

رابطه میان حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی در زنان نابارور بر اساس عامل ناباروری

کیما صحراییان^۱، فاطمه جعفرزاده^۲، سیده لیلا پورسمر^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۹/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۱۱/۰۲

چکیده

پیش زمینه و هدف: ناباروری در دنیای امروز به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده و با معضلات روان‌شناختی و اجتماعی همراه است. هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه میان حمایت‌های اجتماعی دریافت شده و میزان رضایت زناشویی در زنان نابارور بر اساس عامل ناباروری آن‌ها است.

مواد و روش‌ها: نمونه پژوهش شامل ۵۰ زن نابارور با عامل ناباروری زنانه و ۵۰ زن نابارور با عامل ناباروری مردانه است. زنان نابارور از بین مراجعان به کلینیک ناباروری مهر تحت درمان روش‌های کمک باروری ART انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون برای اندازه‌گیری میزان حمایت اجتماعی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از روش‌های آمار توصیفی از آزمون t مستقل، خی دو و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته‌ها: داده‌ها نشان می‌دهد زنانی که خود عامل ناباروری هستند کمتر از زنانی که همسرشان عامل ناباروری هستند حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند. همچنین میزان رضایت زناشویی در زنان با عامل ناباروری مردانه بیشتر از زنانی است که خود عامل ناباروری هستند ($p < 0/019$). میان میزان حمایت اجتماعی و میزان رضایت زناشویی در زنان نابارور نیز رابطه معنی‌داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد رابطه معنی‌داری میان میزان حمایت اجتماعی که زنان نابارور از آن برخوردار می‌شوند و رضایت زناشویی آن‌ها وجود دارد. همچنین زنان نابارور بر اساس عامل ناباروری رویکرد متفاوتی به جستجوی حمایت اجتماعی دارند.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی، رضایت زناشویی، عامل ناباروری زنانه، عامل ناباروری مردانه

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دوازدهم، پی‌درپی ۶۵، اسفند ۱۳۹۳، ص ۱۱۰۴-۱۱۰۹

آدرس مکاتبه: دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۰۱۶۵۱

Email: Laylapoursamar@gmail.com

مقدمه

تظاهرات بالینی افسردگی و سایر اختلال‌های روانی شود (۲). ناباروری، نه تنها بحرانی روانی را در فرد ایجاد می‌کند، بلکه می‌تواند به عنوان ضربه‌ای پر قدرت علیه استحکام بنیاد خانواده عمل نماید. زمانی که زوجین از به دست آوردن محصول مهم زندگی‌شان، محروم می‌شوند، نه تنها مفهوم زندگی، بلکه مفهوم روابط بینابین آن‌ها زیر سؤال می‌رود. از عوامل ناباروری می‌توان به چهار گروه، عامل مردانه، زنانه، ترکیبی (هم مرد هم زن) و غیرقابل توضیح (علت نامشخص) اشاره کرد. ۴۰ درصد از علل ناباروری مربوط به عامل مردانه، ۴۰ درصد مربوط به عامل زنانه، ۱۰ درصد مربوط به هر دو و ۱۰ درصد به علل نامشخص مربوط می‌شود (۲).

ازدواج یک پدیده اجتماعی است که نه تنها در ثبات و نظم جامعه نقش دارد، بلکه نوعی سلامت جسمی و روحی را برای افراد جامعه به دنبال دارد. نیاز غریزی و عاطفی طبیعی انسان حکم می‌کند که زن و مرد پس از ازدواج صاحب فرزند شوند؛ اما تمام ازدواج‌ها به باروری منجر نمی‌شود و بعضی از آن‌ها ناخواسته گرفتار تراژدی ناباروری می‌شوند (۱). ناباروری یکی از بحران‌های زندگی به شمار می‌رود که استرس زیادی بر زوج‌های نابارور وارد می‌کند و می‌تواند از راه‌های مختلف سلامت روانی آن‌ها را تهدید نموده و باعث اختلال در کیفیت زندگی زناشویی و کاهش صمیمیت و ترس از پایان رابطه زناشویی، درماندگی و گاهی

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

تحقیقات نشان می‌دهد که عامل ناباروری تأثیر معناداری بر عملکرد جنسی، رضایت زناشویی و اختلالات هیجانی افراد در مقابله با ناباروری دارد (۳).

