



Comparison the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and cognitive- behavior therapy on Female Sexual Interest/Arousal Disorder, Sexual Intimacy and Sexual Self- Concept of Women

Maryam Mohagheghian, PhD Student

Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

Mohammad bagher Kajbaf, Ph.D

Professor, Department of psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Alireza Maredpour, Ph.D

Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran.

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری بر اختلال میل / برانگیختگی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان

مریم محققیان

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

محمدباقر کجباغ*

استاد گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

علیرضا ماردپور

استادیار گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavior therapy on female sexual interest/arousal disorder, sexual intimacy and sexual self-concept of married women referring to counseling centers in Isfahan city. This was a quasi-experimental design with pretest, posttest, three months follow up and control group. The population included married women with sexual interest arousal problems who responded to calls from counseling centers. 45 Samples were selected with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fifth edition criteria and female sexual function questionnaire scores. Subjects were randomly assigned in two experimental groups and control group. The experimental groups received 8 sessions 90 minutes weekly intervention. The instruments used in this study included Rosen Female Sexual Function Questionnaire, Botlani Sexual Intimacy Questionnaire and Snell Sexual Self- Concept Questionnaire. Data analysis was performed by analysis of covariance with repeated measures. The results showed that both treatment approaches had a significant effect on all three variables. ($P < 0.05$). And there was no significant difference between the two treatment approaches.

Keywords: acceptance and commitment therapy, cognitive behavior therapy, female sexual interest/arousal disorder, sexual intimacy, sexual self-concept.

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر اختلال میل / برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بود. طرح پژوهش نیمه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل دارای مشکلات میل برانگیختگی جنسی پاسخ‌گو به فراخوان مراکز مشاوره در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه‌ها (۴۵ نفر) با انجام مصاحبه بالینی طبق معیارهای نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی و نمره پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله هفتگی دریافت کردند. ابزارهای اندازه‌گیری پرسش‌نامه سنجش عملکرد جنسی زنان روزن، صمیمیت جنسی بطلانی و خودپنداره جنسی اسنل فرم کوتاه بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد. نتایج نشان داد هر دو رویکرد درمانی تاثیر معناداری بر هر سه متغیر داشته است ($p < 0.05$). این تغییرات در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند. بین اثربخشی دو رویکرد درمانی تفاوت معناداری وجود نداشت.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری، اختلال میل / برانگیختگی جنسی زنان، صمیمیت جنسی، خودپنداره جنسی.

مقدمه

صمیمیت توانایی برقراری ارتباط با دیگری با حفظ فردیت است و در روابط زناشویی، صمیمیت الگوی رفتاری با اهمیتی است که شامل جنبه‌های هیجانی، عاطفی و اجتماعی نیرومندی می‌باشد و بر پایه پذیرش و رضایت خاطر شکل می‌گیرد. از میان سه عنصر اساسی عشق (صمیمیت، میل، تعهد)، صمیمیت سهم زیادی در رضایت زناشویی و تعامل زوجین دارد (Farhadian, 2016).

صمیمیت جنسی به عنوان یکی از اقسام صمیمیت عبارت است از نیاز به در میان گذاشتن، سهیم شدن و ابراز افکار، احساسات و خیال‌پردازی‌های جنسی با همسر. این نوع صمیمیت به طور خاص در راستای برانگیختن و میل جنسی است. صمیمیت جنسی شامل در میان گذاشتن تجارب عاشقانه با یکدیگر، نیاز به تماس بدنی، آمیزش جنسی و اموری است که موجب تحریک و رضایت جنسی می‌شود (Bagarozzi, 2001). صمیمیت و کام‌یابی جنسی و افزایش میزان لذت و رضایت حاصل از آن، از عوامل اصلی در جلوگیری از مختل شدن روابط زناشویی است (Moosavi, 2016). فقدان در هر یک یا همه حوزه‌های صمیمیت (صمیمت شهوانی، صمیمیت حسی و درک همسر به‌عنوان یک فرد خاص) می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد جنسی شود (Kajbaf, 2012). مختل شدن و یا عدم وجود روابط جنسی نقش زیادی در ایجاد مشکلات زناشویی دارد، به‌طوری که به میزان ۵۰ تا ۷۰ درصد به صمیمیت و احساسات خوب زناشویی آسیب وارد می‌کند. (Farhadian, 2016)

بدین ترتیب میان عملکرد جنسی و صمیمیت رابطه‌ای دو طرفه وجود دارد و افزایش یا کاهش صمیمیت جنسی بر بهبود عملکرد جنسی و یا نقص و بدعملکردی آن تاثیر دارد.

خودپنداره به‌عنوان ادراکاتی که فرد از طریق تعامل با محیط اطراف و تفسیر این تعاملات، درباره خود شکل می‌دهد، تعبیر شده است (Nikdel & et al., 2018). خودپنداره جنسی یک ساختار پویا، فعال و چند بعدی است و به احساس‌ها و ادراکات مثبت و منفی افراد در مورد خود به عنوان یک وجود جنسی اشاره دارد (Osullivan & et al., 2006). زنان دارای خودپنداره جنسی مثبت در سطح بالاتری از پاسخ‌های جنسی قرار دارند و رضایت جنسی

نیاز جنسی از اعصار گذشته تاکنون از بحث‌انگیزترین نیازهای انسان بوده است و در هر دوره‌ای از تاریخ حتی در زمانی که فرهنگ و تمدن به معنای کنونی آن وجود نداشته ذهن بشر را به خود معطوف کرده و رفتار انسان‌ها را تحت تاثیر قرار داده است. کیفیت و چگونگی روابط جنسی از عوامل با اهمیت و تاثیر گذار در خوشبختی زناشویی است بر این اساس هر گونه ناتوانی در روابط جنسی بر رابطه بین زوجین تاثیر دارد و اگر بر این روابط خللی وارد شود، منجر به احساس محرومیت، ناکامی و تنش و تعارض زناشویی و به دنبال آن از هم پاشیدگی بنیان خانواده می‌شود (Zareei Mahmoodabadi & Yavari, 2013). ناتوانی‌های جنسی به‌صورت انواع مختلف اختلالات جنسی دیده می‌شود. بعضی مختص مردان و بعضی فقط در زنان و برخی در هر دو مشترک است (Javidi & et al., 2013). فقدان یا کاهش میل جنسی، شایع‌ترین مشکل جنسی است که توسط زنان گزارش شده است (Peterson, 2017). کاهش یا فقدان میل جنسی در زنان می‌تواند باعث ایجاد استرس و ناراحتی و حتی منجر به تشخیص اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان شود (Kenzie, 2018). در تشخیص اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان، فقدان یا کاهش قابل ملاحظه میل/برانگیختگی جنسی با حداقل سه مورد از این موارد آشکار می‌شود: فقدان/کاهش علاقه به فعالیت جنسی، فقدان/کاهش افکار یا خیال‌پردازی‌های جنسی، شروع نکردن یا کاهش شروع فعالیت جنسی و معمولاً پذیرا نبودن اقدامات همسر برای شروع فعالیت جنسی، فقدان/کاهش برانگیختگی/لذت جنسی هنگام فعالیت جنسی در تقریباً تمام آمیزش‌های جنسی، فقدان/کاهش میل/برانگیختگی جنسی در پاسخ به هر گونه نشانه‌های جنسی بیرونی و درونی، فقدان/کاهش احساسات تناسلی یا غیر تناسلی در طول فعالیت جنسی. علائم مذکور باید حداقل به مدت ۶ ماه ادامه داشته باشد و موجب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی در فرد شوند هم‌چنین این اختلال نباید پیامد یک آشفتگی شدید ارتباطی، عوامل استرس‌زای مهم و یا ناشی از تاثیر مواد/دارو یا بیماری‌های جسمانی دیگر باشد (Kaplan & Sadock, 2015).

