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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

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 ذهن آگاهی، تمایلات جنسی، اضطراب جنسی، قاطعیت جنسی، زنان نابارور

* نویسنده مسوول

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 مورداستفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه چندوجهی مساله‌های جنسیMSQ و پرسشنامه تمایلات جنسیHISD بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل کوواریانس مورد تجزیه‌وتحلیل 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($P< ۰/۰۵$) 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.

نحوه استناد به مقاله

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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

ناباروری به‌عنوان ناتوانی در بارداری پس از گذشت یک سال یا بیشتر از مقاربت منظم و محافظت نشده بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری تعریف می‌شود.[۱] ناباروری یکی از نگرانی‌های اصلی سلامت است و تقریبا پنجاه میلیون زوج را در سراسر جهان تحت تاثیر قرار می‌دهد.[۲] سازمان بهداشت جهانیWHO گزارش می‌دهد که از هر چهار زن در کشورهای درحال‌توسعه یک نفر نابارور است.[۳] در ایالات‌متحده آمریکا تقریبا هشت و هشت دهم درصد از زنان متاهل پانزده تا چهل و نه ساله نابارور هستند.[٤] در ایران نیز طبق آمار گزارش‌شده بین سه تا چهار میلیون زوج نابارور زندگی می‌کنند و سالانه حدود پانزده درصد به این تعداد افزوده می‌شود.[٥] ناباروری اگرچه به‌عنوان بیماری محسوب نمی‌شود ولی با توجه به این‌که تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر خود قرار می‌دهد، می‌تواند باعث بروز اختلال‌های جسمانی و عاطفی شود.[٦] پژوهش‌ها نشان می‌دهد تشخیص ناباروری با افزایش شیوع اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس همراه است.[۷و۸] این اختلالات باعث بی‌ثباتی افراد، روابط بین فردی و زندگی زناشویی می‌شود.[۹] علاوه بر این ناباروری ممکن است بر سطح روابط زناشویی زوجین نیز تاثیر بگذارد.[٦] لذا یکی از متغیرهایی که در این گروه از زنان اهمیت دارد، تمایلات جنسی است.[۱۰] تمایلات جنسی اغلب به‌عنوان یک حالت انگیزشی با آگاهی ذهنی برای دستیابی به چیزی که در حال حاضر دست‌نیافتنی است؛ تعریف می‌شود، جایی که ترکیبی از نیروها ما را به سمت‌وسوی رفتار جنسی سوق می‌دهد. تمایلات جنسی آن‌قدر 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 آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی متعدد در این افراد و کاهش رضایت زناشویی و افزایش فرسودگی زناشویی می‌شود.[۱۲] مطالعات نشان می‌دهد که ناباروری از عواملی به‌شمار می‌رود که بر روی تمایلات جنسی زوجین و به‌خصوص زنان تاثیر بسزایی دارد. در چنین شرایطی فعالیت جنسی بااحساس ترس، شکست، نا کفایتی و از دست رفتن همراه شده و یا حالت اجبار پیدا می‌کند که سرانجام منجر به کاهش میل جنسی یا سایر اختلال‌های جنسی می‌شود.[۱۳] به‌طورکلی پژوهش‌ها نشان می‌دهد ناباروری از عواملی است که بر روی تمام حوزه‌های عملکرد جنسی، ازجمله تمایلات جنسی در زنان تاثیر زیادی دارد.[۱٦-۱٤]

یکی دیگر از پیامدهای روانی ناباروری، اضطراب جنسی است.[۱۷] سازمان بهداشت جهانی، اضطراب را مجموعه‌ای از تظاهرات عضوی و روانی تعریف می‌کند که نتوان آن را به خطر مشخصی نسبت داد و نشانه‌ها به‌صورت حمله یا حالتی مداوم ادامه یابند.[۱۸] اضطراب جنسی یک انتظار کلی برای مجازات غیراختصاصی بیرونی برای نقض یا پیش‌بینی نقض استانداردهای هنجاری درک شده از رفتار جنسی قابل‌قبول[۱۹] و همچنین به‌عنوان تمایل به تجربه افکار نگران‌کننده، ناراحتی، ترس یا اجتناب از قرار گرفتن در معرض زمینه‌ها یا نشانه‌های جنسی تعریف می‌شود. به نظر می‌رسد این ترس و دلهره‌ها بیشتر ناشی از تصورات تحریف‌شده‌ای درباره رابطه جنسی است که فرد در طول سال‌های رشد خود، از اطلاعات غیرعلمی و از منابعی مانند دوستان، آشنایان و کتاب‌ها دریافت می‌کند.[۲۰] نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که برای زنان و خصوصا افرادی که در مورد بسیاری از مساله‌ها در طول تجارب ذهنی مضطرب و نگران هستند رابطه جنسی رضایت‌بخش نیست.[۲۱] اکثر مطالعات نشان می‌دهند که کیفیت زناشویی زوج‌های نابارور کاهش می‌یابد و این می‌تواند با نشانه‌های 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 می‌توان توانایی ارتباط با نیازهای جنسی و شروع رفتار جنسی مطلوب با شریک زندگی تعریف کرد.[۲٤] قاطعیت جنسی به توانایی فرد در تشخیص، اولویت‌بندی و بیان محدودیت‌ها، نیازها و خواسته‌های خود در روابط جنسی اشاره دارد و شامل ساختارهایی مانند توانایی شروع فعالیت جنسی، نپذیرفتن فعالیت‌های جنسی ناخواسته و استفاده از داروهای ضدبارداری می‌باشد که می‌تواند 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 عزت‌نفس جنسی، رضایت جنسی و زناشویی دارد و به افزایش رضایت از روابط کمک می‌کند.[۲۵] با توجه به سطح اضطراب بالا و حرمت نفس پایین زنان نابارور[۲٦] می‌توان 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 عزت‌نفس، کاهش

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

میل جنسی، افزایش تعارضات بین فردی و کاهش ارتباطات اجتماعی در زوجین نابارور می‌شود و این اثرات مخرب و منفی در زنان بیشتر از مردان است. باید تاکید نمود که اغلب، درمان فیزیکی ناباروری به‌تنهایی کافی نمی‌باشد. توجه به نیازهای روانی زوج‌های نابارور، یک بخش ضروری در موفقیت درمان ناباروری می‌باشد.[۱۷] نتایج مطالعات در زمینه اختلالات روان‌شناختی در زنان نابارور نشان داد که درمان مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور کمتر مورد توجه قرارگرفته است و اکثر درمان‌های به‌کاررفته بر جنبه جسمانی اختلال تمرکز دارند.[۲۷] بر این اساس انجام مداخله‌های روان‌شناختی برای اثربخشی بهتر راهبردهای درمانی ناباروری ضروری می‌باشد. یکی از این رویکردهای درمانی ذهن‌آگاهی است که در دهه ۱۹۷۰ در مرکز پزشکی ماساچوست توسط کابات زین معرفی گردیده است.[۲۸] کابات زین، ذهن‌آگاهی را به‌عنوان توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان حال و خالی از پیش‌داوری و قضاوت تعریف کرده است.[۲۹] ذهن‌آگاهی از مجموعه‌ای اقدامات ساده ولی قدرتمند تشکیل‌شده است که در زندگی روزمره به‌کار می‌رود و به شکسته شدن چرخه ناخشنودی‌ها، اضطراب، استرس و خستگی ذهنی کمک می‌کند.[۳۰] کابات زین در ابتدا ذهن‌آگاهی را برای درمان دردهای مزمن توسعه داد و از آن زمان، رواندرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان داده است که در درمان طیف وسیعی از مشکلات فیزیکی، بیماری‌های مزمن و مشکلات روانی و رفتاری متعدد که بسیار از آن‌ها می‌توانند بر سلامت جنسی تاثیر بگذارند؛ موفق بوده است.[۳۱] تحقیقات گسترده‌ای کارآمدی روش درمانی ذهن‌آگاهی را در حیطه‌های مختلفی از قبیل اختلالات جنسی مرتبط با اضطراب،[۳۵-۳۲] فرسودگی زناشویی،[۳۶] استرس پس از سانحه[۳۷] و تمایلات جنسی نشان داده است.[۴۱-۳۸]

با توجه به مطالبی که بیان شد باید اشاره داشت که باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است. شکست در تلاش برای باردارشدن و داشتن فرزند می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد.[۴۲] بر همین اساس یکی از موضوعات قابل توجه که ضرورت این پژوهش را روشن می‌کند، اهمیت و حساسیت بیشتر باروری در جامعه ایرانی است که به‌عنوان جامعه‌ای مذهبی و دینی، ارزش زیادی به خانواده و تداوم می‌گزارد. همچنین مشکل ناباروری به‌خودی‌خود برای زنان از مشکلات بسیار دشوار است که تمام ابعاد زندگی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بی‌توجه به اختلالات هیجانی زنان نابارور و نشانه‌های ثانویه ناباروری در آن‌ها به‌ویژه کاهش سلامت روانی، چرخه معیوبی را ایجاد می‌کند که احتمال درمان ناباروری را نیز کاهش می‌دهد. بر اساس نتایج مطالعات پیشین، بیست و پنج تا شصت درصد زوج‌های نابارور از آسیب‌های روان‌شناختی رنج می‌برند و این آسیب‌ها در زنان بیشتر از مردان است.[۴۳] ناباروری بحرانی است که در صورت حل نشدن و یا مداخله نامناسب، می‌تواند به دنبال خود زنجیره‌ای از آسیب‌ها و مشکلات اجتماعی و خانوادگی را برای زن و شوهرهای نابارور به همراه داشته باشد. آسیب‌ها و مشکلاتی که نه‌تنها دامن‌گیر خانواده‌های زوجین نابارور و تهدیدکننده امنیت آنان می‌باشد، بلکه در جامعه بزرگتر نیز تاثیرات مخرب خود را به‌جا 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 روان‌شناختی در زنان نابارور می‌باشد. به‌تازگی استفاده از مداخله‌های درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پژوهش در این زمینه رو به افزایش است؛ که گاهی نتایج متناقضی باهم داشته‌اند. به‌طورکلی محققان نشان داده‌اند که استفاده از درمان ذهن‌آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و استرس ادراک‌شده و نگرش‌های ناکارآمد ارتباط دارد. بااین‌حال یافته‌های مربوط به پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد، در ایران پژوهشی که به‌طور مستقیم بر روی زنان نابارور به بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر متغیرهای مورد بحث این پژوهش پرداخته باشد؛ انجام نشده است. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رواندرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی زنان نابارور شهر اصفهان است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل زنان نابارور با دامنه سنی بیست تا چهل سال مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری شهر اصفهان در سه‌ماهه پاییز سال ۱۳۹۷ بود. گروه نمونه

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

شـامل سـی نفر بود که از طریق مراجعه پژوهشـگر به مرکز باروری و نابـاروری رویان و گزینش در دسـترس انتخاب و بعد از همتاسـازی براسـاس متغیرهای سـن، تحصیلات و مدت‌زمان ناباروری به‌صورت کاملا تصادفـی در دو گـروه آزمایش و گواه، پانـزده نفر در هر گروه گمارش شـدند. دلیل اسـتفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس شرایط خـاص شـرکت‌کنندگان و داوطلبانه بودن شـرکت آن‌هـا در پژوهش بـود. مداخلات درمانی ذهن‌آگاهی برای گـروه آزمایش در کلینیک روانشناسی طی هشت جلسه شـصت دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار برگزار شد. گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود و خروج

ورود: زنـان نابارور، دامنه سـنی بین بیسـت تا چهل سـال، تمایل و رضایت جهت شـرکت در پژوهش، داشـتن 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 سـایر عواملی که آزمودنی را مجبور به دریافت درمان‌های دیگر روان‌شناختی می‌کرد.

ملاحظات اخلاقی: اخذ رضایتنامه کتبی از شـرکت‌کنندگان برای مشـارکت در پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات به‌دست‌آمده و اجرای جلسات آموزشی برای گروه گواه پس از اتمام فرآیند پژوهش، از جمله ملاحظات اخلاقی بود که به آن توجه شد.

جمـع‌آوری داده‌هـا و مداخله توسـط پژوهشـگر آموزش‌دیده تحت راهنمایی و نظارت مسـتقیم پژوهشـگر دارای بیش از پانزده سال سابقه رواندرمانی و تجربه در این زمینه است؛ اجرا گردید.

ابزار پژوهش

پرسشـنامه چندوجهـی مسـاله‌های جنسـیMSQ: ایـن مقیاس شـصت ماده‌ای توسـط اسـنل، فیشـر و والترز در سـال۱۹۹۳ تهیه و مورداستفاده قرارگرفته است. این پرسشنامه یک ابزار خود سنجی است که برای اندازه‌گیری دوازده زیر مقیاس از مسـاله‌های جنسـی انسان به نام‌های حرمت جنسـی، اشتغال ذهنی جنسـی، کنترل جنسی درونی، آگاهی جنسـی، انگیزش جنسی، اضطراب جنسـی، قاطعیت جنسی، افسردگی جنسـی، کنترل جنسی بیرونی، نظارت جنسی، ترس از رابطه جنسـی و رضایت جنسـی طراحی‌شـده اسـت که تمام ابعاد فوق بعد روانی کنش جنسـی را مورد ارزیابی قـرار می‌دهند. در پژوهش حاضر از سـوالات مربوط به خـرده مقیاس‌های اضطراب جنسـی و قاطعیت جنسـی استفاده‌شده است. پرسشـنامه چندوجهی مسـاله‌های جنسی دارای شـصت عبارت اسـت کـه آزمودنی‌ها باید مشـخص کنند هر عبارت چقدر با دانش و نگرش آن‌ها تناسـب دارد. سـوالات پرسشنامه به‌وسیله مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت ازصفر یا اصلا تناسب ندارد تا چهار یا خیلی تناسـب دارد؛ نمره‌گذاری می‌شـود. ضرایب آلفا برای دوازده خرده مقیاس این پرسشنامه بین هفتاد و یک صدم تا نود و چهار صدم در نوسان قرار دارد. [٤٤] همچنین ضرایـب پایایی‌های بازآزمایی نیـز از پنجاه صدم تا هشـتاد و شـش صدم متغیر اسـت.[٤٥] همچنین آلفـای کرونباخ ایـن پرسشـنامه در پژوهش نطـاق و کیانی هشـتاد و دو صدم گزارش‌شـده است.[٤٦]

پرسشـنامه تمـایلات جنسـیHISD: ایـن مقیاس در سـال۱۹۹۲ توسـط اپت و هالبرت طراحی‌شده است. این پرسشنامه شامل بیست و پنج سـوال اسـت که میزان تمایل جنسـی آزمودنـی را به‌صـورت کم، متوسـط، زیاد موردسـنجش قرار می‌دهد، به‌این‌صورت که هر آیتم به‌وسـیله مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر یا همیشـه چنین تمایلی دارم تا چهار یـا هرگز چنیـن تمایلی نـدارم؛ نمره‌گذاری می‌شـود. نمره کل ایـن پرسشـنامه با جمع نمرات بیسـت و پنج ماده به دسـت می‌آید. سـوال‌های یک، سـه، پنج، هفـت، نه، ده، دوازده، سیزده، هفده، هجده، نوزده و بیست به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل نمره ممکن صفر و حداکثر صد خواهد بود. نمره بین صفر تا بیست و پنج به معنای تمایل جنسـی کم، نمره بین بیسـت و پنج تا پنجاه تمایل جنسـی متوسـط و نمره پنجـاه تا صد نشـان‌دهنده تمایل جنسـی زیاد است.[٤٧] هالبرت۱۹۹۳ پایایی این پرسشـنامه به شـیوه آزمون-بازآزمون هشتاد و شش صدم و ضرایب همسـانی درونی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ هشـتاد و نه صدم گزارش‌شده است که در سـطح رضایت بخشی قرار دارند.[٤٨] یوسفی و همکاران در پـژوهش خود ضریب همسـانی درونی کل ماده‌های پرسشـنامه را بـه شیوه آلفای کرونباخ نود و دو صدم برای بیسـت و پنج سوال گـزارش کرده‌اند.[٤٩]

رونـد اجـرای پژوهش: پـس از اخذ مجوزهای لازم و انجـام فرآیند نمونه‌گیری، تعـداد سـی زن نابـارور انتخاب و به شـیوه تصادفـی در دو گروه آزمایش و گواه، در هر

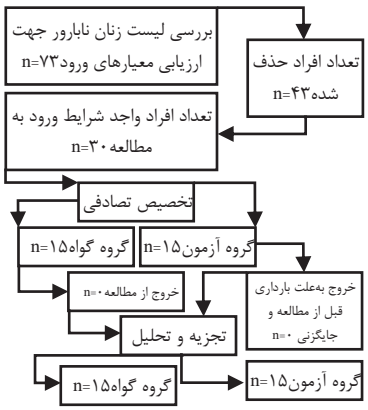
wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

جدول(۱) راهنمای عملی پژوهش و جلسات آموزشی ذهن‌آگاهی

جلسه/// محتوای جلسات
۱/// معارفه و آشنایی با ذهن آگاهی. آموزش مراقبه بررسی بدن با تاکید بر آگاهی یافتن از فعالیت‌های جسمی مانند غذا خوردن هوشیارانه و قدم زدن هوشیارانه و تمرین خوردن کشمش.
۲/// ادامه وارسی احساس‌های جسمی، آموزش مراقبه با آگاهی از تنفس، متمرکز کردن توجه به بخش‌های 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 فعالیت‌های شناختی.
۳/// آگاه شدن از حرکات دقیق و ظریف بدن زنان به‌عنوان مرکز توجه مثل تمرین اسکن بدن، شرکت‌کنندگان برای توجه به بخش‌های مختلف اندام‌های جنسی راهنمایی شدند تا احساسات مربوط به آن اندام را شناسایی کنند.
٤/// آموزش و تمرین ذهن آگاهی با تاکید بر ادراک احساس‌های بدنی، به اندام تناسلی خودشان به‌عنوان مرکز توجه. از آن‌ها خواسته شد که اندام تناسلی خود را با آینه‌ای که در دست دارند مشاهده کنند و علاوه بر توجه لحظه‌به‌لحظه به اندام و احساس‌های بدنی خود؛ به افکار و احساسات و عقایدی که درنتیجه این تمرین بینایی به‌وجود می‌آید توجه کنند.
۵/// تمرین ذهن آگاهی نشسته با تاکید بر استرس و روش‌های برخورد با آن در شرایط خاص، تمرین خانگی ادامه وارسی احساس‌های بدنی، بحث در مورد جلوگیری از افکار و خطاهای منطقی تفکر خودآیند. از مدل رفتاری شناختی برای به تصویر کشیدن ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار استفاده شد.
٦/// ادامه وارسی احساس‌های بدنی، تکرار تمرین ذهن آگاهی اندام جنسی؛ از دو جلسه پیش به آن‌ها آموزش توجه لحظه‌به‌لحظه 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 طراحی‌شده است.
۷/// صحبت و تمرین پیرامون استرس و ارتباط آن با تمرین خانگی شامل وارسی احساس‌های 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 احساس‌های همراه این هیجان، به همان شکلی که تمرین مربوط به اسکن بدن را توجه کردن انجام بدهند دستورالعمل‌ها به زنان داده شد تا با استفاده از یکی از این روش‌ها پاسخ برانگیختگی جنسی قوی‌تری ایجاد شود و سپس از این احساسات به‌عنوان تمرکز در ذهن آگاهی استفاده شود و حداقل هفته‌ای دو بار در منزل این کار را امتحان کنند. گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان در مورد ذهن آگاهی و تمرین‌های در نظر گرفته‌شده.

گروه پانزده نفر گمارش شدند. شایان‌ذکر است بعد از اتمام نمونه‌گیری 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 آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان نسبت به فواید انجام پژوهش و اطمینان دادن به آن‌ها در خصوص تامین سلامت آن‌ها، هیچ‌گونه ریزش نمونه وجود نداشت. تمامی شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون و قبل از شروع مداخله پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. گروه آزمایش مداخلات درمانی ذهن‌آگاهی را در طی دو ماه در هشت جلسه شصت دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار دریافت نمود. گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرد. عناوین جلسات آموزش ترکیبی از کتاب کاربرد توجه‌آگاهی در درمان افسردگی[۵۰] و پروتکل درمانی بروتو و همکاران[۵۱] که از حمایت تجربی گسترده‌ای در سایر جمعیت‌ها برخوردار است[۵۲] بود. محتوای جلسات آموزشی در جدول شماره یک آمده است. پس از پایان جلسات مداخله نیز در مرحله پس‌آزمون، کلیه شرکت‌کنندگان مجدد موردسنجش قرار گرفتند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی به‌منظور حذف تفاوت‌های اولیه بین دو گروه آزمایش و گواه از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره با خنثی کردن واریانس عامل پیش‌آزمون یا تفاوت‌های اولیه بین آزمودنی‌های دو گروه توسط نرم‌افزار SPSS24 استفاده گردید.

نمودار(۱) چارچوب نمونه‌گیری پژوهش



یافته‌ها

جدول شماره دو ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. در جدول شماره سه میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌های آزمایش و گواه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش آمده است. نتایج جدول شماره سه نشان می‌دهد میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون در متغیرهای تمایلات جنسی و قاطعیت جنسی افزایش و در متغیر اضطراب جنسی کاهش‌یافته است. بنابراین به‌منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. برای این منظور ابتدا پیش‌فرض‌های انجام تحلیل واریانس شامل نرمال بودن توزیع متغیرها، همسانی واریانس‌ها، همسانی ماتریس‌های 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($p<۰/۰۵$) برخوردار هستند. نتایج آزمون لوین نشان‌دهنده همسانی واریانس‌ها در متغیرهای تمایلات جنسی($F=۲/۰۳$)، اضطراب جنسی($F=۰/۱۲$) و قاطعیت جنسی($F=۰/۰۹$) بود. نتایج آزمون ام باکس جهت همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس نیز نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار($p<۰/۰۵$) بوده است. در ادامه نیز

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

جدول(٤) نتایج تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	DF	F	معنا داری	مجذور اتا	توان آزمون
پیش آزمون	ت.ج.**	٦٤٧٦/٧	١	١٧٢٩/٢	٠/٠١	٠/٩٨٥	١
	ا.ج.*	٢٠٩/٩	١	١٧٧/٣	٠/٠١	٠/٨٧٢	١
	ق.ج.*	٤٠٢/٧	١	٣٠٠/٨	/٠١	٠/٩٢٠	١
گروه	ت.ج.*	١٤٠/٠٦	١	٣٧/٤	٠/٠١	٠/٥٨١	١
	ا.ج.*	٢٧/٥	١	٢٣/٢	٠/٠١	٠/٤٧٢	١
	ق.ج.*	٦٩/١	١	٥١/٦	٠/٠١	٠/٦٦٥	١

**ت.ج.: تمایلات جنسی، ا.ج.: اضطراب جنسی، ق.ج.: قاطعیت جنسی

جدول(٣) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	ا.ا.*	میانگین	ا.ا.*
ت.ج.**	آزمایش	٥٩/٧٣	١٤/٢	٦٥/٨٠	١٤/٩
	کنترل	٥٨/٤٠	١٦	٦٠/٠٧	١٥/٧
ا.ج.**	آزمایش	٦/٢٠	٣	٤	٢/٥
	کنترل	٦/٢٧	٣/٥	٦	٣/٣
ق.ج.**	آزمایش	١٠	٣/٧	١٣/١٣	٣/٩
	کنترل	١٠/٤٠	٤/٣	١٠/٤٧	٤/٢

**ت.ج.: تمایلات جنسی، ا.ج.: اضطراب جنسی، ق.ج.: قاطعیت جنسی
*ا.ا.: انحراف استاندارد

جدول(٢) ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر		گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	ا.م.*	میانگین	ا.م.*
سن		٣١/٧٣	٥/٤١	٣١/٥٣	٥/٢٨
متغیر		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تحصیلات	دیپلم	٨	٥٣/٣	٧	٤٦/٧
	لیسانس	٤	٢٦/٧	٦	٤٠
	فوق‌لیسانس+	٣	٢٠	٢	١٣/٣
	کل	١٥	١٠٠	١٥	١٠٠
طول مدت ناباروری (سال)	زیر سه	٢	١٣/٣	٣	٢٠
	٣ الی ٥	٤	٢٦/٧	٥	٣٣/٣
	٥+	٩	٦٠	٧	٤٦/٧
	کل	١٥	١٠٠	١٥	١٠٠

نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح p<٠/٠٥ حمایت می‌کند. با توجه به جدول شماره چهار، با کنترل اثرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های موردمطالعه ازنظر متغیر تمایلات جنسی تفاوت معناداری(F=٣٧/٤،p<٠/٠٥) وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رواندرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 موردمطالعه ازنظر متغیر اضطراب جنسی تفاوت معناداری(F=٢٣/٢،p<٠/٠٥) وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رواندرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 پیش‌آزمون، بین گروه‌های موردمطالعه ازنظر متغیر قاطعیت جنسی تفاوت معناداری(F=٥١/٦،p<٠/٠٥) وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت رواندرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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. درنتیجه با توجه به میانگین نمرات متغیرهای تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی می‌توان گفت رواندرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش تمایلات جنسی، قاطعیت جنسی و کاهش اضطراب جنسی زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تمایلات جنسی، اضطراب جنسی و قاطعیت جنسی زنان نابارور شهر اصفهان بود. یافته‌ها نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی برافزایش تمایلات جنسی زنان نابارور تاثیر دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های بروتو و باسون،[٣٨] سامرز،[٣٩] نوروزی و همکاران[٤٠] و پترسون و همکاران[٤١] همسو است. نتایج پژوهش بروتو و باسون نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور قابل‌توجهی 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 ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی 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 نافراوانی، ناکامروایی، اجتناب، ناشهوت انگیزی و امثال آن همراه می‌سازد. همچنین به‌دلیل تمرکز بر هدف‌های معمولا 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 کمرنگ کردن احساسات مادری و همسر، تهدید هدف ازدواج و ادامه زندگی، تشدید احساس

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

خود کوچک‌بینی و گناه، سرزنشگری، نگرانی‌ها و نشانگان مرتبط با درگیری‌های جسمانی، عاطفی و پزشکی شامل سوگ، انکار، عصبانیت، اضطراب، افسردگی و به‌ویژه اختلال در عزت‌نفس و تصویر بدنی، رفتار و رضایت جنسی زن نابارور را تحت تاثیر قرار می‌دهد. سازوکارهای یاد شده هر یک به‌عنوان عاملی استرسزا و بازدارنده در برابر فعالیت بهنجار تمایلات و کنشوری جنسی فعال می‌شوند.[۸] با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی افراد می‌توانند 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 خواسته‌های آنان است، همراه کنند. برای افرادی که تمرین‌های ذهن‌آگاهی را انجام می‌دهند، مهم است که هشیارانه مهربانی، اشتیاق و گشودگی را با آگاهی همراه کنند. با انجام تمرین هدفمند، فرد قادر می‌شود تا به تجارب خود علاقه نشان داده و بیش از اندازه این تجارب را در ذهن خود نگه نمی‌دارد و بر تجارب جدیدی که در هر لحظه به‌وجود می‌آید، متمرکز می‌شود. با داشتن یک نگرش صبورانه و مشفقانه نسبت به تمرینات توجه، فرد می‌تواند به‌راحتی تجارب آزاردهنده را کنار بگذارد. در حقیقت، توجه بدون داشتن کیفیت مهربانی به تمرینات ذهن‌آگاهی، می‌تواند باعث شود فرد تجارب خود را محکوم کند یا در مورد آن‌ها قضاوت انجام دهد. چنین رویکردی ممکن است پیامدهای متضاد با هدف تمرین داشته باشد. بنابراین ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به‌نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ فرو کاهنده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه‌های جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود[۳۵] به‌نحوی‌که تمایلات فرد ارضا خواهد شد. یافته دیگر این پژوهش نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب جنسی زنان نابارور تاثیر دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های 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 ذهن‌آگاهی نشان داد که این مدل پیشنهادی برای درمان اختلالات جنسی مرتبط با اضطراب موثر بوده است. همچنین روزنبام در پژوهش خود به این نتیجه دست‌یافت که رویکرد یکپارچه مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای درمان زنان مبتلابه درد و اضطراب جنسی مناسب می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در باور عمومی اکثریت افراد جامعه، ناباروری یک انگ محسوب می‌شود و توجه به این مساله که فرد نابارور به‌طور طبیعی و مانند دیگر افراد عادی نمی‌تواند فرآیند تولیدمثل را دنبال نماید بر اهمیت آن می‌افزاید و ناباروری را به یک اضطراب تبدیل می‌نماید. همچنین در زوجین تصور این موضوع که از به دست آوردن محصول زیست‌شناختی زندگی مشترکشان محروم هستند، نه‌تنها مفهوم زندگی، بلکه مفهوم روابط بین فردی آنان را نیز مخدوش می‌کند. پژوهشگران، بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، احساس درماندگی و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش به‌ویژه همراه با درمان‌های درازمدت و بعضا ناموفق و باورهای منفی نسبت به خود را در مورد این افراد گزارش کرده‌اند.[۷] ذهن‌آگاهی به‌عنوان توجه و آگاهی به تجربیات لحظه‌به‌لحظه به صورتی پذیرنده، تعریف می‌گردد. بنابراین شامل تنظیم توجه، حضور در لحظه حال و پذیرش احساسات چه خوشایند و چه ناخوشایند است. یکی از مزایای ذهن‌آگاهی تعامل و درک وضعیت فیزیولوژیکی فرد است. افزایش مهارت‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش و همچنین نشناختن اندیشه‌ها و احساسات، به زنان کمک می‌کند که حالت‌های منفی درونی خود را با روش‌های جدید تجربه کنند. برنامه ذهن‌آگاهی سبب کاهش اضطراب در زنان شده و زنان در برنامه ذهن‌آگاهی خود و تجربیات خود در زمان حال را پذیرفته و برنامه ذهن‌آگاهی می‌تواند یک موضع خودپذیرفتن در فرد ایجاد کرده و سلامتی فرد را وابسته به دیگران نکند. عوامل مرتبط با ذهن‌آگاهی باعث واکنش‌پذیری و استرس کمتر است و سرکوب کردن پاسخ‌های اضطرابی را پیش‌بینی می‌کنند.[۳۴]

همچنین یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی برافزایش قاطعیت جنسی زنان نابارور تاثیر دارد. طبق بررسی‌های به‌عمل‌آمده توسط پژوهشگر، پژوهشی که به‌طور مستقیم با این نتایج همسو باشد، یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت ناباروری به‌عنوان یکی از عوامل استرسزا می‌تواند زندگی زوجین را از زوایای مختلف تحت تاثیر قرار دهد، به‌گونه‌ای که باعث خشونت شوهران در مورد زنان نابارور خود شود و آسیب‌هایی جدی را در

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

روابط بین فردی آنان به‌وجود آورد. ذهن‌آگاهی فرد را از طریق آگاهی لحظه‌به‌لحظه و جهتگیری رفتاری مبتنی بر مسوولیت عاقلانه به‌جای واکنش‌پذیری خودکار به ایجاد رابطه‌ای متفاوت با احساس‌های درونی و حوادث بیرونی قادر می‌سازد. ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق بازداری قشری سیستم لیمبیک به‌طور موثر بر واکنش‌های هیجانی اعمال کنترل نماید که این اعمال کنترل با به‌کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از قبیل توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی انجام می‌گیرد. درمجموع تاثیر ذهن‌آگاهی بر قاطعیت جنسی به‌این‌صورت 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 ذهن‌آگاهی با کاهش ارزیابی‌های منفی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی و انتخاب استراتژی‌های موثر، می‌تواند باعث شود فرد امیال جنسی خود را به‌طور صریح بیان کنند و نقش فعالی نیز در روابط جنسی خود داشته باشند که به‌تبع 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.

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

سپاسگزاری: به‌این‌وسیله 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 متعد می شود در این مقاله هیچ نوع تضاد منافعی با اشخاص یا نهادها و سازمان ها ندارد.

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/Fulltext/2021/14060/Does_Infertility_Affect_the_Quality_of_Life_of.18.aspx
2. Celse T, Cazin C, Mietton 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.ihcs.ac.ir/article_18.html?lang=en
8. Besharat M, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

health and sexual problems. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2006; 12 (2):146-153. [Persian] https://ijpcp.iums.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.ihcs.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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

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&recommendation_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.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]

2019Dec.16. [Persian] https://journals.sbmu.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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-03]