

بررسی تاثیر روایت درمانی و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب بر نگرش شناختی، رفتاری و عاطفی به رابطه جنسی در افراد نابارور

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۸

خلاصه

مقدمه: روایت درمانی و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب مدلهایی برای ارتقاء سلامت روانی و جنسی هستند. پژوهش حاضر، بررسی و مقایسه‌ی اثربخشی این دو روش درمانی را بر ابعاد نگرش جنسی افراد نابارور مورد مطالعه قرار داده است.

روش کار: مشارکت کنندگان ۴۸ فرد متاهل نابارور از مراجعه کنندگان به مطب تخصصی ارولوزی و زنان شهر تهران بودند، که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۶ نفره روایت درمانی، مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب و کنترل جایگزین شدند. محتوای دو مداخله به مدت ۴ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای روی دو گروه آزمایش به طور جداگانه اجرا شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه دموگرافیک و نگرش جنسی دهقانی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و آمار توصیفی و استنباطی نظیر تحلیل کوواریانس، آزمون بونفرونی و تحلیل واریانس مختلط انجام شد.

نتایج: نتیجه برای ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار شد ($P < 0.001$). هر دو درمان در ارتقاء ابعاد شناختی و عاطفی نگرش جنسی در مرحله‌ی پس‌آزمون تاثیر معنادار داشته‌اند ($P < 0.05$) و تنها روایت درمانی در بعد رفتاری نگرش جنسی اثربخش بوده ($P < 0.05$) ولی مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب نتوانسته تفاوت معنادار در کارکرد رفتاری ایجاد کند ($P > 0.05$). همچنین روایت درمانی در ارتقاء بعد عاطفی نگرش جنسی موفق‌تر بوده و در بعد شناختی هر دو مداخله یکسان عمل کرده‌اند.

نتیجه گیری: هر دو مداخله در ارتقاء کارکردهای شناختی و عاطفی نگرش جنسی افراد نابارور موثرند.

کلمات کلیدی: روایت درمانی، مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب، نگرش جنسی، ناباروری

آرمین فیروزی^۱

فرح لطفی کاشانی*^۲

شهرام وزیری^۳

^۱گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

^۲دانشیار، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی، واحد تهران، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

Email: mail:lotfi.kashani@gmail.com

مقدمه

ناباروری به ناتوانی زوج‌ها در بارور شدن بعد از یک سال مقارنت منظم و بدون روش‌های جلوگیری گفته می‌شود (۱-۳). برآورد ناباروری به صورت ۱۰ درصد در جمعیت عادی، ۱۳ درصد در زنان و ۱۵ درصد در زوج‌ها گزارش شده است (۴، ۵). به عبارتی شیوع جهانی ناباروری ۹ درصد و شیوع آن در کشورهای توسعه یافته ۱۶،۷ تا ۳،۵ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته بین ۹،۳ تا ۶،۹ درصد گزارش شده است (۶-۹). نتایج یک متآنالیز در ایران شیوع ناباروری اولیه در طول عمر، ناباروری اولیه کنونی و ناباروری ثانویه کنونی را به ترتیب ۲/۸، ۳/۰۹، ۱۳/۹۶ درصد گزارش داد (۱۰). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که ناباروری با بار روانشناختی شدید، باعث بحران در ابعاد مختلفی زندگی زن و شوهری می‌شود که یکی از این ابعاد اختلال در زندگی جنسی است (۱۱-۱۵). مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری می‌تواند مشکلات هیجانی و زناشویی عمیقی را ایجاد کند، تا جایی که پویایی جنسی زن و شوهر را مختل می‌کند (۱۶). ناباروری می‌تواند نگرش به رابطه‌ی جنسی را دستخوش تغییر کرده و با توجه به اهمیت تاثیر نگرش و دانش جنسی در رابطه و زندگی جنسی، مداخلات جهت تغییر و ارتقاء نگرش جنسی با هدف کارکرد بهتر زندگی جنسی در اولویت قرار دارند (۱۷). نگرش جنسی را می‌توان در باور هر فرد به رفتارها و نقش‌هایش در زندگی جنسی خلاصه کرد (۱۸). که می‌تواند شیوه‌ای مثبت یا منفی در تفکر، تحلیل و تفسیر از رویدادها و روابط جنسی باشد شامل سبک تفکر مثبت یا منفی در تحلیل و برداشت از رویدادها و ارتباطات جنسی است (۱۹). نگرش مرکب از سه عنصر شناختی، عاطفی (احساسی) و آمادگی برای عمل (رفتاری) است. مولفه‌ی شناختی نگرش شامل اطلاعات، اعتقادات و باورهای فرد درباره موضوع نگرش است. جزء احساسی یا عاطفی نگرش شامل احساساتی است که موضوع نگرش را در شخص بر می‌انگیزد و در واقع نقش انگیزش بر رفتار را دارد جز آمادگی برای عمل بدین معناست که نگرش شخص را آماده می‌کند تا در برخورد با موضوع نگرش رفتارهای خاصی از خود نشان دهد (۲۰، ۲۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند زنان بارور در زمینه‌های شناختی

و عاطفی و مقیاس کلی نگرش جنسی نسبت به نابارورها، نگرش بهتر و مثبت‌تری به رفتارها و فعالیت‌های جنسی دارند در حالی که مردان بارور در هر سه بعد عاطفی، شناختی و رفتاری و کل مقیاس نگرش جنسی نسبت به نابارورها نگرش مثبت‌تری به روابط جنسی داشتند (۲۲). با توجه به این که نگرش یکی از مولفه‌های کلیدی رفتار جنسی است، می‌توان گفت رفتار جنسی، مجموعه‌ای از مفاهیم، نگرش‌ها، تجربه‌ها، فعالیت‌ها، احساسات و اندیشه‌های همراه آن است (۲۳، ۲۴). که یک نظام جنسی و ساختار اجتماعی فرهنگی شکل می‌گیرد. به عبارتی دانش و نگرش جنسی تاثیر خود را بر جنبه‌های مختلف رفتار، عملکرد، رضایت و سلامت جنسی برجای می‌گذارد (۲۵، ۲۶). با در نظر داشتن آمار نسبتاً بالای ناباروری در ایران و ترکش‌های زیانبار آن بر زندگی جنسی افراد نابارور و با توجه به اهمیت ارائه برنامه‌های مشاوره‌ای و مداخله‌ای با محوریت ارتقاء کارکردهای شناختی، رفتاری و عاطفی نگرش در زندگی جنسی افراد نابارور، مداخلات درمانی چشمگیری در زمینه‌ی دستکاری، تغییر و ارتقاء این ابعاد از نگرش در زندگی جنسی جمعیت نابارور در ایران صورت نگرفته و عمده تمرکز مطالعات قبلی روی ارتقاء عملکرد و رضایت جنسی در افراد نابارور انجام شده است (۲۷-۳۵).

