



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بدکارکردی جنسی در زنان نابارور

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

اعظم عباس‌زاده^{1b}

افسانه خواجه‌وند خوشلی^{2*}

جوانشیر اسدی^{3b}

ایمیل نویسنده مسئول: khajevand_a@yahoo.com

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۲

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۴۴۷-۴۶۵
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(عباس‌زاده، خواجه‌وند خوشلی و اسدی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

عباس‌زاده، اعظم، خواجه‌وند خوشلی، افسانه، و اسدی، جوانشیر. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بدکارکردی جنسی در زنان نابارور. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۵ پیاپی ۱۴): ۴۴۷-۴۶۵.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بدکارکردی جنسی در زنان نابارور انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه‌های آزمایش و گواه بود. جامعه پژوهش کلیه زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر ساری در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش ۶۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری (۲۰ نفر)، طرحواره درمانی (۲۰ نفر) و گواه (۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول درمان شناختی رفتاری (بکی، اوون و رایت، ۲۰۱۹) و گروه دوم آزمایش طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۶) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۰) بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی باعث بهبود بدکارکردی جنسی و خرده مقیاس‌های میل جنسی ($F=12/86, P<0/001$)، تحریک روانی ($F=22/65, P<0/001$)، رطوبت ($F=24/84, P<0/001$)، ارگاسم ($F=16/14, P<0/001$)، رضایتمندی ($F=21/23, P<0/001$) و درد جنسی ($F=78/35, P<0/001$) در زنان نابارور شده است ($P<0/05$). اما بین تأثیر این دو روش بر بدکارکردی جنسی در زنان نابارور تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P>0/05$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی در بهبود بدکارکردی جنسی در زنان نابارور موثر است.

کلیدواژه‌ها: شناختی رفتاری، طرحواره درمانی، بدکارکردی جنسی، بدکارکردی جنسی، ناباروری.

مقدمه

در دنیای پیشرفته، مشکل ناباروری^۱ در حال افزایش بوده و به صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده است (رفاهی، قادری و بهمنی، ۱۳۹۰). یک زوج زمانی از نظر بالینی نابارور تلقی می‌شوند که طی یک سال مقاربت بدون پیشگیری، باروری حاصل نگردد (ملودی و کریستین، ۲۰۱۸). از سال ۱۹۸۸ در کنفرانس بین المللی ناباروری بانکوک^۲، ناباروری به عنوان یک مشکل بهداشتی جهانی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی توصیف شده است (هاف، کرافورد و مرسراو، ۲۰۱۵). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۳ تخمین زده می‌شود که حدود ۸ درصد از زوجین در طول سال‌های باروری خود، به نوعی مشکل ناباروری را تجربه می‌کنند. به عبارت دیگر در سراسر دنیا حدود ۸۰ میلیون نفر به شکل اولیه یا ثانویه دچار مشکل ناباروری می‌باشند (حسین‌پناهی، میرغفوروند، فرشلاف خلیلی، اسماعیل‌پور، رضایی و ملکوتی، ۲۰۲۰).

ناباروری تنشی جدی در زندگی محسوب شده و ضربه‌ی روانی شدیدی را بر زوجین وارد می‌سازد (مه‌ادین، حمدان-منصور، هبشنه و دارداس، ۲۰۲۰). این تنش بر روابط بین فردی، اجتماعی و زناشویی تاثیر گذاشته و می‌تواند منجر به عدم تعادل روانی زوجین و مشکلات ارتباطی در نقش آنها گردد (۶)، به طوری که ممکن است به صورت کناره‌گیری یکی یا هر دو نفر از زوجین از روابط جنسی منجر گردد (۷). به طور کلی ناباروری می‌تواند اختلال برجسته‌ای را در عملکرد جنسی افراد یا شریک جنسی آنها ایجاد کرده که از میزان خفیف (نارضایتی همراه با لذت کم از روابط جنسی) تا میزان شدید (توقف رابطه جنسی که با احساسات ناگوار و تلخ همراه است)، متغیر باشد (شاهید سالیس و همکاران، ۲۰۱۷). اختلال عملکرد جنسی^۴ ممکن است علامتی از مشکلات زیستی، یا تعارضات درون روانی یا بین فردی یا ترکیبی از این عوامل باشد. بدکارکردی جنسی غالباً با اختلالات چون افسردگی^۵ و اضطراب^۶ همراه است (ماسکرانهاس و همکاران، ۲۰۱۲). هر نوع استرس و مشکلات زندگی، اختلالات هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد جنسی می‌تواند بر کارکرد جنسی تاثیر منفی داشته باشد (لازارو و همکاران، ۲۰۱۷). اختلال بدکارکردی جنسی در زنان شامل اختلال میل جنسی پایین^۷، اختلال بیزاری جنسی^۸، اختلال برانگیختگی^۹، اختلال ارگاسم^{۱۰}، مقاربت دردناک^{۱۱} و واژینیسم^{۱۲} است (روشن و موگاداشین، ۲۰۱۵). ویژگی‌های این بدکارکردی جنسی، ایجاد اختلال در یکی یا چند مرحله از چرخه پاسخ جنسی ذکر شده است. تشخیص بدکارکردی زمانی مطرح است که این اختلالات بخش مهمی از تظاهرات بالینی بیمار را تشکیل داده باشد (آلساندر، ۲۰۱۵).

¹-infertility

²-Bangkok International Conference on Infertility

³-World Health Organization

⁴-sexual dysfunctional disorder

⁵-depression

⁶-anxiety

⁷-sexual desire disorder

⁸-aversion

⁹-arousal

¹⁰-orgasmic

¹¹-dyspareunia

¹²-vaginismus

به عبارت دیگر کیفیت پایین و نامطلوب رابطه جنسی در زنان نابارور بر کیفیت زندگی زناشویی اثر مستقیم می‌گذارد و موجبات نارضایتی زناشویی زوجین را فراهم می‌نماید (عیادی و همکاران، ۲۰۱۷؛ کاروالهیرا و لیل، ۲۰۱۷)، به طوری که فانی سبحانی، خلعتبری و رحمتی (۲۰۱۸)، در پژوهشی نشان دادند فشار روحی ناشی از ناباروری می‌تواند سبب سست رضایت جنسی و افزایش اختلافات گردد و یا حتی آن را به مرز جدایی نزدیک کند. از سوی دیگر، پس از مدتی محیط منزل بدون حضور کودک برای زن و مرد کسالت آور می‌شود و سکوت و تنهایی، منزل را برای آنها خسته کننده می‌سازد. در اغلب موارد، زوج‌های نابارور دچار بی‌میلی جنسی می‌شوند و این امر ارتباطات بین آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مجموع، بدکارکردی جنسی می‌تواند زمینه را برای کاهش تعهد و بروز دلزدگی از روابط زناشویی مهیا سازند. الامیری، براسارد، روزن، مگان، روسی، بیولیو و همکاران (۲۰۲۱)، در پژوهشی نشان دادند که میل جنسی و برانگیختگی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور کمتر می‌باشد. همچنین فانی سبحانی و همکاران (۲۰۱۸)، نیز نشان دادند که بدعملکردی جنسی در بین زنان نابارور شایع می‌باشد.

