

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد مرودشت

دانشکده علوم، گروه مشاوره و راهنمایی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)

رشته مشاوره و راهنمایی

عنوان:

بررسی رضایت مندی زناشویی زوجین نابارور در مراکز

منتخب شهر تهران

استاد راهنما: دکتر عبدالله شفیع آبادی

استاد مشاور: دکتر آذرمیدخت رضایی

نگارش: زهرا فضلی خلف

اطلاعات مرکز علمی پژوهش
سپتامبر

پاییز ۱۳۸۶

۱۳۸۸/۱۲/۲

۱۳۰۹۷۵

تقدیم به:

وجود پر برکت

مادر و پدر عزیزم

که آفتاب وجودشان،

روشنگر زندگی من است.

تقدیر و تشکر:

- از استاد عزیز و بزرگوارم جناب آقای دکتر عبدالله شفیع آبادی که بر من منت نهاده و راهنمایی این پایان نامه را پذیرفتند و همچنین در تمام دوره این مقطع تحصیلی، ما را قرین لطف خود نمودند، تشکر و قدردانی می کنم.

- از استاد ارجمند سرکار خانم دکتر آذرمیدخت رضایی، استاد مشاور این پایان نامه، صمیمانه سپاسگزارم.

- از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر محمدمهدی آخوندی، ریاست محترم پژوهشکده ابن سینا، که امکان انجام این پایان نامه را در مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری ابن سینا فراهم نمودند، صمیمانه سپاسگزارم.

- از استاد ارجمند جناب آقای دکتر عبدالله احمدی، معاون محترم آموزشی دانشگاه که در طول دوره تحصیل، از هیچ کوششی در رفع مشکلات آموزشی ما دریغ ننمودند، صمیمانه تشکر می کنم.

- از سرکار خانم زهره بهجتی اردکانی، بسیار متشکرم. همکاری و راهنمایی ارزشمند ایشان، در انجام این پایان نامه بسیار مفید و موثر بود.

- از خواهران نازنین و برادر عزیزم، که در این مسیر همراه و همپای من بودند، صمیمانه سپاسگزارم.

و خداوند بزرگ را شکر می گویم و بر درگاه عبودیتش، سر به سجده بندگی

می نهیم که به من توفیق رشد عنایت کرد، مسیرم را هموار ساخت و در دشواریها یاریگرم شد. امیدوارم بتوانم آنچه را که آموخته ام در راه او و کعبه به بندگان او وقف نمایم و فراموش نخواهم کرد که:

تکیه بر تقوی و دانش در طریقت کافری است

راهرو گر صد هنر داند توکل بایزش.

این پایان نامه با حمایت پژوهشکده فناوریهای نوین علوم
پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن سینا، انجام پذیرفته است.
بدینوسیله از هیات رئیسه این پژوهشکده تشکر و قدردانی
می نمایم.

فصل اول: کلیات تحقیق ۲

- ۱-۱- مقدمه ۲
- ۱-۲- بیان مسأله ۳
- ۱-۳- اهمیت و ضرورت مساله ۶
- ۱-۴- هدف تحقیق ۸
- ۱-۵- سوالات تحقیق: ۹
- ۱-۶- فرضیه های تحقیق ۹
- ۱-۷- تعریف مفاهیم (نظری و عملی) ۱۰

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق ۱۲

- ۲-۱- مقدمه ۱۳
- ۲-۲- نظریه های مرتبط با ناباروری ۱۳
- ۲-۲-۱- نظریه روانکاوی ۱۳
- ۲-۲-۲- نظریه روان شناسی خود و من ۱۴
- ۲-۲-۳- نظریه رشد و بحران ۱۴
- ۲-۲-۴- نظریه سیستمی خانواده ۱۵
- ۲-۲-۵- نظریه های مبتنی بر جنسیت ۱۶
- ۲-۳- رضایت زناشویی ۱۸
- ۲-۴- بررسی مطالعات پیشین ۲۰
- ۲-۵- مطالعات انجام گرفته در ایران ۳۰
- ۲-۶- جمع بندی ۳۲

فصل سوم: روش تحقیق ۳۴

- ۳-۱- مقدمه ۳۵
- ۳-۲- طرح تحقیق ۳۵
- ۳-۳- جامعه تحقیق ۳۵
- ۳-۴- نمونه تحقیق ۳۵
- ۳-۵- روش اجرای تحقیق ۳۶

۳۷.....	۳-۶-بزار جمع آوری اطلاعات
۴۲.....	۳-۷- روش تجزیه و تحلیل داده ها.....
۴۲.....	۳-۸- مشکلات جمع آوری داده ها.....
۴۳.....	۳-۹- ملاحظات اخلاقی
۴۴.....	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها
۴۵.....	۴-۱- مقدمه
۴۶.....	۴-۲- یافته های کمی تحقیق
۶۶.....	۴-۳- یافته های کیفی تحقیق
۷۸.....	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۷۹.....	۵-۱- خلاصه
۷۹.....	۵-۲- یافته های پژوهش
۸۳.....	۵-۳- نتیجه گیری
۸۴.....	۵-۴- محدودیت های تحقیق
۸۴.....	پیشنهادات
۸۵.....	ضمایم.....
۸۶.....	منابع فارسی
۸۸.....	منابع انگلیسی