مدل روایت درمانی یکی از انواع روان‌درمانی است که اثربخشی آن روی زندگی زناشویی در کاهش تعارضات و ارتقاء زندگی زناشویی بررسی و تایید شده است (۳۶، ۳۷). روایت درمانی، یکی از درمان‌های پست مدرن است که توسط مایکل وایت در مرکز دالویچ در جنوب استرالیا و دیوید اپستون در مرکز خانواده درمانی نیوزلند ابداع شد (۳۸، ۳۹). روایت درمانی به عنوان یک شیوه‌ی درمانی سازه‌گرا، تجربیات مراجعان را در اولویت قرار می‌دهد. در نظریه روایت درمانی، انسان‌ها دارای مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی‌های بسیاری هستند که به آن‌ها کمک می‌کند تا از تاثیرات منفی مشکلات در زندگی‌هایشان بکاهند. با در نظر گرفتن این توانایی‌ها برای انسان‌ها، این رویکرد افراد را متخصصان اصلی زندگی‌شان می‌داند و مشکلات را بخش‌های جداگانه از آن‌ها قرار می‌دهد (۴۰). در

روایت درمانی با تاثیر غیرمستقیم (تنظیم تعاملات بین هویت فردی، هویت زناشویی و هویت خانوادگی با هویت فرهنگی - اجتماعی) و "مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب" با دستکاری مستقیم (از طریق بالا بردن آگاهی، آموزش مهارت‌های جنسی، به کارگیری فنون شناختی، رفتاری، تنظیم هیجان) بر ابعاد شناختی، رفتاری و عاطفی نگرش جنسی افراد نابارور را بررسی و مقایسه کنیم.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و به روش پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل همه‌متاهلین نابارور در شهر تهران بودند. از بین متاهلین نابارور (زنان و مردان نابارور) که از اردیبهشت لغایت ۳۱ خرداد ۱۴۰۰ به یک مطب تخصصی ارولوزی و زنان واقع در شهر تهران مراجعه کردند و تحت تاثیر پیامدهای روانی - جنسی ناباروری و انواع روش‌های درمانی ناباروری قرار داشتند، تعداد ۴۸ فرد نابارور (زنان و مردان) به روش نمونه‌گیری در دسترس و مطابق با معیارهای خاص پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در قالب ۳ گروه ۱۶ نفره "مداخله با روایت درمانی"، "مداخله با مدل تجربه جنسی به اندازه‌ی کافی خوب" و کنترل جایگزین شدند. آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری ۴۵ روزه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. از جمله ملاحظات اخلاقی این پژوهش، دریافت کد اخلاق از دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران به شناسه‌ی IR.IAU.TMU.REC.1399.490، شرح اهداف و روند کار توسط پژوهشگر به طور حضوری برای نمونه‌ها، دریافت رضایت نامه آگاهانه کتبی از نمونه‌ها، اطمینان از محرمانه بودن کلیه‌ی اطلاعات، آزاد بودن هر فرد برای خروج از پژوهش و ارائه‌ی مداخله بعد از پس آزمون برای گروه کنترل بود.

معیارهای انتخاب ورود به مطالعه شامل:

- ۱) دارا بودن سواد خواندن و نوشتن؛ (۲) تشخیص ناباروری توسط متخصص زنان و ارولوزیست؛ (۳) سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال؛ (۴) نداشتن تعارضات شدید زناشویی؛ (۵) داشتن حداقل یک بار

مسیر جلسات روایت درمانی افراد دانش عملی خود را در زمینه‌ی تاثیرات فرهنگی و اجتماعی در زندگی جنسی خود افزایش می‌دهند و خود را از اسارت و تاثیرات قالبی فرهنگ و ساختارهای اجتماعی گسترده خلاص می‌کنند (۴۱). در در پایان مسیر نیز در بازتالیف و اصلاح داستان‌های قدیمی، غالب و درونی شده فرهنگی و اجتماعی مهارت پیدا می‌کنند و می‌توانند زندگی خود را طبق یک پلنفرم جدید، منعطف و قابل کنترل پیش ببرند (۴۲).

"مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب" توسط متر و مک کارتی در سال ۲۰۰۷ طراحی و به عنوان یکی از مدل‌های اثربخش در ارتقاء سلامت جنسی و رضایت جنسی در افراد و زوج‌ها معرفی شد (۴۳، ۴۴). این مدل در بهبود صمیمیت و رضایت جنسی افراد مبتلا به ام‌اس اثربخش واقع شده است (۴۵). این مدل رویکردی یکپارچه به سلامت جنسی دارد و زندگی جنسی زن و شوهر را در مسیری مشخص و رضایت بخش هدایت می‌کند. عقیده‌ی غالب و مسلط در مورد رابطه‌ی جنسی این است که رابطه‌ی جنسی یک رابطه‌ی تمام و کمال، بی نقص و خودکار است. این عقیده منجر به ترس از شکست، صدمه به رابطه‌ی جنسی و بروز اختلالات جنسی شده، رضایت جنسی و نهایتاً سلامت جنسی را به خطر می‌اندازد. هدف اصلی متر و مک کارتی، دفع این عقیده مسموم است و برای بهینه سازی رابطه‌ی جنسی و رضایت جنسی "مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب" را با عناصر کلیدی و اصول خاص ارائه دادند. پیامدهای ناباروری چه به صورت فردی و چه به صورت اجتماعی و فرهنگی به اشتغال عمیق و بنیادین، تاروپود زندگی زوجین نابارور را تحت تاثیر قرار داده است (۴۶).

ناباروری می‌تواند در مسیر خود تغییراتی را در کارکردهای شغلی، جسمی، ذهنی و حتی شخصیت افراد نابارور بر جای بگذارد و علاوه بر این، قدرت اعتماد به نفس، خودباوری و نقش‌های جنسی را نیز تحت تاثیر قرار دهد (۴۷). به نظر می‌رسد برای مطالعه، پردازش و پوشش به این حلال (توجه به هویت فرهنگی - اجتماعی در کاهش اثرات ناباروری)، مدل روایت درمانی بتواند اثربخش واقع شود، لذا در همین راستا قصد داشتیم اثربخشی مدل

گزینه‌ی بلی، تا حدودی و خیر را انتخاب کند. به طور کلی نگرش مثبت، نمره‌ی ۲، گزینه‌ی تا حدودی، در همه عبارات‌ها نمره ۱ و نگرش منفی، نمره صفر دریافت می‌کند. مجموع امتیازات بین صفر تا ۵۸ بوده و نمرات بالاتر نگرش جنسی مثبت‌تر را نشان می‌دهد. روایی محتوایی این آزمون توسط ۵ نفر از اساتید روانشناسی مورد تایید قرار گرفت. اعتبار در طول زمان این مقیاس به فاصله دو هفته در گروه ۳۰ نفره از زنان و مردان مورد مطالعه قرار گرفت و ضریب پایایی آن ($r=0/96$) به دست آمد. همچنین این پرسشنامه طی پژوهشی نشان داد که قابلیت متمایز کردن دو گروه آموزش دیده و آموزش ندیده در زمینه مهارت‌های جنسی را از نظر نگرش جنسی داراست، به طوری که گروه آموزش دیده نگرش جنسی مثبت‌تری را نسبت به گروه آموزش ندیده نشان دادند (۴۸).

شرح مداخله انجام شده

جلسات مداخله برای دو گروه آزمایش به صورت هفتگی و در قالب ۴ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد. افراد گروه کنترل نیز فقط درمان‌های ناباروری مختص خود را دریافت کردند. جلسات تدوین شده بر اساس دو مدل مداخله در جدول (۱) و جدول (۲) ارائه شده است. پیگیری و تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها، بعد از اتمام مداخله و بعد از پیگیری ۴۵ روزه انجام شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از مولفه‌های توصیفی به صورت درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار و از مولفه‌های استنباطی به صورت کوواریانس چند متغییری و تک متغییری، آزمون تعقیبی بونفرونی و تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. تجزیه و تحلیل در قالب نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت.

