

The Effectiveness of Mindfulness-Based Psychotherapy on Sexual Desires, Sexual Anxiety, and Sexual Assertiveness in Infertile Women in Isfahan

Mohammad Soltanizadeh*: Assistant professor, department of psychology, Payam Noor University (PNU), Tehran, Iran. mohammad.soltanizadeh@pnu.ac.ir

Abstract

Introduction: The study aimed to assess the impact of mindfulness-based psychotherapy on sexual desires, sexual anxiety, and sexual assertiveness in infertile women in Isfahan.

Methods: The current study utilized a quasi-experimental approach with a pretest-posttest design and included a control group. The statistical population consisted of infertile women who were referred to the Isfahan Infertility Center in the autumn quarter of 2018. For this study, thirty individuals were selected using the available sampling method and then randomly assigned to either the experimental or control group, with fifteen participants in each group. The experimental group underwent an eight-session mindfulness-based psychotherapy program, each lasting sixty minutes, over the course of two months. The questionnaires utilized in the study were the Multidimensional Sexuality Questionnaire (MSQ) and the Hurlbert Index of Sexual Desire (HISD). Data analysis was conducted using analysis of covariance.

Results: The analysis of covariance results revealed that mindfulness-based psychotherapy had a significant impact ($P < 0.05$) on sexual desires, sexual anxiety, and sexual assertion in the experimental group compared to the control group.

Conclusions: The results of this study indicate the impact of mindfulness-based psychotherapy on sexual desire, sexual anxiety, and sexual assertiveness in infertile women, suggesting it is an effective method.

Keywords

Mindfulness Based Psychotherapy, Sexual Desires, Sexual Anxiety, Sexual Assertiveness, Infertile Women

*Corresponding Author

Study Type: Original

Received: 22 Oct 2021

Accepted: 05 Dec 2023

Please cite this article as follows:

Soltanizadeh M. The effectiveness of mindfulness-based psychotherapy on sexual desires, sexual anxiety, and sexual assertiveness in infertile women in Isfahan. Quarterly Journal of Social work. 2023; 12 (3); 30-41

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی زنان نابارور شهر اصفهان

محمد سلطانی‌زاده*: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. mohammad.soltanizadeh@pnu.ac.ir

واژگان کلیدی

روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تمایلات جنسی، اضطراب جنسی، قاطعیت جنسی، زنان نابارور

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۳۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۴

چکیده

پیشگفتار: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی زنان نابارور شهر اصفهان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌آماری شامل زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان در سه ماهه پاییز سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد سی نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه در هر گروه پانزده نفر گمارده شدند. گروه آزمایش روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را طی دو ماه در هشت جلسه شصت دقیقه‌ای دریافت نمود. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه چندوجهی مساله‌های جنسی MSQ و پرسشنامه تمایلات جنسی HISD بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه تاثیر معناداری ($P < 0/05$) داشته است.

پی‌آمد: نتایج پژوهش حاکی از تاثیر روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی در زنان نابارور است و می‌توان از آن به‌عنوان روشی کارآمد بهره گرفت.

محمد سلطانی‌زاده. اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی زنان نابارور شهر اصفهان. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۲؛ ۱۲ (۳): ۴۱-۳۰

نحوه استناد به مقاله

دبیاجه

ناباروری به عنوان ناتوانی در بارداری پس از گذشت یک سال یا بیشتر از مقاربت منظم و محافظت نشده بدون استفاده از روش های پیشگیری از بارداری تعریف می شود. [۱] ناباروری یکی از نگرانی های اصلی سلامت است و تقریباً پنجاه میلیون زوج را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار می دهد. [۲] سازمان بهداشت جهانی WHO گزارش می دهد که از هر چهار زن در کشورهای در حال توسعه یک نفر نابارور است. [۳] در ایالات متحده آمریکا تقریباً هشت و هشت دهم درصد از زنان متاهل پانزده تا چهل و نه ساله نابارور هستند. [۴] در ایران نیز طبق آمار گزارش شده بین سه تا چهار میلیون زوج نابارور زندگی می کنند و سالانه حدود پانزده درصد به این تعداد افزوده می شود. [۵] ناباروری اگرچه به عنوان بیماری محسوب نمی شود ولی با توجه به این که تمام جنبه های زندگی فرد را تحت تاثیر خود قرار می دهد، می تواند باعث بروز اختلال های جسمانی و عاطفی شود. [۶] پژوهش ها نشان می دهد تشخیص ناباروری با افزایش شیوع اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس همراه است. [۷ و ۸] این اختلالات باعث بی ثباتی افراد، روابط بین فردی و زندگی زناشویی می شود. [۹] علاوه بر این ناباروری ممکن است بر سطح روابط زناشویی زوجین نیز تاثیر بگذارد. [۶] لذا یکی از متغیرهایی که در این گروه از زنان اهمیت دارد، تمایلات جنسی است. [۱۰] تمایلات جنسی اغلب به عنوان یک حالت انگیزشی با آگاهی ذهنی برای دستیابی به چیزی که در حال حاضر دست نیافتنی است؛ تعریف می شود، جایی که ترکیبی از نیروها ما را به سمت وسوی رفتار جنسی سوق می دهد. تمایلات جنسی آن قدر برای درک عملکرد جنسی ضروری است که بحث در مورد عملکرد جنسی بدون اشاره به آن ناقص خواهد بود. [۱۱] تمایل نداشتن به ارتباط جنسی در زنان، سبب بروز آسیب های روان شناختی و هیجانی متعدد در این افراد و کاهش رضایت زناشویی و افزایش فرسودگی زناشویی می شود. [۱۲] مطالعات نشان می دهد که ناباروری از عواملی به شمار می رود که بر روی تمایلات جنسی زوجین و به خصوص زنان تاثیر بسزایی دارد. در چنین شرایطی فعالیت جنسی با احساس ترس، شکست، نا کفایتی و از دست رفتن همراه شده و یا حالت اجبار پیدا می کند که سرانجام منجر به کاهش میل جنسی یا سایر اختلال های جنسی می شود. [۱۳] به طور کلی پژوهش ها نشان می دهد ناباروری از عواملی است که بر روی تمام حوزه های عملکرد جنسی، از جمله تمایلات جنسی در زنان تاثیر زیادی دارد. [۱۴-۱۶]

