

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی

The Efficacy of Compassion-Based Psychotherapy on Self-Awareness and Sexual Self-Esteem of Women with Sexual Dysfunction Symptoms

Siavash Lajevardi, PhD Candidate
Hamid Mollayee-Zarandi, PhD[✉]
Farshid Khosropour, PhD

سیاوش لاجوردی^۱
حمید ملایی زرنندی^۲
فرشید خسروپور^۳

Abstract

Sexual dysfunction is often accompanied by emotional imbalance, diminished psychological and sexual self-esteem. This study aimed to investigate the effectiveness of compassion-based psychotherapy on self-awareness and sexual self-esteem of women with sexual dysfunction symptoms. A semi-experimental research design with pre-test, post-test, and follow-up measurements was employed. The study population consisted of married women with sexual dysfunction who sought counseling in the family counselling centers in Tehran between January 2023 to April 2023. The research sample included 30 women with sexual dysfunction who were purposefully selected based on inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to two groups: experimental (15 participants) and control (15 participants). Data were collected using the Female Sexual Function Index (Rosen & Brown, 2000), the short form of the Sexual Self-Esteem Scale (Zeanah & Schwarz, 1996), and the Self-Compassion Scale (Tangney et al., 1989). The experimental group received 12 sessions of 90-minute compassion-based psychotherapy, while the control group did not receive any treatment. Data were analyzed using SPSS 24 software through repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test. The results of repeated measures analysis of variance revealed significant differences between post-test and follow-up measurements of the experimental and control groups in sexual self-esteem and self-awareness scores ($p \leq 0.001$). The therapeutic effects were maintained during the 3-month follow-up. Based on the findings, compassion-based psychotherapy was found to be effective in enhancing self-awareness and sexual self-esteem of women with sexual dysfunction symptoms. Therefore, further research is recommended to explore the efficacy of this approach and compare it with other evidence-based treatments in larger samples.

Keywords: Compassion-Based Psychotherapy, Self-Awareness, Sexual Self-esteem, Sexual Dysfunction, Women

چکیده

کژکاری جنسی معمولاً با نبود تعادل و ابرازگری هیجانی و کاهش عزت‌نفس روان‌شناختی و جنسی همراه است. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. جامعه آماری زنان متأهل مبتلا به کژکاری جنسی بود که به مراکز مشاوره شهر تهران در فاصله ماه‌های بهمن ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲ مراجعه کردند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از زنان مبتلا به کژکاری جنسی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفره) آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)، سیاهه عزت‌نفس جنسی زنان (SSEL) و آزمون عاطفه خودآگاه (TOSCA) استفاده شد. گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان‌درمانی مبتنی بر شفقت قرار گرفتند و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با نرم افزار SPSS.24 و با استفاده از تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل گردید. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که بین پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی و گواه در نمرات عزت‌نفس جنسی و هیجان‌های خودآگاه تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.001$). بر اساس نتایج این مطالعه روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان مبتلا به کژکاری جنسی اثربخش است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتری در خصوص اثربخشی این رویکرد و مقایسه آن با سایر روش‌های درمان مبتنی بر شواهد در نمونه‌های بزرگ‌تر صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی مبتنی بر شفقت، هیجان‌های خودآگاه، عزت‌نفس جنسی، کژکاری جنسی، زنان

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۸/۳ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۲/۱۸

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران و گروه علمی سلامت روان، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران.
۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران

● مقدمه

کژکاری جنسی (sexual dysfunction) شکلی از ناتوانی و یا نقص جدی در هر یک از مراحل روابط جنسی زناشویی شامل تمایل، برانگیختگی، ارگاسم و انزال است که می‌تواند به سلامت و کارکردهای مثبت و سازنده خانواده صدمه وارد کند (پارکر و همکاران، ۲۰۲۲). شیوع آن در برخی گزارش‌های خارج از ایران بین ۳۸ درصد تا ۶۳ درصد و در گزارش‌های داخل ایران بین ۲۲ درصد تا ۷۵/۷ درصد با این تأکید که این اختلال در کشورهای مختلف در زنان نسبت به مردان شیوع بالاتری دارد، گزارش شده است (سیلوا و همکاران، ۲۰۲۰). زنان مبتلا به این اختلال، ممکن است نبود علاقه یا علاقه کم در رابطه جنسی، نبود توانایی در پاسخ به محرک‌های جنسی و احساس بی‌حسی با وجود داشتن یک رابطه خوب با شریک زندگی خود را گزارش نموده و به احتمال زیاد بیشتر از زنان دارای تمایل طبیعی، حالت عاطفی یا روانی منفی نظیر احساس سرخوردگی، ناامیدی، خشم، از دست دادن زنانگی و کاهش اعتماد به نفس را گزارش نمایند (فیروزی و همکاران، ۱۴۰۱).

مطالعات سال‌های اخیر نشان داده که علی‌رغم نقش هم‌زمان عوامل روان‌شناختی و زیستی در بروز و تشدید این اختلال، در موارد زیادی تأثیر عوامل روان‌شناختی بسیار برجسته‌تر و جدی‌تر از عوامل جسمی و فیزیکی است (جیمز پیکون و همکاران، ۲۰۲۱). اما به رغم تمرکز نظری بر رشد مسائل جنسی، تحقیقات تجربی بیشتر بر رفتار جنسی و باورها و نگرش‌ها متمرکز بوده‌اند تا خود ادراکی و عزت‌نفس جنسی (بث و همکاران، ۲۰۲۰؛ ساکالوک و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو، فقدان اطلاعات درباره تعریف شخصی افراد از مسائل جنسی، چگونگی هماهنگ کردن آن با جنبه‌های دیگر زندگی خود و چگونگی ارزیابی رفتارهای جنسی‌شان که شامل پاسخ‌های جسمی و هیجانی است، به درک ناقصی از رفتار جنسی منجر شده است (رمضانی و همکاران، ۲۰۱۲). کیخسروانی در تحقیقی اثربخشی بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان شاغل شهر شیراز را مورد تأکید قرار دادند (سازگار و همکاران، ۱۴۰۱).

عزت‌نفس جنبه‌های مختلفی دارد، یکی از جنبه‌های آن عزت‌نفس جنسی است که بر رفتارهای جنسی تأثیرگذار است و آن عبارت است از واکنش عاطفی فرد نسبت به افکار، احساس‌ها و رفتارهای جنسی خودش (بارکین و همکاران، ۲۰۱۷). زینا و اسچوارز (۱۹۹۹؛ ۲۰۱۹) از جمله پژوهشگرانی هستند که با بسط الگوی عزت‌نفس (هارتر ۱۹۸۴؛ محمدی و همکاران، ۲۰۰۸) به عزت‌نفس جنسی از بُعد اهمیت یادگیری اولیه، درون‌سازی خانواده، همسالان و جامعه اشاره کرده‌اند که هر شخص به عنوان ملاک ارزیابی افکار، احساس‌ها و رفتارهای جنسی خود آن را در تحول هنجارهایش حیاتی می‌داند. بنابراین رفتار جنسی قسمتی از شخصیت فرد و مجموعه‌ای از باورها، نگرش‌ها و عملکردهایی است که شخص در ارتباط با جنس مخالف و امور مرتبط با آن دارد (جیمز، ۲۰۱۱؛ صالحی و همکاران، ۲۰۱۵). طبق پژوهش رمضانی و همکاران (۲۰۱۲)، بین عزت‌نفس با رضایت‌مندی جنسی و اختلال عملکرد جنسی رابطه وجود دارد.

