

تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان نابارور

مینو پاکگوهر* مریم ویژه** دکتر غلامرضا بابایی*** دکتر فاطمه رمضانزاده**** نسرین عابدی‌نیا*****

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری موجب کاهش رضایت جنسی زنان نابارور می‌شود. این افراد بیان می‌کنند که عدم توانایی آن‌ها در بارور شدن، تأثیرات منفی قابل توجهی بر زندگی و به خصوص بر روابط جنسی آنان دارد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت باروری ولی‌عصر (عج) شهر تهران می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای با استفاده از گروه کنترل می‌باشد. ۱۰۰ زن نابارور که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند، سپس به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مشاوره و کنترل قرار گرفتند. پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پیگیری ۳ ماه بعد انجام شد. در گروه مشاوره، مداخله طی ۲ جلسه یک ساعته، با فاصله ۱ هفته و برای هر فرد به صورت جداگانه برگزار شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه رضایت جنسی (Sexual Satisfaction Questionnaire) بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای، من‌ویتنی‌یو و ویل‌کاکسون) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (سطح معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شده است).

یافته‌ها: نتایج نشان داد که قبل از مداخله بین میزان رضایت جنسی زنان دو گروه مشاوره و کنترل، تفاوت آماری معناداری وجود نداشته است ($p = 0/401$)، در صورتی که ۳ ماه پس از مداخله تفاوت معناداری بین میزان رضایت جنسی زنان دو گروه مشاوره و کنترل مشاهده شد ($p = 0/019$). همچنین، بین میزان رضایت جنسی زنان گروه مشاوره قبل و ۳ ماه پس از مداخله نیز تفاوت آماری معناداری دیده شد ($p = 0/002$).

نتیجه‌گیری: مشاوره موجب افزایش رضایت جنسی زنان نابارور می‌شود.

نویسنده مسؤول: مینو پاکگوهر؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: mpakgohar@razi.tums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: ناباروری، مشاوره، مشاوره جنسی، رضایت جنسی

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۷

مقدمه

ناباروری به عدم وقوع حاملگی پس از یک سال مقاربت بدون جلوگیری گفته می‌شود. این بیماری به دو نوع تقسیم می‌شود: ناباروری اولیه (Primary Infertility) و ناباروری ثانویه (Secondary Infertility). در ناباروری

اولیه قبلاً بارداری صورت نگرفته است، در حالی که در ناباروری ثانویه بارداری یا بارداری‌های قبلی وجود دارد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت ۱۰ تا ۱۵٪ زنان جهان دچار ناباروری هستند (۱). در مطالعه‌ای که صداقت سیاهکل و همکاران در مورد زنان شهر تهران انجام دادند، شیوع ناباروری ۱۲/۶٪ گزارش شد (۲). برای بسیاری از افراد، ناباروری بحرانی بزرگ و عامل استرس روانی

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مربی گروه آموزشی مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد
*** دانشیار گروه آموزشی آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
**** دانشیار گروه آموزشی زنان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
***** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

رضایت جنسی ندارند، گزارش می‌دهند (۸). اضطراب، از دست دادن اعتماد به نفس و شرم و افسردگی ناشی از ناباروری به عملکرد جنسی افراد نابارور آسیب می‌رساند. همچنین تشخیص، بررسی و درمان ناباروری با رضایت جنسی آن‌ها تداخل ایجاد می‌کند (۹). Dyer و همکاران گزارش کرده‌اند که لذت نبردن از روابط جنسی، احساس فشار در برنامه‌ریزی جهت ارتباط جنسی و فقدان عزت نفس جنسی در زنان نابارور بیشترین تأثیر را بر رضایت جنسی آنان دارد (۱۰). همچنین از آنجا که آنان گزارش کرده‌اند که در هنگام رابطه جنسی تنها به داشتن فرزند فکر می‌کنند، لذا همواره نگرانی در مورد این موضوع که باز با ناکامی دیگری روبه‌رو شوند، موجب افزایش استرس آن‌ها می‌گردد (۱۱).

به دلیل اهمیت جنبه‌های عاطفی ناباروری، ارزیابی عاطفی ناباروری و برنامه‌های مشاوره باید در اولین معاینه مورد توجه قرار گیرد (۱۲). باید تأکید نمود که اغلب درمان فیزیکی ناباروری به تنهایی کافی نمی‌باشد و توجه به نیازهای روحی زوج‌های نابارور، یک بخش ضروری در درمان ناباروری است (۱۳) و بحث پیرامون آن در محتوای مشاوره اغلب برای افراد نابارور مفید می‌باشد (۱۲). هدف از مشاوره جنسی در بیماران نابارور کمک به آن‌ها است تا تشویق شوند احساسات و تفکراتشان را در مورد مسایل جنسی بازگو کرده و مشکلاتشان را تقسیم کنند. بنابراین مشاور قادر خواهد بود این مشکلات را شناسایی کرده و به بیماران یاری برساند. کمک به بیماران برای آگاهی از مشکلات شایع

است که می‌تواند استرس عاطفی و گستره‌ای از واکنش‌های روانی منفی شامل افسردگی، اضطراب، نگرانی، خشم، شرم، حسادت، تنهایی، یأس و نومیدی، کاهش عزت نفس، عدم تعادل عاطفی، احساس عدم کفایت جنسی و اختلال عملکرد جنسی را ایجاد کند (۳). به طور کلی مطالعات انجام شده، ناباروری را به عنوان یک تجربه ناگوار خصوصاً برای زنان معرفی می‌کند (۴). اگر چه زن و شوهر هر دو این بحران را تجربه می‌کنند، ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که اثرات روان‌شناختی منفی ناباروری برای زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. یکی از دلایلی که موجب ایجاد فشار روحی مضاعف برای زنان می‌شود، این است که مادر شدن به طور سنتی به عنوان نقش اساسی برای زنان پذیرفته شده است (۵). بسیاری از زنان نابارور می‌گویند آن‌ها نمی‌توانند یک زندگی بدون فرزند را تصور کنند، در حالی که مردان احساس متفاوتی را بیان می‌کنند. از سوی دیگر اغلب روش‌های درمانی در مورد زنان انجام می‌گیرد. به طور کلی زنان نابارور بیشتر از مردان در معرض عوامل تنش‌زای جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از ناباروری و درمان آن قرار دارند (۶). ناباروری موجب کاهش رضایت جنسی زنان نابارور می‌شود (۷). میزان خرسندی زوج‌ها از روابط جنسی و توانایی لذت بردن و لذت دادن به یکدیگر رضایت جنسی خوانده می‌شود. رضایت از رابطه جنسی یکی از عوامل مهم رضایت از زندگی زناشویی است و کسانی که رضایت جنسی بیشتری دارند به طور قابل ملاحظه‌ای کیفیت زندگی بهتری را نسبت به آن‌هایی که

عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی شناخته شده (دیابت، آرتریت روماتوئید، افسردگی و ...)، عدم استفاده از داروهایی که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد (مثل: داروهای کاهنده چربی خون، سایمتدین، دیگوکسین، پروژسترون‌ها، داروهای ضد افسردگی و ...)، ملیت ایرانی و زبان فارسی.

از دو پرسشنامه به عنوان ابزار گردآوری اطلاعات استفاده شد. پرسشنامه اول ویژگی‌های فردی نمونه‌های مورد مطالعه را در قالب ۱۶ سؤال می‌سنجید. برای سنجش رضایت جنسی از «پرسشنامه رضایت جنسی» (Sexual Satisfaction Questionnaire) استفاده شد. این پرسشنامه اولین بار توسط Sun و Lee در مطالعه‌ای با هدف بررسی پاسخ روانی اجتماعی زنان و مردان نابارور چینی به ناباروری، مورد استفاده قرار گرفت (۱۶). Lee و همکاران نیز به منظور تعیین تأثیر تشخیص ناباروری بر دیسترس و رضایت جنسی زوج‌های نابارور در تایوان از این پرسشنامه استفاده کردند (۱۷). پرسشنامه یاد شده شامل ۱۱ سؤال است که درجه رضایت از تعداد دفعات نزدیکی، تعداد ارگاسم، میزان علاقه و کشش جنسی فرد در طول رابطه جنسی و تجربه فرد از میزان فشار روحی در طول نزدیکی را می‌سنجد. پرسشنامه‌های یاد شده جهت تعیین «اعتبار محتوا» در اختیار ۱۳ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱ نفر متخصص بهداشت مادر و کودک، ۳ نفر متخصص زنان و زایمان و عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه

جنسی که با ناباروری همراه است، به آن‌ها اجازه می‌دهد تا به صورت مؤثرتری به مقابله با این مشکلات بپردازند (۱۴). با توجه به اهمیت باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی در ایران، مطالعه پدیده ناباروری به ویژه با تکیه بر جنبه‌های روحی و اجتماعی آن از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۵). علاوه بر این تاکنون تحقیقی که رضایت جنسی زنان نابارور را در ایران مورد بررسی قرار دهد انجام نگرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر مشاوره بر رضایت جنسی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت باروری ولی عصر (عج) شهر تهران انجام یافته است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای با استفاده از گروه کنترل می‌باشد. جامعه مورد مطالعه را زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت باروری ولی عصر (عج) شهر تهران تشکیل می‌دهند. حجم نمونه برای هر گروه (کنترل و مشاوره) ۴۰ نفر برآورد شد و با توجه به احتمال ریزش تعدادی از نمونه‌ها در طول مطالعه، در مجموع ۱۰۰ زن نابارور که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه‌گیری آسان، به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند و به روش تخصیص تصادفی مراجعه‌کنندگان روزهای زوج در گروه مشاوره و مراجعه‌کنندگان روزهای فرد در گروه کنترل قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: سپری شدن حداقل ۶ ماه و حداکثر ۱۰ سال از تشخیص ناباروری، عدم سابقه استفاده از روش‌های کمک باروری (ART)، نداشتن فرزند،

علوم پزشکی تهران و ۱ نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی قرار گرفت و از نظرات اصلاحی آنان در تنظیم نهایی پرسشنامه‌ها استفاده شد.

Lee و همکاران با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ پایایی پرسشنامه رضایت جنسی را مورد بررسی قرار دادند. در مطالعه آن‌ها ضریب آلفا ۰/۷۶ به دست آمد (۱۷).

در مطالعه حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه رضایت جنسی از «آزمون آلفا کرونباخ» استفاده شد. بدین ترتیب که قبل از شروع تحقیق، ۴۰ نفر که مشخصات واحدهای پژوهش را داشتند، پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل نمودند. در این مطالعه ضریب آلفا ۰/۹۲ بود. لازم به ذکر است این تعداد نمونه در تحقیق وارد نشدند.

محتوای مشاوره نیز برای تعیین «اعتبار محتوا» در اختیار ۳ نفر متخصص زنان و زایمان یک نفر متخصص بهداشت مادر و کودک عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، یک نفر کارشناس روان‌شناسی، یک نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و یک نفر کارشناس مشاوره قرار گرفت و به لحاظ علمی و از نظر تناسب با جمعیت مورد مطالعه مورد تأیید قرار گرفت. محتوا و همچنین تعداد جلسات مشاوره بر اساس کتب، مقالات و مطالعات قبلی انجام شده در ایران در زمینه مشاوره جنسی تدوین شده است.

مطالعه در دو مرحله انجام گرفت. پس از ارایه توضیحات لازم به هر یک از افراد مورد مطالعه و اخذ رضایت‌نامه کتبی از آنان، پرسشنامه ویژگی‌های فردی و رضایت جنسی

توسط هر دو گروه تکمیل شد. در مورد گروه مشاوره، مداخله طی ۲ جلسه یک ساعته و با فاصله یک هفته انجام یافت. مشاوره به شکل انفرادی صورت گرفت.

در جلسه اول ابتدا تعریفی از ناباروری، آمار و ارقام مربوط به شیوع ناباروری، روش‌های درمانی و میزان موفقیت آن ارایه شد. سپس به بحث در مورد تأثیرات ناباروری بر جنبه‌های مختلف زندگی خصوصی و اجتماعی افراد با تأکید بر روابط جنسی آن‌ها پرداخته شد و روش‌های مقابله با آن مورد بحث قرار گرفت.

در جلسه دوم راهکارهایی برای افزایش رضایت جنسی ارایه شد. هدف از این جلسه افزایش رضایت جنسی از طریق ارایه آگاهی‌های لازم در مورد فعالیت و چرخه پاسخ جنسی زن و مرد و بحث در مورد مسایلی همچون عزت نفس و اعتماد به نفس در روابط جنسی بود.

۱۵ دقیقه پایان هر جلسه نیز به پرسش و پاسخ اختصاص داده شد.

سه ماه بعد، پس از آزمون انجام گرفت و در مجموع نمونه‌گیری ۶ ماه طول کشید.

برای رعایت مسایل اخلاقی، در پایان مطالعه پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های مرحله دوم، پمفلت‌های مربوط به مشاوره جنسی و نازایی همراه با شماره تلفن محقق در اختیار گروه کنترل قرار گرفت تا در صورت تمایل با پژوهشگر تماس گرفته و مانند گروه مداخله از مشاوره برخوردار شوند. برای نمره‌دهی از سیستم امتیازدهی لیکرت استفاده شد. به این صورت که به منظور نمره‌بندی ۹ سؤال از ۱۱

گروه، مدت ازدواج در فاصله ۲ تا ۱۲ سال قرار داشت. مدت ناباروری در بیشترین درصد گروه مشاوره (۵۳/۵٪) بین ۵-۱ سال و در اکثریت واحدها در گروه کنترل (۵۵/۳٪) بین ۱۰-۶ سال بود. مدت ناباروری در هر دو گروه در فاصله ۱ تا ۱۰ سال قرار داشت. بیشترین علت ناباروری در گروه مشاوره (۴۱/۹٪) و گروه کنترل (۴۸/۹٪) عامل زنانه بود. نوع ناباروری در بیشترین درصد گروه مشاوره (۸۱/۴٪) و کنترل (۸۰/۹٪) اولیه بود. در گروه مشاوره طول مدت درمان در بیشترین درصد موارد (۵۵/۸۱٪) کمتر از ۵ سال و در اکثریت واحدها در گروه کنترل (۵۳/۱۹٪) ۱۰-۶ سال بود. به طور متوسط طول مدت درمان در هر دو گروه در فاصله ۱ تا ۱۰ سال قرار داشت. در هیچ کدام از موارد ذکر شده، بین دو گروه مشاوره و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

پیش از مداخله، در گروه مشاوره بیشترین درصد زنان (۵۳/۵٪) رضایت جنسی در سطح متوسط، ۳۴/۹٪ رضایت جنسی ضعیف و ۱۱/۶٪ رضایت جنسی در سطح خوب را بیان کردند. اکثریت درصد واحدها (۴۴/۷٪) در گروه کنترل، رضایت جنسی در سطح ضعیف و متوسط و ۵/۶٪ واحدها نیز رضایت جنسی در سطح خوب را گزارش کردند. اختلاف معناداری بین رضایت جنسی زنان دو گروه مشاوره و کنترل دیده نشد ($p=0/401$) (جدول شماره ۲).

۳ ماه پس از مداخله، رضایت جنسی در اکثریت زنان گروه مشاوره (۴۶/۵٪) در سطح متوسط بود. همچنین ۲۵/۶٪ رضایت جنسی ضعیف و ۲۷/۹٪ رضایت جنسی در سطح خوب را گزارش کردند. در گروه کنترل

سؤال، نمره ۱ برای عبارت «بسیار کمتر از گذشته»، نمره ۲ برای عبارت «کمتر از گذشته»، نمره ۳ برای عبارت «بدون تفاوت»، نمره ۴ برای عبارت «بیشتر از گذشته» و نمره ۵ برای عبارت «بسیار بیشتر از گذشته» به کار برده شد. برای ۲ سؤال باقی‌مانده نیز نمره ۱ برای عبارت «بسیار مخالفم»، نمره ۲ برای عبارت «مخالفم»، نمره ۳ برای عبارت «تفاوتی نمی‌کند»، نمره ۴ برای عبارت «موافقم» و نمره ۵ برای عبارت «بسیار موافقم» استفاده شد. مجموع امتیازات بین ۱۱ تا ۵۵ بود و نمرات بالاتر رضایت جنسی پایین‌تر را نشان می‌داد. به منظور طبقه‌بندی، امتیازات (نمرات) ۱۱-۲۲ «رضایت خوب»، ۲۳-۳۴ «رضایت متوسط» و ۳۵-۵۵ «رضایت ضعیف» تلقی گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی‌های مطلق و نسبی و انحراف معیار)، آمار تحلیلی (آزمون‌های χ^2 ، من‌ویتنی‌یو و ویل‌کاکسون) و همچنین نرم‌افزار SPSS ۷.11.5 استفاده شد.

یافته‌ها

در گروه مشاوره بیشترین درصد زنان (۴۴/۲٪) کمتر از ۲۵ سال سن داشتند. اکثریت زنان گروه کنترل (۴۰/۴۲٪) در رده سنی ۳۰-۲۶ سال بودند. میانگین سنی زنان در گروه مشاوره $26/88 \pm 4/23$ و در گروه کنترل $27/44 \pm 4/8$ سال بود. بیشترین درصد زنان گروه مشاوره (۵۱/۲٪) و گروه کنترل (۵۹/۶٪) دارای مدرک دیپلم بودند. مدت ازدواج در بیشترین درصد (۴۱/۹٪) گروه مشاوره کمتر از ۵ سال و در بیشترین درصد (۴۲/۵۵٪) گروه کنترل ۱۰-۶ سال بود. در هر دو

بیشترین درصد زنان (۴۴/۷٪) رضایت جنسی ضعیف و متوسط و ۱۰/۶٪ رضایت جنسی در سطح خوب را بیان کردند. اختلاف معناداری بین رضایت جنسی زنان در دو گروه مشاوره و کنترل، مشاهده شد ($p=0/019$) (جدول شماره ۳).

اختلاف معناداری بین رضایت جنسی زنان گروه مشاوره، قبل و ۳ ماه پس از مداخله مشاهده شد ($p=0/002$). همچنین بر اساس نتایج اختلاف معناداری بین رضایت جنسی زنان گروه کنترل قبل و ۳ ماه بعد دیده نشد ($p=1/000$) (جدول شماره ۴).

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت ناباروری ولی عصر (عج) شهر تهران در سال ۱۳۸۵-۸۶ در گروه کنترل و مشاوره

مشخصات	گروه مشاوره	گروه کنترل	سطح معناداری*
میانگین سن	۲۶/۸۸±۴/۲۳	۲۷/۴۴±۴/۶۵	$p=0/742$
شغل	۸۸/۳ خانه‌دار	۸۹/۴ خانه‌دار	$p=0/833$
تحصیلات	۵۱/۲ دیپلم	۵۹/۶ دیپلم	$p=0/640$
میانگین طول مدت ازدواج	۷±۳/۲۴ سال	۷/۳۶±۳/۲۱ سال	$p=0/953$
وضعیت درآمد	۶۲/۸ متوسط	۵۱/۰۶ متوسط	$p=0/226$
میانگین مدت ناباروری	۵/۵۵±۳/۱۹ سال	۵/۹۳±۳/۱۴ سال	$p=0/791$
علت ناباروری	۴۱/۹ عامل زنانه	۴۸/۹ عامل زنانه	$p=0/683$
نوع ناباروری	۸۱/۴ اولیه	۸۰/۹ اولیه	$p=0/928$
میانگین طول مدت درمان	۵/۱۵±۳/۲۰ سال	۵/۸۲±۳/۲۱ سال	$p=0/710$

* آزمون χ^2

جدول ۲- توزیع فراوانی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت باروری ولی عصر (عج) شهر تهران در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۶ در دو گروه مشاوره و کنترل بر حسب رضایت جنسی، پیش از مداخله

سطح معناداری*	کنترل		مشاوره		رضایت جنسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=0/401$	۴۴/۷	۲۱	۳۴/۹	۱۵	ضعیف
	۴۴/۷	۲۱	۵۳/۵	۲۳	متوسط
	۵/۶	۵	۱۱/۶	۵	خوب
	۱۰۰	۴۷	۱۰۰	۴۳	جمع

* آزمون من‌ویتنی‌یو

جدول ۳- توزیع فراوانی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت باروری ولی عصر (عج) شهر تهران در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۶ در دو گروه مشاوره و کنترل بر حسب رضایت جنسی، ۳ ماه پس از مداخله

سطح معناداری*	کنترل		مشاوره		رضایت جنسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=0/019$	۴۴/۷	۲۱	۲۵/۶	۱۱	ضعیف
	۴۴/۷	۲۱	۴۶/۵	۲۰	متوسط
	۱۰/۶	۵	۲۷/۹	۱۲	خوب
	۱۰۰	۴۷	۱۰۰	۴۳	جمع

* آزمون من‌ویتنی‌یو

جدول ۴- توزیع فراوانی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت باروری ولی‌عصر (عج) شهر تهران در سال ۱۳۸۶-۱۳۸۵ در گروه مشاوره بر حسب رضایت جنسی، قبل و ۳ ماه پس از مداخله

سطح معناداری*	مشاوره				گروه رضایت جنسی
	۳ ماه پس از مداخله		قبل از مداخله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=0/002$	۲۵/۶	۱۱	۳۴/۹	۱۵	ضعیف
	۴۶/۵	۲۰	۵۳/۵	۲۳	متوسط
	۲۷/۹	۱۲	۱۱/۶	۵	خوب
	۱۰۰	۴۳	۱۰۰	۴۳	جمع

* آزمون ویل‌کاکسون

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از بزرگ‌ترین عواملی که بیش از هر چیز زندگی فردی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، تمایلات جنسی است و رضای این تمایلات به نحو مطلوب در تکوین شخصیت انسان نقش قاطع دارد. انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدایی‌ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی او را تشکیل می‌دهد و روشن است که کیفیت رضای این انگیزه نقش بسیار مهمی را در سلامت فردی و اجتماعی و دستیابی به آرامش و آسایش ایفا می‌کند. به نظر می‌رسد بی‌توجهی طولانی مدت به غریزه جنسی در انسان عوارض جبران‌ناپذیری به جای گذارده و در بیشتر مواقع موجب اختلال در روابط جنسی و عدم رضایت جنسی زوج‌ها شده و منجر به فروپاشی بنیان خانواده می‌گردد. اگر غریزه جنسی به درستی ارضا نشود فشارهای زیاد جسمی و روانی ناشی از آن، فرد را به بیراهه کشانده، در سلامت او اختلال ایجاد کرده و توانمندی‌ها و خلاقیت‌های او را تقلیل می‌دهد. اگر روابط جنسی بین زن و شوهر رضایت بخش نباشد منجر به احساس محرومیت،

ناکامی، احساس ناامنی و عدم احساس خوشبختی می‌شود (۱۸). عدم رضایت از رابطه جنسی ممکن است مشکلاتی از قبیل افسردگی برای فرد ایجاد کند (۱۹) و یا موجب طلاق و جدایی زن و شوهر شود (۱۰). ۱۰٪ طلاق‌ها در ایران ناشی از ناسازگاری جنسی اعلام شده است. در واقع روابط جنسی رضایت‌بخش، عاملی برای تحکیم خانواده و پایه‌ای برای به دست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است (۲۰).

از نکات اساسی در ارزیابی یک زوج نابارور، مسایل جنسی و اختلالات آن می‌باشد. ممکن است عوامل هیجانی ناشی از اختلالات جنسی موجب ناباروری گردد. یک ارتباط جنسی مطلوب می‌تواند احتمال باروری را بالا ببرد. از سوی دیگر ناباروری خود نیز می‌تواند روابط جنسی زوج‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. تصور می‌شود، اختلالات روانی جنسی در زوج‌های نابارور بیشتر از زوج‌های دیگر باشد (۲۱). درمان ناباروری که ضرورتاً روابط جنسی زوج‌ها را تحت نظر می‌گیرد، می‌تواند احساس اجبار و التزام در روابط جنسی را ایجاد کند و تأثیر منفی آن، بر زندگی جنسی

فرد در طول و حتی پس از توقف درمان ادامه یابد (۱۱). به خصوص زنان در چنین شرایطی تغییرات نامطلوب قابل توجهی شامل کاهش میل جنسی، دشواری در رسیدن به ارگاسم و مقاربت دردناک را گزارش می‌دهند. آنان گزارش می‌کنند که تفکرات و خاطرات مزاحمی که اغلب به دلیل روش‌های تشخیصی و درمانی است، در طول رابطه جنسی به سراغشان می‌آید. Audu در مطالعه خود دریافت که اختلال عملکرد جنسی یک مشکل شایع در بین زنان نابارور است (۷).

ناباروری موجب افزایش اختلالات و ناسازگاری‌های جنسی می‌شود و رضایت جنسی و تعداد دفعات فعالیت جنسی را کاهش می‌دهد (۲۲). ۶۰-۵۰٪ افراد نابارور کاهش قابل توجه در رضایت جنسی را گزارش می‌کنند (۱۰). ناباروری بر احساس فرد نسبت به خود، هویت جنسی، اعتماد به نفس و تصور از جسم تأثیر می‌گذارد و به طور اجتناب‌ناپذیری بر رابطه جنسی، ارزش روابط جنسی، میل و رضایت جنسی تأثیرگذار است (۱۱). مشابه نتایج به دست آمده در پیش‌آزمون این مطالعه، تحقیق Monga و همکاران نشان داد که زنان نابارور رضایت جنسی کمتر و مشکلات جنسی بیشتری را نسبت به زنان بارور گزارش می‌کنند (۲۲). همچنین این یافته‌ها با نتایج مطالعات Muller و همکاران نیز مشابه است (۲۳). تحقیقات نشان می‌دهد که زنان و مردان واکنش‌های روانی متفاوتی را نسبت به ناباروری نشان می‌دهند. جنسیت، عامل مهمی در ارزیابی تفاوت‌ها در استرس نازایی و رضایت جنسی بین زنان و مردان است. طول مدت ناباروری و علت و نوع ناباروری از عوامل مهم در رضایت

جنسی و زناشویی زوج‌های نابارور می‌باشد. همچنین سن زن و شوهر، جنس، مدت ازدواج، تحصیلات زن و شوهر، درآمد و طبقه اجتماعی در منابع مختلف به عنوان عوامل مؤثر بر رضایت جنسی و زناشویی زوج‌های نابارور ذکر شده است (۱۷). افراد باید مهارت‌های لازم برای رابطه جنسی رضایت‌بخش را یاد بگیرند و این مهم از طریق آموزش‌های لازم به آنان حاصل می‌شود. مشاوره، رضایت جنسی را افزایش می‌دهد (۲۴). برنامه‌های مشاوره که جهت ارتقای سطح رضایت جنسی به کار می‌رود، موجب افزایش رضایت جنسی می‌شود (۲۵). نتایج حاصل از این پژوهش نیز نشان داد که مشاوره موجب افزایش رضایت جنسی زنان نابارور می‌شود. رضایت جنسی در زنان گروه مشاوره ۳ ماه پس از مداخله تفاوت معناداری با گروه کنترل داشت. همچنین بین رضایت جنسی زنان گروه مشاوره قبل و ۳ ماه پس از مداخله تفاوت معناداری گزارش شد. در تأیید یافته‌های این پژوهش مفرحه نیز نشان داد رضایت جنسی زنان یک ماه پس از مشاوره در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($p=0/002$ و $\chi^2=12$) (۱۸).

در مطالعه دیگری مشخص شد که پس از آموزش، میانگین نمره رضایت جنسی زنان از ۳۸/۲ به ۴۳/۵ ارتقا یافته و میزان رضایت جنسی گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است ($p<0/001$) (۲۶). رضایت جنسی مسأله‌ای است که زن و مرد هر دو در آن دخالت دارند و هر دو نیازمند مشاوره هستند. در تحقیق حاضر مشاوره برای زوج نابارور داده شده است و در این مقاله نتایج

گروه‌های حمایتی در مراکز ناباروری ایجاد شود تا بدین‌وسیله با ارایه راه‌حل‌های مناسب در جهت برطرف نمودن فشار و تنش در افراد نابارور، گام‌های اساسی در جهت ارتقای کیفیت زندگی زناشویی و به عبارت دیگر بهبود کیفیت زندگی آنان برداشته شود.

در پایان پیشنهادهای زیر ارایه می‌گردد:

- بررسی رضایت جنسی زنان نابارور و تأثیر مشاوره بر آن در ناباروری با طول مدت بیش از ۱۰ سال.

- بررسی تأثیر مشاوره جنسی بر حسب تعداد جلسات و زمان ارایه مشاوره.

- بررسی تأثیر مشاوره جنسی بر زنان نابارور همراه با یک گروه بارور به عنوان گروه شاهد.

- بررسی رضایت جنسی زنان نابارور با توجه به متغیرهای مداخله‌گر، هم‌چون علت ناباروری، مدت ناباروری، مدت ازدواج و ...
- بررسی رضایت جنسی مردان نابارور.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۲۵۰/۵۸۴۵ مورخ ۸۵/۱۰/۵ می‌باشد، بدین‌وسیله نهایت تشکر خود را از کارکنان درمانگاه نازایی مرکز بهداشت باروری ولی‌عصر (عج) شهر تهران و کلیه شرکت‌کنندگانی که در انجام این طرح ما را یاری رساندند اعلام می‌نماییم.

حاصل از مشاوره بر زنان مطرح شده است. به نظر می‌رسد یکی از دلایل افزایش رضایت جنسی در زنان می‌تواند افزایش آگاهی و رضایت جنسی در همسرانشان باشد. مطالعه Litzinger و Gordon نشان داد میل و علاقه جنسی زنان به رضایت جنسی همسرانشان بستگی دارد (۲۷).

تخصیص تصادفی سیستماتیک بر حسب روز مراجعه، می‌تواند منجر به تورش شود که از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. در این مطالعه جهت کنترل متغیرهای ناخواسته، از روش حذف کامل متغیر از محیط آزمایش استفاده شد. به این منظور معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. ممکن است این امر موجب ایجاد محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج شود زیرا نتایج را صرفاً به افرادی که مشابه نمونه‌های مورد مطالعه می‌باشند می‌توان تعمیم داد.

در مجموع، با توجه یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره موجب افزایش رضایت جنسی زنان نابارور می‌گردد. تأکید این مطلب از اهمیت خاصی برخوردار است که بپذیریم مشکل ناباروری صرفاً یک بیماری جسمی نیست که فقط نیاز به مداخلات طبی و جراحی داشته باشد، بلکه لازم است مداخلات درمانی جهت توان‌بخشی روحی زوج‌ها نیز صورت گیرد که نهایتاً منجر به سازگاری بهتر آنان گردد (۲۸). لازم است توجه دست‌اندرکاران بهداشتی به جنبه‌های روانی جنسی ناباروری افزایش یابد و برنامه‌های آموزش مهارت‌های جنسی و زناشویی توسط

منابع

- 1- Berek JS. Novak's Gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. P. 973.
- 2 - Sedaghat Siahkal M, Nojoomi M, Kamali M, Tavajohi Sh, Kashfi F. [The prevalence of infertility and subfertility in Tehran]. The Journal of Tehran Faculty of Medicine. 2003; 5(61): 371-376. (Persian)

- 3 - Lemmens GM, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, D'Hooghe T, Demyttenaere K. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. *Hum Reprod.* 2004 Aug; 19(8): 1917-23.
- 4 - Karami Nouri R. [Psychosocial aspects of infertility]. *Medical Journal of Reproduction & Infertility.* 2000; 2(1): 57-68. (Persian)
- 5 - Bagshawe A, Taylor A. ABC of subfertility. *Counselling. BMJ.* 2003 Nov 1; 327(7422): 1038-40.
- 6 - Khayata GM, Rizk DE, Hasan MY, Ghazal-Aswad S, Asaad MA. Factors influencing the quality of life of infertile women in United Arab Emirates. *Int J Gynaecol Obstet.* 2003 Feb; 80(2): 183-8.
- 7 - Audu BM. Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. *J Obstet Gynaecol.* 2002 Nov; 22(6): 655-7.
- 8 - Young M, Luquis R, Denny G, Young T. Correlates of sexual satisfaction in marriage. *The Canadian Journal of Human Sexuality.* 1998; 7(2): 115-127.
- 9 - McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *Med J Aust.* 2003 Sep 1; 179(5): 263-6.
- 10 - Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE, van der Spuy ZM. 'You are a man because you have children': experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Hum Reprod.* 2004 Apr; 19(4): 960-7.
- 11 - Appleton T. Guidelines for counseling in infertility. Available from: <http://www.ESHRE.com>. Accessed July 12, 2002.
- 12 - Sherrod RA. Understanding the emotional aspects of infertility. *Journal of Psychosocial Nursing.* 2004; 42(3): 40-47.
- 13 - Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. *Issues Ment Health Nurs.* 2002 Jan-Feb; 23(1): 31-41.
- 14 - Lin H. Women's sexual self-awareness in sex counseling practice. *Electronic Journal of Human Sexuality.* 2006; 17: 1-9.
- 15 - Karami Nouri R, Akhondi MM, Behjati Ardakani Z. [Psychosocial aspects of infertility from viewpoint of infertility treating physicians]. *Medical Journal of Reproduction & Infertility.* 2001; 7(2): 13-26. (Persian)
- 16 - Lee TY, Sun GH. Psychosocial response of Chinese infertile husbands and wives. *Arch Androl.* 2000 Nov-Dec; 45(3): 143-8.
- 17 - 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. *Hum Reprod.* 2001 Aug; 16(8): 1762-7.
- 18 - Mofarehe SH. [The effect of counseling on couple's sexual satisfaction in shiraz]. Thesis of master of sciences of Midwifery, Midwifery Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, 2002. (Persian)
- 19 - Boyd MA. *Psychiatric nursing contemporary practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
- 20 - Jahanfar SH, Molaee Nejad M. [Sexual disorders handbook]. Tehran: Bijeh Publications; 2001. P. 45-48. (Persian)
- 21 - Sargolzaee MR, Moharreri F, Arshadi HR, Javidi K, Karimi Sh, Fayyazi Bordbar MR. [Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad Infertility Treatment Center]. *Medical Journal of Reproduction & Infertility.* 2001; 8(2): 46-51. (Persian)
- 22 - Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology.* 2004 Jan; 63(1): 126-30.
- 23 - Müller MJ, Schilling G, Haidl G. Sexual satisfaction in male infertility. *Arch Androl.* 1999 May-Jun; 42(3): 137-43.
- 24 - Heriss F. Marriage counseling. Available from: <http://www.google.com>. Accessed July 12, 2000. 227- 40.
- 25 - Sprecher S. Sexual satisfaction in premarital relationships: associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *J Sex Res.* 2002 Aug; 39(3): 190-6.
- 26 - Shahed University. [The 1th congress on Family and Sexual Health (abstracts)]. 2003, Tehran, Iran. (Persian)
- 27 - Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2005 Oct-Dec; 31(5): 409-24.
- 28 - Boivin J. Summary: Guidelines for counseling in infertility. 2002. Available at: <http://www.Eshre.com>. Accessed July 17, 2006. 51-53.

Effect of Counseling on Sexual Satisfaction among Infertile Women Referred to Tehran Fertility Center

Pakgohar* M (MSc.) - Vizheh** M (MSc.) - Babae*** Gh (Ph.D) - Ramezanzadeh**** F (MD) - Abedinina***** N (MSc.).

Abstract

Received: Sep. 2007
Accepted: May. 2008

Background & Aim: Infertility leads to sexual dissatisfaction in women who believe that their inability to conceive have serious negative effects on their life, particularly their sexual relations. The purpose of this study was to determine the effect of counseling on sexual satisfaction among infertile women referred to Tehran Fertility Center.

Methods & Materials: It is a controlled clinical trial. One hundred infertile women were recruited in the study using convenience sampling method. Then they were randomly allocated in case and control groups. Data were gathered in two phases: before the intervention and 3 month after the intervention. The intervention group participated in two-hour counseling sessions for about 2 weeks. Data were collected using a 2-sectioned questionnaire; including demographic characteristics, and sexual satisfaction questions. Data were analyzed using χ^2 , Mann Whitney U, and Willcoxon statistical tests.

Results: Results showed that there was no statistically significant difference between two groups in sexual satisfaction before the intervention ($P=0.401$). There was significant difference between two groups 3 months after the intervention ($P=0.019$). Also, there was significant difference between women's sexual satisfaction in the counseling group before and 3 month after the intervention ($P=0.002$).

Conclusion: Sexual counseling improves sexual satisfaction of infertile women.

Corresponding author:
Pakgohar M
e-mail:
mpakgohar@razi.tums.ac.ir

Key words: Infertility, Counseling, Sexual Satisfaction

* Lecturer, Midwifery Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

** Faculty of Midwifery, Azad Mahabad University, Mahabad, West Azarbaijan, Iran.

*** Professor of Biostatistics, Biostatistics Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

**** Dept of Obstetrics and Gynecology, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran.

***** Clinical Psychologist, Vali-e-Asr Reproductive Health Research Center, Tehran, Iran.