

اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی _ رفتاری بر سازگاری زناشویی زنان نابارور

زهرا مکاری^۱، خدامراد مومنی^۲، کامران یزدانبخش^۳، نسرين جلیلیان^۴

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۹/۱۸ _ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۳

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری، بر سازگاری زناشویی زنان نابارور انجام شد. روش: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. زنان نابارور ۲۲ تا ۳۶ ساله‌ی مراجعه کننده به مرکز ناباروری معتضدی در سال ۱۳۹۴ کرمانشاه، که دارای اختلال در عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی بودند مورد بررسی قرار گرفتند. ۳۳ نفر دارای شرایط شرکت در مطالعه بودند، که از بین آنها ۲۰ نفر داوطلب انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند به مدت ۱۰ جلسه‌ی هفتگی در دوره‌ی آموزش مهارت‌های جنسی به صورت گروهی شرکت داده شدند. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. به منظور ثبت تغییرات نمرات پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) قبل و بعد از مداخله، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره بود. یافته‌ها: نشان داد که مداخله‌ی آموزش مهارت‌های جنسی اثر معناداری بر نمره سازگاری زناشویی داشته، بدین ترتیب که نمره سازگاری زناشویی زنان نابارور در مرحله پس آزمون به طور معناداری افزایش

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. (نویسنده مؤل)، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

kh.momeni@razi. ac.ir

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. دانشیار گروه زنان، مرکز تحقیقات زیان‌بارستان امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

یافته است ($P < 0/001$). نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر شیوه شناختی- رفتاری بر سازگاری زناشویی زنان نابارور مؤثر است.
واژه‌های کلیدی: آموزش جنسی، سازگاری زناشویی، زنان نابارور.

مقدمه

با وجود اینکه در طی قرون اخیر نگرش نسبت به مسائل جنسی تغییرات مختلفی کرده، اما هنوز هم اهمیت باروری در ذهن بشر حفظ شده است. چرا که یکی از عوامل تحکیم زندگی زناشویی وجود فرزند می‌باشد و مفهوم آن ادامه‌ی روند زندگی جاودانه بشر است (اسکتر، پش و کریستنسن^۱؛ ۲۰۱۲). ناباروری^۲ که به عنوان شکست در بارداری پس از یک سال مجامعت منظم و بدون پیشگیری تعریف شده است، یکی از تلخ‌ترین تجربیات زندگی است و می‌تواند با وارد کردن ضربه‌ی روانی شدید به زوجها، عدم تعادل روانی را در آنها به وجود آورد و منجر به قطع رابطه و یا طلاق آنها شود (شعاع‌کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۹۰). از این رو سازمان بهداشت جهانی^۳ ناباروری را به عنوان یک مشکل مهم بهداشت باروری مطرح کرده است (ذبیحی ریگ‌چشمه، میرزائیان، حسین‌زاده، و شهیدی، ۱۳۹۰). شیوع ناباروری در کشورهای مختلف، متفاوت و بین ۱۰ تا ۱۵ درصد تخمین زده شده است (بهاروند، ۱۳۷۸). در ایران نیز وحیدی، اردلان و محمد (۲۰۰۹) شیوع ناباروری را ۲۴/۹ درصد گزارش کرده‌اند. برای بسیاری از زوجها نابارور که طبق نظر پزشک، نزدیکی را در جهت موفقیت بارداری انجام می‌دهند، فشارهایی که به خاطر زمان‌بندی خاص نزدیکی ایجاد می‌شود، ممکن است سبب کاهش اعتماد به نفس آنها شود. واژه‌ی «فعالیت جنسی به محض درخواست» یکی از مشکلاتی است که زوج‌های نابارور با آن روبرو هستند و از دست دادن احساسات رمانتیک حین انجام فعالیت جنسی را گزارش می‌دهند، به

^۱ Schetter, C. H., Pasch, L. A., & Christensen, A. N.

^۲ Infertility.

^۳ World Health Organization (WHO).

طوری‌که عمل جنسی صرفاً برای آنها وسیله‌ای جهت دستیابی به بارداری است. همین امر ممکن است منجر به ایجاد اختلالات جنسی شود که خود بر باروری اثرگذار خواهد بود (رحمانی، تعاونی و الله‌قلی، ۱۳۸۹). اختلال در عملکرد جنسی در زنان نابارور می‌تواند مشکلات آنها را عمیق‌تر نیز بکند، چرا که عملکرد جنسی همواره در پیش‌بینی سازگاری زناشویی نقش دارد (علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۸۹). والسانکار، بودهای، بل، و سای (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای به بررسی اثر ناباروری در تأهل، شاخص رضایت جنسی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان پرداختند و نتایج به دست آمده حاکی از پایین بودن سازگاری زناشویی، کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در این زنان بود. مونگا، الکساندسکو، کاتز، و استین^۲ (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی ناباروری بر کیفیت زندگی، سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی زوجها پرداختند که نتایج نشان‌دهنده‌ی سازگاری زناشویی پایین در آنها بود. تمنایی‌فر (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان داد بین سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور تفاوت معناداری وجود دارد و زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور از سلامت روانی و سازگاری زناشویی کمتری برخوردارند.

