

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of "Cognitive Behavioral Therapy" and "Acceptance and Commitment Therapy" on Sexual Function in Postmenopausal Women



Fatemeh Rostamkhani¹ , *Mohammad Ghamari² , Vahideh Babakhani² , Effat Sadat Merghati Khoei³ 

1. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

2. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Abhar Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

3. Iranian National Center of Addiction Studies, Institution of Risk Behaviors Reduction, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Rostamkhani F, Ghamari M, Babakhani V, Merghati Khoei E S. [Comparison of the Effectiveness of "Cognitive Behavioral Therapy" and "Acceptance and Commitment Therapy" on Sexual Function in Postmenopausal Women (Persian)]. *Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS)*. 2022; 26(2):436-449. <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.3.6806.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JAMS.25.3.6806.1>



Article Info:

Received: 26 Feb 2022

Accepted: 17 Jul 2022

Available Online: 10 Jul 2023

Keywords:

Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Sexual Function, Menopause

ABSTRACT

Background and Aim Sexual function is an important part of menopausal women's lives, and changes in it, especially during menopause, can affect their health. The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on the sexual function of postmenopausal women.

Methods & Materials This research was a quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design with control group. The statistical population of the study included postmenopausal women who referred to Zanjan Health Center in 2020 to receive services. Among them, 45 were selected using the available sampling method and were randomly assigned to three groups of 15, and control group using randomly assigned block allocation method. Therapeutic sessions were held in 8 sessions and each session was held for 2 hours. Data were collected by FSFI (Female Sexual Function Index) and were analyzed using ANOVA with repeated measures analysis via SPSS software, version 24.

Ethical Considerations This study was approved by the ethics committee of the Zanjan University of Medical Sciences (Code: IR.ZUMS.REC.1398.328).

Results In the post-test and follow-up phase, there was a significant difference between both CBT and ACT methods compared to the control group in sexual function respectively ($P < 0.05$, $F = 17.857$), ($P < 0.05$, $F = 12.115$). That is, treatment with CBT and ACT improved the sexual function of postmenopausal women, which had a lasting effect for three months, and there was no significant difference between the groups involved in sexual function ($P > 0.05$, $F = 0.494$).

Conclusion Cognitive-behavioral therapy and acceptance-based therapy have improved sexual function in postmenopausal women, so it is recommended that these therapies be used to improve the sexual function of postmenopausal women in health centers.

* Corresponding Author:

Mohammad Ghamari, PhD.

Address: Department of Counseling, Faculty of Humanities, Abhar Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

E-mail: ghamari.m@abhariau.ac.ir

مقدمه

برای بهبود عملکرد جنسی، روش‌های روان‌شناختی مختلفی وجود دارد که یکی از رویکردهای اساسی برای کار در زمینه دانش جنسی و باورهای ارتباطی ناکارآمد، رویکرد شناختی رفتاری^۸ است که به طور کلی، اهداف رویکرد شناختی رفتاری در کار با زوجها، افزایش تبادل مثبت، آموزش مهارت‌های لازم برای زندگی زناشویی، ارائه اطلاعات لازم به زوجین در زمینه‌های مختلف، از جمله دانش جنسی و تغییر باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد است [۶]. در درمان شناختی، درمان‌گران فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند. کشف این خودتلقینی‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند [۷].

باباخانی و همکاران [۸] در پژوهش خود نشان دادند بعد از جلسات «درمان شناختی رفتاری»، گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در عملکرد جنسی و حوزه‌های آن افزایش معناداری داشت؛ بنابراین درمان شناختی رفتاری در زنان می‌تواند نقش مثبت و مؤثری در بهبود روابط جنسی داشته باشد. حقیقی و همکاران [۹] در پژوهش خود نشان دادند «درمان شناختی رفتاری» در کاهش دیسترس جنسی زنان یائسه مؤثر است و موجب بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه می‌شود. هامل و همکاران [۱۰] در مطالعات خود نشان دادند «درمان شناختی رفتاری» بر میزان اختلالات جنسی زنان با سرطان پستان مؤثر است.

همچنین نتایج یافته‌های شخم‌گر و همکاران [۱۱] نشان داد آموزش گروهی «درمان شناختی رفتاری»، موجب افزایش معنادار رضایت زناشویی زنان ناباور شده است. رامش و همکاران [۱۲] در پژوهش خود نشان دادند اختلال جنسی و ناسازگاری زناشویی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش با «درمان شناختی رفتاری» به طور معناداری از گروه کنترل کمتر است.

در ۲ دهه اخیر، درمان‌های موج سوم مورد توجه بسیاری از درمانگرها قرار گرفته که یکی از آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۱} [۱۳] بر این فرض است که انسان‌ها به خاطر پیشینه‌ای که دارند، افکار و احساسات مختلفی را تجربه می‌کنند. وجود این افکار و احساسات به خودی خود آسیب‌زا نیست. در حقیقت، این رویکرد وجود افکار، باورها و احساسات منفی و آزاردهنده جنسی را مانع عملکرد جنسی سالم و در نتیجه رضایت جنسی نمی‌داند. آنچه عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد، نوع رابطه‌ای است که فرد با این افکار و احساسات برقرار می‌کند [۱۴].

یائسگی^۱، مرحله‌ای از زندگی جنسی زنان است که با تغییرات بدنی^۲، فیزیولوژیک و روان‌شناختی همراه است و اغلب بر امور جنسی زنان میانسال تأثیر می‌گذارد [۱، ۲]. علائم همراه با یائسگی شامل گر گرفتگی (احساس گرما، برافروختگی و تعریق سر، گردن و قفسه سینه) تپش قلب، تعریق شبانه، سردرد، خستگی، اختلالات خواب، خلق افسرده، تحریک‌پذیری، خشکی واژن، کاهش میل جنسی و عفونت‌های دستگاه ادراری، نازک شدن پوست، شکنندگی زخم‌ها و ریزش موها است. همچنین تغییرات روانی جنسی در ارتباط با خودانگاره، میل جنسی، کاهش باروری و علامت آشیانه خالی^۳ رخ می‌دهند.

تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاو بشر بوده و تأثیر غیرقابل‌انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد [۳]. رابطه جنسی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خوشبختی زندگی زناشویی است که اگر قانع‌کننده نباشد، موجب احساس شکست، ناکامی و عدم احساس امنیت می‌شود [۴]. عملکرد جنسی شامل واکنش‌های فیزیولوژیکی است که فرد به دنبال تحریک جنسی نشان می‌دهد که به آن پاسخ جنسی گفته می‌شود، این پاسخ‌ها بر ۴ مرحله میل جنسی^۴، انگیزش^۵، ارگاسم^۶ و فرونشینی^۷ است [۵].

عملکرد جنسی می‌تواند نقش مهمی در زندگی زنان ایفا کند. در قرن آینده تنها گروه سنی که انتظار رشد قابل توجهی از آن وجود دارد، افراد بالای ۵۵ سال هستند. در این گروه سنی، تعداد زنان به نسبت ۲/۶ به ۱ بیش از مردان خواهند بود. همچنین طبق آمار پیش‌بینی شده از سوی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، در ایران تا سال ۱۴۰۰، حدود ۵ میلیون نفر زن در سن یائسگی زندگی خواهند کرد [۵، ۶]. یکی از نگرانی‌های بهداشتی اصلی در بیشتر زنان یائسه، مشکلات جنسی است [۱].

شیوع مشکلات عملکرد جنسی بین زنان بین ۲۵ تا ۶۳ درصد برآورد شده است. این شیوع در زنان بعد از یائسگی از این هم بالاتر و به میزان بین ۶۸ تا ۸۶/۵ درصد در کشورهای مختلف ذکر شده است [۷]. وضعیت اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه در تربت حیدریه ۷۲/۵ درصد و بین ۶ حیطة عملکرد جنسی، بیشترین تعداد اختلال در حیطة لغزندگی (۹۳/۵) و کمترین میزان اختلال در حیطة رضایت (۷۲/۵) گزارش شده بود [۸].

1. Menopause
2. Anatomical
3. Empty Nest Symptom
4. Desire
5. Excitement
6. Orgasm
7. Resolution

8. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
9. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
10. Hayes

در کشور ما پژوهش‌هایی که به طور خاص مقایسه اثربخشی این ۲ رویکرد را بر عملکرد جنسی زنان یائسه قرار داده باشد، انجام نشده است. بر این اساس، در راستای بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه، پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر عملکرد جنسی زنان یائسه را بررسی کرد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بوده و پیگیری با گروه کنترل است که در مراکز بهداشتی شماره ۹، ۱۴ و ۱۷ شهر زنجان در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل زنان یائسه که طی ۵ سال گذشته یائسه شده و عملکرد جنسی نامطلوب داشتند و برای دریافت خدمات به مرکز بهداشتی و درمانی مذکور در شهر زنجان از آبان تا دی سال ۱۳۹۸ مراجعه می‌کردند، است.

ابتدا «شاخص عملکرد جنسی زنان»^(۱) توسط ۷۰ زن یائسه به صورت هدفمند تکمیل شد. زنانی که نمره کمتر از ۲۸ از ۳۶ در شاخص فوق داشتند، به تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط انتخاب و به روش تخصیص تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفری (آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل) قرار گرفتند. در روش نیمه‌تجربی هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل می‌تواند ۱۵ نفر در نظر گرفته شود [۲۵].

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل متأهل و در حال زندگی با همسر بودن، سپری شدن حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال از قطع قاعدگی، داشتن حداقل سواد متوسطه، شرکت نکردن در کلاس‌های آموزشی پیرامون یائسگی با محوریت آموزش جنسی، مبتلا نبودن همسران به انزال زودرس یا ناتوانی جنسی بر اساس گفته شرکت‌کنندگان، دچار اختلال عملکرد جنسی (کسب نمره کمتر از ۲۸ از ۳۶ در «شاخص عملکرد جنسی زنان») و چند همسر نبودن شوهر بود.

ملاک‌های خروج از مطالعه شامل تمایل نداشتن زن به ادامه همکاری، پیدایش بیماری‌هایی در زنان یا همسرشان که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند (نظیر انزال زودرس، بیماری‌های قلبی-عروقی، روانی، تیروئید و سرطان‌ها)، شروع مصرف داروهایی که به نحوی بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، وقوع اعتیاد، سابقه بیماری‌های جسمی یا روانی تجربه تنش‌هایی نظیر خیانت همسر، مرگ، بیماری وخیم و محکومیت به زندان اطرافیان نزدیک در طول مطالعه بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از شاخص عملکرد جنسی زنان و اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن خود و همسر، میزان تحصیلات خود و همسر، درآمد، سن یائسگی، وضعیت مسکن و وضعیت اشتغال خود و همسر) از یک فرم استفاده شد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کمک به افراد برای خارج شدن از کشمکش غیرضروری، پذیرش خود و دیگران همان‌گونه که هستند، انتخاب مسیرهایی برای زندگی و تعهد به اعمالی که منجر به این مسیرها می‌شود، طراحی شده است [۱۵]. به عنوان بخشی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیمار آموزش می‌بیند تا افکار (مانند فکر خودکشی) و هیجانات (مانند غم و درد) را به عنوان وقایع پویایی مشاهده کند که به خودی خود مشکل‌ساز نیستند، بلکه این پاسخ (مانند اجتناب یا فرار) به این وقایع است که می‌تواند منجر به مشکلات زندگی شود [۱۶].

مطابق با این مدل، تلاش‌های بیش از حد برای کنترل این افکار سخت و هیجانات دردناک ممکن است به شکل متناقضی مشکلات بیماران را افزایش دهد. این تلاش‌های کنترل زیاد شاید به وسیله رفتار اجتنابی پیامدهای منفی ایجاد کند. این درمان به بیماران آموزش می‌دهد که به جای تمرکز بر فرار از افکار و هیجانات، پذیرش تجربی را تمرین کنند [۱۷].

نتایج مطالعه حسن‌زاده و همکاران [۱۸] نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان نابارور تأثیرگذار است. نتایج مطالعه دیگری که طباطبایی و همکاران انجام دادند نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی مؤثر بود [۱۹]. همچنین نتایج بورپی و همکاران [۲۰] نشان می‌دهد ارتباط قوی و معناداری بین این آزمایشات و رضایت زناشویی وجود دارد.

نتایج مطالعه عظیمی‌فر و همکاران [۲۱] نشان داد آزمایشات زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شادی زناشویی و بهبود کیفیت رابطه زوجین ناراضی شده‌اند و میان تأثیر این ۲ رویکرد بر افزایش شادی زناشویی تفاوت معناداری وجود ندارد. اکبری ترکستانی و همکاران [۲۲] در مطالعه خود نشان دادند اختلاف معناداری بین تأثیر مشاوره قبل از ازدواج با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زوجین نسبت به روش مرسوم مشاوره قبل از ازدواج وجود نداشت.

همچنین خانجانی‌وشکی و همکاران [۲۳] نشان دادند درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در صمیمیت زناشویی زوجین مؤثر بودند و بین اثربخشی این ۲ روش درمانی تفاوت معناداری وجود نداشت. در صورتی که نتایج قاسمی و همکاران [۲۴] نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت‌مندی زناشویی نسبت به درمان شناختی-رفتاری، به صورت معناداری مؤثرتر است. همان‌گونه که مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رویکرد شناختی و رفتاری بر عملکرد جنسی تأثیر دارد.

11. Female Sexual Function Index

فرایند اجرای پژوهش گروه کنترل هیچ آزمایشی دریافت نکردند و گروه آزمایش ۱ بر اساس «درمان شناختی رفتاری» و گروه آزمایش ۲ «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» توسط پژوهشگر آموزش دیده (عضو اول گروه پژوهش مقاله حاضر) در ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای ۱ جلسه) طی ۲ ماه در مراکز بهداشتی و درمانی مذکور اجرا شد. برای اینکه گروه‌ها با هم تعاملی نداشته باشند، هریک از گروه‌ها در روزهای متفاوتی در مراکز درمانی حاضر شدند. پس‌آزمون بلافاصله بعد از پایان درمان و پیگیری ۳ ماه بعد در هر ۳ گروه اجرا شد.

جلسات «درمانی شناختی رفتاری» طبق پروتکل تر کوبل و همکاران [۲۹] و کاپلان [۳۰]، طراحی و توسط ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر و ۱ متخصص سکسولوژی از دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شد.

خلاصه جلسات «درمان شناختی رفتاری»

جلسه اول: معارفه و برقراری رابطه درمانی، توضیح درباره یائسگی و مشکلات همراه آن، بررسی کیفیت رابطه عاطفی زوجین، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت رابطه جنسی، ارائه توضیح مختصر درباره روند و منطق درمان انجام شد.

جلسه دوم: بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیرمنطقی، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، آموزش تمرین‌های کگل، آشنایی بیمار با آناتومی جنسی، کارکرد اعضای تناسلی، فیزیولوژی و رفتار جنسی برای افزایش آگاهی جنسی بیمار انجام شد.

جلسه سوم: بررسی و توضیح پیامدهای رفتاری و هیجانی پایبندی به باورهای جنسی ناکارآمد، همچنین تجارب خاص و تأکید بر دخالت این عوامل در بروز و تداوم بیماری، آشنایی بیمار با اختلالات عملکرد جنسی، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت جنسی و تکنیک‌های وابسته به آن به عمل آمد. در رابطه با یافتن باورهای جنسی ناکارآمد در هفته آینده تکلیف ارائه شد.

جلسه چهارم: کار روی شناخت‌واره‌ها: افکار خودآیند منفی^{۱۲}، افکار میانجی: فرض‌های مشروط^{۱۳}، بایدها^{۱۴}، قواعد^{۱۵} و افکار بنیادین یا مرکزی^{۱۶} آموزش داده شد. تکلیف در مورد نوشتن هر یک از افکار خودآیند منفی در هفته آینده داده شد.

12. Negative Automatic Thoughts
13. Conditional Assumptions
14. Must
15. Rules
16. Core Beliefs

راسن و همکاران [۲۶] در سال ۲۰۰۰، «شاخص عملکرد جنسی زنان» را برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان طی ۴ هفته گذشته طراحی کردند. این شاخص با ۱۹ عبارت در ۶ بُعد: میل جنسی (۲ عبارت با ضریب ۰/۶)، تحریک جنسی (۴ عبارت با ضریب ۰/۳)، رطوبت (۴ عبارت با ضریب ۰/۳)، ارگاسم (۳ عبارت با ضریب ۰/۴)، رضایت‌مندی (۳ عبارت با ضریب ۰/۴) و درد (۳ عبارت با ضریب ۰/۴) عملکرد جنسی زنان را می‌سنجد و دارای طیف پاسخ از ۰ (بدون فعالیت جنسی)، ۱ (هیچ‌گاه یا تقریباً هیچ‌گاه) تا ۵ (همیشه یا تقریباً همیشه) است که نمره بالاتر به عملکرد جنسی بهتر اشاره دارد [۱۴]. نمره هر فرد در این شاخص در ۶ بُعد میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت، ارگاسم، رضایت و درد با جمع زدن نمره‌های عبارت‌های مربوط به آن بُعد و ضرب کردن حاصل جمع نمره در ضریب هر بُعد محاسبه می‌شود. نمره کل فرد از حاصل جمع نمرات ۶ بُعد به دست می‌آید که نمره حداقل ۱/۲ و نمره حداکثر ۳۶ است. نمره کمتر از ۲۸ عملکرد نامطلوب محسوب می‌شود [۲۷، ۲۸].

در ایران، محمدی و همکاران برای تعیین روایی تمیزی، «شاخص عملکرد جنسی زنان» را بررسی کردند. میانگین نمرات کسب‌شده از هر بُعد و همچنین کل مقیاس در ۲ گروه آزمایش با ۵۳ نفر (زنان با اختلال عملکرد جنسی) و گروه کنترل با ۲۸ نفر (زنان بدون اختلال عملکرد جنسی) با هم مقایسه شدند، در سطح کمتر از ۰/۰۱ اختلاف معنادار بود. پایایی شاخص‌های تمایل‌های جنسی، برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد را با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۶ و ۰/۸۸ و پایایی کل شاخص را نیز ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند [۲۷].

در مطالعه حاضر، روایی محتوا به روش کیفی «شاخص‌های عملکرد جنسی» مورد تأیید ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی ابهر و پایایی این ابزار از طریق محاسبه آلفای کرونباخ با شرکت ۳۰ تن از شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر (زنان یائسه در مراکز بهداشتی و درمانی ۹، ۱۴ و ۱۷ شهر زنجان) برای «شاخص‌های عملکرد جنسی» $\alpha = 0/80$ به دست آمد.

پژوهشگر پس از تصویب طرح پژوهشی و گذراندن کارگاه‌های آموزشی «درمان شناختی رفتاری»، «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» و سکس‌تراپی، با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی زنجان به مراکز بهداشتی و درمانی ۹، ۱۴، ۱۷ شهر زنجان مراجعه و ۴۵ نفر واجد شرایط را با نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه کرد. سپس با ارائه توضیحات کافی درباره اهداف و اجرا از نمونه‌ها رضایت‌نامه کتبی اخذ شد و به صورت تخصیص تصادفی به ۳ گروه ۱۵ نفری (آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل) تقسیم کرد.

بعد از تکمیل پرسش‌نامه‌ها توسط زنان، برای یادآوری مراجعات بعدی آن‌ها به مرکز از آن‌ها شماره تلفن مطمئنی گرفته شد. در

جلسه پنجم: خلاصه افکار آموزش داده شده و ارزیابی تمرین‌ها،

شناسایی بیمار با ۱۷ خطای شناختی^{۱۷} ذهن خوانی، پیشگویی، فاجعه‌سازی، برچسب زدن، دست کم گرفتن جنبه‌های مثبت، فیلتر ذهنی، تعمیم افراطی، تفکر ۲ قطبی، باید‌ها، شخصی سازی، دیگران را مقصر دانستن، مقایسه‌های غیرمنصفانه، همیشه پشیمان بودن، (نکنه که)، استدلال هیجانی و برخورد قضاوتی توضیح داده شد و سپس به افراد شرکت کننده پمفلت آموزشی مربوطه داده شد. در رابطه با یافتن خطاهای شناختی در هفته آینده تکلیف ارائه شد.

جلسه سوم: همچنین تجارب خاص و تأکید بر دخالت این عوامل در بروز و تداوم بیماری، آشنایی بیمار با اختلالات عملکرد جنسی، توضیح درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انجام شد.

جلسه ششم: بازسازی شناختی با استفاده از روش‌های شناختی (روش شواهد تأییدکننده و ردکننده، سود و زیان و روش دایره، وکیل مدافع، پیکان رو به پایین، معیار ۲ گانه، ماشین زمان و غیره)، روش‌های رفتاری: توقف فکر، آرام‌سازی عضلانی با ۱۲ ماهیچه (جکپسن) و توجه برگردانی و روش پابرجایی آموزش داده شد. تکلیف درباره اجرای روش‌های آموزش داده شده طی هفته و به چالش کشیدن خطاهای شناختی ارائه شد.

جلسه چهارم: درماندگی خلاق و استعاره‌های مربوطه، کنترل به عنوان مسئله یا مشکل، آشنایی شرکت کنندگان با پذیرش و اجتناب تجربه‌ای به عمل آمد و برای هفته آینده تکلیف ارائه شد.

جلسه هفتم: آموزش مهارت ارتباطی (همچون گوش دادن فعال و درک همدلانه) و مهارت مذاکره کردن با همسران‌شان، آموزش مهارت حل مسئله، آموزش چگونگی ابراز هیجانات و همچنین نیازهای جنسی به عمل آمد. درباره به‌کارگیری مهارت‌های آموزش داده شده تکلیف ارائه شد.

جلسه پنجم: آشنایی شرکت کنندگان با گسلس شناختی و چسبندگی به افکار ناکارآمد و تأثیر آن بر عملکرد جنسی، آشنایی شرکت کنندگان با من به عنوان زمینه و من به عنوان محتوا به عمل آمد و برای هفته آینده تکلیف ارائه شد.

جلسه هشتم: ارزیابی میزان به‌کارگیری و اثربخشی روش‌های آموزشی، ارزیابی دستیابی به نتایج رضایت‌بخش، دادن بازخورد و رفع ایرادات موجود، جمع‌بندی کلی نکات مورد ارائه طی جلسات درمانی و پس‌آزمون، در ضمن ابتدای هر جلسه به مرور تمرین‌ها و آخر هر جلسه نیز به پاسخ به سؤالات، بازخورد گرفتن از بیمار و ارائه تمرین‌های هفتگی اختصاص یافت.

جلسه ششم: آشنایی شرکت کنندگان با ارزش‌ها، به ویژه در حیطه ارتباط با همسر و زناشویی، آشنایی شرکت کنندگان با عمل متعهدانه و عمل منفعلانه یا تکانشی به عمل آمد. تکلیف در مورد نوشتن ارزش‌ها، به ویژه در حیطه ارتباط با همسر و زناشویی در هفته آینده داده شد.

جلسات «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» طبق پروتکل هریس و همکاران [۳۱] و کاپلان [۳۰]، طراحی و توسط ۵ نفر از متخصصان روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر و ۱ متخصص سکسولوژی از دانشگاه علوم پزشکی تهران تأیید شد.

جلسه هفتم: آشنایی شرکت کنندگان با تکنیک ذهن آگاهی و بودن در زمان حال، آموزش مهارت ارتباطی (همچون گوش دادن فعال و درک همدلانه)، آموزش مهارت حل مسئله و رفتار جرئت‌مندانه به عمل آمد و برای هفته آینده تکلیف ارائه شد.

خلاصه جلسات «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد»

جلسه هشتم: آموزش خطاهای شناختی، دادن پمفلت آموزشی به افراد شرکت کننده، ارزیابی میزان به‌کارگیری و اثربخشی تکنیک‌های آموزشی، ارزیابی دستیابی به نتایج رضایت‌بخش، دادن بازخورد و رفع ایرادات موجود، جمع‌بندی کلی نکات مورد ارائه طی جلسات درمانی و پس‌آزمون انجام شد.

جلسه اول: معارفه و برقراری رابطه درمانی، توضیح درباره یائسگی و مشکلات همراه آن، بررسی کیفیت رابطه عاطفی زوجین، بررسی نوع، تعداد و کیفیت رابطه جنسی، ارائه توضیح مختصر درباره روند و منطق درمان انجام شد.

در ضمن، ۲ جلسه اول شامل آموزش روابط جنسی و مسائل مربوطه بود (آناتومی دستگاه تولید مثل و فیزیولوژی جنسی، مهارت‌های ارتباطی و غیره) و ۶ جلسه بعدی به مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد درباره مسائل جنسی و احساسات و افکار ناخوشایند زیادی که زنان یائسه نسبت به تغییرات یائسگی داشتند و ارزش‌های مربوط به حیطه ارتباط با همسر و زناشویی، پرداخته شد و در ابتدای هر جلسه به مرور تمرین‌ها و آخر هر جلسه نیز به پاسخ به سؤالات، بازخورد گرفتن از بیمار و ارائه تمرین‌های هفتگی اختصاص یافت.

جلسه دوم: بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیرمنطقی، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، آموزش تمرین‌های کگل، آشنایی بیمار با آناتومی جنسی، کارکرد اعضای تناسلی، فیزیولوژی و رفتار

این مطالعه با توجه به رعایت ملاحظات اخلاقی، از جمله اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه برای شرکت در مطالعه و توجه به حقوق شرکت کنندگان، رازداری و صیانت از اطلاعات آن‌ها و آزادی عمل شرکت کنندگان برای خروج از مطالعه در هر مرحله‌ای و ارائه درمان شناختی رفتاری برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش انجام شد. برای بررسی فرضیه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها

ماچلی نشان داد مقدار P آزمون در متغیرهای عملکرد جنسی ($W=0/984$)، ماچلی، $0/426$ =تخمین خی دو، 2 =درجه آزادی، $(P>0/05)$ معنادار نیست ($P=0/808$).

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای عملکرد جنسی ($F=32/945$ و $P=0/001$) بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت. همچنین با در نظر گرفتن اثر متقابل زمان و گروه، روند تغییرات نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری از نظر آماری داشت و نشان می‌دهد تغییرات متغیرها در درون گروه‌های آزمایش و کنترل روند متفاوتی را دنبال می‌کنند. اندازه اثر آزمایش در متغیر عملکرد جنسی در طول زمان 54 درصد و در اثر متقابل زمان و گروه 38 درصد است.

در بررسی اثرات بین‌گروهی در جدول شماره ۲ نیز ملاحظه شد که بین ۲ گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای عملکرد جنسی ($F=25/259$ و $P=0/001$) تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد. اندازه اثر نیز نشان داد حدود 42 درصد از تفاوت‌های مشاهده‌شده در متغیرهای عملکرد جنسی ناشی از عضویت گروهی (آزمایش) است.

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش $52/20 \pm 3/12$ و گروه کنترل $50/86 \pm 1/99$ سال بود. آزمون تی مستقل نشان داد میانگین سن ۲ گروه با هم تفاوت معناداری نداشتند ($P>0/05$). در ادامه، دیگر یافته‌های جمعیت‌شناختی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۱، گویای این است که گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوتی با یکدیگر ندارند. بر این اساس، این مطالعات نقش مخدوش‌کننده‌ای در اثر متغیر مستقل بر وابسته ندارند. برای بررسی معناداری تغییرات نمرات در متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج در ادامه گزارش شده است.

نتایج آزمون کولموگروواسمیرنوف برای متغیرهای عملکرد جنسی معنادار نبودند ($P<0/05$) که بیانگر توزیع نرمال متغیرهای مذکور است. همچنین نتایج آزمون لوین و آزمون M باکس معنادار نبودند ($P<0/05$). این یافته‌ها حاکی از آن هستند که فرض برابری واریانس برقرار است. نتایج آزمون کرویت

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی متغیرهای کمی جمعیت‌شناختی

متغیر	کنترل	رویکرد شناختی رفتاری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
			میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
سن	50/867 \pm 1/995	52/200 \pm 3/121	50/467 \pm 5/523	50/467 \pm 5/523
سن یائسگی	49/733 \pm 1/831	50/000 \pm 3/229	48/067 \pm 2/658	48/067 \pm 2/658
سن همسر	54/000 \pm 3/423	56/867 \pm 4/517	54/123 \pm 4/926	54/123 \pm 4/926
درآمد	3/480 \pm 1/621	4/866 \pm 2/004	4/300 \pm 2/153	4/300 \pm 2/153



جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیرهای عملکرد جنسی در گروه‌های رویکرد شناختی رفتاری و کنترل در مراحل سنجش

متغیر	نوع آزمون	مجموع توان دوم نوع III	درجه آزادی	میانگین توان دوم	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر
زمان		12/090	2	60/545	32/945	0/001	0/541
عملکرد جنسی	زمان * گروه	63/631	2	32/816	17/857	0/001	0/389
	خطا	102/913	56	1/828			
بین‌گروهی	-	363/521	1	363/521	259/25	0/001	322/0



جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیرهای عملکرد جنسی در گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در مراحل سنجش

متغیر	نوع آزمون	مجموع توان دوم نوع III	درجه آزادی	میانگین توان دوم	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر
عملکرد جنسی	زمان	۱۶۲/۸۸۶	۲	۸۱/۹۴۳	۱۹/۴۵۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰
	زمان*گروه	۱۰۲/۰۷۵	۲	۵۱/۰۳۸	۱۲/۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰۲
	خطا	۲۳۵/۹۱۰	۵۶	۴/۲۱۳			
بین گروهی		۱۱۴/۴۰۱	۱	۱۱۴/۴۰۱	۴/۱۸۶	۰/۰۴۹	۰/۱۲۷



گروه‌های آزمایش روند یکسانی را دنبال می‌کنند. اندازه اثر آزمایش در متغیر عملکرد جنسی در طول زمان ۶۳ درصد و در اثر متقابل زمان و گروه ۰/۰۱ درصد است. در بررسی اثرات بین‌گروهی در جدول شماره ۴ نیز ملاحظه شد بین ۲ گروه آزمایش در متغیرهای عملکرد جنسی ($F=۰/۰۰۴$ و $P=۰/۹۵۲$) تفاوت معناداری از نظر آماری وجود ندارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان عملکرد جنسی زنان یائسه بود. نتایج پژوهش نشان داد بعد از آزمایش و پیگیری، میزان عملکرد جنسی بین گروه‌های آزمایش با گروه کنترل تفاوت معنادار داشته و مقایسه میانگین‌ها نیز حاکی از روند افزایشی بعد از اجرای آزمایش بوده است. به عبارت دیگر، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه شد که این تأثیر به مدت ۳ ماه پیگیری ماندگار بود. در صورتی که میان اثربخشی این ۲ آزمایش بر عملکرد جنسی زنان یائسه تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتایج این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود عملکرد جنسی زنان بوده است. در همین راستا، حقیقی و همکاران [۹] در مطالعه‌ای روی زنان یائسه نشان دادند این آزمایش بر کاهش دیسترس جنسی و اختلال عملکرد جنسی

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای عملکرد جنسی ($F=۱۹/۴۵۲$ و $P=۰/۰۰۱$) بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت. همچنین با در نظر گرفتن اثر متقابل زمان و گروه، روند تغییرات نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری از نظر آماری داشت و نشان داد تغییرات متغیرها در درون گروه‌های آزمایش و کنترل روند متفاوتی را دنبال می‌کنند.

اندازه اثر آزمایش در متغیر عملکرد جنسی در طول زمان ۴۱ درصد و در اثر متقابل زمان و گروه ۳۰ درصد است. در بررسی اثرات بین‌گروهی در جدول شماره ۳ نیز ملاحظه شد بین ۲ گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای عملکرد جنسی ($F=۴/۱۸۶$ و $P=۰/۰۴۹$) تفاوت معناداری از نظر آماری وجود دارد. اندازه اثر نیز نشان داد حدود ۱۳ درصد از تفاوت‌های مشاهده‌شده در متغیرهای عملکرد جنسی ناشی از عضویت گروهی (آزمایش) است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای عملکرد جنسی ($F=۴۹/۳۹۷$ و $P=۰/۰۰۱$) بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معناداری از نظر آماری وجود داشت. با در نظر گرفتن اثر متقابل زمان و گروه، روند تغییرات نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معناداری از نظر آماری نداشت و نشان می‌دهد تغییرات متغیرها در درون

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیرهای عملکرد جنسی در گروه‌های رویکرد شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مراحل سنجش

متغیر	نوع آزمون	مجموع توان دوم نوع III	درجه آزادی	میانگین توان دوم	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر
عملکرد جنسی	زمان	۴۳۳/۸۶۸	۲	۲۱۶/۹۳۴	۴۹/۳۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸
	زمان*گروه	۴/۳۴۳	۲	۲/۱۷۱	۰/۴۹۴	۰/۶۱۳	۰/۰۱۷
	خطا	۲۴۵/۹۳۴	۵۶	۴/۳۹۲			
بین گروهی	-	۰/۱۰۳	۱	۰/۱۰۳	۰/۰۰۴	۰/۹۵۲	۰/۰۰۱





زنان یائسه مؤثر بود. رستم‌خانی و همکاران [۳۲] نشان دادند درمان شناختی‌رفتاری باعث بهبود عملکرد جنسی و طرح‌واره جنسی در زنان یائسه شد. هامل و همکاران [۱۰] در هلند نشان دادند آزمایش شناختی‌رفتاری می‌تواند موجب بهبود عملکرد جنسی و کیفیت زندگی زنان با سرطان پستان شود.

باباخانی و همکاران [۸] نشان دادند درمان شناختی‌رفتاری به طور معناداری، همه حوزه‌های عملکرد جنسی زنان را افزایش داد. مطالعه شخم‌گر و همکاران [۱۱] نشان داد آموزش گروهی درمان شناختی‌رفتاری موجب افزایش معنادار رضایت زناشویی زنان نابارور شد و رامش و همکاران [۱۲] نشان دادند این درمان به طور معناداری موجب بهبود عملکرد جنسی و کاهش ناسازگاری زناشویی در بیماران واژینوسموس شد. همچنین لری [۳۳] نشان داد آزمایش شناختی‌رفتاری می‌تواند موجب بهبود عملکرد جنسی و ارتقای معنادار در همه حیطه‌های پاسخ‌های جنسی شود که با مطالعه ما همسو هستند.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت درمان شناختی‌رفتاری با افزایش تبادل مثبت، ارائه اطلاعات در زمینه‌های مختلف، از جمله دانش جنسی، تغییر باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد (خطاهای شناختی)، بازسازی شناختی و ایجاد مهارت‌های حل مسئله و روابط بین‌فردی مؤثر و مذاکره موجب افزایش عملکرد جنسی زنان یائسه شده است. در واقع، درمان شناختی‌رفتاری فرصتی فراهم می‌کند تا زنان بتوانند شیوه‌های مناسب برای شناسایی و اصلاح افکار و روش‌های صحیح آمیزشی و ارضای جنسی و بازسازی شناختی را جهت بهبود اختلالات جنسی بیاموزند [۴، ۳۴].

رسالت اصلی درمانگر، کمک به زوجین برای یافتن شیوه‌های مطلوب‌تر است. در این رویکرد بر جنبه‌های عملی مانند تقسیم وظایف، توانایی گفت‌وگوی ۲ جانبه، برقراری ارتباط شفاف و قابلیت پیش‌برد و هدایت رابطه تأکید می‌شود. افزایش رفتارهای مثبت و خوشایند، بهبود ارتباط، ایجاد مهارت حل مسئله و حرکت در جهت مسائل جنسی و کوشش برای تغییر الگوهای رفتاری که موجب اختلاف زناشویی می‌شوند، اصلاح باورها و انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط زوجین، تنها بخشی از آزمایش‌های درمان شناختی‌رفتاری است [۳۵]. شواهد موجود نشان می‌دهد آموزش روش‌های صحیح آمیزشی و ارضای جنسی و شیوه‌های بهداشتی زناشویی و بازسازی شناختی می‌تواند در درمان اختلالات جنسی مؤثر باشد.

به علاوه، نتایج پژوهش حاضر نشان داد آزمایشات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود عملکرد جنسی زنان یائسه شد. در این راستا، پژوهش حسن‌زاده و همکاران [۱۸] نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان با سابقه ناباروری تأثیر معناداری داشت. نتایج پژوهش طباطبایی و همکاران [۱۹] نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

عملکرد، کم‌رویی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی مؤثر بود. رستم‌خانی و همکاران [۳۶] نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود عملکرد جنسی در زنان یائسه شد. همچنین بورپی و همکاران [۲۰]، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با استفاده از آزمایشات پذیرش و تمرکز ذهنی روی زوجین بررسی کردند. نتایج آنان نشان داد ارتباط قوی و معناداری بین این آزمایشات و رضایت زناشویی وجود داشت که همسویی دارند.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی با توجه به اینکه زنان یائسه، تغییرات عاطفی روانی متعددی را تجربه می‌کنند و برخی از آنان احساساتی دارند که برخاسته از واکنش منفی آنان نسبت به تغییرات یائسگی است و این تغییرات می‌تواند بر روابط بین‌فردی، اجتماعی، خانوادگی و کلاً کیفیت زندگی زنان تأثیر بگذارد. از عوارض مهم این دوران، کاهش عملکرد جنسی است [۳۷]. در یک مطالعه کیفی مشخص شد زنان یائسه احساس پیری، تغییر تصویر ذهنی از ظاهر خود، احساس پایان زنانگی، احساس ناتوانی نامید، افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند که همه این تجربیات می‌توانند بر عملکرد جنسی آنان تأثیر منفی بگذارند [۳۸]. نتایج یک مطالعه دیگر نشان داد ۷۴/۴ درصد زنان معتقد بودند یائسگی باعث از بین رفتن طراوت و جذابیت زن می‌شود. ۹۰ درصد زنان یائسه احساس پیری می‌کردند و تقریباً تمام آن‌ها یائسگی را پایان جوانی می‌دانستند [۳۹].

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان داد در درجه اول بسیاری از تعارضات و ناراضی‌های زناشویی در اثر انعطاف‌ناپذیری رفتاری و روانی زوج‌ها با یکدیگر ایجاد می‌شود. از طرف دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف روان‌شناختی و افزایش عمل در مسیر ارزشمند بپردازد [۴۰]. می‌توان نتیجه گرفت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است و این درمان بر تقویت یک رابطه غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌کند [۴۱].

هدف درمانگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش علائم نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع از علائم رها شوند. این درمان ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زار را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به عنوان علائم مرضی درک نکنند و حتی یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشد) درک کنند [۴۲]. به علاوه با به‌کارگیری مهارت‌های این رویکرد مانند گسلس (هم‌جوشی‌زدایی)، زنان توانستند با تجربه‌های درونی و افکار و احساسات ناخوشایندی که دارند، ارتباط برقرار کنند و برای اجتناب از آن‌ها درگیر الگوهای ارتباطی رفتاری منفی نشوند و این‌گونه از ایجاد احساسات منفی مضاعف

در زمینه ارتقای سلامت جنسی و روان به آن‌ها نوعی کمک و خدمت به خانواده و جامعه محسوب می‌شود.

پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشت و درمان و مشاوره از درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای ارتقای سلامت جنسی زنان یائسه با هدف بهبود عملکرد جنسی زنان استفاده شود. علاوه بر این، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای ارتقای عملکرد جنسی در زنان با نازایی، با سرطان سینه و در زوجین استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محفوظ خواهد ماند. فرم رضایت آگاهانه به تمام افراد داده شد و شرکت‌کنندگان این فرم را امضا کردند. این پژوهش دارای کد کمیته اخلاق IR.ZUMS.REC.1398.328 از دانشگاه علوم پزشکی زنجان است.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری فاطمه رستم‌خانی در رشته مشاوره در گروه مشاوره دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر است. بنابر اظهار نویسندگان مقاله، حمایت مالی از پژوهش وجود نداشته است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: فاطمه رستم‌خانی، محمد قمری؛ روش پژوهش و نمونه‌گیری: فاطمه رستم‌خانی، وحیده باباخانی؛ تحلیل داده‌ها: عفت‌السادات مرقاتی خویی، محمد قمری؛ نگارش متن و بازبینی: تمام نویسندگان.

تمام نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگان بر اساس پیشنهادات کمیته بین‌المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، مسئولین دانشگاه علوم پزشکی زنجان، همکاران مراکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان و تمام زنان شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

نیز جلوگیری شد، زیرا در واقع بسیاری از احساسات منفی و ناخوشایند در اثر تلاش آن‌ها برای اجتناب از احساسات، افکار و تجربه‌های نامطلوبی که داشته‌اند، ایجاد شده است. به علاوه آن‌ها آموختند که به جای تلاش برای حفظ احساسات خوشایند و اجتناب از احساسات ناخوشایند، تمرکز خود را بر کشف ارزش‌های فردی و زناشویی معطوف کنند. این فرایند به آن‌ها کمک کرد تا به عمیق‌ترین تمایلات قلبی خود پی ببرند و اهمیت رابطه زناشویی را در زندگی خود دریابند [۵، ۱۴]. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تأکید می‌کند؛ بنابراین شرکت‌کنندگان در برنامه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین ارزش را برای آن‌ها دارد [۴۳].

یافته‌هایی پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان یائسه تفاوت معناداری نداشت. پژوهشی که مقایسه این ۲ رویکرد را بر عملکرد جنسی زنان یائسه مقایسه کرده باشد، یافت نشد، اما این یافته با نتیجه پژوهش خانجانی و شکی و همکاران [۲۳] مشابهت داشت. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد این ۲ رویکرد تغییرات معناداری در صمیمیت زناشویی زوجین ایجاد کرد و بین اثربخشی این ۲ روش درمانی تفاوت معناداری وجود نداشت.

یافته‌های مطالعه عظیمی فر و همکاران [۲۱] نشان داد هر ۲ رویکرد موجب افزایش شادی زناشویی زوجین شد، در حالی که میان تأثیر این ۲ رویکرد بر افزایش شادی زناشویی تفاوت معناداری وجود نداشت. در صورتی که مطالعه قاسمی و همکاران [۲۳] نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایت‌مندی زناشویی نسبت به درمان شناختی رفتاری به صورت معناداری مؤثرتر است. در هر حال، امکان مقایسه دقیق‌تر میان این ۲ رویکرد، نیازمند انجام تحقیقات بیشتر در رابطه با مقایسه این ۲ رویکرد در زمینه عملکرد جنسی است.

از محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از پرسش‌نامه خودگزارشی است که می‌تواند موجب سودار شدن نتایج پژوهش شود. این مطالعه روی زنان یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر زنجان در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ اجرا شد. مسلماً بین شهرهای دیگر کشورمان از نظر فرهنگی و آداب و رسوم تفاوت‌هایی وجود دارد؛ بنابراین نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقشار و شهرهای دیگر تعمیم داد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود عملکرد جنسی در زنان یائسه شد که این تأثیر به مدت ۳ ماه پیگیری ماندگار بود. با توجه به اینکه اغلب زنان یائسه هم از لحاظ مسئولیت شغلی، اجتماعی و عاطفی در خانواده نقش حساسی دارند؛ بنابراین کمک

References

- [1] Pourhosein R, Zarei J, Tarafdari A, Habibi Askar Abad M. [The relationship between gender schemas and the sexual health of post-menopausal women (Persian)]. *J Psychol Dev.* 2017; 6(3):191-212. [\[Link\]](#)
- [2] Mojtabaei M, Saberi H, Alizadeh A. [The role of sexual schemas and body image on women's sexual function (Persian)]. *J Health Psychol.* 2014; 3(1):52-64. [\[Link\]](#)
- [3] Rajaeefard A, Beigi A, Salehi N. [Estimation of natural age of menopause in Iranian Women: A meta-analysis study (Persian)]. *Koomesh.* 2011; 13(1):1-7. [\[Link\]](#)
- [4] Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkinson; 2021. [\[Link\]](#)
- [5] Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F. [Factors affecting sexual performance in menopause: A review of research texts (Persian)]. *Payesh.* 2014; 14(1):41-58. [\[Link\]](#)
- [6] Goldenberg H, Goldenberg I. Family therapy: An overview. Nashville: Broadman & Holman Publishers; 2011.
- [7] Araoz D. Hypnosis in sexuality problems. *Am J Clin Hypn.* 2005; 47(4):229-42. [\[DOI:10.1080/00029157.2005.10403637\]](#) [\[PMID\]](#)
- [8] Babakhani N, Taravati M, Masoumi Z, Garousian M, Faradmal J, Shayan A. The effect of cognitive-behavioral consultation on sexual function among women: A randomized clinical trial. *J Caring Sci.* 2018; 7(2):83-8. [\[DOI:10.15171/jcs.2018.013\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [9] Haghghi H, Abedi P, Shirali Kh, Daraee R. [The effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on reducing the sexual distress of post-menopausal women (Persian)]. Paper presented t: 14th Conference on Cognitive Behavioral Psychotherapy focusing on the transfer of clinical experiences among next-generation therapists. 15-17 May 2016; Tehran, Iran. [\[Link\]](#)
- [10] Hummel SB, van Lankveld JJ, Oldenburg HS, Hahn DE, Broomans E, Aaronson NK. Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: Design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer.* 2015; 15:321. [\[DOI:10.1186/s12885-015-1320-z\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [11] Shokhmgar Z, Rajaei A, Hossien Bayazi M, Teimory S. [The effect of group training on cognitive-behavioral therapy on marital satisfaction in infertile women applying for IVF (Persian)]. *J Health Promot Manag.* 2020; 9(4):1-11. [\[Link\]](#)
- [12] Ramesh S, Rostami R, Marghati- Khoei E, Hemmat Boland E. [Effectiveness of combination of cognitive-behavioral therapy and bio-feedback on vaginismus patients' sexual function and marital status (Persian)]. *Biannual J Appl Couns.* 2016; 6(1):1-22. [\[DOI:10.22055/jac.2016.12565\]](#)
- [13] Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY: Guilford Publications; 1999. [\[Link\]](#)
- [14] Izadi R, Abedi Mohammad R. [Acceptance and commitment-based therapy (Persian)]. Tehran: Jangal Publications; 2016. [\[Link\]](#)
- [15] Eifert GH, Forsyth JP. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: a practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies. Oakland CA: New Harbinger Publications; 2005. [\[Link\]](#)
- [16] Luoma JB, Villatt JL. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Cogn Behav Pract.* 2012; 19(2): 265-76. [\[DOI:10.1016/j.cbpra.2010.12.003\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [17] Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training effects on distress. Positive states of mind rumination and distraction. *Ann Behav Med.* 2007; 33(1):11-21. [\[DOI:10.1207/s15324796abm3301_2\]](#) [\[PMID\]](#)
- [18] Hasanzadeh M, Akbari B, Abolghasemi A. [Efficiency of acceptance and commitment therapy on psychological wellbeing and sexual function in women with infertility history (Persian)]. *Avicenna J Nurs Midwifery care.* 2020; 27(4):250-9. [\[DOI:10.30699/ajnm.27.4.250\]](#)
- [19] Tabatabayi AS, Sajjadian I, Motamedi M. [Effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function, sexual self-consciousness and sexual assertiveness among women with sexual dysfunction (Persian)]. *J Res Behav Sci.* 2017; 15(1):84-92. [\[Link\]](#)
- [20] Burpee LC, Langer EJ. Mindfulness and marital satisfaction. *J Adult Dev.* 2005; 12(1):43-51. [\[DOI:10.1007/s10804-005-1281-6\]](#)
- [21] Azimifar S, Fatehizade M, Bahrami F, Ahmadi A, Abedi A. [Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance-based therapy and commitment to increase the marital happiness of dissatisfied couples (Persian)]. *J Psychol Psychiatry.* 2016; 3(2):56-81. [\[Link\]](#)
- [22] kbari Torkestani N, Ramezannejad P, Abedi M, Eshrati B, Nekoobahr A, Ramezannejad P. [The effect of premarital counseling on the acceptance-based approach and commitment on sexual performance of couples (Persian)]. *J Arak Uni Med Sci.* 2016; 19(117):34-42. [\[Link\]](#)
- [23] Khanjani Vashki S, Shafiabadi A, Farzad V, Fatehizadeh M. [A Comparison between the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy and acceptance and commitment on marital intimacy of conflicting couples in Isfahan (Persian)]. *J Knowl Res Appl Psychol.* 2016; 17(4):31-40. [\[Link\]](#)
- [24] Ghasemi S, Azizi A, Ismaili N. [Comparison of acceptance and commitment-based therapy with cognitive-behavioral therapy on marital satisfaction of women with obsessive-compulsive disorder in 2016 (Persian)]. *J Community Health.* 2017; 11(2):58-67. [\[DOI:10.22123/chj.2018.88102\]](#)
- [25] Delavar A. [Applied probability and statistics in psychology and educational sciences (Persian)]. Tehran: Roshd Publication; 2014. [\[Link\]](#)
- [26] Rosen R, Briwn C, Heimen J, Leiblum S, Maston R, Shabsigh D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI) a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000; 26(2):191-208. [\[DOI:10.1080/009262300278597\]](#) [\[PMID\]](#)
- [27] Mohammadi Kh, Heydari M, Faqihzadeh S. [The validity of the Persian version of the Female Sexual Function Index-FSFI scale as an indicator of women's sexual performance (Persian)]. *Monit Q.* 2008; 7(2):269-78. [\[Link\]](#)
- [28] Gibbs RS. Danforth's obstetrics and gynecology. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. [\[Link\]](#)
- [29] Ter Kuile MM, Both S, Van Kankueld JJDM. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunction in woman. *Psychiatr Clin North Am.* 2010; 33(3):595-610. [\[DOI:10.1016/j.psc.2010.04.010\]](#) [\[PMID\]](#)
- [30] Kaplan HS. The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction. London: Psychology Press; 1974. [\[Link\]](#)

- [31] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2011. [\[Link\]](#)
- [32] Rostamkhani F, Ghamari M, Babakhani V, Mergati Khoi A. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual schemas in postmenopausal women (Persian)]. *J Health Promot Manag. Tehran.* 2020; 9(6):84-95. [\[Link\]](#)
- [33] Brotto LA, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol.* 2012; 125(2):320-5. [\[DOI:10.1016/j.ygyno.2012.01.035\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [34] Mutabi F, Fati L. [Therapeutic drawing in behavioral cognitive theory (Persian)]. 5th ed. Tehran: Danjeh Publications; 2016. [\[Link\]](#)
- [35] Lavner JA, Karney BR, Bradbury TN. Does couples' communication predict marital satisfaction, or does marital satisfaction predict communication? *J Marriage Fam.* 2016; 78(3):680-94. [\[DOI:10.1111/jomf.12301\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [36] Rostamkhani F, Ghamari M, Babakhani V, Merghati KE. [The effect of acceptance and commitment therapy on sexual function in postmenopausal women (Persian)]. *J Health Care.* 2020; 22(2):102-13. [\[DOI:10.52547/jhc.22.2.102\]](#)
- [37] Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. [Relationship between sexual function and quality of life in postmenopausal women (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2016; 26(143):88-98. [\[Link\]](#)
- [38] Afghari A, Ganji J, Ahmadshirvani M. [Psycho-emotional changes in menopause: A qualitative study (Persian)]. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2012; 22(93):27-38. [\[Link\]](#)
- [39] Hakimi S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Zaiery F. [Women's experiences about menopause and related factors (Persian)]. *Iran J Endocrinol Metab.* 2017; 19(3):185-94. [\[Link\]](#)
- [40] Iverach L, Menzies RG, O'Brian S, Packman A, Onslow M. Anxiety and stuttering: Continuing to explore a complex relationship. *Am J Speech Lang Pathol.* 2011; 20(3):221-32. [\[DOI:10.1044/1058-0360\(2011/10-0091\)\]](#) [\[PMID\]](#)
- [41] Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer; 2010. [\[Link\]](#)
- [42] Harris R, Hayes SC. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. 2th ed. Oakland: New Harbinger Publications; 2019. [\[Link\]](#)
- [43] Mojdeh F, Zeighami Mohamadi S. [The relationship between depression and sexual function index among married women (Persian)]. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2013; 21(1):41-51. [\[Link\]](#)