

بررسی تأثیر ناباروری بر روابط زوجین: یک مطالعه کیفی

مهشید بکائی^۱، معصومه سیمبر^۲، سید مجتبی یاسینی اردکانی^۳، حمید علوی مجد^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: نتایج متناقضی در مورد رابطه بین زوجین و ناباروری به چشم می‌خورد. پژوهش حاضر با هدف درک و تجربه زنان نابارور در مورد تشخیص و درمان ناباروری و تأثیر آن بر عملکرد جنسی انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع کیفی بود و با رویکرد تحلیل محتوا انجام گردید. ۱۵ زن نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر یزد و ۸ نفر مطلع کلیدی با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند از مهر تا بهمن سال ۱۳۹۳ انتخاب شدند. با مشارکت کنندگان مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته صورت گرفت و داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی تجزیه و تحلیل شد. برای تأیید دقت و صحت داده‌ها، از معیارهای Guba و Lincoln استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها دو طبقه اصلی «تأثیر ناباروری بر سیکل پاسخ جنسی و عوامل مرتبط بر عملکرد جنسی» را نشان داد. سیکل پاسخ جنسی شامل زیرطبقه‌ها «تمایل و عوامل تأثیرگذار بر تمایل جنسی زنان نابارور، برانگیختگی و عوامل مرتبط با آن و اوج لذت جنسی و عوامل تأثیرگذار» و عوامل مرتبط به عملکرد جنسی نیز متشکل از زیرطبقه‌ها «درد هنگام نزدیکی و صمیمیت زوجی» بود.

نتیجه‌گیری: اگرچه زنان نابارور می‌توانند سیکل پاسخ جنسی را در مراحل تمایل، برانگیختگی و اوج لذت جنسی مانند سایر زنان تجربه کنند، اما عده‌ای بعد از تشخیص و تعداد بیشتری در حین درمان ناباروری، دچار مشکلاتی در فازهای مذکور می‌شوند. مشاوره با زوج و زنان نابارور در مورد چرخه پاسخ جنسی و سلامت جنسی، می‌تواند زندگی جنسی زنان نابارور را بهبود بخشد.

کلیدواژه‌ها: ناباروری، فعالیت جنسی، اختلال عملکرد جنسی، تحقیق کیفی

ارجاع: بکائی مهشید، سیمبر معصومه، یاسینی اردکانی سید مجتبی، علوی مجد حمید. بررسی تأثیر ناباروری بر روابط زوجین: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۶؛ ۶ (۱): ۶۳-۷۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۴/۷/۲

Email: msimbar@gmail.com

نویسنده مسؤول: معصومه سیمبر

مقدمه

ناباروری، از معضلات رو به افزایش کشورهای در حال توسعه می‌باشد و به دو دسته اولیه و ثانویه و با علل مختلف زنانه، مردانه و ناشناخته تقسیم می‌شود (۱). ناباروری گاهی شایستگی‌های فردی و اجتماعی زن را زیر سؤال می‌برد. از طرف دیگر، درگیری‌های جسمانی، عاطفی و آزمایش‌های دشوار و گاهی طاقت‌فرسای پزشکی در مورد زنان نابارور، به طور کلی نگران‌کننده و ناخوشایند می‌باشد و در برخی مواقع بر روابط جنسی زوجین نابارور تأثیر منفی می‌گذارد (۲).

نتایج متناقضی در زمینه تأثیر ناباروری بر رابطه زوجین به چشم می‌خورد (۳). تا دهه ۱۹۹۰، اختلال عملکرد جنسی تنها از بعد روان‌شناختی مورد بررسی قرار می‌گرفت (۴)، اما امروزه آن را به عنوان یک اختلال چندوجهی در نظر می‌گیرند. به نظر می‌رسد که زنان نابارور با درجاتی از کمبود خودباروری، ترس و شرم از اشتباهات گذشته، عدم آگاهی از فیزیولوژی چرخه قاعدگی و باروری و تأثیر مداخلات پزشکی در درمان روبه‌رو هستند (۷-۵) که آن‌ها را با درجات بیشتری از اختلال در روابط زوجی و عملکرد جنسی مواجه می‌سازد. در مطالعه صورت گرفته در مرکز ناباروری یزد، شایع‌ترین اختلالات عملکرد جنسی به ترتیب در فاز ارگاسم (۸۳/۷۶ درصد)، میل جنسی (۸۰/۷۰ درصد) و مقاربت دردناک (۷۶/۷۰ درصد) و فراوانی واژینیسموس در بیش از ۵۰ درصد زنان نابارور گزارش شد (۸).

گاهی لزوم اجرای برنامه زمان‌بندی برای نزدیکی و مداخلات پزشکی، عملکرد جنسی زنان را به شدت مختل و روابط زوجین را به امری مکانیکی تبدیل می‌کند (۹). نامطلوب شدن روابط زوجی از یک سو (۵) و تلاش ناکام برای فرزندآوری و فشارهای روانی اطرافیان از سوی دیگر، ممکن است عملکرد جنسی زوجین را دستخوش تغییراتی نماید (۱۰). مشکلات جنسی زنان نابارور شامل کاهش تمایل، واژینیسموس، درد و عدم ارگاسم می‌باشد. برای جلوگیری از هدر رفتن زمان و منابع، باید به بیماران فرصت داده شود در مورد روابط جنسی خود بحث کنند، تا روشن شود این مشکلات در پرتو مشکلات ناباروری رخ داده است یا نه. در

واقع، در مشاوره جنسی هدف این است که دریابیم آیا ناباروری باعث این مشکلات شده یا مشکلات جنسی باعث ناباروری زوج شده است؟ (۹).

اگرچه بیشتر مطالعات به آثار منفی ناباروری بر عملکرد جنسی و روابط زوجین نابارور اشاره دارد (۱۹-۱۱)، اما برخی تحقیقات چنین تفاوت‌هایی را تأیید نکردند؛ به طوری که بعضی پژوهشگران اظهار نموده‌اند که ناباروری و درمان آن نه تنها تأثیر منفی بر عملکرد جنسی و رضایت جنسی زوجین نابارور ندارد، بلکه استرس به اشتراک گذاشته به علت مشکل مشترک، زوج نابارور را بیشتر به هم نزدیک می‌کند و روابط بین زوجی را ارتقا می‌بخشد (۲۴-۲۰). یک بررسی و پیگیری ۱۰ ساله در نمونه‌ای بزرگ نشان داد که پس از درمان ناباروری، کاهش در رضایت جنسی زوجین بدون فرزند (که اغلب در منابع مختلف گزارش شده بود)، مشاهده نگردید و به طور قطع می‌توان گفت کیفیت زندگی زوجین صاحب فرزند و زوجین نابارور در بلند مدت می‌تواند مطلوب باشد (۲۵). دیدگاه دیگر این است که ناباروری بر نگرش جنسی و مؤلفه‌های احساسی و شناختی زوجین نابارور تأثیر نامطلوبی ندارد، بلکه بر مؤلفه رفتاری (تمایل و آمادگی برای انجام عمل جنسی) که تحت تأثیر پیامدهای ناباروری و درمان آن است، تأثیر منفی می‌گذارد (۲۶). با توجه به این که بسیاری از زنان ایرانی مشکلاتی را در زمینه عملکرد جنسی تجربه کرده‌اند، مطالعه حاضر با هدف تبیین عملکرد جنسی زنان نابارور و تأثیر تشخیص ناباروری و درمان‌های آن بر سیکل پاسخ جنسی و صمیمیت زوجی زنان نابارور انجام گرفت. نتایج این بررسی ممکن است در تهیه بسته آموزشی سلامت جنسی زنان نابارور کاربرد داشته باشد.

روش

این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد تحلیل محتوا بود. محیط نمونه‌گیری، مرکز پژوهشی-درمانی ناباروری یزد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یزد و محل مصاحبه نیز یکی از اتاق‌های مشاوره مرکز بود که در طول مصاحبه محیط آرام و خصوصی برای مشارکت‌کننده فراهم می‌کرد. به جز یک

مشاهده، یادداشت در عرصه و یادآورنویسی نیز توسط محقق صورت گرفت. در دو مورد، مشارکت کنندگان تمایل به ضبط صدایشان نداشتند و در نتیجه، مصاحبه‌های آن‌ها دست‌نویس شد و برای صحت مطالب، مصاحبه‌ها مجدد به آن‌ها عودت داده شد. به طور متوسط هر مصاحبه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. در صورت نیاز مصاحبه‌های دوم و سوم به منظور تأیید داده‌ها و پر کردن شکاف‌های احتمالی انجام گردید که در دو مورد نیاز به این امر احساس شد.

