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و 39 نفر ($35/5\%$) از مردان بارور و 40 نفر ($36/4\%$) از مردان نابارور دارای تحصیلات دیپلم بودند. در زوجین بارور میانگین تعداد بارداری $1/56 \pm 0/8$ ، تعداد زایمان $1/29 \pm 0/5$ و تعداد فرزند $1/27 \pm 0/5$ بود. روش زایمان های اخیر در 85 نفر ($77/3\%$) از زنان بارور

جدول 1- برخی مشخصات فردی - اجتماعی زوجین بارور و نابارور مورد مطالعه

متغیر	گروه	نتیجه آزمون	
		بارور (درصد) تعداد	نابارور (درصد) تعداد
شغل زن	خانه دار	83 (75/5)	92 (83/6)
	شاغل	22 (20/0)	18 (16/4)
	دانشجو یا محصل	5 (4/5)	0
شغل مرد	بیکار	0	2 (1/8)
	کارگر	7 (6/4)	12 (10/9)
	کارمند	38 (34/5)	34 (31/0)
وضعیت سکونت	آزاد	65 (59/1)	62 (56/4)
	استیجاری	58 (52/7)	46 (41/8)
	شخصی	38 (34/5)	42 (38/2)
	منزل والدین مرد	13 (11/8)	17 (15/5)
	منزل والدین زن	1 (0/9)	1 (0/9)
سطح درآمد	کمتر از حد کفاف	14 (12/7)	17 (15/5)
	در حد کفاف	87 (79/1)	90 (82/0)
	بیشتر از حد کفاف	9 (8/2)	3 (2/7)
کل		110 (100/0)	110 (100/0)

ترتیب 22 نفر ($20/0\%$) و 46 نفر ($41/8\%$) بود که آزمون کای دو تفاوت معنی داری را در فراوانی سطوح خشونودی زناشویی کلی زنان دو گروه نشان نداد ($p=0/353$, $df=2$, $X_2=2/1$). همچنین از نظر ابعاد خشونودی زناشویی نیز بین دو گروه اختلاف آماری معناداری وجود نداشت ($p=0/52$) (جدول 2). بر اساس آزمون کای دو، فراوانی سطوح ابعاد خشونودی زناشویی زنان نیز در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p>0/05$).

میانگین نمره خشونودی زناشویی کلی در زنان بارور $64/4 \pm 12/9$ و زنان نابارور $65/2 \pm 12/5$ بود. میزان خشونودی زناشویی در هر دو گروه در سطح متوسط طبقه بندی می شود. بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، بین دو گروه زنان بارور و نابارور از نظر نمره خشونودی زناشویی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p=0/68$). همچنین در زنان گروه بارور 29 نفر ($26/4\%$) خشونودی ضعیف و 48 نفر ($43/6\%$) خشونودی زیاد داشتند که این میزان ها در زنان گروه نابارور به

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور به تفکیک ابعاد

ابعاد خشنودی زناشویی	زنان بارور	زنان نابارور	سطح معناداری
مسئولیت خانه داری	۷/۱±۲/۸	۸/۰±۲/۲	۰/۰۶
مالی	۸/۰±۱/۸	۷/۲±۲/۷	۰/۰۶
ارتباط کلامی و غیر کلامی	۸/۱±۲/۱	۸/۲±۲/۱	۰/۲۵
مسائل جنسی	۸/۰±۲/۱	۷/۸±۲/۳	۰/۸۰
استقلال خود	۷/۹±۲/۴	۸/۱±۲/۱	۰/۶۸
استقلال همسر	۸/۴±۱/۸	۸/۴±۲/۰	۰/۸۳
محبت و عاطفه	۸/۴±۲/۲	۸/۷±۲/۰	۰/۰۸
بعد خشنودی کلی	۸/۴±۱/۷	۸/۴±۲/۱	۰/۴۷

نابارور به ترتیب ۲۰ نفر (۱۸/۳٪) و ۴۸ نفر (۴۴/۰٪) بود که بر اساس نتایج آزمون کای دو، تفاوت معنی داری در فراوانی سطوح خشنودی زناشویی کلی زنان دو گروه وجود نداشت ($p=۰/۱۱۲$, $df=۲$, $X^2=۴/۴$). دو گروه از نظر ابعاد خشنودی زناشویی نیز اختلاف آماری معناداری نداشتند (جدول ۳). بر اساس نتایج آزمون کای دو فراوانی سطوح ابعاد خشنودی زناشویی مردان نیز در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p>۰/۰۵$).

میانگین نمره خشنودی زناشویی در مردان بارور ۶۷/۴±۱۱/۰ و مردان نابارور ۶۶/۷±۱۰/۹ بود که در هر دو گروه در حد متوسط طبقه بندی می شود. بین دو گروه مردان بارور و نابارور از نظر نمره خشنودی زناشویی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (همچنین در مردان گروه بارور ۲۵ نفر (۴۸/۰٪) خشنودی ضعیف و ۵۸ نفر (۵۲/۷٪) خشنودی زیاد داشتند که این میزان ها در مردان گروه

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره خشنودی زناشویی در مردان بارور و نابارور به تفکیک ابعاد

ابعاد خشنودی زناشویی	مردان بارور	مردان نابارور	سطح معناداری
مسئولیت خانه داری	۸/۱±۲/۳	۸/۵±۱/۹	۰/۲۸
مالی	۸/۳±۲/۰	۷/۱±۲/۵	۰/۰۶
ارتباط کلامی و غیر کلامی	۸/۳±۱/۸	۸/۴±۱/۸	۰/۸۵
مسائل جنسی	۸/۳±۲/۰	۸/۱±۲/۲	۰/۴۹
استقلال خود	۸/۱±۱/۹	۸/۴±۱/۷	۰/۲۵
استقلال همسر	۸/۳±۱/۷	۸/۴±۱/۲	۰/۳۸
محبت و عاطفه	۹/۰±۱/۷	۹/۰±۱/۴	۰/۳۴
بعد خشنودی کلی	۸/۸±۱/۵	۸/۸±۱/۶	۰/۶۹

نشان داد که مردان خشنودی زناشویی بیشتری نسبت به زنان داشتند، ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($p=۰/۵۵$). همچنین فراوانی سطوح خشنودی زناشویی نیز در دو گروه مردان و زنان نابارور تفاوت معنی داری نداشت ($p=۰/۹۳۰$). بین دو گروه از نظر ابعاد خشنودی زناشویی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p=۰/۵۵$). در این مطالعه بین خشنودی زناشویی با مشکلات جنسی زنان و مردان بارور و نابارور همبستگی معنادار و معکوسی وجود داشت (جدول ۴، ۵).

مقایسه میانگین نمره خشنودی زناشویی در دو گروه زنان و مردان بارور نشان داد که مردان خشنودی زناشویی بیشتری نسبت به زنان داشتند، ولی این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($p=۰/۱$). همچنین فراوانی سطوح خشنودی زناشویی نیز در دو گروه مردان و زنان بارور تفاوت معنی داری نداشت ($p=۰/۳۹۹$). از نظر ابعاد خشنودی زناشویی مردان خشنودی زناشویی بیشتری در بُعد مسئولیت خانه داری ($p=۰/۰۰۳$) و محبت و عاطفه ($p=۰/۰۱$) نسبت به زنان داشتند. مقایسه میانگین نمره خشنودی زناشویی در دو گروه زنان و مردان نابارور نیز

جدول ۴- ارتباط مشکلات جنسی و ابعاد آن با خشونودی زناشویی در زنان بارور و نابارور

متغیر	خشونودی زناشویی زنان بارور		خشونودی زناشویی زنان نابارور	
	میزان همبستگی	سطح معناداری	میزان همبستگی	سطح معناداری
مشکلات جنسی کل	-۰/۴۲	۰/۰۰۰۱	-۰/۳۰	۰/۰۰۰۱
بی ارتباطی	-۰/۲۵	۰/۰۰۰۹	-۰/۲۱	۰/۰۱
نافراوانی	-۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۳	۰/۰۰۰۳
نارضایتی	-۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	-۰/۳۰	۰/۰۰۰۲
اجتناب گری	-۰/۲۸	۰/۰۰۰۲	-۰/۲۴	۰/۰۱
ناشهوت انگیزی	-۰/۳۲	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۹	۰/۰۰۰۲
واژنیسموس	-۰/۲۴	۰/۰۱	-۰/۲۱	۰/۰۲
آنورگاسمی	-۰/۱۸	۰/۰۴	-۰/۲۸	۰/۰۰۰۳

