

بررسی دیدگاه زوجین نابارور نسبت به نازایی و سازگاری زناشویی در مراجعین به مرکز نازایی رویان تهران، سال ۱۳۸۴

انسیمه فولادی⁺ (M.Sc.) ماه منیر دانش^{*} (M.Sc.) فهیمه کشفی^{**} (M.Sc.)

صغری خانی^{*} (M.Sc.) رضاعلی محمد بور تهمتن^{***} (Ph.D.)

چکیده

سابقه و هدف: از جمله فاکتورهای خطر بالقوه در ایجاد مشکلات زناشویی، اختلاف دیدگاه زوجین نسبت به نازایی است. مطالعات کاهش کلی در سازگاری زناشویی زوجین را در زمینه مشکل ناباروری نشان داده است. این مطالعه با هدف شناسایی دیدگاه زنان و مردان نازا نسبت به نازایی و سازگاری زناشویی در مراجعین به مرکز نازایی رویان تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی از طریق نمونه‌گیری مستمر، ۱۶۰ زوج نازا که جهت پیگیری، تشخیص و درمان نازایی به مرکز درمانی رویان تهران (۱۳۸۴) مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند داده‌ها با پرسشنامه‌های دیدگاه اعتماد به نفس کوبر اسمیت و سازگاری زناشویی اسپانیر جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مردان نیز همانند زنان، به داشتن فرزند علاقه زیادی داشته و آن را مهم‌ترین موضوع زندگی خود می‌دانند و نیز در پیگیری، تشخیص و درمان نازایی تلاش کرده و جهت صحبت با همسر خود در مورد بچه‌دار شدن تمایل زیادی دارند. همچنین اختلاف معنی‌داری بین اعتماد به نفس و سازگاری زناشویی مردان و زنان وجود نداشت اما ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین دیدگاه زنان و مردان و سازگاری زناشویی آنان ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

استنتاج: در نظر گرفتن علاقه زنان و مردان و میزان سعی و تلاش و تمایل آنها جهت صحبت با همسر در مورد فرزند دار شدن و اعتماد به نفس و سازگاری زناشویی آنها می‌تواند به عنوان بخشی از ارزیابی‌های روان‌شناختی توسط روان‌شناسان مورد استفاده قرار گیرد. افزایش علاقه و درگیری زوجین در درمان ناباروری می‌تواند باعث تغییرات مثبت در روابط آنان شده و سبب شود نازایی اثر منفی روی زوجین نداشته باشد.

واژه‌های کلیدی: نازایی، دیدگاه، اعتماد به نفس، سازگاری زناشویی

این تحقیق طی شماره ۶۸-۸۳ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

* کارشناس ارشد مامائی، عضو هیأت علمی (مربی) دانشگاه علوم پزشکی مازندران + ✉ ساری- بلوار خزر- دانشکده پرستاری و مامائی نسیه

** کارشناسی ارشد مامائی، پژوهشکده رویان- تهران

*** متخصص آمار حیاتی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مرکز تحقیقات بهداشت محیط دانشگاه

تاریخ دریافت: ۸۴/۷/۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۴/۷/۲۵ تاریخ تصویب: ۸۵/۳/۱۰

مقدمه

نازایی، عدم توانایی بچه‌دار شدن به مدت یکسال علیرغم مقاربت‌های منظم و عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری می‌باشد (۱). فراوانی ناباروری در نقاط مختلف دنیا با ارقام متفاوتی گزارش شده است. ارقامی بین ۵ تا ۵۰ درصد که علت این اختلالات، تفاوت در تعاریف انواع ناباروری، تورش در نمونه‌گیری‌ها و یا اصولاً فراوانی متفاوت ناباروری در هریک از جوامع می‌باشد. نتایج بررسی در ایران شیوع ناباروری را ۱۲ تا ۲۱/۹ درصد گزارش کرده است (۲). نازایی در ۴۰ درصد موارد دارای علت زنانه، ۴۰ درصد مردانه و ۲۰ درصد هر دو یا دارای اتیولوژی ناشناخته می‌باشد (۱).

