

Original Article**The Effect of Sexual Assertiveness Training on Marital Satisfaction and Happiness of Azari Women: A Semi-experimental Study**Niloufar Sattarzadeh Jahdi¹, Sevil Hakimi¹, Mahtab Shakbaeifar²¹Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran²MSc Student in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran**ARTICLE INFO****Article History:**

Received: 7 Jan 2023

Accepted: 20 May 2023

ePublished: 23 Apr 2024

Keywords:

- Education
- Marital happiness
- Sexual assertiveness
- Sexual satisfaction

Abstract

Background. Sexual assertiveness is defined as a psychosocial feeling about an individual's interpretation of how to express her/his feelings in marital relationships. The present study aimed at investigating the effect of sexual assertiveness training on marital satisfaction and happiness of women referring to Tabriz health centers in 2021.

Methods. This semi-experimental study was conducted on 66 women of reproductive age, referring to the health centers in Tabriz, Iran. The participants who obtained a Hulbert sexual assertiveness score of less than 33 were randomly assigned to control and intervention groups. The data were collected using an eligibility checklist (inclusion/exclusion criteria), a demographic characteristics questionnaire, the Halbert Index of Sexual Assertiveness (HISA), the Larson Sexual Satisfaction (LSS) scale, and the Marital Happiness Scale (MHS). The educational intervention of HISA was held in three sessions lasting 60-90 minutes. Eventually, the participants completed HISA, LSS, and MHS questionnaires before and after the intervention.

Results. The findings of the present study indicated a significant difference between the mean scores of HISA, LSS, and MHS in the post-intervention stage between the two groups ($P=0.001$).

Conclusion. Given the positive effect of sexual assertiveness training on women's sexual satisfaction and marital happiness, it is recommended that these simple and low-cost educational interventions be considered to improve the mental and sexual status of women.

Practical Implications. Sexual assertiveness education program improved sexual satisfaction and marital happiness. It is recommended to apply these simple and low-cost educational interventions to improve the mental and sexual status of women.

How to cite this article: Niloufar Sattarzadeh Jahdi N, Sevil Hakimi S, Mahtab Shakbaeifar M. The Effect of Sexual Assertiveness Training on Marital Satisfaction and Happiness of Azari Women: A Semi-experimental Study. *Med J Tabriz Uni Med Sciences*. 2024;46(2):188-198. doi: 10.34172/mj.2024.025. Persian.

Extended Abstract**Background**

Sexual assertiveness is a psychosocial feeling about a person's interpretation of how to express sexual feelings in marital relationships, which is considered one of the influential factors in marital dissatisfaction. Sexual satisfaction is a multidimensional concept, including both emotional

and physiological aspects of a sexual relationship. Sexual satisfaction is associated with the enhancement of sexual frequency, quality of communication, and happiness in men and women. Happiness is one of the other issues affecting marital life. Considering that few studies have focused on sexual assertiveness training in Iran, the present

*Corresponding author; Email: sattarzadehn@gmail.com

© 2024 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

study sought to evaluate the impact of sexual assertiveness training on marital satisfaction and happiness. The need to perform such interventions to enrich marital relations, prevent divorce, and increase happiness in common life was felt more than ever.

Methods

This semi-experimental study was performed on 66 women of reproductive age who referred to the health centers in Tabriz, Iran. The participants who achieved a Hulbert sexual assertiveness score < 33 were randomly divided into intervention and control groups. The data were obtained using an eligibility checklist (inclusion/exclusion criteria), the Halbert Index of Sexual Assertiveness (HISA), demographic characteristics, the Marital Happiness Scale (MHS), and the Larson sexual satisfaction (LSS) scale. The educational intervention of HISA was held in three 60-90-minute sessions. Finally, the participants filled out LSS, HISA, and MHS questionnaires before and after the intervention.

Results

The present study was conducted on 66 women of reproductive age, referring to the health centers in Tabriz. There was no statistically significant difference between the intervention (n=33) and control (n=33) groups in terms of demographic

characteristics. The only difference between the two groups was in the last childbirth (Table 1).

Based on the results of the independent t-test, no significant difference was found in the mean score of sexual assertiveness between the intervention and control groups before the intervention. After the intervention, the mean score of sexual assertiveness increased in the intervention group, and the independent t-test indicated a significant difference in sexual assertiveness between the two groups (Table 2).

Before the intervention, a significant difference was observed in the mean score of sexual satisfaction between the two groups based on the results of the independent t-test. Further, the mean score of sexual satisfaction in the intervention group increased after the intervention, as the independent t-test revealed a significant difference between the two groups in this regard (Table 2).

The results of the independent t-test demonstrated a significant difference in the mean score of marital happiness between the two groups before the intervention. In addition, the average score of marital happiness in the intervention group increased after the intervention, and a significant difference was found between the two groups according to the results of the independent t-test (Table 2).

Table 1. Individual and Social Characteristics of the Participants in the Intervention and Control Groups

Variable	Intervention Mean (SD)	Control Mean (SD)	P-value*
Age (years)	32.66 (7.27)	34.81 (6.38)	0.206
Length of marriage (years)	8.66 (6.08)	11.63 (7.14)	0.074
Number of pregnancies	1.81 (1.15)	1.75 (1.17)	0.833
Date of last delivery (month)	96.60 (2.62)	94.55 (4.17)	0.031
Frequency intercourse (month)	8.12 (3.26)	7.00 (2.61)	0.128
Variable	Intervention (n = 33) Number (percentage)	Control (n = 33) Number (percentage)	P-value*
Level of education	9 (27.3)	5 (15.2)	0.303
High school	14 (42.4)	14 (42.4)	
Diploma	10 (30.3)	14 (42.4)	
University			
Occupation			0.398
Employed	10 (30.3)	7 (21.2)	
Unemployed	23 (69.7)	26 (78.8)	
Adequacy of family income			0.260
Adequacy	6 (18.2)	7 (21.2)	

Relatively Adequacy	22 (66.7)	16 (48.5)	
Inadequate	5 (15.2)	10 (30.3)	
Awareness about sexual assertiveness			0.801
Deficient knowledge	9 (27.3)	9 (27.3)	
Average knowledge	19 (57.6)	17 (51.5)	
Many knowledge	5 (15.2)	7 (21.2)	
History of infertility			0.282
Yes	3 (9.1)	6 (18.2)	
No	30 (90.9)	27 (81.8)	
Wanting to get pregnant			0.122
Yes	24 (72.7)	29 (87.9)	
No	9 (27.3)	4 (12.1)	
Number of living children			0.871
0	5 (15.2)	4 (12.1)	
1-2	21 (63.6)	23 (69.7)	
More than 2	7 (21.2)	6 (18.2)	
History of visiting a family counselor			
Yes	0 (0.00)	0 (0.00)	

Note. *Independent T-test; SD: Standard deviation.