لذا کاهش کیفیت روابط جنسی زوجین نابارور از یک سو و تقاضای زنان برای پرباری و بهبود روابط زناشویی از سوی دیگر، نشان دهنده نیاز این زوجین به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است (الامیری، براسارد، روزن، مگان، روسی، بیولیو و همکاران، ۲۰۲۱). به همین دلیل استفاده از درمان‌های روان‌شناختی با رویکردهای جدید می‌تواند به زوجین کمک کند تا بتوانند تعارض‌های موجود در رابطه‌شان را با به کارگیری روش‌های مثبت و استفاده کمتر از تعاملات منفی مدیریت کنند (آلن، ۲۰۱۵). در این میان، از جمله رویکردهای که در جهت درمان مشکلات خانواده‌ها و زوجین ارائه شده‌اند، زوج درمانی گروهی شناختی-رفتاری^۱ است. این رویکرد بر این اعتقاد است که کارکرد شخص نتیجه تعامل متقابل و دائمی میان رفتار و شرایط اجتماعی است و در این راستا کارکرد شناختی را نیز مؤثر می‌داند. در رفتار درمانی-شناختی کوشش می‌شود تا با تأثیرگذاری بر الگوی فکری هوشیار درمانجو افکار و اعمال وی اصلاح شود (پیرفلک و همکاران، ۲۰۱۴). بر این اساس ناکارآمدی ارتباطی در زوجین زمانی رخ می‌دهد که طرفین از روابط خود باورهای غیر واقعی داشته باشند و از منشأ نارضایتی خود ارزیابی‌های بسیار منفی ارائه دهند (باوکوم و همکاران، ۲۰۱۵). به همین با استفاده از اصول زوج درمانی شناختی-رفتاری، زن و شوهر می‌توانند در برابر قضاوت‌های بی‌مورد بایستند و تصاویر مخدوش را از میان بردارند. همچنین زوجین می‌توانند با نتیجه‌گیری‌های دقیق و منطقی‌تر دایره سوءتفاهمی را که به نارضایتی زناشویی و در زندگی مشترک می‌انجامد، برطرف نمایند (بکی، اوون و رایت، ۲۰۱۹).

از طرفی رویکرد درمانی دیگری که می‌تواند در کاهش مشکلات زناشویی زوجین نابارور و همچنین بررسی نگرش و باورهای گذشته بر ارتباطات کنونی آنها موثر باشد، طرحواره درمانی^۲ است که توسط یانگ به وجود آمده است (لاورن و راشل، ۲۰۱۹). طرحواره درمانی بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند (افضلی‌گروه، و همکاران، ۲۰۱۷). رویکرد طرحواره درمانی بر این باور است که شرایط منحصر به فردی که شخص در کودکی تجربه می‌کند نقش مهمی در ایجاد مجموعه باورهایی درباره خویش و دیگران ایفا می‌کند، که در

¹-Cognitive behavioral therapy couples

²-Schema therapy

مسیر زندگی تداوم دارند و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می‌شود (پیکسوتو و نوبره، ۲۰۱۷). از این رو هر یک از زوجین طرحواره‌هایی در باره خود و روابط صمیمی دارند که با خود به روابط زناشویی می‌آورند، طرحواره‌ها شامل فرضیاتی است درباره همسر و رابطه زناشویی، آنگونه که هستند و معیارهایی درباره اینکه چگونه باید باشند (لارن و راشل، ۲۰۱۹). هر یک از زوجها علاوه بر طرحواره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند در ارتباط فعلی خود نیز طرحواره‌هایی نیز به وجود می‌آورند که خاص رابطه است (تقی‌یار و همکاران، ۲۰۱۶). پس طرحواره درمانی درصدد شناسایی این طرحواره‌ها و تلاش در جهت اصلاح یا تغییر آنها و در نتیجه بهبود روابط زوجین می‌باشد (مالوگینیس و همکاران، ۲۰۱۴).

لذا با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای قابل توجهی مشابه پژوهش حاضر در زمینه تاثیر درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر زنان نابارور و تاثیرگذاری بر بدکارکردی جنسی این افراد انجام نشده است و با توجه به نرخ ۲/۱۳ درصدی شیوع ناباروری در ایران (آرامش و همکاران، ۲۰۲۰)، و نیز با در نظر گرفتن تاثیر گسترده‌ای که ناباروری بر عملکرد فردی، اجتماعی، خانوادگی و کارکردهای جنسی زوجین بر جا می‌گذارد (منصوری و همکاران، ۲۰۲۱)، نه تنها بررسی مولفه‌های و عوامل موثر بر آن در جهت کمک به پیشگیری از اختلافات و دلزدگی زناشویی حائز اهمیت می‌باشد، بلکه بررسی اثربخشی درمان‌های موثر بر کاهش بدکارکردی جنسی زوجین نابارور نیز ضرورت دارد. با توجه به مطالب بیان شده در مورد درمان‌های روان-شناختی موثر بر بهبود کارکردهای جنسی در زوجین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بدکارکردی جنسی در زنان نابارور بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

۱- آیا درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بدکارکردی جنسی در زنان نابارور در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟

۲- آیا درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر بدکارکردی جنسی در زنان نابارور در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

طرح پژوهش با توجه به نوع پژوهش، از نوع کمی، نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه زنان نابارور شهر ساری که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۸ به مرکز ناباروری حضرت مریم مراجعه نموده‌اند، بودند و با توجه به موضوع، مجوزهای لازم جهت اجرای مداخلات درمانی بر زنان نابارور دریافت گردیده است. بدین ترتیب بعد از اعلام فراخوان و نصب اطلاعیه در مرکز ناباروری حضرت مریم شهر ساری، برای شناسایی و ثبت نام از شرکت‌کنندگان در طرح آموزشی، ۵۲ نفر اعلام آمادگی و داوطلب شرکت در طرح درمان بودند، که این افراد پس از تکمیل پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۰)، و انجام مصاحبه ساختاریافته (جهت سنجش نداشتن مشکلات روان‌شناختی و رفتاری بالینی)، ۶۰ نفر به عنوان آزمودنی‌های نهایی پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی و براساس قرعه کشی در سه گروه، گروه اول درمان شناختی رفتاری (۲۰ نفری) و درگروه دوم طرحواره درمانی (۲۰ نفری) و گروه گواه (۲۰ نفر) تقسیم شدند. و در نهایت گروه‌ها برای دریافت درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی و گروه گواه قرعه کشی شدند. ملاک‌های ورود و خروج شامل رضایت آگاهانه برای مشارکت تا انتهای