بارداری، زایمان و صاحب فرزند شدن در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند، قرار دارد و ناباروری از نقاط مهم مولد نگرانی در آنان است. این امر در کشورهای توسعه نیافته یا در حال توسعه مشهودتر است، زیرا نداشتن فرزند در این جوامع باعث عدم امنیت و استحکام در ازدواج و نوعی انگ اجتماعی^۱ می‌گردد. برای زوجینی که خواهان فرزند باشند، تجربه نازایی می‌تواند خانمان سوز، بحران‌زا و عامل ایجادکننده ضربات روانی و احساسی^۲ باشد. نیمی از زنان و ۱۵ درصد مردان، نازایی را نگران‌کننده‌ترین تجربه زندگیشان می‌دانند (۳). اگرچه تجربه نازایی برای فرد دارای مشکل یا سالم ممکن است متفاوت باشد، اما در هر حال فقدان تجربه والد شدن، استرس و دگرگونی در زندگی ایجاد می‌کند. از آنجایی که نازایی، زوجین را به عنوان یک واحد تحت تأثیر قرار می‌دهد، و درمان آن به تشریک مساعی مرد و نیاز دارد، بنابراین لازم است تلاش واحدی جهت ایجاد

ارتباط مناسب بین زوجین صورت پذیرد. مطالعات مختلف، کاهش کلی در سازگاری زناشویی را در نتیجه مشکل نازایی، نشان نداده‌اند (۴و۵)، اما شواهد حاکی از آن است که اختلافات اساسی بین زوجین، در چگونگی تحت تأثیر قرار گرفتن آنان وجود دارد. بعضی از زوجین، تخریب جدی در ارتباطات خود را بیان می‌کنند، در حالی که بعضی از آنان نسبت به قبل، احساس نزدیکی و رضایت زناشویی بیشتری را ذکر می‌کنند. شناسایی عواملی که باعث ایجاد مشکلات زناشویی در زوجین می‌شود بسیار مهم می‌باشد تا زوجین در معرض خطر شناسایی شده و جهت آنان اقدامات حمایتی انجام شود. یک فاکتور خطر بالقوه در ایجاد مشکلات زناشویی، اختلاف دیدگاه زوجین نسبت به نازایی است که این اختلاف را می‌توان در چهار جنبه خلاصه کرد؛ اولاً داشتن فرزند برای زنان بیشتر از مردان اهمیت دارد، ثانیاً زنان در پیگیری، تشخیص و درمان نازایی بیشتر از مردان سعی و تلاش می‌کنند و درگیر می‌شوند و این امر حتی در موارد نازایی با فاکتور مردانه نیز صدق می‌کند. ثالثاً زنان بیشتر از مردان با همسرشان در مورد بچه‌دار شدن صحبت می‌کنند، در حالیکه مردان نگرانی‌شان را به طور واضح بیان نمی‌کنند، رابعاً زنان فشار روانی بیشتری در رابطه با نازایی پیدا می‌کنند و اعتماد به نفس خود را بیش‌تر از مردان از دست می‌دهند. اگرچه بررسی‌های زیادی در جهت شناخت مشکلات متعدد نازایی انجام شده است، اما اکثر این تحقیقات بر واکنش‌های احساسی زوج یا زوجین استوار بوده است (۶،۷)، بنابراین هدف از انجام این تحقیق، بررسی دیدگاه زنان و مردان نازا نسبت به نازایی و ارتباط آن با سازگاری زناشویی آنان می‌باشد.

