نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره هشتم، بهار ۱۴۰۳، شماره اول، صفحات

پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی– رفتاری تحلیلی بر هیجان و عزت نفس جنسی زنان با علائم کژکاری جنسی

سیاوش لاجوردی[۱،۲]، حمید ملایی زرندی*[۳]، فرشید خسروپور[۴]

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرند، کرمان، ایران
۲. دبیر گروه علمی سلامت روان، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران
۳. *نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرند، کرمان، ایران، hamid.molayi@gmail.com
۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زرند، کرمان، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۲/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: کژکاری جنسی معمولا با عدم تعادل و ابرازگری هیجانی همراه است. روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی از جمله درمان‌های مبتنی بر شواهد برای طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی و بین فردی است. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی بر هیجان‌های خودآگاه زنان دارای علائم کژکاری جنسی انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری زنان متأهل مبتلا به کژکاری جنسی بود که به مراکز مشاوره شهر تهران در فاصله ماه‌های بهمن ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲ مراجعه کردند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه(۱۵ نفر) آزمایش و گواه گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (SFSI)، آزمون عاطفه خودآگاه (PFQ-2) و فرم کوتاه شاخص عزت نفس جنسی زنان (SSEL-W-SF) استفاده شد. گروه آزمایشی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی قرار گرفتند و گروه گواه هیچگونه درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS27، تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که بین پس آزمون و پیگیری گروه آزمایشی و گواه در نمرات هیجان‌های خودآگاه، عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$). اثرات درمانی در پیگیری ۳ ماهه بر روی متغیرها حفظ شد.

نتیجه‌گیری: روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی، احساس گناه و شرم در رابطه جنسی را کاهش داده و با تأثیر مثبت بر عزت نفس جنسی زنان، منجر به بهبود عملکرد جنسی آنها می‌شود.

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی شناختی، زنان، کارکردهای ناهنجار جنسی روانی، هیجان‌ها

مقدمه

اختلال کژکاری جنسی (sexual dysfunction) شکلی از ناتوانی و یا نقص جدی در هر یک از مراحل روابط جنسی زناشویی شامل تمایل، برانگیختی، ارگاسم و انزال است که برای سلامت و کارکرد سازنده خانواده آسیب‌زا است(۱). شیوع این اختلال در برخی گزارش‌های خارج از ایران بین ۳۸ تا ۶۳ درصد و در داخل کشور بین ۲۲ تا ۷۵/۷ درصد گزارش شده است، با تأکید بر اینکه این اختلال در زنان در مقایسه با مردان شیوع بالاتری دارد(۲). زنان مبتلا به این اختلال، ممکن است عدم علاقه یا علاقه کم در رابطه جنسی، عدم توانایی در پاسخ به محرک‌های جنسی و احساس بی‌حسی با وجود داشتن یک رابطه خوب با شریک زندگی خود را گزارش کردند و به احتمال زیاد بیشتر از زنان دارای تمایل طبیعی، حالت عاطفی یا روانی منفی نظیر احساس سرخوردگی، ناامیدی، خشم، از دست دادن زنانگی و کاهش اعتماد به نفس را گزارش می‌کنند(۳). مطالعات سال‌های اخیر نشان داده که به‌رغم نقش همزمان عوامل روان‌شناختی و زیستی در بروز و تشدید این اختلال، تأثیر عوامل روان‌شناختی بسیار برجسته‌تر و جدی‌تر از عوامل جسمی و فیزیکی است(۴) از سوی دیگر در مدت چند دهه اخیر، پژوهش‌های متعددی بر روی مسائل و رفتار جنسی انجام شده است؛ اما به رغم تمرکز نظری بر رشد مسائل جنسی، تحقیقات تجربی بیشتر بر رفتار جنسی و باورها و نگرش‌ها متمرکز بوده‌اند تا خود ادراکی و عزت نفس

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.22034/8.1.7]

جنسی(۵). از این رو، فقدان اطلاعات درباره تعریف شخصی افراد از مسائل جنسی، چگونگی هماهنگ کردن آن با جنبه‌های دیگر زندگی خود و چگونگی ارزیابی رفتارهای جنسی‌شان که شامل پاسخ‌های جسمی و هیجانی است، به درک ناقصی از رفتار جنسی منجر شده است(۶).

