-1- رویکردهای نظری در سلامت روانی 9

2-1-1- رویکرد روانکاوی 10

2 -1-2 رویکرد زیست شناختی 10

2-1-3-رویکرد روانی – اجتماعی 11

2-1-3-رویکرد انسان گرایی 12

2-1-4- رویکرد شناختی 12

2-1-5- رویکرد رفتاری 13

2-1-6-روان شناسی مثبت نگری رویکرد 14

2-1-7- نظریه دو عاملی سلامت روانی 15

2-1-8- نظریه بوم شناسی 18

2-1-9-الگوی شخصی – فرهنگی و ساختاری 19

2-2 رویکردهای نظری در رضايت جنسي 20

2-2-1- رویكرد بالینی و تشخیصی در بدكاري جنسي 20

2-2-2 رویكرد زیستی در بدكاري جنسي 21

2-2-3- نظریه راهبردهای جنسی 23

**عنوان صفحه**

2-2-4- رویكرد روان شناسی باروری در بدكاري جنسي 24

 2-2-5- نظریه استرس 26

2-2-6- مدل زیستی –روانی واجتماعی بدکاری جنسی در ناباروری 27

2-2-7- مدل تبادل بین فردی از رضایتمندی جنسی 28

2-3- پیشینه ی مطالعات خارجی سلامت رواني و رضايت جنسي در زنان نابارور 29

2-4- پیشینه ی مطالعات داخلی سلامت رواني و رضايت جنسي در زنان نابارور 32

2-5- فرضیه های تحقیق 33

**مبانی نظری و پیشینه ی پژوهش**

این فصل ابتدا به بررسی نظریه های مربوط به سلامت رواني و رضايت جنسي می پردازد. سپس شواهد علمی مربوط به این نظریات و روابط بین مولفه های سلامت رواني و رضايت جنسي در زنان نابارور را بررسی می نماید. پایان بخش این فصل، جمع بندی مبانی نظری و پژوهشی مربوط به روابط مؤلفه های سلامت رواني و رضايت جنسي در زنان نابارور می باشد.

**2-1- رویکردهای نظری در سلامت روانی**

انجمن ملی بهداشت روانی آمریکا[[1]](#footnote-1) ویژگی های افراد دارای **سلامت روانی** را در دو طبقه اساسی: (1) احساس رضایت و آسودگی در مورد خود، و (2) احساس رضایت درباره دیگران و توانایی انجام امور زندگی دسته بندی کرده است. از این دیدگاه، سازگاری فرایندی پیوسته است که نیاز به ساختن دارد. چون سازگاری یک رفتار همگن فردی است که سایر اعضای جامعه نیز می توانند نمودهای آن را در شخص بازشناسی کنند (پاتاک[[2]](#footnote-2)، 1990). بنابراین، **سلامت روانی** صرف فقدان اختلال یا بیماری روانی نیست بلکه شامل وجود عوامل مثبت مانند امیدواری، عزت نفس و شادکامی است (ریف و سینگر[[3]](#footnote-3)، 1998). بنابراین، سلامت روانی یک فرایند رشدی[[4]](#footnote-4) به شمار می آید که چگونگی پیدایش و تحول آن تحت تاثیر شرایط اجتماعی و فردی افراد در طی رشد می باشد.

**2-1-1- رویکرد روانکاوی**

 از دیدگاه روانکاوی[[5]](#footnote-5)، مشکلات انسان در گذشته ریشه دارند. تثبیت ها[[6]](#footnote-6) و نیروگذاری های روانی[[7]](#footnote-7) ناپخته در گذشته منجر به جستجوی الگوهای ارضا کننده لیبیدویی[[8]](#footnote-8) نامتناسب می­شوند. این الگوهای نامناسب نیز موجب محرومیت، اضطراب و یکدندگی فرد در آینده می­شوند و مانع کوشش او برای کسب رضایتمندی متناسب می­شوند. ضربه اولیه مانع هدایت و کنترل غرایز به شکل پخته و معقول می­شوند. من برتر[[9]](#footnote-9) سخت گیر هر گونه بیان غرایز را مهار می­کند و فرد را تحت فشار قرار می­دهد تا بخش اعظم انرژی روانی خود را صرف نگهداری این مهارها کند. چنین افرادی انرژی اندکی را صرف پرداختن به واقعیت می­کنند. بنابراین، به نظر فروید سلامت روانی- شناختی یک ایده آل است نه یک هنجار آماری (خدارحیمی، 1374). به عقیده فروید ویژگی­های خاصی برای سلامت روان شناختی ضرورت دارد. نخستین ویژگی خودآگاهی است. به نظر فروید، خودآگاهی برای سلامت روان شناختی کفایت کننده نیست. به عقیده وی، انسان متعارف کسی است که مراحل رشد روان جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد و در هیچ یک از مراحل بیش از حد تثبیت نشده باشد. فروید در حیطه روان شناسی نامتعارف افراد را به دو گروه روان نژند[[10]](#footnote-10) و روان پریش[[11]](#footnote-11) تقسیم کرد و هسته مرکزی بیماری روانی را اضطراب[[12]](#footnote-12)
می­داند. به عقیده فروید نوع مکانیزم­های دفاعی[[13]](#footnote-13) مورد استفاده افراد سالم، روان نژند و روان پریش متفاوت است (خدارحیمی،1374 ، دوراند و بارلو[[14]](#footnote-14)، 2010 ).

**2 -1-2 رویکرد زیست شناختی**

طبق رویکرد زیست شناختی[[15]](#footnote-15) در سلامت روانی، همه رفتارهای غیر انطباقی ناشی از اختلال عملکرد یا ساختار بدن است. تبیین چنین اختلالی یا نقص موروثی است یا نقص ناشی از آسیب یا عفونت قبل یا بعد از تولد، یا کژکاری[[16]](#footnote-16) کم و بیش فیزیولوژیکی حاصل از بعضی شرایط که در زمان خاصی ظاهر می­شوند (ساراسون و ساراسون[[17]](#footnote-17) ، 1988). گرچه در حال حاضر، اثبات این موضوع که آسیب به سلول­های مغزی سبب ایجاد چنین بیماری می­شود، در حد یک فرضیه و شاید یک گمان علمی است. ولی این که چه عواملی باعث می­شود تا این گمان علمی همچنان پا برجا باشد ناشی از پژوهش­هایی است که درباره رابطه جسم و رفتار در نوع انسان انجام شده است (ساراسون و ساراسون، 1988). هسته اصلی نقطه نظر زیست شناختی نتیجه یافته­هایی است که در مورد رابطه بین عفونت­ها و نواقص بدنی با رفتار پریشان و مختل وجود دارد. زیرا پژوهش های بالینی و همه گیر شناسی تاثیر برخی ازعوامل روانشناختی ناب برسلامت جسمانی انسان را به اثبات رسانیده­اند (خدارحیمی،1374 ، دوراند و بارلو، 2010 ).

**2-1-3-رویکرد روانی – اجتماعی**

رویکرد روانی – اجتماعی[[18]](#footnote-18) رفتار غیر انطباقی را حداقل تا حدی به عنوان نقصی در نظام حمایت اجتماعی[[19]](#footnote-19) فرد می­بیند. می­توان گفت شرایط محیطی و ویژگی­های فردی با هم تعامل می­کنند یا ترکیب می­شوند تا محصولی خاص، یعنی رفتار فرد ایجاد شود (ساراسون و ساراسون، 1988).رویکرد روانی-اجتماعی در سلامت روانی بیشتر بر تعامل فرد و جامعه استوار است. برای نمونه**،** بنا بر نظریه آدلر[[20]](#footnote-20) فرد دارای سلامت روان مطمئن و خوشبین است و ضمن پذیرفتن اشکالات خود، در حد توان اقدام به رفع آنها می­کند. همچنین فرد سالم در زندگی هدفمند و غایت مدار است و اعمال او مبتنی بر تعقیب این اهداف است. غایی ترین هدف شخصیت سالم به عقیده آدلر تحقق "خویشتن[[21]](#footnote-21)" است. از ویژگی­های دیگر سلامت روان شناختی در نظریه آدلر این است که فرد سالم به طور مرتب به بررسی ماهیت اهداف و ادراک خویش می­پردازد و اشتباهاتش را برطرف می­کند. در رویکرد روانی– اجتماعی نسبت به سلامت روان، فرد سالم از اشتباهات اساسی پرهیز می­کند و اشتباهات اساسی شامل تعمیم مطلق، اهداف نادرست و محال، درک نادرست و توقع بی­مورد از زندگی، تقلیل یا کاستن ارزشمندی خود، ارزش­ها و باورهای غلط می­باشد. به عقیده اریکسون[[22]](#footnote-22) سلامت روان شناختی اصولا نتیجه عملکرد قوی و قدرتمند "من" است. من عنوان و مفهومی است که نشان دهنده توانایی یکپارچه سازی اعمال و تجارب شخص به صورت انطباقی و سازشی است (خدارحیمی،1374 ، دوراند و بارلو، 2010 ).

**2-1-3-رویکرد انسان گرایی**

در رویکرد انسان گرایی[[23]](#footnote-23)**،** به نظر آلپورت[[24]](#footnote-24) روان نژندی پیامد نقصان و کمبود سلامت روانی است. به نظر آلپورت، نوعی تفاوت کیفی به وسعت یک اقیانوس بزرگ بین شخصیت سالم و روان نژند وجود دارد (خدارحیمی، 1374). بر عکس، رفتار افراد سالم جهت گیری خود آگاهانه دارد و با بینش[[25]](#footnote-25) و بصیرت و خود مختاری همراه است و انگیزش این افراد بیشتر در آینده ریشه دارد. آلپورت معیار سلامت روان شناختی را "امنیت عاطفی[[26]](#footnote-26)" می­نامد. چون شخص بالغ می­تواند محرومیت­ها و تحریکات غیر قابل اجتناب زندگانی را بدون از دست دادن وقار و متانت تحمل نماید. همچنین در رویکرد انسان گرایی، به عقیده راجرز "آفرینندگی" مهمترین میل ذاتی انسان سالم است. همچنین شیوه­های خاصی که موجب تکامل و سلامت خود می­شوند به میزان محبتی بستگی دارد که کودک در شیرخوارگی دریافت کرده است. "ارضای توجه مثبت غیر مشروط[[27]](#footnote-27)" و دریافت محبت غیر مشروط و تایید دیگران برای رشد و تکامل سلامت روانی فرد با اهمیت است. به عقیده وی شخصیت سالم یک فرایند است نه یک حالت، مسیر است نه مقصد. به عقیده وی شکوفایی خود نیازمند با شهامت بودن و غوطه ور شدن در جریان زندگی است. چنین افرادی آمادگی تجربه را دارند و لذا بسته نیستند، انعطاف پذیرند و حالت تدافعی ندارند و از بقیه انسان ها عاطفی ترند (خدارحیمی، 1374). مازلو[[28]](#footnote-28) انگیزش شخصیت سالم و بیمار را متفاوت می­داند. به نظر وی انگیزش شخصیت سالم، فرا انگیزش[[29]](#footnote-29) است. لذا افراد خواستار خودشکوفایی سعی و تلاش ندارند بلکه تکامل می­یابند. در حالی که افراد ناسالم تحت تاثیر " نیازهای کمبود[[30]](#footnote-30) " هستند ولی افراد سالم تحت تاثیر " نیازهای بودن[[31]](#footnote-31) " هستند (خدارحیمی، 1374).

**2-1-4- رویکرد شناختی**

در رویکرد شناختی نسبت به سلامت روان تاکید اساسی و عمده متوجه فرایندهای درونی است. البته رویکردشناختی بر این تاکید دارد که افراد چگونه اطلاعات را کسب کرده و تفسیر می­کنند و آنها را برای حل مشکلات بکار می­گیرند (كاپلان و سادوك[[32]](#footnote-32)، 1988). برای نمونه، کلی[[33]](#footnote-33) بر نقش سازه­های شخصی[[34]](#footnote-34) به عنوان علل واکنش­های هیجانی تکیه می­کرد. بنابراین، کلی معتقد بود که شناخت پیش از هیجان روی می­دهد (ساراسون و ساراسون، 1988). به نظر کلی، افراد سالم خواهان ارزیابی سازه­های شخصی خود هستند و درستی نوع تعامل خود را با دیگران آزمایش می­کنند (خدارحیمی، 1374). آلیس[[35]](#footnote-35) یکی دیگر از نظریه پردازان دیدگاه شناختی، در پیدایش بیماری روانی یا سلامت روان شناختی هر سه عامل فیزیولوژیکی، اجتماع و روان شناختی را مورد توجه قرار می­دهد. به نظر او عدم سلامت روانی انسان از تمایلات ذاتی و نامطلوب هر انسان برای نیاز مفرط به برتری از دیگران و همه فن حریف شدن، توسل به عقاید احمقانه و بدبینانه، پرداختن به تفکرات و آرزوها، توقع خوش رفتاری و خوبی مداوم از دیگران، محکومیت خویشتن و تمایلات عمیق به زودرنجی و آشفتگی ناشی می­شود (خدارحیمی،1374 ، دوراند و بارلو، 2010 )..