مقاربت در هفته؛ ۶) گذشت ۲ تا ۴ سال از تشخیص ناباروری؛ ۷) عدم شرکت در مداخلات روانشناختی در ۶ ماه اخیر؛ ۸) ناباروری اولیه با منشاء زنانه یا مردانه داشته باشند؛ ۹) تجربه درمان ناباروری (هر روشی) را داشته باشند؛ ۱۰) موافقت و رضایت آگاهانه زوج-ها جهت شرکت در جلسات درمانی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: ۱) داشتن بیماری نورولوژیک و سیستمیک بر اساس پرونده پزشکی؛ ۲) داشتن عفونت ادراری-تناسلی بر اساس پرونده پزشکی؛ ۳) مبتلا بودن به اختلال روانی شدید (اختلال روان پریشی) و مصرف داروهای روانپزشکی بر اساس پرونده پزشکی؛ ۴) عقب ماندگی ذهنی؛ ۵) استفاده از الکل، مواد مخدر و دارو؛ ۶) باردار شدن در حین درمان بود.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات مربوط به متغیر مورد نظر شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌ی نگرش جنسی بود.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و ناباروری با

مروری بر متون تدوین شده است که در آن اطلاعاتی از قبیل سن، سن همسر، مدت ازدواج، تحصیلات، تحصیلات همسر، شغل، شغل همسر، وضعیت اقتصادی، مدت ناباروری، مدت درمان، نوع درمان، تعداد رابطه‌ی جنسی در هفته و همراهی همسر ثبت می‌شد.

پرسشنامه‌ی نگرش جنسی توسط دهقانی در سال ۲۰۰۴ با

هدف سنجش نگرش جنسی ساخته شد. این پرسشنامه سه بعد عاطفی، شناختی و رفتاری نگرش جنسی را می‌سنجد. این پرسشنامه منطبق با فرهنگ ایران ساخته شده، دارای ۲۹ عبارت می‌باشد. آزمودنی در پاسخ به هر سوال می‌تواند یکی از سه

جدول ۱. جلسات، محتوا و فنون مورد استفاده در "روایت درمانی"

جلسه	محتوا	فنون
اول	گرفتن داستان آکنده از مشکل، جداسازی مشکل از هویت افراد، بررسی اثرات مشکل در قالب داستان آزردهنده، برجسته‌های مهم زندگی به خصوص زندگی جنسی، خلاصه سازی جلسه و اطمینان از جداسازی مشکل از هویت	سوالات ساختارشکن

سوالات بازکننده‌ی فضا سوالات ترجیحی	مرور محتوی جلسه‌ی قبل، کشف مهارت‌های مقابله‌ای در مواجهه‌های قبلی با مشکل و چالش‌های زندگی جنسی، بررسی به کارگیری ارادی یا غیرارادی بودن توانمندی‌های مثبت در لحظات قبلی پیروزی بر تاثیرات مشکل، خلاصه سازی جلسه، اطمینان از جداسازی مشکل از هویت، تاکید بر توانمندی‌های مثبت	دوم
سوالاتی برای ارائه داستان سوالات چالشی و معنایی	مرور محتوی جلسه‌ی قبل، کالبد شکافی داستان مشکل ساز در قالب فرهنگ، ریشه‌یابی داستان و بررسی چگونگی نفوذ و تاثیر عمیق آن بر زندگی جنسی، تاکید بر پتانسیل‌های مثبت کشف شده، اصلاح و بازتالیف روایت غالب، کمک به افراد برای پیش بین و کنترل زندگی در مسیر روایت جدید، خلاصه سازی جلسه، اطمینان از جداسازی مشکل، تاکید بر مسیر جدید	سوم
استفاده از شاهد بیرونی سوالات جهت دهنده	مرور محتوی جلسه‌ی قبل، حمایت و تقویت از تغییرات جدید و مثبت، وارد کردن همسر به عنوان ناظر و تایید کننده‌ی تغییرات و توانمندی‌های مثبت، کمک درمانگر و همسر برای توانمندتر شدن و حرکت در مسیر تازه	چهارم

جدول ۲. جلسات و اهداف "مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب"

اهداف و محتوا	جلسات
ادغام زندگی جنسی در زندگی روزمره، ارزش گذاری برای زندگی جنسی، بررسی ارتباط بین انتظارات واقع بینانه با سلامت جنسی و رضایت از زندگی جنسی، تشریح و آموزش اصول ۳ تا ۱ با محتوی درک ابعاد مختلف زندگی جنسی در بروز مشکلات جنسی، بررسی ورود ناباروری به مسیر زندگی و پذیرش تغییراتی که ایجاد کرده، داشتن انتظارات واقع بینانه و تاکید بر بستر کیفی زندگی جنسی	اول
مرور محتوی جلسه‌ی قبل، هدف گذاری دو محتوا برای جلسه: محتوی اول شامل کیفیت زندگی جنسی و عملکرد بهینه همراه با به چالش کشیدن عملکرد عالی و بدون نقص و محتوی دوم شامل بررسی ارتباط بین بعد عاطفی و صمیمانه بارضایت از زندگی جنسی است. در ادامه آموزش اصول ۶ تا ۴ صورت می‌گیرد	دوم
مرور محتوی جلسه‌ی قبل، آموزش مولفه‌های ۶ تا ۱ مدل که شامل درک اهمیت و جایگاه قدرتمند و ارزش مثبت رابطه‌ی جنسی، اتحاد هر دو عضو زوج و تشکیل تیم صمیمانه زن و شوهری، سلامت جسمانی و انتظارات واقع بینانه، باور به تغییرات، جایگزینی کیفیت به جای کمیت در رابطه‌ی جنسی، اهمیت و ارزش گذاری برای هر مرحله از چرخه‌ی پاسخ جنسی بدون تاکید بر رابطه‌ی بی نقص و عالی.	سوم
مرور محتوی جلسه قبل، تمرکز بر ابعاد مختلف تاثیر گذار بر کمیت و کیفیت رابطه‌ی جنسی از قبیل ابعاد روانشناختی، پزشکی و ارتباطی، آموزش مولفه‌های ۱۲ تا ۷ مدل با محتوی چگونگی داشتن نگرش انعطاف پذیر نسبت به تجربیات جنسی و لذت بردن از این تجربیات، هدف گذاری جدید براساس تجربیات اصلاحی و لذت بخش قبلی، استفاده از سبک‌های هیجانی و تاثیر گذار در رابطه‌ی جنسی، شکل‌گیری و تثبیت مفهوم رابطه‌ی جنسی به عنوان یک ارزش در زندگی جنسی	چهارم

نتایج

زنان: ۷۰ درصد زنان و ۸۷,۵ درصد همسران آن‌ها در محدوده سنی ۳۰ تا ۳۹ سال، ۶۶ درصد زنان و ۵۸ درصد همسران آن‌ها شاغل و کارمند بودند، توزیع فراوانی تحصیلات در بین ۴ مقطع

برای اطلاعات جمعیت شناختی و ناباروری گزارش مولفه‌های توصیفی در دو زیرگروه زنان و مردان صورت گرفت. در