عزت نفس جنبه‌های مختلفی دارد. براندان(۸) براساس جنبه‌های انسان‌گرایانه، از عزت نفس به عنوان نیازی وجودی (existential) و مؤلفهٔ برانگیزنده بنیادین رفتار انسان یاد می‌کند، که به میزان مساوی، شامل ارزش مداری و شایستگی است. به اعتقاد او عزت نفس از دو جنبه مرتبط به هم یکی احساس خودکارآمدی شخصی و دیگری احساس ارزشمندی شخصی تشکیل شده است، که این دو جنبه باعث ایجاد اعتماد به نفس و احترام به خود می‌شود(۷). جنبه دیگر عزت نفس، عزت نفس جنسی است که بر رفتارهای جنسی تأثیرگذار و عبارت است از واکنش عاطفی انسان نسبت به ارزیابی از افکار، احساسات و رفتارهای جنسی خودش(۹). زینا و اسچوارز(۱۰) از جمله پژوهشگرانی هستند که با بسط الگوی عزت نفس هارتر به عزت نفس جنسی از بعد اهمیت یادگیری اولیه، درون‌سازی خانواده، همسالان و جامعه اشاره کرده‌اند که هر شخص به عنوان ملاک ارزیابی افکار، احساسات و رفتارهای جنسی خود آن را در تحول هنجارهایش حیاتی می‌داند. به اعتقاد آنها واکنش عاطفی فرد نسبت به ارزیابی‌های ذهنیش، پایه عزت نفس جنسی و پنج مؤلفه آن را تشکیل می‌دهد. پنج مؤلفه عزت نفس جنسی، عبارتند از «مهارت و تجربه» (skill and experience) یعنی توانایی لذت بردن از شریک جنسی خود؛ «جذابیت» (attractiveness) یعنی باور داشتن به زیبایی و جذابیت خود؛ «کنترل» (control) یعنی توانایی مدیریت افکار، احساسات و رفتارهای جنسی خود؛ «قضاوت اخلاقی» (moral judgment) یعنی توانایی ارزشیابی افکار، احساسات، رفتارهای جنسی و معیارهای اخلاقی خود و «انطباق‌پذیری» (adaptive ness) یعنی توانایی سازگاری تجارب رفتار جنسی خود با دیگران. بنابراین رفتار جنسی قسمتی از شخصیت فرد و مجموعه ای از باورها، نگرش ها و عملکردهایی است که شخص در ارتباط با جنس مخالف و امور مرتبط با آن دارد(۱۱). طبق پژوهش رمضانی، دولتبان، شمس و علوی مجد بین عزت نفس با رضایتمندی جنسی و اختلال عملکرد جنسی رابطه وجود دارد به‌ویژه در افراد با عزت نفس پایین که اختلال عملکرد جنسی و اختلال رضایتمندی جنسی افزایش نشان دادند. به‌علاوه، بین عزت‌نفس، سلامت معنوی و رضایتمندی جنسی همسران جانبازن با تعهد زناشویی آنان رابطه مثبتی وجود دارد(۱۲). ساکالاوک و همکارن در یک فراتحلیل به این نتیجه رسیدند که همبستگی کلی بین عزت نفس و سلامت جنسی مثبت و کم بود. عملکرد جنسی قوی‌تر از رابطه جنسی ایمن و رضایت جنسی با عزت نفس مرتبط بود و سهل‌انگاری جنسی با عزت نفس ارتباطی نداشت(۱۳). مشکلات جنسی علاوه بر تأثیر بر لذت جنسی، می تواند بر بسیاری از جنبه های زندگی از جمله بر شرم، خجالت، کاهش شایستگی، اضطراب و افسردگی مرتبط است(۱۴).

از دیگر متغیرهای مؤثر بر روابط جنسی زوجین، احساس گناه و شرم است. شرم و گناه نیز ممکن است مانند سایر عواطف منفی، از روابط اولیه به‌وجود آید و طبق نظر جانگ شرم و گناه عوامل خطرساز بالقوه در بروز پرخاشگری در روابط صمیمانه باشد(۱۵). همچنین نتایج مطالعات پیرز و همکارن نشان می‌دهد که پرخاشگری فیزیکی و روان‌شناختی شریک زندگی با مشکلات درونی‌سازی شده گسترده و خاص در دوران بارداری همراه است. شرم و گناه در یک محیط اجتماعی از طریق مشاهده، الگوبرداری و انتقال کلامی آموخته می‌شود(۱۶). شرم و احساس گناه عواطف منفی هستند که معمولاً در پی تخطی از هنجارهای اخلاقی به وجود می‌آیند. شرم بر ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران تمرکز دارد، درحالی‌که احساس گناه بر مسئولیت آسیب وارد شده به دیگری متمرکز است(۱۷). انسان‌ها در ابتدا با توانایی تجربه این احساسات به دنیا نمی‌آیند. تجربه اولیه شرم و احساس گناه به‌طور معمول در حدود سه سالگی رخ می‌دهد. شروع و تحول شرم و احساس گناه به کسب چندین مهارت شناختی بستگی دارد:

۱- خودآگاهی و ظرفیت تأمل درباره خود، ۲- دانش در مورد قوانین اجتماعی و ظرفیت ارزیابی رفتار خود براساس این استانداردها و ۳- توانایی داشتن این چشم‌اندازها(۱۸). برای تجربه شرم و احساس گناه، فرد باید بتواند دیدگاه‌ها و حالات احساسی دیگران را نیز درک کند، زیرا شرم و احساس گناه معمولاً زمانی تجربه می‌شوند که دیگران فرد را مورد ارزیابی قرار می دهند(۱۵). شرم شامل ارزیابی منفی از خود، احساس عدم کفایت و خودآگاهی است(۱۹). نتایج مطالعات نشان می‌دهد افرادی که شرم را تجربه می‌کنند مستعد ابتلا به ناتوانی، اضطراب، کاهش همدلی، خجالت، بی‌اعتمادی بین‌فردی و افسردگی هستند و احساس گناه هم با خودانتقادی مزمن افراد همراه است(۲۱). نتایج مطالعات دیگری نشان می‌دهد که عواطف خودآگاه(شرم و احساس گناه) با بهزیستی روان‌شناختی افراد رابطه منفی(۲۲) و با اختلال شخصیت خودشیفته، اضطراب، افسردگی و مکانیزم‌های دفاعی رابطه مثبت دارد(۲۰). نتایج مطالعه دیگری نشان می‌دهد زمانی که مردم درک می‌کنند ارزش رابطه‌شان با دیگران کم است یا در خطر بالقوه قرار دارد، احساس آسیب‌دیده، حسادت، تنهایی، شرم، گناه، اضطراب اجتماعی در آن‌ها نمود پیدا می‌کند(۲۲).

یکی از رویکردهای روان درمانی که اخیراً بیشتر مورد توجه پژوهشگران حوزه علوم رفتاری قرار گرفته است روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری (cognitive behavioral analysis system of psychotherapy) است که توسط مک‌کالو(۲۰۱۰) برای درمان افسردگی مزمن طراحی‌شده است و درمان بین فردی را با درمان شناختی- رفتاری ترکیب می‌کند. CBASP بر روابط «شخص- محیط» تأکید دارد چرا که توانایی تغییر تعاملات بین فردی در بیماران افسرده بسیار مهم است. در بیماران مبتلا

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/8.1.7]

به افسردگی مزمن، الگوهای رفتاری تکرار شونده دیده می‌شوند که نشان می‌دهد در یک تجربه تکراری(یکسان) به دام افتاده‌اند و درمانگر با پاسخگویی همدلانه و آموزش مهارت حل مسئله، روابط و تعاملات اجتماعی وی را بهبود می بخشد و فرد را قادر می‌سازد در روابط بین‌فردی عملکرد بهتری داشته باشد و به‌تدریج احساس امنیت و اعتماد بین‌فردی با اطرافیانش شکل گیرد(۲۷). کلت و همکاران(۲۸) در یک ارزیابی فشرده با هدف بررسی اثربخشی درمان تحلیلی شناختی بر اختلال بیش‌فعالی جنسی، به این نتیجه دست یافتند که درمان تحلیلی شناختی بر کاهش بیش‌فعالی جنسی اثربخش است. کوهان و همکاران(۲۹) در پژوهشی با هدف اختلال در عملکرد همدلانه و فعالیت جنسی در افسردگی مزمن، نشان داد که کمبود همدلی و بی‌انگیزگی جنسی ناشی از استرس در بیماران در طول زمان بهبود یافته است. ظرفیت همدلی و تمایل جنسی پس از درمان با بهبود بالینی همبستگی مثبت داشت.