**2-1-5- رویکرد رفتاری**

رویکرد رفتاری نیز برای مفهوم سلامت روان بر اساس یادگیری[[36]](#footnote-36) استوار است. گروه اول ظریات رفتاری معتقد است رویدادهای پنهان مثل افکار و احساسات رفتار به حساب نمی­آیند. این گروه به رهبری اسکینر[[37]](#footnote-37) معتقدند تنها با کنار گذاشتن همه امور مربوط به فرایند درون می توان رویکردی کاملا علمی نسبت به رفتار داشت. این رویکرد محیط گرایانه محض، تبیین رفتار را تنها بر رویدادهای مشاهده شده پایه می گذارد. ولی از دید نظریه پردازان گروه دوم که موسوم به نظریه پردازان یادگیری اجتماعی[[38]](#footnote-38) هستند، عقیده بر این است که عواملی چند با یکدیگر تلفیق می­شوند تا رفتار اجتماعی را شکل دهند و اثر تجارب یادگیری را تعدیل کنند. هرچند نظریه پردازان یادگیری اجتماعی معتقدند رویدادهای ناآشکار به صورت واسطه­های بین محرک خارجی و رفتار آشکار عمل می­کنند، اما ماهیت این فرایند روشن نیست (كاپلان و سادوك، 1988). بنابراین، سلامت روانی و انسان سالم به عقیده اسکینر معادل با رفتار منطبق با قوانین و ضوابط جامعه است و چنین انسانی وقتی با مشکل روبرو می شود از طریق شیوه اصلاح رفتار[[39]](#footnote-39) برای بهبودی و بهنجار کردن رفتار خود و اطرافیانش بطور متناسب استفاده می­جوید تا وقتی که به هنجار پذیری اجتماعی برسد (خدارحیمی، 1374). حال آن از دیدگاه رویکرد یادگیری اجتماعی - شناختی[[40]](#footnote-40)، هرگونه واکنش به شرایط اجتماعی و فیزیکی تابع یادگیری الگویی و مشاهده غیر مستقیم یا غیر مستقیم است. بدیهی است این فرایند الگوسازی[[41]](#footnote-41) شامل مراحل: توجه، یادسپاری، بازآفرینی و ارزیابی است (سیف، 1385).

**2-1-6-روان شناسی مثبت نگری رویکرد**

روان شناسی مثبت نگری[[42]](#footnote-42) دربهداشت روانی دوعامل اصلی خطرآفرین وحمایت آفرین در اقشار مختلف جامعه تاکید دارد. سازه خطرآفرین ابتدا از مطالعات همه گیر شناسی سرچشمه گرفت که هدف آن شناسایی همبستگی های آماری عوامل مرتبط با بیماری ها واختلالات بوده است .عوامل خطرآفرین را می توان به دونوع فردی یا محیطی دسته بندی کرد که با افزایش احتمال رخداد پیامدهای منفی در رابطه است. درحالی که عوامل حمایت گر شامل زمینه های فردی ومحیطی است که توانایی شخص را برای مقاومت در برابر رویدادهای خطرآفرین و عوامل فشارزای روانی افزایش می دهد، وموجب شایستگی وسازگاری می گردد. به همین دلیل دو عامل خطرآفرین وحمایت گر نشانگر اصلی احتمال رخداد مشکل به شمار می آیند وبرای پیش بینی پیامدهای حمایت های خاص سودمند هستند (دورلاک[[43]](#footnote-43)، 1997).

 با این که عوامل خطرآفرین وحمایتگر اطلاعات عمومی برای شروع مداخله را در اختیار می گذارند، ولی شناخت فرآیندها یا سازوکارها نیزکمک می کند تابتوانیم موقعیت ها را ازجهت این دو عامل بهتر مورد توجه وکنکاش قراردهیم. ازطرفی باید توجه کرد فقدان عامل خطرآفرین به معنای وجودعامل حمایت گری نیست، بلکه عامل حمایتگر وقتی وجود دارد که عامل خطرآفرین نیز وجود داشته باشد.در واقع ،عامل حمایت گر زخم پذیری[[44]](#footnote-44) فرد نسبت به عامل خطر را می کاهد ولی توانایی اورا درسایر زمینه ها افزایش نمی دهد. بنابراین، منابع حمایتی یا کمک های رشدی مسئول افزایش پیامدها هستند و شاخص شایستگی گروه های مختلف سنی به شمار می آید. منابع رشدی شامل ارکان پدیدآورنده گسترش سلامتی وبهزیستی در گروه های سنی است (اسکلیز و لفرت[[45]](#footnote-45)، 1998). به همین دلیل، پیشگیری[[46]](#footnote-46) ازمشکلات روانی به عوامل پیشگیری و رشد مثبت بستگی دارد. هرچند الگوی پیشگیری از سده 1900 آغاز شده است (خدارحیمی و بیت مشعل، 1380)، ولی جنبش پیشگیری نوین درخصوص بهداشت روانی به 20 تا 25 سال قبل برمی گردد. مفهوم پیشگیری ازبهداشت عمومی ورویکردهای همه گیر شناسی برای پیشگیری از بیماری ها پدیدآمده است و به تدریج وارد حوزه بهداشت روانی گردیده است. این رویکرد بنیان بسیاری از برنامه های مداخله ای و یاری رسانی به گروه های مختلف سنی در کشورهای پیشرفته است (دورلاک،1997). ازدیدگاه تاریخی پیشگیری در سه سطح نخستین، دومین و سومین دسته بندی شده است. پیشگیری نخستین به جلوگیری از رخداد زودرس یا اولیه یک مشکل درجامعه طبیعی مربوط می شود .پیشگیری دومین شامل ارائه خدمات ومداخله به کسانی است که علائم اولیه اختلالات را نشان می دهند. در حالی که پیشگیری سومین شامل کاهش اختلال در بین گروهی از افراد است که قبلا مشکل را تجربه کرده اند (خدارحیمی و بیت مشعل، 1380). از دیدگاه برنامه ریزی، دو راهبرد در الگوی پیشگیری برای کاهش و حذف عوامل خطرآفرین و افزایش عوامل حمایت گر وجود دارد. این دوراهبرد شامل نقاط قوت ومهارت ها یا شایستگی ها است که به گروه های هدف کمک می کند تا بهتر بتوانند با عوامل فشارزای روانی مقابله کنند و با مشکلات به چالش بپردازند (دورلاک،1997). به همین دلیل، فرض بر این است الگوی پیشگیری در قالب بوم شناختی[[47]](#footnote-47) قابل اجراست. چون هردو عامل خطرآفرین وحمایت گر هم در درون افراد وهم در بین سطوح محیط حاکم برزندگی افراد همانند خانواده، گروه های همسالان ، مدارس و جامعه وجود دارند.

**2-1-7- نظریه دو عاملی سلامت روانی**

اغلب نظریات و پژوهش های مربوط به **سلامت روانی** بر اشکال متفاوت آسیب شناسی روانی تاکید کرده اند. ولی وضعیت **سلامت روانی** افرادی که علائم بالینی آسیب شناسی روانی را نشان نمی دهند به درجات مختلف نادیده گرفته شده است ( کیز[[48]](#footnote-48)، 2002). با این وجود، الگوهای سنتی **سلامت روانی** بر اساس دو گروه عمده اختلالات روان شناختی درون ریزی و برون ریزی[[49]](#footnote-49) در راهنمای آماری و تشخیصی بیماریهای روانی[[50]](#footnote-50) دسته بندی شده اند ( انجمن روانپزشکی آمریکایی[[51]](#footnote-51)، 2000). حال آن که در جهان معاصر بهزیستی فردی تنها به معنای فقدان بیماری یا اختلال و پیامدهای منفی همانند مشکلات رفتاری نیست ( داینر[[52]](#footnote-52) ، 2000). ولی آسیب شناسی روانی نیز دارای دو طیف اساسی می باشد که یکی اختلالات برون ریزی مانند اختلال مقابله است و دیگری اختلالات درون ریز است که شامل افسردگی و اضطراب است ( جهودا[[53]](#footnote-53)، 1958). بدیهی است چنین رویکردی در **سلامت روانی** بر اساس الگوی پزشکی سنتی از مفهوم سلامتی استوار است. چون فقدان آسیب شناسی روانی بهزیستی مثبت فرد را نشان می دهد (جهودا ، 1958).

در نظریه پردازی جدید از مفهوم **سلامت روانی**، رشد مثبت شامل شاخص های مثبت از قبیل: رضایتمندی از زندگی، احساس کنترل بر شرایط، امید واری، خودکارآمدی، **عزت نفس** و کیفیت روابط اجتماعی و بین فردی است ( لوپز و اسنیدر[[54]](#footnote-54)، 2003). داینر، لوکاس و اویشی[[55]](#footnote-55) (2002) عنوان کرده اند صرف فقدان بیماری معیاری متناسب برای توصیف وضعیت **سلامت روانی** فرد نمی باشد. چون میزان شادکامی و سازگاری مطلوب فرد را از لحاظ ابعاد رشد نشان نمی دهد. در همین راستا، داینر (2000) توجه به شاخص های مثبت را بخشی از روان شناسی مثبت نگر قلمداد کرده است که برای موفقیت برنامه های بهداشت روانی در هر جای دنیا ضروری است. ویلکینسون و والفورد[[56]](#footnote-56) (1998) در یک نظریه پردازی جدید **سلامت روانی** را در دو مولفه بهزیستی یا سلامتی[[57]](#footnote-57) و پریشانی[[58]](#footnote-58) مورد توجه قرار داده اند. بنابر شواهد تجربی آنان، اضطراب و عواطف منفی به ایجاد پریشانی روانی منجر می شوند. ولی شادمانی و عواطف مثبت سازه بهزیستی را تشکیل می دهند. یافته های ناشی از آزمایش این الگو نشان می دهد **سلامت روانی** و اختلال روانی دو پیوستار در یک طیف هستند و وجود یکی از آنها نمی تواند به معنای عدم وجود الزامی بعد دیگر باشد. بنابراین، رویکرد مورد نظر ویلکینسون و والفورد (1998) می تواند زمینه رشد مثبت را فراهم سازد. این الگو نظری با رویکرد جهودا (1918) همخوانی دارد که عقیده داشت فقدان بیماری و اختلال گرچه برای احساس **سلامت روانی** لازم است ولی صرف وجود عدم بیماری معیار کافی برای **سلامت روانی** به شمار نمی آید. این نظریه به عنوان جایگزین الگوی پزشکی سنتی از **سلامت روانی** ارایه گردیده است ( روزر، اکلزر و اسماروف[[59]](#footnote-59)، 2000). این نظریه هم شاخص های سنتی آسیب شناسی روانی را در بر می گیرد و هم به شاخص های مثبت بهداشت روانی می پردازد. در این نظریه، شاخص های مثبت شامل احساس کلی **سلامت روانی** یا میزان رضایتمندی از زندگی و میزان پریشانی یا استرس در روابط اجتماعی است.

در نظریه پردازی جدید از مفهوم سلامت روانی، الگوی تعالی طلبی[[60]](#footnote-60) توسط کیز (2002) در حوزه مددکاری اجتماعی ارایه شده است و **سلامت روانی** را بر اساس وجود یا فقدان عواطف و عملکرد مثبت مفهوم سازی کرده است. به اعتقاد کیز (2002) کسانی که دارای **سلامت روانی** مثبت و کامل هستند افرادی هستند که دارای ویژگی های تعالی طلبی می باشند و با سطوح بالای بهزیستی روانی و عملکرد مثبت[[61]](#footnote-61) مشخص می گردند. حال آن که افراد دارای **سلامت روانی** متوسط و افرادی که دارای **سلامت روانی** ناکامل هستند دارای عملکرد مثبت و بهزیستی بسیار پایین می باشند. این افراد زندگی خود را خالی و پوچ توصیف می کنند. سرانجام افراد دارای اختلال روانی و پژمردگی[[62]](#footnote-62) این دو شاخص را در سطح حداقل ندارند و انواع نشانه های بالینی[[63]](#footnote-63) را نشان می دهند.

 در نظریه پردازی جدید از مفهوم سلامت روانی، الگوی عوامل حمایت گر[[64]](#footnote-64) در مقابل افسردگی توسط پارک[[65]](#footnote-65) (2003) برای بهداشت روانی افراد ارایه گردیده است. پارک (2003) معتقد است ترویج و گسترش سلامتی بهتر از درمان افسردگی است. به اعتقاد پارک (2003) به جای صرف درمان علائم افسردگی شناسایی عوامل حمایت گر در مقابل افسردگی در افراد می تواند زمینه رضایت بیشتر آنان از زندگی را فراهم سازد و چنین رویکردی مزایای عاطفی و اقتصادی بیشتری دارد. به اعتقاد پارک (2003) با ترویج سلامتی می توان از بروز میزان بالای افسردگی و اختلال روانی در زندگی جلوگیری کرد. در این الگو به غیر از ترویج احساس سلامتی ترویج سایر سازه های مثبت مانند امیدواری و کنترل بر رویدادها نیز دارای اهمیت پیشگیرانه بسیاری می باشند.

در نظریه پردازی جدید، برخی از نظریه پردازان **سلامت روانی** را بر حسب مدل های کمک جویی[[66]](#footnote-66) برای انواع خدمات بهداشت روانی تبیین کرده اند. بنابر عقیده ایرالدی و همکاران (2006) الگوهای کمک جویی شامل چهار مرحله می باشند که عبارتند از: بازشناسی مسئله[[67]](#footnote-67) یا مشکل، تصمیم گیری برای جستجوی کمک، انتخاب سرویس یا خدمات و الگوی بهره گیری از خدمات. با این وجود، ایرالدی و همکاران (2006) نشان داده اند روند کمک جویی کودکان برای **سلامت روانی** متاثر از دو عامل شبکه های اجتماعی[[68]](#footnote-68) و نگرش نسبت به بهداشت روانی می باشد.

واقعیت این است که **سلامت روانی** و فرایند کمک جویی با ادراک و تشخیص مشکل توسط افراد شروع می شود. نظریه آستانه **سلامت روانی** تاکید می کند که آستانه افراد در مورد نوع نشانه های روانی و میزان شدت آن متفاوت است ( آرسیا و فرناندز[[69]](#footnote-69)، 2003). طبق نظریه الگوی آستانه[[70]](#footnote-70)، آسیب شناسی روانی نه تنها شامل رفتار واقعی افراد می شود بلکه از دریچه چشم جامعه نیز مورد بررسی قرار می گیرد ( وایز و همکاران[[71]](#footnote-71)، 1998). طبق این نظریه فرهنگ[[72]](#footnote-72) تعیین کننده آستانه پریشانی روانی و مشکلات روانی در افراد می باشد. بنابراین نظریه، دیدگاه افراد در فرهنگ های مختلف نسبت به آستانه و مرزهای مشکلات متفاوت است. بنابراین نظریه، متغیرهای فرهنگی در تعیین مرزهای مشکلات رفتاری و عاطفی افراد نقش اساسی ایفا می کنند. همچنین روش مواجهه[[73]](#footnote-73) جامعه با آسیب شناسی روانی افراد نیز تحت تاثیر فرهنگ قرار می گیرد و دارای آستانه های متفاوتی است. طبق این نظریه، انواع خاصی از رفتارها و جنسیت افراد در تشخیص و شناسایی مشکلات روانی نقش مهمی دارد. طبق این نظریه، مشکلات یا اختلالات برون ریزی مانند پرخاشگری و کمبود توجه بیشتر موجب آشفتگی می شوند و به همین دلیل در این موارد افراد سریعاً برای درمان ارجاع می گردد ( هارتونگ و ویدیگر[[74]](#footnote-74)، 1998، کینان و شاو[[75]](#footnote-75)، 1997). سرانجام این نظریه نقش قومیت و نژاد را در آستانه آسیب شناسی روانی افراد مورد تایید قرار داده است ( وایز و همکاران، 1988).

**2-1-8- نظریه بوم شناسی**

بنابراین نظریه، عوامل خطرساز و حمایت گر مختلفی بر وقوع آسیب شناسی روانی در افراد موثر است. طبق این نظریه، هم فرد و هم محیط در شکل گیری مشکلات رفتاری در افراد تاثیر گذار هستند. طبق این نظریه، عوامل درون فردی[[76]](#footnote-76)، عوامل میان فردی[[77]](#footnote-77)، جنسیت، مزاج[[78]](#footnote-78)، رشد شناختی و مسایل مربوط به روابط اجتماعی و بازشناسی اجتماعی[[79]](#footnote-79) در پیدایش مشکلات آسیب شناسی روانی تاثیردارند (سانسون و همکاران[[80]](#footnote-80)، 1993، مک گی، پاتریج، ویلیامز و سیلوا[[81]](#footnote-81)، 1991، کمپل[[82]](#footnote-82)، 1990، پاترسون، دی پارشی و رامسی[[83]](#footnote-83)، 1989).

با این وجود، نظریه بوم شناسی تاکید می کند که شایستگی شناختی و اجتماعی[[84]](#footnote-84) عوامل حمایت گر در مقابل رخداد اختلالات آسیب شناسی روانی هستند. چون ازطریق فراهم ساختن منابع روان شناختی[[85]](#footnote-85) برای کنترل و مدیریت شرایط فشار زای روانی مانع بروز این اختلالات می شوند. همچنین شناخت اجتماعی ازطریق فرایند حل مشکل در شرایط اجتماعی موجب سازگاری رفتاری بهتر در افراد می گردد. ازسوی دیگر، ظرفیت درک و فهم روابط اجتماعی در افراد توانایی آنان را برای کنترل و مهار اختلالات آسیب شناسی روانی افزایش می دهد ( دودج[[86]](#footnote-86)، 1993).

**2-1-9-الگوی شخصی – فرهنگی و ساختاری**

الگوی شخصی، فرهنگی و ساختاری در سلامت روانی توسط تامپسون[[87]](#footnote-87) (2006) ارایه شده است. این الگو برای درک سلامت روانی در حیطه های جامعه، فرهنگ عمومی و نگرش های افراد سودمند است. به اعتقاد تامپسون (2006) سلامت روانی نیز همانند سایر رفتارهای آدمی از محیط فرهنگی حاکم بر زندگی آدمیان تأثیر می پذیرد. به همین جهت، احساس سلامت روانی نیز از تأثیر باورها، نگرش ها و رفتارهای کلیشه ای و پیشداورانه در امان نیست
 (شکل 1).

**شکل 1-الگوی شخصی ، فرهنگی و ساختاری تامپسون (2006)**

 طبق مدل تامپسون (2006) زمینه اصلی برای نیل به سلامت روانی خود آگاهی[[88]](#footnote-88) است. این خودآگاهی مستلزم رها شدن از پیشداوری ها و کلیشه هایی است که منافع رسیدن به کمال روانشناختی می گردد. طبق این مدل، به دلیل وجود مسایلی چون انگ زدن و بدنامی اجتماعی[[89]](#footnote-89) بسیاری از مردم از روبرو شدن با مسایل روانی خود می ترسند. همچنین طبق این الگو ساختارهای کلان موجود در جامعه وفرهنگ عمومی از تعیین گروه های سلامت روانی می باشند. برخی از این ساختارهای فرهنگی شامل جنسیت ، طبقه اجتماعی ، شغل و . . . می باشند (تامپسون ،2006). افزون بر این، در این مدل عوامل شخصی همان ادراکات، افکار، احساسات و رفتارهای فردی می باشد. فرهنگ شامل باورها و عقاید مشترک اجتماعی در مورد موقعیت ها یا وضعیت های خاص است که بدنبال آن موجب ترویج انواع قضاوت های اجتماعی در آن باره می شود. عوامل ساختاری نیز چگونگی ساختار جامعه و عوامل مختلف آن مانند پیشداوری ، تبعیض و . . . در اقشار جامعه را شامل می شود (تامپسون ،2006).

**2-2 رویکردهای نظری در رضايت جنسي**

چرخه پاسخ جنسی درزنان بوسیله عوامل روان شناختی، محیط و فیزیولوژیک (هورمونی، عروقی، عضلانی و عصب شناختی)تنظیم می شود و نقش این عوامل برروی همدیگر تاثیردارد. براساس این مطالعات، مرحله آغازین چرخه پاسخ جنسب میل و رغبت است که سپس با چهارکارکرد برانگیختگی ، پذیرش، ارگاسم و نتیجه پایانی همراه است (مسترز و جانسون، 1996). بنابراين، دسته بندي رضايت جنسي و بدكاري جنسي زنان براساس سه مرحله متوالي ميل ،‌ برانگيختگي و ارگاسم انجام گرديده است .

**2-2-1- رویكرد بالینی و تشخیصی در بدكاري جنسي**

شایع ترین اختلالات بدکاری جنسی در زنان عبارتند از: (1) اختلالات میل جنسی[[90]](#footnote-90)، (2) اختلالات برانگیختگی جنسی[[91]](#footnote-91)، (3) اختلالات ارگاسم[[92]](#footnote-92)، و (4) اختلالات درد جنسی[[93]](#footnote-93) مانند مقاربت دردناک و واژینیسموس[[94]](#footnote-94) (انجمن روانپزشکی آمریکا[[95]](#footnote-95)، 1994، باسن و برمان[[96]](#footnote-96)، 2000). نسخه تجديد نظر شده چهارم راهنماي آماري و تشخيص بيماري هاي رواني بدكاري جنسي زنان را به: (1) اختلالات ميل جنسي (تأثير تفكرات مربوط به سكس يا انگيزش براي اقدام به فعاليت جنسي)، (2) برانگيختگي (تأثير تحريك فیزیولوژیک روان شناختي بر پاسخ دهي به محرك جنسي)، (3) ارگاسم (تأخير ،كاهش يا فقدان شدت در لذت و احساس جنسي)، و (4) درد (درد تناسلي و لگني در قبل،‌ حين يا پس از فعاليت جنسي دسته بندي كرده است (انجمن روان شناسي آمريكا، 2000).

طبق DSM-IV-TR اختلال كم كاري ميل جنسي[[97]](#footnote-97) يك حالت پايدار و بازگشت كننده است كه فاقد تخيلات جنسي و ميل براي فعاليت جنسي است كه در نهايت موجب مشكل در روابط ميان فردي مي شود. اين اختلال معمولاً پايدار است و مي تواند جنبه اكتسابي- طولاني مدت يا موقعيتي –فراگير داشته باشد. در اين اختلال،‌ معمولا ً‌زن تمايلي براي اقدام به فعاليت جنسي ندارد،‌ و انگي‍زش لازم براي برانگيختگي جنسي را ندارد. البته اين عدم تمايل جنبه انفعالي ندارد و در پاسخ به اضطراب و ترس نيست. اختلال برانگيختگي جنسي زنانه[[98]](#footnote-98) در DSM-IV-TR به معناي ناتواني پايدار و بازگشت كننده براي دستيابي يا نگهداري برانگيختگي جنسي تا هنگام فعاليت جنسي كامل و مناسب مي باشد. اين اختلال به معناي فقدان پاسخ روان كاري[[99]](#footnote-99) و تورم تناسلي در هنگام تهييج جنسي است كه در نهايت موجب ايجاد مشكلات ميان فردي مي شود. اين اختلال نيز ممكن است جنبه اكتسابي - طولاني مدت يا موقعيتي- فراگير داشته باشد. اين اختلال بر برانگيختگي جنسي زنان متمركز است كه شامل تهييج جنسي، احساس بيداري جنسي و تغييرات فيزيولو‍ژيك در نوك پستان و سينه است. همچنين روان كاري مهبلي[[100]](#footnote-100) ناشي از پاسخ بازتابي به محرك جنسي است و هميشه مترادف با تجربه ذهني زن در مورد شروع عمل جنسي نيست (مستون و برادفورد[[101]](#footnote-101)، 2007).

**2-2-2 رویكرد زیستی در بدكاري جنسي**

باروری حاوی پراکنش ژنتیک[[102]](#footnote-102) است و این پراکنش در ساختار ژنتیک انسان ریشه دارد.
 یافته های حاصل از پژوهش های ژنتیک رفتاری و ملکولی نشان می دهد در پدیده باروری یک پراکنش ژنتیک وجود دارد و علائم نشانگر آن شامل ازدواج ، انتظارات مربوط به باروری و تلاش برای بارور شدن (حاملگی) است. یافته های ژنتیک رفتاری و ملکولی نشان می دهد واریانس ژنتیک باروری در دوره هایی کوتاه تحت تأثیر هنجارهای اجتماعی قرار می گیرد. همچنین تأثیر ژنتیک بر باروری با شروع زایش بچه مرتبط است (رودجرز و همکاران[[103]](#footnote-103) ،2001). شواهد نشان می دهد زنان در میانه سیکل تخمک گذاری در طی ماه بیشتر تمایل دارند که اندام و رفتارهای مردانه را در قالب جنسی ادراک نمایند و زنان در این دوره از تخمک گذاری تمایل و جذابیت بیشتری را نسبت به مردان نشان می دهند ( گانک استاد ، ثورن هیل و گراورآیگاز[[104]](#footnote-104)، 2005). افزون بر این، متخصصان بر این عقیده هستند مردان نمی توانند در گونه انسانی نشانه های مربوط به دوره قریب الوقوع تخمک گذاری زنان را تشخیص دهند زیرا دوره تخمک گذاری زنان یک دوره پنهان است. لیکن پژوهش های اخیر نشان داده است برخی از نشانه های آشکار در طی دوره قریب الوقوع تخمک گذاری در زنان وجود دارد که شامل رفتارهای اجتماعی، بوی بدن، صداها و برخی از جنبه های زیبایی جسمانی است. چنانچه مردان بتوانند به این نشانه های دوره تخمک گذاری توجه نمایند احتمال باروری افزایش می یابد (هاسلتون و گیلدراسلیو[[105]](#footnote-105)، 2011) .

یکی از عوامل فیزیولوژیک مؤثر بدکاری جنسی زنان مغز است. مهمترین بخش های مغز که در بدکاری جنسی زنان نقش دارند شامل دستگاه کناری و قشر مخ[[106]](#footnote-106) می باشد. چون پاسخ طبیعی جنسی مستلزم یکپارچگی کالبد شناختی و کارکردی در کل مغز و دستگاه کناری[[107]](#footnote-107) می باشد. همچنین دستگاه کناری با هماهنگی قطعه پیشانی[[108]](#footnote-108) قشر مخ در رفتار جنسی نقش اساسی دارد. چون قطعه پیشانی مسئول بازداری بر روی رفتاری غریزی جنسی است. در حالی که دستگاه کناری مسئول آغاز میل جنسی و پدیده های مرتبط با رفتار جنسی است. قشر مخ از طریق هدف گذاری نهایی درون داده های حسی ناشی از اندام های حسی مختلف در رفتار جنسی زنان مؤثر است. به گونه ای که بوها، مزه ها، کلمات، مناظر یا محرکات لمسی مختلف می توانند از طریق قشر مخ و دستگاه کناری بر علامت گذاری و رمز گردانی رفتار جنسی در زنان مؤثر واقع شوند (گرازیوتین و گیرالدی[[109]](#footnote-109)، 2006).

 افزون براین، سه ناقل عصبی دوپامین، نوراپی نفرین و سرتونین[[110]](#footnote-110) به بدکاری جنسی در زنان مؤثر هستند. همچنین نوروپپتیدها (پپتیدهای افیونی مغز) و نور و هورمون ها (اکستین و وازوپرسین) و نوروتروفین (شامل عامل رشد عصب) بر بدکاری جنسی در زنان مؤثر هستند. افزون براین، عدم تقارن نیمکره ای و دو شکلی بودن[[111]](#footnote-111) مغز در کارکرد جنسی زنان تأثیر دارد. به طوری که بخش عمده نشانه های جنسی در زنان شامل افزایش برانگیختگی ذهنی می باشد که در برگیرنده صمیمیت کلامی مانند داشتن یک گوش شنوا و دقیق ازسوی همسر می باشد. چنین همسری می تواند با کلمات عاطفی و شهوانی زن را برانگیخته نماید یا عکس آن می تواند موجب بدکاری جنسی در زنان گردد (گرازیوتین و گیرالدی، 2006).

 یکی دیگر از نواحی عصبی مؤثر در بدکاری جنسی زنان ناحیه پیش بینایی در هیپوتالاموس می باشد که مرکز سیستم عصبی خودکار می باشد. این منطقه در الگوی چرخه ای باروری و تخمک گذاری در زنان اهمیت شایانی دارد. افزون براین، تشخیص دهنده های نیاز مسئول فعال سازی دستگاه های دستور عاطفی بنیادین در زنان می باشند. این دستورهای عاطفی بنیادین شامل جستجو کردن، خشم، ترس و وحشت (هراس ) می باشند که در هیپوتالاموس قرار دارند و می توانند موجب بدکاری جنسی در زنان شوند. افزون براین، فرومون ها در دوره باروری و تخمک گذاری در زنان به اوج فعالیت خود می رسند حال آن که پس از یائسگی به شدت افول می کنند. بنابراین، فرومون ها نیز بر رفتار بدکاری جنسی در زنان مؤثر هستند چون در جذابیت جنسی و تولید مثل تأثیر دارند. سرانجام، مسیرهای یاخته ای در ستون فقرات در شروع، تداوم و پایان رفتار جنسی در زنان مؤثر هستد. این مسیرهای یاخته ای شامل: شبکه برتر زیر شکمی، شبکه زیر شکمی میانی، شبکه حالب، شبکه شریان ایلیاک داخلی و شبکه تحتانی واقع در زیر شکم می باشند (گرازیوتین و گیرالدی، 2006).

بسیاری از مطالعات نشان داده اند بین میل جنسی زنان و هورمون های استروئید (بویژه استروژن و آندروژن[[112]](#footnote-112)) رابطه وجود دارد. این هورمون ها در زنان توسط غدد فوق کلیوی و تخمدان ها ترشح می شوند. بنابراین، اختلالات کنشی تخمدان و محور هیپوتالاموس– هیپوفیز– آدرنال[[113]](#footnote-113) در این موضوع نقش اساسی دارند و با کاهش میل جنسی در زنان مرتبط می باشند. همچنین مشکلات جنسی ناشی از یائسگی به دلیل کاهش عملکرد تخمدان به کاهش ترشح استروژن منجر می شوند. مطالعات جدید نشان داده است یائسگی ناشی از جراحی یا افورکتمی[[114]](#footnote-114) (برداشتن تخمدان با جراحی) در مقایسه با یائسگی طبیعی بیشتر به اختلال کم کاری میل جنسی منجر می شوند. افزون براین، کمبود استروژن برای نگهداری ساختار و کارکرد بافت مهبلی ضروری است. کمبود استروژن موجب مشکلات برانگیختگی تناسلی مرتبط با روان كاري مهبلی و آتروفی بافت مهبلی می شود. بنابراین، آندروژن ها موجب فقط میل جنسی و خلق می شوند و عملکرد بافت مهبلی را افزایش می دهند (مستون و رادفورد، 2007).

 آخرین عامل زیستی مؤثر بر بدکاری جنسی در زنان اندام های تناسلی خارجی زنان می باشد. بنابراین، معاینه خارجی و داخلی اندام های تناسلی در مشاوره جنسی اهمیت دارد. فرج[[115]](#footnote-115)، مونی پوبیس[[116]](#footnote-116)، لابیا ماژورا[[117]](#footnote-117)، لابیا منیور، کلیتوریس، وستیبولا، هشتی فرج، پرده بکارت، واژن، غدد دهلیزی مهبل، مثلث ادراری و ماهیچه های کف لگن از جمله ساختارهای تناسلی هستند که آسیب شناسی آنها می تواند موجب بدکاری جنسی در زنان شود. در نهایت، آناتومی عروق تناسلی و نوروفیزیولوژی پیرامونی نیز بایستی به عنوان دو بخش عمده درعوامل زیستی مربوط به بدکاری جنسی زنان مورد توجه قرار بگیرند (گرازیوتین و گیرالدی، 2006).

**2-2-3- نظریه راهبردهای جنسی**

نظریه راهبردهای جنسی[[118]](#footnote-118) یکی از نظریه های مهم در حوزه همسر گزینی است ( باس و شمیت[[119]](#footnote-119)، 1993) . طبق این نظریه، فرآیند همسرگزینی[[120]](#footnote-120) یک استراتژی معطوف به هدف است و انتخاب همسر نوعی راه حل برای مشکلاتی است که از لحاظ تولید نسل[[121]](#footnote-121) رویاروی بیشتر می باشد . برای نمونه، از دیدگاه تکامل زنان و مردان از انتخاب همسر بیمار اجتناب کرده اند چون از لحاظ تولید نسل برای آنها مضر بوده است. بر اساس این دیدگاه، روابط دراز مدت انواع رفتارهای جفت گزینی را تببین نمی کنند. بر اساس این دیدگاه، جستجوی روابط کوتاه مدت و درازمدت روانی در شرایطی ادامه می یابد که در مقایسه با هزینه های آن برای زنان و مردان منافعی داشته باشد. همچنین باروری موجب می شود زنان در روابط زوجی خود پایدار باشند چون با کمک این موضوع می توانند با حمایت همسرشان بسیاری از مسایل را حل و فصل کنند. طبق این نظریه، مزایای اصلی بارداری برای زنان شامل احساس امنیت اقتصادی، حمایت فیزیکی و انتقال زمینه های ژنتیک خود به فرزندانشان می باشد. طبق این نظریه، مردان به این دلیل همسر جوان انتخاب می کنند چون احتمال باروری او بیشتر است. چون جذابیت جسمانی شاخص سلامت برآورد می شود و با علایمی چون سن کمتر، چشمان و پوستان شفاف، برازندگی بدنی و قابلیت عضلانی خوب مشخص می گردد (تان سند[[122]](#footnote-122)، 1989، باس و شمیت[[123]](#footnote-123) ، 1993، باس، 1998 )

**2-2-4- رویكرد روان شناسی باروری در بدكاري جنسي**

از دیدگاه تاریخی، پژوهش های روانشناسی ناباروری بر آسیب شناسی روانی تأکید داشته اند. در دهه های 1940 تا 1950 نظریه های روانکاوی[[124]](#footnote-124) در ناباروری عقیده داشتند که ناباروری ناشی از طرد ناخودآگاه مادری، زنانگی ناپخته و تعارضات هویت جنسیتی است. در آن دوره حدود 50 درصد افراد نابارور و فاقد دلایل و شواهد پزشکی بودند و فرض بر این بود که که ناباروری ناشی از آسیب شناسی روانی[[125]](#footnote-125) می باشد. همچنین بسیاری از این مفروضه های نظری متوجه زنان بودند تا مردان .لیکن در دهه 1970 نوعی تغییر به وجود آمد و آشفتگی روانی به عنوان یکی از علل ناباروری قلمداد گردید (برنزوکوینگتون، 2006). هر چند رابطه میان آشفتگی روانی و ناباروری هنوزمورد بحث می باشد ولی بعید است که آشفتگی روانی موجب ناباروری گردد ولی این وضعیت می تواند چگونگی سبک مقابله، میزان احساس حمایت، سطح سرسختی روان شناختی[[126]](#footnote-126) و تاب آوری[[127]](#footnote-127) افراد را تحت تأثیر قرار دهد (لوبل، دی و ین سنت، کامینر و میر[[128]](#footnote-128)، 2000، لان کاستل و بویوین[[129]](#footnote-129)، 2005).

روان شناسی باروری یکی از حوزه های جدید درروان شناسی سلامت می باشد. حوزه اصلی موردتاکید در روان شناسی باروری ترکیب یافته های پزشکی و زیست شناسی باروری و استفاده از این یافته هابرای کمک به فرایندباروری درانسان می باشد. روان شناسی باروری برپیشگیری و درمان ناسازگاری های روان شناختی مرتبط با باروری معطوف می باشد. بنابراین، روان شناسی باروری به تغییرات روان شناختی باروری از قاعدگی تا یائسگی در زنان می پردازد. یکی از حوزه های مورد توجه در روان شناسی باروری نیز ناباروری زنان است (روست[[130]](#footnote-130)، 2008). جنبه های عاطفی وروان شناختی مرتبط با ناباروری ودرمان های تکمیل برای ناباروری از حیطه های اصلی کاربرد روان شناسی باروری می باشند. روان شناسی باروری در افراد مبتلا به ناباروری ابتدا به ارزیابی و سنجش سازگاری روان شناختی آنان می پردازد و سپس براساس نتایج ارزیابی انواعی ازروش های مناسب رابرای کاهش اختلالات روانی درآنان به کار می گیرد. درهنگام جستجوی باروری با استفاده از امکانات پزشکی، هدف روان شناسی باروری ایجاد تعامل ذهن- بدن می باشد که می تواند فرایند درمان ناباروری را تاحدودی تسهیل نماید (روست، 2008).

یکی از کاربردهای روان شناسی باروری دراین دوره سازگار کردن فرد با تغییرات خلقی ناشی از مصرف داروهای مخصوص بارداری یا استفاده از فن آوری های پزشکی باروری است. سرانجام، روان شناسی باروری به کاربست روش های روان شناختی و روان درمانی می پردازد. چون این روش هم می تواند میزان اثربخشی فن آوری ها و داروهای پزشکی را برای ایجاد باروری افزایش دهد و هم می تواند موجب تغییرو بهبودی درکیفیت وشیوه زندگی این افراد شود. افزون براین، روان شناسی باروری کمک می کند تا فردی که مبتلابه ناباروری است دررابطه اش با شریک زندگی خود کمتردچارتنش شود. به عبارت دیگر روان شناسی باروری به دنبال تسهیل الگوهای ارتباطی زوجین نابارور در حوزه های رفتارجنسی، ابراز عواطف، رضایت اززندگی و... می باشد. بنابراین، ناباروری محوراصلی روان شناسی باروری است (روست، 2008).

در سال های اخیر، روان شناسی ناباروری به جای تأکید بر آسیب شناسی روانی به یک رویکرد کل نگرانه[[131]](#footnote-131) رو آورده است. در این تحول، انواعی از مدل ها برای تبیین جنبه های روان شناختی نه زیستی و اجتماعی ناباروری ابداع شده اند و اغلب این مدل ها بر این فرض استوار هستند که ناباروری دارای دلایل جسمانی است و مداخله های پزشکی راه اصلی درمان آن است. این رویکرد عقیده دارد ناباروری دارای پیامدهای روان شناختی همانند اضطراب و افسردگی است. همچنین ناباروری با انواع پیامدهای اجتماعی همانند تابو[[132]](#footnote-132) و بدنام سازی[[133]](#footnote-133) همراه است. به همین دلایل، انواع مداخله ها ی روان شناختی به زوجین نابارور کمک می کنند تا این پدیده را بپذیرند. در همین راستا، مهمترین مداخله های روان شناختی در حوزه ناباروری شامل مداخله و بحران، رویکرد سوک و داغدیدگی[[134]](#footnote-134)، نظریه نظام های خانواده[[135]](#footnote-135)، رویکرد شناختی–رفتاری[[136]](#footnote-136)، حل مسئله[[137]](#footnote-137)، روان پویشی و هویت[[138]](#footnote-138)، استرس، مقابله و بدنام سازی می باشد (برنز و کوینگتون، 2006، آپلی گارس[[139]](#footnote-139)، 2006، تورن[[140]](#footnote-140) ،2009 ).

 **2-2-5- نظریه استرس**

فشار روانی در هنگام رویارویی مردم با شرایط فشارزای روانی ایجادمی گردد. چون این شرایط موجب می شود مردم نتوانند به طور متناسب با عوامل فشارزای روانی مقابله کنند درواقع، استرس آنچه است که موجب می شود افراد نتوانند به اهداف یا هویت مطلوب خود دست بیابند و رفتار آنها در چنین شرایطی اثرات زیادی نداشته باشد (پیرلین، لیبرمن، میناگهان و مولان[[141]](#footnote-141)، 1981، تویتس[[142]](#footnote-142)، 1992). ازآنجا که کودکان موجب ایجاد معنی درزندگی، حمایت اجتماعی ویکپارچگی اجتماعی برای والدین می شوند ودردوره های بعدی زندگی می توانند موجب یاری اجتماعی وابزاری شوند (بورتن[[143]](#footnote-143)، 1998). فقدان کودک وناباروری می تواند یک عامل استرس زای اساسی به شمار آید. بنابراین، مادرشدن یکی از ابعاد اساسی زندگی است (راتمن[[144]](#footnote-144)، 1989). طبق نظریه استرس، میزان پریشانی روان شناختی ناشی از ناباروری به میزان حمایت های قابل دسترس برای زنان نابارور و نقش های آنان بستگی دارد. طبق نظریه استرس، افراد دارای منابع حمایتی بهتر می توانند بایک استرس مقابله کنند. بنابراین، ناباروری برای زنانی که درسایر دوره های زندگی موفق بوده اند بسیار دردناک است (اسکریچفیلد[[145]](#footnote-145)، 1995). سرانجام، طبق نظریه یادگیری اجتماعی- شناختی بین احساس هویت فردی وساختاراجتماعی برای درک استرس و پیامدهای آن نوعی رابطه تعامل وجوددارد. چون مردم نظام های اجتماعی را به وجود می آورند و این نظام ها به نوبه خود برزندگی آنان تاثیر می گذارد (بندورا، 2006). طبق این نظریه، ناباروری به عنوان یک استرس مداوم می تواند فرایند رشد و سازگاری زنان نابارور را تحت تاثیر قراردهد.

**2-2-6- مدل زیستی –روانی واجتماعی بدکاری جنسی در ناباروری**

این مدل با هدف بررسی خاص مشکلات بدکاری جنسی در زنان نابارور مطرح شده است و هدف آن فراهم ساختن زمینه تشخیص بالینی بدکاری جنسی و ارائه مداخله های روان شناختی برای زنان نابارور می باشد. زیرا دراین مدل انجام مداخله های روان شناختی بخشی از فرایند درمان ناباروری زنان به شمار می آید. برخی ازرویکردهای اساسی این مدل برای درمان بدکاری جنسی زنان نابارور شامل شناخت درمانی، درمان های دارویی، ورزش درمانی کف لگن وتغییرات مربوط به شیوه زندگی است. تاکید این مدل بالینی براین است که درمان ناباروری زنان براساس ارجاع به پزشکان، روان درمانگران و متخصصان ورزش درمانی کف لگن می باشد که همگی لازم است با بدکاری جنسی زنان آشنایی کامل داشته باشند. افزون براین، این مدل بالینی که به مدل زیستی –روانی واجتماعی موسوم است بر سه عامل زیستی، اجتماعی و روان شناختی تاکید دارد. عوامل زیستی مورد نظردر این مدل اندومتریوز[[146]](#footnote-146)، نارسایی تخمدان و درمان های دارویی است. طبق این مدل ، اندومتریوز به معنای تاثیر محیط صفاقی غیرطبیعی، تغییرات لوله های رحم وآندومتر، امتداد مکانیکی وچسبندگی های داخل شکمی بر پدیده ناباروری زنان است. اندومتریوز یکی از دلایل اصلی درد لگنی مزمن ومقاربت دردناک درزنان است. طبق این مدل ، نارسایی تخمدان موجب کاهش عملکرد تخمدان ها و کاهش ترشح هورمون های جنسی می شود. بدیهی است این ناهنجاری ها در نارسایی تخمدان موجب ایجاد اضطراب، پریشانی روان شناختی و افسردگی می شود. بدیهی است نارسایی تخمدان موجب کاهش برانگیختگی جنسی یا روان سازی واژینال می شود و در نهایت باعث ایجاد درد درطول مقاربت می شود. همچنین زنان مبتلا به نارسایی تخمدان تخیلات جنسی و خودارضایی کمتری دارند. درمان های دارویی نیزشامل آنالوگ های رهاکننده هورمون گونادوتروپین، داروهای خوراکی ضدحاملگی وعوامل القای تخمک گذاری (مانندکلومیتفن سیترات) می باشند. عوامل روان شناختی نیز معرف انواع آسیب شناسی روانی و روش های درمان روان شناختی موثر در درمان ناباروری می باشد (میل هایستر ولاتی[[147]](#footnote-147)، 2008). عوامل زیستی شامل اندومتریوز، نارسایی تخمک ودرمان دارویی می باشد. عوامل روان شناختی شامل افسردگی، اضطراب و عزت نفس پایین می باشد. عوامل اجتماعی شامل استرس در روابط، فشار برای باروری و باورهای مذهبی می باشد (میل هایستر ولاتی، 2008).

**شکل 2- مدل زیستی – روانی و اجتماعی در بدکاری جنسی زنان نابارور (میل هایستر ولاتی، 2008).**

**2-2-7- مدل تبادل بین فردی از رضایتمندی جنسی**

این مدل شامل چهارعامل اولیه می باشد: (1) تعادل یا روش ها و مشوق های جنسی و
 هزینه های جنسی در رابطه زناشویی، (2) پاداش ها وهزینه های جنسی مورد انتظار فرد در باره رابطه جنسی، (3) کیفیت ادراک شده پاداش ها وهزینه های جنسی بین زوجین، و (4) کیفیت جنبه های غیرجنسی روابط زناشویی. این مدل دربسیاری از مطالعات آزمایش شده و توانسته است حدود 79 درصد واریانس رضایت جنسی زوجین را تبیین کند. همچنین این مدل به عنوان یک راهنما برای درمان مشکلات بد کاری جنسی موثربوده است. این مدل برای کشف رابطه میان مشکلات مربوط به کارکرد جنسی ورضایت جنسی سودمند است. چون مشکلات مربوط به عملکرد جنسی می تواند در هزینه ها و مشوق های مرتبط با رضایت جنسی نقش عمده ای داشته باشد. افزون براین، این مدل تبادل بین فردی برای شناخت جنبه های فرهنگی –اجتماعی مربوط به هزینه ها ومنافع عملکرد جنسی نیزسودمند است. براساس این مدل، این عملکردجنسی، هزینه های جنسی ورضایتمندی جنسی یک رابطه تعاملی و دوجانبه وجود دارد و هرکدام از این اضلاع می توانند دو ضلع دیگر را پیش بینی کنند (استیفنسون ومتسون[[148]](#footnote-148)،2011). استیفنسون و متسون (2011) نشان داده اند بین هزینه های جنسی با میل، برانگیختگی، روان سازی وارگاسم رابطه منفی معناداری وجوددارد. بنابراین، مدل تبادل بین فردی از هزینه ها وپاداش های جنسی می تواند یک مدل مناسب برای تبیین بدکاری جنسی وعملکرد جنسی باشد.

**2-3- پیشینه ی مطالعات خارجی سلامت رواني و رضايت جنسي در زنان نابارور**

ناباروری یک مشکل روبه افزایش در جهان است. نرخ شیوع بین 15-10درصد در زوجین سنین باروری برآورد شده است (دیکا وسارما، 2010). هر جامعه ای مجموعه ای از راه حل های فرهنگی پذیرفته شده برای ناباروری دارد که این راه حل ها به تغییرات روابط اجتماعی درزوجین نابارور منجرمی شود مانند طلاق، قبول فرزندخوانده، دعاونیایش و مداخله های پزشکی (برنز و کوینگتون، 2007). پژوهش در حوزه روان شناسی ناباروری قدمتی نسبتاً طولانی دارد (ادلمان و کونولی[[149]](#footnote-149)، 1986). مطالعات انجام شده درچند دهه گذشته پیرامون نقش مسایل روان شناختی درزنان نابارور پیشرفت زیادی داشته اند. پژوهش های اخیر نشان می دهد استرس ناشی از فقدان فرزند موجب پیدایش انواعی از آشفتگی های عاطفی مانند پرخاشگری، اضطراب و افسردگی در زوجین نابارور می شود. همچنین زنان ناباروردر مقایسه با بارروان میزان پریشانی عاطفی بیشتری را نشان می دهند و این پریشانی عاطفی در آسیب شناسی ناباروری آنها و میزان اثر بخشی انواع مداخله های پزشکی برای آنان نیز مؤثر می باشد (دیکا و سارما ،2010). آیزنر[[150]](#footnote-150) (1963) با بررسی تفاوت های روان شناختی زنان بارور و نابارور نشان داده است بین 40 تا 50 درصد زنان نابارور دچارمشکلات عاطفی هستند. مای و رامپ[[151]](#footnote-151) (1972) نشان داده اند زنان نابارور معمولاً روان نژند هستند. سیبل و تایمور[[152]](#footnote-152) (1982) نشان داده اند که تقریباً 5 درصد از عوامل عاطفی به طورمستقیم با ناباروری درزنان مرتبط می باشند. رایت، الارد، لیکورس و سابرین[[153]](#footnote-153) (1989) دریک مطالعه نشان داده اند بین آشفتگی یا پریشانی روان شناختی و ناباروری درزنان رابطه معناداری وجوددارد. بسیاری ازاین مطالعات تایید کرده اند زنان نابارور از طریق واکنش های روان شناختی همانند اضطراب، احساس گناه و انزوای اجتماعی به این پدیده واکنش نشان می دهند (سدلر و سیرب[[154]](#footnote-154)، 1998). کونلی، ادلمن، کوکی و رابسون[[155]](#footnote-155) (1992) نشان داده اند افزایش حمایت بین فردی می تواند پیش بینی کنند. اضطراب و افسردگی کمتر درزنان نابارور باشد. ویلیامز[[156]](#footnote-156) (1997) نشان داده است نیمرخ روان شناختی زنان نابارور شامل هویت منفی، بی کفایت/بی ارزشی، فقدان کنترل شخصی، خشم، افسردگی، اضطراب، نارضایتمندی اززندگی، حسادت نسبت به سایر مادران و گوشه گیری می باشد. ویلیامز (1997) نشان داده است بسیاری از زنان نابارور علائم بالینی افسردگی شامل بی خوابی، خستگی، تغییر درالگوهای خوراک واحساس بی یاوری و درماندگی را دارند. بسیاری از پژوهشگران گزارش داده اند که افسردگی پیامدرایج ناباروری درزنان می باشد(دومار و همکاران[[157]](#footnote-157)، 1992). طبق این مطالعات، مدت درمان ناباروری نیز با میزان افسردگی درزنان نابارور مرتبط بوده است (دومار و همکاران، 1992).

مک کوئیلان، وایت، گریل و یا کوب[[158]](#footnote-158) (2003) دریک مطالعه به بررسی وضعیت آشفتگی روانی در 580 زن نابارور پرداخته اند. این پژوهشگران نشان داده اند ناباروری زنان با پریشانی عاطفی و روان شناختی درازمدت و نسبتاً جدی همراه است. این مطالعه نشان داده است عوامل جمعیت نگارانه زنان نابارور همانند تحصیلات، قومیت، اشتغال و سن بر میزان پریشانی روانی در زنان نابارور تاثیر معناداری ندارد. این مطالعه نشان داده است میزان پریشانی عاطفی در زنان نابارور جویای درمان پزشکی و افرادی که درجستجوی کمک حرفه ای نبوده اند تفاوت نداشته است. افزون بر این، مطالعات نشان داده است ناباروری برای زنان یک آشفتگی عمده درزندگی به شمار می آید (اکسلی و لتربی[[159]](#footnote-159)، 2001). به همین جهت، زنان نابارور به دلیل عدم پیش بینی، کنترل و مزمن بودن پدیده ناباروری میزان آشفتگی روانی و عدم بهزیستی روانی بیشتری را تجریه می کنند.

همچنین مطالعات نشان داده اند زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور بیشتر بر پیامدهای منفی روان شناختی ناباروری تاکید دارند وعلت این پدیده را اغلب ناشی از مصرف داروهای ضدحاملگی وسقط جنین می دانند (نوونهوس، ادوکوبی، تئوبالد و لیر[[160]](#footnote-160)، 2009). مطالعات نشان می دهد زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور میزان پریشانی روانی بالاتر، عزت نفس پایین تر و افسردگی بیشتری را تجربه می کنند (دانی لوک[[161]](#footnote-161)، 1997، رایت، آلارد ،کوکورس و سابورین،1991). همچنین زنان نابارور به دلیل بحران ناباروری رضایت زناشویی کمتری را تجربه می کنند (ساولی و سیروپ، 1998). بسیاری از مطالعات نیز به بررسی وضعیت روان شناختی زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور پرداخته اند. این مطالعات نشان داده اند زنان نابارور در مقایسه با همتایان بارور دارای اضطراب بالاتری هستند و بیشتر احساس افسردگی و گناه دارند (کونولی و کوکی،1987). دونی و مک کینی[[162]](#footnote-162) (1992) نشان داده اند اغلب زنان دارای ناباروری تغییرات منفی را در وضعیت روان شناختی خود گزارش می دهند که اغلب شامل اختلالات خلق و عملکرد جنسی است. برخی مطالعات نیزنشان داده اند آشفتگی روانی واضطراب بسیار زیاد ناشی از ناباروری در زنان می توانند موجب ایجاد واکنش های بدنی و اختلالات جسمانی سازی در آنان گردد (فرانکو و همکاران[[163]](#footnote-163)، 2002).

پژوهش نشان داده است بین رفتار جنسی و ناباروری رابطه ای پیچیده وجوددارد. چون بدکاری جنسی موجب تاخیر درباروری می شود و درعین حال بدکاری جنسی می تواند ناشی از ناباروری باشد. براساس مطالعات موجود شانس باروری بیشتر به مقاربت جنسی چندگانه درطی دوره باروری بستگی دارد (ژیانوتن و ولدی[[164]](#footnote-164)، 2005). در همین راستا، گاهی ناباروری ناشی از مشکلات بدکاری جنسی است و در بسیاری از موارد لازم است درمان های ناباروری متوقف شود و کمک های روان شناختی برای حل مشکلات بدکاری جنسی ارایه گردد (سیگ[[165]](#footnote-165)، 1994 به نقل از طیبی و یاسینی اردکانی، 2009). بنابراین، بسیاری ازمطالعات نشان داده اند زنان نابارور دارای مشکلات بدکاری جنسی زیادی هستند وبه نوعی کارکرد جنسی آنان در چرخه پاسخ جنسی دچاراختلال می باشد (جیندال و دال[[166]](#footnote-166)، 1996، آدو[[167]](#footnote-167)، 2002، جین، راداکریشان وآگراوال[[168]](#footnote-168)، 2000). براساس گزارش جامعه پزشکی باروری آمریکا (2008) بدکاری جنسی دربین 43 درصد اززنان نابارور شایع می باشد.

 مونگا، آلکساندرسکو، کاتز، استین وگانیاتس[[169]](#footnote-169) (2004) نشان داده اند اختلال بدکاری جنسی در 93 درصد زنان نابارور شایع است. سرانجام، باورها و نگرش های مربوط به جنسیت در طی رشد روان جنسی کسب می گردد و می تواند بر میل جنسی و پاسخ جنسی در طول زندگی تأثیر بگذارد. زنانی که نقش های جنسی انفعالی با نگرش های منفی را درونی سازی کرده اند به احتمال زیاد مشکلات جنسیتی را تجربه می کنند. همچنین زنان همجنس گرا[[170]](#footnote-170) و دو جنسیتی[[171]](#footnote-171) ممکن است اختلالات جنسی بیشتری را تجربه کنند. افزون بر این، زنانی که سابقه بد رفتاری جنسی را تجربه کرده اند به دلیل تنبیه، شرم، گناه و فقدان در روابط جنسی مشکلات بیشتری را تجربه می کنند. اختلالات خلقی و اضطراب نیز با مشکلات بدکاری جنسی در زنان مرتبط می باشند (مستون و براد فورد، 2007).

**2-4- پیشینه ی مطالعات داخلی سلامت رواني و رضايت جنسي در زنان نابارور**

بدون تردید ناباروری یک تجربه فشارزای روانی است و بر وضعیت روان شناختی زوجین نابارور تأثیرات منفی دارد. این پدیده اغلب تحت تأثیر تفاوت های جنسیتی، علت و مدت ناباروری قرار می گیرد (رمضان زاده و همکاران، 2004). بنابراین، ناباروری و درمان آن بخشی از یک بحران طولانی برای زوجین نابارور است. ازدیدگاه روان شناختی، ناباروری با مسایلی چون جدایی، طلاق، اضطراب، افسردگی، احساس بی یاوری، کیفیت پایین زندگی و ناسازگاری زوجی همراه است (حسنی، 2010). محمدی حسینی، فرزدی وسیدفاطمی (1380) نشان داده اند ناباروری موجب ضربه روانی شدید درزنان نابارور می گردد. به گونه ای که نگرانی درمورد اثربخش بودن درمان مهمترین عامل فشارهای روانی – اجتماعی در زنان نابارور می باشد (3/87 درصد). محمدی و خلج آبادی فراهانی (1380) نشان داده اند مشکلات روانی وعاطفی دلایل مهمی برای ایجاد باروری نمی باشند، ولی ناباروری می تواند موجب ایجاد احساس ناامیدی، استرس و شرم شود وازاین طریق به ایجادمشکلات روانی درزوجین نابارور منجرگردد. نجمی، احمدی وقاسمی (1380) نشان داده اند زنان نابارور در مقایسه با افرادگواه به طور معناداری دارای جسمانی سازی، وسواس فکری - عملی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب وترس بیشتری هستند. براساس یافته های این پژوهشگران ناباروری زنان موجب ایجاد آسیب شناسی روانی درآنان می گردد.

سرگلزابی و همکاران (1380) دریک مطالعه با بررسی افسردگی و اختلالات روانی – جنسی درزنان نابارور در شهر مشهد نشان داده اند درجات افسردگی خفیف تاشدید درزنان نابارور شایع است. همچنین اختلالات روان جنسی در آن دسته اززنان نابارور که دارای اختلالات نسبی باهمسرشان بودند بیشتر بوده است. این مطالعه نشان داده است بین اختلال عملکرد جنسی و افسردگی درزنان نابارور رابطه معناداری وجودنداشته است. خسروی (1380) نشان داده است زنان نابارور درمقایسه با مردان نابارور مشکلات روان شناختی بیشتری را تجربه می کنند وپدیده ناباروری معنای منفی تری برای زنان در مقایسه با مردان دارد.این مطالعه نشان داده است آسیب شناسی روانی زنان نابارور شامل علائم جسمانی، اضطراب وافسردگی است. همچنین به طور کلی زنان نابارور ازسلامت جسمانی –روانی خود ناراضی هستند و از زندگی خود رضایتمندی کمتری دارند.

بهرامی، ستارزاده، رنجبر کوچک سرایی وتوجازاده (1386) نشان داده اند زنان نابارور درمقایسه با مردان نابارور میزان افسردگی بالاتری دارند. این مطالعه نشان داده است بین میزان رضایت جنسی و افسردگی زنان نابارور همبستگی منفی معناداری وجوددارد. نوربالا، رمضان زاده، عابدی نیا، تقی زاده و حق الهی (1387) نشان داده اند 44 درصد زنان نابارور به اختلالات روانی مبتلا هستند. این مطالعه نشان داده است بالاترین آسیب شناسی زنان نابارور درحیطه های افسردگی وحساسیت درروابط میان فردی است.

نورانی سعدالدین، جنیدی، شاکری و مخبر (1388) دریک مطالعه نشان داده اند میزان رضایت جنسی زنان بارور و نابارور تفاوت معناداری ندارد ولی آگاهی جنسی زنان متاهل به طور کل درمقایسه با استاندارد جهانی پایین بوده است. این مطالعه نشان داده است عوامل جمعیت نگارانه (سن، جنس، مدت ازدواج، تحصیلات، تشابه مذهبی، درآمدخانواده، شغل و...) تاثیرآماری معناداری برسلامت روانی ورضایت جنسی زنان نابارور نداشته است. همچنین این رضایت جنسی و رضایتمندی اززندگی درزنان نابارور رابطه معناداری وجود داشته است. ولی بین متغیرهای مربوط به ناباروری مانند مدت درمان، استفاده از روش کمک باروری وامیدبه موفقیت درمان با رضایت جنسی زنان نابارور رابطه معناداری نداشته است.

انوار، مشکی باف و کوکبی (2006) نشان داده اند شایع ترین مشکلات آسیب شناسی روانی درزنان نابارور شامل افسردگی اساسی واختلالات اضطرابی است. این پژوهش ناباروری زنان را یکی از علل پدیدآورنده این اختلالات به شمار آورده است. طیبی ویاسینی اردکانی(2009) دریک مطالعه بابررسی شیوع بدکاری های جنسی درزنان نابارور نشان داده اند اختلال ارگاسم (76/83 درصد) شایع ترین اختلال جنسی درزنان نابارور می باشد. همچنین شیوع اختلالات میل جنسی، مقاربت دردناک واژینیسموس در زنان نابارور به ترتیب 7/80، 7/67 و 7/76 درصد بوده است.

**منابع فارسی**

امیری، الهه (1390). نقش تفکرات معنوی و باورهای مذهبی در رضایت جنسی (پایان نامۀ کارشناسی ارشد، 1390، دانشگاه شیراز).

بهرامی، نسیم؛ ستارزاده.نیلوفر، رنجبر کوچک سرایی.فاطمه و قوجازاده. مرتضی/ (1386). بررسی ارتباط رضایت جنسی و افسردگی بین زوج های بارورونابارور. ***فصلنامه باروری و ناباروری***، 59-52.

تورانی، سعدالدین؛ شهلا، جنیدی.الهام، شاکری.محمدتقی و مجتبی.نغمه/ (1388). مقایسه رضایت جنسی در زنان بارور ونابارور مراجعه کننده به مراکز دولتی شهرمشهد. ***فصلنامه باروری و ناباروری***، 4-269 و (227)10.

خدارحيمي، سيامك (1374). ***مفهوم سلامت روان شناختي***. تهران، انتشارات جاودان.

خدارحيمي، سيامك؛ بيت مشعل. بلقيس (1380). ***بهداشت رواني***. انتشارات جهاد دانشگاهي فارس.

خسروی، زهره(1380).عوامل پیش بینی کننده سلامت روان در زوج های نابارور. ***فصلنامه باروی و ناباروری***، 64-56.

ساراسون، اروین و باربارا. ساراسون (1988) .***روان ‏شناسی مرضی***. ترجمه بهمن  نجاریان  و  همکاران. تهران، انتشارات رشد.

سرگلزایی، محمدرضا؛ محرری. فاطمه، ارشدی. حمیدرضا، جاویدی. کامران، کریمی. شاپور و فیاضی بردبار. محمدرضا (1380). اختلالات روانی جنسی وافسردگی درزنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری مشهد. ***فصلنامه باروری وناباروری***، 51-46.

سرمد، زهره، بازرگان. عباس و حجازی. الهه ( 1379 ) . ***روش های تحقیق در علوم رفتاری.*** چاپ سوم .تهران ، آگاه.

كاپلان. هارولد و سادوك. بنيامين.(1988). ***خلاصه روانپزشكي***. ترجمه پورافكاري، نصرت‎ا‎…، تبريز.

محمدی حسینی، فائزه؛ فرزدی. لعیا و سیدفاطمی. نعیمه (1380). بررسی عوامل تنش زا و راهبردهای مقابله ای زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی الزهرای تبریز درسال 1377. ***فصلنامه باروری وناباروری***، 34-27.

محمدی، محمدرضا و خلج آبادی. فراهانی.فریده (1380). مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری وراهکارهای مقابله با آن ها. ***فصلنامه باروری و ناباروری***، 39-33.

نجمی، بدرالدین؛ احمدی. سید سعید و قاسمی. غلامرضا (1380). ویژگی های روان شناختی زوج های نابارور مراجعه کننده به مرکز باروری شهرستان اصفهان. ***فصلنامه باروری وناباروری***، 45-40.

نوربالا. احمدعلی؛ رمضان زاده. فاطمه، عابدی نیا. نسرین، شریفی، تقی زاده. محمدی مهدی و حق الهی. فدیه (1387). شیوع اختلالات روانپزشکی وتیپ های شخصیتی درزنان بارور و نابارور. ***فصلنامه باروری و ناباروری***، 360-350.

**منابع انگلیسی**

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th Ed).* Washington,DC:American Psychiatric Association.

Anvar, M. Meshkibaf, M.H., and Kokabi, R. (2006). Study of psychiatric disturbance in infertile women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 4(2), 73-75.

Applegarth L(2006). Individual counselling and psychotherapy. In: Covington SN, Burns LH, eds. *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Cambridge University Press; 129-142.

Audu,B.M. (2002). Sexual dysfunction among infertile Nigerian women*. Journal of Obstetrics and Gynecology,* 22, 655-657*.*

Bancroft, J.( 2002). The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Archive of Sex Behaviors.* 31,451–55.

Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency**.** *Perspectives on Psychological Science,* 1 (2), 164-180. DOI: 10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x.

Basson, R., and Berman, J. (2000). Report on the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definition and classification*. Journal of Urology,* 163,688-893*.*

Basson, R., Weijmar , S.W, Brotto, L.A., Binik, Y.M., Eschenbach, D.A., Laan, E., Utian, W.H., Wesselmann, U., van Lankfeld, J., Wyatt, G., and Wyatt, L. (2004). *Second international consultation on sexual medicine: men and women’s sexual dysfunction*. Paris: Health Publications Limited.

Burns, L.H., and Covington, S. (2006). Psychology of infertility. In S.N. Covington and L.H. Burns (Eds). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Cambridge University Press, pp1-19.

Buss, D. M. (1998). Sexual strategies theory: Historical origins and current status. *Journal of Sex Research, 35 (1)*, 19-31.

Buss, D. M., and Schmitt, D. P. (1993). Sexual Strategies Theory: An evolutionary perspective on human mating. *Psychological Review*, *100* (*2*), 204-232.

Connolly, K.J., Edelmann, R.J., Cooke, I.D., Roson, J. (1992). The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 459-468.

Covington, S.N., and Burns, L.M. (2007). *Infertility counseling*: A *Comprehensive Handbook for Clinicians*, Second Edition, Cambridge University Press.

Daniluk, JC. (1997). Gender and Infertility. In S. R. Leiblum (Ed.) *Infertility: Psychological issues and counseling strategies*. (pg. 103-129). New York: John Wiley and Sons, Inc.

Deka, P.K., and Sarma, S. (2010). Psychological aspects of infertility. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 336-338.

Domar, A.C., Broome, A., Zuttermeister, P.C., Seibel, M, and Friedman, R. (1992). The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and Sterility*, 58, 1158-1163.

Downey, J., and McKinney, M. (1992). The psychiatric status of women presenting for infertility evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 196-205.

Durand, V.M., and Barlow, D.H. (2010). *Essentials of abnormal psychology*, 5th Edition. Wadsworth/Thomson Learning: Belmont, CA.

Edelmann, R. J., and Connolly, K. J. (1986). Psychological aspects of infertility. *The British Journal of Medical Psychology*, *59*, 209–219.

Eisner, B.G. (1963). Some psychological differences between fertile and infertile women. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 391.

Exley, C., and Letherby, G. (2001). Managing a disrupted lifecourse: Issues of identity and emotion work. *Health*, 5, 112-132.

Franco, J.G., Baruffi, R.L., Mauri, A.M., Petersen, G.G., Felipe, V., and Garbellini, E. (2002). Psychological evaluation test for infertile couples. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 19(6), 269-273.*

Gangestad, S.W., Thornhill, R., and Garver-Apgar, C.E. (2005). Adaptations to Ovulation : Implications for Sexual and Social Behavior**.** *Current Directions in Psychological Science, 14(5), 312-316.* DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00388.x.

Gerrity, D.A. (2001). A biopsychosocial theory of infertility. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 9, 151-158.

Gianotten, W.L., and Velde, E.R*.* (2005). The influence of sexual function on the chance of pregnancy*. Ned TijdschrGeneeskd,* 149, 1207-1210*.*

Gibson, D.M., and Myers, J.E. (2002). The effect of social coping resources and growth-fostering relationship on infertility stress in women. Journal *of Mental Health Counseling*, 24, 68-80.

Goldberg, D.P. and Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Graziottin A., and Giraldi A. (2006). Anatomy and physiology of women’s sexual function. In H**.** Porst and J. Buvat (Eds), *ISSM (International Society of Sexual Medicine) Standard Committee Book, Standard practice in sexual medicine*, p. 289-304. Blackwell, Oxford, UK.

Greil, AL. (1997). Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. *Social Science and Medicine*, 45, 1679-1704.

Hassani, F. (2010). Psychology of infertility and the comparison between two couple therapies, in infertile pairs. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 1 (1), 25-28.

Haselton, M.G., and Gildersleeve, K. (2011). Can men detect ovulation?*Current Directions in Psychological Science,* 20(2) 87-92*.* DOI: 10.1177/0963721411402668.

Holbrook, S.M. (1990). Adoption, infertility, and the new reproductive technologies: Problems and prospects for social work and welfare policy. *Social Work*, 35, 333-337.

Jain, K., Radhakrishnan, G., and Agrawal*, P. (2000).* Infertility and psychosexual disorders: Relationship in infertile couples*. Indian Journal of Medical Sciences,* 54, 1-7*.*

Jindal, U.N., and Dhall, G.I. *(1996).* Psychosexual problems of infertile women in India*. International Journal of Fertility,* 35, 222-225.

Jordan, C., and Revenson, T.A. (1999). Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341-358.

Khodarahimi, S. (2012). The role of family typology on mental health, positive and negative emotions, self-esteem, and wife physical abuse in an Iranian sample. *Journal of Canadian Family Studies*. In Press.

Lancastle, D., and Boivin, J. (2005). Dispositional optimism, trait anxiety, and coping: unique or shared effects on biological response to fertility treatment? *Health Psychology*, 24, 171-178.

Letherby, G. (2002). Challenging dominant discourses: Identity and change and the experience of infertility and involuntary childlessness. *Journal of Gender Studies*, 11, 277-288.

Lobel, M., DeVincent, C.J., Kaminer, A., and Meyer, B.A. (2000). The impact of prenatal materinal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-riks women. *Health Psychology*, 19, 544-553.

Mai, F.M., and Rump, E.E. (1972). Are infertile men and women neurotic? *Austrailian Journal of Psychology*, 24, 83-86.

Masters, W.H., and Johnson, V.E. (1996)*. Human sexual response.* Boston: Little, Brown*.*

McQuillan, J., Greil, A.L., White, L., and Jacob, M.C. (2003). Frustrated fertility: Infertility and psychological distress among women. *Journal of Marriage and Family* 65, 1007-1018.

Meston, C.M., and Bradford, A. (2007). *Sexual dysfunctions in women*. Department of Psychology, University of Texas at Austin, Austin, Texas.

Millheiser, L., and Lathi,R.B. (2008). *Female sexual dysfunction and infertility: Cause, effect, or both?* Retrieved 28 June 2012 from: [http://www.obgmanagement.com/srm/pdf/August\_2008\_Archive/SRM\_0808\_Infertility[3].pdf](http://www.obgmanagement.com/srm/pdf/August_2008_Archive/SRM_0808_Infertility%5B3%5D.pdf)

Monga, M., Alexandrescu, B., Katz, S.E., Stein, M., and Ganiats, T. (2004). Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urol­ogy,* 63, 26-130.

Nieuwenhuis, S.L., Odukogbe, A.A., Theobald, S., and Liu, X. (2009). The impact of infertility on infertile men and women in Ibadan, Oyo State, Nigeria: A qualitative study. *African Journal of Reproductive Health*, 13(3), 85-98.

Palys, T. (2008). Purposive sampling. In L.M. Given (Ed.) (2008). *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. Vol.2, pp.697‐698. Sage: Thousand Oaks, CA.

Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., and Mullan, J. T. (1981). The stress process. Journal of Health and *Social Behavior,* 22, 337-356.

Ramezanzadeh, F., Aghssa,M.M.,Abedinia,N., zayeri, F.,and khanafshar, N. Shariat,M., and Jafarabadi, M. (2004).*A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility*. BMC women's Health, Bio Med central.

Rodgers, J.L., Hughes, K., Kohler, H.P., Christensen, K., Doughty, D., Rowe, D.C., and Warren, B.M. (2001). Genetic influence helps explain variation in human fertility: Evidence from recent behavioral and molecular genetic studies. *Current Directions in Psychological Science,* 10(5), 184-188*.* DOI: 10.1111/1467-8721.00145.

Rosen, R., Brown, C., and Heiman, J. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208.

Rosenthal, M.B., and Goldfarb, J. (1997). Infertility and assisted reproductive technology: An update for mental health professionals. *Harvard Review of Psychiatry*, 5, 169-172.

Rosset, C.M. (2008). Infertility and reproductive psychology. *Papeles del Psicólogo,* 29(2), 154-157.

Rothman, B. K. (1989). *Recreating motherhood: Ideology and technology in a patriarchal society.* New York: Norton.

Rush, J.A., First, M.B., and Blacker, D. (2008). *Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Publication.

Sadler, A.G., and Syrop, C.H. (1998). The stress of infertility: Recommendations for assessment and intervention. *Family Stress,* 1-17.

Santona, A., and Zavattini, G.C. (2005). Partnering and parenting expectations in adoptive couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 309-322.

Scritchfield, S. A. (1995). The social construction of infertility: From private matter to social concern. InJ. Best (Ed.), *Images of issues: Typifying contemporary socialproblems* (2nd ed., pp. 131-146). Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.

Seibel, M.M., and Taymor, M.L. (1982). Emotional aspects of infertility. *Fertility and Sterility*, 37, 137-46.

Shapiro, C.H. (1993). *When part of the self is lost: Helping clients heal after sexual and reproductive losses*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Tayebi, N., and Yassini Ardakani, S.M. (2009). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. *European Journal of General Medicine, 6(2), 74-77.*

Stephenson, K.R., and Meston, C.M. (2011). The association between sexual costs and sexual satisfaction in women: An exploration of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 20 (1), 31-40.*

The American Society for Reproductive Medicine .(2008). Sexual Dysfunction and Infertility. Retrieved 28 June 2012 from: <http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets/Sexual_Dysfunction-Fact.pdf>

Thoits, P. A. (1999). Self, identity, stress, and mental health. InC. S. Aneshensel and J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 345-368). New York: Kluwer Academic/Plenum.

Thompson, N. (2006). *Anti-discriminatory practice*. (4th edition), Basingstoke, Palgrave.

Thorn, P. (2009). Understanding infertility: Psychological and social considerations from a counselling perspective. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3 (2), 48-51.

Tongco, M.D.C. (2007). Purposive sampling as a tool for informant selection. *Ethnobotany Research and Applications*, 5, 147-158.

Townsend, J. M. (1989). Mate selection criteria: A pilot study. *Ethology and Sociobiology*, 10, 241-253.

Van den Akker, O. (2001). The acceptable face of parenthood: The relative status of biological and cultural interpretations of offspring in infertility treatment. *Psychology,* *Evolution and Gender*, 3, 137-153.

Wischmann, T. (2011). *Psychosocial aspects of infertile couples*. Retrieved 28 June 2012 from: <http://gyn.akademos.de/pdfdown/akademos-cme-132-5e817ae0.pdf>

Wright, J., Allard, M., Lecours, A., and Sabourin, (1989). Psychological distress and infertility: A review of controlled research. *International Journal of Infertility*, 34, 126-142.

1. American Mental Health National Association (AMHA) [↑](#footnote-ref-1)
2. Pathak [↑](#footnote-ref-2)
3. Ryff and Singer [↑](#footnote-ref-3)
4. Developmental [↑](#footnote-ref-4)
5. 1 Psychoanalysis [↑](#footnote-ref-5)
6. Fixations [↑](#footnote-ref-6)
7. Cathaxis [↑](#footnote-ref-7)
8. Libido [↑](#footnote-ref-8)
9. Superego [↑](#footnote-ref-9)
10. Neurosis [↑](#footnote-ref-10)
11. Psychosis [↑](#footnote-ref-11)
12. Anxiety [↑](#footnote-ref-12)
13. Defense mechanisms [↑](#footnote-ref-13)
14. Durand and Barlow [↑](#footnote-ref-14)
15. Biological [↑](#footnote-ref-15)
16. Dysfunction [↑](#footnote-ref-16)
17. Sarason and Sarason [↑](#footnote-ref-17)
18. Psychosocial [↑](#footnote-ref-18)
19. Social support [↑](#footnote-ref-19)
20. Adler [↑](#footnote-ref-20)
21. Self [↑](#footnote-ref-21)
22. Erikson [↑](#footnote-ref-22)
23. humanism [↑](#footnote-ref-23)
24. Allport [↑](#footnote-ref-24)
25. insight [↑](#footnote-ref-25)
26. emotional security [↑](#footnote-ref-26)
27. unconditional positive regard [↑](#footnote-ref-27)
28. Maslow [↑](#footnote-ref-28)
29. meta motivation [↑](#footnote-ref-29)
30. deficit needs [↑](#footnote-ref-30)
31. being needs [↑](#footnote-ref-31)
32. 5 Kaplan and Sadock [↑](#footnote-ref-32)
33. Kelly [↑](#footnote-ref-33)
34. personal constructs [↑](#footnote-ref-34)
35. Ellis [↑](#footnote-ref-35)
36. learning [↑](#footnote-ref-36)
37. Skinner [↑](#footnote-ref-37)
38. social learning [↑](#footnote-ref-38)
39. behavior modification [↑](#footnote-ref-39)
40. social cognitive learning [↑](#footnote-ref-40)
41. modeling [↑](#footnote-ref-41)
42. positive psychology [↑](#footnote-ref-42)
43. Durlak [↑](#footnote-ref-43)
44. vulnerability [↑](#footnote-ref-44)
45. Scales and Leffert [↑](#footnote-ref-45)
46. prevention [↑](#footnote-ref-46)
47. ecological [↑](#footnote-ref-47)
48. Keys [↑](#footnote-ref-48)
49. internalize and externalize [↑](#footnote-ref-49)
50. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [↑](#footnote-ref-50)
51. American Psychiatric Association (APA) [↑](#footnote-ref-51)
52. Diener [↑](#footnote-ref-52)
53. Jahoda [↑](#footnote-ref-53)
54. Lopez and Snyder [↑](#footnote-ref-54)
55. Diener, Lucas and Oishi [↑](#footnote-ref-55)
56. Wilkinson and Walford [↑](#footnote-ref-56)
57. health [↑](#footnote-ref-57)
58. distress [↑](#footnote-ref-58)
59. Roeser, Eccles and Smaroff [↑](#footnote-ref-59)
60. flourishing [↑](#footnote-ref-60)
61. positive performance [↑](#footnote-ref-61)
62. languishment [↑](#footnote-ref-62)
63. clinical symptoms [↑](#footnote-ref-63)
64. protective factors model [↑](#footnote-ref-64)
65. Park [↑](#footnote-ref-65)
66. help seeking [↑](#footnote-ref-66)
67. problem recognition [↑](#footnote-ref-67)
68. social networks [↑](#footnote-ref-68)
69. Arcia and Fernandez [↑](#footnote-ref-69)
70. threshold model [↑](#footnote-ref-70)
71. Weisz et al [↑](#footnote-ref-71)
72. culture [↑](#footnote-ref-72)
73. encounter method [↑](#footnote-ref-73)
74. Hartung and Widiger [↑](#footnote-ref-74)
75. Keenan and Shaw [↑](#footnote-ref-75)
76. intrapersonal [↑](#footnote-ref-76)
77. interpersonal [↑](#footnote-ref-77)
78. temperament [↑](#footnote-ref-78)
79. social recognition [↑](#footnote-ref-79)
80. Sanson et al [↑](#footnote-ref-80)
81. McGee, Patridge, Williams and Silva [↑](#footnote-ref-81)
82. Campbell [↑](#footnote-ref-82)
83. Patterson, DeBaryche and Ramsey [↑](#footnote-ref-83)
84. social and cognitive competency [↑](#footnote-ref-84)
85. psychological resources [↑](#footnote-ref-85)
86. Dodge [↑](#footnote-ref-86)
87. Thompson [↑](#footnote-ref-87)
88. self-awaness [↑](#footnote-ref-88)
89. labeling and stigma [↑](#footnote-ref-89)
90. sexual desire disorders [↑](#footnote-ref-90)
91. sexual arousal disorders [↑](#footnote-ref-91)
92. orgasm disorders [↑](#footnote-ref-92)
93. sexual pain disorders [↑](#footnote-ref-93)
94. vaginismus [↑](#footnote-ref-94)
95. American Psychiatric Association [↑](#footnote-ref-95)
96. Basson and Berman [↑](#footnote-ref-96)
97. hyposexual desire disorder (HSDD) [↑](#footnote-ref-97)
98. female sexual desire disorder (FSDD) [↑](#footnote-ref-98)
99. lubrication [↑](#footnote-ref-99)
100. vaginal [↑](#footnote-ref-100)
101. Meston and Brodford [↑](#footnote-ref-101)
102. genetic variation [↑](#footnote-ref-102)
103. Rodgers et al [↑](#footnote-ref-103)
104. Gangestad, Thornhill and Garver-Apgar [↑](#footnote-ref-104)
105. Haselton and Gildersleeve [↑](#footnote-ref-105)
106. limbic system and cortex [↑](#footnote-ref-106)
107. limbic system [↑](#footnote-ref-107)
108. frontal lobe [↑](#footnote-ref-108)
109. Graziottin and Giraldi [↑](#footnote-ref-109)
110. dopamine, neurepinephrine and serotonin [↑](#footnote-ref-110)
111. diphormics [↑](#footnote-ref-111)
112. estrogen and androgen [↑](#footnote-ref-112)
113. hypothalamous-pitutary-adrenal (HPA) [↑](#footnote-ref-113)
114. oopherectomey [↑](#footnote-ref-114)
115. vulva [↑](#footnote-ref-115)
116. mons pubis [↑](#footnote-ref-116)
117. labia majora [↑](#footnote-ref-117)
118. sexual strategies theory [↑](#footnote-ref-118)
119. Buss and Schmitt [↑](#footnote-ref-119)
120. mate selection [↑](#footnote-ref-120)
121. reproduction [↑](#footnote-ref-121)
122. Townsend [↑](#footnote-ref-122)
123. Buss and Schmitt [↑](#footnote-ref-123)
124. psychoanalysis [↑](#footnote-ref-124)
125. psychopathology [↑](#footnote-ref-125)
126. psychological hardiness [↑](#footnote-ref-126)
127. resilience [↑](#footnote-ref-127)
128. Lobel, DeVincent, Kaminer and Meyer [↑](#footnote-ref-128)
129. Lancastle and Boivin [↑](#footnote-ref-129)
130. Rosset [↑](#footnote-ref-130)
131. holistic [↑](#footnote-ref-131)
132. taboo [↑](#footnote-ref-132)
133. stigma [↑](#footnote-ref-133)
134. grief and bereavement [↑](#footnote-ref-134)
135. family systems [↑](#footnote-ref-135)
136. cognitive-behavioral [↑](#footnote-ref-136)
137. problem-solving [↑](#footnote-ref-137)
138. psychodynamic and identity [↑](#footnote-ref-138)
139. Applegarth [↑](#footnote-ref-139)
140. Thorn [↑](#footnote-ref-140)
141. Pearlin, Lieberman, Menaghan and Mullan [↑](#footnote-ref-141)
142. Thoist [↑](#footnote-ref-142)
143. Burton [↑](#footnote-ref-143)
144. Rothman [↑](#footnote-ref-144)
145. Scritchfield [↑](#footnote-ref-145)
146. Endometriosis [↑](#footnote-ref-146)
147. Millheiser and Lathi [↑](#footnote-ref-147)
148. Stephenson and Meston [↑](#footnote-ref-148)
149. Edelmann and Connolly [↑](#footnote-ref-149)
150. Eisner [↑](#footnote-ref-150)
151. Mai and Rump [↑](#footnote-ref-151)
152. Seibel and Taymor [↑](#footnote-ref-152)
153. Wright, Allard, Lecours and Sabourin [↑](#footnote-ref-153)
154. Sadler and Syrop [↑](#footnote-ref-154)
155. Connolly , Edelman , Cooker and Robson [↑](#footnote-ref-155)
156. Williams [↑](#footnote-ref-156)
157. Domar and Colleagucas [↑](#footnote-ref-157)
158. McQuillan, Greil, White and Jacob [↑](#footnote-ref-158)
159. Exley and Letherby [↑](#footnote-ref-159)
160. Nieuwenhuis, Odukogbe, Theobald and Liu [↑](#footnote-ref-160)
161. Daniluk [↑](#footnote-ref-161)
162. Downey and McKinney [↑](#footnote-ref-162)
163. Franco et al [↑](#footnote-ref-163)
164. Gianotten and Velde [↑](#footnote-ref-164)
165. Sigg [↑](#footnote-ref-165)
166. Jindal and Dhall. [↑](#footnote-ref-166)
167. Audu [↑](#footnote-ref-167)
168. Jain, Radhakrishnan and Agrawal [↑](#footnote-ref-168)
169. Monga, Alexandrescu, Katz, Stein and Ganiats [↑](#footnote-ref-169)
170. homosexual [↑](#footnote-ref-170)
171. bisexual [↑](#footnote-ref-171)