بررسی اثرات مشاوره نازایی بر روابط زناشویی زنان نابارور

مریم ویژه[1]، مینو پاک گوهر[2]

چکیده

مقدمه و هدف: نازایی موجب کاهش رضایت جنسی و زناشویی می شود. هدف از انجام این مطالعه تعیین تأثیر مشاوره نازایی بر رابطه زناشویی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز باروری ولی عصر شهر تهران می باشد.

مواد و روش ها: *این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای می‌باشد.* ۱۰۰ زن نابارور که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه گیری آسان انتخاب ، سپس به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مشاوره و کنترل قرار گرفتند. پژوهش در دو مرحله پیش آزمون و پیگیری ۳ ماه بعد صورت پذیرفت. در گروه مشاوره ، مداخله طی ۳ جلسه یک ساعتی و با فاصله ۱هفته و برای هر فرد به صورت جداگانه صورت پذیرفت. ابزار گردآوری اطلاعات شامل ۳ پرسشنامه کتبی مشخصات دموگرافیک، رضایت جنسی و رضایت زناشویی بود. امتیازات بالاتر در پرسشنامه رضایت جنسی و زناشویی بیانگر پایین تر بودن رضایت زوجین بود. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار *SPSS* و روشهای آماری توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای ، من ویتنی و ویلکاکسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ($P< ۰/۰۵$).

یافته ها: میانگین نمره رضایت جنسی ۳ ماه پس از مداخله، در زنان گروه مشاوره$mean \pm sd$ = ۳۶/۰۰±۸/۳۷ و در زنان گروه کنترل۷/۶۹± $mean \pm sd$ = ۴۰/۰۴ بود. آزمون من ویتنی ، اختلاف معنی داری بین رضایت جنسی زنان در دو گروه مشاوره و کنترل، ۳ ماه پس از مداخله نشان داد ($P =۰/۰۱۹$). میانگین امتیازات کسب شده از پرسشنامه رضایت زناشویی۳ ماه پس از مداخله در زنان گروه مشاوره ۱۱/۸± ۵۰/۲۳ = $mean \pm sd$ و گروه کنترل۱۲/۶۴± $mean \pm sd$ = ۵۴/۹۷ بود. آزمون من ویتنی ، اختلاف معنی داری بین رضایت زناشویی زنان در دو گروه مشاوره و کنترل۳ ماه پس از مداخله ، نشان داد ($P = ۰/۰۳۶$) .

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که مشاوره موجب افزایش رضایت جنسی و زناشویی زنان نابارور می شود .

واژه های کلیدی: ناباروری، رضایت زناشویی، رضایت جنسی ، مشاوره

[1]. مربی گروه آموزش مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد

آدرس مسئول مکاتبه : آذربایجان غربی، مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، گروه آموزش مامایی، مریم ویژه

پست الکترونیک: maryamvizheh@yahoo.com

تلفن محل کار: ۰۴۴۲۲۳۳۶۵۴۴

تلفن همراه: ۰۹۱۲۴۲۸۴۲۶۸

۲.کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

ناباروری به عدم وقوع حاملگی پس از یکسال مقاربت بدون جلوگیری گفته می شود [۱]. میزان ناباروری در دو دهه گذشته ۵۰ درصد افزایش داشته است، به طوریکه در سراسر جهان از هر ۶زوج ۱ زوج در سنین باروری دچار نازایی می شوند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی ۱۵- ۱۰ درصد زوجها در جهان دچار ناباروری هستند. میزان ناباروری در ایران ۲۲-۹ درصد تخمین زده می شود[۲]. ناباروری به تمام جنبه های زندگی فرد دست اندازی می کند و بر احساسات و افکار فرد در مورد خود، همسر، روابط و دیدگاهشان به زندگی تأثیر می گذارد. مشخص شده است که زنان و مردان به گونه ای متفاوت ناباروری را تجربه می کنند. به نظر می رسد این تفاوتها موجب ایجاد اختلاف و ناسازگاری در زوج نابارور می شود [۳].

