



Original Article

Effect of Sexual Skills Counseling With Cognitive-Behavioral Approach on Sexual Assertiveness in Women Suffering from Marital Disillusionment

Faezeh Saffari Mofrad¹, Sakineh Taherkhani^{2,*}, Ashraf Khoramirad³

¹ Student Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

² Department of Midwifery, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

³ Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Article history:

Received: 05 Dec 2023

Revised: 08 May 2024

Accepted: 20 Aug 2024

ePublished: 19 Dec 2024

*Corresponding author:

Sakineh Taherkhani, Department
of Midwifery, School of Medicine,
Arak University of Medical
Sciences, Arak, Iran.

Email:

sakinehtaherkhani@yahoo.com



Abstract

Background and Objective: Marital disillusionment is associated with adverse consequences for individuals, couples, families, and society. Low sexual assertiveness paves the way for marital disillusionment. The present study aimed to determine the effect of sexual skills counseling with a cognitive-behavioral approach on sexual assertiveness in women suffering from marital disillusionment.

Materials and Methods: This study was a clinical trial involving 80 women experiencing marital disillusionment selected from comprehensive health centers affiliated with Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran. They were assigned to intervention and control groups. Eight weekly sessions were held for the intervention group. Data were collected using demographic questions, the marital disillusionment scale (MDS) and Halbert index of sexual assertiveness. Sexual assertiveness was remeasured immediately and 12 weeks after the end of the intervention. Data was analyzed using the SPSS (version 23) software using independent t-test, Chi-square test, Fisher's exact test, and repeated measures ANOVA.

Results: The mean score of sexual assertiveness did not have a statistically significant difference between the groups before the intervention. The mean and standard deviation of the sexual assertiveness score in the intervention group changed from 34.1 ± 11.67 before the intervention to 74.9 ± 11.68 and 56.8 ± 8.46 in the post-test and follow-up periods, respectively. These values for the control group were 33.5 ± 11.00 , 36.7 ± 10.64 , and 37.3 ± 11.08 , respectively. According to the results, the mean score of sexual assertiveness between the intervention and control groups and at the examined three time points had a statistically significant difference ($P < 0.001$).

Conclusion: Sexual skills counseling with a cognitive-behavioral approach led to an increase in sexual assertiveness in women suffering from marital disillusionment. Therefore, this approach can be used as an effective psychological intervention to increase sexual assertiveness in these women.

Keywords: Boredom, Cognitive behavioral therapy, Marital disillusionment, Sexual assertiveness, Sex education, Sexual skills



Extended Abstract

Background and Objective

Marital disillusionment is characterized by a gradual decline in emotional attachment to one's spouse, accompanied by feelings of disappointment, alienation, apathy, and indifference, leading to the replacement of positive attitudes with negative ones. This phenomenon is associated with detrimental consequences for the individual, couple, family, and society. In distressed marriages, one or both partners may experience negative emotions toward each other and a reduction in shared interests and connections while simultaneously harboring significant concerns about the escalating deterioration of the relationship and the potential for separation or divorce. Research conducted by family experts indicates that the prevalence of marital disillusionment has increased, with approximately 50% of couples encountering marital disillusionment during their unions. Various factors contribute to and exacerbate marital disillusionment, one of which is a lack of courage in sexual and marital relations.

Sexual assertiveness refers to the capacity to articulate sexual needs, feelings, and thoughts without experiencing guilt or anxiety, as well as the ability to negotiate sexual relations while asserting one's rights, all without infringing upon the rights of one's partner. Research has indicated that sexual assertiveness positively influences both self-satisfaction and partner satisfaction, contributing to enhanced sexual desire and fulfillment while simultaneously mitigating marital disillusionment.

The knowledge and beliefs that married women hold regarding sexual issues significantly influence their level of sexual assertiveness; a greater prevalence of negative cognitions correlates with diminished sexual assertiveness and heightened marital disillusionment. Various methods have been proposed to enhance sexual prowess, one of which is sexual skills counselling utilizing a cognitive-behavioural approach. This method equips individuals to identify maladaptive cognitive patterns and challenge negative emotions, thereby fostering a more positive sexual self-concept and improving relational dynamics.

In light of the high prevalence of marital disillusionment and its detrimental effects on family cohesion, alongside the correlation between women's low sexual assertiveness and marital disillusionment, and given the paucity of scientific evidence regarding the impact of sexual skills counselling utilizing a cognitive-behavioural approach on the sexual assertiveness of women experiencing marital disillusionment, the present study was conducted to evaluate the effects of such counselling on enhancing sexual assertiveness in women suffering from marital disillusionment.

Materials and Methods

This study is a clinical trial involving 80 depressed women selected from health centers affiliated with Qom University of Medical Sciences, Iran, through a

two-stage sampling method. Participants were randomly assigned to intervention and control groups, each comprising 40 individuals. Inclusion criteria included being of Iranian nationality, aged 18-40 years, possessing at least a high school diploma, providing written informed consent, scoring 56 or higher on the Marital Disillusionment Scale (MDS), and scoring 50 or lower on the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness (HISA). Additionally, participants were required to be married for a minimum of one year, have engaged in at least one sexual relationship with their partner in the past four weeks, maintain monogamous relationships, and not being infertile, menopausal, pregnant and

less than six months postpartum. Other criteria included the absence of severe marital conflicts, use of psychoactive drugs, medications affecting sexual function, diseases or surgeries impacting sexual function, alcohol or drug abuse by either partner, a history of hospitalization in a neuropsychiatric department, and not having incurable diseases, such as cancer, or experiencing significant accidents in the past six months. In addition, exclusion criteria encompassed the occurrence of severe marital conflicts, suffering from incurable diseases during the study, experiencing unfortunate events while participating, and failure to attend two counselling sessions.

The questionnaire employed in this study consisted of three sections: demographic questions, the MDS, and the HISA. These were administered through interviews with participants prior to the intervention. For the intervention group, eight 90-min sessions of sexual skills group counselling utilizing a cognitive-behavioral approach were conducted on a weekly basis. The control group did not receive any intervention during this period. Sexual assertiveness was re-evaluated immediately after the intervention and again 12 weeks post-intervention. Data analysis was performed using SPSS (version 23) software, and a significance level of 0.05 was established for all tests. The Kolmogorov-Smirnov test was utilized to assess the normality of data distribution.

Results

The study involved 80 married women aged between 18 and 40 (mean age: 31.7 years), with an average marriage duration of 10.6 years. Most participants held a high school diploma and had one or two children. Before the intervention, there was no statistically significant difference in the average scores of sexual assertiveness between the two groups. In the intervention group, the mean and standard deviation of the sexual assertiveness score increased from 34.11 ± 1.67 before the intervention to 74.9 ± 11.68 immediately after intervention and 56.8 ± 8.46 at the follow-up period. In contrast, the control group's scores were 33.5 ± 11.00 , 36.7 ± 10.64 , and 37.3 ± 11.08 for the same respective periods. Analysis of variance (ANOVA) with repeated measures indicated a statistically significant difference in the average scores of sexual assertiveness between the intervention and control

groups and across the three time points (before the intervention, after the intervention, and 12 weeks post-intervention), with a P-value of less than 0.001.

Conclusion

This study aimed to determine the effect of sexual skills counselling utilizing a cognitive-behavioral approach on the sexual assertiveness of women

experiencing marital disillusionment. The results indicated that, following the group counseling sessions, there was a significant increase in the average score of sexual assertiveness among women in the intervention group, while the average score in the control group remained relatively constant ($p < 0.001$).

تأثیر مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی رفتاری بر جرئت‌ورزی جنسی در زنان دچار دلزدگی زناشویی

فائزه صفاری مفرد^۱، سکینه طاهرخانی^{۲*}، اشرف خرمی راد^۳

^۱ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۲ گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

^۳ استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

چکیده

سابقه و هدف: دلزدگی زناشویی با پیامدهای نامطلوبی برای فرد، زوجین، خانواده و جامعه همراه است. جرئت‌ورزی جنسی پایین، زمینه را برای دلزدگی زناشویی فراهم می‌سازد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری بر جرئت‌ورزی جنسی در زنان دچار دلزدگی زناشویی، انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه، یک کارآزمایی بالینی است. ۸۰ زن که دچار دلزدگی زناشویی شده بودند، از مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم انتخاب و در گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله هشت جلسه مشاوره گروهی به صورت هفتگی برگزار شد. داده‌ها با پرسش‌نامه دموگرافیک، مقیاس دلزدگی زناشویی و شاخص جرئت‌ورزی جنسی هالبرت جمع‌آوری شدند. جرئت‌ورزی جنسی بلافاصله و ۱۲ هفته پس از ختم مداخله، دوباره سنجیده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ۲۳ با آزمون‌های تی مستقل، کای‌دو، فیشر و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله، میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی بین دو گروه تفاوت آماری معناداری نداشت. میانگین و انحراف معیار نمره جرئت‌ورزی جنسی در گروه مداخله از $34/1 \pm 11/67$ در قبل از مداخله به $74/11 \pm 9/68$ و $56/8 \pm 8/46$ در زمان‌های پس‌آزمون و پیگیری رسید. این مقادیر برای گروه کنترل به ترتیب $33/5 \pm 11/00$ ، $64/7 \pm 10/36$ و $37/3 \pm 11/08$ بود. براساس نتایج میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی در دو گروه مداخله و کنترل و در سه مقطع زمانی بررسی شده، تفاوت آماری معناداری داشت ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری منجر به افزایش جرئت‌ورزی جنسی در زنان دلزده زناشویی شد؛ بنابراین، می‌توان از این رویکرد به عنوان یک مداخله روان‌شناختی موثر برای افزایش جرئت‌ورزی جنسی در زنانی که دچار دلزدگی زناشویی هستند، بهره برد.

واژگان کلیدی: مهارت‌های جنسی، آموزش جنسی، درمان شناختی - رفتاری، جرئت‌ورزی جنسی، دلزدگی زناشویی، ملالت

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۱۴

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۵/۳۰

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: سکینه طاهرخانی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
ایمیل: sakinehtaherkhani@yahoo.com

استناد: صفاری مفرد، فائزه؛ طاهرخانی، سکینه؛ خرمی‌راد، اشرف. تأثیر مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی رفتاری بر جرئت‌ورزی جنسی در زنان دچار دلزدگی زناشویی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۳؛ ۳۲(۴): ۲۷۵-۲۸۷.

مقدمه

دلخوری و در نهایت دلزدگی زناشویی (Marital Burnout) می‌شوند. دلزدگی زوجین در اثر ترکیبی از انتظارات غیر واقعی و فراز و نشیب زندگی ایجاد می‌شود؛ عشق و صمیمیت به تدریج کمرنگ می‌شود و همراه با آن دلزدگی کلی به وجود می‌آید [۱].

تشکیل خانواده که یکی از اساسی‌ترین و طبیعی‌ترین نیازهای انسان به شمار می‌رود؛ با ازدواج محقق می‌شود. مهم‌ترین هدف از ازدواج، کسب آرامش و رضایت روانی است؛ اما برخی اوقات افرادی که وارد زندگی زناشویی می‌شوند، به تدریج دچار احساس ناامیدی،

می‌تواند در ارتقای جرئت‌ورزی جنسی موثر باشد [۱۵].

بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری، افکار بر تمام عملکردهای شناختی تأثیر می‌گذارند و در نتیجه بر احساسات و رفتارها نیز تأثیر می‌گذارند. در این رویکرد افراد می‌آموزند که چگونه الگوهای شناختی ناسازگارانه را شناسایی کرده و احساسات منفی را به چالش بکشند. زمانی که طرز تفکر، نگرش و فرضیات ذهنی، تغییر یابد؛ این تغییر نگرش منجر به تغییر احساس شده و ممکن است تغییر احساس، به سمت تغییر رفتارهای مثبت پیش رود [۱۶]. آموزش تمرکز حسی، جزئی از برنامه آموزش مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری است. هدف تمرین تمرکز حسی ایجاد فرصتهایی جهت یادگیری موارد زیر است: گفت‌وگو درباره احساسات و شیوه‌های ترجیحی تماس بدنی، تمرکز بر نشانه‌های همسر و کسب آگاهی درباره انواع تماس بدنی که لذت‌بخشی بیشتری برای همسر دارد، کسب آرامش در موقعیت‌های تماس بدنی نزدیک، تمرکز توجه بر احساسات بدنی و افزایش سطح تعاملات مثبت که خود موجب افزایش رضایت کلی از رابطه می‌شود. در این تمرین، معمولاً آمیزش جنسی منع می‌شود تا افراد بدون داشتن هیچ‌گونه اضطراب و نگرانی جهت انجام مقاربت، بتوانند به اهداف تمرین تمرکز حسی برسند [۱۷].

تأثیر رویکرد شناختی - رفتاری بر جرئت‌ورزی جنسی توسط تعدادی از پژوهشگران بررسی شده است؛ برای مثال در مطالعه Chizary و همکاران (۲۰۲۳) استفاده از رویکرد شناختی - رفتاری، منجر به افزایش جرئت‌ورزی جنسی در زنان مبتلا به اختلال ارگاسم شد [۱۶]. در مطالعه Jangi و همکاران (۲۰۲۳) نیز استفاده از رویکرد شناختی - رفتاری، منجر به بهبود جرئت‌ورزی جنسی در زنان تازه‌ازدواج‌کرده شد [۱۸]. در پژوهشی دیگر استفاده از این رویکرد، منجر به ارتقای جرئت‌ورزی جنسی در زنانی که پیش از ازدواج رابطه جنسی داشتند، شد [۱۹].

با توجه به شیوع بالای دلدزدگی زناشویی و آثار سوء آن بر تحکیم خانواده و همچنین ارتباط تنگاتنگ بین جرئت‌ورزی جنسی پایین زنان با دلدزدگی زناشویی و با عنایت به نبود شواهد علمی درباره تأثیر مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری بر جرئت‌ورزی جنسی در زنانی که دچار دلدزدگی زناشویی هستند، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری بر جرئت‌ورزی جنسی در زنان دچار دلدزدگی زناشویی، انجام شد.

روش کار

این یک مطالعه کارآزمایی بالینی، است. نمونه‌گیری دو مرحله‌ای از زنان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۴۰۰ انجام شد. با توجه به یافته‌های مطالعه Sayyadi و همکاران (۲۰۱۹) که میانگین و انحراف معیار نمره جرئت‌ورزی جنسی بعد از مداخله را در گروه

دلدزدگی زناشویی، کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس ناامیدی، بیگانگی، بی‌علاقگی، بی‌تفاوتی زوجین نسبت به هم و جایگزینی نگرش‌های منفی به جای نگرش‌های مثبت همراه است [۲،۲]. مشکلاتی مانند خستگی، سردرد، اختلالات هضم، اضطراب، ناامیدی، از دست دادن احترام به خود و افسردگی، اغلب در افراد دچار دلدزدگی زناشویی دیده می‌شود [۴]. هنگامی که دلدزدگی ایجاد شود، زنان بیش از مردان آسیب می‌بینند؛ همچنین زنان میزان دلدزدگی بالاتری در مقایسه با مردان گزارش می‌کنند. پژوهش‌های کارشناسان خانواده نشان می‌دهد که امروزه شیوع دلدزدگی زناشویی بیشتر شده است. به طوری که ۵۰ درصد از زوجین در ازدواج خود با دلدزدگی زناشویی مواجهه می‌شوند و این آمار در سال‌های اخیر افزایش داشته است [۵،۶]. در یک ازدواج دچار دلدزدگی، نگرانی‌های قابل توجهی درباره تخریب فزاینده رابطه و پیش رفتن به سمت طلاق وجود دارد [۳].

عوامل متعددی سبب ایجاد و تشدید دلدزدگی زناشویی می‌شوند. یکی از این عوامل، جرئت‌ورزی پایین در روابط جنسی و زناشویی است [۷]. جرئت‌ورزی جنسی توانایی ابراز نیازهای جنسی، احساسات و افکار مرتبط، بدون احساس گناه یا اضطراب، همچنین ظرفیت مذاکره درباره رابطه جنسی و تأکید بر حقوق خود، بدون زیر پا گذاشتن حقوق همسر در رابطه جنسی است [۸]. پژوهش‌ها نشان داده است که جرئت‌ورزی جنسی تأثیر مثبت بر سطح رضایت از خود و رضایت از شریک زندگی دارد و در افزایش تمایلات و رضایت جنسی و کاهش دلدزدگی زناشویی موثر است [۹].

بر اساس نتایج مطالعات، از هر چهار زن فعال جنسی، یک نفر جرئت‌ورزی جنسی پایین را گزارش می‌کند، هر چقدر جرئت‌ورزی جنسی زنان پایین‌تر باشد، نارضایتی جنسی و در نتیجه تعارضات و دلدزدگی زناشویی افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد نوع شناخت و باورهایی که زنان متأهل درباره مسائل جنسی دارند، تأثیر زیادی بر میزان جرئت‌ورزی جنسی آن‌ها دارد. هر چه این شناخت‌های منفی بیشتر باشد، جرئت‌ورزی جنسی بیشتر کاهش می‌یابد و دلدزدگی زناشویی افزایش می‌یابد [۱۰].

در زمینه مشاوره مهارت‌های جنسی، رویکردهای مختلفی مانند مشاوره غنی‌سازی جنسی گاتمن (Gottman) [۱۱]، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش [۱۲]، روان‌درمانی چهار عاملی [۱۳]، بازسازی شناختی مایکنباوم (Meichenbaum) [۱۴] و درمان شناختی - رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) جهت ارتقای جرئت‌ورزی جنسی به‌کار گرفته شده است. از میان مداخلات بیان‌شده، رویکردی که اخیراً مورد توجه بسیاری از مشاوران و روان‌درمانگران در سرتاسر دنیا قرار گرفته، مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری است. به نظر می‌رسد این رویکرد که هم حوزه شناختی (دانش و اطلاعات)، هم حوزه عاطفی (احساسات، نگرش و ارزش‌ها) و هم حیطه رفتاری (مهارت‌های ارتباطی و برقراری ارتباط جنسی) را دربرمی‌گیرد؛

مداخله $64/10 \pm 11/95$ و در گروه کنترل $49/50 \pm 16/75$ گزارش کرده‌اند [۲۰] و با در نظر گرفتن سطح اطمینان 95% ($\alpha=0/05$) و توان آزمون 80% ($\beta=0/2$) و با استفاده از فرمول زیر، حجم نمونه در هر گروه ۳۷ نفر به دست آمد که با احتساب ریزش نمونه، ۴۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

$$n \geq 2 \frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

جهت نمونه‌گیری در مرحله اول با استفاده از نمونه‌گیری طبقه ای تصادفی، شهر قم به چهار طبقه شمال، جنوب، غرب و شرق تقسیم و تعداد نمونه مورد نیاز به طور مساوی بین این چهار طبقه تقسیم شد. سپس با توجه به اینکه در هر طبقه ۷ مرکز وجود داشته است، دو مرکز از هر طبقه به طور تصادفی انتخاب و سهمیه آن طبقه بین مراکز انتخاب‌شده، تقسیم شد. مرحله دوم، به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. بدین ترتیب که پژوهشگر در مراکز بهداشتی منتخب، حضور می‌یافت و پس از معرفی خود و شرح اهداف پژوهش به مراجعه‌کنندگان، آن‌ها را از نظر دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه بررسی می‌کرد. از ۱۶۰ نفر بررسی‌شده، ۸۰ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند.

معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن ملیت ایرانی، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، دادن رضایت آگاهانه کتبی، کسب نمره ۵۶ و بیشتر از مقیاس دزدگی زناشویی (Marital Disillusionment Scale: MDS)، کسب نمره ۵۰ و پایین‌تر از شاخص جرئت‌ورزی جنسی هالبرت (Hulbert Index of Sexual Assertiveness: HISA)، متاهل بودن، گذشت حداقل یک سال از شروع ازدواج دائم، داشتن حداقل یک رابطه جنسی با همسر طی ۴ هفته گذشته، تک‌همسر بودن، دور نبودن از همسر به هر دلیل طی دوره مداخله و پیگیری (زندگی در کنار همسر)، نازا نبودن زن، یائسه نبودن، باردار نبودن، عدم شیردهی تا شش ماه پس از زایمان، نبود تعارضات شدید با همسر، در شرف طلاق نبودن، مصرف نکردن داروهای روانگردان (مانند داروهای ضد روان‌پریشی، ضد افسردگی و ضد اضطراب) و داروهایی که با عملکرد جنسی تداخل دارند (مانند داروهای ضد فشار خون)، مبتلا نبودن به بیماری‌هایی مانند هیپوتیروئیدی، دیابت شیرین، اختلالات هورمونی، سندرم کوشینگ، حوادث قلبی و مغزی - عروقی و نداشتن جراحی‌های موثر بر عملکرد جنسی در زن و همسر، نداشتن ضایعه عصبی در نواحی خاجی و نخاع شوکی، نداشتن سوء مصرف الکل و مواد در زن و همسر، تحت درمان نبودن برای اختلال عملکرد جنسی، نداشتن اختلال هوشیاری، نداشتن سابقه بستری در بخش اعصاب و روان، نداشتن بیماری صعب‌العلاج مانند سرطان، شرکت نکردن همزمان در دوره‌های مشاوره‌ای با محتوای مشابه با مداخله حاضر، تجربه نکردن حادثه ناگوار در شش ماه گذشته (مانند مرگ عزیز، تصادف و از دست دادن شغل)، معیارهای خروج شامل بارداری حین انجام

تحقیق، گرفتن طلاق، وقوع تعارضات شدید زناشویی، ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج حین مطالعه، تجربه حوادث ناگوار حین مطالعه و شرکت نکردن در دو جلسه مشاوره یا بیشتر بود.

مشارکت‌کنندگان با روش تصادفی‌سازی بلوکی (بلوک‌هایی با اندازه چهار) در گروه‌های مداخله و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۴۰ نفر) (شکل ۱). تولید توالی تصادفی با استفاده از روش تصادفی سازی آنلاین و پنهان‌سازی توالی نیز به روش مرکزی بود. مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری بر اساس چارچوب نظری Beck (۱۹۹۶) کتاب‌ها و مقاله‌های مربوط [۱۶، ۱۷، ۲۱] طراحی شد.

در گروه مداخله، مشارکت‌کنندگان در گروه‌های ۱۰ نفره قرار گرفتند و ۸ جلسه مشاوره ۹۰ دقیقه‌ای را به صورت هفتگی در ۴ مرکز جامع سلامت که دارای اتاق آموزش بودند، دریافت کردند. مشاوره با رعایت اصول زیر اجرا شد: همدلی و احترام، گوش دادن فعال (شامل انعکاس محتوا، انعکاس احساس، به بیان دیگر گفتن، تماس چشمی و زبان بدن مناسب، سکوت، بازخورد و خلاصه کردن)، استفاده از پرسش‌های باز، به‌کارگیری فنونی مانند عادی سازی، تسهیل، قاب‌گیری دوباره و مواجهه [۲۲].

جهت ممانعت از مواجهه احتمالی افراد گروه مداخله و کنترل، جلسات در مراکزی متفاوت از مراکز نمونه‌گیری، برگزار شد. همزمان با شروع جلسات، گروه مجازی در پیام‌رسان واتساپ تشکیل شد. هماهنگی‌های لازم برای زمان تشکیل جلسه بعدی، ارسال محتوای آموزشی و تکالیف، همچنین پرسش و پاسخ از این طریق انجام می‌شد. بلافاصله پس از پایان مداخله، پس‌آزمون و ۱۲ هفته پس از پایان مداخله، پیگیری، انجام شد. برگزاری پس‌آزمون و پیگیری برای گروه مداخله و کنترل در روزهای متفاوت هفته صورت گرفت، البته گاهی اوقات افراد گروه کنترل نمی‌توانستند در مرکز حاضر شوند؛ بنابراین، تکمیل پرسش‌نامه در محل دیگری برای آن‌ها انجام می‌گرفت. گروه مجازی تا زمان پیگیری فعال بود و مشارکت‌کنندگان می‌توانستند سوالات خود را از آن طریق، به صورت تلفنی یا به صورت حضوری، با پژوهشگر در میان گذاشته و پاسخ خود را دریافت کنند. گاهی مشارکت‌کنندگان به برخی از سوالات خصوصی پاسخ صحیح نمی‌دادند یا بیان تجارب و احساساتشان در جمع برای آن‌ها دشوار بود. با این حال پژوهشگر می‌کوشید با برقراری رابطه دوستانه، تاکید بر اصل رازداری توسط همه اعضای گروه و جلب اعتماد آن‌ها، تا حدودی این محدودیت را کنترل کند. گاهی اوقات نیز مطرح کردن مشکلات در جمع، باعث القای امیدواری در اعضا می‌شد؛ چراکه افراد با وجود منحصر به فرد دانستن مشکلات خود، متوجه می‌شدند که دیگران نیز مشکلات مشابهی دارند.

محتوای مداخله در جدول (۱) نشان داده شده است. روایی شیوه‌نامه مداخله را دو نفر از استادان دکتری روان‌شناس که دارای سابقه کار بالینی بودند، تایید کردند. جلسات مشاوره را پژوهشگر

(۷ =). جمع نمرات گویه‌ها، نمره دلزدگی زناشویی فرد را تشکیل می‌دهد. نمره بیشتر نشان دهنده دلزدگی زناشویی بالاتر است. نیپوس و بارتل روایی همگرای این مقیاس را با مقیاس‌های بی‌میلی زناشویی و ناپایداری زناشویی و روایی واگرایی آن را با مقیاس صمیمیت فردی در رابطه، تایید کردند. همچنین این مقیاس از همسانی درونی بالایی برخوردار است (آلفای کرونباخ ۰/۹۶) [۲۳]. در ایران، سیدعلی‌تبار و همکاران (۲۰۱۶) روایی همگرای MDS را با مقیاس روابط فرازناشویی و خرده‌مقیاس‌های اجتناب یا رنجش و سبک‌های دلبستگی اجتنابی و روایی واگرایی آن را با مقیاس رضایت زناشویی کانزاس و خرده‌مقیاس بخشندگی تایید کردند. همچنین ساختار عاملی MDS را از طریق تحلیل عاملی تاییدی، بررسی و تک‌عاملی بودن آن را تایید کردند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی آن را ۰/۸۵ گزارش کردند [۲۴]. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ بوده است.

که آموزش‌های لازم درباره مداخله گذرانده و دارای گواهینامه آموزشی بود و زیر نظر مشاور روان شناس طرح کرده بود، برگزار کرد. گروه کنترل، در این زمان مداخله‌ای دریافت نکردند، اما پس از پایان پژوهش، سه جلسه مشاوره گروهی برای آن‌ها اجرا شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه دموگرافیک، MDS و HISA بوده است. سوالات دموگرافیک شامل سن، وضعیت اشتغال، تحصیلات، ابتلا به بیماری‌های جسمی، مشکلات روانی و سابقه مصرف دارو در ماه گذشته در زن و همسر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت اقتصادی خانواده و روش پیشگیری از بارداری بود که به صورت خودگزارش‌دهی پاسخ داده شد. MDS برای سنجش میزان دلزدگی زناشویی زوجین را Niehuis و Bartell (۲۰۰۶) طراحی کرد؛ این مقیاس تک‌عاملی و دارای ۱۶ گویه است که در طیف لیکرت هفت‌تایی نمره‌گذاری می‌شود (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، کمی مخالفم = ۳، نه مخالف نه موافقم = ۴، کمی موافقم = ۵، موافقم = ۶ و کاملاً موافقم).

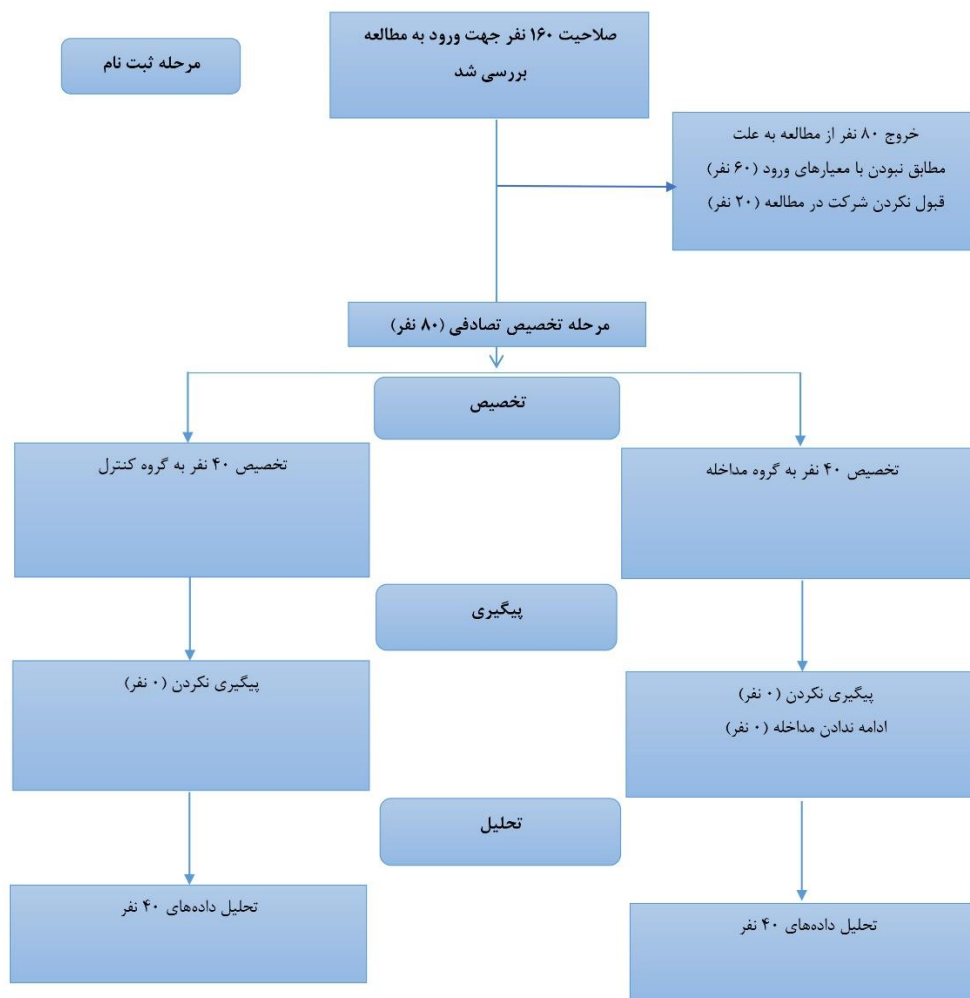
جدول ۱: محتوای جلسات مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری*

جلسه اول	خوش‌آمدگویی و معارفه، توضیح علت تشکیل جلسات، اهمیت مشاوره در بهبود روابط جنسی و زناشویی، شرح وظایف کلی اعضا، بیان تاثیر باورهای جنسی بر روابط جنسی و اهمیت آن، بررسی افکار و باورهای ناکارآمد جنسی و نگرش‌های جنسی منفی غالب و تشریح آن‌ها از منظر علمی، آشنایی با سبک‌های رفتاری و مفهوم جرئت‌ورزی
جلسه دوم	آموزش چرخه افکار، احساس و رفتار، آشنایی با افکار خودآیند و نحوه شناسایی افکار، مفهوم جرئت‌ورزی جنسی و مولفه‌های آن، آشنایی با اندام جنسی و فیزیولوژی رفتار جنسی زن و مرد، فواید رابطه جنسی رضایت‌بخش از نظر جسمی و روانی
جلسه سوم	بازسازی شناختی افکار و باورهای ناکارآمد و غیرمنطقی و تغییر نگرش‌های منفی نسبت به مسائل جنسی، آشنایی با تفاوت‌های مردان و زنان در رابطه جنسی، آموزش آرمیدگی و خیال‌پردازی جنسی
جلسه چهارم	آشنایی با مفهوم خطای شناختی در بحث رابطه جنسی، آموزش چرخه پاسخ جنسی انسان و علائم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، آموزش چگونگی رسیدن به ارگاسم، ورزش کگل، تمرکز توجه و تمرینات تسهیل ارضای خویشتن
جلسه پنجم	آموزش بازسازی خطاهای شناختی، به چالش کشیدن آن‌ها و ارائه فکر جایگزین واقع‌بینانه در هر خطای شناختی، آموزش نقاط حساس زن و مرد، آموزش چگونگی مقاربت بر اساس ترجیحات زوجین به شیوه جرئت‌مندانه، تغییر سبک زندگی جنسی
جلسه ششم	بررسی ارتباط کلامی و غیر کلامی و چگونگی بیان هیجانات در مواجهه با همسر، شناسایی افکار خودآیند منفی در رفتارهای جنسی اعضا و به چالش کشیدن آن‌ها با تکنیک‌های شناختی - رفتاری، آموزش تمرین تمرکز حسی (۱) که بر یادگیری و کسب لذت از ماساژ دادن نواحی غیرجنسی بدن متمرکز است**.
جلسه هفتم	آموزش فنون جرئت‌ورزی جنسی، بیان و رد جرئت‌مندانه، عادی‌سازی و تشویق اعضا به حرف زدن درباره نیازها، انتظارات و ترجیحات جنسی خود با همسر خویش به شیوه جرئت‌مندانه، گوش دادن فعال به ترجیحات همسر خود و افزایش صمیمیت زوجین، آموزش تمرین تمرکز حسی (۲) که بر یادگیری و کسب لذت از ماساژ دادن نواحی جنسی بدن متمرکز است***.
جلسه هشتم	مرور جلسات قبل، گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان جهت بررسی تاثیر مداخله و میزان رضایت ایشان از جلسات مشاوره، خلاصه و جمع‌بندی، برگزاری پرس‌آزمون، تشکر و قدردانی از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در جلسات مشاوره

* در هر جلسه، مرور مطالب عنوان شده در جلسه قبل، دادن تکالیف و بررسی تکالیف جلسه قبل، انجام می‌شد.

** به مشارکت‌کنندگان توصیه شد به مدت یک هفته این تمرین را انجام دهند و در جلسه هفتم از ایشان بازخورد گرفته خواهد شد.

*** به مشارکت‌کنندگان توصیه شد این تمرین را به مدت ۲ - ۳ روز انجام دهند سپس آمیزش جنسی صورت گیرد و در جلسه هشتم از ایشان بازخورد گرفته خواهد شد.



شکل ۱: نمودار کانسورت روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت کنندگان

و ۰/۹۱ محاسبه شد. بلافاصله پس از پایان مداخله (پس‌آزمون) و ۱۲ هفته پس از پایان مداخله (پیگیری)، یک مصاحبه‌گر آموزش‌دیده که از نحوه فرارگیری افراد در گروه‌های مداخله و کنترل اطلاعی نداشت، HISA را برای همه مشارکت‌کنندگان تکمیل کرد. فردی که تجزیه و تحلیل داده‌ها را به عهده داشت از کدهای مشارکت‌کنندگان بی اطلاع بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تعداد و درصد) و آمار استنباطی (آزمون- t مستقل جهت مقایسه متغیرهای کمی بین گروه مداخله و کنترل، آزمون کای‌دو و آزمون دقیق فیشر جهت مقایسه متغیرهای اسمی) و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری (repeated measures ANOVA) جهت بررسی تفاوت میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی در دو گروه و در مقاطع زمانی مختلف انجام شد. برای شناسایی تفاوت‌های زوجی میان سه مقطع زمانی از آزمون تعقیبی حداقل

HISA را Hurlbert (۱۹۹۱) جهت سنجش میزان جرئت‌ورزی جنسی زن در مقابل همسر تدوین کرد. این شاخص تک‌عاملی شامل ۲۵ گویه است که در طیف لیکرت پنج تایی پاسخ داده می‌شود (همیشه (صفر)، اکثراً (یک)، گاهی اوقات (دو)، به ندرت (سه)، هرگز (چهار)). گویه‌های شماره ۳، ۴، ۵، ۷، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۲، ۲۱، ۲۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (همیشه (چهار) تا هرگز (صفر)). دامنه نمرات از صفر تا صد است. نمره ۵۰ و پایین‌تر، به منزله جرئت‌ورزی جنسی پایین است. روایی همگرا HISA با وجود ضریب همبستگی ۰/۸۲ بین این شاخص و سیاهه جرئت‌ورزی گمبریل - ریچی و پایایی این شاخص با ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ تایید شد. ضریب همبستگی بازآزمون نیز ۰/۸۵ گزارش شد [۲۵]. در ایران، صاحب‌نظران روایی محتوایی این شاخص را از طریق بررسی گویه‌ها تایید کردند. ضریب آلفای کرونباخ آن در یک مطالعه ۰/۸۷ [۲۰] و در پژوهش دیگر ۰/۸۸ گزارش شد [۲۶]. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۲، ۰/۹۲

مشخصات دموگرافیک بررسی شده، تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند ($p > 0.05$) (جدول ۲).

میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی در گروه مداخله و کنترل در مقاطع زمانی بررسی شده در جدول ۳ نشان داده شده است. در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، در زمان‌های پس‌آزمون و پیگیری، افزایش قابل توجه میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی نسبت به قبل از مداخله رخ داده است (شکل ۲). در آنالیز واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، گروه به عنوان عامل بین گروهی و مقاطع

اختلاف معنادار (Least significant difference; LSD) استفاده شد. در تمام آزمون‌ها، سطح معناداری 0/05 در نظر گرفته شد. جهت بررسی نرمالیتی داده‌ها از آزمون کولموگراف - اسمیرنوف استفاده شد.

نتایج

پژوهش درباره ۸۰ زن دلزده زناشویی انجام شد. هیچ کدام از مشارکت‌کنندگان سیگار مصرف نمی‌کردند. دو گروه از نظر

جدول ۲: مقایسه ویژگی‌های فردی - اجتماعی زنان دلزده زناشویی برحسب گروه‌های مورد بررسی

متغیرها	گروه مداخله (۴۰ نفر)	گروه کنترل (۴۰ نفر)	*p-value
سن: (سال) (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	۳۱/۷ $\pm$ ۹/۴۱	۳۱/۶ $\pm$ ۹/۷۴	۰/۶۳ ^a
سن همسر: (سال) (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	۳۶/۷ $\pm$ ۶/۴۵	۳۵/۶ $\pm$ ۲/۵۰	۰/۴۵ ^a
طول مدت ازدواج: (سال) (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	۱۰/۶ $\pm$ ۶/۸۰	۸/۴ $\pm$ ۹/۹۸	۰/۲۲ ^a
نمره دلزدگی زناشویی: (انحراف معیار $\pm$ میانگین)	۷۱/۶ $\pm$ ۱۶/۰۵	۷۴/۵ $\pm$ ۲۶/۵	۰/۲۹ ^a
سطح تحصیلات: (درصد) تعداد	۲۴ (۶۰) لیسانس و بالاتر	۱۷ (۴۲/۵) ۲۳ (۵۷/۵)	۰/۱۱ ^b
سطح تحصیلات همسر: (درصد) تعداد	۱۹ (۴۷/۵) لیسانس و بالاتر	۱۴ (۳۵) ۲۶ (۶۵)	۰/۲۵ ^b
شغل: (درصد) تعداد	۲۲ (۵۵) شاغل	۱۵ (۳۷/۵) ۲۵ (۶۲/۵)	۰/۱۱ ^b
شغل همسر: (درصد) تعداد	۳۷ (۹۲/۵) شاغل	۳۸ (۹۵) ۲ (۵)	۰/۹۹ ^c
وضعیت اقتصادی: (درصد) تعداد	۱۳ (۳۲/۵) مطلوب	۱۱ (۲۷/۵) ۱۴ (۳۵)	۰/۳۳ ^b
تعداد فرزندان: (درصد) تعداد	۹ (۲۲/۵) بدون فرزند	۱۰ (۲۵) ۲۵ (۶۲/۵)	۰/۷۰ ^c
ابتلا به بیماری‌های جسمی ^{**} : (درصد) تعداد	۷ (۱۷/۵) ندارد	۱۰ (۲۵) ۳۰ (۷۵)	۰/۵۸ ^b
ابتلا همسر به بیماری‌های جسمی ^{**} : (درصد) تعداد	۴ (۱۰) ندارد	۱۰ (۲۵) ۳۰ (۷۵)	۰/۱۳ ^c
ابتلا به مشکلات روانی ^{***} : (درصد) تعداد	۲۴ (۴۷/۰۶) ندارد	۱۳ (۴۴/۸۳) ۲۷ (۵۲/۹۴)	۰/۹۹ ^b
ابتلا همسر به مشکلات روانی ^{***} : (درصد) تعداد	۱۶ (۵۵/۱۷) دارد	۳۳ (۸۲/۵) ندارد	۰/۵۱ ^c
تعداد روابط جنسی، در ماه گذشته: (درصد) تعداد	۲۰ (۵۰) یک بار در ماه	۲۲ (۵۵) ۱۸ (۴۵)	۰/۶۵ ^b
روش پیشگیری از بارداری: (درصد) تعداد	۱۹ (۴۷/۵) طبیعی	۱۵ (۳۷/۵) ۲۰ (۵۰)	۰/۵۲ ^b
	۶ (۱۵) سایر (قرص، آی یو دی)	۵ (۱۲/۵) کاندوم	

*آزمون تی مستقل، ^bآزمون کای دو، ^cآزمون دقیق فیشر

^{**} شامل بیماری‌های جسمی نظیر سردرد، کمردرد، سینوزیت، کبدچرب و ... است.

^{***} شامل مشکلات روانی نظیر افسردگی، وسواس، استرس و اضطراب است.

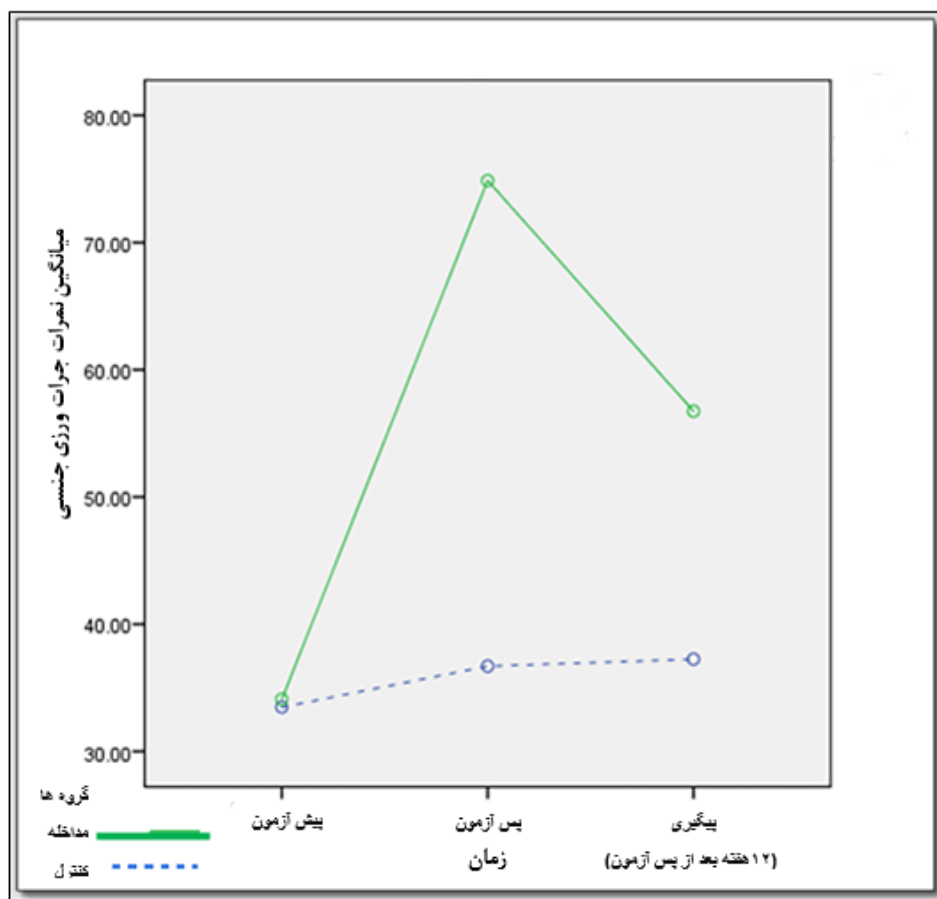
توجه به سطوح گروه، متفاوت است. نتایج آزمون تاثیرهای بین گروهی نشان داد دو گروه با هم تفاوت معنادار دارند. به عبارت دیگر، دو گروه از نظر میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی با هم تفاوت معنادار دارند. مقایسه‌های زوجی مقاطع زمانی نیز نشان داد تفاوت میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی بین همه مقاطع زمانی بررسی‌شده، معنادار است و بیشترین تفاوت میانگین بین زمان پیش‌آزمون و پس‌آزمون است (جدول ۴).

زمانی سنجش جرئت‌ورزی جنسی به عنوان عامل درون‌گروهی در نظر گرفته شد. نتایج برای عامل زمان و تعامل زمان×گروه معنادار بود (جدول ۳). معنادار شدن عامل زمان به این معنا است که صرف نظر از گروه مورد بررسی، میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی در طول مقاطع زمانی بررسی‌شده، تغییرات معنادار آماری داشته است. همچنین معنادار شدن اثر متقابل زمان×گروه نیز نشان می‌دهد میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی در زمان‌های مختلف سنجش، با

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره جرئت‌ورزی جنسی قبل، پس از مداخله و زمان پیگیری بین گروه‌های مداخله و کنترل

P-value*			میانگین	انحراف معیار	نمره جرئت ورزی جنسی	
زمان × گروه	گروه	زمان			گروه‌ها	مقاطع زمانی
F =۳۲۵/۳۷ P < ۰/۰۰۱	F =۷۰/۷۵ P < ۰/۰۰۱	F =۶۴۶/۶۹ P < ۰/۰۰۱	۳۴/۱	۱۱/۶۷	مداخله	قبل از مداخله
			۳۳/۵	۱۱/۰۰	کنترل	
			۷۴/۹	۱۱/۶۸	مداخله	پس‌آزمون (بلافاصله بعد از
			۳۶/۷	۱۰/۶۴	کنترل	پایان مداخله)
			۵۶/۸	۸/۴۶	مداخله	پیگیری (دوازده هفته بعد از
			۳۷/۳	۱۱/۰۸	کنترل	پایان مداخله)

* آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری



شکل ۲: میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی به تفکیک گروه و زمان در زنان دلزده زناشویی

جدول ۴: مقایسات زوجی میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی در زمان‌های مختلف سنجش در زنان دلزده زناشویی

مقاطع زمانی مورد مقایسه	تفاوت میانگین		سطح معناداری*
زمان (I)	زمان (J)	خطای استاندارد	
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۷۶	$P < ۰/۰۰۱$
پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۶۰	$P < ۰/۰۰۱$
پس‌آزمون	پیگیری	۸/۸۰	$P < ۰/۰۰۱$

*آزمون تعقیبی LSD

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری بر جرئت‌ورزی جنسی زنان دچار دلزدگی زناشویی انجام شد. بر اساس نتایج پس از مداخله، افزایش چشمگیر میانگین نمره جرئت‌ورزی جنسی در گروه مداخله مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$)؛ در حالی که این میانگین در گروه کنترل تقریباً ثابت بود.

همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه Chizary و همکاران (۲۰۲۳)، پس از هشت جلسه درمان شناختی - رفتاری گروهی مبتنی بر جرئت‌ورزی جنسی، بهبود قابل توجهی در ارگاسم، جرئت‌ورزی جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال ارگاسم دیده شد [۱۶]. علاوه بر این Jangi و همکاران (۲۰۲۳) نیز در مطالعه خود پس از هشت جلسه درمان شناختی - رفتاری گروهی مبتنی بر مهارت‌های جنسی، افزایش معناداری را در جرئت‌ورزی جنسی زنان با رضایت جنسی پایین نشان دادند [۱۸]. سلیمی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱) که بر روی زنان با نمرات دانش و صمیمیت جنسی پایین مطالعه کردند؛ پس از شش جلسه آموزش گروهی مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری، افزایش معناداری در نمره جرئت‌ورزی جنسی مشاهده کردند [۲۷]. در مطالعه دیگر، Kristanti و همکاران (۲۰۱۹) نیز بهبود جرئت‌ورزی جنسی را پس از پنج جلسه درمان شناختی - رفتاری در زنانی که رابطه جنسی قبل از ازدواج داشته‌اند، گزارش کردند [۱۹]. Hajloo و همکاران (۲۰۲۲)، پس از ۱۰ جلسه زوج درمانی شناختی - رفتاری، کاهش دلزدگی زناشویی و افزایش عشق را در زوجین دارای تعارض گزارش کردند [۲۸]. به نظر می‌رسد مشاوره مهارت‌های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری تاثیر مشابهی بر افزایش جرئت‌ورزی جنسی در جمعیت‌های مختلف داشته باشد.

علاوه بر آن سایر مطالعاتی که تنها به بررسی تاثیر مشاوره مهارت‌های جنسی پرداخته بودند نیز افزایش جرئت‌ورزی جنسی را در جمعیت‌های مختلف از جمله دانشجویان زن متاهل که رضایت زناشویی پایین داشتند [۲۹]، زنان معتاد و در معرض خطر ابتلا به HIV [۳۰]، زنان متاهل در سنین باروری [۱۱] و دختران نوجوان [۳۱] را که به دنبال دریافت مشاوره مهارت‌های جنسی در مرحله پس‌آزمون بوده‌اند، گزارش کردند؛ با وجود این، Widman و همکاران (۲۰۱۸)، در مرحله پیگیری مطالعه خود، افزایش معنادار نمره جرئت‌ورزی جنسی در دختران نوجوان را گزارش نکردند [۳۱]. در مطالعه حاضر، مشاوره گروهی مهارت‌های جنسی با استفاده

از تکنیک‌های شناختی - رفتاری، در زمان پیگیری نیز، افزایش معنادار نمره جرئت‌ورزی جنسی را نشان داد. در جلسات مشاوره، مشارکت‌کنندگان با کمک پژوهشگر به شناسایی افکار و باورهای منفی در حیطه مسائل جنسی پرداخته و با استفاده از تکنیک‌های شناختی - رفتاری و تمرین‌های گروهی درصد چالش با این افکار و باورها برآمده و سعی در جایگزین کردن افکار واقع‌بینانه کردند. در نهایت با انجام تکالیف خانگی، مهارت‌های کسب‌شده را در خود نهادینه کردند. همچنین این روش مداخله به افراد اجازه داد تا هیجانات خود را آزادانه ابراز کنند و احساسات مطلوب‌تری را در ارتباطات خود تجربه کنند. به نظر می‌رسد رویکرد شناختی - رفتاری با اصلاح مناسب و پایدار باورهای ناکارآمد جنسی زنان نسبت به رابطه جنسی و تقویت رفتارهای مثبت مانند جرئت‌ورزی جنسی و بیان نوع ترجیحات و تمایلات جنسی، سبب پایداری نمرات جرئت‌ورزی جنسی زنان در مطالعه حاضر شده است؛ هر چند به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه احساس نیاز می‌شود.

یافته‌های به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که داشتن باورها و عقاید نادرست درباره مسائل جنسی، عامل وقوع بیش از نیمی از مشکلات جنسی، از جمله جرئت‌ورزی پایین جنسی است. یکی از مهم‌ترین اجزای رویکرد شناختی - رفتاری، شناسایی و بازسازی شناخت‌های ناکارآمدی است که زیربنای رفتارهای انفعالی و غیر جرئت‌مندانه را تشکیل می‌دهند [۳۲]. در واقع هدف رویکرد شناختی - رفتاری، سوال کردن و به چالش کشیدن شناخت‌ها همراه با تغییر رفتار است؛ چرا که شناخت، هیجان و رفتار را تعیین می‌کند. برای مثال، افکار خودکار منفی درباره خود و همسر، یک چرخه خود تقویت‌کننده ایجاد می‌کند که افراد را مستعد نارضایتی و دلزدگی زناشویی می‌کند [۳۳]. البته تغییرات خلقی نیز می‌توانند سبب ایجاد افکار منفی و به دنبال آن بروز رفتارهای ناکارآمد باشند. نقطه شروع چرخه افکار، هیجان و رفتار، معمولاً شناخت‌های ناکارآمد است. رفتار و تغییرات آن، یک مولفه بسیار مهم در این رویکرد است. در رویکرد شناختی - رفتاری تغییر در سطح دانش، نگرش یا به آگاهی آوردن شناخت‌های بنیادین به تنهایی درمان به شمار نمی‌رود؛ درمان در این رویکرد شامل تغییرات رفتار و تکرار آن در حد مهارت‌آموزی است [۲۱].

آنچه مطالعه حاضر را منحصر به فرد می‌کند، پژوهش درباره زنان دچار دلزدگی زناشویی است. در بررسی انجام‌شده تا کنون مطالعه مشابهی درباره زنان دچار دلزدگی زناشویی انجام نشده است

تشکر و قدردانی

این مقاله با کد IRCT20220302054162N1: IRCT از پایان نامه دانشجویی خانم فائزه صفاری مفرد جهت گرفتن درجه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک است. نویسندگان از معاون محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک که حمایت مالی این معاونت پژوهش (با شماره ۶۵۱۰) را به عهده گرفتند و همه مشارکت کنندگانی که انجام مطالعه را ممکن ساختند، تشکر می کنند.

تضاد منافع

نویسندگان برای چاپ این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR. ARAKMU REC.1400.285 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک تایید شد. توضیحاتی درباره هدف و ماهیت پژوهش، ماهیت داوطلبانه شرکت، حق کناره گیری از پژوهش در هر زمان، حفظ محرمانگی و بی نامی به مشارکت کنندگان داده شد. همچنین بر رعایت اصل رازداری توسط همه اعضای گروه، احترام به عقاید، فرهنگ و مذهب مشارکت کنندگان پژوهش، تاکید شد. پرسش نامه ها با رعایت خلوت کامل برای مشارکت کنندگان تکمیل شد. با توجه به برگزاری جلسات در زمان همه گیری کووید - ۱۹، جهت پیشگیری از ابتلا به کرونا، ماسک، دستکش و محلول ضد عفونی دست در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت. جلسات با رعایت فاصله گذاری اجتماعی و در فضایی با تهویه مطلوب تشکیل شد. برای گروه کنترل نیز سه جلسه مشاوره گروهی پس از پایان پژوهش، اجرا شد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول در طراحی پژوهش و گردآوری داده ها و همچنین تهیه پیش نویس مقاله مشارکت داشت. سهم نویسندگان دوم، نویسنده مسئول بوده است و در طراحی مطالعه، تجزیه، تحلیل و تفسیر داده ها، نگارش و ویرایش نسخه نهایی مقاله مشارکت داشت. نویسنده سوم نظارت بر نحوه اجرای طرح را بر عهده داشت.

حمایت مالی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی خانم فائزه صفاری مفرد جهت گرفتن درجه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک است. معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک از این پایان نامه (با شماره ۶۵۱۰) حمایت مالی کرده است.

و از آنجایی که دلزدگی زناشویی با سطح پایین تعهد زوجین ارتباط دارد؛ مطالعه درباره این جمعیت اهمیت زیادی دارد. انجام پیگیری طولانی مدت نیز، یکی دیگر از نقاط قوت این پژوهش است.

این پژوهش درباره جمعیت خاصی از زنان دچار دلزدگی زناشویی، زنانی با مشخصات واحدهای مورد پژوهش (برای مثال زنان ۴۰-۱۸ سال، باردار نبودن و ...)، انجام شد؛ بنابراین، نتایج قابل تعمیم به سایر جمعیت های زنان دچار دلزدگی زناشویی که مشخصات واحدهای مورد پژوهش در مطالعه حاضر را ندارند، نخواهد بود؛ بنابراین، توصیه می شود پژوهش های مشابه درباره زنانی که دچار دلزدگی زناشویی شده اند و ویژگی هایی متفاوت با ویژگی های مشارکت کنندگان مطالعه حاضر داشته باشند، انجام گیرد (مثلا زنان دلزده زناشویی باردار، با سن کمتر از ۱۸ سال یا بیشتر از ۴۰ سال و ...).

توصیه می شود در مطالعات آینده، مشاوره به صورت زوجی انجام شود و جهت بررسی تاثیر ماندگار مشاوره مهارت های جنسی با رویکرد شناختی - رفتاری، پیگیری در مدت زمان طولانی تری انجام شود. همچنین تاثیر این رویکرد با دیگر مداخلات ارتقا دهنده جرئت ورزی جنسی، مقایسه شود و این مداخله برای سایر جمعیت های زنانی که دچار دلزدگی زناشویی شده اند به ویژه درباره آن دسته که متقاضی طلاق هستند و به دادگاه ها مراجعه می کنند، نیز اجرا شود تا در صورت تایید تاثیر آن، در برنامه های ارتقای سلامت روان زنان دچار دلزدگی زناشویی از این مداخله استفاده شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره مهارت های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری می تواند منجر به افزایش جرئت ورزی جنسی در زنان دلزده زناشویی شود. هر چند نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه است.

REFERENCES

- Demerouti E, Bakker AB, Peeters MC, Breevaart K. New directions in burnout research. *Eur J Work Organ Psychol* 2021; 30(5):686-691. DOI:10.1080/1359432X.2021.1979962
- Nejatian M, Alami A, Momeniyan V, Delshad Noghabi A, Jafari A. Investigating the status of marital burnout and related factors in married women referred to health centers. *BMC Womens Health*. 2021;21(1):25. PMID: 33441122 DOI: 10.1186/s12905-021-01172-0
- Kayser K. The marital disaffection scale: An inventory for assessing emotional estrangement in marriage. *Am J Fam Ther*. 1996;24(1): 83-88. DOI:10.1080/01926189508251019
- Chen YH, Lou SZ, Yang CW, Tang HM, Lee CH, Jong GP. Effect of marriage on burnout among healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):15811. PMID: 36497885 DOI: 10.3390/ijerph192315811
- Pines AM. Couple burnout: Causes and cures 1th ed. New York: Routledge; 2013. Link
- Haghparsat Z, Riazhi H, Shams J, Montazeri A. Couple burnout and partner's substance-dependency: Is there any association? *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2023;6:10:23333928221144445. PMID: 36760678 DOI: 10.1177/23333928221144445
- Darden MC, Ehman AC, Lair EC, Gross AM. Sexual compliance: Examining the relationships among sexual want, sexual consent, and sexual assertiveness. *Sex Cult*. 2019;23(1):220-35. DOI:10.1007/s12119-018-9551-1
- López-Alvarado S, Van Parys H, Cevallos-Neira A, Enzlin P. Latin american women's beliefs, views and ideas about sexual assertiveness: A focus group study in Cuenca (Ecuador). *J Sex Res*. 2020;57(3):307-21. PMID: 31140883 DOI: 10.1080/00224499.2019.1615031
- Attaky A, Kok G, Dewitte M. Attachment insecurity and sexual and relational experiences in Saudi arabian women: The role of perceived partner responsiveness and sexual assertiveness. *J Sex Med*. 2020;17(7):1383-94. PMID: 32278475 DOI: 10.1016/j.jsxm.2020.02.029
- McLean M, Whelton W. "This is who I am": a grounded theory of women's assertive identity negotiation. *Couns*

- Psychol Q.* 2022;1-21. DOI: [10.1080/09515070.2022.2161481](https://doi.org/10.1080/09515070.2022.2161481).
11. Parva M, Lotfi R, Nazari MA, Kabir K. The effectiveness of sexual enrichment counseling on sexual assertiveness in married women: A randomized controlled trial. *Shiraz E-Medical Journal.* 2018;19(1):e14552. DOI: [10.5812/semj.14552](https://doi.org/10.5812/semj.14552)
 12. Taheri M, Ali Akbari Dehkordi M. Effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on sexual assertiveness of women with emotional divorce. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2020;16(3):105-18. DOI: [10.22051/psy.2020.29029.2066](https://doi.org/10.22051/psy.2020.29029.2066)
 13. Akbari M, Lotfi Kashani F. The effectiveness of four-factor psychotherapy on increasing the sexual assertiveness of women with breast cancer. *Scientific-research quarterly journal of health psychology.* 2017;6(23):57-73 DOI: [10.1001.1.23221283.1396.6.23.4.0](https://doi.org/10.1001.1.23221283.1396.6.23.4.0)
 14. Hammond PD, Oei TP. Social skills training and cognitive restructuring with sexual unassertiveness in women. *Sex Marital Ther.* 1982;8(4):297-304. PMID: [7175960](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7175960/) DOI: [10.1080/00926238208405435](https://doi.org/10.1080/00926238208405435)
 15. Amini M, Guodardi M, Shahgheibi S. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral couple therapy and EIS model on sexual function, among pregnant women. *vicenna J Nurs Midwifery Care.* 2021;29(3): 233-44. DOI: [10.30699/ajnm.29.3.233](https://doi.org/10.30699/ajnm.29.3.233)
 16. Chizary M, Aghdam NS, Ranjbaran M, Ohadi B. The effect of assertiveness-focused cognitive-behavioral group therapy on women's orgasm: A randomized clinical trial. *Int. J. Women's Health Reprod. Sci* 2021;11(2):82-88. DOI: [10.15296/ijwhr.2023.14](https://doi.org/10.15296/ijwhr.2023.14)
 17. Spence SH. *Psychosexual Therapy: A cognitive-behavioural approach: first edition* Springer;2013. Link
 18. Jangi S, Nourizadeh R, Sattarzadeh-Jahdi N, Farvareshi M, Mehrabi E. The effect of cognitive-behavioral therapy and sexual health education on sexual assertiveness of newly married women. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):20. PMID: [36978034](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36978034/) DOI: [10.1186/s12888-023-04708-w](https://doi.org/10.1186/s12888-023-04708-w)
 19. Kristanti I, Poerwandari EK, Pohan LD, Primasari I. Cognitive-behavioral intervention to enhance sexual assertiveness in women who exhibit premarital sexual compliance in the greater jakarta area. *Indonesia Pertanika J Soc Sci Hum.* 2019;27(3):1927-43. DOI: [10.5539/qjhs.v12n13p37](https://doi.org/10.5539/qjhs.v12n13p37).
 20. Sayyadi F, Golmakani N, Ebrahimi M, Saki A, Karimabadi A, Ghorbani F. Determination of the effect of sexual assertiveness training on sexual health in married women: A randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2019;24(4):274. PMID: [31333741](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31333741/) DOI: [10.4103/ijnmr.IJNMR_51_17](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_51_17)
 21. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* 3rded. New York: *Guilford Publications*;2021. Link
 22. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques* 3rded. *John Wiley & Sons*: 2018. Link
 23. Niehuis S, Bartell D. The marital burnout scale: development and psychometric properties. *N Am J Psychol.* 2006;8(1): 69-84. DOI: [10.1037/t42162-000](https://doi.org/10.1037/t42162-000)
 24. Sayed Alitabar SH, Mohammad Alipour Z, Habibi F, Sarvestani A, Javanbakht A. Reliability, validity and factor structure of the marital disillusionment scale. *Pajoohandeh Journal.* 2016;20(6):342-349. Link
 25. Hurlbert DF. The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *J Sex Marital Ther.* 1991;17(3):183-90. DOI: [10.1080/00926239108404342](https://doi.org/10.1080/00926239108404342)
 26. Bai F, Bahrami F, Fatehi F, Ahmadi S, Etemadi A. Role of assertiveness and self-consciousness in the prediction of female sexual function. *Thought and behavior in clinical psychology.* 2012; 25:6-7 (Persian). Link
 27. Salimi M, Fatehizadeh M. Investigation of effectiveness of sexual education based on behavioral-cognitive method on sexual intimacy, knowledge and self-expression of married woman in Mobarakeh. *J Mod Psychol Res.* 2013;7(28):105-22. Link (Persian).
 28. Hajloo N, Rahnejat A, Ahmadi M, Pourabdol S. The effectiveness of cognitive behavioral couple therapy on love and marital burnout in couples with marital conflict. *JRP.* 2022;3(7):25-34 DOI: [10.22098/JRP.2022.10284.1060](https://doi.org/10.22098/JRP.2022.10284.1060)
 29. Dastyar N, Sarasiyabi AS, Moharer GS, Navidian A. Effect of group assertiveness-based sexual counseling on marital satisfaction among female university students. *J Clin Diagn Res.* 2018;12(6):1-5. DOI: [10.7860/JCDR/2018/36045.11571](https://doi.org/10.7860/JCDR/2018/36045.11571)
 30. Faridi N, Vakilian K, Yousefi AA. Effect of Sexual empowerment counseling on self-efficacy, assertive sexual communication, self-awareness, and sexual attitude, awareness of sexually transmitted diseases, and HIV in addicted women-an interventional study. *Curr Womens Health Rev.* 2023;19(3):136-47. DOI: [10.2174/1573404819666220901152502](https://doi.org/10.2174/1573404819666220901152502)
 31. Widman L, Golin CE, Kamke K, Burnette JL, Prinstein MJ. Sexual assertiveness skills and sexual decision-making in adolescent girls: Randomized controlled trial of an online program. *Am J Public Health.* 2018;108(1):96-102. PMID: [29161072](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29161072/) DOI: [10.2105/AJPH.2017.304106](https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304106).
 32. Beck AT, Davis DD, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders* 3th ed New York: *Guilford Publications*; 2015. Link
 33. Pamuk M, Durmuş E. Investigation of burnout in marriage. *J-HumanSciences.* 2015;12(1):162-77. DOI: [10.14687/ijhs.v12i1.3002](https://doi.org/10.14687/ijhs.v12i1.3002)