

مقایسه‌ی رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور

The comparison of marital satisfaction and quality  
of life between fertile and infertile women

Abbas Amanuelahifard\*  
Roshan Nikbakht\*\*  
Mohammad Ali Hoseini\*\*  
Sahar Ahmadi Fakh\*\*\*  
Zahra Hoseini\*\*\*

عباس امان الهی فرد\*  
روشن نیکبخت\*\*  
محمدعلی حسینی\*\*  
سحر احمدی فخر\*\*\*  
زهرا حسینی\*\*\*

**Abstract**

This study was carried out to compare the quality of life (physical state, mental and emotional state, stress, life enjoyment & overall quality of life) and marital satisfaction in fertile and infertile women. The subjects consisted of 92 fertile and 92 infertile women referring to Imam Khomeini Infertility Treatment Clinic in Ahvaz. They were selected using available sampling and the causal-comparative method was utilized. They completed two questionnaires (Enriching and Nurturing Relationship Issues Communication Happiness (ENRICH) and Epstein Health, Wellness & Quality of life Questionnaire (EHWQLQ)). The data were analyzed using MANOVA. The findings showed that there was a significant difference in quality of life (physical state, mental and emotional state, stress & overall quality of life) and marital satisfaction between the two groups. Infertile women showed lower levels of quality of life and marital satisfaction.

**Keywords:** infertility, quality of life, marital satisfaction

**چکیده:**

پژوهش حاضر به منظور مقایسه‌ی رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور شهر اهواز انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز بودند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۱۸۶ نفر (۹۳ زن بارور و ۹۳ زن نابارور) بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود و در آن آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ (ENRICH) و پرسشنامه‌ی سلامت، بهبود و کیفیت زندگی اِپستاین (EHWQLQ) پاسخ دادند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) نشان داد که بین زنان بارور و نابارور از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. نتایج همچنین نشان دادند که بین زنان بارور و نابارور از لحاظ سلامت جسمانی، سلامت عاطفی-روانی، استرس و کیفیت کلی زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که زنان نابارور رضایت زناشویی و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان بارور داشتند.

**واژه‌های کلیدی:** ناباروری، رضایت‌زناشویی، کیفیت زندگی

### مقدمه

ناباروری<sup>۱</sup> برای زوجها یک بحران اساسی زندگی و یک عامل فشارزای روانی است (لیلوم و گرینفیلد، ۱۹۹۷؛ به نقل از ویچمن، استامر، چرگ، گرهارد و ورس، ۲۰۰۱؛ برنز و کاوینگتون، ۲۰۰۶). همچنین سوابق پژوهشی نشان دادند که ناباروری برای زنان نسبت به مردان استرسزاتر است (برگ و ویلسون، ۱۹۹۱). هر چند برخی از زنان نمی‌خواهند که بچه‌دار شوند (گیل‌اسپای، ۲۰۰۳)، اکثر زنان انتظار دارند و می‌خواهند که بچه‌دار شوند (تورتون و یانگ‌دی مارکو، ۲۰۰۰) و برای بسیاری از زنان مادر بودن هدف اصلی زندگی است (تویست، ۱۹۹۹) و بسیاری از زنان مادر بودن را مهم‌ترین نقش در زندگی خود می‌دانند (ریتزس و موتران، ۲۰۰۳)، هر چند بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۱) حدود ۸ تا ۱۲ درصد از زوجها با مشکلات ناباروری روبرو هستند.

مطالعات پژوهشی گذشته پیشرفت‌های قابل توجهی در فهم تأثیرات روان‌شناختی ناباروری بر روی زوجین داشتند. این مطالعات نشان دادند که ناباروری با پاسخ‌های هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، احساس گناه، کناره‌گیری اجتماعی و کاهش در عزت نفس در زنان و مردان نابارور ارتباط دارد (گریل، لیتکو و پورتر، ۱۹۸۸؛ مورن‌دوی، ۱۹۹۸؛ مایرز، ۱۹۹۰؛ سادلر و سیروپ، ۱۹۹۸). هرچند اکثر مطالعات در غرب انجام شده‌اند، نتایج پژوهش‌ها در دیگر کشورها همانند کره (کی، جانگ و لی، ۲۰۰۱) تایوان (لی، سان و چو، ۲۰۰۱) ژاپن (ماتسویاباشی، هوساکا، ایزونی، سوزوکی و ماکینو، ۲۰۰۱) و ترکیه (تازر، تانسل، گوکا، بولوت، یاکسل و همکاران، ۲۰۱۰) نیز نتایج مشابهی داشته و همه‌ی مطالعات نشان داده‌اند که زنان نابارور پریشانی هیجانی بیشتری مانند اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند.

در همه یا در اکثر فرهنگ‌ها ناباروری به عنوان یک بحران، دارای نیروی بالقوه برای تهدید ثبات افراد، روابط و جوامع است (برنز و کاوینگتون، ۲۰۰۶؛ میرو، ۲۰۱۰). ناباروری یک مشکل پیچیده است که افراد و گروه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و مشکلات جدی برای بهزیستی روانی و اجتماعی ایجاد می‌کند (تائو، کاتز و مایکوک، ۲۰۱۲). اکثر زنان نابارور مضطرب و از زندگی خود ناراضی هستند آن‌ها ناباروری را موقعیتی فشارزا و حتی یک بحران بزرگ زندگی می‌دانند (بروکویچ و فیشر، ۱۹۹۸). اهمیت نقش مهم مادری ناباروری را تبدیل به مشکلی کرده است که به طور جدی هیجان‌ها و کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (حسین، عبدالرحیم و شاهین، ۲۰۱۰). ناباروری می‌تواند منجر به احساس ناامیدی در ایجاد رابطه‌ی با همسر، خانواده و دوستان شود (استاتلند، ۲۰۰۲). عمومی‌ترین مشکلات روانی که مورد بررسی قرار گرفته اضطراب و افسردگی است. اضطراب ناشی از روش‌های درمانی فشارزا و ترس از شکست روش‌های درمانی است (کوک، پارسونز، ماسون و گلوبوگ، ۱۹۸۹) و افسردگی ناشی از ناتوانی افراد در باروری است (گلوبوگ، ۱۹۹۲).

مطالعه‌ی ویچمن، استامر، چرگ، گرهارد و ورس (۲۰۰۱) که به مقایسه‌ی ویژگی‌های روان‌شناختی زنان بارور و نابارور پرداخت نشان داد که دو گروه از لحاظ اضطراب و افسردگی با هم تفاوت دارند و زنان

---

1. infertility

نابارور نمرات بالاتری در این مقیاس‌ها کسب کردند. لی، سان و چو (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای به مقایسه‌ی پریشانی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی در زنان و مردان نابارور پرداختند. نتایج نشان داد که زنان رضایت زناشویی و رضایت جنسی کمتری دارند. مطالعه‌ی مک‌کویلان و تورس (۲۰۰۷) نشان داد که زنان نابارور سطوح پایین‌تری از رضایت از زندگی دارند. همچنین تجربه‌ی ناباروری و در نتیجه استرس و احساس فقدان می‌تواند بهزیستی جسمانی زوجها را تحت تأثیر قرار دهند (تایلر، ۱۹۹۵). پپ و بایرن (۱۹۹۱) نشان دادند که زنان نابارور رضایت زناشویی پایین‌تری دارند و بین استرس ناباروری و رضایت زناشویی رابطه وجود دارد. همچنین ناباروری با مشکلات و تعارضات زناشویی رابطه دارد و بر بهزیستی روانی و اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد، این مسئله زمانی مهم‌تر می‌شود که بدانیم رضایت زناشویی مهم‌ترین منبع حمایت در زمان درمان ناباروری است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۱؛ لافورت و ایدلمن، ۱۹۹۴).

ناباروری و درمان آن تأثیرات قابل توجهی بر روی کیفیت زندگی (فکرز، باتندیک، ورییز، برات، بریویز و همکاران، ۲۰۰۳؛ اشمیت، ۲۰۰۶؛ ورهاک، ۲۰۰۷؛ چاچاموویچ، چاچاموویچ، ایزر، فلک، کنات و پاسوس، ۲۰۱۰) و رابطه‌ی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی دارد (چاچاموویچ و همکاران، ۲۰۱۰). در طی قرن اخیر ابزار سنجش کیفیت زندگی برای اندازه‌گیری نشانگان فیزیکی و دیگر اثرات ناباروری بر روی کیفیت زندگی زنان مورد استفاده قرار گرفته‌اند. نتایج پژوهش دروسدزول و اسکرویلیک (۲۰۰۸) نشان داد که زنان نابارور در همه‌ی ابعاد کیفیت زندگی نمرات پایین‌تری به دست آوردند. نتایج پژوهش مونگا، الکساندرزکو، کاتز، استاین و گانیاتز (۲۰۰۴) نیز نشان داد که زنان نابارور سازگاری زناشویی و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان بارور دارند. همچنین نتایج پژوهش حسنین، عبدالرحیم و شاهین (۲۰۱۰) نشان داد که زنان نابارور کیفیت زندگی و کارکرد جنسی پایین‌تری دارند.

با توجه به میزان بالای شیوع ناباروری و تأثیر این مشکل بر جنبه‌های گوناگون فردی، ارتباطی و اجتماعی افراد نابارور و به خصوص زندگی مشترک این زوجها مطالعه‌ی حاضر در پی مقایسه‌ی رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور در شهر اهواز می‌باشد تا با این بررسی برخی از مسائل مربوط به این مشکل را برای مشاوران، پزشکان و افراد مرتبط با این افراد جهت کمک بهتر به آن‌ها روشن نماید.

## روش

### جامعه نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات علی-مقایسه‌ای یا پس رویدادی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری بیمارستان امام خمینی اهواز بودند که از بین آن‌ها ۹۳ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین گروه زنان بارور (۹۳ نفر) نیز از بین زنانی که به عنوان همراه بیمار به این مرکز مراجعه می‌کردند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از تشریح اهداف پژوهش و آماده شدن داوطلبان برای پاسخگویی به

پرسشنامه‌ها ابزارهای پژوهش در اختیار آنها قرار می‌گرفت. برخی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سن	نابارور	۲۹/۰۹	۸/۸۷
	بارور	۲۹/۵	۵/۷۸
سن همسر	نابارور	۳۵/۰۵	۱۳/۲۵
	بارور	۳۸/۰۶	۱۶/۵۹
سن ازدواج	نابارور	۲۳/۳۴	۸/۸۶
	بارور	۲۱/۵۸	۳/۶۴
مدت ازدواج	نابارور	۵/۸۶	۴/۰۱
	بارور	۷/۷۱	۶/۳۱

### ابزارهای سنجش

**پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ<sup>۱</sup> (ENRICH):** پرسشنامه‌ی انریچ توسط اولسون، فورنیر، جوئن و درانکمن<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۹ (به نقل از ثنایی، ۱۳۷۹) در آمریکا با هدف ارزیابی و شناسایی زمینه‌های بالقوه‌ی مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قوت و پرباری روابط زناشویی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۱۵ گویه است و ۱۲ خرده‌مقیاس دارد. در این پژوهش از مقیاس دوم پرسشنامه‌ی ۱۱۵ سؤالی که رضایت زناشویی را می‌سنجد استفاده شد. اولسون (۱۹۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی انریچ را در خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ گزارش کرد. امان‌الهی (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ و پایایی تصنیف این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۷ گزارش کرد. آلفای کرونباخ و پایایی تصنیف این پرسشنامه در تحقیق حاضر به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۰ به دست آمد. امان‌الهی، غواش و تشکر (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی پرسشنامه‌ی رضایت زناشویی انریچ از آلفای کرونباخ و روش دونیمه کردن استفاده شد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و با استفاده از روش دونیمه کردن ۰/۷۲ به دست آمد.

**پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی اپشتاین (Epstein):**<sup>۳</sup> پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی حاوی ۵۵ ماده است و کیفیت زندگی را در پنج بعد وضعیت جسمانی، وضعیت عاطفی-روانی، ارزیابی استرس، لذت از زندگی و کیفیت کلی زندگی ارزیابی می‌کند. در این پرسشنامه هر چه فرد در ابعاد وضعیت جسمانی،

1. Enriching and Nurturing Relationship Issus Communication Happiness
2. Olson, Fiurnier, Joan, & DranCkman
3. Epstein Health, Wellness & Quality of life Questionnaire

وضعیت عاطفی- روانی و ارزیابی استرس نمره‌ی بیشتری کسب کند نشان دهنده آن است که فرد با مشکلات بیشتری روبه‌رو است. نیلفروشان، لطیفی، عابدی و احمدی (۱۳۸۵) پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر برای پایایی مقیاس کیفیت زندگی از روش‌های آلفای کرونباخ و دونیمه کردن استفاده شده است. که برای سلامت جسمانی به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۵۸، برای سلامت روانی-عاطفی به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۶۲، برای استرس به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۳، برای لذت از زندگی ۰/۷۲ و ۰/۶۴ و برای کیفیت کلی زندگی به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۴۳ به دست آمد.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، تعداد آزمودنی‌ها، حداقل نمره و حداکثر نمره برای زنان نابارور و زنان بارور در متغیرهای ملاک و پیش‌بین در جدول ۲ ارائه شده است.

