فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۱، شماره ۱۵، زمستان سال ۱۴۰۰

رابطه استرس ادراک شده با رضایت جنسی و سازگاری زناشویی در زوجین تحت درمان ناباروری شهر تهران در سال ۱۴۰۰

مریم سادات رضوی[۱]، رزا صالحیان[۲]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه استرس ادراک شده با رضایت جنسی و سازگاری زناشویی در زوجین تحت درمان ناباروری شهر تهران در سال ۱۴۰۰ صورت گرفت. روش پژوهش بر اساس هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی زوجین تحت درمان ناباروری بود که در ۴ ماه اول سال ۱۴۰۰ به مرکز فوق‌تخصصی ناباروری امین واقع در شهر تهران مراجعه کرده بودند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۷۰ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. روش جمع آوری داده‌ها بر اساس سه پرسشنامه استاندارد استرس ادراک شده کوهن و همکاران(۱۹۸۳)، رضایت جنسی لارسون(۱۹۹۸) و سازگاری زناشویی اسپاینر(۱۹۷۶) صورت گرفت. پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای تمامی ابعاد پرسشنامه بیش از ۰.۷ بدست آمد که نشان از پایایی مناسب ابزار پژوهش داشت. برای محاسبه روایی از روایی محتوا و سازه استفاده شد که نتاج بیانگر روا بودن ابزار پژوهش بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون خطی) انجام پذیرفت. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که استرس ادراک شده با سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن(سازگاری زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری، ابراز محبت) و رضایت جنسی و مولفه‌های آن(رضایت جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی) رابطه منفی و معنی‌داری دارد. به این معنی که با کاهش استرس ادراک شده سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن و همچنین رضایت جنسی و مولفه‌های آن افزایش می‌یابند.

کلیدواژه‌ها: استرس ادراک شده، رضایت جنسی، سازگاری زناشویی، ناباروری

[۱] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
[۲] استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

مقدمه

ناباروری[1] در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (بووین، بونتینگ، کولینز و نیگرن[2]، ۲۰۰۷). سازمان بهداشت جهانی[3] از ناباروری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است. ناباروری به عدم وقوع حاملگی پس از یک سال مقاربت کافی و منظم بدون استفاده از روش‌های جلوگیری گفته می‌شود(زگرس هوچسپیلد، آدامسون، موزون، ایشیهارا[4] و همکاران ، ۲۰۰۹). ناباروری مشکل شایعی است که حدود ۱۰-۱۵ درصد زوج‌ها را شامل می‌شود(کورتیز[5]، ۲۰۱۷). بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در حدود ۶۰- ۸۰میلیون زوج در سراسر دنیا از ناباروری رنج می‌برند(اومبلت، کوک، سرور، دوروی[6]، ۲۰۰۸). در ایران، این آمار در استان‌های مختلف و از ۹.۵۲ تا ۳۶.۲۱ گزارش شده است(امینی و همکاران، ۱۳۹۸). به همین دلیل ناباروری به عنوان یک بحران در زندگی افراد تلقی می‌شود که می‌تواند تاثیرات جسمی، روانی و اجتماعی را بر زندگی زوجین اعمال کند و آنان را در یک موقعیت تنش‌زا قرار دهد. زنان نابارور اغلب ناباروری را تنش‌زاترین حادثه زندگی خود دانسته و دوره‌های مکرر و متوالی درمان را به عنوان دوره‌های مکرر بحران، توصیف می‌کنند (کاوینگتون و بورنز[7]، ۲۰۰۶) و این استرس می‌تواند فرد را با طیف گسترده‌ی آسیب‌های روانشناختی شامل کاهش کیفیت زندگی، عزت نفس، رضایت جنسی، عاطفی، اجتماعی، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خود کم‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه شود (واتکینز و بلاد[8]، ۲۰۰۴). زنانی که پس از گذراندن این مراحل سخت، باردار می شوند، دوران بارداری بسیار پرتنش و استرس‌آوری را تجربه می کنند. اهمیت این دوران از این نظر چشمگیر است که سلامت و بهتر زیستن مادر به طور مستقیم بر زندگی فرزندش موثر است (گارسیا گونزالس، ونتورا میراندا، رکوئنا، پارون[9] و همکاران، ۲۰۱۸). هزینه‌های گزاف درمان ناباروری، نگرانی مداوم در مورد نتیجه بخش بودن درمان، خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس و جوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، از دست دادن علاقه همسر و تنش‌های بالقوه‌ی ناشی از درمان‌ها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی تعارض، سرخوردگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره‌گیری و انزوا، اختلال هویت، احساس عدم زیبایی و بی‌معنایی زندگی می‌شود (کازان و کاشنیر[10]، ۲۰۱۹).

