

تأثیر رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور

فاطمه اشرفیان^۱، مسعود صادقی^{۲*}، فاطمه رضایی^۳، سید ولی کاظمی رضایی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۰۲/۰۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۵/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ناباروری تجربه عاطفی دردناکی است؛ واکنش زنان در مقابل این احساس به شکل مشکلات روان‌شناختی از قبیل ناراضایتی جنسی و ناسازگاری زناشویی بروز می‌نماید. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور شهر خرم‌آباد بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به‌صورت در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. جهت اندازه‌گیری متغیرها از مقیاس رضایت جنسی لارسون و سازگاری زناشویی اسپایتر استفاده شد. سپس مداخله با روش رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$)؛ بدین معنی که آموزش رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر باعث افزایش رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان برای بهبود رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور از رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر سود جست.

کلیدواژه‌ها: ناباروری، رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، رضایت جنسی، سازگاری زناشویی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۳۲، مهر ۱۳۹۹، ص ۶۰۷-۵۹۷

آدرس مکاتبه: دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۶۶-۳۳۱۲۴۰۰۰۲

Email: sadeghi.m@lu.ac.ir

مقدمه

ناباروری به عدم وقوع حاملگی پس از یک سال مقاربت بدون جلوگیری گفته می‌شود. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد زنان جهان دچار ناباروری هستند (۱). اگرچه زن و شوهر هر دو بحران ناباروری را تجربه می‌کنند، ولی بررسی‌ها نشان می‌دهد که اثرات روان‌شناختی منفی ناباروری برای زنان در مقایسه با مردان بیشتر است. یکی از دلایلی که موجب ایجاد فشار روحی مضاعف برای زنان می‌شود، این است که مادر شدن به‌طور سنتی به‌عنوان نقش اساسی برای زنان پذیرفته شده

است (۲). برای بسیاری از افراد، ناباروری بحرانی بزرگ و عامل استرس روانی است که می‌تواند استرس عاطفی و گسترده‌ای از واکنش‌های روحی و روانی منفی شامل افسردگی، اضطراب، نگرانی، خشم، شرم، حساسیت، تنهایی، یأس و ناامیدی، کاهش عزت‌نفس، عدم تعادل عاطفی، احساس عدم کفایت جنسی و اختلال عملکرد جنسی را ایجاد کند (۳).

ازجمله عواملی که با ناباروری ارتباط دارد رضایت جنسی است. میزان خرسندی زوجها از روابط جنسی و توانایی لذت بردن و لذت دادن به یکدیگر رضایت جنسی خوانده می‌شود. رضایت از رابطه

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

^۴ دکتری روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

جنسی یکی از عوامل مهم رضایت از زندگی زناشویی است و کسانی که رضایت جنسی بیشتری دارند به‌طور قابل ملاحظه‌ای کیفیت زندگی بهتری را نسبت به آن‌ها که رضایت جنسی ندارند، گزارش می‌دهند (۴). اضطراب، از دست دادن اعتماد به نفس و شرم و افسردگی ناشی از ناباروری به عملکرد جنسی افراد نابارور آسیب می‌رساند. همچنین، تشخیص، بررسی و درمان ناباروری با رضایت جنسی آن‌ها تداخل ایجاد می‌کند (۵). در واقع ناباروری موجب کاهش رضایت جنسی زنان نابارور می‌شود (۶). مسائل جنسی از آن جهت دارای اهمیت می‌باشد که جزء مسائل مهم زندگی زناشویی بوده و سازگاری در روابط جنسی زوجین و تناسب و تعادل در آن از مهم‌ترین عوامل خوشبختی و موفقیت زندگی زناشویی می‌باشد (۷). رضایت حاصل از فعالیت جنسی، یکی از نیازهای فیزیولوژیک انسان است که موجب سلامتی شده و نه تنها گرمی و شور را برای زوجین به وجود می‌آورد، بلکه آن‌ها را در برابر بسیاری از اختلالات از جمله حملات قلبی و سردردهای میگرنی در مردان و همچنین علائم سندرم پیش از قاعدگی و آرتروز در زنان حفظ می‌کند. در حالی که فقدان رضایت جنسی توانمندی‌ها و خلاقیت انسان را کاهش می‌دهد (۸). از دیدگاه سلامت روانی، پژوهش‌ها حاکی از است که نشانه‌های افسردگی و اضطراب با اختلال در کارکرد ارگانیسمی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی عمومی همراهاند (۹). اضطراب، از دست دادن اعتماد به نفس، شرم و افسردگی ناشی از ناباروری به عملکرد جنسی افراد نابارور آسیب می‌رساند. همچنین تشخیص، بررسی و درمان ناباروری با رضایت جنسی آن‌ها تداخل ایجاد می‌کند (۱۰). دایر و همکاران (۲۰۰۴) گزارش کرده‌اند که لذت نبردن از روابط جنسی، احساس فشار در برنامه‌ریزی جهت ارتباط جنسی و فقدان اعتماد به نفس جنسی در زنان نابارور بیشترین تأثیر را بر رضایت جنسی آنان دارد (۱۱). همچنین از آنجا که زنان نابارور گزارش کرده‌اند که در هنگام رابطه جنسی تنها به داشتن فرزند فکر می‌کنند، لذا همواره نگرانی در مورد این موضوع که باز با ناکامی دیگری روبه‌رو شوند، موجب افزایش استرس آن‌ها می‌گردد (۱۲).