پژوهش‌های زیادی نیز وجود اختلال در عملکرد جنسی را در افراد نابارور نشان می‌دهد (برای نمونه، ارودا^۳، امرال و مندونکا، ۲۰۱۴؛ هلمر، کوایترو، وستفال، میلی، و لاتی^۴؛ ۲۰۱۰؛ کارتر، اپلگرت، جاسفس، گریل، باسر و همکاران^۵؛ ۲۰۱۱؛ علیرضایی، ازگلی و علوی‌مجد، ۱۳۹۴؛ طیبی و یاسینی اردکانی، ۱۳۸۵). با توجه به اینکه در مطالعه‌ی جمالی، زارعی، و جهرمی (۱۳۹۲) و مطالعه‌ی بختیاری، بصیرت، و نصیری امینی (۲۰۱۵) شیوع اختلال جنسی به ترتیب در ۵۰۲ و ۲۳۶ زن نابارور معادل ۸۷٪ و

^۱ Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S.

^۲ Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., & Stein M.

^۳ Arruda, J. T., Amaral, W. N., & Mendonca, C. R.

^۴ Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A., & Lathi, R. B.

^۵ Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R. E., & Rosenwaks, Z.

۵۵٪/۵ گزارش شده است و اینکه علت اصلی این اختلال در این مطالعات «عدم آگاهی جنسی» و «فقدان آموزش» در این زمینه اعلام شده است، حل مشکلات زوج‌های نابارور در زمینه‌ی سلامت جنسی با استفاده از آگاه‌سازی ضروری به نظر می‌رسد. با در نظر گرفتن پژوهش‌های مذکور و توجه به پیامدهای منفی ناباروری و اختلال عملکرد جنسی، با شناسایی عوامل مؤثر و مرتبط با اختلال عملکرد جنسی زنان و تشخیص، پیشگیری و درمان آن می‌توان عوارض نارضایتی‌های جنسی در زوج‌های نابارور را کاهش داد.

اندریوز و همکاران^۱ (۱۹۹۲) در مورد لزوم چاره‌اندیشی برای مشکلات افراد نابارور ابراز می‌دارد که اگر امکان رفع تنش ناشی از ناباروری وجود ندارد، حداقل باید برای کاهش آن تلاش کرد. بنابراین کاهش مشاجرات خانوادگی و راضی نگه داشتن افراد از روابط و زندگی جنسی و زناشویی از روش‌های مناسب برای تخفیف مشکلات زوج‌های نابارور است (اندریوز و همکاران، ۱۹۹۲). سازمان جهانی بهداشت نیز کارکنان پزشکی را ملزم می‌دارد که از تشخیص بالینی و مداخلات پزشکی فراتر رفته و با در نظر گرفتن تأثیر جنبه‌های روانی بر اختلالات باروری، افزایش کیفیت زندگی بیماران نابارور را در دستور کار داشته باشند.

از جمله روش‌هایی که به نظر می‌رسد می‌توان از آن برای تخفیف مشکلات زنان نابارور و درمان اختلال جنسی سود جست، شیوه‌ی شناختی-رفتاری است. میلر^۲ (۱۹۹۱) نیز معتقد است که درمان شناختی-رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوج‌های نابارور باشد (به نقل از میکلسون و مارچيون^۳، ۱۹۹۱). شیوه‌ی شناختی-رفتاری در درمان اختلال عملکرد جنسی که توسط مسترز و جانسون^۴ (۱۹۶۶) پایه

^۱ Andrews, F. M. et al.

^۲ Miller.

^۳ Michelson, L. K. & Marchion, K.

^۴ Masters, W. H., & Johnson, V. E.

گذاری شده، رویکردی است که همواره با روش‌های رفتاری به تغییر شناخت‌های ناسازگارانه‌ی فرد می‌پردازد و بدین ترتیب تأثیر درمانی را افزایش می‌دهد (فهیمی، ۱۳۹۱). مسترز و جانسون (۱۹۶۶) اولین کسانی بودند که به طور علمی به مطالعه‌ی رفتارهای جنسی انسان پرداختند. آن‌ها مؤلفه‌های جنسی را میل جنسی، تهییج یا تحریک، ارگاسم و فرونشینی می‌دانند (مسترز، ۱۹۶۶) فرایند درمانی مسترز و جانسون دارای یک برنامه‌ی خاص بود که به رویکرد برنامه‌ریزی شده معروف بود و در آن بر اساس تشخیص مطرح شده از یک مجموعه روش خاص استفاده می‌شد (اسپنس، ۱۹۹۱).

یکی از شیوه‌های افزایش صمیمیت جنسی، آموزش جنسی در بافت رابطه زناشویی است، که به رشد جنسی سالم، بهداشت زناشویی، روابط بین فردی، عاطفه، نزدیکی، تصور بدنی و نقش‌های جنسیتی کمک می‌کند. آموزش جنسی به همه ابعاد جنسیت مانند ابعاد زیستی، فرهنگی- اجتماعی، روان‌شناختی و مذهبی توجه می‌کند. آموزش جنسی به روش شناختی- رفتاری، هم به حوزه شناختی (اطلاعات و دانش)، هم به حوزه عاطفی (احساسات، ارزشها و نگرش‌ها) و هم به حوزه رفتاری (مهارت‌های ارتباطی و برقراری رابطه جنسی) مربوط می‌شود (شاگرمی، رضا داورنیا، زهراکار، گوهری، ۱۳۹۳). از این جهت به عنوان روش مورد استفاده در پژوهش حاضر انتخاب شد، زیرا با توجه به ماهیت استرس زای ناباروری و درمان آن، مطالعات متعددی بر روی تأثیر درمان شناختی- رفتاری CBT انجام شده است، درواقع، با استفاده از CBT که شامل روش‌های مختلف مانند آرامش، بازسازی شناختی، بیوفیدبک، حساسیت زدایی منظم^۲، آموزش رفتاری، توقف تفکر و آموزش قاطعانه به عنوان یکی از راه‌های مقابله با مشکلات روانی در طول درمان‌های پزشکی بوده است توسط بسیاری از محققان

^۱ Spence, S. H.