پژوهش، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۴۵ سال، سطح تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس، مدت زمان زندگی مشترک بین ۱۰ تا ۱۵ سال، مدت ناباروری حداقل ۵ سال، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سئوالات. مهمترین ملاک خروج وجود اختلال روان-شناختی و انصراف آزمودنی از ادامه شرکت در مطالعه، غیبت بیش از دو جلسه در گروه بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران: شاخص عملکرد جنسی زنان مقیاسی است جهت اندازه گیری عملکرد جنسی زنان، این مقیاس توسط روزن و همکارانش (۲۰۰۰) ساخته و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال می‌باشد و دارای ۶ زیر مقیاس میل جنسی (سوالات ۱ و ۲) (نمره گذاری ۱ تا ۵)، تحریک روانی (سوالات ۳، ۴، ۵، ۶) (نمره گذاری ۰ تا ۵)، رطوبت (سوالات ۷، ۸، ۹، ۱۰) (نمره گذاری ۰ تا ۵)، ارگاسم (۱۱، ۱۲، ۱۳) (نمره گذاری ۰ تا ۵)، رضایتمندی (۱۴، ۱۵، ۱۶) (نمره گذاری ۰ یا ۱ تا ۵)، و درد جنسی (۱۷، ۱۸، ۱۹) (نمره گذاری ۰ تا ۵) می‌باشند، که با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به این ترتیب نمره گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. سوالات در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از ۰ = فعالیت جنسی نداشته‌ام تا ۵ = تقریباً همیشه نمره گذاری می‌شوند. سوالات ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ معکوس نمره گذاری می‌شوند. ابتدا نمره هر حوزه با جمع کردن و تقسیم بر تعداد آیتم‌ها به دست آمده سپس از جمع این نمرات نمره کلی تست به دست می‌آید (روزن و همکاران، ۲۰۰۰). باباخانیان و همکاران (۲۰۱۸) در تحقیقی روایی پرسشنامه را از طریق همبسته کردن با عملکرد جنسی اسپکتور ۰/۴۸ در سطح ۰/۰۱ بدست آوردند و پایایی پرسشنامه را از طرق آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ بدست آوردند. همچنین، برای تعیین ضریب پایایی پرسشنامه مذکور از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که با استفاده از این روش ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۷۶ بدست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۹ محاسبه شد.

۲. درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی:

جدول ۱. خلاصه جلسات در دو روش آموزشی درمان شناختی-رفتاری بکی، اوون و رایت (۲۰۱۹) و

پروتکل برنامه طرحواره درمانی گروهی یانگ (۲۰۰۶)

جلسه	روش شناختی رفتاری	روش طرحواره درمانی
۱	معارفه و بررسی عوامل موثر و تاریخچه ی مشکل، بیان منطق درمان	آشنایی و ایجاد ارتباط، بیان اهمیت و هدف طرحواره درمانی
۲	بررسی افکار و باورهای ناکارآمد جنسی	معرفی طرحواره‌های موجود با طرحواره سالم
۳	بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسایل جنسی	آموزش درمورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله ای
۴	ارایه ی اطلاعات و دانش جنسی	راهبردهای تغییر
۵	آموزش حس یابی غیر جنسی	سبک‌های مقابله‌ای و ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله ای
۶	آموزش حس یابی جنسی	ارائه منطق شیوه تجربی

۷	آموزش چگونگی مقابرت متناسب با مشکل زوجین	شیوه‌های رفتاری ارائه منطبق شیوه‌های رفتاری
۸	جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون	جمع بندی جلسات و اجرای پس آزمون

روش اجرا

دو گروه آزمایش طرح مداخله‌ای درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه، به صورت گروهی توسط درمانگر با روش سخنرانی، ارائه تکنیک‌ها و ایفای نقش در سالن مرکز خدمات مشاوره بینش شهرستان ساری آموزش دیدند، و گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام آخرین جلسه آموزش، به طور همزمان و در شرایط یکسان بر روی دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون اجرا شد. برای رعایت حقوق اخلاقی شرکت‌کنندگان از آنان خواسته شد تا فرم رضایت و اطلاع از طرح درمان را پر کنند و این که اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند و از ذکر نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها خودداری نمایند و تاکید شد هر زمان که مایل باشند می‌توانند پژوهش را ترک نمایند. همچنین برای گروه گواه پس از اتمام دوره پژوهش افرادی که تمایل جهت دریافت برنامه مداخله‌ای داشتند هر از درمان‌های گروه آزمایش برایشان اجرا گردید. لازم به ذکر است تحلیل فرضیات پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و از نرم افزار آماری SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد نتایج ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد در تحصیلات آموذنی ها، ۳۶ درصد دیپلم، ۴۶ درصد در سطح تحصیلی لیسانس و ۱۸ درصد در سطح تحصیلی فوق لیسانس قرار داشتند. علاوه بر این از نظر سنی ۲۵ تا ۳۰ ساله ۱۲ درصد، ۳۱ تا ۳۵ ساله ۲۲ درصد و ۳۶ تا ۴۰ ساله ۶۶ درصد نمونه پژوهش را تشکیل دادند. و از نظر مدت ازدواج ۱ تا ۵ سال ۸ درصد، ۶ تا ۱۰ سال ۴۱ درصد و ۱۱ تا ۱۵ سال ۵۱ درصد نمونه پژوهش را تشکیل داده بودند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای سه گروه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مرحله	شناختی-رفتاری		طرحواره درمانی		گواه
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
میل جنسی	پیش آزمون	۴/۶۵	۱/۷۲	۴/۵	۱/۷	۴/۴
	پس آزمون	۶/۴	۱/۵۶	۶/۷۵	۲/۱۴	۴/۸
	پیگیری	۶/۱	۱/۴۴	۶/۶۹	۲/۱۱	۴/۶
تحریک روانی	پیش آزمون	۷/۷۵	۲/۹۵	۶/۶۵	۲/۹۲	۷/۲۵
	پس آزمون	۱۲/۴	۲/۵۶	۱۲	۲/۷۱	۶/۸
	پیگیری	۱۲/۰	۲/۴۲	۱۲/۱۳	۲/۵۹	۶/۹
رطوبت	پیش آزمون	۵/۹۵	۲/۴۱	۶/۰۵	۲/۱۸	۶/۱
	پس آزمون	۱۰/۴۵	۲/۸	۱۰/۱۵	۲/۹۶	۵/۱۵
	پیگیری	۱۰/۱۶	۲/۶	۱۰/۱۱	۲/۸۹	۵/۱۰
پیش آزمون	۵/۴۵	۲/۲۳	۵/۳۵	۲/۰۳	۵/۲	

۱/۶۵	۵/۹	۲/۵۶	۹/۴۵	۲/۸۳	۹/۶۵	پس آزمون	ارگاسم
۱/۶۰	۵/۷	۲/۴۷	۹/۴۰	۲/۷۵	۹/۴۸	پیگیری	
۲/۳	۴/۵۵	۲/۰۹	۴/۲۵	۱/۹۸	۴/۸	پیش آزمون	رضایتمندی
۲/۵۵	۴/۹	۱/۷	۹/۵۵	۲/۴۵	۶/۶۵	پس آزمون	
۲/۴۰	۴/۷	۱/۶	۹/۴۱	۲/۳۶	۶/۵۷	پیگیری	درد جنسی
۱/۸۶	۶	۱/۹۲	۵/۸۵	۱/۷۱	۶/۱	پیش آزمون	
۱/۸۶	۶/۷۵	۲/۶	۹/۶۵	۲/۳۶	۸/۳	پس آزمون	عملکرد جنسی
۱/۷۳	۶/۶۴	۲/۴	۹/۵۶	۲/۳۰	۸/۱	پیگیری	
۶/۰۷	۳۳/۵	۴/۰۴	۳۲/۶۵	۵/۳۸	۳۴/۷	پیش آزمون	عملکرد جنسی
۷/۶۵	۳۴/۳	۶/۲۴	۵۷/۵۵	۵/۴۸	۵۳/۸۵	پس آزمون	
۷/۳۹	۳۴/۱	۶/۱۸	۵۷/۴۱	۵/۳۴	۵۳/۴۱	پیگیری	

در ابتدا، آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها استفاده شد و نتایج آن حاکی از تایید این فرض بود. سپس برای بررسی همگنی واریانس‌ها متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش و گواه از آزمون لوین و ام باکس استفاده شد و داده‌های پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	معدناداری	درجه آزادی	آماره	معدناداری
میل جنسی	آزمایش	۲۰	۰/۶۲۰	۰/۸۴۵	۵۸	۱/۰۷۰	۰/۲۲۱
	آزمایش	۲۰	۰/۴۳۷	۰/۹۴۷	۵۸	۱/۰۷۰	۰/۲۲۱
گواه	آزمایش	۲۰	۰/۹۷۳	۰/۳۰۴	۵۸	۲/۷۰۲	۰/۱۱۲
	گواه	۲۰	۰/۴۳۷	۰/۹۴۷	۵۸	۲/۷۰۲	۰/۱۱۲
تحریک روانی	آزمایش	۲۰	۰/۶۲۰	۰/۸۴۵	۵۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
	آزمایش	۲۰	۰/۵۴۵	۰/۹۲۲	۵۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
رطوبت	آزمایش	۲۰	۰/۸۲۲	۰/۵۱۰	۵۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
	آزمایش	۲۰	۰/۷۳۱	۰/۶۲۹	۵۸	۲/۳۹۱	۰/۱۳۳
ارگاسم	آزمایش	۲۰	۰/۹۳۳	۰/۳۳۴	۵۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶
	آزمایش	۲۰	۰/۵۳۲	۰/۹۲۴	۵۸	۱/۷۵۴	۰/۱۹۶
رضایتمندی	آزمایش	۲۰	۰/۶۲۷	۰/۷۳۵	۵۸	۱/۸۴۲	۰/۳۶۷
	آزمایش	۲۰	۰/۷۴۸	۰/۵۱۶	۵۸	۱/۸۴۲	۰/۳۶۷
درد جنسی	آزمایش	۲۰	۱/۰۷	۰/۱۲۹	۵۸	۱/۲۴۶	۰/۲۷۴
	آزمایش	۲۰	۰/۹۳۳	۰/۳۳۴	۵۸	۱/۲۴۶	۰/۲۷۴
ارگاسم	آزمایش	۲۰	۰/۷۴۵	۰/۶۵۱	۵۸	۱/۲۴۶	۰/۲۷۴
	آزمایش	۲۰	۰/۱۱۱	۰/۲۳۵	۵۸	۱/۲۴۶	۰/۲۷۴
ارگاسم	آزمایش	۲۰	۰/۷۴۸	۰/۵۱۶	۵۸	۱/۲۴۶	۰/۲۷۴
	آزمایش	۲۰	۰/۷۴۸	۰/۵۱۶	۵۸	۱/۲۴۶	۰/۲۷۴

گواه	۲۰	۰/۶۲۷	۰/۷۳۵				
عملکرد آزمایش	۲۰	۰/۹۱۲	۰/۳۲۶	۵۸	۰/۱۵۷	۰/۶۹۵	۳/۱۸
جنسی آزمایش	۲۰	۰/۹۷	۰/۱۶				۰/۸۰
گواه	۲۰	۰/۷۳۱	۰/۶۲۹				۰/۳۳

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای بدکارکردی جنسی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از مولفه‌های بدکارکردی جنسی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بدکارکردی جنسی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
میل جنسی	زمان*گروه	۴۳/۵۴۳	۲	۲۱/۷۷۱	۵/۵۱	۰/۰۰۷	۰/۱۶
	گروه	۴۸/۶۰۰	۱	۴۸/۶۰۰	۱۲/۸۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
تحریک روانی	زمان*گروه	۳۲/۲۸۹	۲	۶۶/۱۴۴	۲۰/۴۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹
	گروه	۳۸۹/۰۱۲	۲	۱۹۴/۵۰۶	۲۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴
رطوبت	زمان*گروه	۱۰۶/۴۶۷	۲	۵۳/۲۳۳	۱۵/۷۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
	گروه	۳۵۶/۳۴۳	۲	۱۷۸/۱۷۲	۲۴/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷
ارگاسم	زمان*گروه	۱۷۰/۵۵۶	۲	۸۵/۲۷۸	۲۵/۶۳۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
	گروه	۱۸۰/۸۲۰	۲	۹۰/۴۱	۱۶/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶
رضایتمندی	زمان*گروه	۲۱۷/۸۳۶	۲	۱۰۸/۹۱۸	۲۰/۸۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	گروه	۸۱/۶۶۷	۱	۸۱/۶۶۷	۲۱/۲۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
درد جنسی	زمان*گروه	۸۲/۲۶۷	۲	۴۱/۱۳۴	۷/۷۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۱
	گروه	۵۵۲/۱۵۰	۱	۵۲۲/۱۵۰	۷۸/۳۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
عملکرد جنسی	زمان*گروه	۶۲۳۶/۵۷۵	۲	۳۱۱۸/۲۸۷	۷۲/۸۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	گروه	۴۶۴/۸۱۷	۱	۴۶۴/۸۱۷	۶۰/۳۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳

نتایج از جدول ۴ نشان داد نسبت F به‌دست‌آمده در عامل گروه‌ها در ابعاد بدکارکردی جنسی معنادار است ($p < 0/01$). این یافته بیانگر این است که درمان شناختی رفتاری و طرحواره‌درمانی موجب بهبود بدکارکردی

جنسی زنان شد. در این خصوص، یک تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای گروه آزمایش در سه مرحله مداخله درمانی صورت گرفت که نسبت F مشاهده شده در بهبود بدکارکردی جنسی ($p < 0/01$) بود.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه جفتی گروه‌های آزمایش و گواه بر روی نمرات

عملکرد جنسی

مقیاسه گروه ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
میل جنسی	شناختی	۰/۴۳-	۰/۴۹
	رفتاری		۰/۶۳
	شناختی	۱/۵۵	۰/۰۱
	رفتاری		
طرحواره درمانی	طرحواره	۱/۹۸	۰/۰۰۳
	درمانی		
تحریک روانی	شناختی	۰/۳۴	۰/۷۱
	رفتاری		۰/۹۳
	شناختی	۵/۵۶	۰/۰۰۱
	رفتاری		
طرحواره درمانی	طرحواره	۵/۲۲	۰/۰۰۱
	درمانی		
رطوبت	شناختی	۰/۴۱	۰/۶۳
	رفتاری		۰/۸۵
	شناختی	۵/۳۶	۰/۰۰۱
	رفتاری		
طرحواره درمانی	طرحواره	۴/۹۵	۰/۰۰۱
	درمانی		
شناختی	طرحواره درمانی	۰/۴	۰/۵۹
	رفتاری		۰/۷۵
ارگاسم	شناختی	۳/۸۷	۰/۰۰۱
	رفتاری		
طرحواره درمانی	طرحواره	۳/۴۶	۰/۰۰۱
	درمانی		
شناختی	طرحواره درمانی	۲/۸۷-	۰/۰۶
	رفتاری		۰/۷۳
رضایتمندی	شناختی	۱/۷۶	۰/۰۰۱
	رفتاری		
طرحواره درمانی	طرحواره	۴/۶۴	۰/۰۱
	درمانی		
شناختی	طرحواره درمانی	۱/۲۷	۰/۰۹
	رفتاری		۰/۷۳
درد جنسی	شناختی	۱/۵۹	۰/۰۳

