

Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy and EIS Model on Sexual Function, Among Pregnant Women

Mohammad Amini¹, Mahmoud Guodarzi^{2*}, Shole Shahgheibi³

1. PhD Student, Department of Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
2. Assistant Professor, Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
3. Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Article Info

Received: 2020/11/08;
Accepted: 2021/03/03;
Published Online: 2021/09/21

doi [10.30699/ajnm.29.3.233](https://doi.org/10.30699/ajnm.29.3.233)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Pregnancy causes many physical and psychological changes. Therefore, pregnant women may face many issues and problems, including a lack of reduced sexual function. This study was prepared to compare the effectiveness of cognitive-behavioral couple therapy training and the EIS (empathy, intimacy, and sexual satisfaction) model on sexual function in pregnant women.

Methods: This was a semi-experimental study with pre- and post-test design. A total of 60 people among the statistical population, who met the inclusion criteria were chosen, and randomly divided into three groups of 20 (two intervention groups and one control group). The intervention participants were trained using cognitive-behavioral and EIS model in 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any training during this time. The tool used to collect data in pre- and post-test was the Women's Sexual Performance Index (FSFI). Data were analyzed using SPSS 23 at a significance level of 0.05.

Results: Findings showed that both cognitive-behavioral approaches and the EIS model are practical on sexual function and its subscales (sexual desire, sexual arousal, vaginal moisture, orgasm, sexual satisfaction, painful intercourse) (P value < 0.05). There is a difference in their effectiveness in this regard. The EIS model with a mean and standard deviation of 24.08 ± 1.85 had a more significant effect on sexual function than the cognitive-behavioral approach with a mean and variation of 17.58 ± 1.1 .

Conclusion: Therefore, it can be concluded that despite the differences between these two approaches (cognitive-behavioral approaches and EIS model), both are useful in terms of sexual function and its subscales. However, due to the greater effectiveness of the EIS model, it can be used during pregnancy besides the other cares.

Keywords: Pregnant women, Sexual function, Cognitive-behavioral, EIS model

Corresponding Information:

Mahmoud Guodarzi, Assistant Professor, Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran. Email mg.sauc@gmail.com

Copyright © 2021, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Amini M, Guodarzi M, Shahgheibi S. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Couple Therapy and EIS Model on Sexual Function, Among Pregnant Women. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2021; 29 (3):233-244

مقایسه اثربخشی آموزش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی در زنان باردار

محمد امینی^۱، محمود گودرزی*^۲، شعله شاغیبی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
۲. استادیار، گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران
۳. استاد تمام، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۸/۱۸	مقدمه: دوران بارداری با تغییرات جسمانی و روان‌شناختی بسیاری همراه است. بنابراین زنان باردار ممکن است با مسائل و مشکلات زیادی از جمله کاهش عملکرد جنسی مواجه باشند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی در زنان باردار انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳	روش کار: بدین منظور طی یک پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، از بین جامعه آماری (زنان باردار نخست‌زا) با لحاظ نمودن ملاک‌های ورود به پژوهش، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی ساده درسه گروه ۲۰ نفره (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. در ادامه در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به یک گروه مداخله آموزش شناختی-رفتاری و به گروه دیگر مدل EIS آموزش داده شد، در حالی که گروه کنترل در این مدت آموزشی دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها در پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شد.
انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۶/۳۰	یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هردو رویکرد شناختی-رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن (میل جنسی، برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی، مقاربت دردناک) مؤثر هستند ($P \text{ value} < 0/05$) و بین اثربخشی آنها در این زمینه تفاوت وجود دارد. مدل EIS با میانگین و انحراف معیار $1/85 \pm 24/08$ نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری با میانگین و انحراف $1/1 \pm 17/58$ تأثیر بیشتری بر عملکرد جنسی داشت.
نویسنده مسئول: محمود گودرزی استادیار، گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران پست الکترونیک: mg.sauc@gmail.com	نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت با وجود تفاوت بین دو رویکرد شناختی-رفتاری و مدل EIS هردو در زمینه عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن مؤثر هستند اما با توجه به اثربخشی بیشتر مدل EIS می‌توان از آن در دوران بارداری به عنوان روش کارآمدتر در کنار سایر مراقبت‌ها استفاده کرد.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	کلیدواژه‌ها: زنان باردار، عملکرد جنسی، رویکرد شناختی-رفتاری، مدل EIS



مقدمه

بارداری یکی از عواملی است که با ایجاد تغییرات جسمی و روانی در زنان می‌تواند به‌عنوان یک عامل جدی در پیدایش یا تشدید اختلالات جنسی تلقی شود [۱]. در دوران بارداری، به‌علت عدم وجود آگاهی در زمینه فیزیولوژی بارداری و همچنین انجام فعالیت جنسی در این دوران، و از طرف دیگر اعتقادات و باورهای غلطی که ممکن است از محیط اطراف به مادران منتقل شود، نگرش و عملکرد جنسی آنها می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد و به‌علت ترس از صدمه به جنین و یا از دست رفتن عاملگی یا عواقب ناشی از آن، فعالیت جنسی برخی زنان

بارداری یکی از عواملی است که با ایجاد تغییرات جسمی و روانی در زنان می‌تواند به‌عنوان یک عامل جدی در پیدایش یا تشدید اختلالات جنسی تلقی شود [۱]. در دوران بارداری، به‌علت عدم وجود آگاهی در زمینه فیزیولوژی بارداری و همچنین انجام فعالیت جنسی در این دوران، و از طرف دیگر اعتقادات و باورهای غلطی که ممکن است از محیط اطراف به مادران منتقل شود، نگرش و عملکرد جنسی آنها می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد و به‌علت ترس از صدمه به جنین و یا از دست رفتن عاملگی یا عواقب ناشی از آن، فعالیت جنسی برخی زنان

جنسی و زناشویی از طریق صمیمیت و همدلی و تجربه و آگاهی از هیجانان، بر بُعد معنویت و اعتقادات مذهبی در بهبود روابط زوجین نیز تأکید دارد و بر این اعتقاد است که آگاهی از باورها و ارزش‌های مذهبی و معنوی در رابطه با زوجین و نقش هر یک از آنها در روابط خانوادگی، جنسی و زناشویی می‌تواند به بهبود روابط زوجین بینجامد [۱۵].

در این راستا، مطالعات انجام شده، آموزش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری را به عنوان شیوه‌ای مناسب بر عملکرد جنسی [۲۲-۱۶]، کاهش تعارضات زناشویی [۲۳]، صمیمیت زناشویی [۲۴] مطرح نموده‌اند. در پژوهشی دیگر Goudarzi و Boostanipoor نیز اثربخشی زوج‌درمانی سیستمی-رفتاری در افزایش سازگاری زناشویی را نشان دادند [۲۵]. علاوه بر این، در رابطه با اثربخشی مدل EIS، Konzen و همکارانش در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که به‌کارگیری مدل EIS موجب رضایت جنسی، صمیمیت زناشویی و صمیمیت جنسی کلامی در مردان و زنان و بهبود عملکرد جنسی در آنها می‌شود [۱۴].

هرچند تحقیقات زیادی در زمینه اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری انجام شده و اکثر آنها از جمله پژوهش‌هایی که در بالا به آن اشاره شد کارایی آن را در زمینه رضایت زناشویی، رضایت جنسی، کاهش تعارضات و افزایش سازگاری زناشویی، کاهش استرس، افسردگی، اضطراب، و سلامت روانی به طور عموم، بر روی زوجین تأیید کرده‌اند با این وجود مطالعات بسیار کم و محدودی بصورت مقایسه‌ای، در مورد تأثیر این رویکرد و مقایسه اثربخشی آن با یک رویکرد نو در زمینه عملکرد جنسی در زنان باردار در دسترس است. بر این اساس و بنا به اهمیت و ضرورت دستیابی به مؤثرترین شیوه افزایش عملکرد جنسی زنان باردار با توجه به تأثیرات سوء بعد منفی این مقوله بر جنین و زندگی فردی و خانوادگی زنان باردار، انجام این تحقیق لازم و ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین با توجه به آنچه در بالا ذکر شد در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال کلی هستیم که «آیا میان اثربخشی آموزش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی زنان باردار تفاوت وجود دارد؟»

به ۵۹ درصد در سه ماهه اول، ۸۴-۷۵ درصد در سه ماهه دوم و ۴۰-۴۱ درصد در سه ماهه سوم کاهش پیدا می‌کند [۴]. پژوهش‌های انجام شده دیگر نیز در زمینه عملکرد جنسی زنان باردار مؤید این است که طی دوران بارداری و حتی ماه‌ها پس از زایمان، تمایل به برقراری رابطه جنسی، میل جنسی، دفعات مقاربت، دفعات ارگاسم و رضایت از رابطه جنسی کاهش یافته و میزان اختلالات جنسی افزایش می‌یابد [۸-۵]؛ همچنین براساس پژوهش‌ها، بارداری منجر به تغییرات زیادی در روابط عاطفی، جنسی و رضایت زناشویی زوجین می‌شود [۱۲-۹].

با این وجود امروزه رویکردهای زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی گوناگونی با هدف کاهش تعارضات و آشفتگی ارتباطی میان زوج‌ها و کمک به آنها در حل مشکلات و تصمیم‌گیری‌های درست به وجود آمده است؛ از جمله این رویکردها می‌توان به رویکردهای زوج‌درمانی شناختی-رفتاری^۱، و مدل همدلی، صمیمیت، رضایت جنسی^۲ اشاره نمود.

رویکرد شناختی-رفتاری بر تعامل و ارتباط رفتاری زوجین و رفتارهای مشکل‌زا و آگاهی از آنها، توضیح و تشریح رابطه بین افکار و احساسات و رفتار افراد، تغییر توقعات، باورها و خطاهای شناختی و شناخت‌های غیر واقعی زوجین و بازسازی و تصحیح شناختها و انتساب‌های نادرست در تعامل‌های ارتباطی و بهره‌گیری از روش‌های خودآموز و آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله در تعامل‌های ارتباطی تأکید دارد [۱۳]؛ برعکس رویکرد زوج‌درمانی شناختی-رفتاری که یک رویکرد شناخته‌شده در زمینه خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی است، مدل EIS یک مدل نو در زمینه زوج‌درمانی است. این مدل توسط Konzen ارائه شده است و بر مبنای الگوی فرایند/اعتباریابی/انسان Satir قرار دارد [۱۴]. این رویکرد کمتر بر بُعد شناختی و حل مسئله تأکید دارد و بیشتر بر تجربه، شناسایی و آگاهی از هیجانان و ارتباطات و واکنش‌های هیجانی زوجین و اصلاح و بازسازی و رشد واکنش‌های هیجانی در فضایی توأم با خلوص و همدلی در زمان حال متمرکز است و از این راه می‌خواهد ضمن افزایش خودشناسی و بهبود عزت‌نفس و ارزش شخصی، به اصلاح ارتباطات آسیب‌پذیر، بهبود صمیمیت نسبی، حل تعارضات، بهبود عملکرد جنسی، و آموزش مهارت‌های احساسی و جنسی بپردازد؛ همچنین این مدل زوج‌درمانی علاوه بر افزایش رضایت

^۱ Empathy, intimacy, and sexual satisfaction: EIS

CBT.^۱

روش کار

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این تحقیق شامل همه زنان بارداری بود که به مراکز درمان و بهداشت شهر بوکان در مهرماه سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده و در آنجا پرونده بارداری داشتند. ملاک‌های ورود به این پژوهش به صورت تمایل به حضور در جلسات آموزشی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۱۸ تا ۳۸ سال، حداقل یک سال و حداکثر ۸ سال زندگی مشترک، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مشروبات الکلی، بارداری برای نخستین بار، سن حاملگی بین ۱۶ تا ۲۴ هفته، حاملگی با جنین تک‌قلو، حاملگی بدون سوابق ناباروری و ممنوعیت برای زایمان طبیعی، عدم پیشینه دریافت خدمات روان پزشکی، نداشتن تعارض‌های حاد و بحرانی در خانواده، تأیید سالم بودن جنین از طریق سونوگرافی به عنوان ملاک‌های ورود به مطالعه تعیین شد. علاوه بر این در این مطالعه ملاک‌های ۱- غیبت و شرکت نکردن بیش از سه جلسه در فرایند آموزش، ۲- تشخیص جنین غیرطبیعی و در خطر بودن آن به وسیله سونوگرافی، ۳- سقط یا مرگ جنین، ۴- بروز هر گونه حادثه استرس‌زا برای زن باردار و خانواده او (بیماری، مرگ و ...) و ۵- داشتن تعارض شدید با همسر به عنوان ملاک‌های خروج اعضا از پژوهش در نظر گرفته شد.

با توجه به هدف و روش این پژوهش و همچنین با نظر گرفتن مطالعات مشابه انجام شده، و لحاظ کردن احتمال ریزش ۲۰ درصدی تعداد اعضای گروه نمونه با توجه به حساسیت و عدم توانایی جسمی و روحی و بروز حوادث ناخواسته برای آنان در جریان تحقیق، تعداد حجم نمونه در این مطالعه ۶۰ نفر تعیین شد. برای انتخاب نمونه پژوهش از میان جامعه آماری، با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، ابتدا ۶۰ نفر از واجدین شرایط انتخاب و به صورت تصادفی ساده در سه گروه ۲۰ نفره (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) جایگزین شدند.

به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، هنگام نمونه‌گیری، هدف از پژوهش و مزایای مشارکت در پژوهش، جنبه اختیاری بودن شرکت در پژوهش و داشتن حق ترک گروه در هر مرحله از پژوهش با اطلاع قبلی مجری، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و دیگر اصول و قوانین حاکم بر گروه برای مشارکت‌کنندگان به‌وضوح توضیح و به پرسش‌های آنها

پاسخ داده شد و در نهایت از آنها رضایت‌نامه آگاهانه کتبی مشارکت گرفته شد. در مرحله بعد، هر سه گروه پرسش‌نامه FSFI و دموگرافیک را قبل از مطالعه تکمیل کردند؛ سپس اعضای دو گروه مداخله (گروه شناختی-رفتاری و گروه مدل EIS) توسط یک همکار خانم کارآموده و متخصص مشاوره خانواده و با همکاری و راهنمایی یک متخصص زنان و زایمان طبق برنامه‌ریزی و هماهنگی‌های قبلی با افراد گروه مداخله، هر هفته دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و جمعاً به مدت ۸ جلسه، مطابق پروتکل‌های ارائه شده برای هر کدام از شیوه‌های زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS آموزش داده شدند و در طول این دوره گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. قابل ذکر است که با توجه به نو بودن پروتکل آموزشی مدل EIS، جهت اطمینان از روایی و انطباق آن با ارزش‌های فرهنگی و دینی جامعه ایران، نسخه پروتکل آماده شده فارسی این مدل، همراه با اصل کتابچه و نسخه انگلیسی پروتکل و مقاله ارائه‌دهنده آن در مورد مدل EIS، به ۹ نفر از متخصصان و صاحب‌نظران برجسته خانواده‌درمانی با حداقل ۱۰ سال تجربه کار با زوجها و خانواده‌ها ارائه شد. روایی مصححان برای این پروتکل ۰/۹۷ محاسبه شد و در نهایت با اعمال نظرات و پیشنهادات متخصصات مربوطه پروتکل جهت آموزش به گروه مداخله به صورتی که در جدول آمده است ارائه شد. در پایان جلسات آموزشی، روی هر سه گروه پس‌آزمون اجرا و مجدداً پرسش‌نامه FSFI تکمیل شد. قابل ذکر است که جهت رعایت اخلاق در پژوهش در پایان این مطالعه، مدل EIS با توجه به اثربخشی بیشتر آن، با در نظر گرفتن شرایط جسمانی و روانی زنان باردار در این مرحله از بارداری به شیوه گروه مداخله‌ای EIS، به مدت ۵ جلسه به گروه کنترل آموزش داده شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه استاندارد شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) و پرسش‌نامه دموگرافیک در مورد سن، میزان تحصیلات خود و همسر، وضعیت اشتغال خود و همسر و مدت زمان ازدواج استفاده شد پرسش‌نامه فوق یک شاخص شش‌بعدی است که عملکرد جنسی زنان را به وسیله ۱۹ سؤال در خرده‌مقیاس‌های تمایلات جنسی، تحریک یا برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی در ۴ هفته گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه دارای ۶ گزینه فعالیت جنسی نداشتیم، هرگز، بندرت، گاهی، اغلب، همیشه است که از صفر تا ۵ نمره گذاری می‌شود نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال‌های حیطه میل

جنسی مطلوب، و برعکس نمره پایین نشان‌دهنده عملکرد جنسی نامطلوب است. نقطه برش جهت تعیین اختلال عملکرد جنسی ۲۸ است. همچنین نمره کمتر از ۰/۶۵ کل نمره برای هر حیطة، اختلال عملکرد آن حیطة در نظر گرفته می‌شود. جدول زیر سیستم نمره‌دهی پرسش‌نامه شاخص عملکرد جنسی زنان را نشان می‌دهد:

جنسی (۵-۱)، تحریک جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و مقاربت دردناک (۵-۰) و رضایت جنسی (۵-۱ یا ۰) است با جمع نمرات فرد در هر حیطة و ضرب آن در فاکتور یا ضرب آن بعد، نمره فرد در هر حیطة به دست می‌آید و نمره کل با جمع کردن نمرات همه حیطه‌ها به دست می‌آید. محدوده نمره کل بین ۲۶ - ۲ است که نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد

جدول ۱. سیستم نمره‌دهی شاخص عملکرد جنسی زنان

بخش	سؤالات	محدوده نمرات	ضرب	حداقل نمره	حداکثر نمره
میل جنسی	۱،۲	۵-۱	۰/۶	۱/۲	۶
برانگیختگی جنسی	۳،۴،۵،۶	۵ - صفر	۰/۳	صفر	۶
رطوبت مهبل	۷، ۸، ۹، ۱۰	۵ - صفر	۰/۳	صفر	۶
ارگاسم	۱۱، ۱۲، ۱۳	۵ - صفر	۰/۴	صفر	۶
رضایت جنسی	۱۴، ۱۵، ۱۶	صفر یا ۱ - ۵	۰/۴	صفر	۶
درد	۱۷، ۱۸، ۱۹	صفر - ۵	۰/۴	صفر	۶

در نهایت برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) و متناسب با سطح سنجش متغیرها از آمارهای توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای سنجش نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لوین برای سنجش یکسانی واریانس گروه‌ها، شاخص تعامل متغیر مستقل و هم‌پراش برای سنجش همگنی شیب‌های رگرسیون، و تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی توکی (جهت بررسی تفاوت بین گروه‌ها) استفاده شد.

شاخص عملکرد جنسی زنان در ایران توسط Mohammadi و همکاران استاندارد سازی شده است؛ و میزان پایایی مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند و همچنین روایی نسخه فارسی با استفاده از سطح زیرمنحنی^۳ راک برای کل مقیاس ۰/۹۱۷ به دست آمده است [۲۶]. اعتبار این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد که حاکی از اعتبار مناسب و قابل قبول آن است.

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات آموزشی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری استنتاج از Goldenberg و Goldenberg ترجمه Hamid و Reza Hossein و همکاران [۱۳].

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	در این جلسه به معارفه و اتحاد درمانی و آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، و بیان قوانین و اهداف جلسات پرداخته شد، و در پایان پیش آزمون از اعضا گرفته شد
جلسه دوم	در این جلسه آموزش‌هایی از نظر علائم جسمی و روانی مرتبط با تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری، به آنها ارائه شد در پایان به عنوان یک تکلیف اعضا ترغیب شدند که از سایر منابع دیگر در مورد بارداری و علائم جسمی و روانی آن اطلاعات کسب کنند
جلسه سوم	در این جلسه مهارت‌های ارتباطی، شناسایی الگوهای تعاملی ناکارآمد و تاثیر آن بر زندگی زناشویی و اصلاح آنها، و مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله آموزش داده شد. در پایان جلسه اعضا مکلف شدن تا آنچه را در این جلسه یاد گرفته‌اند در بیرون تمرین کنند.
جلسه چهارم	در این جلسه رابطه بین افکار و رفتار و عواطف و همچنین شیوه شناسایی واگاهی از افکار تحریف شده و ناکارآمد و چگونگی اصلاح و تغییر آنها به اعضا یاد داده شد.
جلسه پنجم	به اعضا آموزش‌هایی در زمینه مهارت‌های جنسی، نقش نگرش‌های غلط جنسی در عملکرد جنسی و نحوه اصلاح آنها، نقش تغییرات جسمی و ذهنی دوران بارداری بر عملکرد جنسی زوجین داده شد اعضا مکلف شدند تا به نقش افکار و نگرش‌های غلط جنسی در زندگی زناشویی خود بنگرند و سعی کنند آنها را اصلاح کنند

^۳ AUC: Area Under the Curve.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ششم	آموزشهایی در زمینه معنی و مفهوم اضطراب و استرس به ویژه استرس های دوران بارداری و ماهیت و منابع آنها و تأثیر آنها بر ابعاد دیگر زندگی و چگونگی مقابله با آنها به اعضا داده شد. در پایان اعضا مکلف به تمرین شناسایی استرس و اضطراب های خود، بررسی نقش آنها شیوه ای مقابله بان در بیرون از جلسه شدند
جلسه هفتم	در این جلسه اطلاعاتی در زمینه زایمان طبیعی و سزارین و مزایا و معایب هر کدام به اعضا داده شد، در پایان اعضا مکلف شدند اطلاعات بیشتری از منابع معتبر دیگر گردآوری کنند.
جلسه هشتم	ابتدا خلاصه ای از مطالب جلسات قبل یادآوری و از اعضا خواسته شد تا سوالات و ابهامات خود را در زمینه مطالب مربوطه مطرح کنند، و در پایان ضمن تقدیر از اعضا پس از آزمون از آنها گرفته شد
قابل ذکر است که از جلسه دوم تا هشتم در ابتدای هر جلسه، تکالیف جلسه قبل بررسی و بازخورد ارائه می شد	

جدول ۳. خلاصه محتوای جلسات آموزش زوج‌درمانی مدل EIS (همدلی، صمیمیت، رضایت جنسی) برگرفته از کتابچه راهنمای مدل Konzen EIS [۱۵].

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	در این جلسه اعضای گروه با یکدیگر آشنا و در زمینه اهداف و قوانین به گفتگو با یکدیگر پرداختند و همچنین ارزیابی و پیش آزمون در زمینه متغیر عملکرد جنسی، از اعضای گروه گرفته شد
جلسه دوم	در این جلسه جهت افزایش همدلی، بهبود روابط و حل اختلافات و افزایش صمیمیت، مفهوم اعتبار سنجی و قوانین مربوط به پروتکل اعتبار سنجی با استفاده از OINK ^۴ و RACE ^۵ توضیح داده شد در پایان این جلسه تکالیفی در زمینه تمرین و بکارگیری قوانین پروتکل اعتبار سنجی در حل مسائل و ارتباطات مشکل ساز روزمره به اعضا داده شد.
جلسه سوم	به اعضا کمک شد تا از چگونگی دیدگاه دینی و مذهبی و سایر ارزشهای خود، در زمینه مسائل زناشویی، خانوادگی، نقش و وظایف زوجین، مهارت های تصمیم گیری و حل مسئله و چگونگی مواجهه با سختیها و شرایط استرس زا آگاه شوند. در پایان اعضا مکلف شدند به مطالعه بیشتر از منابع مختلف در این زمینه بپردازند.
جلسه چهارم	به اعضای گروه کمک شد تا افکار و احساسات، انتظارات و عوامل تأثیر گذار جنسی را بررسی و با همسر خویش در میان بگذارند و از آنها آگاهی یابند همچنین مهارت های صمیمیت رابطه ای و تصویر بدن آموخته شد. در پایان تکالیف انجام یک مکالمه ۵ دقیقه ای متقابل، تمرین آینه و تمرین جام، تفریح کردن و تعیین یک برنامه تفریحی توسط همسر و بحث در مورد آن، به اعضا داده شد
جلسه پنجم	در این جلسه مهارت های صمیمیت لمسی و نوازش کردن به اعضا آموزش داده شد در پایان این جلسه تکالیفی جهت انجام در خانه برای اعضا تعیین شد از جمله: تمرین جلوی آینه برای نوازش کردن و صمیمیت جسمی، نوازش و تمرین لمس قسمت های تعیین شده، تمرین اعلام و انعکاس،
جلسه ششم	در این جلسه، مهارت های صمیمیت حسی و جنسی، و چگونگی مطرح کردن درخواست ها و تمایلات جنسی، بررسی چگونگی شرایط و تمایل به بودن ها و نبودن ها هنگام برقراری رابطه آموزش داده شد. در پایان تکالیفی از فراهم کردن شرایط لازم برای صمیمیت حسی، تمرین نوازش کامل نواحی تحریک جنسی سطح ۲، تمرین بوسیدن، فراهم کردن شرایط لازم برای صمیمیت جنسی، دوش گرفتن با هم، نوازش کامل نواحی تحریک جنسی سطح (۱) اندامهای جنسی و...) برای ارگاسم و مقاربت جنسی، تعیین شد.
جلسه هفتم	به اعضای گروه کمک شد تا از احساسات، توانایی ها و امکانات و نیازهای درونی خود در دوران مختلف بارداری آگاهی یابند و مهارت های بروز آنها را بیاموزند. در پایان این جلسه به عنوان یک تکلیف از اعضا خواسته می شود احساسات و توانایی ها و نیازهای خود را در موقعیت های مختلف خانوادگی و زناشویی مورد توجه قرار دهند.
جلسه هشتم	در این جلسه، ضمن خلاصه کردن مطالب جلسات قبل از اعضا درخواست می شود تا سوالات و ابهامات خود را در زمینه مطالب مربوطه مطرح کنند. در پایان ضمن تقدیر از اعضا، از اعضای گروه پس از آزمون در زمینه عملکرد جنسی گرفته شد
قابل ذکر است که از جلسه دوم تا هشتم در ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار می گرفت	

OINK)(Keep it Short.No blaming, accusing, assuming, I statement. ^۴. One Moment one issue

^۵. Reflect, Ask questions, Confirm, Empathy (RACE)

یافته‌ها

اشتغال، میزان تحصیلات، میزان تحصیلات همسر، سن و مدت زمان ازدواج تفاوتی وجود ندارد.

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که از لحاظ آماری بین سه گروه شناختی-رفتاری، مدل EIS و کنترل از نظر وضعیت

جدول ۴. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در پژوهش

P-Value	آماره آزمون	گروه‌های نمونه						سطح متغیر	متغیرها
		گروه کنترل		گروه‌های مداخله		شناختی-رفتاری			
		N=۲۰		N=۲۰		N=۲۰			
		یک گروه	مدل EIS	مدل EIS	شناختی-رفتاری	شناختی-رفتاری			
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۰/۴۹	۰/۹۸	۷۵/۰	۱۵	۸۰/۰	۱۶	۷۰/۰	۱۴	خانه داری	وضعیت اشتغال
		۲۵/۰	۵	۲۰/۰	۴	۳۰/۰	۶	شاغل	
		۳۵/۰	۷	۴۰/۰	۸	۳۰/۰	۶	دیپلم	
۰/۳۵	۰/۱۴۷	۲۰/۰	۴	۱۰/۰	۲	۱۰/۰	۲	فوق دیپلم	میزان تحصیلات
		۴۵/۰	۹	۵۰/۰	۱۰	۶۰/۰	۱۲	لیسانس و بالاتر	
		۱۰/۰	۲	۲۰/۰	۴	۲۵/۰	۵	زیر دیپلم	
۰/۱۹	۱/۰۲	۳۰/۰	۶	۲۵/۰	۵	۳۰/۰	۶	دیپلم و فوق دیپلم	میزان تحصیلات همسر
		۶۰/۰	۱۲	۵۵/۰	۱۱	۴۵/۰	۹	لیسانس و بالاتر	
				میانگین	میانگین	میانگین			
۰/۸۱	۰/۶۹۷	۲۹/۴	۲۹/۰۵	۳۰/۴۵			-	سن	
۰/۳۸	۰/۱۹۸	۳/۵۷	۳/۵۵	۴/۲۷			-	مدت زمان ازدواج	

خرده‌مقیاس‌های آن وجود دارد. همچنین براساس داده‌های جدول شماره ۶ می‌توان پی برد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، گروه‌ها در پس‌آزمون به صورت معنی‌داری بر نمره کل متغیر عملکرد جنسی با درجه آزادی ۳ و مقدار ۳۵۶/۵۲۷ و مقدار F=۰/۰۵ و P value< ۰/۰۵ تأثیر دارند؛ بنابراین معنی‌دار در سطح ۰/۰۵ (P value< ۰/۰۵) تأثیر دارند؛ بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهد که فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین گروه‌ها رد می‌شود و آموزش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS، بر گروه‌ها موثر بوده، بر این اساس می‌توان گفت حداقل بین میانگین دو گروه از گروه‌ها در عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار است؛ بنابراین به منظور مقایسه دو به دوی میانگین گروه‌ها در متغیر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن از آزمون تعقیبی توکی استفاده می‌شود.

نتایج آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و شاخص تعامل متغیر مستقل و هم‌پراش در تمام گروه‌ها به ترتیب نرمال بودن توزیع نمرات، یکسانی واریانس گروه‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیونی در متغیر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن را تأیید کردند. بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های لازم در متغیر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن و همچنین فاصله‌ای بودن سطح سنجش متغیر عملکرد جنسی می‌توان از تحلیل کواریانس برای مقایسه تفاوت میانگین عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن بین گروه‌ها استفاده کرد.

نتایج آزمون‌های لامبدای ویلکز در جدول شماره ۵ حاکی آن است که به‌طور کلی در پس‌آزمون متغیر عملکرد جنسی و همچنین خرده‌مقیاس‌های آن با کنترل پیش‌آزمون، معنی‌دار می‌باشند. بنابراین براساس این یافته‌ها می‌توان پی برد تفاوت معنی‌داری میان گروه‌ها از لحاظ عملکرد جنسی و

جدول ۵. نتایج برآمده از تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) برای بررسی اثرات کلی روی تفاضل نمرات در پس آزمون

اندازه اثر	سطح معنی‌داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	مقدار F	آماره	آزمون	عملکرد جنسی
۰/۸۵۸	۰/۰۰۰	۱۸۲/۸۴۸	۱۲	۱۲۴/۵۹	۰/۰۰۳	لامبدایی ویلکز	عملکرد جنسی
۰/۹۶۶	۰/۰۰۰	۸۷/۵۲۸	۷۲	۳۴/۶۲۲	۰/۰۰۰	لامبدایی ویلکز	خرده‌مقیاس‌ها عملکرد جنسی

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره نمرات عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه‌های مداخله و کنترل در

پس آزمون

اندازه اثر	P مقدار	F مقدار	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر و خرده‌مقیاس‌های آن
۰/۹۳۷	۰/۰۰۰	۳۵۶/۵۲۷	۵۲۹/۵۱۸	۳	۱۵۸۸/۵۵۵	عملکرد جنسی
۰/۶۷۷	۰/۰۰۰	۳۶/۲۹۱	۲۰/۰۴۱	۳	۶۰/۱۲۳	میل جنسی
۰/۷۹۸	۰/۰۰۰	۶۸/۳۴۲	۱۲/۱۳۳	۳	۳۶/۳۹۸	برانگیختگی جنسی
۰/۸۷۸	۰/۰۰۰	۱۲۴/۳۳۹	۱۷/۲۴۹	۳	۵۱/۷۴۷	رطوبت مهبل
۰/۷۳	۰/۰۰۰	۴۶/۹۵۷	۷/۸۸۲	۳	۲۳/۶۴۵	ارگاسم
۰/۷۷۲	۰/۰۰۰	۵۸/۸۴۲	۱۱/۱۱۸	۳	۳۳/۳۵۴	رضایت جنسی
۰/۷۴۵	۰/۰۰۰	۵۰/۵۳۸	۱۰/۳۰۲	۳	۳۰/۹۰۶	مقاربت دردناک

اثربخشی آموزش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر اعضای گروه خود است. علاوه بر این، یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که در پس آزمون، تفاوت میانگین بین دو گروه شناختی-رفتاری و مدل EIS در عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان گفت آموزش شناختی-رفتاری و مدل EIS از لحاظ اثربخشی بر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های میل جنسی، برانگیختگی جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی و مقاربت دردناک متفاوت هستند.

همچنان که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین‌ها بین هر سه گروه (شناختی-رفتاری، مدل EIS، کنترل) به صورت دو به دو، در عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن از لحاظ آماری معنی‌دار است ($P < ۰/۰۵$)، بنابراین می‌توان پی برد که با توجه به معنی‌دار بودن تفاوت میانگین گروه کنترل با هر یک از گروه‌های مداخله (شناختی-رفتاری، مدل EIS) در پس آزمون، تفاوت میانگین بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های مداخله در عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن معنی‌دار است که خود حاکی از

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی توکی در هم‌سنجی دو به دو متغیرهای مستقل با توجه به متغیر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن در

پس آزمون

مدل EIS / کنترل		شناختی-رفتاری / شناختی-کنترل		مدل EIS		شناختی-رفتاری		کنترل		متغیر و خرده‌مقیاس‌های آن	
تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین	Sig	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
۱۱/۷۴	۰/۰۰۰	۵/۲۳	۰/۰۰۰	۶/۵	۱/۸۵	۲۴/۰۸	۱/۱	۱۷/۵۸	۱/۲۶	۱۲/۳۴	عملکرد جنسی
۲/۴	۰/۰۰۰	۱/۰۵	۰/۰۰۰	۱/۳۵	۰/۹۱	۴/۲۶	۰/۷۸	۲/۹۱	۰/۴۷	۱/۸۶	میل جنسی
۱/۹۵	۰/۰۰۰	۱/۳۵	۰/۰۰۲	۰/۶	۰/۵۷	۳/۴۸	۰/۵۷	۲/۸۸	۰/۳۶	۱/۵۳	خرده‌مقیاس‌های عملکردهای جنسی
۲/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۹۱	۰/۰۰۰	۱/۳۳	۰/۳۸	۴/۳	۰/۳۶	۲/۹۷	۰/۵۶	۲/۰۵	رطوبت مهبل
۱/۵۶	۰/۰۰۸	۰/۵۶	۰/۰۰۰	۱	۰/۳۸	۴	۰/۵۲	۳	۰/۶۹	۲/۴۴	ارگاسم

مدل EIS / کنترل		شناختی - رفتاری / شناختی - رفتاری		مدل EIS		شناختی- رفتاری		کنترل		متغیر و خرده مقیاس های آن		
تفاوت میانگین	Sig	تفاوت میانگین	Sig	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار				
۰/۰۰۰	۱/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۶۶	۰/۰۰۰	۱/۱۲	۰/۳۵	۴/۱۸	۰/۴۵	۳/۰۶	۰/۶۲	۲/۴	رضایت جنسی
۰/۰۰۰	۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۷	۰/۰۰۰	۱/۱	۰/۳۹	۳/۸۶	۰/۶۷	۲/۷۶	۰/۷۱	۲/۰۶	مقاربت دردناک

* <math>p < 0.05</math>

بحث

موجب رضایت جنسی، صمیمیت زناشویی و صمیمیت جنسی کلامی در مردان و زنان و بهبود عملکرد جنسی در آنها می‌شود؛ این نتیجه با نتیجه پژوهش حاضر مطابقت دارد [۱۴].

مدل Konzen بر مبنای الگوی «فرایند اعتباریابی انسان» Satir قرار دارد که بر تغییر و رشد درون فردی و افزایش عزت نفس و ارزش شخصی تأکید می‌کند [۱۴]. Ebrahimi در مطالعه خودکارایی مشاوره زناشویی براساس الگوی اعتباریابی انسان در کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی زوجین جانباز را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که مشاوره زناشویی براساس الگوی اعتباریابی انسان باعث کاهش تعارضات و افزایش رضایت زناشویی زوجین می‌شود [۲۸] که غیرمستقیم با نتیجه پژوهش حاضر مطابقت دارد.

در مورد اثربخش بودن دو رویکرد شناختی-رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن در زنان باردار می‌توان گفت با توجه به آنکه بافت فرهنگی جامعه مورد مطالعه سنتی و مذهبی است، و باورهای اجتماعی منفی در مورد مسائل جنسی وجود دارد و بحث در مورد مسائل جنسی در اذهان اکثر افراد تابو است، همچنین با توجه به عدم آموزش لازم و کافی در مورد مسائل جنسی قبل و بعد از ازدواج و نبود دانش جنسی لازم در دوران بارداری [۶] و درنهایت با در نظر گرفتن اینکه بیشتر زنان باردار این مطالعه (۰/۷۰ تا ۰/۸۰) خانه‌دار بودند و کمتر فرصت تعامل با زنان دیگر و در نتیجه فرصت کسب اطلاعات کمتری در مورد بارداری و عملکرد جنسی در آن دوران داشتند. طبیعی است که رویکردهای شناختی-رفتاری و مدل EIS با آموزش و دانش و مهارت‌هایی جنسی از طریق میانی و تکنیک‌های خود باعث بهبود عملکرد جنسی در زنان باردار شوند.

اما در تبیین اینکه بین دو شیوه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS از لحاظ اثربخشی بر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن (میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی در زنان باردار انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که بین دو شیوه زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و مدل EIS از لحاظ اثربخشی بر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن (میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی، مقاربت دردناک) در زنان باردار تفاوت وجود دارد. همچنین، داده‌ها نشان می‌دهد هر دو رویکرد شناختی-رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن (میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی، مقاربت دردناک) در زنان باردار مؤثر هستند؛ با این وجود همچنان که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود در پس‌آزمون، مدل EIS در زمینه بهبود عملکرد جنسی و هر یک از خرده‌مقیاس‌های میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی، مقاربت دردناک، اثربخشی بیشتری نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری از خود نشان داده است.

Nezamnia و همکاران در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر عملکرد و خودکارآمدی جنسی زنان باردار به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با مراقبت‌های معمول دوران بارداری، عملکرد جنسی و خودکارآمدی جنسی زنان باردار را بهبود می‌بخشد [۲۲]؛ این نتیجه با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین نتایج مطالعات Salehzadeh و همکاران [۱۶]، Goudarzi و همکاران [۲۵]، Gharadaghi و همکاران [۱۷]، Ramesh و همکاران [۱۸]، Karimi و همکاران [۲۷]، Goudarzi و همکاران [۲۳]، Esmaili [۱۹]، Slowinski [۲۰]، Sahraeian و همکاران [۲۱] در زمینه عملکرد و رضایت جنسی و زناشویی مؤید نتیجه پژوهش فوق هستند. Konzen و همکارانش در پژوهش خود تحت عنوان «مدل EIS: یک تحقیق مداخله‌ای از درمان جنسی چندوجهی» به این نتیجه رسیدند که به‌کارگیری مدل EIS

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هرچند هر دو شیوه شناختی-رفتاری و مدل EIS بر عملکرد جنسی خرده‌مقیاس‌های آن مؤثر هستند و مدل EIS با توجه به مبانی، تکنیک‌ها و تمرینات جنسی خاصی که دارد اثربخشی بیشتر در زمینه عملکرد جنسی زنان و خرده‌مقیاس‌های آن از خود نشان داده است. با این وجود می‌توان از هر دوی آنها در جهت بهبود عملکرد جنسی، در کنار سایر مراقبت‌های جسمی زنان باردار استفاده نمود. اما از آنجا که مبانی، تکنیک‌ها و تمرین‌های مدل EIS در بهبود عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن (میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی، مقاربت دردناک) در زنان باردار، اثربخشی بیشتر نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری از خود نشان داده است، پیشنهاد می‌شود این مدل در مراکز بهداشت و مراکز دولتی و خصوصی مشاوره خانواده جهت بهبود عملکرد جنسی زنان باردار، در کنار سایر مراقبت‌های جسمی مورد استفاده متخصصان مربوطه قرار گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره و راهنمایی، دانشکده ادبیات دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان است که با کد ثبت ۵۹۳۶ که در تاریخ ۱۳۹۸/۶/۱۷ به تصویب رسیده است. همچنین انجام این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق (IR.MUK.REC.1398.279) تأیید شده است. در پایان از تمامی کسانی که در این پژوهش نقش داشتند به ویژه از مادران بارداری که با وجود تمام مشکلات دوران بارداری نهایت همکاری کردند تشکر می‌شود و همچنین لازم می‌دانیم از دکتر جنیفر کانز ارائه‌دهنده مدل (EIS) که در تمام فرایندهای این پژوهش ما را همراهی نمودند تشکر و قدردانی شود.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تأمین شده است.

مهبل، ارگاسم، رضایت جنسی، مقاربت دردناک) در زنان باردار تفاوت وجود دارد. می‌توان استدلال نمود که مبانی رویکرد شناختی-رفتاری بر تعامل و ارتباط رفتاری زوجین، رفتارهای مشکل‌زا و آگاهی از آنها، توضیح و تشریح رابطه بین افکار و احساسات و رفتار افراد، تغییر توقعات، باورها و خطاهای شناختی و شناخت‌های غیرواقعی زوجین، بازسازی و تصحیح شناخت‌ها و انتساب‌های نادرست در تعامل‌های ارتباطی، تأکید دارد [۱۳]؛ در حالی که مدل EIS براساس رویکردهای انسانی، تجربی و سیستمی استوار است و کمتر بر بُعد شناختی و حل مسئله تأکید دارد و به جای آن بیشتر بر تجربه، کشف و آگاهی از هیجانات و ارتباطات و واکنش‌های هیجانی زوجین و نهایتاً اصلاح و بازسازی و رشد واکنش‌های هیجانی در زمان حال متمرکز است [۱۴]. بنابراین با توجه به تفاوت مبانی نظری دو رویکرد (شناختی-رفتاری، مدل EIS)، تفاوت در اثربخشی آنها بر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن منطقی به نظر می‌رسد. همچنین از آنجا که مدل EIS بیشتر بر تجربه و بُعد انسانی و معنوی متکی است و تکنیک‌های آن بیشتر جنبه جنسی دارد و نیز با توجه به بافت فرهنگی جامعه ما که در آن بر مذهب و پیروی از دستورات آن و مسائل انسانی زیاد تأکید می‌شود، منطقی است این مدل تأثیر بیشتری روی عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن نسبت به رویکرد شناختی-رفتاری در زنان باردار داشته باشد.

در پایان قابل ذکر است که پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی در زمینه انجام پژوهش همراه بود. از جمله اینکه گروه‌های مداخله تنها شامل زنان نخست‌زاد، با لحاظ کردن یکسر از محدودیت‌های در انتخاب آنها بود. به همین علت نمی‌توان نتایج این پژوهش را به همه زنان باردار از جمله زنانی که بیش از یک‌بار، باردار بوده‌اند تعمیم داد. از همین رو پیشنهاد می‌شود جهت سنجش اثربخشی و تفاوت این دو رویکرد، تحقیقاتی در مورد آنها روی سایر زنان باردار انجام شود. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش، کمبود منابع و نبود پیشینه پژوهش در ایران با توجه به بافت‌های فرهنگی مناطق مختلف کشور در مورد مدل EIS بود؛ بنابراین جهت سنجش و مقایسه اثربخشی و کارایی این مدل در مناطق مختلف کشور با توجه به زمینه‌های فرهنگی خاص خود، انجام تحقیقات بیشتر در زمینه عملکرد جنسی زنان باردار پیشنهاد می‌شود.

References

- Jamali S, Rasekh Jahromi A, Zarei F, Sobhanian S. Compression of sexual dysfunction during three trimester of pregnancy in pregnant women who had referred to Peymanieh clinic Jahrom in 2013. *Nurs Dev Health*. 2014;5(8-9):37-45.
- Shayan A, Khodabandeloo R, Solatani F, Esfandeh K, Masoumi SZ, Mohammadi Y, Dargahi S, Esmaili M. The relationship between attitudes and sexual function in pregnant women referred to health centers-medical city of Hamadan. *Pajouhan Sci J*. 2020;18(2):20-9.
- Khodakarami B, Masoomi SZ, Asadi R. The status and Marital satisfaction factors in nulliparous Pregnant females Attending clinics in Asadabad city. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2017; 25(1):52-8. [DOI:10.21859/nmj-25017]
- Keley M, Mohammad Nazari A, Zaharakar K. The Experience of Pregnant Women about Sexual Relation during Pregnancy: A Phenomenological Study. *J Qual Res Health Sci*. 2018; 7(3):240-51.
- Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J*. 2016; 18(4):401-6 [DOI:10.1007/s00192-006-0156-0] [PMID]
- Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *CMAJ*. 2011; 183(7):815-8. [DOI:10.1503/cmaj.091580] [PMID] [PMCID]
- Rostamkhani F, Ozgoli G, Merghati Khoei E, Jafari F, Alavi Majd H. Effectiveness of the PLISSIT-based counseling on sexual function of women. *J Nurs Midwifery* 2012;22:1-9
- Pasha H, HadjAhmadi M. Evaluation of sexual behaviors in pregnant women and some related factors. *Hormozgan Med J*. 2007;10(4):343-8.
- Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of Life among Pregnant Women. *Hayat J*. 2009; 15(1):41-8.
- Shoja M, Jouybari L, Sanagoo A. Changes in Sexual and Behavioral Relationships among Couples during Pregnancy. *Qom Univ Med Sci J*. 2011; 5(3):18-22
- Zahra Karimi F, Dadgar S, Abdollahi M, Yousefi S, Tolyat M, Khosravi Anbaran Z. The relationship between minor ailments of pregnancy and quality of life in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2017;20(6):8-21.
- Fathi A, Golakeh Khibari S. the relationship between prenatal concerns, depression and quality of life with general health of pregnant women. *Nurs Midwifery J*. 2018; 15(12):939-49.
- Goldenberg I, Goldenberg H. *Family Therapy*. Translated by Hossein Shahi Braouti, HR, Naqshbandi Valham Arjmand, S; 19th edition; Tehran: Ravan Pub.
- Konzen J, Lambert J, Miller M, Negash S. The Eis Model: A Pilot Investigation of A Multidisciplinary Sex Therapy Treatment. *J Sex Marital Ther*. 2018:218-54. [DOI:10.1080/0092623X.2018.1436626] [PMID]
- Konzen J. Talking About Sex, Issues with Erectile Dysfunction, Issues with Erectile Dysfunction, Talking About Sex, Female Sexual Pain, Touch and Affection, Relationship Intimacy, Empathy: The Validator, Understanding Sexual Problems in Marriage: Intro
- Salehzadeh M, kajbaf M, Mavlavi H, Zolfaghari M. Effectiveness of cognitive - behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Qua J Psych Stud*. 2012; 7(1):24-9.
- Gharadaghi A, Shafiabadi A, Hossein Rashidi B, Farhbakhsh K, Esmaeili M. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Interpersonal Psychotherapy (IPT) for pregnant Women to Increase Marital Satisfaction. *J Family Couns Psych*. 2015; 4(4 Serial Number 16):583-605.
- Ramesh S, Rostami R, Merghati-Khoei E, Hemmat Boland E. Effectiveness of combination of cognitive-behavioral therapy and biofeedback on vaginismus patients' sexual function and marital status. *Biann J Appl Psych*. 2016; 6(1):1-22.
- Esmaili M. The effectiveness of structured education on sexual function of pregnant women, Thesis submitted to achieve the degree of M.Sc. counseling in midwifery Field Qazvin, Qazvin, School of Nursing & Midwifery, University of Medical Sciences; 2018.
- Slowinski, J. *Cognitive-Behavioral Therapy for Sexual Dysfunction*, by Michael E. Metz, Norman B. *J Sex Marit Ther*. 2018; 44(8):806-7. [DOI:10.1080/0092623X.2018.1466946]
- Sahraeian M, Lotfi R, Qorbani M, Faramarzi M, Dinpajoo F, Ramezani Tehrani F. the Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Function in Infertile Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *J Sex Marit Ther*. 2019; 13(4):1-23. [DOI:10.1080/0092623X.2019.1594476] [PMID]
- Nezamnia M, Irvani M, Sayyah Bargard M, Latifi M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *IJRM*. 2020; 18(8):625-36. [DOI:10.18502/ijrm.v13i8.7504] [PMID] [PMCID]
- Goudarzi M, Shiri F, Mahmoudi B. Effectiveness of Cognitive-Behaviora Family Therapy on parent-child conflicts and marital conflict. *Appl Psych J*. 2019; 4(48):531-51.
- Hamed B, Zarei S. The Effectiveness of the Marriage Enrichment Program Based on the Cognitive-Behavioral Approach on the Marital Intimacy of Addicted Man and their Wives. *Quart J Res Addic*. 2011; 4(16):93-102.

25. Goudarzi M, Boostanipoor A. Effectiveness of Systemic-Behavioral Couple Therapy on Marital Adjustment. *J Family Couns Psych*. 2013; 3(2):282-96.
26. Mohammadi KH, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh*. 2008; 7(3):68-89.
27. Karimi N, Babakhani V. Effectiveness of cognitive-behavioral skills training on increasing sexual and marital satisfaction of couples, *J Appl Res Behav Sci*. 2016; 30(27).
28. Ebrahimi L. The Effectiveness of Marital Counseling Based on Human Validation Patterns in Reducing Conflict and Increasing Marital Satisfaction of Veterans' Couples. *Women Soc J*. 2018; 8(32):248-64.