همچنین پژوهش‌ها نشان داده است افراد تحت درمان ناباروری معمولا مضطرب هستند و نسبت به افراد عادی استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (کیم، شین و یان[11]، ۲۰۱۸). یکی از منابع استرس این افراد در معرض تصمیم‌گیری‌های

1 Infertility

2Boivin J, Bunting L, Collins J, Nygren K

3 WHO

4Zegers-Hochschild, Adamson, de Mouzon, Ishihara

5Curtis

6Ombelet, Cooke, Dyer , Serour , Devroey

7Covington SN, Burns L

8Watkins K j, Blade TD.

9García González, J., Ventura Miranda, M. I., Requena Mullor, M., Parron Carreño

10Chazan, L., & Kushnir, T

11Kim, Shin, & Yun

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

سخت در روند درمان قرار دارد، از جمله اینکه چه تعداد از جنین‌ها به انتقال احتیاج دارند، یا اگر احتیاج به انجماد اضافی رویان است آیا می‌توان جنین اضافی را نیز اهدا کرد (یزدانی و همکاران، ۲۰۱۷). ممکن است گفته شود که ناباروری استرس‌زاترین رویداد در زندگی نابارور است. نگرانی‌های جنسی، احساس گناه، ناامیدی و مشکلات زناشویی اغلب مربوط به ناباروری است (فرامرزی و همکاران، ۲۰۱۳). در همین خصوص کیسوتر مارسونر، لووینک، فیستارول[1] و همکاران (۲۰۲۰) به این نتیجه رسیدند که ناباروری به عنوان یکی از عامل‌های مهم در ایجاد پریشانی روانشناختی و استرس، ممکن است با کاهش قابل توجه رفاه و علائم ذهنی از جمله افسردگی و اضطراب همراه باشد همچنین به کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند زوجینی که تحت درمان ناباروری هستند می‌توانند ارتباطات بهتر و صمیمیت بیشتری را تجربه کنند در نتیجه، آنها احساس نزدیکی به یکدیگر می‌کنند (گریل، لتکو، پورتر[2]، ۱۹۸۸) و برخی دیگر مشاهده کرده‌اند که برخی از جنبه‌های رابطه زناشویی، مانند کارکرد جنسی آشفته می شود (لالوس، لالوس، جیکوبسون، ون اسچولز[3]، ۱۹۸۵). بنابراین اینکه استرس ادراک شده در جریان درمان ناباروری چه اثرات روانشناختی بر زوجین می گذارد همچنان ناشناخته است. دو مورد از عواملی که احتمالا تحت تاثیر درمان ناباروری و استرس‌های ناشی از این درمان قرار می‌گیرد، سازگاری زناشویی و رضایت جنسی می‌تواند باشد. رضایت جنسی عبارت است از قضاوت هر فرد راجع به رفتار جنسی خود که آن را لذت بخش تصور می کند (جهانفر و ملایی‌نژاد، ۱۳۹۶). 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 (نیک رادوس، سولجاکیک ورانس، تومیک و کونا[4]، ۲۰۲۰). بر اساس مطالعات انجام شده ۸۰٪ افراد ناباروری دچار یک اختلال روانشناختی شامل عدم رضایت‌مندی زناشویی، اختلال در روابط بویژه زوج ها، عدم رضایت جنسی، کاهش اعتماد به نفس در ارتباط جنسی و تعداد نزدیکی‌ها، کاهش میل جنسی، خشم و تاثیرات منفی عاطفی می‌باشند (ماهادین، هامدان-منصور، هاباشنه و داراداس[5]، ۲۰۲۰).

دیگر متغیری که تحت تاثیر استرس ادراک شده در درمان ناباروری قرار می‌گیرد، سازگاری زناشویی است. در همین راستا ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶) رابطه معناداری بین سازگاری زناشویی و استرس ناباروری را مورد مطالعه قرار دادند که نتایج نشان داد این دو با هم رابطه دارند. همچنین سطوح بالاتر سازگاری زناشویی با نمرات پایین‌تر استرس ناباروری همراه است و سازگاری زناشویی بیشتر می تواند به عنوان یک عامل حمایت کننده در مقابل استرس‌های ناباروری محسوب شود (نیوتن، شرارد و گلاوک[6]، ۱۹۹۹). در این زمینه نیز پژوهش‌هایی با نتایج متناقض وجود دارد از جمله مونگا و همکاران (۲۰۰۴) بیان داشتند که زنان ناباروی نمرات به مراتب‌تری در سازگاری زناشویی نسبت به زنان کنترل داشته‌اند که عوامل فرهنگی جامعه نقش بسزایی در این موضوع دارند و تفاوت نتایج علل فرهنگی دارد (ریز، پومیر، نف و ون گات[7]، ۲۰۱۱). در این خصوص جنیدی و همکاران(۱۳۸۸) نشان دادند که روابط بین زوجین در

