مقایسه میزان رضایت جنسی و افسردگی بین زوجین بارور و نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی، درمانی الزهرا(س) تبریز 1385

نیلوفر ستارزاده[1]، نسیم بهرامی[2]، دکتر فاطمه رنجبر کوچکسرائی[3]، دکتر مرتضی قوجازاده[4]

1- مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

2-مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

3- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

4- استادیار، گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

یافته / دوره نهم / شماره 2 / تابستان 86 / مسلسل 32

چکیده

دریافت مقاله: 85/12/15، ***پذیرش مقاله***: 86/5/1

Ø مقدمه : برخی مطالعات، افسردگی، استرس، پائین بودن اعتمادبنفس، نارضایتی جنسی را پیامدهای روانشناختی ناباروری معرفی می‌نمایند. افسردگی و کاهش رضایت جنسی ممکن است نقش چشمگیری در زندگی افراد نابارور، پیگیری روند درمانی و امید به آینده آنها داشته باشند. این پژوهش با هدف مقایسهٔ افسردگی و رضایت جنسی بین زوجین بارور و نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراء تبریز انجام گرفته است.

Ø مواد و روشها: این مطالعه از نوع توصیفی_ مقایسه‌ای بوده، که در آن میزان افسردگی و رضایت جنسی در 150 زوج نابارور با 150 زوج بارور که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی - اجتماعی، مقیاس سنجش افسردگی بک و پرسشنامهٔ استاندارد رضایت جنسی لارسون، صورت گرفت. داده های بدست آمده بوسیله روشهای آماری توصیفی، آزمونهای تفاوت میانگین و آزمون رابطه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

Ø یافته‌ها: اختلاف امتیاز افسردگی بین مردان نابارور و بارور و نیز در زنان از نظر آماری معنی‌دار بود. اما تفاوت آماری معنی‌داری از نظر امتیاز رضایت جنسی در مردان نابارور و بارور ونیز در زنان مشاهده نشد. میانگین امتیاز افسردگی در زنان نابارور نسبت به همسرانشان بیشتر بود. اما میانگین امتیاز رضایت جنسی بین مردان و زنان نابارور اختلاف آماری چشمگیری نداشت. بین میزان رضایت جنسی و افسردگی همبستگی معنی‌دار منفی وجود داشت.

Ø بحث و نتیجه‌گیری: افراد نابارور نیازمند درمان و مراقبت دقیق از نظر مسایل روحی و روانی نیزمی‌باشند. حضور افراد متخصص در تیم درمان ناباروری برای بررسی و تشخیص زوجین نابارور الزامی است، تا قبل از هر نوع تأخیر بتوان درمان این افراد را آغاز کرد.

Ø واژه های کلیدی: زوج نابارور، زوج بارور، افسردگی، رضایت جنسی

آدرس مکاتبه: تبریز _خیابان شریعتی جنوبی_ دانشکده پرستاری مامائی_صندوق پستی 347_51745

پست الکترونیک: sattarzadehn@tbzmed.ac.ir

مقدمه

با وجود تغییرات مختلف در زمینه نگرش نسبت به مسایل جنسی در قرون اخیر هنوز هم اهمیت باروری در ذهن بشر حفظ شده‌است، به نحوی‌که یکی از عوامل تحکیم زندگی زناشویی وجود فرزند می‌باشد. به همین علت باروری که مرحله‌ای طبیعی از زندگی و یکی از مهمترین اهداف هر پیوند زناشویی است، مفهومی از ادامهٔ روند زندگی جاودانگی برای بشر دارد (1، 2).

در مقابل باروری جنبهٔ مهم دیگری بنام ناباروری وجود دارد که با ناتوانی در بچه‌دار شدن بعد از یکسال فعالیت جنسی مداوم و بدون استفاده از روشهای جلوگیری از بارداری تعریف می‌شود(1و2و3). ناباروری مشکل شایعی است که شیوع آن در نقاط مختلف دنیا 15-10درصد تخمین زده شده است (4).