			رفتاری
۰/۰۰۱	۲/۸۶	گروه گواه	طرحواره
			درمانی
۰/۱	-۳/۴۲	طرحواره درمانی	شناختی
	۲/۰۹		رفتاری
۰/۰۰۱	۱۹/۷۱	گروه گواه	شناختی
			رفتاری
۰/۰۰۱	۲۳/۱۳	گروه گواه	طرحواره
			درمانی

همانطور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود بین میانگین نمرات عملکرد جنسی و مولفه‌های آن در زنان نابارور، بر اثر درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$)، که بیانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر عملکرد جنسی و مولفه‌های میل جنسی، تحریک روانی، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی در زنان نابارور است. با این حال نتایج نشان می‌دهد که بین اثر بخشی دو روش درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی بر عملکرد جنسی و مولفه‌های آن در زنان نابارور تفاوت معناداری وجود ندارد و می‌توان گفت که این دو روش آموزش به یک میزان اثربخش بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر عملکرد جنسی در زنان نابارور صورت گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری باعث بهبود عملکرد جنسی و مولفه‌های میل جنسی، تحریک روانی، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی در زنان نابارور شده است. این یافته همسو با نتایج تحقیقات کویلی، بوت و وان لانکولد (۲۰۱۷)، فانی سبحانی، خلعتبری و رحمتی (۲۰۱۸) می‌باشد. در مورد تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر بهبود بدکارکردی جنسی زنان نابارور هماهنگ است و از آنجا که در تمامی پژوهش‌های شناختی رفتاری مذکور به منظور درمان و کاهش بدکارکردی جنسی، تکنیک‌های شناختی به کار برده شده، در پژوهش حاضر نیز تکنیک‌هایی همچون بازسازی شناختی، مهارت تمرکز-توجه و آموزش خود ابرازی استفاده شده است.

سازمان جهانی بهداشت، بهداشت جنسی را یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم می‌داند که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود. زنانی که از سلامت کامل جسمی، روانی و عاطفی برخوردار هستند، دارای پایه‌های مستحکم زندگی خانوادگی سالم، توأم با سعادت هستند. سرکوب نیازهای طبیعی و خدادادی زنان، آثار نامطلوبی بر صمیمیت و نشاط اعضای خانواده برجای می‌گذارد (فانی سبحانی، خلعتبری و رحمتی، ۲۰۱۸). هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از فیزیولوژی و کارکرد جنسی می‌تواند بر روی کارکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد (الحایمی و همکاران، ۲۰۲۰). برنهارد (۲۰۰۵) معتقد است که رضایت جنسی یک زن، احساسات او درباره خودش و در ارتباط با سایر جنبه‌ها مانند عملکرد و وظایف جسمی و جنسی است. مطالعه هیساسو و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی ۲۰۹۵ زن ژاپنی انجام شد نشان داد که عملکرد جنسی مطلوب در حفظ ارتباط جنسی مردان و زنان اهمیت دارد و معاشقه و ارگاسم برای رضایتمندی از زندگی جنسی در زنان،

ضروری می‌باشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین تکرار رابطه جنسی با توانایی جنسی، ارگاسم و برانگیختگی جنسی ارتباط آماری معنی داری وجود دارد.

در راستای نتایج مطالعه حاضر می‌توان اذعان داشت که تمرینات تجویز شده برای زنان ناباور تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند باعث بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد شود. مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی، از یک طرف واکنش‌های لذت بخش تقویت می‌شود و از طرفی مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شود. تعارضات درونی نیز به نحوی تحت تأثیر این تمرینات قرار می‌گیرند. این تمرینات در اغلب موارد، باعث کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده در طرفین می‌شود. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند. این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد تا هیجان‌ات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالات اضطراب را کاهش داده و باعث تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط می‌شود. از بین بردن احساس گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت، جایگزین کردن شناخت‌های صحیح به جای شناخت‌های بازدارنده و غلط می‌تواند توجیه تأثیر مداخله درمانی باشد. طرح ریزی جزئیات روند نزدیکی به گونه‌ای است که بیمار انگیزه و توانایی لازم را برای پذیرش و ابراز علائق جنسی، در شرایطی جذاب و دل‌انگیز و خالی از تنش‌های جنسی به دست می‌آورد (کویلی و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین یافته‌ها نشان داد آموزش طرحواره درمانی باعث بهبود عملکرد جنسی، میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت و رضایتمندی شده است. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات تومیلینسون، کیفیتز، راوانا و لوملی (۲۰۱۷)، نصرت آبادی و افضل‌ی گروه (۲۰۲۰)، الحایی، کاظمیان مقدم و هارون رشیدی (۲۰۲۰)، افضل‌ی گروه، نصرت آبادی، قاسم‌زاده و چوبداری (۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت رویکرد طرحواره درمانی بر این باور استوار است که شرایط منحصر به فردی که شخص در کودکی تجربه می‌کند، نقش مهمی در ایجاد مجموعه باورهایی درباره خویشتن و دیگران ایفا می‌کند، که در مسیر زندگی تداوم دارند و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می‌شود. از این رو هر یک از زوجین طرحواره‌هایی از خود و روابط صمیمی دارند که با خود به روابط زناشویی می‌آورند. طرحواره‌ها شامل فرضیاتی است درباره همسر و رابطه زناشویی، آنگونه که هستند و معیارهایی درباره این که چگونه باید باشند. هر یک زوج‌ها علاوه بر طرحواره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند در ارتباط فعلی خود نیز طرحواره‌هایی نیز به وجود می‌آورند که خاص این رابطه است. پس طرحواره درمانی درصدد شناسایی این طرحواره‌ها و تلاش در جهت اصلاح یا تغییر آنها و در نتیجه بهبود روابط زوجین است. طرحواره درمانی با تغییر در ساختارهای شناختی اضطراب‌زا و زاینده هیجان‌ات منفی، به کاهش اضطراب پاسخ جنسی و رهایی فرد از هیجان‌ات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد جنسی در ابعاد میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت و رضایتمندی منجر می‌شود (افضل‌ی گروه و همکاران، ۲۰۱۷).

در حقیقت درمانگران سعی می‌کنند با ریشه‌یابی مشکلات بیماران، کشف مکانیسم‌های تداوم طرحواره‌ها و همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای بیمار به طرحواره مورد نظر که در حوزه‌هایی چون جبران افراطی، اجتناب و تسلیم رخ می‌دهد، به ارتقاء ابعاد مختلف عملکرد جنسی مراجعان خود کمک کنند. در حقیقت درمانگران طرحواره درمانی می‌دانند که نوع سبک‌های مقابله‌ای افراد به خلق و خو و الگوهای یادگیری آنها در زندگی بستگی داشته و شناسایی درست مکانیزم‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تلاش در جهت توانمندسازی بیمار سبب

افزایش عملکرد جنسی فرد می‌گردد. به طوری که در این الگوی درمانی با مشخص شدن ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و همچنین نوع تاثیرگذاری آن بر عملکرد و خودکارآمدی جنسی درمانگر با بکارگیری استراتژی‌های تغییر مثل تکنیک‌های شناختی سعی در افزایش خودکارآمدی جنسی می‌نماید (توملینسون و همکاران، ۲۰۱۷).

از طرفی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی برای مولفه عملکرد جنسی و خرده مقیاس‌های میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت و رضایتمندی تفاوت معنی دار وجود ندارد.

