

مقایسه رضایت جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز دولتی شهر مشهد

شهلا نورانی‌سعدالدین (M.Sc.)^۱، الهام جنیدی (M.Sc.)^{۱*}، محمدتقی شاکری (Ph.D.)^۲، نغمه مخبر (M.D.)^۳

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، مشهد، ایران

۲- گروه آمار حیاتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، مشهد، ایران

۳- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: رضایت زناشویی یکی از فاکتورهای مهم مؤثر بر سلامتی زنان و از مهمترین شاخص‌های رضایت از زندگی است که بر میزان سلامت روانی زوجین نیز تأثیر می‌گذارد. از سویی ناسازگاری در روابط زناشویی موجب اختلال در روابط اجتماعی گرایش به انحرافات اجتماعی و افول ارزش‌های فرهنگی بین زن و شوهرها می‌شود. جهت تداوم و استحکام زندگی زناشویی رضایت جنسی مورد نیاز است. برخی از محققین بر این باورند که علت اصلی و حقیقی ۸۰٪ اختلافات زناشویی، عدم رضایت جنسی زوجین است. از طرف دیگر وضعیت باروری یکی از متغیرهای مؤثر بر رضایت جنسی است. براساس مطالعات متعدد، ناباروری سبب اختلالات روانشناختی مختلف از جمله عدم رضایت جنسی می‌شود. در مقابل، تعدادی از مطالعات بر این نکته تأکید دارند که شرکت زوجین در مراحل گوناگون تشخیص و درمان ناباروری، می‌تواند سبب افزایش صمیمیت و ارتباط بهتر آن دو با یکدیگر گردد. از آنجا که در ایران مطالعات کمی روی رضایت جنسی زنان نابارور، به ویژه در مقایسه با گروه زنان بارور به عنوان گروه کنترل صورت گرفته است، مطالعه حاضر با هدف مقایسه رضایت جنسی زنان بارور و نابارور انجام پذیرفت.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقطعی با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی و مبتنی بر هدف است و روی ۱۰۰ زن بارور و ۱۰۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به مراکز دولتی شهر مشهد در سال ۱۳۸۶ انجام شد. افراد مورد بررسی زنان ۲۲ تا ۴۵ ساله و تنها همسر شوهرشان بودند. همچنین زنان بارور از یک روش جلوگیری استفاده می‌کردند و زنان نابارور مشمول تعریف ناباروری بودند. بعد از توضیح در مورد اهداف و چگونگی انجام پژوهش و داشتن رضایت نسبت به شرکت در مطالعه، پرسشنامه بررسی سلامت عمومی (GHQ28) و فرم رضایت جنسی، تکمیل و سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های χ^2 و من‌ویتنی تجزیه و تحلیل شد. در آزمون‌های انجام شده سطح معنی‌داری، $p < 0/05$ مد نظر قرار گرفت.

نتایج: دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیکی و سایر متغیرهای مداخله‌گر و نیز سلامت عمومی، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. امتیاز حاصل از مقیاس رضایت جنسی در هر دو گروه، متوسط (در زنان بارور $12/22 \pm 6/66$ و در زنان نابارور $11/62 \pm 6/66$) و تفاوت آماری غیر معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: در مطالعه حاضر، رضایت جنسی هر دو گروه در حد متوسط بود که نشان دهنده سطح آگاهی پایین تمامی افراد از مسائل جنسی و عدم آموزش کافی به زوجین قبل و بعد از ازدواج است؛ لذا پیشنهاد می‌شود با ترتیب دادن امکان مشاوره و آموزش در زمینه مسائل مرتبط با رضایت جنسی در افزایش رضایت جنسی زوجین برنامه‌ریزی گردد.

* مسئول مکاتبه: الهام جنیدی،

پلاک ۲۰، لادن ۲۹، بلوار لادن،

بلوار وکیل آباد، مشهد، ایران.

رایا نامه:

elham_bj@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۹/۲۵

پذیرش: ۸۷/۱۲/۱۸

کلید واژگان: اختلالات جنسی، باروری، رضایت جنسی، روابط زناشویی، سلامت جنسی، عدم رضایت جنسی، ناباروری.

نحوه استناد به این مقاله: نورانی‌سعدالدین شهلا، جنیدی الهام، شاکری محمدتقی، مخبر نغمه. مقایسه رضایت جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز دولتی شهر مشهد. فصلنامه باروری و ناباروری: سال ۱۰ (۱۳۸۸)، شماره ۴، صفحات: ۲۷۷-۲۶۹.