یکی دیگر از پیامدهای روانی ناباروری، اضطراب جنسی است. [۱۷] سازمان بهداشت جهانی، اضطراب را مجموعه ای از تظاهرات عضوی و روانی تعریف می کند که نتوان آن را به خطر مشخصی نسبت داد و نشانه ها به صورت حمله یا حالتی مداوم ادامه یابند. [۱۸] اضطراب جنسی یک انتظار کلی برای مجازات غیر اختصاصی بیرونی برای نقض یا پیش بینی نقض استانداردهای هنجاری درک شده از رفتار جنسی قابل قبول [۱۹] و همچنین به عنوان تمایل به تجربه افکار نگران کننده، ناراحتی، ترس یا اجتناب از قرار گرفتن در معرض زمینه ها یا نشانه های جنسی تعریف می شود. به نظر می رسد این ترس و دلهره ها بیشتر ناشی از تصورات تحریف شده ای درباره رابطه جنسی است که فرد در طول سال های رشد خود، از اطلاعات غیر علمی و از منابعی مانند دوستان، آشنایان و کتاب ها دریافت می کند. [۲۰] نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که برای زنان و خصوصاً افرادی که در مورد بسیاری از مساله ها در طول تجارب ذهنی مضطرب و نگران هستند رابطه جنسی رضایت بخش نیست. [۲۱] اکثر مطالعات نشان می دهند که کیفیت زناشویی زوج های نابارور کاهش می یابد و این می تواند با نشانه های اضطراب زوجین مرتبط باشد. [۲۲] علاوه بر پدید آمدن اضطراب جنسی، بروز ناباروری ممکن است بر قاطعیت جنسی زنان نابارور نیز تاثیرگذار باشد. [۲۳] قاطعیت جنسی را می توان توانایی ارتباط با نیازهای جنسی و شروع رفتار جنسی مطلوب با شریک زندگی تعریف کرد. [۲۴] قاطعیت جنسی به توانایی فرد در تشخیص، اولویت بندی و بیان محدودیت ها، نیازها و خواسته های خود در روابط جنسی اشاره دارد و شامل ساختارهایی مانند توانایی شروع فعالیت جنسی، نپذیرفتن فعالیت های جنسی ناخواسته و استفاده از داروهای ضد بارداری می باشد که می تواند به بهبود رفتارهای جنسی سالم کمک کند. سطوح بالای قاطعیت جنسی با افزایش میل جنسی و فعالیت جنسی، ارگاسم، رضایت جنسی و رضایت زناشویی و کاهش رفتارهای جنسی پرخطر مرتبط است. قاطعیت جنسی رابطه مستقیمی با عزت نفس جنسی، رضایت جنسی و زناشویی دارد و به افزایش رضایت از روابط کمک می کند. [۲۵] با توجه به سطح اضطراب بالا و حرمت نفس پایین زنان نابارور [۲۶] می توان انتظار داشت که زنان نابارور از قاطعیت جنسی کمتری نسبت به زنان بارور برخوردارند. این موضوع در نتایج پژوهش صیادپور و صیادپور [۲۳] نیز به اثبات رسیده است. ناباروری و استرس ناشی از آن منجر به کاهش عزت نفس، کاهش

میل جنسی، افزایش تعارضات بین فردی و کاهش ارتباطات اجتماعی در زوجین نابارور می شود و این اثرات مخرب و منفی در زنان بیشتر از مردان است. باید تاکید نمود که اغلب، درمان فیزیکی ناباروری به تنهایی کافی نمی باشد. توجه به نیازهای روانی زوج های نابارور، یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری می باشد. [۱۷] نتایج مطالعات در زمینه اختلالات روان شناختی در زنان نابارور نشان داد که درمان مشکلات روان شناختی زنان نابارور کمتر مورد توجه قرار گرفته است و اکثر درمان های به کاررفته بر جنبه جسمانی اختلال تمرکز دارند. [۲۷] بر این اساس انجام مداخله های روان شناختی برای اثربخشی بهتر راهبردهای درمانی ناباروری ضروری می باشد. یکی از این رویکردهای درمانی ذهن آگاهی است که در دهه ۱۹۷۰ در مرکز پزشکی ماساچوست توسط کابات زین معرفی گردیده است. [۲۸] کابات زین، ذهن آگاهی را به عنوان توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان حال و خالی از پیش داوری و قضاوت تعریف کرده است. [۲۹] ذهن آگاهی از مجموعه ای اقدامات ساده ولی قدرتمند تشکیل شده است که در زندگی روزمره به کار می رود و به شکسته شدن چرخه ناخشنودی ها، اضطراب، استرس و خستگی ذهنی کمک می کند. [۳۰] کابات زین در ابتدا ذهن آگاهی را برای درمان دردهای مزمن توسعه داد و از آن زمان، روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داده است که در درمان طیف وسیعی از مشکلات فیزیکی، بیماری های مزمن و مشکلات روانی و رفتاری متعدد که بسیار از آن ها می توانند بر سلامت جنسی تاثیر بگذارند؛ موفق بوده است. [۳۱] تحقیقات گسترده ای کارآمدی روش درمانی ذهن آگاهی را در حیطه های مختلفی از قبیل

اختلالات جنسی مرتبط با اضطراب، [۳۲-۳۵] فرسودگی زناشویی، [۳۶] استرس پس از سانحه [۳۷] و تمایلات جنسی نشان داده است. [۴۱-۴۸] با توجه به مطالبی که بیان شد باید اشاره داشت که باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی ترین محرک های انسانی است. شکست در تلاش برای بارداری و داشتن فرزند می تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد. [۴۲] بر همین اساس یکی از موضوعات قابل توجه که ضرورت این پژوهش را روشن می کند، اهمیت و حساسیت بیشتر باروری در جامعه ایرانی است که به عنوان جامعه ای مذهبی و دینی، ارزش زیادی به خانواده و تداوم می گذارد. همچنین مشکل ناباروری به خودی خود برای زنان از مشکلات بسیار دشوار است که تمام ابعاد زندگی آن ها را تحت تاثیر قرار می دهد. بی توجه به اختلالات هیجانی زنان نابارور و نشانه های ثانویه ناباروری در آن ها به ویژه کاهش سلامت روانی، چرخه معیوبی را ایجاد می کند که احتمال درمان ناباروری را نیز کاهش می دهد. بر اساس نتایج مطالعات پیشین، بیست و پنج تا شصت درصد زوج های نابارور از آسیب های روان شناختی رنج می برند و این آسیب ها در زنان بیشتر از مردان است. [۴۳] ناباروری بحرانی است که در صورت حل نشدن و یا مداخله نامناسب، می تواند به دنبال خود زنجیره ای از آسیب ها و مشکلات اجتماعی و خانوادگی را برای زن و شوهرهای نابارور به همراه داشته باشد. آسیب ها و مشکلاتی که نه تنها دامن گیر خانواده های زوجین نابارور و تهدیدکننده امنیت آنان می باشد، بلکه در جامعه بزرگتر نیز تاثیرات مخرب خود را به جا خواهد گذاشت. بر همین اساس مساله اساسی و آنچه در این پژوهش مدنظر بود، مشخص کردن مداخله بهنگام جهت پیشگیری و درمان اثرات زیان آور روان شناختی در زنان نابارور می باشد. به تازگی استفاده از مداخله های درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و پژوهش در این زمینه رو به افزایش است؛ که گاهی نتایج متناقضی باهم داشته اند. به طور کلی محققان نشان داده اند که استفاده از درمان ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و استرس ادراک شده و نگرش های ناکارآمد ارتباط دارد. با این حال یافته های مربوط به پژوهش های گذشته نشان می دهد، در ایران پژوهشی که به طور مستقیم بر روی زنان نابارور به بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر متغیرهای مورد بحث این پژوهش پرداخته باشد؛ انجام نشده است. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی زنان نابارور شهر اصفهان است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان نابارور با دامنه سنی بیست تا چهل سال مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان در سه ماهه پاییز سال ۱۳۹۷ بود. گروه نمونه

