

نقش عزت نفس، استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور

زیبا برقی ایرانی^۱، زهره پیرحیاتی^{۲*}، فاطمه پیرقلی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۱۰/۲۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۱۲/۲۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: باروری، زایمان و صاحب فرزند سالم شدن در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی می‌باشد که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند و ناباروری می‌تواند اختلال برجسته‌ای را در زندگی افراد یا شریک جنسی آن‌ها ایجاد کند و با توجه به شیوع نسبتاً بالای ناباروری در کشور، و اثرات روان‌شناختی ناباروری بر فرد، خانواده و اجتماع و روابط بین فردی این پژوهش باهدف تعیین نقش عزت نفس، استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه همبستگی - توصیفی بر روی ۶۰ نفر از زنان نابارور و بارور مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان در شهر تهران در نیم سال ۹۴-۹۵، به شیوه دردسترس انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های عزت نفس رزنبرک، استرس ادراک شده (PSS)، ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ (FTAS)، اجتناب شناختی (CAQ)، عملکرد جنسی (FSFI) و ویژگی‌های دموگرافیک استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش رگرسیون چندگانه هم‌زمان، تحلیل واریانس چند متغیره و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ناگویی هیجانی، عزت نفس ($p < 0/01$)؛ دشواری در توصیف احساسات و تفکر با جهت‌گیری خارجی از زیر مقیاس ناگویی هیجانی و جانشینی افکار مثبت از زیر مقیاس اجتناب شناختی ($p < 0/05$)، اثر پیش‌بینی‌کنندگی معنی‌داری روی عملکرد جنسی زنان نابارور دارد اما استرس ادراک شده نقش تعیین‌کننده و مؤثری در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان نابارور را ندارد ($p > 0/05$)؛ و هیچکدام از متغیرها تأثیری در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بارور ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، ناباروری پیامدهای روان‌شناختی مهمی برجای می‌گذارد و بر عملکرد جنسی اثر گذاشته، بنابراین پیشنهاد می‌شود که بستری فراهم شود تا زوجین نابارور به موازات درمان طبی، از خدمات درمان‌های روان‌شناختی در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری بهره‌مند شوند.

کلیدواژه‌ها: عزت نفس، استرس ادراک‌شده، ناگویی هیجانی، اجتناب شناختی، عملکرد جنسی، زنان بارور و نابارور

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره پانزدهم، شماره دوم، پی‌درپی ۹۱، اردیبهشت ۱۳۹۶، ص ۹۵-۱۰۶

آدرس مکاتبه: تهران- خ ولی عصر، نبش کوچه نادر پلاک ۹- کلینیک بوستان و گلستان زندگی، تلفن: ۰۹۱۲۸۶۹۷۳۹۶

Email: zohrehpirhayati@yahoo.com

مقدمه

نداشتن فرزند در این جوامع باعث عدم امنیت و استحکام در امر ازدواج و نوعی داغ زندگی اجتماعی^۱ می‌شود (۱). ناباروری در سراسر جهان در همه‌ی فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی و خانوادگی و اجتماعی شناخته‌شده است (۲).

باروری، زایمان و صاحب فرزند سالم شدن در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی می‌باشد که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند و ناباروری از نقاط مهم مولد نگرانی در این گروه است. این امر در کشورهای توسعه‌نیافته یا درحال توسعه مشهودتر می‌شود، زیرا

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور تهران جنوب (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

^۱ Social Stigma

سازمان بهداشت جهانی (WHO) از ناباروری به‌عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است (۳). نابارور به زوجی اطلاق می‌شود که حداقل یک سال از تصمیم آن‌ها برای فرزند دار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد اما موفق نشده باشند و برای درمان اقدام کرده و از سوی پزشک متخصص تشخیص ناباروری داده شده باشد (۴-۸) علل ناباروری در ۴۰ درصد موارد مربوط به عوامل زنانه، ۴۰ درصد مربوط به عوامل مردانه و ۲۰ درصد مربوط به عوامل مشترک است (۹). تعداد زوج‌های نابارور در ایران حدود سه میلیون نفر و در دنیا حدود ۵۰ میلیون نفر تخمین زده شده است (۱۰).

علیرغم این‌که زنان و مردان به یک‌میزان در علت ناباروری دخیل می‌باشند، باین‌حال به‌دلیل تعصبات اجتماعی، ناباروری یک مشکل زنانه تلقی شده و به همین دلیل زنان معمولاً در تعریف هویت خود و معنای زندگی، جایی را به‌عنوان مادر شدن در نظر می‌گیرند (۱۱). پاسخ به این پرسش که چرا من نابارور هستم، یقیناً بر عزت‌نفس فرد تأثیر خواهد گذاشت و از طرف دیگر عزت‌نفس هم بر چگونگی پاسخ به سوآلی که «چرا من نابارور هستم» تأثیر می‌گذارد (۱۲). شکست در انجام وظایف همچون تولیدمثل و باروری منجر به کاهش اطمینان به خود و در نتیجه کاهش عزت‌نفس می‌گردد. به‌علاوه وقتی یک زوج انوعی از هیجانات منفی را تجربه می‌کنند، عزت‌نفس آن‌ها آسیب می‌بیند (۱۳).