رویکرد درمانی که به نظر می‌رسد در بهبود نگرش و عزت‌نفس جنسی زنان با کژکاری جنسی اثربخش باشد، درمان متمرکز بر شفقت (compassion-focused therapy) است (مک لین و همکاران، ۲۰۱۸). نظریه اساسی CFT رویکردی فراتشخیصی، انعطاف‌پذیر و یکپارچه برای فرمول‌بندی مشکلات جنسی ارائه می‌دهد. CFT می‌تواند با درمان مشکلات روان‌شناختی افراد دارای کژکاری جنسی با رویکردهای سنتی ادغام شود تا به افراد کمک کند موضع دلسوزانه‌تری نسبت به مشکلات خود اتخاذ کنند و برای بهبود بهزیستی جنسی خود گام بردارند (واسپر و همکاران، ۲۰۲۱). هدف از این درمان این است که به افراد کمک کند با خودمهربانی به خودانتقادی پاسخ دهند. واسپر و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه‌ای با عنوان "مقدمه‌ای بر درمان روانی جنسی متمرکز بر شفقت"، نظریه اساسی CFT، به خوبی با رویکردهای موجود در درمان مشکلات جنسی ادغام می‌شود و راه‌های مفیدی برای فرمول‌بندی مشکلات جنسی برای ارائه یک منطق منسجم برای راهبردهای درمانی ارائه می‌دهد. همچنین استدلال شده است که برخی از استراتژی‌های درمانی اضافی CFT که قبلاً در محیط‌های سلامت روانی عمومی استفاده شده‌اند، برای کسانی که مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند، مناسب و مفید هستند. ساندرس و همکاران (۲۰۲۱)، در مطالعه‌ای با هدف درمان روانی-جنسی متمرکز بر شفقت برای زنانی که در حین رابطه

جنسی درد را تجربه می‌کنند؛ نشان داد که برای اکثر شرکت‌کنندگان در مطالعه، اعتماد به نفس آنها در مدیریت مشکلات جنسی در طول کارگاه بهبود یافته و تعداد و شدت درد در طول جلسات نیز کاهش یافته است.

در مجموع مواجهه زنان با کژکاری جنسی با وجود مشکلات مضاعف ارتباطی، رفتاری و هیجانی این افراد، انجام تحقیقات در زمینه مسائل مرتبط با نگرش و عزت‌نفس جنسی آنها و تلاش برای بهبود نگرش و افزایش رفتار جنسی را ضروری می‌کند. همچنین جستجوهای محقق پیرامون مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در حوزه درمان متمرکز بر شفقت نیز حاکی از آن است که کارآیی این مدل درمانی برای افراد با مشکلات گوناگون بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است، لیکن اثربخشی این رویکرد بر عواطف خودآگاه (شرم و احساس گناه) به عنوان هیجان‌های ثانویه و بازدارنده رابطه جنسی و عزت‌نفس جنسی تاکنون مورد بررسی و مطالعه قرار نگرفته است که این امر بر بدیع بودن مطالعه حاضر می‌افزاید. لذا این مطالعه با هدف اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی انجام شد.

• روش

پژوهش از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی از جمله طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماهه) با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان متأهل مبتلا به کژکاری جنسی بودند که به مراکز مشاوره خانواده شهر تهران در ماه‌های بهمن ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲ مراجعه کردند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از زنان جامعه آماری مذکور بودند که بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس ملاک‌های راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR) و نمره پایین در شاخص عملکرد جنسی زنان از بین مراجعین مراکز مشاوره خانواده شهر تهران که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، انتخاب شدند و به صورت هدف‌مند در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که با توجه به نرم‌افزار G^*Power نوع تحلیل آماری پارامتریک (تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده)، اندازه اثر $0/40$ ، آلفا $0/05$ ، توان آماری $0/95$ ، تعداد متغیرهای وابسته (عواطف خودآگاه و عزت‌نفس جنسی)، و تعداد گروه‌ها حجم نمونه مجموعاً ۲۴ نفر برآورد شد. اما در پژوهش حاضر برای هر گروه، ۱۵ نفر (مجموعاً ۳۰ نفر) در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود شامل تشخیص کژکاری جنسی "غیرجسمی" توسط روان‌پزشک و یا روان‌شناس بالینی از طریق مصاحبه مبتنی بر ملاک‌های مطرح در (DSM-5-TR)، نبود مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم ابتلا به اختلال‌های روانی حاد یا مزمن (که از طریق مصاحبه توسط روان‌پزشک و یا روان‌شناس بالینی مورد تأیید قرار گرفت)، نبود ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، به این دلیل که این دامنه سنی بر اساس مطالعات دارای بالاترین شیوع کژکاری جنسی در زنان است (فیروزی و همکاران، ۱۴۰۱). داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و استفاده نکردن از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان با اجرای پژوهش از دیگر معیارهای ورود بود. معیارهای خروج نیز شامل وجود شواهد مربوط به عامل جسمی و فیزیولوژیک کژکاری جنسی، نداشتن همکاری و نبود انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بود.

• ابزارها

الف) شاخص عملکرد جنسی زنان (the female sexual function index- FSFI): ابزاری است که توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان ساخته شده است. این شاخص ۱۹ ماده‌ای عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه از جمله میل جنسی، تحریک، مرطوب شدن، ارگاسم، رضایت‌مندی و درد جنسی ارزیابی می‌کند. این زیر شاخه‌ها دارای طیف پاسخ از ۱ تا ۵ هستند که نمره بالاتر در این شاخص نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل و خرده‌مقیاس‌های آزمون ۰/۸۹ و بالاتر گزارش شده است (روزن و همکاران، ۲۰۰۰). در پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۰۸)، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده‌مقیاس‌های آزمون ۰/۷۰ و بالاتر بوده است.

ب) فرم کوتاه سیاهه عزت‌نفس جنسی زنان (sexual self-esteem inventory for women-short form- SSI-W-SF):

این سیاهه که توسط زینا و اسپوارز (۱۹۹۶)، ساخته شده است ۳۵ ماده دارد، برای سنجش پاسخ‌های موثر در ارزیابی جنسی زنان از

خود تدوین شده است. ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت شش مرحله‌ای از ۱ تا ۶ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) پاسخ داده می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل این مقیاس ۰/۹۲، برای مهارت و تجربه ۰/۸۶، برای جذابیت ۰/۸۸، برای کنترل ۰/۸۰ و برای انطباق ۰/۸۰ گزارش شده است (فرخی و شاره، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸، برای مهارت و تجربه ۰/۸۲، برای جذابیت ۰/۸۰، برای کنترل ۰/۸۱ و برای انطباق ۰/۷۹ به دست آمد.