1. Social stigma
2. emotional trauma

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مقطعی می باشد و ۱۶۰ زوج نازا که جهت پیگیری، تشخیص و درمان نازایی به مرکز درمان نازایی رویان تهران مراجعه کرده بودند، جزء نمونه ها قرار گرفتند. روش نمونه گیری مستمر بود و معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ توانایی حداقل سواد خواندن و نوشتن، نازایی به مدت یک سال، عدم داشتن فرزند و ازدواج مجدد هر یک از زوجین و عدم سابقه عقیم سازی و معیارهای حذف نمونه شامل؛ سابقه بیماری های تشخیص داده شده روانی و مصرف داروهای موثر بر روان، داشتن فرزند و فرزند خوانده بود. پس از مصاحبه و توضیح اهداف پژوهش و در صورت رضایت، پرسشنامه های مشخصات فردی و دیدگاه زوجین نسبت به نازایی، عزت نفس کوپراسمیت و سازگاری زناشویی اسپانیر (DAS)^۲، به طور جداگانه توسط زوجین نازا تکمیل شد.

از آنجا که هیچ گونه مقیاس استاندارد و اختصاصی برای بررسی دیدگاه افراد مورد مطالعه نسبت به نازایی در دسترس نبود، لذا با استفاده از نتایج مطالعات و پژوهش های انجام شده توسط لوری آپچ^۳، پرسشنامه دیدگاه طراحی شد. در پرسشنامه دیدگاه، احساس داشتن فرزند، سعی و تلاش برای فرزند دار شدن، میزان تمایل برای صحبت کردن با همسر در مورد فرزند دار شدن، براساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۱= بسیار، ۵= اصلاً)، مورد سنجش قرار گرفت و برای هر پاسخ نمره ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد. برای تعیین اعتماد علمی ابزار، از روش آزمون مجدد^۴ استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه در مرحله اول به پانزده نفر از افراد واجد شرایط ارائه گردید و از آنها خواسته شد برای تکمیل

مجدد پرسشنامه ده روز بعد مراجعه کنند، نتایج بررسی مقدماتی و مقایسه پاسخ های نمونه ها در دو نوبت، نشان دهنده قابل قبول بودن پرسشنامه بود و ضریب همبستگی ۰/۸ به دست آمد. جهت اعتبار علمی، پرسشنامه به ۱۰ تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران (اعم از متخصص روانپزشکی و زنان مامایی و روانشناس) داده شد و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی عزت نفس از مقیاس کوپر اسمیت استفاده شد. کوپراسمیت، عزت نفس را به عنوان بازخوردهای ارزیابی کننده ای که فرد نسبت به خود دارد، تعریف کرده است (۹۸). این مقیاس دارای ۵۸ ماده است. حداقل نمره ای که یک فرد ممکن است کسب کند صفر و حداکثر ۵۰ می باشد. چنانچه پاسخ دهنده از ۸ ماده دروغ سنج، بیش از ۴ نمره کسب کند به آن معنی است که اعتبار آزمون پایین است و آزمودنی سعی کرده است خود را بهتر از چیزی که هست جلوه دهد و پرسشنامه برای تکمیل مجدداً به وی برگردانده می شود (۱۰). میانگین نمره برای آزمون عزت نفس ۲۵ است، هر چه نمره آزمودنی از این میانگین بیشتر باشد، نشان دهنده عزت نفس بالاتر و هر چه نمره از میانگین کمتر باشد، نشان دهنده عزت نفس پایین تر است (۹).

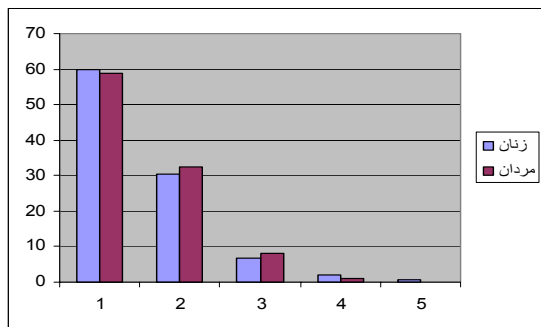
برای تعیین اعتماد و اعتبار آزمون، تحقیقات مختلفی از جانب کمپل^۵ (۱۹۶۵)، اسمیت^۶ (۱۹۶۰)، موریسی^۷ (۱۹۷۱)، وایف^۸ (۱۹۶۹) انجام گرفته است (۸).

