

تأثیر آموزش سردکننده های جنسی در ارتقای سلامت جنسی

دکتر داود معنوی پور^۱، دکتر علیرضا پیرخانی^۲، دکتر عباس روحانی^۳
و زهرا سادات دیباجی^۴

هدف پژوهش حاضر، شناسایی میزان اثربخشی آموزش سردکننده های جنسی در ارتقای سلامت جنسی بود. برای این منظور ۴۵ نفر (۳۰ زن و ۱۵ مرد) از دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در سال ۱۳۸۶-۸۷ به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و در کاربندی پژوهش وارد شدند. نتایج حاصل از دو مرحله ی پژوهش، نشان داد بین نمرات آزمودنی ها در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنادار آماری وجود دارد و مداخله ی آموزشی به کار گرفته شده در ارتقا سلامت جنسی آنها موثر بوده است.

واژه های کلیدی: سردکننده های جنسی، سلامت جنسی، آموزش های جنسی

مقدمه

تعیین قابلیت های لازم برای هر موقعیت، بسته به نوع نقش هایی است که افراد ایفا می کنند. در زندگی زناشویی، این قابلیت ها جنبه های متعددی چون مهارت های ارتباط کلامی، ارتباط جنسی تربیت فرزندان، حمایت از همسر، رازداری، حل مسایل طرفین، برنامه ریزی و همانند آنها را شامل می شود. همین موضوع موجب شده که برای حل مسایل مختلف خانواده ها، از تکنیکهای گوناگون آموزش و مشاوره استفاده شود. برقراری یک رابطه ی عینی و ملموس بین بدن زن و مرد، مفاهیم زنانگی و مردانگی را با حفظ سلسله مراتب قدرت، پیش از پرداختن به تمایل جنسی در جریان تفکر غرب پدید آورده است (کویکل^۵ و همکاران ۲۰۰۴). آندرسون^۶ (۲۰۰۳) معتقد است تمایل جنسی

۱. استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار manavipor53@yahoo.com
۲. استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار
۳. استادیار روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه
۴. مربی روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار

فرآیند روبه تکوینی شامل فرآیندهای بیولوژیکی و ساختارهای اجتماعی است که در سطوح فردی و گروهی شکل می‌گیرد تا هویت جنسی منحصر به فرد هر شخص را بسازد (ویچمن^۱، ۲۰۰۵). بیورپیر^۲ (۱۹۹۴) نیز معتقد است افراد به همان گونه ای که واقعیت را در ذهن خود ترسیم و آن را تجربه می‌کنند، جنسیت را نیز بر مبنای تعبیر و ارزش گذاری خود از ساختار فیزیکی زن و مرد، به وجود می‌آورند. بنابراین، افراد بر اساس ایدیولوژی موجود در یک جامعه، واقعیات را خلق می‌کنند. در مقابل به اعتقاد بوین^۳ و همکاران (۱۹۹۵) زنانگی، مفهومی برخاسته از سو تعبیر کلیشه های ایدیولوژیکی نیست. زن، مفهومی است که از تاثیرات تلویحی جامعه شکل می‌گیرد. السنبراخ^۴ و همکاران (۲۰۰۳) جنسیت را نمود و تظاهری از تمایل جنسی و ساختاری فیزیکی از بدنهای زن و مرد در قالب نقش‌ها، هنجارها و انتظارات ویژه می‌پندارند.