شامل سی نفر بود که از طریق مراجعه پژوهشگر به مرکز باروری و ناباروری رویان و گزینش در دسترس انتخاب و بعد از همتاسازی براساس متغیرهای سن، تحصیلات و مدت زمان ناباروری به صورت کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، پانزده نفر در هر گروه گمارش شدند. دلیل استفاده از روش نمونه گیری در دسترس شرایط خاص شرکت کنندگان و داوطلبانه بودن شرکت آن‌ها در پژوهش بود. مداخلات درمانی ذهن آگاهی برای گروه آزمایش در کلینیک روانشناسی طی هشت جلسه شصت دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار برگزار شد. گروه گواه هیچ گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود و خروج

ورود: زنان نابارور، دامنه سنی بین بیست تا چهل سال، تمایل و رضایت جهت شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن دیگر

خروج: غیبت بیش از دو جلسه، تمایل نداشتن به حضور و ادامه همکاری در فرآیند پژوهش، بارداری در طول انجام پژوهش و بروز سایر عواملی که آزمودنی را مجبور به دریافت درمان‌های دیگر روان‌شناختی می‌کرد. **ملاحظات اخلاقی:** اخذ رضایتنامه کتبی از شرکت کنندگان برای مشارکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات به دست آمده و اجرای جلسات آموزشی برای گروه گواه پس از اتمام فرآیند پژوهش، از جمله ملاحظات اخلاقی بود که به آن توجه شد.

جمع‌آوری داده‌ها و مداخله توسط پژوهشگر آموزش دیده تحت راهنمایی و نظارت مستقیم پژوهشگر دارای بیش از پانزده سال سابقه روان درمانی و تجربه در این زمینه است؛ اجرا گردید.

ابزار پژوهش

پرسشنامه چندوجهی مساله‌های جنسی MSQ: این مقیاس شصت ماده‌ای توسط اسنل، فیشر و والترز در سال ۱۹۹۳ تهیه و مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه یک ابزار خود سنجی است که برای اندازه گیری دوازده زیر مقیاس از مساله‌های جنسی انسان به نام‌های حرمت جنسی، اشتغال ذهنی جنسی، کنترل جنسی درونی، آگاهی جنسی، انگیزش جنسی، اضطراب جنسی، قاطعیت جنسی، افسردگی جنسی، کنترل جنسی بیرونی، نظارت جنسی، ترس از رابطه جنسی و رضایت جنسی طراحی شده است که تمام ابعاد فوق بعد روانی کنش جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. در پژوهش حاضر از سوالات مربوط به خرده مقیاس‌های اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی استفاده شده است. پرسشنامه چندوجهی مساله‌های جنسی دارای شصت عبارت است که آزمودنی‌ها باید مشخص کنند هر عبارت چقدر با دانش و نگرش آن‌ها تناسب دارد. سوالات پرسشنامه به وسیله مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از صفر یا اصلاً تناسب ندارد تا چهار یا خیلی تناسب دارد؛ نمره گذاری می‌شود. ضرایب آلفا برای دوازده

خرده مقیاس این پرسشنامه بین هفتاد و یک صدم تا نود و چهار صدم در نوسان قرار دارد. [۴۴] همچنین ضرایب پایایی‌های بازآزمایی نیز از پنجاه صدم تا هشتاد و شش صدم متغیر است. [۴۵] همچنین آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش نطاق و کیانی هشتاد و دو صدم گزارش شده است. [۴۶] **پرسشنامه تمایلات جنسی HISD:** این مقیاس در سال ۱۹۹۲ توسط اپت و هالبرت طراحی شده است. این پرسشنامه شامل بیست و پنج سوال است که میزان تمایل جنسی آزمودنی را به صورت کم، متوسط، زیاد مورد سنجش قرار می‌دهد، به این صورت که هر آیت به وسیله مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از صفر یا همیشه چنین تمایلی دارم تا چهار یا هرگز چنین تمایلی ندارم؛ نمره گذاری می‌شود. نمره کل این پرسشنامه با جمع نمرات بیست و پنج ماده به دست می‌آید. سوال‌های یک، سه، پنج، هفت، نه، ده، دوازده، سیزده، هفده، هجده، نوزده و بیست به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. حداقل نمره ممکن صفر و حداکثر صد خواهد بود. نمره بین صفر تا بیست و پنج به معنای تمایل جنسی کم، نمره بین بیست و پنج تا پنجاه تمایل جنسی متوسط و نمره پنجاه تا صد نشان‌دهنده تمایل جنسی زیاد است. [۴۷] هالبرت ۱۹۹۳ پایایی این پرسشنامه به شیوه آزمون-بازآزمون هشتاد و شش صدم و ضرایب همسانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ هشتاد و نه صدم گزارش شده است که در سطح رضایت بخشی قرار دارند. [۴۸] یوسفی و همکاران در پژوهش خود ضریب همسانی درونی کل ماده‌های پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ نود و دو صدم برای بیست و پنج سوال گزارش کرده‌اند. [۴۹] **روند اجرای پژوهش:** پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرآیند نمونه گیری، تعداد سی زن نابارور انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، در هر

جدول (۱) راهنمای عملی پژوهش و جلسات آموزشی ذهن آگاهی

جلسه // محتوای جلسات

۱ // معارف و آشنایی با ذهن آگاهی. آموزش مراقبه بررسی بدن با تاکید بر آگاهی یافتن از فعالیت های جسمی مانند غذا خوردن هوشیارانه و قدم زدن هوشیارانه و تمرین خوردن کشمش.

۲ // ادامه واریاسی احساس های جسمی. آموزش مراقبه با آگاهی از تنفس، متمرکز کردن توجه به بخش های مختلف بدن، تشویق شدن زنان به بیان احساسات در هر ناحیه از بدنشان و آگاه شدن از رخدادهای ذهنی متعاقب آن افکار، عقاید و دیگر فعالیت های شناختی.

۳ // آگاه شدن از حرکات دقیق و ظریف بدن زنان به عنوان مرکز توجه مثل تمرین اسکن بدن، شرکت کنندگان برای توجه به بخش های مختلف اندام های جنسی راهم نمایی شدند تا احساسات مربوط به آن اندام را شناسایی کنند.

۴ // آموزش و تمرین ذهن آگاهی با تاکید بر ادراک احساس های بدنی، به اندام تناسلی خودشان به عنوان مرکز توجه. از آن ها خواسته شد که اندام تناسلی خود را با آینه ای که در دست دارند مشاهده کنند و علاوه بر توجه لحظه به لحظه به اندام و احساس های بدنی خود به افکار و احساسات و عقایدی که در نتیجه این تمرین بینایی به وجود می آید توجه کنند.

۵ // تمرین ذهن آگاهی نشسته با تاکید بر استرس و روش های برخورد با آن در شرایط خاص، تمرین خانگی ادامه واریاسی احساس های بدنی، بحث در مورد جلوگیری از افکار و خطاهای منطقی تفکر خود آیند. از مدل رفتاری شناختی برای به تصویر کشیدن ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار استفاده شد.

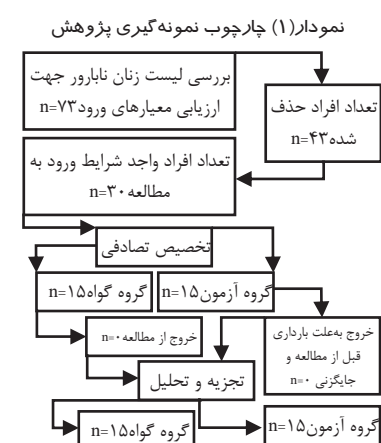
۶ // ادامه واریاسی احساس های بدنی، تکرار تمرین ذهن آگاهی اندام جنسی؛ از دو جلسه پیش به آن ها آموزش توجه لحظه به لحظه به اندام تناسلی بدون قضاوت داده شد اما این بار به استفاده از لمس نیز تشویق شدند. این تمرین خود ارضایی نیست و صرفاً جهت افزایش آگاهی ذهنی از احساسات اندام تناسلی طراحی شده است.

۷ // صحبت و تمرین پیرامون استرس و ارتباط آن با تمرین خانگی شامل واریاسی احساس های بدن و بعد از آن معرفی احساسات برای استفاده همراه با شریک هر فرد در تنظیم کردن احساسات و ریلکس کردن خود و دادن بازخورد به شریک جنسی خود در مورد چگونگی لمس شدن.

۸ // مرور کلی جلسات، همچنین از زنان خواسته شد هیجان جنسی را که تجربه کردند، به احساس های همراه این هیجان، به همان شکلی که تمرین مربوط به اسکن بدن را توجه کردن انجام بدهند دستورالعمل ها به زنان داده شد تا با استفاده از یکی از این روش ها پاسخ برانگیختگی جنسی قوی تری ایجاد شود و سپس از این احساسات به عنوان تمرکز در ذهن آگاهی استفاده شود و حداقل هفته ای دو بار در منزل این کار را امتحان کنند. گرفتن بازخورد از شرکت کنندگان در مورد ذهن آگاهی و تمرین های در نظر گرفته شده.

گروه پانزده نفر گمارش شدند. شایان ذکر است بعد از اتمام نمونه گیری و قبل از انجام

مداخله، یکی از افراد گروه آزمایش به علت بارداری با روش لقاح خارج از رحم IVF ریزش داشت که با نفر دیگر جایگزین شد. لازم به ذکر است پس از انتخاب نهایی دو گروه آزمایش و کنترل و در طول انجام مداخله درمانی، با توجه به آگاه سازی شرکت کنندگان نسبت به فواید انجام پژوهش و



اطمینان دادن به آن ها در خصوص تامین سلامت آن ها، هیچ گونه ریزش نمونه وجود نداشت. تمامی شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون و قبل از شروع مداخله پرسشنامه های پژوهش را تکمیل کردند. گروه آزمایش مداخلات درمانی ذهن آگاهی را در طی دو ماه در هشت جلسه شصت دقیقه ای هفته ای یک بار دریافت نمود. گروه گواه هیچ گونه مداخله ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. عناوین جلسات آموزش ترکیبی از کتاب کاربرد توجه آگاهی در درمان افسردگی [۵۰] و پروتکل درمانی بروتو و همکاران [۵۱] که از حمایت تجربی گسترده ای در سایر جمعیت ها برخوردار است [۵۲] بود. محتوای جلسات آموزشی در جدول شماره یک آمده است. پس از پایان جلسات مداخله نیز در مرحله پس آزمون، کلیه شرکت کنندگان مجدد مورد سنجش قرار گرفتند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی به منظور حذف تفاوت های اولیه بین دو گروه آزمایش و گواه از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با خنثی کردن واریانس عامل پیش آزمون یا تفاوت های اولیه بین آزمودنی های دو گروه توسط نرم افزار SPSS24 استفاده گردید.

یافته ها

جدول شماره دو ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می دهد. در جدول شماره سه میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه های آزمایش و گواه به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای پژوهش آمده است. نتایج جدول شماره سه نشان می دهد میانگین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون در متغیرهای تمایلات جنسی و قاطعیت جنسی افزایش و در متغیر اضطراب جنسی کاهش یافته است. بنابراین به منظور بررسی معناداری این تفاوت ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای این منظور ابتدا پیش فرض های انجام تحلیل واریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، همسانی واریانس ها، همسانی ماتریس های واریانس - کوواریانس و شیب رگرسیون بررسی شدند. نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنف نشان داد همه متغیرهای پژوهش در هر دو گروه از توزیع نرمال و بهنجاری ($p < 0.05$) برخوردار هستند. نتایج آزمون لوین نشان دهنده همسانی واریانس ها در متغیرهای تمایلات جنسی ($F = 2.03$)، اضطراب جنسی ($F = 0.12$) و قاطعیت جنسی ($F = 0.09$) بود. نتایج آزمون ام باکس جهت همسانی ماتریس های واریانس - کوواریانس نیز نشان داد که در مرحله پس آزمون پیش فرض ماتریس های واریانس - کوواریانس برقرار ($p < 0.05$) بوده است. در ادامه نیز

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل									
متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون					
		میانگین	ا.ا	میانگین	ا.ا				
ت.ج. **	آزمایش	۵۹/۸۳	۱۴/۲	۶۵/۸۰	۱۴/۹				
	کنترل	۵۸/۴۰	۱۶	۶۰/۰۷	۱۵/۷				
	آزمایش	۶/۲۰	۳	۴	۲/۵				
ا.ج. **	کنترل	۶/۲۷	۳/۵	۶	۳/۳				
	آزمایش	۱۰	۳/۷	۱۳/۱۳	۳/۹				
	کنترل	۱۰/۴۰	۴/۳	۱۰/۴۷	۴/۲				
** ت.ج.: تمایلات جنسی، ا.ج.: اضطراب جنسی، ق.ج.: قاطعیت جنسی									
: انحراف استاندارد									