بررسی بر روی ۲۳۰ نفر از دانش آموزان دبیرستان های شهر تهران، ضریب پایایی ۰/۸۷ را نشان داد. روایی و پایایی پرسشنامه عزت نفس مجدداً توسط پژوهشگران مورد تأیید قرار گرفت.

5. Cample
6. Smith
7. Morci
8. Whif

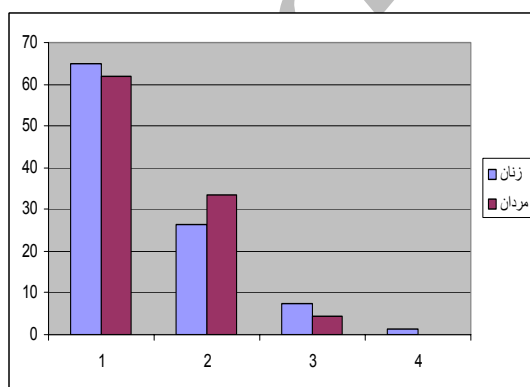
1. Cooper smith
2. Dyadic Adjustment Scale
3. Louri A. pasch
4. Test- retest

در زنان و مردان اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد، نمودار شماره ۱.



نمودار شماره ۱: احساس داشتن فرزند بین زنان و مردان نابارور مراجعه کننده به مرکز نازایی رویان، سال

در پاسخ به سوال سعی و تلاش شما برای فرزند دار شدن چقدر است ۶۵ درصد از زنان و ۶۲ درصد از مردان پاسخ بسیار زیاد و فقط ۷/۵ درصد از زنان و ۴/۴ درصد از مردان پاسخ کم را انتخاب کرده بودند. ۲/۵ درصد از زنان گزینه اصلاً را انتخاب و هیچ کدام از مردان این گزینه را انتخاب نکرده بودند. بین سعی و تلاش جهت بچه‌دار شدن در مردان و زنان اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P < 0/05$)، نمودار شماره ۲.



نمودار شماره ۲: سعی و تلاش جهت بچه دار شدن در زنان و مردان نابارور مراجعه کننده به مرکز نازایی رویان، سال

تمایل ۵۰ درصد از زنان و ۴۶/۹ درصد از مردان برای صحبت با همسر در مورد فرزند دار شدن، بسیار

جهت بررسی سازگاری زناشویی، مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر DAS مورد استفاده قرار گرفت که شامل یک پرسشنامه خودسنجی ۳۲ سوالی است و برداشت‌های ذهنی افراد در مورد سازگاری زناشویی ثبت می‌شود. نمرات این پرسشنامه از ۰ تا ۱۵۱ متغیر است که کسب نمرات برابر یا بیشتر از ۱۰۰ به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنی وجود مشکلی در روابط زناشویی و عدم سازگاری و تفاهم خانوادگی است. مطالعات مربوط به پایایی و روایی DAS همواره مثبت بوده است. در حقیقت اسپانیر (۱۹۷۶) ضریب همگانی درونی ۹۶ درصد و ملاک اعتبار بالایی را برای این مقیاس گزارش کرده است (۹). برنشتاین (۱۹۸۹) استفاده از این مقیاس را توصیه کرده است، زیرا پایه‌های روان‌سنجی آن در مقایسه با سایر مقیاس‌ها، بسیار پیشرفته است (۱۰).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری کای دو و ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد.