با هر مشارکت کننده به طور جداگانه مصاحبه انجام گرفت و کلیه مکالمات با اجازه آنان ضبط شد. همچنین، پژوهشگر واکنش‌های رفتاری مشارکت کنندگان را مشاهده و ثبت می‌نمود. علاوه بر این، با یادآوری مسایل، سعی در مشارکت کامل زنان نابارور داشت. پس از اتمام هر مصاحبه، پژوهشگر متن مکالمات را با استفاده از نرم‌افزار Listen N Write مکتوب کرد. روند کار به صورتی بود که بلافاصله بعد از اتمام مصاحبه، هر مصاحبه کلمه به کلمه نوشته و سپس کدگذاری شد و پس از تحلیل هر مصاحبه، مصاحبه بعدی انجام می‌گرفت. جهت مدیریت داده‌ها، از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده گردید.

داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional content analysis) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این روش کدها و طبقات به طور مستقیم و به صورت استقرایی از داده‌های خام استخراج می‌شوند (۲۸). تجزیه و تحلیل داده‌ها با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی و پردازش آن‌ها با روش نظام‌مند Graneheim و Lundman انجام گردید (۲۹). مصاحبه‌ها بلافاصله دست‌نویس و پیاده‌سازی و برای تحلیل محتوای کیفی، مرتب می‌گردید. سپس تمام متن چندین بار خوانده شد تا قبل از شروع کدگذاری آشنایی کامل با داده‌ها حاصل شود. واحدهای معنایی و کدهای اولیه از داده‌های خام استخراج گردید. در این مرحله تثبیت در کدگذاری حاصل شد. در کدگذاری باز، خط به خط داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت و به هر جمله مرتبط یا رویداد، یک کد اختصاص یافت و کدها شناسایی شد. بعد از کدگذاری تمام متن، تثبیت در کدگذاری دوباره

مورد که شوهر فرد تمایل به حضور در مصاحبه داشت، هیچ‌کدام از مردان تمایل به حضور در جلسه مصاحبه نداشتند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند از مهر تا بهمن سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۵ زن نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر یزد و ۸ نفر مطلع کلیدی شامل متخصصان ناباروری (۳ نفر)، روان‌شناس (۱ نفر)، روان‌پزشک (۱ نفر)، متخصص ارولوژی (۱ نفر)، ماما (۱ نفر) و پرستار (۱ نفر) انجام شد. مصاحبه با تمام این افراد صورت گرفت. شرایط ورود به طرح شامل سابقه دو سال ناباروری به تشخیص پزشک متخصص، صحبت به زبان فارسی، ازدواج رسمی و دائمی و علاقمند به شرکت در مطالعه بود. عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. برای تعیین حجم نمونه در مطالعات کیفی معیار دقیقی وجود ندارد (۲۷). داده‌های مطالعه حاضر با ۱۲ نفر اشباع گردید، اما برای اطمینان بیشتر، با ۳ نفر دیگر نیز مصاحبه صورت گرفت و در نهایت، تجزیه و تحلیل بر روی ۱۵ مصاحبه با زنان نابارور و ۸ مصاحبه با افراد کلیدی انجام شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته با راهنمای سؤالات استفاده گردید. راهنمای سؤالات با استفاده از مرور متون و مشورت با صاحب‌نظران تهیه گردید و پس از چند مصاحبه پایلوت به دست آمد. مصاحبه با سؤال باز «تأثیر ناباروری بر روابط زوجی و جنسی شما چگونه است؟» شروع می‌شد. هدف از طرح سؤالات باز و مصاحبه نیمه ساختار یافته این بود که مشارکت کنندگان به راحتی مسایل مورد نظر خود را بازگو نمایند.

پس از اخذ رضایت شفاهی و کتبی از زنان ناباروری که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، مصاحبه نیمه ساختار یافته و عمیق با مشارکت کنندگان صورت گرفت. زنان نابارور در تمام روزها از ساعت ۷:۳۰ صبح تا ۱۳:۳۰ بعدازظهر به پژوهشکده ناباروری شهر یزد مراجعه می‌کنند. این زمان فرصت مناسبی جهت دسترسی به آنان را فراهم می‌کرد. بازنویسی، کدگذاری و استخراج مضمون‌های اصلی تا اسفند ماه به طول انجامید. علاوه بر ضبط دیجیتالی مصاحبه‌ها،

مطالعه تصمیم‌گیری کند. تأییدپذیری با کنترل داده‌ها توسط ناظران خارجی آشنا به تحقیق کیفی سنجیده شد؛ به این معنی که بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده توسط دو ناظر آشنا به تحقیق کیفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. اعتماد و حسابرسی مراحل تحقیق به طور دقیق ثبت و گزارش شد تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم گردد.

مطالعه حاضر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۶۶۰۰۳۱۱، اخذ معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی، انجام هماهنگی‌های لازم با مرکز ناباروری یزد و اخذ مجوز داوطلبانه و آگاهانه از مشارکت کنندگان صورت گرفت. ملاحظات اخلاقی شامل اطلاع دادن به مشارکت کنندگان از نحوه اجرای پژوهش، اختیار انصراف، اجازه برای ضبط مصاحبه‌ها و یادداشت‌برداری، محرمانه بودن، محرمانه بودن و رعایت حریم خصوصی در حین مصاحبه و محرمانه نگهداشتن داده‌ها رعایت شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۱۵ زن نابارور و ۸ مطلع کلیدی مورد مصاحبه قرار گرفتند. دامنه سنی زنان نابارور ۲۴-۴۵ سال (میانگین $34/5 \hat{a} 9/5$ سال) و میزان تحصیلات آنان از ابتدایی تا کارشناسی ارشد متغیر بود. سطح تحصیلات افراد مطلع کلیدی از سطح کارشناسی تا پزشک متخصص بالینی بود. طول مدت زمان ناباروری زنان مشارکت کننده ۲۰-۲ سال (میانگین $9 \hat{a} 11$ سال) و طول مدت درمان ناباروری آن‌ها ۱۹-۲ سال (میانگین $1/5 \hat{a} 10/5$ سال) به دست آمد. بیشتر زنان نابارور (۶۴/۷۰ درصد) مبتلا به ناباروری اولیه بودند (جدول ۱). تأثیر ناباروری بر روابط بین زوجی به دو طبقه «تأثیر بر سیکل پاسخ جنسی و عوامل مرتبط با عملکرد جنسی» تقسیم شد (جدول ۲). طبقه سیکل پاسخ جنسی به سه زیرطبقه «تمایل، برانگیختگی و اوج لذت جنسی» و طبقه عوامل مرتبط به عملکرد جنسی نیز به دو زیرطبقه «درد هنگام نزدیکی و صمیمت زوجی» تقسیم‌بندی گردید.

بررسی شد. در مرحله بعد کدهای اولیه طبقه‌بندی گردید و کدهای مشابه در زیرطبقات قرار گرفتند. روش کار بدین صورت بود که طبقات با رویکرد استقرایی از داده‌های خام استخراج شد. پژوهشگر با استفاده از روش مقایسه مداوم توانایی، تمایز بین طبقات را پیدا نمود. یک جدول خلاصه‌سازی از کدها، زیرطبقات و طبقات تهیه گردید. نقل قول‌هایی که نشان دهنده هر یک از طبقات بودند، در جدول جایگذاری شد و به همین ترتیب تا آخرین مصاحبه تکمیل گردید. کدهای دارای مفهوم مشابه، در یک گروه کنار هم قرار گرفت تا زیرطبقات شکل بگیرند. کدهای جدید به جدول اولیه اضافه شد و زیرطبقات در داخل طبقات جای گرفت. کدها به صورت پیش‌رونده و در طول زمان تلفیق گردید و این کار با تجزیه و تحلیل آخرین دست‌نوشته به پایان رسید. در این مرحله، زیرطبقات به طبقات اصلی و طبقات اصلی نیز درون‌مایه‌ها را تشکیل دادند. بدین صورت محتوای نهفته داده‌ها تعیین و طبقه‌بندی شد.

