

بررسی رابطه ناباروری با بهزیستی و رضایت‌مندی از ازدواج

فرزانه یازنده^۱، نرگس شرقی صومعه‌ا^۲، رضا کرمی‌نوری^۳، حمید علوی مجد^۴

خلاصه

سابقه و هدف: نازایی یک مشکل مهم بهداشت باروری است. پدیده باروری تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیک و دارای جنبه‌های روانی - اجتماعی بوده که باعث می‌شود این پدیده را در قلمرو علوم پزشکی و علوم رفتاری و اجتماعی قرار دهد. این مطالعه به منظور مقایسه وضعیت روانی - اجتماعی زنان نابارور و بارور در مراجعین به چند مرکز بهداشتی درمانی شهر تهران صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش مورد - شاهدی و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر روی ۶۲ زن نابارور و ۶۳ زن بارور از سه مرکز - بیمارستان‌های شریعتی، میزاکوچک‌خان و مرکز پزشکی صارم - صورت گرفت. زنان در دو گروه از نظر سن، زبان مادری (شاخصی از نژاد)، تحصیلات، شغل و مدت ازدواج مشابه انتخاب شدند. به منظور بررسی رابطه ناباروری با رضایت‌مندی از ازدواج و وضعیت روانی - اجتماعی در ابعاد بهزیستی، پرسشنامه‌ای در سه بخش شامل مشخصات فردی بهزیستی (بر مبنای پرسشنامه دینر ۱۹۸۵) و رضایت‌مندی از ازدواج (اشنادی ۱۹۹۷) مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه بارها توسط محققین مختلف برای جمعیت ایرانی بکار رفته و از اعتبار بالایی برخوردار می‌باشد. جهت پایایی از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات میزان بهزیستی و رضایت‌مندی از ازدواج در دو گروه اختلاف معنی‌داری نشان نداد. وضعیت بهزیستی اکثریت زنان نابارور و بارور در حد مطلوب و در مورد رضایت‌مندی از ازدواج، اکثریت در دو گروه دچار مشکلاتی بودند. وضعیت روانی اجتماعی در دو گروه، تفاوت معنی‌داری نداشتند.

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: وضعیت روانی اجتماعی در بعد بهزیستی و رضایت‌مندی از ازدواج تفاوتی در دو گروه زنان بارور و نابارور نداشت. پیشنهاد می‌شود، زوج‌های نابارور در کنار اقدامات درمان نازایی، مشاوره‌های روحی - روانی جهت تقویت روابط زناشویی انجام دهند. مطالعات وسیع‌تر جهت بررسی افسردگی و اضطراب در زوجین نابارور ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: بهزیستی، رضایت‌مندی از ازدواج، باروری و ناباروری

مقدمه

یکی از دلایل مهم ازدواج هر زن و مردی، انتظار به دنیا آوردن یک کودک در طی زندگی مشترک آنها می‌باشد. زمانی که فرد از بدست آوردن محصول مهم زندگی مشترکشان محروم باشد، نه تنها مفهوم زندگی خود بلکه مفهوم روابط بینابین آنان نیز زیر سوال می‌رود (۳). نازایی عبارت است از، عدم باروری بعد از یکسال مقاربت بدون استفاده از وسایل جلوگیری از باروری. ۱۰ تا ۱۵ درصد زوج‌ها در سنین باروری گرفتار نازایی هستند و این مشکل بخش عمده‌ای از علل مراجعه به بسیاری پزشکان را تشکیل می‌دهد (۴).

تقریباً ۳۲٪ از زنان در مراحل اولیه درمان ناباروری در ریسک بروز

به رغم این که عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی بر زندگی تاثیر گذاشته و در نتیجه باردار شدن و رشد کودکان را در سال‌های اخیر پر هزینه و مساله‌ساز کرده‌است. ولی حاملگی هنوز رویداد عمده‌ای در زندگی بسیاری از مردم به شمار می‌رود. زن‌ها غالباً تولد کودک را تثبیت کننده هویت خود می‌شناسند (۱).