در مجموع کژکاری جنسی در زنان همراه با مشکلات مضاعفِ رفتاری، هیجانی و ارتباطی آنها، انجام تحقیقات در زمینه مسائل مرتبط با نگرش و عزت نفس جنسی آنها و تلاش برای برای بهبود نگرش و افزایش رفتار جنسی را ضروری می‌کند. با توجه به مبانی نظری به نظر می‌رسد یکی از راه‌های کاهش مسائل جنسی زنان و ارتقای سلامت روان- جنسی آنها، توانمندسازی آنان از طریق آموزش‌هایی است که به وسیله آن، مهارت‌های مورد نیازشان را برای زندگی جنسیِ بهتر رشد دهند؛ چرا که مرور پیشینه پژوهش‌ها نشان می‌دهد که به‌رغم شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت جنسی زنان، به مؤلفه آموزش در این قشر کمتر پرداخته شده است. همچنین جستجوهای محقق پیرامون مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در حوزه درمان شناختی- رفتاری تحلیلی نیز حاکی از آن است که کارآیی این مدل درمانی برای افراد با مشکلات گوناگون بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است، لیکن اثربخشی این رویکرد بر عواطف خودآگاه(شرم و احساس گناه) به عنوان هیجان‌های ثانویه و بازدارنده رابطه جنسی و عزت نفس جنسی تاکنون مورد مطالعه قرار نگرفته که این امر بر بدیع بودن مطالعه حاضر می‌افزاید. این مطالعه با هدف اثربخشی روان درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی بر هیجان‌های خودآگاه و عزت نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی انجام شد.

روش

پژوهش از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه آزمایشی از جمله طرح‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری(۳ ماهه) با گروه گواه (The pretest-posttest and follow-up with a control group design) است.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش زنان متأهل مبتلا به کژکاری جنسی تشکیل می‌دهد که به مراکز مشاوره خانواده شهر تهران در فاصله ماه‌های بهمن ۱۴۰۱ تا اردیبهشت ۱۴۰۲ مراجعه کرده بودند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از این زنان بود که براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس ملاک‌های (DSM-5-TR) و نمره پایین در «شاخص عملکرد جنسی زنان» به صورت هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه(هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که با توجه به نرم‌افزار G*Power نوع تحلیل آماری پارامتریک، اندازه اثر ۰/۴۰، آلفا(α) ۰/۰۵، توان آماری ۰/۹۵، تعداد متغیرهای وابسته (عواطف خودآگاه و عزت‌نفس جنسی)، و تعداد گروه‌ها(۲)، حجم نمونه ۲۴ نفر برآورد شد. اما در پژوهش حاضر برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود شامل تشخیص کژکاری جنسیِ غیرجسمی توسط روان‌پزشک و یا روان‌شناس بالینی از طریق مصاحبه بالینی مبتنی بر ملاک‌های مطرح در (DSM-5-TR)، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (تأیید توسط روان‌پزشک/ روان‌شناس بالینی)، عدم ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، به این دلیل که این دامنه سنی براساس مطالعات دارای بالاترین شیوع کژکاری جنسی در زنان است(۳). داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی همزمان با اجرای پژوهش بود. معیارهای خروج نیز شامل وجود شواهد مربوط به عامل جسمی و فیزیولوژیک کژکاری جنسی، عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بود.

ابزار اندازه‌گیری

شاخص عملکرد جنسی زنان (SFSI): این ابزار توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) برای اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان ساخته شده است. این شاخص ۱۹ ماده‌ای، عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه از جمله میل جنسی، تحریک، مرطوب شدن، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی ارزیابی می‌کند.

پرسشنامه شاخص عزت نفس جنسی زنان (SSEL-W-SF): این پرسشنامه توسط زینا و اسچوارز(۱۹۹۶) ساخته شده است ۳۵ گویه دارد، برای سنجش پاسخ‌های مؤثر در ارزیابی جنسی زنان از خود تدوین شده است. این ابزار بازتابی از حوزه‌های عزت نفس جنسی شامل: تجربه و مهارت، جذابیت، کنترل، قضاوت اخلاقی و انطباق است.

آزمون عاطفه خودآگاه (PFQ-2): تانجنی، واگنر و گومز این آزمون را در سال ۱۹۸۹ ساختند. آزمون عاطفه خودآگاه یک ابزار خودسنجی و مداد کاغذی است که ۶ موقعیت(سناریو) شرایط زندگی روزمره را به آزمودنی ارائه می‌کند. در این پرسشنامه علاوه بر عاطفه خودآگاه، خرده مقیاس‌های شرم و گناه زوج‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.22034/8.1.7]

ساختار جلسات روان‌درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی

روان‌درمانی تحلیلی شناختی- رفتاری(CBASP) مدلی عملیاتی- عملکردی است که واجد شرایط آزمایش روان‌شناختی (psychological experiment) است. به این معنی که در آن تکنیک‌های اساسی، تحلیل موقعیتی(situational analysis) و تمرین تمایز بین‌فردی (interpersonal discrimination exercise) به‌طور عملیاتی آورده شده‌اند. بیماران ابتدا در SA یاد می‌گیرند تا پیامدهای رفتارشان را تشخیص دهند (ادراک عملکردی). آنگاه زمانی که به طور موفقیت‌آمیزی بین درمانگر و افراد مهم دیگر زندگیشان تمایز قائل شوند، ID حس امنیت را ایجاد خواهد کرد. الگوی تحلیلی شناختی-رفتاری براساس راهنمایی درمان گروهی سایق و بن‌پرثی(۲۰۱۶) براساس کتاب گروه درمانی و کتاب کار گروهی ترجمه بگیان کوله مرزی و همکاران(۱۳۹۸) که روایی محتوایی و صوری آن در مطالعات مختلف در داخل کشور تأیید شده است در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تدوین شده است.