از معیارهای Guba و Lincoln شامل اعتبارپذیری (Credibility)، انتقال‌پذیری و تناسب (Transferability and fittingness)، تأییدپذیری (Conformability) و قابلیت اعتماد و حسابرسی (Dependability) جهت صحت و دقت داده‌ها استفاده شد (۲۷). اعتبارپذیری از طریق تعامل طولانی پژوهشگر با داده‌ها، بازبینی داده‌ها توسط مشارکت کنندگان و بازبینی توسط همکاران تیم تحقیق حاصل شد. بازبینی داده‌ها توسط مشارکت کنندگان (Peer checking) بدین صورت بود که از ۴ نفر از آن‌ها درخواست شد تا صحت متن تایپ شده را تأیید نمایند. همچنین، اعضای تیم تحقیق چند مورد از مصاحبه‌ها را جداگانه کدگذاری کردند و میزان شباهت کدها بررسی شد و در مواردی که اختلاف داشتند، بعد از جلسات مشاوره به اجماع رسیدند. جهت انتقال‌پذیری و تناسب باید به توصیف غنی و توصیف کامل مراحل کار پرداخت (۳۰، ۲۷). بدین منظور، سعی شد نقل قول‌های مشارکت کنندگان به همان صورتی که گفته شده است، ارایه گردد. همچنین، ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان و زمینه مورد بررسی با جزئیات بیان شد تا خواننده بتواند در مورد استفاده از نتایج

تمایل: کدهای حیطة تمایل شامل «عدم تأثیر ناباروری بر میل جنسی، کاهش میل جنسی از زمان تشخیص ناباروری، کاهش میل جنسی از هنگام ورود به درمان‌های ناباروری، کاهش میل جنسی به علت زنانه بودن ناباروری، کاهش میل جنسی با وجود مردانه بودن ناباروری و تمایل مردان به دیدن فیلم‌های محرک و سرکوب شدن میل جنسی زن با دیدن صحنه‌های محرک فیلم» بود.

بعضی از زنان معتقد بودند که ناباروری عاملی برای کاهش میل جنسی نیست. «میل من و شوهرم هر دو خیلی خوبه، هیچ وقت برای این کار مشکلی نداریم... نازایی برامون مشکلی از این نظر نداشته...» (خانم ۳۴ ساله، کارشناسی، ناباروری ثانویه زنانه به مدت ۷/۵ سال).

نکته‌ای که در مورد زنان نابارور حایز اهمیت بود، عامل انگیزه‌ای برای شروع رابطه جنسی و تمایل به باردار شدن بود و بعد از تشخیص ناباروری، بعضی مشارکت کنندگان تمایلی به شروع رابطه جنسی با همسر به علت باردار نشدن نداشتند.

جدول ۱. مشخصات مشارکت کنندگان

مشخصات	گروه‌بندی	تعداد
سن	تا ۳۵ سال	۱۱
	۳۶ سال و بالاتر	۴
تحصیلات	زیر دیپلم	۳
	دیپلم	۶
	دانشگاهی	۶
مدت ناباروری	کمتر از ۵ سال	۴
	بیشتر از ۵ سال	۱۱
شغل زن	خانه‌دار	۱۳
	شاغل	۲
علت ناباروری	زنانه	۸
	مردانه	۷
	هر دو	۰
	ناشناخته	۰
نوع ناباروری	اولیه	۱۳
	ثانویه	۲
افراد کلیدی	متخصص زنان	۳
	ماما	۱
	روان‌شناس بالینی	۱
	پرستار	۱
	متخصص اورولوژی	۱
	روان‌پزشک	۱

جدول ۲. عوامل بین زوجی تأثیرگذار بر عملکرد جنسی زنان نابارور

طبقات	زیر طبقات	کدها
سیکل پاسخ جنسی	تمایل	عدم تأثیر ناباروری بر میل جنسی کاهش میل جنسی از زمان تشخیص ناباروری کاهش میل جنسی از هنگام ورود به درمان‌های ناباروری کاهش میل جنسی به علت زنانه بودن ناباروری کاهش میل جنسی با وجود مردانه بودن ناباروری تمایل مردان به دیدن فیلم‌های محرک و سرکوب شدن میل جنسی زن با دیدن صحنه‌های محرک فیلم
	برانگیختگی	عدم تغییر فاز برانگیختگی با وجود ناباروری بهبود فاز تحریک به علت زیاد شدن تجربه جنسی عدم تأثیر ناباروری بر فاز تحریک
	ارگاسم	کاهش فاز برانگیختگی در زمان‌های درمان کاهش برانگیختگی بعد از تشخیص ناباروری با علت زنانه احساس ناخوشایند از تحریکات لمسی ناحیه تناسلی عدم لغزندگی کافی واژن به علت افکار هجومی عدم برانگیختگی به علت ناباروری مردانه و افزایش زودانزالی عدم تأثیر ناباروری بر اوج لذت جنسی عصبی شدن از به اوج لذت جنسی نرسیدن طبیعی دانستن این که زن‌ها کمتر از مردان ارضا می‌شوند کمک و اهمیت مرد برای به ارگاسم رسیدن زن تجربه کم ارگاسم
عوامل مرتبط بر عملکرد جنسی	درد هنگام نزدیکی	عدم ارگاسم به علت نوع ناباروری زنانه عدم اقدام مرد در صورت به ارگاسم نرسیدن زن عدم تجربه درد هنگام نزدیکی درد هنگام نزدیکی در زمان‌های درمان درد هنگام نزدیکی به علت عدم ارگاسم
	رضایت و صمیمیت زوجی	دریافت پیش‌نوازش صحبت در مورد انتظارات جنسی عدم صحبت در مورد انتظارات جنسی اقدام به پس‌نوازش، عدم پس‌نوازش بهبود صمیمیت زوج با افزایش ازدواج

ناخوشایند از تحریکات لمسی ناحیه تناسلی، عدم لغزندگی کافی واژن به علت افکار هجومی و عدم برانگیختگی به علت ناباروری مردانه و افزایش زودانزالی» بود.

عدم تغییر فاز برانگیختگی با وجود ناباروری در عده‌ای از مشارکت کنندگان بیان شد. «ز اول تحریکات من خوب بوده، بعدش هم از این نظر خوب هستم... قشنگ اون خیسی را حس می‌کنم و آمادگی دارم» (خانم ۲۶ ساله، دیپلم، ناباروری زنانه به مدت ۶ سال).

برخی عنوان کردند که فاز تحریک در هر دو طبیعی است و ناباروری روی کیفیت رابطه‌شان نه تنها تأثیر منفی نگذاشته، بلکه بهتر هم شده است. «احساس من و شوهرم هر دو خیلی خوبه و هر دو خوب تحریک می‌شیم. خدارو شکر نازایی روی میزان و کیفیت رابطه‌ها مون تأثیر نداشته... خوبیم تازه شاید تجربه‌مون زیادتر شده و بهتر هم شده باشیم» (خانم ۳۴ ساله، کارشناسی، ناباروری ثانویه زنانه به مدت ۷/۵ سال).

بعضی هم به عدم تحریک مناسب و کاهش فاز برانگیختگی در زمان‌های درمان اشاره نمودند. «موقع درمان آدم خیلی عذاب می‌کشه. اصلاً مرطوب نمی‌شم خشک خشکه... من که احساس خوشایندی ندارم؛ من خیلی مثلاً دوست ندارم اینجوری» (خانم ۳۲ ساله، دیپلم، ناباروری ثانویه مردانه به مدت ۲ سال).

بعضی از مشارکت کنندگان از زمان تشخیص ناباروری به خصوص با علت زنانه، کاهش برانگیختگی را ابراز کردند. «ز وقتی فهمیدم نازایی دارم، خیلی وقتا دیگه مرطوب نمی‌شم. شوهرم تلاش می‌کنه، ولی من احساس خوبی ندارم... دست خودم نیست».