دیگر متغیر مرتبط با ناباروری سازگاری زناشویی است. سازگاری زناشویی وضعیتی است که در آن، زن و شوهر در بیشتر مواقع احساسی ناشی از خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند (۱۳). در زوجین نابارور به دلیل مشکلات ناباروری، سازگاری زناشویی با ضعف جدی روبه‌رو است که می‌تواند ورود به مراحل درمان را تضعیف نموده و حتی منجر به جدایی زوجین شود (۱۴). سازگاری زناشویی را می‌توان به‌عنوان نظام خانواده یا حتی بخشی از نیروهای تأمین حیات و احیاکننده خانواده دانست. سازگاری زناشویی یکی از عوامل موفقیت در تعامل بین زوجین است،

سازگاری می‌تواند نوعی رفتار تطابقی باشد که به فرد اجازه می‌دهد تا تفاوت‌های محیطی را قابل درک و تطبیق قرار داده و انعطاف‌پذیری را در او کامل نماید (۱۵). سازگاری که تمایل به واکنش‌های سازنده به‌جای واکنش‌های مخرب است می‌تواند به تقویت ارتباط بین زوجین نابارور کمک کند. سازگاری زناشویی با ایجاد یک فرآیند تکاملی در ارتباط بین زوجین می‌تواند به کاهش تعارضات و افزایش تطابق‌پذیری زوجین کمک کند (۱۶).

تاکنون روش‌های مختلفی از جمله مداخلات روان‌شناختی، آموزشی، شناختی رفتاری، روان‌درمانگری و برنامه‌های مشاوره‌ای برای کمک به افراد نابارور طراحی و اجرا شده است (۱۷). یکی از رویکردهایی که می‌تواند در تغییر شرایط شناختی و روانی زوجین نابارور تأثیر داشته باشد، رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر است. رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، رویکرد جدیدی در کاربرد رفتاردرمانی شناختی است. رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر به‌عنوان نوعی از روان‌درمانی موج چهارم درمان در نظر گرفته می‌شود و مجموعه طرحواره‌های تفسیری موجود را افزایش می‌دهد و طیف وسیع‌تری از گزینه‌های درمانی را هنگام کاربرد مداخله‌های درمانی با مراجعان و خانواده‌های آن‌ها، پدید می‌آورد. با افزایش انگیزه‌های درونی مراجعان و تأکیدهای مثبت، امکان کاربرد رفتاردرمانی شناختی در مدت زمان کوتاه‌تر، فراهم می‌شود. رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، رویکردی نسبت به تغییر دارد که در آن، گفت‌وگو درباره اهداف فرد و عوامل مؤثر در دستیابی به این اهداف فراخوانده می‌شود. تأکید رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، بر آسیب‌شناسی، خطاهای مراجعان و تصحیح این خطاها نیست، بلکه تأکید بر نقاط قوت، جنبه‌های مثبت و عملکرد درست مراجعان است. اگرچه هدف اصلی در تمامی روان‌درمانی‌ها کمک به مراجعان در ایجاد تغییرات مطلوب در زندگی‌شان است، اما تأکید رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، به‌جای توجه به مسائل و مشکلات، بر ایجاد و یا سازمان‌دهی مجدد جنبه‌های مثبت و تأثیرگذار است (۱۶). تأکید رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر، تنها بر آسیب‌شناسی، مشکلات و مسائل مراجع و اصلاح بدترین شرایط نیست، بلکه ابتدا و پیش از هر چیز به جنبه‌های مثبت، نقاط قوت و عملکردهای صحیح و خلق بهترین چیزها می‌پردازد و فقط به کاهش ناراحتی‌ها تأکید نمی‌شود، بلکه به دستیابی و ایجاد موفقیت نیز تأکید می‌گردد (۱۸). در واقع می‌توان رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر را روی دیگر سکه درمان شناختی-رفتاری در نظر گرفت، به این معنی که درمان شناختی-رفتاری به مشکلات، نواقص و معایب توجه می‌کند و درصدد رفع مشکل است، اما رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر به نقاط قوت، توانایی‌ها و موارد استثنایی که فرد در هنگام مشکلات توانسته موفق عمل کند، توجه می‌نماید و درصدد تقویت این مهارت‌ها است. به

نظر می‌رسد که رفتار درمانی شناختی مثبت نگر بعضی از تمرینات درمان شناختی-رفتاری را البته با چشم‌انداز مثبت‌نگرانه انجام می‌دهد (۱۹). در زمینه درمان تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت-نگر مطالعه‌ای با این عنوان صورت نگرفته است اما عسگری و ترکاشوند (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش فنون مثبت‌نگری تلفیقی بر رضایت زناشویی زنان متأهل دارای نارضایتی زناشویی مؤثر بوده است (۲۰). همچنین قره‌داقی و کمیلی‌پور (۱۳۹۸) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که مداخلات مبتنی بر رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی زنان دارای همسر با اختلالات روانی شده است (۲۱). در مطالعه دیگری که توسط اشرفیان، صادقی و رضایی (۱۳۹۸) انجام شد، نتایج نشان داد که مداخله رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر کاهش استرس و افزایش امیدواری زنان نابارور مؤثر بوده است (۲۲).

با در نظر گرفتن این‌که زنان نابارور نیاز به حذف ضعف‌ها و آسیب‌های روانی دارند و البته تقویت خصوصیات روان‌شناختی مثبت نیز در این زمینه بسیار مؤثر جلوه می‌کند و با توجه به مطالعات انجام شده پژوهشی که در رابطه با تأثیر رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور باشد، یافت نشد، لذا با توجه به شیوع بالای ناباروری و تأثیری که بر کیفیت زندگی افراد می‌گذارد، تلاش برای بهبود کیفیت زندگی آنان مثل افزایش رضایت جنسی و سازگاری زناشویی، ضروری می‌باشد، بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور شهر خرم‌آباد است.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر با توجه به روش جمع‌آوری داده‌ها، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان نابارور دارای پرونده در مرکز درمان ناباروری شهر خرم‌آباد در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۸

بود. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۱۸) و از آنجاکه در این پژوهش یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود دارد، نمونه آماری با رعایت ملاک‌های ورود و خروج به‌صورت در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: جنسیت زن، تشخیص ناباروری از سوی پزشک متخصص زنان، رضایت به شرکت داشتن در این طرح، داشتن حداقل میزان تحصیلات سیکل، نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان‌پزشکی، عدم مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی. همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، انجام ندادن تکالیف، عدم همکاری در جلسات درمان.