مطالعات انجام شده در این زمینه، آشفتگی، استرس، افسردگی، پایین بودن عزت‌نفس، نارضایتی زناشویی و نارضایتی جنسی را پیامدهای روانشناختی ناباروری معرفی می‌نمایند (5). بسیاری از مطالعات تأثیر ناباروری روی ازدواج و روابط جنسی بین زوجین را نشان داده‌اند (6). به گفته سازمان جهانی بهداشت، رابطه جنسی بین زوجین مترادف با مقاربت جنسی نیست و هدف آن صرفاً تجربه یا عدم تجربه ارگاسم نیست (7)، اختلال در عملکرد جنسی شریک خاموش درمانهای ناباروری است(8). در طول مدت درمان ناباروری50 تا 60 درصد از زوجین کاهش واضحی را در رضایت جنسی بیان کرده‌اند (9) رضایت جنسی بطور عمده‌ای تحت تأثیر پیامدهای ناباروری از قبیل کاهش عزت‌نفس، احساس افسردگی و نگرانی و همچنین رابطهٔ جنسی همراه با شکست در بارور شدن قرارمی‌گیرد (8).

لذت جنسی آدمیان بیشتر محصول ذهن است تا بدن. افسردگی، خشم، اضطراب و ترس می‌توانند در توانایی تشخیص در لذت بردن از فعالیت جنسی تداخل کنند (6). افسردگی ناشی از ناباروری (درمانهای گرانقیمت و تهاجمی) بعنوان کاتالیزوری عمل می‌کند که مشکلات جنسی را بروز داده و آشکار می‌کند. از دست دادن میل جنسی، تغییراتی در رسیدن به مرحلهٔ ارگاسم، کاهش نزدیکیها و عدم رضایت جنسی از مشکلات شایع این زوجها محسوب می‌شود (7)

افراد افسرده احساس بی‌حسی پایدار، ناامیدی، درماندگی، بی‌ارزشی و گناه می‌کنند و عموماً تعلق خاطر خود را نسبت به زندگی، شغل و دیگر فعالیتهایی که قبلاً برایشان لذتبخش بود از جمله فعالیتهای جنسی از دست می‌دهند (2).

در مطالعه‌ای که در آفریقای جنوبی روی زوجین نابارور انجام شده گزارش کرده است که 43% زنان احساس می‌کنند که ناتوانی آنها در بچه‌دارشدن تأثیرات منفی شدیدی روی زندگی آنها بخصوص روابط جنسیشان دارد (6). بسیاری از زنان و مردان این احساس را دارند که زنانگی و مردانگی آنها در نتیجهٔ ناباروری کاهش یافته‌است و این موضوع باعث کاهش رضایت جنسی در آنها نیز شده‌است (8).

در حالیکه بعضی از زوجین اظهار می‌کنند که بحران ناباروری باعث افزایش صمیمیت و بهبود روابط بین آنان شده است (6). برخی مطالعات نشان می‌دهند که رویهمرفته کاهش زیادی در رضایت جنسی زوجین در نتیجهٔ ناباروری ایجاد نمی شود (10). اکثر تحقیقات انجام گرفته عمدتاً در زمینهٔ تأثیر ناباروری بر روی زندگی مشترک بوده و تنها در مطالعات اندکی زندگی جنسی زوجین نابارور مورد بررسی قرار گرفته‌است (8). کاهش رضایت جنسی که به هر دلیلی ایجاد شود دارای پیامدهای منفی بسیاری است. تحقیقات نشان می‌دهند که نارساییهای جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرایم، تجاوزات جنسی، بیماریهای روانی و طلاق دارند (12).

طبق بیانیهٔ سازمان جهانی بهداشت «سلامت تنها به معنای نبود بیماری نیست بلکه عبارت‌است از برخورداری از سلامت جسمی، روحی و معنوی» از این رو بهداشت روان و یا بعبارت دیگر حفظ و ارتقای سلامت روان، بخشی از بهداشت عمومی است (11). مشکلات مربوط به ناباروری در اواخر دهه های بیست و سی زندگی، بسیاری از زنان را در سراشیبی منتهی به

افسردگی قرار می‌دهند. تلاش برای باردار شدن، اقدامات پزشکی گرانقیمت و خسته کننده‌ای ایجاب می‌کند. تردید و درماندگی همراه با ناباروری می‌تواند اساس روابط یک زوج را به لرزه درآورد (11). افسردگی و رضایت جنسی که از عوامل مهم بهداشت روانی زوجین محسوب می‌شوند، تحت تأثیر ناباروری و درمانهای آن قرار می‌گیرند (2). در واقع میل جنسی کم یکی از نشانه‌های ویژهٔ افسردگی است (11) زیرا ناباروری یکی از بحرانهای پیچیدهٔ زندگی زوجین است که منجر به فشارهای عمیق عاطفی و روانی بر روی زوجین می‌شود (12).

اکثریت زنانی که تحت مراقبت ماماها قرار دارند مادران حامله و یا در مرحلهٔ زایمان هستند، در حالیکه زوجین نابارور عدهٔ محدود ولی با اهمیتی از بیماران هستند که نیاز به درک و حمایت از طرف ماماها دارند. ماماها می‌توانند در کمک به افراد نابارور جهت مقابله با ناکامیها و مشکلات ناباروری نقش حیاتی داشته باشند(2).

مواد و روشها

این بررسی یک مطالعه توصیفی- مقایسه‌ای است که در آن میزان افسردگی و رضایت جنسی در 150 زوج نابارور با 150 زوج بارور (در مجموع600نفر) مراجعه کننده به کلینیک نازایی و درمانگاه زنان مرکز آموزشی- درمانی الزهراء (کانون مراجعین در استان آذربایجان شرقی و استانهای همجوار) که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. این نمونه ها در گروه سنی 18-45 سال قرار داشتند و فاقد هر گونه بیماری جسمی و یا مشکل روانی شناخته شده از جمله مشکلات جنسی و افسردگی بودند. همچنین افراد مورد پژوهش دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن (تحصیلات ابتدایی) بودند. محیط پژوهش بخش نازایی و درمانگاه زنان مرکز آموزشی درمانی الزهراء(س) بود. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ای که مشتمل بر سه بخش شامل مشخصات فردی- اجتماعی زوجین، مقیاس سنجش افسردگی بک و پرسشنامهٔ استاندارد رضایت جنسی لارسون (13) بود صورت گرفت. روش گردآوری اطلاعات خودگزارش دهی توسط واحدهای مورد پژوهش با تکمیل پرسشنامه خود ایفاء بود. در پرسشنامهBeck، کسب امتیاز15-0 مبنی بر عدم وجود افسردگی (میانگین بهنجار)، 16-30 افسردگی خفیف، 31-45 افسردگی متوسط و46-63 افسردگی شدید بود. در مورد پرسشنامه لارسون کسب امتیاز بیش از 50 مبنی بر عدم رضایت، 50-75 رضایت کم، 76-100 رضایت متوسط و 101-125 رضایت زیاد بود.

این تحقیق پس از اخذ تاییدیه کمیتهٔ اخلاقی دانشگاه صورت گرفت و کلیه اطلاعات به‌دست آمده از بیماران بصورت محرمانه باقی می‌ماندند. همچنین برای جلب رضایت بیماران در پاسخ به سوالات از پرسشگر زن برای زنان و پرسشگر مرد در مردان استفاده گردید.

داده های بدست آمده از مطالعه بوسیله روشهای آماری توصیفی، آزمونهای تفاوت میانگین (T-Test و One-Way ANOVA) و آزمون رابطه مجذور کای و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 14 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه P کمتر از 0/05 معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها

نتایج بعضی از خصوصیات انتخابی در جدول 3 نشان داده شده است. علت ناباروری در 36/7 درصد عامل زنانه، 29/3 درصد نامشخص، 18/7درصد علت مربوط به هر دو طرف و 15/3درصد عامل مردانه بود. 73/3درصد زوجین نابارور دارای سابقهٔ حداقل یکبار شکست در درمان ناباروری را داشتند.

در مجموع میزان افسردگی مردان نابارور بیشتر از مردان بارور بود (p = 0/005 ، df =280/41 ، t =2/54). میزان افسردگی در زنان نابارور نیز بیشتر از زنان بارور بود (p<0/001، df=284/72 ، t=3/68). همچنین در گروه بارور (p<0/001، df=261/71، t=5/45) و نابارور (p=0/0025، df=298، t=2/84) افسردگی در زنان در مقایسه با همسرانشان بیشتر بود.

در کل بین سن افراد نابارور با افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (F(3/296)=3/37 ،p=0/19) بطوریکه میانگین سنی افرادی که افسردگی نداشتند پائین تر از میانگین سنی افراد دارای افسردگی متوسط کمتر بود، بود (p=0/012). همچنین میانگین سنی افرادی که دارای افسردگی خفیف بودند پائین تر از میانگین سنی افرادی بود که افسردگی متوسط داشتند (p=0/038).

بررسیها نشان داد که بین سطح تحصیلات بیماران نابارور با افسردگی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (p<0/001، df=12، x^2=40/58). همچنین بین وضعیت شغلی و وضعیت اقتصادی خانواده با میزان افسردگی در زوجین نابارور بترتیب (p<0/001، df=12، χ2=37/05) و (p=0/035، df=3، χ2=8/57) ارتباط آماری معنی دار بود.

میانگین امتیاز رضایت جنسی در بین زوجین بارور و نابارور متفاوت بود اما این تفاوتها از لحاظ آماری معنی دار نبود. در گروه ناباروران بین سن، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، قومیت، علت ناباروری، سابقهٔ درمان، طول مدت ناباروری با رضایت جنسی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، اما بین طول مدت ازدواج (p<0/001)، وضعیت اقتصادی (p<0/001)، تعداد دفعات درمان ناموفق(p=0/024)، طول مدت تشخیص ناباروری (p=0/004) و انجام آزمایشات تشخیصی(p=0/028) با رضایت جنسی ارتباط آماری معنی‌دار بود.

در سؤالات مربوط به پرسشنامهٔ رضایت جنسی، بین سؤالات زیر با وضعیت باروری در زنان بارور و نابارور رابطهٔ آماری معنی‌داری وجود داشت. 1- زندگی جنسی من یکنواخت است (p= 0/002). 2- به عقیدهٔ من روابط جنسی در زندگی زناشویی بسیار مهم و جالب است(p= 0/042). 3- همسرم در هنگام برقراری رابطهٔ جنسی خشن و تندخو است (p= 0/049). 4- همسرم شریک خوبی در روابط جنسی ما می باشد (p=0/043). 5- به عقیدهٔ من برقراری روابط جنسی، عملکردی طبیعی در روابط می‌باشد (p= 0/014).

در گروه مردان وضعیت باروری با سؤالات زیر رابطهٔ معنی‌داری داشت. 1- همسرم به روابط جنسی اهمیت زیادی می‌دهد(p=0/021). 2- همسرم در هنگام برقراری رابطهٔ جنسی خشن و تندخو است (p=0/041). 3- من واقعاً احساس می‌کنم، روابط جنسی ارتباط عاطفیمان را قویتر می کند (p=0/023). 4- من احساس می‌کنم همسرم از روابط جنسیمان خشنود است (p=0/043). 5- همسرم به نیازها و تمایلات جنسی من بسیار حساس است (p= 0/049).

در تعیین ارتباط میان افسردگی و رضایت جنسی نشان داده شد که بین افسردگی و رضایت جنسی در مردان و زنان بارور و نابارور همبستگی معنی دار منفی وجود داشت. یعنی کاهش یا افزایش افسردگی با میزان رضایت جنسی ارتباط غیر مستقیم دارد. (در مردان نابارور p=0/003، r=0/243، در زنان نابارور p<0/001، r=0/446، در مردان بارور p<0/001، r=-0/313 و در زنان بارور p<0/001، r=-0/370).

جدول شماره 1- توزیع فراوانی میزان رضایت جنسی در زوجین بارور و نابارور*

	مردان بارور	مردان نابارور	زنان بارور	زنان نابارور
عدم رضایت	-	-	-	4(2/7)
رضایت کم	11(7/3)	8(5/3)	14(9/3)	6(4)
رضایت متوسط	65(43/7)	64(42/7)	68(45/3)	74(49/3)
رضایت زیاد	74(49/3)	78(52)	68(45/3)	66(44)

*نشان دهنده تعداد (درصد) است

جدول2-توزیع فراوانی میزان افسردگی در زوجین بارور و نابارور*

	مردان بارور	مردان نابارور	زنان بارور	زنان نابارور
بدون علامت	118(78/7)	99(66)	109(72/7)	76(50/7)
خفیف	28(18/7)	37(24/7)	31(20/7)	46(30/7)
متوسط	4(2/7)	12(8)	10(6/7)	26(17/3)
شدید	-	2(1/3)	-	2(1/3)

*نشان دهنده تعداد (درصد) است

جدول3- ویژگی های فردی اجتماعی زوجین بارور و نابارور*

		مردان بارور	زنان بارور	مردان نابارور	زنان نابارور
میانگین سنی		34/19± 6/37	29/86 ± 6/43	33/53± 4/73	28/14±5/32
	ابتدائی	(6/7)10	(7/3)11	(10/7)16	(11/3)17
	راهنمائی	(12/7)19	(9/3)14	(18/7)28	(20/7)31
	متوسطه	(16/7)25	(11/3)17	(10/7)16	(8)12
سطح تحصیلات	دیپلم	(20/7)31	(36/7)55	(25/3)38	(35/3)53
	دانشگاهی	(43/3)65	(35/3)53	(34/7)52	(24/7)37
وضعیت شغلی	بیکار	(3/3)5	(59/3)89	(5/3)8	(63/3)95
	کارگر	(28/7)43	(2)3	(27/3)41	(2)3
	کارمند	(40/7)61	(33/30)50	(36)54	(20)30
	دانشجو	(4)6	(2)3	(1/2)2	(2/7)4
	سایر مشاغل	(23/3)35	(3/3)5	(30)45	(12)18
طول مدت ازدواج	1-5	(46/7)70			(57/3)86
	6-10	(28/7)43			(30)45
	11-15	(13/3)20			(10)15
	16-20	(3/3)5			(2)3
	>20	(8)12			(0/7)1
محل سکونت	شهر	(92/7)139			(87/3)131
	روستا	(7/3)11			(12/7)19
امتیاز افسردگی		9/57±8/31	11/44±9/87	12/40±10/74	16/19±12/29
امتیاز رضایت جنسی		98/21±13/07	97/97±13/18	98/76±12/34	96/55±14/32

* تعداد (درصد)و یا میانگین ± انحراف معیار می باشد.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف این مطالعه تعیین و مقایسهٔ میزان افسردگی و رضایت جنسی در زوجین بارور و نابارور بود. این مطالعه ممکن است از این‌جهت که در آن از روش خود گزارشی استفاده شده بود در مقایسه با روشهای مصاحبه‌ای، ارزش بیشتری داشته باشد.

بر اساس یافته‌های حاصل از این تحقیق درگروه نابارور 34 درصد از مردان و 49/3 درصد از زنان دارای درجاتی از افسردگی بودند که این میزان در گروه بارور 21/4 درصد در مردان و 27/4درصد در زنان بود. در نتیجه مقدار و شدت افسردگی در زوجین نابارور از زوجین بارور بیشتر است که این نتایج با نتایج به‌دست آمده توسط دومار و همکاران (14)، برگ و همکاران (15)، نجمی و اشکانی (16) همخوانی دارد.

یکی از عوامل مؤثر بر بروز افسردگی، طول مدت تشخیص ناباروری است (2). چیپا در مطالعه‌ای که بر روی زنان نابارور ژاپنی انجام داد به این نتیجه دست یافته‌است که در زنانی که مدت بیشتری (بیش از چهار سال) از تشخیص ناباروری آنها می‌گذرد، احساس افسردگی و بی‌کفایتی بیشتری دیده می شود (1). در بررسیهای انجام شده توسط الوانی و همکاران بین طول مدت ناباروری و مسایل روانی ناباروران ارتباط وجود داشت (17). خادمی و همکاران نیز رابطهٔ میان این دو را عنوان کردند، اما در مطالعهٔ حاضر ارتباط معنی‌داری بین طول مدت ناباروری و میزان افسردگی مشاهده نشد، شاید این امر به این علت باشد که در مطالعهٔ حاضر در نیمی از زوجین نابارور، مدت سه سال یا کمتر از تشخیص ناباروری آنها می‌گذشت. که این نتیجه مشابه مطالعه رمضانزاده و همکاران است (18).

یکی از ویژگیهای این مطالعه ارزیابی افسردگی و رضایت جنسی در هر دو جنس و مقایسهٔ نتایج آن با گروه مشابه در باروران بود و این در حالی است که اکثر مطالعات انجام شده بر روی افسردگی و رضایت جنسی در زنان تمرکز دارند. در این تحقیق نشان داده شد که اگر میزان افسردگی و رضایت جنسی میان دو جنس(زن و شوهر) مقایسه شود، افسردگی و کاهش رضایت جنسی در زنان نابارور نسبت به همسرانشان بیشتر است و این موضوع بیانگر این امر است که زنان نابارور بیش از همسران خود تحت تأثیر عوارض روحی روانی ناباروری قرار می‌گیرند.که این نتایج با نتایج حاصل از بسیاری از مطالعات (دمیترنار و همکاران در سال 1998، اینهورن در سال 1996، گلاور و همکاران در سال 1998 و بیوتل و همکاران در سال 1999) همخوانی دارد (19، 20، 21، 22).

نتایج مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر ناباروری بر رضایت جنسی معمولاً با یکدیگر تناقض دارند. ابی و همکاران در مطالعه خود اعلام کردند که گسستگی روابط جنسی و در نتیجه کاهش در رضایت جنسی در زوجین نابارور در مقایسه با گروه کنترل آنها دیده می‌شود. آنها عنوان کرده بودند که روابط جنسی در نابارووران به صورت نوعی عمل مکانیکی و نه احساسی است (23). در مطالعه دنرشتین و همکاران این نتیجه در 71 درصد زنان نابارور دیده شده بود (1). در حالی‌که نتایج به‌دست آمده از مطالعات دنیلوک، رایت، مزور، لیبوم و فیگان بیانگر این است که رضایت و عملکرد جنسی معمولاً یا بهبود می‌یابد یا اینکه در مقایسه با جمعیت عادی جامعه کاهش چشمگیری را نشان نمی‌دهد(5) که این نتیجه با نتایج به‌دست آمده از تحقیق ما همخوانی دارند.

افسردگی و کاهش رضایت جنسی از مهمترین مشکلات زوجین نابارور و بویژه زنان هستند که ممکن است همهٔ جنبه-های زندگی زناشویی این زوجین و حتی روند درمان آنها را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش پیشنهاد می‌شود که زوجین نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری در طول مدت درمانشان از لحاظ وجود یا عدم وجود اختلالات روانی بویژه افسردگی غربالگری شوند و مورد بررسی بیشتر و درمان قرار گیرند. همچنین منطقی تر به نظر می‌رسد که سرویسهای ارایه کننده مشاوره‌های روانی در کلیه مراکز ناباروری حاضر باشند تا بتوانند نیازها و مشکلات روانی بیماران نابارور را از زمان تشخیص تا انتهای روند پیگیری درمان را تشخیص و برطرف نمایند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد. لذا از حمایتهای معاونت محترم پژوهشی آن دانشگاه و اساتید محترم گروه مامایی و روانپزشکی و مشاور آمار و همچنین پرسنل محترم درمانگاه نازایی بیمارستان الزهرا و بیماران عزیز که در این تحقیق ما را یاری کرده اند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Monga MO, Alexanderescu BO, Ekatz SE, Stein MU, Ganiats TH. Impact of Infertility on Quality of Life, Marital Adjustment, and Sexual Function. Urology, 2004; 63: 126-130

2- محمدی ف. بررسی عوامل تنش‌زا و راهبردهای مقابله‌ای زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهراء تبریز1376، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، 1386، ص: 7-1

3- قره خانی پ، ساداتیان ا. تظاهرات اصلی و درمان بیماریها، چاپ اول، انتشارات نور دانش، تهران، 1381، ص: 7

4- بهاروند ح. راهنمای درمان ناباروری برای زوجهای نابارور، چاپ اول، مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده، تهران، 1378، ص: 7

5. Anderson KM, Sharpe M, Irvine DS. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. Journal of Psychosomatic Research, 2003; 54: 353-355
6. 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. Human Reproduction, 2001; 16(8): 1762-1767

7- خویی مرقاتی ع. بررسی و مقایسهٔ مشخصات فردی و خانوادگی زنان شاغل راضی و ناراضی از روابط جنسی، پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، 1376، ص: 25-5

8. Mechanick braverman AN. Psychological aspects of infertility: Sexual dysfunction. international congress series, 2004; 1266: 270-274
9. Infertility Coping & Support. 2004. Keeping your Sex life alive while Coping with Infertility; Available from http:// www. inciid. org/ article. php. cat= infertility support & id= 263
10. Pasch LA, Dunkel-Schetter CH, Christensen AN. Differences between husbands and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. Fertility and sterility, 2002; 71(6): 1241-1243

11-کارن جی کارلسون، استفانی ا، ایزنستات ترازیپورین. بهداشت روانی زنان، ترجمه خدیجه ابوالمعالی، هایده صابری، ژینوس لطیفی، مهدی محی الدین بناب، نشر ساوالان، تهران، 1379، ص: 70-24

12-جهانفر ش، مولایی نژاد م. درسنامه اختلالات جنسی، چاپ اول، نشر بیژه، تهران، 1370، ص: 11-37

13. Larson J. A longitudinal study of the effect of pemarital communication, relationship stability and self esteem on sexual satisfaction in the first year of mrriage. Journal of sex and marital hherapy, 1998; 24(3): 195-206
14. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and pedictability of depression in infertile women. Fertility & Sterility, 1992; 58: 1158-1163
15. Berg BJ, Wilson JF. Psychiatric morbidity in infertile population: a reconceptualization. Fertility & Sterility, 1990; 53: 654-661
16. Ashkani H, Akbari A, Heydari ST. Epidemiology of depression among infertile and fertile couples in Shiraz, southern Iran. Indian Journal of medical science, 2004; 60(10): 399-406
17. Alvani J, Niknam SH. A survey in the psychological complications from infertility among women. Shiraz university

of Medical Sciences: MD Thesis. 2000; pp: 125

18. Ramezanzadeh F, Aghsa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, deoression and duration of infertility. BMC women' health, 2004; 4(9): 1-7
19. Glover L, Hunter M, Richards JM, Katz M, Abel PD. Development of the fertility adjustment scale. Fertil. Steril, 1999; 72(4): 623-628
20. Beutel M, Kupfer J, Kirchmeyer P, Kehde S, Köhn M, Schroeder-Printzen Is, et al. Treatment- related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IVF or ICSI. Andrologia, 1999; 31: 27-35
21. Demyttenaere K, Bonte L, Gheldof M, Vervaeke M, Meuleman C, Vanderschuerem D, et al. Coping style and depression level influence outcome in In Vitro fertilization. fertile. Sterile, 1998; 69:1026-1033
22. Inhorn MC. Infertility and patriarchy: The cultural politics of gender and family life in egypt. University of pennsylvania press, Philadelphia, 1996; 171-180
23. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? Journal of personality Soc Psychol, 1995; 68: 455-469