اگر چه تحقیقات نشان داده است که عوامل ارتباطی و تعاملی بر تمایل جنسی زنان تاثیرگذار است اما تحقیقات دیگری نیز نشان داده است که تمایل جنسی پایین زنان تا حدودی به ارگاسم متقاطع و ادواری آنها وابسته است. جدرزساک^۵ و همکاران (۲۰۰۴) نشان داده اند که از هر ۱۰ زن در ۱۰۰ تجربه ی جنسی، تنها ۴۰ درصد به ارگاسم می‌رسند. تحقیقات جدیدتر نیز بین ۴۰ تا ۸۰ درصد، تجربه ی ارگاسم را در زنان گزارش نموده اند. تمایل جنسی پایین زنان می‌تواند به علت تمایل جنسی پایین جهانی، وابستگی به الکل یا مواد مخدر یا وجود ناتوانی ذهنی، استفاده از داروهای جدیدی که بر تمایل جنسی تاثیر گذارند، سواستفاده ی جنسی و مقاربت دردناک یا وجود یک بیماری فیزیکی باشد (ماتسویشی^۶ و همکاران ۲۰۰۴). فیدو^۷ و همکاران (۲۰۰۴) نیز معتقدند که زنان در روابط نزدیک خود بر صمیمیت و نزدیکی، ارزش بیشتری می‌گذارند در حالیکه تاکید مرد سنتی در برقراری روابط، بر خودمختاری است. از نظر زنان، تمایل جنسی، صرفنظر از اینکه رابطه ی جنسی چگونه می‌تواند رضایت بخش باشد، بیشتر عملکردی از دیدگاه آنها نسبت به ازدواج است.

لی تی^۸ و همکاران (۲۰۰۱) در بررسی نقش احقاق جنسی بر تمایل جنسی زنان، به این نتیجه دست یافت که زنان با احقاق جنسی بالا دارای فعالیت جنسی، ارگاسم، تمایل جنسی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی بیشتری هستند. برخی از محققان، آموزش احقاق جنسی را در درمان جنسی زنان، مورد انتقاد قرار داده و برخی معتقدند که آموزش احقاق جنسی به زنان، به دلیل افزایش در خواستهای

1. Wischmann
2. Beaurepaire
3. Bovin

4. Elsenbruch
5. Jedrzejczak
6. Matsubayashi

7. Fido
8. Lee Ty

جنسی آنان، مردان را به ناتوانی جنسی مبتلا می سازد. در مقابل، مردان از خیال پردازی اینکه زنان آغازگر رابطه جنسی باشند در مقایسه با مردانی که از نقشهای سنتی مردانگی تبعیت می کنند، لذت بیشتری می برند. بر پایه ی گزارشی از السنبراخ و همکاران (۲۰۰۳) ۵۱ درصد از مردان و ۴۸ درصد از زنان متاهل بیان کردند که مردان آغازگر رابطه ی جنسی بودند و صرفاً ۱۲ درصد از زنان و ۱۶ درصد از مردان، زنان را آغازگر رابطه ی جنسی دانستند. بنابراین چنین محدودیتهای فرهنگی بر احقاق جنسی زنان، می تواند معنای نه را به بله تغییر دهد.

در مطالعه ی دیگری به نقل از ماتسویچی و همکاران (۲۰۰۴) بررسی نقش ویژگی های جمعیت شناسی، رفتارهای جنسی سالم و تاریخچه ی سواستفاده ی جنسی از ۹۰۴ زن (۱۴-۲۶ ساله) در تعیین میزان احقاق جنسی آنها، پرداخته است. در مقایسه با زنان سفید پوست، زنان سیاهپوست و آمریکایی لاتین تبار، از احقاق جنسی پایینی برخوردار بودند اگر چه که سن، با میزان احقاق جنسی رابطه ی قوی ندارد اما زنان ۱۸-۲۱ ساله در مقایسه با زنان ۲۱-۲۶ ساله، احقاق جنسی پایینی داشتند. از سوی دیگر زنانی که در مدرسه، نمرات پایین تری داشتند (کمتر از C) نیز دارای احقاق جنسی پایینی بودند. همچنین، بین تعداد تجربیات جنسی با زوجهای جنسی متعدد و احقاق جنسی بالا رابطه ی مثبت و مستقیمی وجود دارد بعلاوه، زنانی که یک یا دو کودک را زایمان کرده بودند در مقایسه با زنانی که حامله نشده بودند، از احقاق جنسی پایینی برخوردار بودند. بنابراین آموزش سرد کننده های جنسی می تواند احقاق جنسی و رضایت جنسی را افزایش دهد.