- جدول ۴-۱ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس سن / ۴۶
- جدول ۴-۲ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس جنسیت / ۴۷
- جدول ۴-۳ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس مدت ازدواج / ۴۸
- جدول ۴-۴ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس مدت ناباروری / ۴۹
- جدول ۴-۵ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس علت ناباروری / ۵۰
- جدول ۴-۶ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس دفعات درمان / ۵۱
- جدول ۴-۷ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس شغل / ۵۲
- جدول ۴-۸ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس سطح تحصیلات / ۵۳
- جدول ۴-۹ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس مراجعه برای درمان / ۵۴
- جدول ۴-۱۰ فراوانی و درصد فراوانی آزمودنی ها بر اساس نمره کل رضایت زناشویی / ۵۵
- جدول ۴-۱۱ فراوانی و درصد فراوانی موضوعات شخصیتی / ۵۶
- جدول ۴-۱۲ فراوانی و درصد فراوانی ارتباط زناشویی / ۵۷
- جدول ۴-۱۳ فراوانی و درصد فراوانی حل تعارض / ۵۸
- جدول ۴-۱۴ فراوانی و درصد فراوانی مدیریت مالی / ۵۹
- جدول ۴-۱۵ فراوانی و درصد فراوانی فعالیتهای اوقات فراغت / ۶۰
- جدول ۴-۱۶ فراوانی و درصد فراوانی رابطه جنسی / ۶۱
- جدول ۴-۱۷ فراوانی و درصد فراوانی اقوام و دوستان / ۶۲
- جدول ۴-۱۸ فراوانی و درصد فراوانی جهت گیری مذهبی / ۶۳
- جدول ۴-۱۹ فراوانی و درصد فراوانی رضایت زناشویی آزمودنی هایی که به درمان مراجعه نمی کنند / ۶۴
- جدول ۴-۲۰ فراوانی و درصد فراوانی رضایت زناشویی آزمودنی هایی که به درمان مراجعه می کنند / ۶۵
- جدول ۴-۲۱ شاخصهای توصیفی نمره های رضایت زناشویی بر اساس دو متغیر نوع جنسیت و علت ناباروری / ۶۶
- جدول ۴-۲۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس دو طرفه جهت بررسی تاثیر دو متغیر جنسیت و علت ناباروری بر روی رضایتمندی زناشویی / ۶۶
- جدول ۴-۲۳ شاخصهای توصیفی رضایتمندی زناشویی بر حسب دفعات درمان / ۶۷
- جدول ۴-۲۴ آزمون تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی تفاوت میزان رضایتمندی زناشویی بر اساس دفعات درمان / ۶۷

- جدول ۴-۲۵ اجرای آزمون تعقیبی شفه جهت بررسی تفاوت دوبه دوی گروه ها / ۶۹
- جدول ۴-۲۶ نتایج آمار تی جهت بررسی میانگین ها بر اساس مراجعه به درمان / ۷۰
- جدول ۴-۲۷ شاخصهای توصیفی رضایتمندی زناشویی بر حسب سن / ۷۱
- جدول ۴-۲۸ آزمون تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی تفاوت میزان رضایتمندی زناشویی بر اساس سن / ۷۱
- جدول ۴-۲۹ شاخصهای توصیفی رضایتمندی زناشویی بر حسب مدت ازدواج / ۷۲
- جدول ۴-۳۰ آزمون تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی تفاوت میزان رضایتمندی زناشویی بر اساس مدت ازدواج / ۷۱
- جدول ۴-۳۱ اجرای آزمون تعقیبی شفه جهت بررسی تفاوت دوبه دوی گروهها / ۷۳
- جدول ۴-۳۲ شاخصهای توصیفی رضایتمندی زناشویی بر حسب مدت ناباروری / ۷۴
- جدول ۴-۳۳ آزمون تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی تفاوت میزان رضایتمندی زناشویی بر اساس مدت ناباروری / ۷۴
- جدول ۴-۳۴ اجرای آزمون تعقیبی شفه جهت بررسی تفاوت دوبه دوی گروه ها / ۷۵
- جدول ۴-۳۵ شاخصهای توصیفی رضایتمندی زناشویی بر حسب تحصیلات / ۷۶
- جدول ۴-۳۶ آزمون تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی تفاوت میزان رضایتمندی زناشویی بر اساس تحصیلات / ۷۶
- جدول ۴-۳۷ شاخصهای توصیفی رضایتمندی زناشویی بر حسب شغل / ۷۷
- جدول ۴-۳۸ آزمون تحلیل واریانس یک طرفه جهت بررسی تفاوت میزان رضایتمندی زناشویی بر اساس شغل / ۷۷

