



The Effectiveness of “Behavioral Activation Therapy” on Sexual Self-Esteem and Intimacy in Relationships in Menopausal Women with Sexual Dysfunction

Somayeh Heidary Shadehi¹, Ilnaz Sajjadian^{2*}, Gholam Reza Manshaee³

1- PhD student, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Ilnaz Sajjadian, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Received: 18 Dec 2023

Accepted: 19 June 2024

Abstract

Introduction: One of the common problems of menopause is the decrease in sexual ability and sexual dysfunction, which can reduce the quality of life of women. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of “Behavioral Activation Therapy” on sexual self-concept and intimacy in relationships of postmenopausal women with sexual dysfunction.

Methods: The current research was of semi-experimental type with pre-test-post-test with control group and 45 days' follow-up. The statistical population of the present study included all postmenopausal women with sexual dysfunction who referred to specialized treatment centers in the field of sexual dysfunction located in Isfahan city in 2023. A statistical sample of specialized treatment centers in the field of sexual disorders in the city of Isfahan according to the convenience method, the number of 30 postmenopausal women over 50 years of age with sexual dysfunction diagnosed by a clinical psychologist's diagnostic interview and scoring less than 28 out of 36 points "Female Sexual Function Index" were selected by purposeful sampling. Then they were randomly assigned to “Behavioral Activation Therapy” and control groups (15 people in each group). Data collection was done with demographic questionnaire, "Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire" and "Personal Assessment of Intimacy in Relationships". For the intervention group, 8 sessions 90-minute of “Behavioral Activation Therapy (2 sessions per week) were performed. After the completion of the intervention, a post-test and follow-up was conducted 45 days later. Data were analyzed in SPSS. 23.

Results: There was a significant difference between the intervention group and the control group in the two variables of sexual self-concept and intimacy in relationships, in the post-test and follow-up stages. Therefore, the intervention was effective in improving sexual self-concept and intimacy in relationships of postmenopausal women with sexual dysfunction ($P < 0.05$).

Conclusions: “Behavioral Activation Therapy” improves sexual self-concept and intimacy in relationships in postmenopausal women with sexual dysfunction. It is suggested to use “Behavioral Activation Therapy” in health care centers and counseling centers to improve the psychological variables related to the sexual performance of postmenopausal women.

Keywords: Sexual Dysfunction, Sexual Self-esteem, Behavioral Activation Therapy, Intimacy in Relationships, Menopause.



اثربخشی «درمان فعال سازی رفتاری» بر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی

سمیه حیدری شادهی^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}، غلامرضا منشی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: i.sajjadian@khuif.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۸

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات شایع دوران یائسگی کاهش توانایی جنسی و اختلال عملکرد جنسی است که می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی زنان شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "درمان فعال سازی رفتاری" بر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روز بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی مراجعه کننده به مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی واقع در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند. نمونه آماری از مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی در شهر اصفهان به روش در دسترس به تعداد ۳۰ زن یائسه بالای ۵۰ سال دارای اختلال عملکرد جنسی با تشخیص مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی و کسب نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ از ۳۶ نمره "شاخص عملکرد جنسی زنان" (Female Sexual Function Index) به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی ساده به شیوه قرعه‌کشی در گروه "درمان فعال سازی رفتاری" و کنترل گمارش شدند (هرگروه ۱۵ تن). جمع‌آوری داده با پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی" (Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire) و "ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط" (Personal Assessment of Intimacy in Relationships) انجام گرفت. برای گروه مداخله، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای "درمان فعال سازی رفتاری" (هفته‌ای ۲ جلسه) برگزار شد. پس از اتمام مداخله، پس‌آزمون و به فاصله ۴۵ روز بعد پیگیری انجام شد. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: بین گروه مداخله و گروه کنترل در ۲ متغیر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین، مداخله در بهبود خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی اثربخش بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: "درمان فعال سازی رفتاری" باعث بهبود خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط در زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی می‌شود. پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشت و درمان و مراکز مشاوره از درمان فوق، برای ارتقای متغیرهای روانشناختی مرتبط با عملکرد جنسی زنان یائسه استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال عملکرد جنسی، خودپنداره جنسی، درمان فعال سازی رفتاری، صمیمیت در روابط، یائسگی.

یائسگی (menopause) به عنوان توقف دائمی قاعدگی، در اثر کاهش فعالیت فولیکولی تخمدان‌ها تعریف می‌شود (۱). بر اساس مطالعات، تخمین زده می‌شود که متوسط سن یائسگی ۵۲-۵۰ سالگی است (۲). این دوران به دلیل ایجاد تغییرات جسمی و روانی، مرحله پیچیده‌ای از زندگی زنان را تشکیل می‌دهد در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳). یکی از نگرانی‌های بهداشتی اصلی زنان یائسه، مشکلات جنسی می‌باشد (۴). بسیاری از زنان در این دوران دچار اختلال عملکرد جنسی (sexual dysfunction) می‌شوند (۵). اختلال عملکرد جنسی یک اختلال در چرخه پاسخ جنسی است که اجازه دستیابی به نتیجه مورد انتظار را نمی‌دهد (۶). شیوع مشکلات عملکرد جنسی زنان بین ۲۵ تا ۶۳ درصد برآورده شده است. این شیوع در زنان بعد از یائسگی از این هم بالاتر می‌رود و به میزان بین ۶۸ تا ۸۶/۵ درصد در کشورهای مختلف ذکر شده است (۷). در پژوهش رنجبران و همکاران شیوع کلی اختلالات عملکرد جنسی زنان در ایران ۴۳/۹ درصد گزارش شده است (۸). همچنین وضعیت اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه در ایران ۶۷ تا ۷۲ درصد برآورد شده است (۹). یک شاخص کلیدی در فعالیت‌های جنسی و پیشگویی کننده رفتار جنسی در زنان، که تحت تأثیر عواملی از جمله یائسگی قرار دارد، خودپنداره جنسی (sexual self-concept) می‌باشد. خودپنداره جنسی ارائه نوعی شناخت از جنبه‌های جنسی هر فرد است که این شناخت سبب تغییر در فرآیندهای روانشناختی افراد در روابط جنسی شده و تأثیر مستقیمی بر آن می‌گذارد (۱۰). خودپنداره جنسی بخشی از فردیت یا شکل‌گیری خود جنسی فرد است که در مورد چگونه فکر کردن به مسائل جنسی، تصمیم‌گیری در مورد شیوه فکر کردن به مسائل جنسی، چگونه تعیین اطلاعات دریافت شده کمک می‌کند و این پدیده روانی عاملی برای تسهیل آگاهی، شناخت خود و خودارزیابی هر فرد از زندگی جنسی خود است (۱۱). بررسی‌ها نشان می‌دهد خودپنداره جنسی رابطه مستقیمی با عملکرد جنسی دارد (۱۲). خودپنداره جنسی زنان می‌تواند برای برقراری میل و تحریک جنسی مفید واقع شود (۱۳). Kafaei Atrian و همکاران (۱۴) از نتایج مطالعه خود دریافتند که خودپنداره جنسی منفی در زنان به عملکرد جنسی نامطلوب، مشکلات جنسی، احساس اضطراب جنسی

و ترس جنسی می‌انجامد، به طوری که برای سازگاری با مشکلات جنسی خود کمتر تلاش می‌کنند و فعالیت جنسی کمتری را تجربه می‌کنند. Ng و همکاران (۱۵) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که شناخت‌ها و احساسات منفی مرتبط با خودپنداره جنسی در عملکرد جنسی زنان نقش دارد. همچنین جعفرپور و همکاران (۱۲) در یافته‌های پژوهش خود دریافتند که خودپنداره جنسی مثبت با عملکرد جنسی همبستگی مستقیم و خودپنداره منفی با عملکرد جنسی همبستگی معکوس دارد. بعلاوه، بین ابعاد خودپنداره جنسی از قبیل طرحواره جنسی، هوشیاری جنسی و اضطراب جنسی و صمیمیت همبستگی معنادار وجود دارد. بنابراین، عامل دیگری که می‌تواند در اختلال عملکرد جنسی تأثیرگذار باشد صمیمیت در روابط است.

