

December-January 2020, Volume 9, Issue 6

The Effectiveness of “Cognitive-Behavioral Therapy” on the Sexual Function and Schema of Postmenopausal Women

Fatemeh Rostamkhani¹, Mohammad Ghamari^{2*}, Vahideh Babakhani³, Effat Sadat Merghati Khoei⁴

1- Ph.D. Student of Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar Branch, Abhar, Iran.

2 -Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar Branch, Abhar, Iran. (Corresponding author).

E-mail: ghamari.m@abhariau.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar Branch, Abhar, Iran.

4- Associate Professor, Iranian National Center of Addiction Studies, Institution of Risk Behaviors Reduction, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 10 June 2020

Accepted: 4 Dec 2020

Abstract

Introduction: Sexual function is an important part of the life of postmenopausal women and changes in it, especially in menopause, can affect their health. The sexual function of postmenopausal women can be affected by various factors. The aim of this study was to determine the “Cognitive-Behavioral Therapy” on sexual function and schemas in postmenopausal women.

Methods: The method of the present study was quasi-experimental and its design was pre-test-post-test-follow-up with the control group. The statistical population of the study included all postmenopausal women who referred to Zanjan Health Center in 2020 to receive services. 30 individuals who had a sexual function score less than 28 with a female "Female Sexual Function Index" were selected by purposive sampling and randomly selected (by lottery) in two intervention and control groups (15 in each group). Data were obtained with the "Female Sexual Function Index" and "Women's Sexual Self-Schema Scale" in the pre-test, post-test and follow-up stages of the intervention and control groups. Content validity was performed by qualitative method and reliability was performed by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. “Cognitive-Behavioral Therapy” was presented to the intervention group in 8 sessions of 2 hours. Data were analyzed using SPSS. 24

Results: The trend of changes in the intervention group compared to the control group in the measurement stages in the variables of sexual function ($F= 25.259$ and $P= 0.001$) and sexual schema ($F= 4.355$ and $P= 0.021$) significantly different ($P< 0.05$). About 42% and 12% of the observed differences in sexual function and sexual schema variables are due to group membership (intervention), respectively. To compare these changes over time, Bonferroni Subordinate Test was used. Changes between pretest and posttest, pretest with follow-up were significant only in the intervention group ($P < 0.05$).

Conclusions: “Cognitive-Behavioral Therapy” has improved sexual function and schema in postmenopausal women. Therefore, it is recommended to use it to improve sexual function and sexual schema of postmenopausal women.

Keywords: Cognitive-Behavioral, Sexual Function, Sexual Schema, Menopause.

اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» بر عملکرد و طرحواره های جنسی زنان یائسه

فاطمه رستمخانی^۱، محمد قمری^{۲*}، وحیده باباخانی^۳، عفت السادات مرقاتی خویی^۴

۱ - دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، ابهر، ایران.

۲ - دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، ابهر، ایران (نویسنده مسئول).
ایمیل: ghamari.m@abhariau.ac.ir

۳ - استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، ابهر، ایران.

۴ - دانشیار، مرکز ملی مطالعات اعتیاد ایران، موسسه کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۲۱

چکیده

مقدمه: عملکرد جنسی جزء مهمی از زندگی زنان یائسه است و تغییر در آن به خصوص در یائسگی، می تواند بر سلامت ایشان تاثیرگذار باشد. عملکرد جنسی زنان یائسه می تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار گیرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "درمان شناختی-رفتاری" بر عملکرد و طرحواره های جنسی زنان یائسه انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان یائسه که جهت دریافت خدمات به مرکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان در سال ۹۹-۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند، بود. از بین آن ها ۳۰ تن که نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ با شاخص عملکرد جنسی زنان داشتند، به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه مداخله و کنترل (در هر گروه ۱۵ تن) قرار گرفتند. داده ها با "شاخص عملکرد جنسی زنان" (Female Sexual Function Index) و "مقیاس خود طرحواره جنسی زنان" (Women Sexual Self-Schema Scale) در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از گروه مداخله و کنترل کسب شد. روایی محتوای روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. گروه مداخله ۸ جلسه ۲ ساعته "درمان شناختی-رفتاری" دریافت کردند. داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل گردید.

یافته ها: روند تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در مراحل سنجش در متغیرهای عملکرد جنسی (۲۵/۲۵۹) $F=0.001$ و $P=0.001$ و طرحواره جنسی ($F=4.355$ و $P=0.021$) به طور معنادار متفاوت بود ($P<0.05$) و به ترتیب حدود ۴۲ درصد و ۱۲ درصد از تفاوت های مشاهده در متغیرهای عملکرد جنسی و طرحواره جنسی ناشی از عضویت گروه (مداخله) می باشد. جهت مقایسه این تغییرات در روند زمان از آزمون تبعی بن فرونی استفاده شد. تغییرات بین پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله معنادار بود ($P<0.05$).

نتیجه گیری: "درمان شناختی-رفتاری" باعث بهبود عملکرد و طرحواره جنسی در زنان یائسه شده است. لذا پیشنهاد می شود از آن برای بهبود عملکرد جنسی و طرحواره جنسی زنان یائسه استفاده شود.

کلید واژه ها: شناختی-رفتاری، عملکرد جنسی، طرحواره جنسی، یائسگی.

مقدمه

یائسگی یک رویداد طبیعی در زندگی زنان است که منجر به پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی برای فرد می شود. در نتیجه کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می دهد (۱). در این مرحله از زندگی، زنان با بسیاری از مشکلات و عوارض ناشی از کمبود هورمون های جنسی مواجه خواهند شد و در نتیجه زندگی آن ها تحت تاثیر این مشکلات قرار خواهد گرفت (۲). تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوای بشر بوده و تاثیر غیر قابل انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد (۳). یکی از نگرانی های بهداشتی اصلی زنان یائسه، مشکلات جنسی می باشد (۲). روابط جنسی یکی از مهم ترین عوامل موثر بر خوشبختی زندگی زناشویی است که اگر قانع کننده نباشد، منجر به احساس شکست، ناکامی و عدم احساس امنیت می شود (۴). سازمان جهانی بهداشت اختلال عملکرد جنسی را به صورت شیوه های مختلفی که در آن شخص قادر به شرکت در یک رابطه جنسی آن گونه که آرزو دارد نباشد، تعریف می نماید (۱). عملکرد جنسی بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان با شخصیت فرد آمیخته شده که صحبت از آن به عنوان پدیده ای مستقل، غیر ممکن به نظر می رسد (۳). طبق آمار پیش بینی شده از سوی سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، در ایران تا سال ۱۴۰۰، حدود ۵ میلیون زن در سن یائسگی زندگی خواهند کرد (۱). شیوع مشکلات عملکرد جنسی در میان کلیه زنان بین ۲۵ تا ۶۳ درصد برآورد شده است. این شیوع در زنان بعد از یائسگی از این هم بالاتر و به میزان بین ۶۸ تا ۸۶/۵ درصد در کشورهای مختلف ذکر شده است (۵). وضعیت اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه در تربت حیدریه ۷۲/۵ درصد گزارش شده است (۶).