1Kiesswetter, Marsoner, Luehwink, Fistarol

2Greil Leitko Porter

3Lalos, lalos, Jacobsson, von Schoultz

4Nakić Radoš, Soljačić Vraneš, Tomić, & Kuna

5Mahadeen, Hamdan-Mansour, Habashneh, & Dardas

6Newton, Sherrard& Glavac

7Raes, Pommier, Neff & Van Gucht

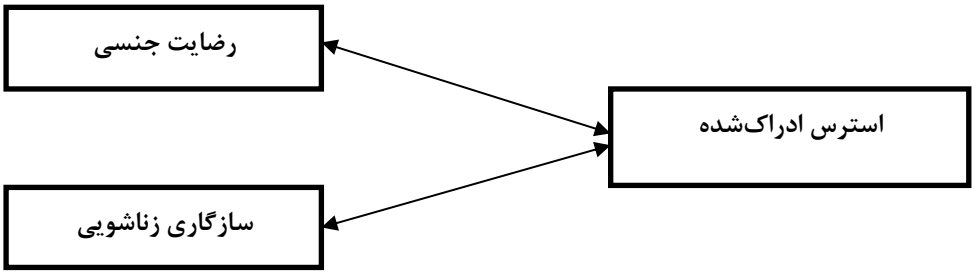
[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

زمان فرایند ناباروری محکم‌تر می شود. مراحل درمان ناباروری نه تنها نمی تواند خطری برای سازگاری زناشویی باشد بلکه تقسیم استرس ناشی از آن بین زوجین و گذشت زمان می تواند ارتباط زناشویی را استحکام بخشد و صمیمیت زوج ها را افزایش دهد. در نهایت، با توجه به نتایج ضد و نقیض و تاثیری که فرهنگ بر نتایج این مطالعات می گذارد، لازم دیده شد که این تحقیقات در ایران نیز مجدد تکرار شود و در پی پاسخ به این سوال بر می‌آید که "آیا استرس ادراک شده می‌تواند سازگاری زناشویی و رضایت جنسی در زوجین تحت درمان ناباروری را پیش‌بینی کند؟". بر این اساس فرضیه ها و مدل پژوهش به قرار زیر است:

فرضیه اول پژوهش: استرس ادراک شده با رضایت جنسی در زوجین تحت درمان ناباروری رابطه دارد.

فرضیه دوم پژوهش: استرس ادراک شده با سازگاری زناشویی در زوجین تحت درمان ناباروری رابطه دارد.

مدل مفهومی پژوهش نیز در شکل زیر آورده شده است:



شکل۱: مدل مفهومی پژوهش (کوهن و همکاران(۱۹۸۳)، لارسون(۱۹۹۸)، اسپاینر(۱۹۷۶))

روش‌شناسی

روش پژوهش بر اساس هدف کاربردی و از نظر گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی زوجین تحت درمان ناباروری بود که در ۴ ماه اول سال ۱۴۰۰ به مرکز فوق‌تخصصی ناباروری امین واقع در شهر تهران مراجعه کرده بودند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۷۰ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن[1] و همکاران(۱۹۸۳)، پرسشنامه رضایت جنسی لارسون[2](۱۹۹۸) و پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر[3](۱۹۷۶) بود.

پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن و همکاران(۱۹۸۳): این پرسشنامه دارای ۳ نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و به همین خاطر به زبان‌های گوناگون ترجمه و در کشورهای زیادی مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است. در این پژوهش از نسخه ۱۴ ماده‌ای آن استفاده خواهد شد. نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این شکل است که بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت هرگز=۰، تقریبا هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و بسیاری از اوقات =۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (هرگز=۴ تا بسیاری از اوقات=۰). کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان دهنده

[1] Cohen
[2] Larson
[3] Spanier

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

استرس ادراک شده بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰.۸۴، ۰.۸۵ و ۰.۸۶ بدست آمده است (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳).

پرسشنامه رضایت جنسی لارسون(۱۹۹۸): این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال و ۴ مؤلفه تمایل به برقراری روابط جنسی (سوالات۲۰-۱۸-۱۵-۲۲-۲۳)، نگرش جنسی(سوالات۱۹-۵-۱۲-۱۴-۳-۲۵)، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی (سوالات۱۱-۱۳-۱۰-۱-۱۶-۲۱)می‌باشد و براساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت(از هرگز=۱ تا همیشه=۵) با سوالاتی مانند"من احساس می کنم که همسرم از روابط جنسیمان لذت می برد" به سنجش رضایت جنسی می‌پردازد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش بهرامی و همکاران (۱۳۹۵)، برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. در نسخه اصلی نیز پایایی این پرسشنامه ۰.۸۷ بدست آمده است.

پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپاینر(۱۹۷۶): به منظور جمع آوری اطلاعات در زمینه سازگاری زناشویی از پرسشنامه **DAS** استفاده شد. این آزمون ۳۲ سوال دارد و نمره آن هم از ۰ تا ۱۵۱ است. بدترین نمره ۰ و بهترین نمره ۱۵۱ است. نمره ۱۱۰ تا ۱۵۱ رابطه رضایت‌مندانه را نشان می دهد. اما نمره زیر ۱۱۰ قابل توجه و نگران‌کننده است. این آزمون در مورد ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن و شوهر یا هر دو نفری که با هم زندگی می کنند می باشد. این ابزار برای چند هدف ساخته شده است می‌توان با بدست آوردن کل نمرات از این ابزار برای اندازه‌گیری رضایت کلی در روابط استفاده کرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد این مقیاس ۴ بعد رابطه را می سنجد که عبارتند از: ۱- سازگاری زناشویی/۲- همبستگی زناشویی/۳- توافق زناشویی/۴- ابراز محبت. نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ٪۹۶ از همسانی درونی قابل توجهی برخوردار است. همسانی درونی بین خرده مقیاس ها بین خوب تا عالی است. رضایت دو نفری ۰/۹۴، همبستگی دو نفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ است. روایی این مقیاس ابتدا با روش های منطقی روایی چک شد. این مقیاس از روایی همزمان نیز برخوردار است و با مقیاس سازگاری زناشویی لاک- والاس همبستگی دارد. به منظور نمره گذاری آزمون **DAS** نمرات خرده مقیاس ها به صورت جداگانه مورد استفاده قرارگرفته است که کل نمره‌گذاری این آزمون معکوس بوده است. سازگاری زناشویی(سوالات۱۶-۱۷-۳۲-۳۱-۲۳-۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸)، همبستگی دونفری(سوالات ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۲۷) ، توافق دونفری(سوالات۱-۲-۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۵-۳)، ابراز محبت(سوالات۴-۶-۲۹-۳۰) (تیموری، ۱۳۸۷). در نهایت، تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS24 در دو بخش توصیفی و استنباطی(آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون خطی) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که به دلیل بیشتر شدن سطح معناداری از ۰.۰۵، برای تمام متغیرها می‌توان در سطح اطمینان ۹۵٪ بیان داشت که فرض صفر یعنی اینکه توزیع داده‌های پژوهش نرمال است، تأیید می‌شود.

آزمون فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی پژوهش: استرس ادراک شده با سازگاری زناشویی و رضایت جنسی زوجین تحت درمان ناباروری رابطه دارد.

جهت بررسی این فرضیه پژوهشی از همبستگی پیرسون به روش همزمان استفاده شد.

جدول ۱: خلاصه نتایج ماتریکس همبستگی پیرسون برای رضایت جنسی و مولفه های آن، سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن و استرس ادراک شده

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

	استرس ادراک شده	سازگاری زناشویی	همبستگی دونفری	توافق دونفری	ابرازمحبت	رضایت جنسی	نگرش جنسی	کیفیت زندگی جنسی	سازگاری جنسی	سازگاری کل
استرس ادراک شده	1									
سازگاری زناشویی	-.548**	1								
همبستگی دو نفری	-.422**	.657**	1							
توافق دو نفری	-.222**	.308**	.314**	1						
ابراز محبت	-.209**	.197*	.239**	.215**	1					
رضایت جنسی	-.245**	.289**	.351**	.222**	.756**	1				
نگرش جنسی	-.191*	.215**	.253**	.323**	.454**	.642**	1			
کیفیت زندگی جنسی	-.136	.114	.245**	.126	.507**	.567**	.345**	1		
سازگاری جنسی	-.181*	.169*	.141	.080	.161*	.288**	.460**	.080	1	
سازگاری کل	-.501**	.791**	.743**	.727**	.514**	.519**	.427**	.306**	.189*	1
رضایت جنسی کل	-.250**	.258**	.331**	.250**	.626**	.826**	.815**	.704**	.611**	.478**

جدول فوق ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان داده است که همانطور که مشاهده می کنید استرس ادراک شده با سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن (سازگاری زناشویی، همبستگی دو نفری، توافق دو نفری، ابراز محبت) و رضایت جنسی و مولفه‌های آن (رضایت جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی) رابطه منفی و معنی داری دارد.

با توجه به میزان ضریب همبستگی می توان میزان رابطه را پیش بینی کرد. از ضرایب همبستگی گزارش شده می‌توان اینطور نتیجه گرفت که استرس ادراک شده بیشترین همبستگی را با سازگاری زناشویی و کمترین رابطه را با سازگاری جنسی دارد. در فرضیات بعدی نقش علت و معلولی را در این روابط مورد مطالعه قرار داده ایم.

فرضیه فرعی اول: استرس ادراک شده با رضایت جنسی در زوجین تحت درمان ناباروری رابطه دارد.