یافته‌های این پژوهش نیز با نتایج تحقیقات توملینسون، کیفیتز، راوانا و لوملی (۲۰۱۷)، کویلی، بوت و وان لانکولد (۲۰۱۷)، نصرت آبادی و افضل‌گروه (۲۰۲۰)، الهایی و همکاران (۲۰۲۰)، فانی سبحانی و همکاران (۲۰۱۸)، افضل‌گروه و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان به تاثیرات این دو رویکرد آموزشی-درمانی بر بهبود مهارت‌های ارتباط با کودک و برخورد با مشکلات روانی-جسمی کودکان در فرایند آموزش اشاره کرد. تحقیقات نشان داده است که زمانی که زوجین در روند درمان ناباروری‌شان درگیر شوند، پیامدهای مثبت درمان دو چندان می‌شود (جهانگیری، تیموری و طهماسبیان، ۱۳۹۶). شرکت زنان نابارور در روند درمان‌هایی که برای مشکلات زناشویی و عملکرد جنسی‌شان انجام می‌شود، برای وضعیت روانشناختی آنها اثرات مفیدی را به همراه دارد. این بهبود سلامت و وضعیت روانشناختی مسلماً در نحوه برخورد با همسر و ایجاد رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارد و متعاقباً پیامدهای مثبتی را برای عملکرد جنسی‌شان به همراه دارد. در تحقیق حاضر این موضوع به این صورت نمود پیدا کرد که زنان ناباروری که در جلسات درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی شرکت داشتند، از میزان استرس و درماندگی‌شان در مواجهه با مسائل جنسی‌شان کاسته شد. این موضوع باعث شد این زنان حس کنند از اوضاع روانشناختی بهتری برخوردارند و در رابطه با همسران‌شان، بهتر می‌توانند واکنش‌های هیجانی آسیب‌زا را کنترل کنند. متعاقباً این پدیده، بر احساسی که نسبت به شریک جنسی خود دارند نیز تأثیر مطلوب داشت و باعث بهبود کیفیت عملکرد جنسی‌شان شد (آرامش و همکاران، ۲۰۲۰؛ الحایی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین زنان نابارور طی درمان شناختی رفتاری و طرحواره درمانی با افزایش اطلاعات و دانش جنسی طی جلسات آموزشی، میزان اضطراب آنها کاهش یافته و ارتباطات عاطفی و صمیمیت جنسی و احساس تعلق در آنها افزایش یافت، خصوصاً تعلق که از یک احساس تعهد متقابل به وجود می‌آید، دفعات ارتباط، میزان ارگاسم و لذت جنسی در آنها افزایش پیدا می‌کند و احساس رضایت بیشتری در ارتباط جنسی خود می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت که بهبود عملکرد جنسی پاسخی عاطفی برخاسته از ارزشیابی ذهنی فرد از ابعاد مثبت و منفی مرتبط با رابطه جنسی با همسر است. وقتی صمیمیت جنسی و احساس تعلق جنسی به یکدیگر در بین زوجین افزایش می‌یابد، این پاسخ عاطفی برخاسته از ارزشیابی جنسی از ابعاد مثبت رابطه افزایش می‌یابد و در پی آن فرد احساس رضایت جنسی بیشتری می‌کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری در دسترس، خودگزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی و عدم اجرای مرحله پیگیری و بررسی پایداری اثرهای برنامه مداخله‌ای را می‌توان نام برد چون زنان نابارور از

شهرستان‌ها و روستاهای اطراف به این مرکز ناباروری مراجعه می‌کردند لذا دسترسی مجدد به همه آنان ممکن نبود. لذا به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌شود که ضمن انجام مطالعه در گروه‌های بزرگتر و زنان با اختلالات روانشناختی دیگر مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی‌تری دنبال نمایند، اثربخشی این دو روش درمانی را در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارودرمانی مورد بررسی قرار دهند. پژوهش حاضر در مردان و منطقه جغرافیایی مختلف صورت گیرد تا قدرت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود که براساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر ترتیبی اتخاذ شود که از این روش‌های درمانی در مراکز ناباروری ناباروری با حضور روان‌شناس استفاده گردد.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از مساعده‌های پزشکان محترم و مسئول مرکز ناباروری حضرت مریم شهر ساری که امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند و از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش محققان را یاری کردند و تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

اعیادی، نادر، رسولی، محسن، نظری، علی. (۱۳۹۶). بررسی نقش واسطه‌ای عزت نفس در رابطه بین کژکاری جنسی با دلزدگی زناشویی مردان وابسته به مواد افیونی. مجله سلامت و مراقبت. ۱۹ (۲): ۱۳۹-۱۲۹.
افضلی گروه، علی، نصرت آبادی، مطهره، قاسم زاده، مهدی، چوبداری، عسگر. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کمبود میل جنسی زنان متأهل شهر سیرجان. سلامت جامعه. ۱۱ (شماره ۳ و ۴)، ۳۸-۴۶.
آرامش، شهین تاج، دیبا، الهام، حسن زاده، سجاد، تقوی، سید عبدالوهاب. (۱۳۹۹). شیوع ناباروری در شهرستان بویر احمد بر اساس سامانه سیب در سال ۹۸-۱۳۹۶: یک مطالعه مقطعی. ارمغان دانش. ۲۵ (۴): ۵۰۲-۴۸۷.

الهایی، حسین، کاظمیان مقدم، کبری، هارون رشیدی، همایون. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اسنادهای ارتباطی و عملکرد جنسی زنان آسیب دیده از روابط فرزندناشویی همسر. مطالعات روان‌شناختی، ۱۶ (۲)، ۱۴۰-۱۲۵.

پیرفلک، مهرداد، سودانی، منصور، شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۹۳). اثر بخشی زوج درمانی گروهی شناختی-رفتاری (GCBCT) بر کاهش دلزدگی زناشویی. مشاوره و روان درمانی خانواده. ۴ (۲)، ۲۴۷-۲۶۹.

- تقی‌یار، زهرا، پهلوان زاده، فرشاد، و سماوی، سیدعبدالوهاب. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سرخوردگی زناشویی زنان متأهل. زن و مطالعه خانواده، ۹(۳۴)، ۴۹-۶۳.
- جهانگیری، محمدمهدی، تیموری، حسن، طهماسبیان، حجت‌اله. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان نابارور شهر اراک. مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۳(۳)، ۲۵۹-۲۶۳.
- حسین پناهی، محمد، میرغفوروند، مریم، فرشایف خلیلی، علی. (۱۴۰۰). تأثیر مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زوج‌های نابارور: یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده. مجله آموزش و ارتقای سلامت، ۹(۲)، ۲۵-۳۳.
- حیدری، فاطمه، عسگری، پرویز، حیدری، علی رضا، پاشا، رضا، مکوندی، بهنام. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نشخوار فکری بیماران با درد غیرقلبی قفسه سینه. سلامت جامعه، ۱۲(۱)، ۳۰-۴۰.
- شهیدثالث، سودابه، حسن زاده، ملیحه، سانیا سجادی، سیده، آل داود، سید امیر. (۱۳۹۶). بررسی مقایسه‌ای اختلالات کارکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان: گزارش مورد-شاهدی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۵(۵): ۳۵۷-۳۵۰.
- صیادی، معصومه، شاه‌حسینی تازیک، سعید، مدنی، یاسر، و لواسانی، مسعود. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی عاطفی متمرکز بر تعهد زناشویی و فرسودگی زوجین در زوج‌های نابارور. فصلنامه آموزش و سلامت جامعه، ۳(۳)، ۲۶-۳۷.
- رفاهی، ژاله، قادری، زهرا، بهمنی، مجید. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش زوج‌درمانی طرحواره‌محور بر بهبود عملکرد زوجین. نشریه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۲: ۴۵-۲۹.
- فانی سبحانی، فاطمه، خلعتبری، جواد، و رحمتی، صمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدنی بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور متأهل. مجله روانشناسی کاربردی، ۱۲(۱)، ۲۵-۴۶.
- فقیه، صبا، و کاظمی، حمید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تحمل پریشانی زوج‌های نابارور شهر اصفهان. مجله سلامت جامعه، ۱۲(۱)، ۲۲-۲۹.
- منصوری، محمد، حیدر، زهرا، لطفی، رحیم، رحیم‌زاده کیوی، مریم، تهمتن، ترانه. (۱۴۰۰). رابطه میزان رضایت جنسی و زناشویی و علل ناباروری در زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری نهال استان البرز. مجله علوم پزشکی البرز، ۱۱(۱)، ۲۴-۳۴.
- نصرت آبادی، مطهره، افضل‌گروه، علی. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۸(۲)، ۱۱-۱۹.

