



اثربخشی درمان مثبت گرا بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران زن مبتلا به ناباروری

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مجید صفاری نیا^{id}
زهرا مرتضائی کهرودی*^{id}
احمد علیپور^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۰ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۰ ایمیل نویسنده مسئول: Mortezaei_midwife@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
http://Aftj.ir

دوره ۲ | شماره ۴ پیاپی ۸ | ۴۶۴-۴۸۲
زمستان ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف مطالعه حاضر تعیین میزان اثربخشی درمان مثبت گرا بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران زن مبتلا به ناباروری بود. **روش پژوهش:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود که ۵۲ نفر از زنان مبتلا به ناباروری دارای اختلال در عملکرد جنسی در بازه زمانی خرداد تا شهریور ماه سال ۱۴۰۰ مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان امام حسین (ع) واقع در استان تهران با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۲۶ زن) و گروه گواه (۲۶ زن) گمارده شدند. گروه آزمایش درمان مهارت‌های مثبت‌گرا را طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت و گروه گواه در حالت انتظار قرار داشت. هر دو گروه در سه مرحله به پرسشنامه‌های استاندارد مسائل جنسی اسنل و فیشر و والترز (۱۹۹۳) پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله درمان مثبت گرا، بر کاهش اضطراب جنسی ($F=۶۵/۷۶$ ، $P=۰/۰۰۱$) و افسردگی جنسی ($F=۹۹/۳۶$ ، $P=۰/۰۰۱$) و بهبود رضایت جنسی ($F=۴۰/۷۳$ ، $P=۰/۰۰۱$) در گروه آزمایش موثر بود و این تاثیر در مرحله پیگیری پایدار بود ($P=۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** در حوزه درمان با تاکید بر لزوم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی جدید و موثر، می‌توان از روان‌درمانی مثبت‌گرا با توجه به ماهیت و کاربرد آن برای درمان اختلال‌های جنسی و روانشناختی مربوط به ناباروری به‌طور انفرادی و گروهی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب جنسی، افسردگی جنسی، رضایت جنسی، درمان مثبت‌گرا، ناباروری

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(صفاری‌نیا، مرتضائی کهرودی و علیپور، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

صفاری‌نیا، مجید، مرتضائی کهرودی، زهره، و علیپور، احمد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مثبت‌گرا بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران زن مبتلا به ناباروری. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۴ پیاپی ۸): ۴۶۴-۴۸۲.

مقدمه

براساس آمارهای موجود بین ۱۲ الی ۲۰ درصد زوج‌های دنیا نابارور می‌باشند. از این بین ۴۰٪ از موارد ناباروری مستقیماً به زن، ۴۰٪ به مرد، ۱۰٪ به هردوی آنها و ۱۰٪ دیگر به عوامل ناشناخته مربوط می‌شود (هسو، هسو، دورجی و هسو، ۲۰۲۲). علاوه بر این حدود ۱۰-۱۲ درصد زنان ناباروری ثانویه را تجربه می‌کنند که منظور ناباروری بعد از یک زایمان، به دلیل بیماریهای زنان است. این امر موجب می‌شود تعداد زنانی که با مشکل ناباروری روبرو می‌شوند در مقایسه با مردان افزایش یابد و همچنین با افزایش سن به درصد ناباروری زنان افزوده می‌شود (جابین، خاديجا و دائود، ۲۰۲۲).

ناباروری، آسیب‌های فراوانی به زندگی افراد وارد می‌سازد و با فشارهای روان‌شناختی همراه است. آسیب‌های ناشی از ناباروری در حیطه‌های متفاوتی از جمله آسیب روانی، توانایی‌های ارتباطی، زندگی مشترک، زندگی خانوادگی، روابط جنسی و ناراحتی‌های جسمی و مسائل اقتصادی گزارش شده است به نظر می‌رسد که ناباروری تمامی ابعاد زندگی فرد را متأثر نموده و تنها به مسائل و روابط جنسی محدود نمی‌شود و اثرات آن بر زمینه‌های روانی و اجتماعی وجود فرد نابارور تحمیل می‌شود (کولانسکا، آدین و دابی، ۲۰۲۲). براساس نتایج پژوهش‌ها تجربه استرس زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روان‌شناختی (افسردگی، اندوه، اضطراب، حسادت، کاهش عزت‌نفس و اعتماد به نفس، احساس سوگ و فقدان)، اختلال کارکرد جنسی (بیش از ۶۰ درصد زوج‌ها از فقدان لذت جنسی و کژکاری نعوظی رنج می‌برند که با توجه به داروهای تجویزی تعجب‌آور نیست علاوه بر این مشکلات فیزیکی، زوج‌هایی که از درمان ناامید شده‌اند، مقاربت را بی‌فایده‌تر از آن می‌پندارند که به حاملگی منجر شود، بنابراین رابطه جنسی یک فعالیت وظیفه‌محور تلقی شده و از جنبه‌های صمیمیت و لذت‌گرایی آن چشم‌پوشی می‌شود) و مشکلات زناشویی ارتباط دارد (سایف، روحایل و عاقیل، ۲۰۲۱). افراد نابارور، نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواجشان اظهار داشته و کناره‌گیری اجتماعی و استرس بیش از اندازه را در ارتباط‌های زناشویی، بین فردی و اجتماعی بروز می‌دهند (هسو و همکاران، ۲۰۲۲).

تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام‌نهادند با استرس‌های فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار داده و سبب کاهش صمیمیت، ترس از جدایی، کاهش اعتماد به نفس، طرد شدگی، گوشه‌گیری و کاهش رضایت زناشویی می‌شود (احمد، محمد، ایلسنامی، آیماخو، باخیت و همکاران، ۲۰۲۱). هزینه‌های مراجعه به پزشکان و مراکز درمانی متعدد، آزمایشات و دستورات بسیار و درمان‌های مختلف، مقاربت‌های جنسی طرح‌ریزی شده، مقایسه دائمی خود با زوجین بارور، از جمله مشکلات اقتصادی و بالطبع استرس‌زا مرتبط با ناباروری است (خان، سیدیگو و چیمبا، ۲۰۲۱). ناباروری، آسیب‌های فراوانی به زندگی افراد وارد می‌سازد و با فشارهای روان‌شناختی همراه است. آسیب‌های ناشی از ناباروری در حیطه‌های متفاوتی از جمله آسیب روانی، توانایی‌های ارتباطی، زندگی مشترک، زندگی خانوادگی، روابط جنسی و ناراحتی‌های جسمی و مسائل اقتصادی گزارش شده است به نظر می‌رسد که ناباروری تمامی ابعاد زندگی فرد را متأثر نموده و تنها به مسائل و روابط جنسی محدود نمی‌شود و اثرات آن بر زمینه‌های روانی و اجتماعی وجود فرد نابارور تحمیل می‌شود (هینکل و دود، ۲۰۲۱). براساس نتایج پژوهش‌ها تجربه استرس زای ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روان‌شناختی (افسردگی، اندوه، اضطراب، حسادت، کاهش عزت‌نفس و اعتماد به نفس، احساس سوگ و فقدان)، اختلال کارکرد جنسی