روند اجرای پژوهش

روش اجرا به این شیوه بود که پس از کسب مجوزهای لازم با هماهنگی با مراکز مشاوره شهر تهران و انتخاب نمونه، به شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی، در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روان درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی آموزش داده شد. شرکت‌کنندگان گروه گواه هیچ گونه‌ای مداخله درمانی را دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. پیش از اجرای مداخله درمانی و پس از اجرای آن و سپس در ۳ ماهه مجدد پرسشنامه‌های شاخص عملکرد جنسی زنان، فرم کوتاه عزت‌نفس جنسی زنان و عاطفه خودآگاه به عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بر روی دو گروه اجرا شد. بعد از گردآوری اطلاعات داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS-27 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها دستاوردهای مطالعه هستند که در مطالعات کمی شامل توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد گروه نمونه، یافته‌های توصیفی و تحلیلی متغیرهای مورد مطالعه را شامل می‌شوند.

میانگین(و انحراف استاندارد) سن زنان گروه آزمایشی ۳۴/۹۳(و ۳/۶۵) حداقل سن گروه آزمایشی ۲۸ و حداکثر آن ۴۱ بود. میانگین(و انحراف استاندارد) گروه گواه ۳۶/۳۳ (و ۳/۵۹) حداقل سن گروه گواه ۲۹ و حداکثر آن ۴۲ بود. از بین زنان شرکت کننده در مطالعه ۴ نفر(۲۶/۶ درصد) دیپلم، ۶ نفر(۴۰ درصد) فوق دیپلم و ۵ نفر(۳۳/۴ درصد) لیسانس بودند. از بین زنان گروه گواه ۵ نفر(۳۳/۴ درصد) دیپلم، ۶ نفر(۴۰ درصد) فوق دیپلم و ۴ نفر(۲۶/۶ درصد) لیسانس بودند.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمره مؤلفه‌های عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عاطفه خودآگاه در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری(به تفکیک گروه) آمده است.

قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور شش مفروضه تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده شامل نرمال بودن واریانس‌ها(برای نیل به رعایت این مفروضه نتایج آزمون شاپیرویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون و

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری (CBASP)(بگیان کوله مرزی و همکاران، ۲۰۱۸)

جلسات	محتوای جلسات	اهداف درمانی
جلسه اول	آموزش افزایش ثبات ذهنی	آشنایی کامل با مفاهیم کژکاری جنسی
جلسه دوم	آموزش ذهن آگاهی	آشنایی با مفاهیم اساسی کارکردهای هیجانی، اجتماعی و روان‌شناختی
جلسه سوم	کشت بینش در تجربه طبیعی ذهن	تصدیق هیجان، مجادله کردن با قضاوت، ذهن آگاهی نسبت به هیجان
جلسه چهارم	تحمل پریشانی	پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود، خود آرام‌سازی
جلسه پنجم	کاشت متانت و نوع‌دوستی در مقابل عدم قضاوت	رهایی از بحران، به‌کارگیری مهارت‌های تحمل پریشانی
جلسه ششم	درک و قدردانی از دیگران	آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز براندام‌های غیرتناسلی
جلسه هفتم	پرورش محبت و همدلی	معنابخشی؛ برنامه‌ریزی کوتاه‌مدت در مقابل برنامه‌ریزی بلندمدت، پرورش افکار شفقت‌ورزانه به خود
جلسه هشتم	کارآمدی بین فردی	توصیف، ابراز عقاید و دیدگاه‌ها در روابط بین‌فردی، اظهار این عقاید، تقویت خود، ماندن در ذهن آگاهی
جلسه نهم	کارآمدی بین فردی	اعتباربخشی به دیگران و به خویشتن و آگاهی از افکار و احساسات متناقض
جلسه دهم	بازشناسی آرزو، اشتیاق عشق و شفقت	تمرین ذهن آگاهی، اقدام به مهربانی، ثبات ذهنی، احترام به خویشتن
جلسه یازدهم	آموزش تنظیم هیجان	به‌کارگیری آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان
جلسه دوازدهم	درک عشق و شفقت کاربردی	درک عشق، مهربانی، شفقت و پرورش ذهن مشفقانه با تصویرسازی و انجام تکالیف و فعالیت‌های آموزش داده‌شده

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/8.1.7]