جدول (۴) نتایج تحلیل کوواریانس						
منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجزورات	DF	F	معنا داری	مجذور توان آزمون
پیش آزمون	ت.ج. *	۶۴۷۶/۷	۱	۱۷۲۹/۲	۰/۰۱	۰/۹۸۵
	ا.ج. *	۲۰۹/۹	۱	۱۷۷/۳	۰/۰۱	۰/۸۷۲
	ق.ج. *	۴۰۲/۷	۱	۳۰۰/۸	/۰۰۱	۰/۹۲۰
گروه	ت.ج. *	۱۴۰/۰۶	۱	۳۷/۴	۰/۰۱	۰/۵۸۱
	ا.ج. *	۲۷/۵	۱	۲۳/۲	۰/۰۱	۰/۴۷۲
	ق.ج. *	۶۹/۱	۱	۵۱/۶	۰/۰۱	۰/۶۶۵
** ت.ج.: تمایلات جنسی، ا.ج.: اضطراب جنسی، ق.ج.: قاطعیت جنسی						

جدول (۲) ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان					
متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه		
	میانگین	ا.ا	میانگین	ا.ا	
سن	۳۱/۷۳	۵/۴۱	۳۱/۵۳	۵/۲۸	
متغیر	فراوانی		درصد		
	دیپلم	۸	۵۳/۳	۷	۴۶/۷
تحصیلات	لیسانس	۴	۲۶/۷	۶	۴۰
	فوق‌لیسانس +	۳	۲۰	۲	۱۳/۳
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰
	طول مدت ناباروری (سال)	زیر سه	۲	۱۳/۳	۳
	۳ الی ۵	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳
	+۵	۹	۶۰	۷	۴۶/۷
	کل	۱۵	۱۰۰	۱۵	۱۰۰

پیش‌آزمون، بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیر قاطعیت جنسی تفاوت معناداری ($F=51/6, p<0/05$) وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رواندرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر قاطعیت جنسی نیز تاثیر دارد. از سوی دیگر با در نظر گرفتن ضریب اتا می‌توان گفت شصت و شش درصد این تغییرات ناشی از اثر درمان است. در نتیجه با توجه به میانگین نمرات متغیرهای تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی می‌توان گفت رواندرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش تمایلات جنسی، قاطعیت جنسی و کاهش اضطراب جنسی زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون شده است.

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل									
متغیر		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		میانگین		میانگین	
گروه		۱۴/۲		۱۴/۲		۱۴/۲		۱۴/۲	
ت.ج.ت.	آزمایش	۵۹/۷۳	۱۶	۵۹/۷۳	۱۶	۱۴/۲	۱۶	۱۴/۲	۱۶
	کنترل	۵۸/۴۰	۱۶	۵۸/۴۰	۱۶	۱۴/۲	۱۶	۱۴/۲	۱۶
	آزمایش	۶۲/۲۰	۳	۶۲/۲۰	۳	۱۴/۲	۳	۱۴/۲	۳
	کنترل	۶۲/۲۷	۳/۵	۶۲/۲۷	۳/۵	۱۴/۲	۳/۵	۱۴/۲	۳/۵
ت.ج.ت.	آزمایش	۱۰	۳/۷	۱۰	۳/۷	۱۰	۳/۷	۱۰	۳/۷
	کنترل	۱۰/۴۰	۴/۳	۱۰/۴۰	۴/۳	۱۰/۴۰	۴/۳	۱۰/۴۰	۴/۳
	آزمایش	۱۰	۳/۷	۱۰	۳/۷	۱۰	۳/۷	۱۰	۳/۷
	کنترل	۱۰/۴۰	۴/۳	۱۰/۴۰	۴/۳	۱۰/۴۰	۴/۳	۱۰/۴۰	۴/۳

نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح $p<0/05$ حمایت می‌کند. با توجه به جدول شماره چهار، با کنترل اثرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیر تمایلات جنسی تفاوت معناداری ($F=37/4, p<0/05$) وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رواندرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی تاثیر دارد. از سوی دیگر با در نظر گرفتن ضریب اتا می‌توان گفت پنجاه و هشت درصد این تغییرات ناشی از اثر درمان است. همچنین نتایج نشان می‌دهد با کنترل اثرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های مورد مطالعه از نظر متغیر اضطراب جنسی تفاوت معناداری ($F=23/2, p<0/05$) وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رواندرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب جنسی تاثیر دارد. از سوی دیگر با در نظر گرفتن ضریب اتا می‌توان گفت چهل و هفت درصد این تغییرات ناشی از اثر درمان است. نتایج دیگر این پژوهش نیز نشانگر این است که با کنترل اثرات

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی زنان نابارور شهر اصفهان بود. یافته‌ها نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی برافزایش تمایلات جنسی زنان نابارور تاثیر دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های بروتو و باسون، [۳۸] سامرز، [۳۹] نوروزی و همکاران [۴۰] و پترسون و همکاران [۴۱] همسو است. نتایج پژوهش بروتو و باسون نشان داد گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور قابل توجهی میل جنسی و سایر شاخص‌های پاسخ جنسی را بهبود می‌بخشد و باید در درمان اختلال عملکرد جنسی زنان مورد توجه قرار گیرد. نتایج پژوهش سامرز حاکی از آن بود که ذهن آگاهی به‌عنوان یک روش درمانی یکپارچه، موثر و اساسی در کار با زوج‌ها و با زنان و مردان مجرد مبتلا به اختلالات جنسی از قبیل اختلالات تمایل، مفید است. نتایج پژوهش نوروزی و همکاران نیز نشان داد درمان ذهن آگاهی می‌تواند در کنار سایر مداخلات مثل دارودرمانی و مداخلات پزشکی در بهبود میل و تحریک جنسی زنان موثر واقع شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت در زنان نابارور فعالیت‌های جنسی از هدف‌های تولید مثل و باروری جدا شده و کسب لذت را با مشکلات گوناگون مانند نافروانی، ناکامروایی، اجتناب، ناشهوت انگیزی و امثال آن همراه می‌سازد. همچنین به دلیل تمرکز بر هدف‌های معمولاً تحقق‌ناپذیر زیستی و اجتماعی تولیدمثل و پیامدهای روان‌شناختی نامطلوب آن به تقویت فزاینده رابطه شرطی زناشویی-ناکامی می‌انجامد و به‌صورت غیرمستقیم مشکلات جنسی را افزایش می‌دهد. ناباروری با کم‌رنج کردن احساسات مادری و همسر، تهدید هدف ازدواج و ادامه زندگی، تشدید احساس