جهت بررسی این فرضیه اول از رگرسیون به روش خطی استفاده شد. در جدول زیر خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل به روش خطی ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص روش	R	R^2	F	DF1	DF2	سطح معناداری
خطی	۰.۲۵۰	۰.۰۶۳	۱۱.۲۰۸	۱	۱۶۸	۰.۰۰۱

جدول ۲ خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل را نشان می دهد. نسبت **F**و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار استرس ادراک شده در معادله رگرسیون است (**$p \leq 0.01$**). همانطور که مشاهده می شود در پیش بینی رضایت جنسی زوجین تحت درمان ناباروری **R^2** محاسبه شده ۰/۲۵۱ است یعنی این متغیر ۰/۲۵ درصد از واریانس متغیر رضایت جنسی در زوجین تحت درمان ناباروری را تبیین می‌کند.

جدول۳: ضریب حاصل از رگرسیون به روش خطی پیش بینی کننده سازگاری زناشویی

متغیر	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	T	سطح معناداری
	B	SD	Beta		
ثابت	۷۶.۷۴۳	۴.۶۰۳		۱۶.۶۷۱	۰.۰۰۱

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

استرس ادراک شده	-۰.۴۲۵	۰.۱۲۷	-۰.۲۵۰	-۳.۳۴۸	۰.۰۰۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که متغیر استرس ادراک شده پیش‌بینی کننده معنادار رضایت جنسی می‌باشد. با توجه به علامت منفی بتا می‌توان گفت پیش بینی رضایت جنسی بر اساس استرس ادراک شده یک رابطه معکوس با شدت (ضریب بتا) ۰/۴۲ است.

فرضیه فرعی دوم: استرس ادراک شده با سازگاری زناشویی در زوجین تحت درمان ناباروری رابطه دارد.

جهت بررسی این فرضیه پژوهشی از رگرسیون به روش خطی استفاده شد. در جدول زیر خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل به روش خطی ارائه می‌گردد.

جدول ۴: خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص روش	R	R^2	F	DF1	DF2	سطح معناداری
خطی	۰/۵۰۱	۰/۲۵۱	۵۶/۳۳۱	۱	۱۶۸	۰/۰۰۱

جدول ۴ خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل را نشان می دهد. نسبت **F** و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار استرس ادراک شده در معادله رگرسیون است (**$p\leq0.01$**). همانطور که مشاهده می شود در پیش‌بینی سازگاری زناشویی زوجین تحت درمان ناباروری **R^2** محاسبه شده ۰/۲۵۱ است یعنی این متغیر ۰/۲۵ درصد از واریانس متغیر سازگاری زناشویی در زوجین تحت درمان ناباروری را تبیین می‌کند.

جدول ۵: ضریب حاصل از رگرسیون به روش خطی پیش بینی کننده سازگاری زناشویی

متغیر	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	T	سطح معناداری
	B	SD	Beta		
ثابت	۹۰.۱۸۱	۴.۱۹۲		۲۱.۵۱۳	۰.۰۰۱
استرس ادراک شده	-۰.۸۶۷	۰.۱۱۵	-۰.۵۰۱	-۷.۵۰۵	۰.۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که متغیر استرس ادراک شده پیش‌بینی کننده معنادار سازگاری زناشویی می‌باشد. با توجه به علامت منفی بتا می‌توان گفت پیش بینی سازگاری زناشویی بر اساس استرس ادراک شده یک رابطه معکوس با شدت (ضریب بتا) ۰/۸۶ است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی رابطه استرس ادراک شده با رضایت جنسی و سازگاری زناشویی در زوجین تحت درمان ناباروری شهر تهران در سال ۱۴۰۰ پرداخته شد. با توجه به تایید تمامی فرضیه‌های موجود، مدل مفهومی پژوهش حاضر مدل مناسبی برای پیش‌بینی متغیرهای موثر بر افزایش رضایت جنسی و سازگاری زناشویی در بین زوجین است. در ادامه به تبیین فرضیه‌های پژوهش می پردازیم:

بر اساس یافته‌ی فرضیه اصلی، وجود رابطه منفی و معنادار بین استرس ادراک شده با رضایت جنسی و سازگاری زناشویی در زوجین تحت درمان ناباروری مورد تائید قرار داد. به این معنی که با کاهش استرس ادراک شده، سازگاری زناشویی و مولفه‌های آن و همچنین رضایت جنسی و مولفه های آن افزایش می‌یابند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه کرایی و همکاران(۱۳۹۷)، ایزدی و سجادیان(۱۳۹۶)، علیرضایی(۱۳۹۵)، خضری و همکاران(۱۳۹۳)، کیسوتر و همکاران(۲۰۲۰)، معروفی‌نژاد(۲۰۱۹)، کیم و همکاران(۲۰۱۸)، همخوانی داشته است. اما یافته‌های پترسون و همکاران[1](۲۰۰۳) غیرهمسو بود. در واقع پژوهش پترسون و همکاران(۲۰۰۳) نشان داد هرچه میزان سازگاری زناشویی

1Peterson BM

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

بیشتر باشد، استرس ناشی از ناباروری بین زوجین بیشتر می‌شود و گذشت زمان می‌تواند ارتباط زناشویی را استحکام بخشد و صمیمیت زوج ها را افزایش دهد.

در تبیین این نکته تفاوت در نتایج می توان به تفاوت در جمعیت نمونه، زمان و مکان انجام پژوهش اشاره کرد. مطالعه‌ی حاضر در زمان شیوع کرونا انجام شده است که خود استرس بسیاری را بر زوجین نابارور تحمیل کرده بود. همچنین ابزارهای اندازه گیری در دو مطالعه متفاوت بوده است. در مطالعه پترسون از ابزار اندازه گیری استرس مختص ناباروری استفاده شده است در صورتی که ابزار مطالعه حاضر استرس های عمومی ادراک شده را اندازه گیری کرده است. بنابراین استرس ناشی از عوامل محیطی همچون شیوع بیماری کرونا را نیز شامل می شود. از طرفی معنی دار شدن روابط بین استرس ادراک شده و سازگاری زناشویی و رضایت جنسی را نیز می توان به این صورت تبیین کرد که ناباوری با اینکه یک بیماری محسوب نمی شود، اما استرس و فقدان ناشی از آن تاثیر جدی بر جسم، روان، اقتصاد و در کل کیفیت زندگی فرد دارد. به گونه‌ای که برخی آن را از نظر طیف وسیعی از نشانه ها هم ردیف سایر بیماری های حاد جسمی همچون سرطان و ایدز می دانند (ظریف گلباریزدی و همکاران، ۱۳۹۱). ناتوانی در داشتن فرزند به عنوان یک علامت شکست تلقی شده و این احساس را بوجود می آورد که فرد کامل نیست. غالب مردم تصور نمی کنند که ممکن است نابارور باشند، به همین دلیل ناباروری برای آنان یک شوک محسوب می شود. برخی معتقدند در مقابله با وقایع پر استرس زندگی، ناباروری پس از مرگ پدر، مادر و خیانت همسر در رتبه چهارم قرار دارد. در کشور ما بچه دار شدن هدفی مهم برای ازدواج و مفهوم حیاتی برای اثبات و امنیت زندگی زناشویی است از این رو ناباروری یک شکست محسوب می شود و استرس زیادی را به زوجین منتقل می کند. استرس با افزایش برخی انتقال دهنده های عصبی به تشدید ناباروری کمک می کنند (پاتل[1] و همکاران، ۲۰۱۶) و یک چرخه معیوب قابل توجه را تشکیل می‌دهند. استرس تنها یکی از هزاران عواملی است که زندگی زوجین نابارور را برای مدت طولانی درگیر خود می سازد، قرار گرفتن در شرایط استرس‌آمیز و ترس از بچه‌دار نشدن خود باعث اضطراب، افسردگی ایجاد احساس گناه (سلطانی، شعیری و روشن، ۱۳۹۱) و همچنین تنش در روابط بین فردی و نارضایتی زناشویی می‌شود (ظریف گلبار یزدی و همکاران، ۱۳۹۱).

بر طبق یافته‌های فرضیه فرعی اول؛ وجود رابطه منفی و معنادار بین استرس ادراک شده با رضایت جنسی در زوجین تحت درمان ناباروری مورد تائید قرار داد. به این معنی که با افزایش استرس ادراک شده در زوجین رضایت جنسی در این افراد کاهش می یابد و بالعکس. این یافته ها با نتایج مطالعه ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶)، علیرضایی(۱۳۹۵)، خضری و همکاران (۱۳۹۳)، بشارت و همکاران (۱۳۹۳)، کیسوتر و همکاران (۲۰۲۰)، یزدانی و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی داشته است.

در تبیین این نتایج می توان گفت همانطور که در متون روانشناختی نیز بارها به آن اشاره شده است، میزان استرس می‌تواند تاثیر فیزیولوژیک مستقیم بر عملکرد سیستم ایمنی داشته باشد و با کاهش مقاومت بدن، فرد را مستعد تشدید بیماری جسمانی و روانی کنند و از این طریق می توانند عملکرد روزمره و اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار دهد. عمده مسائل و مشکلاتی که به طور معمول عملکرد و رضایت جنسی زوجین را تحت تاثیر قرار می دهد شامل آثار روانی و عاطفی ناشی از درمان ناباروری و اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس و غیره است که این استرس های روانی و رفتار مراقبت دهندگان از عواملی هستند که بر کارکرد جنسی بیماران تاثیر می گذارد. رضایت جنسی، با افزایش صمیمیت بین زوجین، افزایش رضایت آنها از یکدیگر و در نتیجه افزایش سلامت روان آنها حاصل می شود. به بیان

[1] Patel

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

دیگر زوجینی که تحت درمان ناباروری هستند، علاوه بر استرس های روزمره استرس‌های مربوط به درمان ناباروری را نیز تجربه می کنند و این باعث ایجاد فشار روانی مضاعف می‌شود که فرد را در شرایطی قرار می دهد که نمی تواند به خوبی با همسر خود رابطه برقرار کند و به همین دلیل رضایت جنسی در آنها کاهش می یابد. همچنین زمانی که زوجین برای فرزندآوری تصمیم جدی می‌گیرند، در واقع هدف خاصی را برای برقراری ارتباط جنسی مدنظر دارند اما زمانی که به هدف نرسیده و با شکست مواجه می شوند، به مرور رابطه رو به سردی می نهد.