طرحواره های جنسی یک نمایشی تاریخی از زندگی جنسی فرد است و به عنوان باورهای اساسی و هسته ای ابعاد جنسی فرد تعریف شده است که از تجارب گذشته مشتق شده و در تجربه های حال نمود پیدا می کنند و لذا در پردازش اطلاعات جنسی افراد تاثیر می گذارند و رفتار جنسی را هدایت می کنند. طرحواره های جنسی، نگرش ها، رفتارها، تصمیمات و قضاوت های جنسی فرد را هدایت می کنند. طرحواره ها همیشه خود را در روابط نشان می دهند و باعث تاثیر در عملکرد رابطه جنسی و غیر جنسی می شوند (۷). عملکرد جنسی نقش مهمی را در زندگی زنان

ایفا می کند. امروزه با افزایش جمعیت زنان در جهان، بر تعداد زنان یائسه افزوده شده است. با توجه به بهبود میزان امید به زندگی و افزایش قابل توجه جمعیت سالمند به نظر می رسد که نیاز بیشتری برای درک کامل مسائل مربوط به سالمندان وجود داشته باشد (۱). باباخانی و همکاران (۸) در پژوهش خود نشان دادند که بعد از جلسات «درمان شناختی- رفتاری»، گروه مداخله نسبت به گروه کنترل در عملکرد جنسی و حوزه های آن افزایش معناداری داشت. بنابراین، «درمان شناختی- رفتاری» در زنان می تواند نقش مثبت و موثری در بهبود روابط جنسی داشته باشد. حقیقی و همکاران (۹) در پژوهش خود نشان دادند که «درمان شناختی- رفتاری» در کاهش دیسترس جنسی زنان یائسه موثر است و موجب بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه می شود. Hummel و همکاران (۱۰) در مطالعات خود نشان دادند «درمان شناختی- رفتاری» بر میزان اختلالات جنسی زنان با سرطان پستان موثر می باشد. همچنین نتایج یافته های شخمگر و همکاران (۱۱) نشان داد که آموزش گروهی «درمان شناختی- رفتاری»، منجر به افزایش معنادار رضایت زناشویی زنان نابارور شده است. رامش و همکاران (۱۲) در پژوهش خود نشان دادند که اختلال جنسی و ناسازگاری زناشویی شرکت کنندگان در گروه مداخله با «درمان شناختی- رفتاری» به طور معناداری از گروه کنترل کمتر است. بنابراین، با به کار گیری «درمان شناختی- رفتاری» می توان به بهبود عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی آن ها کمک کرد. طول عمر زنان در چند دهه اخیر افزایش یافته و تعداد زنان بیشتری دوران یائسگی را پشت سر می گذرانند. لذا با توجه به شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی زنان یائسه و مشکلات موجود در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان شناختی- رفتاری» بر عملکرد جنسی و طرحواره های جنسی زنان یائسه انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بود که با طرح پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل می باشد که در مراکز بهداشتی و درمانی ۹۰، ۱۴، ۱۷ شهر زنجان در سال ۹۹-۱۳۹۸ اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل زنان یائسه که طی ۵ سال گذشته یائسه شده و دارای عملکرد جنسی نامطلوب بودند و جهت دریافت خدمات به

تجربه تنش‌هایی نظیر خیانت همسر، مرگ، بیماری وخیم و محکومیت به زندان اطرافیان نزدیک در طول مطالعه بود. جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه‌های زیر انجام شد.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن زن و همسر، میزان تحصیلات زن و همسر، درآمد، سن یائسگی، وضعیت مسکن و وضعیت اشتغال زن و همسر بود.

«شاخص عملکرد جنسی زنان» در سال ۲۰۰۰ توسط Rosen و همکاران (۱۴) برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان در طی ۴ هفته گذشته طراحی شد. این شاخص با ۱۹ عبارت در ۶ بعد: میل جنسی (۲ عبارت با ضریب ۰/۶)، تحریک جنسی (۴ عبارت با ضریب ۰/۳)، رطوبت (۴ عبارت با ضریب ۰/۳)، ارگاسم (۳ عبارت با ضریب ۰/۴)، رضایتمندی (۳ عبارت با ضریب ۰/۴) و درد (۳ عبارت با ضریب ۰/۴) عملکرد جنسی زنان را می‌سنجد و دارای طیف پاسخ از صفر (بدون فعالیت جنسی)، ۱ (هیچگاه یا تقریباً هیچگاه) تا ۵ (همیشه یا تقریباً همیشه) می‌باشد، که نمره بالاتر اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارد (۱۴). نمره هر فرد در این شاخص مطابق (جدول ۱) در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت، ارگاسم، رضایت و درد با جمع زدن نمره‌های عبارت‌های مربوط به آن بعد و ضرب کردن حاصل جمع نمره در ضریب هر بعد محاسبه می‌گردد. نمره کل فرد از حاصل جمع نمره‌های ۶ بعد بدست می‌آید که نمره حداقل ۱/۲ و نمره حداکثر ۳۶ می‌باشد. نمره کمتر از ۲۸ عملکرد نامطلوب محسوب می‌شد (۱۵، ۱۶).