زمینه و هدف

رضایت زناشویی یکی از فاکتورهای مهم مؤثر بر سلامتی زنان و از مهمترین شاخص‌های رضایت از زندگی است (۱،۲). سازگاری و رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند که از طریق علاقه متقابل، مراقبت از یکدیگر، پذیرش، درک یکدیگر و ارضای نیازها از جمله نیاز جنسی ایجاد می‌شود. زوجین سازگار و راضی از زندگی زناشویی، زن و شوهرهایی هستند که توافق زیادی با یکدیگر دارند، از نوع و سطح روابطشان راضی‌اند، از نوع و کیفیت گذران اوقات فراغت رضایت دارند و وقت و مسائل مالی خودشان را به خوبی برنامه‌ریزی می‌کنند. از سویی ناسازگاری در روابط زوجین موجب اختلال در روابط اجتماعی گرایش به انحرافات اجتماعی و افول ارزش‌های فرهنگی بین زن و شوهرها می‌شود (۲،۳) و یکی از مسائل بزرگی که بیش از هر چیز زندگی فردی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تمایلات جنسی است (۴).

رضایت جنسی عبارت است از قضاوت هر فرد راجع به رفتار جنسی خود که آن را لذت بخش تصور می‌کند (۵). مسائل جنسی از لحاظ اهمیت در ردیف مسائل درجه اول یک زندگی زناشویی قرار دارند و سازگاری در روابط جنسی و تناسب و تعادل در مقدار تمایل جنسی در زن و مرد از مهمترین علل خوشبختی و موفقیت زندگی زناشویی است (۱).

اشکال در روابط زناشویی از مهمترین و فراوان‌ترین علل اختلالات جنسی است (۶) و متعاقباً مشکل جنسی به معضلات رابطه‌ای جدید منجر می‌شود (۶،۷).

برزسنيک (۲۰۰۴)^۱ در مقاله‌ای با عنوان لذت جنسی و تأثیر آن بر رضایت زناشویی، دریافت رضایت زناشویی بطور قابل ملاحظه‌ای با لذت جنسی همراه است و رضایت جنسی بیشتر خشنودی زناشویی بیشتری بدنبال دارد (۸).

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره (۱۹۹۹) دستیابی به بالاترین استاندارد از اطلاعات و بهداشت جنسی

را حق همه انسانها می‌داند (۹). برخی از محققین عقیده دارند که علت اصلی ۸۰٪ اختلافات زناشویی، نارضایتی جنسی زن و شوهر است (۷)؛ گرچه ۴۰٪ از زوج‌های راضی از زندگی زناشویی نیز دچار اختلالاتی در روابط جنسی یا نارضایتی نسبی از اینگونه روابط می‌باشند (۵).

Guo و Huang ضمن بررسی رضایت جنسی و زناشویی در خانواده‌های چینی، عنوان کردند که رضایت جنسی تأثیر قابل توجهی بر خشنودی زناشویی دارد (۱۰).

مهمترین هدف از تمایل جنسی، تولیدمثل و داشتن فرزند می‌باشد (۶). مشکل ناباروری در دنیای امروز به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است که می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنها شود (۱۲،۱۱)؛ از این رو در سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین‌المللی بانکوک، ناباروری به عنوان مشکل بهداشتی جهانی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی توصیف (۱۳) و در سال ۱۹۹۴ 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 کشورها، ناباروری را در برنامه‌های بهداشت باروری خود قرار دهند (۱۵،۱۴).

شیوع ناباروری در میان گروه‌های قومی و نژادی تفاوت چندانی ندارد (۱۶) و شیوع آن در جهان، حدود ۱۵-۱۰٪ (۱۸،۱۷) است و میزان بروز کلی آن نسبت به دهه گذشته حدود ۵۰٪ بیشتر شده است (۲۰،۱۹). اگر موارد ناباروری ثانویه را به این آمار اضافه کنیم، در سراسر دنیا ۸۰-۵۰ میلیون نفر را در بر می‌گیرد (۱۳).

براساس مطالعات انجام شده ۸۰٪ افراد نابارور دچار یک اختلال روانشناختی (۲۵-۲۱) شامل عدم رضایت‌مندی زناشویی (۲۹-۲۲،۲۳،۲۵)، اختلال در روابط بویژه بین زوجها (۲۲،۱۴)، عدم رضایت جنسی (۲۹،۲۸)، کاهش اعتماد به نفس در ارتباط جنسی و تعداد نزدیکیها (۳۰)، کاهش میل جنسی، خشم (۲۳) و تأثیرات منفی عاطفی (۲۹) می‌باشند. همچنین ناباروری باعث کاهش اعتماد به نفس فرد شده و زندگی جنسی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ چنانچه از دست دادن میل جنسی و تغییر در رسیدن به ارگاسم، از مشکلات شایع این زوجین محسوب می‌شود (۵).