رابطه ی جنسی در زندگی زناشویی از نظر جسمانی برای سلامتی مفید است. رابطه ی جنسی، میزان تستسترون را بالا می برد و به قوی شدن استخوان ها و ماهیچه ها کمک می کند، ترشح اندروفین را تسهیل و به کاهش دردهای جسمانی کمک کرده، ترشح هورمون DHEA (دی هیدرو پیندر سترون) را افزایش می دهد و موجب تقویت ادراک می شود. طی رابطه ی جنسی، مقدار زیادی اکسی توسین در بدن زن ترشح می شود که نیاز به آرامش و نزدیکی را بر طرف می کند و طول عمر را برای هر دو به دنبال دارد (وندرا، ۱۹۹۷). این رابطه از نظر روانی نیز احساس آرامش، نزدیکی، صمیمیت، افزایش رضایت، کاهش نشانه های افسردگی و افزایش اعتماد به نفس زوجین را به همراه دارد (بوگا، ۱۹۹۶).

باورها و نظام اعتقادی مانند یک صافی است که رویدادهای فعال کننده از طریق آنها ارزیابی می شوند (ویننگ^۱، ۱۹۹۸). از نظر ویننگ، در زندگی زناشویی باورهایی وجود دارد که حقیقت ندارند و شواهدی برای حمایت از آنها وجود ندارد. این باورهای مطلق، انتظاراتی را فراهم می کنند که مانع تحقق اهداف همسران می شود و سلامت جنسی آنها را به مخاطره می اندازد و به عنوان باورهای ناکارآمد، به علت اصلی بسیاری از اختلافها بویژه اختلاف های بین زوجها بدل می شود (الیس^۲، ۲۰۰۰؛ بک^۳، ۱۹۸۷؛ اپشتاین^۴، ۱۹۸۶). پژوهش های مختلف نشان داده اند که باورهای ناکارآمد با پاسخ های مخرب فعال، رابطه ی مستقیم داشته (متز و کاپاچ^۵، ۱۹۹۰) و موجب رفتارهای سازش نایافته در روابط زوجین می شوند (آدیس و برنارد^۶، ۲۰۰۰؛ استاکرت و بورسک^۷، ۲۰۰۳؛ مولر و مندرمرو^۸، ۱۹۹۷).

فروتن (۱۳۸۴) با اشاره به اینکه اختلالات جنسی در جامعه ی ایران از شیوع بالایی برخوردار است، نشان داده که ناتوانی جنسی مردان ۹/۸ درصد است و ۳۵ تا ۴۰ درصد زنان در زندگی زناشویی خود از اختلالات جنسی رنج می برند. آسوده (۱۳۸۴) در پژوهشی نشان داده است که مردان و زنان سازگار، رضایت زیادی از روابط زناشویی (جنسی) خود داشته و بالعکس مردان و زنان ناسازگار، نارضایتی شدیدی را از روابط زناشویی خود ابراز داشته اند. دانش و نجابتیان (۱۳۸۳) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که هر چه میزان رضایت از روابط جنسی بیشتر باشد، میزان رضایت از روابط زناشویی نیز افزایش می یابد.

حقیقی و همکاران (۱۳۸۰) در پژوهشی نشان دادند که مشاوره ی زناشویی توانسته است بر رضایت جنسی زوجین تاثیر مطلوب داشته و رسیدن به اوج لذت جنسی را در زوجین افزایش دهد. حسن زاده و همکاران (۱۳۸۴) تاثیر آموزش جنسی بر رفتار بهداشتی، رفتار جنسی سالم، بهداشت روانی و پیشگیری از اختلالات جنسی سلامت خانواده و هویت یابی جنسی را تایید کردند. حیدری و ابراهیمیان (۱۳۸۴) نیز نشان دادند که ۸۶٪ زنانی که خود را آغازگر فعالیت جنسی می دانستند مدعی بودند این اقدام سبب افزایش تمایل همسرانشان می شود. تبریزی (۱۳۸۳) نیز اثربخشی گروه درمانی تلفیقی زوجها، شناخت درمانی گروهی بک و کتاب درمانی را در کاهش نارضایتی زناشویی نشان

داده است. با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به دنبال آن هستیم تا تاثیر آموزش سرد کننده های جنسی را در سلامت جنسی افراد بررسی کنیم.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی مورد نظر این پژوهش، شامل تمامی دانشجویان متاهل دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار در سال ۸۷ - ۱۳۸۶ بود. از این جامعه ۲۷ نفر (۴ مرد و ۲۳ زن) به صورت داوطلبانه در این پژوهش مشارکت کردند. آزمودنی ها از رشته های تحصیلی روان شناسی، دامپزشکی، مدیریت آموزشی، آموزش ابتدایی، زبان انگلیسی، الکترونیک، زیست شناسی، پژوهشگری و مردم شناسی و شامل ۳۰ دانشجوی زن و ۱۵ دانشجوی مرد بودند. با توجه به اینکه ۱۸ نفر از آزمودنی ها امکان پس آزمون را نیافتند پاسخنامه های ۴ مرد و ۲۳ زن تحلیل شد.