Table 2. Comparison of the Mean Score of HISA, LSS, and MHS Between the Groups Before and Four Weeks After the Intervention

Variable	Intervention Mean (SD) n = 33	Control Mean (SD) n = 33	Range Acquired	Available Range	AMD (SE) [‡] 95% Confidence Interval	P-value
HISA questionnaire before intervention	24.57 (7.31)	24.45(5.25)	33-6	100-0	-	0.939*
HISA questionnaire (4 weeks after the intervention)	48.81 (13.38)	25.03 (7.01)	72-6	100-0	23.04 (2.1) 19.0-27.7	0.001**
LSS questionnaire before intervention	66.2 (11.8)	57.8 (12.0)	62-88	25-125	-	0.006
LSS questionnaire score (4 weeks after the intervention)	88.3 (10.8)	65.1 (10.2)		25-125	23.1 (2.6) 28.5-17.8	0.001**
MHS questionnaire score before intervention	46.5 (12.9)	38.7 (15.7)	16-72	10-100	-	0.030*
MHS questionnaire score (4 weeks after the intervention)	64.5 (11.9)	40.5 (16.4)	14-85	10-100	17.0 (1.9) 13.1-19.9	0.001**

Note. *Independent T-test; SD: Standard deviation; AMD: Adjusted mean differences; SE: Standard error; HISA: Halbert Index of Sexual Assertiveness; LSS: Larson sexual satisfaction; MHS: Marital Happiness Scale.

Conclusion

The present study evaluated the effect of sexual assertiveness training on the sexual satisfaction and marital happiness of women. Before the intervention, there was no significant difference in the sexual assertiveness of women between the intervention and control groups. Furthermore, there was a significant difference in the level of sexual satisfaction and marital happiness of women between the two groups.

Based on the results of the present study, the mean score of sexual assertiveness, sexual satisfaction, and marital happiness in the intervention group increased compared to that in the control group after sexual assertiveness training. Thus, sexual assertiveness training was effective in increasing the level of sexual satisfaction and marital happiness of women in the intervention group.

تأثیر آموزش احقاق جنسی بر رضایت زناشویی و شادمانی زندگی زنان آذری - مطالعه نیمه تجربی

نیلوفر ستارزاده جهدی^{۱*}، سویل حکیمی^۱، مهتاب شکیبایی فر^۲

^۱گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

چکیده

زمینه. احقاق جنسی به عنوان یک احساس روانی-اجتماعی نسبت به تفسیر شخصی فرد در مورد چگونگی ابراز وجود احساساتش در روابط زناشویی تعریف شده است. این مطالعه با هدف تأثیر آموزش احقاق جنسی بر رضایت زناشویی و شادمانی زندگی زنان مراجعه کننده به مجتمع‌های سلامت شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ انجام گرفت. **روش کار.** این مطالعه نیمه تجربی با روش نمونه گیری تصادفی روی ۶۶ نفر از زنان سنین باروری مراجعه کننده به مجتمع‌های سلامت شهر تبریز که نمره احقاق جنسی هالبرت کمتر از ۳۳ را کسب کرده بودند انجام شد. نمونه‌ها به صورت تقسیم تصادفی در گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: چک لیست معیارهای ورود و خروج، پرسشنامه دموگرافیک، احقاق جنسی هالبرت، رضایت جنسی لارسون و پرسشنامه شادمانی MHS بود. مداخله آموزشی احقاق جنسی در ۳ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای برگزار شد. پرسشنامه‌های احقاق جنسی هالبرت، رضایت جنسی لارسون و شادمانی MHS قبل و بعد از مداخله تکمیل شدند. **یافته‌ها.** یافته‌های مطالعه نشان داد تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات احقاق جنسی هالبرت، رضایت جنسی لارسون و شادمانی زناشویی MHS در مرحله بعد از مداخله بین دو گروه وجود آمد $P=0/001$. **نتیجه‌گیری.** با توجه به تأثیر مثبت آموزش احقاق جنسی در رضایت جنسی و شادمانی زناشویی زنان توصیه می‌گردد این مداخلات آموزشی ساده و کم هزینه به منظور ارتقاء وضعیت روانی و جنسی زنان لحاظ گردد. **پیامدهای عملی.** برنامه‌های آموزشی احقاق جنسی منجر به بهبود رضایت جنسی و افزایش شادمانی زناشویی در زنان شد. توصیه می‌گردد این مداخلات آموزشی ساده و کم هزینه به منظور ارتقاء وضعیت روانی و جنسی زنان بکار گرفته شوند.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷
پذیرش: ۱۴۰۲/۲/۳۰
انتشار برخط: ۱۴۰۳/۲/۴

کلیدواژه‌ها:

- آموزش
- احقاق جنسی
- رضایت جنسی
- شادمانی زناشویی

مقدمه

عاطفی و هم جنبه‌های فیزیولوژیک رابطه‌ی جنسی را شامل می‌شود.^۱ ثابت شده است که علت بسیاری از آشفتگی‌های روانی و ناسازگاری‌های زناشویی عدم رضایت‌مندی جنسی است.^۲ رضایت جنسی با افزایش فرکانس جنسی، کیفیت ارتباط، و شادی در مردان و زنان همراه است.^۳ رضایت زناشویی، یکی از عوامل موثر بر سلامتی زنان و از مهم ترین شاخص‌های رضایت از زندگی است که بر میزان سلامت روانی زوجین نیز تأثیر می‌گذارد. عوامل متعددی بر رضایت‌مندی زناشویی تأثیر دارند که می‌توان به میزان تحصیلات، نوع انتخاب همسر، نزدیکی فرهنگی و اقتصادی اشاره کرد.^۴ از دیگر موضوعاتی که در زندگی زناشویی می‌تواند اثرگذار باشد، می‌توان به شادمانی اشاره کرد.^۵ شادمانی زناشویی ارزیابی کلی فرد از میزان شادی در ابعاد مختلف ازدواج تعریف شده است

احقاق جنسی را به عنوان توانایی افراد در آغاز فعالیت‌های جنسی مورد نیاز، پذیرفتن فعالیت‌های جنسی ناخواسته، محافظت خود از حاملگی ناخواسته و بیماری‌های مقاربتی بیان نموده اند.^۱ جرات ورزی یا احقاق خویشتن را تحت عنوان توانایی افراد در جهت عمل کردن بر اساس نیازها و خواسته‌های خودشان و مقاومت کردن بر آن بدون داشتن استرس و بیان حقوق خود بدون و زیرپا گذاشتن حقوق دیگران تعریف کرده اند.^۲ احقاق جنسی یک احساس روانی- اجتماعی درباره‌ی تفسیر شخص از چگونگی ابراز وجود احساسات جنسی در روابط زناشویی است.^۳ یکی از عوامل مرتبط با نارضایتی زناشویی، احقاق جنسی است.^۴ رضایت جنسی یک مفهوم چند بعدی است که هم جنبه‌های

*نویسنده مسؤول؛ ایمیل: sattarzadehn@gmail.com

میانگین نمره لارسون (LSSQ) در گروه مداخله $M2=106/8$ و $9/6$ و $SD_1=SD_2=$ $\alpha=0/05$ و $Power=80\%$ درصد و حجم مطالعه ۳۰ نفر در هر گروه و با در نظر گرفتن ریزش ۱۰ درصد ۳۳ نفر در هر گروه و ۶۶ نفر در کل تعیین گردید.

معیار ورود افراد به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن تعارض حاد و بحرانی با همسر و در آستانه طلاق نبودن، عدم شرکت در کلاس آموزش جنسی، عدم مصرف روانگردان بنابه اظهار خود فرد، عدم استعمال دخانیات و مواد مخدر بنابه اظهار خود فرد، سابقه داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک با شریک جنسی فعلی، تمایل به شرکت در تمامی جلسات، زندگی مستمر با همسر و تک همسری. معیار خروج باردارشدن نمونه ها در نظر گرفته شد. این مطالعه بعد از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری نمونه گیری انجام شد. کد اخلاق مطالعه IR.TBZMED.REC.1400.287 می باشد.

پس از جمع آوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه هالبرت ۶۶ نفر از زنانی که نمره کمتر از ۳۳ را در پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت کسب کردند به شیوه در دسترس انتخاب و سپس بصورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای شرکت کنندگان توضیح داده شد که جلسات آموزشی هم به جهت کمک به آنها برای بهبود ارتباط با همسرانشان و هم به منظور انجام یک کار پژوهشی است. بدین ترتیب موضوع اخذ رضایت آگاهانه با توجه به گایدلاین مجله مطرح گردید و تمامی شرکت کنندگان پس از اعلام رضایت کامل وارد مطالعه شدند. سپس ۳ جلسه یک تا یک و نیم ساعته با گروه های (۴-۶ نفره) با توالی هر هفته برای گروه مداخله با رعایت فاصله گذاری اجتماعی و سایر ملاحظات بهداشتی در مجتمع های سلامت شهر تبریز برگزار شد. گروه شاهد مداخله ای دریافت نکرد و در لیست انتظار قرار گرفت. برای مطلع نشدن گروه شاهد از گروه مداخله خواسته شد که در طول دوره آموزش در مورد محتوای جلسات، جز با همسر خود با فرد دیگری گفتگو نکنند. شیوهی آموزش به صورت سخنرانی، طرح سوال، بحث گروهی بود.

محتوای جلسات آموزش شامل:

- ۱- حق تصمیم گیری مسئولانه، فارغ از تبعیض، اجبار و خشونت در مسائل جنسی و ۲- حق آگاهی از اطلاعات و دریافت آموزش در زمینهی باروری و جنسی مانند حفظ خود از بارداری ناخواسته ۳- آشنایی با بیماری منتقل شونده از طریق اعمال جنسی و نحوه پیشگیری از ابتلا به این بیماری ها. ۴- بررسی اختلالات مطرح شده از سوی زنان است. خاطر نشان می گردد که افراد دارای مشکلات زناشویی به مشاور ارجاع داده شدند.

و نقش مهمی در کیفیت زندگی زناشویی زوجین دارد و یک عنصر اساسی برای موفقیت در زندگی خانوادگی و رشد شخصی است. تکامل و تحول مثبت تنها زمانی امکان پذیر است که رابطه بین زوجین منسجم، خرسندکننده و رضایت بخش باشد. لذا می توان شادمانی زناشویی را به عنوان تکامل و تحول مثبت همراه با رابطه زناشویی منسجم و رضایت بخش تعریف کرد.^{۱۰}

روابط جنسی صحیح، با کیفیت و رضایت بخش در زوج ها، رضایت زناشویی و سلامت روان بالاتری را برای آنها به دنبال خواهد داشت. از سویی بی توجهی به مسائل جنسی و عدم رضایتمندی جنسی، عوارضی نظیر افسردگی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و انزوا را برای افراد به همراه دارد؛ و سبب بروز مشکلاتی در حوزهی روابط خانوادگی و زناشویی می شود که در نهایت ممکن است به طلاق عاطفی یا حقوقی ختم گردد.^{۱۱}

برخی مطالعات به این نتایج دست یافتند که احقاق جنسی در زنان، نقش مهمی در احساس سلامتی و ارتقای کیفیت زندگی آنان دارد.^{۱۲} و در بررسی نقش احقاق جنسی بر تمایل جنسی زنان نیز، به این نتیجه دست یافتند که زنان با احقاق جنسی بالا دارای فعالیت جنسی، ارگاسم، تمایل جنسی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی بیشتری هستند. صیادی و همکاران در بررسی رابطهی احقاق جنسی با احساس مثبت نسبت به همسر بیان کردند که زنانی که احقاق جنسی بالاتری دارند دارای احساس مثبت بیشتری نسبت به همسرانشان می باشند.^{۱۳}

با توجه به اینکه تاکنون پژوهش های اندکی در داخل کشور با موضوع آموزش احقاق جنسی انجام شده است این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش های احقاق جنسی بر رضایت زناشویی و شادمانی صورت گرفته است؛ لزوم انجام چنین مداخلاتی برای غنی سازی روابط زناشویی و پیشگیری از وقوع طلاق و افزایش شادمانی در زندگی مشترک، بیش از پیش احساس شد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه مداخله ای نیمه تجربی که بر اساس دستورالعمل های گزارش منتخب برای مطالعات تجربی (STROBE) انجام شد. محیط پژوهش شامل مجتمع های سلامت شهر تبریز بود. جامعه پژوهش شامل کلیه ی زنان ازدواج کرده مراجعه کننده به مجتمع های سلامت شهر تبریز بود که آمادگی خود را جهت شرکت در جلسات آموزشی اعلام کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه مفید و همکاران^{۱۴} وبا متغیر رضایت جنسی محاسبه گردید. به این ترتیب که بر اساس پرسشنامه رضایت جنسی لارسون، $MI=92/9$ ، با فرض ۱۵ درصد افزایش در

بالای ۰/۷ برآورد شد، با توجه به نمره کسب شده، طبقه بندی متغیر وابسته به سطوح عدم رضایت جنسی (نمره کمتر از ۵۰)، رضایت کم (۵۰-۷۵)، رضایت متوسط (۷۶-۱۰۰) و رضایت زیاد (نمره بیش از ۱۰۰) است. جهت آزمون رضایت جنسی، آزمونی روا برای سنجش رضایت جنسی در اکثر کشورهای غربی و داخلی می‌باشد. این آزمون یک بار توسط بیدمشکی حقیقی و شمس مفرحه (۱۳۸۰) مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت تعیین روایی این پرسشنامه از اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی ابزار از روش بازآزمایی استفاده شد که با توجه به درجه همبستگی ۰/۹۸، پایایی آن مورد تایید قرار گرفت.^۸

پرسشنامه شادمانی زناشویی (MHS (Marital Happiness Scale) آزمونی ده سوالی است. ابتدا برای آزمون اثرات مشاهده‌ای تقابلی اندازه گیری شد که یک رویکرد رفتاری در مشاوره زناشویی است. میزان پایایی این پرسشنامه به شیوه‌ی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در پژوهش در ایران ۰/۹۴. به دست آمده است.^۹ مقیاس خشنودی این پرسشنامه در پژوهشی جهت سنجش خشنودی زناشویی اعتبارسنجی شده است.^{۲۰} پایایی این ابزار در یک مطالعه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.^{۲۱} تحلیل آماری داده‌ها با نرم افزار، ویرایش ۲۱ SPSS و نتایج با آزمون‌های تی مستقل وکای دو و آنکوا مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۶۶ نفر از زنان سنین باروری مراجعه کننده به مجتمع‌های سلامت شهر تبریز (۳۳ نفر در گروه مداخله و ۳۳ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند) انجام شد. بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر مشخصات فردی و اجتماعی تفاوت معنی دار وجود نداشت. تنها تفاوت موجود در بین دو گروه آخرین زایمان بود (جدول ۱).

پرسشنامه‌ها قبل از شروع اولین جلسه سپس ۴ هفته پس از آخرین جلسه تکمیل شدند. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش پس از اتمام مطالعه در صورت تمایل، گروه کنترل نیز محتوای جلسات آموزشی را دریافت نمودند.

در این پژوهش به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و دموگرافیک، پرسشنامه احقاق جنسی هالبرت، پرسشنامه رضایت جنسی لارسون و پرسشنامه شادمانی زناشویی MHS استفاده گردید.

پرسشنامه اطلاعات فردی و دموگرافیک شامل: سن، مدت ازدواج، شغل و سطح تحصیلات، شغل و تحصیلات همسر، کفایت درآمد خانواده، نحوه ازدواج، داشتن آگاهی در زمینه‌ی احقاق جنسی، نوع روش پیشگیری از بارداری، تاریخ آخرین زایمان و تعداد دفعات نزدیکی در ماه بود.

پرسشنامه‌ی احقاق جنسی هالبرت (Assertiveness) questionnaire Hulbert sexual شامل ۲۵ سؤال است. در انتخاب گزینه‌های آزمون از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت استفاده شده است. این پرسشنامه توسط باقر ثنائی در ایران ترجمه شده، ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه شفیع ۰/۹۲ و توسط بای ضریب آلفای کل آزمون ۰/۹۵ حاصل شد. دامنه‌ی نمرات آن از صفر تا صد است که نمره‌ی بیشتر نشان دهنده‌ی احقاق جنسی زیاد و نمره‌ی کمتر بیانگر احقاق جنسی اندک است.^{۱۵} Schry در یک مطالعه روایی محتوایی ابزار را تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کرد.^{۱۶} همچنین قیصری و کریمیان پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد.^{۱۷}

پرسشنامه استاندارد رضایت جنسی (LSS)، دارای ۲۵ سوال با ۵ گزینه انتخابی طیف لیکرت (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، و همیشه) است و به هر سوال ۱ تا ۵ نمره داده شد. امتیاز مکتسبه بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار دارد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش بهرامی و همکاران^{۱۸} برای این پرسشنامه

جدول ۱. مشخصات فردی اجتماعی شرکت کنندگان در گروه‌های مداخله و کنترل

متغیر	مداخله (SD) Mean	کنترل (SD) Mean	P *
سن (سال)	۳۲/۶۶ (۷/۲۷)	۳۴/۸۱ (۶/۳۸)	۰/۲۰۶
مدت ازدواج (سال)	۸/۶۶ (۶/۰۸)	۱۱/۶۳ (۷/۱۴)	۰/۰۷۴
تعداد حاملگی	۱/۸۱ (۱/۱۵)	۱/۷۵ (۱/۱۷)	۰/۸۳۳
آخرین زایمان (ماه)	۹۶/۶۰ (۲/۶۲)	۹۴/۵۵ (۴/۱۷)	۰/۰۳۱
دفعات نزدیکی در ماه	۸/۱۲ (۳/۲۶)	۷/۰۰ (۲/۶۱)	۰/۱۲۸
متغیر	مداخله (n=۳۳)	کنترل (n=۳۳)	P **
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	

۰/۳۰۳			تحصیلات
	(۱۵/۲۰) ۵	(۲۷/۳۰) ۹	دبیرستان
	(۴۲/۴۰) ۱۴	(۴۲/۴۰) ۱۴	دیپلم
	(۴۲/۴۰) ۱۴	(۳۰/۳۰) ۱۰	دانشگاهی
۰/۶۱۳			تحصیلات همسر
	(۲۴/۲۰) ۸	(۱۸/۲۰) ۶	دبیرستان
	(۴۵/۵۰) ۱۵	(۳۹/۴۰) ۱۳	دیپلم
	(۳۰/۳۰) ۱۰	(۴۲/۴۰) ۱۴	دانشگاهی
۰/۳۹۸		شغل	
	(۲۱/۲۰) ۷	(۳۰/۳۰) ۱۰	شاغل
	(۷۸/۸۰) ۲۶	(۶۹/۷۰) ۲۳	خانه دار
۰/۳۱۴			شغل همسر
	(۱۰۰/۰۰) ۳۳	(۹۷/۰۰) ۳۲	شاغل
	(۰/۰۰) ۰	(۳/۰۰) ۱	بیکار
۰/۲۶۰			کفایت درآمد هزینه زندگی
	(۲۱/۲۰) ۷	(۱۸/۱۰) ۶	کافی
	(۴۸/۵۰) ۱۶	(۶۶/۷۰) ۲۲	نسبتاً کافی
	(۳۰/۳۰) ۱۰	(۱۵/۲۰) ۵	ناکافی
۰/۸۶۲			محل زندگی
	(۴۵/۴۰) ۱۵	(۳۹/۴۰) ۱۳	منزل شخصی
	(۳۶/۴۰) ۱۲	(۴۲/۴۰) ۱۴	منزل استیجاری
	(۱۸/۲۰) ۶	(۱۸/۲۰) ۶	زندگی با خانواده همسر
۰/۸۰۱			داشتن آگاهی در زمینه حقوق جنسی
	(۲۷/۳۰) ۹	(۲۷/۳۰) ۹	اطلاعات کم
	(۵۱/۵۰) ۱۷	(۵۷/۵۰) ۱۹	اطلاعات متوسط
	(۲۱/۲۰) ۷	(۱۵/۲۰) ۵	اطلاعات زیاد
۰/۲۸۲			سابقه نازایی
	(۱۸/۲۰) ۶	(۹/۱۰) ۳	بلی
	(۸۱/۸۰) ۲۷	(۹۰/۹۰) ۳۰	خیر
۰/۱۲۲			خواسته بودن بارداری
	(۸۷/۹۰) ۲۹	(۷۲/۷۰) ۲۴	بلی
	(۱۲/۱۰) ۴	(۲۷/۳۰) ۹	خیر
۰/۸۷۱			تعداد فرزند زنده
	(۱۲/۱۰) ۴	(۱۵/۲۰) ۵	صفر
	(۶۹/۷۰) ۲۳	(۶۳/۶۰) ۲۱	۱-۲
	(۱۸/۲۰) ۶	(۲۱/۲۰) ۷	بیشتر از ۲
			سابقه مراجعه به مشاور خانواده
	(۰/۰۰) ۰	(۰/۰۰) ۰	بلی

* آزمون تی مستقل
** آزمون مجذور کای

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره احقاق جنسی هالبرت، رضایت جنسی لارسون و شادمانی MHS در بین گروه‌ها قبل از مداخله

P	AMD(SE) [‡] 95% confidence interval	محدوده قابل کسب	محدوده شده کسب	گروه کنترل Mean (SD) n=۳۳	گروه مداخله Mean (SD) n=۳۳	متغیر
۰/۹۳۹*	-	۱۰۰-۰	۳۳-۶	(۵/۲۵) ۲۴/۴۵	(۷/۳۱) ۲۴/۵۷	نمره پرسشنامه هالبرت قبل از مداخله
۰/۰۰۶	-	۲۵-۱۲۵	۶۲-۸۸	۵۷/۸ (۱۲/۰۰)	۶۶/۲ (۱۱/۸۰)	نمره پرسشنامه لارسون قبل مداخله
۰/۰۳۰*	-	۱۰-۱۰۰	۱۶-۷۲	(۱۵/۷۰) ۳۸/۷	(۱۲/۹۰) ۴۶/۵	نمره پرسشنامه شادمانی قبل مداخله

* آزمون تی مستقل

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره احقاق جنسی هالبرت، رضایت جنسی لارسون و شادمانی MHS در بین گروه‌ها ۴ هفته بعد از مداخله

P	AMD(SE) ^۴ 95% confidence interval	محدوده قابل کسب	محدوده شده کسب	گروه کنترل Mean (SD) n=۳۳	گروه مداخله Mean (SD) n=۳۳	متغیر
۰/۰۰۱**	۲۳/۰۴ (۲/۱۰) ۱۹/۰-۲۷/۷	۱۰۰-۰	۷۲-۶	۲۵/۰۳ (۷/۰۱)	(۱۳/۳۸) ۴۸/۸۱	نمره پرسشنامه هالبرت (۴ هفته بعد)
۰/۰۰۱**	۲۳/۱(۲/۶۰) ۲۸/۵-۱۷/۸	۲۵-۱۲۵		۶۵/۱ (۱۰/۲۰)	۸۸/۳ (۱۰/۸۰)	نمره پرسشنامه لارسون (۴ هفته بعد)
۰/۰۰۱**	۱۷/۰ (۱/۹۰) ۱۳/۱-۱۹/۹	۱۰-۱۰۰	۱۴-۸۵	۴۰/۵ (۱۶/۴۰)	۶۴/۵ (۱۱/۹۰)	نمره پرسشنامه شادمانی (۴ هفته بعد)

**مدل خطی عمومی با تعدیل نمره اولیه احقاق جنسی

معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه از نظر احقاق جنسی در بدو ورود به مطالعه همسان بودند. همچنین بین میزان رضایت جنسی و شادمانی زندگی در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت. براساس نتایج مطالعه حاضر پس از انجام مداخله آموزشی احقاق جنسی، میانگین نمره احقاق جنسی، رضایت جنسی و شادمانی زندگی در گروه مداخله نسبت به کنترل افزایش یافته بود. این امر می‌تواند نشانگر تاثیر آموزش احقاق جنسی بر افزایش میزان رضایت جنسی و شادمانی زندگی در گروه مداخله باشد.

نتایج به دست آمده از این تحقیق مشابه نتایج حاصل از مطالعه شاکرمی و همکاران می‌باشد که آموزش جنسی، صمیمیت جنسی را در به طور معنی‌داری افزایش داده بود. جامعه این پژوهش را کلیه زنان متاهل مراجعه کننده به مرکز همپاران سلامت روان شهر بجنورد تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۸ زن واجد شرایط بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد جایگزین گردیدند. ۶ جلسه آموزش جنسی دو ساعته با توالی هر هفته یک جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. برای گروه شاهد مداخله‌ای ارایه نشد.^{۱۱}

مطالعه صیادی و همکاران تحت عنوان رابطه احقاق جنسی و احساسات مثبت نسبت به همسر در زنان متاهل انجام شد. این مطالعه همبستگی بر روی ۶۰ زن مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) مشهد انجام شد. نمونه ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، در این مطالعه به این نتایج دست یافتند که احقاق جنسی در زنان، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی آنان دارد و در بررسی نقش احقاق جنسی بر تمایل جنسی زنان نیز، به این نتیجه دست یافتند که زنان با احقاق جنسی بالا دارای فعالیت جنسی، ارگاسم، تمایل جنسی، رضایت جنسی و رضایت زناشویی بیشتری هستند. که

قبل از مداخله میانگین نمره احقاق جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۲). پس از مطالعه، میانگین نمره احقاق جنسی در گروه مداخله افزایش یافت، که بر اساس آزمون تی مستقل، بین دو گروه از این نظر تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳). بین نمرات قبل و بعد مداخله در نمره احقاق جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. قبل از مداخله میانگین نمره رضایت جنسی بین دو گروه مداخله و کنترل بر اساس آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۲). همچنین بعد از مطالعه میانگین نمره رضایت جنسی در گروه مداخله افزایش یافت، که بر اساس آزمون تی مستقل، دو گروه از این نظر تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳). قبل از مداخله میانگین نمره شادمانی زندگی بین دو گروه مداخله و گروه کنترل براساس آزمون تی مستقل، تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول ۲). نمره شادمانی زناشویی قبل از مداخله به عنوان مخدوشگر وارد مدل آماری شده و اثر احتمالی آن تعدیل گردید. همچنین پس از مطالعه، میانگین نمره شادمانی زندگی در گروه مداخله افزایش یافت که بر اساس آزمون تی مستقل، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت (جدول ۳).

بر اساس نتایج مطالعه میانگین نمره احقاق جنسی زنان بعد از آموزش در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود. میانگین نمره رضایت جنسی بعد از آموزش در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود و نمره شادمانی زندگی بعد از آموزش در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر آموزش احقاق جنسی بر رضایت جنسی و شادمانی زندگی زنان انجام شد. در مرحله قبل مداخله، بین میزان احقاق جنسی در گروه مداخله و کنترل تفاوت

مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی در مورد زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره قبل از ازدواج شهر اصفهان و با حجم نمونه ۶۰ زوج انجام شد. مشارکت کنندگان بصورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۰ زوج) و کنترل (۳۰ زوج) جای گرفتند. پس از پایان جلسات مشاوره پرسشنامه رضایت جنسی برای دو گروه تکمیل گردید. نتایج مطالعه اختلاف معنی‌داری بین تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مرسوم و ACT بر روی رضایت جنسی زوجین نشان نداد ($P > 0.05$). که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی نداشت. بنظر می‌رسد انتخاب زمان مطالعه (قبل از آغاز زندگی مشترک و روابط جنسی) درنتیجه حاصله تأثیرگذار بوده باشد. چون زوجین هنوز با مشکلاتی که احساس نیاز به دریافت مشاوره در آنان را برانگیزد، برخورد ننموده‌اند.^{۲۶}

نتیجه‌گیری

برنامه‌های آموزشی احقاق جنسی منجر به بهبود رضایت جنسی و افزایش شادمانی زناشویی در زنان شد. توصیه می‌گردد این مداخلات آموزشی ساده و کم هزینه به منظور ارتقاء وضعیت روانی و جنسی زنان بکار گرفته شوند.

محدودیت مطالعه

این مطالعه نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی مواجه بود. با توجه به اینکه این مطالعه، روی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز سلامت شهر تبریز انجام گرفته است؛ باید درتعمیم نتایج پژوهش حاضر به سایر مناطق و شرایط احتیاط کرد همچنین پیشنهاد می‌شود که نمونه‌ی بیشتری از زنانی که نیاز به مداخله‌ی آموزش مهارت‌های جنسی دارند، مورد بررسی قرار گیرند و به منظور حصول اطمینان از تداوم نتایج آموزش، پیگیری نیز صورت گیرد.

پیشنهادها

آموزش جنسی یک فرآیند طولانی است که از طریق آن افراد اطلاعات و دانش لازم در مورد مسائل جنسی را کسب می‌کنند و نگرش‌ها، عقاید و ارزش‌های خود را تشکیل می‌دهند همچنین به رشد جنسی سالم، بهداشت زناشویی، روابط بین فردی، تصور بدنی و نقش‌های جنسیتی کمک می‌کند. در پژوهش حاضر آموزش احقاق جنسی با افزایش سطح اطلاعات و دانش جنسی و حتی بهبود نگرش زوجین نسبت به مسائل جنسی می‌تواند در افزایش رضایت و شادمانی زوجین موثر واقع شود. در این راستا

نتایج این تحقیق با مطالعه حاضر مطابقت دارد که میزان رضایت جنسی زنان تحت تأثیر عواملی از جمله احقاق جنسی قرار دارد.^{۱۳} در مطالعه‌ای که توسط میرشمشیری و همکاران با هدف بررسی رابطه بین احقاق جنسی زنان متاهل و تعارضات زناشویی در زرین شهر استان اصفهان روی ۲۲۵ زن متاهل انجام شد. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که بین احقاق جنسی زنان متاهل و تعارضات زناشویی رابطه‌ی قوی، منفی و معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$) و همچنین نتایج مطالعه نشان می‌داد که با کاهش احقاق جنسی بر شدت تعارضات افزوده می‌شود که با نتیجه مطالعه حاضر همسو می‌باشد.^{۲۲}

مطالعه خانجانی و همکاران با هدف بررسی تأثیر آموزش جنسی بر بهبود کیفیت زناشویی زوجین شهر قم بود. در این مطالعه ۳۰ زوج به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه اول ۶ جلسه آموزش جنسی داشتند اما گروه دوم هیچ مداخله‌ای نداشتند. در این یافته‌ها حاکی از آن بود آموزش جنسی تأثیر مثبت و معنی‌داری بر بهبود رضایت جنسی، رضایت زناشویی، صمیمیت جنسی و کاهش تعارضات بین آنها داشت که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد.^{۲۳}

مطالعه دشتستان نژاد و همکاران تحت عنوان بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی بر باورهای نا کارآمد جنسی زوجین در شرف ازدواج شهر اصفهان انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل: زوجین در شرف ازدواج مراجعه کننده به مرکز خیریه امام علی (ع) بود و زوجین به شیوه‌ی تصادفی و به طور مساوی در دو گروه کنترل و شاهد گمارده شدند. در مورد گروه شاهد هشت جلسه آموزش مهارت جنسی اجرا شد و در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت جنسی پیش از ازدواج بر باور نا کارآمد جنسی زنان و مردان موثر است.^{۲۴}

مطالعه بهرامی و همکاران با هدف عملکرد و خودابرازی جنسی در زوج‌های با ازدواج به وصال نرسیده انجام شد. هیجده زوج به وصال نرسیده به روش نمونه‌گیری دردسترس به مقیاس خودابرازی جنسی همسران (SSDS) شاخص بین المللی کارکرد نعوظ (IIEF) و شاخص کارکرد جنسی زنان (FSFI) پاسخ دادند. در این مطالعه با بررسی عملکرد و احقاق جنسی بر روی زوجین، همبستگی پیرسون نشانگر عدم رابطه‌ی میان عملکرد جنسی و احقاق جنسی در زنان و مردان بود که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر هم راستا نمی‌باشد. از دلایل هم راستا نبودن، می‌توان به حجم نمونه کمتر و ابزار اندازه‌گیری متفاوت و نوع اختلال جنسی اشاره کرد.^{۲۵} مطالعه اکبری ترکستانی و همکاران تحت عنوان تأثیر

مهتاب شکیبایی فر نمونه گیری، تجزیه و تحلیل داده ها، همکاری در تهیه و تدوین گزارش نهایی و نگارش مقاله را بر عهده داشت.

منابع مالی

این پژوهش با حمایت‌های مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شده است. دسترس پذیری داده ها همه داده‌های ایجاد شده در این مطالعه در این مقاله گنجانده شده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه بعد از اخذ مجوز از معاونت تحقیقات و فناوری انجام شد. کد اخلاق مطالعه IR.TBZMED.REC.1400.287 می‌باشد. پرسشنامه مورد استفاده در پژوهش حاضر بدون نام بوده و اطلاعات ثبت شده در آن محرمانه هستند. قبل از آغاز پرسشگری فرم رضایت آگاهانه کتبی از داوطلبان اخذ شد. در تمام طول مدت مطالعه، پژوهشگر پایبند به اصول معاهده هلسینکی بود.

تعارض منافع

مؤلفان اظهار می‌کنند که منافع متقابلی از تألیف و انتشار این مقاله ندارند.

با توجه به مشکل عمده‌ای که امروزه جامعه در رابطه با مسائل جنسی با آن روبرو است پیشنهاد می‌شود که این آموزش‌ها در دوره‌های قبل ازدواج و حین ازدواج به زوجین ارائه شود که باعث بهبود رضایت جنسی و شادمانی زناشویی گردد. امیدواریم این پژوهش با در اختیار قرار دادن وضعیت از احقاق جنسی، رضایت زناشویی و شادمانی زندگی و ارتباط آنها با یکدیگر بتواند به مراقبین در عرصه سلامت نو، همچنین در امر برنامه ریزی و سیاست گذاری، علت یابی و درمان کمک شایانی کند. از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به همکاری مشارکت کنندگان پس از جلب اعتماد، همکاری صمیمانه مسئولین مراکز سلامت، کمک به حل برخی از مشکلات مشارکت کنندگان را ذکر کرد.

قدردانی

از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز، کارشناسان ستادی و کارشناسان مامایی مراکز سلامت شهر تبریز و کلیه شرکت کنندگان در اجرای این طرح به دلیل همکاری صمیمانه شان تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت پدید آوران

نیلوفر ستارزاده جهدی ایده پردازی، طراحی اثر نقد و بررسی مقاله، نظارت بر تجزیه و تحلیل داده ها و تهیه و تدوین گزارش نهایی و نگارش مقاله، سوپل حکیمی تجزیه و تحلیل داده ها، همکاری در تدوین گزارش نهایی را بر عهده داشت و همچنین

References

1. Travis CB, White JW. Sexuality, Society, and Feminism. New York: American Psychology Association; 2000. doi: 10.1037/10345-000
2. Tolor A, Kelly BR, Stebbins CA. Assertiveness, sex-role stereotyping, and self-concept. The Journal of Psychology. 1976;93(1):157-64. doi: 10.1080/00223980.1976.9921388
3. Shafer A, Ortiz RR, Thompson B, Huemmer J. The Role of Hyper masculinity, Token Resistance, Rape Myth, and Assertive Sexual Consent Communication among College Men. J Adolesc Health. 2018;62(3S):44-50. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.10.015
4. Assadi E, Fathabadi J, Mohammad Sharifi F. The Relationship between couple burnout, sexual assertiveness, and sexual dysfunctional beliefs in married women. Family Counseling and Psychotherapy. 2014;3(4):661-92.
5. Baghiyan A. Examined predictors of sexual satisfaction of women in Yazd city. Family Counseling (Doctoral dissertation, MA thesis, Isfahan University). 2013.
6. Modarres M, Rahimi Kian F, Booriaie E. Effect of pelvic muscle exercise on sexual satisfaction among primiparous women. J Hayat. 2012;2 18(4):10-8.
7. Claudat K, Warren CS. Self-objectification, body self-consciousness during sexual activities, and sexual satisfaction in college women. Body Image. 2014;11(4):509-15. doi:10.1016/j.bodyim.2014.07.006
8. Shams MZ, Shahsiah M, Mohebi S, Tabaraee Y. The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz city. Health Sys Res. 2011;6(3):417-24. (Persian).
9. Friedman SE, Baum N. The role of positive psychology in the modern medical practice. The Journal of medical practice management: MPM. 2016;31(5):287.
10. Patel KK, Dhar M. Gender differences in marital happiness among newly married Individuals in

- India: Do the Demographic and Socioeconomic Factors Matter?. *Demography India*. 2020;49(1):112-23.
11. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K, Gohari SH. The effect of sex education on sexual intimacy of married women. *IJPN*. 2014;2(1):34-42.
 12. Asadi M, Shiralipour A, Nazari AM, Miri Shayad S. The relationship between aggression and communicational belief with sexual assertiveness on women. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011;15:922- 6. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.03.213
 13. Sayyadi F, Golmakani N, Ebrahimi M, Saki A. The relationship between sexual assertiveness and positive feelings towards spouse in married women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2018;6(3):1305-10.
 14. Mofid V, Ahmadi A, Etemadi O. The comparison of cognitive-behavioral counseling and solution-oriented counseling on women's sexual satisfaction in Isfahan. *Quarterly Journal of woman & society*. 2014;5(19):67-83. (Persian).
 15. Sanaei B, Hooman A, Alaghmand S. Family and marriage measurement scales. Tehran: Besat Publications;2008.
 16. Schry AR, White SW. Sexual assertiveness mediates the effect of social interaction anxiety on sexual victimization risk among college women. *Behavior therapy*. 2013;44(1):125-36. doi: 10.1016/j.beth.2012.09.001
 17. Gheisari S, Karimian N. A causal model based on relationship satisfaction, sexual satisfaction, marital quality, anxiety of sexual relationship, sexual assertiveness, and the frequency of intercourse in female married students of Bandarabbas. *Cult Counsel*. 2014;4(16):85-106.
 18. Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Soliemani M, Haghdoost A. Psychometric properties of the Persian version of Larson's sexual satisfaction questionnaire in a sample of Iranian infertile couples. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2016;12(2):18-31.
 19. Issanejad O, Ahmadi S. A, Bahrami F, Baghba I, Shojaheidari M. The effect of relationship enhancement training on marital happiness and optimism. *Journal of Modern Psychological Research's (Psychology)*. 2011;21(6):129-49.
 20. Heydari P. Effect of cognitive behavioral therapy on anxiety in women with primary infertility by IUF treatments. Master's thesis. Mashhad University of Medical Sciences. 1998.
 21. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression Anxiety and stress scale (Dass-21) for an Iranian population. *Iranian developmental psychology psychologists*. 2006;1(4):299-312. (Persian)
 22. Mirshamshiri M, Salehi M, Madhi F, Kianmehr M. The relationship between sexual assertiveness and marital conflicts of a sample of women in Zarrinshahr. *Behav Sci Res*. 2015;13(2):343-52.
 23. Khanjani Veshki S, Botlani S, Shahsiah M, Sharifi E. The effect of sex education on marital quality improvement in couples of Qom. *Interdisciplinary journal of contemporary research in business* 2012;4(7):134-47.
 24. Dashtestannejad A, Eshghi R, Afkhami E. Effectiveness of Premarital Sex Education on Sexual Dysfunctional Beliefs of Couples, Isfahan. *PCNM*. 2015;4(2):14-22.
 25. Bahrami H, Eftekhari M, Kiamanesh A, Sokhandani F. Sexual Function and Self-disclosure in Unconsummated Marriages. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2013;19(2):149-55.
 26. Akbari Torkestani N, Ramezan Nejad P, Abedi M, Eshrati B, Movahed Majd M, Nekoobahr A. Effect of premarital counseling with ACT approach on sexual satisfaction. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2017;15(4):244-51.