



اثربخشی شفقت درمانی متمرکز بر خود بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران زن مبتلا به ناباروری

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

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

استاد گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مجید صفاری نیا^{id}

زهره مرتضایی کهرودی^{id*}

احمد علیپور^{id}

mortezaei_midwife@yahoo.com

ایمیل نویسنده مسئول:

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پایانی ۱۲ | ۴۵۷-۴۷۳

پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

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

(صفاری نیا، مرتضایی کهرودی و علیپور،
۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

صفاری نیا، مجید، مرتضایی کهرودی، زهره، و علیپور، احمد. (۱۴۰۱). اثربخشی شفقت درمانی متمرکز بر خود بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران زن مبتلا به ناباروری. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۳)، پایانی ۱۲: ۴۵۷-۴۷۳.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی شفقت درمانی متمرکز بر خود بر افسردگی، اضطراب و رضایت جنسی در بیماران زن مبتلا به ناباروری بود. **روش پژوهش:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان مبتلا به ناباروری دارای اختلال در عملکرد جنسی بود که از خرداد تا شهریور ماه سال ۱۴۰۰ به بخش ناباروری بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه کردند و ۵۲ نفر از به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش (تحت شفقت درمانی متمرکز بر خود) ($n=26$) و گروه کنترل ($n=26$) گمارده شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی اسنل و فیشر و والترز (۱۹۹۳)، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه جمع‌آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری انجام شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که در گروه تحت شفقت درمانی متمرکز بر خود، میانگین نمره اضطراب و افسردگی جنسی همچنین رضایت جنسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طرز معناداری کاهش و افزایش پیدا کرده است ($P>0/001$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که شفقت درمانی متمرکز بر خود می‌تواند در بهبود اضطراب و افسردگی جنسی همچنین رضایت جنسی در زنان مبتلا به ناباروری موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب جنسی، افسردگی جنسی، رضایت جنسی، شفقت درمانی متمرکز بر خود، ناباروری

مقدمه

نازایی^۱ عبارت از بارور نشدن یک زوج پس از یک سال تماس جنسی منظم، بدون استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری می‌باشد ناتوانی در داشتن فرزند برای میلیون‌ها زوج در سراسر جهان، یک تراژدی محسوب می‌شود (ژنگ، ژونگ، اوکانل، لیو، هاگرتی و همکاران، ۲۰۲۱)؛ تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند با استرس‌های فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار داده و سبب کاهش صمیمیت، ترس از جدایی، کاهش اعتماد به نفس، طرد شدگی، گوشه‌گیری و کاهش رضایت زناشویی می‌شود (سریپاد، دسای، رگولس، چاکرابورتی، حبیب و همکاران، ۲۰۲۱). پیامدهای فیزیولوژیک منفی به دنبال تشخیص و درمان ناباروری می‌تواند بر عملکرد جنسی زوجین اثر بگذارد و باعث اختلال در عملکرد جنسی شود (ال امیری، براسارد، روسن، روسی، بیلو و همکاران، ۱۹۸۴). سازمان جهانی بهداشت سلامت جنسی را تمامیت ذهنی، جسمی و احساسی بیان کرده و هرگونه اختلالی در این ابعاد را باعث اختلال عملکرد جنسی می‌داند (لو، لی، کوک، وونگ، نگ و چان، ۲۰۲۱). یکی از کلیدهای اصلی سلامت جنسی، رابطه بین سلامت جنسی و ناباروری است. تمام زنان باید از سلامت جنسی و باروری برخوردار باشند، ولی زنان نابارور به خاطر وضعیت جنسی و باروری خود آسیب پذیرتر هستند (پاشا، فرامرزی، بصیرت، خیرخواه و کبیر، ۲۰۲۱). ناباروری می‌تواند اختیاری بودن عملکرد جنسی را از بین برده و هدف را فقط بر پایه "بچه‌دار شدن" و محدود به روزهای باروری "سیکل کند و بدین ترتیب جنبه لذت بخش و اختیاری بودن آن محدود به اهداف بارداری شود (محمدزاده، لطفی، کریم زاده و کبیر، ۲۰۲۱).

اختلالات جنسی ناشی از تشخیص و درمان ناباروری شایع هستند. حدود ۴۰٪ از زوجینی که تحت درمان ناباروری هستند به دلیل شکست درمان، تعادل زناشویی و جنسیشان تحت تأثیر قرار می‌گیرند (فرناندز، پدرو، کاستا و مارتینز، ۲۰۲۱). استفاده از فناوری‌های کمک باروری و هورمون درمانی از طرق مختلف بر فعالیت جنسی اثر می‌گذارد (دروتزول و اسکریپولک، ۲۰۰۸). در زنان مبتلا به ناباروری زن، اختلالات و مشکلات روانی از جمله افسردگی و اضطراب نیز جزء عوامل اصلی در کاهش میل جنسی، ترشحات و لوبریکاسیون واژینال، اختلال در تحریک‌پذیری و ارگاسم و دیس پارونی هستند که در نهایت عدم رضایت جنسی در زنان مبتلا به ناباروری و پارتنر جنسی او به وجود می‌آورد (دروتزول و اسکریپولک، ۲۰۰۸). سلامت جنسی مهم است، اما اغلب به عنوان یکی از اجزای مراقبت زنان مبتلا به ناباروری مورد غفلت قرار می‌گیرد. از آنجا که موضوع عملکرد جنسی توسط خیلی از افراد به عنوان یک تابو در نظر گرفته می‌شود، این مسأله مورد چشم‌پوشی واقع می‌شود و در ارزیابی بیماران به آن توجه نمی‌شود (ویژه، پاک گوهر، روحی و ویسی، ۲۰۱۵). رضایت زناشویی، نگرش مثبت و لذت بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی مثل ارتباط، مسائل شخصیتی، حل تعارض، روابط جنسی دارند تعریف شده است (معروفی زاده، حسینی، فروشانی، عمانی-سامانی، و امینی، ۲۰۱۸). بر اساس یافته‌های تحقیقات متعدد رضایت از رابطه جنسی از متغیرهایی است که در ایجاد و حفظ رابطه زناشویی شاد دارای نقش حیاتی است (خاکساری، ۲۰۲۲). افسردگی و اضطراب جنسی در زنان می‌تواند به عنوان عاملی جهت کاهش رضایت جنسی در زنان