(بیش از ۶۰ درصد زوج‌ها از فقدان لذت جنسی و کژکاری نعوظی رنج می‌برند که با توجه به داروهای تجویزی تعجب‌آور نیست علاوه بر این مشکلات فیزیکی، زوج‌هایی که از درمان ناامید شده‌اند، مقاربت^۱ را بی‌فایده‌تر از آن می‌پندارند که به حاملگی منجر شود، بنابراین رابطه جنسی یک فعالیت وظیفه‌محور تلقی شده و از جنبه‌های صمیمیت و لذت‌گرایی آن چشم‌پوشی می‌شود) و مشکلات زناشویی ارتباط دارد. افراد ناباور، نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواجشان اظهار داشته و کناره‌گیری اجتماعی و استرس بیش از اندازه را در ارتباط‌های زناشویی، بین فردی و اجتماعی بروز می‌دهند (تورنر، نوون، لوییل و آندر، ۲۰۱۷). مداخله‌های مثبت‌گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد مثل خودمختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شوند (کوهان، واسکمونسکی، فوگل، پرادهان و سخار، ۲۰۲۲). فورستر (۲۰۱۰) در تحقیقات خود به این نتیجه رسید که اگر ارزیابی افراد از خودشان و ذهنیتی که نسبت به خود دارند، مثبت باشد از سلامت و سازگاری بیشتری برخوردار خواهند بود. تیلور و براون (۲۰۱۲) نیز در پژوهش خود بدین نتیجه رسیدند که گرایش و پرداختن به جنبه‌های مثبت وجود خود، با بهداشت روانی و سلامت شخص سازگارتر است. داشتن هیجان‌های مثبت نه تنها به مردم کمک می‌کند تا به خوبی با تحولات و استرس‌های اقتصادی کنار بیایند بلکه با گشودن قلب‌ها و افکار انسان‌ها باعث می‌شود آن‌ها مسئول، پربار و خلاق‌تر شوند. تأثیر مثبت اندیشی می‌تواند بلندمدت باشد همچنین ممکن است اتخاذ نگرش مثبت کمک زیادی به سلامت انسان‌ها کند. نتایج تحقیقات مختلف در مورد اثربخشی پیشگیرانه مداخلات مثبت نگر نشان می‌دهد که شناسایی و ارتقای هیجان‌های مثبت و افزایش بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان یک سد محافظت‌کننده، از ابتلای افراد به افسردگی، اضطراب، آسیب‌های مزمن و تنش‌های زندگی جلوگیری می‌کند (اوکان، ۲۰۲۲). روان‌درمانی مثبت نگر نه تنها از طریق کاهش نشانگان منفی بلکه به‌گونه‌ای مؤثر و مستقیم می‌تواند از طریق ایجاد هیجان‌های مثبت، توانمندی‌های منش و معنا موجب تغییر آسیب‌پذیری به تاب‌آوری شود. روان‌درمانی مثبت نگر نه تنها می‌تواند منابع مثبت را ایجاد نماید، بلکه می‌تواند تأثیر متقابلی بر نشانگان منفی داشته است (نوفرستی، ۱۳۹۴) نحوه تفکر افراد درباره‌ی یک رویداد، شیوه‌ی برخورد با آن را مشخص می‌کند. تفکر مثبت، شیوه‌های از فکر کردن است که فرد را قادر می‌سازد نسبت به رفتارها، نگرش‌ها، احساس‌ها، علایق و استعداد‌های خود و دیگران برداشت و تلقی مناسبی داشته باشد و با حفظ آرامش و خونسردی بهترین و عاقلانه‌ترین تصمیم را بگیرد (کایا، ۲۰۲۲).

با توجه به افزایش روزافزون مراکز ناباوروری در ایران و نقش مهم کادر بهداشتی و درمانی در امر بهداشت روانی زوج‌های ناباور در کنار اقدامات درمانی، لزوم تحقیق در زمینه‌های مختلف ناباوروری را روشن می‌سازد تا بتوان با اصلاح ارزیابی شناختی پدیده ناباوروری و با ارائه خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی به زوج‌ها در جهت رفع مشکلات زناشویی و خانوادگی و تغییر نگرش آن‌ها به زندگی یاری داد و گامی در ارتقاء بهداشت روانی و سازگاری بهتر این زوج‌ها برداشت. بنابراین با توجه به اینکه زنان جامعه ما در معرض آثار پیامدهای این مسئله هستند، شناخت مسائل و مشکلات این قشر و توجه به این زوجین در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشت تولید مثل از اهمیت خاصی برخوردار (عدل، پیرانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۷)؛ از

دیگر ضرورت‌های این تحقیق این است که هر نوع پژوهشی از این نوع می‌تواند علاوه بر ایجاد یک بدنه تحقیقی، به پژوهش‌های مشابه در بدنه علمی بپیوندد و امکان مقایسه نتایج به دست آمده در ایران را با دیگر پژوهش‌ها، فراهم سازد. همچنین یافته‌های به دست آمده می‌تواند زمینه کاربرد روش یاد شده را در مورد مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور در ایران و نمونه‌های ایرانی، کلینیک‌های روان‌شناختی، در گستره بالینی فراهم سازد. با توجه به مطالب عنوان شده این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی درمان مثبت گرا در بهبود اضطراب و افسردگی جنسی همچنین رضایت جنسی در زنان مبتلا به ناباروری انجام پذیرفت و پژوهشگر به سئوالات زیر پاسخ داد:

۱. آیا درمان مثبت گرا بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی زن مبتلا به ناباروری در مرحله پس آزمون موثر بود؟
۲. آیا درمان مثبت گرا بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی زن مبتلا به ناباروری در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی یک سر کور کنترل شده که در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به ناباروری که به بیمارستان امام حسین (ع) در شهر تهران در طی ماه‌های خرداد تا شهریور ماه سال ۱۴۰۰ تشکیل مراجعه کرده بودند و پس از بررسی‌های اولیه و انجام آزمایشات، تشخیص ناباروری دریافت کردند، تشکیل دادند. نمونه لازم برای این بررسی ۳۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد که ۶۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود ذکر شده به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۳۰-۴۵ سال، مبتلا به ناباروری براساس شواهد ADA؛ به مدت حداقل شش ماه به تشخیص پزشک متخصص، اختلال در عملکرد جنسی، میزان تحصیلات بالاتر از سیکل، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، عدم سوء مصرف مواد، اختلال در عملکرد جنسی، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی و تمایل به همکاری. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناسی. هدف از این پرسشنامه، جمع‌آوری داده‌های جمعیت‌شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همینطور سوالاتی در مورد نحوه کنترل ناباروری توسط بیمار، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

۲. پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی. پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی توسط اسنل و فیشر و والترز در سال (۱۹۹۳) ساخته شده است. پرسشنامه چندوجهی مسائل جنسی دارای ۶۰ عبارت است که آزمودنی‌ها باید مشخص کنند هر عبارت چقدر تناسب دارد. برای جمع‌آوری اطلاعات پاسخ افراد از یک مقیاس ۵ امتیازی لیکرت استفاده شد که نمره هر عبارت می‌تواند از ۰ تا ۴ باشد: اصلاً تناسب ندارد (۰)، کمی تناسب

دارد (۱)، تاحدی تناسب دارد (۲)، متوسط تناسب دارد (۳)، خیلی تناسب دارد (۴). سپس نمره‌های عبارات هر خرده‌مقیاس باهم جمع می‌شوند و بنابراین نمره‌های بالاتر با میزان بیشتری از تمایل مطابقت دارند. هر خرده‌مقیاس می‌تواند از ۰ تا ۲۰ متغیر باشد. در پژوهش حسینی (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است. در این پژوهش، همسانی درونی آضریب آلفای کرونباخ [مقیاس مسائل جنسی برای حجم نمونه (n=۷۸) ۰/۷۹] به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد مقیاس عملکرد جنسی از اعتبار بالایی برخوردار است.

۳. پروتکل درمانی مثبت‌گرا. ساختار جلسات درمان مثبت‌گرا بر اساس کتاب مداخله گروهی درمان مثبت‌گرا سلیگمن (۲۰۱۵)، با ساختار هشت جلسه‌ای بود. هر هفته یک جلسه و هر جلسه در ۱ تا ۱/۵ ساعت با حضور درمانگر و کمک درمانگر آشنا به درمان مثبت‌گرا انجام شد، قابل ذکر است هر دو نفر، دارای گواهی انجام درمان مثبت‌گرا می‌باشند محتوای جلسات درمان مثبت‌گرا واضح و با توجه به سواد و زمینه‌های فردی و هوشی شرکت‌کنندگان طوری عنوان گردید که بیمار متوجه گشت. در شروع درمان مثبت‌گرا مصاحبه‌گر خود را معرفی کرده و تلاش نمود جو دوستانه‌ای ایجاد شود، مصاحبه‌گر همواره به خاطر داشت از دخالت دادن پیش‌داوریه‌ها، دیدگاهها و آگاهی‌های قبلی خود بر رفتارش جلوگیری کند. همچنین تا حد ممکن، از خارج شدن پاسخ‌دهنده از حیطه سؤال و به حاشیه رفتن او جلوگیری می‌کرد.