References

- Alessandra, P. (2015). Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras*, 55, 5, 563-8.
- Allan, M.J.(2015). Effect Family Therapy to Family Intervention, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24, 3, 457-470.
- Babakhanian, M., Ghazanfarpour, M., Najafi, M. N., Dizavandi, F. R., Khadivzadeh, T., Safaei, M., & Nooghabi, M. J. (2018). Psychometric properties of the Persian language version of the Female Sexual Function index among postmenopausal women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 19(4), 187.
- Baldur, F.B., Kjaer, S.K., Albieri, V., Steding, M., Kjaer, T., & Johansen, C.(2013). Psychiatric disorders in women with fertility problems: results from a large Danish register-based cohort study. *Hum Reprod*, 28, 3, 683-690.

- Baucom, B.R., Elisa, Sh., Andrew, Ch., Panayiotis, G., Shrikant, S.N., & David, C.A.(2015). Behaviorally-based couple therapies reduce emotional arousal during couple conflict, *Behaviour Research and Therapy*, 72, 49-55.
- Becky, F.A., Owen, J., & Wright, J.(2019). The Effectiveness cognitive-behavior therapy for Marital Conflicts, Attribution Styles and Social Welfare, *Contemporary Clinical Trials*, 78, 46-52.
- Bernhard, L.A. (2005). Sexuality and sexual health care for women. *Clin Obstet Gynecol*, 45(4): 1089-98.
- Carvalho, A.A., & Leal, L.(2017). Determinant factors of female sexual satisfaction. *Sexology*. 17, 1, 117-129.
- El Amiri, S., Brassard, A., Rosen, N.O., Meghan A.Rossi, Beaulieu, N., Bergeron, S., & Péloquin, K.(2021). Sexual Function and Satisfaction in Couples with Infertility: A Closer Look at the Role of Personal and Relational Characteristics, *The Journal of Sexual Medicine*, 18, 2, 1984-1997.
- Hisasue, S, Kumamoto, Y, Sato, Y, Masumori, N, Horita, H, Kato, R, & et al.(2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese female cohort study. *Urology*, 65, 1, 143-8.
- Hoff, H. S., Crawford, N. M., & Mersereau, J. E. (2015). Mental health disorders in infertile women: prevalence, perceived effect on fertility, and willingness for treatment for anxiety and depression. *Fertility and Sterility*, 104(3), e357.
- Kuile, M., Both, S., & van Lankveld, J.(2017). Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women, *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 3, 595-610.
- Lauren, D.A., & Rachel, M.(2019).Cognitive Behavioral Therapy for Depression patients. *Cognitive and Behavioral Practice*. 14, 2, 177-184.
- Lazaro, J., Capones, H., & Antonett, R. (2017). Relationship of sex satisfaction with delight sex of the divorcing woman. *Journal of psychology*. 38, 6, 337-344.
- Mahadeen, A. I., Hamdan-Mansour, A. M., Habashneh, S. A., & Dardas, L. A. (2020). Sexual satisfaction among infertile couples: demographics and psychosocial health factors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(9), 40-47.
- Malogiannis, I.A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., & Karveli, S. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *JBTEP*, 45, 3, 319-29.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *Plos Medicine*, 9, 12, 100-135.
- Peixoto, M.M., & Nobre, P.(2017). The Activation of Incompetence Schemas in Response to Negative Sexual Events in Heterosexual and Lesbian Women: The Moderator Role of Personality Traits and Dysfunctional Sexual Beliefs. *JSR*, 54(9):1188-96.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
- Roshan, R., & Mogadashin, M. (2015). The role of big five personality factors and defense mechanisms in predicting quality of life in sexually dysfunctional female patients. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 5(1), 37-50.
- Tomlinson, R. M., Keyfitz, L., Rawana, J. S. & Lumley, M. N. (2017). Unique contributions of positive schemas for understanding child and adolescent life satisfaction and happiness. *Journal of HappinessStudies*, 18, 5, 1255-1274.
- Vander Borgh, M., & Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clinical biochemistry*, 62, 2-10.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (FSFI)

خانم محترم

پرسشنامه حاضر احساسات و پاسخ‌های جنسی شما را در طی چهار هفته گذشته مورد سنجش قرار می‌دهد. لطفاً تا آنجا که ممکن است به سوالات صادقانه پاسخ دهید. مطمئن باشید که پاسخ‌های شما به طور محرمانه نگهداری خواهد شد. لطفاً به هر پرسش فقط یک پاسخ دهید. ضمناً لازم است پاسخ مورد نظرتان را با علامت دایره مشخص نمایید. فعالیت جنسی: منظور از فعالیت جنسی ملاطفت، معاشقه و نزدیکی است.

۱- در طی چهار هفته گذشته، چقدر تمایل به داشتن فعالیت جنسی داشته اید؟

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

۳= گاهی اوقات

۲= مقدار کمی

۱= هیچ

۲- در طی ۴ هفته گذشته، میزان شدت تمایل شما به فعالیت جنسی چقدر بوده است؟

۵= خیلی بالا

۴= بالا

۳= در حد معمولی

۲= پایین

۱= خیلی پایین یا هیچ

۳- در طی چهار هفته گذشته، چقدر دچار تهییج جنسی (سر حال بودن) در هنگام فعالیت جنسی، شده اید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام.

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

۳= گاهی اوقات

۲= مقدار کمی

۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۴- در طی چهار هفته گذشته، میزان شدت تهییج جنسی (سر حال آمدن) در هنگام فعالیت جنسی چقدر بوده است؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام.