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات شاخص عملکرد جنسی، عزت‌نفس جنسی و عاطفه خودآگاه در پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	موقعیت	CBASP		گروه کنترل	
		M	SD	M	SD
میل جنسی	پیش‌آزمون	۲/۶۰	۰/۷۳۶	۲/۵۴	۰/۵۲
	پس‌آزمون	۶/۶۶	۱/۰۴	۲/۹۳	۰/۷۹
	پیگیری	۷/۸۶	۰/۶۳۹	۳/۴۰	۰/۸۲
تحریک	پیش‌آزمون	۹/۲۰	۰/۶۷۶	۸/۸۶	۰/۷۴
	پس‌آزمون	۱۳/۲۶	۱/۰۳	۹/۶۶	۰/۷۲
	پیگیری	۱۴/۱۳	۰/۶۳۹	۱۰/۰۶	۰/۷۹
مرطوب شدن	پیش‌آزمون	۸	۰/۷۵۵	۸/۹۳	۰/۷۰
	پس‌آزمون	۱۲/۰۶	۱/۰۳	۹/۴۰	۰/۵۰
	پیگیری	۱۲/۶۶	۱/۰۴	۹/۹۳	۰/۷۰
ارگاسم	پیش‌آزمون	۶	۰/۸۴۵	۵/۸۶	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۸/۸۰	۰/۹۴۱	۶/۴۶	۰/۹۹
	پیگیری	۹/۴۰	۰/۷۳۶	۸	۰/۷۵
رضایتمندی	پیش‌آزمون	۶/۸۶	۰/۸۳۳	۶/۶۰	۱/۲۹
	پس‌آزمون	۱۰	۱/۰۶	۸/۴۰	۰/۹۱
	پیگیری	۱۰/۸۶	۰/۹۱۵	۹/۲۰	۰/۶۷۶
درد جنسی	پیش‌آزمون	۹/۰۶	۰/۷۹۸	۶/۸۶	۱/۳۰
	پس‌آزمون	۵/۲۰	۰/۸۶۱	۸	۰/۹۲
	پیگیری	۴/۸۶	۰/۷۴۳	۸/۷۳	۰/۵۹۳
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۴۱/۷۳	۱/۷۹	۳۹/۶۶	۲/۲۸
	پس‌آزمون	۵۶	۲/۵۳	۴۴/۸۶	۲/۴۴
	پیگیری	۵۹/۸۰	۱/۷۸	۴۹/۳۳	۲/۰۵
مهارت و تجربه	پیش‌آزمون	۱۸/۲۶	۱/۰۳	۱۷	۰/۹۲
	پس‌آزمون	۲۲/۲۰	۱/۳۷	۲۶/۸۰	۳/۸۱
	پیگیری	۲۲/۶۰	۱/۳۵	۱۸/۵۳	۰/۹۹
جذابیت	پیش‌آزمون	۲۲/۰۶	۱/۲۲	۲۱/۳۳	۱/۱۱
	پس‌آزمون	۲۴/۸۶	۱/۴۵	۲۱/۱۳	۱/۱۲
	پیگیری	۲۵/۷۳	۱/۳۳	۲۲/۴۰	۰/۹۸
کنترل	پیش‌آزمون	۱۸	۰/۸۴۵	۱۷/۷۵	۰/۸۸
	پس‌آزمون	۲۰/۱۳	۱/۵۰	۱۹/۲۰	۱/۲۶
	پیگیری	۲۱/۴۰	۱/۳۵	۱۹/۸۰	۰/۷۷
قضاوت اخلاقی	پیش‌آزمون	۲۲/۴۶	۱/۱۲	۲۱/۳۳	۱/۱۷
	پس‌آزمون	۲۴/۶۰	۱/۱۲	۲۱/۹۳	۱/۱۶
	پیگیری	۲۶/۲۶	۱/۰۳	۲۲/۴۶	۱/۰۶
انطباق	پیش‌آزمون	۱۸/۶۶	۱/۰۴	۱۷	۱/۲۵
	پس‌آزمون	۲۱/۳۳	۱/۲۳	۱۷/۸۰	۱/۱۴
	پیگیری	۲۲/۶۶	۱/۲۳	۱۸/۶۰	۰/۹۱
عزت نفس جنسی	پیش‌آزمون	۹۹/۴۶	۲/۴۱	۹۴/۴۰	۲/۰۶
	پس‌آزمون	۱۱۳/۱۳	۳/۵۲	۱۰۶/۸۶	۳/۸۳
	پیگیری	۱۱۸/۶۶	۳/۱۲	۱۰۱/۸۰	۲/۵۹
شرم	پیش‌آزمون	۳۷/۶۶	۱/۱۷	۳۷/۰۶	۱/۶۲
	پس‌آزمون	۳۲/۷۳	۱/۳۳	۳۶/۶۰	۱/۲۴
	پیگیری	۳۱/۷۳	۱/۴۳	۳۶/۰۶	۰/۹۶
گناه	پیش‌آزمون	۴۲/۰۶	۱/۰۹	۴۲/۶۶	۱/۸۳
	پس‌آزمون	۳۸/۸۰	۱/۱۴	۴۲/۰۶	۱/۶۲
	پیگیری	۳۷/۰۶	۱/۴۸	۴۱/۳۳	۱/۷۱

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/8.1.7]

پس‌آزمون متغیر عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عاطفه خودآگاه) برقرار است($P \geq ۰/۰۵$)، نتایج نمودار پراکندگی(اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی(کوواریت‌ها) و پس‌آزمون آن که با یکدیگر همبستگی بالایی ۰/۹۰ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی(کواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار جعبه‌ای نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد که نشان‌دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به درستی رعایت شده است، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمون‌های لوین و تصحیحات ام. باکس استفاده شد. نتایج معنی‌داری آزمون باکس برای برای متغیرهای عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عاطفه خودآگاه از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس، پذیرفته شد. برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای متغیرها معنی‌دار نبوده است. بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون نمرات متغیرهای عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عاطفه خودآگاه با متغیرهای مستقل(روان درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیرها معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی می‌باشد($P \geq ۰/۰۵$). همچنین با توجه به عدم معنی‌داری آزمون موچلی برای متغیرهای عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عاطفه خودآگاه و خرده مقیاس‌های آن از آزمون کرویت مفروض برای گزارش نتایج استفاده شد. شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده در گروه های آزمایشی و گواه نشان می‌دهند که تحلیل واریانس‌های با اندازه‌های تکرار شده مربوط به اثر زمان‌ها (از پس آزمون تا پیگیری) در نمره کل متغیرهای وابسته عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عواطف خودآگاه به استثنای خرده مقیاس مهارت و تجربه، معنی‌دار است. تأثیر گروه بر نمرات عملکرد جنسی ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۱ و ۲۸)} = ۲۵۹/۳۸۷$)، عزت نفس جنسی ($P < ۰/۰۰۴$، $F_{(۱ و ۲۸)} = ۱۰/۰۰۱$)، شرم ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۱ و ۲۸)} = ۳۹/۲۹۷$) و احساس گناه ($P < ۰/۰۵$، $F_{(۱ و ۲۸)} = ۳۰/۶۰۸$) معنی‌دار است.