جنسی در زوج‌های نابارور، بطور قابل توجهی بیشتر از زوج‌های باروری است که تمایل به داشتن فرزند دارند (۳۶). اختلالات روانی - جنسی، از جمله بیماریها و اختلالاتی است که در کشور ما همیشه در پس پرده‌ای از ابهام مطرح شده و گاه چنان مبهم است که نه تنها مسئله را روشن نمی‌کند؛ بلکه بر پیچیدگی آن می‌افزاید. عدم طرح مسائل مربوط به اختلالات جنسی، نشان دهنده عدم وجود آنها نیست؛ بلکه به دلیل نگاه گناه‌آلود به مسائل جنسی، بطور جدی در ایران روی این مسائل تحقیقات زیادی صورت نگرفته است (۵).

با در نظر گرفتن نکات فوق و با توجه به اینکه در جامعه ایران قدرت باروری از لحاظ فرهنگی و اجتماعی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است و از آنجا که اغلب این تحقیقات به صورت توصیفی و بدون مقایسه با گروه‌های دیگر به ویژه زنان بارور صورت پذیرفته است، مطالعه حاضر با هدف مقایسه رضایت جنسی زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی - مقطعی است که در آن تعداد ۱۰۰ زن نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری منتصریه، تنها مرکز درمان ناباروری دولتی شهر مشهد، و ۱۰۰ زن مراجعه‌کننده به واحد تنظیم خانواده مراکز بهداشتی - درمانی دولتی منتخب در سال ۸۶ بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، شرکت داشتند.

به واحدهای پژوهش، در مورد مطالعه و اهداف آن توضیح داده شد و آنان در صورت داشتن تمایل نسبت به شرکت در مطالعه، ابتدا فرم رضایت‌نامه شرکت در مطالعه و سپس فرم‌های مصاحبه را به ترتیب تکمیل کردند.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش به شرح زیر بود:

فرم مصاحبه شماره ۱: این فرم محقق ساخته، معیارهای ورود به مطالعه را دربرداشت و به دو صورت مخصوص زنان بارور (۱- الف) حاوی ۱۸ سؤال و مخصوص زنان نابارور (۱- ب) حاوی ۱۷ سؤال طراحی شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از اینکه فرد ۲۲-۴۵ سال سن داشته، ایرانی و ساکن مشهد بوده، سواد خواندن و نوشتن

Andrews و همکاران در پژوهش خود با عنوان "استرس ناباروری، فاکتورهای ازدواج و احساس خوب بودن در زوجین"، کاهش نزدیکی و عدم رضایت جنسی را در میان زوج‌های نابارور گزارش کردند. به عقیده آنها ناباروری بر عملکرد خانوادگی افراد نیز اثر گذاشته و آنها را از هم دور می‌کند (۳۱).

Norton و همکاران نیز ضمن بررسی رضایت جنسی و عملکرد بیماران تحت درمان ناباروری دریافتند که زنان نابارور، کاهش قابل ملاحظه‌ای در تمام زمینه‌های عملکرد و رضایت جنسی دارند (۳۲).

Lee در بررسی پاسخ‌های روانی اجتماعی زوجین نابارور چینی، به این نتیجه رسید که مردان استرس کمتری از زنان دریافت کرده و اعتماد به نفس بیشتری نسبت به زنان دارند و همچنین رضایت جنسی و زناشویی بالاتری در مقایسه با همسر خود احساس می‌کنند (۳۳).

مطالعه Hirsch نیز نشان داد که گرچه زوجین نابارور سطوح پایین‌تری از رضایت جنسی، زناشویی و اعتماد به نفس را نشان می‌دهند، ولی با افزایش حمایت اجتماعی تأثیر ناباروری کاهش می‌یابد (۳۴).

Doney و همکاران دریافتند که نیمی از افراد نابارور، تغییر در روابط جنسی و ۷۵٪ آنان، تغییرات خلق را تجربه می‌کنند (۲۵). در مطالعه سرگلزایی، اختلال عملکرد جنسی در زنان نابارور بیشتر ولی مستقل از افسردگی نشان داده شده است (۲۳).

پژوهشگران در مورد اثر ناباروری بر روابط زوجها، نظرات متفاوتی دارند. بسیاری از تحقیقات چنین بیان کرده‌اند که مدرک مهمی دال بر تأثیر منفی ناباروری وجود ندارد و مطالعات با طراحی خوب و دقیق نشان داده‌اند که اثرات روانی ناباروری چندان شایع نمی‌باشد (۳۵). حتی برخی معتقدند تحمل مراحل تشخیص و درمان ناباروری موجب ارتباط و صمیمیت بیشتر زوجین گردیده و آنها احساس نزدیکی بیشتر با یکدیگر خواهند کرد (۱۴). Dunkel و Lobel و Schetter معتقدند که تقریباً نیمی از افراد نابارور، اضطراب شدید و تغییرات روابط زناشویی و جنسی را تجربه نمی‌کنند (۳۵). Lokos و همکاران دریافتند که تعداد دفعات رابطه

