

# The Effectiveness of Couple Therapy based on the Schema Model on Sexual Performance and Failure Tolerance in Female Patients with Infertility

## ARTICLE INFO

*Article Type*  
Research Article

**Authors**  
Zahra Ahangari<sup>1\*</sup>

### How to cite this article

Zahra Ahangari, The Effectiveness of Couple Therapy based on the Schema Model on Sexual Performance and Failure Tolerance in Female Patients with Infertility, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2021:5(3); 407-417

1. BA, Department of Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran (Corresponding Author).

### \* Correspondence:

Address:  
Phone:  
Email:  
paniz.ahangarii1366@gmail.com

### Article History

Received: 2021/06/24  
Accepted: 2021/09/23

## ABSTRACT

**Purpose:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of couples therapy based on the schema model on sexual performance and tolerance of failure in female patients with infertility.

**Materials and methods:** This study was a clinical trial type. 24 women with infertility who had sexual dysfunction and low tolerance for failure and referred to the infertility department of Imam Khomeini Hospital (RA) in Sari province from June to September 1401 were selected by purposive sampling method. Then they were randomly assigned to the experimental group (couple therapy based on schema model) (n=12) and the control group (n=12). Data collection tools: Snell and Fisher-Walters (1993) Standardized Questionnaire on Sexual Issues (MSQ) and Failure Tolerance Questionnaire were collected at the three stages of the baseline and after the intervention. Data analysis was done using multivariate repeated measure analysis of variance.

**Findings:** The findings showed that in the group under couple therapy based on the schema model, the average score of sexual performance in the variables of sexual anxiety and depression, as well as sexual satisfaction and failure tolerance in the experimental group compared to the control group, significantly decreased and increased. ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The results of this research showed that couple therapy based on the schema model can be effective in improving sexual performance (sexual anxiety and depression as well as sexual satisfaction) and tolerance of failure in women with infertility.

**Keywords:** Sexual Performance, Failure Tolerance, Couple Therapy Based on the Schema Model, Infertility.

## اثربخشی زوج درمانی براساس مدل طرحواره بر

## عملکرد جنسی و تحمل ناکامی در بیماران زن مبتلا

## به ناباروری

زهرا آهانگری\*

کارشناسی، گروه روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

## چکیده

**هدف:** مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی زوج درمانی براساس مدل طرحواره بر عملکرد جنسی و تحمل ناکامی در بیماران زن مبتلا به ناباروری بود.

**مواد و روش ها:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی بود. ۲۴ نفر از زنان مبتلا به ناباروری که دارای اختلال در عملکرد جنسی و تحمل ناکامی پایین بودند و از خرداد تا شهریور ماه سال ۱۴۰۱ مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان امام خمینی (ره) واقع در استان ساری با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در گروه آزمایش (تحت زوج درمانی براساس مدل طرحواره) (n=12) و گروه کنترل (n=12) گمارده شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی (MSQ) اسنل و فیشر و والترز (۱۹۹۳) و پرسشنامه تحمل ناکامی در سه مرحله خط پایه، پس از مداخله جمع آوری شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری انجام شد.

**یافته ها:** یافته ها نشان داد که در گروه تحت زوج درمانی براساس مدل طرحواره، میانگین نمره عملکرد جنسی در متغیرهای اضطراب و افسردگی جنسی همچنین رضایت جنسی و تحمل ناکامی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طرز معناداری کاهش و افزایش پیدا کرده است ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که زوج درمانی براساس مدل طرحواره می تواند در بهبود عملکرد جنسی (اضطراب و افسردگی جنسی همچنین رضایت جنسی) و تحمل ناکامی در زنان مبتلا به ناباروری موثر باشد.

**کلید واژه ها:** عملکرد جنسی، تحمل ناکامی، زوج درمانی براساس مدل طرحواره، ناباروری.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۰۱

\* نویسنده مسئول: paniz.ahangarii1366@gmail.com

## مقدمه

مسئله جمعیت در برنامه ریزی آینده کشورها به عنوان امری بنیادین تلقی می شود و بر اساس روند فعلی باروری، رشد جمعیت در سال های ۱۴۱۵-۱۴۲۰ به حدود صفر خواهد رسید (با توجه به اینکه شیوع ناباروری ۱۵-۱۰٪) می باشد، این موضوع عامل نگرانی تمام جوامع پیشرفته و در حال توسعه تلقی می شود. ناباروری به صورت عدم باروری پس از یک سال رابطه جنسی بدون استفاده از روش های پیشگیری تعریف می شود [۱]. همچنین با توجه به اهمیت ناباروری و افزایش جمعیت و حفظ کانون خانواده، درمان های آن نیز در اولویت جوامع قرار گرفته است. طی چند دهه گذشته، روش های درمان موقتی برای تقریباً تمامی علل ناباروری به وجود آمده و باعث امیدواری زوج های مبتلا به این مشکل شده است [۲]. ناباروری به عنوان یک بحران روانی، استرس زیادی بر رزق های نابارور وارد نموده و به طرق گوناگون سلامت روانی آن ها را تهدید می نماید. این پدیده خصوصاً در کشورهایی که نرخ باروری بالا است و باروری به لحاظ فرهنگی و اجتماعی در نزد زوج ها و خانواده های آنان دارای ویژگی های خاصی است، اهمیت بیشتری پیدا می کند [۳]. همچنین تحمل ناکامی توانایی مقاومت در برابر موانع و موقعیت های استرس زا است. تحمل کم ناکامی به طور معمول به عنوان عملکرد و مشکلات خودتنظیمی اجرائی مختل مفهوم سازی شده است. نشانه ها ممکن است شامل اضطراب، تنش، توجه کم و ترک وضعیت باشد [۴]. امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان شناختی در روند بهبود بیماری های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است و در چند دهه اخیر پیشرفت های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی- اجتماعی برای زنان مبتلا به ناباروری صورت گرفته است. با توجه به آنچه بیان شد، هدف بنیادین بسیاری از مداخله های روان شناختی در مورد زنان مبتلا به ناباروری، افزایش توانایی آنان برای روبه رو شدن با اضطراب، درد و تحمل شیوه های تشخیصی و درمانی پزشکی است [۵]. این توانایی به بیمار مجال می دهد تا سهمی ایفا نماید و تا اندازه ای کنترل آنچه برای او اتفاق می افتد در دست بگیرد. بنابراین طراحی و اجرای مداخلات درمانی جهت کاهش اختلالات هیجانی و افزایش ناگویی هیجانی و دلزدگی زناشویی این بیماران امری لازم است. در بین درمان های روان شناختی، الگوهای متنوعی در مورد زنان مبتلا به ناباروری طراحی و مورد بررسی قرار گرفته است [۶]. هدف بنیادین بسیاری از مداخله های روان شناختی در مورد زنان مبتلا به ناباروری، افزایش توانایی آنان برای روبه رو شدن با اضطراب، درد و تحمل شیوه های تشخیصی و درمانی پزشکی و افزایش انعطاف پذیری است. این توانایی به بیمار مجال می دهد تا سهمی در درمان خود ایفا نماید و تا اندازه ای کنترل آنچه برای او اتفاق می افتد را در دست بگیرد [۷]. نتایج متناقضی در زمینه تأثیر ناباروری بر رابطه زوجین به چشم می خورد [۸]. تا دهه ۱۹۹۰، اختلال عملکرد جنسی تنها از بعد روان شناختی مورد بررسی قرار می گرفت [۹]، اما امروزه آن را به عنوان

## 1. self-regulation

ناسازگار که به گفته بانگ در نتیجه عدم ارضا یا ارضای بیش از حد نیازهای اساسی فرد در دوران کودکی هستند. دل‌بستگی، خودگردانی، آزادی، خودانگیختگی، محدودیت‌های واقع‌بینانه، پنج نیاز اساسی هستند که تمام افراد این نیازها را به میزان متفاوت دارند. افراد مبتلا به مشکلات منش شناختی به شکل ناسازگارانه ای سعی در ارضای نیازهای خود دارند [۱۹]. با توجه به افزایش روزافزون مراکز ناباروری در ایران و نقش مهم کادر بهداشتی و درمانی در امر بهداشت روانی زوج‌های نابارور در کنار اقدامات درمانی، لزوم تحقیق در زمینه‌های مختلف ناباروری را روشن می‌سازد تا بتوان با اصلاح ارزیابی شناختی پدیده ناباروری 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 [۲۰]. 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 [۲۱]. با توجه به مطالب عنوان شده این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره در بهبود عملکرد جنسی و تحمل ناکامی در زنان مبتلا به ناباروری انجام پذیرفت.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی یک سر 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 خمینی (ره) واقع در استان ساری در طی ماه‌های خرداد تا شهریور ماه سال ۱۴۰۱ تشکیل مراجعه کرده بودند و پس از بررسی‌های اولیه و انجام آزمایشات، تشخیص ناباروری دریافت کردند، تشکیل دادند. نمونه لازم برای این بررسی ۱۲ نفر برای هر گروه محاسبه شد. ۲۴ 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، ابتلا به ناباروری بر اساس 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.

یک اختلال چندوجهی در نظر می‌گیرند. به نظر می‌رسد که زنان نابارور با درجاتی از کمبود خودباروری، ترس و شرم از اشتباهات گذشته، عدم آگاهی از فیزیولوژی چرخه قاعدگی و باروری و تأثیر مداخلات پزشکی در درمان روبه‌رو هستند [۱۰]. که آنها را با درجات بیشتری از اختلال در روابط زوجی و عملکرد جنسی مواجه می‌سازد. در مطالعه صورت گرفته در مرکز ناباروری یزد، شایع‌ترین اختلالات عملکرد جنسی به ترتیب در فاز ارگاسم، میل جنسی و مقاربت دردناک و فراوانی واژینیسموس در بیش از ۵۰ درصد زنان نابارور گزارش شد [۱۱]. گاهی لزوم اجرای برنامه زمان‌بندی برای نزدیکی و مداخلات پزشکی، عملکرد جنسی زنان را به شدت مختل و روابط زوجین را به امری مکانیکی تبدیل می‌کند. نامطلوب شدن روابط زوجی از یک سو [۱۲]. و تلاش ناکام برای فرزندآوری و فشارهای روانی اطرافیان از سوی دیگر، ممکن است عملکرد جنسی زوجین را دستخوش تغییراتی نماید. مشکلات جنسی زنان نابارور شامل کاهش تمایل، واژینیسموس، درد و عدم ارگاسم می‌باشد. برای جلوگیری از هدر رفتن زمان و منابع، باید به بیماران فرصت داده شود در مورد روابط جنسی خود بحث کنند، تا روشن شود این مشکلات در پرتو مشکلات ناباروری رخ داده است یا نه [۱۳]. زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره، رویکردی نوین و یکپارچه است که برنامه منظمی را برای ارزیابی و شناسایی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای زوجین در زندگی زناشویی فراهم آورده و در جهت تعدیل آن‌ها گام بر می‌دارد [۱۴]. زوج درمانی مدل طرحواره درمانی نوعی روان‌درمانی است که حاصل ترکیب رفتار درمانی شناختی و عناصری از دیگر انواع درمان از جمله روانکاوی، نظریه روابط‌شی، نظریه گشتالت است. این درمان نه تنها متوجه مشکلات فعلی است که بیمار تجربه می‌کند، بلکه گذشته وی و منشا این مشکلات را نیز مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۱۵]. طرحواره درمانی برای زوج‌ها یکی از روش‌های کاربردی در زمینه طرحواره درمانی است که با بهره‌بردن از تکنیک‌های اثربخش این درمان در زوج‌درمانی و رابطه‌درمانی استفاده می‌کند [۱۶]. بر اساس نظریه بانگ (۱۹۹۹)، طرحواره‌هایی که در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل گرفته‌اند و می‌تواند هسته اصلی مشکلات منش شناختی و اختلالات شخصیت یا اختلالات محور یک باشند که از آن‌ها تحت عنوان "طرحواره‌های ناسازگار اولیه" یاد می‌کند. در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی ناسازگاری هستند که در ابتدای رشد و تحول فرد به وجود آمده‌اند و در طول زمان تداوم می‌یابند [۱۷]. این طرحواره‌ها به این دلیل ناسازگار تلقی می‌شوند که موجب اختلال عملکرد فرد می‌گردند و به دلیل اینکه ریشه آن‌ها از اولین سال‌های کودکی است، اولیه لقب می‌گیرند. از آن جایی که این طرحواره‌ها در سال‌های اولیه رشد شروع به گسترش کردند، برای فرد آشنا هستند و فرد آن‌ها را به عنوان معتبرترین روش برخورد با محیط در نظر می‌گیرد [۱۸]. رفتارهای فرد نیز در پاسخ و در نتیجه این طرحواره‌ها شکل می‌گیرند. در واقع رفتارهای ناسازگار بخشی از طرحواره نیستند، بلکه به عنوان پاسخ به طرحواره انجام می‌شوند و مقابله‌ای نام دارند. طرحواره‌های

جدول ۱. شرح خلاصه جلسات زوج‌درمانی براساس مدل طرحواره [۲۱].

جلسه	محتوا	هدف
اول	در این جلسه ابتدا اعضای گروه با یکدیگر و مشاور آشنا خواهند شد و نسبت به شرایط حضور توافق بعمل خواهد آمد، بیان قوانین و مقررات دوره درمانی، آشنایی با طرحواره درمانی و فرایند آن، همچنین در این جلسه پیرامون مفهوم خیانت بحث شده است.	آشنایی، برقراری ارتباط و همدلی
دوم	آشنایی با نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و همچنین نحوه شکل‌گیری آن‌ها، صورت‌مندی مشکلات در قالب طرحواره درمانی، آشنایی با شش دسته نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و نحوه شکل‌گیری آنها	آشنایی با نیازهای مرکزی و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها
سوم	آموزش شناخت پنج حوزه طرحواره‌ای و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه مرتبط با مشکلات بین فردی انسان به ویژه نارضایتی زناشویی، نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مشکلات زناشویی	آشنایی با حیطه‌ها و طرحواره‌ها
چهارم	ادامه آموزش سایر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، معرفی ذهنیت‌های کودک و والد و ویژگی‌های طرحواره‌ها همراه با ذکر مثال از زندگی واقعی، بررسی نقش طرحواره‌ها در روابط زناشویی و برجسته‌سازی آنها در زندگی زناشویی آموزش مقابله با طرحواره‌های ناکارآمد	آشنایی با ویژگی‌های انواع طرحواره‌ها
پنجم	توصیف و توضیح طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی و طرحواره‌های غالب شرطی و غیرشرطی در زوجین. آموزش مقابله با طرحواره‌های ناکارآمد و کاهش تاثیرات منفی آنها از طریق بررسی اعتبار طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای و تمایز بین پاسخ به طرحواره‌ها	آشنایی با طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی آموزش تعدیل و کاهش تاثیر طرحواره‌های ناکارآمد
ششم	آشنا کردن زوجین با کارکرد طرحواره‌ها و شیوه عملکرد آن‌ها و نحوه حفظ و تداوم طرحواره‌های ناکارآمد، معرفی سبک‌های مقابله ناکارآمد زوجین در پاسخ به طرحواره‌ها.	آشنایی با نحوه تداوم طرحواره‌ها، آموزش تعدیل و کاهش طرحواره‌های ناکارآمد
هفتم	آموزش پاسخ مقابله‌ای ناکارآمد و ذهنیت‌های مقابله‌ای در زندگی زناشویی، آموزش نقش طرحواره‌ها در رابطه متقابل با همسر و پیامدهای ناشی از برخورد طرحواره‌های زوجین با یکدیگر.	آشنایی با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، آشنایی با نقش طرحواره‌ها در زندگی
هشتم	حرکت به سوی اصلاح و تعدیل طرح‌واره‌ها، ایفای نقش در موقعیت‌های زندگی واقعی، ترغیب به کاربرد دستاوردهای برنامه اصلاح طرحواره‌های ناسازگار از طریق تمرین در زندگی واقعی (اجرای طرحواره درمانی براساس مدل دکتر امیرعسکری نرم شده در ایران عضو هیئت مدیره انجمن روانشناسی بالینی ایران و نماینده ISST در ایران).	تعدیل طرح‌واره‌ها جمع‌بندی از کل جلسات

ابزار سنجش 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.

پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی (MSQ) اسنل و فیشر و والترز (۱۹۹۳)

پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی (MSQ) توسط اسنل و فیشر و والترز در سال (۱۹۹۳) ساخته شده است [۲۱]. 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

پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است [۲۲]. 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.

پرسشنامه تحمل ناکامی (هارینگتون، ۲۰۱۵)

این مقیاس توسط هارینگتون (۲۰۱۵) تهیه شده است. هدف این مقیاس میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف است. از آنجایی که مقیاسی جهت سنجش تحمل ناکامی در ایران وجود نداشت. این مقیاس برای اولین بار در ایران ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی شد [۲۳]. این مقیاس ۴ عاملی به صورت طیف لیکرت امتیازی (۵= کاملاً موافقم، ۴= موافقم، ۳= نظری ندارم، ۲= مخالفم، ۱= کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان‌دهنده تحمل

دموگرافیک، پرسشنامه استاندارد مسائل جنسی را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند گروه آزمایشی تحت مداخله ذکر شده قرار گرفتند. مداخله برای گروه آزمایش (در قالب دو 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 گروه های 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. ساختار جلسات زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره بر اساس کتاب مداخله گروهی زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره [۲۶]، با ساختار هشت جلسه ای (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 زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره انجام شد، قابل ذکر است هر دو نفر، دارای گواهی انجام زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره می باشند محتوای جلسات زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره واضح و با توجه به سواد و زمینه های فردی و هوشی شرکت کنندگان طوری عنوان گردید که بیمار متوجه گشت. در شروع زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره مصاحبه گر خود را معرفی کرده و تلاش نمود جو دوستانه ای ایجاد شود، مصاحبه گر همواره به خاطر داشت از دخالت دادن پیش داوریها، دیدگاهها و آگاهی های قبلی خود بر رفتارش جلوگیری کند. همچنین تا حد ممکن، از خارج شدن پاسخ دهنده از حیطه سؤال و به حاشیه رفتن او جلوگیری می کرد. این درمان طی ۸ جلسه ۲-۱/۵ ساعته تنظیم شده است. جلسات ۸ گانه مداخله ای این پژوهش بر اساس درمان زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره [۲۸]. پیگیری شده که در قسمت پیوست پایان نامه محتوای کامل جلسات گذاشته شده است.

ناکامی کم آزمودنی است. عامل اول: به عنوان عدم تحمل عاطفی، مانند عدم تحمل استرس، عامل دوم: به عنوان عدم تحمل ناراحتی، مانند عدم تحمل مشکلات و گرفتاریها، عامل سوم: به عنوان پیشرفت، مانند عدم تحمل اهداف پیشرفت، عامل چهارم: به عنوان شایستگی، مانند عدم تحمل بی عدالتی و خشنودی ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۴، برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی ۰/۵۰، مؤلفه عدم تحمل هیجانی ۰/۶۱، مؤلفه پیشرفت ۰/۵۲، مؤلفه استحقاق ۰/۷۱ می باشد. رویای همسانی درونی کل برای مؤلفه عدم تحمل عاطفی ۰/۷۲، عدم تحمل هیجانی ۰/۷۸، مؤلفه پیشرفت ۰/۷۴ و مؤلفه استحقاق می باشد [۲۴]. نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی این ابزار برای کل شرکت کنندگان ۰/۸۴ و مؤلفه استحقاق ۰/۷۱، مؤلفه پیشرفت ۰/۵۲، مؤلفه عدم تحمل ناراحتی ۰/۶۱ است [۲۵].

#### مواد و روش ها

در این تحقیق، پژوهشگران جهت کار در محیط پژوهش بیمارستان امام خمینی (ره) واقع در استان ساری 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 نابابوری در بیمارستان امام خمینی (ره) واقع در استان ساری تحت نظر متخصص نابابوری کار نمونه گیری آغاز گردید. از بیماران نابابوری، مصاحبه بالینی و ویزیت اولیه انجام گرفت و ۲۴ نفر از افرادی را که معیارهای ورودی زیر را داشته باشند، با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه کرده است. نمونه های 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 (زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره دریافت کردند) و گروه کنترل (گروهی که تنها درمانهای دارویی و آموزش جاری دپارتمان نابابوری را دریافت می کنند) انتخاب شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه های مشخصات

#### جدول ۱: ساختار زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره [۲۷].

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 نابابوری، تعاریف، علل نابابوری، آشنایی با عوارض ناشی از نابابوری بر عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به نابابوری، تمرین شناسایی و نام گذاری احساسات، اهمیت عملکرد جنسی، رعایت رژیم غذایی، فعالیت ورزشی منظم، مراقبت از پاها، معرفی رویکرد انگیزشی، تکالیف جلسه آینده	جلسه اول
ارزیابی سود و زیان های کوتاه مدت و بلند مدت عدم مراعات رفتار های خود مراقبتی و تاثیر آنها بر عملکرد جنسی و تمرین موازنه تصمیم گیری، توصیف یک روز از زندگی روزمره خود، آشنایی بیماران با آناتومی دستگاه جنسی، مصرف منظم دارو، تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی	جلسه دوم

#### 4. Random Allocation or Randomization

جلسه سوم	تمرین بارش ذهنی سود و زیان های کوتاه و بلندمدت توصیف و تمرین گزینه های اصلاحی و جایگزین در خانه، تمرین شناسایی ارزش ها 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 زوج درمانی براساس مدل طرحواره برای گروه مداخله: بررسی راهکارهای تقویت عملکرد جنسی، تکالیف جلسه آینده
جلسه چهارم	تعریف ارزش های انجام تمرین شناسایی و اولویت بندی ارزش های درجه یک، تمرین تعریف ارزش ها 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 فیلم های 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 مهارت های 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 تکنیک های درمان زوج درمانی براساس مدل طرحواره برسند به عبارت دیگر در این مرحله از خود شرکت کننده برای آموزش گرفته می شد که باعث ایجاد انگیزه و باعث افزایش توانایی شود. پرسش و پاسخ و ارزیابی بیماران در زمینه ی 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 می دهند، 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 برنامه ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد، بحث در مورد دلا بل مثبت و موانع احتمالی تمرین ها پس از پایان دوره و تکمیل پرسشنامه توسط شرکت کنندگان، اتمام جلسات

**یافته ها**

جهت بررسی اثربخشی زوج درمانی براساس مدل طرحواره بر ابعاد عملکرد جنسی از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی 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 (۱۲ گروه کنترل و ۱۲ گروه آزمایش) انجام گرفت. در دامنه سنی ۳۰-۴۵ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل  $45/03 \pm 4/59$  و برای گروه آزمایش زوج درمانی براساس مدل طرحواره  $41/84 \pm 3/48$  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 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 زوج درمانی براساس مدل طرحواره	۲۴	۴۴/۵۰	۴/۵۲	۰/۴۸۰	۰/۶۲۰
کنترل	۲۴	۴۵/۰۳	۴/۵۹		
سن تشخیص زوج درمانی براساس مدل طرحواره	۲۴	۴۱/۸۴	۳/۴۸	۰/۱۲۹	۰/۸۷۹
کنترل	۲۴	۴۲/۳۴	۳/۵۰		

بر اساس مدل طرحواره  $۳/۴۸ \pm ۴۱/۸۴$  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.

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی ها در گروه کنترل  $۴/۵۹ \pm ۴۵/۰۳$ ، برای گروه آزمایش زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره  $۴۴/۵۰ \pm ۴/۵۲$  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  $۴۱/۸۴ \pm ۳/۵۰$ ، برای گروه آزمایش زوج درمانی

جدول ۳. میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون ابعاد عملکرد جنسی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	اضطراب جنسی		مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
آزمایش	زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	$F=۳/۳۶۷$ $Sig=.۰/۰۵۰$
میانگین	۱۶/۸۸	۱۰/۸۴	
انحراف معیار	۱/۲۴	۱/۲۸	
شاهد	کنترل		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
میانگین	۱۷/۴۶	۱۶/۹۲	
انحراف معیار	۱/۳۰	۱/۳۵	
متغیر وابسته	افسردگی جنسی		مقایسه پیش آزمون در دو گروه
آزمایش	زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	$F=۰/۲۰۸$ $sig=.۰/۸۱۳$
میانگین	۱۸/۰۷	۱۱/۱۵	
انحراف معیار	۱/۰۵	۰/۷۳	
شاهد	کنترل		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
میانگین	۱۸/۱۹	۱۶/۵۳	
انحراف معیار	۱/۲۳	۱/۸۵	
متغیر وابسته	رضایت جنسی		مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
آزمایش	زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	$F=۰/۲۲۷$ $sig=.۰/۷۹۸$
میانگین	۴/۷۳	۱۱/۷۶	
انحراف معیار	۱/۵۸	۲/۵۱	
میانگین	۴/۵۷	۶/۷۶	۵/۶۹
انحراف معیار	۱/۲۷	۱/۲۷	۱/۱۵

در این مرحله می باشد، مقایسه میانگین ها در پس آزمون حاکی از وجود تفاوت معنی دار بود که اثر بخشی مداخلات از جمله زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره در مقایسه با گروه کنترل است.

نتایج جدول ۳ 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

جدول ۴- میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری تحمل ناکامی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	تحمل ناکامی		مقایسه پیش آزمون ها در دو گروه
آزمایش	زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره		
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	$F=۳۵۱/۷۵۸$ $sig=.۰/۰۰۱$
میانگین	۳۳/۳۸	۷۸/۳۴	۷۴/۲۳

انحراف معیار	۲/۱۷	۳/۵۲	۳/۲۴
آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۳۴/۹۶	۳۲/۳۰	۳۲/۴۶
انحراف معیار	۵/۹۹	۱۰/۰۲	۷/۹۷

نتایج جدول ۴ نشان داد که میانگین متغیر تحمل ناکامی در مرحله پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن دو گروه در پیش آزمون است، اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس آزمون معنی دار بود که حاکی از اثربخشی مداخله در گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل است. همچنین وجود تفاوت معنی دار در دو گروه در مرحله پیگیری نیز حاکی از پایداری اثربخشی در گروه های آزمایش می باشد.

جهت بررسی اثربخشی زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره 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 ( $P < .001$ )،  $X^2 = 479/441$ ) 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 ( $P < .001$ )،  $F = 1/413$ ،  $df = 7627/42$ ،  $F_{2,31} = 603/75$ ) 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 زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره در عامل گروه ( $P < .001$ )،  $F = 153/827$ ،  $\eta^2 = 0/961$ ،  $Pillai's = 0/961$ ) و در عامل زمان ( $P < .001$ )،  $F = 178/202$ ،  $\eta^2 = 0/985$ ) و اثر تعاملی زمان و گروه ( $P < .001$ )،  $F = 108/043$ ،  $\eta^2 = 0/976$ ،  $Pillai's = 0/976$ ) معنی دار می باشد. این نتایج نشان می دهد که مداخله زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می باشد. نتایج آزمون های چند متغیری به صورت کامل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون جهت مقایسه اثر بین گروهی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	$\eta^2$
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
تحمل ناکامی	۱۰۷۴۰/۵۲۱	۱	۱۰۷۴۰/۵۲۱	۵۶۱/۰۸۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹

همچنین نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت مقایسه بین مراحل آزمون ها در دو گروه نشان داد که اثر عامل زمان برای متغیرهای اضطراب جنسی ( $P < .001$ )،  $\eta^2 = 0/788$ ،  $F = 186/21$ ، افسردگی ( $P < .001$ )،  $\eta^2 = 0/788$ ،  $F = 186/21$ ، رضایت جنسی ( $P < .001$ )،  $\eta^2 = 0/788$ ،  $F = 186/21$ ، تحمل ناکامی ( $P < .001$ )،  $\eta^2 = 0/788$ ،  $F = 186/21$ ، معنی دار است. نتایج این تحلیل به صورت کامل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون اثر درون گروهی جهت بررسی اثربخشی زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره بر ابعاد مورد بررسی

متغیر	آزمون	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	Sig	$\eta^2$
اضطراب جنسی	Greenhouse-Geisser	۳۰۴/۳۲۱	۱/۹۱۹	۱۵۸/۶۱۹	۱۷۷/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸۰
افسردگی جنسی	Greenhouse-Geisser	۴۹۴/۳۲۱	۱/۷۴۳	۲۸۲/۶۸۵	۲۳۸/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
رضایت جنسی	Greenhouse-Geisser	۵۶۳/۸۹۷	۱/۹۶۸	۲۸۶/۵۹۷	۲۷۹/۷۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸
تحمل ناکامی	Greenhouse-Geisser	۱۴۱۹۶/۲۶۹	۱/۲۰۶	۱۱۷۶۸/۸۴۹	۲۵۱/۶۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴

Journal of Islamic Life Style

Volume 5, Issue 3, Autumn 2021

## نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره بر عملکرد 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.

فرضیه پژوهش حاضر عبارت بود که زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره بر بهبود عملکرد جنسی و تحمل ناکامی در بیماران زن مبتلا به ناباروری بود مؤثر است. نتایج پژوهش نشان داد که زوج درمانی بر اساس مدل طرحواره بر ارتقاء رضایت جنسی و کاهش افسردگی، اضطراب جنسی همچنین تحمل ناکامی مؤثر است [۲۸]، در تبیین یافته پژوهش حاضر می توان گفت رویکرد طرح واره درمانی، تحولی بنیادین در شناخت درمانی است. در طول جلسات درمان درمانگر بر طرح واره ها، الگو و طرح کلی برجسته از تجربه شناختی- هیجانی آزمودنی ها کار کرده است. تاثیر زوج درمانی طرحواره مدار بر افسردگی را می توان این گونه تبیین کرد که تاثیری که طرحواره های ناکارآمد بر شناخت های ما می گذارد منجر به این می شود که فرد از رویدادها پردازش درستی نداشته، در نتیجه این عدم پردازش صحیح منجر به اختلالات روان شناختی مختلف از جمله افسردگی می گردد [۲۰].

بدین صورت که طرحواره ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می شوند و این سوگیری ها به صورت سوء تفاهم، نگرش های تحریف شده، فرض های نادرست و هدف ها و انتظارات غیر واقع بینانه ظاهر می شوند. همچنین تمایل بشر به هماهنگی شناختی باعث می شود که موقعیت ها را به گونه ای سوء تعبیر کند که طرحواره ها تقویت شوند، به طرزى که بر داده های ناهمخوان یا طرحواره ها تاکید می کند و داده هایی را که با طرحواره منافات دارند، نادیده می گیرد و یا کم ارزش می شمارد [۲۹]. می توان نتیجه گیری کرد که زوج درمانی طرحواره مدار، در زمینه کار با زوجین و ارتقای سلامت روان آن ها و کاهش افسردگی مداخله ای اثربخش بوده در تبیین یافته پژوهش حاضر می توان گفت طرح واره ها، ساختارهای شناختی و عاطفی عمیق و زیربنایی هستند که نقش مهمی در تداوم و تشدید مشکلات روان شناختی مزمن ایفا می کنند و در طول جلسات آزمودنیها به کمک درمانگر با آنها آشنا و تغییر پیدا کردند. چرا که گزارش های بالینی نشان می دهد که تغییر دادن یا تعدیل طرح واره های ناسازگار در فرایند روان درمانی می تواند به بهبود وضعیت بیماران کمک کند [۳۰]. طرحواره درمانی که یانگ (۲۰۰۳) معرفی کرده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرح واره درمانی، اصول و مبانی مکتب های شناختی- رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط موضوعی، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است. در طول جلسات طرح

واره درمانی مشخص شد زنان بیماران زن مبتلا به ناباروری همسر برای مقابله با اضطراب ناشی وضعیت موجود از سه سبک جبران افراطی، اجتناب و تسلیم استفاده می کنند. بر اساس طرح واره درمانی، نوع سبکهای مقابله ای افراد به خلق و خوا و الگوهای یادگیری آنها در زندگی بستگی دارد [۳۱]. از نقاط قوت این مطالعه می توان به تعداد قابل توجهی از بیماران اشاره کرد که به صورت ادواری مراجعه کردند، بنابراین می توانستند 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 می کند. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه های شبه درمان ( برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. پیشنهاد می شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از تمامی کارکنان بیمارستان امام خمینی (ره) واقع در استان ساری و بیماران جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

## References

- 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.
- Jabeen F, Khadija S, Daud S. Prevalence of Primary and Secondary Infertility. *Saudi J Med*. 2022; 7(1):22-8.
- Kolanska K, Uddin J, Dabi Y, d'Argent EM, Dupont C, Selleret L, Touboul C, Antoine JM, Chabbert-Buffet N, Daraï 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.
- 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.
- 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.
- Ahmed MA, Mohammed AA, Ilesanmi AO, Aimakhu CO, Bakhiet AO, Hamad SB. Female Genital Tuberculosis Among

- Iran: treatment development, feasibility, and preliminary results. *Mental Health, Religion & Culture*. 2022 Apr 21:1-9.
15. Kaya C. Adaptation and Preliminary Validation of a Positive Psychology Assessment Tool: Character Strengths Semantic Differential Scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2022:07342829211070404.
  16. Whitley CT, Youngblood FK, Bosse J. Musician emotional wellbeing during the pandemic: assessing the impact of external factors, positive life outlook and socio-demographics. *Leisure Studies*. 2022 Mar 2:1-4.
  17. Spencer R. 'Hell Is Other People': Contemplating Seligman on Sartre and Recognising the Different Learning Styles of Extroverts and Introverts in Legal Education. Rachel Spencer (2022) "Hell is other people": rethinking the Socratic method for quiet law students, *The Law Teacher*, DOI. 2022; 10(03069400.2021):2005305.
  18. Sierra JJ, Hyman MR, Turri AM. Positive Psychology's Mindset Precursors of Attitude-toward-Advertising-in-General. *Journal of Promotion Management*. 2022 Mar 18:1-36.
  19. Santona A, Milesi A, Tognasso G, Gorla L, Parolin L. Anxiety in Attachment and Sexual Relationships in Adolescence: A Moderated Mediation Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 Mar 31; 19(7):4181.
  20. Tavares IM, Santos-Iglesias P, Nobre PJ. Psychometric Validation of the Sexual Distress Scale in Male and Female Portuguese Samples. *The Journal of Sexual Medicine*. 2022 Mar 31.
  21. Khademi Z. The Effect of Positive Psychology on the Human Beings from the Viewpoint of Seligman. *Preventive Counseling*. 2021 Apr 1; 2(1):58-70.
  - Infertile Women and Its Contributions to Primary and Secondary Infertility: A systematic review and meta-analysis. *Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ]*. 2021.
  7. 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.
  8. 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.
  9. 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.
  10. 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.
  11. Joseph S, Sagy S. Positive Psychology and Its Relation to Salutogenesis. In *The Handbook of Salutogenesis 2022* (pp. 233-238). Springer, Cham.
  12. Gruman JA, Budworth MH. Positive psychology and human resource management: Building an HR architecture to support human flourishing. *Human Resource Management Review*. 2022 Mar 26:100911.
  13. 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.
  14. Noferesti A, Tavakol K. Positive psychotherapy based on "belief in divine goodness" for subclinical depression in

program? Investigating the transformative power of positive psychology for enabling students. *Australian Journal of Adult Learning*. 2020 Aug; 60(2):170-89.

31. Joseph S. Why we need a more humanistic positive organizational scholarship: Carl Rogers' person-centered approach as a challenge to neoliberalism. *The Humanistic Psychologist*. 2020 Sep; 48(3):271.

22. Donaldson SI, Lee JY, Donaldson SI. Evaluating positive psychology interventions at work: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Applied Positive Psychology*. 2019 Dec; 4(3):113-34.

23. DeRobertis EM, Bland AM. Humanistic and positive psychologies: the continuing narrative after two decades. *Journal of Humanistic Psychology*. 2021 Apr 15:00221678211008353.

24. 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.

25. 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.

26. Kennette LN, Myatt B. How the Post-Secondary Classroom Can Benefit from Positive Psychology Principles. *Psychology Teaching Review*. 2018; 24(1):63-6.

27. 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.

28. Makaremnia S, Dehghan Manshadi M, Khademian Z. Effects of a positive thinking program on hope and sleep quality in Iranian patients with thalassemia: a randomized clinical trial. *BMC psychology*. 2021 Dec; 9(1):1-0.

29. Chaves C, Lopez-Gomez I, Hervas G, Vázquez C. The integrative positive psychological intervention for depression (IPPI-D). *Journal of contemporary psychotherapy*. 2019 Sep; 49(3):177-85.

30. James T, Walters V. How positive is positive psychology in an enabling