ج) آزمون عاطفه خودآگاه (test of self-conscious affect- TOSCA): تانجینی و همکاران این آزمون را در سال ۱۹۸۹ ساختند. آزمون عاطفه خودآگاه یک ابزار خودسنجی و مداد کاغذی است که ۶ موقعیت (سناریو) شرایط زندگی روزمره را به آزمودنی ارائه می‌کند. ۱۱ وضعیت آن از نظر اجتماعی دارای ارزش مثبت و ۵ وضعیت آن دارای ارزش منفی است و پاسخ‌دهندگان پاسخ‌های هیجانی و رفتاری خویش و احتمال پاسخ خود به آنها را رتبه می‌دهند. در این پرسشنامه علاوه بر عاطفه خودآگاه، خرده‌مقیاس‌های صفت شرم و گناه زوج‌ها مورد بررسی قرار گرفت. تمام سؤالات به صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند. آزمودنی پاسخ‌های خود را به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه می‌دهند که دامنه آنها از ۱ به معنا (احتمال ندارد یا هرگز) تا ۵ به معنا (به احتمال زیاد) است. در پژوهش فرگوسن و ایری (۲۰۰۱)، که روی ۱۳۲ دانشجوی مقطع کارشناسی صورت گرفت، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس شرم ۰/۸۱ و برای احساس گناه ۰/۷۸ گزارش شده است. تانجینی و همکاران (۱۹۸۹) رویایی سازه دو مقیاس شرم و گناه را در حد مناسب گزارش کردند. پایایی و اعتبار این آزمون در ایران توسط انوشه‌ای و همکاران، (۱۳۸۵) به دست آمده است. در پژوهش زارعی و همکاران (۱۳۹۰)، نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های شرم و گناه به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۸۲ به دست آمد.

ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت (CFT) رویکرد نوین روان‌درمانی است که مبتنی بر رویکردهای تکاملی و زیستی-روانی-اجتماعی (biopsychosocial) به مشکلات روانی است و حاصل نظریه ذهنیت اجتماعی است (گیلبرت، ۲۰۱۴). این روش راه‌های تمرکز بر درمان را ارائه می‌دهد. این درمان راهنمایی مداخلات درمانی ویژه‌ای برای تحول خودآرامش‌بخشی و خودشفقتی به وجود می‌آورد. مداخله‌های خود را از بسیاری از درمان‌های دیگر مشتق کرده و شامل اهمیت: روابط درمانی، هدایت اکتشافی، گفتگوی سقراطی، به چالش کشیدن (استنتاج)، تحلیل عملکرد، تجزیه و تحلیل گام به گام، آگاهی رشدیافته، آزمایش‌های رفتاری، تحمل و مواجهه، ذهن‌آگاهی، تصویرسازی هدایت‌شده، نوشتن صریح و تمرین استقلال است. در این پژوهش پژوهشگر مبنای آموزشی را بر اساس برنامه آموزشی واسپر و همکاران (۲۰۲۱)، برای اختلال‌های جنسی که در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شده است به گروه آزمایشی آموزش داده است که خلاصه ساختار جلسات آن در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت برگرفته از پائول گیلبرت (۲۰۱۴) و واسپر (۲۰۲۱) برای اختلالات جنسی

جلسات	محتوای جلسات	اهداف درمانی
جلسه اول	آموزش افزایش ثبات ذهنی	آشنایی کامل با مفاهیم کژکاری جنسی
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی	آشنایی با مفاهیم اساسی کارکردهای هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی
جلسه سوم	کشت بینش در تجربه طبیعی ذهن	تصدیق هیجان، مجادله کردن با قضاوت، ذهن آگاهی نسبت به هیجان
جلسه چهارم	تحمل پریشانی	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود، خود آرام‌سازی
جلسه پنجم	کاشت منانیت و نوع‌دوستی در مقابل عدم قضاوت	رهایی از بحران، به‌کارگیری مهارت‌های تحمل پریشانی
جلسه ششم	درک و قدردانی از دیگران	آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز براندام‌های غیرتناسلی
جلسه هفتم	پرورش محبت و همدلی	معنابخشی؛ برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت در مقابل برنامه‌ریزی بلندمدت، پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود
جلسه هشتم	کارآمدی بین فردی	توصیف، ابراز عقاید و دیدگاه‌ها در روابط بین‌فردی، اظهار این عقاید، تقویت خود، ماندن در ذهن آگاهی
جلسه نهم	کارآمدی بین فردی	اعتباربخشی به دیگران و به خویش و آگاهی از افکار و احساسات متناقض
جلسه دهم	بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت	تمرین ذهن آگاهی، اقدام به مهربانی، ثبات ذهنی، احترام به خویش
جلسه یازدهم	آموزش تنظیم هیجان	به‌کارگیری آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان
جلسه دوازدهم	درک عشق و شفقت کاربردی	درک عشق، مهربانی، شفقت و پرورش ذهن مشفقانه با تصویرسازی و انجام تکالیف و فعالیت‌های آموزش داده‌شده

روش اجرا به این شیوه بود که پس از کسب مجوزهای لازم با هماهنگی با مراکز مشاوره شهر تهران و انتخاب نمونه، شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی، در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان گروه گواه هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرده و به روال عادی زندگی خود ادامه دادند. پیش از اجرای مداخله درمانی و پس از اجرای آن و پس از گذشت ۳ ماه، پرسشنامه‌های شاخص عملکرد جنسی زنان، فرم کوتاه عزت‌نفس جنسی زنان و عاطفه خودآگاه به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری روی دو گروه اجرا شد. بعد از گردآوری اطلاعات داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

• یافته‌ها

یافته‌ها دستاوردهای مطالعه هستند که در مطالعات کمی شامل توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد گروه نمونه، یافته‌های توصیفی و تحلیلی متغیرهای مورد مطالعه را شامل می‌شوند.

میانگین (و انحراف معیار) سن زنان گروه آزمایشی ۳۴/۹۳ (و ۳/۶۵) حداقل سن گروه آزمایشی ۲۸ و حداکثر آن ۴۱ بود. میانگین (و انحراف معیار) گروه گواه ۳۶/۳۳ (و ۳/۵۹) حداقل سن گروه گواه ۲۹ و حداکثر آن ۴۲ بود. از بین زنان شرکت‌کننده در مطالعه ۴ نفر (۲۶/۶ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) فوق دیپلم و ۵ نفر (۳۳/۴ درصد) لیسانس بودند. از بین زنان گروه گواه ۵ نفر (۳۳/۴ درصد) دیپلم، ۶ نفر (۴۰ درصد) فوق دیپلم و ۴ نفر (۲۶/۶ درصد) لیسانس بودند.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمره مؤلفه‌های عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (به تفکیک گروه) آمده است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده شامل نرمال بودن واریانس‌ها (برای نیل به رعایت این مفروضه نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه) برقرار است ($P \geq 0/05$)، نتایج نمودار پراکندگی (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون آن که با یکدیگر همبستگی بالایی ۰/۹۰ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به‌دست آمده، تقریباً مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار جعبه‌ای نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد که نشان‌دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به درستی رعایت شده است، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمون‌های لوین و تصحیحات ام. باکس استفاده شد. نتایج معناداری آزمون باکس برای متغیرهای عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه از ۰/۰۵ بیشتر است؛ در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس، پذیرفته شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ‌یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنادار نبوده است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون نمرات متغیرهای عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه با متغیرهای مستقل (درمان مبتنی بر شفقت) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیرها معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی است ($P \geq 0/05$). همچنین با توجه به عدم معناداری آزمون موجلی برای متغیرهای عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه و خرده مقیاس‌های آن از آزمون کرویت مفروض برای گزارش نتایج استفاده شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عاطفه خودآگاه در پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری

گروه کنترل		درمان مبتنی بر شفقت		موقعیت	متغیر
SD	M	SD	M		
۰/۵۲	۲/۵۴	۰/۵۱	۲/۵۳	پیش‌آزمون	میل جنسی
۰/۷۹	۲/۹۳	۱/۰۶	۵/۴۶	پس‌آزمون	
۰/۸۲	۳/۴۰	۰/۶۱	۶/۶۶	پیگیری	
۰/۷۴	۸/۸۶	۰/۷۰	۹/۰۶	پیش‌آزمون	تحریک
۰/۷۲	۹/۶۶	۱/۲۶	۱۴/۲۰	پس‌آزمون	
۰/۷۹	۱۰/۰۶	۱/۳۸	۱۴/۹۳	پیگیری	
۰/۷۰	۸/۹۳	۰/۹۱	۸/۵۳	پیش‌آزمون	مرطوب شدن
۰/۵۰	۹/۴۰	۱/۳۳	۱۲/۲۶	پس‌آزمون	
۰/۷۰	۹/۹۳	۱/۲۷	۱۳/۰۶	پیگیری	
۰/۸۳	۵/۸۶	۰/۸۶	۵/۸۰	پیش‌آزمون	ارگاسم
۰/۹۹	۶/۴۶	۰/۸۲	۹/۴۰	پس‌آزمون	
۰/۷۵	۸	۰/۷۲	۱۰/۶۶	پیگیری	
۱/۲۹	۶/۶۰	۱/۱۱	۶/۶۶	پیش‌آزمون	رضایتمندی
۰/۹۱	۸/۴۰	۱/۴۴	۱۰/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۶۷۶	۹/۲۰	۱/۰۹	۱۱/۲۶	پیگیری	
۱/۳۰	۶/۸۶	۱/۲۹	۶/۳۳	پیش‌آزمون	درد جنسی
۰/۹۲	۸	۱/۳۵	۹/۶۰	پس‌آزمون	
۰/۵۹۳	۸/۷۳	۱/۲۳	۱۰/۳۳	پیگیری	
۲/۲۸	۳۹/۶۶	۲/۰۱	۳۸/۹۳	پیش‌آزمون	عملکرد جنسی
۲/۴۴	۴۴/۸۶	۳/۲۳	۶۱/۲۶	پس‌آزمون	
۲/۰۵	۴۹/۳۳	۳/۳۹	۶۶/۹۳	پیگیری	
۰/۹۲	۱۷	۰/۹۸	۱۷/۴۰	پیش‌آزمون	مهارت و تجربه
۳/۸۱	۲۶/۸۰	۱/۳۵	۲۱/۴۰	پس‌آزمون	
۰/۹۹	۱۸/۵۳	۱/۰۵	۲۱/۶۰	پیگیری	
۱/۱۱	۲۱/۳۳	۱/۰۹	۲۱/۷۳	پیش‌آزمون	جذابیت
۱/۱۲	۲۱/۱۳	۰/۹۴	۲۴/۸۰	پس‌آزمون	
۰/۹۸	۲۲/۴۰	۱/۰۳	۲۵/۲۶	پیگیری	
۰/۸۸	۱۷/۷۵	۰/۸۸	۱۷/۷۳	پیش‌آزمون	کنترل
۱/۲۶	۱۹/۲۰	۰/۹۱	۲۱/۴۶	پس‌آزمون	
۰/۷۷	۱۹/۸۰	۱/۲۲	۲۲/۷۳	پیگیری	
۱/۱۷	۲۱/۳۳	۰/۹۱	۲۱/۵۳	پیش‌آزمون	قضاوت اخلاقی
۱/۱۶	۲۱/۹۳	۱/۳۵	۲۵/۵۳	پس‌آزمون	
۱/۰۶	۲۲/۴۶	۱/۱۹	۲۶	پیگیری	
۱/۲۵	۱۷	۰/۹۱	۱۷/۴۰	پیش‌آزمون	انطباق
۱/۱۴	۱۷/۸۰	۱/۰۴	۲۰/۳۳	پس‌آزمون	
۰/۹۱	۱۸/۶۰	۰/۹۹	۲۱/۵۳	پیگیری	
۲/۰۶	۹۴/۴۰	۱/۳۲	۹۵/۸۰	پیش‌آزمون	عزت نفس جنسی
۳/۸۳	۱۰۶/۸۶	۲/۲۹	۱۱۳/۵۳	پس‌آزمون	
۲/۵۹	۱۰۱/۸۰	۱/۹۹	۱۱۷/۱۳	پیگیری	
۱/۶۲	۳۷/۰۶	۱/۴۳	۳۷/۹۳	پیش‌آزمون	شرم
۱/۲۴	۳۶/۶۰	۱/۳۵	۳۳/۴۰	پس‌آزمون	
۰/۹۶	۳۶/۰۶	۱/۳۵	۳۲/۱۳	پیگیری	
۱/۸۳	۴۲/۶۶	۱/۳۹	۴۲/۳۳	پیش‌آزمون	گناه
۱/۶۲	۴۲/۰۶	۱/۳۵	۳۸/۴۶	پس‌آزمون	
۱/۷۱	۴۱/۳۳	۱/۴۵	۳۷/۴۰	پیگیری	