برای اجرای پژوهش حاضر، ابتدا مجوزهای لازم و کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی شهرستان خرم‌آباد اخذ و سپس مقدمات لازم برای انجام کار آماده گردید. قبل از اجرای پژوهش، ماهیت و هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده از آن‌ها محرمانه می‌ماند و نتایج پژوهش بدون ذکر نام و نشان آن‌ها منتشر خواهد شد و هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. پس از رضایت‌نامه کتبی، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند: یک گروه به‌عنوان گروه آزمایشی و یک گروه به‌عنوان گروه کنترل. سپس هر دو گروه به‌عنوان پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها را پر کردند. در مرحله بعد از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش تحت مداخله با روش رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌نگر توسط دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایشی اجرا شد ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی دوباره دو گروه آزمایش و کنترل بلافاصله به مقیاس‌های پژوهش پاسخ دادند. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول (۱): خلاصه محتوای جلسات رفتاردرمانی شناختی مثبت نگر

جلسات	محتوای جلسات
۱	آشنایی با اعضاء و قوانین جلسه، اهداف مداخله، هنجارها و منطق درمان، تکلیف خانگی: مشاهده و ثبت جنبه‌های مثبت فردی.
۲	ارزیابی تغییرات پیش‌درمانی، ارائه تکنیک‌ها و پرسش‌های راه‌حل محور، تمرین تجسم خود در آینده، تمرین افزایش امید، تکلیف خانگی: ثبت آرزوها و اهداف و مشخص کردن اولویت‌ها.

- ۳ ارزیابی توانمندی‌ها و امکانات مراجعین با توجه به آزمون مشخصات عملی ارزش جنبه‌های مثبت و توانمندی‌ها، تکنیک انتقال مهارت، تکلیف خانگی: چگونگی استفاده از توانمندی‌های خود در مواجهه با مسائل و ردیابی یک یا چند جنبه مثبت.
- ۴ خود نظارت‌گری و تحلیل کارکردی مثبت‌نگر (ثبت افکار، مشاهده تغییرات مثبت، خودارزیابی مثبت‌نگر، نظارت بر موارد استثنایی، پرسش معجزه‌گر، راه حل فرضی، توجه به موفقیت‌ها هر چند کوچک)، تکلیف خانگی: خود نظارت‌گری مثبت‌نگر.
- ۵ تغییر دیدگاه (تغییر توجه به موفقیت‌های گذشته، تمرکز بر نقاط روشن، یافتن موارد استثناء و استفاده از نقاط مثبت و توانمندی‌ها در مواجهه با مسائل جدید)، تغییر سوگیری شناختی و تصویرسازی مثبت‌نگر (تمرین پیشنهادی مثبت‌نگر به عملکردهای گذشته فرد از طرف یک دوست، تمرین تغییر مثبت یک کابوس)، تکلیف خانگی: تجسم خود در آینده.
- ۶ تغییر چشم‌انداز روابط (تشویق مراجعان به توصیف رویدادهای تعاملی و ارتباطی با افراد مهم زندگی و تغییرات ارتباطی مثبت‌نگر، تمرین راه حل فرضی، پرسش معجزه‌گر و موارد استثنایی، تمرین نگرش به خویشتن به عنوان سوم شخص)، تکلیف خانگی: ثبت حق شناسی و قدردانی.
- ۷ تغییر عملکرد (درهم شکستن الگوهای رفتاری تکراری مشکل‌آفرین، تغییر عملکرد خود نسبت به مسئله، استفاده از تضاد و تناقض، اضافه کردن فعالیت‌های جدید به الگوهای قبلی در مواجهه با مسئله، کاربرد الگوهای راه حل‌مدارانه برای مسئله، استفاده از گام‌های کوچک، تکلیف خانگی: انجام کاری متفاوت).
- ۸ تجارب رفتاری مثبت‌نگر (کاری متفاوت انجام دادن، توجه به چگونگی مفید واقع شدن آن، مشاهده و جمع‌آوری شواهدی هماهنگ با افکار و باورهای مثبت‌نگر، وانمود به اینکه اوضاع بهتر شده و عمل کردن به گونه‌ای که انگار معجزه‌ای رخ داده است)، تکلیف خانگی: خواندن، نوشتن و سوزاندن.
- ۹ تغییر احساسات (تمرین شما در بهترین وضعیت و بیان احساسات، تمرین شروع رویدادهای خوشایند زندگی، تمرین کتاب زندگی، تمرین مثبت‌گرایی)، تکلیف خانگی: یادداشت‌های مثبت‌گرایانه.
- ۱۰ پیشگیری از عود، خلاصه‌ای از مهارت‌های یادگرفته شده، مشخص کردن مشکلات بالقوه و پایان دادن به جلسات، اجرای مجدد پرسشنامه‌های رضایت جنسی و سازگاری زناشویی.

پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپاینر: این مقیاس در سال ۱۹۷۶ توسط اسپاینر ساخته شد. این مقیاس دارای ۳۲ سؤال است که میزان سازگاری دو نفره زن و شوهر را مورد سنجش قرار می‌دهد. 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. این پرسشنامه دارای ۴ مؤلفه رضایت زناشویی (۱۰ ماده)، همبستگی زناشویی (۵ ماده)، توافق زناشویی (۱۳ ماده) و ابراز محبت (۴ ماده) است. اسپاینر پایایی این مقیاس را از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و همسانی درونی خرده مقیاس رضایت زناشویی ۰/۹۴، همبستگی زناشویی ۰/۸۱، توافق زناشویی ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط شارپلی و کروس انجام شد ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۹۶ به دست آمد که این نتیجه با نتایج اسپاینر مشابه بود. همچنین روایی مقیاس از طریق اجرای همزمان این مقیاس با پرسشنامه سازگاری لاک و والاس ۰/۹۰ به دست آوردند (۲۸). حاج‌ابول‌زاده در پژوهش خود به منظور پایایی آزمون از طریق باز آزمایی به فاصله یک هفته برای کل پرسشنامه ضریب ۰/۸۱، رضایت زناشویی ۰/۶۸، همبستگی زناشویی ۰/۸۱، توافق زناشویی ۰/۷۷ و ابراز محبت ۰/۷۸ به دست آورد (۲۹). ضریب آلفای

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه رضایت جنسی لارسون و همکاران (۱۹۹۸) و پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپاینر (۱۹۷۶) استفاده شد. پرسشنامه رضایت جنسی لارسون: این پرسشنامه توسط لارسون و همکاران (۱۹۹۸) به منظور سنجش میزان رضایت جنسی زوجین در ۲۵ گویه با خرده مقیاس‌های سازگاری جنسی، کیفیت زندگی جنسی و نگرش جنسی ساخته شد، پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای امتیازدهی می‌شود. پاسخ به گزینه هرگز (۱) و گزینه همیشه (۵) امتیاز دارد. نمرات بین ۵۰-۲۵ به منزله عدم رضایت جنسی، ۷۵-۵۱ رضایت جنسی پایین، ۱۰۰-۷۶ رضایت جنسی متوسط و ۱۲۵-۱۰۱ رضایت جنسی بالا است (۲۴). بهرامی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود پایایی پرسشنامه رضایت جنسی در نمونه زوجین نابارور برای سؤالات مثبت مقیاس ۰/۸۲ و سؤالات منفی ۰/۷۴ و روایی صوری و روایی محتوا این پرسشنامه را نیز مناسب ارزیابی کردند (۲۵). همچنین در پژوهش مام‌صالحی و مرادی (۱۳۹۹) آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۵ محاسبه شد (۲۶). در مطالعه رضاپورفریدیان و همکاران (۱۳۹۷) آلفای کرونباخ رضایت جنسی برای زنان، مردان و کل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۴ به دست آمد (۲۷). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه رضایت جنسی در پژوهش حاضر ۰/۸۶ به دست آمد.

کرونباخ پرسشنامه سازگاری زناشویی در پژوهش حاضر ۰/۸۵ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های پژوهش در سطح توصیفی با استفاده از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره و به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی سن و میزان تحصیلات گروه نمونه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت جنسی و سازگاری زناشویی (نمره کل و مؤلفه‌های آن) در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول (۲): توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی سن و تحصیلات دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای جمعیت شناختی	فراوانی		درصد	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۶	۴۰٪	۳۳/۳٪
	۳۱ تا ۳۵ سال	۵	۳۳/۳٪	۲۶/۷٪
	۳۶ تا ۴۰ سال	۴	۲۶/۷٪	۴۰٪
	جمع	۱۵	۱۰۰٪	۱۰۰٪
تحصیلات	سیکل	۳	۲۰٪	۶/۷٪
	دیپلم	۴	۲۶/۷٪	۲۶/۷٪
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳٪	۲۰٪
	لیسانس	۴	۲۶/۷٪	۴۰٪
	فوق لیسانس	۲	۱۳/۳٪	۶/۷٪
	جمع	۱۵	۱۰۰٪	۱۰۰٪

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت جنسی و سازگاری زناشویی گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش				گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نمره کل رضایت جنسی	میانگین	۴۴/۷۴	۶۶/۰۷	۴۲/۶۷	۴۴/۶۰	۴۴/۶۰
	انحراف معیار	۵/۵۲	۴/۷۹	۵/۴۵	۵/۹۹	۵/۹۹
سازگاری جنسی	میانگین	۱۳/۸۷	۲۰/۹۳	۱۲/۰۷	۱۲/۵۳	۱۲/۵۳
	انحراف معیار	۲/۸۳	۲/۸۰	۴/۵۹	۴/۹۹	۴/۹۹
کیفیت زندگی جنسی	میانگین	۱۶/۹۴	۲۵/۰۷	۱۵/۹۳	۱۶/۴۰	۱۶/۴۰
	انحراف معیار	۴/۸۴	۳/۹۶	۲/۸۸	۲/۴۰	۲/۴۰
نگرش جنسی	میانگین	۱۳/۹۳	۲۰/۰۷	۱۴/۶۷	۱۵/۶۷	۱۵/۶۷
	انحراف معیار	۳/۷۰	۳/۱۶	۳/۱۱	۲/۹۸	۲/۹۸
نمره کل سازگاری زناشویی	میانگین	۶۳/۰۶	۱۰۱/۲۸	۶۳/۷۸	۶۵/۸۵	۶۵/۸۵
	انحراف معیار	۶/۲۴	۴/۶۱	۵/۸۱	۴/۷۱	۴/۷۱
رضایت زناشویی	میانگین	۱۵/۸۵	۲۶/۶۵	۱۵/۳۳	۱۶/۲۸	۱۶/۲۸
	انحراف معیار	۳/۲۲	۲/۹۶	۳/۸۳	۲/۸۱	۲/۸۱
همبستگی زناشویی	میانگین	۱۲/۱۳	۲۲/۶۷	۱۱/۹۹	۱۲/۲۷	۱۲/۲۷
	انحراف معیار	۳/۸۳	۳/۸۲	۴/۷۷	۲/۶۱	۲/۶۱
توافق زناشویی	میانگین	۲۶/۹۱	۳۷/۷۳	۲۷/۷۳	۲۸/۱۳	۲۸/۱۳
	انحراف معیار	۴/۰۱	۳/۱۶	۳/۸۸	۳/۰۳	۳/۰۳
ابراز محبت	میانگین	۸/۱۷	۱۴/۲۳	۸/۷۳	۹/۱۷	۹/۱۷
	انحراف معیار	۵/۳۹	۳/۱۲	۲/۸۰	۲/۹۹	۲/۹۹