مبتلا به ناباروری باشد. رضایت جنسی به عنوان یک احساس رضایت بخش شخصی تعریف می‌شود که در آن فرد نیاز جنسی و انتظارات خود و همسرش را برآورده شده می‌داند و به طور کلی ارزیابی مثبت و خوشایندی از رابطه جنسی خود دارد (والسانگکار، بودهار، بله و سای، ۲۰۱۱). یافته برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که عدم رضایت جنسی به بی‌ثباتی رابطه زوجین و خیانت زناشویی منجر شده و احتمال بروز طلاق را افزایش می‌دهد (پترسون، نیوتن و فینگولد، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد که دانش افراد در رابطه با مسائل مرتبط با فعالیت جنسی، نقش مهمی در رضایت جنسی ایفا می‌کند. از دیگر مسائل مهم در فرایندهای روان‌شناختی جنسی، افسردگی جنسی و اضطراب جنسی می‌باشد (کیم، مون، و کیم، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد یکی از مداخله‌هایی که می‌تواند در کاهش عوارض جدی ناباروری مورد استفاده قرار گیرد، شفقت درمانی متمرکز بر خود است (فاکس، کاتانی و بورلینگیم، ۲۰۲۱). شفقت درمانی متمرکز بر خود که یک استراتژی تغییر رفتار بیمارمحور است و هدف آن شناسایی و کاهش تردید فرد نسبت به تغییر رفتارهایش، تغییر در سبک و روال زندگی از خود و ارتقاء ادراک فرد از اهمیت تغییر رفتار می‌باشد (هاکن و تیلور، ۲۰۲۱).

گیلبرت در سال ۲۰۰۵، در جلسات درمانی خود از سازه درمان مبتنی بر شفقت استفاده نمود و این درمان که می‌تواند به عنوان درمان اصلی و حتی درمانی مکمل باشد را پایه ریزی نمود و در نهایت نظریه درمان مبتنی بر شفقت را مطرح کرد (لوکری و کلیتون، ۲۰۲۱). شفقت به خود در افراد رویکردی متعادل به تجارب هیجانی فراهم می‌کند، بطوری که فرد نه از احساساتش بگریزد و نه با آن در آمیزد و با آن غرق شود. شفقت به خود با هوش هیجانی نیز ارتباط دارد. افرادی که شفقت به خود بالاتری دارند مهارتهای مقابله هیجانی^۱ بیشتری گزارش می‌کنند، در ایجاد تمایز میان احساساتشان و بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی توانمندترند که این فرایند در جریان بهبود عملکرد جنسی بیماران مبتلا به ناباروری ضروری می‌باشد (گیلبرت، ۲۰۰۹). شفقت به خود، به طور طبیعی حساسیت فرد نسبت به سلامت دیگران را افزایش می‌دهد، زیرا فرد تجارب خود را در راستای تجارب نوع انسان می‌بیند. او در اینجا متوجه می‌شود که ناراحتی، ناکامی و کمبودها بخشی از ویژگی عمومی همه انسان‌هاست و او هم یکی از آنان است، بنابراین نتیجه می‌گیرد که مهربانی و شفقت ارزشمند است. زمانی که می‌پذیریم انسانی هستیم که به کل انسان‌ها تعلق و وابستگی داریم، دیگر نیازی به مقایسه خود نسبت به دیگران که بهتر یا بدتر هستیم، نداریم (گیلبرت، ۲۰۱۵). پس عامل کلیدی در جریان رشد همدلی، تربیت شفقت به خود است که به طور طبیعی از طریق مراقبه یا ذهن آگاهی بدست می‌آید. رشد شفقت به خود و دیگران، راهبردی برای افزایش سلامتی و خوشبختی تلقی می‌شود که با هدف ارتقا سلامتی در تمرین‌های بودایی برای هزاران سال رونق داشته است. احساس مراقبت پذیرش و دارا بودن نوعی حس تعلق و وابستگی به دیگران، پایه‌ای برای بلوغ روانی و خوشبختی است (گیلبرت، ۲۰۱۵). با توجه به مطالب عنوان شده این پژوهش در پی رسیدن به پاسخ سؤال زیر است:

۱. آیا شفقت درمانی متمرکز بر خود بر بهبود اضطراب و افسردگی جنسی و رضایت جنسی در زنان مبتلا به ناباروری در مرحله پس از آزمون مؤثر است؟

1. Emotional coping skills

۲. آیا شفقت درمانی متمرکز بر خود بر بهبود اضطراب و افسردگی جنسی و رضایت جنسی در زنان مبتلا به ناباروری در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی یک‌سر کور کنترل شده که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل 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 (لورنس و می، ۲۰۱۴). 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 ۴۵-۳۰ سال، ابتلا 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 (MSQ) توسط اسنل و فیشر و والترز در سال (۱۹۹۳) ساخته شده است (اسنل، فیشر و والترز، ۱۹۹۳). این پرسشنامه مسائلی از جمله اضطراب جنسی، افسردگی جنسی و رضایت جنسی را در غالب ۱۵ آیتم و درجه‌بندی چهارگانه لیکرت صورت‌بندی شده است. نمره هر عبارت از ۰ تا ۴ می‌باشد. در پژوهش حسینی (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است (بروگ، اسپیکمنز، آرتسن، بریدولد، بس و فریرا، ۲۰۱۷). در این پژوهش، همسانی درونی (ضریب 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. بسته آموزشی شفقت درمانی متمرکز در خود. ساختار جلسات شفقت متمرکز به خود بر اساس کتاب مداخله گروهی شفقت متمرکز به خود گیلبرت (۲۰۱۷)، با ساختار هشت جلسه‌ای (طبق جدول زیر) بود. هر هفته یک جلسه و هر جلسه در ۱ تا ۱/۵ ساعت با حضور درمانگر و کمک درمانگر آشنا به شفقت متمرکز به خود انجام شد، قابل ذکر است هر دو نفر، دارای گواهی انجام شفقت متمرکز به خود می‌باشند محتوای جلسات شفقت متمرکز به خود واضح و با توجه به سواد و زمینه‌های فردی و هوشی شرکت‌کنندگان

طوری عنوان گردید که بیمار متوجه گشت؛ در شروع شفقت متمرکز به خود مصاحبه‌گر خود را معرفی کرده و تلاش نمود جو دوستانه‌ای ایجاد شود، مصاحبه‌گر همواره به خاطر داشت از دخالت دادن پیش‌داوری‌ها، دیدگاه‌ها و آگاهی‌های قبلی خود بر رفتارش جلوگیری کند؛ همچنین تا حد ممکن، از خارج شدن پاسخ دهنده از حیطه سؤال و به حاشیه رفتن او جلوگیری می‌کرد.

جدول ۱. ساختار شفقت درمانی متمرکز بر خود

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	معارفه، پذیرش مراجع، تعیین اهداف جلسه و خط مشی کلی از قوانین گروه، بررسی کیفیت روابط عاشقانه بین زوجین فراوانی و کیفیت رابطه جنسی، مروری بر ناباروری، تعاریف، علل ناباروری، آشنایی با عوارض ناشی از ناباروری بر عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به ناباروری، تمرین شناسایی و نام گذاری احساسات، اهمیت عملکرد جنسی، رعایت رژیم غذایی، فعالیت ورزشی منظم، مراقبت از پاها، معرفی رویکرد انگیزی، تکالیف جلسه آینده
جلسه دوم	ارزیابی سود و زیان‌های کوتاه مدت و بلند مدت عدم مراعات رفتارهای خود مراقبتی و تاثیر آنها بر عملکرد جنسی و تمرین موازنه تصمیم‌گیری، توصیف یک روز از زندگی روزمره خود، آشنایی بیماران با آناتومی دستگاه جنسی، مصرف منظم دارو، تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تاثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی
جلسه سوم	تمرین بارش ذهنی سود و زیان‌های کوتاه و بلندمدت توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی و جایگزین در خانه، تمرین شناسایی ارزش‌ها و ایجاد تضاد نساختی به منظور ایجاد انگیزه درونی افزایش کیفیت زندگی و رضایت جنسی، پرسش و پاسخ در مورد مباحث مطرح شده و جمع بندی. اصول شفقت متمرکز به خود برای گروه مداخله: بررسی راهکارهای تقویت عملکرد جنسی، تکالیف جلسه آینده
جلسه چهارم	تعریف ارزش‌های انجام تمرین شناسایی و اولویت بندی ارزش‌های درجه یک، تمرین تعریف ارزش‌ها و تمرین تطابق ارزش و رفتار، آشنایی با مشکلات فردی که خودش در گیر عوارض ناباروری بوده است، صحبت در مورد بیماری برای مراجعین با نمایش عکس، اسلاید و فیلم‌های مربوط به ناباروری و عوارض آن پرداخته شد تا بدین وسیله انگیزه در بیماران جهت پیشگیری از پیشرفت بیماری حاصل شود و آموزش در جهت کنترل ناباروری از نظر تغذیه، ورزش و فعالیت با استفاده از بحث گروهی، پوستر، پمفلت آموزشی و بارش افکار صورت گرفت، تکالیف جلسه آینده
جلسه پنجم	ایفای نقش مورد استفاده برای زنان مبتلا به ناباروری و شناخت مشکلات مرتبط برقراری روابط عاشقانه با بیمار و بحث و گفتگو و سپس انجام فعالیت عملی آموزش داده شده، نحوه برنامه ریزی برای رابطه جنسی برنامه ریزی شده، نحوه استفاده از داروها، استفاده از آلارم برای جلوگیری از فراموشی داروها) تا افراد مهارت‌های لازم را کسب کرده و توانایی لازم را به دست آورند، تکالیف جلسه آینده، دریافت بازخورد
جلسه ششم	تمرین عملی شرکت کنندگان تا وقتی که آنها به حد تسلط بر تکنیک‌های درمان شفقت متمرکز به خود برسند به عبارت دیگر در این مرحله از خود شرکت کننده برای آموزش گرفته می‌شد که باعث ایجاد انگیزه و باعث افزایش توانایی شود. پرسش و پاسخ و ارزیابی بیماران در زمینه میزان تلاش و مفید بودن مراحل عملکرد جنسی، تکالیف جلسه آینده

جلسه هفتم	پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق و عملکرد جنسی، تهیه فهرستی از فعالیتهای لذت بخش و فعالیت هایی که به فرد احساس تسلط می‌دهند، برطرف کردن نقاط ضعف آموزش و تشویق شرکت کنندگان در جهت رسیدن به منافع عملکرد جنسی در ناباروری، تکالیف جلسه آینده
جلسه هشتم	مروری بر کل دوره، روش هایی برای حفظ دستاوردهای یاد گرفته شده، انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد، بحث در مورد دلا بل مثبت و موانع احتمالی تمرین‌ها پس از پایان دوره و تکمیل پرسشنامه توسط شرکت کنندگان، اتمام جلسات

روش اجرا. در این تحقیق، 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 ناباروری در بیمارستان امام حسین (ع) تحت نظر متخصص غدد و متابولیسم کار نمونه گیری آغاز گردید. از بیماران ناباروری، مصاحبه بالینی و ویزیت اولیه انجام گرفت و ۶۰ نفر از افرادی را که معیارهای ورودی زیر را داشته باشند، با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه کرده است. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند. از طریق جایگزینی تصادفی^۱ به گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله (شفقت درمانی متمرکز بر خود دریافت کردند) و گروه کنترل (گروهی که تنها درمان‌های دارویی و آموزش جاری دپارتمان ناباروری را دریافت می‌کنند) انتخاب شدند. کلیه‌ی شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی را در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند گروه آزمایشی تحت مداخله ذکر شده قرار گرفتند. 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. مداخله برای گروه آزمایش (در قالب سه گروه ۱۰ نفره) به شیوه گروهی انجام گرفت. در گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمون جهت سنجش این بیماران به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. به لحاظ اخلاقی در طی مطالعه ارتباطی بین گروه کنترل و آزمون وجود نداشت. گروه کنترل 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 کنترل ارائه شد.

یافته‌ها

جهت بررسی اثربخشی شفقت متمرکز به خود بر ابعاد عملکرد جنسی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. 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 گروه کنترل و ۲۶ گروه آزمایش) انجام گرفت. در دامنه سنی ۴۵-۳۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه کنترل $41/59 \pm$ و $45/03$ و برای گروه آزمایش شفقت متمرکز به خود $41/84 \pm 3/48$ سال و مقایسه میانگین‌ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار در میانگین سنی سه گروه بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و کمینه و بیشینه سن و سن تشخیص به تفکیک دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	Sig
سن	شفقت متمرکز به خود	۲۶	۴۴/۵۰	۴/۵۲	۰/۶۲۰
	گواه	۲۶	۴۵/۰۳	۴/۵۹	
سن تشخیص	شفقت متمرکز به خود	۲۶	۴۱/۸۴	۳/۴۸	۰/۸۷۹
	گواه	۲۶	۴۲/۳۴	۳/۵۰	

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه کنترل $41/59 \pm 45/03$ ، برای گروه آزمایش شفقت متمرکز به خود $44/50 \pm 4/52$ سال بوده است. مقایسه میانگین‌ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار در میانگین سنی دو گروه بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن تشخیص برای گروه کنترل $41/84 \pm 3/50$ ، برای گروه آزمایش شفقت متمرکز به خود $41/84 \pm 3/48$ سال بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز جهت بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین در دو گروه حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار در میانگین سن تشخیص بیماری بود. نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیر و ویلک در گروه آزمایش شفقت متمرکز به خود نشان داد که اضطراب جنسی و رضایت جنسی در مرحله پیگیری برقرار است ($P > 0/05$) اما در افسردگی جنسی برقرار نیست ($P < 0/05$). با توجه به عدم برخورداری توزیع نرمال در این مؤلفه، از این رو در تعمیم نتایج این مؤلفه‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود.

جدول ۳. میانگین نتایج پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری ابعاد عملکرد جنسی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	اضطراب	مقایسه پیش‌آزمون‌ها در سه گروه
آزمایش	شفقت متمرکز به خود	$F=3/367$
آزمون	پس‌آزمون	$Sig=0/050$
میانگین	۱۰/۸۴	۱۳/۹۲
انحراف معیار	۱/۲۴	۱/۲۹
شاهد	کنترل	مقایسه پیگیری در سه گروه
آزمون	پس‌آزمون	$F=9/123$
میانگین	۱۶/۹۲	$0/0001$
انحراف معیار	۱/۳۰	۱/۷۹
متغیر وابسته	افسردگی	مقایسه پیش‌آزمون در سه گروه

آزمایش	شفقت متمرکز به خود		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۱۸/۰۷	۱۱/۱۵	۱۴/۰۷
انحراف معیار	۱/۰۵	۰/۷۳	۰/۹۳
شاهد	کنترل		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۱۸/۱۹	۱۶/۵۳	۱۶/۵۳
انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۸۵	۱/۴۷
متغیر وابسته	رضایت جنسی		
آزمایش ۱	شفقت متمرکز به خود		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۴/۷۳	۱۱/۷۶	۹/۳۰
انحراف معیار	۱/۵۸	۲/۵۱	۲/۶۳
شاهد	کنترل		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۴/۵۷	۶/۷۶	۵/۶۹
انحراف معیار	۱/۲۷	۱/۲۷	۱/۱۵

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین سطح اضطراب، افسردگی و رضایت از ابعاد عملکرد جنسی در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن سه گروه در این مرحله می باشد، مقایسه میانگین ها در پس آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی دار بود که اثربخشی مداخله از جمله شفقت متمرکز به خود در مقایسه با گروه کنترل است. همچنین وجود تفاوت معنی دار در مرحله پیگیری بین سه گروه نشانگر پایداری اثربخشی مداخلات می باشد. جهت بررسی اثربخشی شفقت متمرکز به خود 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 بارتلت ($X^2 = 479/441, P < 0/001$) 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 ($P < 0/001, 1/413 = 7627/42$). $F_{231} = 603/75, \text{BoxM} = 603/75$ که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. نتایج آزمون های چند متغیری نشان داد که ارائه شفقت متمرکز به خود در عامل گروه ($\eta^2 = 0/961, F = 153/827, P < 0/001, \text{Pillais trace} = 0/961$) و در عامل زمان ($\eta^2 = 0/985, F = 178/202, P < 0/001, \text{Pillais trace} = 0/985$) و اثر تعاملی زمان و گروه ($\eta^2 = 0/976, F = 108/043, P < 0/001, \text{Pillais trace} = 0/976$) معنی دار می باشد. این نتایج نشان می دهد

که مداخله شفقت متمرکز به خود بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می‌باشد. نتایج آزمون‌های چند متغیری به صورت کامل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر بین گروهی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	n2
اضطراب جنسی	۹۷/۸۵۵	۱	۹۷/۸۵۵	۷۱/۶۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹
افسردگی	۹۱/۵۵۸	۱	۹۱/۵۵۸	۹۹/۳۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
رضایت	۱۱۱/۰۷۷	۱	۱۱۱/۰۷۷	۴۰/۷۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹

همچنین نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت مقایسه بین مراحل آزمون‌ها در دو گروه نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای اضطراب جنسی ($\eta^2=0/788$, $F_{GG1/63}=186/21$, $P<0/001$)، افسردگی جنسی ($\eta^2=0/788$, $F_{GG1/63}=186/21$, $P<0/001$)، رضایت جنسی ($\eta^2=0/788$, $F_{GG1/63}=186/21$, $P<0/001$)، معنی‌دار است. نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۴-۱۷ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون اثر درون گروهی اثربخشی شفقت متمرکز به خود بر ابعاد مورد بررسی

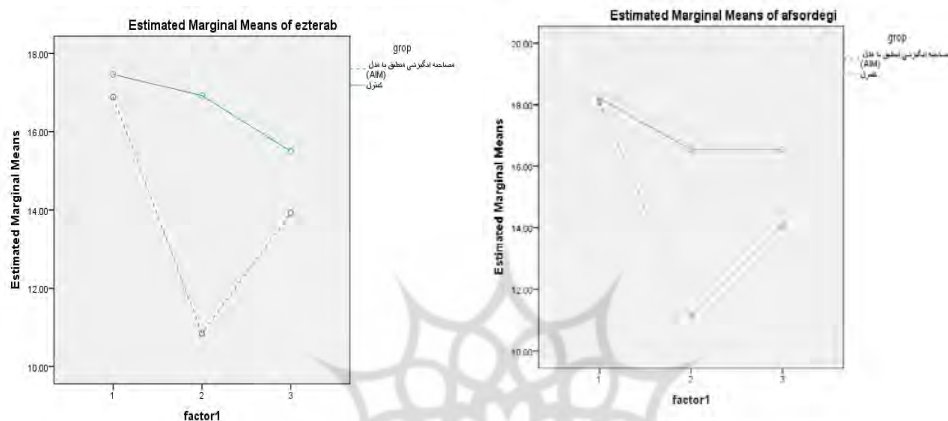
متغیر	آزمون	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	n2
اضطراب جنسی	گرینهوس-گیسر	۳۰۴/۳۲۱	۱/۹۱۹	۱۵۸/۶۱۹	۱۷۷/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۰
افسردگی جنسی	گرینهوس-گیسر	۴۹۴/۳۲۱	۱/۷۴۳	۲۸۲/۶۸۵	۲۳۸/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
رضایت جنسی	گرینهوس-گیسر	۵۶۳/۸۹۷	۱/۹۶۸	۲۸۶/۵۹۷	۲۷۹/۷۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸

سپس جهت مقایسه میانگین‌های دو گروه در هر سه مرحله ارزیابی از آزمون مقایسه‌های جفتی استفاده شد، تا علاوه بر اثربخشی مداخله پایداری درمان نیز در مرحله پیگیری بررسی شود و نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. مقایسه جفتی گروه آزمایش و کنترل در مراحل ارزیابی

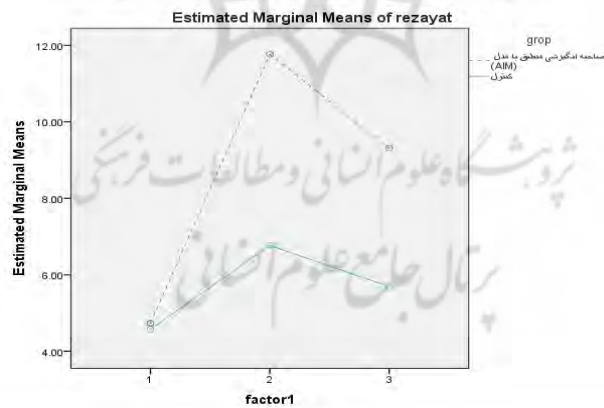
مولفه	آزمون	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
اضطراب	پیش‌آزمون	شفقت متمرکز به خود	گواه	-۰/۵۷۷	۰/۳۵۳	۰/۱۰۹
	پس‌آزمون	شفقت متمرکز به خود	گواه	-۶/۰۷۷	۰/۳۶۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	شفقت متمرکز به خود	گواه	-۱/۵۷۷	۰/۴۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش‌آزمون	شفقت متمرکز به خود	گواه	-۰/۱۱۵	۰/۳۱۸	۰/۷۱۹
	پس‌آزمون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

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله شفقت متمرکز به خود بر ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش بوده است و مقایسه میانگین‌های دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری حاکی از پایداری اثر مداخله در گروه آزمایش بود. جهت درک بهتر تغییرات ابعاد مورد بررسی در گروه آزمایش (شفقت متمرکز به خود) و گروه کنترل در طی سه مرحله ارزیابی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) نتایج بر روی نمودارهای زیر ارائه شده است.



نمودار ۲: اثر تعاملی زمان و گروه در مولفه اضطراب از ابعاد عملکرد جنسی

نمودار ۱: اثر تعاملی زمان و گروه در مولفه افسردگی از ابعاد عملکرد جنسی



نمودار ۳: اثر تعاملی زمان و گروه در مولفه رضایت از ابعاد عملکرد جنسی

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر شفقت درمانی متمرکز بر خود 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 می‌باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر

ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد.

فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود که شفقت درمانی متمرکز بر خود بر بهبود افسردگی، اضطراب جنسی و رضایت جنسی در بیماران زن مبتلا به ناباروری بود مؤثر است. نتایج پژوهش نشان داد که شفقت درمانی متمرکز بر خود بر ارتقاء رضایت جنسی و کاهش افسردگی، اضطراب جنسی مؤثر است (اریکسون، گرانیلو، کروکر، آیلسون، ریس و کوانچ، ۲۰۱۸)، در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت تاثیر مثبت آموزش شفقت متمرکز به خود بر بهبود افسردگی، اضطراب جنسی و رضایت جنسی زنان مبتلا به ناباروری در مطالعه حاضر احتمالاً به واسطه افزایش انگیزه این بیماران برای تغییر در سبک زندگی بیماران به دنبال دریافت آموزش بر اساس اصول شفقت متمرکز به خود می‌باشد. ارضای نیازهای جنسی و رضایتمندی حاصل از آن از عوامل مهم بهداشت جسم و روان افراد است. عدم پرسش در مورد مسایل جنسی از سوی ارائه دهنندگان خدمت در سیستم‌های بهداشتی درمانی، به طور معمول و در نتیجه عدم کشف و درمان مناسب آن موجب مزمن شدن علائم و در نهایت سلب آرامش و آسایش زوجها می‌گردد. لذا در مراحل اولیه بروز مشکل اقدامی صورت نمی‌گیرد، در صورتی که در مراحل اولیه شکل‌گیری و بروز مشکل، ماما یا سایر ارائه دهنندگان خدمات بهداشتی با مشاوره جنسی و آموزش، قادر به حل آن در مراحل اولیه بوده و در صورت برطرف نشدن مشکل، ارجاع به متخصص ذیصلاح صورت می‌گیرد (اریکسون و همکاران، ۲۰۱۸)، نبود اطلاعات صحیح و آموزش ناکافی در مورد فعالیت جنسی و به دنبال آن نامناسب بودن فرایند ارتباط، باورهای جنسی نادرست و اضطراب در مورد عملکرد جنسی در بروز و تداوم اختلالات جنسی نقش دارد (رینگنباخ، ۲۰۱۹).

سلامت جنسی جزء مهمی از مراقبت‌های زنان مبتلا به ناباروری است که به ویژه در زنان نادیده گرفته می‌شود. ناباروری باید به عنوان یک عامل مهم که بر شروع اختلال عملکرد جنسی زنان تأثیر می‌گذارد، در نظر گرفته شود. با توجه به موارد یاد شده به نظر گرفته شود. با توجه به موارد یاد شده به نظر می‌رسد که می‌بایست توجه بیشتری به زنان مبتلا به ناباروری پیرامون عملکرد جنسی شان شود و راهنمایی‌های بیشتری به آن‌ها ارائه گردد (والسنگار و همکاران، ۲۰۱۱). زنان نابارور مبتلا به اختلال افسردگی دچار علائم ناپایدار خلقی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، خویشتن‌گرایی و احساس گناه می‌شوند (لوکری و تیلور، ۲۰۲۱).

در تبیین دیگر این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش شفقت متمرکز به خود احتمالاً می‌تواند از طریق افزایش انگیزه زنان مبتلا به ناباروری در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد. خصوصاً که اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه نیز بر تاثیرات مثبت شفقت متمرکز به خود بر پیامدهای درمان و مراقبت از خود زنان مبتلا به ناباروری تأکید داشتند. همچنین از آن جایی که یکی از مهمترین عوامل عدم رضایت جنسی، کمبود اطلاعات و دانش است شاید دلیل دیگر را بتوان به بالا بردن دانش و اطلاعات بیماران نسبت به ناباروری و عوارض ناشی از آن در نارضایتی جنسی نسبت داد (برجلی، رحمانی، ذاکر و زینعلی، ۱۴۰۰). به نظر می‌رسد ویژگی‌های مداخله‌ی مورد استفاده در این مطالعه مانند آموزش در مورد ماهیت بیماری، نمایش فیلم و مواجهه با واقعیت و عواقب عدم تبعیت فرد مبتلا به عوارض بیماری، بحث گروهی، نمایش عملی و استفاده از روش‌های ایجاد توانایی بیمار و پرسش و پاسخ در بهبود رضایت جنسی بیماران مؤثر بوده است. ویژگی‌های مداخله‌ی مورد استفاده در این مطالعه مانند آموزش در مورد ماهیت بیماری، نمایش فیلم و مواجهه با واقعیت و آموزش مسائل جنسی و کاهش عوارض ناباروری، بحث گروهی، نمایش عملی و استفاده از روش‌های

ایجاد توانایی بیمار و پرسش و پاسخ در بهبود رضایت جنسی بیماران مؤثر بوده است. در این مطالعه میزان دانش، انگیزه و اطلاعات بیماران پس از مداخله آموزشی را افزایش داده است (برجعی 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.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاس‌گذاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارکنان بیمارستان امام حسین (ع) و بیماران جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

تعارض منافع

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

منابع

برجعی، محمود، رحمانی، سهیلا، ذاکرزاده، پریسا، و زینالی، مریم. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت به خود بر اضطراب و کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به سرطان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۲): ۲۵-۳۲.

References

- Brug, J., Spikmans, F., & Aartsen, C., Breedveld, B., Bes, R., & Ferreira, I. (2017). Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *Journal of Nutrition Education and Behavior*. 39(1): 8-12.
- Drosdzol, A., & Skrzypulec, V. (2008). Quality of life and sexual functioning of Polish infertile couples. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 13(3):271-81.
- El Amiri, S., Brassard, A., Rosen, N. O., Rossi, M. A., Beaulieu, N., Bergeron, S., & Péloquin, K. (2021). Sexual Function and Satisfaction in Couples with Infertility: A Closer Look at the Role of Personal and Relational Characteristics. *The journal of sexual medicine*. 18(12):1984-97

- Erickson, T. M., Granillo, M. T., Crocker, J., Abelson, J. L., Reas, H. E., & Quach, C. M. (2018). Compassionate and self-image goals as interpersonal maintenance factors in clinical depression and anxiety. *Journal of clinical psychology*, 74(4):608-25.
- Fernandes, J., Pedro, J., Costa, M. E. (2021). Martins MV. Effect of depression and anxiety on sexual functioning in couples trying to conceive with and without an infertility diagnosis. *Psychology & Health*. 12: 1-8.
- Fox, J., Cattani, K., & Burlingame, G. M. (2021). Compassion focused therapy in a university counseling and psychological services center: A feasibility trial of a new standardized group manual. *Psychotherapy Research*. 31(4):419-31.
- Gilbert P. (2017). A brief outline of the evolutionary approach for compassion focused therapy. *EC Psychology and psychiatry*. 3(6): 218-227.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 15(3): 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2015). *Compassion focused therapy*. In *The Beginner's Guide to Counselling & Psychotherapy*, Sage publications. 127.
- Hocken, K., & Taylor, J. (2021). *Compassion-focused therapy as an intervention for sexual offending*. In *Forensic Interventions for Therapy and Rehabilitation*. Routledge. 189-219.
- Khaksari, M. E. (2022). *Pursuing Treatment for Fertility Problems: The Effect of Depression, Social Support, and Perceived Barriers*. A Thesis Submitted to the Faculty of (Doctoral dissertation, Drexel University).
- Kim, M., Moon, S. H., & Kim, J. E. (2020). Effects of psychological intervention for Korean infertile women under in vitro fertilization on infertility stress, depression, intimacy, sexual satisfaction and fatigue. *Archives of Psychiatric Nursing*. 34(4):211-17.
- Lawrence, V. A., & Lee, D. (2014). An exploration of people's experiences of compassion-focused therapy for trauma, using interpretative phenomenological analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*. 21(6): 495-507.
- Lo, S. S., Li, R. H., Kok, W. M., Wong, G. C., Ng, E. H., & Chan, C. H. (2021). Sexual function and quality of life in Chinese couples undergoing assisted reproductive treatment: a prospective cohort study. *Human Fertility*. 6: 1-3.
- Lucre, K., & Clapton, N. (2021). The Compassionate Kitbag: A creative and integrative approach to compassion-focused therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 94: 497-516.
- Maroufizadeh, S., Hosseini, M., Foroushani, A. R., Omani-Samani, R., & Amini, P. (2018). The effect of depression on quality of life in infertile couples: an actor-partner interdependence model approach. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-7.
- Mohammadzadeh, M., Lotfi, R., Karimzadeh, M., & Kabir, K. (2021). The Effect of Sexual Counseling Using BETTER Model on Sexual Function of Women with Infertility: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Sexual Health*. 33(2):175-84.
- Pasha, H., Faramarzi, M., Basirat, Z., Kheirkhah, F., & Adib-Rad, H. (2021). Role of mental health in prediction of sexual function in infertile women, Babol, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 10(1): 171.
- Peterson, B. D., Newton, C. R., & Feingold, T. (2007). Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and sterility*. 88(4):911-4.
- Ringebach, R. A. (2019). *comparison between counselors who practice meditation and those who do not on compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout and self-compassion*. The University of Akron.

- Snell, W. E., & Fisher, T. D., & Walters, A. S. (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.
- Sripad, P., Desai, S., Regules, R., Chakraborty, S., Habib, H., Viloria, A. R., Ankomah, A., Fuseini, K., Jarvis, L., Kirk, K., & Tawab, N. (2021). Exploring experiences of infertility amongst women and men in low-income and middle-income countries: protocol for a qualitative systematic review. *BMJ open*, 11(11): 505-28.
- Valsangkar, S., Bodhare, T., Bele, S., & Sai, S. (2011). An evaluation of the effect of infertility on marital, sexual satisfaction indices and health-related quality of life in women. *Journal of human reproductive sciences*, 4(2):80.
- Vizheh, M., Pakgozar, M., Rouhi, M., & Veisy, A. (2015). Impact of gender infertility diagnosis on marital relationship in infertile couples: a couple-based study. *Sexuality and Disability*, 33(4):457-68.
- Zheng, X., Zhong, W., O'Connell, C. M, Liu, Y., Haggerty, C. L., Geisler, W. M., Anyalechi, G. E., Kirkcaldy, R. D., Wiesenfeld, H. C., Hillier, S.L., & Steinkampf, M. P. (2021). Host genetic risk factors for Chlamydia trachomatis-related infertility in women. *The Journal of infectious diseases*, 224(2): 64-71.

پرسشنامه چند وجهی مسائل جنسی

خیلی تناسب دارد.	متوسط تناسب دارد.	تاحدی تناسب دارد.	کمی تناسب دارد.	اصلا تناسب ندارد.	
۵	۴	۳	۲	۱	۱- از خود به عنوان یک شریک جنسی مطمئن هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲- در مورد رابطه جنسی همه اوقات فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳- در مورد مسائل جنسی تا حد زیادی پاسخگو هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴- از احساسات جنس ام تا حد زیادی آگاه هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵- برای اینکه از نظر جنسی فعال باشم خیلی انگیزه دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶- هنگامی که در مورد مسائل جنسی زندگی ام فکر می‌کنم، احساس اضطراب می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷- تا حد زیادی در مورد مسائل جنسی زندگی ام قاطع هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۸- در مورد مسائل جنسی زندگی ام افسرده هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹- اغلب مسائل جنسی زندگی ام به وسیله پیش آمدهای اتفاقی تعیین می‌شوند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰- گاهی اوقات نمی‌دانم دیگران در مورد مسائل جنسی زندگی ام چه فکر می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱- گاهی اوقات از اینکه درگیر رابطه جنسی با کسی شوم می‌ترسم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲- از راه و روشی که نیازهای جنسی زندگی ام بر آورده می‌شوند راضی هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳- شریک جنسی خیلی خولی هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴- در مورد رابطه جنسی بیشتر از هر چیز دیگری فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵- بخش عمده ای از مسائل جنسی زندگی ام بوسیله رفتار خودم تعیین می‌شود.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶- از انگیزه های جنسی زندگی ام تا حد زیادی آگاهم
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷- به شدت انگیزه دارم تا برای رابطه جنسی زمان بگذارم و تلاش بکنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸- در مورد مسائل جنسی زندگی ام ناامیدم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹- در بیان ترجیحات جنسی ام خیلی رک و بی پرده نیستم.

۵	۴	۳	۲	۱	۲۰- من از کیفیت زندگی جنسی ام ناامیدم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱- بیشتر چیزهایی که بر مسائل جنسی زندگی ام اثر میر گذارند. اتفاقی پیش می آیند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲- تا حد زیادی از اینکه دیگران چگونه مسائل جنسی زندگی ام را ارزیابی می کنند، نگرانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳- گاهی اوقات از روابط جنسی ترس دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴- از رابطه جنسی خیلی راضی هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵- در رابطه جنسی نسبت به اغلب مردم عملکرد بهتری دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶- تمایل دارم که مدام به رابطه جنسی فکر کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷- بر مسائل جنسی زندگی ام کنترل دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸- تمایل دارم تا در مورد احساسات جنسی ام فکر کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹- میل شدیدی دارم که از نظر جنسی فعال باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰- هنگامی که در مورد مسائل جنسی زندگی ام فکر می کنم، احساس راحتی ندارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱- تا حدی در ابراز تمایلات جنسی ام، منفعلم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲- در مورد زندگی جنسی ام احساس یاس می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳- شانس نقش زیادی در تاثیرگذاری بر مسائل جنسی زندگی ام دارد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴- از آنچه که دیگران در مورد مسائل جنسی زندگی ام فکر می کنند، تا حدی آگاهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵- گاهی اوقات از فعالیت جنسی هراس دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶- رابطه جنسی ام خواسته های اصلیم را برآورده می کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۷- به عنوان یک شریک جنسی به خودم نمره خیلی مطلوب می دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۸- دائما به داشتن رابطه جنسی فکر می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۹- عامل اساسی که بر مسائل جنسی زندگی ام اثر می گذارد، آن چیزی است که خودم انجام می دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۰- از تغییرات در تمایلات جنسی ام تا حد زیادی آگاهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۱- واقعا برایم مهم است که خود را درگیر یک فعالیت جنسی بکنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۲- معمولا در مورد مسائل جنسی زندگی ام دلواپسم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۳- بی درنگ در روابط جنسی ام به دنبال چیزی هستم که می خواهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۴- در مورد روابط جنسی ام احساس ناراحتی می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۵- مسائل جنسی زندگی ام به طور گسترده ای شانس پیش می آیند.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۶- در مورد اینکه مسائل جنسی زندگی ام چگونه به نظر دیگران می آیند، نگرانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۷- از اینکه درگیر یک رابطه جنسی شوم، ترس زیادی ندارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۸- در مقایسه با اغلب مردم، رابطه جنسی من وضعیت خوبی دارد.
۵	۴	۳	۲	۱	۴۹- در یک رابطه جنسی از خودم مطمئنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۰- اکثر اوقات به رابطه جنسی می اندیشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۱- مسئولیت مسائل جنسی ام را خودم بر عهده می گیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۲- از تمایلات جنسی ام تا حد زیادی آگاهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۳- تلاش می کنم تا خودم را از نظر جنسی فعال نگه دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۴- هنگامی که در مورد مسائل جنسی زندگی ام فکر می کنم، دلشوره می گیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۵- در رابطه جنسی معمولا دنبال چیزی هستم که می خواهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۶- هنگامی که در مورد مسائل جنسی ام فکر می کنم غمگین می شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۷- مسائل جنسی زندگی ام بخشی از سرنوشت من است.

۵	۴	۳	۲	۱	۵۸- از آنچه دیگران درباره مسائل جنسی زندگی ام فکر می‌کنند، نگرانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵۹- از اینکه از نظر جنسی فعال باشم، نگرانی چندانی ندارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶۰- از مسائل جنسی زندگی ام تا حد زیادی راضیم.
					۶۱- من با در نظر گرفتن..... به عبارات بالا پاسخ دادم.
					الف- رابطه جنسی فعلی ام.
					ب- رابطه جنسی گذشته ام.
					ج- رابطه جنسی خیالی ام.



Sexual dysfunction is one of the complications of infertility treatment and is often overlooked in the care of women with infertility

Majid. Safarina¹, Zohreh. Mortezaei^{*2}, & Ahmad. Alipour³

Abstract

Aim: Sexual dysfunction is one of the complications of infertility treatment and is often overlooked in the care of women with infertility. Therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of self-centered compassion therapy on depression, anxiety and sexual satisfaction in patients. The woman was infertile. **Method:** This study was a clinical trial study. Fifty-two women with infertility who had sexual dysfunction and referred to the infertility ward of Imam Hossein Hospital in Tehran province from June to September 1400 were selected by purposive sampling. Then they were randomly assigned to the experimental group (under self-centered compassion therapy) (n = 26) and the control group (n = 26). Data collection tools Standard Questionnaire of Sexual Issues (MSQ) Snell and Fisher Walters (1993) were collected in three baseline stages, after intervention and quarterly follow-up. Data analysis was performed using repeated measures multivariate repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that in the group under self-centered compassion therapy, the mean score of sexual anxiety and depression as well as sexual satisfaction in the experimental group decreased and increased significantly compared to the control group (P < 0.001). **Conclusion:** The results of this study showed that self-centered compassion therapy can be effective in improving sexual anxiety and depression as well as sexual satisfaction in women with infertility.

Keywords: Sexual Anxiety, Sexual Depression, Sexual Satisfaction, Self-Focused Compassion Therapy, 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.