^۲ Biofeedback.

^۳ systematic desensitization.

پیشنهاد شده است (همزه پور، ۲۰۱۴).

در این زمینه به دو پژوهش انجام شده توسط محمدی و همکاران (۱۳۹۴) و پژوهش آذرتاش (۱۳۹۰) می‌توان اشاره کرد، که نشان داند که آموزش مهارت جنسی به شیوه شناختی - رفتاری موجب افزایش سازگاری زناشویی شد.

پژوهش‌های زیادی در زمینه آموزش مهارت‌های جنسی به شیوه شناختی - رفتاری انجام شده است اما در زمینه اثربخشی آن بر سازگاری زناشویی زنان نابارور کمبود پژوهش وجود دارد و از سویی دیگر آموزش مهارت‌های جنسی مقوله‌ای نوپا در ایران است که نیاز به گسترش تحقیق در این زمینه را می‌طلبد تا بتوان به بومی سازی آن و درک بهتر آن نایل آمد (محمدی، عضوخوبان، گودرزی، ۱۳۹۴).

مطالب مذکور و نیازهای روان‌شناختی افراد نابارور به خصوص زنان نابارور در زمینه آموزش جنسی، کمبود تحقیقات دقیق در این زمینه در افراد نابارور و نیاز به یافتن یک روش کوتاه مدت و کم هزینه، بیش از پیش بر لزوم انجام پژوهش‌هایی در این زمینه بخصوص در کشور ایران صحنه می‌گذارد و اینکه اهمیت سلامت جنسی به منظور ارتقای کیفیت و رضایت از زندگی بیش از پیش شناخته شده است (رابرت^۲، ۲۰۰۴)، پژوهش حاضر طرح و اجرا شد. فرضیه‌ی پژوهش: آموزش مهارت‌های جنسی سازگاری زناشویی زنان نابارور دارای اختلال عملکرد جنسی را افزایش می‌دهد.

روش پژوهش

این پژوهش به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. اعضای نمونه از بین جامعه‌ی آماری که شامل کلیه‌ی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری معتضدی کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. با توجه به ملاک‌های ورود و خروج آزمودنی‌ها از بین ۳۳ نفر نمونه

^۱ Hamzeh Pour, T.

^۲ Rabert.

داوطلب، وبا توجه به پرسشنامه شاخص عملکردجنسی که نمره برش آن ۲۸ تعیین گردیده است (محمدی، حیدری، فقیه زاده، ۱۳۸۷) افرادی که نمره کمتر از ۲۸ کسب کردند، ۳۳ نفر بودند که از بین آنان ۲۰ زن نابارور که دامنه سنی آنها بین ۲۲ تا ۳۶ سال بود انتخاب شدند و به شیوه جایگزینی تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارده شدند. اعضای گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه‌ی هفتگی ۲ ساعته تحت آموزش مهارت‌های جنسی قرار گرفتند و اعضای گروه کنترل در این مدت هیچ آموزشی دریافت نکردند. قبل از شروع جلسات و بعد از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه به پرسشنامه‌های سازگاری زناشویی پاسخ دادند. لازم به ذکر است که در پایان جلسات، برای رعایت اصل اخلاق در پژوهش، آموزش مهارت‌های جنسی برای کنترل نیز اجرا گردید و اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شد. ملاک‌های ورود: شامل رضایت کتبی و داوطلب بودن، داشتن سن ۲۲ تا ۳۶ سال، وجود اختلال در عملکرد جنسی، گذشتن حداقل یکسال از اقدام به بارداری ناموفق، وجود ناباروری اولیه (فاقد فرزند و فرزند خوانده) و تا ۶ ماه آینده قصد انجام درمان‌های پیشرفته‌تر مثل تلقیح درون رحمی^۱ و تلقیح آزمایشگاهی^۲ را نداشته باشند. ملاک‌های خروج: مشکلات جسمی (قطع نخاع، قطع عضو، فلج، بدشکلی اندام)، مشکلات روانی (بیماری تحت نظر پزشک یا روان‌پزشک) و بیماری طبی (بیماری قلبی-عروقی، ریوی، کم‌کاری یا پرکاری تیروئید، صرع یا دیابت) و تجربه رویدادهای استرس‌زا (فوت یا بیماری حاد بستگان نزدیک، تغییر عمده وضع زندگی در سه ماه گذشته) در افراد شرکت‌کننده و همسرانشان، اعتیاد به الکل یا مواد مخدر در افراد شرکت‌کننده و همسرانشان، ناباروری با علت مردانه، و مثبت شدن آزمایش بارداری در حین جلسات. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۱ Intra Uterine Insemination.

۲ Intra Vitro Fertilization.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان^۱ این پرسشنامه که توسط روزن، برون، هیمن، لیلم، مستن و همکاران^۲ (۲۰۰۰) ساخته شده است، شامل ۱۹ سؤال می باشد و برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد را مورد بررسی قرار می دهد. نمره دهی این مقیاس بر اساس سیستم نمره دهی لیکرت ۰ تا ۵ است و نمرات بالاتر نشان دهنده ی عملکرد جنسی مطلوب تر می باشد. این پرسشنامه از نوع عمومی استاندارد است، در مطالعه ای به منظور تعیین پایایی و روایی این پرسشنامه توسط روزن و همکاران، (۲۰۰۰) میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل افراد ۰/۸۲ محاسبه شد. همچنین در مطالعه ی محمدی و همکاران (۱۳۸۷) میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد که برای کل افراد ۰/۷۰ محاسبه شد که نشانگر پایایی خوب این ابزار است. بررسی اعتبار یا روایی نسخه فارسی تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات کل مقیاس و هریک از حوزه ها در دو گروه کنترل نشان داد (۰/۰۰۱ < P). آن ها این پرسشنامه را یک ابزار پایا و معتبر جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان و به عنوان یک ابزار غربالگری معرفی کردند.

مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر^۳ مقیاس سازگاری زناشویی اسپانیر دارای ۳۲ سؤال است و نمره ی کلی سازگاری زناشویی را اندازه گیری می کند. هر یک از این سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ نمره دهی می شوند.

اسپانیر (۱۹۷۶) اعتبار این مقیاس را در کل نمرات با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برآورد کرده است. تحلیل عاملی نشان می دهد که این مقیاس چهار بعد رابطه را می سنجد. این چهار بعد از این قرارند: رضایت دو نفری، همبستگی دونفری، توافق دو نفری و ابراز

۱ Female Sexual Function Index (FSFI).

۲ Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., ... D'Agostino, R.

۳ Spanier, G. B.

محبت نمره‌ی کل مقیاس با آلفای کرانباخ ۰/۹۶ از همسانی درونی خوبی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است. رضایت دونفری ۰/۹۴، همبستگی دونفری ۰/۸۱، توافق دونفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳: (ثانی، ۱۳۷۹). پروتکل مورد استفاده در پژوهش حاضر بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری مسترز و جانسون (۱۹۶۶) است که توسط آذرتاش در سال ۱۳۹۰ بومی‌سازی شده است. جلسات به ترتیب شامل موارد زیر بود.

جدول ۱. خلاصه پروتکل آموزش مهارت‌های جنسی با روش شناختی-رفتاری

جلسه اول: بررسی باورهای عامیانه‌ی جنسی و نگرش‌های فرهنگی و مذهبی
جلسه دوم: آموزش آناتومی و فیزیولوژی رفتار جنسی مرد و زن
جلسه سوم: معرفی علائق، ترجیحات و تفاوت‌های جنسی مرد و زن
جلسه چهارم: آموزش آرمیدگی، آموزش خیال‌پردازی و حساسیت‌زدایی منظم
جلسه پنجم: آموزش تکنیک‌های تمرکز توجه، آموزش تکالیف خودپایی
جلسه ششم: آموزش تمرکز حسی ۱ و بررسی برگه‌های خودپایی و بازسازی آن
جلسه هفتم: آموزش تمرکز حسی ۲ و بررسی برگه‌های خودپایی و بازسازی آن
جلسه هشتم: آموزش تمرینات عضلانی شرمگاهی یا کگل و بررسی برگه‌های خودپایی
جلسه نهم: آموزش تمریناتی برای تسهیل ارضای خوشتن، بررسی برگه‌های خودپایی، و آشنایی با فواید رابطه‌ی جنسی برای انسان
جلسه دهم: آشنایی با اختلالات عملکرد جنسی و علل آن

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از آمار جمعیت شناختی شرکت کنندگان گروه آزمایش در خصوص سن نشان داد، میانگین سن افراد گروه آزمایش ۳۱/۴۰ با انحراف معیار ۴/۲۴ و میانگین سن افراد گروه کنترل ۲۹/۳۰ با انحراف معیار ۴/۳۷ بود. ۳۰ درصد ۲۲ تا ۲۵ ساله، ۲۰ درصد ۲۶ تا ۲۹ ساله، ۵۰ درصد ۳۰ تا ۳۶ ساله و در گروه کنترل ۲۰ درصد ۲۲ تا ۲۵ ساله، ۲۰ درصد ۲۶ تا ۲۹ ساله و ۶۰ درصد ۳۰ تا ۳۶ ساله بودند و در خصوص مدت زمان ازدواج ۴۰ درصد ۱ تا ۳ سال، ۵۰ درصد ۴ تا ۶ سال و ۱۰ درصد

۹ تا ۷ سال و در گروه کنترل ۱۰ درصد تا ۳ سال، ۵۰ درصد ۴ تا ۶ سال، ۲۰ درصد ۷ تا ۹ سال و ۲۰ درصد بیش از ۹ سال از ازدواج آنها می‌گذشت. همچنین مدت زمان اقدام به بارداری (که طول مدت ناباروری را در آنها نشان می‌دهد) در گروه آزمایش ۶۰ درصد ۱ تا سال، ۴۰ درصد ۴ تا سال و در گروه کنترل ۶۰ درصد ۱ تا ۳ سال، ۳۰ درصد ۴ تا ۶ سال و ۱۰ درصد بیش از ۶ سال از اقدام به بارداری آنها می‌گذشت. میانگین و انحراف معیار سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن در پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه

متغیر	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت دونفره	پیش‌آزمون	۲۲/۲۰	۱۰/۳۵	۲۴/۵۰	۹/۷۸
	پس‌آزمون	۳۹/۳۰	۵/۸۲	۲۵/۳۰	۱۰/۶۷
همبستگی دونفره	پیش‌آزمون	۹	۳/۹۷	۹/۸۰	۲/۹۷
	پس‌آزمون	۱۵/۲۰	۲/۷۸	۱۰/۱۰	۲/۹۸
توافق دو نفره	پیش‌آزمون	۳۳/۷۰	۸/۸۰	۳۵	۷/۶۳
	پس‌آزمون	۴۰/۸۰	۵/۹۰	۳۵/۴۰	۸/۷۸
ابراز محبت	پیش‌آزمون	۳/۹۰	۲/۵۵	۵/۱۰	۲/۸۸
	پس‌آزمون	۹/۲۰	۱/۳۹	۵	۲/۹۰
سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	۶۸/۸۰	۲۴/۲۵	۷۴/۴۰	۲۱/۸۱
	پس‌آزمون	۱۰۴/۵۰	۱۳/۱۴	۷۵/۸۰	۲۴/۰۹

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره سازگاری زناشویی گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۶۸/۸۰ (و ۲۴/۲۵) و نمره پیش‌آزمون گروه کنترل ۷۴/۴۰ (و ۲۱/۸۱) است. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره پس‌آزمون گروه آزمایش در سازگاری زناشویی ۱۰۴/۵۰ (و ۱۳/۱۴) و نمره پس‌آزمون گروه کنترل

۷۵/۸۰ (و ۲۴/۰۹) می‌باشد. به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از دریافت مداخله از رضایت زناشویی بالاتری است.

پیش از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت، برای آزمون مفروضه‌ی بهنجار بودن توزیع نمرات گروه از آزمون شاپیرو ویلک^۱ استفاده شد ($P = ۰/۸۳۹$) و جهت رعایت مفروضه‌ها، از آزمون‌های باکس و لون^۲ استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها ($P = ۰/۲۲۳$)، $F = ۳/۳$ و $BOX = ۱۷/۲۶۰$) معنادار نشد و براساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شد. نتایج آزمون بررسی شیب‌های خط رگرسیونی تحلیل کوواریانس ($P \leq ۰/۰۰۱$) بود و با توجه به واریانس‌های برابر و همبستگی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون که کمتر از ۰/۹۰ بود از این فرض چشم‌پوشی شد. نتایج آزمون سنجش با مقدار ($P \leq ۰/۰۵$) خطی بودن رابطه معنادار بود، اگرچه مرزی بودن مقدار P ، اثرات مقادیر پرت و لزوم حذف آنها را از تحلیل بیان می‌کند. اما چون تعداد حجم نمونه کم می‌باشد اعتبار بیرونی پژوهش زیر سؤال می‌رود لذا داده‌های پرت پژوهش حذف نمی‌شوند. با توجه به نتایج خطی بودن رابطه‌ی بین متغیر وابسته و همراه فرض خطی بودن به درستی برای متغیر سازگاری زناشویی رعایت شد. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری

موقعیت	آزمون	ارزش	DF فرضیه	DF خطا	F	P	Eta
مدل	پیلایی - بارتلت	۰/۵۱۱	۴	۱۱	۲/۸۷۶	۰/۰۷۱	۰/۵۱۱

^۱ Shapiro-Wilk.

^۲ Box's & Leven's.

۰/۵۱۱	۰/۰۷۱	۲/۸۷۶	۱۱	۴	۰/۴۸۹	لامبدای ویلکز
۰/۵۱۱	۰/۰۷۱	۲/۸۷۶	۱۱	۴	۱/۰۴۶	اثر هتلینگ
۰/۵۱۱	۰/۰۷۱	۲/۸۷۶	۱۱	۴	۱/۰۴۶	بزرگ‌ترین ریشه روی
۰/۷۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۸/۰۹۶	۱۱	۴	۰/۷۴۶	پیلایی - بارتلت
۰/۷۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۸/۰۹۶	۱۱	۴	۰/۲۵۴	لامبدای ویلکز
۰/۷۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۸/۰۹۶	۱۱	۴	۲/۹۴۴	اثر هتلینگ
۰/۷۴۶	$P \leq ۰/۰۰۱$	۸/۰۹۶	۱۱	۴	۲/۹۴۴	بزرگ‌ترین ریشه روی

گروه

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنی‌های گروه (آموزش مهارت‌های جنسی) بر مولفه‌های سازگاری زناشویی (رضایت دونفره، همبستگی دونفره، توافق دو نفره و ابراز محبت) در مرحله مدل ($F(۱۱, ۴) = ۲/۸۷۶, P < ۰/۰۷۱$) و نیز در مرحله گروه ($F(۱۱, ۴) = ۸/۰۹۶, P < ۰/۰۰۱$) اثر معناداری دارد. به عبارت دیگر این فرضیه که آموزش مهارت‌های جنسی باعث بهبود سازگاری زناشویی در زنان نابارور می‌شود در سطح معناداری $P < ۰/۰۰۱$ تأیید شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای

مقایسه نمرات سازگاری زناشویی و مؤلفه‌های آن در دو

گروه

منبع	متغیر	SS	DF	MS	F	Sig	مجذور اتا
مدل	رضایت دو نفره	۱۸۳۵/۱۲۵	۵	۳۶۷/۰۲۵	۱۰/۷۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴
	همبستگی دو نفره	۲۲۸/۶۷۲	۵	۴۵/۷۳۴	۱۲/۳۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۱۵
	توافق دونفره	۸۷۷/۳۴۴	۵	۱۷۵/۴۶۹	۸/۸۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰
	ابراز محبت	۱۲۵/۹۱۷	۵	۲۵/۱۸۳	۶/۳۰۹	۰/۰۰۳	۰/۶۹۳
	سازگاری زناشویی	۸۵۲۰/۵۲۴	۵	۱۷۰۴/۱۰۵	۱۰/۰۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۲
گروه	رضایت دو نفره	۱۰۵۰/۶۲۵	۱	۱۰۵۰/۶۲۵	۳۰/۸۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸

۰/۷۲۱	۰/۰۰۱	۳۶/۱۴۵	۱۳۳/۹۳۶	۱	۱۳۳/۹۳۶	همبستگی دو نفره
۰/۴۴۱	۰/۰۰۵	۱۱/۰۶۳	۲۱۸/۴۵۶	۱	۲۱۸/۴۵۶	توافق دونفره
۰/۶۴۷	۰/۰۰۱	۲۵/۷۰۴	۱۰۲/۶۰۳	۱	۱۰۲/۶۰۳	ابراز محبت
۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۲۷/۹۴۵	۴۷۴۶/۶۵۲	۱	۴۷۴۶/۶۵۲	سازگاری زناشویی
-	-	-	۳۴/۰۰۷	۱۴	۴۷۷/۰۷۵	رضایت دو نفره
-	-	-	۳/۷۰۶	۱۴	۵۱/۸۷۸	همبستگی دو نفره
-	-	-	۱۹/۷۴۷	۱۴	۲۷۶/۴۵۶	توافق دونفره
-	-	-	۳/۹۹۲	۱۴	۵۵/۸۸۳	ابراز محبت
-	-	-	۱۶۹/۸۵۹	۱۴	۲۳۷۸/۰۲۶	سازگاری زناشویی

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میانگین‌های نمرات پس‌آزمون رضایت دونفره ($P \leq ۰/۰۰۱$ و $F=۳۰/۸۳۱$)، همبستگی دونفره ($P \leq ۰/۰۰۱$ و $F=۳۶/۱۴۵$)، توافق دونفره ($P \leq ۰/۰۰۵$ و $F=۱۱/۰۶۳$)، ابراز محبت ($P \leq ۰/۰۰۱$ و $F=۷/۰۴$) و سازگاری زناشویی ($P \leq ۰/۰۰۱$ و $F=۲۷/۹۴۵$) بین دو گروه متفاوت است. به عبارت دیگر با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت آموزش مهارت‌های جنسی بر بهبود سازگاری زناشویی زنان نابارور مؤثر است. با توجه به مقدار مجذور اتا مقدار این تأثیر برای آموزش مهارت‌های جنسی ۶۶ درصد است. بنابراین آموزش مهارت‌های جنسی سازگاری زناشویی زنان نابارور را افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری زناشویی زنان نابارور انجام شد. تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در نمره‌ی سازگاری زناشویی از نظر آماری معنادار بود. به این معنی که نمرات پس‌آزمون گروه‌ها با هم متفاوت بود، که این تفاوت ناشی از تأثیر آموزش در گروه آزمایش بود. بنابراین فرضیه‌ی مطالعه تأیید شد.

نتایج حاصل از این مطالعه با نتایج محمدی و همکاران (۱۳۹۳)، ویژه ، توکل‌ی زاده و حاجی وثوق (۱۳۹۲)، فهیمی (۱۳۹۱)، آذرتاش (۱۳۹۰)، پاک‌پور (۱۳۸۹)

دیوبند (۱۳۸۷)، شاه سیاه (۱۳۸۷)، نبی پور (۱۳۸۴) همخوان است. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش تاسچن کافیر، فلورین، کراس، پوک^۱ (۱۹۹۹) که یک برنامه‌ی درمانی ۶ ماهه را در جهت بهبود عملکرد و رضایت جنسی، و بهبود مهارت‌های ارتباط زناشویی برای ۷۰ زوج نابارور اجرا کردند همخوان است.

این پژوهش در ابتدا با شناسایی افراد دارای اختلال عملکرد جنسی و آموزش به آنها اجرا شد، که در انتها به این نتیجه برسد که آیا می‌توان با آموزش و بهبود عملکرد جنسی سازگاری زناشویی را در زنان نابارور بالا برد، که فرضیه پژوهش تایید شد و در تبیین اثربخشی معنادار آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در بهبود عملکرد جنسی و افزایش سازگاری زناشویی می‌توان گفت: طبق پروتکل موجود ابتدا سعی شد افکار منفی و باورهای غلط آنها اصلاح شود و با تکنیک‌های شناختی و رفتاری توانستند اضطراب خود را کنترل کنند، که تأثیر منفی اضطراب در روابط جنسی کاهش پیدا کند. زیرا زمانی که بارداری اتفاق نمی‌افتد، زوج‌های نابارور فکر می‌کنند مقاربت جنسی آنها مثمر ثمر نیست و به تدریج فراموش می‌کنند ارتباط جنسی آنها در پاسخ به یک نیاز اساسی است که بی‌توجهی به آن می‌تواند آسیب‌های جبران‌ناپذیری به زندگی آنها بزند (محمدی، ۲۰۰۱، به نقل از بکایی، سیمبار، و نصری-امیری، ۲۰۱۵). در سیر درمان‌های ناباروری توجه چندانی به آشفتگی‌ها و نیازهای روانی بیماران نابارور نمی‌شود، این در حالیست که غیر از درمان‌های پزشکی ناباروری، باید به مسائلی که زوج‌های نابارور را از نظر روانی درگیر خود کرده است نیز توجه داشت، استرس حاصل از ناباروری به نوبه‌ی خود بر کیفیت زندگی افراد و رضایت زنان از خود و زندگی مشترک آنها تأثیر منفی دارد. از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین جنبه‌های سلامت زنان، امور جنسی، جنسیت و میل جنسی‌شان است (اسمیت و شایمپ^۲، ۲۰۰۰). در واقع می‌توان گفت که روابط جنسی با تأثیر بر

^۱ Tuschen-Caffier, B., Florin, I., Krause, W., & Pook, M.

^۲ Smith, M. A., & Shimp, L. A.