جلسه اول. اهداف جلسه: تشریح چگونگی انجام کار، علت انتخاب افراد، آشنایی با مفهوم مثبت‌اندیشی، آشنایی با گروه و مقررات حاکم بر آن. **شرح جلسه:** از داوطلبان می‌خواهم که خودشان را معرفی نمایند. به اعضای شرکت‌کننده گفته می‌شود که به تعداد ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به اهداف گروه پایبند باشند. **اهداف جلسه عبارت بود از:** کلیه مباحث مطرح شده در جلسات گروهی محرمانه است و اعضا اخلاقاً متعهد می‌شوند مباحث مطرح شده در گروه را به خارج از جلسات گروه انتقال ندهند. لازم است که همه اعضا در بحث‌های گروهی فعالانه شرکت کنند. چنانچه مسأله و سؤالی برای آنان در گروه پیش می‌آید بدون ترس از دیگران مطرح نمایند. لازم است همه اعضای گروه به دقت به مباحث گروه گوش نمایند و در صورت لزوم بازخورد نشان دهند. بهتر است همه اعضای گروه در تصمیمات گروه مشارکت داشته باشند. حضور به موقع و منظم در جلسات گروه. تکلیف: در پایان به شرکت‌کنندگان گفته شد که انتظارات خود را با توجه به مباحث مطرح شده جهت شرکت در گروه برای جلسه بعدی تعیین نمایند و نمونه‌هایی از افکار مثبت و منفی غیر از آنچه در گروه گفته شد برای نوبت بعدی آماده نمایند.

جلسه دوم. اهداف جلسه: آشنایی با چگونگی شکل‌گیری تفکر و نگرش. **شرح جلسه:** این جلسه با سؤال از تکلیف جلسه قبلی شروع می‌شود و نماینده هر گروه به بیان نظرات سایر اعضا می‌پردازد. پس از آن پژوهشگر به چگونگی شکل‌گیری افکار و نگرش در انسان می‌پردازد و بیان می‌کند که افکار مانند حباب‌های تنگ ماهی هستند، همین‌طور که وقتی حباب‌ها از قسمت زیرین ظرف تولید می‌شوند بزرگتر و بزرگتر گردیده تا جایی که منفجر می‌شوند؛ بنابراین افکار هم شبیه این حباب‌ها هستند، اگر افکار غلط را در همان

لحظات اولیه جلوشان را بگیریم خیلی راحت تر است ولی اگر مدتی ادامه بیاید کنترل آن بر ما مشکل است. از زمانی که اتفاقاتی احساس شما را تحریک می‌کند همواره برایتان تفکراتی به وجود می‌آید که ممکن است که بگویید مثلاً عصبانی هستید، امکان دارد افکار شما در خصوص خاطرات گذشته شکل گرفته باشد یا شکل‌گیری افکار بر مبنای مشکل فعلی احساس شما باشد. لازم است بدانیم که شیوه و اسلوب زندگی ما نیز بر مبنای افکار و نگرش‌های ما شکل می‌گیرد به طوری که اگر کودکی در خانواده‌ای مشکل دار رشد بکند و یا بیشتر اوقات شاهد مشاجرات لفظی والدین باشد امکان دارد در نوجوانی و بزرگسالی نسبت به دیگران و دنیا بدبین باشد. باورهای یک فرد بر مبنای تجربیات وی شکل می‌گیرد، چنانچه تجربیات ما با خودپنداره ما هماهنگ نباشد احساس اضطراب و نگرانی می‌کنیم ولی همان طور که می‌دانیم افکار نسبی هستند و می‌شود آنها را تغییر داد ولی انسان باورهای خود را حقیقی، غیر قابل انکار و مطلق تلقی می‌کند، البته لازم است بین باورهای مذهبی و سایر باورها تمایز قائل شد. **تکلیف:** یک موضوع مثبت و یک موضوع منفی را انتخاب نموده و آن را در ذهن خود مجسم نمایید و سپس تصویر آن را به خاطر بیاورید. مانند، من آدم ناتوانی هستم، این کار از من ساخته نیست.

جلسه سوم. اهداف جلسه: آشنایی با افکار منفی و راه‌های تعدیل آن، تفکر مثبت و تأثیر آن بر سلامتی و طول عمر افراد. **شرح جلسه:** این جلسه با ارزیابی از دو جلسه قبلی و سؤال از تمرین نشست پیشین آغاز می‌شود. ابتدا نمایندگان گروه‌ها، اعضای که تمرین‌ها را آماده کرده بودند معرفی نمودند و پس از بیان موضوع دیگران نیز نظر خود را اظهار نمودند. آنگاه پژوهشگر، ابتدا در خصوص تفکر منفی و راه‌های تعدیل آن مطالبی را به شرح ذیل عنوان می‌نماید. افکار منفی در مورد خودمان، بیشتر به صورت توقع از خود بروز می‌کند، مانند اموری که هر روز با آن سر و کار دارید. چیزهایی که به نظر بی‌اهمیت می‌آیند اما در واقع پایه و اساس احساس‌های ناخوشایند می‌شوند. بهتر است ابتدا به زیان‌های منفی بینی‌پردازیم و آن را بررسی کنیم. بیشتر ناراحتی‌ها، ناکامی‌ها و فشارهای روانی از منفی بینی چه در مورد خود و چه در مورد دیگران و چه در مورد زندگی سرچشمه می‌گیرند؛ بنابراین هر زمان که نگران و ناراحت هستید اگر خوب دقت کنید قبل از شروع آن یکسری افکارهای منفی در مورد خود و دیگران و زندگی در ذهنتان جاری بوده است؛ به عبارت دیگر، یا توقعاتی که از خود داشته‌اید برآورده نشده است یا انتظاراتی از دیگران داشته‌اید که انجام نگردیده، در هر حال این امر موجب کسالت، اندوه و اضطراب گشته و ممکن است منجر به افسردگی نیز شود. در پایان با اشاره به وقت جلسه، یکی از اعضا مباحث گروه را خلاصه می‌کند. **تکلیف:** صبح خود را با یک موضوع مثبت مانند طلوع خورشید، مرور خاطرات شیرین، گفتگو با کسانی که برایشان لذت بخش است شروع کنند.

جلسه چهارم. اهداف جلسه: آموزش مثبت بودن از طریق به چالش کشاندن افکار منفی، تغییر تصاویر ذهنی، استفاده از زبان سازنده و تجدید نظر در باور‌ها. **شرح جلسه:** جلسه با پرسش از تمرین جلسه قبلی شروع می‌شود و از اعضا درخواست می‌گردد که احساس خود را نسبت به آنچه در ذهن می‌گذرد بیان کنند. پس از آن وارد مبحث آزمون مثبت‌گرایی شدم برای بهبود نگرش خود نسبت به زندگی باید اطمینان حاصل کنید که تمامی جنبه‌های رفتاری شما مثبت هستند، بنابراین وضعیت خود را بررسی کنید و در صورت لزوم افکار، باور‌ها و نوع نگاه به خود را تغییر آلبرت ایس اشاره می‌کنم که افکار انسان همواره بر (A-B-C) دهید.

برای تحقق هدف فوق به نظریه احساسات وی تأثیر می‌گذارند و اگر تصور نمایید که کارهای شما درست نخواهد شد امکان دارد دچار غم و اندوه شوید و دست از تلاش بکشید. موردی را مثال زدیم و از اعضای گروه‌ها خواستیم که پس از مشورت نظر خود را اعلام نمایند. سپس مثال‌هایی از افکار غیر منطقی مطرح شد. پس از بیان مباحث فوق لازم است جهت رهایی از افکار غیر منطقی و منفی آنها را به چالش بکشیم و با آنها مبارزه کنیم، به عبارتی کسب موفقیت واقعی در تفکر مثبت مستلزم آن است که به شیوه‌های مختلف اعتبار افکار منفی را زیر سؤال ببریم و سپس افکار مثبت را جایگزین آن کنیم. بدین منظور لازم است ابتدا افکار خود را مورد بازنگری قرار بدهیم، برای تعدیل افکار منفی به مثبت باید بدانید که آنها تحریف واقعیت‌ها هستند، هیچ چیز به صورت کامل و مطلق بد نیست. در واقع باید گفت که این افکار ما هستند که موجب می‌شوند چیزی بد به نظر برسد، بنابراین خود را به تجزیه و تحلیل عادت دهید و ببینید در چه مواردی بروز افکار منفی موجب برداشت نادرست شما از مسائل می‌شود. اگر به این شکل بین افکار خود تعادل برقرار کنید به تدریج عواطف شما تغییر می‌یابند و در بلندمدت طرز فکر شما تغییر خواهد کرد. پس از بازنگری افکار خود باید حقایق را نیز بررسی نمود. به محض آگاهی از یک فکر منفی اعتبار آن را زیر سؤال ببریم، شاید مشاهدات شما اشتباه بوده است یا در رابطه با آنچه رخ داده است دچار سوء تفاهم شده باشید؛ بنابراین وقایع را زیر سؤال ببرید. در این جلسه با توجه به اهمیت موضوع، خود پژوهشگر اقدام به تلخیص مطالب می‌نماید. **تکلیف:** پنج عامل مثبت را در زندگی خود فهرست کنید (شامل: افراد، فعالیت و یا هر رویدادی که از نظر خودشان مثبت تلقی می‌گردد).

جلسه پنجم. اهداف جلسه: آموزش مثبت بودن از طریق نهادینه کردن استراتژی‌های تفکر مثبت در زندگی، استمرار در تمرین افکار مثبت، فرصت‌های تفکر مثبت از طریق کنار آمدن و سازگاری با مشکلاتی که نمی‌توانیم آنها را حل کنیم. **شرح جلسه:** در ابتدای این جلسه از همه اعضا درخواست می‌گردد صادقانه و بی‌پرده نظر خود را در خصوص ۲ جلسه قبلی برگزار شده اعلام نمایند. این امر به منظور ارزیابی توانایی پژوهشگر در چگونگی میزان انتقال مباحث مثبت‌اندیشی به اعضا صورت گرفت تا در صورت لزوم تغییراتی در ارائه مباحث داده شود. سپس تمرین جلسه قبل مورد نقد و بررسی قرار گرفت. ادامه مثبت‌آزمایی و مثبت بودن برای نهادینه کردن استراتژی‌های تفکر مثبت در زندگی خود لازم است یاد بگیرید که آنها را همیشه و تحت هر شرایطی به کار ببرید. تنها زمانی واقعاً می‌توانید از منافع این استراتژی‌ها بهره‌مند شوید که آنها جزء خصوصیات شخصی شما شده باشند. قرار گرفتن در مسیر حفظ رفتار مثبت: ممکن است در یک شرایط پر استرس احساس کنید که مثبت بودن شما کاهش یافته است. اگر چنین حالتی پیش آمد حواس خود را با تمرکز بر آنچه در اطرافتان اتفاق می‌افتد از موضوع منحرف کنید. یک عبارت تأکیدی را تکرار کنید، لبخند بزنید تا ظاهر شما حاکی از یک احساس خوب باشد. بدین منظور از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا دقایقی آرام بنشینند و جنبه‌های مثبت زندگی خود را مورد ارزیابی قرار دهند. **تکلیف:** برای جلسه بعدی فهرستی از کلمات مثبت را در زندگی خود تنظیم نمایید و آنقدر آنها را تکرار کنید که به تدریج جزء دامنه لغات شما گردد.

جلسه ششم. اهداف جلسه: امتحان مثبت‌اندیشی زندگی کردن از طریق ایجاد یک رابطه مثبت، سلامتی پیش نیاز مثبت‌گرایی، برقراری روابط خوب با اطرافیان و دوست داشتن از صمیم قلب. **شرح جلسه:** در ابتدای جلسه تمامی اعضا کلمات مثبتی را که جزء دامنه لغات خود قرار داده بودند گزارش نمودند، سپس جلسه به ترتیب ذیل ادامه یافت. مثبت‌اندیشی کردن را بیازمایید: در این خصوص پژوهشگر مطالبی را ارائه نداد بلکه خود آزمودنی‌ها با توجه به آنچه در جلسات قبلی آموخته بودند مطالب را بیان نمودند. ایجاد یک رابطه مثبت: تفکر مثبت بدین معناست که علاوه بر مثبت بودن با افراد دیگر نیز مثبت باشید. سازش با دیگران موجب برقراری روابط حسنه می‌شود. از سوی دیگر هرچه روابط شما با دیگران بهتر باشد، احتمالاً از نظر احساسی و عاطفی، عملکرد جنسی بیشتری خواهید داشت. به خاطر داشته باشید که هرچه با دیگران ارتباط و وابستگی بیشتری داشته باشید زندگی شما با معناتر به نظر خواهد رسید. در اینجا برای ایجاد رابطه مثبت مواردی چون تحسین کردن، کنار آمدن با انتقادات، اتخاذ نگرش عاری از سرزنش، معاشرت با افراد مناسب و افراد مثبت‌نگر پیشنهاد می‌کنیم. **تکلیف:** فهرستی از داشته‌های مثبت خود را یادداشت کرده و روی آنها تمرکز کنید.

جلسه هفتم. اهداف جلسه: مثبت بودن از طریق آموزش شیوه توقف فکر، آرام‌سازی و تغییر نگرش‌ها شامل الزام، مهار کردن و مبارزه طلبی. **شرح جلسه:** در ابتدای جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی شد و پس از آن جلسه با آموزش چگونگی توقف افکار و شیوه آرام‌سازی ادامه یافت. برای آموزش توقف فکر از اعضا خواسته شد که چشمان خود را ببندند و خود را در موقعیتی که در آن افکار بیهوده و اضطراب‌زا را با خود گفتگو می‌کنند، از یک نفر خواسته شد که وقتی چنین حالتی را احساس کرد با انگشت اشاره خود آن را اعلام کند، به محض اشاره با انگشت، ضربه‌ای روی میز زده شد، در نتیجه چنین ضربه‌ای فرد از حالت قبلی بیرون می‌آید و برای مدتی نمی‌تواند به افکار قبلی برگردد. چندین بار این تمرین را تکرار کرده و سپس بعد از این تمرین به اعضا یادآور شد که ما برده افکار خود نیستیم، بلکه خودمان می‌توانیم افکار خود را تحت کنترل در آوریم یا در صورتی که بعضی از افراد نمی‌توانند این‌گونه عمل کنند می‌توان از آنان خواست، در صورتی که افکار اضطراب‌آور به سراغمان آمد می‌توانیم تغییر وضعیت داده، از جایمان بلند شویم و مواردی از این قبیل. هم چنین شیوه‌های آرام‌سازی برای آزمودنی‌ها شرح داده شد. بعد از آموزش این تکنیک‌ها در مورد نگرش صحبت کردیم و نشان دادیم که چگونه نگرش بر منفی یا مثبت بودن ما تأثیر می‌گذارد؛ هرزمان ما از واژه باید استفاده کنیم نوعی تنش و اضطراب در ما به وجود می‌آید، بنابراین برای رفع این حالات، الزام‌ها را باید مهار کنیم. هم چنین برای ایجاد تفکر مثبت باید تفکرات منفی را مهار کرده و با افکار منفی به مبارزه برخیزیم.

جلسه هشتم. اهداف جلسه: وارد کردن خنده به زندگی، ایجاد اعتماد بنفوس و ایجاد عادت مطلوب ورزش. **شرح جلسه:** جلسه آخر با این موضوعات ادامه یافت. به اعضا گفته شد که به دنبال انجام فعالیت‌هایی باشند که بهترین تجربه بدنی لذت‌بردن، یعنی خنده را در آنها ایجاد کند. خندیدن، اندورفین‌های مثبت را در بدن افزایش می‌دهد و از هورمون‌هایی که در اثر استرس ایجاد می‌شوند، می‌کاهد. بعضی معتقدند که خنده خاصیت شفا بخشی دارد، بنابراین با هرکس که هستید دو نفری بگویید و بخندید، برای هم لطیفه تعریف کنید، کتاب‌های طنز بخوانید، تماشای برنامه‌های تفریحی و کمدی را در برنامه خود بگنجانید و با کسانی

که حس شوخ طبعی عمیقی دارند حشر و نشر کنید. هم چنین برای افزایش اعتماد بنفس، خود را به شکل فردی موفق تجسم کنید، حتی اگر برای این کار لازم باشد تا بر موانع و مشکلات غلبه کنید. به طور دائم توانایی‌های خود را افزایش بدهید. قصد کنید تا در محدوده توانایی‌ها و امکانات خود به موفقیت دست یابید، اما همواره سعی کنید بر دشواری کار بیفزایید. با این روش، همواره قابلیت‌های درونی خود را افزایش داده و احساس موفقیت می‌کنید. هم چنین پیروزی‌ها و موفقیت‌های خود را با اطرافیان‌تان در میان بگذارید، این کار شما را در مسیر موفقیت‌های بیشتر و بزرگ‌تر قرار می‌دهد. اگر می‌خواهید روحیه خود را تقویت کنید، تحرک داشته باشید. تمرین و ورزش، سلامتی به همراه دارد و عقل سالم هم در بدن سالم است. تمرین‌های ورزشی کمک می‌کنند تا بتوانید با استرس و فشار روانی مقابله کنید. ورزش، هم چنین تولید مواد شیمیایی مغز را که باعث سرخوشی می‌شوند، افزایش می‌دهد. در این زمینه، حداقل زمان مورد نیاز برای ورزش، سه بار در هفته می‌باشد. این حداقل باید بتواند احساس آرامش بخش و نوعی حس سرخوشی به شما بدهد.

روش اجرا. در این پژوهش، پژوهشگران بعد از کسب تاییدیه از کمیته اخلاق، با شماره IR.PNU.REC.1400.170 به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران مراجعه کرده و معرفی نامه جهت کار در محیط پژوهش بیمارستان امام حسین (ع) حضور پیدا کرد و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آنها بیان کرد. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین بخش نابوری در بیمارستان امام حسین (ع) تحت نظر متخصص غدد و متابولیسم کار نمونه‌گیری آغاز گردید. از بیماران ناباروری، مصاحبه بالینی و اولیه انجام گرفت و ۶۰ نفر از زنانی را که معیارهای ورود به پژوهش داشتند با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه شدند. پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله (درمان مثبت گرا دریافت کردند) و گروه گواه (گروهی که تنها درمانهای دارویی و آموزش جاری دپارتمان ناباروری را دریافت کردند) انتخاب شدند. کلیه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه‌ای با هدف ارزیابی کلی اثر بخشی مداخله صورت پذیرفت. به لحاظ اخلاقی در طی مطالعه ارتباطی بین گروه گواه و آزمون وجود نداشت و گروه گواه طبق پروتکل جاری خاص توسط پزشک متخصص تحت درمان بودند و پژوهشگر هیچگونه دخالتی نداشت. همچنین در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمایش، در قالب یک بسته آموزشی به گروه گواه ارائه شد. داده‌ها با استفاده از واریانس اندازه مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۵۲ بیمار (از ۶۰ بیمار در شروع پژوهش ۸ بیمار در طول اجرای پژوهش به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری ۷ نفر، حاملگی ۱ نفر حذف شدند) مبتلا به ناباروری (۲۶ زن گروه گواه و ۲۶ زن گروه آزمایش) انجام گرفت. در دامنه سنی ۳۰-۴۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها

در گروه گواه $4/59 \pm 45/03$ و برای گروه آزمایش درمان مثبت گرا $3/48 \pm 41/84$ سال و مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی دو گروه بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و کمینه و بیشینه سن و سن تشخیص به تفکیک دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معناداری
سن	درمان مثبت گرا	۲۶	۴۴/۵۰	۴/۵۲	۰/۶۲۰
	گواه	۲۶	۴۵/۰۳	۴/۵۹	
سن تشخیص	درمان مثبت گرا	۲۶	۴۱/۸۴	۳/۴۸	۰/۸۷۹
	گواه	۲۶	۴۲/۳۴	۳/۵۰	

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل $4/59 \pm 45/03$ ، برای گروه آزمایش درمان مثبت گرا $4/52 \pm 44/50$ سال بوده است. مقایسه میانگین ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی دو گروه بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن تشخیص برای گروه کنترل $3/50 \pm 41/84$ ، برای گروه آزمایش درمان مثبت گرا $3/48 \pm 41/84$ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز جهت بررسی معنی داری تفاوت میانگین در دو گروه حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سن تشخیص بیماری بود. نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیر و ویلک در گروه آزمایش درمان مثبت گرا نشان داد که اضطراب جنسی و رضایت جنسی در مرحله پیگیری برقرار ($P > 0/05$) اما در افسردگی جنسی برقرار نیست ($P < 0/05$).

جدول ۲. میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ابعاد عملکرد جنسی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر	اضطراب جنسی			مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
	گروه	پس آزمون	پیگیری	
گروه درمان مثبت گرا	پیش آزمون	۱۶/۸۸	۱۰/۸۴	F=۳/۳۶۷ Sig=۰/۰۵۰
	میانگین	۱۶/۸۸	۱۳/۹۲	
	انحراف معیار	۱/۲۴	۱/۲۹	
گروه گواه	پیش آزمون	۱۷/۴۶	۱۵/۵۰	F=۹/۱۲۳ ۰/۰۰۰۱
	میانگین	۱۷/۴۶	۱۵/۵۰	
	انحراف معیار	۱/۳۰	۱/۷۹	
متغیر	افسردگی جنسی			مقایسه پیش آزمون در دو گروه
	گروه	پس آزمون	پیگیری	
گروه درمان مثبت گرا	پیش آزمون	۱۰/۸۴	۱۰/۸۴	F=۰/۲۰۸ sig=۰/۸۱۳
	میانگین	۱۰/۸۴	۱۰/۸۴	
	انحراف معیار	۱/۲۴	۱/۲۹	
گروه گواه	پیش آزمون	۱۷/۴۶	۱۵/۵۰	F=۰/۲۰۸ sig=۰/۸۱۳
	میانگین	۱۷/۴۶	۱۵/۵۰	
	انحراف معیار	۱/۳۰	۱/۷۹	

میانگین	۱۸/۰۷	۱۱/۱۵	۱۴/۰۷
انحراف معیار	۱/۰۵	۰/۷۳	۰/۹۳
گروه	گواه	مقایسه پیگیری در دو گروه	
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۱۸/۱۹	۱۶/۵۳	۱۶/۵۳
انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۸۵	۱/۴۷
رضایت جنسی			
گروه	درمان مثبت گرا	مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه	
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۴/۷۳	۱۱/۷۶	۹/۳۰
انحراف معیار	۱/۵۸	۲/۵۱	۲/۶۳
میانگین	۴/۵۷	۶/۷۶	۵/۶۹
انحراف معیار	۱/۲۷	۱/۲۷	۱/۱۵

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین سطح اضطراب، افسردگی و رضایت از ابعاد عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن دو گروه در این مرحله می باشد. مقایسه میانگین ها در پس آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی دار بود که اثربخشی مداخلات از جمله درمان مثبت گرا در مقایسه با گروه کنترل است. همچنین وجود تفاوت معنی دار در مرحله پیگیری بین دو گروه نشانگر پایداری اثربخشی مداخلات می باشد. جهت بررسی اثربخشی درمان مثبت گرا بر ابعاد عملکرد جنسی (اضطراب، افسردگی و رضایت) از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های این آزمون برای هر متغیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کرویت بارلت ($441/479 = X^2, P > 0/001$) بیانگر رعایت پیش فرض این آزمون بود (همبستگی بین متغیرهای وابسته)، سپس نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه های مورد بررسی برقرار نمی باشد ($231F, 413/1 = 42/7627, P > 0/001$). $75/603 = \text{BoxM}$ که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است.

جدول ۳. نتایج آزمون اثر درون گروهی و بین گروهی اثربخشی درمان مثبت گرا بر ابعاد عملکرد جنسی

بر اساس آزمون گرینه‌هاوس-گیسر						
متغیر	آزمون	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig
اضطراب	درون گروهی	۳۰۴/۳۲۱	۱/۹۱۹	۱۵۸/۶۱۹	۱۷۷/۲۴۸	۰/۰۰۱
جنسی	بین گروهی	۹۷/۸۵۵	۱	۹۷/۸۵۵	۷۱/۶۵۵	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۴۹۴/۳۲۱	۱/۷۴۳	۲۸۲/۶۸۵	۲۳۸/۰۶۵	۰/۰۰۱

افسردگی جنسی	بین گروهی	۹۱/۵۵۸	۱	۹۱/۵۵۸	۹۹/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
رضایت جنسی	درون گروهی	۵۶۳/۸۹۷	۱/۹۶۸	۲۸۶/۵۹۷	۲۷۹/۷۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸
رضایت جنسی	بین گروهی	۱۱۱/۰۷۷	۱	۱۱۱/۰۷۷	۴۰/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹

نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی نشان داد که مداخله درمان مثبت گرا بر اضطراب جنسی ($F=71/65$)، رضایت جنسی ($P=0/001$) با ضریب اثرگذاری $0/58$ ، افسردگی جنسی ($F=99/36$) با ضریب اثرگذاری $0/66$ و رضایت جنسی ($F=40/73$) با ضریب اثرگذاری $0/44$ موثر بود.

جدول ۴. مقایسه جفتی گروه آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی

مولفه	آزمون	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اضطراب جنسی	پیش آزمون	مثبت گرا	گواه	-۰/۵۷۷	۰/۳۵۳	۰/۱۰۹
	پس آزمون	مثبت گرا	گواه	-۶/۰۷۷	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	مثبت گرا	گواه	-۱/۵۷۷	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی جنسی	پیش آزمون	مثبت گرا	گواه	-۰/۱۱۵	۰/۳۱۸	۰/۷۱۹
	پس آزمون	مثبت گرا	گواه	-۵/۳۸۵	۰/۳۹۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	مثبت گرا	گواه	-۲/۴۶۲	۰/۳۴۳	۰/۰۰۱
رضایت جنسی	پیش آزمون	مثبت گرا	گواه	۰/۱۵۴	۰/۳۹۹	۰/۷۰۱
	پس آزمون	مثبت گرا	گواه	۵/۰۰	۰/۵۵۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	مثبت گرا	گواه	۳/۶۱۵	۰/۵۶۴	۰/۰۰۱

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله درمان مثبت گرا بر ابعاد عملکرد جنسی مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بوده است و مقایسه میانگین های دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری حاکی از پایداری اثر مداخله در گروه آزمایش بود.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر درمان مثبت گرا بر افسردگی، اضطراب جنسی و رضایت جنسی در بیماران زن مبتلا به ناباروری طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل بیماران می باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مثبت گرا بر ارتقاء رضایت جنسی و کاهش افسردگی، اضطراب جنسی مؤثر است (وانگ، ۲۰۲۰)، در تبیین این یافته ها می توان گفت تاثیر مثبت آموزش درمان مثبت گرا بر بهبود افسردگی، اضطراب

جنسی و رضایت جنسی زنان مبتلا به ناباروری موثر است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت، از آنجایی که درمان مثبت گرا روشی غیر رهنمودی مراجع محور می‌باشد که از طریق کشف و حل تردید مراجع، انگیزه درونی وی را در راستای تغییر افزایش می‌دهد؛ بنابراین دو سوگرایی مراجع، نقش محوری در درمان مثبت گرا دارد و بر خلاف سایر درمان‌ها، مقاومت و دو سوگرایی در برابر تغییر را به طور مستقیم مطرح و آن را برطرف می‌کند. این مسئله در زنان مبتلا به ناباروری که مدت طولانی درگیر این بیماری و عوارض ناشی از عوارض درمان هستند بسیار دیده می‌شود که انگیزه خود را در رفتارهای تحمل ناکامی از دست داده و این رفتارها در آنها کاهش و یا حذف می‌شود. درمان مثبت گرا به دلیل کاهش مقاومت و تقویت اسنادها و انگیزه‌های درونی، ظرفیت و استعداد، افزایش دانش، مهارت‌های ایجاد انگیزه در شروع و حفظ تغییر و تقویت نتایج درمانی در حیطه مشکلات مربوط به زنان مبتلا به ناباروری موثر است (پان و همکاران، ۲۰۲۰).

در تبیین دیگر یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت درمان مثبت گرا با تکیه بر اصولی نظیر بیان همدلی، اجتناب از بحث کلامی، حمایت از کارایی شخصی مراجع و حرکت با مقاومت‌های او، دو سوگرایی، تردید و ترس بیمار از مواجه شدن با موقعیت‌های اضطراب‌انگیز (از جمله شروع قاعدگی) بیمار را کاهش می‌دهد. درمان مثبت گرا ترکیبی از اصول و فنون برگرفته شده از مجموعه‌ای از مدل‌های بسیار گسترده روان‌درمانی و تغییر رفتار است (کننت و میات، ۲۰۱۸). همچنین اجرای این روش به شیوه‌ی گروهی منجر شده است تا بیمار علاوه بر درمانگر از دیگر اعضای گروه سرمشق گیرد و ویژگی‌ها و رفتار آنان را در زمینه تحمل ناکامی و اختلال در عملکرد جنسی الگو برداری کنند؛ که این مسئله دارای اهمیت درمانی است. از آنجا که بسیاری از بیماران گمان می‌کنند که تنها خود ایشان دارای مشکل هستند، این احساس منحصر به فرد بودن، عدم تحمل ناکامی را در آنها را تشدید می‌کند؛ در حالیکه در گروه درمانی، اعضای گروه با درک تشابهات احساس همبستگی اجتماعی با یکدیگر را پیدا می‌کنند و به آرامش بیشتری نایل می‌شوند که در نتیجه تحمل ناکامی در آنها افزایش پیدا می‌کند (مورو و همکاران، ۲۰۱۸). دوگرو و همکاران (۲۰۱۹) معتقدند، درمان مثبت گرا ضمن افزایش میزان حمایت‌ارایه شده، ترک برنامه‌های درمانی (نزدیکی‌های برنامه ریزی شده) را کاهش داده و پایبندی به راهبردهای رفتاری را از طریق تقویت حس خودکارآمدی و کنترل ادراک شده را در زنان مبتلا به ناباروری افزایش می‌دهد؛ که در نتیجه دلدگی زناشویی و اختلال در عملکرد جنسی را در این بیماران کاهش پیدا می‌کند. در پژوهش‌های داخلی نیز عوامل موثر در کاهش عوارض بیماری در عملکرد جنسی، اشاره شده است که نتایج این پژوهش‌ها نیز نشان داد که بین نگرانی‌های مربوط به ناباروری و یا به عبارتی انگیزه بیماران برای ادامه درمان رابطه‌ی معناداری وجود دارد (گوهر شاهی و همکاران، ۱۳۹۹؛ افطاری و همکاران، ۱۳۹۸؛ شمس مورکانی و همکاران، ۱۴۰۰).

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت روان‌شناسی مثبت جنبش جدیدی در میان روان‌شناسان است که بر نیاز به درک جنبه مثبت تجربه انسان و چیزهایی که به زندگی آنها ارزش می‌دهد. علاوه بر این بر درک و بهتر کردن جنبه منفی بیماری شناسی و پریشانی توجه می‌کند. بسیاری از زنان مبتلا به ناباروری پس از گذشت مدتی از درمان و مواجه شدن با انبوهی از مشکلات و استرس‌های مربوط به بیماری و

عوارض ناشی از درمان احساس خستگی کرده و حتی مایل‌اند از ادامه درمان خود کناره‌گیری نمایند. آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی به این افراد کمک می‌کند تا روشی را که با تغییر در عملکرد و تغییر در وظایف و نقش‌هایی که برعهده دارند، بهبود بخشند. چنین مهارت‌هایی در برگیرنده ایجاد تعاملی آرامبخش با دیگران است. با بهبود مهارت‌های خود‌مدیریتی زنان مبتلا به ناباروری، خستگی هیجانی و مسخ شخصیت کمتر و کفایت شخصی بالاتری را تجربه می‌کنند (علیرضایی، ۱۳۹۵).

در تبیین دیگر این یافته‌ها می‌توان گفت که مطابق دیدگاه مثبت‌نگر، هیجان‌ات و توانمندیها از بهترین عوامل جلوگیری از آسیب‌های روانی هستند. پژوهشگران حوزه پیشگیری اعتقاد دارند، پیشگیری تأکید بر ساختن توانمندیها و نه اصلاح ضعف‌هاست؛ بنابراین توانمندیهای انسان، محافظی در برابر بیماریهای روانی است. شهامت، خوشبینی، مهارت‌های ارتباط بین فردی، رعایت کردن اخلاق کار، امید، صداقت نمونه ای از این توانمندیها محسوب می‌شود (سام‌خانپانی و همکاران، ۱۴۰۰). از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به تعداد قابل توجهی از بیماران اشاره کرد که به صورت ادواری مراجعه کردند، بنابراین می‌توانستند مراحل درمان خود را پیگیری نمایند. محدودیت پژوهش حاضر این بود که نمونه این پژوهش بر روی بیماران زن مبتلا به ناباروری انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. پیشنهاد می‌شود.

موازین اخلاقی

در این پژوهش، موازینی اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری، رعایت شدند. همچنین تاییدیه از کمیته اخلاق، با شماره IR.PNU.REC.1400.170 اخذ شد. با توجه نحوه جمع‌آوری داده‌ها، بودند. در این پژوهش به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و خروج از پژوهش در صورت بروز هر گونه اتفاقی آزاد است.

سپاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولان، کارکنان، پرستاران و پزشکان بیمارستان امام حسین (ع) که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- افطاری، شکوه، محسن زاده، فرشاد، و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۸). نحوه مقابله زنان با استرس ناباروری: یک مطالعه پدیدارشناسی. *مطالعات زن و خانواده*، ۷(۲): ۳۰-۹
- حسینی، مرضیه. (۱۳۹۳). *رابطه مولفه‌های جنسی و مهارت‌های ارتباطی با رضایت زناشویی در زنان متأهل گچساران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد ارسنجان.

سام خانیانی، اسحاق، جمهری، فرهاد، احدی، حسن، و خلعتبری، جواد. (۱۴۰۰). اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران کرونری قلبی زودرس. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۴): ۳۷۰۰-۳۷۳۱.

شمس مورکانی، راضیه، فهامی، فریبا، و نقشینه، الهام. (۱۴۰۰). مقایسه عملکرد و رضایت جنسی زنان تحت درمان با دو نوع داروی تحریک کننده تخمک‌گذاری کلومیفن و لتروزول. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۲۴(۴): ۶۸-۸۰.

علیرضایی، سمیه. (۱۳۹۵). تأثیر ناباروری بر اختلال عملکرد جنسی زنان: مقاله مروری. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۹(۴۰): ۹۱-۱۰۱.

گوهرشاهی، شیوا، سلیمانین، علی اکبر، و حیدرنیا، احمد. (۱۳۹۹). تبیین چالش‌های روان‌شناختی مردان نابارور متقاضی درمان‌های جایگزین ناباروری: یک مطالعه کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۴(۹): ۸۴-۶۹.

References

- Ahmed MA, Mohammed AA, Ilesanmi AO, Aimakhu CO, Bakhiet AO, Hamad SB. Female Genital Tuberculosis Among Infertile Women and Its Contributions to Primary and Secondary Infertility: A systematic review and meta-analysis. *Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ]*. 2021.
- Cohan HL, Waxmonsky JG, Fogel BN, Pradhan S, Sekhar DL. Treatment Engagement Following a Positive Mental Health Screening Questionnaire. *American Journal of Preventive Medicine*. 2022 Feb 28.
- Dogru A, Ovayolu N, Ovayolu O. The effect of motivational interview persons with coronary heart disease on self-management and metabolic variables. *JPMA*. 2019; 69(294).
- Forester, K. (2010). Fear of cancer Progression and cancer related instructive Cognition in Infertility survivors. *Psychology*, 12(18), 1273-1280.
- Jabeen F, Khadija S, Daud S. Prevalence of Primary and Secondary Infertility. *Saudi J Med*. 2022;7(1):22-8.
- Kennette LN, Myatt B. How the Post-Secondary Classroom Can Benefit from Positive Psychology Principles. *Psychology Teaching Review*. 2018;24(1):63-6.
- Khan H, Siddique N, Cheema RA. Association of serum follicle stimulating hormone and serum luteinizing hormone with secondary infertility in obese females in Pakistan. *PAFMJ*. 2021 Jan 28;71(Suppl-1):S193-96.
- Hinkle M, Dodd J. A Systematic Review of Interventions Targeting Infertility-Related Distress: A Search for Active Ingredients. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2021 Aug 28:1-27.
- Kaya C. Adaptation and Preliminary Validation of a Positive Psychology Assessment Tool: Character Strengths Semantic Differential Scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2022:07342829211070404.
- Kolanska K, Uddin J, Dabi Y, d'Argent EM, Dupont C, Selleret L, Touboul C, Antoine JM, Chabbert-Buffet N, Darai E. Secondary infertility with a history of vaginal childbirth: Ready to have another one?. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 2022 Jan 1;51(1):102271.
- Hsu I, Hsu L, Dorjee S, Hsu CC. Bacterial colonization at caesarean section defects in women of secondary infertility: an observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022 Dec;22(1):1-1.

- Muro A, Soler J, Cebolla A, Cladellas R. A positive psychological intervention for failing students: Does it improve academic achievement and motivation? A pilot study. *Learning and Motivation*. 2018 Aug 1;63:126-32.
- Noferesti A, Tavakol K. Positive psychotherapy based on "belief in divine goodness" for subclinical depression in Iran: treatment development, feasibility, and preliminary results. *Mental Health, Religion & Culture*. 2022 Apr 21:1-9.
- Okun O. The positive face of human capital, psychological capital, and well-being. In *Research Anthology on Changing Dynamics of Diversity and Safety in the Workforce 2022* (pp. 203-222). IGI Global.
- Saif J, Rohail I, Aqeel M. Quality of life, coping strategies, and psychological distress in women with primary and secondary infertility; a mediating model. *Nat. Nurt. J. Psychol*. 2021 Jun 9;1:8-17.
- Seligman, M.P. (2015). Positive psychology: fundamental assumption. *The psychologist*, 16, 126-127.
- Snell WE, Fisher TD, Walters AS. (1993). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*. 6(1): 27-55
- Turner NC, Neven P, Loibl S, Andre F. Advances in the treatment of advanced oestrogen-receptor-positive breast cancer. *The Lancet*. 2017 Jun 17;389(10087):2403-14.
- Taylor, T. Brown, G. (2012). Psychosocial intervention for depression anxiety and quality of life in cancer survivors: Meta-analyse. *INT'L.J. Psychiatry in Medicine*, 36 (1), 13-34.
- Phan HP, Ngu BH, Chen SC, Wu L, Shi SY, Lin RY, Shih JH, Wang HW. Advancing the study of positive psychology: the use of a Multifaceted Structure of Mindfulness for development. *Frontiers in Psychology*. 2020 Jul 17;11:1602.
- Wong PT. The maturing of positive psychology and the emergence of PP 2.0: A book review of *Positive Psychology* by William Compton and Edward Hoffman.

پرسشنامه چندوجهی مسائل جنسی

ردیف	سوال	اصلا تناسب ندارد	کمی تناسب دارد	تا حدی تناسب دارد	متوسط تناسب دارد	خیلی تناسب دارد
۱	از خود به عنوان یک شریک جنسی مطمئن هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۲	در مورد رابطه جنسی همه اوقات فکر می کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۳	در مورد مسائل جنسی تا حد زیادی پاسخگو هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۴	از احساسات جنس ام تا حد زیادی آگاه هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۵	برای اینکه از نظر جنسی فعال باشم خیلی انگیزه دارم.	۰	۱	۲	۳	۴
۶	هنگامی که در مورد مسائل جنسی زندگی ام فکر می کنم، احساس اضطراب می کنم.	۰	۱	۲	۳	۴
۷	تا حد زیادی در مورد مسائل جنسی زندگی ام قاطع هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۸	در مورد مسائل جنسی زندگی ام افسرده هستم.	۰	۱	۲	۳	۴
۹	اغلب مسائل جنسی زندگی ام به وسیله پیش آمدهای اتفاقی تعیین می شوند.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۰	گاهی اوقات نمی دانم دیگران در مورد مسائل جنسی زندگی ام چه فکر می کنند.	۰	۱	۲	۳	۴
۱۱	گاهی اوقات از اینکه درگیر رابطه جنسی با کسی شوم می ترسم.	۰	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	۰	از راه وروشی که نیازهای جنسی زندگی ام بر آورده می شوند راضی هستم.	۱۲
۴	۳	۲	۱	۰	شریک جنسی خیلی خوبی هستم.	۱۳
۴	۳	۲	۱	۰	در مورد رابطه جنسی بیشتر از هر چیز دیگری فکر می کنم.	۱۴
۴	۳	۲	۱	۰	بخش عمده ای از مسائل جنسی زندگی ام بوسیله رفتار خودم تعیین می شود.	۱۵
۴	۳	۲	۱	۰	از انگیزه های جنسی زندگی ام تا حد زیادی آگاهم.	۱۶
۴	۳	۲	۱	۰	به شدت انگیزه دارم تا برای رابطه جنسی زمان بگذارم و تلاش بکنم.	۱۷
۴	۳	۲	۱	۰	در مورد مسائل جنسی زندگی ام ناامیدم.	۱۸
۴	۳	۲	۱	۰	در بیان ترجیحات جنسی ام خیلی رک و بی پرده نیستم.	۱۹
۴	۳	۲	۱	۰	من از ناگویی هیجانی و دلزدگی زناشویی جنسی ام ناامیدم.	۲۰
۴	۳	۲	۱	۰	بیشتر چیزهایی که بر مسائل جنسی زندگی ام اثر میر گذارند. اتفاقی پیش می آیند.	۲۱
۴	۳	۲	۱	۰	تا حد زیادی از اینکه دیگران چگونه مسائل جنسی زندگی ام را ارزیابی می کنند. نگرانم.	۲۲
۴	۳	۲	۱	۰	گاهی اوقات از روابط جنسی ترس دارم.	۲۳
۴	۳	۲	۱	۰	از رابطه جنسی خیلی راضی هستم.	۲۴
۴	۳	۲	۱	۰	در رابطه جنسی نسبت به اغلب مردم عملکرد بهتری دارم.	۲۵
۴	۳	۲	۱	۰	تمایل دارم که مدام به رابطه جنسی فکر کنم.	۲۶
۴	۳	۲	۱	۰	بر مسائل جنسی زندگی ام کنترل دارم.	۲۷
۴	۳	۲	۱	۰	تمایل دارم تا در مورد احساسات جنسی ام فکر کنم.	۲۸
۴	۳	۲	۱	۰	میل شدیدی دارم که از نظر جنسی فعال باشم.	۲۹
۴	۳	۲	۱	۰	هنگامی که در مورد مسائل جنسی زندگی ام فکر می کنم، احساس راحتی ندارم.	۳۰
۴	۳	۲	۱	۰	تا حدی در ابراز تمایلات جنسی ام، منفعلم.	۳۱
۴	۳	۲	۱	۰	در مورد زندگی جنسی ام احساس یاس می کنم.	۳۲
۴	۳	۲	۱	۰	شانس نقش زیادی در تاثیرگذاری بر مسائل جنسی زندگی ام دارد.	۳۳
۴	۳	۲	۱	۰	از آنچه که دیگران در مورد مسائل جنسی زندگی ام فکر می کنند، تا حدی آگاهم.	۳۴
۴	۳	۲	۱	۰	گاهی اوقات از فعالیت جنسی هراس دارم.	۳۵
۴	۳	۲	۱	۰	رابطه جنسی ام خواسته های اصلیم را برآورده می کند.	۳۶
۴	۳	۲	۱	۰	به عنوان یک شریک جنسی به خودم نمره خیلی مطلوب می دهم.	۳۷
۴	۳	۲	۱	۰	دائما به داشتن رابطه جنسی فکر می کنم.	۳۸
۴	۳	۲	۱	۰	عامل اساسی که بر مسائل جنسی زندگی ام اثر می گذارد، آن چیزی است که خودم انجام می دهم.	۳۹
۴	۳	۲	۱	۰	از تغییرات در تمایلات جنسی ام تا حد زیادی آگاهم.	۴۰
۴	۳	۲	۱	۰	واقعا برایم مهم است که خود را درگیر یک فعالیت جنسی بکنم.	۴۱
۴	۳	۲	۱	۰	معمولا در مورد مسائل جنسی زندگی ام دلواپسم.	۴۲
۴	۳	۲	۱	۰	بی درنگ در روابط جنسی ام به دنبال چیزی هستم که می خواهم.	۴۳
۴	۳	۲	۱	۰	در مورد روابط جنسی ام احساس ناراحتی می کنم.	۴۴
۴	۳	۲	۱	۰	مسائل جنسی زندگی ام به طور گسترده ای شانسی پیش می آیند.	۴۵
۴	۳	۲	۱	۰	در مورد اینکه مسائل جنسی زندگی ام چگونه به نظر دیگران می آیند، نگرانم.	۴۶
۴	۳	۲	۱	۰	از اینکه درگیر یک رابطه جنسی شوم، ترس زیادی ندارم.	۴۷
۴	۳	۲	۱	۰	در مقایسه با اغلب مردم، رابطه جنسی من وضعیت خوبی دارد.	۴۸
۴	۳	۲	۱	۰	در یک رابطه جنسی از خودم مطمئنم.	۴۹
۴	۳	۲	۱	۰	اکثر اوقات به رابطه جنسی می اندیشم.	۵۰

۴	۳	۲	۱	۰	۵۱	مسئولیت مسائل جنسی ام را خودم بر عهده می‌گیرم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۲	از تمایلات جنسی ام تا حد زیادی آگاهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۳	تلاش می‌کنم تا خودم را از نظر جنسی فعال نگه دارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۴	هنگامی که در مورد مسائل جنسی زندگی ام فکر می‌کنم، دلشوره می‌گیرم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۵	در رابطه جنسی معمولاً دنبال چیزی هستم که می‌خواهم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۶	هنگامی که در مورد مسائل جنسی ام فکر می‌کنم غمگین می‌شوم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۷	مسائل جنسی زندگی ام بخشی از سرنوشت من است.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۸	از آنچه دیگران درباره مسائل جنسی زندگی ام فکر می‌کنند، نگرانم.
۴	۳	۲	۱	۰	۵۹	از اینکه از نظر جنسی فعال باشم، نگرانی چندانی ندارم.
۴	۳	۲	۱	۰	۶۰	از مسائل جنسی زندگی ام تا حد زیادی راضیم.



Effectiveness of Positive Psychotherapy in Improving Sexual Anxiety, Satisfaction, and Depression in Female Infertile Patients

Majid. Saffarinia¹, Zohreh. Mortezaei karahrody^{*2} & Ahmad. Alipour³

Abstract

Aim: The present study aimed to determine the effectiveness of positive psychotherapy on sexual anxiety, satisfaction, and depression in female infertile patients. **Methods:** The study was a clinical trial with a pretest-posttest and follow-up design which selected 52 infertile women with sexual dysfunction who visited the infertility ward of Imam Hussein Hospital in Tehran province from June to September 2021 using the purposive sampling method and then randomly assigned them to the experimental group (n=26) and the control group (n=26). The experimental group received positive psychotherapy skills in eight 90-minute sessions, and the control group was on the waiting list. Both groups responded to the standard Sexuality questionnaires by Snell, Fisher, and Walters (1993) in three stages. Data analysis was performed using multivariate repeated-measures analysis of variance (ANOVA). **Result:** The results indicated that the positive psychotherapy intervention decreased sexual anxiety (F=65.76, P=0.001), sexual depression (F=99.36, P=0.001), and improved sexual satisfaction (F=40.73, P=0.001) in the experimental group, and the impact was stable at the follow-up stage (P=0.05). **Conclusion:** Positive psychotherapy can be utilized individually and in groups to treat sexual and psychological disorders related to infertility according to its nature and function by emphasizing the need to use new and effective psychological therapies.

Keywords: *Sexual Anxiety, Sexual Depression, Sexual Satisfaction, Positive Psychotherapy, Infertility*

1. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. ***Corresponding Author:** Ph.D. Student of Health Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Email: Mortezaei_midwife@yahoo.com

3. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran