

## Comparing the Effectiveness of Two Therapeutic Methods "Cognitive-Behavioral" and "Based on Acceptance and Commitment" on the Sexual Schema of Postmenopausal Women

Rostamkhani F<sup>1</sup>, Ghamari M\*<sup>2</sup>, Babakhani V<sup>2</sup>, Merghati Khoei ES<sup>3</sup>

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

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

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

\*Corresponding author. Tel: +982435232562, E-mail: [ghamari.m@abhariau.ac.ir](mailto:ghamari.m@abhariau.ac.ir)

Received: Mar 19, 2022 Accepted: Sep 15, 2022

### ABSTRACT

**Background & aim:** Sexual schemas are the central beliefs of a person's sexual dimensions that affect sexual and non-sexual performance. The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of two methods of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on the sexual schema of postmenopausal women.

**Methods:** This was a semi-experimental study with a pre-test, post-test and follow up design with control group, which was conducted in 2019-2020. Among the menopausal women who visited health centers in Zanjan to receive services, 45 people who scored less than 28 (out of 36) in the "Women's Sexual Performance Index" test were purposefully selected and they were divided into three groups of 15 people by random allocation method (2 intervention groups and one control group). In the first group, cognitive behavioral therapy (CBT) and in the second group, acceptance and commitment-based therapy (ACT), were implemented for 8 sessions of 2 hours each. The data was collected from the intervention and control groups in the pre-test, post-test and follow-up stages with the "female sexual self-schema scale" which had 50 traits with a 7-point Likert scale. The data obtained from the research was analyzed through analysis of variance with repeated measures and using SPSS-24 software.

**Results:** The results showed that cognitive behavioral therapy improved the sexual schema of postmenopausal women ( $F=4.355$ ,  $p=0.021$ ), while acceptance and commitment therapy did not have a significant effect on their sexual schema ( $F=0.232$ ,  $p=0.633$ ). In comparing the effects of two intervention groups on sexual schema ( $F=0.226$  and  $p=0.638$ ), no statistically significant difference was observed.

**Conclusion:** Based on the findings, cognitive behavioral therapy improves sexual schemas in postmenopausal women. Therefore, it is suggested to use this treatment method to improve the sexual schemas of postmenopausal women in health care centers.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Sexual Schema, Menopause

# مقایسه اثربخشی دو روش درمانی «شناختی رفتاری» و «مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر طرحواره جنسی زنان یائسه

فاطمه رستمخانی<sup>۱</sup>، محمد قمری<sup>۲\*</sup>، وحیده باباخانی<sup>۲</sup>، عفت السادات مرقاتی خویی<sup>۳</sup>

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران  
 ۲. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، اهر، ایران  
 ۳. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، موسسه کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
 \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۴۳۵۲۳۲۵۶۲ ایمیل: ghamari.m@abhariau.ac.ir

## چکیده

**زمینه و هدف:** طرحواره‌های جنسی، باورهای مرکزی ابعاد جنسی فرد است که در عملکرد جنسی و غیرجنسی تأثیر می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره جنسی زنان یائسه انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری و با گروه کنترل بود که در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد. از بین زنان یائسه ای که جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان مراجعه نموده بودند، تعداد ۴۵ نفر که در آزمون «شاخص عملکرد جنسی زنان» نمره عملکرد جنسی کمتر از ۲۸ (از ۳۶ نمره) کسب کرده بودند، به صورت هدفمند انتخاب و با روش تخصیص تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند (۲ گروه مداخله و یک گروه کنترل). در گروه اول، درمان شناختی رفتاری (CBT) و در گروه دوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، هر کدام به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته اجرا شد. داده‌ها با «مقیاس خود طرحواره جنسی زنان» که دارای ۵۰ صفت با مقیاس لیکرت ۷ درجه ای بود در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از گروه‌های مداخله و کنترل جمع آوری گردید. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش از طریق تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با استفاده از نرم افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود طرحواره جنسی زنان یائسه شده ( $F=4/355, p=0/021$ ) در صورتی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأثیر معنی داری بر طرحواره جنسی آنها نداشته است ( $F=0/232, p=0/633$ ). در مقایسه تأثیرات دو گروه مداخله بر طرحواره جنسی ( $F=0/226$  و  $p=0/638$ )، تفاوت معنی داری از نظر آماری مشاهده نشد.

**نتیجه گیری:** براساس یافته‌ها، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود طرحواره‌های جنسی در زنان یائسه می‌شود. لذا، پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی برای بهبود طرحواره‌های جنسی زنان یائسه در مراکز بهداشتی درمانی استفاده شود.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره جنسی، یائسگی

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۲۴

## مقدمه

یائسگی<sup>۱</sup> یک رویداد طبیعی در زندگی زنان است که منجر به پیامدهای جسمانی، روانی و اجتماعی شده و کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱). در این مرحله از زندگی، زنان با بسیاری از مشکلات و عوارض ناشی از کمبود هورمون‌های جنسی مواجه می‌شوند که این مساله مشکلات متعددی را برای آنها ایجاد خواهد کرد که یکی از آنها، مشکلات جنسی است (۲). روابط جنسی یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر خوشبختی زناشویی است که اگر قانع‌کننده نباشد، منجر به احساس شکست، ناکامی و عدم احساس امنیت می‌شود (۳).