مشکلاتی نیز وجود می‌آورد که می‌توان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای حل این مشکلات گام برداشت (Luoma & et al., 2017) گرچه این رویکرد، برای درمان مشکلاتی هم‌چون افسردگی و اضطراب وجود آمد، اما می‌توان از اصول آن برای ارتقا و غنی‌سازی هر نوع ارتباطی استفاده کرد (Harris, 2009).

درمان شناختی- رفتاری (Cognitive behaviour therapy) یک درمان روانشناختی می‌باشد که به کنش متقابل بین این که ما چگونه فکر، احساس و عمل می‌کنیم توجه دارد و بر مشکلات حال حاضر متمرکز است و در مداخلات درمانی از سبکی سازمان یافته پیروی می‌کند (Howton & et al., 2014). در حوزه درمان اختلالات جنسی همواره درمان‌های متعددی مطرح بوده است. درمان شناختی- رفتاری یکی از مشهورترین و شناخته‌شده‌ترین رویکردهای درمانی برای مواجهه با بد عملکردی‌های جنسی است. این رویکرد درمانی بر اساس تغییرات فرایندهای ذهنی و ساختارهای ذهن و رفتارهای مختلف انسان استوار است و دارای دامنه وسیعی از مداخلات درمانی با توجه بر عوامل شناختی خاص در مورد میل شامل اسطوره‌های مرتبط با فعالیت جنسی، طرحواره‌های جنسی منفی شخصی، حواس‌پرتی در طی انجام فعالیت جنسی، قضاوت‌های متمرکز بر عملکرد جنسی یا تصویر بدنی فرد و هم‌چنین عوامل رفتاری خاص در مورد میل شامل اجتناب از فعالیت جنسی و مشکل در برقراری ارتباط با شریک جنسی است (Stephenson & Kerth, 2017). دیدگاه شناختی رفتاری ترکیبی از تکنیک‌های شناختی مانند افزایش آگاهی جنسی با آموزش دادن اطلاعاتی، آموزش خیال‌پردازی، مهارت‌های تمرکز-توجه (تمرکز حسی)، بازسازی نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی، خودتقویتی، آموزش مهارت‌های حل مساله و تکنیک‌های رفتاری مثل توقف-شروع، آموزش آرمیدگی، حس‌یابی جنسی و تکنیک فشردن را برای درمان مشکلات جنسی به‌کار می‌گیرد (Spence, 1991).

در مورد اختلال میل / برانگیختگی زنان و مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری تاکنون مطالعات داخلی و خارجی اندکی انجام شده است. در راستای این مطالعات در پژوهش (Tabatabai,

و خودکارآمدی جنسی، هوشیاری جنسی و توانایی بیشتری در مدیریت مشکل جنسی دارند، در حالی که در زنان دارای خودپنداره جنسی منفی عملکرد جنسی نامطلوب، مشکلات جنسی و افسردگی جنسی بیشتری وجود دارد؛ به طوری که آنان برای سازگاری با مشکلات جنسی شان کمتر تلاش می‌کنند و فعالیت جنسی کمتری را هم تجربه می‌کنند (Hamidi & et al., 2020). پژوهش‌های مختلف بر وجود اثر متقابل بین خودپنداره جنسی زنان و عملکرد جنسی دلالت دارد به طوری که زنان با خودپنداره جنسی منفی، به احتمال زیادی به اختلالات جنسی دچار می‌شوند (Ghanadian, 2016).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) یک رفتار درمانی موج سوم است که توسط استیون هیز و همکارانش از ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی شده است. تاکید این درمان تغییر در ساختار یا عملکرد بوسیله فرضیه‌های بافتی از جمله ارتباط درمانی می‌باشد. در این مدل، تمرکز بر تغییر گسترده تر شده است و تاکید آن بر تغییر رفتارهای قابل مشاهده بیرونی و رفتارهای درونی مانند فکرنیست (Izadi & Abedi, 2014). درمان پذیرش و تعهد با تکیه بر شش فرایند مرکزی پذیرش، ناهم‌جوشی شناختی، خود به عنوان زمینه، ذهن آگاهی، ارزش‌ها و تعهد به عمل، هسته مشکلات را هدف قرار می‌دهد و باعث ایجاد و افزایش انعطاف پذیری روانشناختی در افراد می‌شود. (Hayes, 2012) این درمان شامل تمرین‌های مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و جملات متناقض نما، مدیتیشن و مراقبه ذهنی و تمرین‌های رفتاری هدایت شده توسط ارزش هاست. جهت-گیری درمان پذیرش و تعهد، تغییر افکار و احساسات رنج‌آور به تجارب انسانی طبیعی است تا یک زندگی پرمعنا و غنی را پدید آورد (Honarparvaran & et al., 2014). در دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شکل‌گیری رفتارهای مختلف انسان، متأثر از شرایط زندگی است و زمینه‌ها و تجارب هر فرد در زندگی، پایه رفتارهای رومانیتیک و عاشقانه را در زندگی طرح‌ریزی می‌کند و تعاملات کلامی افراد در دوران کودکی و اواخر دوران کودکی و بلوغ جنسی، روابط زوجی آن‌ها را در آینده تحت تاثیر قرار می‌دهد. بدین ترتیب، زبان و تعاملات کلامی، تجربه عشق و صمیمیت را پربار می‌کند اما

