

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی بر جهت‌گیری هیجانی

به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین

سارا کاشانی وحید^۱، زهرا کاشانی وحید^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره سی و هفتم، آبان ماه ۱۳۹۸، صفحات ۷۲-۵۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین بود. در این پژوهش از طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین زنان متأهل مراجعه‌کننده مرکز مهرآیین شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند و در سه گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش تحت آموزش طرح‌واره درمانی (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و درمان مبتنی بر پذیرش/تعهد به شیوه گروهی (۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای از طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی دریافت نکردند. از پرسشنامه خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۸۷) و جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی علی‌آبادیان و حسن‌زاده (۱۳۹۶) به‌منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی) انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که هر دو مداخله طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی به‌کاررفته در این پژوهش می‌توانند جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین را بهبود بخشند، اما طرح‌واره درمانی دارای تأثیر بیشتری بر بهبود جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی بود. بر اساس نتایج این پژوهش، طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی مداخلات مؤثری در بهبود جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین هستند، اما تأثیر طرح‌واره درمانی بیشتر بود.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، پذیرش/تعهد، جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی، خودکارآمدی جنسی.

مقدمه

فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن، به عنوان یکی از اساسی ترین ابعاد زندگی انسان مطرح است و عملکرد جنسی سالم، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی دارد. افرادی که مشکلات جنسی دارند، معمولاً اعتماد به نفس پایینی داشته، مضطرب و نگران ترند، افسرده اند، روابط جنسی آنها تحت تأثیر پیش بینی شکست آنها قرار می گیرد، بهزیستی پایین و تجارب ناخوشایند دارند. اکثر افرادی که در درمان مشکلات جنسی فعالیت می کنند، مشاهده کرده اند که در ارزیابی مشکل جنسی و مشخص کردن ماهیت آن، ارزیابی رشد و تکامل جنسی و همچنین در لابه لای اطلاعات کسب شده، یک متغیر مداخله گر به عنوان خودکارآمدی جنسی^۱ و درون گردی یا برون گردی لذت نقش تعیین کننده ای دارد. از نظر آنها، اگرچه بخش فیزیولوژیک پاسخ جنسی، خودمختار و احساسی است و با افزایش جریان خون در اندام های تناسلی تحت کنترل دستگاه عصبی خودمختار ایجاد می شود اما به راحتی تحت تأثیر هیجان های ناشی از شایستگی - ناشایستگی، درون گردی - برون گردی لذت، تقویت شده یا بازداری می شود (جمالی، فیض آبادی و جمالی، ۱۳۹۶).

خودکارآمدی^۲ یکی از مفاهیم نظریه مهم از نظریه شناختی اجتماعی^۳ بندورا^۴ است. به طور خاص خودکارآمدی یک باور و قضاوت در مورد خودمان است که افراد از طریق آن می توانند برای رسیدن به نتیجه دلخواه و موفقیت آمیز رفتارهای خاصی را انجام دهند. خودکارآمدی با از طریق چهار منبع شامل تجربیات تسلط^۵، تجربیات پدیدارشناسانه^۶، تحریف کلامی/تشویقی^۷ و تفسیر حالات

1. sexual self-efficacy

2. self-efficacy

3. social cognitive theory (SCT)

4. Bandura

5. mastery experiences

6. vicarious experiences

7. verbal persuasion/encouragement

روان‌شناختی و هیجانی^۱ مشخص می‌شود (لامارچه، تچپال و مانجین^۲، ۲۰۱۸). بر طبق نظریه بندورا، خودکارآمدی به باورهای ما در مورد توانایی‌ها و ظرفیت‌های فرد اشاره دارد که انگیزش، منابع شناختی و فعالیت‌های لازم و موردنیاز برای مقابله تقاضاهای محیطی و موقعیتی را فراهم می‌کند (بندورا، ۱۹۸۹؛ به نقل از هالاک، آساگر، اوکونور و لی^۳، ۲۰۱۸). خودکارآمدی جنسی، شامل باور هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد جنسی مؤثر، می‌باشد. در واقع، خودکارآمدی جنسی، پیشگو کننده‌ی عملکرد جنسی است (علیرضایی، ازگلی و علوی مجد، ۱۳۹۳).