بعضی از ابتدای ازدواج احساس ناخوشایندی از تحریکات لمسی ناحیه تناسلی ابراز می‌کردند. «ز لمس ناحیه تناسلی خودم و همسرم... نه...نه... خوشم نمیاد. من خیس نمی‌شم. بیشتر اوقات خشکم» (خانم ۴۵ ساله، کارشناسی ارشد، ناباروری مردانه به مدت ۱۹ سال).

در عده‌ای از زنان نابارور به علت افکار هجومی، لغزندگی کافی واژن وجود نداشت. «شوهرم براش مهمه که تحریکم کنه، اما اون موقع من فکر همه چیز میاد تو ذهنم، به

«ز وقتی تشخیص نازایی دادند و امید به باردار شدنم کم شده، اصلاً میلی ندارم... اگر هم وارد رابطه می‌شم به خاطر شوهرمه... اصلاً آدم چرا باید کاری کنه که حاصلی نداره...» (خانم ۴۰ ساله، کارشناسی، ناباروری زنانه به مدت ۶ سال).

برخی زنان ذکر می‌کردند اگرچه در مواقع عدم درمان مشکل خاصی نداشتند، اما در زمان ورود به درمان‌های ناباروری، با کاهش میل جنسی مواجه شدند. «وقتی می‌خواهیم درمان کنیم، تمایلی به نزدیکی ندارم، مگر زمانی که دکتر بگه... اونم برای اینه که دکتر دستور داده» (خانم ۴۵ ساله، کارشناسی ارشد، ناباروری مردانه به مدت ۱۹ سال).

برخی مشارکت کنندگان عنوان نمودند که از وقتی متوجه علت ناباروری (علت زنانه) شده‌اند، تمایلی برای شروع رابطه جنسی ندارند. «ز وقتی فهمیدم مشکل از منه، تمایلی ندارم وارد رابطه بشم... احساس می‌کنم اون جذابیت را ممکنه نداشته باشم؛ با این که شوهرم می‌گه اصلاً اینطور نیست» (خانم ۲۶ ساله، دیپلم، ناباروری زنانه به مدت ۶ سال).

برخی از مشارکت کنندگان با این که ناباروری با علت مردانه داشتند، تمایلی به شروع رابطه جنسی نداشتند. «شروع رابطه برام خیلی سخته، با این که مشکل از اونمه... سخته پیام تو راه» (خانم ۴۳ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۵ سال).

بعضی مردان بعد از تشخیص ناباروری با علت مردانه، برای افزایش میل جنسی اقدام به دیدن فیلم‌های تحریک کننده می‌کردند، اما همسرانشان ذکر کردند که با دیدن این فیلم‌ها، میل جنسی آن‌ها بیشتر سرکوب می‌شد. «آره بعضی اوقات همسرم از این جور فیلما می‌ذاره، ولی من بدم میاد. بعضی موقع ایشون می‌گه شاید تمایلت کم باشه اینو بنذاریم، ولی انگار من از دیدن همین صحنه‌ها خیلی خوشم نمیاد. فکر می‌کنم غریزه خودم سرکوفت می‌شه» (خانم ۴۳ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۵ سال).

برانگیختگی: کدهای این زیرطبقه شامل «عدم تغییر فاز برانگیختگی با وجود ناباروری، بهبود فاز تحریک به علت زیاد شدن تجربه جنسی، عدم تأثیر ناباروری بر فاز تحریک، کاهش فاز برانگیختگی در زمان‌های درمان، کاهش برانگیختگی بعد از تشخیص ناباروری با علت زنانه، احساس

به ارگاسم رسیدن زن معترف بودند. «من خودم حس می‌کنم همسرم کمک می‌کنه که من ارضا بشم. خودمم فکر کنم مشکل دارم وگرنه او خیلی سعی می‌کنه» (خانم ۴۳ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۵ سال).

تعدادی از مشارکت کنندگان تجربه کم ارگاسم در روابط جنسی داشتند. از اول ازدواج بعضی افراد زیاد به ارگاسم نمی‌رسیدند و بعد از ناباروری این مشکل ادامه داشت یا بدتر شده بود. «کلاً از اول زیاد ارضا نمی‌شدم... شوهرم که کارش تموم می‌شه و اگر ارضا هم نشم، چون خیلی خسته می‌شم، می‌گم ولش کن... چون خسته می‌شم دیگه اصلاً دوست ندارم» (خانم ۲۷ ساله، دیپلم، ناباروری مردانه به مدت ۲ سال).

بعضی مشارکت کنندگان ناباروری زنانه را عامل عدم ارگاسم خود می‌دانستند. «بعضی وقتا ارضا می‌شم، بعضی وقتها نه... حداکثر ۲-۳ بار از ده بار. شاید به خاطر اینه که من اشکال دارم. من تخمک‌گذاری نمی‌کنم» (خانم ۳۰ ساله، سیکل، ناباروری زنانه به مدت ۱۰ سال).

برخی مشارکت کنندگان زودانزالی همسر را عاملی در نرسیدن زن به ارگاسم قلمداد می‌کردند. این مشکل با تشخیص علت مردانه ناباروری بیشتر شده بود. «از اول زودانزال بود، بعدش که فهمید مشکل نازایی از خودش، بدتر شد... خوب من هم ارضا نمی‌شدم» (خانم ۴۵ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۱۹ سال).

بیشتر مشارکت کنندگان اظهار کردند که چه قبل از تشخیص و چه بعد از تشخیص ناباروری، در صورت ارگاسم مرد و عدم ارگاسم زن، می‌خوانند و مرد درصدد ارضای زن نیست. «از اول همین‌طور بوده... در مواردی که ارضا نمی‌شدم، شوهرم می‌گیره می‌خوابه» (خانم ۲۴ ساله، ابتدایی، ناباروری مردانه به مدت ۶ سال).

عوامل مرتبط با عملکرد جنسی به دو زیرطبقه «درد هنگام نزدیکی و صمیمیت زوجی» تقسیم‌بندی شد.

درد هنگام نزدیکی: کدهای زیرطبقه درد هنگام نزدیکی شامل «عدم تجربه درد هنگام نزدیکی، درد هنگام نزدیکی در زمان‌های درمان و درد هنگام نزدیکی به علت عدم ارگاسم» بود.

خصوص فکر بچه‌دار شدن. اصلاً تحریک نمی‌شم... خشک خشکم، فقط درد دارم» (خانم ۴۰ ساله، کارشناسی، ناباروری زنانه به مدت ۶ سال).

چند تن از مشارکت کنندگان بیان کردند که بعد از تشخیص ناباروری مردانه، زودانزالی همسرشان بیشتر شده است و این عاملی برای نرسیدن زن به برانگیختگی مناسب است. «بعضی موقع‌ها هنوز تحریک نشدم، انزال می‌شه. حداکثر شاید بتونه دو دقیقه طول بده. بعد از تشخیص که خودش مشکل داره بدتر هم شده...» (خانم ۴۳ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۵ سال).

ارگاسم یا اوج لذت جنسی: کدهای زیرطبقه اوج لذت جنسی شامل «عدم تأثیر ناباروری بر اوج لذت جنسی، عصبی شدن از به اوج لذت جنسی نرسیدن، طبیعی دانستن این که زن‌ها کمتر از مردان ارضا می‌شوند، کمک و اهمیت مرد برای به ارگاسم رسیدن زن، تجربه کم ارگاسم، عدم ارگاسم به علت نوع ناباروری زنانه و عدم اقدام مرد در صورت به ارگاسم نرسیدن زن» بود.

بعضی مشارکت کنندگان نگرش مثبتی به ارگاسم خود داشتند و بیان کردند که ناباروری تأثیر منفی روی آن نداشته است. «خوشبختانه با این که عیب از منه، ولی تو هر ده بار نه همش، ولی خوب بیشترش ارضا می‌شم. نازایی روی این موضوع تأثیری نداشته...» (خانم ۲۶ ساله، دیپلم، ناباروری زنانه به مدت ۶ سال).

بعضی زنان در روابطی که به ارگاسم نمی‌رسیدند، ناراحت و عصبی می‌شدند. «در زمان‌های درمان کمتر ارضا می‌شم و اگر ارضا نشم، ناراحت می‌شم، ولی چکار کنم دیگه اون کارش رو انجام داده. می‌گیریم می‌خوابیم» (خانم ۳۲ ساله، دیپلم، ناباروری ثانویه مردانه به مدت ۲ سال).