شده است. با توجه به اطلاعات جدول میانگین هر دو گروه آزمایش در پس آزمون افزایش یافته است. با کمک تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر روایت درمانی و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی خوب بر نمره‌ی ابعاد ۳ گانه نگرش به رابطه‌ی جنسی بررسی شد. قبل از انجام تحلیل کوواریانس ۵ مفروضه‌ی آن شامل نرمال بودن، همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس، همگنی واریانس‌ها، همگنی ضرایب رگرسیون و همبستگی درونی بین ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری نگرش جنسی توسط آزمون‌های شاپیرو-ویلک، باکس، لوین، تحلیل واریانس و آزمون کرویت بارنلت مورد بررسی قرار گرفت که نتایج این آزمون‌ها حاکی از برقراری همه‌ی مفروضه‌ها و انجام بلا مانع تحلیل کوواریانس بود (جدول شماره‌ی ۴-۸). با توجه به اینکه ۵ مفروضه مورد نظر برقرار بودند، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مجاز بوده و نتایج آن در جدول شماره ۹) گزارش شده است. همانطور که در این جدول مشاهده می‌شود هر چهار آماره چند متغیری مربوطه (اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) در سطح اطمینان ۹۹٪ ($P < 0/01$) معنادار هستند. بدین ترتیب فرض صفر رد و ترکیب خطی ۳ متغیر وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های ۳ متغیر همراه از متغیر مستقل (مداخله) تأثیر گرفته است. نظر به این که هر چهار آزمون چند متغیری معنادار هستند؛ لذا بعد از آن نوبت به بررسی این موضوع می‌رسد که آیا هر یک از خرده مقیاس‌های متغیر وابسته بطور جداگانه از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته‌اند یا خیر. به همین خاطر در ادامه با استفاده از آزمون تک متغیری تحلیل کوواریانس یک متغیری (آنکوا) به بررسی اثر متغیر مستقل بر هر یک از متغیرهای وابسته پرداخته شده است. همانطور که در جدول شماره‌ی ۱۰) مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک متغیری برای هر سه متغیر عاطفی، شناختی و رفتاری در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است ($P < 0/01$). اما با توجه به اینکه سه گروه مورد مطالعه بوده‌اند؛ نیاز بود تا با کمک آزمون تعقیبی مشخص شود بین کدام گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۱۱) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی گزارش شده است. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول بین گروه کنترل و دو گروه آزمایشی (روایت

دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس تقریباً یکسان و تحصیلات بیشتر همسران فوق دیپلم (۴۰٫۹ درصد)، ۹۶ درصد با وضعیت مالی متوسط، یک چهارم از زنان دارای همراهی ضعیف همسران، ۶۰٫۱ درصد با حداقل یکبار رابطه‌ی جنسی در هفته، ۴۰ درصد با مدت ازدواج ۶ یا ۷ سال، نیمی از زنان با تشخیص ناباروری ۳ ساله، مدت زمان ناباروری در ۲۸٫۶ درصد افراد ۱ سال، ۳۳٫۳ درصد افراد ۲ سال و در ۳۸٫۱ درصد زنان ۳ سال، همچنین نیمی از زنان تحت درمان ناباروری به روش جراحی بودند. در مردان: ۷۵ درصد مردان ۸۳٫۳ درصد همسران دامنه‌ی سنین ۳۰ تا ۳۹ سال، حدود نیمی از مردان (۴۵٫۸ درصد) کارمند و نیمی دیگر (۵۴٫۲) شاغل، تقریباً نیمی از همسران مردان نیز شاغل و نیمی دیگر خانه دار، ۲۹٫۲ درصد مردان دیپلم و تنها یک نفر در گروه کنترل دارای مدرک دکتری، بیشتر (۳۷٫۵ درصد) همسران مردان دارای تحصیلات لیسانس، ۶۰٫۹ درصد مردان با وضعیت اقتصادی متوسط، بیشتر افراد (۶۲٫۵ درصد) دارای حداقل ۲ بار رابطه‌ی جنسی در هفته، حدود ۴۰ درصد مدارای مدت ازدواج ۵ یا ۶ سال، بیشتر (۳۳٫۳ درصد) مردان با مدت ناباروری ۳ سال، ۴۳ درصد با مدت درمان ناباروری ۳ سال و در نهایت نسبت استفاده از جراحی و روش‌های کمک ناباروری در مردان یکسان بود (هر کدام ۳۷٫۵ درصد). هدف پژوهش حاضر بررسی اثر متغیر مستقل (مداخله درمانی) بر ابعاد ۳ گانه‌ی شناختی، رفتاری و عاطفی نگرش به زندگی جنسی بود. مداخله در دو سطح "روایت درمانی" و "مدل تجربه جنسی به اندازه کافی خوب" اجرا شد. در مرحله اول برای هر سه گروه پیش-آزمون جهت اندازه‌گیری ابعاد نگرش جنسی اجرا شد و سپس مداخله برای دو گروه آزمایش صورت گرفت و در پایان پس-آزمون اجرا شد. لذا، برای بررسی اثربخشی مداخلات بر ابعاد نگرش به رابطه‌ی جنسی از تحلیل کوواریانس چند متغیری، آزمون بونفرونی (برای مقایسه‌ی اثربخشی دو مداخله) و تحلیل واریانس مختلط (برای پایداری درمان در مرحله‌ی پیگیری) استفاده شد. اطلاعات توصیفی مربوط به نگرش عاطفی، شناختی و رفتاری به رابطه‌ی جنسی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول (۳) گزارش

نگرش جنسی افراد اثرگذار بوده است. اما بین دو گروه روایت درمانی و مدل تجربه جنسی خوب، تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$)؛ لذا دو روش مداخله روایت درمانی و مدل تجربه جنسی خوب، اثر یکسانی بر تغییر بعد شناختی نگرش جنسی داشته‌اند. با توجه به نتایج آزمون یونفرونی تنها روایت درمانی بر بهبود بعد رفتاری نگرش جنسی اثرگذار بوده است ($P < 0/05$) و مدل تجربه جنسی خوب نتوانسته است تفاوت معناداری بین این گروه با گروه کنترل ایجاد کند ($P > 0/05$). در نهایت آزمون اندازه‌گیری مکرر برای ابعاد عاطفی و شناختی نشان داد که عامل درون گروهی زمان معنادار شده ($P < 0/05$) و در مرحله‌ی پس-آزمون افزایش میانگین در جهت مثبت رخ داده است (جدول ۱۳ و ۱۲). اما برای بعد رفتاری نگرش جنسی عامل زمان معنادار نشده ($P > 0/05$) و نتایج در مرحله‌ی پس آزمون پایدار مانده است (جدول ۱۴).

درمانی و تجربه جنسی خوب) در بعد عاطفی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$)؛ بنابراین هر دو روش مداخله روایت درمانی و تجربه خوب بر بهبود نگرش عاطفی به رابطه‌ی جنسی در افراد نابارور اثرگذار بوده است. همچنین بین گروه روایت درمانی و تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب نیز تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). با توجه به میانگین دو گروه در پس آزمون مشاهده می‌شود که میانگین نمرات پس آزمون گروه روایت درمانی از میانگین نمرات گروه مدل تجربه جنسی خوب بیشتر است؛ بنابراین می‌توان ادعا کرد که روایت درمانی در بهبود بعد عاطفی نگرش جنسی از مدل تجربه جنسی موفق‌تر عمل کرده است. با بررسی بعد شناختی نگرش جنسی مشخص شد که بین گروه کنترل و دو گروه آزمایشی (روایت درمانی و تجربه جنسی خوب) تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$)؛ بنابراین هر دو روش مداخله روایت درمانی و تجربه خوب بر بهبود بعد شناختی

جدول ۳. اطلاعات توصیفی ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری نگرش جنسی در هر گروه در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	آزمون	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
عاطفی	کنترل	پیش آزمون	۱۲	۲۲	۱۶/۲۵	۳/۳۴
		پس آزمون	۱۱	۲۱	۱۴/۲۰	۳/۳۹
	روایت درمانی	پیش آزمون	۸	۲۰	۱۳/۳۷	۳/۸۳
		پس آزمون	۱۴	۲۴	۱۸/۶۲	۲/۶۸
		پیگیری	۱۸	۲۳	۲۰	۱/۸۲
		پیش آزمون	۹	۱۹	۱۴/۶۲	۲/۶۰
شناختی	تجربه جنسی خوب	پس آزمون	۱۳	۲۲	۱۸/۱۹	۲/۳۴
		پیگیری	۱۴	۲۲	۱۹/۴۷	۲/۲۰
	کنترل	پیش آزمون	۱۱	۱۵	۱۲/۷۵	۱/۲۴
		پس آزمون	۱۰	۱۵	۱۲/۳۱	۱/۹۶
		پیش آزمون	۷	۱۵	۱۱/۸۱	۲/۶۴
		پس آزمون	۱۲	۱۹	۱۷/۱۲	۲/۲۸
روایت درمانی	پیگیری	۱۴	۲۰	۱۷/۷۵	۱/۵۳	
	پیش آزمون	۹	۱۷	۱۲/۱۲	۱/۸۲	
	پس آزمون	۱۲	۲۰	۱۶/۱۹	۲/۲۳	
	پیگیری	۱۵	۲۱	۱۸	۱/۵۶	

جدول ۳. اطلاعات توصیفی ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری نگرش جنسی در هر گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	آزمون	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	پیش‌آزمون	۵	۸	۶/۴۴	۰/۸۹	
		۵	۹	۶/۸۷	۱/۳۱	
رفتاری	روایت درمانی	پیش‌آزمون	۵	۷	۶/۳۷	۰/۸۱
		پس‌آزمون	۶	۱۰	۸/۲۵	۱/۱۲
		پیگیری	۷	۱۱	۸/۶۲	۱/۰۲
تجربه جنسی خوب	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۵	۸	۶/۱۹	۰/۹۱
		پس‌آزمون	۶	۸	۷/۱۲	۰/۷۲
		پیگیری	۷	۱۱	۷/۸۷	۱/۳

جدول ۴. نتیجه آزمون شاپیرو-ویلک و شاخص‌های کجی و کشیدگی برای متغیرهای عاطفی، شناختی و رفتاری در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	آزمون	گروه	شاپیرو-ویلک			کشیدگی	
			آماره	درجه آزادی	سطح معناداری		
عاطفی	پیش‌آزمون	کنترل	۰/۹۲	۱۶	۰/۱۷	۰/۱۱	
		روایت درمانی	۰/۹۱	۱۶	۰/۱۴	۰/۱۳	
	پس‌آزمون	کنترل	۰/۹۱	۱۶	۰/۱۲	۰/۱۸	
		روایت درمانی	۰/۹۸	۱۶	۰/۹۹	۰/۱۵	
	تجربه جنسی	پیش‌آزمون	کنترل	۰/۹۷	۱۶	۰/۹	-۰/۴۶
		پس‌آزمون	کنترل	۰/۹۵	۱۶	۰/۵۱	-۰/۱۵
شناختی	پیش‌آزمون	کنترل	۰/۸۶	۱۶	۰/۰۶	۱/۳۰	
		روایت درمانی	۰/۹	۱۶	۰/۸	-۰/۵۴	
	پس‌آزمون	کنترل	۰/۸۹	۱۶	۰/۰۵	۰/۹۲	
		روایت درمانی	۰/۸۶	۱۶	۰/۰۶	۰/۲۳	
	تجربه جنسی	پیش‌آزمون	کنترل	۰/۸۸	۱۶	۰/۰۷	-۱/۳۰
		پس‌آزمون	کنترل	۰/۹۱	۱۶	۰/۱۳	-۰/۵۶
رفتاری	پیش‌آزمون	کنترل	۰/۸۹	۱۶	۰/۰۵	۰/۲۱	
		روایت درمانی	۰/۸۳	۱۶	۰/۰۳	-۰/۸۴	
	پس‌آزمون	کنترل	۰/۸۴	۱۶	۰/۰۴	۰/۸۰	
		روایت درمانی	۰/۸۹	۱۶	۰/۰۷	۰/۲۶	
	تجربه جنسی	پیش‌آزمون	کنترل	۰/۸۹	۱۶	۰/۰۵	۰/۰۸
		پس‌آزمون	کنترل	۰/۸۴	۱۶	۰/۰۴	-۰/۱۹

جدول ۵. نتیجه آزمون همسانی ماتریس کوواریانس (باکس) در گروه‌های مورد مطالعه

سطح معناداری	درجه آزادی	F	ام باکس
۰/۲۲	۱۲	۱/۲۹	۱۷/۱۰

جدول ۶. نتایج آزمون لوین برای همسانی واریانس ها در گروه‌های مورد مطالعه

سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	متغیر
۰/۱۰	۴۵	۲	۲/۳۹	عاطفی
۰/۸۵	۴۵	۲	۰/۱۶	شناختی
۰/۰۲	۴۵	۲	۴/۱۶	رفتاری

جدول ۷. نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون

سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	F	ارزش	آزمون
۰/۹۰	۱۱۷	۹	۰/۴۶	۰/۱۰	اثر پیلائی
۰/۹۰	۱۹/۲۰	۹	۰/۴۵	۰/۹۰	لامبدای ویلکز
۰/۹۱	۱۰۷	۹	۰/۴۴	۰/۱۱	اثر هتلینگ
۰/۳۶	۳۹	۳	۱/۱۰	۰/۰۸	بزرگترین ریشه روی

جدول ۸. آزمون کرویت بارتلت برای تعیین همبستگی بین ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری نگرش جنسی

سطح معناداری	درجه آزادی	خی دو
۰/۰۰۴	۵	۱۷/۰۱

جدول ۹. آماره چندگانه تحلیل کوواریانس

اندازه اثر	سطح معناداری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	F	ارزش	آزمون
۰/۴۳	۰/۰۰۰۱	۸۲	۶	۱۰/۵۰	۰/۸۷	اثر پیلائی
۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۸۲	۶	۱۶/۳۲	۰/۲۰	لامبدای ویلکز
۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۸۲	۶	۲۳/۳۵	۳/۵۹	اثر هتلینگ
۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۸۲	۶	۴۷/۷۲	۳/۴۹	بزرگترین ریشه روی

جدول ۱۰. تحلیل کوواریانس یک راهه برای تعیین اثربخشی روایت درمانی و مدل تجربه جنسی به اندازه کافی خوب بر هر یک از

ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش جنسی

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر
۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۳۷/۷۳	۸۱/۲۰	۲	۱۶۲/۴۱	عاطفی
۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۳۸/۸۳	۱۳۰/۹۸	۲	۲۶۱/۹۶	شناختی
۰/۳۱	۰/۰۰۰۱	۹/۵۱	۹/۱۰	۲	۱۸/۱۹	رفتاری

جدول ۱۱. آزمون بونفرونی جهت مقایسه اثربخشی روایت درمانی و مدل تجربه جنسی به اندازه کافی خوب بر ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش جنسی در پیگیری

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
عاطفی	کنترل	روایت درمانی	-۴/۶۷	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱
		تجربه خوب	-۳/۲۵	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
	روایت درمانی	تجربه خوب	-۱/۴۲	۰/۵۳	۰/۰۳
شناختی	کنترل	روایت درمانی	-۵/۸۱	۰/۶۹	۰/۰۰۰۱
		تجربه خوب	-۴/۴۳	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
	روایت درمانی	تجربه خوب	۱/۳۸	۰/۶۶	۰/۱۳
رفتاری	کنترل	روایت درمانی	-۱/۵۶	۰/۳۷	۰/۰۰۰۱
		تجربه خوب	-۰/۴۷	۰/۳۵	۰/۵۶
	روایت درمانی	تجربه خوب	۱/۰۸	۰/۳۵	۰/۰۱

جدول ۱۲. آزمون اندازه گیری مکرر برای بعد عاطفی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
زمان	۲۴/۳۵	۱	۲۴/۳۵	۹/۵۸	۰/۲۵	۰/۰۰۴
گروه	۲/۶۳	۱	۲/۶۳	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۵۷
زمان*گروه	۰/۲۳	۱	۰/۲۳	۰/۰۹	۰/۰۰۳	۰/۷۷