افکار و احساسات زوجها می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم روابط بین آنها را در ابعاد وسیعی تحت‌الشعاع خود قرار دهد بدین معنی که زوج‌هایی که در این زمینه با هم سازگاری داشته و از این بابت خوشحال و مسرور باشد، قادرند به راحتی از بسیاری از ناهماهنگی‌های زندگی خویش چشم‌پوشی نمایند (لورنس و بایرز، ۱۹۹۵). شاید بتوان گفت، دلیل معنادار بودن آموزش مهارت‌های جنسی بر سازگاری زناشویی (و مؤلفه‌های آن) در زنان نابارور این باشد که آنها در مراحل آموزش تمرکز حسی^۱، تماس‌های عاطفی و حسی غیر جنسی، و در مرحله تمرکز حسی^۲، تماس‌های لمسی و عاطفی جنسی با همسرشان برقرار نمودند و این تماس‌ها را به صورت مداوم با همسرشان داشتند، این موارد باعث شد تا همسران احساس صمیمیت و نزدیکی بیشتری با یکدیگر داشته باشند. همچنین آموختن باید به صورت روشن و واضح در مورد مسائل جنسی، علایق، خواسته‌ها و نیازهایشان با همسر خود صحبت کنند و آنها نیز متقابلاً دیدگاه خود را در این رابطه ابراز داشتند، همین امر موجب شد که دید جدیدی به مسائل جنسی پیدا کنند و رفتارهایی که موجب خوشنودی و رضایت همسرانشان می‌شد بیشتر نشان دهند.

نیاز این بیماران به این گونه آموزش‌ها، برای ترمیم مشکلات در زمینه‌ی سازگاری زناشویی که یا از قبل وجود داشته، یا بعد از تشخیص ناباروری به وجود آمده، آنها را به خوبی برای بکارگیری روش‌ها آماده کرده بود و این آموزش امکانی را فراهم آورد که غیر از بارداری به رابطه‌شان به گونه‌ای دیگر بنگرند و در جهت ارتقای روابط و کسب لذت گام بردارند.

دلیل دیگر که می‌توان از آن به عنوان نقطه‌ی قوت پژوهش نیز نام برد، این است که قبل از شروع جلسات با همسران شرکت‌کنندگان، طی جلسه‌ای در مورد وجود اختلال در عملکرد جنسی در این زنان صحبت شد و اینکه در درمان این اختلال نیاز به

^۱ Lawrence, K., & Bycrs, E. S.

همکاری هرچه بیشتر آنها وجود دارد و آنها نیز با توجه به اینکه این جلسات در یک بیمارستان دانشگاهی برگزار می‌شد با اطمینان بیشتری اجازه‌ی حضور همسرشان را در این جلسات دادند و با ابراز خرسندی از این قضیه قول همکاری دادند، که البته با وجود این شرایط جلسات از نظم و رسمیت بسیار بالایی برخوردار بود که خود این عامل می‌تواند کمک زیادی به اثربخش بودن این آموزش کرده باشد.

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت آموزش جنسی می‌تواند در کسب اطلاعات، اندیشه‌ها و مهارت‌ها به افراد کمک کند و فرصت یادگیری مسائل جنسی و جلوگیری از برخی از مشکلات، همچون ناسازگاری زناشویی را فراهم می‌آورد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد، با توجه به اینکه این مطالعه بر روی زنان نابارور شهر کرمانشاه انجام گرفته است در تعمیم نتایج پژوهش حاضر با سایر مناطق باید جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین نمونه‌گیری به روش در دسترس محدودیت دیگر پژوهش محسوب می‌شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر از پایان نامه‌ی دوره کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه و طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد، KUMS.REC.1394,8 استخراج شده است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه رازی کرمانشاه، همکاری معاونت محترم پژوهشی، شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، معاونت آموزشی، کلیه بیماران و همکاران محترم بیمارستان معتضدی کرمانشاه و کلیه کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- آذرتاش، ف. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر کاهش تعارضات زناشویی زنان مراجعه کننده به خانه سلامت منطقه ۲ تهران (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم

- تحقیقات، تهران.
- بهاروند، ح. (۱۳۸۷). راهنمای درمان ناباروری برای زوج‌های نابارور. تهران: مؤسسه فرهنگی انتشاراتی تیمورزاده.
- تمنایی‌فر، م. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، ۳ (۴)، ۵۱-۶۰.
- توکلی‌زاده، ج؛ حاجی‌وثوق، ن. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش شناختی-رفتاری بر رضایت جنسی زنان دارای کم کاری جنسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱ (۵)، ۴۴-۵۰.
- ثنایی، ب. (۱۳۸۴). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران، انتشارات بعثت.
- جمالی، ص؛ زارعی، ح؛ جهرمی، ا. (۱۳۹۲). ارتباط بین شاخص توده بدنی و عملکرد جنسی زنان نابارور. فصلنامه طب تولید مثل ایران، ۱۲ (۳)، ۱۸۹-۱۹۸.
- دیوبند، س. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های برقراری رابطه جنسی بر رضایت زناشویی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- ذبیحی‌ریگ‌چشمه، م؛ میرزائیان، ب؛ حسین شهیدی، م. (۱۳۹۰). مقایسه نگرش جنسی در زوج‌های بارور و نابارور. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۱ (۱)، ۲۷۴-۲۸۳.
- رحمانی، ع؛ تعاونی، س؛ الله‌قلی، ل. (۱۳۸۹). سلامت جنسی و زناشویی زوج‌ها. انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، خوراسگان.
- شاه‌سیاه، ز. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش جنسی بر بهبود کیفیت زناشویی زوج‌ها در شهر اصفهان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه اصفهان.
- شاکرمی، م.، داورنیا، ر.، کیانوش زهراکار، ک.، گوهری، ش. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش جنسی بر صمیمیت جنسی زنان متأهل روان پرستاری دوره ۲ (۱)، ۳۴-۴۲.
- شعاع‌کاظمی، م؛ مؤمنی‌جاوید، م. (۱۳۹۰). شیوع بدعملکردی جنسی و وضعیت سلامت روان در زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان شهر تهران. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۴ (۲و۱)، ۴۸-۵۶.
- طیبی، ن؛ یاسینی‌اردکانی، م. (۱۳۸۵). بررسی شیوع اختلالات جنسی در زنان نابارور. مقاله ارائه شده در سیزدهمین کنگره باروری و ناباروری، تهران.
- علی‌اکبری دهکردی، م. (۱۳۸۹). رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری. مجله علوم رفتاری، ۴ (۳)، ۲۰۶-۱۹۹.
- علیرضایی، س؛ ازگلی، گ؛ علوی‌مجد، ح. (۱۳۹۳). مقایسه خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۹ (۳)، ۱۳۱-۱۳۶.
- فهیمی، ز. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد (شناختی-رفتاری) بر افزایش میزان رضایت جنسی، زناشویی و کاهش میزان افسردگی و اضطراب در زنان (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه فردوسی، مشهد.