داشته و تنها همسر شوهرش باشد. زن بارور، باید حداقل یک فرزند سالم با سن بیشتر از ۶ ماه داشته و در حال حاضر، یکی از روش‌های تنظیم خانواده را استفاده کند. زن نابارور نیز باید مشمول تعریف ناباروری بوده و فرزند یا فرزندخوانده نداشته باشد. هر دو گروه باید طی یک هفته اخیر، بحث و جدال خانوادگی نداشته باشند. هیچ یک از زوجین نباید مشکلات جسمی (قطع نخاع، قطع عضو، فلج، بدشکلی اندام و ...)، مشکلات روانی (بیماری تحت نظر یا تحت درمان پزشکی)، بیماری‌های طبی (بیماری قلبی-عروقی، ریوی، کم کاری و پرکاری تیروئید، صرع و دیابت)، تجربه رویداد استرس‌زا (فوت یا بیماری حاد بستگان نزدیک، تغییر عمده در وضع زندگی) در سه ماه گذشته داشته باشد و نباید به الکل یا مواد مخدر، معتاد باشند. هیچ یک از زوجین برای افزایش میل جنسی نباید دارو مصرف کنند یا برای ناراحتی‌های جنسی تحت درمان باشند.

فرم مصاحبه شماره ۲: برای زنان بارور (۲-الف) شامل ۴ بخش؛ ۱- مشخصات فردی (حاوی ۱۴ سؤال در مورد سن، شغل، تحصیلات و ...)، ۲- اطلاعات مربوط به زندگی زناشویی (حاوی ۱۲ سؤال طول مدت ازدواج، رتبه ازدواج، تشابهات مذهبی و طرز فکر و ...)، ۳- اطلاعات راجع به روابط و نگرش جنسی (حاوی ۶ سؤال در مورد درد هنگام نزدیکی، کسب اطلاعات جنسی و ...)، ۴- اطلاعات مامایی (حاوی ۱۱ سؤال در مورد تعداد فرزندان، شیردهی، روش پیشگیری از بارداری، اختلالات قاعدگی و ...) طراحی شد. همچنین این فرم ویژه زنان نابارور (۲-ب) تهیه شد که در ۳ قسمت اول با فرم زنان بارور، مشترک و در بخش ۴- شامل اطلاعات تشخیص و درمان (حاوی ۱۲ سؤال در مورد مدت اطلاع از ناباروری، مدت و تعداد دفعات درمان و روش آن، علت ناباروری و ...) بود.

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28: شامل ۲۸ سؤال می‌باشد و بر اساس مقیاس لیکرت، هر سؤال نمره‌ای از صفر تا ۳ می‌گیرد. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۸۴ می‌باشد؛ نمره پایین‌تر نشان دهنده سلامت عمومی مطلوب‌تر است (۳۷). فرم ۲۸ سئوالی آن دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است (۳۸). از این پرسشنامه

جهت بررسی سلامت عمومی و روانی واحدهای پژوهش استفاده شد.

فرم پرسشنامه مقیاس رضایت جنسی: این پرسشنامه توسط Cresy و Linda berg در سال ۱۹۹۷ تهیه و روایی و پایایی آن توسط جواد صالحی فدوی در سال ۱۳۷۷ تأیید گردید (۳۹) و در سال ۸۲-۸۱ توسط مریم حسینی در مشهد مورد استفاده قرار گرفت (۷). منظور از رضایت جنسی در این پژوهش، امتیازی است که واحد پژوهش پس از پاسخگویی به مقیاس رضایت جنسی Linda berg و Cresy کسب می‌کند. این مقیاس شامل ۱۷ سؤال است و امتیازبندی آن به صورت همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز می‌باشد. در صورت پاسخ همیشه، ۵ امتیاز و پاسخ هرگز، ۱ امتیاز و در صورتیکه پاسخها بیشتر اوقات، گاهی اوقات و به ندرت باشد، به ترتیب ۴، ۳ و ۲ امتیاز داده می‌شود. حداکثر امتیاز کسب شده، ۸۵ و حداقل امتیاز ۱۷ می‌باشد. رضایت جنسی ضعیف از امتیاز ۵۱-۱۷، رضایت جنسی متوسط، ۶۷-۵۲ و رضایت جنسی خوب، ۸۵-۶۸ رتبه‌بندی می‌شود.

