

اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر پیامد درمان زنان نابارور

دکتر خدامراد مؤمنی^۱، دکتر نسرين جلیلیان^۲، دکتر کامران یزدانبخش^۳،
زهرا مکاری^{۴*}، دکتر منصور رضایی^۵

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۲. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات زایمان بیمارستان امام رضا (ع)، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۴. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.
۵. دانشیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات باروری و ناباروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۱۲

خلاصه

مقدمه: اختلال عملکرد جنسی در زنان نابارور ممکن است به‌طور غیر مستقیم موجب کاهش موفقیت درمان آنان شود، لذا برطرف کردن این اختلال و بررسی نقش بهبود آن بر نتیجه درمان ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به کمبود مطالعات انجام شده در زنان نابارور، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر پیامد درمان زنان نابارور انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۰ نفر از زنان نابارور ۲۲-۳۶ ساله دارای اختلال عملکرد جنسی که به مرکز ناباروری بیمارستان معتضدی شهر کرمانشاه مراجعه کردند، انجام شد. افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش ۱۰ جلسه آموزش مهارت‌های جنسی به صورت گروهی برگزار شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی روزن و همکاران (۲۰۰۰) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون-های کولموگروف اسمیرنوف، یو من ویتنی، تی زوجی و دقیق فیشر انجام شد.

یافته‌ها: آموزش مهارت‌های جنسی، باعث بهبود عملکرد جنسی زنان نابارور شد ($p=0/001$). همچنین بعد از بررسی ۳ ماهه، تعداد بارداری در گروه آزمایش بیش از گروه کنترل بود، اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود ($p=0/291$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی آموزش جنسی در بهبود عملکرد جنسی زنان نابارور و تأثیر مثبت آن بر باروری، آموزش مهارت‌های جنسی به روش شناختی - رفتاری، به عنوان یک روش غیر دارویی مؤثر در سلامت جنسی و باروری پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: آموزش مهارت‌های جنسی، پیامد درمان، زنان نابارور

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا مکاری؛ دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۷۹۶۴۷؛ پست الکترونیک: zahramokari@yahoo.com

مقدمه

ناباروری به عنوان شکست در بارداری پس از یک سال مقاربت جنسی بدون پیشگیری تعریف شده است. در سال‌های اخیر به دلیل اینکه شیوع آن در ۲۰٪ ازدواج‌ها وجود دارد، به عنوان یک نگرانی اجتماعی درآمده است (۱). در ایران نیز وحیدی و همکاران (۲۰۰۹)، شیوع ناباروری را ۲۴/۹٪ گزارش کردند (۲).

یکی از مقوله‌هایی که با ناباروری در ارتباط است، اختلال عملکرد جنسی است (۳). این اختلال در متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چاپ چهارم (DSM-IV-TR) به معنی اختلالات مداوم یا عود کننده در چهار حیطه تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد حین نزدیکی یا عدم توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی تعریف شده است. البته این تعریف در DSM 5 با کمی تفاوت همراه بوده است؛ چراکه مؤلفه‌های تمایل و تحریک با هم ترکیب شده است و اختلال درد حین نزدیکی از این تعریف جدا و با واژنیسم تحت یک اختلال به DSM 5 اضافه شده‌اند (۴).

اختلال در عملکرد جنسی را می‌توان شریک خاموش ناباروری دانست (۵). حتی ممکن است روند درمان افراد نابارور را نیز تحت تأثیر خود قرار دهد (۶)؛ چراکه اختلال در عملکرد جنسی ممکن است نقش سببی در ناباروری داشته و یا اینکه ممکن است خود پیامد اختلال دیگری از استرس‌های روان شناختی در یکی یا هر دو زوج باشد (۷). نظر به این‌که ناباروری می‌تواند ناشی از مشکلات جنسی باشد، یک رابطه جنسی مطلوب نیز می‌تواند احتمال باروری را افزایش دهد (۸).

اکثر متخصصان نیز اعتقاد دارند بین ناباروری و اختلال عملکرد جنسی رابطه وجود دارد (۹). از آن جا که مهم‌ترین هدف از تمایل جنسی، داشتن فرزند است (۱۰)، افراد نابارور با کاهش فعالیت جنسی نیز روبه‌رو هستند که احتمال باروری را در آن‌ها پایین می‌آورد و همین کاهش فعالیت جنسی هر ساله تعداد افراد بی‌فرزند را در این گروه افزایش می‌دهد (۱۱). پژوهش‌های زیادی نیز وجود اختلال در عملکرد جنسی را در افراد نابارور نشان می‌دهد، برای مثال ماندونکا و همکاران (۲۰۱۴)، روحینا و همکاران (۲۰۱۳)، میلیزر و همکاران

(۲۰۱۰)، سنتر و همکاران (۲۰۱۱)، علیرضایی و همکاران (۲۰۱۴) و طیبی و همکار (۲۰۰۶) اختلال عملکرد جنسی را در افراد نابارور بیش از افراد بارور نشان دادند (۱۷-۱۲). در مطالعه جمالی و همکاران (۲۰۱۴) و بختیاری و همکاران (۲۰۱۵) شیوع اختلال جنسی به ترتیب در ۵۰۲ و ۲۳۶ زن نابارور معادل ۸۷٪ و ۵۵/۵٪ گزارش شد و علت اصلی این اختلال در این مطالعات، عدم آگاهی جنسی و فقدان آموزش در این زمینه اعلام گردید (۱۸، ۱۹).

علی‌رغم مطالب ذکر شده، در شروع درمان‌های پزشکی، کمتر به مسئله غربالگری جنسی در مراحل اولیه درمان پرداخته می‌شود. این در حالی است که بررسی جامع و همزمان زوجین دارای مشکلات جنسی توسط تیم تخصصی و هماهنگ، موجب موفقیت درمان خواهد شد (۲۰). باید به این نکته توجه داشت هنگامی که اقدام به درمان بارداری ناموفق می‌شود، قبل از شروع درمان‌های پزشکی، زوج نابارور باید از لحاظ جنسی مورد سنجش قرار گیرند و اگر لازم باشد زوج به یک درمانگر جنسی ارجاع شوند (۲۱). در همین راستا میلر (۱۹۹۱) نیز معتقد است که درمان شناختی- رفتاری باید همیشه اولین قدم در درمان زوجین نابارور باشد (۲۲)؛ چراکه انواع مختلفی از اختلالات جنسی وجود دارد که می‌تواند باعث ناباروری شود که از جمله آن‌ها می‌توان به مشکلات مقاربتی، کاهش تعداد دفعات نزدیکی به علت کاهش تمایل جنسی (۱۱٪)، مشکلات نعوظ یا انزال زودرس به‌عنوان شایع‌ترین نوع اختلال در مردان نابارور (۶۶٪) و عدم انزال (۸٪) اشاره کرد. همچنین واژینیسموس یا مقاربت دردناک (۵۸٪) و کاهش میل جنسی (۲۸٪) در زنان نابارور وجود دارد. از طرف دیگر، هیجان جنسی ناکافی در زنان باعث کاهش رطوبت و لغزندگی مهبل (واژنی) در زنان می‌شود که در نتیجه آن، کاهش مهاجرت اسپرم در مهبل وجود خواهد داشت (۲۳).

از روش‌هایی که به نظر می‌رسد می‌توان از آن برای تخفیف مشکلات بیماران نابارور و درمان اختلال عملکرد جنسی سود جست، شیوه شناختی- رفتاری است. شیوه شناختی- رفتاری در درمان اختلال عملکرد جنسی،

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون و تصادفی شده همراه با گروه کنترل در سال ۱۳۹۴ بر روی ۲۰ نفر از زنان دارای اختلال عملکرد جنسی نابارور که به مرکز تحقیقات و درمان ناباروری بیمارستان معتضدی کرمانشاه مراجعه کرده بودند، انجام شد. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری آسان یا در دسترس استفاده شد؛ به این صورت که بعد از تصویب پروپوزال در شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، به بیمارستان معتضدی کرمانشاه مراجعه شد. بعد از فراخوان و اخذ رضایت آگاهانه از مراجعه‌کنندگان، نام‌نویسی انجام شد و آنان که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، برگه مشخصات فردی را تکمیل کردند و به پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی پاسخ دادند. پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۳ که با ۱۹ سؤال برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد را مورد بررسی قرار می‌دهد، نمره‌دهی آن بر اساس سیستم نمره‌دهی لیکرت ۰ تا ۵ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط روزن و همکاران (۳۷) و همچنین در مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) مورد تأیید قرار گرفته است. میزان پایایی مقیاس و خرده مقیاس‌ها از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد که برای کل افراد ۰/۷۰ محاسبه شد که نشانگر پایایی خوب این ابزار است. محمدی و همکاران این پرسشنامه را یک ابزار پایا و معتبر جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان و به‌عنوان یک ابزار غربالگری معرفی کردند (۳۸). در نهایت افرادی که بر اساس پرسشنامه و مصاحبه بالینی، دارای اختلال در عملکرد جنسی تشخیص داده شدند و ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، ۳۳ نفر بودند که به دلیل طولانی شدن مدت زمان نمونه‌گیری و اضافه نشدن مورد جدید، نمونه‌گیری متوقف شد. بعد از هماهنگی با تمامی افراد برای ساعت و تاریخ برگزاری جلسات، ۲۰ نفر شرایط شرکت را داشتند که البته تعداد کم نمونه‌ها به عنوان محدودیت مطالعه پذیرفته می‌شود. این افراد به تعداد مساوی و به‌صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند،

رویکردی است که همواره با روش‌های رفتاری به تغییر شناخت‌های ناسازگارانه فرد می‌پردازد و بدین ترتیب تأثیر درمان را افزایش می‌دهد (۲۴). این رویکرد توسط مسترز و جانسون (۱۹۵۹) پایه‌گذاری شد. قبل از کار مسترز و جانسون، این تمایل وجود داشت که مشکلات جنسی در سکوت تحمل شود و به‌ندرت کمک حرفه‌ای در دسترس بود. کار درمانی مسترز و جانسون دارای یک برنامه خاص بود که به رویکرد برنامه‌ریزی شده معروف بود که در آن بر اساس تشخیص مطرح شده، از یک مجموعه روش خاص استفاده می‌شد (۲۵). در مطالعات متعددی اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر اختلالات جنسی نشان داده شده است (۲۶-۳۳). با وجود این پژوهش‌ها، به ندرت پژوهشی که در زمینه درمان اختلالات جنسی در گروه نابارور باشد، به چشم می‌خورد. در این رابطه در مطالعه تاسچن و همکاران (۱۹۹۹) که درمان اختلالات جنسی را در گروه نابارور مورد بررسی قرار دادند، شیوه شناختی- رفتاری را به عنوان روشی مفید برای کمک به بارداری موفق در افراد نابارور معرفی کردند (۳۴).

با توجه به مطالب گفته شده و نیازهای روان‌شناختی افراد نابارور به خصوص زنان نابارور، کمبود تحقیقات دقیق در زمینه روان‌شناسی ناباروری و درمان جنسی و همچنین نیاز به پیدا کردن یک روش کوتاه‌مدت و کم‌هزینه، بیش از پیش بر لزوم انجام پژوهش‌هایی در این زمینه به‌خصوص در کشور ایران صحنه می‌گذارد. از آنجا که پژوهش‌های انجام گرفته در خصوص عملکرد جنسی در زنان نابارور بیشتر از نوع رابطه‌ای بوده و تاکنون در کشور ایران پژوهشی که اثربخشی آموزش جنسی را در زنان نابارور مورد بررسی قرار دهد، انجام نشده است و نیز با توجه به این که بیش از نیمی از مشکلات جنسی به علت ناآگاهی یا آگاهی ناکافی و عقاید نادرست در مورد روابط جنسی ایجاد می‌شود (۳۵)، مطالعه حاضر با این فرضیه که آموزش مهارت‌های جنسی عملکرد جنسی زنان نابارور را بهبود می‌بخشد و این که آموزش مهارت‌های جنسی پیامدهای درمانی زنان نابارور را افزایش می‌دهد، طراحی و اجرا گردید.

البته افراد برای قرار گرفتن در گروه آزمایش و کنترل شانس برابر داشتند؛ چراکه به صورت تصادفی با روش پرتاب سکه به عنوان گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند. متغیر وابسته (عملکرد جنسی و پیامدهای درمان زنان نابارور) در دو گروه (آزمایشی و کنترل) بررسی شد. لازم به ذکر است پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی قبل و بعد از مداخله اجرا شد و پیامد درمان نیز با انجام آزمایش بارداری و بررسی مثبت شدن آن در مدت ۳ ماه سنجیده شد. افراد انتخاب شده بیمارانی بودند که تحت درمان تحریک تخمک‌گذاری (از درمان‌های اولیه ناباروری) قرار داشتند و مداخله‌ای که در کنار درمان دارویی (محرک تخمک‌گذاری)، برای گروه آزمایش اجرا شد، عبارت بود از: آموزش مهارت‌های جنسی بر اساس پروتکل شناختی- رفتاری مسترز و جانسون، در حالی که گروه کنترل تنها درمان‌های دارویی (محرک تخمک‌گذاری) را دریافت نمودند و آموزشی دریافت نکردند. لازم به ذکر است که در پایان جلسات و بعد از بررسی بارداری در دو گروه، برای رعایت اصل اخلاقی، مداخله آموزش مهارت‌های جنسی برای کنترل نیز اجرا گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت کتبی و رضایت جهت شرکت در مطالعه، داشتن سن ۳۶-۲۲

سال، وجود اختلال در عملکرد جنسی، گذشتن حداقل یک‌سال از اقدام به بارداری ناموفق، وجود ناباروری اولیه (فاقد فرزند و فرزند خوانده)، ناباروری با علت نامشخص و در حال دریافت درمان دارویی از نوع تحریک کننده تخمک‌گذاری بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: دارا بودن مشکلات جسمی (قطع نخاع، قطع عضو، فلج، بدشکلی اندام)، مشکلات روانی (بیماری تحت نظر پزشک یا روان‌پزشک)، بیماری طبی (بیماری قلبی - عروقی، ریوی، کم‌کاری یا پرکاری تیروئید، صرع یا دیابت) و تجربه رویدادهای استرس‌زا (فوت یا بیماری حاد بستگان نزدیک، تغییر عمده وضع زندگی در سه ماه گذشته) در افراد شرکت کننده و همسرانشان، اعتیاد به الکل یا مواد مخدر، ناباروری با علت مشخص زنانه و یا علت مردانه و افرادی که تا ۶ ماه آینده قصد انجام درمان‌های پیشرفته‌تر مانند IUI و IVF را داشتند، بود. پروتکل نیز که بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری مسترز و جانسون می‌باشد و توسط آذرتاش (۱۳۹۰) بومی‌سازی شده است، (۳۶) در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱).

جدول ۱- خلاصه پروتکل آموزش مهارت‌های جنسی با روش شناختی - رفتاری

جلسه اول: بررسی باورهای عامیانه جنسی و نگرش‌های فرهنگی و مذهبی
جلسه دوم: آموزش آناتومی و فیزیولوژی رفتار جنسی مرد و زن
جلسه سوم: معرفی علایق، ترجیحات و تفاوت‌های جنسی مرد و زن
جلسه چهارم: آموزش آرمیدگی، آموزش خیال‌پردازی و حساسیت‌زدایی منظم
جلسه پنجم: آموزش تکنیک‌های تمرکز توجه، آموزش تکالیف خودپایی
جلسه ششم: آموزش تمرکز حسی ۱ و بررسی برگه‌های خودپایی و بازسازی آن
جلسه هفتم: آموزش تمرکز حسی ۲ و بررسی برگه‌های خودپایی و بازسازی آن
جلسه هشتم: آموزش تمرینات عضلانی شرمگاهی یا کگل و بررسی برگه‌های خودپایی
جلسه نهم: آموزش تمرینات تسهیل ارضای خویشتن، بررسی برگه‌های خودپایی و آشنایی با فواید رابطه جنسی برای انسان
جلسه دهم: آشنایی با اختلالات عملکرد جنسی و علل آن

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) انجام شد. برای تست نرمالیتی متغیرهای کمی مانند سن از آزمون کولموگراف اسمیرنوف استفاده شد. بر مبنای نتایج این آزمون، برای متغیرهای کمی نرمال (با استفاده از آزمون لون برای مساوی بودن واریانس‌ها) از آزمون تی مستقل و برای

این پروتکل قبل از شروع کار مورد تأیید افراد متخصص در این رشته قرار گرفت و مداخله توسط پژوهشگر دوره دیده در زمینه آموزش مهارت‌های جنسی به مدت دو ماه و نیم به صورت هفتگی در ۱۰ جلسه (۲ ساعته) به صورت گروهی در سالن کنفرانس بیمارستان معتضدی کرمانشاه اجرا شد.

یافته‌ها

توزیع متغیرهای سن و مدت ازدواج با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نرمال نشان داده شد، البته مدت زمان ناباروری، دارای توزیع نرمال نبود که بر این اساس برای مقایسه آن‌ها از آزمون یو من ویتنی استفاده شد (جدول ۲).

متغیرهای کمی غیر نرمال مانند مدت زمان ناباروری از آزمون یو من ویتنی استفاده شد. در هر گروه برای مقایسه پیش آزمون و پس آزمون عملکرد جنسی از آزمون تی زوجی و برای مقایسه متغیر کیفی نتیجه بارداری در دو گروه، به دلیل تعداد کم نمونه، از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

جدول ۲- مقایسه اطلاعات فردی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش	کنترل	ملاک	سطح معنی داری
سن	۴/۲۴±۳۱/۴۰	۴/۳۷±۲۹/۳۰	۱/۰۸۹	۰/۲۹۰
مدت ازدواج	۰/۹۷±۲/۵۰	۰/۶۷±۱/۷۰	۲/۱۳۸	۰/۰۴۶
مدت زمان ناباروری*	۰/۷۰±۱/۵۰	۰/۵۱±۱/۴۰	۰/۳۶۱	۰/۸۶۲

بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، بین دو گروه در متغیر عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود داشت (p=۰/۰۰۱). به عبارت دیگر گروه آزمایش پس از دریافت

مداخله، از عملکرد جنسی بالاتری برخوردار بودند (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه میانگین عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن در پیش آزمون - پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش		کنترل		سطح معنی داری
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
میل	۰/۸۲±۲/۷۰	۱/۲۶±۳/۵۰	۱/۴۱±۳/۵۰	۱/۴۱±۳	۰/۰۹۶
تحریک روانی	۱/۶۱±۵/۲۰	۲/۷۵±۱۳/۵۰	۱/۶۸±۵/۸۰	۲/۰۱±۲/۶۰	۰/۱۷۴
رطوبت	۱/۹۱±۶/۱۰	۱/۷۵±۱۴/۱۰	۱/۶۸±۵/۲۰	۲/۲۱±۴/۳۰	۰/۲۲۵
ارگاسم	۰/۹۶±۳/۴۰	۱/۴۹±۱۰/۷۰	۱/۳۱±۳/۸۰	۱/۶۶±۳/۱۰	۰/۱۹۱
رضایتمندی	۱/۸۸±۴/۷۰	۲/۰۶±۱۲/۴۰	۱/۴۷±۴/۸۰	۲/۱۲±۴/۵۰	۰/۴۶۸
درد جنسی	۲/۳۶±۶/۶۰	۲/۶۳±۱۲/۴۰	۳/۸۲±۹	۳/۱۲±۶/۷۰	۰/۱۶۶
عملکرد جنسی	۶/۶۵±۲۸/۷۰	۹/۸۴±۷۰	۳/۲۱±۷/۲۷	۱۰/۵۳±۲۶/۲۰	۰/۱۶۳

در گروه آزمایش، ۳ مورد (۳۰٪) و در گروه کنترل فقط ۱ مورد (۱۰٪) بارداری اتفاق افتاد. بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، درصد موفقیت (بارداری) بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت (p=۰/۲۹۱) (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه میانگین فراوانی و درصد آزمایش مثبت بارداری در دو گروه آموزش مهارت‌های جنسی و گروه کنترل

آزمایش بارداری	آزمایش		کنترل		سطح معنی داری
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
مثبت	۳	۳۰	۱	۱۰	۰/۲۹۱
منفی	۷	۷۰	۹	۹۰	
کل	۱۰	۱۰۰	۱۰	۱۰۰	

*آزمون دقیق فیشر

کرد که آموزش مهارت‌های جنسی بر بهبود عملکرد جنسی زنان دارای این اختلال مؤثر بوده است. میانگین نمره کلی در عملکرد جنسی با توجه به آنچه که شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) می‌سنجد، پس از مداخله

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر بخشی آموزش مهارت‌های جنسی بر پیامد درمان زنان نابارور انجام شد. از مجموع نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط

افزایش یافت. نتایج این مطالعه در زمینه بهبود عملکرد جنسی با نتایج مطالعه مک کاب (۲۰۰۱)، کاباسی و همکار (۲۰۰۳)، تریکول و همکاران (۲۰۰۷)، نوبره و همکار (۲۰۰۶)، پاک گوهر و همکاران (۲۰۰۸)، اعتمادی و همکاران (۲۰۰۶)، صالح‌زاده و همکاران (۲۰۱۱) و ضیایی و همکاران (۲۰۱۴)، (۲۶-۳۳) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی (مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری) بر عملکرد جنسی، همخوانی داشت.

همچنین در مطالعه حاضر بهبود عملکرد جنسی در زنان نابارور منجر به افزایش شانس باروری و تعداد بارداری‌ها در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد، اما با توجه به تعداد کم نمونه‌ها، این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. تاکنون پژوهشی در ایران در زمینه آموزش مهارت‌های جنسی بر پیامد درمان زنان نابارور انجام نشده است که برای مقایسه نتایج از آن استفاده کرد، اما نتیجه به‌دست آمده از مطالعه حاضر در پیامد درمان زنان نابارور با نتایج مطالعه تاسچن و همکاران (۱۹۹۹) که به بررسی درمان جنسی شناختی-رفتاری ۶ ماهه برای زوج‌های نابارور با علت ناشناخته پرداختند و در پایان دوره میزان تولد زنده در گروه درمان را بالاتر از گروه اپیدمیولوژیک نشان دادند، همخوانی داشت (۳۴). از آن جهت که آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری جزء آموزش‌ها و درمان‌های روان‌شناختی قرار می‌گیرد، با مطالعه دومار و همکار (۲۰۱۱)، دومار (۲۰۰۰) و ترزیوگلا (۲۰۰۱) که به بررسی مداخلات روان‌شناختی در نتیجه بارداری زنان تحت درمان‌های کمک بارداری پرداختند (۳۹-۴۱)، مطالعه رمضان‌زاده و همکاران (۲۰۰۷) که به بررسی تأثیر مداخلات روان‌پزشکی در بروز حاملگی زوجین نابارور پرداختند (۴۲) و نیز با مطالعه والیانی و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی تأثیر تن‌آرامی بر پیامد درمان زنان نابارور پرداختند (۴۳)، همخوانی داشت؛ چراکه در تمامی این پژوهش‌ها میزان بارداری بعد از مداخله افزایش معناداری یافته بود.

در مطالعه حاضر از چندین روش کارآمد استفاده شد که یکی از آنها تکنیک آرام‌سازی عضلانی بود، که در مطالعه رمضان‌زاده و همکاران (۲۰۰۷) و والیانی و همکاران

(۲۰۱۴) به عنوان یک روش کارآمد مورد استفاده قرار گرفته بود. تکنیک آرام‌سازی با وجود سادگی در اجرا، یک روش بسیار مفید می‌باشد؛ چرا که روش آرمیدگی با تأکید بر آرامش عضلانی می‌تواند باعث جهت‌گیری مجدد توجه بر احساسات خوشایند درونی شده و برانگیختگی فیزیولوژیکی ناشی از هیجانات مثبت را ایجاد نماید، در نتیجه فرد بر موقعیت‌ها و محرک‌های تنش‌زا و اضطراب‌انگیز کمتر تمرکز می‌کند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تشخیص و درمان اختلالات جنسی در درمان‌های اولیه ناباروری تا چه اندازه می‌تواند دارای اهمیت باشد؛ چراکه مسائل جنسی همواره در کشور ایران و تمام فرهنگ‌ها یک تابو است. این موضوع در ایران به دلیل عدم آگاهی و آموزش، مشکلات زیادی را برای زوجین به وجود می‌آورد، چه بسا مشکلات در زمینه مسائل جنسی مانند کمبود، ناتوانی و ... به دلیل ترس، اضطراب، شرم یا احساس گناه و بی‌کفایتی مخفی بماند. مخفی ماندن مشکلات جنسی در زوجینی که با مشکل ناباروری روبه‌رو هستند، مشکلات بیشتری را به همراه دارد؛ چراکه وجود اختلال در عملکرد جنسی عوارض ناباروری را تشدید می‌کند. این در حالی است که به عقیده بسیاری از محققان اگر مشکلات جنسی تشخیص داده شوند، روش‌های مؤثری برای درمان آن‌ها وجود دارد (۴۴). در همین راستا سازمان جهانی بهداشت رابطه زناشویی را به عنوان یک منبع حمایت ناباروری در جهت افزایش رفاه اجتماعی و روانی می‌داند و در دستورالعمل خود کارکنان پزشکی را ملزم می‌داند که از تشخیص بالینی و مداخلات پزشکی فراتر رفته و با توجه به تأثیر جنبه‌های روانی بر اختلالات باروری، بر افزایش کیفیت رابطه زناشویی تأکید می‌کند (۴۵). از آن جا که همواره بین سازگاری زناشویی و عملکرد جنسی رابطه وجود دارد (۴۶)، مطالعه حاضر در همین راستا بهبود عملکرد جنسی را برای بررسی افزایش احتمال بارداری مدنظر قرار داد.

شاید بتوان گفت، دلیل معنی‌دار بودن آموزش مهارت‌های جنسی بر اختلال عملکرد جنسی در زنان نابارور این است که نیاز این بیماران به این‌گونه آموزش‌ها برای ترمیم مشکلات در زمینه عملکرد جنسی، آن‌ها را

تیبین آن می‌توان گفت احتمال رسیدن به ارگاسم و انقباضات رحمی و همچنین لغزندگی به‌وجود آمده، با کمک به مهاجرت اسپرم، موجب موفقیت در بارداری شده باشد. از آن جهت که هیجان جنسی ناکافی در زنان باعث عود رطوبت و لغزندگی مهبل (واژنی) در زنان می‌شود؛ در نتیجه کاهش مهاجرت اسپرم در مهبل وجود خواهد داشت (۲۳).

در تبیین اثربخشی معنی‌دار آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری در بهبود عملکرد جنسی و درمان اختلالات جنسی سه احتمال وجود دارد:

- ۱- تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به اختلالات جنسی تنها اعمال فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند به بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد منجر شود، مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی از یک طرف واکنش‌های لذت‌بخش تقویت می‌شوند و از طرف دیگر مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شوند و با کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده در طرفین، ارتباط عاطفی زوج طی این تمرینات افزایش یافته و باعث می‌شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند. ۲- به‌کار بردن روش‌های درمانی در این آموزش به افراد اجازه می‌دهد تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالت اضطراب را کاهش می‌دهد و تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط را موجب می‌شود.
- ۳- از بین بردن احساسات گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت، جایگزین کردن شناخت‌های صحیح به جای شناخت‌های بازدارنده و غلط می‌تواند توجیه‌کننده تأثیر مداخله درمانی باشد.

از آن جا که مطالعه حاضر در زمینه تعیین اثر آموزش مهارت‌های جنسی (مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری) بر پیامد درمان زنان نابارور دارای اختلال در عملکرد جنسی در کشور ایران در مرحله مقدماتی است، به همین دلیل نیاز به پژوهش‌های بیشتری در این زمینه برای تأیید نتیجه وجود دارد تا از این طریق به یک پروتکل و راهکار درمانی مدون و مفید برای این بیماران دست یافت. زنان نابارور قبل از شروع درمان‌های پزشکی نیازمند به یک غربالگری از لحاظ عملکرد جنسی هستند

به خوبی برای بکارگیری روش‌ها آماده کرده بود و این آموزش، امکانی را فراهم آورد که غیر از بارداری به رابطه شان به گونه‌ای دیگر بنگرند و در جهت ارتقای روابط و کسب لذت گام بردارند.

از دیگر دلایل معنادار بودن، که می‌توان از آن به عنوان نقطه قوت پژوهش نیز نام برد، این است که قبل از شروع جلسات با همسران شرکت‌کنندگان، طی جلسه‌ای در مورد وجود اختلال در عملکرد جنسی در این زنان صحبت شد و این که در درمان این اختلال نیاز به همکاری هرچه بیشتر آن‌ها وجود دارد و آن‌ها نیز با توجه به این که این جلسات در یک بیمارستان دانشگاهی برگزار می‌شد، با اطمینان بیشتری اجازه حضور همسرشان را در این جلسات دادند و با ابراز خرسندی از این قضیه، قول همکاری دادند که البته با وجود این شرایط جلسات از نظم و رسمیت بسیار بالایی برخوردار بود که خود این عامل می‌تواند کمک زیادی به اثربخش بودن این آموزش کرده باشد.

در تبیین نتایج برای اثربخشی معنی‌دار بر پیامد درمان (مثبت شدن نتیجه آزمایش بارداری) می‌توان گفت درمان اختلال در عملکرد جنسی و کاهش اضطرابی که با استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری حاصل شده است، به بهبود روانی بیماران کمک کرده و کاهش تنش‌هایی که در پی افزایش سازگاری زناشویی در گروه آزمایش رخ داده، می‌تواند توجیه‌کننده بخشی از موفقیت در بارداری باشد؛ چراکه عوامل مختلفی در موفقیت درمان ناباروری مؤثرند که نداشتن اضطراب، یکی از آن‌هاست (۴۱). در همین راستا اولین قدم در درمان ناباروری همیشه باید درمان‌های شناختی- رفتاری باشد (۲۲) و باید در نظر داشت، درمان اختلالات جنسی باید در اولویت درمان ناباروری قرار گیرد، زیرا مشکلات جنسی می‌تواند به طور غیر مستقیم در نتیجه کاهش صمیمیت و اختلال در روابط غیر جنسی با کاهش دفعات نزدیکی منجر به ناباروری شود و از سوی دیگر روند تشخیص و درمان ناباروری به طور مستقیم می‌تواند بر عملکرد جنسی زنان تأثیر بگذارد (۱۹).

همچنین با توجه به نتایج به‌دست آمده، اثر این آموزش بر ارگاسم و رطوبت (لغزندگی) مهبل معنی‌دار بود. در

پیشنهاد می‌شود. این روش می‌تواند به عنوان راهنما در راستای روش‌های نوین و کارآمد در کنار درمان‌های پزشکی، برای متخصصان زنان، ماماها، پرستاران و روان‌درمانگران به کار برده شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر منتج از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه رازی کرمانشاه و طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه با کد KUMS.REC.1394,8 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه رازی کرمانشاه، معاونت محترم پژوهشی، شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و همچنین از معاونت آموزشی، تمام بیماران و همکاران محترم بیمارستان معتضدی کرمانشاه و تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

که از این طریق افراد دارای اختلال جنسی ابتدا شناسایی و سپس درمان شوند و هنگامی که به سطح مطلوب در عملکرد جنسی رسیده و بعد از گذشت مدتی موفق به بارداری به روش طبیعی نشدند، درمان‌های پزشکی برای آن‌ها شروع شود و افرادی که مشکل ناباروری‌شان به دلیل کمبود دانش و یا اختلال در زمینه جنسی است، از سیر درمان‌های گران‌قیمت و وقت‌گیر خارج شوند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به تعداد کم نمونه اشاره کرد، به همین علت تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد که با توجه به آن برای تأیید نتایج پیشنهاد می‌گردد این پژوهش با حجم نمونه بزرگ‌تر تکرار شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی آموزش جنسی در بهبود عملکرد جنسی زنان نابارور و تأثیر مثبت آن بر باروری، آموزش مهارت‌های جنسی به روش شناختی - رفتاری، به عنوان یک روش غیر دارویی مؤثر در سلامت جنسی و باروری

منابع

- Baldur-Felskov B, Kjaer SK, Albieri V, Steding-Jessen M, Kjaer T, Johansen C, et al. Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Hum Reprod* 2013; 28(3):683-90.
- Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. *Asia Pac J Public Health* 2009; 21(3):287-93.
- Boivin J, Takefman JE. Impact of the in-vitro fertilization process on emotional, physical and relational variables. *Hum Reprod* 1996; 11(4):903-7.
- Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: a practical approach. *Am Fam Physician* 2015; 92(4):281-8.
- Mechanic AM. Psychological aspects of infertility: sexual dysfunction. *Int Congr Ser* 2004; 1266:270-4.
- Satarzadeh N, Bahrami N, Ranjbar KF, Ghoujzadeh M. Comparison of sexual satisfactory and depression between sterile and unsterile couples refer to Alzahra research and education center, Tabriz. *Yafteh* 2007; 9(2):17-24. (Persian).
- Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med* 2008; 5(8):1907-14.
- Sargolzaee MR, Moharreri F, Arshadi HR, Javadi K, Karimi S, Fayyazi-bordbar MR. Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad infertility treatment center. *J Reprod Infertil* 2001; 2(4):46-51. (Persian).
- Lenzi A, Lombardo F, Salacone P, Gandini L, Jannini EA. Stress, sexual dysfunctions, and male infertility. *J Endocrinol Invest* 2003; 26(3 Suppl):72-6.
- Nourani S, Jonaidy E, Shakeri MT, Mokhber N. Sexual satisfaction in fertile and infertile women attending state clinics in Mashhad. *J Reprod Infertil* 2010; 10(4):269-77. (Persian).
- Nene UA, Coyaji K, Apte H. Infertility: a label of choice in the case of sexually dysfunctional couples. *Patient Educ Couns* 2005; 59(3):234-8.
- Mendonça CR, Arruda JT, Amaral WN. Sexual function in women undergoing assist reproduction. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2014; 36(11):484-8.

13. Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. *Midd East Fertil Soc J* 2013; 18(3):187-90.
14. Millheiser LS, Helmer AE, Quintero RB, Westphal LM, Milki AA, Lathi RB. Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *J Fertil Steril* 2010; 94(6):2022-5.
15. Carter J, Applegarth L, Josephs L, Grill E, Baser RE, Rosenwaks Z. A cross-sectional cohort study of infertile women awaiting oocyte donation: the emotional, sexual, and quality-of-life impact. *Fertil Steril* 2011; 95(2):711-6.
16. Alirezaee S, Ozgoli G, Majd HA. Comparison of sexual self-efficacy and sexual function in fertile and infertile women referred to health centers in Mashhad in 2013. *Pajoohandeh J* 2014; 19(3):131-6. (Persian).
17. Tayebi N, Yasini-ardakani M. The prevalence of sexual dysfunction in infertile women. Thirteenth Congress Infertility and Fertility, Medicine Infertility Association, Tehran, Iran; 2006. (Persian).
18. Jamali S, Zarei H, Rasekh Jahromi A. The relationship between body mass index and sexual function in infertile women. *Iran J Reprod Med* 2014; 12(3):189-98.
19. Bakhtiari A, Basirat Z, Nasiri-Amiri F. Sexual dysfunction in women undergoing fertility treatment in Iran: prevalence and associated risk factors. *J Reprod Infertil* 2015; 17(1):26-33.
20. Ghorbani B, Arefi S, Modaberi YM. Successful infertility treatment and spontaneous pregnancy in an unconsummated marriage after 7 years. *J Reprod Infertil* 2006; 7(3):284-9. (Persian).
21. Wischmann TH. Sexual disorders in infertile couples. *J Sex Med* 2010; 7(5):1868-76.
22. Michelson LK, Marchion K. Behavioral cognitive, and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia: critique and synthesis. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(1):100-14.
23. Sigg C. Sexuality and sterility. *Ther Umsch* 1994; 51(2):115-9.
24. Fahimi Z. The effects of sexual skills-based approach (cognitive-behavioral) for increased sexual satisfaction, marital and treatment of depression and anxiety in women. [Master Thesis]. Mashhad, Iran: College of Education and Psychology, Mashhad Ferdowsi University; 2012. (Persian).
25. Spence SH. *Psychosexual therapy: a cognitive-behavioral approach*. London: Chapman and Hall; 1991.
26. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 2001; 27(3):259-71.
27. Kabakci E, Batur S. Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *J Sex Marital Ther* 2003; 29(4):277-88.
28. ter Kuile MM, van Lankveld JJ, de Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognosis factors. *Behav Res Ther* 2007; 45(2):359-73.
29. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J Sex Res* 2006; 43(1):68-75.
30. Pakgozar M, Vizheh M, Babae G, Ramezanzadeh F, Abedinina N. Effect of counseling on sexual satisfaction among infertile women referred to Tehran fertility center. *J Hayat* 2008; 14(1):21-30. (Persian).
31. Etemadi A, Navaabi Nejad SH, Ahmadi A, Farzad V. The effect of cognitive behavioral couple therapy on couple's intimacy of Isfahan. *J Psychol Stud* 2006; 2(1):15-29. (Persian).
32. Salehzadeh M, Kajbaf MB, Moulavi H, Zolfaghari M. Effectiveness of cognitive-behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Psychol Stud* 2011; 7(1):11-31. (Persian).
33. Ziaee P, Mashhadi A. The effectiveness of sexual education focused on cognitive schemas, on the improvement of sexual functioning among female married students. *J Evid Based Care* 2014; 4(11):73-82. (Persian).
34. Tuschen-Caffier B, Florin I, Krause W, Pook M. Cognitive-behavioral therapy for idiopathic infertile couples. *Psychother Psychosom* 1999; 68(1):15-21.
35. Stulhofer A, Gregurovic M, Pikic A, Galic I. Sexual problems of urban women in Croatia: prevalence and correlates in a community sample. *Croat Med J* 2005; 46(1):45-51.
36. Azartash F. Training sexual skills to resolve conflicts. [Master Thesis]. Tehran, Iran: Clinical Psychology, Islamic Azad University of Tehran Research; 2011. (Persian).
37. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(2):191-208.
38. Mohammadi KH, Heydari M, Faghizadeh S. Validity of the Persian version of the female sexual function index-FSFI as female sexual function index. *J Payesh* 2009; 7(3):269-78. (Persian).
39. Domar AD, Prince LB. What the evidence shows: impact of psychological interventions on IVF outcome. *SRM J* 2011; 9:26-32.
40. Domar AD, Clapp D, Slawsby EA, Dusek J, Kessel B, Freizinger M. Impact of group psychological interventions on pregnancy of women. *Fertil Steril* 2000; 73(4):805-11.
41. Terzioğlu F. Investigation into effectiveness of counseling on assisted reproductive techniques in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001; 22(3):133-41.
42. Ramezanzadeh F, Noorbala AA, Afzali M, Abedinina N, Rahimi A, Shariet M, et al. Effectiveness of psychiatric and counseling interventions on fertility rate in infertile couples. *Tehran Univ Med J* 2007; 65(8):57-63. (Persian).

43. Valiani M, Abedian S, Pahlavanzade S. The effects of relaxation on outcome treatment in infertile women. *Complementary Med J Facul Nurs Midwifery* 2014; 4(2):845-53. (Persian).
44. Amini M. Effectiveness of sex education on sexual self-concept. [Master Thesis]. Kermanshah, Iran: College of Social Sciences, Razi University; 2014. (Persian).
45. Tao P, Coates R, Maycock B. Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *J Reprod Infertil* 2012; 13(2):71-80.
46. Aliakbari DM. Relationship between women sexual function and marital adjustment. *J Behav Sci* 2010; 4(3):199-206. (Persian).