خود کوچک بینی و گناه، سرزنشگری، نگرانی ها و نشانگان مرتبط با درگیری های جسمانی، عاطفی و پزشکی شامل سوگ، انکار، عصبانیت، اضطراب، افسردگی و به ویژه اختلال در عزت نفس و تصویر بدنی، رفتار و رضایت جنسی زن نابارور را تحت تاثیر قرار می دهد. سازوکارهای یاد شده هر یک به عنوان عاملی استرسزا و بازدارنده در برابر فعالیت بهنجار تمایلات و کنشوری جنسی فعال می شوند. [۸] با آموزش مهارت های ذهن آگاهی افراد می توانند یاد بگیرند که به تجارب درونی و بیرونی خود بدون ارزیابی و تفسیر توجه کنند و پذیرش، گشودگی و مهربانی را با تجارب خود، حتی تجاربی که برخلاف انتظارات و خواسته های آنان است، همراه کنند. برای افرادی که تمرین های ذهن آگاهی را انجام می دهند، مهم است که هشیارانه مهربانی، اشتیاق و گشودگی را با آگاهی همراه کنند. با انجام تمرین هدفمند، فرد قادر می شود تا به تجارب خود علاقه نشان داده و بیش از اندازه این تجارب را در ذهن خود نگه نمی دارد و بر تجارب جدیدی که در هر لحظه به وجود می آید، متمرکز می شود. با داشتن یک نگرش صبورانه و مشفقانه نسبت به تمرینات توجه، فرد می تواند به راحتی تجارب آزاردهنده را کنار بگذارد. در حقیقت، توجه بدون داشتن کیفیت مهربانی به تمرینات ذهن آگاهی، می تواند باعث شود فرد تجارب خود را محکوم کند یا در مورد آن ها قضاوت انجام دهد. چنین رویکردی ممکن است پیامدهای متضاد با هدف تمرین داشته باشد. بنابراین ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپچ فرو کاهنده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه های جدید و پدید آیی افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود [۳۵]

به نحوی که تمایلات فرد ارضا خواهد شد. یافته دیگر این پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب جنسی زنان نابارور تاثیر دارد. این یافته با یافته های پژوهش های کیمز و همکاران، [۳۲] روزنبام [۳۳] همسو است. نتایج پژوهش کیمز و همکاران در خصوص عرضه مدل درمانی برای اختلالات جنسی مرتبط با اضطراب با استفاده از مراقبه ذهن آگاهی نشان داد که این مدل پیشنهادی برای درمان اختلالات جنسی مرتبط با اضطراب موثر بوده است. همچنین روزنبام در پژوهش خود به این نتیجه دست یافت که رویکرد یکپارچه مبتنی بر ذهن آگاهی برای درمان زنان مبتلا به درد و اضطراب جنسی مناسب می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت در باور عمومی اکثریت افراد جامعه، ناباروری یک انگ محسوب می شود و توجه به این مساله که فرد نابارور به طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی تواند فرآیند تولید مثل را دنبال نماید بر اهمیت آن می افزاید و ناباروری را به یک اضطراب تبدیل می نماید. همچنین در زوجین تصور این موضوع که از به دست آوردن محصول زیست شناختی زندگی مشترکشان محروم هستند، نه تنها مفهوم زندگی، بلکه مفهوم روابط بین فردی آنان را نیز مخدوش می کند. پژوهشگران، بروز رفتارهای تکانشی و خشم های پراکنده، احساس درماندگی و احساس بی ارزشی و بی کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه همراه با درمان های درازمدت و بعضاً ناموفق و باورهای منفی نسبت به خود را در مورد این افراد گزارش کرده اند. [۷] ذهن آگاهی به عنوان توجه و آگاهی به تجربیات لحظه به لحظه به صورتی پذیرنده، تعریف می گردد. بنابراین شامل تنظیم توجه، حضور در لحظه حال و پذیرش احساسات چه خوشایند و چه ناخوشایند است. یکی از مزایای ذهن آگاهی تعامل و درک وضعیت فیزیولوژیکی فرد است. افزایش مهارت های ذهن آگاهی و پذیرش و همچنین نشناختن اندیشه ها و احساسات، به زنان کمک می کند که حالت های منفی درونی خود را با روش های جدید تجربه کنند. برنامه ذهن آگاهی سبب کاهش اضطراب در زنان شده و زنان در برنامه ذهن آگاهی خود و تجربیات خود در زمان حال را پذیرفته و برنامه ذهن آگاهی می تواند یک موضع خودپذیرفتن در فرد ایجاد کرده و سلامتی فرد را وابسته به دیگران نکند. عوامل مرتبط با ذهن آگاهی باعث واکنش پذیری و استرس کمتر است و سرکوب کردن پاسخ های اضطرابی را پیش بینی می کنند. [۳۴]

همچنین یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش قاطعیت جنسی زنان نابارور تاثیر دارد. طبق بررسی های به عمل آمده توسط پژوهشگر، پژوهشی که به طور مستقیم با این نتایج همسو باشد، یافت نشد. در تبیین این یافته می توان گفت ناباروری به عنوان یکی از عوامل استرسزا می تواند زندگی زوجین را از زوایای مختلف تحت تاثیر قرار دهد، به گونه ای که باعث خشونت شوهران در مورد زنان نابارور خود شود و آسیب هایی جدی را در

پیشنهادهای: با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود کلینیک‌ها و مراکز تخصصی ناباروری به استفاده از دوره‌های ذهن آگاهی به منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی و به عنوان مکمل درمان‌های پزشکی زنان نابارور اقدام نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تاثیر مداخله درمانی ذهن آگاهی با درمان‌های دیگر مانند شناختی رفتاری، طرح‌واره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی مورد مقایسه قرار گیرد.

سپاسگزاری: به این وسیله از تمامی زنان نابارور و همچنین از مدیریت و کارکنان محترم مرکز باروری و ناباروری اصفهان رویان به جهت همکاری در این پژوهش قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع: نویسنده مقاله متعهد می‌شود در این مقاله هیچ نوع تضاد منافی با اشخاص یا نهادها و سازمان‌ها ندارد.