از طرفی عملکرد جنسی بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان باشخصیت فرد درهم آمیخته است که صحبت از آن به‌عنوان پدیده‌ای مستقل، غیرممکن به نظر می‌رسد. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوی بشر بوده و تأثیر غیرقابل‌انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد. جهت‌گیری جنسی یکی از بزرگ‌ترین تفاوت‌های جنسی در انسان است. در واقع جهت‌گیری جنسی به برانگیختگی جسمانی و عاطفی هیجانی یک فرد نسبت به جنس مخالف اشاره دارد (مولیرو و پینتو^۴، ۲۰۱۵؛ به نقل از علی‌آبادیان و حسن‌زاده، ۱۳۹۶). جنبه‌های پایه‌ای هیجانی (مردانگی-زنانگی) به‌عنوان مکانیزم‌های محافظتی در مقابل درونی کردن مشکلات سلامت روانی عمل می‌کند (وسلی، سقلینگ و ساکلافسکی، ۲۰۱۳). از آنجایی که رابطه جنسی به لحاظ عاطفی و هم به لحاظ جسمانی عاملی قوی و تعیین‌کننده در زندگی زناشویی است و صمیمیت در روابط جنسی یکی از شاخص‌های نزدیکی در روابط و شاخص قدرتمند عشق است، لذا به‌کارگیری مداخلات روان‌شناختی برای کاهش مشکلات جنسی زنان متأهل می‌تواند مفید باشد. بر اساس نظریه طرح‌واره درمانی یانگ، افراد مبتلابه یک اختلال مشخص، دارای طرح‌واره‌های ناسازگاری^۵

1. interpretation of emotional and physiological states

2. Lamarche, Tejpal & Mangin

3. kkkkkkAsskrr, O'Connor & Lee

4. Moleiro & Pinto

5. maladaptive schemas

هستند که منجر به تشدید نشانه‌های آن اختلال می‌شود. طرح‌واره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی^۱ به صورت سو تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف‌شده و گمانه‌زنی‌های نادرست، هدف و چشمداشت‌های غیرواقع‌بینانه مشخص می‌شوند. در رویکرد طرح‌واره درمانی، بر الگوهای خودویرانگر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند که به آن‌ها طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۲ گفته می‌شود و در سرتاسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌شود (سناوی و موره^۳، ۲۰۱۲؛ به نقل از موذنی، غلامرضایی و رضایی، ۱۳۹۷).

از طرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیز^۴ مطرح شده است یک‌شکل از درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی^۵ است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی^۶ نامیده می‌شود. در این میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از رایج‌ترین نوع این درمان‌هاست. هدف از این درمان شناسایی و به حداقل رساندن تحریف شناختی، کنترل مشکل و تحلیل منطقی است (هیز، پیستورلو و لوین^۷، ۲۰۱۲؛ به نقل از اورکی، جهانی و رحمانیان، ۱۳۹۷). مبانی نظری درمان پذیرش و تعهد درمانی بر پایه نظریه فلسفی زمینه‌گرایی عملکردی بوده و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت می‌باشد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (هیز^۸، ۱۹۸۶؛ به نقل از اسماعیلی، امیری، عابدی و مولوی، ۱۳۹۷). سودمندی مداخلات به کار گرفته‌شده در این پژوهش به اثبات رسیده است و می‌تواند بسیاری از مشکلات افراد را بهبود

1. interpersonal psychopathology

2. early maladaptive schemes

3. Seavey & Moore

4. Hayes

5. functional contextualism

6. relational frame theory

7. Pistorello & Levin

8. Hayes

بخشد. بر اساس جستجوهای پژوهشگر، در پیشینه پژوهش در داخل و خارج کشور، تاکنون پژوهشی پیرامون هدف پژوهش حاضر انجام نگرفته است. لذا بر اساس آنچه گفته شد سؤال پژوهش این است که آیا بین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی و درمان پذیرش و تعهد بر جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره مهرآیین شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. تمامی زنان مراجعه‌کننده به مرکز مورد نر با استفاده از پرسشنامه‌های خودکارآمدی جنسی موردسنجش قرار گرفتند و ۴۵ نفر از آن‌هایی که واجد شرایط بودند به‌عنوان نمونه شدند. سپس این زنان در سه گروه ۱۵ نفره (۱۵ نفر گروه طرح‌واره درمانی و ۱۵ نفر گروه پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. از آنجایی که در پژوهش‌های مشابه حجم هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۶)، در این پژوهش نیز حجم هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شدند. سپس از زنان هر دو گروه در شرایط یکسان به پرسشنامه جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. بعد از این مرحله زنان گروه‌های آزمایشی تحت آموزش طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی از مداخلات ندید و به فعالیت‌های معمول و روزمره خود ادامه دادند. بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر سه گروه در شرایط یکسان با استفاده از پرسشنامه جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی پس‌آزمون به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اطلاعات گردآوری شده با آزمون‌های آماری مناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت کنترل متغیر پیش‌آزمون استفاده شد. همچنین قبل اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نرم‌افزار تحلیل داده‌ها برنامه SPSS نسخه ۲۴ بود.

جلسات طرح‌واره درمانی گروهی

طرح‌واره درمانی تعداد جلساتی که گروه آزمایش طرح‌واره درمانی بر اساس جلسات طرح‌واره درمانی آموزش می‌بینند. طرح‌واره درمانی یک درمان ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ و کلوסקو و ویشار^۱ (۲۰۰۳) مبتنی بر درمان‌ها و مفهومی‌های رفتار درمانی-شناختی پی‌ریزی شده است. این روش درمانی، مؤلفه‌هایی از رویکردهای مختلف، از جمله نظریه‌های شناختی-رفتاری، دل‌بستگی، رابطه شیء، ساختارگرایی و روان تحلیلی را در بر گرفته است. روایی این جلسات در پژوهش‌های مانند یوسف زاده، طالبی و نشاط دوست (۱۳۹۶) و محمودیان دستنایی، نشاط دوست، امیری و منشی (۱۳۹۷) تایید شده است.

جدول ۱. جلسات طرح‌واره درمانی اقتباس از یانگ و کلوסקو و ویشار (۲۰۰۳)

جلسات	محتوی جلسه
۱	پر کردن برگه قرارداد درمان اجرای پیش‌آزمون و توضیح اهداف پژوهش
۲	توضیح مفهوم طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نقش آن در ایجاد اختلالات خلقی و آشنایی افراد آزمودنی با روند جلسات طرح‌واره درمانی
۳	آشنایی افراد آزمودنی با مفهوم و ویژگی‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، انواع سبک‌های مقابله‌ای، اجرای فنون تصویرسازی ذهنی مکان امن، پر کردن پرسشنامه طرح‌واره یانگ در جلسه درمان و پر کردن پرسشنامه فرزندپروری به‌عنوان تکلیف خانگی

^۱. Young, Klosko & Weishaar

- ۴ آشنایی با انواع طرحواره‌های ناسازگار اولیه از جمله ریدگی و طرد^۱، خودمختاری و عملکرد مختل^۲، محدودیت‌های مختل^۳، دیگر جهت‌مندی^۴ و گوش‌بزدلی بیش‌ازحد و بازداری^۵، درک شناختی طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بحث درباره نتایج پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، فن تصویرسازی ذهنی به‌منظور سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ارائه تکلیف.
- ۵ بحث درباره نتایج پرسشنامه فرزندپروری یانگ، درک هیجانی طرحواره و ریشه‌های تحولی آن و شیوه ارتباط طرح‌واره با مشکلات فعلی با فن تصویرسازی ذهنی، مفهوم‌سازی مشکل افراد آزمودنی، ارائه تکلیف و بازخورد
- ۶ اجرای فنون شناختی آزمون اعتبار طرح‌واره، ارائه تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرح‌واره، ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای، اجرای فن‌صندلی خالی، تدوین کارت آموزشی، ارائه تکلیف و بازخورد.
- ۷ اجرای فنون تجربی گفتگوی خیالی و نوشتن نامه به والدین، آموزش الگو شکنی رفتاری با استفاده از فن تهیه فهرست رفتارهای خاص به‌عنوان موضوع تغییر، اولویت‌بندی رفتارها، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، ارائه تکلیف و بازخورد.
- ۸ بررسی تمرینات، مرور جلسات قبلی و اجرای پس‌آزمون.

1. Disconnection & rejection
2. impaired autonomy & performance
3. impaired limit
4. other directedness
5. over-vigilance & inhibition

جلسات درمان پذیرش و تعهد

پذیرش و تعهد ۱۲ جلسه اقتباس ایفرت و فورسایت (۲۰۰۵) و پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون (۲۰۰۹) است که گروه آزمایش آموزش می‌بینند. از مبانی نظری این درمان نظریه زمینه گرای کارکردی^۱ و نظریه چارچوب رابطه‌ی ذهنی^۲ می‌باشند. روایی این جلسات در پژوهش‌های امان‌اللهی، حیدریان فر، خجسته مهر و ایمانی (۱۳۹۳) و مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی و شاکرمی (۱۳۹۴) تایید شده است.

جدول ۲. جلسات درمانی پذیرش و تعهد اقتباس از پترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون (۲۰۰۹)

ردیف	موضوع جلسه	محتوای جلسات
۱	ارزیابی و جهت‌گیری درمان	گرفتن جزئیات از افرا آزمودنی، معرفی درمان پذیرش و تعهد و معرفی تمرینات و اجرای پیش‌آزمون.
۲	ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی، ارزش‌های بالقوه و مسئله انتخاب، معرفی مفهوم تغییر رفتار، بیان تفاوت افکار، احساسات و عمل تمرین ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
۳	ارزیابی هزینه‌های تلاش‌های رابطه‌ای بی‌اثر	تعریف پذیرش، شناسایی ارزش‌ها و بحث در مورد آن، پذیرش وقایع شخصی بدون درگیری با آن‌ها ذهن آگاهی و ارائه تکلیف
۴	تمرکز حواس و پذیرش	معرفی پذیرش و تمرکز حواس، تمرین پذیرش افکار و احساسات

^۱. functional contextualism

^۲. relational frame theory

۵	همجوشی شناختی	تشریح توضیح رابطه منفی افکار برای افراد آزمودنی، تمرین راننده اتوبوس، افکار بر روی برگه‌های تمرین.
۶	مشاهده‌ی افکار	توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های خود به تنهایی و خود در ارتباط با فرد، افکار بر روی برگه‌های تمرین، تمرین پذیرش واکنش‌های رابطه
۷	انتخاب جهت ارزش-ها	کمک به افراد برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی، تمرین چه چیزی در زندگی / رابطه در حال حاضر می‌خواهم.
۸	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده‌ی خود	بازبینی کاربر ارزش‌ها، بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به افراد تا به جای غلبه بر آن‌ها با آن‌ها حرکت کنند. تمرین نوشتن بر روی سنگ قبر، کاربرد عمل متعهد، بازبینی تمرین راننده‌ی اتوبوس.
۹	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه	معرفی تمایل، بازبینی تمرین راننده اتوبوس و کاربرد عمل متعهد.
۱۰	خود به‌عنوان زمینه در این رابطه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ، تجربه داشتن زوج‌ها در خود به‌عنوان زمینه رابطه، کاربرد اقدام متعهد، استعاره صفحه‌ای شطرنج
۱۱	پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه‌ی عمل متعهد، کاربرد اقدام متعهد
۱۲	کار در جهت پایان	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان، گرفتن کاربرد اقدام متعهد در خانه و اجرای پس آزمون

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه خودکارآمدی جنسی: پرسشنامه خودکارآمدی جنسی توسط وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۸۷) تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال است. نمره گذاری پرسشنامه از طیف لیکرت ۴ درجه‌ای می‌باشد، به این صورت که اصلاً صحیح نیست ۰ نمره، تا حدودی صحیح است ۱ نمره، صحیح است ۲ نمره و کاملاً صحیح است ۳ نمره تعلق می‌گیرد. برای پایایی پرسشنامه از روش‌های بررسی پایایی استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵، روش دونیمه کردن ۰/۸۲ و روش گاتمن ۰/۸۱ به دست آمده است. همچنین، برآورد اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی جنسی در ایران با استفاده از روش اعتبار وابسته به محتوا، توسط سازنده مورد تایید قرار گرفته است (وزیری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۷۵ به دست آمده است.

پرسشنامه جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی: پرسشنامه جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی توسط علی‌آبادیان و حسن‌زاده (۱۳۹۶) تهیه شده است. این پرسشنامه ۵۰ سؤال دارد و سه مؤلفه «ترس از رابطه جنسی با سوالات ۱، ۳، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۳، ۴۷ و ۴۹»، «اشتیاق به رابطه جنسی با سوالات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۲، ۲۴، ۲۶، ۲۸، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۲، ۴۴، ۴۶ و ۴۸» و «بی‌تفاوتی به رابطه جنسی با سوالات ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۵ و ۵۰» را اندازه‌گیری می‌کند. نمره گذاری آن در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بوده به این صورت که کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد. برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب برای ترس از رابطه جنسی ۰/۹۹، اشتیاق به رابطه جنسی ۰/۸۶، بی‌تفاوتی به رابطه جنسی ۰/۸۷ و کل سوالات ۰/۸۸ به دست آمده است. همچنین روایی سازه با همبستگی پیرسون برای ترس از رابطه جنسی ۰/۷۳-، اشتیاق به رابطه جنسی ۰/۹۶، بی‌تفاوتی به رابطه جنسی ۰/۶۶- با نمره کل سوالات و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (علی‌آبادیان و

حسن‌زاده، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۱ به دست آمده است.

یافته‌ها

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروه آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه پذیرش و تعهد		گروه طرح‌واره درمانی		متغیرهای وابسته
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۵۲/۸۷	۵۳/۳۳	۵۰/۱۳	۵۱/۷۳	۵۱/۱۳	۵۳/۴۷	میانگین
۱/۲۴۶	۰/۹۰۰	۱/۴۰۷	۰/۷۰۴	۱/۴۰۷	۱/۳۰۲	انحراف معیار ترس از رابطه جنسی
۴۴/۲۷	۴۴/۰۰	۴۶/۱۳	۴۴/۹۳	۴۷/۱۳	۴۵/۴۰	میانگین
۱/۲۲۳	۱/۲۵۴	۰/۸۳۴	۰/۸۸۴	۰/۹۱۵	۰/۸۲۸	انحراف معیار اشتیاق به رابطه جنسی
۲۹/۹۳	۳۱/۰۰	۲۸/۴۷	۳۰/۷۳	۲۹/۴۷	۳۳/۲۰	میانگین
۲/۳۱۴	۱/۰۰۰	۱/۸۴۶	۰/۷۹۹	۱/۸۴۶	۱/۸۲۱	انحراف معیار بی‌تفاوتی به رابطه جنسی

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. در ادامه مفروضات تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو-ویلکز نشان

داد که سطح معنی داری در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است لذا توزیع نمرات در متغیرهای تحقیق طبیعی بود ($P > 0.05$). نتایج همگنی واریانس‌ها^۱ نشان داد که سطح معناداری به‌دست‌آمده از آزمون لون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. بر اساس مفروضه همگنی شیب‌خط رگرسیون^۲ سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌بود. از آنجایی که تعامل غیر معنی داری بین متغیرهای وابسته و کمکی (کواریت‌ها) مشاهده شد، بنابراین فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش پذیرفته شد. با توجه به برقراری مفروضات تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا)، در ادامه برای بررسی تأثیر اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی و درمان پذیرش و تعهد بر جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ و ۵ آمده است.

جدول ۴. نتیجه لامبدای ویلکز پس‌آزمون متغیرهای وابسته

آزمون	مقادیر	آزمون F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۲۸۵	۱۰/۰۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۰/۹۹۹

جدول ۴- نتیجه آزمون لامبدای ویلکز پس‌آزمون جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی دارای خودکارآمدی جنسی پایین را نشان می‌دهد که لامبدای ویلکز در سطح ۰/۹۹ درصد معنی دار می‌باشد [$\text{Sig}=0.001$ و $F=10.009$]. با توجه به اینکه آزمون لامبدای ویلکز معنی دار بوده و پس‌آزمون جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی از متغیرهای مستقل (طرح‌واره درمانی گروهی و درمان پذیرش و تعهد) اثر پذیرفته است لذا بعدازاین، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به‌طور جداگانه

¹. homogeneity of variance

². Homogeneity of regression

از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵- ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج بین آزمودنی تحلیل کواریانس چندمتغیره پس آزمون متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	آماره آزمون F	معنی داری	ضریب تأثیر	توان آماری
ترس از رابطه جنسی	۱۰/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹	۰/۹۷۸
اشتیاق به رابطه جنسی	۲۹/۴۴۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۰/۹۹۹
بی تفاوتی به رابطه جنسی	۳/۳۸۵	۰/۰۴۴	۰/۱۴۸	۰/۶۰۴

چنانچه در جدول ۵- مشاهده می شود استفاده از طرحواره درمانی گروهی و درمان پذیرش و تعهد بر ترس از رابطه جنسی [Sig=۰/۰۰۱ و F=۱۰/۰۱۷]، اشتیاق به رابطه جنسی [Sig=۰/۰۰۱ و F=۲۹/۴۴۲] و بی تفاوتی به رابطه جنسی [Sig=۰/۰۴۴] و [F=۳/۳۸۵] مرحله پس آزمون تأثیر دارد. می توان گفت استفاده از طرحواره درمانی گروهی و درمان پذیرش و تعهد بر جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین تأثیر دارد. در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی دو درمان مذکور بر جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی از آزمون تعقیبی به «روش بن فرونی» استفاده شده است که نتایج در جدول ۶- آمده است.

جدول ۶. مقایسه‌ی زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی بن فرونی به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر

متغیرها	گروه مبنا با گروه مقایسه	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	معناداری
ترس از رابطه جنسی	تفاوت طرح‌واره درمانی با درمان پذیرش و تعهد	۰/۸۴۸	۰/۸۰۹	۰/۹۰۳
	تفاوت طرح‌واره درمانی با گروه کنترل	*-۱/۹۲۱	۰/۶۹۳	۰/۰۲۵
	تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل	*-۲/۷۶۹	۰/۶۶۴	۰/۰۰۱
اشتیاق به رابطه جنسی	تفاوت طرح‌واره درمانی با درمان پذیرش و تعهد	*۱/۵۹۱	۰/۳۶۸	۰/۰۰۱
	تفاوت طرح‌واره درمانی با گروه کنترل	*۲/۴۱۱	۰/۳۱۵	۰/۰۰۱
	تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل	*-۰/۸۲۰	۰/۳۰۲	۰/۰۲۹
بی تفاوتی به رابطه جنسی	تفاوت طرح‌واره درمانی با درمان پذیرش و تعهد	۰/۶۲۱	۱/۱۲۱	۰/۹۹۹
	تفاوت طرح‌واره درمانی با گروه کنترل	*-۱/۵۹۱	۰/۹۶۱	۰/۰۳۷
	تفاوت درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل	*-۲/۲۱۲	۰/۹۲۱	۰/۰۳۴

با توجه به جدول ۶- در متغیر ترس از رابطه جنسی و بی تفاوتی به رابطه جنسی تفاوت میانگین گروهی که به شیوه طرح‌واره درمانی آموزش دیدند با گروه کنترل کمتر از تفاوت میانگین گروهی که به شیوه پذیرش و تعهد آموزش دیدند با گروه کنترل است که نشان‌دهنده آن است که روش طرح‌واره درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش پذیرش و تعهد بر کاهش ترس از رابطه جنسی و بی تفاوتی به رابطه جنسی داشته است. همچنین در متغیر اشتیاق به رابطه جنسی تفاوت میانگین گروهی که به شیوه طرح‌واره درمانی آموزش دیدند با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروهی که به شیوه پذیرش و تعهد آموزش دیدند با گروه کنترل است که نشان‌دهنده آن است که روش طرح‌واره درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به آموزش پذیرش و تعهد برافزایش اشتیاق به رابطه داشته است. لذا می‌توان گفت طرح‌واره درمانی دارای توانایی بیشتری در بهبود جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین بود. نتایج نشان داد که هر دو مداخله طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی به‌کاررفته در این پژوهش می‌توانند جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین را بهبود بخشند، اما طرح‌واره درمانی دارای تأثیر بیشتری بر بهبود جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی بود. بر اساس نتایج این پژوهش، طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی مداخلات مؤثری در بهبود جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین هستند، اما تأثیر طرح‌واره درمانی بیشتر بود. این نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج تحقیقات یوسف زاده، طالبی و نشاط دوست (۱۳۹۶)، محمودیان دستنابی، نشاط دوست، امیری و منشی (۱۳۹۷)، امان‌اللهی، حیدریان فر، خجسته مهر و ایمانی (۱۳۹۳) و مرشدی، داورنیا، زهراکار، محمودی و شاکرمی (۱۳۹۴) همسویی دارد که اثربخشی

طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی را نشان داده‌اند. در تبیین طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین می‌توان گفت بر اساس آموزش‌های طرحواره‌درمانی گروهی راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکلات زوجین رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود (نیک‌آمال، صالحی و برماس، ۱۳۹۶). از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، قابل کنترل بودن منابع هیجانی باعث می‌شود تا زنان سلامت روانی بهتری و کارکردهای جنسی مطلوب‌تری داشته باشد و بتوانند مشکلات زناشویی خود مانند خودکارآمدی جنسی پایین را با توانایی بهتری حل کند، تجارب مثبت انباشته‌شده زنان در مقابله با شرایط استرس‌زا یا مشکلات، ادراک زوجین از کیفیت رابطه‌شان را تغییر می‌دهد و به احتمال زیاد به تعامل‌ها و رفتارهای مثبت در زوجین منجر می‌شود. طرحواره درمانی گروهی با مطرح کردن نقش طرح‌واره‌ها و پاسخ‌های مقابله در مفهوم‌سازی مشکلات زناشویی توانسته سهم بیشتری در تبیین مشکلات زناشویی زوجین ایفا کند. از سوی دیگر، طرحواره‌درمانی با پرداختن به نقش مؤلف‌های هیجانی در درمان توانسته رویکردهای کلاسیک شناختی-رفتاری را از توجه صرف به مؤلف‌های شناختی و رفتاری نجات دهد. شناسایی عوامل زیربنایی رفتار و شخصیت زوجین و آگاه کردن آنها از تأثیرگذاری این طرح‌واره‌های ناسازگار بر روابط بین فردی زوجین، آنها را هشیار کرده که در برخوردهای بین فردی نقش این طرح‌واره‌ها را با دقت بیشتری در نظر بگیرند و از طرف دیگر مجهز کردن آنها نسبت به انتخاب شیوه صحیح پاسخ بین فردی از بروز مشکلات زوجین مانند خودکارآمدی جنسی ضعیف جلوگیری کرده و زوجین را نسبت به راهکارهای صحیح تجهیز کنند. لذا منطقی است گفته شود که طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین اثربخش است.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی بر جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین می توان گفت درمان پذیرش و تعهد زنان رو تشویق می کند که بارزش های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آنها شوند. درمان تعهد و پذیرش به زنان کمک می کند باوجود افکار و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش بری را برای خود تصور کنند و این طرز فکر به کاهش مشکلات زناشویی چون دلزدگی زناشویی و مشکلات جنسی منجر می گردد. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، زنان به این سمت هدایت می شوند تا خود را جدای از افکار و هیجانات خویش ببینند که این باعث اصلاح شناخت های منفی مانند افسردگی و کاهش مشکلات زناشویی و جنسی می شود (اسدپور و ویسی، ۱۳۹۷). لذا منطقی است گفته شود که درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی بر جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین اثربخش است. در تبیین اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان پذیرش/تعهد به شیوه گروهی بر جهت گیری هیجانی به رابطه جنسی در زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین می توان گفت نظریه طرحواره درمانی بیان می کند که طرحواره ها در اوایل زندگی رشد می یابند به و وسیله محیط دوره ی کودکی شکل می گیرند. محیط خانوادگی آشفته به وسیله ترکیبی از هیجان های ابراز شده بالا، سوءاستفاده، غفلت و عدم صلاحیت، به طور نظری به رشد طرحواره های ناسازگار اولیه کمک می کند. طرحواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک های مقابله ای ناسازگار و طرحواره های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه ی اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه فنون شناختی-رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبکها و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود مشکلات جنسی در زوجین را فراهم می آورد. طرحواره درمانی باعث ایجاد تغییراتی در زمینه های شناختی و تجربی، هیجانی و رفتاری می گردد. این رویکرد درمانی با به چالش کشیدن طرحواره های ناسازگار و پاسخ های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخ های مناسب و سالم تر مؤثر بوده است. طرحواره درمانی با بهبود برخی مؤلفه های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می رسد

بتواند به طور کلی باعث بهبود بهزیستی و در نتیجه سلامت روانی در افراد شود (گلی، هدایت، دهقان و حسینی شورابه، ۱۳۹۵). لذا منطقی است گفته شود که طرح‌واره درمانی به شیوه گروهی اثربخشی بیشتری داشته باشد.

از آنجاکه پژوهش حاضر در میان زنان متأهل مراجعه‌کننده مرکز مهرآیین شهر تهران صورت گرفته در خصوص تعمیم نتایج بایستی با احتیاط عمل شود و از تعمیم نتایج به زنان متأهل دارای خودکارآمدی جنسی پایین با این اختلالات در دیگر شهرها خودداری شود. این پژوهش می‌توانست هم به صورت کمی و کیفی (ترکیبی) انجام شود، اما به دلیل نبود شرایط مصاحبه این امکان در پژوهش حاضر مهیا نبود و یکی از موانع و محدودیت‌های پژوهش این مورد بود. پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر نیز اجرا شود. در پژوهش‌های آینده از طرح‌های ترکیبی (کیفی و کمی)، حجم نمونه بالاتر و روش‌های پیچیده‌تر آماری که امکان تحلیل عمیق‌تر و نتیجه‌گیری بهتر را فراهم می‌کنند، استفاده شود. در پژوهش‌های آتی، با در نظر گرفتن مرحله پیگیری، طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی در طول زمان بررسی شود تا ماندگاری نتایج مشخص شود. پیشنهاد می‌شود از طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی برای بهبود سایر مشکلات زنان متأهل استفاده شود و در آن‌ها پژوهش از هر دو جنس (هم زنان و هم مردان) استفاده شود و تأثیر جنسیت نیز بررسی شود. نتایج، بر اهمیت کاربرد مداخلات طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر عملکرد کارکردهای جنسی زنان متأهل و ارائه افق‌های جدید در مداخلات درمانی تأکید دارد. لذا روانشناسان، مشاوره و درمان‌گران حوزه خانواده می‌توانند در زمینه کاهش مشکلات جنسی زنان متأهل از طرح‌واره درمانی و درمان پذیرش و تعهد به شیوه گروهی استفاده کنند.

منابع

- اسدپور، اسماعیل؛ و ویسی، سعید (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی، عزت نفس جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۱ (۷)، ۷-۱۹.
- اسماعیلی، لیلا؛ امیری، شعله؛ عابدی، محمدرضا؛ و مولوی، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر شفقت، بر اضطراب اجتماعی دختران نوجوان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۸ (۳۰)، ۱۱۷-۱۳۸.
- امان‌اللهی، عباس؛ حیدریان فر، نرگس؛ خجسته مهر، رضا؛ و ایمانی، مهدی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان پریشانی زوج‌ها. *دو فصلنامه علمی و پژوهشی مشاوره کاربردی*، ۴ (۱)، ۱۱۹-۱۰۳.
- اورکی، محمد؛ جهانی، فاطمه؛ و رحمانیان، مهدیه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان سالمند. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۰ (۱)، ۴۷-۵۶.
- جمالی، مرضیه؛ فیض‌آبادی، سلیمه؛ و جمالی، مریم (۱۳۹۶). تأثیر مداخله شناختی رفتاری بر خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی زنان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹ (ویژه نامه)، ۳۸-۲۹.
- دلاور، علی (۱۳۹۶). *روش‌های تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*، ویرایش (ویراست) جدید، تهران: انتشارات ویرایش.
- علی‌آبادیان، آرزو؛ و حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۶). ساخت و ملاک‌های روان‌سنجی پرسشنامه جهت‌گیری هیجانی به رابطه جنسی. *فصلنامه علمی و پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷ (۳)، ۱۱۳-۱۰۰.
- علیرضایی، سمیه؛ ازگلی، گیتی؛ علوی مجد، حمید (۱۳۹۵). مقایسه خودکارآمدی جنسی و عملکرد جنسی در زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی دولتی شهر مشهد سال ۹۲. *دوماهنامه پژوهشی پژوهنده*، ۱۹ (۳)، ۱۳۶-۱۳۱.

- گلی، رحیم؛ هدایت، سعیده؛ دهقان، فاطمه؛ و حسینی شورابه، مریم (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و پرخاشگری دانشجویان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۳)، ۲۷۵-۲۵۸.
- محمودیان دستنایی، طاهره؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ امیری، شعله؛ و منشی، غلامرضا (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره و درمان شناختی رفتاری بر باورهای اختلال خوردن در بیماران بی‌اشتها و پراشتهای عصبی با توجه به پیوند والدینی. *دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۱)، ۴۸-۳۳.
- مرشدی، مهدی؛ داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ محمودی، محمد جلال؛ و شاکرمی، محمد (۱۳۹۴). کار آیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها. *پژوهش پرستاری*، ۱۰(۴)، ۸۷-۷۶.
- موذنی، ترانه؛ غلامرضایی، سیمین؛ و رضایی، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان. *ارمغان دانش دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۲۳(۲)، ۲۶۶-۲۵۳.
- نیک‌آمال، میترا؛ صالحی، مهدیه؛ و برماس، حامد (۱۳۹۶). اثربخشی درمان طرحواره درمانی هیجان‌مدار بر رضایت زناشویی زوجین. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۳(۴)، ۱۷۴-۱۵۷.
- وزیری، شهرام؛ و لطفی کاشانی، فرح (۱۳۸۷). خودکارآمدی جنسی و رضایت جنسی. *همایش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن*.
- وزیری، شهرام؛ و لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی، پایایی و اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی جنسی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۸(۲۹)، ۵۸-۴۷.

■ یوسف زاده، مهدیه؛ طالبی، هوشنگ؛ و نشاط دوست، حمید طاهر (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره های ناسازگار در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شهر تهران: پیگیری دوماهه. فصلنامه پژوهش های علوم شناختی و رفتاری، ۷(۲)، ۸۲-۶۹.

- Hallak, R. a aaaaaaGG, Güüü İİİİİ İ İ şş § LeeC C 8888888 § pp pfffoaaa İİ e tt t tt cccce restaurant sector: The effects of resilience, creative self-efficacy, innovation and industry experience. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 229-240.
- Lamarche, L., Tejpal, A., & Mangin, D. (2018). Self-efficacy for medication management: a systematic review of instruments. *Patient preference and adherence*, 12, 1279.
- Peterson, B.D., Eifert, G.H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cogn Behav Pract.* 16(4), 430-442.
- Vesely, A. K., Siegling, A. B., & Saklofske, D. H. (2013). Gender-linked personality and mental health: The role of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 54(2), 221-225.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

The comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance commitment based on group therapy on emotional orientation in sexual relation of women with low sexual self-efficacy

Abstract

The purpose of this study was to comparison of the effectiveness of group schema therapy and acceptance commitment based on group therapy on emotional orientation in sexual relation of women with low sexual self-efficacy. This research utilized a pre-test and post-test semi-experimental design with a control group. In this study, by random sampling method 45 women were selected from Mehraeen center in Tehran city in year 2019 and they were then assigned to experimental and control groups (n=15 for each group). The experimental groups received schema therapy for 8 sessions of 90 minutes and acceptance commitment based on group therapy on for 12 sessions of 90 minutes but the control group did not receive any intervention. The research instrument was sexual self-efficacy scale Vaziri and Lotfi Kashani (2008) and emotional orientation in sexual relation scale of Aliabadian and Hassanzadeh (2018). Data analysis was performed using SPSS-24 software in two sections: descriptive and inferential (multivariable analyze of covariance and Bonferroni). The results showed that both of the schema therapy and acceptance commitment based on group therapy used in this study can significantly improve the emotional orientation in sexual relation of women with low sexual self-efficacy. But schema therapy has a greater impact on the m emotional orientation in sexual relation. Based on the results of this study, schema therapy and acceptance commitment based on group therapy are effective interventions on emotional orientation in sexual relation of women with low sexual self-efficacy, but the effect of the schema therapy was greater.

Keyword: schema therapy, acceptance commitment, emotional orientation in sexual relation, sexual self-efficacy.