جدول ۵- ارتباط مشکلات جنسی و ابعاد آن با خشونودی زناشویی در مردان بارور و نابارور

متغیر	خشونودی زناشویی مردان بارور		خشونودی زناشویی مردان نابارور	
	میزان همبستگی	سطح معناداری	میزان همبستگی	سطح معناداری
مشکلات جنسی کل	-۰/۳۰	۰/۰۰۰۲	-۰/۳۸	۰/۰۰۰۱
بی ارتباطی	-۰/۳۴	۰/۰۰۰۱	-۰/۲۶	۰/۰۰۰۶
نافراوانی	-۰/۲۹	۰/۰۰۰۲	-۰/۲۹	۰/۰۰۰۲
نارضایتی	-۰/۲۸	۰/۰۰۰۲	-۰/۲۳	۰/۰۱
اجتنابگری	-۰/۲۷	۰/۰۰۰۴	-۰/۳۲	۰/۰۰۰۱
ناشهوت انگیزی	-۰/۲۱	۰/۰۲	-۰/۱۶	۰/۰۴
ناتوانی جنسی	-۰/۱	۰/۲۹	-۰/۰۲	۰/۷۷
انزال زودرس	-۰/۰۴	۰/۶۴	-۰/۱	۰/۳۸

در این مطالعه بین خشونودی زناشویی با سطح تحصیلات ($p < ۰/۰۰۰۱$, $r = ۰/۲۱$) و شغل مرد ($p = ۰/۰۱$) ارتباط معناداری وجود داشت؛ به طوری که شغل کارمند با بیشترین و بیکاری با کمترین سطح خشونودی زناشویی در زوجین همراه بود. بین خشونودی زناشویی زوجین با سایر عوامل فردی و باروری ارتباط معناداری مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$).

بحث

در این مطالعه بین دو گروه زنان بارور و نابارور تفاوت معناداری از نظر نمره خشونودی زناشویی وجود نداشت که نتیجه مطالعه کلخوران و همکاران (۲۰۱۱)، پازنده و همکاران (۲۰۰۵) و رپوکاری و همکار (۲۰۰۷) همسو بود (۷، ۹، ۱۸). مطالعه جنیدی و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد ناباروری باعث کاهش خشونودی زناشویی در زنان نابارور نمی شود (۲۸). شاکری و همکاران (۲۰۰۶) گزارش کردند ناباروری تأثیر نامطلوب چندانی بر

رضایت زناشویی زنان نابارور سالم ندارد (۲۹). مطالعه رپوکاری و همکار (۲۰۰۷) نیز مؤید این نکته است که مراحل درمان ناباروری نمی تواند خطری برای سازگاری زناشویی باشد و تقسیم استرس ناشی از آن بین زوجین می تواند حتی ارتباط زناشویی را استحکام بخشد (۱۸). در مقابل برخی مطالعات گزارش کردند زنان نابارور رضایت زناشویی کمتری نسبت به زنان بارور دارند (۲۱، ۳۰). به نظر می رسد عدم همخوانی در نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر به دلیل تفاوت های فرهنگی، تفاوت نگرش افراد جوامع مختلف به مشکل نازایی و تفاوت در سبک زندگی جامعه مورد بررسی با جامعه مورد پژوهش است.

امان الهی فرد و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند زنان نابارور رضایت زناشویی کمتری نسبت به زنان بارور دارند (۱۱)، که با نتیجه مطالعه حاضر مطابقت نداشت. علت این اختلاف احتمالاً به دلیل تفاوت در ابزار مورد بررسی، روش نمونه گیری، حجم نمونه و انجام این تحقیق تنها

در یک مرکز بهداشتی باشد. در حالی که مطالعه حاضر در چندین مرکز در نقاط مختلف شهر مشهد و با سطوح اجتماعی - اقتصادی مختلف انجام شد.