تأثیر زمان به وسیله آزمون کرویت مفروض برروی نمرات عملکرد جنسی($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۲ و ۲۸)} = ۳۴۸/۱۵۰$)، عزت نفس جنسی ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۲ و ۲۸)} = ۸/۸۴۲$)، شرم ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۲ و ۲۸)} = ۱۳۳/۳۴۳$) و بر نمرات احساس گناه ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۲ و ۲۸)} = ۱۰۵/۴۸۳$)، معنی‌دار است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه به وسیله آزمون کرویت مفروض بر روی نمرات عملکرد جنسی ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۲ و ۸۸)} = ۴۳/۸۵۰$)، شرم ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۲ و ۲۸)} = ۷۴/۵۷۲$) و احساس گناه ($P < ۰/۰۰۱$، $F_{(۲ و ۲۸)} = ۳۷/۱۸۵$) معنی‌دار است. ولی اثر تعاملی زمان و گروه بر متغیر عزت نفس جنسی معنی‌دار نیست($P \geq ۰/۰۵$). بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی (به استثنای مهارت و تجربه)، شرم و احساس گناه در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین میزان تأثیر برای عملکرد جنسی ۰/۷۴، عزت نفس جنسی ۰/۲۶، شرم ۰/۵۸ و احساس گناه ۰/۵۲می‌باشد. بدین معنی که ۷۴ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون عملکرد جنسی، ۲۶ درصد عزت نفس جنسی، ۵۸ درصد نمرات شرم و ۵۲ درصد از واریانس افزایش درصد کاهش احساس گناه در مرحله پس‌آزمون ناشی از شرکت در جلسات روان‌درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی و توان آماری ۱ حاکی از دقت آزمون آماری به کار رفته و کفایت حجم نمونه است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیرهای عملکرد جنسی، عزت نفس جنسی و عواطف خودآگاه

متغیر	موقعیت		تفاوت میانگین‌ها	SD	P	حد پایین	حد بالا
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۷۳۳	۰/۵۴۵	۰/۰۰۱	-۱۱/۱۲۱	-۸/۳۴۶
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۳/۸۶۸	۰/۵۴۴	۰/۰۰۱	-۱۲/۲۵۱	-۱۲/۴۸۲
	پس‌آزمون	پیگیری	-۴/۱۳۳	۰/۵۳۰	۰/۰۰۱	-۵/۴۸۳	-۲/۷۸۳
عزت نفس جنسی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۳/۰۶۷	۴/۳۷۲	۰/۰۰۱	-۲۴/۱۹۹	-۱/۹۳۵
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۳/۳۰۰	۰/۶۶۰	۰/۰۰۱	-۱۴/۹۸۱	-۱۱/۶۱۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۲۳۳	۴/۴۴۷	NS	-۱۱/۵۵۸	۱۱/۰۹۱
شرم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۷۰۰	۰/۲۲۰	۰/۰۰۱	۲/۱۴۰	۳/۲۶۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۴۶۷	۰/۲۵۶	۰/۰۰۱	۲/۸۱۵	۴/۱۱۸
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۶۷	۰/۱۸۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸۸	۱/۴۲۶
گناه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۹۳۳	۰/۱۷۸	۰/۰۰۱	۱/۴۸۱	۲/۳۸۶
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۱۶۷	۰/۲۶۶	۰/۰۰۱	۲/۴۹۰	۳/۸۴۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۳۳	۰/۲۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۰۷	۱/۷۶۰

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/8.1.7]

برای تعیین تفاوت جفتی مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیش‌آزمون-پیگیری و پس‌آزمون- پیگیری از آزمون‌های تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج سطح تصحیح بونفرونی نشان داد که در نمرات عملکرد جنسی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون(اثر مداخله) و از پس‌آزمون تا پیگیری(ثبات مداخله) و از پیش‌آزمون تا پیگیری(اثر زمان) تفاوت وجود دارد($P \leq ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج تصحیح بونفرونی نشان داد که در نمرات عزت نفس جنسی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون(اثر مداخله) و از پیش‌آزمون تا پیگیری(اثر زمان) تفاوت وجود دارد($P \leq ۰/۰۰۱$). ولی در مرحله پس‌آزمون تا پیگیری (ثبات مداخله) معنی‌دار نبوده است. به عبارت دیگر اثر مداخله از پس‌آزمون تا پیگیری حفظ شده است. در نهایت نتایج نشان داد که در نمرات شرم و احساس گناه از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون(اثر مداخله) و از پس‌آزمون تا پیگیری(ثبات مداخله) و از پیش‌آزمون تا پیگیری(اثر زمان) تفاوت وجود دارد($P \leq ۰/۰۰۱$). به‌عبارت دیگر نمرات گروه آزمایشی در متغیر شرم و احساس گناه روندی خطی- کاهشی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مطالعه اثربخشی روان درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی بر هیجان‌های خودآگاه و عزت نفس جنسی زنان دارای علائم کژکاری جنسی بود. نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی بر متغییر عملکرد جنسی زنان اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری ۳ ماهه حفظ شد. از آنجا که تاکنون در خصوص مقایسه اثربخشی روان درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی بر عملکرد جنسی زنان در داخل و خارج از کشور مطالعات کمی صورت گرفته این نتایج با مطالعات کلت و همکاران، ۲۰۱۷ و کوهان و همکاران، ۲۰۲۲(۲۸ و ۲۹) مبنی بر اینکه روان‌درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی بر عملکرد جنسی زنان افسرده مؤثر است همخوانی دارد.