- محمدی، ش؛ عضو خوبان، م؛ گودرزی، ف. (۱۳۹۳-۴). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر سازگاری زناشویی زنان. فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش‌های مشاوره، ۱۳ (۵۰)، ۱۳۹-۱۶۴.
- محمدی، خ؛ حیدری، م؛ فقیه‌زاده، س. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس FSFI به عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان. نشر پایش، ۷ (۳)، ۲۶۹-۲۷۸.
- نبی‌پور، ا. (۱۳۸۴). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زناشویی بر افزایش رضایت زناشویی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده). دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن.
- ویژه، م؛ پاک‌گوهر، م. (۱۳۸۹). بررسی اثرات مشاوره نازایی بر روابط زناشویی زنان نابارور. مندیش، ۱ (۱)، ۱۴-۱.
- یکه‌فلاح، ل؛ گودرزی، م. (۱۳۸۸). شیوع اختلال‌های جنسی و عوامل موثر در ایجاد آن در زنان و مردان متاهل شهر قزوین. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۲۰ (۱)، ۴۹-۵۵.
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1992). Is fertility problem stress different? The dynamics of stress infertile and infertile couples. *Fertil Steril*, 57, ۱۲۴۷-۱۲۵۳.
- Arruda, J. T., Amaral, W. N., & Mendonca, C. R. (2014). Sexual function in women undergoing assist reproduction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36 (11), 484-488.
- Bakhtiari, A., Basirat, Z., & Nasiri-Amiri, F. (2015). Sexual Dysfunction in Women Undergoing Fertility Treatment in Iran: Prevalence and Associated Risk Factors. *Journal of Reproduction & Infertility*, 17 (1), 26-33.
- Bokaie, M., Simbar, M., & Yassini Ardekani, S. (2015). Sexual behavior of infertile women: a qualitative study. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, ۱۳ (۱۰)، ۶۴۵-۶۵۶.
- Carter, J., Applegarth, L., Josephs, L., Grill, E., Baser, R. E., & Rosenwaks, Z. (2011). A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertil Steril*, 95 (2), ۷۱۱-۷۱۶.
- Fekkes, M., Buitendijk, S. E., Verrips, G. H. W., Braat, D. D. M., Brewaeys, A. M. A., Dolfin, J. G., Macklon, N. S. (2003). Health related quality of life successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22 (5), 1481-1491.
- Hamzeh Pour, T. (2014). The effect of cognitive behavioural therapy on anxiety in infertile women Euro. *J. Exp. Bio*, 4 (1):415-419
- Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A., & Lathi, R. B. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertil Steril*, 94 (6), 2022-2025.
- Lawrence, K., & Bycrs, E. S. (1995). Sexual Satisfaction in Long term heterosexual relationship: The interpersonal exchange model of sexual

- Satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- Masters, J. (1966). Human sexuality response. *American journal of family therapy*, 19, 66-76.
 - Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. New York: Bantam Books.
 - Michelson, L. K. & Marchion, K. (1991). Behavioral, cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-114.
 - Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S. E., & Stein M. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology*, 63 (1), 126-130.
 - Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (۲۰۰۸). ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ۰۰۰۰۰۰ ۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ۰۰ sexual context: A questionnaire to assess cognitive schemas activated in sexual failure situations. *Journal of Sex Research*, 15 (3), 175-189.
 - Robert, W. (2004). Physical and psychological causes of women psychological services center. Available at: *www. Psc. Edu* Accessed in:/jun/ 01.
 - Rosen, R., Brown , C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh , R., D'Agostino, R. (2000). Female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
 - Schetter, C. H., Pasch, L. A., & Christensen, A. N. (2012). Difference between husbands and wives approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertil Steril*, 71 (6), 124-143.
 - Smith, M. A., & Shimp, L. A. (2000). 20 Common problems in women's health care. New York: McGaw-Hill.
 - Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38, 15-۲۸.
 - Spence, S. H. (1991). *Psychosexual therapy: A Cognitive-Behavioral Approach*. London: Chapman and Hall.
 - Tuschen-Caffier, B., Florin, I., Krause, W., & Pook, M. (1999). Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68 (1), 15-21.
 - Vahidi, S., Ardalan, A., & Mohammad, K. (2009). Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2۰۰۵. ۰۰۰۰۰۰ ۰۰۰۰۰۰۰۰ ۰۰۰۰۰۰۰۰ *of Public Health*, 21 (3), 287-293.
 - Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 4 (2), 80-85.