زن زمانی خود را کامل می‌پندارد که قدرت باروری داشته و بچه‌دار شود. وی موفقیت زیستی، روانی و اجتماعی خود را تا حدود زیادی تابع توانایی خود در به دنیا آوردن فرزند می‌داند و چنانچه فاقد قدرت باروری باشد احساس عدم کفایت می‌کند (۲).

معیارهای حذف شامل:

سابقه بیماریهای زمینه‌ای و باردار بودن در زمان انجام پژوهش در هر دو گروه و داشتن فرزند خوانده در گروه نابارور بود. دو گروه از نظر سن، زبان مادری (شاخصی از نژاد)، تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و طول مدت ازدواج یکسان در نظر گرفته شدند. انتخاب نمونه به صورت نمونه‌گیری در دسترس انجام گرفت. اطلاعات مورد نیاز از هر دو گروه به صورت یکسان و با استفاده از پرسشنامه‌ای که دارای ۳ بخش بود، اخذ گردید.

بخش اول پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی بود.

بخش دوم پرسشنامه، بهزیستی شامل ۱۷ سوال بر مبنای پرسشنامه دینر (Diender) بود. این بخش خود به دو قسمت آزمون بهزیستی یک (T₁) و آزمون بهزیستی دو (T₂) تقسیم می‌شود. ۵ سوال اول پرسشنامه، ترجمه دقیق پرسشنامه SWLS (Satisfaction with Life Scale)، مربوط به آزمون

بهزیستی یک بود. آزمون بهزیستی دو شامل ۱۲ سوال با اقتباس از مقیاس SWB (Subjective Well-Being) تهیه گردید. این مقیاس شامل ۶ مقوله پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، کنترل و مدیریت محیط، هدف زندگی و رشد شخصی است. افراد مورد بررسی نظر خود را در مورد سؤالات پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۷) مشخص نمودند. روایی و پایایی این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۵۰ نفره از دانشجویان دختر و پسر ایرانی در مطالعه کرمی نوری و همکاران (۱۳۸۱) صورت گرفت و سپس بر روی ۲۷۰ نفر از دانشجویان انجام شد. در مطالعه حاضر جهت پایایی از ضریب ثبات درونی آلفا کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۷ محاسبه گردید. بخش سوم پرسشنامه، رضایت‌مندی از ازدواج (MSR-I (Marital Satisfaction Inventor) بود. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط اشنایدر ساخته شد و در سال ۱۹۹۷ مورد تجدید نظر قرار گرفت. پاسخ‌های هر فرد روی ۱۳ مقیاس جمعاً ۱۵۰ سوال

نمره‌گذاری می‌شود. دو مقیاس اول، ناپایداری (INC (Inconsistency و قراردادی‌گرایی (CNV (Conventionalization)، که مقیاس‌های روایی هستند به عنوان شرط ورود به مطالعه در نظر گرفته شدند. در مواردی که نمره فرد در مقیاس اول بالاتر از ۹ بود با تلقی بی‌دقتی فرد در پاسخ به سؤال‌ها یا عدم درک دستور اجرا یا عدم پذیرش و مخالفت عمدی با فرآیند ارزشیابی آزمودنی از مطالعه کنار گذاشته شد. حیطه بررسی ۱۱ مقیاس بعدی شامل ناخشنودی کلی (GDS (Global Distress، تبادل عاطفی

مشکلات بهداشت روان قرار دارند (۵). پدیده باروری تحت تاثیر عوامل فیزیولوژیک و دارای جنبه‌های روانی - اجتماعی بوده که باعث می‌شود این پدیده در قلمرو علوم پزشکی و علوم رفتاری و اجتماعی قرار گیرد (۶). وضعیت روانی - اجتماعی اصطلاح کلی برای پوشش تمام موقعیت‌هایی است که فرض می‌شود، عوامل روان شناختی و اجتماعی دخالت دارند (۱).

پژوهشگران مختلف در مورد اثر ناباروری بر وضعیت روحی روانی و اجتماعی افراد نظرات متفاوت دارند. بسیاری از آنان بین کاهش باروری و رضایت‌مندی از ازدواج ارتباط معنی‌داری را نشان دادند (۷-۹). در مطالعه‌های لیبوم (Leiblum) و ویشمن (Wischnunn) تفاوتی بین افراد نابارور و بارور از نظر وضعیت روانی و اجتماعی دیده نشد. ولی در مطالعه ادنس و همکاران بین افراد بارور تغییراتی در وابستگی زوجین (مثبت یا منفی) گزارش نمودند (۱۰-۱۲).

در مطالعاتی که تاکنون صورت گرفته‌اند، بیشتر به عوامل هیجانی منفی توجه شده و عوامل هیجانی مثبت کمتر مد نظر بوده است. مایرز و دینر معتقدند که در مورد افراد عادی نیز هیجانات منفی بیشتر از هیجانات مثبت مورد توجه قرار دارند. افراد با احساس بهزیستی بالا به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و اتفاقات پیرامون خود ارزیابی مثبتی دارند. در حالی که افراد با احساس بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را بیشتر تجربه می‌کنند (۱۳).

بنابراین در این تحقیق وضعیت روانی اجتماعی در ابعاد بهزیستی و رضایت‌مندی از ازدواج در دو گروه زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز خدمات بهداشتی درمانی و مراکز ناباروری منتخب شهر تهران، مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مورد - شاهدی گروه مورد شامل، زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری بیمارستان شریعتی، میرزا کوچک خان و مرکز پزشکی صارم و گروه شاهد، زنان بارور مراجعه کننده به بیمارستان شریعتی، میرزا کوچک خان، لیل‌القدر شهر تهران بودند. معیارهای ورود به مطالعه در گروه مورد، ناباروری اولیه با عامل زنانه حداقل به مدت یک سال و در گروه شاهد داشتن حداقل یک فرزند ۴۵ روزه‌ای که بدون درمان‌های نازایی به دنیا آمده باشد.

برای این پرسشنامه در مطالعه رضا زاده ضریب همبستگی ۰/۸۱ و ثبات درونی با دامنه ۰/۶ تا ۰/۹۲ اعلام شده و در مطالعه حاضر ضریب ثبات درونی (آلفای کرونباخ) آن ۰/۸۳ محاسبه گردید. کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. آزمون های مورد استفاده شامل مربع کای، فاکتور آنالیز، ضریب همبستگی پیرسون و t-test بود.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۶۲ زن در گروه نابارور (مورد) و ۶۳ زن در گروه بارور (شاهد) انجام شد. میانگین سنی در گروه مورد و شاهد به ترتیب ۲۸/۶۱ و ۲۹/۲۱ سال، فراوانی افرادی که به زبان فارسی تکلم می‌کردند ۷۱ و ۸۴ درصد، تحصیلات در حد دبیرستان ۴۸ و ۴۶ درصد، خانه‌دار بودن ۶۸ و ۷۰ درصد، مدت ازدواج یک تا پنج سال

AFC (Affective communication)، تبادل حل مساله
PSC (Problem-Solving communication)، پرخاشگری
AGG (Aggression)، زمان با هم بودن (TTO(Time Together)،
FTN(Disagreement about مالی عدم توافق درباره مسایل مالی
Finances)، عدم رضایت جنسی (Sex (Sentral Dis satis Faction)،
ROR(Role orientation)، نقش تاریخچه مشکلات
FAM (Family History of Distress)، عدم رضایت از
خانوادگی
DSC(Dissatisfaction With Children) و تعارض درباره
فرزندان
CCR(Conflict Rearing) بود که دو مقیاس آخر
پرورش کودکان
مربوط به افراد بارور می‌شد. برای ارزیابی صوری متن ترجمه شده
پرسشنامه توسط فرد دیگری به انگلیسی برگردانده شد. شباهت
بسیار زیاد بین نسخه اصلی و نسخه ای که از فارسی ترجمه شده
بود، موید وجود روایی صوری مقیاس فارسی تلقی گردید(۱۵).