طرحواره‌های جنسی به عنوان باورهای اساسی و مرکزی ابعاد جنسی فرد تعریف می‌شود که از تجارب گذشته فرد مشتق شده و در تجربیات حال، نمود پیدا می‌کنند. این طرحواره‌ها در پردازش اطلاعات جنسی افراد تأثیرگذار بوده و نگرش‌ها، رفتارها، تصمیمات و قضاوت‌های جنسی فرد را هدایت می‌کنند. طرحواره‌های جنسی در روابط زن و شوهر خود را نشان می‌دهند و باعث تأثیر در عملکرد جنسی و غیرجنسی می‌شوند. اگرچه در زمینه رابطه طرحواره‌های جنسی با رضایت و یا عدم رضایت جنسی مطالعات اندکی انجام شده ولی به نظر می‌رسد بین این دو متغیر ارتباط وجود داشته باشد. به طوری که آندرسون و سیرانووسکی<sup>۲</sup> نشان دادند که زنان با طرحواره مثبت در مقایسه با زنان دارای طرحواره منفی، رضایت جنسی بیشتری دارند (۴). لذا توجه به مسائل مرتبط با سلامت جنسی زنان در سنین بالاتر، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از رویکردهای اساسی جهت کار در زمینه دانش جنسی و باورهای ارتباطی ناکارآمد، رویکرد شناختی و رفتاری<sup>۳</sup> (CBT) است. هدف اصلی این رویکرد در کار با

زوجه‌ها، افزایش تبادل مثبت، آموزش مهارت‌های لازم برای زندگی زناشویی، ارائه اطلاعات لازم در زمینه‌های مختلف از جمله دانش جنسی و تغییر باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد است (۵). در روش درمان شناختی، درمانگران فرایند پردازش شناختی را مهمتر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند. بنابراین کشف این خودتلقینی‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند (۶). رستمخانی و همکاران نشان دادند، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود عملکرد و طرحواره‌های جنسی در زنان یائسه می‌شود (۷). رضایی و همکاران نیز نشان دادند آموزش شناختی رفتاری بر کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش دانش جنسی زنان متأهل موثر است (۸). دل ری<sup>۴</sup> و همکاران هم در پژوهش خود نشان دادند که عموماً زنان با سطح شرم جنسی، طرحواره‌های جنسی منفی بیشتری نسبت به زنان با سطح شرم جنسی کمتر، دارند (۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۵</sup> (ACT) یکی از رویکردهای موج سوم رفتاردرمانی است که وجود افکار، باورها و احساسات منفی و آزاردهنده جنسی را مانع عملکرد جنسی سالم و در نتیجه رضایت جنسی نمی‌داند (۱۰). درمان ACT 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 (۱۱). به عنوان بخشی از درمان ACT، بیمار آموزش می‌بیند تا افکار (مانند فکر خودکشی) و هیجانات (مثل غم و درد) را به عنوان وقایع پویایی مشاهده کند که به خودی خود مشکل ساز نیستند، بلکه پاسخ فرد (مثل اجتناب یا فرار) به این وقایع است که می‌تواند منجر به مشکلات در زندگی شود (۱۲). مطابق با این مدل، تلاش‌های بیش

<sup>1</sup> Menopause

<sup>2</sup> Andersen & Cyranowski

<sup>3</sup> Cognitive Behavioral Therapy

<sup>4</sup> Del Rey

<sup>5</sup> Acceptance and Commitment Therapy

### روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بود که با طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری و با گروه کنترل در مراکز بهداشتی شماره ۹، ۱۴ و ۱۷ شهر زنجان در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد. زنانی که طی ۵ سال گذشته یائسه شده و دارای عملکرد جنسی نامطلوب بودند و جهت دریافت خدمات به مراکز بهداشتی درمانی مذکور در شهر زنجان مراجعه کرده بودند، جامعه آماری مطالعه را تشکیل می‌دادند. به منظور بررسی وضعیت عملکرد جنسی، ابتدا «شاخص عملکرد جنسی زنان»<sup>۱</sup> (FSFI) توسط ۷۰ زن یائسه که به صورت هدفمند انتخاب شدند، تکمیل گردید. سپس زنان دارای عملکرد جنسی نامطلوب (نمره کمتر از ۲۸ از ۳۶ پرسشنامه FSFI) به تعداد ۴۵ نفر که واجد شرایط انتخاب بودند به روش تخصیص تصادفی بلوک بندی شده در سه گروه ۱۵ نفری (مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل) قرار گرفتند. در روش نیمه تجربی حداقل هر کدام از گروه‌های آزمایش و کنترل می‌توانند ۱۵ نفر در نظر گرفته شوند (۱۸).