در تبیین اثربخشی روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی می‌توان گفت، این رویکرد با برقراری یک رابطه درمانی موفق، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر افکار نادرست و طرحواره است، و اگرچه عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود؛ اما می‌تواند به‌عنوان ابزاری معرفی شود که امکان تغییر را تسهیل می‌کند(۳۰). همچنین در این رویکرد درمانی راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرایند تعدیل خطاهای شناختی و سبک‌های اسنادی هستند. تکنیک‌های شناختی با استفاده از پرسش‌گری سقراطی و محک زدن فیلترهای شناختی، و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تحلیل موقعیت(SA)، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم (بازسازی شناختی)، آگاهی عقلانی زنان نسبت به تعاملات و روابط جنسی را افزایش می‌دهد(۱۸). از سوی دیگر این درمان به افراد آموزش می‌دهد که از طریق مهارت‌های برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، راه حل بسیاری از مشکلات روزمره‌ی خود را بیابند. این مهارت‌ها می‌توانند کمیت و شدت مشکلات روزمره‌ای را که با آنها مواجه می‌شوند به طور قابل توجهی کاهش دهند(۲۵). در واقع برای رسیدن به هدفِ برقراری رابطه جنسی، افراد تشویق می‌شوند تا پس از برنامه‌ریزی و اجرای آن، به خود پاداش دهند. همچنین تکمیل و به پایان رساندن وظیفه به خودی خود یک پاداش است که به مراجع حس موفقیت می‌دهد و این موفقیت که خود تقویت‌کننده‌ای بسیار قوی است، منجر به افزایش توجه و تمرکز فرد شده و در نهایت منجر به بهبود روابط و عملکرد جنسی وی در آینده خواهد شد(۲۹).

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی بر عزت نفس جنسی اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری ۳ ماهه حفظ شد. از آنجا که تاکنون در خصوص مقایسه اثربخشی روان درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی بر عزت نفس جنسی در داخل و خارج از کشور مطالعات کمی صورت گرفته این نتایج با مطالعات کلت و همکاران، ۲۰۱۷ و کوهان و همکاران، ۲۰۲۲(۲۸ و ۲۹) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت، درمانگر با استفاده از پرسشنامه، ارزیابی بین فردی از مهم‌ترین روابط گذشته و حاضر بیمار طی جلسات دوم تا چهارم بعمل می آورد که هدف آن، شناسایی موضوعاتی است که با شروع مشکل فرد مرتبط است. به دنبال این ارزیابی، درمانگر درباره رابطه میان موضوعات بین فردی تعیین‌کننده، بحث می‌کند. با استفاده از این اطلاعات به مراجع کمک می‌شود که توجه خود را به عوامل مسئله‌ساز بین فردی که کانون توجه فرایند درمان را تشکیل می‌دهد، معطوف کند. چنین گمانه‌زنی می‌توان کرد که روان‌درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی می‌تواند با ترکیب مهارت‌های حل مسئله اجتماعی، و افزایش آگاهی فرد از حوزه‌های بین فردی، آموزش جرأت‌ورزی و قاطع بودن در بیان نیازهای هیجانی، کمک کند وی از سبک های منفعلانه، منفعلانه- خصمانه و خصمانه-سلطه‌گر در روابط بین فردی اجتناب کرده و سبک قاطع و قاطع-دوستانه را درپیش گیرد تا زمینه را برای مهربانی با خود و عزت نفس اجتماعی، خانوادگی و جنسی فراهم کند(۳۰).

نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده نشان داد که روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی بر کاهش شرم و احساس گناه اثربخش است و اثر مداخله در پیگیری ۳ ماهه حفظ شد. از آنجا که تاکنون در خصوص مقایسه اثربخشی روان درمانی شناختی-رفتاری تحلیلی بر شرم و احساس گناه در داخل و خارج از کشور مطالعات کمی صورت گرفته این نتایج با مطالعات کلت و همکاران، ۲۰۱۷ و کوهان و همکاران، ۲۰۲۲(۲۸ و ۲۹) مبنی بر اینکه روان درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی بر احساس گناه و شرم زنان افسرده مؤثر است همخوانی دارد.

مطالعه حاضر نیز مانند هر مطالعه علمی دارای محدودیت‌هایی بوده است. از جمله این که، مطالعه بر روی زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و دارای کژکاری جنسی با منشأ غیرجسمی انجام شده است؛ بنابراین لازم است در تعمیم نتایج به زنانی که ممکن است کژکاری جنسی آنها دلایل جسمی و فیزیولوژی داشته باشد و یا زنانی مبتلا به کژکاری جنسی که به هر دلیلی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/8.1.7]

به مراکز درمانی مراجعه نمی‌کنند و یـا مردان دارای کژکاری جنسی، احتیـاط شود. بخشی از سنجش‌ها در مطالعه حاضر از طریـق پرسشنامه صورت گرفـت که ممکن است با مطلوب نمایی اجتماعی و اطلاعات نه چندان دقیق و عمیـق همراه باشد. در سطح پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شـود پژوهشگران در مطالعـات آینده، روان درمانی شناختی- رفتاری تحلیلی را از لحـاظ اثربخشی، علاوه بـر عملکرد و عزت نفس جنسـی و عواطـف خودآگـاه، بـرروی متغیرهـایی نظیـر روابط زناشویی سازنده، عملکرد و رضایت جنسی هم در مردان و هـم در زنـان دارای کژکاری جنسـی و بـا مشـارکت هـر دو زوج در کنـار سـنجش‌هـای عمیق‌تر از طریق مصاحبه در کنار پرسشنامه از نظر اثربخشی، مورد مقایسـه و مطالعه قرار دهند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی محقق و دارای کد اخلاق(IR.IAU.SDJ.REC.1402.057) از کمیته اخـلاق در پـژوهش علمـی است. بدیـن وسـیله از تمامی زنـان دارای کژکاری جنسی که بـا شـرکت خود در پژوهـش، امکان اجرای مطالعـه را فراهـم کردند، صمیمانـه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند کـه هیچ‌گونـه تضـاد منـافعی در مطالعـه حاضر وجود نداشته است.