صمیمیت، یک نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر است که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد و همین‌طور بیان افکار و احساساتی است که نشانه تشابه آن‌ها با یکدیگر است (۱۶). صمیمیت تعهد در روابط را بهبود می‌بخشد و سازگاری ارتباطی را افزایش می‌دهد (۱۷). لذا توانایی برقراری روابط صمیمانه با دیگران، یکی از عوامل کلیدی در سلامت و بهزیستی روانی افراد بزرگسال بشمار می‌رود (۱۸). از نظر Bagaroz (۱۹) صمیمیت دارای ۹ بعد عاطفی، اجتماعی، تفریحی، جنسی، عقلانی، روانشناختی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و زمانی است. با از دست رفتن صمیمیت یکی از حلقه‌های پیوند زناشویی از بین می‌رود (۲۰). یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد زنان در مرحله یائسگی با نگرانی از شرایط جنسی خود، تلاش می‌کنند از رابطه جنسی خودداری کنند و رابطه صمیمی با همسر خود را کاهش دهند، هرچه نگرانی و ترس بیشتری نشان می‌دهند، احساس صمیمیت کمتری می‌کنند (۲۱). همچنین پس از شروع دوران یائسگی، صمیمیت جنسی و رضایت از زندگی کاهش می‌یابد و زنان یائسه، متناسب با تغییرات روانی و جسمی خود و برای مقابله با وضعیت تنش‌زا، از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (۲۲). ایران دوست و همکاران (۲۳) در پژوهشی نشان دادند که کاهش صمیمیت زناشویی بر عملکرد جنسی تأثیرگذار است.

یکی از شیوه‌های موثر که تأثیرپذیری آن در مطالعات بالینی تأیید شده است «درمان فعال‌سازی رفتاری» (Behavioral Activation Therapy) می‌باشد که یک مداخله کوتاه مدت و راه حل محور است (۲۴). هدف

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روز بود، که در آن از یک گروه مداخله (درمان فعال‌سازی رفتاری) و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل همه زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی بودند که در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ به مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی برای درمان مراجعه کرده بودند. نمونه آماری از مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی در شهر اصفهان به صورت در دسترس به تعداد ۳۰ زن یائسه بالای ۵۰ سال دارای اختلال عملکرد جنسی با تشخیص قطعی از طریق مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی و کسب نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ از ۳۶ نمره براساس «شاخص عملکرد جنسی زنان» (Female Sexual Function Index) به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده به شیوه قرعه‌کشی در ۲ گروه «درمان فعال‌سازی رفتاری» و کنترل گمارش شدند (هرگروه ۱۵ تن).

معیارهای ورود به پژوهش شامل گذشتن ۶ ماه از زمان یائسگی زنان، داشتن سن بالای ۵۰ سال، داشتن اختلال عملکرد جنسی با تشخیص مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی و کسب نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ از ۳۶ نمره «شاخص عملکرد جنسی زنان» (Female Sexual Function Index)، عدم مصرف داروها (داروهای مربوط به بیماری‌های زمینه‌ای مانند دیابت، فشارخون براساس خود اظهاری مراجعان) و عدم دریافت مداخلات دارویی (قرص‌هایی مانند سیلدنافیل (Sildenafil)، پرووسترا (Provestra)، جینسینگ (Ginseng) و عدم دریافت مداخلات درمانی به طور همزمان (براساس خود اظهاری مراجعان) بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل حداقل ۲ جلسه غیبت در فرایند مداخله و آشکار شدن مشکلات پزشکی و روانشناختی در زنان یائسه حین جلسات مداخله که ادامه همکاری زنان را با مشکل مواجه کند، بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل سن، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، مدت زمان یائسگی استفاده شد. همچنین از ابزارهای زیر استفاده شد. «شاخص عملکرد جنسی زنان» (Female Sexual Function Index) توسط Rosen در ۵ مرکز در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۰ طراحی شد (۳۲). این شاخص دارای ۱۹ عبارت در ۶ مولفه می‌باشد. شامل میل (desire) ۲ عبارت ۱ الی ۲،

«درمان فعال‌سازی رفتاری» افزایش تعاملات مثبت بین یک فرد و محیط می‌باشد (۲۵). این روش درمانی یکی از روش‌های درمانی ساختار یافته‌ای است که باعث افزایش رفتارهایی می‌شود که تقویت را در پی دارند (۲۶). «درمان فعال‌سازی رفتاری» برای رسیدن به تقویت مثبت به فرد آموزش می‌دهد الگوهای اجتنابی خود را شناسایی کرده و از راهبردهای مقابله‌ای سازگار استفاده کند (۲۷). فلسفه «درمان فعال‌سازی رفتاری» به شیوه گروهی مبتنی بر پایه‌های شناختی و کژکاری رفتاری بیمارانی است که دارای نشانه‌های آسیب‌های روانشناختی هستند و طی آن در یک رویکرد روانی - آموزشی بیمار یاد می‌گیرد که در جهت بهبود به طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد (۲۸). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی روش‌های موج سوم روان‌درمانی بر افزایش صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی است. برای مثال Bonita (۲۹) در مطالعه خود نشان داد که «درمان فعال‌سازی رفتاری» باعث کاهش اختلال افسردگی و افزایش رضایت جنسی می‌شود. نتایج پژوهشی دیگری نشان داد که مداخلات موج سوم روان‌درمانی از جمله «درمان فعال‌سازی رفتاری» تأثیر معنادار بر بهبود کلی و ابعاد هیجانی، روانشناختی، فیزیکی، جنسی، ارتباطی، اجتماعی، تفریحی، معنوی و فکری دارد (۳۰). همچنین نتایج مطالعه عیسی نژاد بوشهری و دشت بزرگی (۳۱) نشان داد که «درمان فعال‌سازی رفتاری» می‌تواند رضایت جنسی زنان در دوران پیش از یائسگی را افزایش دهد. طبق بررسی‌های پژوهشگران مطالعه حاضر پژوهشی که اثربخشی «درمان فعال‌سازی رفتاری» بر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی پرداخته باشد یافت نشد. از آنجایی که دوران یائسگی با مشکلات فراوان مواجه هستند و به طور متوسط زنان یک سوم عمر خود را پس از یائسگی می‌گذرانند. بنابراین، وجود روش‌های درمانی موثر برای کاهش علائم روانشناختی یائسگی مهم است و ضرورت دارد که در این زمینه درمان‌هایی آزموده و تأیید شده در اختیار درمانگران و روانشناسان قرار گیرند تا در زمان ضرورت برای این زنان مورد استفاده قرار گیرند. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان فعال‌سازی رفتاری» بر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی انجام شد.

سمیه حیدری شادهی و همکاران

اختلاف معناداری نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی ۲۸۳ زن با اختلاف عملکرد جنسی و ۲۴۴ زن بدون اختلال عملکرد جنسی در آمریکا به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۴ حاصل شد (۳۳).

در ایران محمدی و همکاران (۳۴) در پژوهشی روی ۸۱ تن (۵۳ زن مبتلا به اختلال عملکرد جنسی و ۲۸ زن سالم در شهر تهران) سازه به روش روایی تمیزی «شاخص عملکرد جنسی زنان» را محاسبه کردند. میانگین نمره کسب شده از هر مولفه ها و همچنین کل ابزار در ۲ گروه مورد بررسی با ۵۳ تن از زنان با اختلال عملکرد جنسی و گروه کنترل با ۲۸ تن از زنان بدون اختلال عملکرد جنسی باهم مقایسه شدند و اختلاف معنادار بود. میانگین زنان با اختلال عملکرد جنسی برابر است با ۲۱ و میانگین زنان بدون اختلال عملکرد جنسی ۳۰/۹ می باشد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه های فوق، نمره کل ۰/۹۲ و مولفه های میل، انگیزتگی، لغزندگی، ارگاسم، رضایت و درد به ترتیبی ۰/۷، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۶ و ۰/۸۸ به دست آمد (۳۴).

فخری و همکاران (۳۵) سازه به روش روایی تمیزی «شاخص عملکرد جنسی زنان» بین زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی (۲۴۱ تن) و زنان بدون اختلال عملکرد جنسی (۲۰۷ تن) از کلینیک های شهرهای زاهدان، اهواز، گیلان، قزوین و تهران بررسی کردند. نتایج نشان داد که زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی به طور معناداری نمره کمتری را در مقایسه با افراد بدون اختلال کسب کردند. میانگین نمره زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی برابر است با ۲۱/۲۳ و میانگین زنان بدون اختلال عملکرد جنسی ۲۸/۲۸ می باشد. روایی سازه به روش روایی همگرایی با محاسبه همبستگی بین هر عبارت و نمره مولفه مربوطه در نمونه مذکور محاسبه گردید. نتایج همبستگی با طیفی از ۰/۵۲ تا ۰/۹۲ نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی ۴۴۸ تن از نمونه های فوق، بین ۰/۷۲ - ۰/۹۰ گزارش شد (۳۵).

«پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» (Multidimensional Sexual Self-concept Questionnaire) توسط Snell در دانشگاه ایالتی میسوری (Missouri State University) در سال ۱۹۹۰ طراحی شد (۳۶). ابزار دارای ۱۰۰ عبارت و ۲۰ مولفه می باشد. که شامل: اضطراب جنسی (sexual-anxiety) (۵ عبارت ۱، ۲، ۱، ۴، ۱، ۶، ۱، ۸، ۱)، خودکارآمدی جنسی (sexual self-

انگیزتگی (arousal) ۴ عبارت ۳ الی ۶، لغزندگی (lubrication) ۴ عبارت ۷ الی ۱۰، ارگاسم (orgasm) ۳ عبارت ۱۱ الی ۱۳، رضایت (satisfaction) ۳ عبارت ۱۴ الی ۱۶ و درد (pain) ۳ عبارت ۱۷ الی ۱۹ می باشد. در این شاخص، به جز عبارت های میل و دو عبارت از ۳ عبارت مربوط به مولفه رضایت که با طیف ۵ درجه ای ۱ تا ۵ نمره دهی می شوند سایر عبارت ها نمره ای بین صفر تا ۵ دریافت می کنند، به طوری که نمره صفر در این شاخص حاکی از عدم فعالیت جنسی فرد در طول ۴ هفته گذشته می باشد. در مورد نحوه نمره دهی، از آنجا که در «شاخص عملکرد جنسی زنان» تعداد عبارت های مولفه ها با یکدیگر برابر نیستند، جهت هم وزن کردن مولفه ها با یکدیگر، مجموع نمره هر مولفه در ضریب هر مولفه (میل ۰/۶، انگیزتگی، لغزندگی ۰/۳، ارگاسم، رضایت و درد ۰/۴) ضرب می گردد. به عنوان مثال در مولفه میل با ۲ عبارت و محدوده نمره ۱ تا ۵ حداقل مجموع نمره ۲ و حداکثر مجموع نمره ۱۰ بدست می آید که با ضرب در ضریب میل (۰/۶) حداقل نمره برای مولفه میل ۱/۲ و حداکثر نمره ۶ می باشد. لذا براساس هم وزن نمودن مولفه ها دامنه مولفه میل ۱/۲ تا ۶، رضایت ۰/۸ تا ۶، سایر مولفه ها صفر تا ۶ و دامنه نمره کل اختلال عملکرد جنسی ۲ تا ۳۶ می باشد. نقاط برش برای کل شاخص و مولفه ها به ترتیب عبارتند از: کل مقیاس ۲۸، میل ۳/۳، انگیزتگی ۳/۴، لغزندگی ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایت ۳/۸ و درد ۳/۸ می باشد. نمره بیشتر از نقطه برش مبین عملکرد جنسی خوب است و نمره کمتر از نقطه برش، اختلال عملکرد جنسی را نشان می دهد (۳۲).

Rosen و همکاران (۳۲) در پژوهشی روی ۲۵۹ زن در ۵ مرکز پژوهشی آمریکای سازه به روش روایی تمیزی «شاخص عملکرد جنسی زنان» را محاسبه کردند. 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 کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۸۲ گزارش گردید (۳۲). Wiegel و همکاران (۳۳) در پژوهشی روی ۵۶۸ تن از زنان در آمریکا روایی سازه به روش روایی تمیزی «شاخص عملکرد جنسی زنان» را محاسبه کردند. 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 مولفه ها

جنسی‌شناسی است. در ایران کنترل جنسی قدرتمند دیگر و کنترل جنسی‌شناسی حذف گردیده است. نحوه پاسخ‌دهی در هر یک از عبارات‌ها بر مبنای مقیاس طیف ۵ درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا ۴ (خیلی) ذکر می‌کنند. حداقل نمره در خودپنداره مثبت و منفی صفر و حداکثر نمره در خودپنداره مثبت ۱۷۶ و خودپنداره منفی ۶۴ است. نمره بیشتر از حد میانگین در هر مولفه بیانگر برخورداری بیشتر فرد از آن مولفه می‌باشد (۳۷). سطح بندی برای نمره‌ها ذکر نشده است. Snell (۳۶) در پژوهشی روی ۵۰۴ تن زن و مرد دانشجوی در دانشگاه ایالتی میسوری از «پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» استفاده کرد. روایی سازه به روش روایی واگرا با «پرسشنامه آگاهی جنسی» (Sexual Awareness Questionnaire) بررسی و ۰/۷۳ و با «مقیاس جنسیت» (Sexuality Scale) -۰/۷۲ - گزارش کرده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۸۵ بدست آمده است (۳۸). Keshet & Schechtman در پژوهشی روی ۲۳۵ تن (۷۹ زن دارای ترومای تجاوز جنسی، ۸۷ زن دارای ترومای تصادف و ۶۹ زن بدون تروما) در دانشگاه Bar-Ilan روایی «پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» به روایی صوری و محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۱۰ متخصص در دانشگاه بارایلان مورد بررسی قرار دادند که مورد تایید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۸۸ بدست آمده است (۳۹).

در ایران فیروزی (۴۰) در پژوهش خود «پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» را روی ۳۴۰ تن (۱۷۰ زن، ۱۷۰ مرد) اجرا کرد. روایی محتوای پرسشنامه به روش کیفی با استفاده از نظر ۵ متخصص مشاوره و روانشناس دانشگاه خوارزمی تأیید گردید. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق، ۰/۸۸ بدست آمد (۴۰).

رضانی و همکاران (۴۱) در پژوهش خود از «پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» روی ۷۳ تن (۴۳ زن و ۳۰ مرد) در دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۸ سال استفاده کردند. روایی سازه به روش روایی واگرا با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire -28) بررسی و ۰/۳۰ و با «مقیاس رضایت زناشویی» (Marital Satisfaction Scale) و ۰/۳۱ گزارش کرده‌اند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه‌های فوق،

(efficacy) (عبارت ۵) ۲،۲۲،۴۲،۶۲،۸۲، خودآگاهی جنسی (sexual self-consciousness) (عبارت ۵) ۳،۲۳،۴۳،۶۳،۸۳، انگیزه اجتناب از سکس پرخطر (motivation to avoid risky sex) (عبارت ۵) ۴،۲۴،۴۴،۶۴،۸۴، کنترل جنسی‌شناسی (luck sexual control) (عبارت ۵) ۵،۲۵،۴۵،۶۵،۸۵، شیفتگی جنسی (sexual-preoccupation) (عبارت ۵) ۶،۴۲،۴۶،۶۶،۸۶، ابراز وجود جنسی (sexual self-assertiveness) (عبارت ۵) ۸۷، ۶۷، ۴۷، ۲۷، ۷، خوش‌بینی جنسی (sexual-optimism) (عبارت ۵) ۸، ۲۸، ۴۸، ۶۸، ۸۸، خودسرزندی با مشکل جنسی (sexual problem self-blame) (عبارت ۵) ۹، ۲۹، ۴۹، ۶۹، ۸۹، خود نظارتی جنسی (sexual self-monitoring) (عبارت ۵) ۱۰، ۳۰، ۵۰، ۷۰، ۹۰، انگیزه جنسی (sexual-motivation) (عبارت ۵) ۱۱، ۳۱، ۵۱، ۷۱، ۹۱، خودمدیریتی مشکل جنسی (sexual problem self-management) (عبارت ۵) ۱۲، ۳۲، ۵۲، ۷۲، ۹۲، عزت نفس جنسی (sexual self-esteem) (عبارت ۵) ۱۳، ۳۳، ۵۳، ۷۳، ۹۳، رضایت جنسی (satisfaction) (عبارت ۵) ۱۴، ۳۴، ۵۴، ۷۴، ۹۴، کنترل جنسی قدرتمند دیگر (powerful-other sexual control) (عبارت ۵) ۱۵، ۳۵، ۵۵، ۷۵، ۹۵، خود طرح‌واره جنسی (sexual self-schema) (عبارت ۵) ۱۶، ۳۶، ۵۶، ۷۶، ۹۶، ترس/دلهره جنسی (sexual fear/apprehension) (عبارت ۵) ۱۷، ۳۷، ۵۷، ۷۷، ۹۷، خود پیشگیری از مشکل جنسی (sexual problem self-prevention) (عبارت ۵) ۱۸، ۳۸، ۵۸، ۷۸، ۹۸، افسردگی جنسی (sexual-depression) (عبارت ۵) ۱۹، ۳۹، ۵۹، ۷۹، ۹۹، کنترل شخصی جنسی (personal-sexual-control) (عبارت ۵) ۲۰، ۴۰، ۶۰، ۸۰، ۱۰۰ می‌باشد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که نسخه فارسی آن ۷۸ عبارت و ۱۸ مولفه دارد.

مولفه‌ها به نام‌های خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی منفی و خودپنداره جنسی موقعیتی طبقه‌بندی می‌شوند. خودپنداره مثبت شامل مولفه‌های: خودکارآمدی جنسی، خودآگاهی جنسی، انگیزه اجتناب از سکس پرخطر، شیفتگی جنسی، خود نظارتی جنسی، ابراز وجود جنسی، خوش‌بینی جنسی، انگیزه جنسی، عزت نفس جنسی، خودمدیریتی مشکل جنسی، خودپیشگیری از مشکل جنسی و رضایت جنسی است. خودپنداره منفی شامل اضطراب جنسی، خودسرزندی با مشکلات جنسی، ترس/دلهره جنسی، افسردگی جنسی، کنترل شخصی جنسی، خود طرح‌واره جنسی است و خود پنداره موقعیتی شامل کنترل جنسی قدرتمند دیگر و کنترل

صمیمیت در روابط» روی ۴۵ زوج ایرانی اجرا نمودند. روایی ملاکی به روش همزمان با «مقیاس صمیمیت» (Intimacy Scale) در نمونه های فوق و ۰/۶۲ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه های فوق، برای صمیمیت عاطفی ۰/۶۳، صمیمیت جنسی ۰/۷۰، صمیمیت عقلانی ۰/۶۴، صمیمیت تفریحی ۰/۷۰ و صمیمیت اجتماعی ۰/۶۰ به دست آمده است. اخلاقی امیری (۴۴) در پژوهش خود «ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط» را روی ۷۲ تن (۳۳ مرد، ۳۹ زن) استفاده کردند. برای روایی ملاک به روش روایی همزمان با «مقیاس صمیمیت» بررسی و ۰/۷۴ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۲ به دست آمد (۴۴).

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش روایی صوری به روش کیفی «پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» و «ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط» از طریق نظرخواهی از نظرات ۱۰ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و توسط ۵ تن از متخصصین گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) از نظر صورت و ظاهر پرسشنامه واری و مورد تأیید قرار گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ «پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» و «ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط» در زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند (۳۰ زن یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی) بترتیب، ۰/۸۲ و ۰/۹۱ بدست آمده است.

برنامه «درمان فعال سازی رفتاری» (Behavioral Activation Therapy) توسط Dimidjian و همکاران (۴۵) طراحی شده است. نتایج پژوهش Bonita (۲۹) حاکی از آن بود که «درمان فعال سازی رفتاری» منجر به بهبود میل و افزایش دفعات رفتار جنسی در ۷ تن شرکت کننده بعد از مداخله گردید.

در ایران پژوهش عیسی نژاد بوشهری و دشت بزرگی (۳۱) نشان دادند که ۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای «درمان فعال سازی رفتاری» بر رضایت جنسی ۳۰ تن از زنان در دوران پیش از یائسگی موثر بوده است همچنین کریمی راهجردی و همکاران (۴۶) نشان دادند که ۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای «درمان فعال سازی رفتاری» بر نمره افسردگی و رضایت جنسی ۴ تن مبتلا به دیابت نوع ۲ اثربخش بوده و به عنوان یک

۰/۸۹ به دست آمد (۴۱).

«ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط» (Personal Assessment of Intimacy in Relationships) توسط Olson & Schaefer در دانشگاه مینه سوتا (University of Minnesota) در آمریکا در سال ۱۹۸۱ برای اندازه گیری صمیمیت در روابط زوجین طراحی شده است (۴۲). این ابزار خود گزارشی با ۳۶ عبارت و ۶ مولفه می باشد. مولفه ها شامل: صمیمیت عاطفی (emotional intimacy) (۶ عبارت شامل ۱،۷،۱۳،۱۹،۲۵،۳۱)، صمیمیت اجتماعی (social intimacy) (۶ عبارت شامل ۲،۸،۱۴،۲۰،۲۶،۳۲)، صمیمیت جنسی (sexual intimacy) (۶ عبارت شامل ۳،۹،۱۵،۲۱،۲۷،۳۳)، صمیمیت عقلانی (intellectual intimacy) (۶ عبارت شامل ۴،۱۰،۱۶،۲۲،۲۸،۳۴)، صمیمیت تفریحی (recreational Intimacy) (۶ عبارت شامل ۵،۱۱،۱۷،۲۳،۲۹،۳۵) و مقیاس قراردادی (conventionality scale) (۶ عبارت شامل ۶،۱۲،۱۸،۲۴،۳۰،۳۶) می باشد. پاسخ دهندگان نشانه های صمیمیت در روابط را در هر یک از عبارت های مقیاس بر مبنای طیف ۵ درجه ای از هیچ وقت تا ۵ همیشه، ذکر می کنند. دامنه نوسان در هریک از مولفه ها ۳۰ تا ۳۰ نقطه برش آن ۱۶ گزارش شده است. حداقل نمره در کل پرسشنامه ۳۶ و حداکثر آن ۱۸۰ می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده صمیمیت در روابط بیشتر است در این پرسشنامه نمره های هر مولفه به ۲ دسته مطلوب و نامطلوب تقسیم بندی شده است. نمره ۶ تا ۱۶ صمیمیت در روابط نامطلوب و ۱۷ تا ۳۰ صمیمیت در روابط مطلوب محسوب می شود (۴۲) Olson & Schaefer (۴۲) در پژوهش خود «ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط» را روی ۸۵ زوج در محدوده سنی ۱۸-۶۱ سال استفاده کردند. روایی ملاکی به روش همزمان با «مقیاس سازگاری زناشویی لاک - والاس» (Locke-Wallace Marital Adjustment Scale)، «خود افشایی» (Self-Disclosure) و «مقیاس بافت خانوادگی» (Family Environment Scale) در نمونه های فوق، بررسی و نتایج به ترتیب ۰/۳۰، ۰/۳۱، ۰/۳۳ گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ روی نمونه های فوق، برای مولفه های صمیمیت عاطفی ۰/۷۵، صمیمیت جنسی ۰/۷۷، صمیمیت عقلانی ۰/۷۰، صمیمیت تفریحی ۰/۷۰ و صمیمیت اجتماعی ۰/۷۱ بدست آمده است (۴۲).

در ایران شیرالی نیا (۴۳) در پژوهش خود «ارزیابی شخصی

درمان مکمل پیشنهاد می‌گردد. در پژوهش حاضر «درمان فعالسازی رفتاری» طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته ۲ جلسه) برای گروه مداخله اجرا گردید.

محتوای جلسات «درمان فعالسازی رفتاری»

جلسه اول: پس از آشنایی و ایجاد رابطه درمانی، اهمیت و هدف درمان فعالسازی رفتاری بیان گردید و قراردادهای رفتاری ساده آموزش داده شد.

جلسه دوم: فعالسازی رفتاری با تمرکز بر تعامل بین فرد و محیط براساس اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف و مرورذهنی، حواس پرتی دوره‌ای، مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای آموزش داده شد. سپس ارائه تکلیف، بررسی و بازخورد لازم انجام شد.

جلسه سوم: فرآیندهای شفابخش با چهار موضوع توصیه در زمینه کلی بیماری، انتخاب روش درمانی مناسب با وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی و تعامل فرد با افراد دیگر و استفاده از تجربه آن‌ها آموزش داده شد. سپس ارائه تکلیف، بررسی و بازخورد لازم انجام شد.