برای تعیین روایی ابزارهای پژوهشگر ساخته مطالعه، از روش روایی محتوی استفاده شد. برای تعیین پایایی فرم‌های مصاحبه و پرسشنامه‌های رضایت جنسی و سلامت عمومی، از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ به این ترتیب که توسط پژوهشگر در دو نوبت به فاصله ده روز برای ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش در هر گروه فرمها تکمیل شد و سپس همبستگی پاسخها محاسبه شد. فرم مصاحبه شماره ۱-الف با $r=0/96$ ، فرم مصاحبه شماره ۲-الف و ۲-ب با $r=0/95$ تأیید گردید. پایایی پرسشنامه رضایت جنسی در این پژوهش، با $r=0/89$ تأیید شد. روایی پرسشنامه سلامت عمومی نیز توسط پالاهنگ در سال ۱۳۷۴ در ایران تأیید شده است (۳۷) و پایایی آن در این پژوهش با $r=0/86$ تأیید شد.

پس از گردآوری داده‌ها و کسب اطمینان از صحت ورود داده‌ها، تجزیه و تحلیل اطلاعات توسط نرم‌افزار SPSS با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد. برای توصیف مشخصات واحد پژوهش در گروهها، از آمار

فیزیکی شوهر با رضایت جنسی ($p < 0/01$) و احساس رضایتمندی شوهر از ظاهر فیزیکی زن (براساس پاسخ زن) و رضایت جنسی ($p < 0/01$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

در مورد متغیرهای رضایت زناشویی و رضایت زن از ظاهر فیزیکی همسر تفاوت معنی‌دار بود ($p < 0/05$) که برای آن از آزمون مدل خطی عمومی استفاده شد. متغیرهای فوق وارد مدل شده و با استفاده از روش فاکتوریل (در نظر گرفتن اثرات متقابل)، فقط متغیر رضایت زن از ظاهر فیزیکی همسر، نقش معنی‌داری در رضایت جنسی داشت ($p < 0/05$). این متغیر در زنان نابارور بیش از زنان بارور گزارش شده بود.

بین متغیرهای مدت اطلاع از ناباروری، مدت درمان، استفاده از روش کمک باروری و امید به موفقیت درمان در گروه نابارور با رضایت جنسی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت؛ اگرچه در گروه علت ناباروری زنانه، رضایت کمترین و در گروه علت مردانه، رضایت جنسی بیشترین مقدار را دارد. از بین استفاده‌کنندگان از روش‌های کمک باروری، گروه استفاده‌کننده از روش‌های محرک تخمک‌گذاری، کمترین میزان رضایت جنسی را اعلام کردند. در گروه نابارور تعداد بارداری ناموفق ($p < 0/005$)، همراهی همسر در درمان ($p < 0/05$) و تامین هزینه درمان ($p < 0/01$) با رضایت جنسی ارتباط آماری معنی‌داری داشت. در گروه بارور تعداد فرزندان و سن کوچکترین فرزند با رضایت جنسی ارتباط آماری معنی‌داری نداشت ولی بین اختلالات قاعدگی و رضایت جنسی ارتباط معنی‌دار بود ($p < 0/005$).

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار ($M \pm SD$) دو گروه از نظر نمرات مقیاس رضایت جنسی در زنان شهر مشهد، ۱۳۸۶

متغیر	زنان بارور	زنان نابارور	کل	t مستقل
رضایت جنسی	۵۹/۶۶ ± ۱۲/۲۳	۶۱/۶۵ ± ۱۱/۶۲	۶۰/۶۵ ± ۱۱/۹۴	t = ۱/۱۸
				df = ۱۹۸
				p = ۰/۲۵

توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی 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 χ^2 استفاده شد. در صورت عدم برخورداری از شرایط انجام آزمون χ^2 ، حسب مورد از آزمون فیشر و من ویتنی (متغیرهای رتبه‌ای) استفاده گردید. در مورد متغیرهای مداخله‌گری که در دو گروه تفاوت معنی‌دار داشتند از آزمون مدل خطی عمومی استفاده شد. به این ترتیب که این متغیرها وارد مدل شده و با استفاده از روش فاکتوریل (در نظر گرفتن اثرات متقابل) اثرشان بر متغیر اصلی بررسی گردید. در آزمون‌های انجام شده سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مدنظر قرار گرفت.

نتایج

علیرغم اینکه رضایت جنسی زنان نابارور اندکی بالاتر بوده اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نیست (جدول ۱). نتایج بدست آمده حاکی از آن است که در دو گروه، در مورد 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 شوهر از ظاهر فیزیکی زن، نگرش در مورد رابطه جنسی، اطلاعات زناشویی و جنسی و نیز سلامت عمومی (بدست آمده از پرسشنامه GHQ28)، با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، من-ویتنی و χ^2 ، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است. همچنین مشاهده شد میانگین امتیاز بدست آمده از مقیاس سلامت عمومی در گروه بارور $22/6 \pm 11/5$ و در زنان نابارور $25 \pm 13/5$ بود ولی دو گروه از نظر نمره کلی سلامت عمومی، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند.