- نمودار ۲-۴ توزیع درصد فراوانی جنسیت / ۴۷
- نمودار ۳-۴ توزیع درصد فراوانی مدت ازدواج / ۴۸
- نمودار ۴-۴ توزیع درصد فراوانی مدت ناباروری / ۴۹
- نمودار ۵-۴ توزیع درصد فراوانی علت ناباروری / ۵۰
- نمودار ۶-۴ توزیع درصد فراوانی دفعات درمان / ۵۱
- نمودار ۷-۴ توزیع درصد فراوانی شغل / ۵۲
- نمودار ۸-۴ توزیع درصد فراوانی تحصیلات / ۵۳
- نمودار ۹-۴ توزیع درصد فراوانی مراجعه برای درمان / ۵۴
- نمودار ۱۰-۴ توزیع درصد فراوانی نمره کل رضایت زناشویی / ۵۵
- نمودار ۱۱-۴ توزیع درصد فراوانی موضوعات شخصیتی / ۵۶
- نمودار ۱۲-۴ توزیع درصد فراوانی ارتباط زناشویی / ۵۷
- نمودار ۱۳-۴ توزیع درصد فراوانی حل تعارض / ۵۸
- نمودار ۱۴-۴ توزیع درصد فراوانی مدیریت مالی / ۵۹
- نمودار ۱۵-۴ توزیع درصد فراوانی فعالیتهای اوقات فراغت / ۶۰
- نمودار ۱۶-۴ توزیع درصد فراوانی رابطه جنسی / ۶۱
- نمودار ۱۷-۴ توزیع درصد فراوانی اقوام و دوستان / ۶۲
- نمودار ۱۸-۴ توزیع درصد فراوانی جهت گیری مذهبی / ۶۳
- نمودار ۱۹-۴ رضایت زناشویی آزمودنی هایی که به درمان مراجعه نمی کنند / ۶۴
- نمودار ۲۰-۴ رضایت زناشویی آزمودنی هایی که به درمان مراجعه می کنند / ۶۵

چکیده پایان نامه

عنوان: بررسی رضایت مندی زناشویی زوجین نابارور در مراکز منتخب شهر تهران

مقدمه: فرزندآوری در بسیاری از فرهنگها به عنوان یکی از کارکردهای خانواده و ناباروری یک امر ناخوشایند محسوب می شود. در کشور ما نیز بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می کنند و به علت ویژگیهای فرهنگی و اجتماعی موضوع، باروری بسیار مهم به نظر می رسد. ناباروری ممکن است تجربه ناتوان کننده عمیقی از نظر روانی برای زوجها فراهم آورد. ناباروران علاوه بر آنکه با یک سلسله مشکلات جسمانی روبرو هستند، در پی تشخیص، درمان و سیر بیماری، دسته‌ای از علائم روانی نیز در آنها بروز می کند که وضعیت زندگی آنان را به آشفتگی می کشاند و در شیوه زندگی‌شان اختلال به وجود می آورد.

هدف: با توجه به اهمیت بررسی تأثیرات ناباروری بر روابط زوجین، این تحقیق با هدف بررسی رضایت مندی زناشویی زوجین نابارور در مراکز منتخب شهر تهران انجام گرفته است.

روش تحقیق: این تحقیق به روش توصیفی و با استفاده از پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH بر روی ۱۴۰ زن و مرد نابارور انجام شد که به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین مراجعین به مرکز درمان ناباروری ابن سینا و همچنین زوجین نابارور تحت پوشش سه مرکز بهداشتی، درمانی ارشاد، دگمه‌چی و صاحب الزمان انتخاب شدند.

نتایج: نتایج این تحقیق نشان داد که زوجین نابارور از رضایت زناشویی نسبتاً مناسب برخوردار هستند. در این بین، زوجین ناباروری که جهت درمان به مرکز درمان ناباروری مراجعه کرده‌اند از رضایت زناشویی بیشتری برخوردار بوده‌اند. به نحوی که ۵۵ درصد این زوجین از رضایت نسبی و ۴۰ درصد آنها از رضایتمندی زیاد برخوردار بوده‌اند و تنها ۵ درصد آزمودنی‌ها نارضایتی شدید یا عدم رضایت گزارش کرده‌اند. در صورتیکه زوجین ناباروری که در زمان تحقیق جهت درمان مراجعه نمی‌کردند و از طریق مراکز بهداشتی، درمانی برای شرکت در مطالعه دعوت شدند، از رضایت مندی زناشویی کمتری برخوردار بوده‌اند. در این گروه ۳۵ درصد افراد نارضایتی شدید یا عدم رضایت گزارش کرده‌اند و ۵۰ درصد از افراد رضایت نسبی و ۱۵ درصد از رضایت مندی زیاد برخوردار بوده‌اند که تفاوت میانگین دو گروه معنادار می‌باشد. مصاحبه عمیق و بررسی بیشتر نشان داد که وضعیت عمومی روانشناختی اکثر زوجینی که مراجعه نمی‌کنند، خصوصاً در گروه زنان، نامطلوب می‌باشد.

نتیجه گیری: این تحقیق نشان داد که زوجین نابارور مراجعه کننده جهت درمان از رضایت مندی زناشویی بالایی برخوردار هستند. ولی زوجینی که درمان را قطع کرده‌اند رضایت مندی زناشویی کمتری دارند. رضایت مندی زناشویی زوجین با افزایش مدت ازدواج، افزایش مدت ناباروری، علت ناباروری زنانه و افزایش دفعات درمان کاهش می‌یابد و سن، جنسیت، شغل و تحصیلات تأثیری بر رضایت مندی زناشویی زوجین نابارور ندارد.

فصل اول

کلیات تحقیق

فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه:

از آغاز تاریخ مدون بشری مساله ازدواجهای عقیم نقش عمده‌ای در زندگی انسانها داشته است و در تمام فرهنگهایی که می‌شناسیم، باروری به طور روزافزونی مورد تحسین بوده است و حتی هدف نهایی یا یکی از اهداف نهایی زندگی به شمار می‌آمده است. بسیاری از فرامین مذهبی و مراسم اجتماعی کهن، توجه خاصی به مساله باروری و ناباروری داشته‌اند، به طوری که هنوز هم در میان بعضی از اقوام ابتدایی، از معجونهای سحرآمیز و جادوگری جهت تقویت قابلیت تولید مثل زوجهای تازه ازدواج کرده، استفاده می‌شود.

توانایی بچه‌دار شدن از بسیاری جهات حائز اهمیت است و بسیاری از جوامع ارزش بالایی برای زنان بارور قائل هستند و ناباروری را دلیلی موجه برای ترک زن می‌دانند. از بعضی جهات بارداری نشانه مشخصی از بلوغ و پختگی به حساب می‌آید. به علاوه زنها ممکن است تمایل عاطفی عمیقی برجای گذاشتن یک اثر از خود و دستیابی به یک اطمینان خاطر اخلاقی داشته باشند.

تولیدمثل و تشکیل خانواده یکی از نیازهای طبیعی بشر و از ارکان مهم زندگی اجتماعی است. در کشور ما نیز به علت ویژگیهای فرهنگی و اجتماعی موضوع، باروری بسیار مهم به نظر می‌رسد. در نتیجه ناباروری ممکن است، تجربه بسیار ناتوان کننده عمیقی از نظر روانی برای زوجها فراهم آورد. در فرهنگ ایرانی که مساله داشتن فرزند از اهمیت خاصی برخوردار است، دعای «خدا دامنش را سبز کند» در اشاره به زن نابارور و یا اطلاق «اجاق کور» به مرد نابارور، به اهمیت این مساله اشاره دارد. در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ روانشناسان، مددکاران اجتماعی، پرستاران و متخصصان ناباروری نیز علاقه‌مند شدند تا به بررسی رابطه پریشانی هیجانی و ناباروری بپردازند و با بررسی همه جانبه مطلب، پیشرفتهای عظیمی میسر شده است.

مارتین شفر^۱ می‌نویسد (ترجمه بلورچی، ۱۳۶۶): بطور سنتی هر خانواده پنج وظیفه بر عهده دارد که عبارتند از:

- ۱- نقش تولید مثل
 - ۲- نقش اقتصادی
 - ۳- نقش جنسی
 - ۴- نقش تربیتی
 - ۵- نقش عاطفی
- در زوجهای نابارور نقش تولید عملاً ایفاء نمی‌شود. اریکسون^۲ (به نقل از لطف‌آبادی، ۱۳۸۲) در توصیف دوره بزرگسالی می‌گوید: بزرگسالان جوان پس از آنکه در انس برقرار کردن، موفق شدند، وارد دوره‌ای می‌شوند که در آن مساله باروری در تضاد با رکود و بی‌حاصلی اهمیت اساسی دارد. فرد نیاز دارد که خود را در سایه کار یا تولید مثل، بارور احساس کند و در غیر اینصورت، احساس رکود خواهد کرد.

¹Sheffer Martin

² Ericksone

ناباروران علاوه بر آنکه با یک سلسله مشکلات جسمانی روبرو هستند، در پی تشخیص، درمان و سیر بیماری، دسته‌ای از علائم روانی نیز در آنها بروز می‌کند که وضعیت زندگی آنان را به آشفتگی می‌کشاند و در شیوه زندگیشان اختلال به وجود می‌آورد. (کریمی نوری، ۱۳۷۹). بر این اساس ناباروری یکی از عوامل مهم تاثیرگذار در زندگی زناشویی به حساب می‌آید.

۲-۱- بیان مسأله

فرزندآوری در بسیاری از فرهنگها به عنوان یکی از کارکردهای خانواده و ناباروری یک امر ناخوشایندی محسوب می‌شود. اگر چه باروری تحت عنوان قدرت و توان فرزند آوری بیان می‌شود، ناباروری تعریف جهانی مشخصی ندارد و در فرهنگ‌های مختلف تعابیر مختلفی از آن می‌شود.

در بعضی از فرهنگها ناباروری به معنی « ناتوانی برای داشتن تعداد بچه‌هایی که فرهنگ آن جامعه به آنها دیکته می‌کند و در مناطق دیگر به معنی نداشتن فرزند پسر می‌باشد» (ایونز^۱، ۲۰۰۴). ناباروری از نظر پزشکی عبارتست از «بارور نشدن یک زوج پس از یکسال تماس جنسی منظم بدون استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری» (لاننفلد^۲ و دیگران، ۲۰۰۴؛ لارسن^۳، ۲۰۰۰ به نقل از رازقی^۴، ۱۳۸۴).

ناباروری به دو صورت اولیه و ثانویه می‌باشد. الف) ناباروری اولیه اصطلاحی است در مورد کسانی که اصلاً حامله نشده‌اند. ب) ناباروری ثانویه در مورد کسانی به کار می‌رود که قبلاً باروری را چه به صورت سقط و چه داشتن فرزند تجربه کرده‌اند، اما مجدداً باردار نشده‌اند.

ناباروری ثانویه می‌تواند عموماً نتیجه عفونت‌های ناشی از زایمان و سقط جنین و تا حدی انتقال بیماریهای مقاربتی باشد. به طور کلی از هر ده زوج، یک زوج ناباروری اولیه یا ثانویه را تجربه می‌کنند. اکثریت این افراد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). ناباروری به مقدار زیادی از شرایط و وضعیت افراد و سبک زندگی آنها تأثیر می‌پذیرد. در بعضی کشورها مانند آفریقای مرکزی و جنوبی که به قطب ناباروری معروف هستند بیش از یک سوم از افراد جامعه قادر نیستند که بعد از یک سال تلاش منظم، باردار شوند در این کشورها این میزان از ۵٪ تا ۳۰٪ در کشورهای آفریقایی در نوسان است (لارسن، ۱۹۹۴؛ اریکسن^۴، برانت^۵، ۱۹۹۶؛ ایونز، ۲۰۰۴ به نقل از رازقی^۴، ۱۳۸۴).

¹ Evens, E.M.

² Lunenfeld, B.

³ Lursen, U.

⁴ Ericksen, K.

⁵ Brunett, T.

« در کشورهای در حال توسعه ناباروری ثانویه بیش از اولیه می باشد. در ۲۳-۱۴ کشور از آفریقای مرکزی درصد زوجین با ناباروری ثانویه بیش از ۲۵٪ است. این درصد در زیمباوه در بین زنان ۴۹-۲۵ ساله ۶۲٪ بوده است و مهمترین عاملی که باعث شده ناباروری ثانویه در این کشورها بالا باشد، نبود امکانات بهداشتی و انتقال عفونتها از طریق تماس جنسی است» (لانفلد و دیگران، ۲۰۰۴).

در حال حاضر میزان ناباروری در کشورهای پیشرفته مانند ایالات متحده آمریکا، نیز رو به افزایش است تعداد زوجین نابارور در سال ۱۹۶۵، نیم میلیون نفر بود که در سال ۱۹۸۲ به یک میلیون زوج بدون فرزند افزایش یافت (یه^۱، یه^۲، ۱۹۹۱). طبق مطالعه‌ای که استفان و همکاران بر روی ۱۰۸۴۷ زن ۴۴-۱۵ ساله انجام دادند مشخص شد که آمار نازایی در ایالات متحده آمریکا از ۸٪ در سال ۱۹۸۰ به رقمی حدود ۱۰/۲ در سال ۱۹۹۵ افزایش یافته است (بولتن تولید مثل و نازایی، ۱۳۷۷).

آخوندی یکی از علل افزایش ناباروری را در سالهای اخیر اپیدمی شدن بیماریهای مقاربتی می داند (آخوندی، ۱۳۷۸).

در ایران نیز بیش از یک میلیون زوج نابارور زندگی می کنند. با این حال شیوع ناباروری در مناطق مختلف کشور یکسان نیست. محمد بیگی مطالعه ای تحت عنوان « شیوع ناباروری در شهر سنندج» در سال ۱۳۸۱ بر روی ۹۰۲ زن ازدواج کرده در سنین باروری انجام داد. نمونه مورد نظر از طریق نمونه گیری خوشه ای از مناطق مختلف شهر سنندج انتخاب گردید. نتایج مطالعه نشان داد که ۱۶۶ نفر از زنان مورد مطالعه نازا بودند. محمد بیگی شیوع ناباروری را ۱۸/۴٪ گزارش کرد که از این تعداد ۷۸/۳٪ ناباروری اولیه و ۲۱/۷٪ نابارور ثانویه بودند. محمد بیگی به این نتیجه رسید که شیوع نازایی در شهر سنندج از بسیاری از مناطق دنیا و همچنین مطالعات داخل کشور بیشتر است (محمد بیگی، ۱۳۸۱). باروتی و همکاران در سال ۱۳۷۷ شیوع ناباروری اولیه را در تهران ۲۱/۹٪ گزارش کردند. پارسا نژاد و همکاران نیز شیوع ناباروری را در سال ۱۳۷۷ در شیراز ۱۱/۲٪ اعلام کردند که ۵۲/۲٪ موارد، ناباروری اولیه و ۴۷/۸٪ ناباروری ثانویه بوده است.

کرمی نوری و همکاران (۱۳۸۳) در تحقیق خود تحت عنوان «جنبه های روانی و اجتماعی در ایران» به این نتیجه رسیدند که در جامعه مورد مطالعه (تهران، شیراز، اصفهان، مشهد، تبریز) ۶۵٪ از ناباروریها از نوع اولیه و ۲۷٪ ثانویه می باشد.

البته آمار دقیقی از تعداد نابارورها در ایران موجود نیست و هیچ مطالعه ای در سطح ملی به این

¹ Yeh, J.

² Yeh, M.U.

پدیده نپرداخته است و صرفاً مطالعات در سطح محدودی از یک شهر انجام شده، که نمی تواند الگویی از شیوع ناباروری را در ایران ترسیم کند. با توجه به اینکه موارد زیادی از ناباروریها تحت تأثیر شرایط بهداشتی و محیطی می باشد بنابراین باید مطالعه همه جانبه ای در سطوح مختلف توسعه انسانی، اقتصادی و بهداشتی در کشور انجام شود تا بتواند بیانگر میزان ناباروری در ایران باشد. همچنین در مورد تفاوت شیوع ناباروری اولیه و ثانویه باید گفت که مطالعه مقدماتی که مرتبط با موضوع این رساله انجام گرفت نشان داد که بسیاری از افرادی که نابارور ثانویه می باشند خود را به عنوان فرد بارور معرفی می کنند. این عامل باعث اختلاف نسبتاً بالایی در میزان نازایی اولیه و ثانویه می شود.

اگر چه ناباروری زنان بیشتر مورد توجه و بررسی بوده است، اما زنان و مردان به طور مساوی تحت تأثیر آن قرار دارند. و بطور کلی ۳۵٪ ناباروریها مربوط به مردان، ۳۵٪ مربوط به زنان، ۲۰٪ به عوامل ناشناخته‌ای که می‌تواند از زن یا مرد ناشی شود و ۱۰٪ به عوامل قابل پیشگیری از جمله سن ازدواج، عفونت‌ها، بیماریهای مانند سل و مالاریا، نوع شغل و عوامل محیطی مربوط می‌باشد.

« ناباروری چه بواسطه نقصی در سیستم تناسلی زن باشد و چه نقصی در سیستم تناسلی مرد و چه نقصانی در هر دو، تأثیرات عمده‌ای بر روی زندگی مشترک زوجین دارد و عمده فعالیت‌های فرد متوجه دغدغه و رویای داشتن فرزند می‌شود. مطالعه بر روی زوجهای نازا نشان داده است که این زوجها تحت تأثیر فشار روانی بسیار زیادی هستند. تقریباً ۸۰٪ از زوجین نابارور ناتوانی در داشتن فرزند را اولین مشکل زندگی خود ذکر کرده‌اند و تنها ۲۰٪ بعد از مشکل مالی، مسئله نازایی را به عنوان دومین مشکل پیچیده زندگی خود معرفی کردند» (آخوندی، ۱۳۷۸).

با توجه به اینکه حدود ۱۵-۱۰ درصد از زوجین در ایران نابارور هستند، و ایران نیز از جمله کشورهایی است که از نظر فرهنگی، مذهبی و... اهمیت زیادی به فرزندآوری می دهد و ناباروری برای افراد جامعه امر ناخوشایندی شمرده می شود، افراد نابارور در خانواده و جامعه با مشکلات زیادی روبرو هستند به گونه ای که این امر رابط بین زوجین را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. یک سؤال مهم این است که چطور می‌توان شدت مشکلات روانی و بین فردی افراد نابارور را در سطح جامعه کاهش داد؟ مطالعه بررسیها در ایران نشان داد که تاکنون مطالعات مختلف در مورد ناباروری، بیشتر بر مسایل و جنبه های روانشناسی فردی تاکید داشته است. و مسایل بین فردی زوجین کمتر مورد توجه قرار گرفته است.. عدم وجود اطلاعات کامل در خصوص فاکتورهای بین فردی و تأثیرات ناباروری مانعی برای بهبود وضعیت افراد نابارور محسوب می‌شود. بنابراین در این تحقیق سعی داریم که برخی از ویژگیهای جمعیتی و زناشویی افراد نابارور را به تصویر بکشیم و موقعیت این افراد و تأثیرات

ناباروری را بر جنبه های مختلف زندگی آنها بررسی کنیم. بررسی شرایطی که افراد نابارور دارند منجر به شناخت بیشتر وضعیت زندگی آنها و نیازهای موجود جهت بهره مندی از خدمات مشاوره در حین درمان ناباروری می شود و بر اساس آن مراکز درمانی می توانند جهت ارتقای خدمات، برنامه ریزی لازم را به عمل آورند.

۳-۱- اهمیت و ضرورت مساله

نیاز غریزی، عاطفی و طبیعی انسانها حکم می کند که زوجین پس از ازدواج صاحب فرزند شوند، و در واقع برای اکثر افراد، مفهوم خانواده با تولد فرزند شکل می گیرد. ناباروری بیشتر در حوزه علوم پزشکی و درمانی مطرح است و عوامل ایجاد کننده و راههای درمان آن نیز جزء مسائل پزشکی است. با این حال ناباروری به عنوان یک توقع اجتماعی و روانی برآورده نشده نیز محسوب می شود. اینهورن^۱ (۲۰۰۳) در رابطه با ناباروری بیان می کند که پارادوکس اصلی ناباروری این است که عمومیت آن بیشتر در جوامعی است که باروری نیز بالاست و افراد جامعه برای فرزندآوری اهمیت خاصی قائل هستند. اینهورن از این وضعیت به عنوان «دیالکتیک باروری و ناباروری» ذکر می کند. در این جوامع ناباروری برای سیاستگذاران مسئله بی اهمیتی می باشد و کمتر برنامه ای از سیاستهای بهداشت باروری بر ابزارها و وسایل پیشگیری خدمات درمان ناباروری تاکید دارد.

در سال ۱۹۹۴ در کنفرانس بین المللی «جمعیت و توسعه^۲» در قاهره این موضوع به عنوان یکی از جنبه های بهداشت باروری که می تواند بر زندگی و سلامت افراد تاثیر داشته باشد مورد توجه قرار گرفت. «کنفرانس جمعیت و توسعه» تغییر جهت صریحی به تعریف بهداشت باروری داد. بهداشت باروری به عنوان وضعیتی از رفاه فیزیکی، روانی، اجتماعی کامل و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی معرفی شد. همچنین این کنفرانس اعلام کرد بهداشت باروری باید برای همه افراد و در همه سنین تا سال ۲۰۱۵ فراهم شود و همه کشورها تلاش کنند تا سیستم مراقبتهای بهداشتی اولیه قابل حصول را فراهم کنند و در متن مراقبتهای بهداشتی اولیه، موارد زیر را در نظر بگیرند:

« مشاوره های تنظیم خانواده، ارائه اطلاعات و آموزش به همه افراد در زمینه بهداشت باروری، ارائه خدمات برای مراقبتهای قبل و بعد از زایمان و وضع

^۱ Inhorn, M.C.

^۲ International Conference on Population & Development (ICPD)

حمل مطمئن، تغذیه با شیر مادر، پیشگیری و درمان مناسب ناباروری، جلوگیری از سقط و ارائه اطلاعاتی در خصوص پیامدهای سقط و بیماریهای منتقله جنسی و درمان عفونتهای دستگاه تناسلی. در این کنفرانس ناباروری به عنوان یک اولویت بهداشتی و یکی از جریانه‌های بهداشت عمومی معرفی شد. بنابراین برای اولین بار جمعیت نابارور نادیده گرفته شده نظیر زنان یائسه، دختران و زنان نابارور موضوع مورد بحث بهداشت باروری بودند» (کنفرانس جمعیت و توسعه، ۱۹۹۴).

بعد از کنفرانس قاهره توجه سیاستهای ملی کشورها و سازمانهای غیر دولتی و کمک کننده های بین المللی به سمت دیگر جنبه های تنظیم خانواده مانند درمان ناباروری و نیاز برآورده نشده^۱ در خصوص درمان ناباروری جلب شد .

از این زمان بود که دانشمندان علوم اجتماعی متوجه ناباروری شدند و در اواخر سال ۱۹۹۹ کنفرانس بین المللی «ناباروری و علوم اجتماعی» بوسیله دو همکار هلندی ون بلن^۲ و گریتس^۳ در دانشگاه آمستردام تشکیل شد. در این کنفرانس تقریباً ۳۰ محقق نتایج مطالعاتشان را در مورد ناباروری در مناطق مختلف جهان ارائه دادند (ونبلن، اینهورن ۲۰۰۲ ، به نقل از رازقی ۱۳۸۴).

علی رغم اینکه در کنفرانس قاهره بر ناباروری تأکید زیادی شد، اما هنوز در بسیاری از این جوامع در حال توسعه برنامه مدونی برای ناباروری و افراد مبتلا به آن وجود ندارد (وایدج، بی تا ۲۰۰۰).

اگر چه در کشورهای در حال توسعه که با اضافه جمعیت و رشد جمعیت روبرو می باشند، کنترل باروری اهمیت زیادی دارد، ناباروری نیز در بستر فرهنگی، خویشاوندی و خانواده مسئله مهمی است و توجه دولتها و صاحب نظران علوم اجتماعی به آن به عنوان یک واقعیت اجتماعی ضرورت دارد. همچنین بررسی این پدیده در حوزه جمعیت شناسی، بویژه جمعیت شناسی کیفی امری ضروری است. چرا که افراد نابارور بخشی از جمعیت هر کشور را شامل می شوند و عدم دسترسی به یک واقعه جمعیتی - باروری - اثرات منفی بر جنبه های مختلف زندگی این افراد می گذارد. با این وجود در بسیاری از کشورهای پر جمعیت که بر کاهش جمعیت و تنظیم خانواده و توسعه اقتصادی تأکید دارند، در برنامه های جمعیتی، ناباروری کمتر به عنوان یک مشکل جمعیتی مطرح شده است.

از نقطه نظر مذهبی و تاریخی، فرهنگ عمومی جامعه ایران، فرزندان را موهبت الهی قلمداد می

¹ Unmet need

² Van Balen, F.

³ Gerrits, T.

کند و بی فرزندی را امر ناخوشایندی می شمرد. اصطلاح «کور بودن اجاق» در جامعه ایرانی به خانواده های بدون فرزند اطلاق می شود. این هنجارهای حاکم بر خانواده از پشتوانه حمایتی فرهنگی و مذهبی برخوردار بوده است. قانون حمایت از خانواده ایران نیز بیانگر اهمیت فرزندآوری در جامعه ایران است. براساس ماده ۹ این قانون، عقیم بودن می تواند به عنوان یکی از دلایل طلاق مطرح شود. و در صورت تقاضای یکی از طرفین، طلاق بلامانع می باشد.

«نسبت طلاق در سال ۱۳۶۰ در شهر تهران برای افرادی که بدون فرزند بودند بیش از کلیه گروهها بوده است و این رقم برای زنان ۵۷/۷۵٪ و برای مردان ۵۶/۹۹٪ می باشد... بنابراین در مواردی نتیجه ناباروری قطع ازدواج است که گاه علی رغم تمایل عاطفی شدید زوجین نسبت به یکدیگر، صورت می پذیرد» (ساروخانی، ۱۳۷۶).

در ایران مطالعات زیادی پیرامون جنبه های پزشکی و روانشناسی ناباروری صورت گرفته است. ولی در رابطه با جنبه خانوادگی و بین فردی زوجین نابارور تحقیقات و مطالعات اندکی صورت گرفته است، که در فصل بعدی در قسمت مروری بر تحقیقات انجام گرفته در ایران به تعدادی از آنها اشاره شده است. بنابراین وجود خلاء تحقیقاتی در این زمینه، بررسی این موضوع را ضروری می سازد.

۴-۱- هدف تحقیق

هدف کلی:

بررسی رضایتمندی زناشویی زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری ابن سینا در تابستان ۱۳۸۶ و زوجین نابارور تحت پوشش مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در زمان تحقیق به منظور درمان به هیچ یک از مراکز درمانی مراجعه نمی کردند.

اهداف جزئی:

- ۱- بررسی رضایتمندی زناشویی زوجین نابارور برحسب نوع جنسیت و علت ناباروری
- ۲- بررسی رضایتمندی زناشویی زوجین نابارور بر حسب دفعات مراجعه جهت درمان
- ۳- بررسی رضایتمندی زناشویی زوجین نابارور برحسب ادامه درمان و قطع درمان
- ۴- بررسی رضایتمندی زناشویی زوجین نابارور برحسب سن
- ۵- بررسی رضایتمندی زناشویی زوجین نابارور برحسب مدت ازدواج و مدت ناباروری
- ۶- بررسی رضایتمندی زناشویی زوجین نابارور برحسب میزان تحصیلات و شغل

۵-۱ سوالات تحقیق:

- میزان رضایتمندی زناشویی کلی زوجین نابارور چقدر است؟
- میزان رضایتمندی زناشویی زوجین نابارور به تفکیک خرده مقیاس های پرسشنامه اینریچ چقدر است؟

- توزیع سنی زوجین نابارور بر حسب نوع جنسیت چگونه است؟
- توزیع زوجین نابارور بر حسب دفعات مراجعه جهت درمان چگونه است؟
- توزیع زوجین نابارور بر حسب علت ناباروری چگونه است؟
- توزیع زوجین نابارور بر حسب علت ناباروری چگونه است؟
- توزیع زوجین نابارور بر حسب علت ناباروری چگونه است؟
- توزیع زوجین نابارور بر حسب مدت ازدواج و مدت ناباروری چگونه است؟
- توزیع زوجین نابارور بر حسب میزان تحصیلات و شغل چگونه است؟

۶-۱ فرضیه های تحقیق:

- ۱- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب نوع جنسیت متفاوت است.
- ۲- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب علت ناباروری متفاوت است.
- ۳- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب دفعات درمان متفاوت است.
- ۴- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب اینکه بیمار جهت درمان مراجعه می کند یا نه، متفاوت است.
- ۵- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب سن متفاوت است.
- ۶- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب مدت ازدواج متفاوت است.
- ۷- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب مدت ناباروری متفاوت است.
- ۸- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب تحصیلات متفاوت است.
- ۹- رضایت زناشویی زوجین نابارور بر حسب شغل متفاوت است.