ابزار

برای سنجش سلامت جنسی آزمودنی ها، از پرسشنامه ی محقق ساخته استفاده شد. برای تهیه ی این پرسشنامه ابتدا مجموعه ی نکات مرتبط با سلامت جنسی مطالعه و جمع آوری شد سپس با تعریف عملیاتی تمامی مفاهیم جمع آوری شده گویه های مناسب برای اندازه گیری مفاهیم تنظیم شد. برای بررسی اعتبار صوری و محتوایی گویه های تهیه شده، ضریب توافق ۵ متخصص در حد قابل قبول بدست آمد. اجرای آزمایشی فرم نیمه تجربی روی یک نمونه ی تصادفی ۱۵۰ نفری از اعضای جامعه ی هدف و نتایج حاصل از تحلیل های روان سنجی انجام شده بر پرسشنامه ی سلامت جنسی نشان می دهد که این پرسشنامه با ۳۰ سوال بیش از ۹۲ درصد از واریانس سلامت جنسی را تبیین می کند و ضریب پایایی آن ۰/۸۲ است.

شیوه ی اجرا

برای دست یابی به هدف های این پژوهش، آزمودنی ها پس از اجرای پیش آزمون، به مدت پنج هفته تحت مداخله آموزشی قرار گرفتند. آموزش به صورت غیر حضوری و با استفاده از جزوه های آموزشی در باره سرد کننده های جنسی انجام گرفت. جزوه های آموزشی در مورد سرد کننده های

جنسی شامل توضیحاتی درباره چرخه رابطه جنسی، ویژگی های جنسی مردان و زنان به همراه پانزده باور غلط درباره رابطه جنسی به عنوان سرد کننده بود.

باور های غلط به عنوان سرد کننده های جنسی	
۱	زنان به گونه ای رفتار می کنند که گویی از معاشقه و روابط جنسی خوششان نمی آید
۲	زنها هیچوقت شروع کننده رابطه نیستند
۳	زنان نسبت به بدن مرد شناخت ندارند
۴	زنان بار مسئولیت رسیدن به اوج لذت جنسی را تماما به عهده شوهرشان می گذارند
۵	زنان که مثل پلیس رفتار می کنند
۶	زنانی که مثل جسد سرد و بی تحرک هستند
۷	زنانی که زیاد حرف می زنند
۸	زنانی که زیاد مراقب بهداشت، سلامت و زیبایی خود نیستند
۹	زنانی که از سر و وضع خود خوششان نمی آید و خود را تحقیر می کنند
۱۰	زنانی که بیش از حد نسبت به قیافه و ظاهر خود حساس هستند
۱۱	زنانی که بیش از حد جدی هستند
۱۲	زنانی که بیش از حد به مردان وابسته هستند
۱۳	زنان سطحی، خودخواه، خودشیفته و ظاهربین که باعث دلسردی می شوند
۱۴	زنانی که فقط به وضع مالی و اقتصادی مرد اهمیت می دهند
۱۵	زنانی که مدام از نامزد یا همسر قبلی خود صحبت می کنند

یافته ها

برای بررسی اثربخشی مداخله ی آموزشی، از روش مقایسه ی میانگین های یک گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون یا آزمون t برای گروه های همبسته استفاده شد. جدول ۱ شاخص های توصیفی و نتایج آزمون مقایسه ی گروه را در پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول ۱. شاخص های توصیفی و نتایج آزمون t وابسته

مراحل آزمایش	تعداد	میانگین	df	t	سطح معناداری
پیش آزمون	۲۷	۶۲/۳۱	۹/۸۲	۴/۰۵	۰/۰۰۰
پس آزمون	۲۷	۷۰/۸۹	۸/۷۲		

همانگونه که در جدول ۱ مشخص شده است، میانگین نمرات آزمودنی ها در پیش آزمون ۶۲/۳۱ و در پس آزمون ۷۰/۸۹ است. با توجه به مقدار t محاسبه شده ۴/۰۵ و سطح معنی داری (۰/۰۰۱) نتیجه می گیریم که بین نمرات آزمودنی ها در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

در بررسی اثربخشی آموزش سردکننده های جنسی بر سلامت جنسی به صورت استفاده از جزوه، نتایج نشان داد این آموزش به صورت موثری موجب افزایش سلامت جنسی دانشجویان شده است. بنابراین می توان از جزوه آموزشی تهیه شده در این پژوهش برای آموزش زوج ها استفاده کرد. نتایج این پژوهش، نشان داد که آموزش مسایل جنسی در مورد سرد کننده های جنسی موجب افزایش سلامت جنسی آنان می شود و از آنجا که مسایل جنسی زوجین، نقش موثری در پایداری و رضایت زناشویی دارد، این آموزش ها می تواند بنیاد خانواده را مستحکم سازد. آسوده (۱۳۸۴) بر اهمیت و تاثیر فراوان روابط جنسی و زناشویی زوجین در سلامت خانواده تاکید نموده است. دانش و نجابتیان (۱۳۸۳) اهمیت کیفیت روابط جنسی و تاثیرگذاری سطح آگاهی را بر کیفیت روابط زوجین تایید کرده اند. حقیقی و همکاران (۱۳۸۰) نیز نشان داده اند که مشاوره ی زناشویی توانسته است بر رضایت جنسی زوجین تاثیر مطلوب داشته و رسیدن به اوج لذت جنسی را در زوجین افزایش دهد.

این پژوهش، نشان دهنده ی اهمیت آموزش و تاثیر قابل توجه آن بر کیفیت روابط زوجین بوده و همچنین با پژوهش های حسن زاده و همکاران (۱۳۸۴) سالاری و همکاران (۱۳۸۴) نورمحمدی (۱۳۸۴) نیز هماهنگ است. با نگاهی به یافته های تحقیق، می توان نتیجه گرفت که برخی رفتارها، نیاز به تشویق و برخی نیاز به تعدیل و یا اصلاح دارند که این امر می تواند ناشی از عدم توانایی در شناخت عوامل تسهیل کننده ی رابطه ی جنسی باشد. از آنجا که آماده سازی شریک جنسی و به عبارتی بر انگیزتگی او، نیاز به مهارت و دانش کافی دارد و از طرفی، زیبایی و طراوت زندگی زناشویی سالم در دست مردان و زنان آگاه است بنابراین توصیه می شود در کنار تغییر آگاهی و عملکرد زوجینی که سالها به یک شیوه عادت کرده اند، می توان به عنوان راهکاری موثرتر، زمینه ای فراهم کرد تا طی مشاوره های قبل از ازدواج، مهارت های لازم جهت شناسایی عوامل تسهیل کننده به زوجین آموزش داده شود و آنها بتوانند برای داشتن روابط زناشویی و جنسی بهتر از همه ی آگاهی و

نبوغ خود بهره ببرند. به نظر می رسد با تجدید نظر در محتوای آموزشی و زمان کلاس های مشاوره ی قبل از ازدواج، می توان بهداشت جنسی و در کل رضایت زناشویی زوجین را افزایش داد.

منابع

- آسوده، محمد حسین (۱۳۸۴). بررسی عوامل شخصیتی موثر در سازگاری زناشویی. مجله فرهنگ و پژوهش: شماره ۸۷.
- تبریزی، مصطفی (۱۳۸۳). خلاصه مقالات دومین کنفرانس خانواده و مشکلات جنسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- حسن زاده، رمضان و همکاران (۱۳۸۴). تاثیر آموزش جنسی بر پیشگیری از اختلالات جنسی. دومین کنفرانس خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- حقیقی، س (۱۳۸۰). خلاصه مقالات دومین کنفرانس خانواده و مشکلات جنسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- حیدری، حسن (۱۳۸۴). خلاصه مقالات دومین کنفرانس خانواده و مشکلات جنسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- دانش، آذر و نجابتیان، مریم (۱۳۸۳). بررسی رابطه رضایت زناشویی با رضایت از روابط جنسی زوجین. دانشگاه شهید بهشتی: پژوهشکده خانواده.
- سالاری، مهناز و همکاران (۱۳۸۴). بررسی فراوانی نسبی اختلالات جنسی در زنان متأهل شهر یزد. دومین کنفرانس خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- فروتن، محمدرضا (۱۳۸۴). بررسی رابطه نارضایتی جنسی و طلاق در شهرستان لارستان. دومین کنفرانس خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- نورمحمدی، بالابیک (۱۳۸۴). مشاوره ازدواج به منظور پیشگیری از اختلالات در سیستم خانواده و روابط زناشویی خانواده ایثارگران. دومین کنفرانس خانواده و مشکلات جنسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ونینگ، کنت (۱۹۹۸). زناشویی درمانی به روش رفتار درمانی عقلانی هیجانی. ترجمه ی مهرداد فیروز بخت، ۱۳۸۸. تهران ویرایش.

- Addis, J., & Bernard, M. (2000). Marital adjustment and irrational beliefs. *Journal of Rational – Emotive and cognitive – behavior therapy*, 20, 3-13.
- Anderson, K. M., Sharpe, M., Rattray, A., Irvine, D. S. (2003). Distress and concerns in couples referred to specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*. 54(4), 353-5.
- Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., et al. (1994). Psychological adjustment to infertility and its treatment. Male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *Journal of Psychosomatic Research*. 38, 229-240.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. (In J. K. Zeig ed.), *The evolution of psychotherapy* (pp.149-178) N.Y. Brunner / Mazel.
- Bovin, J., Takefman, J. E. (1995). Stress Level across stages of in Vitro Fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertility and sterility*. 64 (4), 802-810.
- Buga, G. A. B. (1996). Adolescent sexual Behavior Knowledge and attitudes to sexuality Among school girls in transkel south. *East Africaan Medical Journal*. 33, (2), 95-100.
- Cwikel, J., Gidrom, Y., Sheiner, E. (2004). Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, And Reproductive Biology*. 117(2), 126-131.
- Ellis, A. (2000). *How to control your anxiety before it controls you*. New York: Citadel Press.
- Elsenbruch, S., Hahn S., Kowalsky, D., Offner A. H., et al. (2003). Quality of life, psychological well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary sydrom. *Journal of Clinical Endocrinol Metabolism*. 88 (12), 5801-7.
- Epstein, N. (1986). Cognitive Marital Therapy: Multi level assessment and intervention. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 4, 68-81.
- Fido, A. (2004). Emotional distress in infertile women in Kuwait. *Journal of Fertil Womens Medicin*. 49 (1), 24-8.
- Jedrzeiczak, P., Luczak-Wawrzyniak, J., Przewozna, J., Taszarek-Hauke G., et al. (2004). Feeling and emotions in women treated for infertility. *Journal Przegal Lek*. 61(12), 1334-7.
- Lee, T. Y., Sun G. H., Chao S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, Marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reporot Journal*. 16(8), 1762-1767.
- Matsubayashi, H., Hosaka, T., Izumi, S., Suzuki, T., et al. (2004). Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husbands support and feelings of stress. *Journal of General Hospital Psychiatry*. 26(5), 398-404.

- Metts, S., & Cupach. W. R. (1990). The influence of relation beliefs and problem solving responses on satisfaction in romantic relationships. *Human Communication Research, 17*, 170-185.
- Moller, A. T., & Vander Merwe, J. D. (1997). Irrational beliefs, interpersonal perception and marital adjustment. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy, 15*, 260-290.
- Stackert, R., & Bursik, K. (2003). Why am I unsatisfied? Adult attachment still, gendered irrational relationships beliefs, and young adult romantic relationship satisfaction. *Personality and Individual Differences, 34*, 1419-1429.
- Vander Zanden, T. W. (1997). *Human Development*. Mc Graw Hill .
- Varvaro, F. F. (2000). Family role and work adaptation in MI women. *Clinical Nurse Research, 9*(3), 339-351
- Wischmann, T. (2005). Psychological Factors in infertile women. *Journal of Urology, 44*, 185-194.