جدول ۱۳. آزمون اندازه گیری مکرر برای بعد شناختی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
زمان	۲۰/۳۳	۱	۲۰/۳۳	۸/۲۴	۰/۲۲	۰/۰۰۸
گروه	۱/۱۴	۱	۱/۱۴	۰/۲۳	۰/۰۰۸	۰/۶۴
زمان*گروه	۴/۲۰	۱	۴/۲۰	۱/۷۰	۰/۰۵	۰/۲

جدول ۱۴. آزمون اندازه گیری مکرر برای بعد رفتاری

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
زمان	۴/۲	۱	۴/۲	۳/۷۴	۰/۱۱	۰/۰۶
گروه	۱۲/۶۶	۱	۱۲/۶۶	۱۱/۳۵	۰/۲۸	۰/۰۰۲
زمان*گروه	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۵۹

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روایت درمانی و مدل تجربه جنسی به اندازه کافی خوب بر ابعاد ۳ گانه‌ی

شناختی، رفتاری و عاطفی نگرش به رابطه‌ی جنسی در افراد نابارور انجام شد. نتیجه آزمون کوواریانس برای هر سه متغیر عاطفی، شناختی و رفتاری در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار

شد ($P < 0/01$) و هر دو درمان در ارتقاء ابعاد شناختی و عاطفی نگرش جنسی متاهلین نابارور در مرحله‌ی پس‌آزمون تاثیر معنادار داشته‌اند ($P < 0/05$) و تنها روایت درمانی در بعد رفتاری نگرش جنسی اثربخش بوده ($P < 0/05$) و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب نتوانسته تفاوت معنادار در بعد رفتاری ایجاد کند ($P < 0/05$). همچنین کارآیی روایت درمانی در مقایسه با مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب در ارتقاء بعد عاطفی نگرش جنسی بیشتر بوده و در بعد شناختی هر دو مداخله یکسان عمل کرده‌اند.

بر اساس نتایج این پژوهش، روایت درمانی باعث ارتقاء نگرش شناختی، رفتاری و عاطفی به رابطه‌ی جنسی در متاهلین نابارور شد. در جستجوی مطالعات انجام شده، مطالعه‌ی مشابه مطالعه‌ی حاضر که شامل روان‌درمانی از نوع "روایت درمانی" و مدل سلامت جنسی مبتنی بر "مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب" در تغییر و ارتقاء ابعاد شناختی، رفتاری و عاطفی نگرش به رابطه‌ی جنسی در جمعیت متاهلین نابارور باشد و محتوای آن متمرکز بر ابعاد شناختی، رفتاری و عاطفی نگرش جنسی در این جمعیت باشد، یافت نشد. بنابراین، برای بحث از نتایج پژوهش‌هایی که به برخی از ابعاد سلامت جنسی در هویت زناشویی با استفاده از روایت‌درمانی، مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب و مدل‌های دیگر پرداخته‌اند و تا حدی مشابه مطالعه حاضر باشند استفاده شده است. مطالعه‌ی میری و همکاران نشان داد که برنامه‌ی آموزشی در زمینه‌ی روابط جنسی، روی سازگاری و رضایت جنسی در زوجین نابارور اثر بخش است (۴۹). حمیدی و همکاران نشان دادند که روایت‌درمانی در کاهش تعارضات زناشویی و ارتقاء عملکرد جنسی زوجین تاثیر دارد (۳۶). همچنین نتایج تاثیر روایت‌درمانی در مطالعه‌ی حاضر همسو با نتایج تاثیر روایت‌درمانی در ارتقاء زندگی جنسی در مطالعه‌ی دریسکول و همکاران است (۳۷).

در تبیین یافته‌های حاصل از تاثیر روایت‌درمانی بر نگرش شناختی، رفتاری و عاطفی به رابطه‌ی جنسی در افراد نابارور می‌توان چنین بیان کرد که روایت‌درمانی از طریق کالبد شکافی داستان اشباع شده از مشکل و تجزیه و تحلیل گفتمان غالب، با

استفاده از مکانیسم برون‌سازی و تقسیم داستان‌های مشکل ساز به قسمت‌های جداگانه، به افراد نابارور کمک کرده تا زندگی جنسی خود را از داستان‌های فرهنگی تاثیر گذار جدا کنند. به عبارتی افراد نابارور توانسته‌اند تا علاوه بر این که ناباروریر از هویت‌شخصیت‌خود جدا کنند، داستان و زندگی جنسی خود را به شیوه‌ای مفید و رضایت بخش باز تالیف کرده و زندگی جنسی خود را بر اساس پتانسیل‌های مثبت شناختی، رفتاری و هیجانی که در مواجهه‌ی کارآمد با تاثیرات فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی تجربه و کشف کرده‌اند، ادامه دهند. در واقع روایت درمانی با نگرستن به مشکلات و چالش‌های زندگی جنسی از بافتی که افراد نابارور در آن قرار دارند و در نظر گرفتن نقش ابعاد گوناگون اجتماعی و فرهنگی که می‌توانند بر مشکل تاثیر گذار باشند، نقش اساسی در کاهش و مدیریت مشکلات و چالش‌های زندگی جنسی افراد نابارور می‌تواند ایفا کند. تعادلی که در زندگی جنسی افراد نابارور ایجاد می‌شود، خود یک روایت جدیدی است که با معنای تازه‌ای همراه است. روایتی که باز، جاری و بدون انتها است و به هر طریقی تعریف شود قطعاً تاثیرات خود را روی زندگی ما (نگرش و زندگی جنسی) خواهد گذاشت (۵۰).

نتیجه‌ی دیگر این پژوهش حاکی از تاثیر معنادار مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب بر نگرش شناختی و عاطفی به رابطه‌ی جنسی متاهلین نابارور بود. یافته‌های به دست آمده پیرامون اثربخشی مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب روی نگرش جنسی در مطالعه‌ی حاضر نیز با نتایج مطالعه جمالیان و همکاران در اثربخشی این مدل روی ابعاد سلامت جنسی (صمیمیت و رضایت جنسی) همسو است (۴۵). در تبیین یافته‌های حاصل از تاثیر مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب روی نگرش شناختی و عاطفی به رابطه‌ی جنسی در متاهلین نابارور می‌توان چنین گفت که این مدل از طریق ادغام زندگی جنسی در زندگی روزمره‌ی افراد و ایجاد فرصتی برای افراد نابارور در هویت زناشویی، به آن‌ها کمک می‌کند تا به شیوه‌ای مستقیم با چالش ناباروری و تاثیر آن در زندگی جنسی مواجه شوند. در حقیقت مکانیسم تاثیر این مدل، تشکیل تیم دو نفره صمیمانه و

رابطه‌ی جنسی افراد نابارور کمک می‌کند. در واقع می‌توان گفت برخلاف رویکرد مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب، در گروه روایت درمانی، افراد نابارور با استفاده از فن برونی-ساز، با دیدگاهی غیرآسیب‌ناختی و غیر سرزنشی راجع به مشکل، فرصت مناسبی را جهت بازآفرینی روایت جدیدی که تفسیر دیگری از زندگی (جنسی) آن‌ها به دست می‌دهد، فراهم می‌کنند. در مسیر بازنویسی داستان زندگی خود، مشکلات و چالش‌ها قدرت خود را از دست می‌دهند و خصوصیات مثل نیرومندی و اعتماد به خود درونی می‌شوند، لذا تغییرات رفتاری و عاطفی در نگرش جنسی را عمیق‌تر و گسترده‌تر از افراد گروه مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب تجربه می‌کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله، استخراج شده از بخشی از رساله‌ی دکتری تخصصی با عنوان: مقایسه‌ی اثربخشی "روایت درمانی" و "مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب" بر نگرش، عملکرد و رضایت جنسی متاهلین نابارور، مصوب دانشکده‌ی روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است. از مشارکت کنندگان در پژوهش، متخصصین ارولوژی، زنان و سلامت جنسی و پرسنل مطب خصوصی که به عنوان محل اجرای این پژوهش انتخاب شد و در مراحل مختلف این پژوهش یاری رسانی کردند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. برای انجام پژوهش حاضر، منابع مالی از هیچ سازمان یا اشخاص حقیقی و حقوقی دریافت نشده است.

تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

تخصصی، تزریق انعطاف‌پذیری و پذیرش واقعیت‌ها در مواجهه با چالش‌های زندگی جنسی است (۴۴). افراد نابارور با استفاده از ۴ ابزار اتحاد دونفره زن و شوهری، ارزش‌گذاری برای زندگی جنسی و تمرکز روی کیفیت آن، انعطاف‌پذیری و داشتن انتظارات واقع‌بینانه از شرایط روانشناختی، جسمی، سنی و ارتباطی، می‌توانند در برخورد با چالش‌های زندگی جنسی مواجهه‌ی موثر و کارآمدی داشته باشند.

در مقایسه‌ی اثربخشی دو مداخله با توجه به نتایج آزمون تعقیبی، اثربخشی بیشتر روایت درمانی در ارتقاء نمره‌ی نگرش عاطفی به رابطه‌ی جنسی و موفقیت آن در تنظیم و ارتقاء نگرش جنسی در بعد رفتاری نسبت به مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب مشاهده شد. در تفسیر این یافته می‌توان گفت با توجه به داغ اجتماعی بودن مسئله‌ی ناباروری و تاثیر پیامدهای فرهنگی و اجتماعی آن، روایت درمانی رفع این مشکلات را با جدا کردن مشکل ناباروری از هویت فرد و از طریق رویکردی که عزت نفس و احساس ارزشمندی فرد را در رابطه با هویت زنانه یا مردانه هدف قرار می‌دهد، انجام می‌دهد. در واقع روایت درمانی به حل یک یا چند مشکل یا چالش جزئی نمی‌پردازد، بلکه بر روند کلی زندگی فرد تاثیر می‌گذارد و داستان کلی زندگی فرد در تمام ابعاد زندگی (از جمله بعد جنسی) تغییر می‌کند. اما مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب برای رفع مشکلات و چالش‌های جنسی افراد نابارور صرفاً روی ارتباط زناشویی تمرکز دارد و از طریق ایجاد اتحاد و همدلی در بطن ارتباط زناشویی، با مداخله مستقیم (بدون هدف قرار دادن مسایل فرهنگی و اجتماعی و تاثیرات آن‌ها روی افراد نابارور) به تنظیم ابعاد شناختی و عاطفی

References

1. Berek JS. Berek and Novak's gynecology. 16th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2019.
2. Coskuner Potur D, G€ung€or Satılmıs I, Dogan Merih Y, G€un Kakasc C, Demirci N & Ersoy M. Does infertility affect the sexual function and sexual quality of life of women? A case control study. International Journal of Sexual Health (2020); 32(1), 22–32 <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1692983>.
3. Kapisız S, Gök FA, YILMAZ N, Özcan S, Duyan V. Marital satisfaction and influencing factors in infertile couples. Cukurova Medical Journal (2019);44(3):1074-84.
4. De D, Mukhopadhyay P, Roy PK. Experiences of infertile couples of WestBengal with male factor, female factor, and unexplained infertility factor:a qualitative study. J Psychosexual Heal. 2020;2(2):152. <https://doi.org/10.1177/2631831819898915>.

5. Doryanizadeh L, Morshed-Behbahani B, Parsanezhad ME, Dabbagh-manesh MH, Jokar A. Calcitriol effect on outcomes of in vitro fertilization in infertile women with vitamin D deficiency: a double-blind randomized clinical trial. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2021;225(03):226–31. <https://doi.org/10.1055/a-1206-10646>.
6. Agustus P, Munivenkatappa M & Prasad P. Sexual functioning, beliefs about sexual functioning and quality of life of women with infertility problems. *Journal of Human Reproductive Sciences* (2017); 10(3), 213–220. https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_137_16.
7. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* (2007); 22(6):1506-12.
8. Lara L, Salomao P, Romao A, et al. Effect of infertility on the sexual function of couples: State of the art. *Recent Pat Endocr Metab Immune Drug Discov* (2015). doi: 10.2174/1872214809666150416151811.
9. Luk BH, Loke AY. Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of reproductive and infant psychology* (2019);37(2):108-22.
10. Naz MSG, Ozgoli G, Sayehmiri K. Prevalence of infertility in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Urol J.* 2020;17(4):338–45. <https://doi.org/10.22037/uj.v0i0.5610>.
11. Men ShL. women and infertility: Intervention and treatment strategies. *J Psychosomat Res* 1997; 42(1): 103-104.
12. Lotti F & Maggi M. Sexual dysfunction and male infertility. *Nat Rev Urol* 2018;15(5):287–307. doi: 10.1038/nrurol.2018.20.
13. Soni V, Pastuszak AW, Khera M. Erectile dysfunction and infertility. In: Minhas S, Mulhall J (editors). *Male Sexual Dysfunction: A Clinical Guide*. 1st ed. John Wiley; 2017: Chap. 18, pp. 152–71.
14. Tal R. Infertility and male sexual dysfunction. In: Mulhall J, et al. (editors). *Fertility Preservation in Male Cancer Patients*. Cambridge University Press; 2013: Chap. 11, p. 94–103.
15. Winters BR, Walsh TJ. The epidemiology of male infertility. *Urol Clin N Am* 2014;41:195–204.
16. Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wohlfarth K. Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men 2014; 74(8):759. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*; 78(8), 759-763.
17. Zabihi Rigcheshme M, Mirzaian B, Hasanzade R, Shahidi M. [Comparing Sexual Attitudes of Fertile and Infertile Couples]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22: 272-281. (In Persian).
18. Porafkari N. *Comprehensive Dictionary of Psychology and Psychiatry*. 7 th, Tehran: farhang Moaser 2010. [In Persian].
19. Dehghani A, Mohammad khani P, and Yonesi J. The effectiveness of sex education on sexual attitudes of married couples. *Knowledge and research in applied psychology* 2006; 5(30), pp. 31-48.
20. Karimi Y. *Attitude and change of attitude*. 7th ed. Tehran. Virayesh Publication 2009. (Persian).
21. Shamsian N. *Investigating the attitude of infertile women towards infertility and sexual behaviors among infertile women*. PhD Thesis in General Medicine. Tabriz University of Medical Sciences 2019.
22. Younesi J, Akbari Zardkhaneh S. Comparative study of sexual attitude of fertile and infertile study of sexual attitude of fertile and infertile women and men. *Proceedings of the 2nd congress of the family and sexual problems*; 2005 Nov 23-24; Tehran, Iran. (Persian).
23. Dennerstein, Philippe Lehert, Emma Dudley and Lorraine. Short scale to measure female sexuality: adapted from McCoy Female Sexuality Questionnaire. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2001; 27 (4) 339-351.
24. Bokaie M, Simbar M, Yasini Ardekani SM, Alavi-Majad H. [How infertility effects on sexual function of infertile couples?]. *J Adv Nurs Midwifery* 2015; 25(91):47–56. Persian.
25. Rastgo N, Golzari M, and Barati F. Effectiveness of increased sexual knowledge on marital satisfaction of married women. *Clinical Psychology Studies* 2014; 5(17), pp. 35-48. [In Persian].

26. Esmaelvand, N. and Hasanvand, N. The relationship between sexual knowledge and immunity marital and mental health of married women. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2015; 4(2), pp. 270-80. [In Persian].
27. Sahraeian M, Lotfi R, Qorbani M, Faramarzi M, Dinpajoo F, Ramezani Tehrani F. The effect of Cognitive Behavioral Therapy on sexual function in infertile women: A randomized controlled clinical trial. *Journal of sex & marital therapy* 2019; 45(7):574-84.
28. Kohi Kamali Sh, soudagar SH, Poursharifi H, Ashayeri H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual satisfaction of infertile women. *Preventive Medicine* 2021; 7 (4): 56-67.
29. Ramadan SA, & Said AR. Effect of an educational intervention for infertile women regarding natural fertility methods and sexual skills for improving sexual function. *American Journal of Nursing* 2018; 6(1), 1-11.
30. Demir S & Aslan E. Sexual Counselling in Women with Primary Infertility and Sexual Dysfunction: Use of the BETTER Model, *Journal of Sex & Marital Therapy* 2018. DOI: 10.1080/0092623X.2018.1474407.
31. Hasanzadeh M, Abolghasemi A, Akbari B. Efficiency of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-being and Sexual Function in Women with Infertility History. *Avicenna J Nurs Midwifery care*. 2019; 27 (4): 250-259. [http://: Doi: 10.30699/sjhnmf.27.4.250](http://doi.org/10.30699/sjhnmf.27.4.250)
32. Alimanesh N, Keshavarz Z, Riazi H, Heidar Z, Nasiri M. The Effect of Infertile Couple's Skills Promotion Package on Management of Sexual Relationships: A Clinical Trial Study. *Journal of Isfahan Medical School* 2021; 38(607):1012-20. DOI: 10.22122 / jims.v38i607.13674.
33. Shahbazi A, Moghadam ZB, Maasoumi R, Saffari M, Mohammadi S, Montazeri A. Effect of a Health-Education Program Based on the BASNEF Model of Overall Sexual Health Satisfaction and Satisfaction with Quality of Sexual Relationship among Women with Infertility. *International Journal of Women's Health* 2020;12:975.
34. Vazirnia F, Karimi J, Goodarzi K, Sadeghi M. Effects of Integrative Behavioral Couple Therapy on Infertility Self-efficacy, Dyadic Adjustment, and Sexual Satisfaction in Infertile Couples. *Journal of Client-Centered Nursing Care*. 2021; 7(1): 43-54. <https://doi.org/10.32598/JCCNC.7.1.354.1>
35. Masoumi SZ, Khani S, Kazemi F, Kalhori F, Ebrahimi R, Roshanaei G. Effect of marital relationship enrichment program on marital satisfaction, marital intimacy, and sexual satisfaction of infertile couples. *International journal of fertility & sterility* 2017; 11(3):197-202.
36. Balochi F, Refahi Z. The Effectiveness of Narrative Therapy on Reducing Marital Conflict. *World J Environ Biosci* 2017;6, (SI):78-85. ISSN 2277- 8047
37. Hamidi P, Bahari S, Mostafavi SA & Shamohammadi M. The Efficacy of the Narrative Therapy Approach in Reducing Couples' Conflicts Through Couples Therapy. Published online 2016 August 15; 5(3):e36606. doi: 10.5812/thritaj.36606.
38. White M. *Narrative Practice: Continuing the Conversations* 2011. New York, Norton.
39. Şule Baştemur S, Esra Baş E. Integration of Narrative Therapy with Expressive Art Practices. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2021; 13(1):146-169 Doi: 10.18863/pgy.771319
40. Narimani M; Abbasi M; Begian Kole Marzi MJ; Bakhti M. Comparison of the effectiveness of two approaches to education based on acceptance and commitment and group narrative therapy on the adjustment of initial maladaptive schemas in clients seeking divorce. *Family Counseling and Psychotherapy Quarterly* 2015; 4 (1).
41. Freedman, J & Combs, G. [Narrative therapy with couples and a whole lot more! a collection of papers, essays and exercises] Adelaide, S A: Dulwich Centre 2002; P.45.
42. Polkinghorne D E. Narrative therapy and postmodernism. In Angus, L. E & McLeod, J. (Edi). *The handbook of Narrative and psychotherapy*. Sage publications India Pvt. Ltd 2014.
43. Mc carthy BW & Metz ME. The good enough sex model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy* 2008; 23(3): 227-234.

44. Metz ME, Mc carthy BW. The Good Enough Sex (GES) model: perspective and clinical applications. In P. J. Kleinplatz (Ed), *New directions in sextherapy: Innovations and alternatives 2012*; (pp. 213-229). Roulledge Taylor and Francis Group.
45. Jalalianfar F, Riazi H, Firoozi A, Nasiri M, Montazeri A. The Effective of Good Enough Sex Model on Sexual Satisfaction and Sexual Intimacy in Women with Multiple Sclerosis: a Randomized Trial. *Sexuality and Disability* 2021; 39: 507-519. <https://doi.org/10.1007/s11195-021-09691-2>.
46. Benyamini Y, Gozlan, M., & Kokia, E. Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British Journal of Health Psychology* 2009; 14: 1-16.
47. Smith J F, Walsh T J, Shindel A W, Turek P J, Wing H, Pasch L and Katz P P. Sexual, marital, and social impact of a man's perceived infertility diagnosis. *The journal of sexual medicine* 2009; 6 (9): 2505-15.
48. Dehghani A. Influence of sexy skills training of attitude of sex in young couples before their marriage (Master's thesis). Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences 2004. (Persian).
49. Miri M, Aizadeh, M, Moasheri N, Ataee M, Moodi M. The effects of relationship enrichment program on compatibility and marital satisfaction of infertile couples. *Journal of Health Literacy* 2016; 1(1): 53-60. [In Persian].
50. Prochaska J O. & Norcross, J.C. (2007). *Psychotherapy systems*, (Tr.) by Yahya SeyyedMohammadi, (2012), Tehran, Ravan Publications.

*Original Article***Comparison of the effectiveness of narrative therapy and Good Enough Sex Model on the cognitive, behavioral and emotional attitudes toward sex among infertile persons.**

Received: 24/05/2022 - Accepted: 19/08/2022

Armin Firoozi¹
Farah lotfi Kashani^{2*}
Shahram Vaziri³

¹ Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

² Associate Professor, School of Medicine, Department of Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad University of Medical sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Email:

[mail: lotfi.kashani@gmail.com](mailto:lotfi.kashani@gmail.com)

Abstract

Introduction: Narrative therapy (NT) and Good Enough Sex Model (GESM) are models for promoting mental and sexual health in marital identity. The present study examines and compares the effectiveness of these two treatments on the dimensions of sexual attitudes in infertile couples.

Methods: Participants were 48 married individuals who referred to the urology, gynecology and sexual health clinics in Tehran with infertility, which was selected through convenience sampling method and were randomly assigned into three groups of 16 individuals such as NT, GESM and Control groups. The content of NT and GESM was performed separately for the experimental groups during 4 sessions of 90 minutes. To collect data, the demographic, Dehghani' sexual attitude questionnaires, was used. Data analysis was performed using SPSS software 26 and descriptive statistics tests and analysis of univariate and multivariate covariance, Bonferroni and mixed analysis of variance.

Results: The result of covariance test was significant for all three emotional, cognitive and behavioral variables at 99% confidence level ($p < 0.01$) and both treatments had a significant effect on improving the cognitive and emotional dimensions of infertile married sexual attitude in the post-test phase ($p < 0.05$) and only NT were effective in the behavioral dimension of sexual attitude ($p < 0.05$) but GESM not make a significant difference in the behavioral dimension ($P > 0.05$). Also NT has been more successful in promoting the emotional dimension of sexual attitude and in the cognitive dimension, both interventions have acted similarly.

Conclusion: Both treatments can be used to enhance the emotional and cognitive dimensions of the sexual attitude in infertile couples.

Keywords: Narrative Therapy, Good Enough Sex Model, Sexual Attitude, Infertility