

مقایسه خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد (86-85)

الهام جنیدی^{1*}، شهلا نورانی سعدالدین²، نغمه مخبر³، محمد تقی شاکری⁴

1- دانش آموخته کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

2- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

3- استادیار و فوق تخصص نروسایکیاتری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

4- دانشیار آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ پذیرش مقاله: 87/7/8

تاریخ دریافت: 86/10/7

خلاصه

مقدمه: رضایت از روابط زناشویی بر میزان سلامت روانی، جسمانی، رضایت از زندگی، موفقیت در شغل و ارتباطات اجتماعی مؤثر بوده و یکی از مهمترین شاخص های رضایت از زندگی است. متغیرهای متعددی بر رضایت زناشویی مؤثرند وضعیت باروری یکی از متغیرهای بسیار مهم است. مطالعات متعددی نشان داده اند که ناباروری سبب اختلالات روانشناختی از جمله نارضایتی زناشویی می شود. در مقابل تعدادی براین باورند که شرکت در مراحل گوناگون تشخیص و درمان ناباروری می تواند سبب افزایش صمیمیت و ارتباط بهتر زوج و در نتیجه افزایش رضایت زناشویی شود. از آنجا که در ایران مطالعات کمی بر روی خشنودی زناشویی زنان بویژه زنان نابارور صورت گرفته است مطالعه حاضر راباهداف مقایسه خشنودی زناشویی زنان بارور و نابارور انجام دادیم.

روش کار: در این مطالعه تحلیلی مقطعی 100 زن بارور و 100 زن نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی به صورت مبتنی بر هدف وارد مطالعه شده و فرم مصاحبه شماره 1 (ابزار انتخاب شرکت کنندگان)، فرم مصاحبه شماره 2 (درمورد مشخصات شرکت کنندگان)، فرم پرسشنامه بررسی سلامت عمومی (GHQ28) و خشنودی زناشویی، تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 11/5 و آزمونهای مجذور کای، من ویتنی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل و پردازش قرار گرفتند.

نتایج: دو گروه از نظر مشخصات فردی و سایر متغیرهای مداخله گر و نیز سلامت عمومی اختلاف آماری معنی داری نداشتند. زنان نابارور بطور قابل ملاحظه ای خشنودی زناشویی بیشتری را ابراز کردند ($p=0/014$). خشنودی زناشویی در زنان نابارور خوب و در زنان بارور متوسط بود.

نتیجه گیری: ناباروری باعث کاهش میزان خشنودی زناشویی در زنان نابارور نمی شود.

کلمات کلیدی: خشنودی زناشویی، باروری، ناباروری

* نویسنده مسؤل: الهام جنیدی

آدرس: مشهد، بلوار وکیل آباد، بلوار لادن، لادن 29، پلاک 20

elham_bj@yahoo.com

تلفن: 5022058 (511) 98+

مقدمه

نوع نگرش اسلام به ازدواج مبتنی بر تاثیر عمیق دینی، اجتماعی و روانی آن بر فرد است (1). زنان برخوردار از سلامت کامل جسمی، روانی و عاطفی پایه‌های مستحکم زندگی خانوادگی سالم و توأم با سعادت هستند (2).

خشنودی زناشویی یکی از عوامل مهم مؤثر بر سلامتی زنان و رضامندی زناشویی یکی از مهمترین شاخصهای رضایت از زندگی است (3) که بر میزان سلامت روانی، میزان رضایت از زندگی و حتی بر میزان درآمد، موفقیت تحصیلی و رضایت از شغل زوجین تأثیر می‌گذارد. از سویی ناسازگاری در روابط زوجین موجب اختلال در روابط اجتماعی گرایش به انحرافات اجتماعی و افول ارزش‌های فرهنگی بین زن و شوهرها می‌شود (4).

مشکل ناباروری نیز در دنیای امروز به صورت یک نگرانی اجتماعی در آمده است و می‌تواند ضربه روانی شدیدی را به زوجین وارد ساخته و منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنها گردد (5). شیوع ناباروری در میان گروه‌های قومی و نژادی تفاوت‌چندان ندارد (6) و شیوع آن در جهان حدود 10-15 درصد (7) یا در حدود 5 میلیون نفر در سراسر دنیا (8,9,10). در سال‌های 84-1383 شیوع ناباروری اولیه در ایران 24/9%، یعنی در حدود یک چهارم زوجهای ایرانی برآورد شده است (11).

از این رو در سال 1988 در کنفرانس بین‌المللی بانکوک ناباروری به عنوان مشکل بهداشتی جهانی با ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی توصیف (5) و در سال 1994 در کنفرانس جهانی جمعیت و توسعه در قاهره نیز به عنوان عاملی مطرح شد که آسیب جدی بر پیکره بهداشت باروری وارد می‌سازد و مقرر گردید همه کشورهای درمان ناباروری را در برنامه‌های بهداشت باروری خود بگنجانند (9,12).

80% افراد نابارور دچار یک اختلال روانشناختی (17) - (13) شامل نارضایتی زناشویی (20-17، 15-14) اختلال

در روابط بویژه بین زوجها (9,14) احساس فشار روی سرنوشت ازدواج (21)، خشم (15) و تأثیرات منفی عاطفی (18) می‌باشند.

آندروز¹ زوجین نابارور را بازوجین بارور مقایسه نمود و دریافت که استرس صرف نظر از منبع آن (خواه ناباروری باشد یا استرس ناشی از دیگر منابع) بر عملکرد زناشویی، جنسی و کیفیت زندگی تأثیر گذاشته و آنها را کاهش می‌دهد. بطور کلی زنان بیشتر تحت تأثیر هر استرسی قرار گرفته و احساس رضایت از زندگی زناشویی و سلامتیشان بیشتر تأثیر می‌پذیرد (22).

مونگا² بیان داشت، زنان نازا نسبت به زنان با عقمی انتخابی سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی کمتری دارند (21). برگ³ در سال 1995 چندین زوج را در گروههای دارای اضطراب در هر دو، درزن، در مرد و در هیچکدام از زوجین طبقه بندی کرد و دریافت که در زوجین بدون اضطراب رضایت زناشویی از سه گروه دیگر بیشتر می‌باشد (23).

مطالعه بنازون⁴ نشان داد افزایش قابل ملاحظه در استرس می‌تواند سبب کاهش چشمگیر در سازگاری و رضایت زناشویی شود و بیشترین سطوح دیسترس زناشویی در زوجینی است که نتوانسته‌اند باردار شوند (24).

خسروی در سال 1380 نشان داد که بین نمره کلی اختلالات روانی با رضایت زناشویی، رضایت از زندگی به طور کلی و امیدواری نسبت به آینده زندگی زناشویی همبستگی منفی و معنی داری وجود دارد (25).

پژوهشگران مختلف در مورد اثر ناباروری بر روابط زوج‌ها نظرات متفاوتی دارند. بسیاری از تحقیقات چنین نشان داده‌اند که مدرک مهمی دال بر تأثیرات منفی ناباروری وجود ندارد و مطالعات متدولوژیک و دقیق بر این باورند که اثرات روانی نازایی ناشایعند (26). حتی

¹ Andrews

² Monga

³ Berg

⁴ Benazon

در مطالعه تکمیل و سپس فرم مصاحبه شماره یک (شامل معیارهای ورود به مطالعه و به دو صورت 1- الف مخصوص زنان بارور 18 سؤال و 1- ب مخصوص زنان نابارور 17 سؤال) تکمیل می شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین 22-45 سال، ایرانی و ساکن مشهد بودن، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تنها همسرشوهش باشد. زن بارور حداقل یک فرزند سالم و بالای 6 ماه داشته و در حال حاضر یکی از روش‌های تنظیم خانواده را استفاده کند. مربوط به زنان نابارور است و محل آن اشتباه شده است یا فرزندخوانده نداشته باشد. زن نابارور مشمول تعریف نابارور باشد (6,7,10)، (یکسال نزدیکی بدون پیشگیری داشته باشد و باردار نشده باشد) و فرزند یا فرزند خوانده نداشته باشد طی یک هفته اخیر بحث وجدال خانوادگی نداشته باشد. هیچ یک از زوجین مشکلات جسمی³، مشکلات روانی⁴، بیماری‌های طی⁵ تجربه رویداد استرس‌زادر سه ماه گذشته⁶ نداشته باشد و به الکل یا مواد مخدر معتاد نباشد.