رضایت زناشویی یکی از عوامل مهم و مؤثر بر سلامتی زنان و از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت زندگی است. از تعاریف برمی‌آید که رضایت زناشویی مجموعه‌ای از عوامل نظیر حل تعارض موفقیت‌آمیز، یا موفقیت در فعالیت‌های مرتبط با شادکامی در فرآیند ازدواج را در برمی‌گیرد. رضایت زناشویی فرآیندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می‌آید؛ و لازمه آن، انطباق سلیقه‌ها، شناخت ویژگی‌های شخصیتی، ایجاد قواعد رفتاری و شکل‌گیری الگوهای مرادده‌ای است. همچنین آلیس در ۱۹۸۹ بیان می‌کند که رضایت زناشویی احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه‌شده توسط زن یا شوهر است (۴). مطابق با نظر هادسن ادراک زن یا شوهر از میزان، شدت و دامنه مشکلات موجود در رابطه منعکس‌کننده سطح رضایت زناشویی آن‌هاست.

حمایت اجتماعی اغلب به کمک‌های افراد مهم زندگی فرد در شرایط بحران و نیاز اشاره دارد. این افراد مهم که عموماً کمک‌های آن‌ها شامل کمک‌های عاطفی و ابزاری می‌شود، در ابعاد مختلف می‌توانند مورد بحث قرار گیرند. شش نوع حمایت اجتماعی را می‌توان در نظر گرفت: مشورت، کمک‌های عاطفی، خدمات، کمک‌های مالی، اطلاعات و مصاحبت و هم‌نشینی. مطالعات پژوهشی نشان داده است افرادی که از سیستم حمایت اجتماعی خوبی برخوردارند، نسبت به زندگی خود خوش‌بین‌ترند. مطالعات دیگر نیز نشان داده است که این افراد در غلبه بر افسردگی و سازگاری با آسیب‌های ناشی از ناتوانی جسمی، حفظ عزت‌نفس و غلبه بر تنهایی موفق‌ترند. همچنین بر اساس شواهد پژوهشی افرادی که از سیستم حمایتی خوبی برخوردارند کمتر بیمار می‌شوند و سطح استرس فیزیولوژیکی پایینی دارند (۵).

با در نظر گرفتن مشکل ناباروری به‌عنوان یکی از بحران‌های اساسی زندگی زوجین در جامعه امروزی و اثرگذاری آن بر ثبات و ساختار خانواده، یافتن راهکارهای هر چه مؤثرتر برای کاهش میزان تأثیرات منفی این رویداد بر خانواده از وظایف جامعه متخصصان بهداشت روان می‌باشد. از این رو در پژوهش حاضر به بررسی میزان تأثیرگذاری حمایت اجتماعی بر رضایت زناشویی زنان نابارور بر اساس عامل ناباروری آن‌ها پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر که مطالعه‌ای از نوع پس رویدادی است به‌منظور مقایسه میزان حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی در زنان بر اساس عامل ناباروری آن‌ها طرح‌ریزی شده است. نمونه پژوهش از بین مراجعه‌کنندگان به کلینیک ناباروری مهر که تحت

درمان‌های مختلف کمک باروری ART بودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۵۰ نفر از زنان نابارور، خود عامل ناباروری بودند و ۵۰ نفر دیگر همسرانشان عامل ناباروری بودند (یک روز در هفته در طی دوره زمانی اجرای پژوهش به کلینیک مراجعه شد و با مراجعین مصاحبه و آزمون صورت گرفت). زنان ناباروری که خود عامل ناباروری بودند از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مثل سن، تحصیلات، شغل، میزان درآمد ماهیانه، طول مدت آگاهی از مشکل با زنان ناباروری که همسرانشان عامل ناباروری بودند هم‌تا شدند و مورد مصاحبه و آزمون قرار گرفتند. سپس از نظر میزان حمایت اجتماعی و میزان رضایت زناشویی مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از روش‌های آمار توصیفی از آزمون t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون: حمایت اجتماعی می‌تواند به این صورت تعریف شود: درک در مورد در دسترس بودن افرادی که احساس می‌کنیم به ما اهمیت می‌دهند. اطمینان از این‌که افرادی وجود دارند که بتوان در هنگام نیاز روی کمک آن‌ها حساب کرد باعث می‌شود که احساس خوبی داشته باشیم (۶، ۷).