جدول ۱: نمره دهی ابعاد «شاخص عملکرد جنسی زنان»

بخش	عبارت‌ها	محدوده نمره‌ها	ضریب	حداقل نمره	حداکثر نمره
میل جنسی	۱، ۲	۵-۱	۰/۶	۱/۲	۶
برانگیختگی	۳، ۴، ۵، ۶	صفر-۵	۰/۳	صفر	۶
خیس و نرم شدن واژن	۷، ۸، ۹، ۱۰	صفر-۵	۰/۳	صفر	۶
ارگاسم	۱۱، ۱۲، ۱۳	صفر-۵	۰/۴	صفر	۶
میزان رضایت	۱۴، ۱۵، ۱۶	صفر یا ۵-۱	۰/۴	صفر	۶
درد	۱۷، ۱۸، ۱۹	صفر-۵	۰/۴	صفر	۶

کرونباخ با نمونه فوق ۰/۸۲ گزارش گردید (۱۴). همچنین روایی تمیزی «شاخص عملکرد جنسی زنان» توسط Wiegel و همکاران طی مطالعه‌ای بر روی جمعیت ۵۶۸ تن از زنان در آمریکا صورت گرفت. میانگین نمره عملکرد جنسی ۳۰۷ زن با اختلال عملکرد جنسی با میانگین نمره عملکرد جنسی ۲۶۱ زن بدون اختلال عملکرد جنسی (کنترل) برای هر یک از بعدها اختلاف معناداری

مرکز بهداشتی و درمانی مذکور در شهر زنجان از آبان تا دی ماه سال ۱۳۹۸ مراجعه می‌نمودند، می‌باشد. ابتدا «شاخص عملکرد جنسی زنان» (Female Sexual Function Index) توسط ۵۰ زن یائسه به صورت هدفمند، تکمیل گردید. سپس زنانی که نمره کمتر از ۲۸ از ۳۶ در شاخص فوق داشتند، به تعداد ۳۰ تن واجد شرایط انتخاب و به صورت تصادفی ساده (به صورت قرعه‌کشی)، در دو گروه ۱۵ تن مداخله و کنترل قرار گرفتند. در روش نیمه تجربی هر کدام از گروه‌های مداخله و کنترل می‌تواند ۱۵ تن در نظر گرفته شود (۱۳).

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: متاهل و در حال زندگی با همسر بودن، سپری شدن حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال از قطع قاعدگی، داشتن حداقل سواد متوسطه، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی پیرامون یائسگی با محوریت آموزش جنسی، عدم ابتلای همسران به انزال زودرس یا ناتوانی جنسی بر اساس گفته شرکت‌کنندگان، دارای اختلال عملکرد جنسی (کسب نمره کمتر از ۲۸ از ۳۶ در «شاخص عملکرد جنسی زنان») و عدم چند همسره بودن شوهر بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل زن به ادامه همکاری، پیدایش بیماری‌های در زنان یا همسرشان که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند (نظیر انزال زودرس، بیماری‌های قلبی و عروقی، روانی، تیروئید و سرطان‌ها)، شروع مصرف داروهایی که به نحوی بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، وقوع اعتیاد، سابقه بیماری‌های جسمی و یا روانی

روایی تمیزی (Discriminant Validity)، «شاخص عملکرد جنسی زنان» توسط Rosen و همکاران بر روی ۲۵۹ زن در ۵ مرکز پژوهشی آمریکا محاسبه گردید. میانگین نمره عملکرد جنسی ۱۲۸ زن با اختلال تحریک جنسی با میانگین نمره عملکرد جنسی ۱۳۱ زن بدون اختلال تحریک جنسی (کنترل) اختلاف معناداری نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای

نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای ۲۸۳ زن با اختلال عملکرد جنسی و ۲۴۴ زن بدون اختلال عملکرد جنسی در آمریکا به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۴ حاصل شد (۱۷).

در ایران محمدی و همکاران برای تعیین روایی تمیزی، "شاخص عملکرد جنسی زنان" را بررسی کردند. میانگین نمره کسب شده از هر بعد و همچنین کل مقیاس در دو گروه مورد با ۵۳ تن از زنان با اختلال عملکرد جنسی و گروه کنترل با ۲۸ تن از زنان بدون اختلال عملکرد جنسی، با هم مقایسه شدند و اختلاف معنادار بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ابعاد "شاخص عملکرد جنسی زنان" شامل: تمایل‌های جنسی، برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۶ و ۰/۸۸ و پایایی کل شاخص را نیز ۰/۹۲ گزارش شد (۱۵).

فخری و همکاران (۱۸) روایی تمیزی "شاخص عملکرد جنسی زنان" بین زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی (۲۴۱ تن) و زنان بدون اختلال عملکرد جنسی (۲۰۷ تن) از کلینیک‌های شهرهای زاهدان، اهواز، گیلان، قزوین و تهران بررسی کردند. نتایج نشان داد که زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی به طور معنا داری نمره کمتری را در مقایسه با افراد بدون اختلال کسب کردند. همچنین روایی همگرایی "شاخص عملکرد جنسی" زنان نشان داد که همه موارد، همبستگی بالایی با بعد مربوط به خودشان داشتند در حالی که با سایر ابعاد همبستگی نداشتند و این همبستگی دارای طیفی از ۰/۵۲ تا ۰/۹۲ بود. بالاترین میزان روایی همگرایی مربوط به بعد میل جنسی (۰/۹۲) بود و کمترین میزان آن در بعد تحریک جنسی دیده شد (۰/۵۲). پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ "شاخص‌های عملکرد جنسی" در ۴۴۸ نمونه فوق بین ۰/۷۲ - ۰/۹۰ گزارش کردند.

طرحواره‌های جنسی با "مقیاس خود طرحواره جنسی زنان" (Women's Sexual Self-Schema Scale) توسط Andersen & Cyranowski (۷) برای اندازه گیری طرحواره‌های جنسی تدوین شده است و دارای ۵۰ صفت می باشد که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (از اصلا= صفر تا خیلی زیاد= ۶) پاسخ می دهد. به دلیل اینکه افراد (به ویژه زنان) آزادانه در مورد مسائل

جنسی خود صحبت نمی کنند، ۲۴ صفت به عنوان عبارت های پوشاننده به منظور پوشاندن ماهیت اصلی مقیاس همراه ۲۶ صفت اصلی ارائه می شوند. ۲۴ عبارت غیر مرتبط، در نمره گذاری وارد نمی شوند. این مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس پرشور-عاشقانه (passionate-romantic) شامل ۱۰ صفت از ۲۶ صفت اصلی، صریح-راحت (open-direct) شامل ۹ صفت از ۲۶ صفت اصلی و خرده مقیاس خجالتی-محتاط (embarrassed-conservative) شامل ۷ صفت از ۲۶ صفت اصلی است. در خرده مقیاس پرشور-عاشقانه حداقل نمره صفر و حداکثر ۶۰ در خرده مقیاس صریح-راحت حداقل نمره صفر و حداکثر ۵۴ و در خرده مقیاس خجالتی-محتاط حداقل صفر و حداکثر ۴۲ است. ۲۶ صفت اصلی مقیاس طرحواره خود جنسی به صورت زیر تفکیک شده اند: خرده مقیاس پرشور-عاشقانه (۵، ۱۱، ۲۰، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۴، ۴۵، ۴۸ و ۵۰)، خرده مقیاس صریح-راحت (۲، ۹، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۴، ۲۵ و ۳۲) و خرده مقیاس خجالتی-محتاط کار (۳، ۸، ۲۲، ۲۸، ۳۱، ۳۸ و ۴۱). برای محاسبه نمره هر خرده مقیاس، نمره تک تک عبارت های مربوط به آن خرده مقیاس را با هم جمع کنید. برای محاسبه نمره کل مقیاس، نمره همه عبارت های مقیاس با هم جمع می شود. حداقل و حداکثر نمره مقیاس صفر و ۱۵۶ می باشد. هر چه نمره حاصل شده از این مقیاس بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر خود طرحواره جنسی خواهد بود و بالعکس (۷).