### جدول ۲

میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره‌ی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	آزمودنی	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
رضایت زناشویی	نابارور	۲۷/۰۴	۶/۰۹	۱۸	۴۹
	بارور	۳۳/۵۴	۵/۶۴	۲۳	۴۸
سلامت جسمانی	نابارور	۲۶/۳۳	۷/۸۷	۱۵	۷۲
	بارور	۲۳/۷۶	۶/۷۴	۱۴	۴۰
سلامت عاطفی روانی	نابارور	۲۶/۴۵	۷/۸۲	۱۱	۴۲
	بارور	۲۲/۸۹	۷/۷۰	۱۱	۴۱
استرس	نابارور	۳۰/۴۷	۱۰/۰۳	۱۴	۸۲
	بارور	۲۶/۴۵	۹/۴۰	۱۰	۵۶
لذت از زندگی	نابارور	۳۶/۹۸	۶/۵۸	۲۳	۵۷
	بارور	۳۷/۸۰	۶/۰۸	۲۱	۵۲
کیفیت کلی زندگی	نابارور	۷۷/۶۶	۸/۹۷	۵۸	۹۳
	بارور	۸۰/۶۹	۱۱/۱۲	۵۵	۱۴۰

جهت مقایسه‌ی متغیرهای وابسته در دو گروه بارور و نابارور از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. جدول ۳ نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل واریانس چند متغیری را نشان می‌دهد.

همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چندمتغیری معنادار هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که بین زنان بارور و نابارور از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل واریانس‌های یک‌راهه روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

## جدول ۳

## خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه‌ی

## نمره‌های افراد بارور و نابارور

آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلایی <sup>۱</sup>	۰/۳۰	۱۱/۰۶	۷	۱۷۶	۰/۰۰۱
لمبدای ویلکز <sup>۲</sup>	۰/۶۹	۱۱/۰۶	۷	۱۷۶	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ <sup>۳</sup>	۰/۴۴	۱۱/۰۶	۷	۱۷۶	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه‌ی روی <sup>۴</sup>	۰/۴۴	۱۱/۰۶	۷	۱۷۶	۰/۰۰۱

## جدول ۴

## نتایج تحلیل واریانس یکراهه‌ی مقایسه‌ی زنان بارور و نابارور از لحاظ متغیرهای وابسته

متغیرها	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (p)
سلامت جسمانی	۳۰۵/۳۳	۱	۳۰۵/۳۳	۵/۶۸	۰/۰۱۸
سلامت روانی عاطفی	۵۸۴/۶۹	۱	۵۸۴/۶۹	۹/۶۹	۰/۰۰۲
استرس	۷۴۴/۰۲	۱	۷۴۴/۰۲	۷/۸۷	۰/۰۰۶
لذت از زندگی	۳۰/۵۷	۱	۳۰/۵۷	۰/۷۶	۰/۳۸۴
کیفیت کلی زندگی	۴۲۳/۰۴	۱	۴۲۳/۰۴	۴/۱۴	۰/۰۴۳
رضایت زناشویی	۱۹۴۳/۵۰	۱	۱۹۴۳/۵۰	۵۶/۲۸	۰/۰۰۰

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین زنان نابارور و بارور از لحاظ خرده مقیاس سلامت جسمانی (مؤلفه‌ی اول کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌داری ( $F=5/68$  و  $p < 0/018$ ) وجود دارد. به عبارت دیگر زنان نابارور از لحاظ سلامت جسمانی در سطح پایین‌تری نسبت به زنان بارور قرار دارند. بین زنان نابارور و بارور از لحاظ سلامت عاطفی- روانی (مؤلفه‌ی دوم کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌داری ( $F=9/69$  و  $p < 0/002$ ) وجود دارد. به عبارت دیگر زنان نابارور از لحاظ سلامت عاطفی- روانی در سطح پایین‌تری نسبت به زنان بارور قرار دارند. بین زنان نابارور و بارور از لحاظ استرس (مؤلفه‌ی سوم کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌داری ( $F=7/87$  و  $p < 0/006$ ) وجود دارد. به عبارتی زنان نابارور نسبت به زنان بارور استرس بیشتری را تحمل می‌کنند. بین زنان نابارور و بارور از لذت از زندگی (مؤلفه‌ی چهارم کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌داری ( $F=0/76$  و  $p \leq 0/384$ ) وجود ندارد. بین زنان نابارور و بارور از لحاظ کیفیت کلی زندگی (مؤلفه‌ی پنجم کیفیت زندگی) تفاوت معنی‌داری ( $F=4/14$  و  $p < 0/043$ ) وجود

1. Pill's Trace
2. Wilk's Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

دارد. به عبارتی زنان نابارور از لحاظ کیفیت کلی زندگی نسبت به زنان بارور در سطح پایین‌تری قرار دارند. بین زنان نابارور و بارور از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری ( $F=56/28$  و  $p < 0/001$ ) وجود دارد. به عبارت دیگر زنان نابارور نسبت به زنان بارور از لحاظ میزان رضایت زناشویی در سطح پایین‌تری قرار دارند.

### بحث

نتایج پژوهش حاضر که به منظور مقایسه‌ی رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان بارور و نابارور انجام شد نشان داد که بین زنان بارور و نابارور از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و زنان نابارور رضایت زناشویی پایین‌تری دارند. این یافته با یافته‌های حسنین و همکاران (۲۰۱۰)، استاتلند، (۲۰۰۲)، لی و همکاران (۲۰۰۱)، مک‌کوئیلان و تورس (۲۰۰۷)، پپ و بایرن (۱۹۹۱)، میرو، (۲۰۱۰)، چاموویچ و همکاران، (۲۰۱۰)، مونگا و همکاران (۲۰۰۴) نیوتون، شرارد و گلاواک (۱۹۹۹) و لیبوم، آویو و هامار (۱۹۹۸) همخوانی دارند. این مطالعات نشان دادند سطوح بالای فشار روانی ناشی از ناباروری رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد. ناباروری معمولاً در مراحل اولیه‌ی ازدواج ظاهر می‌شود و یکی از اولین موانعی است که زوجها باید با آن سازگار شوند و در این مرحله اکثر زوجها مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض مناسب ندارند (ماهلستید، مک‌داف و برنشتاین، ۱۹۸۷). از ناباروری اکثراً به عنوان یک بحران بی‌صدا یاد می‌شود زیرا زوجها از گفتگو در این باره دوری می‌کنند چون می‌ترسند شریکشان احساس گناه کند (ایونپو، ۱۹۹).

ریپوراک، پوناماک، آنکیلاکالیو و ویلسکا، (۲۰۰۷) پیشنهاد می‌کنند که برخی از جنبه‌های ناباروری ممکن است منجر به کاهش واکنش‌های بین‌فردی شوند و یا این‌که منجر به احساس گناه (ون‌بالن و تریمبوزکمپر، ۱۹۹۴) عزت نفس پایین (ابی، هالمن و اندروز، ۱۹۹۲)، احساس نابسندگی به عنوان یک زن (لی و همکاران، ۲۰۰۱) و مسائل بین فردی مانند کاهش روابط جنسی (ون‌بالن و تریمبوزکمپر، ۱۹۹۴) شود و در نهایت این عوامل دست به دست هم داده و باعث کاهش رضایت زناشویی شوند. یکی از بخش‌های اساسی رشد و هویت بزرگسالی توانایی تولید مثل است (لیلوم و گرینفیلد، ۱۹۹۷؛ نیکولز و پیس نیکولز، ۲۰۰۰) و همچنین وقتی این تصور اتفاق نمی‌افتد زوجین ممکن است گیج و خشمگین شوند. ضمناً این مشکل می‌تواند به شدت باعث به‌هم‌ریختگی دنیای زوجها شود (دومار و سیبل، ۱۹۹۷). زنان ارزیابی و درمان ناباروری را آشفته‌سازترین تجربه در زندگی خود می‌دانند. عامل دیگری که باعث کاهش موقتی در رضایت زناشویی می‌شود نیاز به برنامه‌ریزی دقیق برای درمان پیچیده‌ی ناباروری است. فشارهای ناشی از نیاز به داشتن رابطه‌ی جنسی در زمان‌های مشخص می‌تواند اثر قابل توجهی بر میل و کارکرد جنسی افراد (دانی‌لوک، ۱۹۹۷) و در نتیجه کاهش رضایت زناشویی داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان دادند که میزان کیفیت زندگی (سلامت جسمانی، سلامت روانی-عاطفی، استرس و کیفیت کلی زندگی) زنان نابارور از زنان بارور پایین‌تر است. این یافته با

پژوهش‌های فکزی و همکاران (۲۰۰۳)، اشمیت (۲۰۰۶)، ورهاک (۲۰۰۷)، چاچاموویچ و همکاران (۲۰۱۰)، دروسدزول و اسکرویلیک (۲۰۰۸)، مونگا و همکاران (۲۰۰۴)، حسنین و همکاران (۲۰۱۰)، ابی، اندروز و هالمن (۱۹۹۲)، ویلسون و کوپیتکه (۲۰۰۲) و خیاط، ریک، حسن، غزال اسود و اسد (۲۰۰۳) همخوانی دارد. تحقیقات مختلف بیان کردند که مادر بودن مهم‌ترین نقش زنان و ارضاء کننده‌ی حس زنانگی در آنان است. زمانی که زنان خود را در باروری ناتوان می‌بینند با فشار روانی بالایی روبرو می‌شوند و از طرف دیگر مراجعه برای درمان مشکلات ناباروری و فرایند درمان باعث بروز اضطراب و فشار روانی در زنان گردیده کیفیت روانی-عاطفی زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد و علاوه بر تأثیر بر جنبه‌های روانی ناباروری بر شرایط جسمانی افراد هم تأثیر می‌گذارد (لمن، ورواکه، انزلین، باکیلنتز، وندرچورن و همکاران (۲۰۰۴). درمان‌های خاص و سخت ناباروری و همچنین جسمانی کردن اضطراب و دیگر فشارهای روانی ناباروری باعث افزایش شکایات جسمانی زنان نابارور می‌گردد. زنان موفقیت زیستی، روانی و اجتماعی خود را تا حدود زیادی وابسته به توانایی مادر شدن می‌دانند و در غیر این صورت احساس عدم کفایت (مونگا و همکاران، ۲۰۰۴) و یا فقدان کنترل بر زندگی خود می‌کنند. این مسائل به همراه فشارهای اجتماعی موجود برای بچه‌دار شدن و انتظار طولانی و ترس از شکست فرایند درمان باعث ایجاد استرس زیاد در زنان نابارور می‌گردد. به علاوه زنان نابارور پریشانی هیجانی بیشتری مانند اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند.

### نتیجه گیری

ناباروری یکی از مسائل مهمی است که بین ۱۰ تا ۲۰ درصد از زوجین با آن روبرو هستند و مشکلات مربوط به آن باعث کاهش رضایت زناشویی و سلامت روان و کیفیت زندگی زوج‌های نابارور می‌گردد. علاوه بر مسائل مطرح شده در پژوهش‌ها در مناطق جغرافیایی دیگر، یکی از مسائل اساسی در فرهنگ بومی استان خوزستان فشار اجتماعی بالا برای بچه‌دار شدن می‌باشد که این مسئله به خودی خود باعث ایجاد فشار روانی می‌گردد. از طرف دیگر زنان نابارور خود را با تهدیدهای دیگری از جمله طلاق و یا ازدواج مجدد همسر مواجه می‌بینند که این مسائل نیز تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی آن‌ها دارد. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش انجام آن در یک مرکز درمانی و در دسترس بودن نمونه‌ی پژوهش می‌باشد. با توجه به اثرات ناباروری بر رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان، استفاده از کمک‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی ناباروری ضروری به نظر می‌رسد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی زوج‌های نابارور مورد بررسی قرار گرفته و مدت زمان ناباروری نیز به عنوان یک متغیر مورد بررسی قرار گیرد.

از همه‌ی شرکت کنندگان در این پژوهش که صادقانه با پژوهشگران اثر حاضر همکاری نمودند تشکر می‌شود.



## منابع

- امان الهی، عباس (۱۳۸۴). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و عوامل فردی - خانوادگی با رضایت زناشویی در کارکنان اداره‌های دولتی شهر اهواز، پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- امان الهی، عباس؛ غوابش، سعاد؛ تشکر، هاجر (۱۳۸۹). بررسی رابطه‌ی سبک‌های دوست داشتن و سبک‌های دلبستگی عاشقانه با رضایت زناشویی کارکنان مرد اداره‌های دولتی شهر اهواز. چهارمین کنگره‌ی آسیب شناسی خانواده، تهران، دانشگاه شهید بهشتی ۲۱ تا ۲۳ اردیبهشت ۸۹.
- ثنایی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات رشد.
- نیلفروشان، پریسا؛ لطیفی، زهره؛ عابدی، محمدرضا؛ احمدی، احمد (۱۳۸۵). مقایسه‌ی کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان بارور و نابارور. مجله تحقیقات علوم رفتاری. دوره‌ی ۴. شماره‌ی ۱ و ۲. صص ۶۶-۷۰.

## References

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, L. J. (1992). Infertility and subjective wellbeing: The mediating roles of self-esteem, internal control and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and Family*, 54, 408-417.
- Abbey, A., Halman, L. J., & Andrews, F. M. (1992). Psychosocial, Treatment, and demographic predictors of the stress associated with infertility. *Fertility and Sterility*, 57(1), 122-128.
- Benazon, N., Wright, J., & Sabourin, S. (1992). Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18(4), 273-284.
- Berg, B. J., & Wilson, J. F. (1991). psychiatric morbidity in the infertile population. *Fertil Steril*, 53, 654-661.
- Boivin, J., Appleton, T. C., Baetens, P., Baron, J., Bitzer, J., & Corrigan, E. (2001). Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Human Reproduction*, 16(6), 1301-1304.
- Bringhenti, F., Martinelli, F., Ardenti, R., & La Sala, G. B. (1997). Psychological adjustment of infertile women entering IVF treatment: Differentiating aspects and influencing factors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76(5), 431-437.

- Brkovich, A. M., & Fisher W. A. (1998). Psychological distress and infertility: forty years of research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 19(4), 218-228.
- Burns, L. H., & Covington, S. N. (2006). Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians (2nd ed.). *Cambridge: Cambridge University Press*.
- Chachamovich, J., Chachamovich, E., Ezer, H., Fleck, M., Knauth, D., & Passos, E. (2010). Investigating quality of life and health-related quality of life in infertility: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 31, 101-110.
- Cook, R., Parsons, J., Mason, B., & Golombok, S. (1989). Emotional, marital and sexual functioning in patients embarking upon IVF and AID treatment for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 7, 87- 93.
- Daniluk, J. C. (1997). Gender and infertility. In Leiblum SR (ed.). *Infertility, Psychological Issues and Counseling Strategies*. New York: *John Wiley & Sons*, pp: 103-125.
- Domar, A. D., & Seibel, M. M.( 1997). Emotional aspects of infertility. In Seibel, M. M. (ed.). *Infertility: A Comprehensive Text*. Stamford: *Appleton & Lange*, pp: 29-44.
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13(3), 271-81.
- Epstein D. (2000). Health, Wellness and Quality of life Questionnaire. Available at: <http://www.donaldepstein.com/nsa/research.shtml>
- Eunpu, D. L. (1995). The impact of infertility and treatment guidelines for couples therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 23(2), 115-127.
- Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H., Braat, D. D., Brewaeys, A. M., Dolfing, J. G., Kortman, M., Leerentveld, R. A., & Macklon, N. S.(2003). Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment. *Human Reproduction*, 18, 1536-1543.
- Gillespie, R. (2003). Childfree and feminine: Understanding the gender identity of voluntary childless women. *Gender & Society*, 17, 122-136.
- Golombok, S. (1992). Psychological functioning in infertility patients. *Human Reproduction*, 7, 208-212.

- Greil, A. L., Leitko, T. A., & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and hers. *Gender & Society*, 2, 172-199.
- Hassanin, I, M. A., Abd-El-Raheem, T., & Shahin, A. Y. (2010). Primary infertility and health-related quality of life in Upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110, 118-121.
- Kainz, K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues*, 11(6), 481-485.
- Kee, B. S., Jung, B. J., & Lee, S. H. (2000). A study on psychological strain in IVF patients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17, 445-448.
- Khayata, G. M., Rizk, D. E., Hasan, M. Y., Ghazal-Aswad, S., & Asaad, M. A. (2003) Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 80(2), 183-188.
- Laffont, I, & Edelmann, R. J. (1994). Perceived support and counselling needs in relation to in vitro fertilization. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 15(4), 183-188.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C.(2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16, 1762-1767.
- Leiblum, S. R., & Greenfield, D. (1997). The course of infertility: immediate and long-term reactions. In Leiblum, S. R. (ed.). *Infertility, Psychological Issues and Counseling Strategies*. New York: *John Wiley & Sons*, pp: 83-102.
- Leiblum, S. R., Aviv, A., & Hamer, R. (1998). Life after infertility treatment: A long-term investigation of marital and sexual function. *Human Reproduction*, 13(12), 3569-3574.
- Lemmens, G. M., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., D'Hooghe, T., et al. (2004). Coping with infertility: a body-mind group intervention program for infertility couples. *Human Reproduction*, 19(8),1917-1923.
- Mahlstedt, P. P., MacDuff, S., & Bernstein, J. (1987). Emotional factors and the in vitro fertilization and embryo transfer process. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 4(4), 232-236.

- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., & Makino, T. (2001). Emotional distress of infertile women in Japan. *Human Reproduction*, 16, 966-999.
- McQuillan, J., & Torres R. A. (2007). Stone and Arthur L. Greil Infertility and Life Satisfaction Among Women. *Journal of Family Issues*, 28, 955-981
- Merwe, E. (2010). Infertility-related stress and specific aspect of the marital relationship. Thesis presented in fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts (Psychology) at the University of Stellenbosch.
- Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., Stein, M., & Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology*, 63(1), 126-130.
- Morin Davy, L. (1998). Infertility: A couples lived experiences of hope and spirit. *Dissertation Abstracts International*, 58, 4462.
- Myers, M. F. (1990). Male gender-related issues in reproductive technology. In N. Stotland (Ed.), *Psychiatric aspects of reproductive technology* (pp.25-35). Washington, DC: *American Psychiatric Press*.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, 72(1), 54-62.
- Nichols, W., & Pace-Nichols, M. (2000). Childless married couples. In Nichols WC, Pace-Nichols, M. A., Becvar, D. S., & Napier, A. Y. (eds.). *Handbook of Family Development and Intervention*. New York: *John Wiley & Sons, Inc*, pp: 171-188.
- Ollson, D. H. (1989). *Families what makes them work*. New York : Hamilton.
- Pepe, M., & Byrne, T. (1991). Women.s perceptions of immediate and longterm effects of failed infertility treatment on marital and sexual satisfaction. *Family Relations*, 40, 303-309.
- Reitzes, D. C., & Mutran, E. J. (2003). Self concept as the organization of roles: Importance, centrality, and balance. *Sociological Quarterly*, 43, 647-667.
- Reporaki, L., Punamäki, R. L., Unkila-Kallio L., & Vilkska, S. (2007). Infertility treatment and marital relationships: A 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5), 1481-1492.

- Sadler, A. G., & Syrop, C. H. (1998). The stress of infertility: Recommendations for assessment and intervention. *Family Stress*, 14, 1-17.
- Salter, M. (1986). *Altered body image*. London. Bipliere Publishing.
- Schmidt, L. (2006). Psychological burden of infertility and assisted reproduction. *The Lancet* ; 367, 379-380.
- Slade, P., Emery, J., & Lieberman, B. A. (1997). A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 12(1), 183-190.
- Stotland, N. L. (2002). Psychiatric issues related to infertility, reproductive technologies and abortion. *Primary Care*, 29(1):13-26.
- Tao, P., Coates, R., & Maycock, B. (2012). Investigating marital relationship in infertility: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Reproduction and Infertility*, 13(2), 71-80
- Taylor, E. (1995). The stress of infertility. *Human Ecology Forum*, 23(4), 12-16.
- Thoits, P. A. (1999). Self, identity, stress, and mental health. *Social Psychology Quarterly*, 55, 236-256.
- Thornton, A., & Young-DeMarco, L. (2000). Four decades of trends in attitudes toward family issues in the United States: The 1960s through the 1990s. *Journal of Marriage and Family*, 62, 1009-1038.
- Tuzer, Y., Tuncel, A., Goka, S., Dogan Bulut, S., Yuksel, F. V., Atan, A., Goka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: gender differences. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40 (2), 229-237.
- Van Balen, F., & Trimbos-Kemper, T. (1994). Factors influencing the well-being of long-term infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 15(3), 157-164.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaijmaat, F. W., Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13, 27-36.
- Wilson, J. F., & Kopitzke, E. J. (2002). Stress and infertility. *Current Womens Health Reproduction*, 2(3), 194-199.

Wischmann, T., Stammer, H., Scherg, H., Gerhard, I., & Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the Heidelberg Fertility Consultation Service. *Human Reproduction*, 16(8), 1753-1761.

World Health Organization. (1991). Programme on maternal and child health and family planning, division of family health. Infertility: a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. 1st ed. Geneva: *World Health Organization*; 964-968.