

بررسی دلزدگی زناشویی در زنان نابارور و بارور مراجعه کننده به درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولیعصر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره): یک مطالعه مقطعی

ندا نیکوبخت^۱، یوسف کریمی^۲، هادی بهرامی^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

^۲ استاد روانشناسی تربیتی

نویسنده رابط: یوسف کریمی، نشانی: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، دانشکده علوم انسانی، تلفن: ۶۶۹۰۱۳۱۳، نامبر: ۶۶۹۰۱۳۱۳،

پست الکترونیک: baba23gat@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۶؛ پذیرش: ۸۹/۸/۱

مقدمه و اهداف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه دلزدگی زناشویی در زنان نابارور و بارور مراجعه کننده به درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولیعصر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) صورت گرفته است.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش کلیه زوجین بارور و نابارور که به درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولیعصر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) در سال ۱۳۸۸ مراجعه کرده بودند. گروه نمونه شامل ۱۲۰ نفر (۶۰ زن بارور، ۶۰ زن نابارور) بود که با استفاده از شیوه نمونه گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. نمونه‌های مورد مطالعه پرسشنامه دلزدگی زناشویی و پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

نتایج: نتایج بدست آمده نشان داد میزان دلزدگی زناشویی زنان نابارور از زنان بارور بیشتر بوده است ($p < 0/001$). همچنین میزان دلزدگی زناشویی در زنان نابارور با تحصیلات دانشگاهی بیشتر از زنان نابارور بدون تحصیلات دانشگاهی بود ($p = 0/002$).

نتیجه گیری: در درمان و بررسی مشکلات زوجین نابارور، در نظر داشتن دلزدگی زناشویی به عنوان یک عامل زمینه‌ای مؤثر در درمان ناباروری در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی مورد تأکید و توصیه است.

واژگان کلیدی: باروری، ناباروری، دلزدگی زناشویی، زنان

مقدمه

گسترده آسیب‌های روان شناختی، اختلال کارکرد جنسی و مشکلات زناشویی ارتباط دارد (۴). افراد نابارور، نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواجشان اظهار داشته و کناره‌گیری اجتماعی و استرس بیش از اندازه را در ارتباط‌های زناشویی، بین فردی و اجتماعی بروز می‌دهند (۵). تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند با استرس‌های فیزیکی، روان شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده (۶،۷) و سبب کاهش صمیمیت، ترس از جدایی، طلاق، کاهش اعتماد به نفس، طردشدگی، گوشه‌گیری و بیماری‌های روان تنی می‌شود (۸،۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شایع‌ترین واکنش در میان زوج‌های

ناباروری یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زای هیجانی شده و بر روابط متقابل زوجین تأثیرگذار است. تعریف بالینی ناباروری براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از: ناتوانی در بچه‌دار شدن بعد از یکسال مقاربت طبیعی، مداوم و بدون پیشگیری (۱).

آمارها حاکی است که ناباروری در ۱۵-۱۰ درصد زوج‌ها دیده می‌شود (۲). بر پایه گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)، در حال حاضر به طور تقریبی بیش از هفتاد میلیون زوج در جهان و بیش از یک و نیم میلیون زوج ایرانی نابارور هستند (۳).

براساس نتایج پژوهش‌ها تجربه استرس‌زای ناباروری با طیف

روانی بود که باید به دستور پزشک در روزهای خاصی و زمان مشخص آمیزش پیدا کنند (۱۵).

لینگارد نیز در پژوهشی به مقایسه دلزدگی در بین زوج‌های دو درآمدی، تک درآمدی و نیز زوج‌های دارای فرزند و زوج‌های بدون فرزند پرداخت. نتایج این پژوهش نشان داد که از میان متغیرهای خانوادگی و کاری، متغیرهای خانوادگی منابع مهم‌تری از دلزدگی در بین شرکت‌کننده‌های دو درآمدی و دارای فرزند را تشکیل می‌دهد (۱۶).

پژوهشی دیگر که در سال ۲۰۰۹ در اتریش به منظور ارزیابی واکنش‌های متقابل جنسی و زناشویی در زوجین نازا انجام شد نشان داد که روابط زناشویی زنان نازا نسبت به زنان بارور کمتر است و آن‌ها بیشتر دچار اختلال در روابط زناشویی می‌شوند (۱۷). به این ترتیب همخوانی نتیجه تحقیق حاضر با تحقیقات دیگر که نشان دادند دلزدگی زناشویی در زنان نابارور بالاتر از زنان بارور است را می‌توان اینگونه بیان کرد که بارور بودن جدا از هر فرهنگ، سنت و زمانی خاص برای افراد، بخصوص زنان مهم است و بر سلامت روان، کیفیت زندگی و روابط زناشویی افراد تأثیر بسزایی دارد. با توجه به اینکه خانواده یکی از رکن‌های اصلی جامعه به شمار می‌رود و دستیابی به جامعه سالم آشکارا در گرو سلامت خانواده است و تحقق خانواده سالم مشروط به برخورداری اجزاء آن از سلامت روانی و داشتن رابطه‌های مطلوب با یکدیگر است. از این رو سالم سازی اعضای خانواده و رابطه‌هایشان بی‌گمان اثرهای مثبتی را در جامعه به دنبال خواهد داشت (۱۸). با توجه به این موضوع بر آن شدیم که دلزدگی زناشویی را به علت تأثیری که بر سلامت روان و کیفیت روابط زناشویی دارد و اهمیت آن در حفظ تداوم خانواده و همچنین به این علت که پژوهش خاصی در این مورد انجام نشده بود را بررسی کنیم. لذا نتایج بدست آمده از این پژوهش می‌تواند منجر به شناسایی مشکلات این گروه بیماران شود و با مداخلات درمانی روان شناختی در کنار درمان پزشکی سطح کیفی زندگی این زوجین را افزایش داده.

روش کار

روش مطالعه در پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. جامعه آماری زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولیعصر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) در سال ۱۳۸۸ با محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال بودند که در آنجا تشکیل پرونده داده بودند. زنان بارور هیچ بیماری خاصی نداشته و صرفاً جهت مشاوره بارداری به متخصص زنان مراجعه می‌کردند.

نابارور، افسردگی است که هم در پاسخ به فقدان‌های متعدد و هم در پاسخ به استرس طولانی مدت ایجاد می‌شود (۱۰). در واقع نازایی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا در زندگی شخصی محسوب می‌شود که قابل قیاس با بیماری‌های بدنی چون سرطان است (۱۱). دلزدگی در زوجین یک روند تدریجی است که طی آن صمیمیت و عشق به تدریج رنگ باخته و به همراه آن خستگی عمومی عارض می‌شود. بنابر تعریف دلزدگی یک حالت خستگی و ازپافتادن جسمی، عاطفی و روانی است که نتیجه درگیری‌های طولانی مدت در موقعیت‌هایی است که افراد از نظر عاطفی و احساسی مطالبات زیادی دارند. چنین موقعیت‌هایی معمولاً به علت تفاوت زیاد بین توقعات و واقعیت بروز می‌کند و مهم‌ترین توقع آنها این است که چیزی بیابند که به زندگیشان معنا بخشد (۱۲، ۱۳). از پافتادن جسمی یا فرسودگی بدنی ناشی از دلزدگی به صورت خستگی مزمن بروز می‌کند که با خواب رفع نمی‌شود. در خصوص ازپافتادن عاطفی نیز مبتلایان به دلزدگی همیشه در این تصور غوطه‌ور هستند که از نظر عاطفی نابود شده‌اند و مدام آزرده و دلسردند. ازپافتادگی روانی ناشی از دلزدگی نیز معمولاً به صورت کاهش خودباوری و منفی‌نگری نسبت به روابط، به خصوص رابطه با همسر رخ می‌دهد. پژوهشی که در تایوان در ارتباط با تفاوت درماندگی، روابط زناشویی و رضایت جنسی در ۳۰۰ زوج نابارور صورت گرفت نشان داد در زوجین نابارور زنان رضایت جنسی کمتری نسبت به همسرانشان داشته‌اند اما در زوجین نابارور با علل نامشخص تفاوتی در رضایت زناشویی مشاهده نشد اما اگر علت نازایی زنانه بود درماندگی بیشتر و رضایتمندی کمتری در مقایسه با علت مردانگی نشان می‌دادند (۱۴).