بعضی زن‌ها بر این باور بودند که زن‌ها کمتر از مردها ارضا می‌شوند. «فکر کنم خانم‌ها کمتر ارضا می‌شن. حالا همه یک جور نیستند، ولی من موقع درمان فقط برای رضایت شوهرم این کار رو می‌کنم. اکثراً من ارضا نمی‌شدم» (خانم ۴۳ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۵ سال).

بسیاری از مشارکت کنندگان به کمک و اهمیت مرد برای

بی‌خیال می‌شه برای من...» (خانم ۲۷ ساله، دیپلم، ناباروری مردانه به مدت ۴ سال).

بعضی زوجها به ندرت اقدام به پس‌نوازش بعد از انجام رابطه جنسی می‌نمودند. «بعضی مواقع بعد از نزدیکی، شوهرم زانوهایم بغل می‌کنه، بوسه می‌کنه... می‌گه ممنون» (خانم ۴۳ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۶ سال).

در بیشتر موارد زوجین بعد از رابطه جنسی می‌خوابیدند و پس‌نوازش نداشتند و از عدم پس‌نوازی هم شکایتی نداشتند. «خوب بعد از نزدیکی می‌خوابیم دیگه... چکار کنیم؟» (خانم ۳۲ ساله، دیپلم، ناباروری ثانویه مردانه به مدت ۲ سال).

برخی از مشارکت‌کنندگان بیان کردند که رابطه زوجی و صمیمیت آن‌ها با افزایش مدت ازدواج بهتر شده است. «رابطه‌مون با گذشت زمان خیلی بهتر شده... خیلی... شاید نازایی مارو بهتر به هم نزدیک کرده» (خانم ۲۶ ساله، دیپلم، ناباروری زنانه به مدت ۶ سال).

بحث

مطالعه حاضر از جمله معدود تحقیقات کیفی در ایران بود که به تبیین درک و تجربه زنان نابارور از تأثیر ناباروری بر روابط بین زوجی و عملکرد جنسی آنان پرداخت. هرگونه اختلال که باعث ناهماهنگی و در نتیجه، عدم رضایت از رابطه جنسی شود، می‌تواند منجر به اختلال عملکرد جنسی گردد. ناباروری پدیده‌ای متأثر از عوامل مختلف فیزیولوژیک و اجتماعی-فرهنگی می‌باشد (۳۱) و ممکن است مانند سایر بیماری‌ها (۳۲-۳۴) و حتی حالات فیزیولوژیک (۳۵)، بر عملکرد جنسی زنان تأثیر بگذارد. هدف از انجام پژوهش کیفی حاضر، بررسی تأثیرات روابط بین زوجی بر عملکرد جنسی زنان نابارور بود.

بر اساس نتایج بررسی حاضر، میزان تمایل جنسی زنان نابارور به شروع رابطه جنسی در طیف متنوعی تبیین گردید؛ به طوری که کمتر از نیمی از آن‌ها ابراز کردند تمایل به شروع رابطه جنسی‌شان مانند قبل از تشخیص ناباروری، در حد مطلوبی بود، اما اغلب آنان به تأثیرات منفی مداخلات پزشکی بر رفتار جنسی خود اذعان داشتند. اگرچه کاهش میل جنسی از جمله مشکلات شایع زنان می‌باشد (۳۴)، اما این فاز

بعضی از مشارکت‌کنندگان در هنگام رابطه جنسی چه قبل از تشخیص ناباروری و چه بعد از آن، هیچ دردی را تجربه نکرده بودند. «هیچ وقت درد ندارم. شوهرم حواسش هست و بهم آمادگی می‌ده که دردم نیاد» (خانم ۴۳ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۵ سال).

تعدادی از زنان نیز در زمان‌های درمان درد را تجربه کرده بودند. «گاهی موقع درمان چون اصلاً تمایلی به این کار ندارم و به خاطر شوهرم این کارو می‌کنم، شوهرم نمی‌تونه بهم آمادگی بده... اون موقع درد دارم» (خانم ۳۰ ساله، سیکل، ناباروری زنانه به مدت ۱۰ سال).

چند تن از مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که از وقتی فهمیدند نازایی دارند، در سیکل‌های جنسی که به ارگاسم نمی‌رسیدند، احساس درد لگنی داشتند. «از وقتی دکتر گفت شما نازایی دارید، بعضی مواقع بعد از نزدیکی اگر ارضا نشم، زیر شکمم درد می‌گیره. فشار میاره به شکمم و درد می‌گیره» (خانم ۲۴ ساله، ابتدایی، ناباروری مردانه به مدت ۶ سال).

صمیمیت زوجی: کدهای این زیرطبقه شامل «دریافت پیش‌نوازش، صحبت در مورد انتظارات جنسی، عدم صحبت در مورد انتظارات جنسی، اقدام به پس‌نوازش، عدم پس‌نوازش و بهبود صمیمیت زوج با افزایش ازدواج» بود.

چند تن از مشارکت‌کنندگان ابراز کردند که شوهرانشان آغازگر رابطه جنسی هستند و زنان پیش‌نوازش لازم را قبل از نزدیکی دریافت می‌کنند. این موضوع با شناخت ناباروری نه تنها کاهش نیافته، بلکه در بیشتر مواقع بهتر شده بود. «کثر تو ایران مردا شروع کننده هستند. شوهر منم قشنگ ده بیست دقیقه این کارو می‌کنه» (خانم ۴۵ ساله، کارشناسی ارشد، ناباروری مردانه به مدت ۱۹ سال).

بعضی مشارکت‌کنندگان در مورد انتظارات جنسی خود با همسرشان صحبت می‌کردند. «بهش می‌گم دوست داشتم (ارضا) می‌شدم. بهش می‌گم باید بیشتر تحریکم کنی» (خانم ۴۳ ساله، کارشناسی، ناباروری مردانه به مدت ۶ سال).

خیلی از زنان در مورد انتظارات جنسی خود با شوهرشان صحبتی نداشتند. «تو ایران زن به خودش اجازه نمی‌ده که در این مورد از مرد چیزی بخواهد. خودش هم زود ارضا می‌شه...»

از سیکل پاسخ جنسی تحت تأثیر ناباروری قرار می‌گیرد (۳۶). مداخلات پزشکی صورت گرفته برای درمان ناباروری مانند تیغ دو لبه عمل می‌کند و در مواردی عملکرد جنسی را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۷). وقتی تلاش برای فرزندآوری ناکام می‌ماند، میزان تمایل زنان نابارور به رابطه جنسی کاهش می‌یابد (۳۸). این کاهش در فاز تمایل در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری بابل (۳۹)، زنان نابارور ایلامی (۴۰)، زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری یزد (۸)، زنان نابارور نیجریه‌ای (۱۸)، زنان نابارور فرانسوی (۴۱) و زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری ترکیه (۴۲) بالاتر از جمعیت عادی گزارش شده است. به نظر می‌رسد که فاز تمایل بیشتر از سایر فازهای سیکل پاسخ جنسی تحت تأثیر ناباروری و مداخلات پزشکی ناشی از آن قرار دارد. این فاز در زنانی که از نظر پتانسیل جنسی بالاتر هستند و بهتر توانسته‌اند خود را با ناباروری سازگار کنند، کمتر دستخوش تغییرات منفی می‌شود، اما در زنانی که در اثر ناباروری و یا درمان‌های ناباروری دچار مشکلات روان‌شناختی شده‌اند، بیشتر مشاهده می‌گردد و نیاز به مشاوره جنسی در این مراکز را توجیه‌پذیر می‌نماید.