۵= خیلی بالا

۴= بالا

۳= در حد معمولی

۲= پایین

۱= خیلی پایین یا هیچ

۵- در طی چهار هفته گذشته، چقدر خاطر جمع بودید که در هنگام فعالیت جنسی، دچار تهییج جنسی (سر حال آمدن) می‌شوید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= خیلی زیاد خاطر جمع

۴= خیلی خاطر جمع

۳= تا حدی خاطر جمع

۲= کمی خاطر جمع

۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۶- در طی چهار هفته گذشته، چقدر از تهییج جنسی (سر حال آمدن) در هنگام فعالیت جنسی، رضایتمند بودید؟

۰= فعالیت جنسی نداشته ام

۵= تقریباً همیشه

۴= بیشتر اوقات

۳= گاهی اوقات

۲= مقدار کمی

۱= تقریباً هیچ یا هیچ

۷- در طی چهار هفته گذشته، چقدر در هنگام فعالیت جنسی، دچار رطوبت (رطوبت مهملی) شده اید؟

=۰ فعالیت جنسی نداشته ام

=۵ تقریباً همیشه

=۴ بیشتر اوقات

=۳ گاهی اوقات

=۲ مقدار کمی

=۱ تقریباً هیچ یا هیچ

۸- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام فعالیت جنسی، برای رسیدن به رطوبت (رطوبت مهبل) چقدر مشکل و سختی داشته اید؟

=۰ فعالیت جنسی نداشته ام

=۵ بی نهایت سختی و غیرممکن

=۴ خیلی مشکل بود

=۳ مشکل بود

=۲ مقدار کمی مشکل بود

=۱ تقریباً هیچ مشکلی نبود

۹- در طی چهار هفته گذشته، حتی پس از تمام شدن فعالیت جنسی، چقدر رطوبت (رطوبت مهبل) در شما ماندگار بود؟

=۰ فعالیت جنسی نداشته ام

=۵ تقریباً همیشه

=۴ بیشتر اوقات

=۳ گاهی اوقات

=۲ مقدار کمی

=۱ تقریباً هیچ یا هیچ

۱۰- در طی چهار هفته گذشته، حتی پس از تمام شدن فعالیت جنسی، برای ماندگاری رطوبت (رطوبت مهبل) چقدر مشکل و سختی داشته اید؟

=۰ فعالیت جنسی نداشته ام

=۵ بینهایت سختی و غیرممکن

=۴ خیلی مشکل بود

=۳ مشکل بود

=۲ مقدار کمی مشکل بود

=۱ تقریباً هیچ مشکلی نبود

۱۱- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام فعالیت جنسی، چقدر به ارگاسم (اوج لذت جنسی) رسیدید؟

=۰ فعالیت جنسی نداشته ام

=۵ تقریباً همیشه

=۴ بیشتر اوقات

=۳ گاهی اوقات

=۲ مقدار کمی

=۱ تقریباً هیچ یا هیچ

۱۲- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام فعالیت جنسی، برای رسیدن به ارگاسم (اوج لذت جنسی) چقدر مشکل و سختی داشته اید؟

=۰ فعالیت جنسی نداشته ام

=۵ بینهایت سختی و غیرممکن

=۴ خیلی مشکل بود

=۳ مشکل بود

=۲ مقدار کمی مشکل بود

=۱ تقریباً هیچ مشکلی نبود

۱۳- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام فعالیت جنسی، از رسیدن به ارگاسم (اوج لذت جنسی) چقدر رضایتمندی داشته اید؟

=۰ فعالیت جنسی نداشته ام

=۵ خیلی راضی بودم

- ۴ = تا حدی راضی بودم
 ۳ = تقریباً مساوی (نه راضی نه ناراضی)
 ۲ = تا حدی ناراضی بودم
 ۱ = خیلی ناراضی بودم

۱۴- در طی چهار هفته گذشته، از احساس نزدیکی هیجانی با همسران در هنگام فعالیت جنسی، چقدر رضایتمندی داشته اید؟

- ۰ = فعالیت جنسی نداشته‌ام
 ۵ = خیلی راضی بودم
 ۴ = تا حدی راضی بودم
 ۳ = تقریباً مساوی (نه راضی نه ناراضی)
 ۲ = تا حدی ناراضی بودم
 ۱ = خیلی ناراضی بودم

۱۵- در طی چهار هفته گذشته، چقدر از رابطه جنسی با همسران رضایتمندی داشته اید؟

- ۵ = خیلی راضی بودم
 ۴ = تا حدی راضی بودم
 ۳ = تقریباً مساوی (نه راضی نه ناراضی)
 ۲ = تا حدی ناراضی بودم
 ۱ = خیلی ناراضی بودم

۱۶- در طی چهار هفته گذشته، در مجموع از نزدیکی جنسی خود چقدر رضایتمندی داشته اید؟

- ۵ = خیلی راضی بودم
 ۴ = تا حدی راضی بودم
 ۳ = تقریباً مساوی (نه راضی نه ناراضی)
 ۲ = تا حدی ناراضی بودم
 ۱ = خیلی ناراضی بودم

۱۷- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام نزدیکی، چقدر درد و ناراحتی را تجربه کرده اید؟

- ۰ = فعالیت جنسی نداشته‌ام
 ۵ = تقریباً همیشه
 ۴ = بیشتر اوقات
 ۳ = گاهی اوقات
 ۲ = مقدار کمی
 ۱ = تقریباً هیچ یا هیچ

۱۸- در طی چهار هفته گذشته، بدنبال و یا پس از نزدیکی، چقدر درد و ناراحتی را تجربه کردید؟

- ۰ = فعالیت جنسی نداشته‌ام
 ۵ = تقریباً همیشه
 ۴ = بیشتر اوقات
 ۳ = گاهی اوقات
 ۲ = مقدار کمی
 ۱ = تقریباً هیچ یا هیچ

۱۹- در طی چهار هفته گذشته، در هنگام و یا پس از نزدیکی، شدت درد و ناراحتی شما چقدر بود؟

- ۰ = فعالیت جنسی نداشته‌ام
 ۵ = خیلی زیاد
 ۴ = زیاد
 ۳ = در حد متوسط
 ۲ = کم
 ۱ = خیلی کم یا هیچ

Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on sexual dysfunction in infertile women

Azam. Abbaszadeh¹, Afsaneh. Khajevand Khoshli^{2*} & Javanshir. Asadi³

Abstract

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on sexual dysfunction in infertile women. **Method:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test design and follow-up with experimental and control groups. The study population was all infertile women referred to infertility centers in Sari in the first 6 months of 2019. The sample consisted of 60 people who were selected by purposive sampling method and randomly assigned to three groups of cognitive-behavioral therapy (20 people), schema therapy (20 people) and control (20 people). The first experimental group received cognitive-behavioral therapy (Becky, Owen and Wright, 2019) and the second experimental group received Young Schematic Therapy (2006) in 8 sessions of 90 minutes. The research instruments were Rosen et al.'s (2000) Sexual Performance Index Questionnaire. Data were analyzed by repeated measures analysis of variance using SPSS-22 software. **Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy and schema therapy improved sexual dysfunction and subscales of sexual desire ($F=12.86$, $P<0.001$), psychological stimulation ($F=22.65$, $P<0.001$), moisture ($F=24.84$, $P<0.001$), orgasm ($F=16.14$, $P<0.001$), satisfaction ($F=21.23$, $P<0.001$) and sexual pain ($F=78.35$, $P<0.001$) has been infertile in women. But there was no significant difference between the effects of these two methods on sexual dysfunction in infertile women ($P>0.05$). **Conclusion:** It can be concluded that cognitive-behavioral therapy and schema therapy are effective in improving sexual dysfunction in infertile women. **Keywords:** Cognitive-behavioral, Schema therapy, Sexual dysfunction, Sexual dysfunction, Infertility

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

2. *Corresponding author: Assistant Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran
Email: khajevand_a@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran