Volume 21, Issue 4 (July- August 2022)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

Effectiveness of Narrative Therapy and Good Enough Sex Model on sexual attitude and sexual satisfaction in married infertile men and women

Armin Firoozi[1], Farah Lotfikashani[2*], Shahram Vaziri[1]

1. Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
2. School of Medicine, Department of Psychology, Tehran Branch, IslamicAzad University of Medical sciences, Tehran, Iran

Received: 1 April 2022
Accepted for publication: 25 July 2022
[EPub a head of print-29 August 2022]
Payesh: 2022; 21(4): 385-398

Abstract

Objective(s): Infertility targets marital identity and can disrupt the natural course of a couple's sex life. Narrative Therapy (NT) and Good Enough Sex Model (GESM) are specific methods to promote mental-sexual health. The aim of this study was to investigate and compare the effectiveness of these two methods on the attitude and sexual satisfaction of infertile couples.

Methods: This was a quasi-experimental study using pretest- posttest design with a control group. Forty-eight clients referred to urology and genecology office in Tehran, Iran, with primary infertility problem were studied. They were selected through convenience sampling method and randomly assigned to 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 for 4 sessions of 90 minutes. To collect data, the demographic questionnaire, Dehghani' attitude questionnaire and Hudson' sexual satisfaction questionnaire, was used. Data analysis was performed by SPSS software version 26 and descriptive statistics and analysis of covariance, Bonferroni post hoc test and mixed analysis of variance were used.

Results: The results of analysis of covariance showed that both treatments had a significant effect on sexual attitude in the post-test compared to the control group ($P < 0.001$). Bonferroni test indicates the superiority of NT over the GESM in promoting sexual attitude ($P < 0.05$), and the greater impact of the GESM than the NT in promoting sexual satisfaction of infertile couples was observed ($P < 0.05$). The results of repeated measures analysis also showed the persistence of effects in the follow-up stage ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings showed that the narrative therapy and the good enough sex model, are two appropriate interventional program to promote attitude and sexual satisfaction in infertile married people.

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

* Corresponding author: School of Medicine, Department of Psychology, Tehran Branch, Islamic Azad University of Medical sciences, Tehran, Iran
E-mail: lotfi.kashani@gmail.com

پایش
نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

مقایسه اثربخشی روایت درمانی و استفاده از یک مدل آموزشی بر نگرش و رضایت جنسی متاهلین نابارور

آرمین فیروزی[1] ، فرح لطفی کاشانی[2*]، شهرام وزیری [1]

۱. گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲. دانشکده پزشکی،گروه روانشناسی، واحد تهران، دانشگاه علوم پزشکی آزاداسلامی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۱۹
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۷ شهریور ۱۴۰۱]
نشریه پایش: ۳۹۸- ۳۸۵ :(۴)۲۱؛ ۱۴۰۱

چکیده

مقدمه: ناباروری، هویت زناشویی را مورد هدف قرار می‌دهد و می‌تواند مسیر طبیعی زندگی جنسی زن و شوهر را مختل کند. روایت‌درمانی و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب روش‌های اختصاصی برای ارتقاء سلامت روانی- جنسی هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه‌ی تاثیر دو روش ذکر شده روی نگرش و رضایت جنسی متاهلین نابارور انجام گرفت.

مواد و روش کار: بدین منظور و در قالب طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۴۵ روزه از میان مشارکت کنندگان در پژوهش، ۴۸ فرد متاهل از مراجعه کنندگان به مطب تخصصی ارولوژی، زنان و سلامت جنسی واقع در شهر تهران با مشکل ناباروری، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۶ نفره روایت درمانی، مدل تجربه ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب و کنترل جایگزین شدند. محتوای تدوین شده‌ی روایت درمانی و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب به مدت ۴ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای روی دو گروه آزمایش به طور جداگانه و اختصاصی اجرا شد. گردآوری داده‌ها با پرسشنامه‌ی نگرش جنسی دهقانی و پرسشنامه‌ی رضایت جنسی هادسون صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و تستهای آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس، آزمون تعقیبی بونفرونی و تحلیل واریانس مختلط انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد هر دو درمان مذکور در پس آزمون نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر نگرش جنسی اعمال کردند($P<۰/۰۰۱$). آزمون بونفرونی حاکی از برتری روایت‌درمانی نسبت به مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب در ارتقاء نگرش جنسی($P<۰/۰۵$)، و تاثیر بیشتر مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب نسبت به روایت‌درمانی در ارتقاء رضایت جنسی متاهلین نابارور بود($P<۰/۰۵$). نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نیز ماندگاری تاثیرات را در مرحله پیگیری نشان داد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان دادند که روایت‌درمانی و مدل تجربه جنسی به اندازه کافی خوب، به عنوان دو برنامه مداخله‌ای مناسب جهت ارتقاء نگرش و رضایت جنسی در متاهلین نابارور هستند.

کلید واژه: روایت درمانی، مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب، نگرش جنسی، رضایت جنسی، ناباروری

کداخلاق: IR.IAU.TMU.REC.1399.490

* نویسنده پاسخگو: دانشکده پزشکی،گروه روانشناسی، واحد تهران، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، تهران، ایران
E-mail: lotfi.kashani@gmail.com

مقدمه

ناباروری به عنوان وضعیتی در نظر گرفته می‌شود که زوج‌ها علی رغم ۱۲ ماه تلاش در مقاربت منظم و بدون پیشگیری نمی‌توانند باردار شوند [۳-۱]. وقتی زوج‌ها با تشخیصی به نام ناباروری مواجه می‌شوند، در هویت والدی خود نقص بزرگی احساس می‌کنند، وارد خلاء و حالت فقدان عذاب آوری می‌شوند و در زندگی‌شان غم، افسردگی، سوگ و عصبانیت را به عنوان هیجانات منفی تجربه می‌کنند [۴،۵]. تحقیقات نشان می‌دهد این اختلال در ۱۰ تا ۱۵درصد زوج‌ها درسنین باروری مشاهده می‌شود [۸-۶]. به عبارتی شیوع جهانی ناباروری ۹ درصد و شیوع آن در کشورهای توسعه یافته ۱۶/۷-۳/۵ درصد و در کشورهای در کمتر توسعه یافته بین ۶/۹ تا ۹/۳ درصد گزارش شده است [۱۲-۹]. همچنین طبق برآوردها آمار ناباروری در ایران ۱۳/۲ درصد گزارش شده است [۱۳].

مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری هویت زناشویی را مورد هدف قرار می‌دهد و می‌تواند پویایی و مسیر طبیعی زندگی جنسی زن و شوهر را مختل کند [۱۷-۱۴]. در زوج‌های نابارور، رابطه‌ی جنسی، نگرش جنسی نسبت به رابطه‌ی جنسی و حتی رضایت جنسی نیز دستخوش تغییرات می‌شود. از آنجا که نگرش و دانش جنسی به عنوان مولفه‌های اساسی روانشناختی مشکلات جنسی شناخته شده‌اند می‌توان نتیجه گرفت یکی از مسائل که در درمان مشکلات جنسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و مداخلات اولیه را به خود اختصاص می‌دهد، تغییر و ارتقاء نگرش افراد به مسائل جنسی است [۱۸].

نگرش جنسی، باور فرد در مورد فعالیت‌ها و نقش جنسی است و به معنای سبک تفکر مثبت یا منفی در تفسیر رویدادها و ارتباطات جنسی است که از طریق ابعاد شناختی، رفتاری و عاطفی عمل می‌کند [۲۲-۱۹]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نگرش جنسی با رضایت زناشویی در نابارورها رابطه مستقیم دارد و این ارتباط مستقیم در مردان نابارور بیشترگزارش شده است [۲۳]. علاوه بر این ثابت شده که زنان نابارور باورهای ناکارآمدی دارند و ۵۶ درصد اختلالات عملکردی جنسی در زنان در نتیجه‌ی همین باورهای ناکارآمد و نگرش منفی است که منجر به تحمل رنج روانشناختی و کیفیت زندگی جنسی پایین در آن‌ها می‌شود [۲۱,۲۴]. ناباروری و همه شیوه‌های درمانی در ناباروری اعم از درمان‌های کمک باروری با تبدیل رابطه‌ی جنسی به فعالیتی تحمیلی، مکانیکی و با هدف تولید مثل، می تواند نقش مسموم کننده و فلج کننده ای در زندگی جنسی افراد نابارور داشته باشند و باعث اختلال در سلامت جنسی از نظر عملکردی، سازگاری و رضایت جنسی شده و سرانجام منجر به سست شدن روابط زناشویی شوند [۲۵].

رضایت جنسی به طور عمده‌ای تحت تأثیر پیامدهای ناگواری از قبیل کاهش عزت نفس، احساس افسردگی، نگرانی و همچنین رابطه‌ی جنسی همراه با شکست در بارورشدن قرار می‌گیرد [۲۶]. نتایج نشان داده‌اند که عدم رضایت از رابطه‌ی جنسی در زنان بیشتر از مردان است و حدود ۵۰/۴ - ۲۵/۲ درصد از عدم رضایت جنسی رنج می‌برند [۲۷]. موگنا و همکاران (۲۰۰۴) نیز بیان کرده اند که در زوج‌های نابارور، شریک مرد در مقایسه با شریک زن، رضایت جنسی کمتری را تجربه می‌کند و این موضوع را به افزایش فشار روانی مرد و اجبار مقاربت در سراسر چرخه تخمک گذاری زن نسبت می دهند [۲۸]. دیر و همکاران در سال ۲۰۰۴ گزارش کردند که عدم لذت از رابطه‌ی جنسی، احساس فشار و استرس در برنامه‌ریزی جهت داشتن رابطه جنسی و فقدان عزت نفس جنسی در زنان نابارور، بیشترین تأثیر را در رضایت جنسی آنان دارد [۲۹].

نگرش و رضایت جنسی از مولفه‌های کلیدی رفتار جنسی است و در واقع می‌توان گفت رفتار جنسی، مجموعه‌ای از مفاهیم، نگرش‌ها، تجربه‌ها، فعالیت‌ها، احساسات و اندیشه‌های همراه آن است [۳۰،۳۱]،که در یک نظام جنسیتی و ساختار اجتماعی- فرهنگی شکل می‌گیرد. به همین خاطر هرگونه بررسی، مداخله و ارتقاء سلامت روانی- جنسی در زوج‌های نابارور بهتر است براساس درک همه جانبه پیامدهای منتج از پدیده ناباروری در بافت اجتماع باشد [۳۲].

با توجه به شیوع بالای ناباروری در ایران و پیامدهای نامطلوب آن بر زندگی جنسی زوجین نابارور و با وجود اهمیت ارائه برنامه‌های مشاوره‌ای و مداخله‌ای با محوریت مهارت‌های جنسی برای زوجین نابارور، مداخلات درمانی چشمگیری در زمینه‌ی دستکاری، تغییر و ارتقاء همزمان نگرش و رضایت جنسی در افراد نابارور در ایران صورت نگرفته و اکثر مطالعات قبلی روی عملکرد و رضایت جنسی در افراد نابارور متمرکز شده‌اند. مشاوره‌ها و درمان‌های روانشناختی رایج برای ارتقاء زندگی جنسی افراد نابارور را می‌توان در قالب پژوهش‌های مربوط به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری روی ارتقاء عملکرد جنسی زنان نابارور[۳۳]، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی رضایت جنسی زنان نابارور [۳۴]، آموزش مهارت‌های جنسی با هدف ارتقاء سلامت جنسی در نابارورها [۳۵]، مشاوره

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

جنسی در زنان با ناباروری اولیه بر مبنای مدل BETTER [۳۶]، اثربخشی تحلیل رفتار متقابل روی عملکرد جنسی زنان نابارور [۳۷]، آموزش مهارت‌های زناشویی با هدف مدیریت روابط جنسی در نابارورها [۳۸]، آموزش با هدف ارتقاء رضایت جنسی و کیفیت رابطه‌ی جنسی در زنان نابارور بر مبنای مدل BASNEF [۳۹]، اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه روی خودکارآمدی، سازگاری و رضایت جنسی زوجین نابارور [۴۰]، تاثیر غنی‌سازی روابط زناشویی روی رضایت و صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی [۴۱] و درمان دارویی مشکلات جنسی شایع در مردان [۴۲] خلاصه کرد.

اگر که تعریف رابطه‌ی جنسی را در نظر بگیریم و بخواهیم رابطه‌ی جنسی افراد نابارور را با هدف ارتقای زندگی جنسی آن‌ها دستکاری کنیم، با نگاه به این پژوهش‌ها می‌توان تامل کرد که راهکارها، مشاوره‌ها، آموزش‌ها و مداخلات استفاده شده در آن‌ها به طور مستقیم روی پذیرش مشکلات جنسی و چسبندگی به هویت مردانه یا زنانه و سپس دستکاری و تعدیل آن‌ها تمرکز داشته‌اند و خلاء توجه مداخلات روانی- جنسی به رابطه‌ی تعاملی بین فرهنگ با زندگی جنسی و ناباروری دیده می‌شود. چرا که ناباروری چیزی بیش از یک تشخیص پزشکی است و به عنوان یک داغ اجتماعی محسوب می‌شود [۴۳,۴۴]. به نظر می‌رسد برای مطالعه، پردازش و پوشش به این خلاء (توجه به تاثیر هویت فرهنگی- اجتماعی)، مدل روایت‌درمانی با قدرت پردازش تاثیرات هویت فرهنگی، بتواند در ارتقاء زندگی جنسی افراد نابارور بتواند اثربخش واقع شود. مدل روایت درمانی یکی از گزینه های روان درمانی است که اثربخشی آن روی زندگی زناشویی در کاهش تعارضات و ارتقاء زندگی زناشویی و جنسی در ابعاد عملکردی و نگرشی بررسی و تایید شده است [۴۵-۴۹].

روایت درمانی به این نکته اشاره می‌کند که انسان‌ها از طریق روایت‌ها به زندگی خود ساختار می‌دهند. به عبارتی، موقعی که مراجع به درمانگرش مراجعه می‌کند زندگی‌اش را با کمک روایت‌ها مطرح می‌کند [۵۰]. افراد در فرایند روایت‌درمانی یاد می‌گیرند روایت‌هایی که دارند از فرهنگ و ساختارهای گسترده‌تر اجتماعی نیز تأثیر می‌پذیرد و این ساختارها هستند که روایت‌های غالب فرد را شکل می‌دهند و بر این اساس مراجعان می‌توانند خود را از اسارت در روابط مشکل‌دار گذشته رها سازند و یک مواجهه‌ی بهتر با آینده‌ای توام با مشکلات کمتر داشته باشند [۵۱]. در نهایت هدف اصلی روایت درمانی کمک به مراجعان برای تجدید نظر و اصلاح داستان‌های درونی شده است که این فرآیند سبب می‌شود تا مراجعان احساس کنند قادر به پیش بینی و کنترل زندگی خود هستند [۵۲].

مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب توسط متز و مک کارتی در سال۲۰۰۷ به عنوان یک رویکرد یکپارچه سلامت جنسی و درمان، همراه با یک نقشه‌ی ساده و کارآمد برای زندگی زناشویی طراحی شد. هدف اصلی این مدل، ارتقاء سلامت جنسی و رضایت جنسی در افراد و زوج‌هاست [۵۳,۵۴]. جمالیان و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۱ اثربخشی این مدل را در ارتقاء رضایت جنسی بررسی و مورد تایید قرار داده‌اند [۵۵].

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 می‌دهد [۵۶]. در واقع می‌توان گفت ناباروری فرایندی است که شغل، جسم، ذهنیت و شخصیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد و اثرات نامطلوبی بر احساسات فرد از جمله خودباوری، عزت نفس همراه با احساس ارزشمندی و نقش زنانگی و مردانگی پذیرفته شده در بافت فرهنگی- اجتماعی دارد [۵۷]. با توجه به پردازش هویت فرهنگی و تاثیرات تعاملی عمیق آن با ابعاد دیگر زندگی افراد در روان درمانی روایتی، این پژوهش با هدف بررسی و مقایسه‌ی اثربخشی مدل روایت درمانی و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب بر نگرش و رضایت جنسی متاهلین نابارور انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و به روش پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل همه‌ی متاهلین نابارور در شهر تهران بودند. از بین متاهلین نابارور (زنان و مردان نابارور) که از اردیبهشت لغایت ۳۱ خرداد ۱۴۰۰ به یک مطب تخصصی ارولوژی 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 تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب" و کنترل جایگزین شدند. معیارهای انتخاب ورود به مطالعه شامل:۱) دارا بودن سواد خواندن و نوشتن؛ ۲) تشخیص ناباروری توسط متخصص زنان و ارولوژیست؛ ۳) سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال؛ ۴)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

نداشتن تعارضات شدید زناشویی؛ ۵)داشتن حداقل یک بار 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؛ ۹) تجربه درمان ناباروری (هر روشی)؛ ۱۰) موافقت و رضایت آگاهانه زوج‌ها جهت شرکت در جلسات درمانی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ۱) داشتن بیماری نورولوژیک و سیستمیک بر اساس پرونده پزشکی؛ ۲) داشتن عفونت ادراری-تناسلی براساس پرونده پزشکی؛ ۳) مبتلا بودن به اختلال روانی شدید (اختلال روان پریشی) و مصرف داروهای روانپزشکی بر اساس پرونده‌ی پزشکی؛ ۴) عقب ماندگی ذهنی؛ ۵) استفاده از الکل، مواد مخدر و دارو؛ ۶) باردار شدن در حین درمان بود. آزمودنی‌ها در ۳ مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و مرحله‌ی پیگیری ۴۵روزه پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. از جمله ملاحضات 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 پس‌آزمون برای گروه کنترل بود. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌ی نگرش جنسی و پرسشنامه‌ی رضایت جنسی بود. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و ناباروری با مروری بر متون تدوین شد 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 شد. پرسشنامه‌ی نگرش جنسی توسط دهقانی در سال ۲۰۰۴ با هدف سنجش نگرش جنسی ساخته شد [۵۸]. این پرسشنامه سه بعد عاطفی، شناختی و رفتاری نگرش جنسی را می‌سنجد. این پرسشنامه منطبق با فرهنگ ایران ساخته شده است و دارای ۲۹ سوال می باشد. آزمودنی در پاسخ به هر سوال می‌تواند یکی از سه گزینه‌ی بلی، تا حدودی و خیر را انتخاب کند. به طور کلی پاسخ بله، نمره‌ی ۲، تا حدودی نمره‌ی۱ و خیر نمره صفر دریافت می کند. مجموع امتیازات بین صفر تا ۵۸ است و نمرات بالاتر نگرش جنسی مثبت تر را نشان می‌دهد. روایی محتوایی این آزمون توسط ۵ نفر از اساتید روانشناسی مورد تایید قرار گرفت. اعتبار این مقیاس به فاصله دو هفته درگروه ۳۰ نفره از زنان و مردان مورد مطالعه قرار گرفت و ضریب پایایی آن (r=۰,۹۶) به دست آمد. پرسشنامه‌ی رضایت جنسی هادسون (ISS) در سال ۱۹۸۱ توسط هادسون و همکاران با هدف سنجش رضایت جنسی طراحی شد. این پرسشنامه، حاوی ۲۵ سوال است و پاسخ ها به صورت ۵ گزینه‌ای و بر اساس مقیاس لیکرت، از ۵- ۱ امتیازدهی می شود. درسوالات ۱- ۲- ۳- ۱۰ -۱۲- ۱۳- ۱۶- ۱۷- ۱۹- ۲۱- ۲۲ - ۲۳ گزینه "هرگز" امتیاز۵ و گزینه "همیشه" امتیاز ۱ را دریافت می‌کند. امتیاز ۵۰- ۲۵ معادل عدم رضایت جنسی، امتیاز ۷۵-۵۱ معادل رضایت جنسی کم، امتیاز ۱۰۰-۷۶ رضایت جنسی متوسط و امتیاز ۱۲۵- ۱۰۱ معادل رضایت جنسی بالا است [۵۹]. نسخه‌ی اولیه‌ی این پرسشنامه توسط هادسون به منظور بررسی رضایت جنسی زناشویی بر روی۷۰ زوج انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد این ابزار از روایی قابل قبول برخوردار است [۵۹]. در مطالعه شمس مفرحه در دانشگاه علوم پزشکی ایران مشخص شد که پرسشنامه‌ی رضایت جنسی هادسون از روایی قابل قبولی در جمعیت ایرانی برخوردار بوده و هنجاریابی شده است. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد که۹۳ درصد برای زوج‌های بارور و ۸۹ درصد برای زوج‌های نابارور محاسبه گردید [۶۰]. مداخله توسط پژوهشگر شامل۴ جلسه‌ی۹۰ دقیقه‌ای در ۴ هفته‌ی متوالی روی گروه روایت درمانی و گروه مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب اجرا شد. گروه کنترل در طول مدت انجام مداخله، فقط درمان‌های ناباروری مختص خود را دریافت کرد. محتوای مداخله‌ای بر اساس "مدل روایت درمانی" و"مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب"، تهیه، تدوین و سپس اجرا شد که ساختار و شرح جلسات 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، آزمون تعقیبی بونفرونی و تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. تجزیه و تحلیل در قالب نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت.

یافته‌ها

بیشتر شرکت کنندگان در رده سنی ۳۰ تا ۳۹ سال بودند. به لحاظ تحصیلات در همه مقاطع تحصیلی دیپلم، فوق دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد توزیع پراکندگی یکسان بود، فقط در گروه کنترل

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

یک نفر با تحصیلات دکتری وجود داشت. بیشتر همسران همراهی متوسط یا خوبی برای درمان داشتند. وضعیت اقتصادی بیشتر شرکت‌کنندگان متوسط گزارش شد. در جدول شماره ۳ اطلاعات جمعیت شناختی افراد گزارش شده است. اطلاعات توصیفی دو متغیر نگرش جنسی و رضایت جنسی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول شماره (۴) گزارش شده است. با توجه به اطلاعات جدول، میانگین هر دو گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش یافته‌است. نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون (جدول شماره ۵) نشان می‌دهد توزیع هر دو متغیر نگرش جنسی و رضایت جنسی براساس آزمون شاپیرو- ویلک با توزیع نرمال تفاوت معنادار ندارد (P>۰/۰۱). جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در سه گروه (دو گروه آزمایش و کنترل) از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن حاکی از برقراری این مفروضه است (P>۰/۰۵ و F=۰/۸۴ برای نگرش جنسی و P>۰/۰۵ و F=۳/۰۴ برای رضایت جنسی).

همگنی ضرایب رگرسیون نیز از طریق تعامل بین پیش‌آزمون و متغیر مستقل بررسی و برقراری این مفروضه نیز تأیید گردید (P>۰/۰۵ و F=۱/۳۳ برای نگرش جنسی و P>۰/۰۵ و F=۳/۱۹ برای رضایت جنسی). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس و بلامانع بودن استفاده از این آزمون نتایج آن در جدول شماره (۶) ارائه شده است.

جدول شماره (۶)، نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت سه گروه روایت درمانی، تجربه جنسی خوب و کنترل با حذف عامل پیش‌آزمون را نشان می‌دهد. با توجه به سطر دوم جدول و با کنترل اثر پیش‌آزمون مشاهده می‌گردد که حداقل بین دو گروه در نگرش جنسی (P<۰/۰۵ وF=۵۲/۹۶) و رضایت جنسی (P<۰/۰۵ وF=۱۹۵/۴۴) تفاوت معنادار در پس‌آزمون وجود دارد.

برای تعیین این نکته که بین کدام گروه‌ها تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول (۷) آمده است. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول (۷) بین گروه کنترل و دو گروه آزمایشی (روایت درمانی و تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب) تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱)؛ بنابراین هر دو روش مداخله روایت درمانی و تجربه خوب بر ارتقاء نگرش و رضایت جنسی افراد اثرگذار بودند. همچنین بین گروه روایت‌درمانی و تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب در نگرش و رضایت جنسی نیز تفاوت معنادار وجود داشت (P<۰/۰۵). با توجه به میانگین دو گروه در پس‌آزمون مشاهده می شود که در متغیر نگرش جنسی میانگین نمرات پس‌آزمون گروه روایت‌درمانی از میانگین نمرات گروه مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب بیشتر است، اما در رضایت جنسی مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب از روایت درمانی موفق‌تر عمل کرده است.

در مرحله‌ی دوم برای مقایسه بین نتایج پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس مختلط (یک بین، یک درون) استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول (۸) گزارش شده است. براساس اطلاعات مندرج در این جدول عامل درون گروهی زمان معنادار بود (P<۰/۰۵). به عبارتی نتایج پس‌آزمون پایدار نماند ولی چون میانگین پیگیری از میانگین پس‌آزمون بود این تغییر در جهت مثبت بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

جدول۱: جلسات، محتوا و فنون مورد استفاده در"روایت درمانی"

محتوا جلسات	فنون
اول مرحله‌ی روایتی یا گرفتن داستان مملو از مشکل، ساختارشکنی، بررسی تاثیر نسبی مشکل بر ابعاد مختلف زندگی به خصوص هویت زناشویی، خلاصه کردن جلسه و اطمینان از بیرونی کردن مشکل	بیرونی سازی مشکل نام گذاری مشکل
دوم مرور جلسه‌ی قبل، تزریق امیدواری و انعطاف پذیری از طریق کشف لحظات درخشان، بررسی و اطمینان از این که لحظات درخشان بیانگر تجربیات ترجیح داده شده هستند. خلاصه کردن جلسه، اطمینان از بیرونی ساختن مشکل و تاکید بر لحظات درخشان	سوالات بازکننده‌ی فضا سوالات ترجیحی
سوم مرور جلسه‌ی قبل، تجزیه و تحلیل داستان غالب، به چالش کشیدن پیش فرض‌های فرهنگی، ریشه‌یابی روایت غالب و چگونگی تاثیر عمیق آن، کشف عمیق‌تر لحظات درخشان در مواجهه با داستان غالب، به چالش کشیدن تصاویر تصاویر منفی از خود همراه با هیجانات منفی مربوط به آن، تاکید بر توانمندی‌های مثبت، بازتالیف داستان بر اساس آگاهی از داستان غالب ونتایج منحصر به فرد در رویارویی‌های گذشته (تجدید نظر و اصلاح داستان غالب درونی شده با مواجهه مجدد وتجزیه و تحلیل آن)، کمک به مراجع برای پیش بینی وکنترل زندگی با ایجاد یک نقشه‌ی جدید که منجر به روایت جدیدی درزندگی‌اش می شود. خلاصه‌کردن جلسه، اطمینان از بیرونی سازی مشکل و شخصیت بخشی به آن، تاکید بر مسیرجدید و روایت جدید	سوالات هدایت کننده سوالات معنایی
چهارم مرور جلسه‌ی قبل، حمایت از تغییرات و تقویت پیشرفت های جدید و مثبت، وارد کردن همسر به عنوان شاهد برای شنیدن و تایید لحظات درخشان (توانمندی‌های مثبت)، کمک درمانگر و شاهد به مراجع برای تقویت و داستان جدید در فرایند باز تالیف روایت زندگی، نوشتن نامه توسط درمانگر به مراجع (خلاصه‌ای از یک داستان جدید و اعتماد درمانگر به قابلیت مراجع برای ادامه پیشرفت	استفاده از شاهد بیرونی نوشتن نامه

جدول ۲: جلسات، محتوا و اهداف"مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب

محتوا جلسات
اول دو هدف معنا و جایگاه تجربه‌ی جنسی در زندگی روزمره (آمیختگی تجربه‌ی جنسی با زندگی واقعی) بررسی می‌شود و ارتباط بین انتظارات واقع بینانه‌ی جنسی با سلامت رفتاری، جسمی و رضایت جنسی دنبال می‌شود. آموزش اصول ۱ تا ۳ که شامل درک پیچیده و چند بعدی بودن اختلالات جنسی، پذیرفتن شرایط موجود و ورود ناباروری به مسیر زندگی، داشتن انتظارات واقع بینانه و تاکید بر کیفیت زندگی جنسی. تکلیف: طراحی سناریو رابطه‌ی جنسی با در نظر گرفتن و پذیرش تغییرات در زندگی جنسی بعد از ورود ناباروری
دوم بررسی جلسه‌ی قبل، مشخص کردن ۲ هدف برای جلسه؛رابطه‌ی بین کیفیت تجربه‌ی جنسی و عملکرد مطلوب (زیر سوال بردن عملکرد کامل و بی نقص) و رابطه‌ی بین غنی سازی در بعد صمیمانه و رضایت جنسی دنبال می‌شود. آموزش اصول ۶ تا ۴ مدل که شامل درک اهمیت ارتباط بین زن و شوهر در کیفیت رابطه‌ی جنسی و هدف‌گذاری بر مبنای سبک جدید در زندگی جنسی.
سوم این جلسه با مرور جلسه‌ی قبل و سپس با هدف اختصاصی کردن معنا، اهداف و تکالیف برای هر عضو زوج جهت دستیابی به رضایت جنسی دنبال می‌شود. آموزش مولفه‌های ۱ تا ۶ مدل که شامل درک اهمیت و جایگاه مثبت و مفید رابطه ی جنسی، قرار گرفتن هر دو عضو زوج (فرد نابارور و همسرش) در یک تیم صمیمانه، اهمیت سلامت جسمی و انتظارات واقع بینانه مبتنی بر ارتباط عاطفی، باور به تغییرات، اهمیت کیفیت رابطه‌ی جنسی و چرخش از کمیت به کیفیت، اهمیت و ارزش‌گذاری برای هر مرحله ی چرخه پاسخ جنسی بدون تاکید بر ارگاسم تمام و کمال.
چهارم این جلسه با مرور جلسه‌ی قبل و سپس با هدف اشاره و تمرکز بر تمامی ابعاد روانشناختی، پزشکی و ارتباطی جهت ارتقای سلامت جنسی دنبال می‌شود. آموزش مولفه‌ی ۷ تا ۱۲ مدل که شامل شکل‌گیری نگرش انعطاف‌پذیر نسبت به تجربیات جنسی لذت بخش، تعیین اهداف جدید بر اساس تجربیات اصلاحی (قبل از رابطه‌ی جنسی)، استفاده از سبک‌های هیجانی موثر در رابطه‌ی جنسی، غنی‌سازی رابطه‌ی جنسی و شکل‌گیری مفهوم رابطه‌ی جنسی به عنوان یک ارزش در زندگی جنسی.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

جدول ۳: اطلاعات جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

گروه	کنترل		روایت درمانی		تجربه‌جنسی‌خوب		جمع کل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن								
۲۹ تا ۲۰	۱	۱۶/۷	۳	۵۰/۰	۲	۳۳/۳	۶	۱۰۰
۳۹ تا ۳۰	۱۱	۳۱/۴	۱۲	۳۴/۳	۱۲	۳۴/۳	۳۵	۱۰۰
۴۰ به بالا	۴	۵۷/۱	۱	۱۴/۳	۲	۲۸/۶	۷	۱۰۰
تحصیلات								
دیپلم	۵	۳۵/۷	۵	۳۵/۷	۴	۲۸/۶	۱۴	۱۰۰
فوق دیپلم	۳	۲۵	۴	۳۳/۳	۵	۴۱/۷	۱۲	۱۰۰
لیسانس	۴	۳۶/۴	۳	۲۷/۳	۴	۳۶/۴	۱۱	۱۰۰
فوق‌لیسانس	۳	۳۰/۰	۴	۴۰/۰	۳	۳۰/۰	۱۰	۱۰۰
دکتری	۱	۱۰۰	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰۰
همراهی همسر								
ضعیف	۳	۳۰/۰	۴	۴۰/۰	۳	۳۰/۰	۱۰	۱۰۰
متوسط	۶	۳۷/۵	۵	۳۱/۳	۵	۳۱/۳	۱۶	۱۰۰
خوب	۷	۳۱/۸	۷	۳۱/۸	۸	۳۶/۴	۲۲	۱۰۰
وضعیت اقتصادی								
ضعیف	۳	۶۰/۰	۱	۲۰/۰	۱	۲۰/۰	۵	۱۰۰
متوسط	۹	۳۰/۰	۱۰	۳۳/۳	۱۱	۳۶/۷	۳۰	۱۰۰
خوب	۴	۳۴/۴	۳	۲۷/۳	۴	۳۶/۴	۱۱	۱۰۰

جدول۴: اطلاعات توصیفی متغیرهای نگرش و رضایت جنسی در هر گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری

گروه	آزمون	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
نگرش جنسی					
کنترل	پیش آزمون	۳۰	۴۱	۳۵/۴۳	۳/۸۳
	پس آزمون	۲۷	۴۲	۳۵/۱۹	۴/۳۷
روایت درمانی	پیش آزمون	۲۳	۴۰	۳۱/۶۲	۶/۲۳
	پس آزمون	۳۳	۵۲	۴۴/۰	۵/۲۷
	پیگیری	۴۲	۵۲	۴۶/۳۷	۲/۷۳
تجربه جنسی خوب	پیش آزمون	۲۴	۴۲	۳۲/۹۴	۴/۲۸
	پس آزمون	۳۲	۴۸	۴۱/۵۰	۴/۰۷
	پیگیری	۳۹	۵۲	۴۵/۳۳	۳/۲۹
رضایت جنسی					
کنترل	**پیش آزمون**	۶۳	۹۱	۷۶/۰۶	۷/۶۵
	پس آزمون	۶۷	۸۵	۷۵/۳۷	۵/۵۲
روایت درمانی	**پیش آزمون**	۵۷	۹۳	۷۵/۰۶	۸/۳۵
	پس آزمون	۹۷	۱۱۱	۱۰۲/۳۷	۳/۷۰
	پیگیری	۹۹	۱۱۳	۱۰۶/۲۷	۴/۰۳
تجربه جنسی خوب	**پیش آزمون**	۶۱	۸۱	۷۱/۱۹	۵/۷۸
	پس آزمون	۹۷	۱۱۸	۱۰۵/۵۶	۶/۴۷
	پیگیری	۹۵	۱۱۹	۱۰۹/۰۰	۷/۵۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

جدول ۵: آزمون‌شاپیرو-ویلک و شاخص‌های چولگی و کشیدگی متغیرهای نگرش و رضایت جنسی در گروه‌های آزمایش و کنترل

	گروه	شاپیرو-ویلک			چولگی	کشیدگی
		آماره	درجه آزادی	سطح معناداری		
	نگرش جنسی					
پیش آزمون	کنترل	۰/۹۲	۱۶	۰/۱۸	-۰/۰۸	-۱/۴۹
	روایت درمانی	۰/۸۸	۱۶	۰/۰۴	۰/۰۳	-۱/۷۵
	تجربه جنسی خوب	۰/۹۶	۱۶	۰/۷۳	-۰/۰۸	۰/۶۴
پس آزمون	کنترل	۰/۹۴	۱۶	۰/۳۹	-۰/۳۶	-۰/۹۵
	روایت درمانی	۰/۸۹	۱۶	۰/۰۷	-۰/۸۸	۰/۰۵
	تجربه جنسی خوب	۰/۹۶	۱۶	۰/۷۳	-۰/۷۵	۰/۶۹
پیگیری	روایت درمانی	۰/۹۵	۱۶	۰/۵۴	۰/۴۲	۰/۱۳
	تجربه جنسی خوب	۰/۹۶	۱۶	۰/۷۴	-۰/۱۳	۰/۶۵
	رضایت جنسی					
پیش آزمون	کنترل	۰/۹۷	۱۶	۰/۹۱	۰/۲۰	-۰/۶۴
	روایت درمانی	۰/۹۵	۱۶	۰/۵۴	-۰/۱۸	۱/۴۴
	تجربه جنسی خوب	۰/۹۵	۱۶	۰/۵۶	۰/۲۸	-۰/۵۱
پس آزمون	کنترل	۰/۹۵	۱۶	۰/۴۳	۰/۱۰	-۱/۱۹
	روایت درمانی	۰/۹۶	۱۶	۰/۶۴	۰/۶۳	۰/۵۹
	تجربه جنسی خوب	۰/۹۳	۱۶	۰/۲۳	۰/۳۷	-۰/۲۹
پیگیری	روایت درمانی	۰/۹۵	۱۶	۰/۶۱	-۰/۲۸	-۰/۷۷
	تجربه جنسی خوب	۰/۹۳	۱۶	۰/۲۵	-۰/۴	-۱/۱

جدول۶: تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر روایت درمانی و مدل تجربه جنسی به اندازه کافی خوب بر نگرش و رضایت جنسی

	منبع تغییر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
نگرش جنسی	پیش آزمون	۵۳۳/۵۲	۱	۵۳۳/۵۲	۵۶/۳۱	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱
	تفاوت سه گروه در پس آزمون	۱۰۰۳/۶۴	۲	۵۰۱/۸۲	۵۲/۹۶	۰/۷۱	۰/۰۰۰۱
	خطا	۴۱۶/۹۲	۴۴	۹/۴۷			
	کل	۱۶۱۰/۴۸	۴۷				
رضایت‌جنسی	پیش آزمون	۲۷۱/۴۵	۱	۲۷۱/۴۵	۱۱/۷۱	۰/۲۱	۰/۰۰۱
	تفاوت سه گروه در پس آزمون	۹۰۶۱/۱۱	۲	۴۵۳۰/۵۶	۱۹۵/۴۴	۰/۹۰	۰/۰۰۰۱
	خطا	۱۰۱۹/۹۸	۴۴	۲۳/۱۸			
	کل	۱۰۰۹۳/۸۱	۴۷				

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

جدول ۷: آزمون بونفرونی جهت مقایسه اثربخشی دو درمان بر نگرش و رضایت جنسی

گروه۱	گروه۲	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
نگرش	جنسی			
کنترل	روایت درمانی	-۱۱/۵۰	۶/۱۵	۰/۰۰۰۱
	تجربه خوب	-۸/۰۷	۱/۱۱	۰/۰۰۰۱
روایت درمانی	تجربه خوب	۳/۴۲	۱/۰۹	۰/۰۰۹
رضایت	جنسی			
کنترل	روایت درمانی	-۲۷/۳۳	۱/۷۰	۰/۰۰۰۱
	تجربه خوب	-۳۱/۸۲	۱/۷۷	۰/۰۰۰۱
روایت درمانی	تجربه خوب	-۴/۴۸	۱/۷۴	۰/۰۴

جدول۸: آزمون اندازه‌گیری مکرر برای پایداری نمرات نگرش و رضایت جنسی در مرحله پیگیری

	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معناداری
نگرش جنسی	زمان	۱۳۲/۱۰	۱	۱۳۲/۱۰	۲۱/۵۵	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱
	گروه	۳۹/۰۲	۱	۳۹/۰۲	۱/۵۸	۰/۰۵	۰/۲۲
	زمان*گروه	۴/۶۱	۱	۴/۶۱	۰/۷۵	۰/۰۲	۰/۳۹
رضایت جنسی	زمان	۲۰۶/۵۲	۱	۲۰۶/۵۲	۲۲/۲۸	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱
	گروه	۱۳۴/۵۶	۱	۱۳۴/۵۶	۲/۳۸	۰/۰۸	۰/۱۳
	زمان*گروه	۰/۷۱	۱	۰/۷۱	۰/۰۸	۰/۰۰۳	۰/۷۸

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی روایت‌درمانی و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب بر نگرش و رضایت جنسی متاهلین نابارور بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که هر دو درمان در ارتقاء نگرش و رضایت جنسی متاهلین نابارور در مرحله‌ی پس‌آزمون تاثیر معنادار داشتند. همچنین با توجه به نتایج آزمون تعقیبی می‌توان ادعا کرد که روایت درمانی در ارتقاء نمره‌ی نگرش جنسی از مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب موفق‌تر بوده و مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب نیز در ارتقاء رضایت جنسی توانسته موفق‌تر عمل کند. بر اساس نتایج این پژوهش، روایت درمانی باعث ارتقاء نگرش و رضایت جنسی در متاهلین نابارور شد. پژوهش مستقیمی که از نظر نوع درمان، متغیر و جمعیت مورد نظر دقیقا همسو با پژوهش حاضر باشد، یافت نشد ولی به طور غیرمستقیم این نتیجه‌ی پژوهش با نتایج پژوهش‌هایی که به بررسی تاثیر روایت درمانی بر زندگی جنسی و ابعاد هویت زناشویی پرداخته‌اند و تا حدی مشابه مطالعه حاضر هستند، همسو می‌باشد [۴۶،۴۷]. در تبیین نتیجه‌ی فوق می‌توان چنین بیان کرد که روایت‌درمانی با پلت فرم و ساختار چهار مرحله‌ای خود از طریق جداسازی مشکل از هویت و شخصیت افراد نابارور، فرصتی را برای آنان فراهم می‌کند تا اولا با این جداسازی، بار روانی مشکل در زندگی آن‌ها کاهش یابد. ثانیا با دیدی وسیع‌تر به تداخل بین عوامل تاثیرگذار خارج از خود روی نگرش جنسی و زندگی جنسی خود پی‌ببرند و مسیری تازه در زندگی جنسی خود که متاثر از فرهنگ، اجتماع و خانواده است طراحی کنند. در نهایت در مسیر تازه‌ای که طراحی کرده‌اند بر اساس پتانسیل‌های مثبت فکری، رفتاری و هیجانی که در مواجهه‌ی کارآمد با تاثیرات فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی تجربه و کشف کرده‌اند، زندگی جدید خود را ادامه دهند. در حقیقت در مسیر زندگی جدید به جای تداخل و تاثیرات منفی ناآگاهانه هویت‌های تاثیرگذار، از طریق یک تعامل سازنده بین هویت‌های تاثیرگذار بر زندگی جنسی، تعادلی حاصل می‌شود که در نهایت، رشد دهنده، سالم و سازنده خواهد بود. این تعادل در زندگی، 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 قطعا تاثیرات خود را روی زندگی ما (نگرش و زندگی جنسی) خواهد گذاشت [۶۱]. نتیجه‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب تاثیر معناداری بر نگرش و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]

[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

رضایت جنسی متاهلین نابارور داشت. این یافته‌ی پژوهش حاضر با یافته‌های جمالیان و همکاران در اثربخشی این مدل بر زندگی جنسی و رضایت جنسی همسو می‌باشد [۵۵]. در تبیین یافته‌های حاصل از تاثیر مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب روی نگرش جنسی در متاهلین نابارور می‌توان چنین بیان کرد که این مدل به طور مستقیم زندگی جنسی افراد را در هویت زناشویی مورد هدف قرار می‌دهد و برای افراد نابارور فرصتی را در هویت زناشویی خلق می‌کند تا از طریق جایگاه دادن و ارزش گذاری برای زندگی جنسی و تمرکز روی آن، فرصت های باهم بودن را تجربه کنند. در بطن این فرصت‌های باهم بودن با آگاهی، پذیرش تفاوت‌ها، انعطاف-پذیری نسبت به کمیت و کیفیت و اهداف در رابطه‌ی جنسی و همچنین داشتن انتظارات واقع بینانه تعاملات سازنده‌تری اتفاق خواهد افتاد [۵۳]. در حقیقت افراد می‌توانند با انعطاف پذیری و داشتن انتظارات واقع بینانه از شرایط روانشناختی، سنی، جسمی، بیولوژیک و ارتباطی، یک بستر نگرشی مناسبی را برای ارتقاء زندگی جنسی خود فراهم کنند. در مقایسه‌ی اثربخشی دو مداخله با توجه به نتایج آزمون تعقیبی، اثربخشی بیشتر روایت درمانی در ارتقاء نمره‌ی نگرش جنسی نسبت به مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب و موفقیت بیشتر مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب در ارتقاء رضایت جنسی نسبت به روایت درمانی مشاهده شد. در تفسیر این یافته می‌توان گفت که واقعیت ناباروری، فرایندی است که شغل، جسم، ذهنیت و شخصیت را تحت تاثیر قرار می‌دهد و اثرات نامطلوبی بر احساسات فرد ازجمله خودباوری و عزت نفس همراه با احساس ارزشمندی و نقش زنانگی و مردانگی دارد [۵۷]. یا این که با توجه به داغ اجتماعی بودن مسئله ی 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. اما مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب رفع مشکلات جنسی افراد نابارور را با مداخله به طور مستقیم و از طریق تنظیم رفتار و هیجان (بدون هدف قرار دادن مسایل فرهنگی و اجتماعی و تاثیرات آن‌ها روی افراد نابارور) انجام می‌دهد. در حقیقت می‌توان گفت در گروه روایت‌درمانی، افراد نابارور در مسیر بازنویسی داستان زندگی خود، به تاثیر عوامل فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی فشارزا پی می-برند و در جهت خنثی‌سازی این تاثیرات گام بر می‌دارند، لذا تغییرات نگرش و رضایت در زندگی جنسی را عمیق‌تر و گسترده‌تر از افراد گروه مدل تجربه‌ی جنسی به اندازه‌ی کافی خوب تجربه می‌کنند.

سهم نویسندگان

آرمین فیروزی: نویسنده ی اصلی، مجری و نگارنده ی مقاله
فرح لطفی کاشانی: نظارت بر اجرای طرح، راهنمایی و همکاری در نگارش مقاله
شهرام وزیری: نظارت بر اجرای طرح، مشاوره و همکاری در اجرای مقاله

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.

منابع

1. Berek JS. Berek and Novak's gynecology. 16th Edition. 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. Doesinfertility affect the sexual function and sexual quality of life of women? A case control study. International Journal of Sexual Health 2020; 32, 22–32
3. Kapısız S, Gök FA, YILMAZ N, Özcan S, Duyan V. Marital satisfaction and influencing factors in

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

infertile couples. Cukurova Medical Journal 2019;44: 1074-84
4. Mahadeen AI, Hamdan-Mansour AM, Habashneh SA, Dardas LA. Sexual satisfaction among infertile couples: Demographics and psychosocial health factors. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2020;58:40-7 [Persian]
5. Oindi FM, Murage A, Lema VM, Mukaindo AM. Association of female sexual dysfunction and fertility: A cross sectional study. Fertility Research and Practice 2019; 5:12
6. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2007
7. Pedro J, Frederiksen Y, Schmidt L, Ingerslev HJ, Zachariae R, Martins MV. Comparison of three infertility-specific measures in men and women going through assisted reproductive technology treatment. Journal of Health Psychology 2019; 24:738-49
8. Samadi H, Doustkam M. Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on marital compatibility and life expectancy in infertile women. International Academic Journal of Social Sciences 2016; 3:16-27 [Persian]
9. 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: 213–220
10. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. Human Reproduction 2007; 22:1506-12
11. Lara L, Salomao P, Romao A, et al. Effect of infertility on the sexual function of couples: State of the art. Recent Patents on Endocrine, Metabolic & Immune Drug Discovery 2015; 9:46-53
12. Luk BH, Loke AY. Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2019; 37:108-22
13. Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Direkvand-Moghadam A. Effect of infertility on sexual function: a cross-sectional study. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2015;9: QC01 [Persian]
14. Jalil T, Muazzam A. Emotional intelligence as a predictor of marital adjustment to infertility. International Journal of Psychological Studies 2013; 2:45–58. [Persian]
15. Doyle M, Carballedo A. Infertility and mental health. Advances in Psychiatric Treatment 2018; 20:297–303
16. Ledermann T, Bodenmann G, Rudaz M, Bradbury TN. Stress, communication, and marital quality in couples. Family Relations 2010; 59:195–206
17. Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rösner S, Strowitzki T, Wohlfarth K. Sexuality, self-esteem and partnership quality in infertile women and men. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2014; 78:759-763
18. Zabihi Rigcheshme M, Mirzaian B, Hasanzade R, Shahidi M. [Comparing Sexual Attitudes of Fertile and Infertile Couples]. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2012; 22: 272-281 [Persian]
19. Karimi Y. Attitude and change of attitude. 7th edition. Tehran 2009; Virayesh Publication [Persian]
20. Corsini, R. Understanding and similarity in marriage. Journal of Abnormal Social Psychology 2002; 52, 8-12
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 [Persian]
22. Naderi, Farah, Heidari, Alireza, Hosseinzadeh Maleki, Zeinab. The relationship between knowledge and sexual attitude, components Love and marital satisfaction with spousal abuse in married employees of government offices in Ahvaz.Women and Culture 2009; 1: 28-45 [Persian]
23. Bokaie M, Simbar M, Yasini-Ardakani SM. [Social factors affecting the sexual experiences of women faced with infertility: A qualitative study]. Journal of Semnan University of Medical Sciences 2018;20: 228-239 [Persian]
24. Khodakarami N, Hashemi S, Seddigh S, Hamdiyeh M, Taheripanah R. Life experience with infertility: a phenomenological study. Journal of Reproduction & Infertility 2010; 10: 287-297 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

25. Mahadeen AI, Hamdan-Mansour AM, Habashneh SA, Dardas LA. Sexual satisfaction among infertile couples: Demographics and psychosocial health factors. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 2020; 58: 40-7
26 Pakgohar M, Vizheh M, Babaee G, Ramezanzadeh F, Abedininia N. Effect of counseling on sexual satisfaction among infertile women referred to Tehran fertility center. Hayat; 2008; 14: 21-30 [Persian]
27. Abdolmanafi A, Nobre P, Winter S, Tilley PJM, Ghorban Jahromi R. Culture and sexuality: cognitive – emotional determinants of sexual dissatisfaction among Iranian and New Zealand women. The Journal of Sexual Medicine 2018; 15:687-97
28. Monga M, Alexan drescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology 2004; 63:126-30
29. Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena N, van der Spuy ZM. You are a man because you have children: Experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. Human Reproduction 2004; 19:960-7
30. 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: 339-351
31. Bokaie M, Simbar M, Yasini Ardekani SM, Alavi-Majad H. [How infertility effects on sexual function of infertile couples?]. Advances in Nursing & Midwifery 2015; 25:47–56 [Persian]
32. Hasanpour SH, Bani S, Mirghafourvand M, Yahyavi Kochaksarayie F. [Mental health and its personal and social predictors in infertile women. Journal of Caring Sciences 2014; 3: 37-45 [Persian]
33. Sahraeian M, Lotfi R, Qorbani M, Faramarzi M, Dinpajooh 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; 45:574-84 [Persian]
34. 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: 56-67 [Persian]
35. 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, 1–11
36. Demir S & Aslan E. Sexual Counselling in Women with Primary Infertility and Sexual Dysfunction: Use of the BETTER Model. Journal of Sex & Marital Therapy 2019; 45: 21-30
37. 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 Journal of Nursing and Midwifery Care 2019; 27: 250-259 [Persian]
38. 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; 38:1012-20 [Persian]
39. 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;12:975-982 [Persian]
40. 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: 43-54 [Persian]
41. 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; 11:197-202 [Persian]
42. Capogrosso P, Christian Fuglesang S CH, Rastrelli G, Torremade J, Russo G I, Raheem A A, Frey A, Fode M, Maggi M, Yacov Reisman Y, Bettocchi C, Corona G. Male Sexual Dysfunctions in the Infertile Couple-Recommendations From the

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]

European Society of Sexual Medicine (ESSM). Sex Medicine 2021;9: 100377
43. Bliss C (1999). The Social Construction of Infertility by Minority Women. (Dissertation). Available at: http: //gerrystahl. net/personal/family/dissertation. pdf/. Accessed Nov 5, 2012
44. Riahi M I, Zarezadeh Mehrizi E. Study of gender differences in psychosocial consequences of infertility among patients referred to Yazd Medical Center. Journal of Women's Strategic Studies 2013; 14:155-210 [Persian]
45. Balochi F, Refahi Z. The Effectiveness of Narrative Therapy on Reducing Marital Conflict. World Journal of Environmental Biosciences 2017; 6:78-85 [Persian]
46. Hamidi P, Bahari S, Mostafavi SA & Shamohammadi M. The Efficacy of the Narrative Therapy Approach in Reducing Couples' Conflicts through Couples Therapy. Thrita Journal of Medical Sciences 2016; 5:e36606 [Persian]
47. Driscoll J.J, & Hughes, A.A. Sexuality of Aging Adults: A Case Study Using Narrative Therapy. Contemporary Family Therapy 2021; 107, 2411-2502
48. Johnson D J, Holyoak D & Pickens JC. Using Narrative Therapy in the Treatment of Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse in the Context of Couple Therapy. The American Journal of Family Therapy 2019; 47: 216-231
49. Wedley D.L , Rutter P. A. Helping Reauthor the Stories for Women Navigating HIV+ Status and Low Sexual Desire. Journal of Black Sexuality and Relationships 2020; 6:1-12
50. Milojević, I. [Creating alternative selves: the use of futures discourse in narrative therapy.] Journal of Futures Studies 2014; 18: 27-40
51. 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 2002:45
52. 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.
53. Mc carthy BW & Metz ME. The good enough sex model for couple sexual satisfaction. Sexual and Relationship Therapy 2008; 23: 227-234
54. 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; 213-229
55. 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
56. 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
57. 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: 2505-15
58. Dehghani A. (2004). 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 [Persian]
59. Hudson W.W., Harrison, D.F., Crosscup, P.C. A short-form scale to measure sexual discord in dyadic relationships. Journal of Sex Research 1981; 17, 157-174
60. Shams Mofaraheh Z, Shahsiah M, Mohebbi S, Tabaraee Y. The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz city. Journal of Health System 2011; 6:417-424
61. Prochaska J O. & Norcross, J.C. (2007). Psychotherapy systems, (Tr.) by Yahya SeyyedMohammadi, 18th Edition, Ravan Publications:Tehran, 2012

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1401.21.4.7.5]
[DOI: 10.52547/payesh.21.4.385]