ناباروری زندگی زوج‌ها را با یک سلسله فعالیت‌های پر زحمت درمانی، مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت زوجین، احساس گناه، ناامیدی، افسردگی، کاهش احساس عزت نفس و رضایت زوجین و احساس خلأ (۱۴، ۱۵) اختلال در کیفیت زندگی زناشویی، ترس از پایان رابطه زناشویی و درماندگی (۱۶) و حتی باعث ایجاد تحول روان‌شناختی در زوجین نابارور می‌گردد (۱۷، ۱۸). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که امروزه میزان ناباروری در کشورهای که میزان باروری بالایی داشته‌اند، رو به افزایش است (۲). همچنین محققان ارتباط قوی بین ناباروری و طلاق پیدا کرده‌اند (۱۹). ملایی نژاد در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیده که تنیدگی ناشی از ناباروری موجب بروز اختلالاتی در روابط زناشویی و کاهش رضایت از زندگی در زنان نابارور می‌گردد (۲۰). ناباروری و درمان آن به‌عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش و هویت افراد، نه تنها مشکلات روان‌شناختی را بوجود می‌آورد، بلکه می‌تواند به‌عنوان یک ضربه پر قدرت بر علیه روابط بین زوجین عمل کند (۲۱) این مسئله زمانی مهم‌تر می‌شود که بدانیم سازگاری و رضایت زناشویی مهم‌ترین منبع حمایت در زمان درمان ناباروری است (۲۲). تحقیقات نشان می‌دهد که ناباروری تأثیر معنی‌داری بر عملکرد جنسی، رضایت زناشویی و

اختلالات هیجانی افراد در مقابله با ناباروری، دارد (۱۶) بر اساس مطالعات انجام شده ۸۰ درصد افراد نابارور دچار یک اختلال روان‌شناختی شامل عدم رضایت زناشویی، اختلال در روابط بین زوجین، عدم رضایت جنسی، کاهش میل جنسی، خشم و تأثیرات منفی عاطفی می‌شوند (۲۳).

به‌طور کلی ناباروری می‌تواند اختلال برجسته‌ای را در زندگی افراد یا شریک جنسی آن‌ها ایجاد کند؛ این اختلال می‌تواند از یک‌میزان خفیف (نارضایتی همراه با لذت کم از روابط جنسی) تا میزان شدید (توقف رابطه جنسی که با احساسات تلخ و ناگوار همراه است)، متغیر باشد (۲۴).

از آنجایی که یک ارتباط جنسی فعال و مؤثر می‌تواند احتمال باروری را افزایش دهد، تصور می‌شود که اختلال عملکرد جنسی در زنان نابارور، بیشتر از زنان بارور است (۲۵). بسیاری از زنان نابارور، از یکی از اختلالات جنسی رنج می‌برند (۲۶). شیوع اختلالات جنسی در زوج‌های نابارور، بیشتر از زوج‌های بارور است (۲۷). زوج‌های نابارور سطوح کم‌تری از رضایت در عملکرد جنسی را نشان می‌دهند (۲۸). همچنین استرس ناشی از ناباروری، سبب کاهش اعتماد به نفس جنسی شده و بر عملکرد جنسی و تعداد دفعات نزدیکی، اثر منفی می‌گذارد (۲۹). از طرفی، ناباروری با احساس فقدان خودکارآمدی جنسی، کاهش اعتماد به نفس و اطمینان به خود در عملکرد جنسی همراه است (۳۰). مطالعات کرمی نوری و همکاران (۳۱) نشان داده است که عوامل روان‌شناختی می‌توانند هم در ایجاد ناباروری دخالت داشته باشند و هم ناباروری می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی بسیاری را با خود به همراه داشته باشد؛ از جمله این مؤلفه‌های روان‌شناختی، می‌توان از کنترل درونی- بیرونی و عزت نفس نام برد. همچنین در مطالعه داوونی و همکاران (۱۹۹۹) نشان داده شد که ۹۰ درصد افراد نابارور دچار افسردگی عمده می‌شوند، ۵۰ درصد آن‌ها تغییر در روابط جنسی را تجربه می‌کنند و ۷۵ درصد به نوعی دچار تغییر حالات خلقی می‌شوند (۳۲).

علیرغم اعتقاد برخی از مردم بر نقش خود زوجین در ایجاد ناباروری، برخی استرس را نیز عامل ایجاد ناباروری می‌دانند. ارتباط بین استرس و ناباروری اغلب یک سیکل معیوب را تشکیل می‌دهد و آن‌ها یکدیگر را تشدید می‌کنند. زوجین ناباروری که خود را علت ناباروری می‌دانند، خود را سرزنش کرده و این وضعیت باعث افزایش استرس شده و در نتیجه مشکل را حادث‌تر می‌کند (۳۳). نیوتن و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه خود نشان دادند که افراد نابارور به‌طور خاص، استرس ناباروری را در ابعاد نگرانی‌های اجتماعی، ارتباطی، جنسی، عدم پذیرش سبک زندگی بدون فرزند و استرس مربوط به نیاز به والدینی تجربه می‌کنند (۳۴).

انجام شد. این مطالعه باهدف تعیین عزت‌نفس، استرس ادراک‌شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور انجام شد.

مواد و روش کار

روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به ۳ کلینیک زنان در شهر تهران در نیم سال اول سال ۹۴ بودند. این سه کلینیک به‌صورت تصادفی انتخاب گردید و از بین این سه کلینیک تعداد ۶۰ زن نابارور و ۶ زن بارور به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. زنان بارور و نابارور از روی لیست پذیرش مراجعه به کلینیک‌ها انتخاب شدند (که برای گزینش زنان نابارور ۳ سال یا بیشتر از تشخیص ناباروری آن‌ها می‌گذشت). نمونه‌ها فاقد هرگونه بیماری جسمی یا مشکل روانی شناخته‌شده (مشکلات جنسی و افسردگی) بودند و حداقل سواد خواندن و نوشتن (تحصیلات ابتدایی) را داشتند. پرسش‌نامه‌ها با رضایت کامل افراد شرکت‌کننده انجام شد و افراد در هر مرحله‌ای که مایل به همکاری نبودند، می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. ۶۰ زن بارور و نابارور که داوطلب شرکت در پژوهش حاضر مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات هر فرد به‌صورت محرمانه باقی ماند. اطلاعات فردی- اجتماعی توسط خود زوجین در پرسش‌نامه تکمیل شد. میانگین سن آزمودنی‌ها در زنان نابارور ۳۱/۱۱ با دامنه‌ی سنی بین ۲۵ تا ۳۶ سال و در زنان بارور ۳۱/۲۸ با دامنه‌ی سنی بین ۲۴ تا ۳۸ سال بود. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، شامل میانگین و فراوانی، داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آماری استنباطی نظیر همبستگی پیرسون، روش رگرسیون چندگانه هم‌زمان و تحلیل واریانس چند متغیره فرضیه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

در پژوهش حاضر به‌منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های دموگرافیک برای جمع‌آوری اطلاعات فردی، پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ، استرس ادراک‌شده (PSS)، ناگویی هیجانی تورنتو و اجتناب شناختی سکستون و دوگاس و نهایتاً از پرسشنامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) استفاده شد:

الف) پرسشنامه دموگرافیک: شامل اطلاعات فردی از قبیل سن، تحصیلات، طول مدت ناباروری، طول مدت ازدواج و شماره تماس می‌باشد.