۱. درمان پذیرش و تعهد بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی تاثیر معناداری دارد.
 ۲. درمان شناختی- رفتاری بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی تاثیر معناداری دارد.
 ۳. بین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی تفاوت وجود دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش شبه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می- باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل زنان متاهل دارای مشکلات میل برانگیختگی جنسی در گروه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال شهر اصفهان بودند که در سال ۱۳۹۸ به فراخوان نصب شده در مراکز مشاوره شهر اصفهان پاسخ دادند. با انجام مصاحبه‌ی بالینی بر اساس ملاک‌های نسخه پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به پژوهش مبنی بر کسب نمره ی ۴۵ و پایین‌تر در پرسشنامه‌ی عملکرد جنسی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی و جسمانی و عدم مصرف هر گونه داروی روانپزشکی و مواد مخدر و اعتیاد اور و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، و ملاک‌های خروج شامل ناتوانی در شرکت در جلسات درمان و با توجه به توصیه‌های علمی مبنی بر استفاده از نمونه‌گیری هدفمند در مواقعی که ملاک‌های ورود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند و با توجه به توصیه‌ی ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌ها در مطالعات آزمایشی، از بین جامعه آماری، ۴۵ نفر که شرایط ورود به آزمایش را کسب کردند انتخاب شدند و سپس بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ۱۵ نفر در گروه آزمایش اول، ۱۵ نفر در گروه آزمایش دوم و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل رعایت رازداری کامل برای تک تک شرکت کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل برای

(2015) اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی و کم رویی و جرات ورزی زنان دارای اختلالات جنسی تایید شد. در مطالعه (Farshid Manesh & et al., 2019)، به مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر صمیمیت، تعهد و شادکامی زناشویی زنان با دلزدگی زناشویی پرداخته شد و نتایج، اثر بخشی این درمان‌ها را تایید نمودند. همچنین (Ghalyan Nozari & et al., 2019)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد جنسی و عملکرد جنسی زنان باردار را مورد مطالعه قرار دادند، نتایج مداخله، اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش را تایید نمود. (Eydeldkhani & et al., 2018)، در یک پژوهش به مقایسه اثربخشی آموزش روش چند سطحی فلدمن و مهارت‌های صمیمانه بر صمیمیت جنسی زنان دچار دلزدگی زناشویی پرداختند. نتایج نشان داد هر دو رویکرد در افزایش صمیمیت مؤثر بودند اما رویکرد مهارت‌های صمیمانه تاثیر بیشتری داشت. در تحقیق دیگر (Khanjani veshki & et al., 2016) به مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر صمیمیت زناشویی زوجین متعارض پرداختند. نتایج اثربخشی هر دو مدل درمانی بر صمیمیت زناشویی را تایید نمود ولی بین دو نوع درمان تفاوتی مشاهده نشد. همچنین (Paterson & et al., 2017) اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی بر اختلال میل برانگیختگی زنان را تایید کردند.

با توجه به این که مسایل جنسی از لحاظ میزان اهمیت در ردیف مسایل درجه اول زندگی زناشویی قرار دارد و مشکلات جنسی و زناشویی اثرات مخرب بر زندگی فردی و بین فردی دارد و در راستای وجود تفاوت‌ها و نحوه عملکرد دو رویکرد درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری و با توجه به این موضوع که تاکنون مقایسه‌ی این دو درمان بر اختلال میل / برانگیختگی جنسی زنان صورت نگرفته است؛ پژوهش حاضر با هدف مقایسه درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان انجام شد. فرضیه‌های پژوهش شامل موارد زیر بود:

کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (Female sexual functional index questionnaire): این پرسشنامه توسط (Rosen, 2000) تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال بسته پاسخ با طیف شش گزینه‌ای بصورت گزینه‌های متفاوت برای هر با طیف نمره گذاری صفر تا پنج می‌باشد. پرسشنامه دارای شش خرده مقیاس میل جنسی، تحریک، مرطوب‌شدن، ارگاسم، رضایتمندی و درد است. نمره بالاتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی بهتر است. نقطه برش در پرسشنامه نمره ۴۵ می‌باشد، بر این اساس نمره پایین‌تر از ۴۷ نشان‌دهنده اختلال در عملکرد جنسی فرد است (Rosen, 2000). روایی و پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۸۴ و پایایی حیطه میل جنسی ۰/۸۸، تحریک ۰/۸۲، مرطوب شدن ۰/۸۵، ارگاسم ۰/۸۹، رضایتمندی ۰/۸۴ و درد را ۰/۸۲ گزارش داده‌اند. در پژوهش (Soltani, 2018)، آلفای کرونباخ کل ۰/۹۹ بدست آمد و روایی همزمان با استفاده از نسخه ایرانی شده شاخص عملکرد جنسی زنان بدست آمد که برای همه ابعاد معنادار بود و طیف آن از $r = 0/3$ تا $0/72$ ادامه داشت و روایی همگرایی نسخه ایرانی شاخص عملکرد جنسی زنان در همه موارد، همبستگی بالایی با بعد مربوط به خود نشان دادند و همبستگی دارای طیفی از ۰/۵۲ تا ۰/۹۲ بود که بالاترین میزان روایی همگرایی برای بعد میل جنسی و کمترین میزان آن در بعد تحریک بود. در پژوهش (Mohammadi & et al, 2008) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی مقیاس‌های تمایلات جنسی ۰/۷، برانگیختگی جنسی ۰/۹، رطوبت جنسی ۰/۹، ارگاسم ۰/۹۱، رضایتمندی ۰/۷۶ و درد ۰/۸۸ گزارش شد و پایایی کل مقیاس ۰/۹۲ بود. همچنین در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسشنامه پس از انجام یک مطالعات مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه آماری و تعیین واریانس سؤال‌ها، از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه و ضریب پایایی کلی پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمد. یک مورد از

سوالات پرسشنامه عبارت است از: در طول یک ماه اخیر، میزان علاقه و میل جنسی شما در چه سطحی بوده است؟

پرسشنامه صمیمیت جنسی (sexual intimacy questionnaire): پرسشنامه صمیمیت جنسی توسط (Botlani et al., 2010) تهیه شده است و دارای ۳۰ سوال است. هر سوال دارای طیف چهارگزینه‌ای (همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، هیچ‌وقت) با نمره‌های یک تا چهار است. حداکثر نمره ۱۲۰ و حداقل نمره ۳۰ است. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی صمیمیت جنسی بیشتر بین زوجین است. این پرسش‌نامه دارای یک نمره کل است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط پنج متخصص روان‌شناس در دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی اصفهان تایید شد، و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شد. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش (Moosavi, 2016) ۰/۷۹ گزارش شد. همچنین در پژوهش حاضر برای سنجش پایایی پرسشنامه پس از انجام یک مطالعات مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از افراد جامعه آماری و تعیین واریانس سؤال‌ها، از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه و ضریب پایایی کلی پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد. یک مورد از سوالات پرسش‌نامه عبارت است از: خواسته‌های جنسی خود را راحت مطرح می‌کنم.

پرسشنامه خودپنداره جنسی فرم کوتاه (sexual self-concept questionnaire short form): پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی (Snell, 1998)، که توسط اسنل از بخش روانشناسی دانشگاه جنوب شرقی میسوری آمریکا (۱۹۹۸) ساخته شده است، یکی از کاربردی‌ترین ابزارهایی است که در حوزه روان‌شناختی برای اندازه‌گیری درک افراد از رابطه جنسیشان بکار برده می‌شود. این پرسشنامه در فرم کوتاه، توسط (Rostosky & et al, 2008) اصلاح شد. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال بسته پاسخ با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم نمره ۵، موافقم نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، مخالفم نمره ۲، کاملاً مخالفم نمره ۱) می‌باشد. پرسشنامه دارای دو خرده مقیاس عزت نفس جنسی و آرامش جنسی است. نمره بالاتر نشان‌دهنده خودپنداره جنسی مثبت‌تر است. (Snell, 1998)، روایی و پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۸۵ و پایایی حیطه عزت نفس جنسی ۰/۸۲ و آرامش

روش اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌ها

قبل از اعمال متغیر مستقل، پیش‌آزمون توسط ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های عملکرد جنسی زنان، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل اجرا شد. سپس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه بر یک گروه آزمایش اعمال شد. درمان شناختی- رفتاری طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه بر گروه دیگر آزمایش اعمال شد (خلاصه‌ای از جلسات مداخله در جداول شماره ۱ و ۲ آمده است). در طی این مدت بر گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای اعمال نشد. بعد از اجرای متغیر مستقل بر دو گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامه‌های عملکرد جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی بر گروه‌های آزمایش و گروه کنترل اجرا شد. همچنین سه ماه بعد نیز آزمون‌های مذکور برای نشان دادن پایداری اثر اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS²² با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد. پروتکل درمانی پژوهش در درمان پذیرش و تعهد، اقتباسی از بسته درمان (Forman & Herbert, 2007) و درمان پذیرش و تعهد با عشق (Harris, 2009) و درمان شناختی تعهد (Izadi & Abedi, 2014) بود. در اجرای درمان شناختی - رفتاری از منابع علمی (Masrers & Johanson, 1970) (Whestheimer & Lopater, 2005) و (Spence, 1991) استفاده شد.

جنسی ۰/۸۷ گزارش نموده است. در ایران این پرسشنامه توسط (Bolghan Abadi & et al, 2017) به فارسی برگردانده شد، و پایایی مقیاس در تحقیق آن‌ها ۰/۹۱ در مقیاس کل به شیوه آلفای کرونباخ بدست آمد. برای خرده مقیاس عزت نفس جنسی ۰/۸۶ و خرده مقیاس اضطراب جنسی ۰/۹۴ به دست آمد. به روش باز آزمایی پایایی برای مقیاس کلی ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس عزت نفس جنسی ۰/۷۸ و اضطراب جنسی ۰/۸۳ کسب شد. روایی سازه این مقیاس نیز توسط (Bolghan Abadi & et al, 2017). صورت گرفت و نتایج تحلیل عاملی مقیاس دو عامل کلی را نشان داد. عامل اول عزت نفس جنسی با ۸ سوال با ارزش ویژه ۳/۷۱ و عامل دوم با ۸ سوال و ارزش ویژه ۳/۵۳ با بارهای عاملی بیشتر از ۰/۴ استخراج شدند. ضریب kmo ۰/۸ بود و آزمون کرویت بارتلت در سطح کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنادار شد. در پژوهش حاضر نیز جهت سنجش پایایی آزمون پس از انجام یک مطالعه مقدماتی و توزیع پرسشنامه بین ۳۰ نفر از افراد جامعه آماری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد سنجش قرار گرفت که ضریب ۰/۸۶ بدست آمد. یک مورد از سوالات پرسشنامه عبارت است از: احساسات مثبتی در رابطه با شیوه- ای که به نیازهای تمایلات جنسی‌ام نزدیک می‌شوم دارم.

جدول ۱. خلاصه مداخلات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	مداخلات درمان پذیرش و تعهد
جلسه اول	آشنایی با مفاهیم درمان پذیرش و تعهد، توصیف اختلال میل برانگیختگی جنسی و اعتبار بخشی به رنج بیمار
جلسه دوم	توصیف راهبردهای شناختی و مقابله‌ای (راهبردهایی مثل تسلیم، اجتناب، جبران، نادیده گرفتن و غیره)، مفهوم سازی درماندگی خلاق
جلسه سوم	مفهوم‌سازی مشکل (اختلال میل برانگیختگی جنسی) با توجه به بافت فرهنگی و پیشینه‌ی زندگی، بررسی استرسورها و تروماها در زندگی گذشته و بررسی داستان زندگی، شناسایی خود مفهوم سازی شده، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، انجام تمرینات ذهن آگاهانه
جلسه چهارم	بررسی و شناسایی راهبردهای تنظیم هیجان (اجتناب، جبران، تسلیم، خودتخریبی و غیره) بیان مفهوم کنترل مساله است نه راه حل، تمرین اسکن بدن
جلسه پنجم	مداخله در آمیختگی شناختی در زندگی جنسی، معرفی انواع خود و چسبندگی به آن‌ها، توضیح در مورد افکار و

احساسات و علایم بدنی و امیال و خاطرات، مفهوم‌سازی حذف و تحمل و پذیرش. تمرین ذهن آگاهانه ماساژ بدنی	
جلسه ششم	انجام تن آرامی ذهن آگاهانه با هدف توجه به اندام‌ها و احساسات جنسی، آموزش تمرین کگل، مفهوم سازی خود به عنوان زمینه، ارایه تکلیف تجربه کردن خود به عنوان زمینه با مشاهده‌ی افکار در زندگی روزمره و جنسی، انجام تمرینات تن آرامی، تداوم انجام تمرین کگل در منزل
جلسه هفتم	شناسایی حوزه‌های مهم زندگی و موانع سر راه، تصریح ارزش‌ها در حوزه‌های مختلف زندگی و حوزه‌ی زندگی جنسی با تاکید بر صمیمیت جنسی. ارایه ی تکلیف
جلسه هشتم	بررسی موانع سر راه ارزش‌ها، تعهد و اقدام به عمل برای رسیدن به اهداف تعیین شده در حوزه‌ی زندگی جنسی، ارایه‌ی تکلیف
جدول ۲. خلاصه مداخلات درمان شناختی - رفتاری	
جلسات	مداخلات درمان شناختی - رفتاری
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، بیان اهداف درمان، بررسی مشکلات جنسی مراجعین، تعریف و توضیح اختلال عملکرد جنسی، و بررسی علل بی میلی جنسی
جلسه دوم	بررسی نگرش‌های منفی جنسی غالب، بررسی باورهای جنسی غیر منطقی و تشریح آن‌ها از دیدگاه علمی، بررسی نگرش‌های زنان مبتلا به کاهش میل جنسی، بررسی سیر جسمانی و احساسی در حین مقاربت، ارایه‌ی تکلیف و منع ارتباط جنسی
جلسه سوم	مرور جلسه‌ی قبل، بازسازی شناختی افکار ناکارآمد جنسی و ارایه‌ی تکلیف خانگی
جلسه چهارم	بیان علل و عوامل ایجاد کننده‌ی بی میلی جنسی، آشنایی با اندام‌های جنسی و اعمال فیزیکی و هورمون‌ها، آموزش نقاط حساس جنسی، آموزش فواید ارتباط جنسی از بعد جسمانی و روانشناختی، آموزش علمی نقش زن در ارتباط جنسی، آموزش چرخه‌ی پاسخ جنسی و علایم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، آموزش مهارت‌های ارتباطی
جلسه پنجم	مرور جلسه ی قبل، منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز، توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام‌های غیر تناسلی، بررسی ارتباط کلامی چگونگی بیان هیجان‌ات زوجین به یکدیگر، آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی و خود ابرازی جنسی به همسر، افزایش صمیمیت کلامی زوجین، ارایه‌ی تکلیف
جلسه ششم	مرور جلسه‌ی قبل، حذف ممنوعیت لمس اندام‌های تناسلی، ارایه اطلاعات بیشتر در مورد اندام‌های تناسلی زن و مرد و نقاط حساس جنسی، افزایش خود آگاهی زنان، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی، توجه به تحریک و لذت اندام‌های تناسلی، آموزش خیال پردازی جنسی، آموزش تمرینات کگل و ارایه‌ی تکلیف
جلسه هفتم	مرور جلسات ۵ و ۶، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت و پیشنهاد هر کدام از آن‌ها به مدت یک هفته به زوجین، آموزش چگونگی رسیدن به ارگاسم، ارایه‌ی تکلیف
جلسه هشتم	مرور جلسه‌ی قبل، ارزیابی تکنیک‌های مختلف به کار گرفته شده، بازخورد دهی پیرامون میزان اثربخشی درمان، رفع اشکالات، ارزیابی نتایج مثبت حاصل از طرح درمانی و میزان رضایتمندی از درمان، اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

بازه سنی مورد مطالعه در این پژوهش زنان متاهل گروه سنی ۲۵ تا ۴۵ ساله بودند، طرح پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. بعد از اجرای مداخله، از گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون و پیگیری به‌عمل آمد و داده‌ها استخراج شد. بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی، بیشترین فراوانی در زنان گروه آزمایش و کنترل مربوط به گروه سنی ۲۵-۳۱

سال و کمترین فراوانی مربوط به زنان گروه سنی ۳۹-۴۵ سال بود. فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری بوسیله آزمون شاپیروویلک مورد بررسی قرار گرفت، آزمون شاپیروویلک بر نمرات اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان، خودپنداره جنسی و صمیمیت جنسی معنادار نبود بنابراین، با ضریب ۰/۹۵ اطمینان فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری رد نشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره

جنسی زنان							
منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اختلال میل / برانگیختگی جنسی (گروه)	۴۷۷/۷۹	۱	۴۷۷/۷۹	۵۳/۵۴	۰/۰۰۲	۰/۶۸	۱
صمیمیت جنسی (گروه)	۲۹۶/۶۶	۱	۲۹۶/۶۶	۴/۷۱	۰/۰۴	۰/۱۵	۰/۵۵
خودپنداره جنسی (گروه)	۱۹۷/۴۵	۱	۱۹۷/۴۵	۷/۸۸	۰/۰۱	۰/۲۴	۰/۷۷

با انجام آزمون تحلیل کواریانس و با توجه به نتایج جدول ۳، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان گروه آزمایش و کنترل نشان داد. بنابراین می توان نتیجه گرفت، درمان پذیرش و تعهد بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان تاثیر داشته است. اندازه اثر نشان دهنده این است که در پس آزمون متغیر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی ۶۸ درصد، متغیر صمیمیت جنسی

۱۵ درصد، و در متغیر خودپنداره جنسی ۲۴ درصد از نمرات تحت تاثیر درمان پذیرش و تعهد قرار دارد. آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر نیز اثر پایداری درمان بر متغیرهای پژوهش پس از گذشت سه ماه را تایید کرد. در راستای بررسی فرض دوم پژوهش با انجام آزمون های لوین و سپس باکس فرض همگنی واریانس و فرض برابری واریانس نمرات متغیرهای پژوهش پذیرفته شد و به این ترتیب آماره های پارامتریک در جهت تحلیل استنباطی داده ها مورد استفاده قرار گرفت.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر متغیرهای اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اختلال میل / برانگیختگی جنسی (گروه)	۴۸۲/۴۳	۱	۴۸۲/۴۳	۴۹/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
صمیمیت جنسی (گروه)	۵۲۳/۶۰	۱	۵۲۳/۶۰	۷/۰۲	۰/۰۲	۰/۲۲	۰/۷۲
خودپنداره جنسی (گروه)	۱۶۹/۱۷	۱	۱۶۹/۱۷	۵/۲۸	۰/۰۱	۰/۳۳	۰/۶۰

۲۲ درصد، و در متغیر خودپنداره جنسی ۳۳ درصد، تحت تاثیر شناختی- رفتاری قرار دارد. با انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیریهای مکررنیز اثر پایداری درمان شناختی- رفتاری بر متغیرهای پژوهش پس از گذشت سه ماه تایید شد.

برای بررسی فرض سوم پژوهش، با توجه به نتایج آزمون لوین و باکس و پذیرفته شدن فرض همگنی واریانس و فرض برابری واریانس نمرات متغیرهای پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد.

با انجام آزمون تحلیل کواریانس و توجه به نتایج جدول ۴، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس آزمون اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان گروه آزمایش و کنترل نشان داد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان شناختی- رفتاری بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان تاثیر داشته است. اندازه اثر نشاندهنده این است که در نمرات پس آزمون متغیر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی ۶۵ درصد، متغیر صمیمیت جنسی

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مقایسه میزان تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر

متغیرهای اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری
اختلال میل/ برانگیختگی جنسی (گروه)	۴/۰۳	۱	۴/۰۳	۰/۰۷	۰/۸۰
صمیمیت جنسی (گروه)	۴۳/۱۳	۱	۴۳/۱۳	۰/۲۰	۰/۶۷
خودپنداره جنسی (گروه)	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	۰/۱۹	۰/۶۶

این دو درمان بر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد و اثربخشی دو درمان تقریباً به یک میزان است. در خصوص تبیین فرضیه اول مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان یافته‌ها در بافتی وسیعتر در راستای یافته‌های این پژوهش‌ها مورد تایید است (Ghasemi & Jebel Ameli, 2020, Ghalyan Nozari & et al, 2019, Farshidmanesh & et all, 2019, Brotto & et al, 2017, Stephenson & Kerth, 2017, Saadatmand & et all, 2017, Paterson & et all, 2017, Tabatabai, 2015).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: گرچه رد پایی از درمان‌های سنتی شرقی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دیده می‌شود اما این رویکرد بر اساس روش‌های علمی دقیق بنیان نهاده شده است و هدف آن ایجاد و افزایش گنجایش انعطاف پذیری روانشناختی است. انعطاف پذیری روانشناختی

طبق نتایج جدول ۵، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر متغیرهای اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان نشان نداد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر متغیرهای اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان به یک میزان بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش که با هدف مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر اختلال میل برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان انجام شد؛ نشان داد هر دو مدل درمانی تاثیر مثبت و معناداری در مرحله پس آزمون و پیگیری بر متغیرهای میل / برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی دارند اما بین اثربخشی

دراز مدت به این احساسات دامن نیز می زند و به درد و رنج و آسیب بیشتر در رابطه منتهی می شود (Navabi Nejad & et al, 2015). در پژوهش حاضر نیز، زنان متوجه شدند ذهن شان کارخانه ساخت افکار و استاد مرور داستان ها و قصه هاست و این کار هرگز متوقف نمی شود و بسیاری از این داستان های ذهن نظرات، قضاوت ها، باورها، نگرش ها، تخیلات، تفسیرها، ارزیابی ها و مفاهیم هستند و تنها انعکاسی از شیوه نگرش افراد به دنیا است و این تلاش ذهن است تا آن ها را در این داستان ها فرو ببرد و سناریوهای دردناک بسازد و خطاها و ضعف ها را برجسته کند. زنان فهمیدند چسبیدن به این داستان ها آن ها را به قعر چاهی تاریک و مخوف خواهند افکند. پس آهسته آهسته از این داستان ها دور شدند و رهایی و گسلس را تجربه کردند و توانستند با نگرشی باز به مسایل بنگرند و یک فضای روانشناختی وسیع در خود بیافرینند.

در خصوص فرضیه دوم مبنی بر تاثیر درمان شناختی - رفتاری ویژه اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان بر اختلال میل/برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان متاهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان نتایج در بافتی وسیعتر با این یافته ها در یک راستا است (Palaniappan & et al, 2017, Kingsberg & et al, 2017, zeydi, 2016, Hucker & McCabe, 2014, Bakhtiari & et al, 2014, Eshghi, 2006, Sasanpour & et al, 2014, Kajfaj & et al, 2012, Salimi & Fatehizadeh, 2012).

در تبیین این یافته ها در پژوهش (Nober & Gouveia, 2008) ارتباطی معنادار بین افکار نگران کننده، وجود افکار قطع رابطه جنسی و نداشتن افکار شهوانی در زنان و عدم تحریر جنسی تایید شد. بر اساس یافته های پژوهش (Sasanpour & et al, 2014) آموزش تکنیک های بازسازی شناختی اجازه ابراز هیجانات به افراد می دهد و احساس گناه و اضطراب را کم می کند و ارتباط جنسی را بهبود می بخشد. در پژوهش حاضر نیز پژوهشگر با استفاده از تکنیک های درمان شناختی-رفتاری به زنان گروه آزمایش آموزش داد از پیش داروی و قضاوت نادرست در مورد خود و عملکرد جنسی شان پرهیز کرده و آگاهی شان را نسبت به احساسات و نگرش های منطقی افزایش دهند و با ایجاد نگرش مثبت و

توانایی حضور، پذیرا بودن و انجام عمل مناسب است و هر چه انعطاف پذیری روانشناختی افزایش یابد، رویارویی با احساسات تنش زا و جریان های فکری مزاحم راحت تر و موثر تر خواهد بود. محدود کردن افکار، تمرکز و تسلط و کاملاً درگیر شدن بر آنچه شخص انجام می دهد، رفتارهای غیر موثر خود آسیب رسان را تغییر می دهد و روابط بهتری را بنا می نهد (Harris, 2009). در پژوهش حاضر، انجام تمرینات ذهن آگاهانه به زنان اجازه داد تا مراتب عمیق تری از هشیاری را تجربه کنند و در زمان حال بر حس های بدنی جنسی، غیر قضاوتگراییانه تمرکز کنند و با شناسایی تجربه ذهنی و درونی خود از میل و برانگیختگی جنسی و جسمی، به این نشانه های جسمی و جنسی توجه کنند و بر آن متمرکز شوند و بتوانند عملکرد جنسی خود را بهبود بخشند و در نهایت به رضایت جنسی برسند.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر صمیمیت جنسی می توان به نکاتی اشاره کرد: درمان پذیرش و تعهد به واسطه پذیرش، عدم اجتناب تجربی و عدم استفاده از روش های کنترل، افزایش ذهن آگاهی، شناسایی ارزش ها و تعدیل انتظارات و عدم قضاوتگری موجب افزایش صمیمیت می شود (Saadatmand & et al, 2017). ارزش های خود در مورد زندگی جنسی شان را شناسایی کردند و پذیرا و متعهد شدند تا ارزش های جنسی شان را در آغوش بگیرند. آن ها فهمیدند صمیمیت جاده ای دو طرفه است؛ پس آن را با همسر به اشتراک گذاشتند و تلاش کردند از روی میل و بدون اجبار و بدون احساس شرم و گناه، نیاز ها و خواسته هایشان را به همسر ابراز کنند و برای داشتن یک زندگی جنسی بهتر، روابط جنسی را عملی بدانند که آن ها و همسرشان را به شیوه ای لذت بخش به هم وصل می کند.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودپنداره جنسی می توان گفت در تحقیق (Kashani Vahid & Kashani Vahid, 2019) زنانی که تحت درمان های روانشناختی مشاهده گر افکار، احساسات و رفتارهای اضطراب آور خود بودند، یاد گرفتند دیگر ترس و واژه ای از این افکار و احساسات نداشته باشند. رفتارهای اجتنابی نه تنها احساسات و افکار منفی فرد را بهبود نمی بخشد بلکه در

در ایجاد دل‌گرمی و بازگشت آن‌ها به زندگی کمک می‌کند. همچنین از آنجا که هر دو رویکرد درمانی پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری از مشهورترین درمان‌ها هستند و درمان پذیرش و تعهد از گسترش درمان شناختی-رفتاری پدید آمده است و هر دو درمان جنبه‌های مشترک فراوان دارند و بر طیف وسیعی از مشکلات و اختلالات روانشناختی تاثیر دارند قابل پیش بینی است زمانی که در جهت بهبود و افزایش ویژگی‌های روانشناختی (میل/ برانگیختگی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی) بکار می‌روند؛ بین آن‌ها تفاوت محسوسی نباشد و بر یکدیگر رجحان و برتری نداشته باشند. در واقع طبق گفته هیس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد را نباید دشمن و در تضاد با رویکردهای شناختی رفتاری تصور کرد؛ بلکه این رویکرد صرفاً گامی فراتر از تفاوت‌های موجود بین رویکردهای رفتاری و شناختی برداشته است.

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به تصادفی نبودن نمونه‌گیری اشاره کرد. با توجه به تابو بودن موضوع پژوهش جمع‌آوری نمونه‌ها مشکلات خاص خود را داشت. در پایان پیشنهاد می‌شود از این دو رویکرد درمانی در جهت بهبود اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان و افزایش صمیمیت و خودپنداره جنسی مثبت استفاده شود و همچنین اثربخشی این رویکردها با درمان‌های دیگر مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع

- Atar S, Behnia F, Heydari Z, Mahmoodi N. (2020). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on increasing sexual intimacy and reducing body image concerns in women with sexual dysfunction. *Journal of new advances in behavioral science*. 5(43). [in persian].
- Azimifar SH, Fatehizade M, Bahrami F, Ahmadi S A, Abedi A. (2016). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behaviour Couple Therapy and Acceptance Commitment Therapy on Increase Marital Happiness of Dissatisfied Couples. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 3(2), 81-56. [in Persian].
- Bolghan Abadi, M, Ahmadi SA, Bahrami F, Fatehizade M, Jazayeri R. (2017). *Study of Marital and*

مدیریت هیجانات و کاهش خطاهای شناختی عملکرد جنسی بهتری داشته باشند.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر صمیمیت جنسی می‌توان گفت: با توجه به پژوهش (Yoo & et al, 2014) اصلاح الگوهای ارتباطی زوج‌ها، شیوه ابراز و بروز نیازها و هیجانات مثبت و منفی و مهارت‌های کلامی و هیجانی در صمیمیت جنسی نقش مهمی دارد. در پژوهش (Atar & et al, 2020) نیز آموزش‌های شناختی - رفتاری با افزایش بینش، درک علت سیستماتیک بی میلی جنسی، افزایش آگاهی جنسی و بازسازی شناختی، افزایش صمیمیت جنسی زنان را در برداشت. در طی این پژوهش نیز آموزش‌های شناختی - رفتاری موجب افزایش سطح اطلاعات و آگاهی جنسی، ایجاد و بهبود کیفیت مهارت‌های جنسی، افزایش آرمیدگی و خیال‌پردازی جنسی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک کاهش میل جنسی و آگاهی از طرز بیان احساسات و شیوه‌های ابراز صمیمیت جنسی در زنان گروه آزمایش شد و مجموعه این موارد، به عنوان عاملی قدرتمند اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را سبب شد.

در خصوص فرضیه سوم مبنی بر مقایسه درمان پذیرش و تعهد و شناختی - رفتاری بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، صمیمیت جنسی و خودپنداره جنسی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان یافته‌ها در بافتی وسیعتر با یافته‌های پژوهش (Azimifar & et al, 2016) مبنی بر مقایسه زوج‌درمانی شناختی - رفتاری و درمان پذیرش و تعهد بر افزایش شادی زناشویی و مطالعه (Khanjani Veshki & et al, 2016) مبنی بر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و پذیرش و تعهد بر صمیمیت و کیفیت زناشویی همسویی دارد. در هر دو پژوهش رویکردهای درمانی موثر واقع شد و تفاوت بارزی میان دو مدل درمانی در نتایج مشاهده نشد.

در تبیین عدم تفاوت بین درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری در این پژوهش می‌توان گفت: از آنجا که هر دو درمان به صورت گروهی اجرا شدند و از ویژگی‌های بارز اجرای گروهی این است که افراد با دیدن رنج و مشکلات دیگران متوجه می‌شوند که درد و رنج در انسان‌ها مشترک است، خود را تنها و متفاوت از دیگران نمی‌دانند و این تفکر

- Individual Problems and Premature Ejaculation*. Isfahan: University of Isfahan. [In Persian].
- Botlani, S, Ahmadi SA, Bahrami F, Shah Siah M, Mohebi S. (2010). The effect of Attachment –based Couple Therapy on Sexual Satisfaction and Intimacy. *Principles of Mental Health Journal*, 12 (2), 496-505. [In Persian].
- Brotto, L. Chivers, M, L. Millman, R, D. Albert, A. (2016). Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women with Sexual Desire/Arousal Difficulties. *Sex behaves*, 45:1907-1921.
- Bagarozzi, D. A. (2001). *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook*. Brunner - Rutledge.
- Bakhtiari M, sheydaei H, Bahrainian S, Nouri M. (2014). The effect of cognitive-behavioral therapy on low sexual desire and marital satisfaction. *Thought and Behavior*, 9 (36), 7-16. [In persian].
- Eydelkhani, S, Heydari H, Davoodi H, Zare BahramAbadi M. (2019). Comparison of the Effectiveness of Feldman Multivariate Approach and Intimate Skills on the Sexual Intimacy in Women Have Marital Distress. *Journal of Psychological Science*; 17 (72), 937-944. [In persian].
- Eshghi R. (2006). *Effectiveness of Sexual Cognitive Behavior Counseling of Couples on Improving Sexual Frigidity of their Wives in Isfahan city*. Master thesis; Isfahan University. [In Persian].
- Farhadian, F. (2016). *Effectiveness of Teaching Sexual Skills on Marital Satisfaction and Sexual Intimacy*. Master thesis in family counseling, Mashhad, Ferdosi University. [In Persian].
- Farshid Manesh F, Davoodi H, Heidari H, Zare Bahramabadi M. (2019). Comparison of the effectiveness of mindfulness training and emotion-oriented therapy on intimacy, commitment and marital happiness of women with marital boredom. *Journal of Behavioral Science Research*: 17 (1): 56-67. [In Persian].
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799.
- Ghanadian, F. (2016). *Investigating the Relationship between Sexual Self-Concept, Sexual Function and Sexual Self-Esteem in Women with Veganism's*. Master thesis, Faculty of Humanities, Shahed University. [In Persian].
- Ghasemi, L, Jebel Ameli SH. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on sexual Interest of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. *Breast Diseases Quarterly*; 12(4), 39-51. [In Persian].
- Ghalyan Nozari, F, Hassanzadeh R., Gholamnejad S. (2019). The effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on dysfunctional sexual attitudes and sexual function in pregnant women. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences, Special Issue of Psychology*, 62, 624-631. [In Persian].
- Hamidi, F, Hamzehgardeshi, Z, Shahhosseini Z. (2020). Bio-Psycho-Social Factors Related to Female Sexual Self-Concept: A Scoping Review. *Clinical Excellence Journal*; 9, 23-34. [In Persian].
- Harris R. (2009). *Act with love*. New Harbinger Publications.
- Harris, R. (2009). Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 4: 70-6.
- Hayes, S. C., & Lillis, J. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Honarparvaran, N, Mirzaei Kia H, Nairi A, Lotfi M. (2014). *Practical guide for therapists in Acceptance and commitment therapy*. Omid Mehr. [In Persian].
- Howton, A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R & et al. (2014). The impact of social isolation on the health status and health related quality of life of older people. *Quality of life Reserch*. 20 (1): 57-67.
- Hucker, A. McCabe, M, P. (2014). An online mindfulness-based cognitive-behavioral therapy for female sexual difficulties: impact on relationship functioning. *Journal of sex & marital therapy*, volume 40-issue 6.
- Izadi, R, Abedi M, (2014). *Acceptance and Commitment Therapy*, Second Edition, Jungle: Tehran. [In Persian].
- Javidi, N, Bolghan-Abadi M & Dehghani Neyshaburi M. (2013). The Effectiveness of Couples Therapy

- Based on Happiness by Cognitive-Behavior Method to Increase Sexual Satisfaction in Couples. *Family Health*; 1 (4), 6-14. [In Persian].
- Kajbaf, M B, Faramarzi S, Hosayni F. (2012). Efficacy of Cognitive Behavior Therapy on Female Frigidity and Couples Sexual Intimacy in Cold- Tempered Women in Bandar Abbas. *Counseling and Family Psychotherapy*; 2012, 2 (3), 307-321. [In Persian].
- Kashani Vahid S, Kashani Vahid Z. Comparison. (2019). of schema therapy and acceptance and commitment group therapy on emotional orientation to sex in married women with low sexual self-efficacy. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*; 2019;4 (37): 72-51. [In Persian].
- Kaplan, B. J, Sadock, V A, Ruiz P. (2015). *Synopsis of Psychiatry*. eleventh edition.
- Kenzie, MC, N. (2018). Female Sexual Interest and Arousal Disorder: How We Can Help When our Patients Libido Hits the Brakes. *Physician Clinics*; volume3, Issue3, pages 285-337.
- Khanjani Veshki, S, Shafiabady, A, Farzad V, Fathizade, M. (2016). A Comparison between the Effectiveness of Cognitive Behavioural Couple Therapy and Acceptance and Commitment Couple Therapy on Conflicting Couple's Marital Intimacy in Isfahan. *Knowledge and Research in Applied Psychology*; vol 17, 4(77), 31-40. [In Persian].
- Kingsberg. S, A. Althof, S. Simon. J, A. Bracord, A. Bitzer, J. Carvalho, J. Flynn, K, E. Nappi, R,E. Reese, J, B. Rezaee, R. Schover, L. Shifrin, J, L. (2017). Female sexual dysfunction-medical and psychological treatments committee. *Journal of sexual medicine*, Volume 14. Issue. December. 1463-1491.
- Luoma, J, B. Hayes, S.C & Walser, R, D. (2017). *Learning ACT*. Context press.
- Masters, W.H. & Johnson, V. E. (1970). "Human sexual inadequacy". Boston: Little, Brown.
- Mohammadi, KH, Heydari M, Faghihizadeh S. (2008). The Female Sexual Function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh*. 7 (3). [In persian].
- Moosavi labroodi, S. (2016). *Comparison of Social Anxiety, Sexual Intimacy and Marital Trust between Divorce and Normal Couples*. Master thesis, Azad Islamic University, Marvdasht Branch. [In Persian].
- Navabi Nejad SH, Saadati N, Rostami M. (2015). *ACT and RFT in relationships*. Jungle Publications. [In Persian].
- Nikdel F, Dehghan M, Noshadi N. (2018). The mediating role of moral reasoning in relation to self-concept and metacognition and moral behavior in high school students. *Quarterly of educational psychology allameh tabatabai university*, vol, 13(46), 123-143. [In Persian].
- Nober, P.T., Gouveia, P. (2008). Cognitions emotions and sexual response: Analysis of the relationship among automatic thoughts Emotion Responses and sexual Arousal. *Arch Sexual Behave*. 37: 652-661.
- Osullivan, LF, Meyer-Bahlburg, HF, McKeague, IW. (2006). The development of the sexual self-concept inventory for adolescent girls. *Psychology of Women Quarterly*. 30 (2), 139-149.
- Palaniappan, M. Heatherly, R. Mintz, L, B. Connelly, K. Wimberley, T. Balzer, A, M. Pierini, T. Anderson, K.V. (2017). Skills VS. Pills: comparative effectiveness for low sexual desire in women. *Journal of sex & marital therapy*, volume, 44, issue 1.
- Paterson, L. Q. Handy, A, B. Brotto, L, A. (2017). A Pilot Study of Eight- Session Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adapted for Women Sexual Interest/Arousal Disorder. *Journal of sex research*, 54(7), 850-861.
- Peterson, Z. (2017). *The Wiely Hand Book of Sex Therapy*. Wiely Blackwell.
- Rosen, R., C, Brown C, Brown C, Heiman J R, Leiblum S, Meston C M, Shabsigh R & et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Rostosky, S. S, Dekhtyar, O, Cupp, P K, Anderman E M. (2008). Sexual Self- Concept and Sexual Self-Efficacy in Adolescents; a Possible Clue to Promoting Sexual Health? *Journal of Sex Research*, 45 (3), 277-286.
- Saadatmand, KH, Basaknejad S, Amanollahi A. (2017). The Effectiveness of an acceptance and commitment –based couple therapy in intimacy and forgiveness among couples. *Family psychology*, vol 4, no. 1, 41-52. [in persian]

- Soltani, A. (2018). *Effectiveness of Barlow's cognitive affective counseling on improving sexual frigidity on married women in Isfahan*. first edition; Jungle Publications. [In Persian].
- Spence, S H. (1991). *Psychosexual Therapy: A Cognitive-Behavioral Approach*, London; Chapman and Hall.
- Stephenson, K R, Kerth J. (2017). Effects of Mindfulness – Based Therapies for Female Sexual Dysfunction: a meta-analytic review. *Journal of Sex Research*, 1-18.
- Sasanpour M, Shahverdian G; Ahmadi A. (2014). The effect of cognitive-behavioral reconstruction on reducing sexual problems and increasing sexual satisfaction of couples. *Armaghan Danesh Quarterly*, 19 (11), 994-1007. [In Persian].
- Salimi M. & Fatehizadeh M. (2012). Evaluation of the effectiveness of sex education in a behavioral-cognitive manner on knowledge, self-expression and sexual intimacy of married women in Mobarakeh. *Quarterly Journal of New Psychological Research*, Year 7, Issue 28, Winter 2012, pp. 111-128. [In Persian].
- Tabatabai, A S. (2015). *Effectiveness of Acceptance Commitment Therapy on Sexual Function, Sexual Self-Consciousness and Sexual Assertiveness among Women with Sexual Dysfunction*. Master thesis; Islamic Azad University; Khorasgan Branch. [In Persian].
- Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J sex marital ther.* 40(4), 275-93.
- Whestheimer, R, Lopater S. (2005). *Human Sexuality: A psychology perspective, (2thed) Philadelphia*, Lippincott Williams & Wilkins.
- Zareei Mahmoodabadi, H, Naeim Yavari, M. (2013). The Relationship between Sexual Frigidity (as a sexual disability) and Marital Conflict in Women Residing in Yazd. *Disability Studies Journal*; 3 (3), 10-17. [In Persian].
- Zeydi, M. (2016). *Effectiveness of Cognitive Behavior Group Therapy on Improving Dysfunctional Sexual Beliefs and Sexual Self-Awareness in Women with Orgasm Problems in Isfahan City*. Master thesis in clinical psychology; Islamic Azad University; Khorasghan Branch. [In Persian].