جدول ۳. اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	منبع اثر	SS	DF	MS	F	P	η
درون گروهی	اثر زمان	۹۷/۲۲۲	۲	۴۸/۶۱۱	۱۰۷/۲۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹۳
	اثر تعاملی زمان و گروه	۴۴/۰۶۷	۲	۲۲/۰۳۳	۴۸/۶۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
میل جنسی	گروه	۸۴/۱۰۰	۱	۸۴/۱۰۰	۱۰۸/۵۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
	خطا	۲۱/۶۸۹	۲۸	۰/۷۷۵			
درون گروهی	اثر زمان	۲۱۶/۰۶۷	۲	۱۱۸/۰۴۰	۱۳۸/۷۵۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲
	اثر تعاملی زمان و گروه	۱۰۱/۶۶۷	۲	۵۰/۸۳۳	۶۵/۲۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۰
تحریک	گروه	۲۳۰/۴۰۰	۱	۲۳۰/۴۰۰	۱۷۵/۹۴۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳
	خطا	۳۶/۶۶۷	۲۸	۱/۳۱۰			
درون گروهی	اثر زمان	۱۲۵/۰۸۹	۲	۶۲/۵۴۴	۷۰/۷۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۶
	اثر تعاملی زمان و گروه	۵۸/۰۶۷	۲	۲۹/۰۳۳	۳۲/۸۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
مرطوب شدن	گروه	۷۸/۷۰۰	۱	۷۸/۷۰۰	۷۹/۶۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰
	خطا	۲۷/۵۵۶	۲۸	۰/۹۸۴			
درون گروهی	اثر زمان	۱۸۶/۲۰۰	۲	۹۳/۱۰۰	۱۰۷/۶۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۴
	اثر تعاملی زمان و گروه	۴۱/۳۵۶	۲	۲۰/۶۷۸	۲۳/۹۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
ارگاسم	گروه	۷۶/۵۴۴	۱	۷۶/۵۴۴	۲۰۶/۹۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۱
	خطا	۱۰/۳۵۶	۲۸	۰/۳۷۰			
درون گروهی	اثر زمان	۲۱۱/۸۲۲	۲	۱۰۵/۹۱۱	۹۲/۵۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
	اثر تعاملی زمان و گروه	۱۸/۷۵۶	۲	۹/۳۷۸	۸/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۲۲۶
رضایتمندی	گروه	۴۱/۳۴۴	۱	۴۱/۳۴۴	۲۸/۱۵۹	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
	خطا	۴۱/۱۱۱	۲۸	۱/۴۶۸			
درون گروهی	اثر زمان	۱۳۹/۸۲۲	۲	۶۹/۹۱۱	۸۰/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۸
	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۲/۷۵۶	۲	۱۱/۳۷۸	۱۳/۰۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
درد	گروه	۱۷/۷۷۸	۱	۱۷/۷۷۸	۸/۰۰۶	۰/۰۰۹	۰/۲۲۲
	خطا	۶۲/۱۷۸	۲۸	۲/۲۲۱			
درون گروهی	اثر زمان	۵۶۹۸/۸۶۷	۲	۲۸۴۹/۴۳۳	۵۹۲/۳۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱
	اثر تعاملی زمان و گروه	۱۵۷۷/۷۵۶	۲	۷۸۸/۸۷۸	۱۶۳/۹۹۷	۰/۰۰۱	۰/۸۵۴
عملکرد جنسی	گروه	۲۷۶۶/۶۷۸	۱	۲۷۶۶/۶۷۸	۲۴۸/۴۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
	خطا	۳۱۱/۸۲۲	۲۸	۱۱/۱۳۷			
درون گروهی	اثر زمان	۷۲۰/۹۵۶	۲	۳۶۰/۴۷۸	۱/۹۰۵	۰/۱۵۸	۰/۰۶۴
	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۸۱/۰۸۹	۲	۱۴۰/۵۴۴	۰/۷۴۳	۰/۴۸۱	۰/۰۲۶
مهارت و تجربه	گروه	۹/۳۴۴	۱	۹/۳۴۴	۰/۰۴۸	۰/۸۲۹	۰/۰۰۲
	خطا	۵۴۹۰/۳۱۱	۲۸	۱۹۶/۰۸۳			
درون گروهی	اثر زمان	۸۰/۹۵۶	۲	۴۰/۴۷۸	۳۹/۳۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴
	اثر تعاملی زمان و گروه	۴۳/۴۸۹	۲	۲۱/۷۴۴	۲۱/۱۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
جذابیت	گروه	۱۲۰/۱۷۸	۱	۱۲۰/۱۷۸	۹۵/۱۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷۳
	خطا	۳۵/۳۷۸	۲۸	۱/۲۶۳			
درون گروهی	اثر زمان	۲۰۱/۱۵۶	۲	۱۰۰/۵۷۸	۸۹/۸۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲
	اثر تعاملی زمان و گروه	۳۵/۴۶۷	۲	۱۷/۷۳۳	۱۵/۸۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
کنترل	گروه	۶۷/۶۰۰	۱	۶۷/۶۰۰	۸۳/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹
	خطا	۲۲/۶۲۲	۲۸	۰/۸۰۸			
درون گروهی	اثر زمان	۱۳۳/۸۰۰	۲	۶۶/۹۰۰	۸۱/۱۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴۳
	اثر تعاملی زمان و گروه	۵۶/۶۸۹	۲	۲۸/۳۴۴	۳۴/۳۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
فضاوت اخلاقی	گروه	۱۳۴/۴۴۴	۱	۱۳۴/۴۴۴	۵۷/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
	خطا	۶۵/۲۸۹	۲۸	۲/۳۳۲			
درون گروهی	اثر زمان	۱۲۷/۰۲۲	۲	۶۳/۵۱۱	۱۲۱/۹۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳
	اثر تعاملی زمان و گروه	۲۷/۸۲۲	۲	۱۳/۹۱۱	۲۶/۷۲۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
انطباق	گروه	۸۶/۰۴۴	۱	۸۶/۰۴۴	۳۷/۹۳۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۵
	خطا	۶۳/۵۱۱	۲۸	۲/۲۶۸			

متغیر	منبع اثر	SS	DF	MS	F	P	η
درون گروهی	اثر زمان	۴۳۴۹/۴۸۹	*۱/۰۲۲	۴۲۵۳/۹۹۱	۱۱/۱۰۹	۰/۰۰۲	۰/۲۸۴
	عزت نفس	۷۴۲/۴۶۷	۱/۰۲۲	۷۲۶/۱۶۵	۱/۸۹۶	۰/۱۷۹	۰/۰۶۳
	جنسی	۱۳۶۸/۹۰۰	۱	۱۳۶۸/۹۰۰	۷/۱۳۱	۰/۰۵	۰/۲۰۳
بین گروهی	خطا	۵۳۷۴/۸۸۹	۲۸	۱۹۱/۹۶۰			
	اثر زمان	۱۸۶/۲۰۰	۲	۹۳/۱۰۰	۱۸۹/۵۰۹	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
	عزت نفس	۱۰۰/۲۸۹	۲	۵۰/۱۴۴	۱۰۲/۰۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸۵
درون گروهی	شرم	۹۸/۱۷۸	۱	۹۸/۱۷۸	۲۲/۱۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱
	جنسی	۱۲۴/۲۲۲	۲۸	۴/۴۳۷			
	خطا	۱۵۶/۱۵۶	*۱/۴۵۴	۱۰۷/۳۹۸	۱۹۴/۴۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۴
درون گروهی	اثر تعاملی زمان و گروه	۵۹/۳۵۶	*۱/۴۵۴	۴۰/۸۲۳	۷۳/۹۰۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۵
	شرم	۱۵۴/۷۱۱	۱	۱۵۴/۷۱۱	۲۳/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۴
	جنسی	۱۸۵/۷۷۸	۲۸	۶/۶۳۵			
	خطا						

* نکته: با توجه به معناداری آزمون موجهی برای نمره کل عزت نفس جنسی و احساس گناه از آزمون گرین هاوس گیرز با اصلاح در درجات آزادی استفاده شد که در مقایسه با کرویت مفروض با اصلاحی در درجات آزادی، آزمون محافظه کارانه تری است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می دهند که تحلیل واریانس با اندازه های تکرار شده مربوط به اثر زمان ها (از پس آزمون تا پیگیری) در نمره کل متغیرهای وابسته عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عواطف خودآگاه به استثنای خرده مقیاس مهارت و تجربه معنادار هستند. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود تأثیر گروه بر نمرات عملکرد جنسی ($F(1, 28) = 248/433, P < 0/007$)، عزت نفس جنسی ($F(1, 28) = 7/131, P < 0/05$)، شرم ($F(1, 28) = 22/130, P < 0/001$) و احساس گناه ($F(1, 28) = 23/318, P < 0/05$) معنادار است.

تأثیر زمان به وسیله آزمون کرویت مفروض روی نمرات عملکرد جنسی ($F(2, 28) = 592/359, P < 0/001$) و به وسیله آزمون گرین هاوس گیرز و با اصلاح درجات آزادی بر نمرات عزت نفس جنسی ($F(1, 28) = 11/109, P < 0/001$)، به وسیله آزمون کرویت مفروض روی شرم ($F(2, 28) = 189/509, P < 0/001$) و به وسیله آزمون گرین هاوس گیرز و با اصلاح درجات آزادی بر نمرات احساس گناه ($F(1, 28) = 194/423, P < 0/001$)، معنادار است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه به وسیله آزمون کرویت مفروض روی نمرات عملکرد جنسی ($F(2, 28) = 163/997, P < 0/001$)، شرم ($F(2, 28) = 102/071, P < 0/001$) و به وسیله آزمون گرین هاوس گیرز و با اصلاح درجات آزادی بر نمرات احساس گناه ($F(1, 28) = 73/901, P < 0/001$) معنادار است. ولی اثر تعاملی زمان و گروه بر متغیر عزت نفس جنسی معنادار نیست ($P \geq 0/05$). بنابراین می توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی (به استثنای مهارت و تجربه)، شرم و احساس گناه در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود تأثیر درون آزمودنی ها (زمان) نیز بر نمرات عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی، شرم و احساس گناه مؤثر است؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات گروه آزمایشی در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

برای تعیین تفاوت جفتی مراحل پیش آزمون- پس آزمون، پیش آزمون- پیگیری و پس آزمون- پیگیری از آزمون های تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که در نمرات عملکرد جنسی از پیش آزمون تا پس آزمون (اثر مداخله) و از پس آزمون تا پیگیری (ثبات مداخله) و از پیش آزمون تا پیگیری (اثر زمان) تفاوت وجود دارد ($P \leq 0/001$). به عبارت دیگر نمرات گروه آزمایشی در متغیر عملکرد جنسی یک روند خطی افزایشی داشته است. همچنین در متغیر عزت نفس جنسی در خرده مقیاس تجربه و مهارت اثر مداخله و ثبات مداخله در خرده مقیاس قضاوت اخلاقی ثبات مداخله و در نمره عزت نفس جنسی نیز نمرات از پس آزمون تا پیگیری تغییری نداشته است. بنابراین نمره عزت نفس جنسی زنان در مرحله پیگیری در مقایسه با پس آزمون تغییری نداشته است. در نهایت نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که در نمرات شرم و احساس گناه از پیش آزمون تا پس آزمون (اثر مداخله) و از پس آزمون تا پیگیری (ثبات مداخله) و از پیش آزمون تا پیگیری (اثر زمان) تفاوت وجود دارد ($P \leq 0/001$). به عبارت دیگر نمرات گروه آزمایشی در متغیر شرم و احساس گناه یک روند خطی کاهشی داشته است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیرهای عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عواطف خودآگاه

متغیر	موقعیت	تفاوت میانگین‌ها	SD	P
میل جنسی	پیش آزمون	۱/۶۶۷-	۰/۱۹۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۵۰۰-	۰/۱۵۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۸۳۳-	۰/۱۶۹	۰/۰۰۱
تحریک	پیش آزمون	۲/۹۶۷-	۰/۲۳۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۵۳۳-	۰/۲۴۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۵۶۷-	۰/۱۹۱	۰/۰۰۵
مرطوب شدن	پیش آزمون	۲/۱۰۰-	۰/۲۵۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۷۶۷-	۰/۲۸۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۶۶۷-	۰/۱۸۳	۰/۰۰۳
ارگاسم	پیش آزمون	۲/۱۰۰-	۰/۲۶۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۵۰۰-	۰/۲۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۴۰۰-	۰/۲۵۰	۰/۰۰۱
رضایتمندی	پیش آزمون	۲/۷۳۳-	۰/۲۶۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۶۰۰-	۰/۲۹۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۸۶۷-	۰/۲۷۵	۰/۰۰۵
درد	پیش آزمون	۲/۲۰۰-	۰/۲۶۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۹۳۳-	۰/۲۹۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۷۳۳-	۰/۱۲۸	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	پیش آزمون	۱۳/۷۶۷-	۰/۵۲۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱۸/۸۳۳-	۰/۶۱۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۰۶۷-	۰/۵۵۳	۰/۰۰۱
مهارت و تجربه	پیش آزمون	۶/۹۰۰-	۴/۳۳۶	۰/۳۶۸
	پیش آزمون	۲/۸۶۷-	۰/۲۶۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۴/۰۳۳	۴/۳۵۷	۱
جذابیت	پیش آزمون	۱/۴۳۳-	۰/۲۷۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۳۰۰-	۰/۲۸۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۸۶۷-	۰/۲۲۰	۰/۰۰۱
کنترل	پیش آزمون	۲/۶۰۰-	۰/۲۷۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۵۳۳-	۰/۲۴۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۹۳۳-	۰/۲۹۸	۰/۰۰۵
قضاوت اخلاقی	پیش آزمون	۲/۳۰۰-	۰/۲۱۲	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۸۰۰-	۰/۲۵۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۵۰۰-	۰/۲۳۸	۰/۱۳۴
انطباق	پیش آزمون	۱/۸۶۷-	۰/۱۷۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۸۶۷-	۰/۲۱۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۰۰۰-	۰/۱۷۲	۰/۰۰۱
عزت نفس جنسی	پیش آزمون	۱۵/۱۰۰-	۴/۳۶۰	۰/۰۰۵
	پیش آزمون	۱۴/۳۶۷-	۰/۵۴۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۷۳۳	۴/۴۵۴	۱
شرم	پیش آزمون	۲/۵۰۰	۰/۱۸۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۴۰۰	۰/۲۰۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۹۰۰	۰/۱۵۷	۰/۰۰۱
گناه	پیش آزمون	۲/۲۳۳	۰/۱۳۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۱۳۳	۰/۲۰۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۹۰۰	۰/۱۳۷	۰/۰۰۱

• بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر هیجان‌های خودآگاه و عزت‌نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی بود. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر متغیر عملکرد جنسی زنان اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری صورت گرفته حفظ شد. از آنجا که تاکنون در خصوص مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر عملکرد جنسی زنان در داخل و خارج از کشور مطالعات کمی صورت گرفته است؛ این نتایج با مطالعات (واسپر و همکاران، ۲۰۲۱ و ساندرس و همکاران، ۲۰۲۱) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر شفقت بر عملکرد جنسی زنان مؤثر است، همخوانی دارد. همچنین با مطالعه یزدان‌شناس و همکاران، (۱۴۰۰) که نتایج آن نشان داد رویکرد متمرکز بر شفقت باعث بهبود میزان فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی زنان نابارور شده است، همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، از آنجایی که درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل تغییر عاطفی به‌منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی و پریشانی در زنان مبتلا به کژکاری جنسی افزایش می‌یابد و آشفتگی هیجانی ناشی از کژکاری جنسی کاهش می‌یابد. از آنجا که در روابط جنسی نظام‌های شناختی، هیجانی و فیزیولوژیکی درگیر هستند درمان مبتنی بر شفقت با هدف قرار دادن این نظام‌ها از طریق کارکردن روی نظام امنیت و آرامش، زمینه را برای تعادل هیجانی و جسمانی فراهم می‌آورد و با استفاده از این روش درمانی فرد قادر می‌شود به‌جای کنترل دیگران، روی خودتسکینی و خودمراقبتی متمرکز شود (ساندرس و همکاران، ۲۰۲۲). از سوی دیگر چون درمان مبتنی بر شفقت همراه با نوعی مراقبه و آرامش جسمانی است، می‌تواند به‌عنوان عامل واسطه‌ای بر افزایش عملکرد روان‌شناختی و کاهش مشکلات هیجانی مانند خودسرزنشگری، احساس گناه و شرم تاثیر گذاشته و باعث رشد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود. همچنین در طول این درمان سعی شده است انگیزه مراقبت و تلاش برای التیام‌بخشیدن به درگیری هیجانی با موضوع رنج خود افزایش یابد. به عبارتی تجربه ذهن مهربان با انگیزه التیام‌بخشی به رنج آغاز شد. در گام دوم سعی شد تا زنان موضوع رنج خود را بدون روبرگرداندن و اجتناب، در زمان حال مورد توجه و بررسی قرار دهند و به صورت ارادی بر حضور آن تمرکز کنند. در ادامه، درمانگر بر ارتباط با رنج و هیجان‌های مرتبط با آن و همچنین شیوه‌های پاسخ‌دهی معطوف بر آن تأکید کرد. سپس سعی شد افکار خودسرزنش گر، تعدیل و افراد به پذیرش شرایط خود نائل گردند. به علاوه تقویت تجارب حسی، به زنان آموخت که چگونه از تظاهرات چهره‌ای و لحن صدای خود، برای درگیرشدن در فرایند شفقت استفاده کرده و نظام هیجانی خود را تهییج نمایند. درمانگر در کنار تهییج هیجانی، سعی نمود تا حفظ زندگی زناشویی را به عنوان یکی از ارزش‌های فردی انتخاب و پیگیری نماید (فراسر و همکاران، ۲۰۲۳).

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر شفقت بر متغیر عزت‌نفس جنسی زنان اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری سه ماهه حفظ شد. از آنجا که تاکنون در خصوص مقایسه اثربخشی روان درمانی مبتنی بر شفقت بر عزت‌نفس جنسی زنان در داخل و خارج از کشور مطالعات کمی صورت گرفته این نتایج با مطالعات (واسپر و همکاران، ۲۰۲۱ و ساندرس و همکاران، ۲۰۲۱) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر شفقت بر عملکرد جنسی زنان مؤثر است؛ همخوانی دارد. همچنین نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده، نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر شرم و احساس گناه زنان مبتلا به کژکاری جنسی اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری سه ماهه حفظ شد. این نتایج با مطالعات (واسپر و همکاران، ۲۰۲۱ و ساندرس و همکاران، ۲۰۲۱) مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر شفقت بر عزت‌نفس جنسی زنان مؤثر است، همخوانی دارد. این نتایج با مطالعه حسنی و همکاران (۱۴۰۰) که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمون نسبت به پیش‌آزمون، تفاوت معناداری وجود داشت، اما در گروه کنترل تفاوتی بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت، همخوانی دارد.

• نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت سبب درک و پرهیز از انتقاد نادرست نسبت به خود، مهربانی و نبود قضاوت می‌شود و کمک می‌کند افکار و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی، درونی شوند. شفقت به خود باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی شده و می‌تواند در بهبود هیجان‌های منفی ناشی از تجارب رابطه جنسی اثربخش باشد. علاوه بر این، در این درمان بر افزایش

فعالیت‌های ارزشمند مانند بهبود روابط زناشویی و جنسی که برای فرد اهمیت دارند (اما از آنها اجتناب می‌کند)، نیز تأکید می‌شود. مثلاً یکی از این حیطه‌ها «روابط با همسر» است که بخش مهم آن، «انجام فعالیت جنسی» است. زمانی که فرد تمایلی به ارتباط جنسی ندارد، در واقع ممکن است ارزش‌هایش را گم کرده باشد. قرار گرفتن در راستای ارزش «رضایت همسر» به فرد کمک می‌کند تا در رابطه جنسی با وجود داشتن افکار و احساسات بد، مؤثر عمل کند. در نتیجه این تمرین‌ها، افزایش عزت‌نفس جنسی به زنان مبتلا به کژکاری جنسی کمک می‌کند تا احساسات بهتری را تجربه کنند و ارزش‌های خود در رابطه با همسر را بهتر بشناسند و این در بهبود رابطه و رضایت جنسی‌شان تأثیر مثبت گذارد. همچنین می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و ضمن کاهش هیجان‌های منفی فرد، هیجان‌های مثبت را جایگزین آن می‌سازد؛ بنابراین می‌تواند با کاهش شرم و احساس گناه، عزت‌نفس و کم‌رویی آنان را در رابطه جنسی بهبود بخشد. در واقع مواجهه با احساس شرم می‌تواند زمینه‌ساز احساس گناه شود ولی در درمان مبتنی بر شفقت، با گشودگی در نگرستن به احساس منفی شرم و پذیرش آن، فرد می‌تواند بخش مهمی از هیجان‌های ثانویه خود را مدیریت کند.

مطالعه حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این که، مطالعه روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و دارای کژکاری جنسی با منشأ غیرجسمی انجام شده است. لذا در تعمیم نتایج به زنانی که ممکن است کژکاری جنسی آنها دلایل جسمی و فیزیولوژیک داشته باشد و یا زنانی مبتلا به کژکاری جنسی که به هر دلیلی به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند و یا مردان دارای کژکاری جنسی، لازم است احتیاط شود. سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریق پرسشنامه که ممکن است با مطلوب‌نمایی اجتماعی و اطلاعات نه‌چندان عمیق همراه باشد، انجام پذیرفته است. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده درمان مبتنی بر شفقت را از لحاظ اثربخشی علاوه بر عملکرد و عزت‌نفس جنسی و عواطف خودآگاه، روی متغیرهایی نظیر روابط زناشویی سازنده، عملکرد و رضایت جنسی هم در مردان و هم در زنان دارای کژکاری جنسی و با مشارکت هر دو زوج در کنار سنجش‌های عمیق‌تر از طریق مصاحبه در کنار پرسشنامه از نظر اثربخشی مورد مقایسه و مطالعه قرار دهند.

• تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری محقق است. بدین وسیله از کلیه زنان دارای کژکاری جنسی که با شرکت در پژوهش، امکان اجرای مطالعه را فراهم نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

• تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود نداشته و نتایج به صورت شفاف بیان شده است.

• منابع

- زارعی، سلمان، فرحبخش، کیومرث، و اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰). تعیین سهم خود متمایزسازی، اعتماد، شرم و گناه در پیش‌بینی سازگاری زناشویی، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۳ (۴۵)، ۵۱-۶۴.
- فرخی سحر و شاره حسین (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فرم کوتاه شاخص عزت‌نفس جنسی زنان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۰ (۳)، ۲۵۲-۲۶۳.
- سازگار، مریم، کیخسروانی، مولود، مرقاتی خویی، عفت، توحیدی نیک، حمیدرضا (۱۴۰۱). اثربخشی بسته بومی غنی‌سازی روابط زناشویی بر پریشانی جنسی زنان. مجله روان‌شناسی، ۳ (۲۶)، ۲۹۱-۲۹۸.
- یزدان‌شناس، ملیحه؛ زارع نیستانک، محمد و دیناری، پریسا (۱۴۰۰). اثربخشی رویکرد درمان متمرکز بر شفقت بر فراهیجان منفی، تحمل آشفتگی و عملکرد جنسی در زنان ناباور. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۲ (۱ پیاپی ۵)، ۴۵۹-۴۴۴.
- فیروزی، مجید، گل پرور، محسن، آقایی، اصغر (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار، زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و زوج‌درمانی سیستمی-شناختی گاتمن بر تعادل عاطفی و انتظارات ناکارآمد در زنان دارای علائم کژکاری جنسی، روان‌پرستاری، ۱۰ (۱)، ۱۷-۱.
- رمضانی، نوشین، دولتیان، ماهرخ، شمس، جمال، علوی، حمید (۱۳۹۰). بررسی همبستگی عزت‌نفس با اختلال عملکرد و رضایت‌مندی جنسی در زنان، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۴ (۶)، ۶۵-۵۷.

- Andersen, B., & Rasmussen, P. H. (2017). Trans diagnostic group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4 (1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0043-1>
- Ayling, K., & Ussher, J. M. (2008). "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in heterosexual women? *Archives of Sexual Behavior*, 37 (2), 294–304. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9204-1>
- Barkin, J. L., Serati, M., & Barkin, A. L. (2017). Self-Esteem and Sexual Behavior in Women: How Are They Related? *Journal of women's health* (2002), 26 (4), 305–306. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6305>.
- Beth, A.V., Julien, B., Anthony, F.B. & Michael, C.A. (2010). Psychopathy, sexual behavior and self-esteem, it's different for girls. *Journal personality and individual differences*, 48 (7), 833-83.
- Branden, N. (1969). *The Psychology of Self-Esteem*. New York: Bantam.
- Carpenter, T. P., Tignor, S. M., Tsang, J. A., & Willett, A. (2016). Dispositional self-forgiveness, guilt-and shame-proneness, and the roles of motivational tendencies. *Personality and Individual Differences*, 98, 53-61.
- Cavallera, C., Andreani, P., Baumgartner, O., & Oasi, O. (2022). Do Immature Defense Mechanisms Mediate the Relationship Between Shame, Guilt, and Psychopathological Symptoms? *Frontiers in psychology*, 13, 832237. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832237>.
- Dolezal L. (2022). Shame anxiety, stigma and clinical encounters. *Journal of evaluation in clinical practice*, 28 (5), 854–860. <https://doi.org/10.1111/jep.13744>.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665–697. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.665>.
- Ferguson, T. J., & Eyre, H. L. (2001). Reconciling interpersonal versus appraisal views of guilt: Roles of inductive strategies and projected responsibility in prolonging guilty feelings. Manuscript under review.
- Fraser, A. Ma Leavitt, C. EOYorgason, J. B., & Price, A. Af(2023). "Feeling It": Links between elements of compassion and sexual well-being. *Frontiers in Psychology*, 13, 1017384.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53 (1), 6–41.
- Hooge, I. (2013). Moral emotions and prosocially behavioral: It may be time to change our view of shame and guilt. *Psychology of Emotions*, 2, 255- 276.
- James R. (2011). Correlates of sexual self-esteem in a sample of substance-abusing woman. *Journal Psychoactive Drugs*, 43 (3), 220-8.
- Jong, C. (2005). Shame and guilt among Asian Americans. Unpublished doctoral dissertation, Department of Psychology, Argosy University, Honolulu, Hawaii.
- Kennis, M., Duecker, F., T'Sjoen, G., Sack, A. T., & Dewitte, M. (2022). Sexual Self-Concept Discrepancies Mediate the Relation between Gender Dysphoria Sexual Esteem and Sexual Attitudes in Binary Transgender Individuals. *Journal of sex research*, 59 (4), 524–536. <https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1951643>
- Leary M. R. (2015). Emotional responses to interpersonal rejection. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17 (4), 435–441. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/mleary>.
- Leary M. R. (2015). Emotional responses to interpersonal rejection. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17 (4), 435–441. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/mleary>.
- Leaviss, L., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45 (5), 927–945.
- Linde, J., Luoma, J. B., Rück, C., Ramnerö, J., & Lundgren, T. (2023). Acceptance and Compassion-Based Therapy Targeting Shame in Body Dysmorphic Disorder: A Multiple Baseline Study. *Behavior modification*, 47 (3), 693–718. <https://doi.org/10.1177/01454455221129989>
- McLean, L., Steindl, S. R., & Bambling, M. (2018). Compassion-Focused Therapy as an Intervention for Adult Survivors of Sexual Abuse. *Journal of child sexual abuse*, 27 (2), 161–175. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1390718>.
- McLean, L., Steindl, S.R. & Bambling, M. (2022). Compassion Focused Group Therapy for Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Preliminary Investigation. *Mindfulness* 13, 1144–1157 <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01837-3>
- Mohammadi, K., Heidari, M., & Faqihzadeh, S. (2008). The validation of female sexual function index (FSFI) in the women: Persian Version. *Payesh journal*, 7 (2), 270-278.
- Ramazani M, Dolatian M, Shams J, Alavi. (2012). The correlation between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. *Arak Medical University Journal*, 14 (59), 57-65. [Persian]
- Ritter, K., Vater, A., Rusch, N., Schroder-Abe, M., Schutz, A. Fydrich, T., Lammers, C. and Roepke, S. (2013). Shame in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 215 (2), 429-437.
- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., et al. (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.
- Sakaluk, J. K., Kim, J., Campbell, E., Baxter, A., & Impett, E. A. (2020). Self-esteem and sexual health: a multilevel meta-analytic review. *Health psychology review*, 14 (2), 269–293. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1625281>.
- Salehi, M., Kharaz Tavakol, H., Shabani, M., & Ziaei, T. (2015). The relationship between self-esteem and sexual self-concept in people with physical-motor disabilities. *Iranian Red Crescent medical journal*, 17(1), e25359. <https://doi.org/10.5812/ircmj.25359>.

- Saunders, F., Vosper, J., Gibson, S., Jamieson, R., Zelin, J., & Barter, J. (2021). Compassion Focused Psychosexual Therapy for Women Who Experience Pain during Sex. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 7 (2), 2-14. doi: 10.21926/obm.icm.2202017.
- Silva, G., Lima, S., Reis, B., Macruz, C., Postigo, S. (2020). Prevalence of hypoactive sexual desire disorder among sexually active postmenopausal women with metabolic syndrome at a public hospital clinic in Brazil: A cross-sectional study. *Sexual Medicine*, 8 (3), 545-553. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2020.05.008>.
- Sotomayor, M. (2005). The burden of premature ejaculation: The patient's perspective. *The Journal of Sexual Medicine*, 2, 110-114. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.20371.x>.
- Tangeney, J. P., Wagner, P. E. & Gramazow, R. (1989) *The Test of Self-Conscious Affect (TOSCA)*. George Mason University, Fairfax, VA
- Tangney, J. P., & Dearing, R. I. (2002). *Shame & guilt*. The Guilford Press: New York, London
- Vosper, J., Irons, C., Mackenzie-White, K., Saunders, F., Lewis, R., & Gibson, S. (2021) Introducing compassion focused psychosexual therapy, *Sexual and Relationship Therapy*, DOI: 10.1080/14681994.2021.1902495.