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت جنسی و سازگاری زناشویی را (نمره کل و مؤلفه‌های آن) در گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج حاصل از جدول ۳ میانگین نمره کل رضایت جنسی و سازگاری زناشویی و همچنین مؤلفه‌های آن‌ها در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش داشته‌اند.

استفاده از تحلیل کوواریانس به‌عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌ها آماری است. این پیش‌فرض‌ها شامل: نرمال بودن داده‌ها، همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس‌ها، خطی بودن و همگنی شیب‌های رگرسیون می‌باشد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است لذا توزیع نمرات در متغیرهای تحقیق نرمال است ($P > 0/05$). برای سنجش

فرض همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین نشان داد که سطح معناداری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین شرط همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. همچنین سطح معنی‌داری مربوط به اثر پیش‌آزمون معنی‌دار شده است؛ می‌توان گفت پیش‌فرض همبستگی متغیر وابسته و همپراش نیز رعایت شده است. سطح معنی‌داری مربوط به تعامل گروه و پیش‌آزمون معنی‌دار نشده است؛ بنابراین می‌توان گفت شیب خط‌های رگرسیون همگن می‌باشند؛ پس مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است. با توجه به این نتایج تمام مفروضه‌های تحلیل کوواریانس رعایت شده است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر مؤلفه‌های رضایت جنسی با کنترل متغیر پیش‌آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول (۴): نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چند متغیره مؤلفه‌های رضایت جنسی زنان نابارور

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
سازگاری جنسی	۱۶/۳۸	۱	۱۶/۳۸	۲۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۸
کیفیت زندگی جنسی	۲۱/۱۹	۱	۲۱/۱۹	۱۶/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۷
نگرش جنسی	۱۱/۰۲	۱	۱۱/۰۲	۱۰/۶۱	۰/۰۰۳	۰/۳۰	۰/۹۴

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴ استفاده از رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت بر سازگاری جنسی ($F=24/82$ و $Sig=0/001$)، کیفیت زندگی جنسی ($F=16/99$ و $Sig=0/003$) و نگرش جنسی ($F=10/61$ و $Sig=0/003$) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد. بدین معنی که رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی

شناختی مثبت بر مؤلفه‌های رضایت جنسی زنان نابارور شهر خرم‌آباد تأثیر مثبت و معناداری دارد و باعث افزایش آن شده است. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی با کنترل متغیر پیش‌آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول (۵): نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چند متغیره مؤلفه‌های سازگاری زناشویی زنان نابارور

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
رضایت زناشویی	۹۱/۵۲	۱	۹۱/۵۲	۳۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹
همبستگی زناشویی	۶۹/۱۶	۱	۶۹/۱۶	۲۱/۲۰	۰/۰۰۲	۰/۴۷	۰/۹۲
توافق زناشویی	۵۱/۶۱	۱	۵۱/۶۱	۳۸/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۹۹
ابراز محبت	۲۱/۹۱	۱	۲۱/۹۱	۲۹/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۹

نتایج جدول ۵ بیانگر آن است که استفاده از رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت بر رضایت زناشویی ($F=30/32$ و $Sig=0/001$)، همبستگی زناشویی ($F=21/20$ و $Sig=0/002$)، توافق

زناشویی ($F=38/65$ و $Sig=0/001$) و ابراز محبت ($F=29/67$ و $Sig=0/001$) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد. این نتیجه بدین معنی است که رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت بر مؤلفه‌های

سازگاری زناشویی زنان نابارور شهر خرم‌آباد تأثیر مثبت و معناداری دارد و باعث افزایش آن شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور شهر خرم‌آباد مؤثر است. درواقع نتایج مؤید آن است که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از لحاظ پس‌آزمون رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

یافته حاصل‌شده از آزمون این فرضیه را می‌توان به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم هم‌راستا با نتایج تحقیقات پیشین دانست. به‌عنوان نمونه، نتایج مطالعه پاک‌گوهر و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که مشاوره و ایجاد احساس مثبت در درون زنان نابارور می‌تواند رضایت جنسی این زنان را به دنبال داشته باشد (۳۰). از سوی دیگر، درگاهی، محسن‌زاده و زهراکار (۱۳۹۴) نتایج پژوهش خود را به‌صورت تأثیر مثبت آموزش مثبت اندیشی بر بهبود کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور گزارش کرده‌اند (۳۱). همچنین نتایج تحقیق کلال‌قوجان‌عتیق و سرایی (۱۳۹۵) حاکی از آن بوده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند رضایت از زندگی را در زنان افزایش دهد (۳۲). مطالعه فانی‌سبحانی، خلعتبری و رحمتی (۱۳۹۷) نیز شامل این نتیجه بوده است که با ایجاد افکار مثبت و منطقی که ارتقای اعتماد به نفس در روابط جنسی را به همراه خواهد داشت، می‌توان بهبود رضایت در زنان نابارور را انتظار داشت (۳۳). از طرف دیگر، نصرالهی و موسوی‌مقدم (۱۳۹۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند احساس بهزیستی را در زنان نابارور افزایش دهد (۳۴).

حال در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت که شناخت‌های تحریف‌شده تفکر منفی درباره‌ی فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند، بنابراین کشف این خود تلقینی‌های منفی، در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند و رفتاردرمانی شناختی مثبت‌گرا ضمن آنکه بر عملکرد جنسی تأثیر مثبتی دارد، به احتمال زیاد رضایت جنسی پیش‌آمده را بر رضایت زناشویی افزون خواهد کرد. بنابراین رویکرد رفتاردرمانی شناختی مثبت‌گرا می‌تواند بر بهبود میل جنسی زنان اثر گذاشته و با تأثیرات مثبت متقابل روی همسر به‌ویژه در زمینه‌ی ارتباط، رضایت زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد. چنانکه بختیاری و همکاران (۱۳۹۴) در این راستا بیان می‌دارند، یکی از جنبه‌های رضایت زناشویی، رضایت جنسی در زندگی مشترک است که به طریق گفتگوهای خوشایند و ایجاد انگیزه می‌تواند اتفاق افتد.

بنابراین با بهبود رابطه‌ی جنسی و کاهش اختلال میل جنسی به طریق رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌گرا از وخامت وضعیت زناشویی کاسته می‌شود و این امر می‌تواند افزایش کیفیت زندگی و رضایت جنسی زنان را به همراه داشته باشد. نهایتاً این نکته که این رویکرد تلفیقی می‌تواند با افزایش دادن افکار مثبت، رفتارهای مثبت و هیجانات مثبت می‌تواند به زندگی زناشویی و جنسی زنان نابارور تأثیرات مثبتی بگذارد (۳۵).

این یافته را می‌توان هم‌راستا با نتایج تحقیقات پیشین دانست که در ادامه به چند مورد از آن‌ها اشاره می‌گردد. به‌عنوان مثال، تمنایی‌فر (۱۳۹۰) به این نتیجه دست یافت که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور سلامت روانی و سازگاری زناشویی کم‌تر برخوردارند که این مهم را از طریق روش درمانی شناختی می‌توان مدیریت کرد (۳۶). همچنین نتایج مطالعه حسینی، فراهانی و رشیدی (۱۳۹۲) نشان داد که عوامل روانی - اجتماعی از اهمیت فراوانی در افزایش سازگاری زناشویی برخوردار است (۳۷). مکاری و همکاران (۱۳۹۷) نیز نتیجه گرفتند که استفاده از روش آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری یک روش مؤثر برای افزایش سازگاری زناشویی زنان نابارور است (۳۸). علاوه بر این، تحقیق منگا و همکاران (۲۰۰۴) حاکی از آن بود که زوجین نابارور در مقایسه با زوجین بارور از سازگاری زناشویی پایین‌تری برخوردارند که یکی از راه‌های پاسخگویی به آن استفاده از روش درمانی مثبت‌گرا است (۳۹).

در تبیین یافته حاصل از آزمون این فرضیه می‌توان گفت که ناباروری از مسائلی است که همیشه باعث نگرانی زنان شده و می‌تواند منجر به ناسازگاری زناشویی گردد. از منظر شناختی، ناسازگاری زناشویی، یا به عبارت دقیق‌تر، ناکارآمدی زناشویی این‌چنین تبیین می‌شود که انتظارات غیر واقع‌بینانه درباره رابطه زناشویی موجب کاهش رضایت و بروز پاسخ‌های ناکارآمد شود. حال چنان‌که لواف‌پور نوری و زهراکار (۱۳۹۳) نیز بیان داشتند، محتوای شناختی مثبت‌گرا می‌تواند در توجیه پاسخ‌های ناکارآمد به مشکلات ارتباطی و ناسازگاری زناشویی ایفای نقش نماید. درواقع روش‌های شناختی - رفتاری و مثبت‌گرا در تلفیق باهم می‌توانند نقش مهمی در تسهیل تغییر ایفا کنند و در بسیاری موارد با زوج‌درمانی همخوانی دارد. بدین معنی که این رویکرد تلفیقی می‌تواند با اختصاص زمان برای آموزش مهارت‌های ارتباطی، بررسی ادراکات و باورهای زن و شوهر درباره اختلافات زناشویی مانند ناسازگاری زناشویی مؤثر واقع شود. همچنین انتظار می‌رود زمانی که زنان نابارور طرحواره‌هایی مثبت نسبت به رابطه زناشویی خویش به وجود می‌آورند، شناخت‌های معیوب خویش را از طریق فنون شناختی اصلاح نمایند و افکار مزاحم خود را شناسایی و

کنترل کنند، سازگاری زناشویی آن‌ها نیز ارتقاء یابد. بنابراین به‌عنوان یک نتیجه می‌توان چنین بیان کرد که بهره‌گیری از رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌گرا می‌تواند زمینه مساعد همکاری بین زن و شوهر در تعاملات و حل مشکلات به شیوه‌ای مؤثر را فراهم کرده، صمیمیت بین آن‌ها را تداوم بخشیده و در فعالیت‌های لذت‌بخش مشترک درگیر کند که این خود اساس سازگاری زناشویی را در میان زوجین بنا می‌سازد (۴۰). همچنین می‌توان گفت که مثبت‌نگری به معنای داشتن نگرش‌ها، افکار و رفتار و کرداری خوش‌بینانه در زندگی است. توجه داشتن به امور مثبت زندگی و نپرداختن به جنبه‌های منفی و مثبت‌اندیشی به معنای آن است که تصور خوبی از خویش داشته باشیم، نه آنکه همواره خود را سرزنش کنیم. مثبت‌نگری هدف نهایی خود را شناختن شیوه‌هایی می‌داند که بهزیستی و شادکامی افراد را سبب گردد (۲۰)؛ بنابراین مثبت‌اندیشی و اجتناب از افکار منفی، تمرکز فرد در زندگی بر جنبه‌های مثبت زندگی بوده و مشکلات زندگی زناشویی موجب ناامیدی او نمی‌شود و با مثبت‌اندیشی و آرامش حاصل از مشکلات و روابط را بهبود می‌بخشد و در نتیجه رضایت زناشویی بالاتری را رقم می‌زند.

به‌طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش رویکرد تلفیقی رفتاردرمانی شناختی مثبت‌گرا باعث افزایش رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور شده است؛ ازاین‌رو با بهره‌گیری از چنین آموزش‌هایی می‌توان گامی در جهت ایجاد هیجان و جذابیت

در برقراری روابط جنسی بین همسران برداشت. از سوی دیگر پیشنهاد می‌شود تا از این روش درمانی مثبت‌گرا به‌منظور ایجاد ارتباط خوب و مناسب بین زنان نابارور و همسران آن‌ها که به دور از مشکلات و جدایی‌ها باشد، بهره گرفت. درواقع بدین طریق می‌توان حس اعتماد و اطمینان بین زوجین را ارتقا بخشید و نهایتاً سازگاری بین آن‌ها را تقویت نمود. پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری واجد محدودیت‌هایی بود که در تعمیم نتایج توجه به آن‌ها مهم است. محدود بودن جامعه آماری در این پژوهش به شهر خرم‌آباد موجب می‌شود که در تعمیم نتایج آن به سایر شهرها جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت دیگر فقدان دوره پیگیری در پژوهش حاضر بود؛ لذا در پژوهش‌های آتی اجرای دوره پیگیری توصیه می‌شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین سایر اقشار جامعه اجرا شود تا نتایج قابلیت تعمیم‌پذیری بهتری داشته باشد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه لرستان با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398.066 از دانشگاه علوم پزشکی لرستان می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان و همه کسانی که در پژوهش حاضر همکاری لازم را داشتند کمال تشکر و قدردانی را نمایند.

References:

- Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G, Krausz C, EAU Working Group on Male Infertility. European Association of Urology guidelines on Male Infertility: the 2012 update. *European urology* 2012; 62(2):324-32.
- Agarwal A, Mulgund A, Hamada A, Chyatte MR. A unique view on male infertility around the globe. *Reproductive biology and endocrinology* 2015; 13(1):37.
- Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J, Matos M. The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *J Clin Psych Med Settings* 2013; 20(4):497-507.
- Ozkan B, Orhan E, Aktas N, Coskuner ER. Depression and sexual dysfunction in Turkish men diagnosed with infertility. *Urology* 2015; 85(6):1389-93.
- Audu BM. Sexual dysfunction among infertile Nigerian women. *J of Obstetrics and Gynaeco* 2002; 22(6):655-7.
- Lotti F, Maggi M. Sexual dysfunction and male infertility. *Nature Reviews Urology* 2018;15(5):287-307.
- Milanifar B. *Mental Health*. Fourteenth edition. Tehran: Qoms Publications, 2017.
- Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J of sex & marital ther* 2005; 31(5):409-24.
- Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L, Ross LE. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in

- postpartum women: a pilot study. *J of sexual medi* 2011; 8(3):792-9.
10. McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *Med J of Australia* 2003; 179(5):263-6.
11. Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE, van der Spuy ZM. 'You are a man because you have children': experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Human Reproduction* 2004; 19(4):960-7.
12. Boivin J, Gameiro S. Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and sterility* 2015; 104(2):251-9.
13. Péloquin K, Brassard A, Arpin V, Sabourin S, Wright J. Whose fault is it? Blame predicting psychological adjustment and couple satisfaction in couples seeking fertility treatment. *J of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2018; 39(1):64-72.
14. Chaves C, Canavarro MC, Moura-Ramos M. The role of dyadic coping on the marital and emotional adjustment of couples with infertility. *Family proc* 2019; 58(2):509-23.
15. Kroemeke A, Kubicka E. Positive and negative adjustment in couples undergoing infertility treatment: The impact of support exchange. *PloS one* 2018; 13(6):e0200124.
16. Amini L, Ghorbani B, Sadeghi AvvalShahr H, Raoofi Z, MortezaPour Alisaraie M. The Relationship Between Percieved Social Support and Infertility Stress in Wives of Infertile Men. *IJN*. 2018; 31 (111) :31-39
17. Bannink FP. Are you ready for positive cognitive behavioral Therapy. *The Jof Happiness & Well-Being* 2013; 1(2):61-9.
18. Bannink FP. Positive CBT: From reducing distress to building success. *J of Contemporary Psychotherapy* 2014; 44(1):1-8.
19. Geschwind N, Arntz A, Bannink F, Peeters F. Positive cognitive behavior therapy in the treatment of depression: A randomized order within-subject comparison with traditional cognitive behavior therapy. *Behav rese and thera* 2019;116:119-30.
20. Asgari M, torkashvand F. The Effectiveness of Combined Positive Techniques Training on Marital Satisfaction of Women Referred to Medical Centers. *Clini Psycho Stud* 2018; 8(31): 91-112.
21. Ali Gh, Faezeh K. The Effectiveness of Positive Cognitive Behavioral Therapy on the Positive and Negative Affect of women with spouse with Mental Disorders. *Quarterly of Counsel Cultu and Psychother* 2019; 10(38): 177-193.
22. Fatemeh Ashrafian, Masoud Sadeghi, Fatemeh Rezaei, The Effect of Integrative Positive Cognitive Behavioral Therapy on Infertility Stress and Hope in Infertile Women. *J of Clini Nurs and Midwifery*, 2019; 8(3): 436-445.
23. Heydarali H. Understanding the scientific method in behavioral sciences. Ninth edition. Tehran: Samt, 2017.
24. Nasiri Dehsourkhi R, Mousavi SF. The study of some correlative of sexual satisfaction and marital satisfaction in married women of Esfahan City. *frooyesh* 2015; 4 (2) :135-152.
25. Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Soliemani M, Haghdooost A. Psychometric Properties of the Persian Version of Larsons Sexual Satisfaction Questionnaire in a Sample of Iranian Infertile Couples. *irje* 2016; 12 (2) :18-31.
26. Mam Salehi H, moradi O. Designing a Sexual Satisfaction Predictive Model Based on Sexual Schemes and self-Differentiation in Couples. *IJPN* 2020; 8 (1): 49-59.
27. Rezapour Faridian R, Falahzade H, Saye Mosavi P, Panaghi, L. The mediating role of caregiving dimensions in relationship between attachment dimensions and sexual satisfaction in couples during the family life cycles. *Fam Counseg and Psychothera* 2019; 8(2): 215-41.

28. roosta S, mollazadeh J, goodarzi M, aflakseir A. The prediction of marital adjustment based on cognitive emotion regulation strategies in infertile couples. *Nurs Midwifery J* 2019; 17(9): 716-723.
29. akhavan gholami M, hayati M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment (ACT) therapy on ineffective communication beliefs and marital adjustment of discordant women. *Know & Res Appli Psycho* 2019; 20(3): 31-43.
30. Pakgohar M, Vizheh M, Babae G, Ramezanzadeh F, Abedinina N. Effect of Counseling on Sexual Satisfaction among Infertile Women Referred to Tehran Fertility center . *Hayat* 2008; 14 (1):21-30.
31. Dargahi S, Mohsenzade F, Zahrakar K. The Effect of Positive Thinking Training on Psychological Well-being and Perceived Quality of Marital Relationship on Infertile Women. *Positive Psycho* 2015; 1(3): 45-58.
32. Kallal Quchan Atiq Y, Saraei F. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy (ACT) on marital adjustment, sexual satisfaction and life satisfaction in women. *J of Fundamentals of Mental Health* 2016; 18(Special Issue): 527-533.
33. Fani Sobhani F, Khalatbari J, Rahmati S. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on body image on sexual satisfaction and marital adjustment of married infertile women. *J of Applied Psycho* 2018; 12(1): 25-46.
34. Hamid N, Seyyed Rahamatollah M. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on the sense of well-being among infertile women of Ilam. *Medi Scie J of Islamic Azad Uni Tehran Medil Bra* 2018; 28(4): 313-8.
35. Bakhtiari M, Sheydaei H, Bahreynian S, Nori M. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Low Sexual Desire and Marital Satisfaction. *Thoughts and Behav in Cli Psycho* 2015; 10(36): 7-16.
36. Tamannai Far, M. A Comprative Study of mental health, marital adjustment and coping responses among fertile-infertile women. *Clini Psycho and Perso* 2011; 9(1): 51-60.
37. Hosseini S, Farahani MN, Rashidi B. The Role of Infertility Stress, Coping Styles, Personality Trait and Social Support in Marital Adjustment of Infertile Women. *rph* 2014; 7 (2) :1-12.
38. Mokari Z, Momeni K, Yazdanbakhsh K, Jaliliyan N. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Based Sexual Skills Education on Marital Adjustment in Infertile women . *JCR* 2017; 16 (64): 55-73.
39. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology* 2004; 63(1):126-30.
40. Lavafpour Noury F, Zahrakar, K. A Study of Effectiveness of Cognitive Couple Therapy on Increasing Marital Adjustment in Married Students. *Family Counse and Psychother* 2014; 4(2): 317-339.

THE EFFECT OF INTEGRATIVE POSITIVE-COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ON SEXUAL SATISFACTION AND MARITAL ADJUSTMENT OF INFERTILE WOMAN

Fatemeh Ashrafian¹, Masoud Sadeghi^{*2}, Fatemeh Rezaei³, Seyed Vali Kazemi Rezaei⁴

Received: 25 April, 2020; Accepted: 16 August, 2020

Abstract

Background & Aims: Infertility is a painful emotional experience; Women's reactions to this feeling take the form of psychological problems such as sexual dissatisfaction and marital incompatibility. The aim of this study was to investigate the effect of an integrated approach to positive cognitive behavior therapy on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile women in Khorramabad.

Materials & Methods: The quasi-experimental research design was pretest-posttest with a control group. The statistical population included all infertile women who referred to the infertility treatment center in Khorramabad in 2019. The sample size consisted of 30 people who were selected by convenience sampling and then randomly assigned to experimental and control groups (15 people in each group). The Larson Sexual Satisfaction Scale and Spinner Marital Adjustment were used to measure the variables. The intervention was then performed on the experimental group for 10 sessions of 90 minutes using the combined approach of positive cognitive behavioral therapy, while the control group did not receive any intervention. SPSS software version 22 and multivariate analysis of covariance were used to analyze the data.

Results: The results of data analysis showed that there was a significant difference between the mean post-test scores of the experimental and control groups ($P < 0.01$); This means that teaching an integrated approach to positive cognitive behavioral therapy increased sexual satisfaction and marital adjustment of infertile women in the experimental group compared to the control group.

Conclusion: According to the obtained results, the integrated approach of positive cognitive behavior therapy can be used to improve sexual satisfaction and marital adjustment of infertile women.

Keywords: Infertility, Positive Cognitive Behavioral Therapy, Sexual Satisfaction, Marital Adjustment

Address: Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

Tel: (+98) 066331240002

Email: sadeghi.m@lu.ac.ir

¹ M.A, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

⁴ PhD in Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran)