

## Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on body image on sexual satisfaction and marital adjustment of married infertile women

F. Fani Sobhani<sup>1</sup>, J. Khalatbari<sup>2</sup> & S. Rahmati<sup>3\*</sup>

1. PhD Candidate of Counselling, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
- 3\*. Ph.D. Candidate of Educational Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran

### Abstract

**Aim:** The aim was to determine effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on body image on sexual satisfaction and marital adjustment of infertile women. **Methods:** Method was quasi-experimental with pretest, posttest and follow-up with control group and statistical population was infertile women referred to 26 infertility treatment centers in Tehran in 2017 who, according to body multidimensional questionnaire's Cash (1994) were dissatisfied with their body image. 30 infertile woman were selected using a two stage cluster sampling method and were placed randomly in two experimental and control groups. In this way, two centers namely, Hilal Ahmar Rooyesh and Khatam Ol-Anbiya were selected and participants were randomly selected from these centers and completed two questionnaires Larsson's (1976) Sexual Satisfaction Scale and Spinner's (1998) *Dyadic Adjustment Scale*. Cognitive Behavioral Therapy based on body image, based on previous research by Cash and Strachan (2002) and Rosen, Saltzberg and Srebnik (1998) was implemented in experimental group once a week in nine sessions of 90 minutes duration. Data was analyzed using analysis of mixed variance with repeated measures. **Results:** Results showed significant difference between experimental and control groups in increased sexual satisfaction ( $F= 6.173, P= 0.019$ ) and marital adjustment ( $F= 4.768, P= 0.039$ ) scores in posttest and two month follow-up. **Conclusion:** Cognitive Behavioral Therapy of body image leads to self-confidence in sexual relationships and improves sexual satisfaction and marital adjustment of infertile women. This may occur as a result of modifying negative beliefs about physical appearance and replacing them with positive thoughts.

**Key words:** behavioral, image, cognitive, infertile, marital, sexual satisfaction

**Citation:** Fani Sobhani, F. Khalatbari, J., & Rahmati, S. (2018). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on body image on sexual satisfaction and marital adjustment of married infertile women. *Journal of Applied Psychology*, 12(1): 25-46.

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور

فاطمه فانی سبحانی<sup>۱</sup>، جواد خلعتبری<sup>۲\*</sup> و صمد رحمتی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

۳. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه و جامعه آماری زنان نابارور مراجعه کننده به ۲۶ مرکز درمان ناباروری شهر تهران در نیمه اول سال ۱۳۹۶ بود که طبق پرسشنامه چند بعدی بدن کش (۱۹۹۴) از تصویر بدن خود ناراضی بودند. ۳۰ زن نابارور با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرحله‌ای از ۲ مرکز رویش هلال احمر و خاتم‌النبیاء انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و پرسشنامه‌های رضایت جنسی لارسون، اندرسون، هولمن و نیمان (۱۹۹۸) و سازگاری زناشویی اسپاینر (۱۹۷۶) را تکمیل کردند. درمان شناختی رفتاری تصویر بدن برگرفته از پژوهش کش و استارچن (۲۰۰۲) و روزن، سالتزبرگ و سربنیک (۱۹۸۹) در مورد گروه آزمایش هفته‌ای یک بار در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا و داده‌ها از طریق تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج تفاوت معنی‌داری را بین گروه آزمایش و گواه در میزان افزایش رضایت جنسی ( $F=6/173, P=0/019$ ) و سازگاری زناشویی ( $F=4/768, P=0/039$ ) در مرحله پس‌آزمون و پس از دو ماه پیگیری نشان داد. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی رفتاری تصویر بدن، با اصلاح باورهای منفی درباره ظاهر جسمانی و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت و منطقی، منجر به اعتماد به نفس در روابط جنسی و در نتیجه بهبود رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** تصویر بدن، رضایت جنسی، زناشویی، شناختی رفتاری، نابارور

استناد به این مقاله: فانی سبحانی، فاطمه، خلعتبری، جواد، رحمتی، صمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۱) (پیاپی ۴۵): ۴۶-۲۵.

دریافت مقاله: ۹۶/۰۶/۱۷  
پذیرش مقاله: ۹۷/۰۲/۱۱

نویسنده مسئول:  
S\_Rahmati@phdstu.scu.ac.ir

## مقدمه

ناباروری<sup>۱</sup> یکی از مسائلی است که همیشه باعث نگرانی زنان می‌شود (لطیف‌نژاد رودسری، کرمی دهکردی، اسماعیلی، موسوی‌فر و آقامحمدیان شعرباف، ۱۳۹۰). ناباروری به معنای عدم وقوع بارداری پس از یک سال نزدیکی طبیعی، پی در پی و بدون جلوگیری است (آقامحمدیان شعرباف، زارع‌زاده خیبری، حروف‌قناد و حکم‌آبادی، ۱۳۹۳). سازمان بهداشت جهانی، ناباروری را به‌عنوان معضل بهداشت باروری در سراسر دنیا مطرح کرده است (بویوین، باونینگ، کولینز و نیگرن، ۲۰۰۷)؛ زیرا میزان ناباروری اولیه به‌سرعت در میان زنان جوان افزایش پیدا کرده است (عدل، شفیع‌آبادی و پیرانی، ۱۳۹۵). به‌طور تقریبی، یک پنجم زوجین ناباروراند (ماسکارناس، فلکسمن، بورما، وندرپول و استیونز، ۲۰۱۲). شیوع ناباروری در مناطق مختلف بر اساس مطالعه‌های انجام شده از ۱۸-۱۰ درصد متفاوت است (اسبارکلی، مورگانت، گوراکی، هوفکنز، دیلیو و گاستروگیوانی، ۲۰۰۸). در ایران، حدود یک چهارم زوجین، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک تجربه کرده‌اند و ۳/۴ درصد آن‌ها در هر برهه‌ای از زمان دارای مشکل ناباروری هستند (وحیدی، اردلان و محمد، ۲۰۰۹). ناباروری آثار و عواقب روانی اجتماعی متعددی برای زوجین همراه دارد (درگاهی، محسن‌زاده و زهراکار، ۱۳۹۴). از جمله اینکه آن‌ها را دچار بحران هویت<sup>۲</sup> می‌کند و با کاهش کنترل بر بدن موجب بروز احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی فرد از بدنش می‌شود و کاهش اعتماد به نفس، ناامنی، تصویر ذهنی منفی و تصویر بدنی<sup>۳</sup> تغییر یافته‌ای را ایجاد می‌کند (علی‌زاده، فراهانی، شهرآرای و علی‌زادگان، ۱۳۸۴) و این اثرات روان‌شناختی منفی برای زنان بیشتر از مردان است (مطیعی، آقاییوسفی، چوب‌ساز، شقاقی، ۱۳۹۰). لذا ناباروری علاوه بر فشارهای روانی متعدد، بر تصویر بدنی بیماران نیز اثرگذار است (باقری‌پور، ۱۳۸۷). یونسی و سلاجقه (۱۳۸۰) نیز گزارش کردند که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور دچار درجاتی از اختلال تصویر ذهنی نیز می‌شوند.

تصویر ذهنی از بدن به‌صورت درجاتی از رضایت از ظاهر جسمانی یعنی اندازه، شکل و ظاهر عمومی بدن تعریف می‌شود (عزیززاده فروزی، محمدعلی‌زاده، حق‌دوست، گروسی بهشید و سعید، ۱۳۹۰) و شامل عدم اختلاف بین تصویر بدنی کنونی و تصویر بدنی ایده‌آل است (فت، لاتیمور، روی و گشویند، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها تأثیرگذاری تصویر ذهنی از بدن را بر سازگاری زناشویی، عملکرد و رضایت جنسی نشان داده‌اند (فکرت، ابراهیمی‌نژاد و رضوی‌نعمت‌الهی، ۱۳۹۳)؛ خراشادی‌زاده، کرمی دهکردی، رهسپار، لطیف‌نژاد رودسری، سالاری و همکاران، ۱۳۹۰؛ لطیف‌نژاد رودسری و همکاران، ۱۳۹۰؛ کلیک، تایکان، بلی و اوزمن، ۲۰۰۷؛ ژانت، دی‌سوتر و ژک، ۲۰۱۳؛ ابوعلی، الحاجری، خادر و اجلونی، ۲۰۰۹؛ شاه، ۲۰۰۹؛ اسپوسیتو، سیوتولا، جیوگلیونو،

1. infertility
2. identity crisis
3. body image

بسونیاسچیسانو و اوتونینو، ۲۰۰۷). لذا هنگامی که زوجین متوجه ناباروری خود شوند؛ تصویر ذهنی آن‌ها از خود خراب و فعالیت‌های جنسی و روابط زناشویی نیز دچار آسیب می‌شود (خراشادی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰).

در واقع نارضایتی از تصویر بدن منجر به تغییر در احساس خود ارزشمندی می‌شود و این تغییر بر روابط اجتماعی و زناشویی تأثیرگذار است (ورتمن و وندن‌برینک، ۲۰۱۲). زوجینی که تصویر منفی از بدن خود دارند به احتمال زیاد بیشتر شک دارند که آیا شریک‌شان آن‌ها را از لحاظ جنسی می‌پذیرد یا نه و در نتیجه اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند و جرأت‌ورزی جنسی پایین و فعالیت جنسی کمتری دارند. در مقابل زوجینی که تصویر مثبتی از بدن خود دارند بیشتر وارد فعالیت‌های جنسی می‌شوند و رضایت جنسی بیشتری را نیز تجربه می‌کنند (ملترز و مک‌نولتی، ۲۰۱۰).

رضایت جنسی احساس خوشایند فرد از نوع رابطه جنسی و توانایی وی در ایجاد لذت دو طرفه است و شامل احساس در مورد بدن خود، علاقه به فعالیت‌های جنسی، نیاز به ارتباط با شریک جنسی و توانایی به‌دست آوردن رضایت از فعالیت جنسی است (بخشایش و مرتضوی، ۱۳۸۸). در این راستا دیدگاه خوشبینانه زوجین درباره ناباروری که می‌تواند تصویر ذهنی آن‌ها را از خود خراب کند؛ منجر به نزدیک‌تر شدن زوجین به یکدیگر و رضایت‌بخش‌تر شدن ارتباط زناشویی آن‌ها می‌شود (لطیف‌نژاد رودسری، آلن و اسمیت، ۲۰۰۹).

از لحاظ سازگاری زناشویی مهم‌ترین حقیقت برای زنان احساس و اعتقاد آن‌ها در مورد تصویر ذهنی از بدن و حالت زنانگی‌شان است (دالتون، راسموسن، کلاسن، گرومن، پالاش و زارکون، ۲۰۰۹). به این صورت که هرچه تصویر ذهنی از بدن قوی‌تر باشد سازگاری زناشویی بهتر می‌شود (کلیک و همکاران، ۲۰۰۷). سازگاری بین زن و شوهر به آن‌ها اجازه می‌دهد تا از تعارض‌ها اجتناب و با شیوه‌های مناسب آن‌ها را حل کنند و در نتیجه هر دو احساس رضایت از ازدواج و رابطه با یکدیگر داشته باشند (بالی، دهینگرا و بارو، ۲۰۱۰). ارزیابی ناباروری و استفاده از روش‌های کمک باروری ممکن است بر تصویر ذهنی از بدن و احساس‌های زن اثر منفی داشته باشد (بارنی، اسپوست و یاو، ۲۰۰۷) که این موضوع باعث می‌شود حتی زوج‌های جوان نابارور با وجود علاقه به یکدیگر از نظر روانی از هم فاصله بگیرند و سازگاری زناشویی آن‌ها تهدید شود (رپوکاری، پونامکی، آنکیلا-کالیو، ویلسکا، پیکیوس و سینکونن، ۲۰۰۷).

ژانت، دی‌سوتر و ژک (۲۰۱۳) باورها و شناخت‌های منفی را عاملی مهم در اختلال‌های جنسی می‌دانند و درمان شناختی و پرداختن به عوامل روانی/شناختی و استفاده از روش بازسازی شناختی را برای درمان اختلال‌های جنسی پیشنهاد می‌کنند. درمان‌های شناختی که باورهای غیرمنطقی را به چالش می‌کشد؛ می‌تواند در غلبه بر تصویر بدن مختل و مفهوم خود منفی مرتبط با آن مفید باشد. به‌علاوه، هنگامی که درمان شناختی با فنون رفتاری ترکیب شود؛ درمانی به مراتب قوی‌تر و مؤثرتر برای درمان اختلال تصویر بدن ایجاد می‌شود. در این راستا نتایج پژوهش استینسکی، ریس،

دنيس، ساندرز و باردزل (۲۰۱۲) نشان داد مداخله‌های مربوط به تکريم بدن، منجر به افزايش برانگيختگي جنسي و رضایت از کارکرد جنسي می‌شود.

رویکردهای روان‌درمانی برای کمک به افراد برای غلبه بر اختلال‌های تصویر بدن، به‌تازگی گسترش یافته‌اند. از میان رویکردهای مختلف درمانی، درمان شناختی رفتاری بیشتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و در درمان اختلال بدشکلی بدن کارآمدتر از درمان‌های دیگر شناخته شده است (نظير اگلو و مانسوسی، ۲۰۱۲). این درمان، دارای حمایت تجربی است و به‌طور موفقیت‌آمیزی باعث به‌وجود آمدن تغییر تصویر بدن در میان افراد چاق شده است. این روش درمانی به مبتلایان کمک می‌کند تا باورهای غلط خود را درباره ظاهر جسمانی خود تغییر دهند و به احساس مثبتی درباره خود دست یابند و یاد بگیرند که می‌توانند نشخوارهای ذهنی خود را در حیطه تصویر منفی کنار بزنند (زرگر، صیاد و بساک‌نژاد، ۱۳۹۰).

ناباروری برای زوجین نابارور پیامدهای نامطلوبی مانند درماندگی، غم، افسردگی، عصبانیت، اختلال عملکرد جنسی، کاهش عزت نفس و طرد شدگی از سوی دوستان و جامعه را همراه دارد (مونگو، الکساندرسکو، کاتز، آستین و گانیاتس، ۲۰۰۴؛ نقل از جمشیدی‌منش، علی‌منش، بهبودی‌مقدم و حقانی، ۱۳۹۴) که این پیامدها، زنان نابارور را بیشتر در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی قرار می‌دهد (اوبی، اوناه و اوکفار، ۲۰۰۹). تصویر بدنی زنان نابارور یکی از مواردی است که ممکن است به خطر بیفتد. این در حالی است که نارضایتی از تصویر بدن، به‌ویژه در میان زنان با دامنه وسیعی از اختلال‌ها مانند اضطراب، علائم افسردگی و اختلال در روابط زناشویی مرتبط است و از آنجا که ناباروری می‌تواند باعث ایجاد تصویر بدن منفی شود؛ درمان تصویر بدن منفی زنان نابارور، هدفی مطلوب در جهت بهبود روابط زناشویی این زنان است که در این زمینه به‌نظر می‌رسد روش‌ها و فنون شناختی رفتاری بتواند تا حد زیادی علائم را مهار کند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور انجام و دو فرضیه زیر آزمون شد.

۱. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور مؤثر است.

۲. تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

## روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۱ ماهه و جامعه آماری شامل تمامی زنان نابارور مراجعه کننده به ۲۶ مرکز درمان ناباروری شهر تهران در نیمه اول

سال ۱۳۹۶ بود که از تصویر بدن خود ناراضی بودند. از میان آن‌ها نمونه پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای در دو مرحله انتخاب شد. ابتدا از بین ۲۶ مرکز درمان ناباروری شهر تهران ۲ مرکز درمان ناباروری رویش هلال احمر و خاتم‌النبیاء و از بین زنان مراجعه کننده به آن مراکز به صورت تصادفی ۳۰ نفر که واجد شرایط لازم برای ورود به پژوهش بودند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص ناباروری توسط متخصص بیماری‌های زنان و زایمان، دامنه سنی ۴۰-۲۵، سطح تحصیلات دیپلم به بالا، مدت ناباروری بین ۱۰-۲ سال و ناراضیتی از تصویر بدن بر اساس پرسشنامه روابط چند بُعدی بدن-خود<sup>۱</sup> کش (۱۹۹۴) و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی، حضور در جلسه‌های مشاوره و روان‌درمانی غیر از مداخله پژوهش حاضر بود.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه روابط چند بُعدی بدن-خود. این مقیاس ۴۶ ماده‌ای را کش (۱۹۹۴) ساخت که دارای دو زیرمقیاس است و بر اساس طیف لیکرت از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵ نمره‌گذاری می‌شود و به ارزیابی تجربهٔ سنجشی و هیجانی فرد از ظاهر خود می‌پردازد. سوال‌های ۱ تا ۳۷ مربوط به زیرمقیاس ارزیابی ظاهری با پایایی ۰/۸۱ از طریق آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ است. سوال‌های ۳۸ تا ۴۶ مربوط به زیرمقیاس رضایت از قسمت‌های مختلف بدن با پایایی ۰/۸۶ و آلفای کرونباخ ۰/۷۷ است. نمره کلی آزمودنی در این پرسشنامه بین ۲۳۰-۴۶ و نمره پایین‌تر از متوسط نشان‌دهنده سطح پایین‌تری از تجربهٔ سنجشی و هیجانی فرد از ظاهر خود است. رایگان، شعیری و اصغری مقدم (۱۳۸۵) روایی این پرسشنامه را در نمونه‌های دانشجویی بین تصویر بدنی و عزت نفس ۰/۵۵ و رقیبی و میناخانی (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۴ گزارش کردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۶ به دست آمد.

۲. پرسشنامه رضایت جنسی لارسون<sup>۲</sup>. این پرسشنامه ۲۵ سوالی توسط لارسون، اندرسون، هولمن و نیمان (۱۹۹۸) به روش پاسخ‌دهی لیکرتی از هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ ساخته شده است و رضایت جنسی را به صورت کلی می‌سنجد. نمره‌ها بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد و عدم رضایت جنسی با نمره کمتر از ۵۰، رضایت کم با نمره بین ۵۰-۷۵، رضایت متوسط با نمره بین ۷۶-۱۰۰ و رضایت زیاد با نمره بیش از ۱۰۰ مشخص می‌شود. در ایران بهرامی، یعقوب‌زاده، شریف‌نیا، سلیمانی و حق دوست (۱۳۹۵) پایایی این پرسشنامه را در زوجین نابارور بیشتر از ۰/۷۰ و روایی

1. The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)
2. Larson Sexual Satisfaction Questionnaire (LSSQ)

صوری و روایی محتوا این پرسشنامه را نیز مناسب ارزیابی کردند. در این پژوهش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۱ به دست آمد.

**۳. پرسشنامه سازگاری زناشویی<sup>۱</sup>.** این پرسشنامه ۳۲ سوالی توسط اسپانیر (۱۹۷۶) طراحی شد و چهار مؤلفه شامل سازگاری رضایت از زندگی زناشویی را با سوال‌های ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳ و ۳۱، پیوستگی به زندگی مشترک را با سوال‌های ۲۴ تا ۲۸، توافق و هم‌رایی در زندگی مشترک را با سوال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ و تجلی و ابراز عواطف و احساس‌های زوجین در محیط خانواده را با سوال‌های ۴، ۶، ۲۹ و ۳۰ می‌سنجد. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۱۵۱ و حداقل نمره آن صفر است. نمره پایین‌تر از ۱۰۰ سازگاری زناشویی کمتر و نمره بالاتر از ۱۰۰ سازگاری زناشویی بهتر را نشان می‌دهد (فیشر و کورکوران، ۲۰۰۷). پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش هوتلیست و میلر (۲۰۰۵) از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران ملازاده، منصور، اژه‌ای و کیامنش (۱۳۸۱) پایایی آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و میزان روایی همزمان آن با پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک والاس<sup>۲</sup> ۱۹۵۹ را برابر ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

**۴. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن<sup>۳</sup>.** این روش درمانی بر اساس بسته آموزشی درمانی کَش و استارچن (۲۰۰۲) و روزن، سالتزبرگ و سرنیک (۱۹۸۹) تدوین و اعتبار این روش درمانی در پژوهش‌های رایگان، شعیری و اصغری مقدم (۱۳۸۵) و کرمی (۱۳۸۸) تأیید شده است. در این پژوهش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن برای گروه آزمایش هفته‌ای یک بار و در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر اجرا شد.

**جلسه اول.** کشف تصویر بدنی شخصی و خودشناسی. در این جلسه معارفه و آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، دادن آگاهی‌های لازم درباره جلسه‌های درمانی، جلب موافقت و رضایت اعضای گروه برای اجرای مراحل مختلف درمان انجام و توضیح‌هایی درباره اصل اساسی مداخله شناختی رفتاری شامل تشریح مساعی، شرکت فعال، به‌کارگیری و تمرین فنون ارائه شد. سپس نقاط قوت و ضعف در تصویر بدنی زنان نابارور با پر کردن پرسشنامه روابط چند بعدی بدن-خود، شناسایی و به آن‌ها در کسب خودآگاهی درست کمک شد. به‌عنوان مثال اگر تناسب اندام در زندگی برایشان از اولویت بالایی برخوردار بود به آن‌ها کمک شد تا ضمن آگاهی درست و واقعی نسبت به این موضوع، با یک توجیه منطقی مانند اینکه حتماً تناسب اندام مناسبی داشته‌ام که

1. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

2. Locke Wallace

3. Cognitive-Behavioral Therapy of Body Image Designed

شوهرم من را انتخاب کرده است؛ تصویر مناسبی از بدن خود به دست آورند. تمرکز بر نقاط قوت در تصویر بدن و توجیه منطقی ضعف‌هایی که در تصویر بدن خود احساس می‌کنند به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه دوم، به کارگیری دانش برای تغییر و روان‌شناسی ظاهر جسمانی. در این جلسه به فشارهای فرهنگی، اجتماعی، روان‌شناختی و تاریخچه زندگی فرد برای داشتن ظاهری که جامعه انتظار دارد پرداخته شد. برای نمونه از دلایل مرتبط با تاریخچه، به اجتماعی شدن به وسیله فرهنگ مانند معیارهای ظاهری، تجارب میان‌فردی مانند مسخره کردن ظاهر و ویژگی‌های شخصیتی مانند عزت نفس ضعیف اشاره و به زنان آموزش داده شد تا در زندگی روزانه از تصویر بدنی خود درک مشخصی داشته باشند. مهارت‌های خود نظاره‌گری و همچنین الگوی ABC آلبرت آلیس (۱۹۵۵) درباره فعال‌کننده‌ها که شامل رویدادها و موقعیت‌های برانگیزاننده، باورها که خود شامل افکار و تفسیرها راجع به موقعیت است و نیز پیامدها که شامل عواطف، احساس‌ها و هیجان‌ها است آموزش داده شد و تمرین مهارت‌های خود نظاره‌گری به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه سوم، ایجاد واکنش‌های رضایت‌بخش برای از بین بردن پریشانی. این جلسه مربوط به شناسایی خودگویی‌های منفی در مورد تصویر بدن بود و اعضاء از شیوه‌های آرام‌سازی برای غلبه بر افکار و احساس‌های منفی در مورد تصویر بدن استفاده کردند و همچنین قیاس‌های تخمینی قد و وزن و نیز ارتقاء خودگویی‌های مثبت در مورد بدن ارائه شد. سپس برای از بین بردن پریشانی نسبت به هریک از اعضایی که فرد دید خوشایندی نسبت به آن نداشت؛ از روش حساسیت‌زدایی منظم استفاده و برای این منظور از زنان خواسته شد تا نردبانی از نواحی بدن را که دارای پله‌هایی است و هر پله از پایین کمترین ناخوشایندی نسبت به یک ناحیه از بدن را تا بالاترین پله که بیشترین ناخوشایندی نسبت به یک ناحیه از بدن است؛ بکشند. سپس تمرین آرام‌سازی و تمرین حساسیت‌زدایی منظم به عنوان تکلیف خانگی داده شد.

جلسه چهارم، ایجاد تردیدهای منطقی و فرضیه‌های قابل بحث. در این جلسه به بررسی نقش باورها در تصویر بدن پرداخته شد و اعضاء با شناسایی باورهای خود شکننده و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت و سازگار، اقدام به مهار افکار و احساس‌ها منفی خود کردند. در این جلسه ده گمانه بنیادی عمومی مربوط به ظاهر مانند افرادی که از نظر ظاهری جذاب هستند همه چیز دارند؛ اولین چیز که افراد درباره من متوجه خواهند شد عیب ظاهریم است؛ ظاهر جسمانی بیرون فرد، نشانه‌ای از درون فرد است؛ اگر فقط می‌توانستم قیافه‌ای که آرزو دارم داشته باشم زندگی من شادتر بود؛ اگر مردم بدانند من واقعاً چه شکلی هستم من را کمتر دوست خواهد داشت و جز آن، به چالش کشیده و آموزش داده شد و پاسخ‌های منطقی به این گمانه‌ها ارائه شد. تمرین پاسخ منطقی به باورهای منفی درباره تصویر بدن به عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.



**جلسه پنجم. اصلاح گفتگوی خصوصی بدنی و تفکر نقاد.** در این جلسه به تشخیص خطاهای شناختی در رابطه با تصویر بدن پرداخته شد. خطاهای شناختی که بیشتر افراد با تصویر بدنی منفی دارند؛ شامل زیبایی یا زشتی یعنی تفکر همه یا هیچ، بی‌انصافی در مقایسه، بزرگ‌نمایی، بازی ملامت، اشتباه خوانی ذهنی، گفتار بدبیارانه، قید الزام یعنی بایدی برای زیبایی و خطای شناختی آینه خلقی به آن‌ها آموزش داده شد و در پایان این جلسه تمرین انتقاد از خطاهای شناختی درباره تصویر بدن به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد.

**جلسه ششم. غلبه بر رفتارهای خودشکن خود.** در این جلسه به بررسی دلایل ناراحتی‌های اجتماعی و پردازش خطاهای شناختی آشکار شده در الگوی تصویر بدن پرداخته و به زنان آموزش داده شد که چگونه الگوهای رفتاری دردسر آفرین خاصی را تغییر دهند. به آنها گفته شد؛ این الگوها که موجب می‌شود فرد با اجتناب از برخی فعالیت‌ها و موقعیت‌ها، تفکرهای خودشکن خود را تأیید کند شامل اجتناب از اعمال خاص، از مکان‌های خاص، از افراد خاص، از وضعیت‌های بدنی خاص و در مقابل آرایش ظاهر برای پنهان کردن نقص خیالی یا واقعی است. سپس با روش حساسیت‌زدایی منظم و کشیدن نردبان موفقیت برای مواجهه قدم به قدم با موقعیت‌ها و رویدادها و افراد، آزمودنی‌ها آموزش دیدند و سپس تمرین آرام‌سازی و حساسیت‌زدایی منظم برای مواجهه با این موقعیت‌ها به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد.

**جلسه هفتم. پرداخت حقوق بدن و وقت‌های خوش.** در این جلسه زنان نابارور آموزش دیدند تا لحظه‌های خوشی را با بدن خود داشته باشند و رابطه خود را با بدن خود به‌عنوان شریک، بهبود بخشند. در این راستا از آن‌ها خواسته شد تا با درگیر شدن خلاقانه در ورزش‌های خاص برای لذت بردن و ستایش وجود جسمانی خود، اعمال تأییدآمیز را به‌کار ببرند. برای بهبود سلامت و تناسب، حواس پنج‌گانه و ظاهر با استفاده از آرایش متعادل‌تر از رویکردهایی که در این جلسه‌ها آموختند استفاده کنند. در این جلسه زنان یاد گرفتند تا با نقص‌های احتمالی بدن خود رو در رو شوند و آن‌ها را بپذیرند. تمرین آرام‌سازی و حساسیت‌زدایی منظم به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد.

**جلسه هشتم. حفاظت از تصویر بدنی مثبت خود برای زندگی.** در این جلسه به بررسی مسائل بین‌فردی در رابطه با تصویر بدن پرداخته و راهبردهایی برای چگونگی کنار آمدن با مسائل بین‌فردی و افرادی که در تصویر بدن اعضاء نقش مهمی ایفا می‌کنند؛ ارائه شد. یافتن کاستی‌ها، مواجهه با افراد محرک، افراد بی‌اعتنا، افراد بی‌احساس و جان به در بردن از حمله‌های احتمالی دیگران از جمله راهکارهایی بود که در این جلسه به افراد آموزش داده شد. همچنین اعضاء دوباره پرسشنامه چندبُعدی بدن-خود را که در جلسه اول برای خودآگاهی تکمیل کرده بودند پر کردند تا پیشرفت و بهبود در تصویر بدنی خود را درک کنند. سپس نیازهای و اهداف خود را دوباره تعیین و تنظیم و سستی‌هایی را که ممکن است در طی زمان با آن رو به رو شوند پیش‌بینی کردند. مرور راهبردهای

آموزش داده شده برای حفاظت از تصویر بدنی مثبت خود و تمرین آرام سازی و حساسیت‌زدایی منظم برای رفع ضعف‌های احتمالی به جا مانده در تصویر بدن به‌عنوان تکلیف خانگی داده شد. جلسه نهم، مرور و جمع‌بندی، در این جلسه عوامل بازگشت اختلال شناسایی و بازخوردهای سازنده‌ای به اعضا ارائه شد. برای نمونه به آن‌ها آموزش داده شد هر وقت عاملی باعث بازگشت افکار فاجعه آمیز و منفی درباره تصویر بدن تان شد می‌توانید با انتقاد و زیر سوال بردن این افکار و پاسخ منطقی و واقع بینانه به آن‌ها و همچنین استفاده از روش‌های آرام سازی و حساسیت‌زدایی منظم از تصویر بدنی مثبت خود محافظت کنید. همچنین این جلسه شامل ارائه خلاصه‌ای از مفاهیم مطرح شده در جلسه‌های قبلی و جمع‌بندی مباحث بود. در پایان این جلسه پس‌آزمون اجرا و هماهنگی‌های لازم برای اجرای آزمون پیگیری انجام شد.

**شیوه اجرا.** بعد از اخذ مجوز، به دو مرکز تشخیص و درمان‌های تخصصی ناباروری منتخب مراجعه و با همکاری مدیریت هر مرکز فهرستی از زنان نابارور تهیه و از طریق تماس تلفنی از زنان نابارور درخواست شد که در پژوهش شرکت کنند. در مجموع ۱۴۵ نفر از هر دو مرکز شرکت در پژوهش را پذیرفتند و پس از هماهنگی‌های لازم پرسشنامه‌ها را در مؤسسه آفتاب مهر تکمیل کردند. با نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها مشخص شد ۱۲۲ نفر از زنان نابارور از تصویر بدن خود ناراضی هستند که از بین این تعداد با توجه به اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی ساده انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس اطلاعاتی در مورد تعداد جلسه‌ها، طول هر جلسه، شیوه اداره کلاس، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از پژوهش به زنان نابارور ارائه و موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش به‌صورت کتبی اخذ و پیش‌آزمون اجرا و در قالب یک پرونده، نتایج اولیه هر ۳۰ آزمودنی ثبت و مداخله به‌صورت گروهی پنجشنبه‌ها برای گروه آزمایش در سالن مشاوره مؤسسه مذکور اجرا شد. در پایان مداخله و دو ماه بعد دوباره آزمودنی‌های دو گروه پرسشنامه‌ها را پر کردند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از اتمام مراحل پژوهش، از طریق تماس تلفنی از آزمودنی‌های گروه گواه دعوت شد و برنامه آموزشی پژوهش به‌طور فشرده در ۴ جلسه ۲ ساعته به آن‌ها آموزش داده شد. داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

## یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش ۲۹/۱۵ و ۳/۵۲ و گروه گواه ۲۹/۰۲ و ۳/۴۵ بود. طول مدت ناباروری ۹ نفر از آزمودنی‌های گروه آزمایش در دامنه ۶-۲ سال و ۶ نفر در دامنه ۱۰-۶ سال و طول مدت ناباروری ۱۰ نفر از آزمودنی‌های گروه گواه در دامنه ۶-۲ سال و ۵ نفر در دامنه ۱۰-

۶ سال قرار داشت. ۱ نفر از هر گروه مدرک دیپلم، ۱۰ نفر از گروه آزمایش و ۸ نفر از گروه گواه لیسانس و ۴ نفر از گروه آزمایش و ۵ نفر از گروه فوق لیسانس داشتند. وضعیت اقتصادی ۵ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر از گروه گواه خوب با درآمد بین ۳ میلیون یا بیشتر در ماه، ۶ نفر از گروه آزمایش و ۹ نفر گروه گواه متوسط با درآمد بین ۱ و نیم تا ۳ میلیون در ماه و ۴ نفر از گروه آزمایش و ۳ نفر گروه گواه ضعیف با درآمد کمتر از ۱ و نیم میلیون در ماه بود. ۶ نفر از گروه آزمایش و ۵ نفر از گروه گواه شاغل و مابقی خانه‌دار بودند. طول مدت ازدواج ۴ نفر از گروه آزمایش بین ۶-۲ سال و ۱۱ نفر ۱۰-۶ سال و در گروه گواه ۶ نفر بین ۶-۲ سال و ۹ نفر ۱۰-۶ سال بود.

#### جدول ۱. یافته‌های توصیفی رضایت جنسی و سازگاری زناشویی به تفکیک مراحل و گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۸/۶۷	۱۴/۱۱
		گواه	۴۸/۲۰	۹/۷۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۵۸	۱۳/۹۲
		گواه	۴۶/۵۳	۱۰/۰۲
سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۸/۰۷	۱۳/۸۹
		گواه	۴۷/۹۳	۹/۴۸
	پس‌آزمون	آزمایش	۷۵/۷۳	۱۲/۶۲
		گواه	۷۳/۸۷	۱۵/۲۶
پیگیری	آزمایش	۸۳/۲۰	۱۴/۶۴	
	گواه	۷۲/۷۳	۱۵/۳۳	
پیگیری	آزمایش	۸۳/۵۳	۱۴/۸۳	
	گواه	۷۱/۹۳	۱۵/۹۶	

اطلاعات جدول ۱ حاکی از افزایش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در متغیرهای رضایت جنسی و سازگاری زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

#### جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها در سه مرحله

متغیر	مرحله	گروه	مقدار آماره	سطح معنی‌داری
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۹۹	۰/۲۸۵
		گواه	۰/۸۷	۰/۴۳۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۰/۸۲	۰/۵۱۱
		گواه	۰/۸۴	۰/۴۸۵
سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۰/۷۶	۰/۶۰۹
		گواه	۰/۸۹	۰/۴۰۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۰/۷۸	۰/۵۸۴
		گواه	۱/۱۳	۰/۱۵۳
پیگیری	آزمایش	۱/۱۶	۰/۱۳۴	
	گواه	۰/۶۹	۰/۷۲۴	
پیگیری	آزمایش	۱/۰۴	۰/۲۳۰	
	گواه	۰/۸۹	۰/۴۰۴	

اطلاعات جدول ۲ حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها در متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین و آزمون موخلی برای نمره‌های متغیرها در گروه آزمایش و گواه

آزمون	متغیر	W موخلی	مقدار $\chi^2$	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
موخلی	رضایت جنسی	۰/۸۲	۶/۳۸	۲	۰/۲۶۳
	سازگاری زناشویی	۰/۷۵	۴/۲۴	۲	۰/۱۶۳
لوین	رضایت جنسی	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
	سازگاری زناشویی	۴/۰۴	۱	۲۸	۰/۰۵۵
		۲/۳۷	۱	۲۸	۰/۱۳۵

در جدول ۳ نتایج آزمون لوین نشان‌دهنده برقراری همگنی واریانس‌های نمره زنان نابارور در متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گواه است. مقدار آزمون کرویت موخلی معنی‌دار نیست که نشان‌دهنده برقراری پیش‌فرض کرویت است. بنابراین داده‌ها حاکی از برقراری مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته است و می‌توان کرویت ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر در سه مرحله اندازه‌گیری برای متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجذور اتا
رضایت جنسی	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۲۶/۷۵۲**	۲۷ و ۲	۰/۴۹۱
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۰/۴۹۸	۲۷ و ۲	-
سازگاری زناشویی	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۶/۱۷۳*	۲۷ و ۲	۰/۱۸۴
	آزمایش (مقایسه درون گروهی)	۱۶/۶۸۸**	۲۷ و ۲	۰/۳۶۸
	گواه (مقایسه درون گروهی)	۱/۸۸۹	۲۷ و ۲	-
	مقایسه بین گروهی (گواه و آزمایش)	۴/۷۶۸*	۲۷ و ۲	۰/۱۱۲

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در گروه آزمایش تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری رضایت جنسی معنادار است ( $P = 0.001$ )، اما در گروه گواه معنادار نیست ( $P = 0.485$ ). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های رضایت جنسی، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنادار است ( $P = 0.019$ ). بنابراین می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن موجب افزایش معنی‌دار رضایت جنسی زنان نابارور شده است. با توجه به مقدار مجذور اتا

میزان این تأثیر حدود ۱۸ درصد است. همچنین، تفاوت میانگین نمره‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سازگاری زناشویی در گروه آزمایش معنادار است ( $P=0/001$ )، اما در گروه گواه معنادار نیست ( $P=0/160$ ). مقایسه بین گروهی نشان می‌دهد تفاوت میانگین نمره‌های سازگاری زناشویی، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنادار است ( $P=0/039$ ). بنابراین می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن موجب افزایش معنادار سازگاری زناشویی زنان نابارور شده است. با توجه به مقدار مجذور اتا میزان این تأثیر حدود ۱۱ درصد است.

#### جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره‌های متغیرها

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
رضایت	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۹/۳۳**	۰/۹۸	۱/۶۷	۰/۲۴
جنسی	پیش‌آزمون - پیگیری	-۹/۴۰**	۰/۹۱	۰/۲۷	۰/۲۱
سازگاری	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۰۷	۰/۱۳	-۱/۴۰	۰/۰۵
زناشویی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۷/۴۷**	۰/۷۸	۱/۱۴	۰/۱۲
	پیش‌آزمون - پیگیری	-۷/۸۰**	۰/۶۵	۱/۹۴	۰/۱۸
	پس‌آزمون - پیگیری	-۰/۳۳	۰/۲۱	۰/۸۰	۰/۱۱

\* $P<0/05$  \*\* $P<0/01$

نتایج جدول ۵ نشان‌دهنده تفاوت معنادار میانگین نمره‌های رضایت جنسی گروه آزمایش در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری است ( $P=0/001$ )؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون با پیگیری معنادار نیست ( $P=0/982$ ) که این نتیجه حاکی از پایداری اثر مداخله بر رضایت جنسی است. در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های زوجی معنادار نیست ( $P=0/10$ ). همچنین نتایج آزمون بنفرونی بیانگر تفاوت معنادار میانگین نمره‌های سازگاری زناشویی گروه آزمایش در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری است ( $P=0/001$ )؛ اما تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون با پیگیری معنادار نیست ( $P=0/899$ ) که حاکی از پایداری اثر مداخله بر سازگاری زناشویی است. در گروه گواه هیچ‌یک از مقایسه‌های زوجی معنادار نیست ( $P=0/10$ ).

#### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر افزایش رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور بود. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های فکرت و همکاران (۱۳۹۳)؛ خراشادی‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)؛ لطیف‌نژاد رودسری و همکاران (۱۳۹۰)؛ کلید و همکاران (۲۰۰۷)؛ ژانت و همکاران (۲۰۱۳)؛ ابوعلی و همکاران (۲۰۰۹)؛ شاه (۲۰۰۹) و

اسپوسیتو و همکاران (۲۰۰۷) است که تأثیر این روش را در بهبود روابط زناشویی و رفتارهای جنسی نشان داده‌اند. همچنین پژوهش‌ها از جمله پژوهش کوین-نیلاس، بنسون، میهاوسن، بوچولز و گونکالوس (۲۰۱۶) و نیز ساتینسکی، ریس، دنیس، ساندرز و باردزل (۲۰۱۲) نشان داده‌اند که تصویر ذهنی مثبت از بدن بر میل، تحریک، ارگاسم و رضایت جنسی زنان تأثیر دارد؛ در حالی که تصویر ذهنی منفی از بدن با تمایل بیشتر برای کناره‌گیری از فعالیت جنسی همراه است (لاروکا و سیاو، ۲۰۱۱). برای این تأثیرگذاری چندین جنبه از تصویر ذهنی از بدن شامل اهمیت داشتن وزن، وضعیت جسمانی، جذابیت جنسی و حتی فکر کردن در مورد وضعیت بدن در طی فعالیت جنسی بر رضایت جنسی اثرگذار است (پاژول، سیل و مستو، ۲۰۱۰). در واقع پاسخ جنسی زنان به‌طور غالب وابسته به عوامل جسمانی و شخصی آن‌ها (شاه، ۲۰۰۹) و این امر حاکی از این است که تصویر بدنی در طی فعالیت جنسی به‌طور غیرمستقیم در عملکرد و رضایت جنسی اثرگذار است. علت این امر این است که ادراک شناختی پیرامون ظاهر خود می‌تواند جرأت‌ورزی و عزت نفس جنسی را که به‌عنوان یک ارزش در هنگام روابط جنسی تلقی می‌شود؛ از بین ببرد (اسچیک، کالابرس، ریما و زاگر، ۲۰۱۰؛ نقل از امانی، ۱۳۹۱). بنابراین همانگونه که وورتمن و وندربرینک، (۲۰۱۲) خاطر نشان کردند؛ می‌توان گفت رضایت از وضعیت جسمی باعث افزایش اطمینان فرد در زمان تماس جنسی با شریک خود می‌شود. دالتون و همکاران (۲۰۰۹) نیز عنوان کردند که تصویر بدن منفی در زنان منجر به تغییر در احساس خودارزشمندی می‌شود و این تغییر بر روابط اجتماعی، زناشویی، احساس و اعتقاد آن‌ها درباره حالت زنانگی‌شان که مهم‌ترین عامل در سازگاری زناشویی است؛ تأثیر می‌گذارد. شاهین، علی، کومار و ماخيجا (۲۰۱۶) دریافته‌اند فشارهای اجتماعی فرهنگی برای دستیابی به تصویر بدنی ایده‌آل باعث می‌شود افرادی که اضافه وزن یا تصویر بدن منفی دارند؛ ارزش خود را در روابط اجتماعی و زناشویی پایین ارزیابی کنند و این شرایط می‌تواند به عامل مخرب رضایت و سازگاری زناشویی تبدیل شود.

درمان شناختی رفتاری از جمله روش‌های درمانی است که در به چالش کشیدن فرضیه‌های زنان درباره عدم جذابیت و تشویق‌شان برای توجه و در نظر گرفتن نشانه‌های مبنی بر اینکه او برای شریک جنسی‌اش جذاب است به آن‌ها کمک می‌کند (کوین-نیلاس و همکاران، ۲۰۱۶). در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن، افراد بر ادراک‌ها، افکار و احساس‌ها خود در مورد تصویر ذهنی از بدن متمرکز می‌شوند و درمی‌یابند که چگونه خودشان این تصویر را شکل داده‌اند. از دیدگاه شناختی رفتاری اختلال تصویر بدن وقتی اتفاق می‌افتد که فرد، تحریفی را در ادراک، رفتار یا شناخت و عاطفه مرتبط با وزن و شکل بدن تجربه می‌کند (کَش، ۲۰۱۲). لذا در این نوع درمان

به تحریف‌ها به‌طور مبسوط پرداخته می‌شود. با توجه به اینکه یکی از سازه‌های ظاهر جسمانی مفهوم رفتاری است؛ در این درمان با استفاده از شیوه مواجهه و حساسیت‌زدایی منظم آیین‌های، به این سازه پرداخته شده است. از سوی دیگر آنچه در این الگو به آن پرداخته می‌شود؛ تأکید به امکان ایجاد رضایت‌مندی از بدن است و در واقع به آزمودنی آموخته می‌شود چگونه می‌تواند فرصت‌هایی را برای لذت بردن از ظاهرش ایجاد کند. از این‌رو منطقی به‌نظر می‌رسد که برنامه آموزشی شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن، با اصلاح باورهای منفی و غیرواقعی درباره ظاهر جسمانی و جایگزینی آن‌ها با افکار مثبت و منطقی منجر به ایجاد تصویر بدن مثبت در زنان نابارور شود که این تصویر ذهنی مثبت از بدن با تأثیر بر اعتماد به نفس در روابط جنسی، اضطراب ناشی از آن را کاهش و میزان مشارکت و فراوانی فعالیت جنسی را و در نهایت رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان را افزایش می‌دهد. در پژوهش حاضر می‌توان به سه مفروضه اصلی در مداخله‌های شناختی رفتاری که تیلور (۲۰۱۳) نیز عنوان کرده و شامل شناخت بر رفتار تأثیرگذار است؛ شناخت قابلیت تغییر و نظارت‌گری دارد و تغییر رفتار به‌واسطه تغییر شناخت انجام می‌شود؛ اشاره کرد. لذا با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری با تأکید بر مؤلفه‌های شناختی از جمله نگرش‌ها و افکار منفی، تمرکز ویژه‌ای برای جایگزین کردن ارزیابی‌های شناختی غیر واقع‌نگرانه با ارزیابی‌های واقع‌نگرانه‌تر از طریق افزایش بینش و آگاهی فرد در ادراک ارتباط میان به‌راه‌اندازهای وابسته به موقعیت، شناسایی و اصلاح باورها و توانمندسازی برای کنش‌وری مناسب دارد؛ می‌توان انتظار داشت که به اصلاح و تعدیل مؤلفه‌های شناختی نشخوار ذهنی در ارتباط با تصویر ذهنی از بدن و به تبع آن اصلاح هیجان‌های منفی و رفتارهای نارساکنش‌ور زنان نابارور این پژوهش منتهی شود. زیرا این رویکرد توانست در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم به زنان نابارور کمک کند به‌گونه‌ای که آن‌ها توانستند به توانایی‌های خود پی ببرند و با تعویض نقش در زندگی، رضایت جنسی و سازگاری زناشویی خود را بهبود بخشند. بنابراین، بر اساس نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن، در مراکز مشاوره زناشویی و ازدواج به‌ویژه برای زنان ناباروری دارای تصویر بدن منفی استفاده شود. همچنین از آنجایی که این رویکرد بر مهارت‌های شناختی رفتاری در حوزه مسائل پزشکی و توانایی‌های کارکردی مثل کنش نقش اجتماعی اثرگذار است؛ پیشنهاد می‌شود متخصصان، آموزش این رویکرد را به‌عنوان یک ضرورت جزء برنامه درمانی برای این زنان در مراکز ناباروری زنان قرار دهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه آماری آن به زنان نابارور بود. پیشنهاد می‌شود جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، مشابه این پژوهش در مردان نابارور و سایر نقاط کشور با تعداد بیشتری از شرکت‌کنندگان در دامنه سنی گسترده‌تر و دوره زمانی طولانی‌تر تکرار و نیز پژوهش‌هایی کاربردی با موضوع‌هایی مشابه در زمینه تأثیر این روش درمانی

بر مشکلات روان‌شناختی دیگر از جمله افسردگی و اضطراب و مداخله‌های آموزشی مانند آموزش روش‌های مقابله‌ای مؤثر، آموزش روابط متقابل زوجین و آموزش‌های روابط جنسی انجام شود.

## سپاسگزاری

از تمامی مسئولان و مدیران مراکز درمان ناباروری رویش هلال احمر و خاتم‌النبیاء به‌ویژه شرکت‌کنندگان در پژوهش که نهایت همکاری را داشتند؛ صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است.

## منابع

- آقا محمدیان شعریاف، حمیدرضا، زارع زاده خیبری، شیوا، حروف قناد، معصومه، و حکم آبادی، محمد ابراهیم. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین ابعاد کمالگرایی با عملکرد جنسی زنان نابارور. *مجله زنان مامایی و نازائی/ایران*، ۱۷(۳): ۹-۱۷.
- امانی، الهام. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی زنان بر اساس رضایت جنسی، ناگویی هیجانی و تصویربدنی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.
- باقری پور، احمد. (۱۳۸۷). بررسی نقش تعاملی تصویر بدنی و وضعیت باروری یا تحول روانی-اجتماعی در مردان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
- بخشایش، علی‌رضا، مرتضوی، مهرناز. (۱۳۸۸). رابطه رضایت جنسی، سلامت عمومی و رضایت زناشویی در زوجین. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۴): ۷۳-۸۵.
- بهرامی، نسیم، یعقوب زاده، آمنه، شریف نیا، سید حمید، سلیمانی، محمد علی، و حق دوست، علی اکبر. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه رضایت جنسی لارسون در نمونه‌ای از زوجین نابارور ایرانی. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی/ایران*، ۱۲(۲): ۱۸-۳۱.
- جمشیدی منش، منصوره، علی منش، نیلوفر، بهبودی مقدم، زهرا، و حقانی، حمید. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش بر خود کارآمدی زنان نابارور. *نشریه پایش*، ۱۴(۲): ۲۳۷-۲۲۷.
- خراشادی زاده، فاطمه، کرمی دهکردی، اکرم، رهسپار، امیر علی، لطیف نژاد رودسری، رباب، سالاری، مریم، اسماعیلی، حبیب اله، و هاشمی، میترا. (۱۳۹۰). تعیین ارتباط تصویر ذهنی از بدن با عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی در زنان بارور و نابارور با استفاده از مدل تحلیل مسیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳(۴): ۲۳-۳۲.



درگاهی، شهریار، محسن زاده، فرشاد، و زهرا کار، کیانوش. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت مثبت اندیشی بر بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت رابطه زناشویی ادراک شده زنان نابارور. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۳(۳): ۴۸-۵۸.

رایگان، نیلوفر، شعیری، محمدرضا، و اصغری مقدم، محمد علی. (۱۳۸۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر تصویر بدنی منفی دختران دانشجوی. *دانشور رفتار*، ۵(۳): ۱۱-۲۲.

رقیبی، مهوش، و میناخانی، غلام‌رضا. (۱۳۹۰). ارتباط مدیریت بدن با تصویر بدنی و خود‌پنداره. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۴): ۷۲-۸۱.

زرگر، یدالله، صیاد، سحر، و بساک نژاد، سودابه (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و حساسیت بین فردی در دانش‌آموزان دختر. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۵): ۳۴۹-۳۴۱.

عدل، حدیث‌السادات، شفیع آبادی، عبدالله، و پیرانی، زیبح. (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان نابارور. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۰(۲): ۱۷۵-۱۹۱.

عزیززاده فروزی، منصوره، محمد علی‌زاده، سکینه، حق دوست، علی اکبر، گروسی بهشید، شمس‌الدین، و سعید، ناهید. (۱۳۹۰). ارتباط تصویر بدن و اختلال خوردن. *مجله تحقیقات پرستاری*، ۴(۳): ۴۳-۳۳.

علی‌زاده، توران، فراهانی، محمد نقی، شهرآرای، مهرناز، و علی‌زادگان، شهرزاد. (۱۳۸۴). رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۵(۳): ۱۹۴-۲۰۴.

فکرت، فرانک، ابراهیمی نژاد، غلام‌رضا، و رضوی نعمت‌الهی، ویدا. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین تصویر بدنی و عزت نفس با سازگاری زناشویی در کارمندان زن دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله بهداشت و توسعه*، ۳(۴): ۴۰۰-۳۰۴.

کرمی، فروزان. (۱۳۸۸). *اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری تصویر بدن بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

لطیف نژاد رودسری، رباب، کرمی دهکردی، اکرم، اسماعیلی، حبیب‌الله، موسوی فر، نزهت، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط تصویر ذهنی از بدن با سازگاری زناشویی در زنان نابارور. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۴(۶): ۱۹-۹.

مطیعی، گلاره، آقا یوسفی، علی‌رضا، چوب ساز، فرزانه، و شقاقی، فرهاد (۱۳۹۰). اثربخشی مقابله درمانگری بر احساس تنهایی زنان نابارور. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵(۳): ۸۵-۹۸.

ملازاده، جواد، منصور، محمود، ازهای، جواد، و کیامنش، علی‌رضا. (۱۳۸۱). سبک‌های رویاروگری و سازگاری زناشویی در فرزندان شاهد. *مجله روان‌شناسی*، ۶(۳): ۲۷۵-۲۵۵.

یونسی، سید جلال، و سلاجقه، انوشه. (۱۳۸۰). تصویر ذهنی از بدن در زنان بارور و نابارور. *فصلنامه باروری وناباروری*، ۱(۳): ۲۱-۱۴.

- Abu Ali, R. M., Al Hajeri, R. M., Khader, Y. S., Ajlouni, K. M. (2009). Factor associated with sexual dysfunction in Jordanian woman and their sexual attitudes. *Annals of Saudi Medicine*, 29(4): 270-274.
- Bali, A., Dhingra, R., & Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Science*, 24(1): 73-76.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., Nygren, K.G. (2007). Intentional estimates of infertility prevalence and treatment seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Human Sexual Response*, 22(6): 1506-1512.
- Burney, R.O., Schust, D.J., Yao, M.W.M. (2007). *Infertility*. In: *Berek JS. Berek & Novak's gynecology*. 14th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cash, T. F. (1994). The situational inventory of body image dysphoria: Contextual assessment of a negative body image. *The Behavior Therapist*, 17(1): 133-134.
- Cash, T. F. (2012). Cognitive-Behavioral Perspectives on Body Image. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*, 18(3): 334-342.
- Cash, T.F., Strachan, M.D. (2002). *Cognitive behavioral approaches to changing body image*. In T.F.Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. NY: Guilford Press.
- Dalton, E.J., Rasmussen, V.N., Classen, C.C., Grumann, M., Palesh, O.G. & Zarcone, J. (2009). Sexual adjustment and body image scale (SABIS): A new measure for breast cancer patients. *The Breast Journal*, 15(3): 287-290.
- Ellis, A. (1955). New approaches to psychotherapy techniques. *Journal of Clinical Psychology Monograph Supplement*, 11(3): 207-260.
- Espósito, K., Ciotola, M., Giuglione, F., Bisogni, C., Schisano, B. & Autorino, R. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research*, 19(4): 353-357.
- Fett, A. K., Lattimore, P., Roefs, A. & Geschwind, J. A. (2009). Food cue exposure and body image satisfaction: The moderating role of BMI and dietary restraint. *Body Image*, 6(1): 14-18.
- Fischer, J. & Corcoran, K. J. (2007). *Measures for clinical practice and research: a sourcebook*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Géonet, M., De Sutter, P., & Zech, E. (2013). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 22(1): 9-15.
- Hotlist, C.S., Miller, B. (2005). Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Famrelat*, 13(2): 46-58.

- Kilic, E., Taycan, O., Belli, A.K., Ozmen, M. (2007). The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning *Turk. Turk Psikiyatri Derg*, 18(4): 302-310.
- La Rocque, C.L. & Cioe, J. (2011). An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance. *The Journal of Sex Research*, 48(4): 397-408.
- Larson, J.H., Anderson, S.M., Holman, T.B. & Niemann, B.K. (1998). A longitudinal study of the effect of premarital communication, relationship stability and self-esteem on sexual satisfaction in first years of marriage. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 24(3): 195-206.
- Latifnejad Rousari, R., Allan, H.T. & Smith, P.A. (2009). *Navigating the journey of infertility: Muslim and Christian infertile women's experiences*. In: Evans MT, Walker ED. Religion and psychology. Guildford: Nova Science Publishers.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *Plos Medicine*, 9(12):100-135.
- Meltzer, A. L. & McNulty, J. K. (2010). Body image and marital satisfaction: Evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 24(2): 156-169.
- Neziroglu, F., Mancusi, L.M. A (2012). *Proposed learning model of body dysmorphic disorder*. Croatia: InTech: InTech.
- Obi, S.N., Onah, H. E. & Okafar, I.I. (2009). Depression among Nigerian women following pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*: 105(1): 2-60.
- Pujols, Y., Seal, B.N. & Mesto, C.M. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sex Research*, 7(2): 905-916.
- Quinn-Nilas, C., Benson, L., Milhausen, R.R., Buchholz, A.C., & Goncalves, M. (2016). The relationship between body image and domains of sexual functioning among heterosexual, emerging adult women. *Sexual Medicine*, 4(3): 182-189.
- Repokari, L., Punamäki, R.L., Unkila-Kallio, L., Vilksa, S., Poikkeus, P. & Sinkkonen, J. (2007). Infertility treatment and marital relationships: A 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Human Reproduction*, 22(5): 1481.
- Rosen, J. C., Saltzberg, E., & Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 5(4): 393-404.
- Satinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S., Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, 9(1):137-44.
- Sbaraqli, C., Morgante, G., Goracci, A., Hofkens, T., De Leo, V., Castrogiovanni, P. (2008). Infertility and psychiatric morbidity. *Fertile Sterile*, 90(6): 11-21.
- Shah, M.B. (2009). Obesity and sexuality in women. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 36(2): 347-360.

- Shaheen, A., Ali, U., Kumar, H., & Makhija, P.M. (2016). Association between body image and marital satisfaction in married adults. *Journal of Basic & Applied Sciences*, 12(1): 420-425.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 10(2): 15-28.
- Stinsky, S., Reece, M., Dennis, B., Sanders, S. & Bardzell, S. (2012). An assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body Image*, 3(1): 137- 144.
- Taylor, R.R. (2013). *Cognitive behavioral therapy for chronic illness and disability*. Publisher: Springer US.
- Vahidi, S., Ardalan, A., & Mohammad, K. (2009). Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. *Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*, 21(3): 287-293.
- Woertman, L., Van Den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *The Journal of Sex Research*, 49(2-3): 184-211.

\*\*\*

### پرسشنامه سازگاری زناشویی

همیشه اختلاف داریم	تقریباً همیشه اختلاف داریم	اغلب اختلاف داریم	گاهی توافق داریم	توافقاً تماماً توافق داریم	توافق دائم داریم	لطفاً بر اساس عبارتهای زیر مشخص کنید تا چه حدودی بین شما و همسرتان تعارض وجود دارد.
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱. صرف درآمد خانواده و امور خانواده
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۲. تفریحات و تجدید قوا
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۳. موضوعها و مسائل مذهبی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۴. ابراز محبت
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۵. دوستان
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶. روابط جنسی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۷. رعایت عرف (رفتار درست یا مناسب)
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۸. فلسفه زندگی
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۹. طرز رفتار با والدین و خویشان همسر
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۰. مقاصد، هدفها و چیزهای مهم
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۱. مدت زمان با هم بودن
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۲. اتخاذ تصمیمهای مهم
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۳. انجام کارهای خانه
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۴. علائق و فعالیتهای اوقات فراغت
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۱۵. تصمیمهای شغلی و تحصیلی
هرگز	به ندرت	معمولاً	اکثر اوقات	تقریباً همیشه	همیشه	عبارتها

۱۶. چند وقت یک بار به فکر طلاق، جدایی، یا پایان دادن به رابطه خود افتاده‌اید و یا درباره آن بحث کرده‌اید؟
۱۷. چند وقت یک بار شما و همسرتان بعد از دعوا خانه را ترک کرده‌اید؟
۱۸. در کل، چند وقت یک بار فکر کرده‌اید که همه چیز بین شما و همسرتان به خوبی می‌گذرد؟
۱۹. آیا به همسر خود اعتماد و اطمینان دارید؟
۲۰. آیا اتفاق افتاده است که از ازدواج خود متأسف باشید؟
۲۱. چند وقت یک بار شما و همسرتان دعوا می‌کنید؟
۲۲. چند وقت یک بار شما و همسرتان اعصاب یکدیگر را خرد می‌کنید؟
۲۳. همسر خود را می‌بوسید؟
۲۴. آیا شما و همسرتان علائق مشترک خارج از خانه دارید؟
- موارد زیر هر چند وقت یک بار بین شما و همسرتان رخ می‌دهد.
۲۵. یک تبادل نظر دلچسب و جذاب
۲۶. با هم خندیدن
۲۷. به آرامی درباره چیزی گفتگو کردن
۲۸. در یک پروژه یا برنامه همکاری کردن
- برخی از مواردی که گاه باعث توافق یا اختلاف زن و شوهرها می‌شود به قرار زیر است. آیا اینها در چند هفته گذشته باعث اختلاف نظر یا مشکلاتی برای شما بوده است؟
۲۹. حال و حوصله رابطه جنسی نداشتن
۳۰. ابراز عشق و محبت نکردن
۳۱. موارد زیر بیانگر میزان شادکامی در رابطه شما است. نقطه وسط یعنی خشنودی یا "شادکام" بیانگر میزان شادکامی در اکثر روابط زناشویی است. لطفاً با در نظر گرفتن تمام جوانب، شماره‌ای را انتخاب کنید که بیش از همه نشان‌دهنده رابطه شما و همسرتان است.
- | بسیار ناخشنود | نسبتاً ناخشنود | کمی ناخشنود | خشنود یا شادکام | خیلی شادکام | فوق العاده شادکام | عالی |
|---------------|----------------|-------------|-----------------|-------------|-------------------|------|
| ۰             | ۱              | ۲           | ۳               | ۴           | ۵                 | ۶    |
۳۲. کدام یک از عبارتهای زیر بهترین توصیف احساس شما درباره آینده رابطه شما است؟ لطفاً عبارت انتخابی خود را با کشیدن دایره دور شماره جلوی آن مشخص کنید.
- مصرانه خواهان موفقیت رابطه خود هستم، و برای این موفقیت از هر مقدار تلاش خسته و ناامید نمی‌شوم.
- خیلی دلم می‌خواهد، رابطه ما موفق باشد، و برای این موفقیت تمام تلاش خود را می‌کنم.
- خیلی دلم می‌خواهد رابطه ما موفق باشد، و برای این موفقیت به سهم خود تلاش می‌کنم.
- خوب است که رابطه ما موفق باشد، اما نمی‌توانم برای تداوم آن بیش از این تلاش کنم.
- خوب است که رابطه ما موفق باشد، اما حاضر نیستم برای تداوم آن بیش از این تلاش کنم.
- امکان موفقیت رابطه ما هرگز وجود ندارد، و برای آن هیچ کار دیگری از من ساخته نیست.

\*\*\*

پرسشنامه چند بُعدی بدن خود

کاملاً موافقم	غالباً موافقم	ممتنع	غالباً مخالفم	کاملاً مخالفم	عبارت‌ها
۵	۴	۳	۲	۱	۱. قبل از این که بیرون بروم همیشه به قیافه‌ام توجه می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲. دقت می‌کنم لباسی بخرم که خیلی بهم بیاد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳. غالباً آزمون‌های تناسب اندامم تایید می‌شوند.
۵	۴	۳	۲	۱	۴. برایم مهم است که از نظر بدنی قدرت بالایی داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵. اندام من از نظر جنسی جذاب است.
۵	۴	۳	۲	۱	۶. در برنامه تمرینی منظم شرکت نمی‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷. قیافه‌ام را همانطور که هست دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۸. هر وقت که بتوانم، خودم را در آینه وارسی می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹. قبل از بیرون رفتن زمان زیادی را صرف حاضر شدن می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. قدرت تحمل جسمانی من بالاست.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. ورزش کردن برایم اهمیتی ندارد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. به‌صورت فعال برای متناسب نگه‌داشتن اندامم تمرین نمی‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. غالباً افراد من را خوش تیپ می‌دانند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. برایم مهم است که همیشه قیافه متناسبی داشته باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. از وسایل آرایشی اندکی استفاده می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. مهارت‌های بدنی را راحت یاد می‌گیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. داشتن تناسب اندام در زندگی من از اولویت بالایی برخوردار نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. برای افزایش قدرت بدنی خود تلاش نمی‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. قیافه لخت خودم را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. اگر تمیز و مرتب نباشم خجالت می‌کشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. معمولاً هر لباسی را که دم دست باشد می‌پوشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. در ورزش‌ها یا بازی‌های بدنی ضعیف هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. به‌ندرت درباره مهارت‌های ورزشی خود فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. برای بهبود توان جسمی‌ام تلاش می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵. تناسب لباس‌هایم را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶. برایم مهم نیست دیگران درباره قیافه‌ام چه فکر می‌کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷. برای آراستگی و تمیزی موهایم اهمیتی خاص قایلیم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸. از اندامم خوشم نمی‌آید.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹. به بهبود توانایی‌هایم در فعالیت‌های جسمانی اهمیتی نمی‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰. سعی می‌کنم از نظر جسمی فعال باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱. از نظر جسمانی آدم جذابی نیستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲. هیچ‌وقت به قیافه‌ام فکر نمی‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳. همیشه سعی می‌کنم قیافه ظاهری خودم را بهتر کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴. اندام بسیار متناسبی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵. در طول سال به‌طور منظم ورزش می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	عبارت
۵	۴	۳	۲	۱	خیلی اضافه وزن دارم
۵	۴	۳	۲	۱	خیلی لاغر هستم
۵	۴	۳	۲	۱	کمی اضافه وزن دارم
۵	۴	۳	۲	۱	کمی لاغر هستم
۵	۴	۳	۲	۱	وزن متعادلی دارم
۵	۴	۳	۲	۱	فکر می‌کنم:
۵	۴	۳	۲	۱	غالب کسانی که مرا می‌بینند فکر می‌کنند که من:

میزان رضایت خود از بدن‌تان در زمینه‌های زیر تعیین کنید.

بسیار راضی	راضی	بی تفاوت	ناراضی	بسیار نااضی	
۵	۴	۳	۲	۱	۳۸. چهره (اجزاء چهره، ترکیب چهره)
۵	۴	۳	۲	۱	۳۹. مو (رنگ مو، ضخامت مو، بافت مو)
۵	۴	۳	۲	۱	۴۰. پایین تنه (باسن، ران‌ها، پاها)
۵	۴	۳	۲	۱	۴۱. میان تنه (کمر، شکم)
۵	۴	۳	۲	۱	۴۲. بالاتنه (سینه‌ها، شانه‌ها، بازوها)
۵	۴	۳	۲	۱	۴۳. کشیدگی عضلات
۵	۴	۳	۲	۱	۴۴. وزن
۵	۴	۳	۲	۱	۴۵. قد
۵	۴	۳	۲	۱	۴۶. قیافه کلی

\*\*\*

### پرسشنامه رضایت جنسی

همیشه	بیشتر وقت‌ها	گاهی	بندرت	هرگز	عبارت
۵	۴	۳	۲	۱	۱. من احساس می‌کنم که همسرم از روابط جنسی‌مان لذت می‌برد.
۵	۴	۳	۲	۱	۲. زندگی جنسی من بسیار جالب و هیجان‌انگیز است.
۵	۴	۳	۲	۱	۳. برقراری روابط جنسی برای من و همسرم سرگرم‌کننده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۴. برقراری روابط جنسی با همسرم برای من یک کار تکراری است.
۵	۴	۳	۲	۱	۵. من احساس می‌کنم روابط جنسی زشت و ناپسند است.
۵	۴	۳	۲	۱	۶. زندگی جنسی من یکنواخت است.
۵	۴	۳	۲	۱	۷. روابط جنسی ما شتاب‌زده انجام می‌شود.
۵	۴	۳	۲	۱	۸. همسرم من از نظر کیفیت لازم است.
۵	۴	۳	۲	۱	۹. همسرم از نظر جنسی بسیار هیجان زده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. من از انجام روش‌های که دیگران در روابط جنسی خود آن را دوست دارند یا به‌کار می‌برند، لذت می‌برم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. احساس می‌کنم همسرم در روابط جنسی بیش از اندازه از من توقع دارد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. به عقیده من روابط جنسی در زندگی زناشویی بسیار مهم و جالب است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. همسرم به روابط جنسی اهمیت زیادی می‌دهد.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. من سعی می‌کنم از برقراری روابط جنسی با همسرم اجتناب کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. همسرم در هنگام برقراری رابطه جنسی خشن و تندخو است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. همسرم شریک خوبی در روابط جنسی ما است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. به‌نظر من برقراری روابط جنسی، عملکردی طبیعی در روابط است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. وقتی من تمایل به برقراری روابط جنسی با همسرم دارم او مایل نیست.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. من واقعاً احساس می‌کنم که روابط جنسی، ارتباط عاطفی ما را قوی‌تر می‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. به‌نظر من همسرم از برقراری رابطه جنسی با من اجتناب می‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. من به آسانی توسط همسرم به هیجان جنسی می‌رسم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. من احساس می‌کنم همسرم از روابط جنسی‌مان خشنود است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. همسرم به نیازها و تمایلات جنسی من بسیار حساس است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. همسرم نمی‌تواند مرا از نظر جنسی ارضا کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵. من احساس می‌کنم روابط جنسی ما خسته‌کننده است.

\*\*\*