در مطالعه دیگری در مینه‌سوتا اثر نازایی در کاهش رضایتمندی از زندگی و افزایش ناسازگاری زناشویی و عملکرد جنسی ارزیابی شد. این مطالعه در افرادی که برای درمان ناباروری مراجعه کرده و نیز کسانی که برای نابارور شدن خود مراجعه کرده بودند انجام شد. بنابر نتایج، زوج‌های نابارور ۸۳٪ بیشتر فشار اجتماعی را تحمل کرده و سازگاری روانی و زناشویی برای زنان نازا به شدت پایین‌تر بود. ولی مردان بارور و نابارور تفاوتی در سازگاری روانی و زناشویی نداشتند و احساس ذهنی بهزیستی و کیفیت زندگی در زنان نابارور بیشتر از مردان نابارور تحت تأثیر قرار گرفته بود. زنان زوج نابارور کیفیت زندگی و سازگاری روانی کمتری نسبت به زنان بارور داشتند و مردان آن‌ها رضایت عملکرد جنسی کمتری را هم داشتند نسبت به مردان کنترل، شاید به خاطر فشار

زناشویی میزان تعارضات زناشویی نیز افزایش می‌یابد. در پژوهش‌های دیگر نیز ارزیابی ضریب اعتبار «مقیاس دلزدگی زناشویی» نشان داد که آن دارای یک همسانی درونی بین متغیرها در دامنه ۰.۸۴٪ و ۰.۹۰٪ است (۲۰). بانک داده‌ها در نرم افزار SPSS تشکیل و داده‌ها به دو صورت توصیفی و استنباطی تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد. در مجموع ۱۲۰ نفر (۶۰ زن نابارور و ۶۰ زن بارور) با محدوده سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال مورد مطالعه قرار گرفتند که با توجه به این موضوع که بهترین سن باروری تا ۳۵ سال است و اغلب بارداری تا ۴۵ سالگی به دلیل یائسگی اتفاق می‌افتد در دو گروه زیر ۳۵ سال و بالای ۳۵ سال تقسیم شدند که در نمونه‌های ما سن بالاتر از ۳۵ سال در ۲۱/۷٪ زنان نابارور و ۲۰٪ از زنان بارور مشاهده شد که طول مدت ازدواج بیش از ۱۰ سال نیز در زنان نابارور و بارور بترتیب ۱۳/۳٪ و ۱۵٪ بود.

میزان دلزدگی زناشویی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در جدول شماره ۲ ارائه شده است. براساس نتایج ۴۰٪ زنان نابارور دارای دلزدگی زناشویی "زیاد و خیلی زیاد" بود. در حالی که در زنان بارور میزان دلزدگی زناشویی "زیاد" ۱۶/۷٪ بوده و دلزدگی به میزان "خیلی زیاد" گزارش نشد. آزمون آماری t مستقل نشان داد میانگین امتیاز دلزدگی زناشویی زنان نابارور و بارور دارای تفاوت آماری معنادار بود ($p < 0.001$). بدین ترتیب که در زنان نابارور میانگین امتیاز دلزدگی زناشویی در مقایسه با زنان بارور ۱۴/۳ نمره بیشتر بود که نشان‌دهنده وضعیت نامناسب‌تر دلزدگی در زنان نابارور بوده است.

مقایسه دلزدگی زناشویی در زنان نابارور به تفکیک سن و تحصیلات در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. نتایج نشان داد دلزدگی زناشویی در گروه‌های سنی ۳۵ سال و بالاتر و زیر ۳۵ سال تفاوت معناداری ندارد. همچنین میزان دلزدگی زناشویی در زنان نابارور دارای تحصیلات دانشگاهی بیشتر از زنان با تحصیلات دیپلم و پایین‌تر بوده و تفاوت آماری معناداری بدست آمد ($p = 0.002$).

نمونه‌گیری بصورت تصادفی سیستماتیک و در دسترس از بین پرونده‌های موجود در درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولیعصر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) انتخاب می‌شدند. حجم نمونه با توجه به تعداد پرونده‌ها و جدول مورگان ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر در هر گروه بارور و نابارور) در نظر گرفته شد. از بین پرونده‌هایی که به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب می‌شدند، افرادی که مایل به پاسخ‌گویی پرسشنامه نبودند از این پژوهش حذف کرده و آنقدر این نمونه‌گیری در روزهای مختلف ادامه پیدا کرد تا ۱۲۰ پرسشنامه تکمیل شدند و برای اطمینان خاطر نمونه‌ها از محرمانه بودن، پرسشنامه‌ها به صورت بی‌نام تنظیم شده بود.

اندازه‌گیری دلزدگی زناشویی با استفاده از مقیاس Couple Burnout صورت گرفت. مقیاس دلزدگی زناشویی یک ابزار خودسنجی است که توسط پاینز ابداع گردیده و از ۲۱ سؤال تشکیل شده است (۱۹). این مقیاس شامل سه جزء اصلی: ازپادرافتادگی جسمی (خستگی، سستی، اختلالات خواب)، ازپادرافتادگی عاطفی (افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و ازپادرافتادگی روانی (بی‌ارزشی، سرخوردگی، خشم نسبت به همسر) می‌شود. سوالات دارای ۷ گزینه پاسخ از "هرگز تا همیشه" هستند که به ترتیب از "۱ تا ۷" نمره‌گذاری می‌شوند. برای تعیین درجه دلزدگی در مرحله اول امتیازهایی را که سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۱ به دست می‌آورند جمع کرد. و در مرحله دوم امتیازهای سؤال‌های ۳، ۶، ۱۹ و ۲۰ را با هم جمع می‌کنیم و در مرحله سوم امتیازهای مرحله دوم را از ۳۲ کم می‌کنیم و در مرحله چهارم امتیازهای مرحله اول را با مرحله سوم جمع می‌کنیم و در آخرین مرحله عدد مرحله چهارم را بر عدد ۲۱ تقسیم می‌کنیم و درجه دلزدگی بدست می‌آید که نمره ۲ و کمتر نشان دهنده رابطه خوب، نمره ۳ خط دلزدگی، نمره ۴ حالت دلزدگی، ۵ بحران دلزدگی و بیش از ۵ نیاز به کمک فوری را نشان می‌دهد.

در این پژوهش به منظور بررسی اعتبار و پایایی مقیاس دلزدگی زناشویی بطور همزمان آنرا با پرسشنامه تعارضات زناشویی در زنان بارور و نابارور اجرا کرده که همبستگی آن به صورت زیر بیان می‌شود: میزان ضریب همبستگی بین دو متغیر قوی و دارای علامت مثبت است ($r = 0.51$). بدین معنا که با افزایش دلزدگی

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین دلزدگی زناشویی زنان نابارور به تفکیک سن و تحصیلات (n=۶۰)

P*	دلزدگی زناشویی	(انحراف معیار) میانگین
۰/۹	گروه سنی (سال)	
	<۲۵ (n=۴۷)	۷۰/۳ (۱۶/۴)
	>۲۵ (n=۱۳)	۷۰/۹ (۱۱/۶)
	تحصیلات	
۰/۰۰۲	دیپلم و پایین تر (n=۳۹)	۶۶/۰ (۱۴/۸)
	فوق دیپلم و بالاتر (n=۲۱)	۷۸/۶ (۱۳/۳)

*آزمون اماری t مستقل

بحث

این پژوهش با مطالعه بر روی ۱۲۰ زن نابارور و بارور مراجعه کننده به درمانگاه‌های زنان و ناباروری بیمارستان ولیعصر مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره) انجام شد که با استفاده از ابزاری استاندارد به بررسی مقایسه‌ای میزان دلزدگی زناشویی بین دو گروه زنان بارور و نابارور پرداخته و نتایج این تحقیق نشان داد که زنان نابارور میزان بالاتری از دلزدگی زناشویی را در مقایسه با زنان بارور تجربه کرده‌اند. به نظر می‌رسد نتیجه بدست آمده از این تحقیق با نتایج تحقیقات دیگر هماهنگ باشد. بطوریکه لی، سان و شائو (۲۰۰۱) در تحقیق خود گزارش دادند که رضایت زناشویی در زوجین نابارور کمتر از گروه بارور است و مونگا و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند کیفیت زندگی در زوجین نابارور کمتر از زنان نابارور است و سازگاری روانی کمتری هم دارند و اندروز، اسی و هالمن (۱۹۹۱ و ۱۹۹۲) و برگ و همکاران (۱۹۹۰) نشان دادند که اغلب استرس و اضطراب و افسردگی در زنان نابارور بیشتر است که به نوبه خود باعث عدم رضایت زناشویی و افت کیفیت زندگی و سلامت روان در زوجین می‌شود (۲۳، ۲۲، ۲۱، ۱۵، ۱۴). با توجه به نتایج ذکر شده و همچنین نتیجه این تحقیق متوجه اهمیت توانایی بارور شدن در جوامع گذشته و حال شده و نمی‌توان تأثیر روانی باروری را بر سلامت روان، کیفیت زندگی و روابط زناشویی نادیده گرفت و همچنین نمی‌توان این تأثیر را به زمان، مکان، یا فرهنگ خاصی نسبت داد خصوصاً ناباروری با هر علتی که باشد یک مشکل زنانه تلقی می‌شود (۳) پس تأثیر منفی ناباروری بر روی زنان بیشتر از مردان است.

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۱۲۰)

گروه سنی (سال)	نابارور (n=۶۰)	بارور (n=۶۰)
<۲۵	۱۰ (۱۶/۷)	۸ (۱۳/۳)
۲۶-۳۰	۲۱ (۳۵/۰)	۲۴ (۴۰/۰)
۳۱-۳۵	۱۶ (۲۶/۷)	۱۶ (۲۶/۷)
>۳۵	۱۳ (۲۱/۷)	۱۲ (۲۰/۰)
تحصیلات	(n=۶۰)	(n=۶۰)
زیر دیپلم	۲۴ (۴۰/۰)	۴ (۶/۷)
دیپلم	۱۵ (۲۵/۰)	۲۳ (۳۸/۳)
فوق دیپلم	۱۰ (۱۶/۷)	۲ (۳/۳)
لیسانس	۱۱ (۱۸/۳)	۲۵ (۴۱/۷)
فوق لیسانس و بالاتر	-	۶ (۱۰/۰)
شغل	(n=۵۸)	(n=۶۰)
خانه دار	۴۵ (۷۷/۶)	۳۲ (۵۳/۳)
کارمند	۱۱ (۱۹/۰)	۲۶ (۴۳/۳)
دانشجو	۲ (۳/۴)	۲ (۳/۳)
طول مدت ازدواج (سال)	(n=۶۰)	(n=۶۰)
<۵	۳۰ (۵۰/۰)	۲۶ (۴۳/۳)
۶-۱۰	۲۲ (۳۶/۷)	۲۵ (۴۱/۷)
>۱۱	۸ (۱۳/۳)	۹ (۱۵/۰)
درآمد ماهانه	(n=۵۴)	(n=۵۵)
خوب	۴ (۷/۴)	۱۲ (۲۱/۸)
متوسط	۳۲ (۵۹/۳)	۴۲ (۷۶/۴)
ضعیف	۱۸ (۳۳/۳)	۱ (۱/۸)

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی دلزدگی زناشویی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه (n=۱۲۰)

P*	نابارور	بارور
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
دلزدگی		<۰/۰۰۱
زناشویی		
خیلی کم	۱ (۱/۷)	۴ (۶/۷)
کم	۵ (۸/۳)	۲۲ (۳۶/۷)
متوسط	۳۰ (۵۰/۰)	۲۴ (۴۰/۰)
زیاد	۲۰ (۳۳/۳)	۱۰ (۱۶/۷)
خیلی زیاد	۴ (۶/۷)	-
میانگین	۷۰/۴ (۱۵/۴)	۵۶/۱ (۱۷/۸)

(انحراف معیار)

*آزمون اماری t مستقل

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت و ضرورت سلامت روان خانواده و کیفیت روابط زوجین و همچنین برای کمک به حل تعارضات زناشویی زوجین بخصوص زنان نابارور و با توجه به اندک بودن تحقیقات در این زمینه سعی شد که به بررسی و مقایسه دلزدگی زناشویی زنان بارور و نابارور پرداخته شود که با توجه به بالا بودن سطح دلزدگی زناشویی در گروه زنان نابارور نسبت به بارور به نظر می‌رسد نیاز به مداخلات روانی جهت درمان روان شناختی بیماران به منظور بالا بردن سطح رضایتمندی زناشویی و کیفیت زندگی مشترک احساس می‌شود. با توجه به این مسئله که این پژوهش فقط در مورد زنان بارور و نابارور اجرا شده است پس نمی‌توان آن را به جامعه مردان تعمیم داد و همچنین پیشنهاد می‌شود اطلاع رسانی به مردم از طریق رسانه‌های جمعی که ناباروری با توجه به پیشرفت‌های علمی جدید قابل درمان است و استفاده از روش‌های دوگانه پزشکی و روان شناختی در درمان ناباروری و نهایتاً حمایت مالی دولت و بیمه از زنان نابارور برای درمان ناباروری که با کاهش این هزینه‌ها بتوانیم فشار روانی وارد شده بر زوجین نابارور را کاهش داد.

با توجه به این موضوع که از دیرباز قدرت تولید مثل و حفظ سلامت خانواده همیشه به زنان واگذار شده بود و هنوز استدلال می‌شود که زن به تبعیت از طبیعت تولید مثلی‌اش باید نقش مادری و فرزند آوری را در اولویت قرار دهد تا موجبات بقای خانواده و جامعه را فراهم نماید (۴) و اینکه با گذشت این دوران‌های مختلف و تغییر موقعیت اجتماعی زنان نسبت به گذشته و افزایش تحصیلات زنان باز هم متوجه می‌شویم که باروری امری مهم برای زنان محسوب می‌شود به طوری که در این پژوهش به این نتیجه رسیدیم که دلزدگی زناشویی زنان نابارور با تحصیلات دانشگاهی بیشتر از زنان نابارور فاقد تحصیلات دانشگاهی در همان گروه است. پس در گروه زنان نابارور دلزدگی زناشویی با تحصیلات تفاوت معناداری دارد که حاکی از آن است که دلزدگی زناشویی با تحصیلات بالاتر افزایش می‌یابد که تحقیق خاصی در این زمینه مشاهده نشد و همچنین بین دلزدگی زناشویی زنان نابارور در سنین بالای ۳۵ سال و زنان نابارور با سن پایین‌تر از ۳۵ سال تفاوتی مشاهده نشد. نتیجه این پژوهش با مطالعات داینر و همکاران (۱۹۹۹) که اینطور گزارش می‌دهند که رضایتمندی از زندگی عموماً در سراسر عمر زندگی پایدار باقی می‌ماند هماهنگ می‌باشد (۲۴).

منابع

- 1- karami noori R. Infertility and its psychosocial Aspect. Journal of Reproduction & infertility 2000; 1: 57-68.
- 2- Bernardes JON. Family studies an introduction. Translated by ghasian H, Published by nei publisher, Tehran: 2005.
- 3- Pirnia N. Life Experience of infertile women. Master Dissertation, Allameh Tabatabai university, Tehran: 2008.
- 4- Noorbala AA. Effect of psychiatric intervention in depression among infertile couple. Attending the fertility research center, Vali Asar.public Health College, Tehran University of medical science Tehran: 2007.
- 5- Hossein Zadeh Bzargani R. Comparative study of mental health and sexual problems in fertile and infertile women. Master Dissertation, Tehran University Tehran: 2004.
- 6- Khosravi Z. Mental health predictive factors in infertile couples. Journal of Reproduction & infertility 2002; 3: 56-64.
- 7- Shakeri J, Monir H, Senobar G, Kheirolla S, Vahid F. Assessment of general health, stress coping and marital satisfaction in infertile women undergoing IVF treatment Journal of Reproduction & infertility 2006; 7: 269-75.
- 8- Tofighi G. Comparison and characteristics of mental health diagnosis in fertile and infertile couples referred to infertility treatment Navid. Master dissertation, Allameh Tabatabai university, Tehran: 2008.
- 9- Mohammadi MR, Khalaj abadi farhani F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them, Journal of Reproduction & Infertility 2001; 2: 33-9.
- 10- Ramezan zadeh, Abedi Naa. Anxiety and depression in infertile. Tehran university of medical science publishing Tehran: 2004.
- 11- Anderhim L. Does psychological stress affect the out come of invitro fertilization, Human Reproduction 2005; 20: 2969-75.
- 12- Ayala Malach P. Emotional Burnout. translated by habib gohari rad and kamran afshar rad mehr publishing. Tehran: 2004.
- 13- Ayala Malach P. what Career Burnout: causes and cares. translated by fatemeh shadab, ghods publisher Tehran: 2003.
- 14- Lee Ty, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in taiwan. Journal Hum Reprod 2001; 16: 1762-7.
- 15- Mongm M, Alexadrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Journal urology 2004; 63: 126-30.
- 16- Lingard H.. Work and family sources of burnout in the Astralian engineering profession: comparison of respondents in Dual – and single- Earner couples, parents, and nonparents. Journal of construction Engineering and management / march / April (2004).
- 17- Drosdzol A, Skrzpulec V. Evaluation in marital and sexual inter actions of polish in fertile couplesT journal sex med 2009.
- 18- Bernstein P and Bernstein M. Marital therapy: A behavioral–communication approach, translated by toozandeh J and kamal poor, mashad, merendiz publisher 2002.
- 19- Ayala Malach P. what Career Burnout: causes and cares. translated by fatemeh shadab, ghods publisher, Tehran: 2003.

- 20- NAvidi F. compared Emotional Burnout in marital relationship with the organizational climate factors in staff education and nursing departments in Tehran hospitals. Master dissertation, Shahid behashti unversity Tehran: 2006.
- 21- Andrews, FM, Abbey A & Halman LJ. Stress from infertility, marriage factors and subjective well-bing of wives and husbands. Journal Health Soc. Behavior 1991; 32: 238-53.
- 22- Andrews FM, Abbey A & Halman LJ. Is infertility problem stress diferent ? The dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertility and sterility 1992; 57: 1247-53.
- 23- Berg BJ, Wilson JF .Psychiatraic morbidity in infertile population. areconceptualization. Fertility & Sterility 1990; 53: 654-61.
- 24- Diener ED, Suh EM, Lucas RE& Mith HL. Subjective well- being Three Decades of well-being. Psychological Bulletin 1999; 125: 276-302.