روایی و پایایی "مقیاس خود طرحواره جنسی زنان" توسط Andersen & Cyranowski بر روی ۳۸۷ دختر دانشجوی در آمریکا محاسبه گردید. روایی سازه در ۳۸۷ دختر در آمریکا، رابطه قوی هر یک از خرده مقیاس ها با نمره کلی، با ضریب همبستگی ها از ۰/۶۵ تا ۰/۸۰ محاسبه شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در نمونه فوق انجام شد که در خرده مقیاس پرشور-عاشقانه ۰/۸۱، در خرده مقیاس صریح-راحت ۰/۷۷، در خرده مقیاس خجالتی - محتاط ۰/۶۶ و در مقیاس کل ۰/۸۲ بود (۷).

همچنین روایی تمیز "مقیاس خود طرحواره جنسی زنان" توسط Nowosielski و همکاران بر روی ۵۶۱ زن (۱۸ تا ۵۵ ساله) در لهستان محاسبه گردید. میانگین نمره ۱۲۷ زن با طرحواره مثبت با میانگین نمره ۱۴۷ زن با طرحواره منفی در کیفیت و اهمیت رابطه جنسی، مدت زمان رابطه

شناختی-رفتاری“ را توسط پژوهشگر آموزش دیده (عضو اول گروه پژوهش مقاله حاضر) در ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته ای یک جلسه) طی دو ماه در مراکز بهداشتی و درمانی مذکور دریافت کردند. برای اینکه گروه ها با هم تعاملی نداشته باشند، هر یک از گروه ها در روزهای متفاوتی در مراکز بهداشتی و درمانی حاضر شدند. پس از آزمون بلافاصله بعد از پایان درمان و پیگیری سه ماه بعد، در هر دو گروه اجرا گردید.

جلسات “درمان شناختی-رفتاری“ طبق پروتکل Ter Kuile و همکاران، (۲۲) و Kaplan (۲۳) طراحی و توسط ۵ تن از متخصصان روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر و یک متخصص سکسولوژی از دانشگاه علوم پزشکی تهران تایید شد.

خلاصه جلسات “درمان شناختی-رفتاری

جلسه اول: معارفه و برقراری رابطه درمانی، توضیح در مورد یائسگی و مشکلات همراه آن، بررسی کیفیت رابطه عاطفی زوجین، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت رابطه جنسی، ارائه توضیح مختصر در زمینه روند و منطق درمان انجام گرفت. جلسه دوم: بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیر منطقی، بررسی ترجیحات و خواسته های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، آموزش تمرین های کگل، آشنایی بیمار با آناتومی جنسی، کارکرد اعضای تناسلی، فیزیولوژی و رفتار جنسی به منظور افزایش آگاهی جنسی بیمار انجام شد.

جلسه سوم: بررسی و توضیح پیامدهای رفتاری و هیجانی پایبندی به باورهای جنسی ناکارآمد، همچنین تجارب خاص و تاکید بر دخالت این عوامل در بروز و تداوم بیماری، آشنایی بیمار با اختلالات عملکرد جنسی، آموزش انواع شیوه های مقاربت جنسی و روش های وابسته به آن به عمل آمد. در رابطه با یافتن باورهای جنسی ناکارآمد در هفته آینده تکلیف ارائه شد.

جلسه چهارم: کار بر روی شناخت واره ها: افکار خود آیند منفی (negative automatic thoughts)، فکر میانجی: فرض های مشروط (conditional assumptions)، باید ها (must)، قواعد (rules) و افکار بنیادین یا مرکزی (core beliefs) آموزش داده شد. تکلیف در مورد نوشتن هر یک از افکار خودآیند منفی در هفته آینده داده شد.

جلسه پنجم: خلاصه افکار آموزش داده شده و ارزیابی تمرین ها، آشنایی بیمار با ۱۷ خطای شناختی

و عاشقانه بودن رابطه، اختلاف معناداری نشان داد، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در ۱۳۳ تن محاسبه شد و مقیاس کل ۰/۷۴ بود (۱۹).

مجتبایی و همکاران (۲۰) روایی محتوا به روش کیفی “مقیاس خود طرحواره جنسی زنان“ را در مطالعه خود بررسی و تایید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در ۱۹۰ تن زن متاهل، پرستار شاغل در بیمارستان های دولتی تهران، در نمره کل ۰/۷۸ به دست آمد که نشاندهنده پایایی مطلوب است. همچنین در پژوهش زرگری نژاد و احمدی روایی محتوا به روش کیفی “مقیاس خود طرحواره جنسی زنان“ در ۳۶۰ زن متاهل دانشگاه الزهرا (س) و دانشگاه اسلامی واحد جنوب بررسی و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با نمونه فوق خرده مقیاس پرشور-عاشقانه ۰/۷۵، در عامل صریح-راحت ۰/۶۲ و در عامل خجالتی-محتاط برابر با ۰/۶۸ به دست آمده که قابل قبول بود (۲۱).

در مطالعه حاضر، روایی محتوا به روش کیفی “شاخص های عملکرد جنسی“ و “مقیاس خود طرحواره جنسی زنان“ مورد تایید ۵ تن از متخصصان روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی اهر قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ با شرکت ۳۰ تن از شرکت کنندگان پژوهش حاضر (زنان) یائسه در مراکز بهداشتی و درمانی ۹،۱۴،۱۷ شهر زنجان) برای “شاخص های عملکرد جنسی“ $\alpha = 0/80$ و برای “مقیاس خود طرحواره جنسی زنان“ $\alpha = 0/75$ بدست آمد. پژوهشگر پس از تصویب طرح پژوهشی و گذراندن کارگاه های آموزشی “درمان شناختی-رفتاری“ و سکس تراپی، مجوز از دانشگاه علوم پزشکی زنجان دریافت کرد و سپس با هماهنگی های لازم، به مراکز بهداشتی و درمانی ۹،۱۴،۱۷ شهر زنجان مراجعه و ۳۰ تن واجد شرایط را با نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه نمود. سپس با ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف و اجرا، از نمونه ها رضایت نامه کتبی اخذ گردید. سپس نمونه ها به صورت تصادفی ساده (قرعه کشی) به دو گروه ۱۵ تن مداخله و کنترل تقسیم شدند. بعد از تکمیل پرسشنامه ها توسط زنان، جهت یادآوری مراجعات بعدی آن ها به مرکز از آن ها شماره تلفن مطمئنی گرفته شد. در فرایند اجرای پژوهش گروه کنترل مشاوره روتین را دریافت نمودند و گروه مداخله “درمان

(cognitive distortion) ذهن خوانی، پیشگویی، فاجعه سازی، برچسب زدن، دست کم گرفتن جنبه های مثبت، فیلتر ذهنی، تعمیم افراطی، تفکر دو قطبی، بایدها، شخصی سازی، دیگران را مقصر دانستند، مقایسه های غیر منصفانه، همیشه پشیمان بودن، نکته که، استدلال هیجانی و برخورد قضاوتی توضیح داده شد و سپس به افراد شرکت کننده پمفلت آموزشی مربوطه داده شد. در رابطه با یافتن خطاهای شناختی در هفته آینده تکلیف ارائه شد.

جلسه ششم: بازسازی شناختی با استفاده از روش های شناختی (روش شواهد تائید کننده و رد کننده، سود و زیان و روش دایره، وکیل مدافع، پیکان رو به پایین، معیار دوگانه و ماشین زمان و...)، روش های رفتاری: توقف فکر، آرام سازی عضلانی با ۱۲ ماهیچه (جکپسن) و توجه برگردانی و روش پابرجایی آموزش داده شد. تکلیف در مورد اجرای روش های آموزش داده شده در طی هفته و به چالش کشیدن خطاهای شناختی ارائه شد.

جلسه هفتم: آموزش مهارت ارتباطی (همچون گوش دادن فعال و درک همدلانه) و مهارت مذاکره کردن با همسرانشان، آموزش مهارت حل مسئله، آموزش چگونگی ابراز هیجانات و همچنین نیازهای جنسی به عمل آمد. در مورد به کارگیری مهارت های آموزش داده شده تکلیف ارائه شد. جلسه هشتم: ارزیابی میزان به کارگیری و اثربخشی روش

های آموزشی، ارزیابی دستیابی به به نتایج رضایت بخش، دادن بازخورد و رفع ایرادات موجود، جمع بندی کلی نکات مورد ارائه در طی جلسات درمانی و پس آزمون، در ضمن ابتدای هر جلسه به مرور تمرین ها و آخر هر جلسه نیز به پاسخ به سوالات، بازخورد گرفتن از بیمار و ارائه تمرین های هفتگی اختصاص یافت.

این مطالعه با توجه به رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و توجه به حقوق شرکت کنندگان، رازداری و صیانت از اطلاعات آن ها و آزادی عمل شرکت کنندگان برای خروج از مطالعه در هر مرحله ای و ارائه "درمان شناختی- رفتاری" برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش، انجام گرفت. به منظور بررسی فرضیه ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم افزاراس پی اس اس نسخه ۲۴ انجام گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله (۳/۱۲) ۵۲/۲۰ و گروه کنترل (۱/۹۹) ۵۰/۸۶ سال بود. آزمون تی مستقل نشان داد که میانگین سن دو گروه با هم تفاوت معناداری نداشتند ($P < 0.05$)، در ادامه دیگر یافته های جمعیت شناختی در (جدول ۲) ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص های مرکزی متغیرهای کمی جمعیت شناختی در گروه مداخله و کنترل

متغیر	کنترل	درمان		نوع آزمون	مقدار p
		میانگین	انحراف معیار		
سن	۵۰/۸۶۷	۵۲/۲۰۰	۳/۱۲۱	تی مستقل	۰/۲۵۳
سن یائسگی	۴۹/۷۳۳	۵۰/۰۰۰	۳/۲۲۹	تی مستقل	۰/۱۰۶
سن همسر	۵۴/۰۰۰	۵۶/۸۶۷	۴/۵۱۷	تی مستقل	۰/۱۳۶
درآمد	۳/۴۸۰	۴/۸۶۶	۲/۰۰۴	تی مستقل	۰/۱۵۶

که بیانگر توزیع نرمال متغیرهای مذکور است. همچنین نتایج آزمون لوین و آزمون M باکس معنادار نبودند ($P > 0.05$)، این یافته ها حاکی از آن هستند که فرض برابری واریانس برقرار است. نتایج آزمون کرویت ماچلی نشان داد که مقدار P آزمون در متغیرهای عملکرد جنسی ($W = 0.984$) ماچلی، $0.426 =$ تخمین خی دو، $2 =$ درجه آزادی، $P = 0.808$ و طرحواره جنسی ($W = 0.819$) ماچلی، $5.399 =$ تخمین خی دو، $2 =$ درجه آزادی، $P = 0.067$ معنادار نمی باشد ($P > 0.05$).

نتایج (جدول ۲) گویای این است که گروه های مداخله و کنترل در متغیرهای جمعیت شناختی تفاوتی با یکدیگر ندارند، بر این اساس این مطالعات نقش مخدوش کننده ای در اثر متغیر مستقل بر وابسته ندارند. جهت بررسی معناداری تغییرات نمره در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج در ادامه گزارش شده است.

نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای عملکرد جنسی و طرحواره های جنسی معنادار نبودند ($P > 0.05$)

فاطمه رستمخانی و همکاران

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر در متغیر های عملکرد جنسی و طرحواره جنسی در مراحل سنجش

نوع آزمون	مجموع توان دوم نوع III	درجه آزادی	میانگین توان دوم	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر
زمان	۱۲/۰۹۰	۲	۶۰/۵۴۵	۳۲/۹۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۱
زمان*گروه	۶۳/۶۳۱	۲	۳۲/۸۱۶	۱۷/۸۵۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹
خطا	۱۰۲/۹۱۳	۵۶	۱/۸۳۸			
بین گروهی	۵۲۱/۳۶۳	۱	۵۲۱/۳۶۳	۲۵/۲۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۲
زمان	۱۰۰۷/۱۳۵	۲	۵۰۳/۵۶۸	۷/۴۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱۱
زمان*گروه	۶۱۰/۲۲۳	۲	۳۰۵/۱۱	۴/۵۲۳	۰/۰۱۵	۰/۱۳۹
خطا	۳۷۷/۳۰۲	۵۶	۶۷/۴۵۲			
بین گروهی	۲۳۰۳/۰۱۰	۱	۲۳۰۳/۰۱۰	۴/۳۵۵	۰/۰۲۱	۰/۱۲۶

زمان ۵۴ درصد و در اثر متقابل زمان و گروه ۳۸ درصد است. همچنین اندازه اثر مداخله در متغیر طرحواره جنسی در طول زمان ۲۱ درصد و در اثر متقابل زمان و گروه ۱۳ درصد است. در بررسی اثرات بین گروهی در (جدول ۳) نیز ملاحظه شد بین دو گروه کنترل و مداخله در متغیرهای عملکرد جنسی ($F=۴/۳۵۵$ و $P=۰/۰۰۱$) و طرحواره جنسی ($F=۲۵/۲۵۹$ و $P=۰/۰۲۱$) تفاوت معنا داری از نظر آماری وجود دارد. اندازه اثر نیز نشان داد که به ترتیب حدود ۴۲ درصد و ۱۲ درصد از تفاوت‌های مشاهده شده در متغیرهای عملکرد جنسی و طرحواره جنسی، ناشی از عضویت گروهی، (مداخله) است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در (جدول ۳) نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای عملکرد جنسی ($F=32/945$ و $P=0/001$) و طحاره جنسی ($F=7/466$ و $P=0/001$) بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معنا داری از نظر آماری وجود داشت. همچنین با در نظر گرفتن اثر متقابل زمان و گروه، روند تغییرات نمره از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معنا داری از نظر آماری داشت و نشان می‌دهد تغییرات متغیرها در درون گروه‌های مداخله و کنترل روند متفاوتی را دنبال می‌کنند. اندازه اثر مداخله در متغیر عملکرد جنسی در طول

جدول ۴: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیر عملکرد جنسی و ط‌حواره جنسی در گروه‌های مداخله و کنترل طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها

		مراحل آزمون			آزمون	
متغیر	گروه ها	پیش آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	پس آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیش آزمون میانگین $\pm$ انحراف معیار	پیش آزمون تا پس آزمون $P < 0.05$	پس آزمون تا پیگیری $P < 0.05$
عملکرد جنسی	کنترل	۲۲/۳۱۱ $\pm$ ۳/۵۱۶	۲۳/۲۸۷ $\pm$ ۳/۹۹۸	۲۲/۷۰۴ $\pm$ ۳/۱۱	($P = 0.068$) -۰/۹۷۶	($P = 0.0435$) -۰/۳۹۳
	مداخله	۲۲/۲۷۰ $\pm$ ۳/۹۷۵	۲۶/۳۶۰ $\pm$ ۳/۶۵۶	۲۶/۶۴۰ $\pm$ ۳/۱۶۳	($P = 0.001$) -۴/۰۹۰	($P = 0.001$) -۴/۳۷۰
	مقایسه دو گروه، آزمون تی مستقل	$P = 0.976$ ($T = 0.001$)	$P = 0.036$ ($T = 4/825$)	$P = 0.002$ ($T = 11/804$)	-	-
طرحواره جنسی	کنترل	۸۶/۸۰۹ $\pm$ ۱۹/۴۱۴	۹۰/۷۵۵ $\pm$ ۱۶/۱۳۹	۸۴/۹۳ $\pm$ ۱۱/۸۹۳	($P = 0.340$) -۳/۹۴۶	($P = 0.9۸۷$) -۰/۰۵۸
	مداخله	۸۰/۱۴۱ $\pm$ ۱۶/۷۵۸	۹۱/۴۴۷ $\pm$ ۱۶/۳۳۱	۹۲/۹۰۳ $\pm$ ۱۳/۰۳۶	($P = 0.001$) -۱۱/۳۰۵	($P = 0.001$) -۱۲/۷۶۱
	مقایسه دو گروه، آزمون تی مستقل	$P = 0.3۲۳$ ($T = 0.0۱۴$)	$P = 0.9۰۸$ ($T = 0.۰۱۴$)	$P = 0.0۴۲$ ($T = 2/1۴$)	-	-

جهت مقایسه تغییرات گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون از آزمون تباری بن فرنی استفاده شد. نتایج در (جدول ۴) ارائه شده است و حکایت از این دارد که میانگین بین پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله معنادار است ($P < 0.05$). همچنین جهت مقایسه دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها در مرحله پیش آزمون در متغیرهای عملکرد جنسی و طرحواره جنسی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$)، اما در مرحله پس آزمون و پیگیری بین دو گروه در متغیر عملکرد جنسی و در مرحله پیگیری بین دو گروه در متغیر طرحواره جنسی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). می‌توان نتیجه گرفت که مداخله شناختی-رفتاری در طول زمان بر متغیرهای عملکرد و طرحواره جنسی اثر معناداری داشته است ($P < 0.05$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی "درمان شناختی-رفتاری" بر میزان عملکرد و طرحواره‌های جنسی زنان یائسه انجام شد. در راستای تعیین میزان عملکرد جنسی قبل، بعد از مداخله و پیگیری در زنان یائسه، نتایج نشان داد که بعد از مداخله و پیگیری میزان عملکرد جنسی در گروه مداخله تفاوت معناداری با گروه کنترل داشته و مقایسه میانگین‌ها نیز حاکی از روند افزایشی بعد از اجرای مداخله بوده است. در همین زمینه نتیجه مطالعه حاضر با مطالعات حقیقی و همکاران (۹)، Hummel و همکاران (۱۰) و باباخانی و همکاران (۸) همسو است. در مطالعه شخمگر و همکاران (۱۱) نشان داد که آموزش گروهی "درمان شناختی-رفتاری"، منجر به افزایش معنادار رضایت زناشویی زنان نابارور شد. همچنین، رامش و همکاران (۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که "درمان شناختی-رفتاری" به طور معنادار منجر به بهبود عملکرد جنسی و کاهش ناسازگاری زناشویی در بیماران واژینسموس شد. در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت "درمان شناختی-رفتاری" با افزایش تبادلات مثبت، ارائه اطلاعات در زمینه دانش جنسی، تغییر باورهای تحریف شده (خطاهای شناختی)، بازسازی شناختی و ایجاد مهارت‌های حل مسئله و روابط بین فردی موثر و مذاکره موجب افزایش عملکرد جنسی زنان یائسه شده است. در واقع "درمان شناختی-رفتاری" فرصتی را فراهم آورده تا زنان بتوانند شیوه‌های مناسب برای شناسایی و

اصلاح افکار و روش‌های صحیح آمیزشی و ارضای جنسی و بازسازی شناختی را جهت بهبود اختلال‌های جنسی بیاموزند (۳، ۲۴، ۲۵). نظر پور و همکاران (۱) از نتایج مطالعه خود دریافتند که در حیطه جسمی: سن، کمبود استروژن و شدت نشانه‌های یائسگی و در حیطه اجتماعی: آگاهی جنسی، کیفیت روابط زناشویی و در حیطه روانی-عاطفی: افسردگی و اضطراب از عوامل موثر بر عملکرد جنسی می‌باشند. مطالعات زیادی تاثیر افسردگی و اضطراب را بر عملکرد جنسی تایید نموده‌اند. در همین راستا کرمی و همکاران (۲۶) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که "درمان شناختی-رفتاری" موجب کاهش معنادار اضطراب و افسردگی زنان شد. همچنین نتایج Ezegbe و همکاران حاکی از تأثیر مثبت معنادار "درمان شناختی-رفتاری" بر اضطراب و افسردگی دانشجویان بود و آزمون‌های پیگیری نشان داد که کاهش معناداری در اضطراب و افسردگی پس از ۳ ماه برای گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل وجود داشت (۲۷). از آنجایی که "درمان شناختی-رفتاری" گروهی یک راهکار موثر در ارائه اطلاعات و بهبود کیفیت روابط زناشویی می‌باشد و از طرف دیگر، موجب کاهش افسردگی و اضطراب شده، می‌تواند توجیه‌کننده اثربخشی این روش درمانی در عملکرد جنسی زنان یائسه باشد.

همچنین نتایج نشان داد که "درمان شناختی-رفتاری" بر میزان طرحواره‌های جنسی زنان یائسه تأثیر داشته است. میزان طرحواره‌های جنسی بعد از مداخله و در پیگیری در گروه مداخله تفاوت معناداری با گروه کنترل داشته و مقایسه میانگین‌ها نیز حاکی از روند افزایشی بعد از اجرای مداخله در زنان یائسه بوده که بعد از پیگیری ۳ ماهه نیز دوام داشت. مطالعات نشان دادند که باورهای جنسی در شکل‌گیری اختلالات جنسی نقش مهمی دارند (۲۸). رضایی و همکاران (۲۹) نشان دادند آموزش شناختی و رفتاری بر کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش دانش جنسی زنان متأهل موثر است، که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. Chelsea & Kilimni همکاران (۳۰) نشان دادند که شناسایی زنان با خشونت‌های جنسی (تجاوز یا سوء استفاده جنسی) منجر به افزایش طرحواره‌های جنسی منفی شده و به نوبه خود موجب کاهش عملکرد جنسی می‌شود. همچنین Del Rey و همکاران (۳۱) در پژوهش خود نشان داد که عموماً زنان با سطح بالای شرم جنسی، طرحواره‌های جنسی منفی بیشتری در مقایسه با زنانی که سطح شرم جنسی

باعث بهبود عملکرد و طرحواره های جنسی در زنان یائسه شده است. با توجه به اینکه اغلب زنان یائسه هم از لحاظ مسئولیت شغلی و اجتماعی و عاطفی در خانواده نقش حساسی دارند. بنابراین، پیشنهاد می شود در مراکز بهداشت و درمانی و مراکز مشاوره از "درمان شناختی-رفتاری" جهت ارتقای سلامت جنسی زنان یائسه استفاده شود. در خصوص محدودیت های پژوهش حاضر می توان گفت، جامعه آماری از شهر زنجان انتخاب شده است و مسلماً بین شهرهای دیگر ایران از نظر فرهنگی و آداب و رسوم تفاوت هایی وجود دارد، لذا در تعمیم یافته های این مطالعه، احتیاط شود.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری فاطمه رستمخانی به راهنمایی آقای دکتر محمد قمری در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر انجام شده است. این مطالعه در کمیته اخلاق در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی زنجان به شماره (IR.ZUMS.REC.1398.328) در تاریخ ۹۸/۰۷/۲۳ تصویب شده و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) به شماره (IRCT20200428047230N1) به ثبت رسیده است. در پایان از کلیه مسئولین دانشگاه علوم پزشکی زنجان و همکاران مراکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان و تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان این مقاله گزارش نشده است

References

- 1- Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F. [Factors affecting sexual performance in menopause: A review of research texts]. Journal of Payesh. 2014; 14 (1): 58-41. <http://payeshjournal.ir/article-1-255-fa.html>
- 2- Berek J S. Berek & Novak's Gynecology. 16th Edition. Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2020. <https://www.example.edu/paper.pdf>
- 3- Susan AO. Essentials of Maternity, Newborn, Women Health Nursing. 4th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2016.

کمتر، داشتند و این زنان عموماً طرحواره های جنسی مثبت بیشتری داشتند. در تبیین نقش "درمان شناختی-رفتاری" بر طرحواره جنسی زنان می توان گفت که کلیه روش های موجود در "درمان شناختی-رفتاری" به نوعی مستقیم و یا غیرمستقیم بر طرحواره های جنسی تاثیرگذار است. در این درمان با افزایش دانش جنسی، استفاده از فنون مختلف شناختی برای به چالش کشیدن خطاهای شناختی در فرد و آموزش مهارت های مهم (روابط بین فردی موثر، مهارت مذاکره کردن، مهارت حل مسئله و خودآگاهی و همدلی)، عملکرد و طرحواره های جنسی فرد بهبود می یابد (۲۵، ۲۹، ۳۲)، چون بین طرحواره های جنسی و عملکرد جنسی رابطه معناداری وجود دارد. در همین زمینه مجتبابی و همکاران (۲۰) در مطالعه خود نشان دادند که بین طرحواره های جنسی زنان و عملکرد جنسی رابطه معناداری وجود داشت. همچنین زرگری نژاد و احمدی (۲۱) در پژوهش خود نشان دادند که بین عملکرد جنسی، طرحواره جنسی زنان و رضایت جنسی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه بابایی و همکاران (۳۳) نشان داد که بین طرحواره های جنسی و عملکرد جنسی با تعارضات زناشویی رابطه معکوس معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، طرحواره های جنسی مثبت و عملکرد جنسی بالا بطور معناداری تعارضات زناشویی کمتری بدنبال داشت. همانگونه که مطالعات انجام شده نشان می دهد که "درمان شناختی-رفتاری" بر عملکرد جنسی زنان تاثیر دارد. در ایران پژوهش هایی که به طور خاص اثربخشی این رویکرد را بر عملکرد و طرحواره جنسی در زنان یائسه قرار داده باشد یافت نشد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های حاصل، "درمان شناختی-رفتاری"

- 4- Kaplan & Sadocs. Synopsis of Psychiatry: Behavior Sciences/ Clinical Psychiatry. 10th Edition. Philadelphia. Lippincott, Williams and Wilkinson. 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802389/>
- 5- Ambler D R, Bieber E J, Diamond M P. Sexual function in elderly women: A Review of current literature. Reviews in Obstetrics & Gynecology. 2012; 5 (1): 16-27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sars-cov-2/>.
- 6- Safaei M, Rajabzadeh S. [Investigating the sexual dysfunction of postmenopausal women

- referring to Torbat Heydariyeh health centers in 2016]. *Journal Tanin Salamat*. 2016; 4 (4): 23-29. <http://jms.thums.ac.ir/article-1-389-en.html>
- 7- Andersen B L, Cyranowski J M. Women's sexual self-schema. *Journal Of Personality and Social Psychology*. 1994; 67 (6): 1079-1100. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1079>
- 8- Babakhani N, Taravati M, Masoumi Z, Garousian M, Faradmal J, Shayan A. [The effect cognitive-behavioral consultation on sexual function among women: A randomized clinical trial]. *Journal of Caring Sciences*. 2018; 7 (2): 83-88. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.013>
- 9- Haghighi H, Abedi P, Shirali Kh. [The effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on reducing the sexual distress of postmenopausal women]. 14th Conference on Cognitive Behavioral Psychotherapy Focusing on the Transfer of Clinical Experiences Among Next-Generation Therapists. Milad Hospital. 2016; May 15-17.
- 10- Hummel S, Van Lankveld J, Oldenburg H, Hahn D, Broomans E, Aaronson N. Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: Design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer*. 2015; 15 (321): 2-12. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1320-z>
- 11- Shokhmgar Z, Rajaei A, Hossien Bayazi M, Teimory S. [The effect of Group Training on Cognitive-Behavioral Therapy on Marital Satisfaction in infertile women applying for IVF]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9 (4):1-11. <http://jhpm.ir/article-1-1172-en.html>
- 12- Ramesh S, Rostami R, Marghati- Khoei E, Hemmat Boland E. [The effectiveness of combination of Cognitive-Behavioral Therapy and Biofeedback on vaginismus patients' sexual function and marital status]. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2016; 6 (1): 1-22. <http://jac.scu.ac.ir/>
- 13- Delavar A. [Applied Probability and Statistics in Psychology and Educational Sciences]. Tehran: Roshd publication; 2014.
- 14- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Maston C M, Shabsigh R, Ferguson D, Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26 (2): 191-208. <https://www.tandfonline.com/loi/usmt20>
- 15- Mohammadi Kh, Heydari M, Faqihzadeh S. [The validity of the Persian version of the Female Sexual Function Index-FSFI scale as an indicator of women's sexual performance]. *Journal of Payesh*. 2008; 7 (2): 269- 278. <https://payeshjournal.ir/>
- 16- Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nygaard I. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 10th Edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins. 2008. <https://www.ovid.com/product-details.724.html>
- 17- Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross Validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex and Marital Therapy*. 2005; 31 (1):1-20. <http://www.tandfonline.com/loi/usmt20> <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
- 18- Fakhri A, Mohammadi Zeidi I, Pakpour Haji Agha A, Morshedi H, Mohammad Jafari R, Ghalambor Dezfooli F. [Psychometric properties of Iranian version of Female Sexual Function Index]. *Scientific Journal of Medicine*. 2010; 10 (4): 345-354. <http://journals.ajums.ac.ir/jsmj>
- 19- Nowosielski K, Jankowski KS, Kowalczyk R, Kurpisz J, Normantowicz-Zakrzewska M, Krasowska A. Sexual Self-Schema Scale for women-validation and psychometric properties of the Polish version. *Sexual Medicine*. 2018; 6 (2): 131-142. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2017.12.002>
- 20- Mojtabaei M, Saberi H, Alizadeh A. [The role of sexual schemas and body image on women's sexual function]. *Journal of Health Psychology*. 2014; 14 (13): 36-19. <http://hpj.journals.pnu.ac.ir/>
- 21- Zargarinejad F, Ahmadi M. [The mediating role of sexual self-schemas in the relationship of sexual functioning with sexual satisfaction in married female college students]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020; 25 (4): 412-426 . <https://doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.5>
- 22- Ter Kuile MM, Both S, Van Kankveld JJ. Cognitive Behavioral Therapy for sexual dysfunction in woman. *Psychiatric Clinics North America*. 2010; 33 (3): 595-610. <http://elsevier.com/Copyright> <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.010>
- 23- Kaplan HS. *The New Sex Therapy: Active*

- Treatment of Sexual Dysfunction. New York: Brunner-Mazel. 1974. file:///C:/Users/Toshiba/AppData/Local/Temp/RoutledgeHandbooks-9780203727317-chap3.pdf
- 24- Mutabi F, Fati L. [Therapeutic drawing in Behavioral Cognitive Theory]. 5th Edition. Tehran. Danjeh Publications. 2016.
 - 25- Mohammadi Sh. A [Complete Set of Life Skills]. 14th Edition. Tehran. Specialized Media Publications; 2018.
 - 26- Karami A, Omrani R, Danaei N. [Comparison of the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and Acceptance-Based Therapy (ACT) on anxiety and depression in premature infants]. Quarterly Journal of Clinical Psychology Studies. 2018; 8 (31): 139-156.
 - 27- Ezegbe BN, Eseadi C, Ede MO, Igbo JN, Anyanau JI, Ede K, Egenti NT, Nwokeoma BN. Impacts of cognitive-behavioral intervention on anxiety and depression among social science education. Journal of Medicine (Baltimore). 2019; 98(15): 14935. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000014935>
 - 28- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors sexual dysfunction. Journal of Sex Research. 2006; 43 (1): 68-75. <https://doi.org/10.1080/00224490609552300>
 - 29- Rezaei A, Fathi R, Ahmadi A. [Investigating the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on dysfunctional communication beliefs and sexual knowledge of married women]. Journal of Women and Family Studies. 2016; 8 (30): 35-47. <http://jwsf.iaut.ac.ir/>
 - 30- Chelsea D. Kilimni K. Identification of nonconsensual sexual experiences and the sexual self-schemas of women: Implications for sexual functioning. Journal of Sexual Behavior. 2018; 4 (1): 1633-1647. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1229-0>
 - 31- Del Rey G, Stanton A, Meston C. The relationship between sexual shame and sexual self-schemas in college women. Journal of Sexual Medicine. 2017; 14 (6): 351-370. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.04.051>
 - 32- Leahy R. [Cognitive Therapy Techniques]. Translated by Hamidpour H, Andooz Z. 8th Edition. Tehran. Arjmand Publication; 2019.
 - 33- Babaei E, Abbasi A, Mir Mohammadi M, Entezari S. [Investigating the relationship between sexual schemas and sexual function with marital conflicts of women involved in domestic violence]. Zanko Journal of Medical Sciences. 2019; 20 (65): 87-96. <http://zanko.muk.ac.ir/article-1-436-en.html>