در این مطالعه وضعیت روانی اجتماعی در دو بعد بهزیستی و رضایت‌مندی از ازدواج مورد بررسی قرار گرفت. نمرات بهزیستی در هر دو گروه مورد و شاهد در حد قابل قبول بود. در مطالعه کوالسک و همکاران بین نمرات بهزیستی زنان با مشکل باروری و جمعیت عادی اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید (۱۶). در مطالعه کرمی نوری، میانگین نمره کل بهزیستی در دانشجویان دختر ۸۷ محاسبه شده بود که در مطالعه اخیر، هر دو گروه مورد (۹۳) و شاهد (۹۸) نمرات بالاتری را دریافت نمودند. احساس بهزیستی یعنی، احساس مثبت رضایت‌مندی عمومی از زندگی که شامل خود و دیگران در حوزه‌های مختلف خانواده و شغل می‌شود و هر چه فرد زمان بیشتری را برای هیجان‌ات مثبت صرف نماید به همان نسبت زمان کمتری برای هیجان‌ات منفی باقی می‌گذارد. برخورداری از هیجان‌ات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است. بنابراین احساس بهزیستی (شادی) در رابطه با حضور نسبی هیجان‌ات مثبت و فقدان حضور هیجان‌ات منفی و در نتیجه رضایت‌مندی از زندگی است (۱۳).

در گروه نابارور با افزایش سن، رضایت‌مندی از زندگی افزایش و در گروه بارور کاهش می‌یابد. بیشترین رضایت‌مندی از زندگی در گروه نابارور، گروه سنی ۴۳-۳۱ سال و در گروه بارور، گروه سنی ۲۵-۱۹ سال قرار داشتند. مطالعات گوناگون تعاریف متعددی از افراد شاد دارند. به طور مثال، افراد شاد از عزت نفس و احترام به خود بالایی برخوردارند، خودشان را دوست دارند، در انجام امور بیشتر به توانایی‌های خود فکر می‌کنند، با استرس مقابله بیشتری دارند، خوش بین بوده و موفق تر، سالم تر و شادتر از افراد بدبین هستند. این مطالعات نشان می‌دهد که دوره سنی معینی را نمی‌توان به شادی و اندوهگینی اختصاص داد. مطالعه اینگل هارت طی دهه ۱۹۸۰ در ۱۶ کشور مختلف این موضوع را مورد تایید قرار می‌دهد، هر چند که عوامل پیش‌بینی کننده شادی ممکن است با سن تغییر کند. مثلاً رضایت‌مندی از روابط اجتماعی در سنین بالاتر مهم تر هستند. تغییر عوامل پیش‌بینی کننده شادی و رضایت‌مندی با سن می‌تواند تا حدی علت تغییر این حالت را با سن در پژوهش حاضر توجیه کند (۱۲).

با افزایش طول مدت ازدواج در گروه نابارور وضعیت بهزیستی بهبود نشان داد. بالاترین نمره بهزیستی در گروه نابارور از لحاظ طول مدت ازدواج در گروه نابارور و بارور به ترتیب ۱۹-۱۱ سال و ۵-۱ سال بود. در توجیه این مطلب شاید بتوان گفت که با گذشت

۶۰ و ۴۵ درصد، تحصیلات تا حد دبیرستان همسر زنان ۴۸ و ۴۶ درصد بود. ۴۲٪ همسران گروه مورد شغل آزاد و ۴۶٪ همسران گروه شاهد کارمند بودند. اختلاف آماری معنی‌دار بین دو گروه از نظر متغیرهای بالا وجود نداشت. در این مطالعه ۲ عامل، نوع مسکن و میزان درآمد همسر، به عنوان شاخصی از وضعیت اقتصادی در نظر گرفته شد. دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی با استفاده از روش کاهش داده‌ها اختلاف معنی‌داری نداشتند. طول مدت ناباروری در ۳۱٪ زنان نابارور ۲ تا ۴ سال بود. ۶۲٪ زنان بارور یک فرزند داشتند. نمره کل آزمون بهزیستی و میانگین نمرات در زنان نابارور ۹۳ و در زنان بارور ۹۱ بود. بین دو گروه از نظر آزمون t ، اختلاف معنی‌دار آماری در سه قسمت این آزمون (آزمون بهزیستی ۱ و آزمون بهزیستی ۲ و نمره کل) وجود نداشت (جدول ۱).

در خصوص رضایت‌مندی از ازدواج دو گروه، فقط در ۳ مقیاس قرار دادگرایی، تبادل عاطفی و عدم توافق در باره مسائل مالی، دارای اختلاف آماری معنی‌دار بودند ($p < 0/05$).

اگر چه در هفت مقیاس دیگر بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ولی در بیشتر مقیاس‌ها اکثریت نمونه‌ها در قسمت، احتمال وجود مشکل، قرار داشتند. همچنین آزمون t مستقل از نظر نمره کل آزمون رضایت‌مندی از ازدواج (ده مقیاس) در دو گروه اختلاف معنی‌داری نشان نداد (جدول ۲).

میانگین نمرات آزمون رضایت‌مندی از ازدواج در گروه‌های سنی ۱۹ تا ۲۵، ۲۵ تا ۳۰ و ۳۰ یا بالاتر افراد نابارور به ترتیب ۵۰، ۵۱ و ۵۱ و گروه بارور ۵۱، ۵۱، ۵۴ بود. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تعامل سن و گروه معنی‌دار است ($p < 0/05$). با در نظر گرفتن سه دوره ۱ تا ۶، ۶ تا ۱۱ و ۱۱ تا ۱۹ سال برای طول مدت ازدواج، میانگین نمرات آزمون رضایت‌مندی از ازدواج در گروه مورد به ترتیب ۵۳، ۵۳ و ۵۱ و در گروه شاهد ۵۱، ۵۶ و ۵۶ محاسبه شد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که طول مدت ازدواج و اثر گروه و تعامل طول مدت ازدواج و گروه در رضایت‌مندی از ازدواج، معنی‌دار نمی‌باشد.

بحث

این مطالعه نشان داد که بین وضعیت روانی اجتماعی در دو گروه بارور و نابارور اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد. که این نتایج مشابه مطالعه ویشمن و همکاران بوده ولی با مطالعه ادنس و بررسی سالتوری و همکاران همخوانی ندارد (۱۱، ۱۲، ۱۵).

از نقش زن در زندگی، تاثیر منفی بر رضایت‌مندی از ازدواج دارند (۱۳). این مطالعه نشان داد که با افزایش سن رضایت‌مندی از ازدواج در گروه نابارور افزایش و در گروه بارور کاهش می‌یابد. در مطالعه کلوک و گرینفیلد (Klock & Greenfield) زنان نابارور تحت درمان نازایی از نظر وابستگی زوجین با گروه کنترل تفاوت داشتند (۱۸). در مطالعه هلمستد (Hjlmsted) و همکاران، ۵۰٪ زوجین نابارور، بهبود روابط زناشویی را در طی ناباروری ذکر نمودند (۱۹).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، با افزایش طول مدت ازدواج در گروه نابارور رضایت‌مندی از ازدواج افزایش می‌یابد. در توجیه این مطلب شاید بتوان این گونه تصور کرد که با گذشت زمان زوجین با مساله ناباروری کنار آمده و به علت علاقمندی به روابط دو جانبه، به زندگی مشترک ادامه می‌دهند. در کل وضعیت روانی اجتماعی زنان نابارور با افزایش سن بهبود پیدا می‌کند در حالی که در زنان بارور عکس حالت فوق وجود داشت. این مطلب را در مورد زنان نابارور می‌توان این گونه توجیه نمود که با افزایش سن در اثر سازش با وضعیت موجود و افزایش رضایت‌مندی، وضعیت روانی اجتماعی آنان بهبود می‌یابد. در مورد افراد بارور نیاز به مطالعات بیشتری است. شاید عدم تحقق انتظارات از پرورش فرزندان و رسیدن به ایده‌آل‌های افراد در کاهش رضایت‌مندی دخیل باشد.

با توجه به یافته‌های این مطالعه که اکثر زنان در گروه نابارور و بارور دچار مشکلات زناشویی بودند، می‌توان با برقراری ارتباط مناسب با مددجویان مراکز ناباروری و همچنین مراکز خدمات بهداشتی درمانی، آنها را مورد بررسی و آموزش قرار داد تا در صورت نیاز به متخصصین مربوطه ارجاع داده شوند. به نظر می‌رسد، باتوجه به مزمن بودن بسیاری از موارد ناباروری، باید تلاش‌های لازم جهت ایجاد خودباوری و کاهش صدمات در آنان توسط پزشکان و ماماها و دیگر افراد شاغل در مراکز ناباروری به عمل آید.

تشکر و قدردانی

با سپاس فراوان از جناب آقای دکتر سید محمد رضا رضازاده که نتایج پژوهش خود را در اختیار ما گذاشتند و از راهنمایی‌های ایشان در انجام پژوهش بهره‌مند بودیم. همچنین با سپاس و تشکر از مسؤولین و کارکنان محترم بیمارستان‌های شریعتی، میرزا کوچک خان و مرکز پزشکی صارم و مرکز بهداشت ليله القدر تهران.

زمان، زن با مساله فقدان کودک کنار آمده و ایده‌آل‌های دیگری را جایگزین نموده است.

مقیاس ناخوشنودی کلی که بیانگر بدبینی درباره آینده و عدم رضایت کلی از روابط و مقایسه روابط نامطلوب زوجین با همسران موفق را پوشش می‌دهد. این مقیاس به عقیده اشنایدر بهترین شاخص برای بررسی تاثیر روابط زوجین به صورت کلی است. زنان نابارور و بارور هر دو در این قسمت مشکل داشتند (۱۷). مقیاس روابط جنسی که در ارتباط با روابط جنسی، عدم علاقه همسر به روابط جنسی و محبت ناکافی در حین رابطه جنسی می‌باشد، نتایج نشان داد که در ۱۰۰٪ زنان نابارور دارای احتمال وجود مشکل و در گروه بارور این رقم به ۹۸٪ می‌رسید. این مطالعه نشان داد که تمام نمونه‌ها از عدم رضایت جنسی رنج می‌برند. در مطالعه ادنس روابط جنسی در جهت منفی تاثیر پذیرفته بود و با گروه کنترل تفاوت داشت (۱۲).

در مقیاس جهت‌گیری نقش که تقسیم مسؤلیت‌های خانه‌داری و مراقبت از کودکان، یکسانی مقام و منزلت و اهمیت حرفه‌ای را پوشش می‌دهد، نتایج حاکی از آن است که جهت‌گیری در هر دو گروه نابارور و بارور به سمت نقش‌های سنتی است. نمره بالا در این قسمت نشانگر نقش غیر سنتی است یعنی آزمودنی دیدگاهش به زندگی و نقش‌های همسر بیشتر مساوات طلب است.

بدون شک همه افراد در پی دست یافتن به الگوی خانواده متعادل هستند و با این انگیزه به ازدواج روی می‌آورند. رضایت‌مندی از ازدواج یک مفهوم چند بعدی است و عوامل گوناگونی را شامل می‌شود که همگی در رضایت یا عدم رضایت عمومی از روابط سهم دارند. اسپاکان (Spacan) و اسکامب مشاهده نمودند که میزان ادراک از تنیدگی زابودن شرایط با رضایت‌مندی عمومی از روابط با همسر، رابطه‌ای معکوس دارد. افرادی که استرس بالایی را تجربه کرده بودند در مقیاس رضایت‌مندی نمرات پایین‌تری دریافت می‌کردند. مقوله رضایت‌مندی از ارتباط زناشویی در ابعاد مختلف به این دلیل حایز اهمیت است که سطح کیفیت رابطه با همسر در احساس شادمانی و رضایت‌مندی تاثیر گذار بوده و شاخص مهمی برای تضمین سلامت روانی است. عواملی مانند، شاغل بودن هر دو زوج، همکاری شوهر در کارهای خانه، علایق، فعالیت‌های اوقات فراغت مشترک و واقع بین بودن درباره محدودیت‌های خود در زندگی، تاثیر مثبت و فشارهای اقتصادی و انتظار نقش جنسیتی سنتی

REFERENCES

۱. پورافکاری نصرت الله. فرهنگ جامع روان شناسی، روانپزشکی و زمینه های وابسته. چاپ دوم، جلد دوم، ۱۳۷۶.

2. Salter M. *Altered body image*. 2nd ed London: Beqliere publishing: 1987.

۳. ربارسولز کیاچانگ. ناباروری، ارزیابی و درمان: ترجمه کریم زاده. چاپ اول یزد، ۱۳۷۵.

4. Speroff L, Glass H, Kase NG. *Clinical Gynecologic Endocrinology & infertility*: 6th ed. Maryland: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

5. Souter VI, Hopton JI, Penney GG. survey of psychological Health in women with infertility. *J Psychosom Obstet & Gynecology* 2002; 23(1): 41-2.

۶. کریمی نوری رضا. ناباروری و جنبه های روانی اجتماعی. *فصلنامه باروری و ناباروری*، شماره ۲، صفحات ۶۸-۵۸، ۱۳۷۹.

7. Hirsch AM, Hirsch SM. The effect of infertility on marriage and self concept. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1989; 18(1): 13-20.

8. Benazon N, Write J, Sabourin S. stress, sexual satisfaction & marital adjustment in infertile couples. *J sex Marital therapy* 1992; 18(4): 237-284.

9. Lee TY, Sun TH, Chao SG. The effect of an infertility diagnosis on distress, marital & sexual satisfaction between husbands & wives in Taiwan. *Hum Reprod* 2001; 16(8): 1762-7.

10. Leiblum SR, Avive A, Hamer R. Life after infertility treatment: along term investigation of marital & sexual function. *Hum Reprod* 1993; 13(12): 3569-74.

11. Wischmann T, Strammer H, Scherg H. psychosocial characteristics of infertile couples. *Hum Reprod* 2001; 16(8): 1753-61.

12. Oddens BJ, Tonkeloav ID, Niewenhuyse H. psychosocial experiences in woman facing fertility problem. *Hum Reprod* 1999; 14(1): 255-65.

۱۳. کریمی نوری رضا. مطالعه احساس شادی و بهزیستی و عوامل موثر آن در دانشجویان دانشگاه تهران، *فصلنامه روانشناسی و علوم تربیتی* شماره ۱، بهار و تابستان، ۱۳۸۱.

۱۴. رضازاده سید محمدرضا. رابطه سبک های دل بستگی و مهارت های ارتباطی با هم سازی زناشویی در دانشجویان. *پایان نامه دوره دکتری*، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی، ۱۳۸۱.

15. Salvatore P, Gariboldi S. psychopathology. Personality and Marital relationship in patient undergoing in vitro fertilization process. *Fertil steril* 2001; 75(6): 1119-22.

16. Kowalcek CI, Wihspupz N, Buhrow G. subjective well being in infertile couples. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001; 22(3): 143-8.

17. Snyder DK. *Marital satisfaction infontory Revied (MSR-I) manual*. Western psychological services (WPS), 1997.

18. Klock S, Green field A. psychological status of invitro fertioization patient during pregnancy. *Ferti steril* 2000; 73(6): 1156-61.

19. Hjlmsod TA, Undersson L, Skoog A. Gender differences in psychological reaction to infertility among couples seeking IVF treatment. *Obstetricia & Gynecologica* 1999; 78: 42-8.

^۱ دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی، کارشناسی ارشد، آموزش مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۲ کارشناسی ارشد آموزش مامایی

^۳ دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران، دکترای روان شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

^۴ دانشکده پیراپزشکی شهید بهشتی، دکترای آمار زیستی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

جدول ۱- توزیع میانگین (\pm انحراف معیار) امتیازات کسب شده در آزمون بهزیستی در دو گروه مورد شاهد مراجعه کننده به مراکز ناباروری و مراکز خدمات بهداشتی درمانی منتخب شهر تهران، سال ۱۳۸۱

گروه	مورد	شاهد	آزمون آماری	
			میانگین (\pm انحراف معیار)	میانگین (\pm انحراف معیار)
T1	۲۵/۶۶±۶/۸۴	۲۵/۶۲±۶/۱۱	T=0/03	P=0/9
T2	۶۷/۵۵±۱۲/۲	۶۶/۲۵±۸/۸۶	T= 0/68	p=0/5
T کل	۹۳/۲۱±۱۷/۱۳	۹۱/۸۷±۱۲/۷۶	T=0/49	p=0/6
جمع	۶۲	۶۳		

جدول ۲- توزیع فراوانی زنان نابارور، و بارور بر حسب نتایج مقیاس های رضایت مندی از ازدواج، در مراجعه کنندگان به مراکز ناباروری و مراکز خدمات بهداشتی و درمانی منتخب شهر تهران سال ۱۳۸۱

گروه	مورد (فراوانی)			شاهد (فراوانی)			آزمون P
	خوب	احتمال وجود مشکل	مساله دار	خوب	احتمال وجود مشکل	مساله دار	
رضایت مندی از ازدواج							
قراردادگرایی	(۲۴/۲)۱۵	(۴۵/۲)۲۸	(۳۰/۶)۱۹	(۴۴/۴)۲۸	(۲۷)۱۷	(۲۸/۶)۱۸	P=0/04
ناخشنودی کلی	(۲۲/۶)۱۴	(۶۶/۱)۴۱	(۱۱/۳)۷	(۲۲/۲)۱۴	(۶۱/۹)۳۹	(۱۵/۹)۱۰	
تبادل عاطفی	(۵۰)۳۱	(۳۲/۳)۲۰	(۱۷/۷)۱۱	(۲۷/۸)۱۷	(۴۹/۲)۳۱	(۳۰)۱۴	P=0/03
تبادل حل مساله	(۳۳/۹)۲۱	(۴۸/۴)۳۰	(۱۷/۷)۱۱	(۱۷/۵)۱۱	(۶۱/۹)۳۹	(۲۰/۶)۱۳	
پرخاشگری	(۴۲/۵)۲۶	(۴۲/۵)۲۶	(۱۵)۹	(۵۴)۳۲	(۳۲)۱۹	(۱۴)۸	
زمان باهم بودن	(۱/۶)۱	(۷۷)۴۷	(۲۱/۴)۱۳	(۱/۶)۱	(۷۹)۴۹	(۱۹/۴)۱۲	
عدم توافق درباره مسائل مالی	(۱/۷)۱	(۵۰)۳۰	(۴۸/۳)۲۹	(۳/۲)۲	(۶۶/۷)۴۲	(۳۰/۲)۱۹	P=0/04
عدم رضایت جنسی	۰	(۶۲)۳۸	(۳۸)۲۳	(۱/۶)۱	(۶۸/۳)۴۳	(۳۰/۲)۱۹	
جهت گیری نقش		X=۵۰/۰۹±۲/۶		X=۵۰/۳۳±۲/۷			
تاریخچه مشکلات خانوادگی	(۲۱)۱۳	(۶۲/۹)۳۹	(۱۶/۱)۱۰	(۱۷/۵)۱۱	(۶۱/۵)۳۹	(۲۰/۶)۱۳	
عدم رضایت از فرزندان				(۳۷/۸)۱۷	(۴۶/۷)۲۱	(۱۵/۶)۷	
تعارض درباره پرورش کودکان				(۴۰)۱۸	(۴۶/۶)۲۰	(۱۳/۶)۶	

ناباروری، بهزیستی و رضایتمندی از ازدواج

۳۵۶ / دوماهنامه پژوهنده

فرزانه پازنده و همکاران / ۳۵۷

شماره ۴۲، بهمن و اسفند ۱۳۸۳

ناباروری، بهزیستی و رضایتمندی از ازدواج

۳۵۸ / دوماهنامه پژوهنده

فرزانه پازنده و همکاران / ۳۵۹

شماره ۴۲، بهمن و اسفند ۱۳۸۳

ناباروری، بهزیستی و رضایتمندی از ازدواج

۳۶۰ / دوماهنامه پژوهنده