جلسه چهارم: استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت و امیدبخش آموزش داده شد. سپس ارائه تکلیف، بررسی و بازخورد لازم انجام شد.

جلسه پنجم: استفاده از استعاره، در جریان تقویت مثبت کلامی آموزش داده شد. سپس ارائه تکلیف، بررسی و بازخورد لازم انجام شد.

جلسه ششم: بازسازی شناختی، ابعاد روانی - اجتماعی مسئله مهارت‌های مقابله، مهارت قاطعیت و درمان در صورت عود مراجعه به روانشناس آموزش داده شد. سپس ارائه تکلیف، بررسی و بازخورد لازم انجام شد.

جلسه هفتم: مهارت حل مسئله آموزش داده شد که شامل تعریف مسئله، شناسایی عوامل بازدارنده حل مسئله، فرایند حل مسئله، متعهد شدن برای اجرای راه حل، طرح ریزی برای اجرای بهترین راه حل و اجرای بهترین راه حل بود. سپس ارائه تکلیف، بررسی و بازخورد لازم انجام شد.

جلسه هشتم: در این جلسه به جمع بندی، خلاصه کردن و آموزش راهکارهای پیشگیرانه پرداخته شد و پس از آزمون اجرا شد.

برای جمع آوری داده‌ها، ابتدا مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، دریافت شد. سپس هماهنگی‌های

لازم با مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی واقع در شهر اصفهان صورت گرفت. پس از اخذ مجوز و رضایت از مدیریت مراکز و ارائه توضیح در مورد پژوهش و پرسشنامه‌ها، با زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی مراجعه کننده به مراکز، کار اجرایی آغاز شد. از بین زنان مراجعه کننده به مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی، زنان یائسه بالای ۵۰ سال دارای اختلال عملکرد جنسی با تشخیص قطعی از طریق مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی و کسب نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ از ۳۶ براساس «شاخص عملکرد جنسی زنان» و داشتن شرایط ورود به پژوهش، به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی به روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی به ۲ گروه مساوی ۱۵ زن تقسیم و به صورت تصادفی به عنوان گروه‌های مداخله «درمان فعالسازی رفتاری» (۱۵ زن) و گروه کنترل (۱۵ زن) انتخاب شدند. برای هر ۲ گروه زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی «پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» و «پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط» به عنوان پیش آزمون تکمیل گردید. گروه مداخله و کنترل در روزهای متفاوت دعوت به تکمیل پرسشنامه شدند تا از عدم مواجهه ۲ گروه زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی اطمینان حاصل شود.

برای زنان گروه مداخله جلسات «درمان فعال سازی رفتاری» توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر در یک مرکز مشاوره اجرا گردید گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه) تحت مداخله قرار گرفتند. پس از انجام مداخله، مجدد «پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی» و «پرسشنامه ارزیابی شخصی صمیمیت در روابط» برای گروه مداخله و کنترل که شامل زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی بودند، برای پس آزمون اجرا شد. در طول دوره آموزشی افراد گروه مداخله در یک گروه مجازی عضو شدند و در طول دوره اگر نیازی بود به سوالات آن‌ها پاسخ داده شد و در نهایت در روز مقرر و پس از اتمام جلسات و بعد از گذشت ۴۵ روز، از طریق گروه مجازی از زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی، دعوت شد تا مجدداً به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. گروه کنترل نیز، برای مداخله در فهرست انتظار، قرار گرفتند و بعد از پایان فرآیند پژوهش، براساس اینکه در ابتدا عضو گروه مجازی جداگانه شدند مقرر شد جهت تکمیل پرسشنامه‌ها مراجعه

سمیه حیدری شادهی و همکاران

تن حضور داشتند ترتیب سنی زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی در ۲ گروه مداخله و کنترل عبارت بود از ۱۸ تن (۶۰ درصد) در محدوده سنی ۵۰ تا ۶۰ سال و ۱۲ تن (۴۰ درصد) در محدوده سنی بالای ۶۰ سال بوده است. در رابطه با میزان تحصیلات، ۶ تن (۲۰ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۹ تن (۳۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۷ تن (۲۳/۳۵ درصد) دارای تحصیلات کاردانی، ۸ تن (۲۶/۷ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی بودند. در رابطه با شغل، ۱۸ تن (۶۰ درصد) خانه دار و ۱۲ تن (۴۰ درصد) شاغل بودند. در رابطه با تعداد فرزندان، ۱ تن (۶/۷ درصد) دارای ۱ فرزند، ۱۳ تن (۴۳/۳۵ درصد) دارای ۲ فرزند و ۱۶ تن (۳۵/۵۳ درصد) دارای ۳ و بیشتر فرزند بوده‌اند. در رابطه مدت زمان یائسگی، ۳ تن (۲۰ درصد) مدت زمان یائسگی آن‌ها زیر ۱ سال، تعداد ۱۲ تن (۳۵ درصد) مدت زمان یائسگی آن‌ها ۱ تا ۵ سال، تعداد ۱۰ تن (۳۳/۳۵ درصد) مدت زمان یائسگی آن‌ها ۶ تا ۱۰ سال و تعداد ۵ تن (۳۰/۰۵ درصد) مدت زمان یائسگی آن‌ها بالای ۱۰ سال بوده است.

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط برای هر ۲ گروه مداخله و کنترل در قبل و بعد از مداخله و دوره پیگیری ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک ۲ گروه و ۳ مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس آزمون میانگین ± انحراف معیار	پیگیری میانگین ± انحراف معیار
خودپنداره جنسی	مداخله	۱۵۰/۱۳ ± ۱۰/۶۶	۸/۹۲ ± ۱۵۹/۶۷	۱۳/۲۱ ± ۱۶۶/۸۷
	کنترل	۱۶/۱۴ ± ۱۴۸/۲۶	۱۳/۱۹ ± ۱۴۸/۷۳	۱۵/۳۹ ± ۱۴۹/۸
صمیمیت در روابط	مداخله	۷/۹۲ ± ۷۲/۵۳	۱۳/۵۴ ± ۱۰۸/۴۷	۱۱/۶۶ ± ۱۲۴/۶
	کنترل	۱۰/۴۸ ± ۷۳/۸۷	۱۴/۹۸ ± ۷۲/۱۳	۱۵/۳۳ ± ۷۱/۲۱

آنجایی که استفاده از آزمون‌های پارامتریک اندازه‌های تکراری مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه شامل نرمال بودن نمره، برابری واریانس‌ها و برابری ماتریس کوواریانس است. قبل از بررسی مفروضه‌ها، جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمره در گروه‌ها از آزمون شاپیرو و ویلکز ($P > 0/05$)، جهت بررسی برابری واریانس نمره از آزمون لوین ($P > 0/05$) و جهت بررسی یکنواختی ماتریس واریانس - کوواریانس در گروه آزمون ماچلی استفاده شد ($P > 0/05$) (جدول ۲).

و گروه کنترل نیز «درمان فعال سازی رفتاری» را دریافت کردند. محل برگزاری کلاس‌های «درمان فعال سازی رفتاری» و انجام پژوهش در مرکز مشاوره و روانشناسی اندیشه در شهر اصفهان بود.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، رعایت رازداری کامل برای همه زنان، امکان خروج از پژوهش، آگاهی در مورد پژوهش و دریافت رضایت‌نامه به صورت کتبی انجام شد. بعلاوه، داده‌ها فقط برای بررسی اهداف پژوهش استفاده گردید و کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه دریافت شد. همچنین نمونه‌های گروه کنترل نیز در لیست انتظار برای دریافت مداخله پس از اتمام پژوهش قرار گرفتند. مدت زمان اجرا و جمع‌آوری داده‌ها ۶ ماه به طول انجامید.

داده‌های پژوهش در سطح توصیفی (توزیع فراوانی و درصد گروه‌ها، میانگین و انحراف معیار) و در سطح استنباطی نیز از واریانس با اندازه‌های تکراری و از شاپیرو ویلکز جهت نرمال بودن یا غیر نرمال بودن مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در گروه‌های مداخله و کنترل تعداد ۳۰

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره متغیرهای پژوهش (خودپنداره جنسی و صمیمیت ارتباطی) در گروه «درمان فعال سازی رفتاری» نسبت به گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر بیشتری دارد.

به منظور بررسی «درمان فعال سازی رفتاری» بر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی از آزمون‌های پارامتریک آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شده است. از

جدول ۲: نتایج پیش فرض های نرمال بودن و برابری واریانس ها

متغیر	گروه	آزمون شاپیرو ویلکز						آزمون ماچلی				آزمون لوین		
		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		
		آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال	آماره	مقدار احتمال	
خودپنداره جنسی	مداخله	۰/۹۰۵	۰/۱۱۲	۰/۹۲۹	۰/۲۶۵	۰/۹۲۵	۰/۲۲۶	۰/۰۰۵	۴/۱۶	۰/۰۵۹	۳/۲۹	۰/۰۸۲	۰/۹۱	۰/۳۴۸
	کنترل	۰/۹۴۱	۰/۳۹۷	۰/۹۵۹	۰/۶۸۴	۰/۹۷۱	۰/۸۷۶	۰/۰۰۵	۴/۱۶	۰/۰۵۹	۳/۲۹	۰/۰۸۲	۰/۹۱	۰/۳۴۸
صمیمیت ارتباطی	مداخله	۰/۹۶۹	۰/۸۳۷	۰/۸۹۳	۰/۰۶۹	۰/۸۹۷	۰/۰۷۳	۰/۰۷۴	۲/۹۴	۰/۰۹۷	۰/۱۳۱	۰/۷۲	۰/۳۲۸	۰/۵۷۱
	کنترل	۰/۸۸۹	۰/۰۶۲	۰/۹۰۶	۰/۱۲۱	۰/۹۰۵	۰/۱۱۹	۰/۰۷۴	۲/۹۴	۰/۰۹۷	۰/۱۳۱	۰/۷۲	۰/۳۲۸	۰/۵۷۱

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود نرمال بودن توزیع نمره در متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در هر ۲ گروه باقی است ($P > 0.05$). پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس ها در گروه درمان فعال سازی رفتاری و کنترل در خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تأیید شده است ($P > 0.05$). اما پیش

فرض یکنواختی کوواریانس ها با استفاده از آزمون ماچلی در متغیرهای خودپنداره جنسی رد شده است ($P < 0.05$). لذا در بررسی فرضیه های پژوهش در این ۲ متغیر از آزمون گرینهوس گریزر و در سایر متغیرها از آزمون با فرض کروییت استفاده می شود. نتایج مقایسه بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آماری
خودپنداره جنسی	بین آزمودنی	گروه	۲۲۳۰/۰۴	۱	۲۲۳۰/۰۴	۴/۳۲	۰/۰۳۷	۰/۱۳۴	۰/۷۱۷
	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۲۵۵/۰۲	۱/۵۱	۸۳۰/۵۶	۲۶/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵	۱/۰۰۰
صمیمیت در روابط	بین آزمودنی	اثر زمان × گروه	۸۷۷/۱۵۶	۱/۵۱	۵۸۰/۴۹۸	۱۸/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷	۰/۹۹۸
	درون آزمودنی	گروه	۱۹۵۳۶/۴	۱	۱۹۵۳۶/۴	۴۶/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	اثر زمان	۹۶۰۲/۶	۲	۵۶۴۳/۷۵	۹۲/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷	۱/۰۰۰
		اثر زمان × گروه	۱۱۷۶۴/۴۶۷	۲	۵۸۸۲/۲۳۳	۱۱۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰

براساس یافته های به دست آمده در جدول ۳، در اثرات بین آزمودنی اثر اصلی گروه در همه متغیرهای پژوهش معنادار به دست آمده است ($P < 0.05$). بعبارت دیگر، میانگین نمره متغیرهای پژوهش در گروه های مداخله (درمان فعال سازی) و کنترل تفاوت معنادار دارد ($P < 0.05$). نتایج نشان داده است که ۱۳/۴ درصد در خودپنداره جنسی، و ۶۲/۳ درصد در صمیمیت در روابط به تفاوت بین ۲ گروه مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان نیز در هر ۲ متغیر معنادار به دست آمده است ($P < 0.001$), به عبارت دیگر، تفاوت بین نمره خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در زنان معنادار است. هم چنین اثر تعاملی زمان

و گروه نیز معنادار به دست آمده است ($P < 0.001$) که نشان می دهد، تفاوت نمره خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط در ۳ مرحله از پژوهش در ۲ گروه معنادار است. به عبارت دیگر، روند تغییر نمره خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ۲ گروه با هم تفاوت معنادار دارند و میزان تفاوت گروه ها در مراحل پژوهش در خودپنداره جنسی ۳۹/۷ درصد و صمیمیت در روابط برابر با ۸۰ درصد دست آمده است. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه گروه های مداخله و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه گروه‌ها به تفکیک متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری

مرحله	متغیر	تفاوت میانگین	مقدار احتمال	میزان اثر	مرحله	تفاوت میانگین	مقدار احتمال	میزان اثر
پس آزمون	خودپنداره جنسی	۱۰/۹۳	۰/۰۳	۰/۱۵۸	پیگیری	خودپنداره جنسی	۱۷/۰۶	۰/۲۷۵
	صمیمیت در روابط	۳۶/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴		صمیمیت در روابط	۵۳/۴	۰/۸۰۵

و اجتناب در کوتاه مدت موجب راحتی و آرامش سریع و در بلند مدت قطع منابع تقویتی فرد می‌شود. «درمان فعال‌سازی رفتاری» مداخله‌ای است که شامل تشویق بیماران برای شرکت در فعالیت‌های لذت بخش و معنادار در مواجهه با بی‌لذتی افسرده کننده است. در واقع، آگاهی از ماهیت و معنای رفتار، توانایی بالقوه‌ای برای افزایش آگاهی چندگانگی درونی، تقویت کارکرد ایگو، کمک به ایجاد یک محیط نگره دارنده، تقویت مسئولیت‌پذیری از طریق آگاهی و ارائه احساس تعالی است (۳). بنابراین، به کمک «درمان فعال‌سازی رفتاری» به فرد آموزش می‌دهند تا به جای اجتناب، از الگوی مقابله‌ای جایگزین و سازگار استفاده کند. این امر باعث بهبود ارتباط با همسر و در نهایت افزایش احساس مثبت و تصورات مثبت از خود می‌شود که به نوعی باعث افزایش خودپنداره جنسی مثبت می‌گردد. براساس نظر Leahy و همکاران (۵۰) نظریات رفتاری از جمله «درمان فعال‌سازی رفتاری» با تنظیم خواب و بیداری و افزایش مشارکت در فعالیت‌ها و روابط، تنش و اضطراب زنان را کاهش می‌دهد و منجر به شادکامی و افزایش ادراکات مثبت زنان از روابط جنسی می‌گردد که می‌تواند باعث افزایش خودپنداره جنسی مثبت شود. همچنین با ثبت فعالیت‌ها به زنان این امکان را می‌دهد که علاوه بر ثبت نوع فعالیت‌ها و ساعت فعالیت میزان احساس رضایت از انجام فعالیت‌ها (از صفر تا صد) را نمره‌گذاری نمایند. این به احساس سلامت روانی آن‌ها کمک می‌کند و خود به نوعی باعث افزایش خودپنداره مثبت و افزایش بهبود فعالیت‌ها و به نوعی کاهش اختلال عملکرد جنسی می‌گردد.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که «درمان فعال‌سازی رفتاری» موجب بهبود صمیمیت در روابط زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی گردید. در پژوهش‌های مشابه اگر چه «درمان فعال‌سازی رفتاری» بر روی زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی صورت نگرفته است ولی نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات انجام شده (۳۰،۳۱) همسو می‌باشد. به عنوان مثال، عیسی

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در هر ۲ متغیر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط تفاوت میانگین نمره گروه مداخله یا درمان فعال‌سازی و گروه کنترل در هر ۲ مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار به دست آمده است ($P < 0.05$).

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت، درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهبود خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط در زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی تأثیر معنادار داشته و اثرات درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان فعال‌سازی رفتاری» بر خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط در زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی انجام گرفت.

اولین یافته نشان داد، «درمان فعال‌سازی رفتاری» سبب بهبود خودپنداره جنسی در زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی می‌شود. اگرچه مطالعات گذشته «درمان فعال‌سازی رفتاری» بر خودپنداره جنسی زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی صورت نگرفته است ولی نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعات انجام شده (۴۷-۴۹) هم راستا می‌باشد. به عنوان مثال Green & Furtado (۴۷) در مطالعه خود نشان دادند که «درمان شناختی- رفتاری» بر نگرانی‌های جنسی (میل برانگبختگی جنسی) پیش از یائسگی موثر است. همچنین صفارشرق و باقرزاده گلمکانی (۴۹) نشان دادند که «درمان فعال‌سازی رفتاری» بر عملکرد جنسی زنان دارای تعارضات زناشویی موثر است. بعلاوه، Bonita (۲۹) در مطالعه خود نشان داد که «درمان فعال‌سازی رفتاری» بر عملکرد جنسی و علائم افسردگی موثر است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود داشتن خودپنداره جنسی منفی یعنی دارا بودن احساسات و باورهای منفی در مورد روابط جنسی که خود به نوعی منجر به اختلال در عملکرد جنسی می‌شود. زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی رابطه سرد اجتنابی با همسر خویش خواهند داشت

پژوهش در شهر اصفهان اشاره نمود. بنابراین، استفاده از نتایج و تعمیم یافته دقت شود. همچنین تعداد زیاد عبارت های ابزارها می تواند بر دقت پاسخ های شرکت کنندگان تأثیرگذار باشد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دکتری دانشجو سمیه حیدری شادهی در رشته روانشناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به راهنمایی خانم دکتر اینناز سجادیان انجام شده است. این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد IR.IAU.KHUISF.REC.1401.408 در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۲۲ تصویب شده است و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) به شماره IRCT20230524058276N1 در تاریخ ۱۴۰۲/۰۹/۱۹ به ثبت رسیده است. نویسندگان بر خود لازم می دانند از افرادی که در اجرای این پژوهش همراهی نمودند و مسئولان مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی که اجازه اجرای مداخله را فراهم نمودند تشکر نمایند. همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به خاطر حمایت مالی، حمایت معنوی و همکاری در اجرای پژوهش حاضر سپاسگزاری می شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

1. Mosconi L, Berti V, Dyke J, Schelbaum E, Jett S, Loughlin L, Jang G, Rahman A, Hristov H, Pahlajani S, Andrews R, Matthews D, Etingin O, Ganzer C, Leon M, Isaacson R, Brinton R. Menopause impacts human brain structure, connectivity, energy metabolism, and amyloid-beta deposition. *Scientific Reports*. 2021; 11(1):10867. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90084-y>
2. Masihpour Z, Sotodeh Asl N, Ghorbani R. [The effectiveness of Behavioral Activation on reducing vasomotor symptoms in postmenopausal women]. *Journal of Applied Family Therapy*. 2022; 3(3): 357-370. https://www.aftj.ir/article_159295.html. <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.3.3.21>

نژادبوشهری و دشت بزرگی (۳۱) در مطالعه خود نشان دادند که «درمان فعال سازی رفتاری» می تواند میزان صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی در دوران پیش یائسگی را افزایش دهد. همچنین کاردان سورکی و همکاران (۳۰) گزارش کردند مداخلات موج سوم روان درمانی از جمله «درمان فعال سازی رفتاری» تأثیر معناداری بر بهبود صمیمیت کلی و ابعاد هیجانی، روانشناختی، فیزیکی، جنسی، ارتباطی، اجتماعی، تفریحی، معنوی و فکری آن داشت. در تبیین این یافته می توان بیان کرد «درمان فعال سازی رفتاری» نوعی رفتار درمانی موج سوم است که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است (۲۴). این شیوه درمانی علت اختلالات را در بیرون فرد و نه در درون فرد جستجو می کند. در این روش درمانی به مراجع آموزش داده می شود به جای اجتناب از الگوی مقابله ای جایگزین و سازگار استفاده کند. «درمان فعال سازی رفتاری» فرآیند درمانی ساختار یافته ای است که موجب افزایش رفتارهایی می شود که تماس فرد را با پیوستگی تقویتی محیطی زیادتر می کند (۵۱).

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که «درمان فعال سازی رفتاری» بر بهبود خودپنداره جنسی و صمیمیت در روابط زنان یائسه دارای اختلال عملکرد جنسی اثربخش است. لذا پیشنهاد در مراکز بهداشت و درمان و مراکز مشاوره از «درمان فعال سازی رفتاری» جهت ارتقای متغیرهای روانشناختی مرتبط با عملکرد جنسی زنان یائسه استفاده شود. از محدودیت های این پژوهش می توان به انجام

3. Nazarpour SM, Ramezani Tehrani F. [Factors affecting sexual function during menopause: A review of the literature]. *Health Monitor Journal of Iranian*. 2015; 14(1):41-58. https://payeshjournal.ir/browse.php?a_id=255&sid=1&slc_lang=en.
4. Berek J. Berek & Novak's Gynecology 16th edition. 2020. <https://www.amazon.com/Berek-Novaks-Gynecology/dp/1496380339>.
5. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. [Sexual dysfunction and the underlying medical problems in postmenopausal women]. *Tehran University Medical Journal*. 2016; 73(11): 798-811. <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-7192-fa.html>.
6. Adebusoye LA, Ogunbode O, Owonokoko KM, Ogunbode AM, Aimakhu C. Factors associated with sexual dysfunction among female patients

- in a nigerian ambulatory primary care setting. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*.2020; 18(1): 9-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33623488/>.
7. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: A review of current literature. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*.2012; 5(1):16-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22582123/>.
 8. Ranjbaran M, Chizari M, Matori Pour P.[Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: Systematic review and meta-analysis]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*.2016; 22(Special Issue):1117-1125. https://jsums.medsab.ac.ir/article_820.html?lang=en.
 9. Shams Nateri N, Beigi M, Kazemi A, Shirinkam F.[Women coping strategies towards menopause and its relationship with sexual dysfunction].*Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*.2017; 22(5): 343-347. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29033986/>. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_234_15
 10. Guyon R, Fernet M, Canivet C, Tardif M, Godbout N. Sexual self-concept among men and women child sexual abuse survivors: Emergence of differentiated profiles. *Child Abuse & Neglect*.2020; 104. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104481>
 11. Hannier S, Tassoul A, De Sutter P. The understanding of women's sexual self-esteem in the light of the new concept of the sexualized body perception. *La compréhension de l'estime de soi sexuelle des femmes à la lumière du nouveau concept de la perception du corps sexualisé*.2022: 202-214. <https://www.em-consulte.com/article/1535074/figures/the-understanding-of-women-s-sexual-self-esteem-in>. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.12.001>
 12. Jaafarpour M, Maroufi M , Molaeinezhad M.[Relationship between sexual self-concept and sexual performance in married women referring to Mobarakeh health centers, Iran]. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*.2016; 12(3):40-47. <https://nmj.goums.ac.ir/article-1-814-fa.html>.
 13. Garcia RM, Hanlon A, Small W, Strauss JB, Lin L, Wells J, Bruner DW. The relationship between body mass index and sexual function in endometrial cancer. *Oncology Nursing Forum*.2018; 45(1): 25-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29251291/>. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.25-32>
 14. Kafaee Atrian M, Mohebbi Dehnavi Z, Kamali Z.[The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women]. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*.2019; 7(2):1703-1711. https://jmrh.mums.ac.ir/article_12074.html.
 15. Ng AHN, Boey KW, Kwan CW, Ho RY, Ho DY. Sexual self-concept and psychological functioning of women with a history of childhood sexual abuse in Hong Kong. *International Journal of Sexual Health*.2022; 34(2):177-196. <https://repository.cihe.edu.hk/jspui/handle/cihe/707>. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.2022819>
 16. Labrecque LT, Whisman MA. Extramarital sex and marital dissolution: Does identity of the extramarital partner matter? *Family Process*.2020; 59(3):1308-1318. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31290150/>. <https://doi.org/10.1111/famp.12472>
 17. Małus A, Szyluk J, Galińska-Skok B, Konarzewska B. Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatria Polska*.2016; 50(6):1135-1146. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28211552/>. <https://doi.org/10.12740/PP/61569>
 18. Siboni L, Prunas A, Anzani A. He helped me in discovering myself. Rethinking and exploring sexual and gender identity in trans-inclusive relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*.2023; 49(2):208-228. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35758301/>. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2092568>
 19. Bagarozzi DA. *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Guide*. New York: Brunner-Routledge. 2013. <https://www.routledge.com/Enhancing-Intimacy-in-Marriage-A-Clinicians-Guide/Bagarozzi/p/book/9780415763370> <https://doi.org/10.4324/9781315787053>
 20. Nematzadeh Gatabi S, Vaziri S, Lotfi Kashani F.[Investigating the modeling of marital intimacy based on attachment styles and thematic relationships mediated by coping styles]. *Journal of Applied Family Therapy*.2020; 4(3):166-177. https://www.aftj.ir/article_150915.html?lang=en
 21. Ussher JM, Perz J, Parton C. Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. *Feminism & Psychology*.2015; 25(4):449-468. <https://journals.sagepub.com/ucid=int.sj-abstract.similar-articles.7>. <https://doi.org/10.1177/0959353515579735>
 22. Bassak Nejad S, Ebadeh Avazi P, Mehrabizadeh Honarmand M.[Comparison of sexual intimacy, life satisfaction and coping strategies

- with postmenopausal and non-menopausal women referring to health centers]. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*.2019; 26(6):389-396. https://nmj.umsha.ac.ir/browse.php?a_id=1833&sid=1&slc_lang=en&ftxt=0. <https://doi.org/10.30699/sjhnmf.26.6.389>
23. Irandosut R, sohray F, Maliholzackerin S, Ahi G.[The casual model of relationship between alexithymia and sexual function by mediating rule of psychological distress and marital intimacy]. *Journal of Family Research*.2018; 14(4):515-531. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97692.html?lang=en.
 24. Moshier SJ, Otto MW. Behavioral activation treatment for major depression: A randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. *Journal of Affective Disorders*.2017; 1(210):265-268. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28068613/>. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.003>
 25. Cuijpers P, Karyotaki E, Wit DL, Ebert DD.The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*.2020; 30(3):279-293. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31394976/>. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>
 26. Balán IC, Lejuez CW, Hoffer M, Blanco C. Integrating motivational interviewing and brief behavioral activation therapy: Theoretical and Practical considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*.2016;23(2):205-220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29151779/>. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.07.001>
 27. Walsh EC, Eisenlohr-Moul TA, Minkel J, Bizzell J, Petty C, Crowther A, Carl H, Smoski MJ, Dichter GS. Pretreatment brain connectivity during positive emotion upregulation predicts decreased anhedonia following Behavioral Activation Therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*.2019; 15(243):188-192. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30245249/>. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.065>
 28. OhJ, LeeE, ChaEJ, SeoHJ, ChoiKH. Community-based multi-site randomized controlled trial of behavioral activation for patients with negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*.2023; 252:118-126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36640745/>. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.12.051>
 29. Bonita AG. Computerized behavioral activation treatment for major depressive disorder and the effects on sexual desire. PhD thesis. Kalamazoo. Western Michigan University. 2013:<https://scholarworks.wmich.edu/dissertations/191/>.
 30. Kardan-Souraki M, Hamzehgardeshi Z, Asadpour I, Mohammadpour RA, Khani S.[A Review of marital intimacy-enhancing interventions among married individuals]. *Global Journal of Health Science*.2016; 8(8):74-93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27045400/>. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n8p74>
 31. Eisanezhad Boshehri S, DashtBozorgi Z.[Effectiveness of behavioral activation treatment on marital intimacy and sexual satisfaction of women during premenopause]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*.2018; 6(1):63-71. <https://journal.ihepsa.ir/article-1-843-en.html>. <https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63>
 32. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, Agoštino RD. 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10782451/>. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
 33. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2005;31(1):1-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15841702/>. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
 34. Mohammadi kH, Heydari M, Faghihzadeh S.[The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the iranian version]. *Health Monitor Journal of Iranian*.2008; 7(3):269-278. https://payeshjournal.ir/browse.php?a_id=658&sid=1&slc_lang=en
 35. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM.[The Female Sexual Function Index: Translation and validation of an Iranian version]. *The Journal of Sexual Medicine*.2012; 9(2):514-523. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22146084/>. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02553.x>
 36. Snell WE. Measuring multiple aspects of the sexual self-concept: The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire. PhD thesis. Springfield. Missouri State University.2003. https://www.researchgate.net/publication/297734323_Multidimensional_Sexual_Self-Concept_Questionnaire.
 37. Snell W. The Multidimensional sexual self-concept questionnaire. 2011. https://www.researchgate.net/publication/301541323_The_Multidimensional_sexual_Self-Concept

Questionnaire.

38. Snell W, Fisher T, Walters A. The multidimensional sexuality questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*. 1993; 6(1):27-55. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10790632930060102>. <https://doi.org/10.1007/BF00849744>
39. Keshet H, Schechtman EG. Symptoms and beyond: Self-concept among sexually assaulted women. *Psychological Trauma*. 2017; 9(5):545-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27797566/>. <https://doi.org/10.1037/tra0000222>
40. Firuzi A. [The Preparing of non-pharmacological multi-dimensional treatment and comparison of effectiveness with pharmacological treatment on patient with premature ejaculation]. Master's thesis in Clinical Psychology, Khwarazmi University. 2013. <https://resalenegar.ir/product/%d8%aa%d8%af%d9%88%db%8c%d9%86-%d8%a8%d8%b3%d8%aa%d9%87%c2%ac%db%8c-%d8%af%d8%b1%d9%85%d8%a7%d9%86%db%8c-%da%86%d9%86%d8%af%d8%a8%d8%b9%d8%af%db%8c-%d8%ba%db%8c%d8%b1%d8%af%d8%a7%d8%b1%d9%88%d8%a6/>
41. Ramezani MA, Ghaemmaghami A, Talakar M, Saadat SH, Zamani E, Shams J, Hadi S. [Validity and reliability assessment of multi-dimensional sexual self-concept questionnaire for Iranian population]. *Iranian Journal of Military Medicine*. 2013; 14(4):302-309. https://docplayer.gr/104886751-Rzyby-pyyy-w-rwyy-prsshnmh-chnd-wjhy-khwdpndrh-jnsy-drjm%60yt-yrn.html#google_vignette.
42. Schaefer MT, Olson DH. Assessing intimacy: The PAIR Inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*. 1981; 7(1):47-60. <https://psycnet.apa.org/record/1981-31686-001>. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x>
43. Shiralinia KH. [The effectiveness of advanced cognitive-behavioral couple therapy and emotion-focused couple therapy on depression reduction, emotional regulation and intimacy in relationship among counseling seeking couples in Ahvaz counselling centers]. Master's thesis. Chamran Martyr of Ahwaz University. 2012. <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/f10305d590291a7b84892962aba742c7>
44. Akhlik Amiri S. [Investigating the effectiveness of Couple Therapy-Group based on partial self-regulation in increasing intimacy]. PhD thesis, Ferdowsi University of Mashhad. 2009. <https://elmnet.ir/doc/10545132-82811>
45. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, Gallop R, Mcginchey JB, Markley D, Gollan JK. Randomized trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006; 74(4):658-670. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16881773/>. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
46. Karimi Rahjerdi M, Sodani M, Gholamzadeh Jofreh M, Asgari P. [Effectiveness of Well-Being Therapy on depression, sexual satisfaction and quality of life in type 2 diabetes patients]. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2021; 9(36):119-132. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_7576.html?lang=en
47. Green SM, Furtado M. Cognitive behavioral therapy for sexual concerns during perimenopause: A four session study protocol. *Frontiers in Global Women's Health*. 2021; 2:744-748. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34816248/>. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.744748>
48. Parsi R, Qamari Kivi H, Sheikh al-Islami A. [Behavioral activation in predicting marital satisfaction and couples' sexual performance]. *World Conference of Psychology and Educational Sciences, Law and Social Sciences at the Beginning of the Third Millennium*. 2016: <https://civilica.com/doc/516580/>.
49. Safarsharq M, Bagherzadeh Golmakani Z. [The effectiveness of behavioral activation therapy on sexual performance and sexual satisfaction in women with marital conflicts]. *Iranian Quarterly Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2018; 14:106-114. <https://www.psyj.ir/user/articles/2525>
50. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. 2nd edition. New York: Guilford Press; 2012. <https://www.guilford.com/books/Treatment-Plans-Interventions-Depression-Anxiety-Disorders/Leahy-Holland-McGinn/9781609186494>
51. Chartier IS, Provencher MD. Behavioral activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 145(3):292-299. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22884236/>. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.023>