ب) پرسشنامه‌ی عزت‌نفس روزنبرگ: این مقیاس که حاوی ۱۰ سؤال است که به هر سؤال بر اساس مقیاس چهارگزینه‌ای کاملاً موافق، کاملاً مخالف، موافق و مخالف نمره داده می‌شود. همبستگی

هرچند در مرحله اول، ناباروری یک وضعیت بالینی است؛ ولی تشخیص آن می‌تواند تأثیرات زیادی بر عملکردهای هیجانی زوجین درگیر با این مشکل برجای بگذارد (۳۵). ایوانارد (۱۹۹۸) معتقد است که رابطه جنسی یک هیجان است و باید به‌عنوان یک هیجان مطالعه شود. رابطه جنسی نه‌فقط هیجان را برمی‌انگیزاند بلکه از روشی که زوجین به حوادث منفی و مثبت در رابطه واکنش هیجانی نشان می‌دهند تأثیر می‌گیرد. توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه‌ی رضایت‌بخش، نیاز به توانایی شناسایی هیجان‌ها و نیز ابراز هیجان ما نسبت به همسر و توانایی فهم و پذیرش هیجان‌های شریک مقابل دارد که یکی از مفاهیم مهم در این زمینه ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی عبارت است از ناتوانی در شناسایی و بیان هیجان‌ها، گفتار و افکار عینی وابسته به وقایع بیرونی و محدودیت در داشتن زندگی تخیلی. ناگویی هیجانی شامل ۴ ویژگی اصلی است: ناتوانی در شناخت و تمایز هیجان‌ها، ناتوانی در توصیف و بیان هیجان‌ها، قدرت تخیل محدود و سبک‌شناختی عینی. مطالعات نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی با رضایت از روابط رمانتیک و رضایت جنسی رابطه دارد برودی (۲۰۰۳) نشان داده است که ناگویی هیجانی با آمیزش جنسی کم‌تر در زنان اما نه در مردان رابطه دارد (۳۶).

استرس ناباروری باعث اختلال در سازگاری زناشویی زنان می‌شود (۳۷، ۳۸) و با گذشت زمان ناسازگاری زناشویی زنان نابارور بیشتر می‌شود (۴۱-۳۹) به‌ویژه، با افزایش نوروژگرای در زنان نابارور آشفتنگی روابط خانوادگی و زناشویی افزایش یافته و میزان رضایت از زندگی و کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. نوروژگرای زنان نابارور باعث می‌شود که آن‌ها انعطاف ناپذیرتر شده و به‌موقعیت‌های گوناگون پاسخ‌های مقابله‌ای محدودتر و نامؤثرتر بدهند (۴۲). یکی از راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند اجتناب شناختی باشد. اجتناب شناختی انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد تفکرات خویش را در جریان ارتباط اجتماعی تغییر می‌دهند. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر توسط محققین گزارش شده است. در تمامی این راهبردها اعمال اصلی انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده به‌سوی موضوعات دیگر است. موضوعاتی که می‌تواند گاهی نگران‌کننده‌تر از موضوع اولیه یعنی روابط بین فردی باشد (۴۳).

با توجه به شیوع نسبتاً بالای ناباروری در کشور، فردی- اجتماعی بودن آن و اثرات روان‌شناختی ناباروری بر فرد، خانواده و اجتماع و روابط بین فردی و پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، بررسی در حیطه ناباروری و مسائل روان‌شناختی انجام شد. این مطالعه باهدف تعیین عزت‌نفس، استرس ادراک‌شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور

شناختی را مورد بررسی قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرتی بین ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) به سؤالات پاسخ می‌دهند. ضریب روایی این ابزار از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر ۰/۴۸ به دست آمد که در سطح $P > 0/01$ معنی‌دار است؛ بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهند که این پرسشنامه از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است (۴۹).

ح) پرسشنامه‌ی شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI): این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال جهت بررسی عملکرد جنسی زنان در ۶ بعد است. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس طیف لیکرت صفر تا پنج است که نمره بالاتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است. مطالعات خارج از کشور روایی و پایایی مطلوبی را گزارش داده‌اند (۵۰).

یافته‌ها

اطلاعات حاصل از بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سن آزمودنی‌ها در زنان نابارور ۳۱/۱۱ با دامنه‌ی سنی بین ۲۵ تا ۳۶ سال و در زنان بارور ۳۱/۲۸ با دامنه‌ی سنی بین ۲۴ تا ۳۸ سال بود. در زنان بارور ۴۳ درصد آزمودنی‌ها تحصیلاتی در حد دیپلم، ۵ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۴۵ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و ۶/۷ نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند و در زنان نابارور ۵۰ درصد آزمودنی‌ها تحصیلاتی در حد دیپلم، ۱۰ درصد دارای مدرک فوق‌دیپلم، ۲۸/۳ دارای تحصیلات کارشناسی و ۱۱/۷ نیز دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. در این میان، طول مدت ازدواج زنان بارور ۸/۶۵ و زنان نابارور ۷/۰۶ بود. هم‌چنین پیش از انجام تحلیل رگرسیون، روابط همبستگی بین متغیرهای پژوهش از طریق ماتریس همبستگی بررسی شد که نتایج آن در ذیل آمده است.

آزمون مجدد در دامنه ۰/۸۸-۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸-۰/۷۷ قرار دارد. این مقیاس از روایی درونی رضایت‌بخشی ۰/۷۷ برخوردار است. همچنین همبستگی بالایی با پرسشنامه ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت‌نفس دارد؛ لذا روایی محتوای آن نیز مورد تأیید است (۴۴).

ب) مقیاس استرس مقیاس استرس ادراک‌شده: (PSS): مقیاس استرس ادراک‌شده شامل ده سؤال است و باهدف ارزیابی درجه‌ای که در آن فرد زندگی خود را استرس‌زا درک می‌کند، تهیه‌شده است (۴۵). مؤلفه‌های پرسشنامه شامل: غیرقابل کنترل بود، پیش‌بینی‌ناپذیری و مشقت‌بار بودن زندگی خویش می‌باشند. کوهن و همکاران (۱۹۸۳) با انجام پژوهشی به بررسی مشخصات روان‌سنجی هر سه نسخه این مقیاس پرداختند. نتایج نشان‌دهنده پایایی مناسب آلفا کرونباخ: ۰/۷۸ نسخه ۱۰ آیتی این مقیاس می‌باشد. کلین (۲۰۰۰) نیز پایایی درونی این نسخه از مقیاس را مناسب گزارش کرده است (۴۶).

ج) پرسشنامه‌ی ناگویی هیجانی تورنتو- ۲۰ (FTAS): این پرسشنامه، محصول ۳ فاکتور دشواری در شناسایی احساسات (۷ ماده)، مشکل در توصیف احساسات (۵ ماده) و افکار با جهت‌گیری بیرونی (۸ ماده) است (۴۷)؛ و جمعاً دارای ۲۰ ماده بوده و هر ماده در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی برابر با ۰/۸۵ و برای ۳ زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و افکار با جهت‌گیری بیرونی، به ترتیب برابر با ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ به دست آمده است که نشانه‌ی همسانی درونی مناسب مقیاس می‌باشد (۴۸).

چ) پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ): این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که شامل ۵ خرده مقیاس است و ۵ نوع راهبرد اجتناب

جدول (۱): ماتریس همبستگی پیروسون بین اجتناب شناختی با عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور

تغییر	اجتناب	اجتناب - شناختی			زنان بارور
		حواس پرتی	جانشینی	واپس‌زنی	
					اجتناب شناختی
				۰/۷۵**	واپس‌زنی افکار نگران‌کننده
			۰/۲۳	۰/۵۴**	جانشینی افکار مثبت
		۰/۳۷**	۰/۴۷**	۰/۸۴**	حواس پرتی
	۱	۰/۵۹**	۰/۳۷*	۰/۷۶**	اجتناب
۱	۱/۰۰**	۰/۵۹**	۰/۳۷*	۰/۷۶**	تغییر تصاویر ذهنی
۰/۰۰۷	-۰/۰۷	۰/۰۸	-۰/۰۷	۰/۱۶	عملکرد جنسی

		زنانه بارور		زنانه نابارور	
	۱	۰/۸۵**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	۰/۱۷
اجتناب شناختی	۱	۰/۸۵**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	۰/۱۷
واپس زنی افکار نگران کننده	۱	۰/۸۵**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	۰/۱۷
جانیشینی افکار مثبت	۱	۰/۸۵**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	۰/۱۷
حواس پرتی	۱	۰/۸۵**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	۰/۱۷
اجتناب	۱	۰/۵۷**	۰/۳۱*	۰/۵۷**	۰/۳۱*
تغییر تصاویر ذهنی	۱	۰/۵۷**	۰/۳۱*	۰/۵۷**	۰/۳۱*
عملکرد جنسی	۱	۰/۲۴	۰/۲۴	۰/۲۴	۰/۲۴
		*P<0/05**	P<0/01		

نابارور تنها بین جانیشینی افکار مثبت و عملکرد جنسی همبستگی منفی و معنی دار وجود دارد (P<0/01). همبستگی منفی این دو متغیر، نشان دهنده‌ی معکوس بودن رابطه است.

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می شود بین اجتناب شناختی و ابعاد آن با عملکرد جنسی زنان بارور ارتباط معنی دار وجود ندارد. همچنین بین اجتناب شناختی و ابعاد آن با عملکرد جنسی زنان

جدول (۲): ماتریس همبستگی پیرسون بین ناگویی هیجانی با عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور

عملکرد جنسی	EOT	DDF	DIF	ناگویی هیجانی	
				۱	زنانه بارور
			۱	۰/۸۷**	DIF
		۱	۰/۴۸**	۰/۷۶**	DDF
	۱	۰/۴۴**	۰/۵۹**	۰/۷۹**	EOT
۱	-۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۱۸	۰/۰۸	عملکرد جنسی
				۱	زنانه نابارور
			۱	۰/۹۳**	DIF
		۱	۰/۸۳**	۰/۹۱**	DDF
	۱	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۴۴**	EOT
۱	-۰/۳۳**	-۰/۵۱**	-۰/۴۵**	-۰/۵۳**	عملکرد جنسی
	P<0/01 **	P<0/05 *			

جهت گیری خارجی (EOT) با عملکرد جنسی زنان نابارور همبستگی منفی معنی دار وجود دارد (P<0/01). همبستگی منفی، نشان دهنده‌ی معکوس بودن رابطه است.

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می شود بین ناگویی هیجانی و ابعاد آن با عملکرد جنسی زنان بارور ارتباط معنی داری وجود ندارد و بین ناگویی هیجانی و تمام ابعاد آن شامل: دشواری در تشخیص احساسات (DIF)، دشواری در توصیف احساسات (DDF) و تفکر با

جدول ۳: ماتریس همبستگی پیرسون بین عزت نفس و استرس ادراک شده با عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور

عملکرد جنسی	ماتریس همبستگی	
-۰/۰۴	زنانه بارور	عزت نفس
۰/۳۶**	زنانه نابارور	
۰/۰۸	زنانه بارور	استرس ادراک شده
-۰/۰۱	زنانه نابارور	
	P<0/01 **	P<0/05 *

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین عزت‌نفس و استرس ادراک‌شده با عملکرد جنسی زنان بارور ارتباط معنی‌داری وجود ندارد؛ و بین عزت‌نفس و عملکرد جنسی زنان نابارور همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد اما بین استرس ادراک‌شده و عملکرد جنسی زنان نابارور ارتباط وجود ندارد.

جدول (۴): ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی عملکرد جنسی از طریق اجتناب شناختی، استرس ادراک‌شده، ناگویی هیجانی و عزت‌نفس در زنان نابارور

متغیر	B	Std. Error	Beta	T	P
ناگویی هیجانی	-.۰۳۲	.۰/۰۶	-.۰/۵۳	-۴/۸۶	xx۰/۰۰۰
عزت‌نفس	.۰/۴۸	.۰/۱۶	.۰/۳۶	۲/۹۸	xx۰/۰۰۴
استرس ادراک‌شده	.۰-/۰۱	.۰/۱۴	-.۰/۰۱	-.۰/۱۲	.۰/۸۸
اجتناب شناختی	-.۰/۰۷	.۰/۰۴	-.۰/۲۱	-۱/۶۹	.۰/۰۹
EOT	-.۰/۶۷	.۰/۳۰	-.۰/۲۴	-۲/۱۷	x۰/۰۰۳
DIF	-.۰/۰۶	.۰/۲۲	-.۰/۰۶	-.۰/۳۰	.۰/۷۶
DDF	-.۰/۶۸	.۰/۳۳	-.۰/۴۱	-۲/۰۵	x۰/۰۰۴
واپس‌زنی افکار نگران‌کننده	-.۰/۱۲	.۰/۱۰	-.۰/۱۶	-۱/۱۸	.۰/۲۴
جان‌شنینی افکار مثبت	-.۰/۷۲	.۰/۳۳	-.۰/۳۹	-۲/۱۳	x۰/۰۰۳
حواس‌پرتی	.۰/۱۴	.۰/۲۰	.۰/۰۹	.۰/۷۰	.۰/۴۸
اجتناب	.۰/۱۴	.۰/۲۷	.۰/۰۶	.۰/۳۶	.۰/۷۳
تغییر تصاویر ذهنی	.۰/۱۴	.۰/۳۷	.۰/۰۶	.۰/۳۶	.۰/۷۱

P<0/01 xx

P<0/05 x

خارجی (EOT) با عملکرد جنسی زنان نابارور همبستگی منفی معنی‌دار وجود دارد ($P<۰/۰۱$). همبستگی منفی، نشان‌دهنده‌ی معکوس بودن رابطه است.

با توجه به اطلاعات جدول ۴ مشاهده می‌شود بین ناگویی هیجانی و تمام ابعاد آن شامل: دشواری در تشخیص احساسات (DIF)، دشواری در توصیف احساسات (DDF) و تفکر با جهت‌گیری

جدول (۵): نتایج تحلیل واریانس چند متغیری ناگویی هیجانی، اجتناب شناختی، استرس ادراک‌شده، عزت‌نفس و عملکرد جنس در زنان نابارور و بارور

ارزش	F	Df	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	ایتا
اثر پیلایی	۳/۰۲	۵	۱۱۴	.۰/۰۱۳	.۰/۱۱۷

اجتناب شناختی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P>۰/۰۵$). و بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد. جدول ۶ نتایج حاصل از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها برای مشخص شدن تفاوت‌ها به تفکیک متغیر وابسته آمده است.

با توجه به معنی‌دار بودن آزمون M باکس ($P=۰/۰۴۲$ ، $F=1/88$) و برقرار نبودن مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس، همان‌طور که از نتایج جدول ۵ برمی‌آید، مقدار آزمون اثر پیلایی بیانگر آن است که بین زنان نابارور و بارور به‌طور کلی از لحاظ نمرات عزت‌نفس، استرس ادراک‌شده، ناگویی هیجانی و

جدول (۶): آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها بر روی نمرات ناگویی هیجانی، اجتناب شناختی، استرس ادراک شده، عزت نفس و عملکرد جنسی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
ناگویی هیجانی	۱۲۸۰/۵۳	۱	۱۲۸۰/۵۳	۷/۱۵	۰/۰۰۹	۰/۰۵۷
استرس ادراک شده	۲۳۵/۲۰	۱	۲۳۵/۲۰	۴/۹۱	۰/۰۲	۰/۰۴۰
عزت نفس	۳۴/۱۳	۱	۳۴/۱۳	۱/۲۰	۰/۲۷	۰/۰۱۰
اجتناب شناختی	۲۳۲۳/۲۰	۱	۲۳۲۳/۲۰	۴/۹۲	۰/۰۲	۰/۰۴۰
عملکرد جنسی	۷/۰۰	۱	۷/۰۰	۰/۰۶	۰/۷۹	۰/۰۰۱

یعنی با افزایش عزت نفس افراد عملکرد جنسی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. و بین زنان بارور و نابارور از لحاظ متغیر ناگویی هیجانی و استرس ادراک شده و اجتناب شناختی تفاوت معنی دار وجود دارد و با توجه به مقایسه دوه‌دو میانگین‌ها در زنان نابارور بیشتر می‌باشد.

زوج ناباروری که خود را عامل ناباروری می‌داند، هم خود را سرزنش کرده و هم از طرف همسر و اطرافیان به خصوص خانواده همسر سرزنش می‌شود و این وضعیت باعث افزایش احساس شرم و گناه، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی، احساس خستگی و درماندگی شده که تمام این عوامل به نوبه خود بر روی میل و انگیزگی جنسی زن نابارور تأثیر می‌گذارند (۵۱). ناباروری پیامدهای روان شناختی متعددی دارد که از جمله آن‌ها می‌توان به تفکرات و باورهای غیرمنطقی اشاره کرد (۵۲).

در توجیه و تبیین نتایج به دست آمده باید گفت از آنجایی که لذت و به تبع آن، عملکرد جنسی آدیان بیشتر محصول ذهن است تا بدن؛ افسردگی، اضطراب، خشم و ترس می‌تواند در آن تداخل ایجاد کند.

در نتیجه با در نظر گرفتن ناباروری به عنوان یک عامل استرس‌زا، ارتباط معکوس بین عملکرد جنسی با بین جانشینی افکار مثبت (از ابعاد اجتناب شناختی) ناگویی هیجانی و تمام ابعاد آن شامل: دشواری در تشخیص احساسات (DIF)، دشواری در توصیف احساسات (DDF) و تفکر با جهت گیری خارجی (EOT) با عملکرد جنسی در ناباروری قابل توجیه می‌باشد.

از آنجایی که ناگویی هیجانی برای توصیف خوشه‌ای از نشانگان شامل کاهش توانایی برای نامیدن و ارتباط برقرار کردن با عواطف و پریشانی عاطفی، نشانگان جسمانی و افکار با جهت گیری بیرونی مطرح شد به نظر می‌رسد که راهبرد اجتناب شناختی راهی است که افراد در مواجهه با رویدادهای اجتماعی و تماس‌های بین فردی انتخاب می‌کنند تا به شرایط فشارزا پاسخ گویند و این راهبردها عامل

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۶ بین زنان بارور و نابارور از لحاظ متغیر ناگویی هیجانی و استرس ادراک شده و اجتناب شناختی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P > 0.05$ و $P > 0.01$). و با توجه به مقایسه دوه‌دو میانگین‌ها در زنان نابارور بیشتر می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

ناباروری یکی از مهم ترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به بروز مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زای جدی برای افراد می‌شود. مشکل ناباروری در دنیای امروز به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است و می‌تواند ضربه روانی شدیدی به زوجین وارد ساخته و منجر به عدم تعادل روانی زوجین، طلاق و قطع رابطه بین آنان گردد. لذا این مطالعه باهدف تعیین عزت نفس، استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور انجام شد. که نتایج پژوهش بیانگر آن بود که بین اجتناب شناختی و ابعاد آن، ناگویی هیجانی و ابعاد آن، عزت نفس و استرس ادراک شده با عملکرد جنسی زنان بارور ارتباط معنی داری وجود ندارد و بین جانشینی افکار مثبت (از ابعاد اجتناب شناختی) ناگویی هیجانی و تمام ابعاد آن شامل: دشواری در تشخیص احساسات (DIF)، دشواری در توصیف احساسات (DDF) و تفکر با جهت گیری خارجی (EOT) با عملکرد جنسی زنان نابارور همبستگی منفی معنی دار وجود دارد. همبستگی منفی، نشان‌دهنده دهنده‌ی معکوس بودن رابطه است؛ و بین عزت نفس و عملکرد جنسی زنان نابارور همبستگی مثبت و معنی دار وجود دارد اما بین استرس ادراک شده و عملکرد جنسی زنان نابارور ارتباط وجود ندارد. هم چنین باید گفت که ناگویی هیجانی و دشواری در توصیف احساسات (DDF) و تفکر با جهت گیری خارجی (EOT) از زیر مقیاس ناگویی هیجانی و جانشینی افکار مثبت پیش‌بینی کننده معنی دار منفی عملکرد جنسی زنان نابارور است یعنی با افزایش آن‌ها عملکرد جنسی کاهش می‌یابد و در مورد عزت نفس مثبت

عزت‌نفس پایین‌تر و کارکرد جنسی و رضایت زناشویی بدتری شکایت می‌کنند (۵۶ و ۵۷). هم‌چنین مطالعات بسیاری رابطه عملکرد نامطلوب جنسی و اضطراب و افسردگی را نشان داده‌اند (۵۸، ۵۹). از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که جامعه موردنظر شامل زنان شهر تهران می‌باشد که به‌طور کامل قابل تعمیم به جوامع دیگر نیست. کنترل جنسیت و تمرکز مطالعه روی زنان امکان مقایسه بین زنان و مردان را ایجاد نمی‌کند و روش نمونه‌گیری نیز در دسترس بود لذا به‌دلیل وجود محدودیت‌های فوق‌الذکر در مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود که مطالعات آینده با شیوه‌های آماری تصادفی‌تر و در هر دو جنس و بررسی مردان نابارور انجام شود.

در نهایت با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که بستری فراهم شود تا زوجین نابارور به موازات درمان طبی، از خدمات درمان‌های روان‌شناختی در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری به شکل زوج درمانی و گروه درمانی بهره‌مند شوند.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان و کلینیک‌های شهر تهران بابت همراهی آن‌ها در امر این پژوهش کمال تشکر را دارم.

اصلی انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده به‌سوی موضوعات دیگر است. با مروری بر یک گزارش تحقیقی در ایران می‌توان دریافت که جان‌شینی فکر و تبدیل تصور به فکر از جمله بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های نگرانی مرضی است. لذا ارتباط منفی ناگویی هیجانی و جان‌شینی افکار مثبت با عملکرد جنسی پیش‌بینی می‌شود.

در سال‌های اخیر، محققان از عزت‌نفس بالا به‌عنوان یک منبع حمایتی مهمی یاد کرده‌اند که افراد می‌توانند در مقابل رویدادهای منفی در زندگی روزمره (۵۳). در تبیین اینکه عزت‌نفس زنان نابارور با عملکرد جنسی آن‌ها رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد باید گفت شاید زنان نابارور با توجه به امیدی و تصویری که نسبت به حل ناباروری خود دارند این منبع حمایتی باعث رابطه مستقیم با عملکرد جنسی آن‌ها شده است؛ و در عدم همسو بودن این یافته با نتایج قبلی شاید وجود باورهای مثبت در این زنان باعث شده است. به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌های متعدد، که تجربه تنش‌زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روان‌شناختی شامل کاهش سطح عزت‌نفس، افزایش سطح اضطراب، افسردگی، عصبانیت، احساس خودکم‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است (۵۴). و زوجین نابارور، در مقایسه با زوجین بارور، از

References:

1. Ebomoyi E, Adetoro O. Socio-biological factors influencing infertility in a rural Nigerian community. *Int J Gynaecol Obstet* (1990);33(1): 41-7.
2. Boivin J. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* (2007);22(6): 1506-12.
3. Berga S L, Parry B L, Moses-Kolko L. Psychiatry and reproductive medicine. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. P. 1693-707.
4. Veisani Y, Delpisheh A, Sayehmiri K., Rezaeian S. Prevalence of infertility in systematic review methodology. *J Obstetrics Gynecol Infertility* 2013; 16(81): 1-7. (Persian)
5. Jonaidy E, Norani S, Mokhber N, Shakeri M., Comparing the Marital Satisfaction in Infertile and Fertile Women Referred to the Public Clinics in Mashhad in 2006-07. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility (IJOGI)* 2009; 12(1): 7-16. (persian)
6. Hosseini J, emadoden M, Mokhtarpour H, Sorani M. Prevalence of Primary and Secondary Infertility in Four Selected Provinces in Iran, 2010-2011. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility (IJOGI)* 2012; 15(29): 1-7.
7. Akhtari E, Byvas S, Sohrabvand F. Infertility in Iranian Traditional Medicine from Hakim Mohammad Azam Khan point of view. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility (IJOGI)* 2015; 18(148): 18-23. (persian)
8. Agha mohamadian H, Zarezadeh S, horofghanad M, Hokmabadi M, To examine the relationship between perfectionism and performance Sexual infertile women. *Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility (IJOGI)* 2014; 17(97): 9-17.
9. Aflatounian A. Laboratory Fertilization, Fertility remedy and Research. Center of Yazd; 1993.

10. Abbasi S M, Asghari K A, Razeghi NH. Women and Infertility Experience a Case Study in Tehran. 2005: 91-114.
11. Farahani MN. Psychological aspects of coping and adjustment of infertility and role of psychologist. J Reprod Health Med 2001;2(4) .
12. Pahlevani H. The investigation of the infertility effects and the confrontation guideline for mental health of infertile persons. Tehran: Iran institute of psychology, Iran medical University; 1995.
13. Braverman A M. Psychosocial aspects of infertility: sexual dysfunction. International congress series. Elsevier; 2004.
14. Ezzati A, Noori R, Hasani G. Attern of relationships, social support, coping strategies, and social tag with the symptoms of depression in infertile women in Tehran in 2010. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility (IJOGI) 16(45): 20-8.
15. amanelahifar a, nikbakht r, hoseini m, ahmadi fakhr s, hoseini z, the comparison of marital satisfaction and quality of life between fertile and infertile woman. Biannual J Appl Counsel 2012; 2(1): 75-88.
16. Sahraian K, Jafarzadeh F, Poursamar SL. THE Relationship between social support and marital satisfaction in infertile women based on infertility factor. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2015;12(12):1104-9.
17. Mazaheri M, Keighobadi F. The way to solve problems and marital adjustment in infertile and fertile couples. J Reproduc Infert 2001: 22-32.
18. Talaei A, Kimiyaei A, Borhani Moghani M, Moharreri F, Talaei A, Khanghaei R. The effect of cognitive-behavioral group therapy on depression in infertile women. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility (IJOGI) 2014; 17(94): 1-9.
19. Najafi M, Solymani K, Javidi N, Hoseneikamkar E, Peerjavid F. Evaluate the effectiveness of of couple therapy in increasing marital and health promotion of physical and psychological infertile couples. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility (IJOGI) 2015; 17(133): 8-21.
20. Mollaei Nezhad M, Jafarpoor Alavi M, Jahanfar SH. infertility related strees and marital women who referred to Isfahan infertility treatment clinic. Reprodu Infertil 2009; 72(73): 8-20.
21. Zare Z, Golmakani N, Amireian M, Mazlom R, Lal Ahangar M. Compare marital satisfaction in fertile and infertile couples and their relationships with sexual problems. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility (IJOGI) 2015; 18(143): 1-10.
22. Amanelahifar A, Nikbakht R, Hoseini M, Ahmadi Fakhr S, Hoseini Z. the comparison of marital satisfaction and quality of life between fertile and infertile woman. Biannual J Appl Counsel 2012; 2(1): 75-88.
23. Nourani Sh, Jonydi E, Taghi SM, Naghmeh M. Sexual Satisfaction in Fertile and Infertile Women Attending State Clinics in Mashad. Med J Reproduc Infertil 2009; 10(4): 269-77.
24. Gibson M, Jane E, Myers A. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. JCD 2000; 78(4): 400.
25. Khademi A, Alleyassin A, Amini M, Ghaemi M. Evaluation of sexual dysfunction prevalence in infertile couples. Sex Med Rev 2008; 5(6): 1402-10.
26. Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2001; 16(8): 1762-7.
27. Horne S, Zimmer-Gembeck M J. The female sexual subjectivity inventory: Development and validation of a multidimensional inventory for late adolescents and emerging adults. Psychol Women Q 2006; 30(2): 125-38.

28. Hirsch AM, Hirsch SM. The long-term psychosocial effects of infertility. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1995; 24(6):517-22.
29. Besharat MA. The contribution of couple's attachment style to the adjustment to infertility. *J Reprod Infertil* 2001; 2(1). (Persian)
30. Taylor E. The stress of infertility. *Human Ecology Forum*. Cornell University; 1995.
31. Abbey A, Halman LJ. The role of perceived control, attributions, and meaning in members of infertile couples' well-being. *J Soc Clin Psychol* 1995; 14(3); 271-96.
32. Shahrestani M, Qanbari BA, Hashem Nemati S, Rahbardar H. The Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Group Therapy (MBCT) on Improving Perceived Infertility-Related Stress and Irrational Parenthood Cognitions among Infertile Women Undergoing IVF Treatment. *Iran J Obst Gynecol Infer* 2012; 15(19).
33. Besharat M, Khajavi Z, Pourkhaghan F. Mediating Role of Alexithymia on the Relationship Between Attachment Styles and Sexual Functioning. 2012; 1 (4): 51.(Persian)
34. Basak Nejad S, Moini N, Mehrbizade-Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *J Behav Sci* 2010; 4(14); 335-40.
35. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Social Behavior* 1983; 385-96.
36. Rosenberg M. Scale of self-Esteem. *Clin Ass Mean valid. Psycholo Rep* 1 1987: 1-17.
37. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;385-96.
38. Kline P. *A psychometrics primer*. Free Assn Books; 2000.
39. Kuiper NA, Olinger LJ, Lyons LM. Global perceived stress level as a moderator of the relationship between negative life events and depression. *J Stress Manag* 1986;12(4): 149-53.
40. Cohen S, Janicki-Deverts D. Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *J Appl Soc Psychol* 2012;42(6):1320-34.
41. Malarkey WB, Pearl DK, Demers LM, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Influence of academic stress and season on 24-hour mean concentrations of ACTH, cortisol, and β -endorphin. *Psychoneuroendocrinology* 1995;20(5): 499-508.
42. Yazdi A. Relationship between documentaries styles with perceived stress. The final report of the research project, Mashhad: Mashhad Ferdosi University; 1998.
43. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosomatic Res* 1994; 38(1); 23-32.
44. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosomatic Res* 2003; 55(3); 269-75.
45. Besharat M A. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychol Rep* 2007; 101(1); 209-20.
46. Pourhosein R, Rostami R, Besharat M A, Mirzamani M. Assessing reliability and validity of Farsi version of the toronto alexithymia scale-20 in a sample of opioid substance use disordered patients. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2006; 1(4); 133-9.
47. Sexton KA, Dugas M J. The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *J of Anxiety Disorders* 2008; 22(3); 355-70.
48. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2): 191-208.

49. Heydari M, Mohammadi Kh, Faghihzadeh S. The study of sexuality changes during pregnancy. *Bi-monthly J Med Daneshvar* 2005; 13(61);32-7.
50. Lichtenberg JW, Johnson DD, Arachtingi BM. Physical illness and subscription to Ellis's irrational beliefs. *JCD* 1992; 71(2); 157.
51. Beck, Aaron T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York; 1976.
52. Dumont M, Provost M A. Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *J Child Adolesc Behav* 1999; 28(3); 343-63.
53. Monga M, Alexandrescu B, Katz S E, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *J Urol Res* 2004; 63(1);126-30.
54. O'brien J H, Lazarou S, Deane L, Jarvi K, Zini A. Erectile dysfunction and andropause symptoms in infertile men. *J Urol Res* 2005; 174(5);1932-4.
55. Abbey A, Andrews FM, Halman LJ. Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *J Marriage Fam* 1992: 408-17.
56. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(7); 573-85.
57. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(7);573-85.
58. Trudel G, Goldfarb MR. Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies* 2010; 19(3); 137-42
59. Goldfarb MR, Trudel G, Boyer R, Prévile M. Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and relationship therapy* 2007; 22(1); 109-26.

THE ROLE OF THE SELF-ESTEEM, PERCEIVED STRESS, ALEXITHYMIA AND COGNITIVE AVOIDANCE ON THE SEXUAL FUNCTION OF THE FERTILIZED AND UNFERTILIZED WOMEN

Barghi Irani Ziba¹, Pirbayati Zohreh², PirGholi Fatemeh³

Received: 17 Jan, 2017; Accepted: 13 Mar, 2017

Abstract

Background & Aims: Fertility, childbirth and the healthy child at the center of many couples who started living together and infertility can interfere prominent in people's lives or partner they create, and given the high prevalence of infertility in the country, and the psychological effects Infertility on the individual, family and community and interpersonal relationships, this study aimed to determine the role of self-esteem, perceived stress, alexithymia and cognitive avoidance predict sexual function was fertile and infertile women. Methods: This correlational study - descriptive on 60 infertile women and fertile women attending clinics in Tehran on 94-95 half-year, the way was available.

Material & Methods: This correlation – descriptive study on 60 infertile women and fertile women attending clinics in Tehran on 94-95 half-year, the way was available. To collect the data, Rosenberg's Self-Esteem Scale, perceived stress [PSS], alexithymia Toronto 20 [FTAS], cognitive avoidance [CAQ], sexual function [FSFI] and demographic characteristics were used. The data obtained using multiple regression, multivariate analysis of variance and Pearson correlation analysis was performed. Analysis

Results: The results showed that there is correlation between Alexithymia, the self-esteem, difficulty in description of feeling and thought with external orientation in (the subscale of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale-20 (FTAS-20) and substitution of positive thought in the subscale of Coping Strategies Questionnaire and sexual activities of in fertilized women. But Perceived Stress does not have significant and effective role in prediction Of unfertilized women sexual function. And none of variables are effective for fertilized women sexual function.

Conclusion: there is a significant difference between unfertilized and fertilized women sexual function.

Keywords: self-esteem, perceived stress, Alexithymia, Coping Strategies, sexual function, fertile and infertile women

Address: Tehran-valiasr- nader alley- No.9

Tel: (+98) 09128697396

Email: zohrehpirhayati@yahoo.com

¹ Assistant professor of psychological faculty , Payam Noor University South Tehran

² The chief author & The master of Clinical Psychology, Payam Noor University South Tehran .(Corresponding Author)

³ Master of Educational Psychology, Islamic Azad University center Tehran