بر طبق یافته‌های فرضیه فرعی دوم؛ وجود رابطه منفی و معنادار بین استرس ادراک شده با سازگاری زناشویی در زوجین تحت درمان ناباروری مورد تائید قرار داد. به این معنی که با افزایش استرس ادراک شده در زوجین سازگاری زناشویی در این افراد کاهش می یابد و بالعکس. این یافته ها با نتایج مطالعه‌ی کرایی و همکاران (۱۳۹۷)، معروفی‌نژاد (۲۰۱۹)، کیم و همکاران (۲۰۱۸)، یزدانی و همکاران (۲۰۱۷) همخوانی داشته است. اما یافته‌های پترسون و همکاران(۲۰۰۳) غیر همسو بوده است؛ در واقع پژوهش پترسون و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد هرچه میزان سازگاری زناشویی بیشتر باشد، استرس ناشی از ناباروری بین زوجین بیشتر می شود و گذشت زمان می تواند ارتباط زناشویی را استحکام بخشد و صمیمیت زوج ها را افزایش دهد. تبیین تفاوت نتایج با پژوهش پترسون و همکاران (۲۰۰۳) در فرضیه اصلی نیز مورد بررسی قرار گرفت و این تفاوت را ناشی از قلمرو زمانی و مکانی پژوهش دانستیم و همچنین ابزارهای مورد استفاده دو پژوهش را دلیل اصلی این تفاوت در نتایج دانستیم. در تبیین نتایج پژوهش حاضر نیز می توان گفت استرس بیش از حد همواره موجب ایجاد اختلال در روند زندگی عادی افراد می شود. اگر این استرس همزمان با پدیده ی ناباروری در زوجین اتفاق بیفتد لاجرم بر روابط زناشویی تاثیر می گذارد، فردی که تحت استرس های محیطی قرار می‌گیرد، برای تخلیه این استرس در روابط بین فردی دچار مشکل خواهد شد. بنابراین تاثیرگذاری استرس ادراک شده بر سازگاری زناشویی زوجین امری بدیهی به نظر می رسد.

براساس یافته‌های پژوهش، پیشنهادهایی در ادامه ارائه می‌گردد:

- ✓ پیشنهاد می شود برای زوجین تحت درمان ناباروری دوره های آموزشی برای کنترل استرس برگزار شود تا از این طریق رضایت جنسی و سازگاری زناشویی آنها افزایش یابد.
- ✓ پیشنهاد می شود این مطالعه بر روی زوجین سالم نیز انجام شود.
- ✓ این مطالعه در نمونه ای بزرگتر متشکل از افراد نابارور مراجعه کننده به کلینیک های بیشتری انجام شود.
- ✓ به پژوهشگران آتی پیشنهاد می شود این مطالعه بر روی زوجین دیگر شهرها نیز انجام شود.

منابع

امینی، لیلا؛ قربانی، بهزاد و افشار، بهاره. (۱۳۹۸). مقایسه استرس ناباروری و حمایت اجتماعی درک شده زنان نابارور و همسران مردان نابارور. *نشریه پرستاری ایران*. دوره ۳۲، شماره ۱۲۲، صص: ۷۴-۸۵.

ایزدی، ندا و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۶). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجی شفقت خود و خود قضاوتی، *روان پرستاری*، ۵(۲): ۲۲-۱۵.

بشارت، محمدعلی؛ لشکری، مهدیه و رضازاده، سیدمحمدرضا (۱۳۹۳). تبیین سازگاری با ناباروری بر اساس کیفیت رابطه، باورهای زوجین و حمایت اجتماعی، *روانشناسی خانواده*، ۱(۲): ۵۴-۴۱.

جنیدی، الهام؛ نورانی، سعدالدین، شهلا؛ مخبر، نغمه و شاکری، محمدتقی. (۱۳۸۸). مقایسه خشنودی زناشویی در زنان بارور و نابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهر مشهد. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران*، ۷-۱۶.

جهانفر، شایسته و ملایی نژاد، میترا. (۱۳۹۶). *درسنامه اختلالات جنسی*، تهران: نشر سالمی.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

خضری، زینت و بنابی مبارکی، زهرا و مکوندی، بهنام. (۱۳۹۳). بررسی رابطه میان رضایت زناشویی با استرس ناباروری در زوجین نابارور، *اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی*، تهران، **https://civilica.com/doc/320802**

سلطانی، مرضیه، شعیری، محمدرضا و روشن، رسول (۱۳۹۱). تاثیر زوج درمانی متمرکز بر هیجان بر افزایش سازگاری زناشویی زوجین ناباروری. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۴)، ۳۸۳-۳۸۹.

ظریف گلبار یزدی، هانیه، آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا، موسوی فر، نزهت و معینی زاده، مجید. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان بهزیستی بر استرس و بهزیستی روان شناختی زنان نابارور. *مجله زنان، مامایی ونازایی ایران*، ۱۵(۱)، ۴۹-۵۶.

علیرضایی, سمیه. (۱۳۹۵). تأثیر ناباروری بر اختلال عملکرد جنسی زنان: مقاله مروری .*مجله زنان، مامایی و نازایی ایران* , **19(40), 91-101. doi: 10.22038/ijogi.2017.8450**

کرایی، امین؛ دشت بزرگی، زهرا و ظاهری عبده وند، سیمین. (۱۳۹۷). تأثیر راهبردهای مقابله با استرس بر سازگاری با ناباروری در زنان نابارور: نقش میانجی کیفیت رابطه زناشویی .*مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن‌سینا*. ۲۶ (۳): ۲۰۲-۱۹۱.

Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction*, *22*(6), 1506-1512.

Chazan, L., & Kushnir, T. (2019). Losses and gains of psychosocial resources: Effects on stress among women undergoing infertility treatments and participating in social network systems. *Psychiatric Quarterly*, *90*(4), 717-732.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.

Covington, S. N., & Burns, L. H. (Eds.). (2006). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge University Press.

Curtis, M. (2017). Inconceivable: how barriers to infertility treatment for low-income women amount to reproductive oppression. *Geo. J. on Poverty L. & Pol'y*, *25*, 323.

Faramarzi, M., Pasha, H., Esmailzadeh, S., Kheirkhah, F., Heidary, S., & Afshar, Z. (2013). The effect of the cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy on infertility stress: a randomized controlled trial. *International journal of fertility & sterility*, *7*(3), 199.

García González, J., Ventura Miranda, M. I., Requena Mullor, M., Parron Carreño, T., & Alarcón Rodriguez, R. (2018). Effects of prenatal music stimulation on state/trait anxiety in full-term pregnancy and its influence on childbirth: a randomized controlled trial. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, *31*(8), 1058-1065.

Greil, A. L., Leitko, T. A., & Porter, K. L. (1988). Infertility: His and hers. *Gender & Society*, *2*(2), 172-199.

Kiesswetter, M., Marsoner, H., Luehwink, A., Fistarol, M., Mahlknecht, A., & Duschek, S. (2020). Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behavioral Medicine*, *46*(2), 130-141.

Kim, J. H., Shin, H. S., & Yun, E. K. (2018). A dyadic approach to infertility stress, marital adjustment, and depression on quality of life in infertile couples. *Journal of Holistic Nursing*, *36*(1), 6-14.

Lalos, A., Lalos, O., Jacobsson, L., & von Schoultz, B. (1985). The psychosocial impact of infertility two years after completed surgical treatment. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *64*(7), 599-604.

Larson, J. H., Anderson, S. M., Holman, T. B., & Niemann, B. K. (1998). A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *Journal of sex & marital therapy*, *24*(3), 193-206.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

Mahadeen, A. I., Hamdan-Mansour, A. M., Habashneh, S. A., & Dardas, L. A. (2020). Sexual satisfaction among infertile couples: demographics and psychosocial health factors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *58*(9), 40-47.

Maroufizadeh, S., Hosseini, M., Foroushani, A. R., Omani-Samani, R., & Amini, P. (2019). The relationship between perceived stress and marital satisfaction in couples with infertility: actor-partner interdependence model. *International journal of fertility & sterility*, 13(1), 66.

Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H., Tomić, J., & Kuna, K. (2020). Infertility-related stress and sexual satisfaction: A dyadic approach. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 1-8.

Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and sterility*, *72*(1), 54-62.

Ombelet, W., Cooke, I., Dyer, S., Serour, G., & Devroey, P. (2008). Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Human reproduction update*, *14*(6), 605-621.

Patel, A., Sharma, P. S. V. N., Narayan, P., Binu, V. S., Dinesh, N., & Pai, P. J. (2016). Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of human reproductive sciences*, *9*(1), 28.

Peterson, B. D. (2003). *Examining the individual and dyadic coping processes of men and women in infertile couples and their relationship to infertility stress, marital adjustment, and depression* (Doctoral dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University).

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, *18*(3), 250-255.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28.

Watkins, K. J., & Baldo, T. D. (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of counseling & Development*, *82*(4), 394-402.

Yazdani, F., Elyasi, F., Peyvandi, S., Moosazadeh, M., Galekolaee, K. S., Kalantari, F., ... & Hamzehgardeshi, Z. (2017). Counseling-supportive interventions to decrease infertile women's perceived stress: A systematic review. *Electronic physician*, *9*(6), 4694.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., ... & van der Poel, S. (2009). The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. *Human reproduction*, *24*(11), 2683-2687.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]