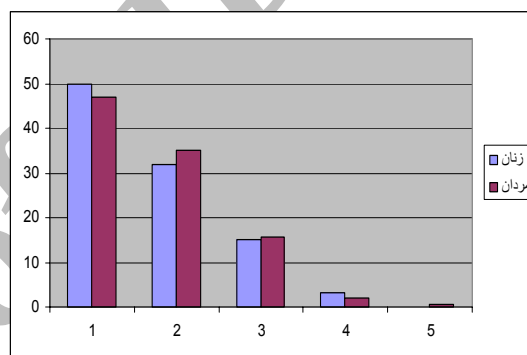
نتایج نشان داد که میانگین سنی زنان و مردان مورد پژوهش $4/45 \pm 27/68$ (۲۰-۴۴) و $4/90 \pm 32/99$ (۱۹-۴۸) سال و مدت درمان نازایی $0/8 \pm 4/53$ (۱-۱۳) سال بوده است.

۲۰/۰۶ درصد از زوجین سابقه حاملگی ناموفق داشته‌اند. علت نازایی در ۳۲ درصد زنان، ۴۶ درصد مردان، ۱۲/۵ درصد هر دو زوج و ۹/۵ درصد ناشناخته بود. بررسی داده‌های موجود نشان داد که ۵۸/۹ درصد از مردان به داشتن فرزند بسیار علاقمند بوده‌اند و آن را مهم‌ترین مسئله در زندگی خود می‌دانستند و ۱/۹ درصد زنان و ۰/۶ درصد مردان علاقه کمی به فرزند نشان دادند. آزمون کای دو بین احساس داشتن فرزند

بحث

با توجه به این که این مرکز رفرا ل بوده و از اکثر استان های ایران مراجعه کننده داشته است، بنابراین تعمیم نتایج به زوجین نابارور ایرانی، ممکن به نظر می رسد. یافته های تحقیق نشان داد که مردان نیز همانند زنان به بچه دار شدن بسیار علاقمند بوده و در پیگیری، تشخیص و درمان ناباروری سعی، تلاش و تمایل زیادی جهت صحبت با همسر خود داشتند و بین دیدگاه زنان و مردان و سازگاری زناشویی آنان اختلاف وجود نداشت. از طرفی وقتی زنان بچه دار شدن را خیلی مهم دانسته و جهت آن بیشتر سعی و تلاش می کردند و تمایل زیادی برای صحبت با همسر خود در مورد آن نشان می دادند، سازگاری زناشویی آنان افزایش می یافت. مطالعات قبلی، نشان داده است که، اولاً داشتن فرزند برای زنان بیشتر از مردان اهمیت دارد (۱۵،۱۴) و ثانیاً زنان در پیگیری، تشخیص و درمان نازایی نسبت به مردان بیشتر درگیر می شوند. برای مثال، در مواجهه با یک حاملگی ناموفق، زنان سریع تر از مردان واکنش نشان داده و با احتمال بیشتری در مورد درمان تصمیم می گیرند و حتی در موارد نازایی با فاکتور مردانه، زنان در مورد ادامه آزمایشات و درمان های بعدی سعی و تلاش بیشتری دارند (۷). هم چنین زنان بیشتر از مردان با همسرشان در مورد بچه دار شدن صحبت می کنند، به نظر می رسد که مردان در این رابطه، نگرانی شان را به طور واضح بیان نمی کنند. پژوهشگران معتقدند تلاش در جهت افزایش علاقه در مردان و درگیری آنها در امور مربوط به درمان

زیاد و فقط ۲/۵ درصد از زنان و ۱/۶ درصد از مردان تمایل کمی را ابراز کرده بودند. هیچ کدام از زنان گزینه اصلاً را انتخاب نکرده و تنها ۰/۶ درصد از مردان این گزینه را انتخاب کرده بودند. بین میزان تمایل جهت صحبت با همسر در مورد فرزند دار شدن در زنان و مردان اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد ($P < 0.05$)، نمودار شماره ۳.



نمودار شماره ۳: میزان تمایل جهت صحبت کردن با همسر جهت بچه دار شدن در زنان و مردان نابارور مراجعه کننده به مرکز نازایی رویان، سال

هم چنین براساس امتیاز اخذ شده از عزت نفس و سازگاری زناشویی، ۹۴/۳ درصد مردان و ۹۱/۷ درصد از زنان عزت نفس بالا و نیز ۸۳/۹ درصد از مردان و ۸۴ درصد از زنان سازگاری زناشویی داشتند که از نظر آماری این اختلاف ها معنی دار نبود. ضریب همبستگی اسپیرمن ارتباط بین دیدگاه زنان و مردان و سازگاری زناشویی آنان را در جدول شماره ۱ نشان می دهد.

جدول شماره ۱: ارتباط بین دیدگاه زنان و مردان و سازگاری زناشویی آنان در زوجین نابارور مراجعه کننده به مرکز نازایی رویان، سال

آزمون آماری		ضریب همبستگی پیرسون		P value		اهمیت آماری	
جنسیت							
رابطه سازگاری زناشویی با متغیرها							
اهمیت بچه دار شدن در زنان		مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان
سعی و تلاش برای بچه دار شدن در زنان		-۰/۱۹۶	-۰/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۰۳	۰/۱۵	۰/۰۴
تمایل جهت صحبت کردن با همسر برای بچه دار شدن		-۰/۲۲۵	-۰/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵	۰/۰۰۰
اعتماد به نفس در زنان		۰/۰۰	۰/۴۶	۰/۰۰	۰/۳۷	۰/۳۷	۰/۳۷

ناباروری، باعث تغییر مثبت در روابط زناشویی و نیز عدم تاثیر منفی نازایی بر روی زندگی مشترک می‌شود (۱۵). نتایج نشان داد که عزت نفس زنان همانند مردان بالا بوده است و با افزایش میزان اعتماد به نفس زنان و مردان، سازگاری آنان نیز افزایش می‌یافت. دیگر مطالعات نشان داد که عزت نفس در زنان نابارور بیش‌تر از مردان است، و پژوهشگران علت آن را استرس احساسی بیشتر زنان در رابطه با مشکل ناباروری ذکر کرده‌اند. در تحقیقی که در ایتالیا انجام شد، زنان ابراز داشتند که حتی اگر همسرشان قادر به کمک پزشکی به آنان نباشند، کیفیت خوب ارتباطی با آنها، از نظر روانی بسیار مهم می‌باشد و آنها به این طریق به درمان امیدوار خواهند بود. تمام زنان خواهان همراهی همسرشان در تمام مراحل انجام روش‌های کمک باروری بودند. زنانی که ارتباط مناسب با همسر خود نداشتند، به طور معنی‌داری بیشتر احساس ایزوله بودن و عدم حمایت اجتماعی می‌کردند و نسبت به زنانی که از جانب همسرشان حمایت می‌شدند، امتیازات بیشتری در افسردگی کسب نمودند (۱۵).

یافته‌های پژوهش مشابه بررسی‌های انجام شده نشان داد که بین سازگاری زناشویی مردان و زنان اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (۵،۴)، اما در مطالعه‌ای که دیدگاه زنان و مردان نسبت به ناباروری با هم اختلاف معنی‌داری داشته و از دیدگاه زنان بچه دار شدن اهمیت بیشتری داشته است و بیشتر در حل مشکلات مربوط به ناباروری سعی و تلاش می‌کرده و بیشتر تمایل داشتند با همسر خود در مورد بچه دار شدن صحبت کنند، سازگاری زناشویی مردان به‌طور معنی‌داری کمتر از زنان بوده

است. پژوهشگران تلاش در جهت افزایش علاقه مردان و درگیر نمودن آنها در درمان نازایی را موجب تغییر مثبت در ارتباط زوجین و بهتر شدن وضعیت سازگاری زناشویی آنان دانسته‌اند (۶).

یافته‌های این تحقیق مبنی بر عدم وجود اختلاف دیدگاه زنان و مردان نسبت به ناباروری و سازگاری مطلوب آنها و ارتباط بین این دو متغیر، می‌تواند در ارزیابی‌های روان‌شناختی توسط روان‌شناسان و مراقبت از زوجین نابارور مورد استفاده قرار گیرد. روان‌شناسان معتقدند که پزشکان باید با زوجین به عنوان افراد واحد کار کنند و همسران را جهت شرکت در تشخیص و درمان ناباروری تشویق نمایند. از آنجا که اکثر درمان‌های مربوط به نازایی بر روی زنان متمرکز بوده تمایل طبیعی در مردان جهت کناره‌گیری افزایش می‌یابد و به تدریج نقش آنها در پی‌گیری‌ها کمتر می‌شود. از طرفی، بعضی از مردان ممکن است این تصور را داشته باشند که عقیده آنها مربوط به خودشان است و به همسرشان مربوط نمی‌شود. در حالی که تیم پزشکی باید تلاش کنند که مردان باور کنند که عقاید و واکنش‌های آنها از دیدگاه همسران مهم می‌باشد.

سپاسگزاری

مراتب تقدیر و تشکر خود را از آقایان، دکتر مهران ضرغامی و حبیب عمادی، خانم‌ها؛ ربابه صباغی و فاطمه عددی، مسئولین مرکز درمان نازایی رویان و کلیه بیمارانی که در نهایت صبر و حوصله در تحقیق شرکت نمودند، اعلام می‌داریم.

1. Berk J, et al. novaks gynecology, 13th edition. 2001: 475-6.

. سیاهکل مجتبی، نجومی مرضیه، کمالی محمد، شیوع ناباروری و کم باروری. مجله دانشکده پزشکی ساری، سال ۶۱؛ شماره ۵: ۳۷۱-۶.

3. kathrine kainz. The role of psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *womens health issues*, 2001 Nov; 11: 481-5.
4. Lauri A. pasch. christine dunkel-schatter and Andrew Christensen. differences between husbands and wivs approach to infertility affect marital communication and adjusmment.fertility and sterility. 2002; 77(6): 1241-7.
5. Muriel B. ryden. "an adult version of the coopersmith self-esteem inventory:test-retest reliability and social desirability," *psychological reports*, 1978; 43: 1189-90.
- شبهات، ایلین. عزت نفس، ترجمه مهدی گنجی. انتشارات ویرایش، ۱۳۷۸.
- گل محمدی، بهروز. بررسی مقایسه سطح عزت نفس معلولین ورزشکار و غیرورزشکار. دانشگاه تربیت مدرس تهران، ۱۳۷۲.
- بیلر، رابرت. کاربرد روانشناسی در آموزش. ترجمه دکتر کدیور. نشر دانشگاهی، ۱۳۷۱، ص ۵۰۷.
9. Spanier GB.measuring dyadic adjustment: new scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. *j marriage fam* 1976; 38: 15-28.
- برنشتاین، فیلیپ اچ و برنشتاین مارسی، تی. شناخت و درمان اختلافاهای زناشویی (زناشویی درمانی) چاپ اول، ترجمه حمید رضا سهرابی. تهران، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا، ۱۳۷۷، صفحات ۸۰-۷۸.
11. Berg BJ, Wilson JF, Weingartner PJ. psychological sequelae of infertility treatment:the role of gender and sex-role identification. *soc sci med* 1991; 33: 1071-80.
12. Wright JW, Duchesne C, Sabourin S, Bissonette F, Beoit J, Giard Y. Psychological distress and infertility men and women respond differently. *fertil steril* 1991; 55: 100-8.
13. Mcgrade JL, Toler A. The reaction to infertility and the infertility investigation: a comparison of the responses of men and women. *infertility* 1982; 4: 7-27.
14. Ulbrich PM, Coyle AT, Llabre MM. Involuntary childlessness and marital adjustment: his and hers. *j sex marital therap* 1990; 16: 147-58.
15. K. bevilacqua and et al. infertility patients: communication within couples. *fertility. issue 3, supp 1*, 2000 Sep; 74: 5189.