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: متاهل و در حال زندگی با همسر بودن، سپری شدن حداقل ۱ و حداکثر ۵ سال از قطع قاعدگی، داشتن حداقل سواد متوسطه، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی پیرامون یائسگی با محوریت آموزش جنسی، عدم ابتلای همسران به انزال زودرس یا ناتوانی جنسی بر اساس گفته شرکت کنندگان، داشتن اختلال عملکرد جنسی (کسب نمره کمتر از ۲۸ از ۳۶ در شاخص عملکرد جنسی زنان) و عدم چند همسره بودن شوهر بود. عدم تمایل زن به ادامه همکاری، پیدایش بیماری‌هایی در زنان یا همسرشان که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند (نظیر انزال زودرس، بیماری‌های قلبی و عروقی، روانی، تیروئید و سرطان‌ها)، شروع مصرف داروهایی که به نحوی بر

از حد برای کنترل این افکار سخت و هیجانات دردناک ممکن است به شکل متناقضی مشکلات بیماران را افزایش دهد. این درمان به بیماران آموزش می‌دهد که به جای تمرکز بر فرار از افکار و هیجانات، پذیرش تجربی را تمرین کنند (۱۱). نتایج مطالعه طباطبایی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرات‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی موثر است (۱۳). نتایج مطالعه عظیمی فر و همکاران (۱۴) هم نشان داد که مداخلات زوج درمانی شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش شادی زناشویی و بهبود کیفیت رابطه زوجین ناراضی شده و میان تأثیر این دو رویکرد بر افزایش شادی زناشویی، تفاوت معناداری وجود ندارد. از طرفی نتایج مطالعه قاسمی و همکاران (۱۵) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس، موثرتر از درمان شناختی رفتاری عمل می‌کند. همچنین خانجانی و شکی و همکاران (۱۶) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در صمیمیت زناشویی زوجین موثر بوده و بین اثربخشی این دو روش درمانی، تفاوت معناداری وجود ندارد.

در قرن آینده تنها گروه سنی که انتظار رشد قابل توجه آنها وجود دارد، افراد بالای ۵۵ سال هستند. همچنین، در این گروه سنی تعداد زنان به نسبت مردان، ۲/۶ به ۱ خواهد بود (۱، ۱۷). با توجه به اینکه طول عمر زنان در چند دهه اخیر افزایش یافته و تعداد زنان بیشتری دوران یائسگی را پشت سر می‌گذارند و با عنایت به شیوع بالای مشکلات جنسی در زنان یائسه، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی دو روش «درمان شناختی رفتاری» و «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» بر طرزحوازه‌های جنسی زنان یائسه انجام شد.

<sup>۱</sup> Female Sexual Function Index

عملکرد جنسی تاثیر گذار هستند، وقوع اعتیاد، سابقه بیماری‌های جسمی و یا روانی، تجربه تنش‌هایی نظیر خیانت همسر، مرگ، بیماری وخیم و محکومیت به زندان اطرافیان نزدیک در طول مطالعه به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

برای جمع آوری داده‌ها از مقیاس خود طرحواره جنسی زنان و اطلاعات جمعیت شناختی (سن خود و همسر، میزان تحصیلات خود و همسر، درآمد، سن یائسگی، وضعیت مسکن و وضعیت اشتغال خود و همسر) استفاده شد. «مقیاس خود طرحواره جنسی زنان»<sup>۱</sup> توسط آندرسون و سیرانوسکی برای اندازه‌گیری طرحواره‌های جنسی تدوین شده و دارای ۵۰ صفت است که در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (از اصلا= صفر تا خیلی زیاد= ۶) پاسخ داده می‌شود. به دلیل اینکه افراد (به ویژه زنان) آزادانه در مورد مسائل جنسی خود صحبت نمی‌کنند، ۲۴ صفت به عنوان عبارت‌های پوشاننده به منظور پوشاندن ماهیت اصلی مقیاس همراه ۲۶ صفت اصلی ارائه می‌شوند که در نمره گذاری وارد نمی‌شوند. این مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس پرشور- عاشقانه<sup>۲</sup> شامل ۱۰ صفت از ۲۶ صفت اصلی، صریح- راحت<sup>۳</sup> شامل ۹ صفت از ۲۶ صفت اصلی و خرده مقیاس خجالتی- محتاط<sup>۴</sup> شامل ۷ صفت از ۲۶ صفت اصلی است. در خرده مقیاس پرشور- عاشقانه حداقل نمره صفر و حداکثر ۶۰، در خرده مقیاس صریح- راحت محدوده نمرات از ۰ تا ۵۴ و در خرده مقیاس خجالتی- محتاط حداقل نمره صفر و حداکثر نمره، ۴۲ است. ۲۶ صفت اصلی مقیاس خود طرحواره جنسی به صورت زیر تفکیک می‌شوند: خرده مقیاس پرشور- عاشقانه (۵، ۱۱، ۲۰، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۴، ۴۵، ۴۸ و ۵۰)، خرده مقیاس صریح- راحت (۲، ۶، ۹، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۴، ۲۵ و ۳۲) و خرده مقیاس خجالتی- محافظه کار (۳، ۸، ۲۲، ۲۸، ۳۱،

۳۸ و ۴۱). برای محاسبه نمره هر خرده مقیاس، نمره تک تک عبارت‌های مربوط به آن خرده مقیاس با هم جمع می‌شود. برای محاسبه نمره کل مقیاس نیز، نمره همه عبارت‌های مقیاس با هم جمع می‌شود. حداقل و حداکثر نمره مقیاس، صفر و ۱۵۶ می‌باشد. هر چه نمره حاصل شده از این مقیاس بیشتر باشد، نشان دهنده میزان بیشتر خود طرحواره جنسی خواهد بود و بالعکس (۴). روایی و پایایی «مقیاس خود طرحواره جنسی زنان» توسط آندرسون و سیرانوسکی روی ۳۸۷ دختر دانشجو در آمریکا محاسبه گردید. با استفاده از روایی سازه، رابطه قوی هر یک از خرده مقیاس‌ها با نمره کلی با ضرایب همبستگی از ۰/۶۵ تا ۰/۸۰ محاسبه شد. برای تعیین پایایی ابزار نیز، ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق محاسبه گردید که نتیجه آن در خرده مقیاس پرشور- عاشقانه ۰/۸۱، خرده مقیاس صریح- راحت ۰/۷۷، خرده مقیاس خجالتی- محتاط ۰/۶۶ و در مقیاس کل ۰/۸۲ بود (۴). در مطالعه حاضر روایی محتوای مقیاس خود طرحواره جنسی زنان مورد تایید نظر ۵ نفر از متخصصان روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی ابر قرار گرفت. پایایی ابزار نیز از طریق محاسبه آلفای کرونباخ با شرکت ۳۰ تن از زنان یائسه شرکت کننده در مطالعه تأیید شد ( $\alpha = 0/75$ ).

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 نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه نمود. سپس با ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف و نحوه اجرای مطالعه از نمونه‌ها رضایت نامه کتبی اخذ گردید و به صورت تخصیص تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری (مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل) تقسیم نمود. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط زنان، جهت یادآوری مراجعات بعدی آن‌ها به مرکز از آن‌ها

<sup>1</sup> Women's Sexual Self-Schema Scale

<sup>2</sup> Passionate-Romantic

<sup>3</sup> Open-Direct

<sup>4</sup> Embarrassed-Conservative

شماره تلفن مطمئنی گرفته شد. در فرایند اجرای پژوهش، گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکرد. برای گروه مداخله ۱ روش «درمان شناختی- رفتاری» و برای گروه مداخله ۲ «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» توسط پژوهشگر آموزش دیده (عضو اول گروه پژوهش مقاله حاضر) در ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته ای یک جلسه) طی دو ماه در مراکز بهداشتی و درمانی مذکور اجرا شد برای اینکه گروه‌ها با هم تعاملی نداشته باشند، هر یک از گروه‌ها در روزهای متفاوتی در مراکز درمانی حاضر شدند. پس آزمون بلافاصله بعد از پایان درمان و پیگیری سه ماه بعد، در هر سه گروه اجرا گردید.

جلسات «درمانی شناختی- رفتاری» طبق پروتکل ترکویل<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹) و کاپلان<sup>۲</sup> (۲۰)، طراحی و توسط ۵ نفر از متخصصان روانشناسی و مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر و یک متخصص سکسولوژی از دانشگاه علوم پزشکی تهران تایید شد. جلسات «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» طبق پروتکل کاپلان (۲۰) و هیز و همکاران (۲۱) طراحی توسط ۵ نفر از و متخصصان روانشناسی و مشاوره

<sup>1</sup> Ter Kuil

<sup>2</sup> Kaplan

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر و یک متخصص سکسولوژی از دانشگاه علوم پزشکی تهران تایید شد. در ضمن دو جلسه اول شامل آموزش روابط جنسی و مسائل مربوطه بود (آناتومی دستگاه تولید مثل و فیزیولوژی جنسی، ... ) و ۶ جلسه بعدی به مشاوره مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در خصوص مسائل جنسی و احساسات و افکار ناخوشایند زیادی که زنان یائسه نسبت به تغییرات یائسگی داشتند و ارزش‌های مربوط به حیطة ارتباط با همسر و زناشویی، پرداخته شد و در ابتدای هر جلسه به مرور تمرین‌ها و آخر هر جلسه نیز به پاسخ به سوالات، بازخورد گرفتن از بیمار و ارائه تمرین‌های هفتگی اختصاص یافت. این مطالعه با توجه به رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اخذ رضایت 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 مرحله و ارائه درمان شناختی رفتاری برای گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش، انجام گرفت.

به منظور بررسی فرضیه‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون بن فرنی و آزمون تی مستقل استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 انجام گرفت.

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی رفتاری

جلسه اول	معرفی و توضیح پیرامون موضوع یائسگی و مشکلات همراه آن و شرح در زمینه روند و منطق درمان
جلسه دوم	بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیرمنطقی، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن‌ها به یکدیگر، آشنایی بیمار با آناتومی، فیزیولوژی و رفتار جنسی
جلسه سوم	بررسی و توضیح پیامدهای رفتاری و هیجانی پایبندی به باورهای جنسی ناکارآمد، همچنین تجارب خاص و تاکید بر دخالت این عوامل در بروز و تداوم بیماری، آشنایی افراد با اختلالات عملکرد جنسی، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت جنسی و تکنیک‌های آن
جلسه چهارم	کار روی شناخت واره‌ها؛ افکار خودآیند منفی <sup>۱</sup> ، افکار میانجی: فرض‌های مشروط <sup>۲</sup> ، باورها <sup>۳</sup> ، قواعد <sup>۴</sup> و افکار بنیادین یا مرکزی <sup>۵</sup> و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	ارزیابی تکلیف قبلی و آشنایی بیمار با ۱۷ خطای شناختی <sup>۶</sup> و دادن پمفلت و ارائه تکلیف
جلسه ششم	بازسازی شناختی با استفاده از تکنیک‌های شناختی و آموزش تکنیک‌های رفتاری، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	آموزش مهارت ارتباطی و مهارت مذاکره کردن با همسرانشان، آموزش مهارت حل مسئله، آموزش چگونگی ابراز هیجانات و ارائه تکلیف
جلسه هشتم	ارزیابی میزان به کارگیری و اثربخشی روش‌های آموزشی، ارزیابی دستیابی به نتایج رضایت بخش، دادن بازخورد و رفع ایرادات موجود، جمع بندی کلی نکات مورد ارائه طی جلسات درمانی

<sup>1</sup> Negative Automatic Thoughts    <sup>2</sup> Conditional Assumptions    <sup>3</sup> Must    <sup>4</sup> Rules    <sup>5</sup> Core Beliefs    <sup>6</sup> Cognitive Distortion

## جدول ۲. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول	معرفی و توضیح پیرامون موضوع یاتسگی و مشکلات همراه آن و شرح در زمینه روند و منطق درمان
جلسه دوم	بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیرمنطقی، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن‌ها به یکدیگر، آشنایی بیمار با آناتومی، فیزیولوژی و رفتار جنسی
جلسه سوم	توضیح پیامدهای پایبندی به باورهای جنسی ناکارآمد، همچنین تجارب خاص و تاکید بر دخالت این عوامل در بروز و تداوم بیماری، آشنایی افراد با اختلالات عملکرد جنسی، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت جنسی و تکنیک‌های آن
جلسه چهارم	درماندگی خلاق و استعاره‌های مربوطه، کنترل به عنوان مسئله یا مشکل، آشنایی شرکت کنندگان با پذیرش و اجتناب تجربه ای و ارائه تکلیف
جلسه پنجم	آشنایی شرکت کنندگان با گسلش شناختی و چسبندگی به افکار ناکارآمد و تاثیر آن بر عملکرد جنسی، آشنایی شرکت کنندگان با من بعنوان زمینه و من بعنوان محتوی و ارائه تکلیف
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. ارائه تکلیف در مورد ارزشها به ویژه در حیطه ارتباط با همسر و زناشویی
جلسه هفتم	آشنایی شرکت کنندگان با تکنیک ذهن آگاهی و بودن در زمان حال، آموزش مهارت ارتباطی، آموزش مهارت حل مسئله و رفتار جرأت مندانه و ارائه تکلیف
جلسه هشتم	دادن پمفلت آموزشی به افراد شرکت کننده، ارزیابی میزان به کارگیری و اثربخشی تکنیک‌های آموزشی، ارزیابی دستیابی به به نتایج رضایت بخش، دادن بازخورد و رفع ایرادات موجود، جمع بندی کلی نکات مورد ارائه در طی جلسات درمانی

## یافته‌ها

سال بود. آزمون آنوا نشان داد که میانگین سنی سه

گروه با هم تفاوت معناداری نداشت ( $p > 0.05$ ) (جدول ۳).

میانگین سنی گروه‌های مداخله CBT  $52/20 \pm 3/12$  و مداخله ACT  $50/46 \pm 5/52$  و کنترل،  $50/86 \pm 1/99$ .

## جدول ۳. شاخص‌های مرکزی متغیرهای کمی جمعیت شناختی

متغیر	کنترل		CBT		ACT		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سن	50/867	1/995	52/20	3/121	50/467	5/523	0/253
سن یاتسگی	49/733	1/831	50/0	3/229	48/067	2/658	0/106
سن همسر	54/00	3/423	56/86	4/517	54/133	4/926	0/136
درآمد	3/480	1/621	4/86	2/004	4/300	2/153	0/156

نتایج جدول ۳ گویای آن است که گروه‌های مداخله و کنترل در متغیرهای جمعیت شناختی تفاوتی با یکدیگر ندارند، بنابراین، این متغیرها نقش مخدوش کننده‌ای در اثر متغیر مستقل بر وابسته نشان ندادند. جهت 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 کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر طرحواره جنسی معنادار نبود ( $p > 0.05$ ) که بیانگر توزیع نرمال متغیرهای مذکور است. همچنین نتایج آزمون لوین و آزمون M باکس معنادار نبود ( $p > 0.05$ )، این یافته‌ها فرض برابری واریانس را نشان داد. نتایج آزمون کرویت ماچلی نیز نشان داد که مقدار  $p$  آزمون در متغیرهای طرحواره جنسی معنادار نبود ( $p > 0.05$ ).

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر طرحواره جنسی معنادار نبود ( $p > 0.05$ ) که بیانگر توزیع نرمال متغیرهای مذکور است. همچنین نتایج آزمون لوین و آزمون M باکس معنادار نبود ( $p > 0.05$ )، این یافته‌ها فرض برابری واریانس را نشان داد. نتایج آزمون کرویت ماچلی نیز نشان داد که مقدار  $p$  آزمون در متغیرهای طرحواره جنسی معنادار نبود ( $p > 0.05$ ).

است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در متغیرهای طرحواره جنسی در مراحل سنجش

اندازه اثر	مقدار p	مقدار F	میانگین توان دوم	درجه آزادی	مجموع توان دوم نوع III	نوع آزمون	زمان	طراحی	جنسی
$\eta^2$									
۰/۱۶۷	۰/۰۰۸	۵/۳۶۷	۳۷۴/۷۳۸	۲	۷۴۹/۴۷۶	آزمون کرویت	زمان		
۰/۱۲۱	۰/۱۲۱	۲/۱۴۴	۱۴۹/۶۸۰	۲	۲۹۹/۳۵۹	آزمون کرویت	زمان × گروه		
			۶۹/۸۱۱	۵۶	۳۹۰۹/۴۴۱	آزمون کرویت	خطا		
۰/۰۰۸	۰/۶۳۸	۰/۲۲۶	۹۵/۷۴۶	۱	۹۵/۷۴۶	-	بین گروه		

خود طراحی جنسی ( $F=۰/۲۲۶, p=۰/۶۳۸$ ) تفاوت معنی داری ملاحظه نشد.

جهت مقایسه تغییرات گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون از آزمون بن فرنی استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات طرحواره جنسی بین پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله CBT معنادار بود ( $p<۰/۰۵$ ). همچنین جهت مقایسه دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها در مرحله پیش آزمون، تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p>۰/۰۵$ )، اما در مرحله پیگیری بین دو گروه در متغیر طرحواره جنسی تفاوت معناداری دیده شد ( $p<۰/۰۵$ ) (جدول ۵).

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری هر سه گروه در متغیر طرحواره جنسی ( $F=۵/۳۶۷, p=۰/۰۰۸$ ) بدون توجه به عامل گروهی، تفاوت معنی داری وجود داشت. همچنین با در نظر گرفتن اثر متقابل زمان و گروه، روند تغییرات نمرات از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری از نظر آماری نداشت ( $F=۲/۱۴۴, p=۰/۱۲۱$ ). اندازه اثر مداخله در متغیر خود طراحی جنسی در طول زمان، ۱۷ درصد و در اثر متقابل زمان و گروه، ۱۲ درصد بود. در بررسی اثرات بین گروهی نیز بین دو گروه مداخله در متغیر

جدول ۵. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیر طرحواره جنسی طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها در گروه CBT و کنترل

آزمون بن فرنی		مراحل آزمون		گروه	متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پس آزمون		
و پیگیری $P=۰/۰۶۳$	و پیگیری $P=۰/۹۸۷$	و پس آزمون $P=۰/۳۴$	میانگین $۸۴/۹۳±۱۱/۸۹۳$	میانگین $۹۰/۷۵۵±۱۶/۱۳۹$	کنترل
$P=۰/۵۸۸$	$P=۰/۰۰۱$	$P=۰/۰۰۱$	$۹۲/۹۰۳±۱۳/۰۳۶$	$۹۱/۴۴۷±۱۶/۳۳۱$	CBT
-	-	-	$P=۰/۰۴۲$ ( $T=۲/۱۴$ )	$P=۰/۹۰۸$ ( $T=۰/۰۱۴$ )	مقایسه دو گروه
				$P=۰/۳۲۳$ ( $T=۱/۰۱۴$ )	

جدول ۶. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیر طرحواره جنسی طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها در گروه ACT و کنترل

آزمون بن فرنی		مراحل آزمون		نمونه	متغیر
پس آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	پس آزمون		
و پیگیری $P=۰/۰۶۳$	و پیگیری $P=۰/۹۸۷$	و پس آزمون $P=۰/۳۴۰$	میانگین $۸۴/۹۳±۱۱/۸۹۳$	میانگین $۹۰/۷۵۵±۱۶/۱۳۹$	کنترل
$P=۰/۲۳۰$	$P=۰/۶۰۱$	$P=۰/۶۰۸$	$۸۸/۵۷۸±۹/۶۴۶$	$۹۱/۹۴۱±۱۱/۹۹۳$	ACT
-	-	-	$P=۰/۶۵۰$ ( $T=۰/۲۱۰$ )	$P=۰/۸۲۱$ ( $T=۰/۰۵۲$ )	مقایسه دو گروه
				$P=۰/۵۷۴$ ( $T=۰/۳۲۴$ )	



( $p > .05$ ). همچنین جهت مقایسه دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیر طرحواره جنسی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p > .05$ ).

جهت مقایسه تغییرات گروه‌ها در مراحل مختلف از آزمون بن فرنی استفاده شد. نتایج جدول فوق حکایت از آن دارد که میانگین نمرات طرحواره جنسی بین پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در گروه مداخله ACT و کنترل معنادار نبود

جدول ۷. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیر طرحواره جنسی طی مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها در گروه‌های مداخله

متغیر	نمونه	مراحل آزمون		آزمون بن‌فرونی	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون و پیگیری	پس آزمون و پیگیری
سختی طرحواره جنسی	ACT	۹۰/۱۶۱±۱۲/۰۱۱	۹۱/۹۴۱±۱۱/۹۹۳	۸۸/۵۷۸±۹/۶۴۶	P=۰/۶۰
	CBT	۸۰/۱۴۱±۱۶/۷۵۸	۹۱/۴۴۷±۱۶/۳۳۱	۹۲/۹۰۳±۱۳/۰۳۶	P=۰/۰۰۱
مقایسه دو گروه		P=۰/۰۷۰ (T=-۱/۸۸۲)	P=۰/۹۲۵ (T=-۰/۰۹۴)	P=۰/۳۱۰ (T=۱/۰۳۳)	-

شناختی رفتاری باعث بهبود طرحواره‌های جنسی زنان یائسه شده است که این تاثیر به مدت سه ماه پیگیری ماندگار بود. در صورتی که در گروه مداخله ACT بر میزان طرحواره‌های جنسی بعد از مداخله و در پیگیری تفاوت معناداری با گروه کنترل نداشته و می‌توان گفت میانگین طرحواره‌های جنسی گروه مداخله ACT نسبت به گروه کنترل طی زمان، تغییر معناداری نداشته است. همچنین در مقایسه طرحواره‌های جنسی دو گروه مداخله، در گروه CBT نسبت به گروه ACT روند صعودی وجود داشت اما این روند معنادار نبود. همراستا با نتایج مطالعه حاضر، رضایی و همکاران نشان دادند آموزش شناختی رفتاری بر کاهش باورهای ناکارآمد و افزایش دانش جنسی زنان متأهل موثر است (۸). رستمخانی و همکاران هم نشان دادند درمان شناختی رفتاری باعث بهبود عملکرد و طرحواره‌های جنسی زنان یائسه می‌شود (۷). در مطالعه جدیدیان و بهرام نیز، درمان شناختی رفتاری باعث افزایش طرحواره جنسی پرشور-رمانتیک در زنان شده بود (۲۲). همچنین یافته‌های مطالعه صانعی و همکاران نشان داد که

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که میانگین نمرات طرحواره جنسی بین پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری فقط در گروه مداخله CBT معنادار می‌باشد ( $p < .05$ ) در حالی که بین میانگین نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری در گروه مداخله ACT تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > .05$ ). به منظور مقایسه دو گروه از آزمون تی مستقل استفاده شد، نتایج نشان داد که بین گروه‌های مداخله در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در طرحواره جنسی، تفاوت معناداری ملاحظه نشد ( $p > .05$ ).

### بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان طرحواره‌های جنسی زنان یائسه بود. نتایج پژوهش نشان داد که بعد از مداخله و پیگیری، میزان طرحواره‌های جنسی در بین گروه مداخله شناختی رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری داشته و مقایسه میانگین‌ها نیز حاکی از روند افزایشی بعد از اجرای مداخله بوده است. به عبارت دیگر، درمان

آموزش مهارت‌های جنسی بر بهبود طرحواره جنسی و رضایت زناشویی زنان متأهل اثربخش بود (۲۳). نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاثیر بیشتری بر طرحواره‌های جنسی زنان یائسه دارد. در اثربخشی درمان CBT بر طرحواره‌های جنسی زنان یائسه می‌توان گفت که کلیه روش‌های موجود در درمان شناختی رفتاری به نوعی مستقیم و یا غیرمستقیم بر طرحواره‌های جنسی تاثیرگذار است. در این درمان با افزایش تبادل مثبت، ارائه اطلاعات در زمینه دانش جنسی، بیرون کشیدن سطوح افکار (افکار خودآیند، افکار میانجی و افکار بنیادین) و استفاده از تکنیک‌های مختلف شناختی برای به چالش کشیدن خطاهای شناختی (افکار منفی و نادرست) و تغییر باورهای تحریف شده و بازسازی شناختی در فرد و آموزش مهارت‌های مهم (روابط بین فردی موثر، مهارت مذاکره کردن، مهارت حل مسئله و خودآگاهی و همدلی)، عملکرد و طرحواره‌های جنسی فرد بهبود می‌یابد (۲۷-۲۴)، چون بین طرحواره‌های جنسی و عملکرد جنسی رابطه معناداری وجود دارد. بطوری که مجتبابی و همکاران (۲۸) در مطالعه خود نشان دادند که بین طرحواره‌های جنسی و عملکرد جنسی زنان، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین زرگری نژاد و احمدی (۲۹) در پژوهش خود نشان دادند که بین عملکرد جنسی، طرحواره جنسی زنان و رضایت جنسی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه بابایی و همکاران (۳۰) نیز نشان داد که بین طرحواره‌های جنسی و عملکرد جنسی با تعارضات زناشویی رابطه معکوس معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، طرحواره‌های جنسی مثبت و عملکرد جنسی بالا، تعارضات زناشویی کمتری را بدنبال دارد. پژوهشی که اثربخشی این دو رویکرد را بر طرحواره‌های جنسی زنان یائسه مورد مقایسه قرار دهد، یافت نشد. نتایج پژوهش خانجانی و شکی و همکاران نشان داد که این دو رویکرد تغییرات

معناداری در صمیمیت زناشویی زوجین ایجاد کردند و بین اثربخشی این دو روش درمانی، تفاوت معناداری وجود نداشت (۱۶). مطالعه عظیمی فر و همکاران هم نشان داد که هر دو رویکرد یاد شده موجب افزایش معنادار شادی زناشویی زوجین می‌شوند، اگرچه تفاوت معنی داری بین دو روش وجود ندارد (۱۴). با این حال، در مطالعه قاسمی و همکاران (۱۵)، تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رضایتمندی زناشویی به طور معناداری بیشتر از درمان شناختی رفتاری بود. به نظر می‌رسد مقایسه دقیق تر تاثیر این دو رویکرد بر طرحواره جنسی، نیازمند انجام تحقیقات بیشتری است.

از محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی است که می‌تواند موجب سودار شدن نتایج پژوهش شود. همچنین عدم کنترل متغیرهای مداخله گر مانند شرایط اجتماعی و فرهنگی شرکت کنندگان از جمله محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر بودند.

### نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، درمان شناختی رفتاری باعث بهبود طرحواره‌های جنسی در زنان یائسه می‌شود که این تاثیر به مدت سه ماه پیگیری، ماندگار است. با توجه به اینکه اغلب زنان یائسه از لحاظ مسئولیت شغلی، اجتماعی و عاطفی در خانواده نقش حساسی دارند، بنابراین کمک در زمینه ارتقای سلامت جنسی و روان به آن‌ها نوعی کمک و خدمت به خانواده و جامعه محسوب می‌شود. لذا، پیشنهاد می‌شود درمان شناختی رفتاری در مراکز بهداشتی و مراکز مشاوره جهت بهبود عملکرد و طرحواره‌های جنسی زنان یائسه استفاده شود.

### تعارض منابع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

**تشکر و قدردانی**

بالینی ایران است. بدین وسیله از کلیه مسئولین دانشگاه علوم پزشکی زنجان و همکاران مراکز بهداشتی درمانی شهر زنجان و تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری رشته مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی اهر با کد اخلاق IR.ZUMS.REC.1398.328 و شماره ثبت IRCT20200428047230N1 در مرکز کار آزمایی

**References**

- 1- Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F. Factors affecting sexual performance in menopause: a review of research texts. *Journal of Payesh*. 2014;14(1):58-41 [Persian].
- 2- Berek JS. Berek & Novak's Gynecology. 16<sup>th</sup> Edition. Lippincott Williams & Wilkins (LWW); 2020.
- 3- Susan AO. Essentials of maternity, newborn, women health nursing. 4<sup>th</sup> Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
- 4- Andersen BL, Cyranowski JM. Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994;67(6):1079-1100.
- 5- Goldenberg H & Goldenberg I. Family therapy: an overview. 9th edition. Broadman & Holman Publishers; 2016.
- 6- Ghahhary Sh. Cognitive-behavioral couple therapy guide for psychologists and counselors. Roshd Publications; 2017.
- 7- Rostamkhani F, Ghamari M, Babakhani V, Mergati Khoi A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual schemas in postmenopausal women. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9(6):84-95 [Persian].
- 8- Rezaei A, Fathi R, Ahmadi A. Investigating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on dysfunctional communication beliefs and sexual knowledge of married women. *Journal of Women and Family Studies*. 2016;8(30):35-47 [Persian].
- 9- Del Rey G, Stanton A, Meston C. The relationship between sexual shame and sexual self-schemas in college women. *Journal of Sexual Medicine*. 2017;14(6):351-70.
- 10- Izadi R, Abedi MR. Acceptance and commitment-based therapy. Fifth Edition. Tehran: Jangal Publication; 2018.
- 11- Harris R. ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Translation: Aminzadeh A. fifth edition. Tehran: Arjmand Publication; 2021.
- 12- Luoma JB, Villatt JL. Mindfulness in the treatment of suicidal individuals. *Journal Cognitive Behavioral Practice*. 2012;19(2):265-76.
- 13- 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. *Journal of Behavioral Science Research*. 2017;15(1):84-92 [Persian].
- 14- Azimifar Sh, Fatehizadeh 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. *Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016;3(2):56-81 [Persian].
- 15- Ghasemi S, Arman 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. *Journal of Community Health*. 2017;11(2):58-67 [Persian].
- 16- 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. *Journal Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2016;17(4):31-40 [Persian].

- 17- Zarei J, Tarafdari A, Pourhossein R, Habibi Asgarabadi M. The relationship between gender schemas and the sexual health of postmenopausal women. *Journal of Psychological Development*. 2017;6(3):191-212 [Persian].
- 18- Delavar A. *Applied probability and statistics in psychology and educational sciences*. Tehran: Roshd publication; 2014.
- 19- Ter Kuile MM, Both S, Van Kankueld JJ. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunction in woman. *Psychiatric Clinics North America*. 2010;33(3):595-610.
- 20- Kaplan HS. *The new sex therapy: active treatment of sexual dysfunction*. New York: Brunner-Mazel; 1974
- 21- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. Guilford Press; 2011.
- 22- Jadidian A, Behram M. The effect of cognitive-behavioral education on sexual schema of married women in Hamedan. *Journal of Psychological Studies and Educational Sciences*. 2016;10(2/2):15-37 [Persian].
- 23- Sanei F, Mehrabi H, Sedaghat M, Zarandi F. The effectiveness of sexual skills training on sexual schema and marital satisfaction of married women. *Quarterly Journal of Nurse and Physician in War*. 2019;24(7):93-102 [Persian].
- 24- Mutabi F, Fati L. *The way of drawing therapy in cognitive-behavioral theory*. Fifth Edition. Tehran Danjeh Publications; 2021.
- 25- Mohammadi Sh. *A complete set of life skills*. 14th Edition. Tehran: Specialized Media Publications; 2018.
- 26- Boland R, Verduin M L, Ruiz P. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry*. 12<sup>th</sup> Edition. Wolters Kluwer; 2021.
- 27- Leahy R. *Cognitive therapy techniques*. Translated by Hamidpour H, Andooz Z. 10th Edition. Tehran: Arjmand Publication; 2021.
- 28- Mojtabaei M, Saberi H, Alizadeh A. The role of sexual schemas and body image on women's sexual function. *Journal of Health Psychology*. 2014;14(13):36-19.
- 29- Zargarinejad F, Ahmadi M. The mediating role of sexual self-schemas in the relationship of sexual functioning with sexual satisfaction in married female college students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2020;25(4):412-26 [Persian].
- 30- Babaei E, Abbasi A, Mir Mohammadi M, Entezari S. Investigating the relationship between sexual schemas and sexual function with marital conflicts of women involved in domestic violence. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2019;20(65):87-96.