به شرکت کنندگان واجد شرایط فوق فرم مصاحبه شماره 2 داده می شد. این فرم به دو صورت بود:

2- الف مخصوص زنان بارور که در 3 بخش تنظیم شده بود شامل 1- مشخصات فردی شامل 14 سؤال در مورد سن، شغل، تحصیلات و غیره 2- اطلاعات مربوط به زندگی زناشویی شامل 12 سؤال طول مدت ازدواج و رتبه ازدواج، تشابهات مذهبی و طرز فکر و سایر موارد و 3- اطلاعات مامایی شامل 11 سؤال در مورد تعداد فرزندان، شیردهی، روش پیشگیری از بارداری و اختلالات قاعدگی بود.

2- ب مخصوص زنان نابارور که در 3 قسمت اول با زنان بارور مشترک و بخش 4- اطلاعات تشخیص

³ قطع نخاع، قطع عضو، فلج، بدشکلی اندام

⁴ بیماری تحت نظر و یا درمان پزشک

⁵ بیماری قلبی عروقی، ریوی، کم کاری، پرکاری تیروئید، صرع و دیابت

⁶ فوت یا بیماری حاد بستگان نزدیک، تغییر عمده در وضع زندگی

برخی معتقدند تحمل مراحل تشخیص و درمان موجب ارتباط و صمیمیت بیشتر زوجها شده و آنها احساس نزدیکی بیشتر بایکدیگر خواهند کرد (9).

رپوکاری¹ گزارش داد 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 (27).

پترسون² نیز بیان داشت زوج هایی که استرس نازایی را تجربه می کنند نسبت به زوج هایی با استرس دیگر ولی در همان حد سطوح بالاتری از سازگاری و رضایت زناشویی را ابراز می دارند. می توان گفت توافق و تفاهم بین زن و شوهر در زمان تجربه استرس به آنها کمک می کند که با موفقیت بیشتر حوادث را مدیریت کنند (28).

با در نظر گرفتن نکات فوق و با توجه به اینکه باروری از لحاظ فرهنگی اجتماعی از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است و از آنجا که اغلب تحقیقات انجام شده بصورت توصیفی و بدون مقایسه با گروه های دیگر بویژه زنان بارور صورت پذیرفته است این مطالعه در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد انجام شد.

روش کار

این مطالعه تحلیلی مقطعی در مراکز بهداشتی درمانی منتخب که به صورت احتمالی و از طریق قرعه کشی انتخاب گردیده بودند در طی سالهای 1385-86 انجام شد.

ابتدا مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش مراکز بهداشت شماره یک دو و سه مشهد لیست شده و سپس با قرعه کشی از هر کدام سه مرکز انتخاب شد.

به زنانی که به مراکز بهداشتی درمانی دولتی، واحد تنظیم خانواده یا به مرکز ناباروری مراجعه نموده، در مورد مطالعه و اهداف آن توضیح و در صورت داشتن تمایل به شرکت در مطالعه ابتدا فرم رضایت نامه شرکت

¹ Repokari

² peterson

صورت عدم برخورداری از شرایط انجام آزمون مجذور کای، حسب مورد از آزمون فیشر و من ویتنی (متغیرهای رتبه‌ای) استفاده گردید.

در آزمونهای انجام شده ضریب اطمینان 95% و سطح معنی دار 0/05 مد نظر قرار گرفت. یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش در قالب نمودارها و جداول ارائه شده است.

نتایج

نتایج بدست آمده حاکی از آنست که متغیرهای سن زن و همسر، اختلاف سنی زن و شوهر، سن ازدواج، مدت ازدواج، میزان تحصیلات زن و شوهر، شغل زن و شوهر، درآمد خانواده، وضعیت سکونت، بعد خانوار (شیوه زندگی) دخالت اطرافیان، مرتبه ازدواج زن و شوهر، تشابه در اعتقادات مذهبی، توافق فکری، ارتباط با خانواده‌ها، رضایت همسر از ظاهر فیزیکی زن، نگرش در مورد رابطه جنسی، اطلاعات زناشویی و جنسی و نیز سلامت عمومی بین گروهها اختلاف معنی داری وجود نداشت و گروه‌ها همگن بودند (جدولهای 1 و 2 و نمودارهای 1 تا 3).

میانگین نمرات خشنودی زناشویی در زنان بارور $79/17 \pm 12/49$ بود و در زنان نابارور $74/6 \pm 13/53$ و بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($P=0/014$) (جدول 3). به طوری که خشنودی زناشویی در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور بود و از خشنودی زناشویی خوب برخوردار بودند درحالی که زنان بارور خشنودی زناشویی متوسطی را گزارش کردند.

و درمان شامل 12 سؤال درمورد مدت اطلاع از ناباروری، مدت درمان و روش آن بود.

فرم‌های فوق توسط پژوهشگر یا کمک پژوهشگر تکمیل شده و سپس پرسشنامه سلامت عمومی¹ و فرم پرسشنامه مقیاس خشنودی زناشویی² توسط شرکت کننده تکمیل و بعد دو گروه مورد مطالعه با هم مقایسه شدند.

از آنجا که وضعیت روحی روانی و دقت افراد بر پاسخگویی آنها تأثیر دارد سعی شد با فراهم کردن محیطی آرام و قرار دادن شرکت کنندگان در یک اتاق دیگر سر و صدا به طور نسبی کنترل گردد.

حجم نمونه براساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها برآورد گردید، به اینصورت که تعداد 20 نفر از هر گروه پرسشنامه‌ها را تکمیل و نتایج در رابطه با هر دو متغیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج مطالعه مقدماتی، تعداد نمونه 83 نفر در هر گروه تعیین گردید که برای اطمینان بیشتر تعداد 100 نفر در هر گروه نمونه‌گیری شد.

پس از گردآوری داده‌ها، فرمها کد گذاری شدند و کدها وارد رایانه گردید و پس از کسب اطمینان از صحت ورود داده‌ها تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم افزار SPSS نسخه 11/5 انجام و از روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای توصیف مشخصات شرکت کنندگان در گروهها از آمار توصیفی شامل شاخصهای مرکزی و پراکنندگی و توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. جهت بررسی همگنی گروههای بارور و نابارور از نظر متغیرهای کمی از آزمون تی مستقل (در صورت توزیع نرمال) و از نظر متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای استفاده شد. در

¹ GHQ28

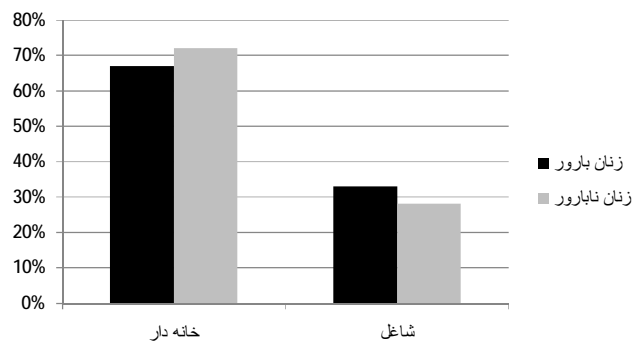
² توسط آزرین، ناستر و جنز² در سال 1973 طراحی و توسط برنشتاین ویلسن² و همکاران در سال 1985 اصلاح شد. در ایران توسط سهرابی و بیرشک مورد تایید قرار گرفته (12) و نیز توسط حیدری برای سنجش میزان خشنودی زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است (29) (12)

جدول 1- مقایسه میانگین سن زن، سن شوهر، اختلاف سنی زن و شوهر، سن ازدواج و مدت ازدواج در زنان مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد در سالهای 85 و 86

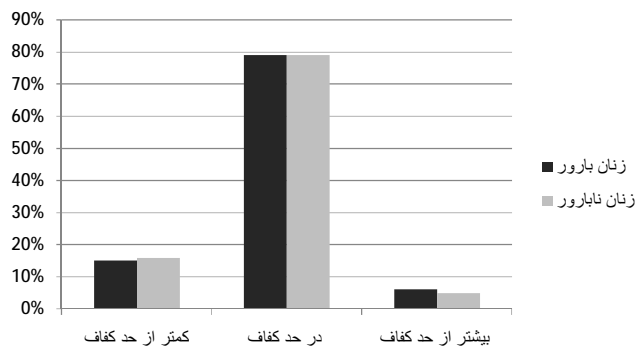
| نتایج آزمون | متغیر | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------|
| | کل انحراف معیار ± میانگین | زنان نابارور انحراف معیار ± میانگین | زنان بارور انحراف معیار ± میانگین | |
| من ویتنی* Z = -1/41 P=0/14 | 29/40 ± 5/21 | 28/78 ± 4/62 | 30/01 ± 5/69 | سن زن |
| من ویتنی* Z = -1/86 p= 0/063 | 33/74 ± 6/24 | 33/06 ± 6/32 | 34/42 ± 6/11 | سن همسر |
| من ویتنی* Z = -1/100 P = 0/32 | 4/34 ± 4/50 | 4/28 ± 5/31 | 4/41 ± 3/57 | اختلاف سنی زن و شوهر |
| من ویتنی* Z = 0/063 P = 0/92 | 20/66 ± 3/62 | 20/62 ± 3/76 | 20/71 ± 3/49 | سن ازدواج |
| من ویتنی* Z = -1/45 p = 0/15 | 8/73 ± 4/62 | 8/16 ± 3/99 | 9/3 ± 5/12 | مدت ازدواج |

جدول 2- توزیع فراوانی شرکت کنندگان براساس تحصیلات زن و شوهر به تفکیک گروه در زنان مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد در سالهای 85 و 86

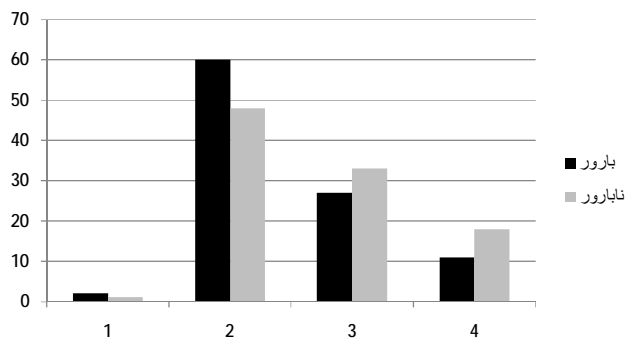
| نتایج آزمون | تحصیلات | | | |
|--|--------------------|------------------------------|----------------------------|-------------------|
| | کل (درصد) تعداد | زنان نابارور (درصد) تعداد | زنان بارور (درصد) تعداد | |
| کای-اسکوئر* $\chi^2 = 2/06$ df = 3 P = 0/56 | 24(12) | 13(13) | 11(11) | ابتدایی و پایینتر |
| | 42(21) | 23(23) | 19(19) | راهنمایی |
| | 84(42) | 37(37) | 47(47) | متوسطه |
| | 50(25) | 27(27) | 23(23) | عالی |
| | 200(100) | 100(100) | 100(100) | کل |
| کای-اسکوئر* $\chi^2 = 1/19$ df = 3 P = 0/76 | 29(14/5) | 15(15) | 14(14) | ابتدایی و پایینتر |
| | 50(25) | 28(28) | 22(22) | راهنمایی |
| | 71(35/5) | 33(33) | 38(38) | متوسطه |
| | 50(25) | 24(24) | 26(26) | عالی |
| | 200(100) | 100(100) | 100(100) | کل |



نمودار 1- توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان براساس شغل زن به تفکیک گروه در زنان مراجعه‌کننده به مراکز دولتی شهر مشهد (85 و 86)
 $\chi^2 = 0/59$ $df = 1$ $p = 0/44$ آزمون مجذور کای



نمودار 2- توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان براساس سطح درآمد ماهیانه به تفکیک گروه در زنان مراجعه‌کننده به مراکز دولتی شهر مشهد (85 و 86)
 $Z = -0/31$ $p = 0/76$ آزمون من - ویتنی



نمودار 3- توزیع فراوانی شرکت‌کنندگان بر اساس طبقه اجتماعی - اقتصادی به تفکیک گروه در زنان مراجعه‌کننده به مراکز دولتی شهر مشهد (85 و 86)
 $z = -1/05$ $p = 0/38$ آزمون من ویتنی

جدول 3- مقایسه میانگین و انحراف معیار بین دو گروه از نظر نمرات مقیاس خشونودی زناشویی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد در سالهای 85 و 86

| متغیر | زنان بارور | | کل | نتایج آزمون تی مستقل* |
|--------------------------|----------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------|
| | انحراف معیار±میانگین | انحراف معیار±میانگین | | |
| مقیاس خشونودی زناشویی | 74/6±13/53 | 79/17±12/49 | 76/89±13/19 | t = -2/481 df = 198 p = 0/014 |

بحث

در ارتباط با هدف تعیین و مقایسه خشونودی زناشویی در زنان بارور و نابارور میانگین نمرات خشونودی زناشویی در زنان بارور $74/6 \pm 13/53$ و در زنان نابارور $79/17 \pm 12/49$ بوده است و بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/014$). طوری که خشونودی زناشویی در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور بوده و از خشونودی زناشویی خوب برخوردار بودند در حالی که زنان بارور خشونودی زناشویی متوسط را گزارش کردند.

در مطالعه جلال شاکری و همکاران در سال 1385 مسئله ناباروری تاثیر نامطلوب چندانی در رضایت زناشویی افراد سالم نداشت و فقط 11% آنها دچار عدم رضایت زناشویی بودند درحالیکه 35% افراد بیمار از نظر مقیاس GHQ، عدم رضایت زناشویی را عنوان کرده بودند ($P < 0/01$) (30). این مطالعه که به صورت یک گروه و بدون مقایسه با زنان بارور صورت گرفت نتیجه ای همسو با پژوهش حاضر دارد که در آن وقتی هردو گروه از نظر مقیاس GHQ همسان هستند زنان نابارور رضایت بیشتری از زنان بارور اعلام می دارند. در مطالعه مونگا¹ سازگاری زناشویی در زوج های نابارور بطور قابل ملاحظه ای کمتر از گروه کنترل بود ($p=0/01$) (21). در این مطالعه گروه کنترل، زوجین دارای فرزند که عقیمی انتخابی (توبکتومی یا

وازکتومی) را انجام داده اند بودند که از میانگین سنی بالاتری برخوردار بوده اند. شاید علت این بیشتر بودن سازگاری، بالاتر بودن سن زنان گروه کنترل نسبت به گروه مطالعه باشد. در مطالعه حاضر میانگین سن در دو گروه اختلاف معنی دار نداشت.

در مطالعه محمد علی مظاهری و همکاران در سال 1380 که به بررسی شیوه های حل مسئله و سازگاری زناشویی در زوج های بارور و نابارور پرداخته دو گروه تفاوت قابل ملاحظه ای در سازگاری زناشویی نداشتند ($p > 0/05$) (5). در این مطالعه نیز گروه کنترل زنانی بودند که هیچ فرزندی نداشتند و برای اولین بار باردار شده بودند در نتیجه از جهت نداشتن فرزند و بارداری برای اولین بار با زنان بارور مطالعه حاضر متفاوت بودند.

رپوکاری² و همکاران در سال 2007 نشان دادند که اگر زنان نابارور که تحت درمان کمک باروری قرار دارند حوادث استرس زا را تجربه نکرده باشند (متغیر حذف شده در مطالعه حاضر) نسبت به زنان گروه بارور افزایش قابل ملاحظه ای را در رضایت زناشویی نشان میدهند ($p < 0/01$) (27). ولی تاثیر حوادث بر آنها بیشتر و در مقایسه با زنان بارور کاهش بیشتری در حیطه های مختلف مقیاس سنجش سازگاری زوجین⁴ و نیز رضایت زناشویی نشان می دهند ($p < 0/05$).

² Repokari

⁴ DAS: Dyadic Adjustment Scale

نمایانگر تغییرات فرهنگی اجتماعی در زمینه ناباروری در طی این سالهاست.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان از عدم سنجش رشد عاطفی روانی شرکت‌کنندگان نام برد که بر روابط و رضایت زناشویی مؤثر است. دیگر آنکه در این مطالعه زنان مراجعه‌کننده به مراکز دولتی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند و یافته‌ها ممکن است نشانگر کل جمعیت مورد مطالعه نباشند.

نتیجه‌گیری

ناباروری باعث کاهش میزان خشنودی زناشویی در زنان نابارور نمی‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. و بجاست از مسئولین محترم مرکز بهداشت استان خراسان بویژه سرکار خانم صفاییان سرکار خانم هاشمیان سرکار خانم نقیبی و مراکز سه‌گانه شهرستان بخصوص جناب آقای دکتر عرب‌نژاد، سرکار خانم امیری و بیمارستان منتصریه بخصوص سرکار خانم دکتر خادم و سرکار خانم اسحاقی به خاطر همکاری‌های صمیمانه‌شان تشکر کنم.

در مطالعه لیبوم‌سازگاری و رضایت زناشویی در سه گروه مورد مطالعه (IVF موفق، IVF ناموفق با فرزند خوانده، IVF ناموفق بدون فرزند خوانده) تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشت (20). که البته در این مطالعه گروه نابارور با IVF موفق به عنوان گروه بارور مورد مطالعه قرار گرفته‌اند در حالیکه در پژوهش حاضر گروه بارور، زنان بدون سابقه ناباروری می‌باشند و تحقیقات نشان می‌دهد که ناباروری حتی پس از درمان نیز اثرات خویش را حفظ کرده و زن همچنان خود را نابارور تلقی می‌کند (19).

در مطالعه گانیلا و همکاران در سال 2005 زوجین رضایت بالایی از ارتباط زناشویی خویش ابراز کرده بودند و البته در این مطالعه گروه بارور مورد مطالعه قرار نگرفته و مقایسه‌ای صورت نگرفته بود (31).

در مطالعه پترسون نیز زنان و مردان نابارور با استرس ناباروری سطوح بالاتری را در سازگاری و رضایت زناشویی نسبت به زنان و مردان بارور با مشکلات متفاوت در زندگی نشان دادند (28). گرچه در پژوهش حاضر استرس‌های شدید و عمده در دو گروه حذف گردیده‌اند، با این حال نتایج مطالعه پترسون با نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در سال 1986 لینک و همکارانش نشان دادند زنان نابارور سطوح اضطراب بالا و نارضایتی زناشویی زیادی را نشان می‌دهند (32) و تغییرات در این زمینه

منابع

1. Di Matteo MR. The psychology of health, illness, and medical care: an individual perspective. Pacific Grove: Brooks/Cole;1991.
2. Bolourian Z, Ganjloo J. Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers. *Reprod Infertil J* 2007;8(31):163-70.
3. Salehy FJ. The Development and Validation of Marital Satisfaction Questionnaire on a sample of students of Ferdowsi university. *Psychother Novel* 1999;4(13,14):84-108.

4. Ahmadi K, Azad Marzabady E, Molla Zamany A. The study of marital adjustment in Islamic Revolutionary Guard Corps(Sepah) Staff. *J Mil Med* 2005;7(7):141-52.
5. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihi Imani Z, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. *Reprod Infertil J* 2001;8(2):22-32].
6. Brek JS. Novak's gynecology. 14th ed. London:Lippincott Williams & Wilkins;2007.
7. Ryan KJ, Berkovitz RL, Dunaif A. Kisner's gynecology & women's health. 7th ed. St Louis:Mosby;1999.
8. Younesi J, Salagegheh A. Body image in fertile and infertile women. *Reprod Infertil J* 2002;2(8):14-21.
9. 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. *Reprod Inferti J* 2000;2(5):26-34.
10. Danforth DN, Scott JR, Gibbs R.. Danforth's obstetrics and gyenecology. 9th ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2003.
11. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5. *Reprod Infertil J* 2007;7(3):243-51.
12. Mohammadi MR, Khalaj Abadi Farahani F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them. *Reprod Infertil J* 2001;8(2):33-9.
13. Xu L, Ke HX, He FF. Psychological aspects of infertile couples in China. *Zhonghua fu Chan Ke Za Zhi* 1994 Apr;29(4):232-4.
14. Behjati Ardekani Z, Akhondi MM, Kormi Nouri R. Psychosocial aspects of infertility from view point of infertility treating psysicians. *Reprod Infertil J* 2002;2(8):13-26.
15. Sargolzaee MR, Moharreri F, Arshadi HR, Javadi K, Karimi S, Fayyazi-bordbar MR. [Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad Infertility Treatment Center. *Reprod Infertil J* 2001;2(8):46-51.
16. Najmi BD, Ahmadi SM, Ghassemi G. Psychological characteristics of infertile couples referring to Isfahan Fertility and Infertility Center (IFIC). *Reprod Infertil J* 2001;2(8):40-5.
17. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. *J Sex Mrital Ther* 2005 Oct-Dec;31(5)409-24.
18. Besharat MA.[the contribution of couple`s attachment style to the adjustment to infertility] *Rprod Infertil J* 2001;2(5):17-25..
19. Kormi Nouri R. [Psycho-social aspect of Infertility]. *Reprod Infertil J* 2001;1(2):57-68.
20. Leiblum SR, Aviv A, Hamer K. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Repord* 1998 Dec;13(12):369-74
21. Monga M. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004 Jan;63(1):126-30.
22. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is infertility-problem stress different?the dynamics of stress in fertile and infertile couples. *Fertil Steril* 1993 Feb;59(2):478-9.
23. Berg BJ, Wilson JF. Pattern of psychological distress in infertile couples. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1995 Jun;16(2):65-78.
24. Benazon N, Wright J, Sabourin S. Stress, sexual satisfaction and marital adjustment in infertile couples. *J Sex Marital Ther* 1992 Winter;18(4):273-84.

25. Khosravi Z. Mental health predictive factors in infertile couples. *Reprod Infertil J* 2001;3(9):56-64.
26. Burns LH, Covington SN. *Infertility counseling a comprehensive handbook for clinicians*. London:Parthenon;2000.
27. 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 Feb;22(5):1481-91.
28. Peterson BD, Newton CF, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Process* 2003 Spring;42(1):59-70.
29. Shakeri J, Hossieni M., Golshani S, Sadeghi Kh, Fizollahy V. Assessment of general health, stress coping and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF Treatment 2007;7(3):269-75.
30. Gunilla S, Ekholm K, Wadsby M. Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Hum Reprod* 2005 Mar;20(7):1952-7.
31. Link PW, Darling CA. Couples undergoing treatment for infertility: dimensions of life satisfaction. *J Sex Marital Ther* 1986 Spring;12(1):46-59.