در همه نمونه‌ها بین رضایت زناشویی (براساس پرسش از واحدهای پژوهش و نظر کلی آنها نسبت زندگی زناشویی خویش) و رضایت جنسی ($p < 0/05$) و رضایت زن از ظاهر

بحث

رضایت جنسی نداشتند (۲۷) و مانند مطالعه حاضر اکثراً در حد متوسط قرار داشتند.

در مطالعه Repokari، دو گروه بارور و نابارور، حین بارداری که در زنان بارور به صورت خودبخود و در زنان نابارور به وسیله روش‌های کمک باروری صورت گرفته بود، مورد مقایسه قرار گرفتند و زنان در گروه استفاده کننده از روش‌های کمک باروری، چنانچه در معرض حوادث استرس‌زا قرار می‌گرفتند، کاهش بیشتری در حیطه‌های مختلف مقیاس سنجش سازگاری زوجین (DAS)^۱ و رضایتمندی جنسی نشان می‌دادند (۴۱). احتمالاً علت تفاوت نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر، باردار بودن افراد مورد مطالعه می‌باشد؛ زیرا بارداری خود از عوامل مؤثر بر رضایت جنسی می‌باشد و در زنان نابارور ترس از صدمه به جنین و از دست دادن بارداری، به مراتب بیشتر از زنان بارور می‌باشد. با انتخاب واحدهای پژوهشی که از یکی از روش‌های تنظیم خانواده استفاده می‌کردند و حذف خانم‌های باردار، این متغیر در پژوهش حاضر حذف گردیده است.

مطالعه Lokos در سال ۱۹۹۶، نشان داد که زوجین نابارور نسبت به گروه کنترل (زوجین بارور دارای تصمیم به فرزند دارشدن)، تعداد دفعات نزدیکی بیشتری را تجربه می‌کردند (۳۶). تعداد دفعات نزدیکی یکی از متغیرهای مؤثر بر رضایت جنسی می‌باشد که در ابزار سنجش رضایت جنسی مورد بررسی قرار می‌گیرد. با اینکه در این مطالعه نیز مانند پژوهش حاضر متغیر مهم ترس از بارداری حذف شده است، ولی گروه زنان نابارور تعداد دفعات نزدیکی بیشتری را نسبت به گروه بارور گزارش کرده‌اند. علت تفاوت بین دو پژوهش، احتمالاً تصمیم به باردار شدن است که با هدف‌دار نمودن نزدیکی، می‌تواند بر تعداد دفعات و رضایت جنسی مؤثر باشد. این متغیر مداخله‌گر در پژوهش حاضر با انتخاب واحدهای پژوهش بارور که از روش‌های پیشگیری استفاده می‌کنند و در حال حاضر تمایلی به فرزند دارشدن ندارند، حذف گردیده است.

زنان برخوردار از سلامت کامل جسمی - روانی و عاطفی، پایه‌های مستحکم زندگی خانوادگی سالم و توأم با سعادت هستند. سرکوب نیازهای طبیعی و خدادادی زنان، آثار نامطلوبی بر صمیمیت و نشاط اعضاء خانواده بر جای خواهد گذاشت (۴۰).

بی‌توجهی به غریزه جنسی در انسان، عوارض جبران‌ناپذیری خواهد داشت و در بیشتر مواقع موجب اختلال در روابط زناشویی می‌گردد. امروزه ثابت شده است که علت بسیاری از آشفتگی‌های روانی و ناسازگاری‌های زناشویی، عدم رضایتمندی جنسی می‌باشد (۴). نیازهای جنسی در رده نیازهای فیزیولوژیک و حتی نیازهای معنوی و عرفانی می‌باشد (۴۰). تصور بیشتر بودن میزان اختلالات جنسی در زنان نابارور، می‌تواند به علت عدم آگاهی از مسائل زناشویی و نبود آموزش در جامعه و باورهای غلط فرهنگی باشد (۲۲).

از آنجا که شناخت و مطالعه در زمینه مسائل، تمایلات و رفتارهای جنسی یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی است و بررسی مشکلات مربوط به ناباروری از جمله اولویت‌هاست، پژوهش حاضر در زمینه مقایسه رضایت جنسی زنان بارور و نابارور صورت گرفت و نتایج نشان داد که در مورد تعیین و مقایسه رضایت جنسی در زنان بارور و نابارور، بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار وجود ندارد و هر دو گروه از رضایت جنسی متوسط برخوردارند.

در مطالعه Monga که به بررسی اثر ناباروری بر کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی پرداخته بود، زنان در دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای نداشتند (۳۰)؛ گروه کنترل زوجینی بودند که عمل توبکتومی یا وازکتومی را انتخاب کرده بودند؛ در حالیکه با انجام عمل توبکتومی و وازکتومی انتظار می‌رود با حذف شدن عامل ترس از بارداری، عملکرد جنسی بهبود و در نتیجه رضایت از آن افزایش یابد.

در مطالعه Leiblum، در سه گروه مورد مطالعه (IVF) موفق، IVF ناموفق با فرزند خوانده، IVF ناموفق بدون فرزندخوانده)، گروه‌ها تفاوت قابل ملاحظه‌ای در زمینه

1- Dyadic Adjustment Scale

خانواده ها دارد (۱) به نظر می‌رسد نیاز به تحقیقات بیشتری در زمینه رضایت جنسی و عوامل مؤثر بر آن از جمله مشاوره و آموزش در زمینه مسایل جنسی وجود دارد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی مشهد در قالب طرح مصوب ۸۶۱۲۳ انجام شده است.

شایسته است که از مسئولین محترم مرکز بهداشت استان خراسان به‌ویژه سرکار خانم صفاییان، سرکار خانم هاشمیان، سرکار خانم نقیبی و همکاران محترم مراکز سه‌گانه شهرستان، به‌ویژه جناب آقای دکتر عرب‌نژاد، سرکار خانم امیاری و همکاران بیمارستان منتصریه به‌خصوص سرکار خانم دکتر خادم و سرکار خانم اسحاقی به خاطر همکاری‌های صمیمانه‌شان تشکر نماییم.

تعدادی از متغیرهای مداخله‌گر از جمله رشد عاطفی روانی، تصویر ذهنی از بدن و عملکرد جنسی در این پژوهش مورد مطالعه قرار نگرفته که از محدودیت‌های مطالعه بوده است. از آنجا که مطالعات کاملاً مشابهی در این زمینه یافت نشد و اکثر مطالعات بدون گروه کنترل فقط در زنان و یا زوجین نابارور صورت گرفته است نمی‌توان اظهار نظر دقیقی نمود. گرچه در این مطالعه نیز رضایت جنسی در هر دو گروه متوسط گزارش شده است ولی در دو گروه تفاوت قابل ملاحظه نداشته و به نظر می‌رسد که این مشکل تنها مربوط به زنان نابارور نباشد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش اطلاعاتی در زمینه میزان رضایت جنسی در اختیار دست اندرکاران و کارکنان بهداشتی، برنامه‌ریزان آموزشی و پژوهشگران قرار می‌دهد. با تکیه بر این مهم که رضایت جنسی نقش مهمی در رضایت زناشویی و استحکام

References

1. Salehy Fadard J. [The development and validation of marital satisfaction questionnaire on a sample of students of ferdowsi university]. *Psychother Novelties*. 1999;4(13,14):84-108. Persian.
2. Jonaidy E, Noorani Sadodin SH, Mokhber N, Shakeri MT. [Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2009;12(1):7-16. Persian.
3. Ahmadi Kh, Azad Marzabady E, Molla Zamany A. [The study of marital adjustment in Islamic revolutionary guard corps(Sepah) staff]. *J Mi Med*. 2005;7(7):141-152. Persian.
4. Kariman N, Tarverdi M, Azar M, Alavi Madjd H. [Evaluating the effects of colporrhaphy on the sexual satisfaction of women]. *J Reprod Infertil*. 2005;6(3): 254-60. Persian.
5. Jahanfar SH, Molaeezhad M. [Text book of sexual disorders]. 1th ed. Tehran: Salemi & bizhe publication; 2002. 253 p. Persian.
6. Besharat MB. [Sexual psychogenesis and psychotherapy: sexual problems, classification, etiology and treatment]. *Psychotherapical Novelties*. 1999; 3(9&10):2-29. Persian.
7. Hosseini M. [Effect of sex education on couple sexual and marital satisfaction] [dissertation]. [Mashhad]: Mashhad University of Medical Sciences; 2003. 114 p. Persian.
8. Brezsnayk M, Wisman MA. [Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power]. *Sex Marital ther*. 2004; 30(3):199-217.
9. Bayrami R, Sattarzadeh N, Ranjbar Kouchaksarei F, Pezeshki MZ. [Sexual dysfunction in couples and its related factors during pregnancy]. *J Reprod Infertil*. 2008;9(3):271-82. Persian.
10. Guo B, Huang J. Marital and sexual satisfaction in Chinese families: exploring the moderating effects. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(1):21-9.
11. Farahani MN. [Psychological aspects of coping and adjustment of infertility and role of psychologist]. *J Reprod Infertil*. 2001;2(4):52-9. Persian.
12. Tarlatzis I, Tarlatzis BC, Diakogiannis I, Bontis J, Lagos S, Gavriilidou D, et al. Psychosocial impacts of infertility on Greek couples. *Hum Reprod*. 1993; 8(3): 396-401.
13. Mazaheri MA, Kayghobadi F, Faghihi Imani Z, Ghashang N, Pato M. [Problem solving strategies

- and marital adjustment in infertile and fertile couples]. *J Reprod Infertil.* 2001;2(4):22-32. Persian.
14. Mollaiy nezhad M, Jaaferpour M, Jahanfar SH, Jamshidi R. [Infertility related stress and marital life in Iranian infertile women who referred to Isfahan infertility treatment clinic]. *J Reprod Infertil.* 2001;2(1):26-39. Persian.
 15. Mohammadi MR, Khalaj Abadi Farahani F. [Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them]. *J Reprod Infertil.* 2001;2(4):33-9. Persian.
 16. Novak E, Berek J, Hillard P, Adashi E. *Novak's Gynecology.* 13th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. 1432 p.
 17. Bahrami N, Sattarzadeh N, Ranjbar Koochaksariie F, Ghojazadeh M. [Comparing depression and sexual satisfaction in fertile and infertile couples]. *J Reprod Infertil.* 2007;8(1):52-9. Persian.
 18. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. [The epidemiology of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-5]. *J Reprod Infertil.* 2006;7(3):253-51. Persian.
 19. Younesi J, Salagegheh A. [Body image in fertile and infertile women]. *J Reprod Infertil.* 2001;2(4):14-21. Persian.
 20. Danforth D, Scott J. *Danforth's Obstetrics and Gynecology.* 9th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. 1155 p.
 21. Xu L, Ke HX, He FF. [Psychological aspects of infertile couples in China]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1994;29(4):232-4, 254-5. Chinese.
 22. Kormi Nouri R, Akhondi MM, Behjati Ardakani Z. [Psychosocial aspects of infertility from viewpoint of infertility treating physicians]. *J Reprod Infertil.* 2001;2(3):13-26. Persian.
 23. 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]. *J Reprod Infertil.* 2001;2(4):46-51. Persian.
 24. Najmi BD, Ahmadi SM, Ghassemi G. [Psychological characteristics of infertile couples referring to Isfahan Fertility and Infertility Center (IFIC)]. *J Reprod Infertil.* 2001;2(4):40-5. Persian.
 25. Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31(5):409-25.
 26. Kormi nouri R. [Psycho-social aspect of Infertility]. *J Reprod Infertil.* 2000;1(2):57-68. Persian.
 27. Leiblum SR, Aviv A, Hamer R. Life after infertility treatment: a long-term investigation of marital and sexual function. *Hum Reprod.* 1998; 13(12):3569-74.
 28. Besharat MA. [The contribution of couple's attachment style to the adjustment to infertility]. *J Reprod Infertil.* 2000;2(1):17-25. Persian.
 29. Heidari P, Latifnejad R, Sahebi A, Jahaniyan M, Mazloum SR. [Impact of cognitive behaviour therapy on anxiety level of primary infertile women undergoing IUI]. *J Reprod Infertil.* 2002; 3(3):40-51. Persian.
 30. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment and sexual function. *Urology.* 2004;63(1): 126-30.
 31. Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Stress from infertility, marriage factors and subjective well-being of wives and husbands. *J Health Soc Behav.* 1991;32(3):238-53.
 32. Norten JE, Schilling EA, Couchman GM. Sexual satisfaction and functioning in patients seeking infertility treatment. *Fertil Steril.* 2001;76(3):28-32.
 33. Lee TY, Sun GH. Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. *Arch Androl.* 2000;45(3):143-8.
 34. Hirsch AM, Hirsch SM. The long-term psychosocial effects of infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1995;25(6):517-22.
 35. Burns LH, Covington SN. *Infertility counseling: a comprehensive handbook for clinicians.* 1st ed. London: Informa Health Care; 2000. 648 p.
 36. Lökös M, Tóth M, Czeizel E. [Sexual activity of infertile couples]. *Orv Hetil.* 1996;137(35):1929-34. Hungarian.
 37. Rafiee F. [Assesment of the effect of aerobic group exercise program on psychological well-being in primi-gravidae] [dissertation]. [Mashhad]: Mashhad Univer-sity of Medical Sciences; 2003. 117 p. Persian.
 38. 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]. *J Reprod Infertil.* 2006; 7(3):269-75. Persian.

39. Khosh Nasab SH. [Effect of sexual satisfaction on marital satisfaction] [dissertation]. [Mashhad]: Ferdowsi University of Mashhad; 1998. 132 p. Persian.
40. Bolourian Z, Ganjloo J. [Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar health care centers]. J Reprod Infertil. 2007;8(2):163-70. Persian.
41. Repokari L, Punamäki RL, Unkila-Kallio L, Vilska S, Poikkeus P, Sinkkonen J, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. Hum Reprod. 2007;22(5):1481-91.