پژوهشهای متعدد نشان می دهد که ناباروری و در واقع نگرش نسبت به آن زوجین را با آشفتگیهای هیجانی مواجه می سازد. محققین بروز رفتارهای تکانشی و خشم های پراکنده، افسردگی و احساس درماندگی و احساس بی ارزشی و بی کفایتی ، اضطراب و تشویش بویژه با درمانهای طولانی مدت و بعضا ناموفق، باورهای منفی نسبت به خود، در مورد این افراد گزارش نموده اند و اغلب این گزارشات به فراوانی و شدت بیشتر این اختلالات در زنان نابارور نسبت به مردان اشاره دارد [۴]. هنجارهای اجتماعی و فرهنگی فشار زیادی بر زنان برای زاد و ولد و مادر شدن دارند. به طور سنتی مادر شدن به عنوان نقش اساسی برای زنان و کار کردن به عنوان نقش اساسی برای مردان در نظر گرفته می شود. ناباروری به عنوان یک نقص در سیستم باروری، از نظر اجتماعی به عنوان ننگ و خواری برای زوجین و بخصوص زن شمرده می شود. بنابراین ناباروری به عنوان تهدیدی برای نقشهای اجتماعی برای زنان و مردان به شمار می رود [۵] . از آنجا که معمولا زنان در تعریف هویت خود و معنای زندگی، جایی را به عنوان مادر شدن خالی می گذارند و حتی اغلب آمادگی دارند تا موقعیتهای ممتاز و موفقیتهای خود را قربانی فرزند پروری کنند، رنج و درد آنها در مقابله با ناباروری شدیدتر و عمیق تر از مردان خواهد بود. به همین جهت زنان در برابر ناباروری خود را آسیب پذیرتر از مردان نشان داده اند و در پی بروز و ظهور ناباروری، هیجانها و احساسهای مختلفی مانند خشم، اضطراب، احساس گناهکاری، افسردگی، ظهور خصوصیات زنانه به صورت افراطی و افزایش نیاز به مورد عشق و محبت واقع شدن را تجربه می کنند[۶].

بسیاری از پژوهشگران کاهش عملکرد و سازگاری زناشویی زوجین را در نتیجه ناباروری گزارش کرده اند. نازایی یک عامل مهم عدم رضایت زناشویی است[۷]. رضایت زناشویی میزان رضایت فرد از ازدواج است که وابسته به مفاهیم بین فردی (واکنشها و ارتباطهای تجربه شده) و مفاهیم درون فردی (تطابق بین آرزوها و انتظارات فرد و وضعیت موجود) می باشد [۸].

یک ارتباط جنسی مطلوب می تواند احتمال باروری را بیشتر سازد. از سوی دیگر ناباروری خود نیز می تواند روابط جنسی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

زوجین را تحت تاثیر قرار دهد. تصور می شود ، اختلالات روانی جنسی در زوجین نابارور بیشتر از زوجین دیگر باشد [۹]. بخصوص زنان تغییرات نامطلوب قابل توجهی شامل کاهش میل جنسی، دشواری در رسیدن به ارگاسم و مقاربت دردناک را گزارش می دهند. آنان گزارش می کنند که تفکرات و خاطرات مزاحمی را که اغلب به دلیل روشهای تشخیصی و درمانی است در طول رابطه جنسی به سراغشان می آید[۱۰] .

هدف از مشاوره ناباروری، جستجو، درک و حل مشکلات و مسائل ایجاد شده در اثر ناباروری و درمان مربوط به آن و پیدا کردن روشهایی برای مواجهه موثر با مشکل می باشد. روند مشاوره باید نیازهای بیمار یا هر شخص دیگری را که ممکن است به وسیله روند درمان یا تصمیماتی که باید اتخاذ شود ، تحت تاثیر قرار گیرد را در نظرداشته باشد[۱۱] .

به دلیل اهمیت جنبه های عاطفی ناباروری، ارزیابی عاطفی ناباروری و برنامه های مشاوره باید در اولین ویزیت مورد توجه قرار گیرد [۱۲]. از نکات اساسی در ارزیابی یک زوج نابارور، مسائل جنسی و اختلالات آن می باشد. از آنجایی که زوجها اغلب برای بحث در مورد مسائل جنسی دچار مشکل هستند، مهم است که مشاوره در فضایی رخ دهد که برای زوجها صحبت در مورد این مسائل خصوصی راحت تر شود. هدف از مشاوره جنسی در افراد نابارور کمک به آنهاست تا تشویق شوند احساسات و تفکراتشان را در مورد مسائل جنسی بازگو کرده و مشکلاتشان را تقسیم کنند. بنابراین مشاور قادر خواهد بود این مشکلات را شناسایی کرده و به بیماران یاری برساند[۱۳] .

ماماها یکی از نخستین افرادی هستند که می توانند مشاور خانواده ها در مورد مسائل مربوط به ناباروری باشند [۱۲]. با توجه به این نکته که آنها ارتباط نزدیکی با خانواده ها دارند ، لذا شناخت ابعاد مختلف اثرات روحی و عاطفی ناباروری و بخصوص با تمرکز بر تاثیر آن بر رابطه زناشویی به آنها کمک می کند که در جهت ارتقاء سلامت مددجویان تلاش موثرتری را انجام دهند. با عنایت به اهمیت باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی در خانواده های ایرانی و نیز شیوع نسبتا بالای آن، پژوهش حاضر از یک سو میزان رضایت جنسی و زناشویی زوجین نابارور را مورد بحث قرار داده و از سوی دیگر به بررسی تاثیر مشاوره بر این ابعاد از زندگی زوجین نابارور پرداخته است. با امید به اینکه بتوان با استفاده از بهترین راهبردهای مقابله ای بر مسئله ناباروری و عوارض آن فائق آمد.