در این پژوهش به هدف ارزیابی میزان حمایت اجتماعی که گروه نمونه از آن برخوردار بودند از پرسشنامه حمایت اجتماعی ساراسون (۱۹۸۳) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۷ قسمت و هر قسمت شامل ۲ سؤال می‌باشد. سؤال اول در هر قسمت مربوط به شرایط ویژه‌ای است که شرکت‌کننده باید نام افرادی را که احساس می‌کند در آن شرایط خاص می‌تواند به وی کمک کند را بنویسد. سؤال دوم در رابطه با میزان رضایت‌مندی فرد از درک حمایت اجتماعی در آن شرایط خاص است که در یک مقیاس شش‌قسمتی از خیلی ناراضی تا خیلی راضی امکان پاسخ‌دهی وجود دارد. پرسشنامه حمایت اجتماعی اندازه شبکه اجتماعی یک فرد و میزان رضایت‌مندی از این حمایت اجتماعی را توسط دو نمره می‌سنجد. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۹ توسط ناصح و همکارانش به فارسی برگردانه شده است. روایی سازه و ساختار عاملی پرسشنامه حکایت از روایی بالای آن دارد و همچنین میزان اعتبار آزمون را ۹۶ درصد محاسبه کردند.

ب) پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱: السون از این پرسشنامه، برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نموده و معتقد

^۱ Enrich: marital satisfaction questionnaire

می‌دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است. میزان پایایی آزمون به روش آزمون و آزمون مجدد بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴، میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۷ و میزان توانایی تمیز و طبقه بندی ۹۰/۹ درصد است.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر گروه نمونه بر اساس عامل ناباروری به دو گروه عامل ناباروری مردانه و زنانه تقسیم شدند. این دو گروه در پنج عامل سن، مدت زمان آگاهی از مشکل، میزان درآمد ماهانه، میزان تحصیلات و شغل با یکدیگر همتا شدند. میانگین سن ۵۰ زن با عامل ناباروری زنانه ۲۹/۴ (دامنه ۲۲ تا ۴۵ سال) و ۵۰ زن با عامل ناباروری مردانه ۲۹/۱ (دامنه ۲۲ تا ۴۵ سال) بود. میانگین مدت زمان آشنایی از مشکل ناباروری در گروه اول ۴/۳ و برای گروه دوم ۴/۶۸ بود. اطلاعات دموگرافیک دو گروه زنان شرکت کننده در مطالعه در جداول ۱، ۲ و ۳ خلاصه شده‌اند.

است که این مقیاس، مربوط می‌شود به تغییراتی که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد و همچنین در این خصوص به تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید، حساس است. اولین بار نسخه اصلی ۱۱۵ سؤالی آزمون معرفی شد که با توجه به طولانی بودن سؤالات مقیاس، فرم‌های متعددی از آن استخراج شده است. سپس فرم ۴۷ سؤالی آن ساخته شد و در اواخر فرم ۲۵ سؤالی آن ایجاد گردید. ۱۱ مقیاس فرم کوتاه این پرسشنامه به این شرح هستند: رضایت زناشویی، موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان، نقش‌های مربوط به برابری زن و مرد و جهت گیری مذهبی. السون و دیگران (۱۹۹۸) اعتبار فرم اخیر را با استفاده از روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در کشور ما اولین بار سلیمانیان و نوایی نژاد همبستگی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کرده‌اند. کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه انریچ، زوجهای ناسازگار و سازگار را متمایز می‌کنند و این نشان

جدول (۱): مقایسه دو گروه شرکت کنندگان در عوامل سن، مدت زمان آگاهی از مشکل و درآمد

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سن (سال)	عامل ناباروری زنانه	۵۰	۲۹/۴۶	۶/۸۲۵
	عامل ناباروری مردانه	۵۰	۲۹/۱	۵/۳۳۵
مدت زمان آگاهی از مشکل ناباروری (سال)	عامل ناباروری زنانه	۵۰	۴/۳۰	۴/۲۹۶
	عامل ناباروری مردانه	۵۰	۴/۶۸	۴/۰۳۸
درآمد ماهانه (ریال)	عامل ناباروری زنانه	۵۰	۵۴۳	۴۰۸/۷۲۷
	عامل ناباروری مردانه	۵۰	۴۹۱/۱	۳۰۹/۲۱۸

$P \leq 0.05$

جدول (۲): نتایج آزمون کای اسکوتر برای مقایسه سطح تحصیلات در دو گروه آزمودنی‌ها

سطح معنی‌داری	Df	X^2	عامل ناباروری-زن		عامل ناباروری-مرد		تحصیلات
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۱۹۷	۲	۳/۲۴۸	۱۸	۳۶	۱۱	۲۲	ابتدایی- راهنمایی
			۱۷	۳۴	۲۵	۵۰	متوسطه و دیپلم
			۱۵	۳۰	۱۴	۲۸	فوق دیپلم و بالاتر
			۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	جمع

جدول (۳): نتایج آزمون کای اسکوتر برای مقایسه وضعیت اشتغال در دو گروه از آزمودنی‌ها

سطح معنی‌داری	Df	X^2	عامل ناباروری-زن		عامل ناباروری-مرد		وضعیت اشتغال
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۰/۹۴۲	۱	۰/۰۰۵	۱۲	۲۴	۸	۱۶	شاغل
			۳۸	۷۶	۴۲	۸۴	غیرشاغل
			۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	جمع

زناشویی در زنان بر اساس عامل ناباروری آن‌ها متفاوت است. این یافته‌ها نشان می‌دهند میزان رضایت زناشویی در زنان با عامل ناباروری مردانه بیشتر از زنانی است که خود عامل ناباروری هستند.

پژوهش حاضر به بررسی میزان رضایت زناشویی زنان نابارور بر اساس عامل ناباروری آن‌ها پرداخته است. همان گونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین دو گروه در میزان رضایت زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p > 0/019$). از آنجایی که t بدست آمده از t جدول بزرگ‌تر است با اطمینان ۹۹ درصد میزان رضایت

جدول (۴): نتایج آزمون T مستقل برای مقایسه میانگین نمرات رضایت زناشویی در آزمودنی‌های دو گروه

متغیرها	گروه‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف استاندارد	T	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
رضایت	عامل ناباروری-زن	۵۰	۱۵۰/۳۸	۲۸/۴۴۴	۲/۳۸۳	۹۵	۰/۰۱۹
زناشویی	عامل ناباروری-مرد	۵۰	۱۶۲/۶۰	۲۵/۸۰۷			

($p > 0/019$)

می‌کنند. همان گونه که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد مجموع نمرات حمایت اجتماعی دریافت شده در زنانی که شوهرانشان عامل ناباروری هستند به طور چشمگیری بالاتر از زنانی است که خود عامل ناباروری هستند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان دادند زنان نابارور بر اساس عامل ناباروری رویکرد متفاوتی به جستجوی حمایت اجتماعی دارند. زنانی که خود عامل ناباروری هستند کمتر از زنانی که همسرشان عامل ناباروری هستند حمایت اجتماعی دریافت

جدول شماره (۵): مقایسه مجموع نمرات میزان حمایت اجتماعی دریافت شده در دو گروه

متغیر	گروه‌ها	عامل ناباروری-زن	عامل ناباروری-مرد
حمایت اجتماعی	تعداد	مجموع نمرات	مجموع نمرات
	۵۰	۴۸۳	۵۶۵

($p > 0/019$)

همبستگی نمی‌توان ادعا کرد رابطه علت و معلولی میان دو متغیر وجود دارد، اما معنی‌داری مثبت رابطه بدین معنی است که با افزایش یکی از دو متغیر حمایت اجتماعی و یا رضایت زناشویی دیگری نیز افزایش می‌یابد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد میان میزان حمایت اجتماعی که زنان نابارور از آن برخوردار می‌شوند و رضایت زناشویی آن‌ها رابطه وجود دارد. همان طور که جدول ۶ نشان می‌دهد میان دو متغیر حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به مفهوم ضریب

جدول (۶): نتیجه محاسبه ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه بین حمایت اجتماعی و میزان رضایت زناشویی آزمودنی‌ها

حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی	تعداد	Rxy	سطح معنی‌داری
	۱۰۰	۰/۱۷۵	۰/۰۸۱

بحث و نتیجه‌گیری

عزت‌نفس پائین تر و از مهارت‌های مقابله ای ضعیف تری برخوردارند (۸). مونگو و همکاران اظهار می‌کنند ۸۳ درصد از زوج‌های نابارور در مورد ناتوانی در بچه دار شدن تحت فشار و تنش بودند و والدین و همسر آن‌ها بیشترین میزان تنش را دریافت می‌کردند. زنان علاوه بر نیاز به حمایت روانی همسر حین درمان ناباروری، احساس نیاز به دریافت حمایت و همدردی از سوی شبکه‌های اجتماعی (خانواده، گروه درمان، مراقبان) را نیز ابراز می‌نمایند (۹). بنابر این می‌توان چنین استنباط کرد که ناباروری با نقش واسطه ای خود منجر به مشکلات روانشناختی بیشتری در زنان می‌شود و به این ترتیب آن‌ها از محیط اجتماعی اطراف خود حمایت کمتری می‌کنند.

در پژوهش حاضر به بررسی رابطه میان میزان حمایت اجتماعی که زنان نابارور دریافت می‌کنند با میزان رضایت زناشویی آن‌ها پرداخته شد و سپس دو گروه بر اساس نوع عامل ناباروری خود (زنانه- مردانه) با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج نشان داد که زنانی که خود عامل ناباروری هستند از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند و کمتر حمایت‌های اجتماعی از سوی شبکه‌های اجتماعی را ادراک می‌کنند. به عکس زنانی که شوهران نابارور دارند رضایت زناشویی بالاتری دارند و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده بیشتری دارند. ویشمن (۲۰۰۵) طی پژوهشی نشان داد زنان بطور ویژه از استرس‌های روانی ناشی از مسئله ناباروری رنج می‌برند. آن‌ها نسبت به همسرشان مضطرب تر، افسرده تر، دارای

آندرز نشان دادند که حمایت اجتماعی موجب فائق آمدن بر مشکلات زندگی زناشویی می‌شود زوجینی که از حمایت اجتماعی برخوردارند رضایت بالاتری از زندگی زناشویی خود دارند (۴). همان گونه که قبلاً نیز گفته شد، یکی از مهارت‌های مقابله ای که بسیاری از افراد آن را نادیده می‌گیرند، استفاده سازنده و مفیدی از سیستم‌های حمایتی (شبکه دوستان، اقوام و نزدیکان) است. این سیستم‌ها به روش‌های مختلف به افراد کمک می‌کنند تا با رویدادهای استرس زای زندگی مقابله کنند؛ بنابراین ارزیابی مجدد سیستم حمایتی زوج‌های نابارور و به ویژه زنان و آموزش به آن‌ها به هدف یادگیری ایجاد یک سیستم حمایتی مؤثر و مفید می‌تواند در کم کردن تعارضات زناشویی و ناراحتی‌های روانشناختی ناشی از بحران ناباروری سودمند باشد. این مهم از وظایف جامعه بهداشت روان و با همکاری سایر نهادهای اجتماعی و مدنی تحقق‌پذیر است.

همچنین نتایج نشان دادند میان میزان حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی رابطه مستقیم معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با مطالعات کلارا و همکارانش (۲۰۰۳)، فریدلندر و همکارانش (۲۰۰۷) و تجلی و همکارانش (۲۰۱۰) همسو است که نشان می‌دهند، حمایت اجتماعی ادراک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس زای زندگی شناخته شده است (۵، ۱۰، ۱۱).

پژوهش‌ها به طور ثابت بر نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی بر استرس تاکید داشته‌اند (۱۲). لو معتقد است حمایت اجتماعی اثرات رویدادی استرس‌زا را تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد. حمایت اجتماعی با شادکامی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (۱۳). همسو با نتایج این پژوهش دیلی و

References:

1. Baharvand H. Manual for treatment infertile couples. Tehran: Tayyeb Pub; 2003. (Persian)
2. Mening BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertility and Sterility* 1980;4:313-9.
3. Collard S. Infertility and its psychological, marital, and sexual sequence. Institute graduate school of psychology 1999.
4. Dehle C, Landers JE. Personality traits and social support in marriage. *J Soc Clin Psychol* 2005;24(7):1051-76.
5. Clara IP, Cox BJ, Enns MW, Murray LT, Torgruudic LJ. Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student sample. *J Person Assess* 2003;81(3):265-70.
6. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1986;38:300-14.
7. Thoits, Peggy A. Social Support and Cardiovascular Disease. Paper presented at the Sociophysiology of Social Relationships Conference, Palo Alto, California; 1986.
8. Wischmann T. Psychological factors in infertile women. *J Urologie A* 2005;44(2):185-94.
9. Arjmandniya A, Afroz GH, Nami M. Comparison of stress and marital satisfaction and perceived social support in parents of mental retard children and normal children on Golestan. *Especial training magazine* 2013;3:116. (Persian)
10. Friedlander LJ, Reid GJ, Shupak N, Cribbie R. Social support, self-esteem, and stress as predictors of Adjustment to university among first-year undergraduates. *J College Student Development* 2007;48(3):259-74.
11. Tajalli P, sobhi A, Ganbaripannah A. The relationship between daily hassles and social support on mental health of university students. *Procedia Social Behav Sci* 2010; 5:99-103. (Persian)
12. Fleming MZ, MacGowan BR, Robinson L, Spitz J, Salt P. The body image of the postoperative female- to- male transsexual. *J Consulting Clin Psychol* 1982;50:461-2.
13. Lu L. Social Support, reciprocity, and well-being. *J Socl Psychol* 1997;137(5):618-28.

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND MARITAL SATISFACTION IN INFERTILE WOMEN BASED ON INFERTILITY FACTOR

Sahraian K¹, Jafarzadeh F², Poursamar SL^{3*}

Received: 22 Nov , 2014; Accepted: 22 Jun , 2015

Abstract

Background & Aims: Nowadays infertility problem has become a social concern and is associated with numerous social and psychological problems. The aim of this study was to determine the relationship between social support and marital satisfaction among infertile women based on their infertility factor.

Materials & Methods: The sample group was 50 women with female infertility factor and 50 women with male infertility factor. The participants contacted upon their treatment course with Assisted Reproductive Technology (ART) in Mehr infertility clinic. ENRICH marital satisfaction questionnaire and Sarason social support questionnaire were used during this study. For data analysis beside descriptive statistic, T test, chi-squared (χ^2) and Pearson's correlation were used.

Results: Data analysis showed that women with female infertility factor received less social support comparing to the women with male infertility factor. Also the level of marital satisfaction in women with male infertility factor was more than women with female infertility factor ($P<0/019$). There is relationship between marital satisfaction and social support in infertile women.

Conclusion: The results showed there is a significant relationship between social support and marital satisfaction in infertile women. Also women based on their infertility factor have different attitude toward seeking social support.

Keywords: female infertility factor, male infertility factor, marital satisfaction, social support

Address: Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

Tel: (+98)9121540275

Email: laylapoursamar@gmail.com

¹ PHD student of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

² MA of Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

³ PHD student of Psychology, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran (Corresponding Author)