در مطالعه حاضر یکی از مشکلات جنسی زنان نابارور، اختلال فاز برانگیختگی و مرطوب شدن واژن در حین نزدیکی بود. در بیش از نیمی از زنانی که با آمادگی وارد رابطه جنسی نمی‌شدند، اختلال فاز برانگیختگی بیشتر مشاهده شد و در زمان‌های درمان ناباروری، عدم برانگیختگی از مشکلات مطرح شده توسط بیشتر زنان نابارور بود. در تحقیق متآنالیز صورت گرفته در جمعیت عادی زنان ایرانی، اختلال برانگیختگی جنسی ۳۳/۸ درصد و تا حدودی معادل شیوع جهانی گزارش گردید (۴۳). نتایج پژوهشی در یک جمعیت ایرانی نشان داد که اختلال در حوزه برانگیختگی در زنان نابارور مسن‌تر و زنانی که به گفته خودشان افسردگی داشتند، بیشتر بود (۴۴). سایر مطالعات صورت گرفته در ایران، اختلال در فاز برانگیختگی را در زنان نابارور تأیید می‌کند؛ به طوری که نتایج تحقیقی گزارش کرد بیش از نیمی از زنان نابارور در فاز برانگیختگی دچار مشکل هستند (۴۰). بصیرت و همکاران

عملکرد جنسی زنان نابارور ایرانی را در حیطه برانگیختگی نامناسب عنوان نمودند (۳۹). مطالعه انجام شده در ایالات متحده آمریکا نیز ناباروری را عاملی برای کاهش برانگیختگی زنان نابارور بیان کرد (۴۵). در توجیه این مطلب، می‌توان به عواملی همچون استرس، افسردگی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس، پریشانی زناشویی که ممکن است پس از تشخیص ناباروری به وجود بیاید، اشاره نمود. مشکلات روان‌شناختی در زنانی که تجربه شکست بیشتری در درمان دارند، پررنگ‌تر است (۴۶). نکته قابل توجه این که عملکرد جنسی زنان نابارور با عملکرد جنسی شریک جنسی‌شان همبستگی مثبتی دارد (۵). اگرچه نتیجه مطالعه‌ای در ترکیه این یافته‌ها را در مورد فاز برانگیختگی تأیید نکرد (۴۲)، اما برآیند پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فاز برانگیختگی در بعضی زنان نابارور به شدت تحت تأثیر ناباروری و درمان‌های ناشی از آن قرار دارد. به نظر می‌رسد زنان نابارور با تجربه لذت‌بخش جنسی و به دست آوردن آمادگی جنسی لازم توسط همسرشان از طریق آموزش مناسب، این فاز را به طور مطلوبی پشت سر می‌گذارند. بیش از نیمی از مشارکت کنندگان بررسی حاضر تجربه لذت‌بخشی از روابط جنسی داشتند و در اغلب موارد به اوج لذت جنسی می‌رسیدند، اما کمتر از نیمی از آن‌ها که تجربه کمی از اوج لذت جنسی داشتند، در بیشتر زنان پس از تشخیص ناباروری این مرحله از سیکل پاسخ جنسی بیشتر تحت تأثیر ناباروری و درمان‌های آن قرار گرفته بود. شکست برای رسیدن به اوج لذت جنسی، یک مشکل روانی-جنسی شایع می‌باشد و بیشتر به صورت اتفاقی در زنان نابارور بروز می‌کند. گاهی اوقات زنی که پیش‌تر می‌توانسته است به اوج لذت جنسی برسد، دچار اختلال در اوج لذت جنسی می‌شود. علت عمده این امر، دغدغه ذهنی زنان نابارور می‌باشد که هدفشان از نزدیکی، باردار شدن است (۴۷).

اختلال در ارگاسم، با کاهش ۲۰ درصدی رضایت جنسی همراه است (۳۶). در ایران، اختلال ارگاسم در جمعیت عادی زنان ایرانی، ۳/۳۵ درصد و بیش از دو برابر متوسط جهانی گزارش شده (۴۳)؛ در حالی که این اختلال در جمعیت عادی زنان فرانسوی، ۵/۱۵ درصد برآورد شده است. مطالعه‌ای بر

دردناک در زنان نابارور با تشخیص آندومترئوز را بالاتر گزارش نمودند (۵۰). در مطالعه Furukawa و همکاران، تفاوت معنی‌داری در میزان مقاربت دردناک زنان نابارور (۳۷/۶ درصد) در مقابل زنان بارور (۳۰/۷ درصد) مشاهده نشد (۵۱). لازم است که در اختلال درد در زنان نابارور، ابتدا تشخیص‌های پاتولوژیک رد شود. در تعدادی از مشارکت کنندگان مطالعه حاضر درد لگنی به علت به ارگاسم نرسیدن بود و در صورت آموزش‌های سلامت جنسی، می‌توان انتظار پیش‌آگهی بهتری داشت.

نکات جالب توجه در پژوهش حاضر این بود که صمیمیت زوجین در بیشتر موارد با افزایش طول مدت ازدواج، افزایش یافته بود. این صمیمیت در زوجین دارای تحصیلات بالاتر، بیشتر به چشم می‌خورد. فعالیت جنسی نقش مهمی در ایجاد صمیمیت زوجین ایفا می‌کند. اگر رابطه جنسی بین زوجین قانع کننده نباشد، می‌تواند منجر به احساس ناکامی، محرومیت، عدم احساس امنیت و کاهش سلامت روان و در نتیجه، کاهش خشنودی زناشویی زوجین و از هم پاشیده شدن خانواده شود (۵۲). اثرات ناباروری در روابط داخل ازدواج بین زوجین نابارور غنایی هم متفاوت گزارش شد؛ به طوری که در برخی زوجین بهبود روابط صمیمی مشاهده شد، اما در اغلب آن‌ها کاهش صمیمیت و کاهش تعداد فعالیت جنسی گزارش گردید. در بیشتر زوج‌های غنایی، اقدامات درمانی به عنوان یک منبع صمیمیت برای این زوج‌ها مشهود نبود؛ چرا که بسیاری از زوج‌ها به خصوص زنان نابارور، به دنبال درمان‌های فردی ناباروری بودند (۵۳). نتایج مطالعه‌ای در مرکز ناباروری شهر اصفهان نشان داد که تمام زنان نابارور مورد بررسی، از درجاتی از استرس ناشی از ناباروری رنج می‌بردند و حدود نیمی (۴۶ درصد) از آنان از سازگاری زناشویی برخوردار نبودند (۵۲). برخی پژوهش‌ها نشان داده است که انجام مراحل تشخیصی و درمانی نازایی، باعث ارتباط و صمیمیت بیشتر زوجین می‌شود (۵۵، ۵۴). اگرچه به انجام مشاوره تخصصی جنسی در افراد نابارور تأکید می‌شود (۵۶)، اما عدم وجود این مشاوره، به کاهش رضایت زناشویی در هنگام ناباروری (۴۶) اشاره دارد؛ هرچند که بعضی مطالعات

روی زنان مراجعه کننده به مرکز ناباروری دانشگاه استنفورد نشان داد که در فاز ارگاسم دو گروه زنان نابارور و بارور تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (۴۵). زنان نابارور گاهی اوقات احساس بی‌ارزشی را در رابطه جنسی تجربه می‌کنند که این حس عدم لذت از ارگاسم را توجیه می‌کند. علاوه بر این، زنان نابارور دارای همسرانی با مشکل زودانزالی، ممکن است دفعات کمتری از ارگاسم و اختلال عملکرد جنسی را تجربه می‌نمایند (۴۷). نتایج نشان می‌دهد که ذهن و تجربیات جنسی در کسب ارگاسم نقش مهمی دارد. در مطالعه حاضر، اشتغال ذهنی زنان ایرانی برای باردار شدن و به ارگاسم نرسیدن زن به علت مشکل زودانزالی مرد، با نتایج تحقیق Elstein (۴۷) همخوانی داشت. بالا بودن اختلال ارگاسم در جمعیت عادی زنان ایرانی نشان می‌دهد که آموزش رفتارهای صحیح جنسی بسیار مؤثر خواهد بود. تشخیص زودرس مشکلات ارگاسم در مراحل اولیه، کمک می‌کند تا قبل از تبدیل آن به یک مشکل غیر قابل برگشت، اقدامات مقتضی صورت گیرد.

طبقه دوم عوامل تأثیرگذار بر عملکرد جنسی شامل درد هنگام مقاربت و صمیمیت زوجی بود. در مطالعه حاضر درد هنگام مقاربت، یافته شایعی نبود و علتی که بیشتر زنان برای درد هنگام مقاربت ذکر می‌کردند، عدم آمادگی لازم برای دخول بود که باعث ایجاد درد شده بود. این درد در مواردی که آمیزش با پیش‌نوازش همراه بود، به ندرت گزارش گردید و در مواردی که همسر بدون آمادگی زن اقدام به نزدیکی کرده بود، بیشتر مشاهده می‌شد. در بیش از نیمی از زنان ناباروری که اوج لذت جنسی را تجربه نمی‌کردند، درد بعد از نزدیکی گزارش شد. نتایج بعضی مطالعات نشان داده است که برخی از اختلالات جنسی مانند واژینیسموس، در میان زنان تحصیل کرده شیوع بالاتری دارد؛ به طوری که در مطالعه Valadares و همکاران، شیوع مقاربت دردناک در زنان تحصیل کرده ۳۹/۵ درصد گزارش شد (۴۸). در ایران درد هنگام مقاربت در جمعیت عادی زنان، ۲۰/۱ درصد (۴۱) و در زنان نابارور ۷۶/۷ درصد گزارش شده است (۸). باید توجه داشت که یکی از علل درد هنگام مقاربت در زنان نابارور، آندومترئوز می‌باشد (۴۹). Ferrero و همکاران شیوع مقاربت

عملکرد جنسی نامطلوبی قبل از تشخیص ناباروری داشتند، به شدت تحت استرس ناشی از ناباروری قرار می‌گیرند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجب و حیای مشارکت کنندگان در بازگو کردن مسایل جنسی اشاره نمود. همچنین، بعضی از زنان به علت استرس درمان، تمایلی به انجام مصاحبه نداشتند. وجود دایمی کلینیک‌های سلامت جنسی در مراکز ناباروری، باعث می‌شود مراجعان در هر زمان که مایل هستند به مشاور سلامت جنسی مراجعه کنند و در این راستا، مشاور سلامت جنسی با استفاده از تکنیک‌های مشاوره، جو مناسبی برای مددجویان فراهم کند تا آنان با امنیت خاطر مشکلات خود را در میان بگذارند. در مرحله بعد، تهیه ابزاری برای ارزیابی عملکرد و رفتار جنسی زنان نابارور و طراحی بسته آموزش سلامت جنسی ویژه زوجین نابارور پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی می‌باشد که به صورت طرح پژوهشی با کد ۵۵۸۲ و حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به تصویب رسید. بدین‌وسیله از ریاست مرکز ناباروری یزد، جناب پرفسور عباس افلاطونیان و تمام پزشکان و کارکنان مرکز که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، سپاسگزار می‌گردم. همچنین، از صبر و حوصله و همراهی مشارکت کنندگان که بدون حضور آنها انجام چنین تحقیقی مقدور نبود، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

به عدم تفاوت رضایتمندی زناشویی در زنان نابارور و بارور اشاره داشت (۵۹-۵۷). از آن‌جا که اغلب افراد نابارور در هنگام رابطه جنسی تنها به داشتن بچه فکر می‌کنند (۶۰)، هنگامی که بارداری روی نمی‌دهد، احساس بی‌کفایتی در روابط جنسی آن‌ها ایجاد می‌شود (۵۴) و این امر می‌تواند منجر به کاهش نزدیکی و عدم رضایت جنسی (۶۱) گردد. باید توجه داشت که رضایت جنسی با ارگاسم تفاوت دارد و می‌توان بدون ارگاسم دلخواه، رضایت جنسی مطلوبی را به دست آورد (۳۶). با وجود این که در بررسی حاضر طیف متفاوتی از صمیمیت و رضایت زوجین نابارور مشاهده شد و بیشتر مشارکت کنندگان از صمیمیت مطلوبی برخوردار بودند، لازم است این بعد از رفتار زوجین نابارور با تعداد نمونه بیشتری مورد ارزیابی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

اگرچه زنان نابارور می‌توانند سیکل پاسخ جنسی را در مراحل تمایل، برانگیختگی و اوج لذت جنسی مانند سایر زنان تجربه کنند، اما عده‌ای بعد از تشخیص و تعداد بیشتری در حین درمان‌های ناباروری، دچار مشکلاتی در فازهای مذکور می‌شوند. نکته قابل توجه این که بعضی از بیماران، افزایش تمایل به رابطه جنسی و بهبود صمیمیت را پس از تشخیص ناباروری ذکر کردند. در طبقه عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی، درد موقع آمیزش توسط تعداد کمی از مشارکت کنندگان گزارش شد. به نظر می‌رسد زوجینی که دارای عملکرد جنسی مطلوبی قبل از تشخیص ناباروری بوده‌اند، عملکرد جنسی آن‌ها در سطح به نسبت مطلوبی باقی می‌ماند، اما زنانی که

References

1. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med* 2014; 12(2): 131-8.
2. Bokaie M, Simbar M, Yassini Ardekani SM. Sexual behavior of infertile women: A qualitative study. *Iran J Reprod Med* 2015; 13(10): 645-56.
3. Coeffin-Driol C, Giami A. The impact of infertility and its treatment on sexual life and marital relationships: review of the literature. *Gynecol Obstet Fertil* 2004; 32(7-8): 624-37. [In French].
4. Heiman JR, Meston CM. Evaluating sexual dysfunction in women. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 40(3): 616-29.
5. Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med* 2008; 5(8): 1907-14.

6. Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problems. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006; 12(2):146-53. [In Persian].
7. Jain K, Radhakrishnan G, Agrawal P. Infertility and psychosexual disorders: Relationship in infertile couples. *Indian J Med Sci* 2000; 54(1): 1-7.
8. Tayebi N, Yassini Ardakani SM. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *European Journal of General Medicine* 2009; 6(2): 74-7.
9. Read J. ABC of sexual health: Sexual problems associated with infertility, pregnancy, and ageing. *BMJ* 1999; 318(7183): 587-9.
10. Perlis N, Lo KC, Grober ED, Spencer L, Jarvi K. Coital frequency and infertility: Which male factors predict less frequent coitus among infertile couples? *Fertil Steril* 2013; 100(2): 511-5.
11. Bayar U, Basaran M, Atasoy N, Kokturk F, Arikan II, Barut A, et al. Sexual dysfunction in infertile couples: Evaluation and treatment of infertility. *J Pak Med Assoc* 2014; 64(2): 138-45.
12. Bunting L, Boivin J. Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Hum Reprod* 2008; 23(8): 1858-64.
13. Huyghe E, Bonal M, Daudin M, Droupy S. Sexual dysfunctions and infertility. *Prog Urol* 2013; 23(9): 745-51. [In French].
14. Salama S, Boitrelle F, Gauquelin A, Jaoul M, Albert M, Bailly M, et al. Sexuality and infertility. *Gynecol Obstet Fertil* 2012; 40(12): 780-3. [In French].
15. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? *Hum Fertil (Camb)* 2009; 12(1): 14-20.
16. Abbasalizadeh F, Fardy-Azar Z, Ranjbar-Koucheksaray F. correlation of infertility and sexual dysfunction. *Research Journal of Biological Sciences* 2017; 3(1): 52-6.
17. Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripanah R. Life experience with infertility; a phenomenological study. *J Reprod Fertil* 2010; 10(4): 287-98.
18. Audu BM. Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. *J Obstet Gynaecol* 2002; 22(6): 655-7.
19. Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. *Middle East Fertil Soc J* 2013; 18(3): 187-90.
20. Muller MJ, Schilling G, Haidl G. Sexual satisfaction in male infertility. *Arch Androl* 1999; 42(3): 137-43.
21. Repokari L, Punamaki RL, Unkila-Kallio L, Vilksa S, Poikkeus P, Sinkkonen J, et al. Infertility treatment and marital relationships: A 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod* 2007; 22(5): 1481-91.
22. Oddens BJ, den T, I, Nieuwenhuyse H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. *Hum Reprod* 1999; 14(1): 255-61.
23. Piva I, Lo MG, Graziano A, Marci R. A literature review on the relationship between infertility and sexual dysfunction: does fun end with baby making? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2014; 19(4): 231-7.
24. Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita-Guimaraes J, Costa ME. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Hum Reprod* 2014; 29(1): 83-9.
25. Wischmann T, Korge K, Scherg H, Strowitzki T, Verres R. A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Hum Reprod* 2012; 27(11): 3226-32.
26. Kucur SK, Ilay G, Aysenur A, Kerem HG, Eda UU, Pasa U, et al. Effects of Infertility Etiology and Depression on Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther* 2016; 42(1): 27-35.
27. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
28. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci* 2013; 15(3): 398-405.
29. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-12.
30. Foster A. A nonlinear model of information-seeking behavior. *J Am Soc Inf Sci* 2004; 55(3): 228-37.
31. Aghamohammadian Sharbaf HR, Zarezade Kheibari S, Horouf Ghanad M, Hokm Abadi ME. The relationship between perfectionism and sexual function in infertile women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(97): 9-17. [In Persian].