روابط بین فردی آنان به وجود آورد. ذهن آگاهی فرد را از طریق آگاهی لحظه به لحظه و جهتگیری رفتاری مبتنی بر مسوولیت عاقلانه به جای واکنش پذیری خودکار به ایجاد رابطه‌ای متفاوت با احساس‌های درونی و حوادث بیرونی قادر می‌سازد. ذهن آگاهی می‌تواند از طریق بازداري قشری سیستم لیمبیک به طور موثر بر واکنش‌های هیجانی اعمال کنترل نماید که این اعمال کنترل با به کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از قبیل توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاو و دلسوزی انجام می‌گیرد. در مجموع تاثیر ذهن آگاهی بر قاطعیت جنسی به این صورت است که باور افراد به توانایی‌هایشان حتی در مواقعی که فرد دچار نقصی در بدن خود می‌شود، می‌تواند عملکردهای او را ثابت نگه دارد. با این باور، فرد می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد و احساس کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. در حقیقت ذهن آگاهی با کاهش ارزیابی‌های منفی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی و انتخاب استراتژی‌های موثر، می‌تواند باعث شود فرد امیال جنسی خود را به طور صریح بیان کنند و نقش فعالی نیز در روابط جنسی خود داشته باشند که به تبع آن جرات‌ورزی در رابطه جنسی نیز افزایش خواهد یافت.

راه‌بست‌ها: از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به برگزار نشدن مرحله پیگیری، خود گزارشی بودن ابزار پژوهش و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که تا حدودی از تعمیم نتایج پژوهش می‌کاهد، اشاره نمود.

منابع

References:

1. Dutta D, Dasgupta A, Roy S, Taklikar CS, Ghosh D, Paul B. Does infertility affect the quality of life of infertile women? A study in a gynecology outpatient department of a tertiary care hospital of Kolkata. Medical Journal of Dr. DY Patil Vidyapeeth. 2021; 14(6): 685-90. https://journals.lww.com/mjdy/Full-text/2021/14060/Does_Infertility_Affect_the_Quality_of_Life_of.18.aspx
2. Celse T, Cazin C, Miettton F, Martinez G, Martinez D, Thierry-Mieg N, Septier A, Guillemain C, Beurois J, Clergeau A, Mustapha SF, et al. Genetic analyses of a large cohort of infertile patients with globozoospermia, DPY19L2 still the main actor, GGN confirmed as a guest player. Human Genetics. 2021 Jan; 140(1):43-57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33108537/>
3. Yilmaz T, Yazici S, Benli T. Factors associated with infertility distress of infertile women: a cross-sectional study. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2020 Oct 1; 41(4): 275-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31902289/>
4. Öztürk R, Bloom TL, Li Y, Bullock LF. Stress, stigma, violence experiences and social support of us infertile women. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2021 Mar 15; 39(2): 205-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32338526/>
5. Rezaei S, Safara M, Mosavinezhad S. The role of infertility stress and defeat in predicting the quality of infertile women's marital relationship. Qom University Medical Science Journal. 2021; 15 (2):140-149. [Persian] <https://journal.muq.ac.ir/article-1-3116-en.html&sw=Mosavinezhad>
6. Hasanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. The effectiveness of transactional analysis therapy on emotion regulation strategies and sexual function of infertile women. Nursing and Midwifery Journal. 2018 Sep 10; 16(5): 373-81. [Persian] https://unmf.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=3553&sid=1&slc_lang=en
7. Tabrizi G, Tabrizi S, Vatankhah M. Female infertility resulting in sexual disorders and wife abuse. Women Studies, 2011; 1(2): 1-9. [Persian] https://womenstudy.ihs.ac.ir/article_18.html?lang=en
8. Besharat M, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental

health and sexual problems. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2006; 12 (2):146-153. [Persian] https://ijpcp.iuims.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-24&slc_lang=en&sid=1

9. Ho T.T, Le M.T, Truong Q.V, Nguyen V.Q, Cao N.T. Psychological burden in couples with infertility and its association with sexual dysfunction. *Sexuality and Disability*. 2020 Mar; 38(1):123-33. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11195-019-09612-4>

10. Mirblouk F, Asgharnia M, Solimani R, Fakor F, Salamat F, Mansoori S. Comparison of sexual dysfunction in women with infertility and without infertility referred to Al-Zahra Hospital in 2013-2014. *International Journal of Reproductive Biomedicine*. 2016; 14 (2):117-124. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869153/>

11. Mark K, Herbenick D, Fortenberry D, Sanders S, Reece M. The object of sexual desire: Examining the "what" in "what do you desire?". *The Journal of Sexual Medicine*. 2014 Nov 1; 11(11):2709-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25131552/>

12. Azartash F, Shafiabadi A, Falsafi Nezhad M. Effectiveness of the cognitive-behavioral therapy on the women's hypoactive sexual desire. *Women Studies*, 2022; 13(39): 3-17. [Persian] https://womenstudy.ihs.ac.ir/article_6787.html?lang=en

13. Nobre P.J, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research*. 2006 Feb 1; 43(1): 68-75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16817069/>

14. Okobi OE. A Systemic Review on the Association between Infertility and Sexual Dysfunction among Women Utilizing Female Sexual Function Index as a Measuring Tool. *Cureus*. 2021 Jun; 13(6): e16006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34336497/>

15. Omani-Samani R, Amini P, Navid B, Sepidarkish M, Maroufizadeh S, Almasi-Hashiani A. Prevalence of sexual dysfunction among infertile women in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2019 Jan; 12(4): 278-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30291686/>

16. Ho T.T, Le M.T, Truong Q.V, Nguyen V.Q, Cao N.T. Validation of the Vietnamese translation version of the female sexual function index in infertile patients. *Sexual Medicine*. 2020 Mar 1; 8(1): 57-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31669053/>

17. Bavazin F, Vieskarami H. The effect of relaxation techniques on the reduction of stress, sexual anxiety, communication concerns, and social concerns in females with infertility. *Iranian Journal Nursing Research*. 2018; 13 (2):10-16. [Persian] <https://ijnr.ir/article-1-2012-en.html>

18. Nosratabadi M, Afzali Grouh A. Effect of schematic therapy on anxiety and depression reduction and improving the sexual function of women with vaginismus. *Clinical Psychology and Personality*, 2020; 18(2): 11-19. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_3221.html?lang=en

19. Dang S.S, Northey L, Dunkley C.R, Rigby R.A, Gorzalka B.B. Sexual anxiety and sexual beliefs as mediators of the association between attachment orientation with sexual functioning and distress in university men and women. *The Canadian journal of human sexuality*. 2018 May; 27(1):21-32. <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/cjhs.2017-0025>

20. Lafortune D, Canivet C, Boislard M.A, Godbout N. Validation of a brief French version of the sexual anxiety scale. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 2021 Apr 1; 30(1): 94-105. https://www.researchgate.net/publication/350869427_Validation_of_a_brief_French_version_of_the_sexual_anxiety_scale

21. Hemati L, Shayan A, Soltani F. Prediction of sexual anxiety of women on the brink of marriage according to knowledge and sexual attitude. *Journal of Education and Community Health*. 2020; 7 (2):113-118. [Persian] <https://jech.umsha.ac.ir/Article/A-10-238-5>

22. Kiani Z, Simbar M. Infertility's hidden and evident dimensions: A concern requiring special attention in Iranian society. *Iranian Journal of Public Health*. 2019 Nov; 48(11):2114. [Persian] <https://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/18870>

23. Sayadpour Z, Sayadpour M. Comparison marriage satisfaction, anxiety and assertiveness in fertile and infertile women. *Journal of Psychological Science*. 2017 Feb 10; 15(60):532-46. [Persian] https://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=170&sid=1&slc_lang=en

24. Brassard A, Dupuy E, Bergeron S, Shaver PR. Attachment insecurities and women's sexual function and satisfaction: The mediating roles of sexual self-esteem, sexual anxiety, and sexual assertiveness. *Journal of Sex Research*. 2015 Jan 2; 52(1): 110-19. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2013.838744>

25. Haghparast Z, Riazi H, Shams J, Ahmadi F, Montazeri A. Sexual assertiveness in women with and without substance-dependent partners: A comparative study. *Women Health*. 2021 Aug 9; 61(7):680-8. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03630242.2021.1954579>

26. Sultan S, & Tahir A. Psychological consequences of infertility. *Hellenic Journal of Psychology*. 2011; 8, 229-24. https://www.researchgate.net/publication/283929090_Psychological_consequences_of_infertility

27. Obeisat S, Muntaha K, Gharaibeh A, Huda Gh. Adversities of being infertile: The experience of

- Jordanian women. *Fertility & Sterility*. 2012; 98: 444-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028212004918>
28. Kabat-Zinn J, Hanh TN. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Bantam Doubleday Dell Publishing Group. Inc. 1990. <https://psycnet.apa.org/record/2006-04192-000>
29. Segal Z.V, Williams M.G, Teasdale J.D. *Mindfulness based on cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press. 2003. <https://www.amazon.com/Mindfulness-Based-Cognitive-Therapy-Depression-Second/dp/1462507506>
30. Williams M, Penman D. *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Hachette UK; 2011 May 5. <https://www.amazon.com/Mindfulness-Practical-Guide-Finding-Frantic/dp/074995308X>
31. Mize S.J. A review of mindfulness-based sex therapy interventions for sexual desire and arousal difficulties: From research to practice. *Current Sexual Health Reports*. 2015 Jun;7(2):89-97. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11930-015-0048-8>
32. Kimmes J.G, Mallory A.B, Cameron C, Köse Ö. A treatment model for anxiety-related sexual dysfunctions using mindfulness meditation within a sex-positive framework. *Sexual and Relationship Therapy*. 2015 Apr 3; 30(2):286-96. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681994.2015.1013023>
33. Rosenbaum T.Y. An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: Promoting autonomy and mind/body connection. *Sexual and Relationship Therapy*. 2013 Feb 1; 28(1-2):20-8. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681994.2013.764981>
34. Shahoie R, Karimi A, Sharifish S, Soufizadeh N, Khanpour F. Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based stress reduction on anxiety in pregnant women. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical*. 2019 Dec 10; 5(3):83-94. [Persian] https://sjnmp.muk.ac.ir/browse.php?a_id=271&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
35. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty-day follow-up. *Advances in Cognitive Sciences*. 2005; 7 (1):49-59. [Persian] https://icssjournal.ir/browse.php?a_id=117&sid=1&slc_lang=en
36. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on marital self-regulation, marital burnout and self-criticism of infertile women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020 Sep 10; 23(4):488-97. [Persian] <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-6221-en.html>
37. Boyd J.E, Lanius R.A, McKinnon M.C. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2018 Jan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5747539/>
38. Brotto L.A, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research and Therapy*. 2014 Jun 1; 57:43-54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24814472/>
39. Sommers F.G. Mindfulness in love and love making: A way of life. *Sexual and Relationship Therapy*. 2013 Feb 1;28(1-2):84-91. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681994.2012.756976>
40. Nowroozi Dashtaki M, Pour Ebrahim T, Habibi M, Imani S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on sexual desire and sexual arousal of women with drug abuse. *Research on Addiction*. 2021; 15 (59):251-274. [Persian] <https://etiadpajohi.ir/article-1-2425-en.html>
41. Paterson L.Q, Handy A.B, Brotto L.A. A pilot study of eight-session mindfulness-based cognitive therapy adapted for women's sexual interest/arousal disorder. *The Journal of Sex Research*. 2017 Sep 2; 54(7):850-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27712106/>
42. Khodakarami N, Hashemi S, Sedigh S, Hamdieh M, Taheripanah R. Life Experience with Infertility; a Phenomenological Study. *Journal of Reproductive Infertility*. 2009; 10(4): 287-97. [Persian] <https://www.jri.ir/article/397>
43. Shahi-Senobari S, Aghamohammadian Sharbaf H, Moeenizadeh M. The effectiveness of positive psychotherapy based on belief to good on the mental health and marital quality of infertile women. *Feyz*. 2021; 25 (1):752-760. [Persian] https://feyz.kaums.ac.ir/browse.php?a_id=4206&sid=1&slc_lang=en
44. Snell W.E, Fisher T.D, Walters A.S. The multidimensional sexuality questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*. 1993 Mar; 6(1):27-55. <https://psycnet.apa.org/record/1994-08013-001>
45. Kazami H, Chorbani M, Bahreini-Borujeni M, Sepehri-Borujeni K. Comparison of psychosexual problems between substance dependence patients. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2014; 16 (1):1-10. [Persian] https://core.ac.uk/display/143842966?source=1&algorithmId=15&similarToDoc=33489811&similarToDocKey=CORE&recSetID=e62e3c5e-8a74-41de-965e-1e931fc54875&position=2&recommndation_type=same_repo&otherRecs=143844056,143842966
46. Nottaq M, Kiani Q. The relationship of emotional intelligence and commitment to prayers with sexual desire in single students of Miyaneh City Universities. *Journal of Pizhūhish Dar Dīn Va Salāmat*.

2019Dec.16. [Persian] <https://journals.sbm.ac.ir/en-jrrh/article/view/28496>

47. Apt C.V, Hurlbert DF. Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1992 Jun 1; 18(2):104-14. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01614576.1992.11074044>

48. Hurlbert D, White L.C, Powel R.D, Apt C. Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: An outcome comparison of women-only groups and couples-only groups. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1993; 19: 44-55. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8370794/>

49. Yousefi N, Farsani K, Shakiba A, Hemmati S, Nabavi Hesar J. Halbert index of sexual desire (HISD) questionnaire validation. *Clinical Psychology and Personality*, 2013; 11(2): 107-118. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_2696.html?lang=en

50. Williams J.M. Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*. 2008 Dec; 32(6):721-33. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-008-9204-z>

51. Brotto L.A, Chivers M.L, Millman R.D, Albert A. (2016). Mindfulness-based sex therapy improves genital-subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1907-1921. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0689-8>

52. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2004 Jul 1;57(1):35-43. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399903005737>