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه مداخله ای می باشد که بر روی ۱۰۰زن نابارور مراجعه کننده به مرکز بهداشت باروری ولی عصر(عج) بیمارستان امام خمینی شهر تهران انجام شد. هر فردی که شرایط ورود به مطالعه را داشت به صورت نمونه گیری آسان انتخاب شد و سپس به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مشاوره(روزهای زوج هفته) و گروه کنترل (روزهای فرد هفته) قرار گرفتند. ۵۰ زن در گروه مشاوره و ۵۰ زن در گروه کنترل قرار گرفتند . شرایط ورود به مطالعه عبارتند از: حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۰ سال از تشخیص ناباروری آنها گذشته باشد، تا کنون از روشهای کمک باروری

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

"*Reproduction Technology Assisted*) استفاده نکرده باشند، هیچ فرزندی نداشته باشند، فارسی زبان و ایرانی باشند، به بیماریهای روانی و جسمی شناخته شده مبتلا نباشند(دیابت، آرتریت روماتوئید، افسردگی و ...)، داروهایی را که بر عملکرد جنسی تاثیر می گذارند استفاده نکنند (مثل : داروهای کاهنده چربی خون، سایمتدین ، دیگوکسین ، پروژسترونها ، داروهای ضد افسردگی و ...).

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه کتبی بود که توسط پژوهشگر به واحدهای پژوهش ارائه و سپس از آنها جمع آوری می شد. در این پژوهش از ۳ پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول، ویژگیهای فردی واحدهای پژوهش را در قالب۱۶ سوال می سنجید. برای سنجش رضایت زناشویی از پرسشنامه رضایت زناشویی(*Martal Satisfaction Questionnaire*) و برای بررسی رضایت جنسی از پرسشنامه رضایت جنسی *Sexual Satisfaction Questionnaire*) استفاده شد.

پرسشنامه رضایت زناشویی شامل ۱۸ سوال و نمره گذاری آن بر اساس سیستم لیکرت می باشد. مجموع امتیازات تمام سوالات بین ۹۰-۱۸است . امتیازات بالاتر سطح نارضایتی بیشتری را از زندگی زناشویی نشان می دهند. پرسشنامه رضایت جنسی شامل ۱۱ سؤال بود که درجه رضایت از تعداد دفعات نزدیکی، تعداد ارگاسم، میزان علاقه و کشش جنسی فرد در طول رابطه جنسی و میزان تجربه فرد از فشار روحی در طول نزدیکی را می‌سنجید. مجموع امتیازات بین ۱۱ تا ۵۵ بود و نمرات بالاتر رضایت جنسی پایین‌تر را نشان می‌داد. پرسشنامه رضایت زناشویی و رضایت جنسی اولین بار توسط *Lee & Sun* در سال ۲۰۰۰ در مطالعه ای با هدف بررسی پاسخ روان اجتماعی زنان و مردان نابارور چینی مورد استفاده قرار گرفت[۱۴]. در سال ۲۰۰۱ نیز لی و همکاران به منظور تعیین تاثیر تشخیص ناباروری بر دیسترس، رضایت جنسی و زناشویی زنان و مردان نابارور در تایوان از این پرسشنامه استفاده کردند[۱۵]. در پژوهش حاضر، پرسشنامه های به کار برده شده در مطالعه لی و سان مورد استفاده قرار گرفت. به این ترتیب که پرسشنامه ها ابتدا به زبان فارسی ترجمه شدند، سپس ترجمه فارسی آن در اختیار متخصصین ترجمه قرار گرفت و از نظر تطابق با پرسشنامه اصلی مورد تایید قرار گرفت. لذا از آنجا که تاکنون از این پرسشنامه ها در ایران استفاده نشده بود، باید اعتبار آن تعیین می گردید.

در این بررسی اعتبار علمی ابزار از طریق اعتبار محتوی سنجیده شد و برای پایایی پرسشنامه رضایت زناشویی و رضایت جنسی از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد. به منظور طبقه بندی، در هر دو پرسشنامه نمره بالای ۷۵ درصد کل نمره به عنوان رضایت خوب ، نمره بین ۵۰-۷۵ درصد نمره کل به عنوان رضایت متوسط و نمره کمتر از ۵۰ درصد به عنوان رضایت ضعیف تلقی گردید. رضایت نامه کتبی از زوجین جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید.

کار در دو مرحله انجام شد. به این صورت که ابتدا افراد شرکت کننده در هر دو گروه پرسشنامه ها را تکمیل کردند. سپس

گروه مشاوره در جلسات مشاوره ای که از طریق بحث و مشاوره، طی۳جلسه یک ساعتی و با فاصله ۱ هفته انجام می شد، شرکت کردند. جلسات به صورت سخنرانی، بحث،

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

پرسش و پاسخ ارائه گردید. مشاوره به صورت انفرادی انجام می شد. پیگیری واحدهای پژوهش برای هر دو گروه ۳ ماه بعد صورت گرفت و باز همان پرسشنامه ها توسط واحدهای پژوهش در هر دو گروه تکمیل شد. کامل کردن پرسشنامه توسط واحدهای پژوهش صورت می گرفت، اما در مواردی که قادر به خواندن و نوشتن نبودند، پژوهشگر خود سوالات را از آنان پرسیده و پرسشنامه ها را تکمیل می نمود. برای پیگیری ۳ ماه بعد نیز، تاریخ دقیق مراجعات بعدی آنها به مرکز باروری سوال شد. سپس در زمان مقرر پژوهشگر به مرکز باروری مراجعه کرد و شخصا پرسشنامه را به آنان تحویل داد تا تکمیل نمایند.

در جلسه اول مشاوره ابتدا تعریفی از ناباروری، آمار و ارقام مربوط به شیوع ناباروری، روشهای درمانی و میزان موفقیت آنها ارائه شد. سپس به بحث در مورد تاثیرات ناباروری بر جنبه های مختلف زندگی خصوصی و اجتماعی افراد پرداخته و روش های مقابله با آن مورد بحث قرار گرفت. در جلسه دوم به بحث در مورد رفتارهایی که موجب رضایت زناشویی می شود، پرداخته شد. هدف نهایی ارتقاء رضایت زناشویی از طریق فراگیری مهارتهای ارتباطی مانند گوش کردن فعال، بیان احساسات، مهارتهای حل مشکل مانند توانایی انتقاد کردن و انتقاد پذیرفتن و ایجاد رابطه حمایتی بین زوجین بود.در جلسه سوم عوامل مؤثر و راهکارهای افزایش رضایت جنسی ارائه داده شد. هدف از این جلسه نیز ، افزایش رضایت جنسی از طریق ارائه آگاهیهای لازم در مورد سیکل جنسی زن و مرد و بحث در مورد مسائلی همچون عزت نفس و اعتماد به نفس در روابط جنسی بود. ۱۵دقیقه پایان هر جلسه به پرسش و پاسخ اختصاص داده شد. گروه کنترل فقط اقدامات درمانی و مراقبتهای روتین مرکز باروری منتخب را دریافت نمودند. لازم به ذکر می باشد هیچ نوع مشاوره ای جزء این اقدامات نبوده است. در پیگیری ۳ ماه بعد ، ۱۰ زن از مطالعه خارج شدند. ۷ فرد در گروه مشاوره (۳ زن به علت حاملگی و ۴ زن به علت عدم دسترسی در هنگام پی گیری) و ۳ فرد در گروه کنترل (۲ زن به علت حاملگی و ۱ زن به علت عدم دسترسی در هنگام پی گیری) از مطالعه حذف شدند.

اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار *SPSS* و روشهای آماری توصیفی(میانگین، میانه، انحراف معیار) و روشهای آمار استنباطی (آزمون *Mann Whitney* ،*χ2 test* و *willcoxon test*) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معناداری آماری $P < ۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

مشخصات فردی زنان نابارور در هر دو گروه مشاوره و کنترل در قالب جدول شماره ۱ آمده است. در هیچکدام از این موارد، بین دو گروه مشاوره و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت.

قبل از مداخله، بیشترین درصد واحدها در گروه مشاوره (۵۸/۱٪) رضایت زناشویی در سطح متوسط را بیان کردند. متوسط امتیاز کسب شده توسط زنان گروه مشاوره از پرسشنامه رضایت زناشویی SD=۱۲/۲۶ ، M = ۵۷/۸۸ و امتیازات در فاصله بین ۸۲-۳۰ بود. و همچنین اکثریت درصد واحدها (۵۹/۶٪) در گروه کنترل، رضایت زناشویی در سطح متوسط را گزارش کردند. آزمون من ویتنی ، اختلاف معنی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

داری بین رضایت زناشویی زنان دو گروه مشاوره و کنترل نشان نداد (P =۰/۲۶۲).

پیش از مداخله، در گروه مشاوره بیشترین درصد زنان (۵۳/۵٪) رضایت جنسی در سطح متوسط را بیان کردند. اکثریت درصد واحدها (۴۴/۷٪) در گروه کنترل، رضایت جنسی در سطح ضعیف و متوسط را گزارش کردند. با استفاده از آزمون من ویتنی اختلاف معناداری بین رضایت جنسی زنان دو گروه مشاوره و کنترل دیده نشد (p=۰/۴۰۱).

۳ ماه پس از مداخله، رضایت زناشویی در اکثریت گروه مشاوره(۵۱/۲٪) در سطح خوب بود. متوسط امتیاز کسب شده توسط زنان گروه مشاوره از پرسشنامه رضایت زناشویی SD=۱۱/۸۰ ، M =۵۰/۲۳ و امتیازات در فاصله بین ۳۰-۷۸ بود. در گروه کنترل بیشترین درصد واحدها ۶۱/۷٪ رضایت زناشویی متوسط را بیان کردند. متوسط امتیازی که زنان گروه کنترل کسب کردند SD=۱۲/۶۴ ، M =۵۴/۹۷ با حداقل امتیاز۲۵ و حداکثر امتیاز ۷۹ بود. آزمون من ویتنی ، اختلاف معنی داری بین رضایت زناشویی زنان در دو گروه مشاوره و کنترل ، ۳ ماه پس از مداخله نشان داد(۰/۰۳۶= P). (جداول شماره ۲، ۳)

۳ ماه پس از مداخله، رضایت جنسی در اکثریت زنان گروه مشاوره (۴۶/۵٪) در سطح متوسط بود. در گروه کنترل بیشترین درصد زنان (۴۴/۷٪) رضایت جنسی ضعیف و متوسط را بیان کردند. میانگین و انحراف معیار امتیاز رضایت جنسی زنان ۳ ماه پس از مداخله در گروه مشاوره ۸/۳۷ ±۳۶ و در گروه کنترل ۷/۶۹±۴۰/۰۴ بود. اختلاف معناداری بین رضایت جنسی زنان در دو گروه مشاوره و کنترل، با آزمون من ویتنی مشاهده شد (p=۰/۰۱۹) (جداول شماره ۴، ۵)

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت ناباروری ولی‌عصر (عج) شهر تهران در دو گروه کنترل و مشاوره

گروه / مشخصات	گروه مشاوره	گروه کنترل	سطح معناداری*
میانگین سن	۲۶/۸۸	۲۷/۴۴	(p=۰/۷۴۲)
شغل	۸۸/۳(خانه دار)	۸۹/۴(خانه دار)	(p=۰/۸۳۳)
تحصیلات	۵۱/۲ (دیپلم)	۵۹/۶(دیپلم)	(p=۰/۶۴۰)
میانگین طول مدت ازدواج	۷ سال	۷/۳۶ سال	(p=۰/۹۵۳)
وضعیت درآمد	۶۲/۸ (متوسط)	۵۱/۰۶ (متوسط)	(p=۰/۲۲۶)
میانگین طول مدت ناباروری	۵/۵۵سال	۵/۹۳سال	(p=۰/۷۹۱)
علت ناباروری	۴۱/۹(عامل زنانه)	۴۸/۹ (عامل زنانه)	(p=۰/۶۸۳)
نوع ناباروری	۸۱/۴ (اولیه)	۸۰/۹ (اولیه)	(p=۰/۹۲۸)
میانگین طول مدت درمان	۵۵/۸۱ سال	۵۳/۱۹ سال	(p=۰/۷۱۰)

* آزمون i^2

جدول ۲- توزیع فراوانی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز بهداشت باروری ولی‌عصر(عج) شهر تهران در دو گروه مشاوره و کنترل بر حسب رضایت زناشویی ، ۳ ماه پس از مداخله

گروه / رضایت زناشویی	مشاوره		کنترل		سطح معناداری *
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ضعیف	۵	۱۱/۶	۶	۱۲/۸	U=۷۷۶/۰۰۰
متوسط	۱۶	۳۷/۲	۲۹	۶۱/۷	
خوب	۲۲	۵۱/۲	۱۲	۲۵/۵	P =۰/۰۳۶
جمع	۴۳	۱۰۰	۴۷	۱۰۰	
میانگین	۵۰/۲۳		۵۴/۹۷		
انحراف معیار	۱۱/۸۰		۱۲/۶۴		

* آزمون من‌ویتنی‌یو

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

جدول ۳- توزیع فراوانی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز بهداشت باروری ولی‌عصر(عج) شهر تهران در گروه مشاوره بر حسب رضایت زناشویی ، قبل و ۳ ماه پس از مداخله

گروه / رضایت زناشویی	مشاوره				سطح معناداری*
	قبل از مداخله		۳ ماه پس از مداخله		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ضعیف	۱۰	۲۳/۳	۵	۱۱/۶	
متوسط	۲۵	۵۸/۱	۱۶	۳۷/۲	Z = - ۴/۱۴۶
خوب	۸	۱۸/۶	۲۲	۵۱/۲	P =۰/۰۰۰
جمع	۴۳	۱۰۰	۴۷	۱۰۰	
میانگین	۵۷/۸۸		۵۰/۲۳		
انحراف معیار	۱۲/۲۶		۱۱/۸۰		

* آزمون ویل‌کاکسون

جدول ۴- توزیع فراوانی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز بهداشت باروری ولی‌عصر(عج) شهر تهران در دو گروه مشاوره و کنترل بر حسب رضایت جنسی، ۳ ماه پس از مداخله

گروه / رضایت جنسی	مشاوره		کنترل		سطح معناداری*
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ضعیف	۱۱	۲۵/۶	۲۱	۴۴/۷	
متوسط	۲۰	۴۶/۵	۲۱	۴۴/۷	U= ۷۴۱/۵۰۰
خوب	۱۲	۲۷/۹	۵	۱۰/۶	
جمع	۴۳	۱۰۰	۴۷	۱۰۰	P =۰/۰۱۹
میانگین	۳۶/۱۱		۴۰/۰۴		
انحراف معیار	۸/۳۷		۷/۶۹		

* آزمون من‌ویتنی‌یو

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

جدول ۵- توزیع فراوانی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز بهداشت باروری ولی‌عصر(عج) شهر تهران در گروه مشاوره بر حسب رضایت جنسی، قبل و ۳ ماه پس از مداخله

گروه / رضایت جنسی	مشاوره				سطح معناداری*
	قبل از مداخله		۳ ماه پس از مداخله		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ضعیف	۱۵	۳۴/۹	۱۱	۲۵/۶	
متوسط	۲۳	۵۳/۵	۲۰	۴۶/۵	$Z = -۳/۰۵۱$
خوب	۵	۱۱/۶	۱۲	۲۷/۹	
جمع	۴۳	۱۰۰	۴۳	۱۰۰	$P = ۰/۰۰۲$
میانگین	۳۹/۱۶		۳۶		
انحراف معیار	۷/۹		۸/۳۷		

* آزمون ویل‌کاکسون

بحث و نتیجه گیری

هدف از ازدواج بقای نسل، تشکیل خانواده، استقلال، حمایت عاطفی و ارضای غریزه جنسی است. ازدواج و رابطه زناشویی منبع حمایت، صمیمیت و لذت انسان است. از طرفی ازدواج سبب پیدایش همکاری، همدردی، یگانگی،علاقه، مهربانی، بردباری و مسئولیت پذیری نسبت به خانواده خواهد بود (۱۶). به تحقق پیوستن اهداف ازدواج پس از برقراری رابطه زناشویی موجب احساس رضایت و خوشبختی فرد می شود. در غیر اینصورت اختلاف زناشویی و نهایتا نارضایتی از ازدواج را به همراه خواهد داشت[۱۷].

مطالعات متعددی نشان داده اند که زندگی توام با استرس بر رضایت زناشویی افراد تاثیر می گذارد و شواهد گسترده ای وجود دارد که نشان می دهد ناباروری با استرسهای زیادی همراه است که می تواند به طور منفی بر رضایت زناشویی تاثیر بگذارد[۲].

نتایج بدست آمده از پیش آزمون با نتایج مطالعات زیادی مطابقت دارد. مطالعات نشان داده اند که زنان نابارور تغییرات نامطلوب قابل توجهی شامل کاهش میل جنسی، دشواری در رسیدن به ارگاسم و مقاربت دردناک را گزارش می دهند (۱۰). در مطالعه دیگری ۷۱ ٪ زنان نابارور گزارش کردند که ناباروری لذت جنسی را کاهش می دهد و باعث می شود فعالیت جنسی به صورت یک امر اجباری درآید [۱۹]. در

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

تحقیق لی و سان در سال ۲۰۰۰ زنان نابارور رضایت جنسی کمتری نسبت به همسرانشان نشان دادند[۱۴]. گزارش شده است که ناباروری موجب افزایش اختلالات و ناسازگاریهای جنسی می شود و رضایت جنسی و تعداد دفعات فعالیت جنسی را کاهش می دهد[۲۰]. در یک تحقیق، زنان نابارور گزارش کرده بودند تعداد دفعات نزدیکی و ارگاسم آنها کمتر شده و احساس کم شدن میل و تحریک جنسی می کنند[۲۱].

نتایج مطالعه *Audo* در سال ۲۰۰۲ نشان داد که ۵۲/۶ درصد زنان هرگز آغاز کننده نزدیکی با همسرشان نبودند و ۲۰ درصد از نزدیکی جنسی لذت نمی بردند. میل جنسی در ۱۴/۴ درصد نمونه ها ضعیف بود. در ۶۹/۱ درصد موارد سرد مزاجی گاهی رخ می داد. ۲۰/۶ درصد دچار مشکل در تحریک جنسی بودند. ۷۲/۲ درصد زنان در طی نزدیکی بر حاملگی تمرکز می کردند. ۲۰درصد در رسیدن به ارگاسم مشکل داشتند ، درحالی که ۶ درصد هیچگاه به ارگاسم نمی رسیدند. درد در هنگام مقاربت در ۵۷/۱ درصد بیماران وجود داشت و ۸/۲ درصد آنها اسپاسم دردناک واژن در حین مقاربت *(vaginismus)* را گزارش می کردند . مشکلات جنسی در ۳۹/۲ درصد موارد وجود داشت که در ۳۰/۶ درصد آنها مشکلات جنسی موقعیتی ، در ۲۸/۶ درصد ثانویه و در ۱۰/۶ درصد موارد بین فردی بود[۲۱].

در تحقیق لی در سال ۲۰۰۱ نتایج مطالعه حاکی از آن بود که زنان با ناباروری ناشی از عامل زنانه، سطح بالاتری از دیسترس و شرم و خجالت را نسبت به همسرانشان بیان کردند[۱۵].

Monga و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که سازگاری زناشویی زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور شرکت کننده در پژوهش در سطح پایین تری قرار دارد ($P<۰/۰۱$)[۲۲]. در مطالعه *Wischmann* و همکاران (۲۰۰۱) نیز زنان نابارور رضایت جنسی و رضایت زناشویی پایینتری را نسبت به زنان بارور شرکت کننده در پژوهش گزارش کردند ($p < ۰/۰۰۱$) [۲۳].

مشاوره ، کیفیت زندگی زناشویی را افزایش می دهد[۲۴]. پژوهشگران در مطالعه ای در سال ۲۰۰۰ دریافتند که ۳۴ درصد افراد جامعه نیاز اساسی برای مشاورهٔ زناشویی دارند [۲۵] و این در حالی است که در مطالعه ای که در همان سال در آسیایی های مقیم انگلستان انجام شد مشخص گردید که کمتر از یک سوم افراد اطلاعات واقعی در مورد مشاورهٔ زناشویی دارند. از طرفی اکثر افراد زمانی از مشاوره استفاده می کنند که مشکلات زندگی زناشویی آنها بسیار زیاد شود[۲۶]. در مطالعه دیگری در مورد تاثیر مشاوره زناشویی مشخص شد که در نتیجهٔ مشاوره، ۷۸ درصد مردان و ۸۱ درصد زنان از طلاق منصرف شده و به زندگی با یکدیگرادامه دادند . ۲۵ درصد زنان و ۳۰ درصد مردان بیان کردند که آنها در مورد ادامهٔ روابطشان بسیار خوش بین شدند[۲۷] .

نتایج پژوهش حاضر با مطالعه ای که لی در سال ۲۰۰۳ انجام داد مشابه می باشد. در مطالعه وی، مشاوره موجب بهبود رابطه زناشویی زنان نابارور مورد مطالعه گردید. میانگین امتیاز

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

زنان قبل از مداخله۵/۹ ± ۱۳/۶و پس از مداخله ۵/۳ ± ۱۱/۴ بود [۲۸].

شاید یکی از دلایل افـزایش رضـایت جنسـی در ایـن مطالعـه، آموزش مهارتهای ارتباط جنسی باشد زیـرا اگـر دانسـته هـای افـراد در سـطح بـالایی هـم باشـد، بـدون ارتبـاط مـوثر ، رضایتمندی جنسی حاصل نمی گردد[۲۹].

همچنین همسو با یافته های این پژوهش مفرحه (۱۳۸۰) نیـز نشان داد رضایت جنسی زنان یک ماه پس از مشاوره در گـروه مداخلـه بیشـتر از گـروه کنتـرل بـود ($P=/۰۰۲$, ۱۲ $=\chi^2$)[۳۰].

در مورد لزوم چاره اندیشی برای مشکلات روانـی و خـانوادگی این گونه افراد آمده است کـه : حتـی در صـورتی کـه نتـوانیم استرس ناشی از ناباروری را از بین ببـریم ، بایـد بـرای کـاهش اثرات آن تلاش کنیم. کاهش مشـاجرات خـانوادگی و افـزایش رضایت زوجین از روابط و زندگی جنسـی و زناشـویی خـود، از روشهای مناسب برای تخفیف مشکلات زوجهاست[۱۲].

مشاوره و آموزش یکی از اصول اولیه و اصـلی ارتقـاء بهداشـت است و این وظیفه کادر بهداشتی است تا برای رسیدن به ایـن اصل ، حداکثر تلاش خود را مبذول دارند.

در پایان پیشنهاد می شود:رضایت جنسـی و زناشـویی مـردان نابارور و تاثیر مشاوره بر آن، رضایت جنسی و زناشویی زوجین در ناباروری با طول مـدت بـیش از ۱۰ سـال و تـاثیر مشـاوره زناشویی بر زوجین نابارور همراه با یک گـروه بـارور بـه عنـوان گروه شاهد مورد تحقیق و بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نهایت تشکر خود را از تمامی شرکت‌کنندگانی کـه در انجام این طرح ما را یاری رساندند اعلام می‌نمایم.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

منابع:

1. *Berek JS. Novak's Gynecology.Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 973.*
2. *Sedighi R, Kajouri M, Jafarpoor m. the effect of education on anxiety and prognosis of treatment in infertile couples, Iran nursing journal, faculty of nursing and midwifery of Iran medical university.vol 17. No 39.P 49-57.*
3. *Pasch LA, Dunkel Schetter C, Christensen A .Differences between husbands and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. Fertility and Sterility, 2002; 77(6): 1241-1247.*
4. *Najmi B, Ahmadi S, Ghasemi Gh. Psychologic characteristics of infertile couples referred to infertility center in Isfahan. Medical journal ao fertility and infertility. 1380.P40-45.*
5. *Maillet M. Infertility and marital adjustment: the influence of perception of social support, privacy preference and level of depression. http://www.emeleus.org/couples. Accessed February. 2006.*
6. *Mazaheri M, keyghobadi F, Faghih Imani Z,. Problem solving methods and matrimoni adaptation among fertile and infertile couples .Medical journal of fertility and infertility .1380.P22-32.*
7. *Orji EO and Ogunniyi SO. Sexual behaviuor of infertile nigerian women. Journal of Obstetric and Gynecologic , 2001; 21(3):303-305*
8. *Bradbury NT, Fincham FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction. Journal of Marriage and Family, 2000; 62:964-980 .*
9. *Sargolzaee M, Moharreri F,Arshadi H, Psycho- sexual disorders and depression among infertile women referred to infertility center in Mashad. Journal of fertility and infertility. 1380. P46-51.*
10. *Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE and et al.. You are a man beacause you have children experiences, reproductive health knowledge and treatment seeking behaviour among men suffering from couple infertility in south africa. Human Reproduction, 2004; 960-967*
11. *Appleton T: Guidelines for counseling in infertility.http://www.eshre.com: Accessed February. 2006.*
12. *Sherrod R. Understanding the emotional aspect of infertility. Journal of Psychosocial Nursing , 2000; 42(3):42-47*
13. *Lin H. Womens sexual self – awareness in sex counselling practice. Journal of human sexuality, 2006; 17: 1-9*
14. *Lee T & Sun GH. Psychosocial response of chinese infertile husbands and wives. Archives of andrology, 2000;45:143-148*
15. *Lee T. The effect of an infertility diagnosis on treatment – related stresses. Archives of andrology, 2001; 46: 67-71*
16. *Batt V, Nic Gabhainn S,* Falvey F. *Perspective on the provision of counseling for women in irland. http://www.eshre.com: Accessed February. 2005.*
17. *Ron G: Marital satisfaction hinges on both partners mental health. http://www. daily news dental.com : Accessed August . 2004.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

18. *Muller MJ ,Schiling G ,Haidl G. Sexual satisfaction in male infertility. Archives of Andrology , 1999; 42: 137-143*
19. *Abey A, Andrews F,&halman J. Infertility and subjective well – being: the mediating roles of self esteem, internal control ,and interpersonal conflict. journal of marriage and family,1997; 54(2): 408- 417*
20. *Norten JE, Schilling EA, Couchman GM and et al. Sexual satisfaction and functioing in patients seeking infertility treatment. Fertility and sterility, 2001; 76(3):1-5*
21. *Audu BM. Sexual dysfunction among infertile nigerian women. Journal of obstetric and gynecologic, 2002; 22(6): 655-657*
22. *Monga M, Alexandrescu B , katz SE and et al. Impact of infertility on quality of life , marital adjustment and sexual function.Urology, 2004;63:126-130*
23. *Wischmann T, Stammer H, Scherg H and et al. Psychosocial characteristics of infertile couple: a study by the heidelberg fertility consultation service. Human Reproduction, 2001; 16:1753-1761*
24. *Mansfield P. The missing link in parenting education and support . The bulletin, 2004; 8(2):1-9*
25. *Heriss F: Marriage counseling . http://www.counselling psychotherapy Toronto.com: Accessed August. 2000.*
26. *Rabin G and Dancan C. Attitudes toward marital counseling and the family law act in a british asian community .*
http://www.search.epnet .com: Accessed January. 2000.
27. *Mckeown k. Intimate relationships between men and women : what are the problem areas?" A report to ACCORD. 2002. 1-32*
28. *Lee SH. Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during In Vitro Fertilization. Journal of Nursing Research, 2003; 11(3):197-208*
29. *Byers ES. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long- term relationships. The journal of sex research, 2005; 42(2):113-118.*
30. *Mafrahe Sh,. Assessment of sexual satisfaction in couples in Shiraz. Thesis for master of midwifery. Faculty of nursing and midwifery , Iran medical university.1381.*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]

The effect of Infertility consultation sessions on the Marital relationship amongst infertile women .

Vizheh M. Pak Gohar M.

ABSTRACT

Background & Objectives: *Infertility leads to sexual and marital dissatisfaction. The purpose of this study was to determine the effect of counseling on infertile women's sexual and marital satisfaction in fertility center in Tehran.*

Materials and Methods*: This is a controlled clinical trial study on 100 eligible , infertile women . convenience sampling method was applied then samples randomly divided into two groups (50 women in counseling and 50 women in control groups). Data were collected through 3 demographic , marital and sexual satisfaction revealed lower satisfaction . finally, Data were analyzed with SPSS software and χ^2, Mann Whitney and willcoxon test(p <0/05).*

Results: *The average of marital satisfaction in counseling group was 50.23 and in the control group was 54.97. We have obtained a considerable difference between two groups 3 months after intervention by man-Whitney test (U=776.000, P=0.036). The average of sexual satisfaction in counseling group was 36.11 and in the control group was 40.04. There was a significant difference between two group 3 months after intervention (U=741.500, P=0. 019).*

Conclusion: *The results of this study supported that consultation sessions related infertility increased the sexual and marital satisfaction amongst infertile women.*

Keywords: *Infertility, Marital satisfaction, Sexual satisfaction, Counseling*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-05]