32. Kadkhodayan S, Hasanzade Mofrad M, Saghafi N, Mokhber N, Rafaati M. Evaluation of sexual dysfunction in women with ovarian cancer admitted to Ghaem and Omid hospitals in Mashhad. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 18(141): 1-7. [In Persian].
33. Hasanzadeh Mofrad M, Karami Dehkordi A, Mozaffar Tizabi N, Amirian M. Survey of sexual dysfunction in women with cervical cancer and a history of pelvic radiation therapy in 2009 to 2013 in Ghaem and Omid hospitals, Mashhad. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(144): 9-18. [In Persian].
34. Baghdari N, Khosravi Anbaran Z, Mazloom SR, Golmakani N. Comparison of women's sexual function after natural childbirth and cesarean section in women referring to the healthcare centers of Mashhad. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(30): 8-14. [In Persian].
35. Ghana S, Mahasti Jouybari L, Sanagoo A. Exploration of women's sexual experiences during pregnancy and breast feeding. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(60): 18-24. [In Persian].
36. Marci R, Graziano A, Piva I, Lo MG, Soave I, Giugliano E, et al. Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure? *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10: 140.
37. Maher R, Abdollahifard K, Rahmanian M, Abdollahifard S. The emotional effects of infertility on infertile couples. *J Jahrom Univ Med Sci* 2014;11: 190.
38. Mohammadi MR, Khalajabadi Farahani F. Emotional and psychological problems of infertility and strategies to overcome them. *J Reprod Fertil* 2001; 2(4): 33-9.
39. Basirat Z, Pasha H, Esmailzadeh S, Faramarzi M. Evaluation of the female sexual dysfunction in a sample of Iranian infertile women. *Br J Med Med Res* 2014; 4(36): 5825-38.
40. Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Direkvand-Moghadam A. Effect of infertility on sexual function: A cross-sectional study. *J Clin Diagn Res* 2015; 9(5): QC01-QC03.
41. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual behaviors and mental perception, satisfaction and expectations of sex life in men and women in France. *J Sex Med* 2006; 3(1): 121-31.
42. Keskin U, Coksuer H, Gungor S, Ercan CM, Karasahin KE, Baser I. Differences in prevalence of sexual dysfunction between primary and secondary infertile women. *Fertil Steril* 2011; 96(5): 1213-7.
43. Ramezani MA, Ahmadi K, Ghaemmaghami A, Marzabadi EA, Pardakhti F. Epidemiology of sexual dysfunction in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med* 2015; 6: 43.
44. Pakpour AH, Yekaninejad MS, Zeidi IM, Burri A. Prevalence and risk factors of the female sexual dysfunction in a sample of infertile Iranian women. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286(6): 1589-96.
45. Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertil Steril* 2010; 94(6): 2022-5.
46. Boivin J, Takefman JE, Tulandi T, Brender W. Reactions to infertility based on extent of treatment failure. *Fertil Steril* 1995; 63(4): 801-7.
47. Elstein M. Effect of infertility on psychosexual function. *Br Med J* 1975; 3(5978): 296-9.
48. Valadares AL, Pinto-Neto AM, Conde DM, Sousa MH, Osis MJ, Costa-Paiva L. A population-based study of dyspareunia in a cohort of middle-aged Brazilian women. *Menopause* 2008; 15(6): 1184-90.
49. Donnez J, Squifflet J, Pirard C, Jadoul P, Wyns C, Smets M. The efficacy of medical and surgical treatment of endometriosis-associated infertility and pelvic pain. *Gynecol Obstet Invest* 2002; 54(Suppl 1): 2-7.
50. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril* 2005; 83(3): 573-9.
51. Furukawa AP, Patton PE, Amato P, Li H, Leclair CM. Dyspareunia and sexual dysfunction in women seeking fertility treatment. *Fertil Steril* 2012; 98(6): 1544-8.
52. Sehhati Shafaie F, Mirghafourvand M, Rahimi M. perceived stress and its social-individual predictors among infertile couples referring to infertility center of Alzahra hospital in Tabriz in 2013. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2014; 2(5): 291-6.
53. Tabong PT, Adongo PB. Understanding the social meaning of infertility and childbearing: a qualitative study of the perception of childbearing and childlessness in Northern Ghana. *PLoS One* 2013; 8(1): e54429.
54. Molayynejad M, Jafarpour M, Jahanfar S, Jamshidi R. Relationship between marital adjustment and stress-related female infertility in infertile women related to infertility center of Isfahan, 2008. *J Reprod Fertil* 2010; 2(1): 26-39. [In Persian].
55. Aflakseir A, Zarei M. Association between Coping Strategies and Infertility Stress among a Group of Women with Fertility Problem in Shiraz, Iran. 2013; 14(4): 202-7.

56. Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, et al. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001; 16(6): 1301-4.
57. Hatamloye Saedabadi M, Hashemi Nosratabad T. The comparison of psychological well-being and marital satisfaction in the fertile and infertile women. *Journal of Health Psychology* 2012; 1(1): 20-31. [In Persian].
58. Zarei F, Merghati Khoei E, Taket AR, Rahmani A, Smith TG. How does divorce affect Iranian women's sexual well-being? *J Divorce Remarriage* 2013; 54(5): 381-92.
59. Zare Z, Golmakani N, Amirian M, Mazloun SR, Laal Ahangar M. Comparison of marital satisfaction in fertile and infertile couples and its relationship with sexual problems. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(143): 1-10. [In Persian].
60. Moura-Ramos M, Gameiro S, Canavarro MC, Soares I. Assessing infertility stress: re-examining the factor structure of the Fertility Problem Inventory. *Hum Reprod* 2012; 27(2): 496-505.
61. Cserepes RE, Kollar J, Sapy T, Wischmann T, Bugar A. Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: A preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Arch Gynecol Obstet* 2013; 288(4): 925-32.

Does Infertility Influence Couples' Relationships? A Qualitative Study

Mahshid Bokaie¹, Masoumeh Simbar², Seyed Mojtaba Yassini-Ardekani³, Hamid Alavi-Majad⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Contradictory results were reported about the infertile couple relationship. The aim of this study was to determine infertile women's perception and experience after infertility diagnosis and during infertility treatment, and also the influence of infertility on their sexual function.

Method: This qualitative content analysis study was performed with targeted sampling from October to February 2014 on 15 infertile women and 8 key informants referred to Yazd Infertility Center, Yazd, Iran. All participants were interviewed depth and semi-structured. Content analysis performed for data analyzing. Gaba and Lincoln criteria were used to obtain trustworthiness.

Results: There were two main categories, "sexual response cycle" and "factors related to sexual function". The sexual response cycle consisted of three sub-categories, "desire", "arousal", and "orgasm"; factors related to sexual function divided into two sub-categories of "dyspareunia" and "couple intimacy".

Conclusion: Although infertile women could experience sexual response cycle in desire, arousal, and orgasm phase like other women, but a number of them, after infertility diagnosis and more during the treatment of infertility problems are mentioned in these phases. Infertile couples and women consultation about sexual response cycle and sexual health can improve sexual life of infertile women.

Keywords: Infertility, Sexual activities, Sexual dysfunction, Qualitative research

Citation: Bokaie M, Simbar M, Yassini-Ardekani SM, Alavi-Majad H. **Does Infertility Influence Couples' Relationships? A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2017; 6(1): 63-77.

Received date: 24.09.2015

Accept date: 08.11.2016

1- Assistant Professor, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

2- Professor, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine AND Research Center of Addiction and Behavioral Scinces, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

4- Professor, Department of Biostatistics, School of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Masoumeh Simbar, Email: msimbar@gmail.com