در این مطالعه بین دو گروه مردان بارور و نابارور تفاوت آماری معناداری از نظر نمره خشنودی زناشویی وجود نداشت که با مطالعه مظاهری و همکاران (۲۰۰۱)، مونگا و همکاران (۲۰۰۴) و دروزدول و همکار (۲۰۰۹) همسو بود (۲۱، ۳۱، ۳۲). اما مطالعه گالک و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد مردان نابارور سازگاری زناشویی کمتری نسبت به مردان بارور دارند (۳۰). دلایل احتمالی این تفاوت را می توان اینگونه تبیین کرد که گروه نابارور در این مطالعه اکثراً بیکار و با درآمد کم و سطح تحصیلات پایین تر از گروه کنترل بودند. همچنین اختلاف سنی بین زوجین نابارور در این مطالعه بیشتر بود که این عوامل خود می توانند تأثیر منفی بر رضایت زناشویی داشته باشند. در حالی که در مطالعه حاضر گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای زمینه ای همگن بودند.

شاید امروزه فناوری های کمک باروری و پیشرفت های قابل توجه در زمینه ناباروری باعث افزایش امیدواری افراد شده و از طرفی تقسیم استرس ناشی از ناباروری بین زوجین و گذشت زمان که باعث کنار آمدن با مسئله ناباروری شده است، باعث شده که افراد نابارور کمتر دچار مشکل در روابط زناشویی شوند (۹). زوجین نابارور مجبورند با هم از بحران ناباروری عبور کنند و در درمان های طولانی مدت شرکت کنند، تصمیمات مشترکی بگیرند و در عواطف هم سهیم شوند، لذا این امر باعث می شود خشنودی زناشویی برابر یا حتی بیشتر از زوجین بارور داشته باشند (۳۰).

در مطالعه حاضر از نظر مقایسه میانگین نمره خشنودی زناشویی در دو گروه زنان و مردان نابارور، تفاوت آماری معناداری بین خشنودی زناشویی زنان و مردان وجود نداشت که با نتیجه مطالعه فولادی و همکاران (۲۰۰۶) و مارکستد و همکاران (۱۹۹۸) همسو می باشد (۳۳، ۱۵). در مقابل برخی مطالعات گزارش کردند که زنان نابارور رضایت زناشویی کمتری نسبت به مردان نابارور دارند (۲۲، ۳۰، ۳۲) که علت این اختلاف می تواند ناشی از

متفاوت بودن جامعه مورد مطالعه، زندگی افراد و تفاوت های فرهنگی و تفاوت نگرش افراد جوامع مختلف باشد. در مطالعه حاضر بین خشنودی زناشویی با مشکلات جنسی زنان و مردان بارور و نابارور همبستگی معنادار و معکوسی وجود داشت. برزسنیاک و همکار (۲۰۰۴) در مطالعه ای تحت عنوان "لذت جنسی و تأثیر آن بر رضایت زناشویی" بیان کردند رضایت زناشویی به طور قابل ملاحظه ای با لذت جنسی همراه است و رضایت جنسی بیشتر، خشنودی زناشویی بیشتری به دنبال دارد (۱۳). گائو و همکار (۲۰۰۵) نیز گزارش کردند که رضایت جنسی تأثیر قابل توجهی بر خشنودی زناشویی دارد (۳۴).

از دلایل احتمالی این یافته شاید بتوان گفت که روابط جنسی، شکل دهنده بخشی از ادراکات همسران از یکدیگر است و می تواند تداوم بخش زندگی زناشویی و ازدواج آن ها باشد. فعالیت جنسی نقش مهمی را در ایجاد صمیمیت و نزدیکی در زوجین ایفا می کند. اگر رابطه جنسی بین زوجین قانع کننده نباشد، می تواند منجر به احساس ناکامی، محرومیت، عدم احساس امنیت و کاهش سلامت روان و در نتیجه کاهش خشنودی زناشویی زوجین و از هم پاشیدن خانواده شود (۳۵، ۳۶).

با توجه به رابطه مثبت بین خشنودی زناشویی و مشکلات جنسی زوجین، لازم است توجه دست اندرکاران بهداشتی به جنبه های جنسی ناباروری افزایش یابد و برنامه های آموزش مهارت های جنسی و زناشویی توسط گروه های حمایتی در مراکز ناباروری ایجاد شود.

از ویژگی های این مطالعه انجام آن در مراکز بهداشتی پنج گانه سطح شهر مشهد و مرکز ناباروری منتصریه بود که افراد در سطوح اجتماعی - اقتصادی مختلف را در بر می گیرد. همچنین ارزیابی خشنودی زناشویی و مشکلات جنسی در هر دو جنس و مقایسه نتایج آن با گروه مشابه بارور بود. از محدودیت های این مطالعه می توان به استرس ها و نگرانی هایی مربوط به مشاوره، درمان و تشخیص ناباروری در کلینیک ناباروری منتصریه اشاره کرد، که ممکن بود بر نحوه پاسخگویی

بیشتر خانواده ها، در مراکز بهداشتی و مراکز ناباروری ضرورت داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه (کد ۹۱۱۰۶۴) با حمایت های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. بدین وسیله از شورای محترم پژوهشی و از تمام پرسنل مراکز بهداشتی شهر مشهد و مرکز ناباروری منتصریه و دکتر سوزان گلوبوک و جان راست به دلیل همکاری صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

زوجین نابارور تأثیر بگذارند و تلاش شد با تکمیل پرسشنامه ها در زمانی که واحدهای پژوهش آمادگی ذهنی و روانی لازم را داشتند، این محدودیت به طور نسبی کنترل شود.

نتیجه گیری

با توجه به ارتباط بین خشنودی زناشویی با مشکلات جنسی زوجین، به نظر می رسد کاربرد رویکردهایی به منظور شناسایی و درمان مشکلات جنسی زنان و مردان جهت افزایش خشنودی زناشویی و در نتیجه بقای

منابع

- Baharvand H, Farzaneh P. Guide to infertility treatment for infertile couples. 1th ed. Tehran:Teymorzadeh; 2008 (Persian).
- Khodakarami N, Hashemi S, Sedigh S, Hamdiah M, Taheripanah R. The experience of living with infertility: a phenomenological study. Journal of Reproduction and Infertility 2009; 10(4): 287-97 (Persian).
- BakoyiF, OmidvarSh, Nasiri F. Determine the frequency sexual dysfunction in married women and some related factors in Babol. Journal of Babol University of Medical Sciences 2006; 9(4):59-64 (Persian).
- ZabihiriGheshme M, Mirzaian B, Hasanzade R, Shahidi M. Comparing Sexual Attitudes of Fertile and Infertile Couples. J Mazand Univ Med Sci 2012; 22(1): 272-81 (Persian).
- AhmadiAsrBadr Y, Madaen K, Haj Ebrahimi S, EhsanNejad A. Prevalence of infertility in Tabriz in 2004. Urol J 2006; 3(2): 87-91
- Mohammadi M, Khalajabadi F. Emotional - psychological problems of infertility and strategies to overcome with them. J Reprod Infertil 2000; 32(2):33-9 (Persian).
- Pazandeh F, Sharghi SN, KormiNouri R, AlaviMajd H. A comparative study of psychosocial aspect between infertile and fertile women referring to health cares center and infertility center in Tehran. Pejouhandeh. 2005;9(6):355-60 (Persian).
- Berekjs, Novak E. Berek and Novak Gynecology. 14th ed. philadelphia: Lippincott Wilims&Wikins; 2007
- kalkhoran I, Bahrami H, Farrokhi A, Zeraati H, Tarahomi M. Comparison of anxiety, depression and marital satisfaction in both fertile and infertile women in Tehran. J Reprod Infertil 2011; 12(2): 157-63 (Persian).
- Schmit L, Michel GR, Monga M. Evaluation of a communication and stress management training program for infertile couple. Patient Educ couns 2005;59(3):252-62 .
- Amanelahifard A, Nikbakht R, Hoseini MA, Ahmadi S, Hoseini Z. The comparison of marital satisfaction and quality of life between fertile and infertile women. Biannual Journal of Applied Counseling 2012; 2(1):75-88 (Persian).
- Rahmani A, Merghati A, Sadeghi N, Allahgholi L. Sexual satisfaction and marital satisfaction. Journal of Nursing Research Center, Tehran University of Medical Sciences 2011; 24(70):82-90 (Persian).
- Breznsnyak M, Wisman MA. Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. J Sex Marital ther 2004; 30(3):199-217.
- Sargolzaee MR, Moharreri F, Arshadi HR, Javadi. K, Karimi S, Fayyazibordbar MR. Psychosexualand depression disorders in infertile femalereferring to Mashhad infertility treatment center. J Reprod Infertil 2001;2(4):46-51 (Persian).
- Fooladi E, Danesh M, Kashfi F, KhaniS, Mohammadpour RA. Study the attitudes in infertile couples towards marital adjustment and infertility in referred to infertility center in Tehran. J Mazand Univ Medl Sci 2006; 16(55):131-7 (Persian).
- Burns LH, Covington SN. Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians. 1st ed. London: Informa Health Care; 2000.P.648.
- Jahanfar SH, Mollaiynezhad M, Jaferpour M, Jamshidi R. Infertility related stress and marital life in Iranian infertile women who referred to Isfahan Infertility Treatment Clinic. J Reprod Infertil 2000; 2(5):26-34.
- Repokari L, Punamaki RL. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Hum Reprod 2007; 22(5):1481-91.
- Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexualsatisfaction between husbands and wives in Taiwan. J Hum Reprod 2001;16(8):1762-7 .

20. Benazon N, Write J, Sabourin S. Stress, Sexual satisfaction and marital adjustment in fertile couple. *J sex Marital ther* 1992;18(4):237-84.
21. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology* 2004; 63(1):126-30.
22. Raval H, Slade P, Buck P, Lieberman B. The impact of infertility on emotions and the marital and sexual relationship. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1987;5(4): 221-34.
23. Pasch LA, Dunkel-Schetter C, Christensen A. Differences between husbands and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. *fertil steril* 2002; 77(6):1241-7.
24. Sandlow JI. Shattering the myths about the infertility. *Postgraduate Med* 2000; 107(2):235-9.
25. Heydari P. Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety in women with primary infertility by IUF treatments [Master thesis]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 1998.
26. Rust J, Golombok S. The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction. *Arch Sexl Behav* 1986; 15(2):157-65.
27. Besharat MA, Hosseinzade R. Comparison of mental health and sexual problems fertile and infertile women. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thoughts and behavior)* 2005; 12(2): 146-151. (Persian.)
28. Jonaidy E, Noorani Sadodin Sh, Mokhber N, Shakeri MT. Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad in 2006-07. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2009;12(1):7-16 (Persian).
29. Shakeri J, Hoseini M, Golshani S, Sadeghi KH, Feizollahi V. Evaluation of General health, coping strategies and marital satisfaction in infertile women in treatment with IVF. *J Reprod Infertil* 2006; 7(3):269-75 (Persian).
30. Gulec G, Hassa H, Gune E, Yenilmez C. The Effects of Infertility on Sexual Functions and Dyadic Adjustment in Couples that Present for Infertility Treatment. *Turk Psikiyatri Derg* 2011; 22(3):1-10.
31. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihi Imani Z, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. *Dd nJ Reprod Infertil* 2001;8(2):22-32
32. Drosdzol A, Skrzypulec V. Evaluation of marital and sexual interactions of Polish infertile couples. *J Sex Med* 2009; 6(12):3335-46.
33. Markestad CL, Montgomery LM, Bartsch RA. Infertility and length of medical treatment effects on psychological, marital, and sexual functioning. *Int J Rehabil Health* 1998; 4(4):233- 43.
34. Guo B, Huang J. Marital and sexual satisfaction in Chinese families: exploring the moderating effects. *J Sex Marital Ther* 2005;31(1):21-9.
35. Pakgohar M, Vizheh M, Babayi Gh, Ramezanzadeh F, Abedinia N. The effect of counseling on sexual satisfaction of infertile women. *Journal of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2008; 14(1):21-30 (Persian).
36. Mirghaforvand M, Alizadeh S, Asghari M, Tavananezhad N, Karkhaneh M. Individual - Social predictor of marital satisfaction in women of reproductive age in Tabriz. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(72):1-12 (Persian).