منابع

1. Park Y, Impett EA, MacDonald G. Singles' sexual satisfaction is associated with more satisfaction with singlehood and less interest in marriage. Pers Soc Psychol Bull 2021;47(5): 741-752.
2. Silva G, Lima S, Reis B, Macruz C, Postigo S. Prevalence of hypoactive sexual desire disorder among sexually active postmenopausal women with metabolic syndrome at a public hospital clinic in Brazil: A cross-sectional study. Sexual Medicine 2020; 8(3): 545-553.
3. Firozi M, Golparvar M, Aghaei A. Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple's Therapy, Cognitive-Behavioral Couple's Therapy and Gottman Systemic-Cognitive Couple's Therapy on Affect Balance and Inefficient Expectations of Woman with Sexual Dysfunction. IJPN 2022; 10(1): 1-17.
4. Jiménez-Picón N, Romero-Martín M, Ponce-Blandón JA, Ramirez-Baena L, Palomo-Lara JC, Gómez-Salgado J. The Relationship between Mindfulness and Emotional Intelligence as a Protective Factor for Healthcare Professionals: Systematic Review. Int J Environ Res Public Health 2021; 18(10): 5491.
5. Beth AV, Julien B, Anthony FB, Michael CA. Psychopathy, sexual behavior and self-esteem, it's different for girls. Journal personality and individual differences 2010; 48(7): 833-83.
6. Balsam KF, Martell CR, Jones KP, Safren SA. Affirmative cognitive behavior therapy with sexual and gender minority people. In: Iwamasa GY, Hays PA, editors. Culturally responsive cognitive behavior therapy: Practice and supervision. American Psychological Association; 2019. p. 287-314.
7. Kennis M, Duecker F, T'Sjoen G, Sack AT, Dewitte M. Sexual Self-Concept Discrepancies Mediate the Relation between Gender Dysphoria Sexual Esteem and Sexual Attitudes in Binary Transgender Individuals. J Sex Res 2022; 59(4): 524-536.
8. Branden N. The Psychology of Self-Esteem. New York: Bantam; 1969.
9. Barkin JL, Serati M, Barkin AL. Self-Esteem and Sexual Behavior in Women: How Are They Related? Journal of women's health 2017; 26(4): 305-306.
10. Zeanah PD, Schwarz JC. Sexual Self-Esteem Inventory and the Sexual Self-Esteem Inventory - Short Form. In: Milhausen RR, Sakaluk JJ, Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, editors. Handbook of Sexuality-Related Measures. 4th edition. Routledge; 2019. pp. 555–558.
11. James R. Correlates of sexual self-esteem in a sample of substance-abusing woman. J Psychoactive Drugs 2011; 43(3): 220-8.
12. Ramezani N, Dolatian M, Shams J, Alavi H. The relationship between self-esteem and sexual dysfunction and satisfaction in women. J Arak Univ Med Sci 2012; 14(6): 57-65.
13. Sakaluk JK, Kim J, Campbell E, Baxter A, Impett EA. Self-esteem and sexual health: a multilevel meta-analytic review. Health Psychol Rev 2020; 14(2): 269–293.
14. Ayling K, Ussher JM. "If sex hurts, am I still a woman?" The subjective experience of vulvodynia in heterosexual women. Archives of Sexual Behavior. 2008; 37(2): 294-304.
15. Broekhof E, Bos M, Rieffe C. The Roles of Shame and Guilt in the Development of Aggression in Adolescents With and Without Hearing Loss. Research on child and adolescent psychopathology 2021; 49(7): 891-904.
16. Eisenberg N. Emotion, regulation, and moral development. Annual Review of Psychology 2000; 51: 665–697.
17. Lafortune D, Girard M, Bolduc R, Boislard MA, Godbout N. Insecure attachment and sexual satisfaction: A path analysis model integrating sexual mindfulness, sexual anxiety, and sexual self-esteem. J Sex Marital Ther 2022; 48(6): 535-551.
18. Muris P, Meesters C. Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. Clin Child Fam Psychol Rev 2014; 17(1): 19–40.
19. Porter AC, Zelkowitz RL, Cole DA. The unique associations of self-criticism and shame-proneness to symptoms of disordered eating and depression. Eating Behaviors 2018; 29: 64-67.
20. Nikolić M, Hannigan LJ, Krebs G, Sterne A, Gregory AM, Eley TC. Aetiology of shame and its association with adolescent depression and anxiety: results from a prospective twin and sibling study. J Child Psycho Psychiatry 2022; 63(1): 99–108.
21. Carpenter TP, Tignor SM, Tsang JA, Willett A. Dispositional self-forgiveness, guilt-and shame-proneness and the roles of motivational tendencies. Personality and Individual Differences 2016; 98: 53-61.
22. Hooge I. Moral emotions and prosaically behavioral: It may be time to change our view of shame and guilt. Psycho Emotions 2013; 2: 255-276.
23. Leary MR. Emotional responses to interpersonal rejection. Dialogues Clin Neurosci 2015; 17(4): 435–441.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/8.1.7]

24. McCullough JP Jr. Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). New York: Guilford Press; 2000.
25. Swan JS, Hull AM. The cognitive behavioural analysis system of psychotherapy: a new psychotherapy for chronic depression. Advances in Psychiatric Treatment. 2007; 13(6): 458–469.
26. Negt P, Brakemeier EL, Michalak J, Winter L, Bleich S, Kahl KG. The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. Brain Behav 2016; 6(8): e00486.
27. Bagian Kulehmarzi MJ, Karami J, Momeni K, Elahi A. The effectiveness of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) and dialectical behavior therapy based on compassion on resilience and motivations for suicide attempts in people attempted suicide. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association 2018; 13(1): 26-39.
28. Kellett S, Simmonds-Buckley M, Totterdell P. Testing the Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy for Hypersexuality Disorder: An Intensive Time-Series Evaluation. J Sex Marital Ther 2017; 43(6): 501–516.
29. Guhn A, Merkel L, Heim C, Klawitter H, Teich P, Betzler F, Sterzer P, Köhler S. Impaired empathic functioning in chronic depression: Behavioral evidence for the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) model. J Psychiatr Res 2022; 152: 79–85.
30. Bagian Kulehmarzi MJ, Karami J, Momeni K, Elahi A. The effectiveness of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) and dialectical behavior therapy based on compassion on resilience and motivations for suicide attempts in people attempted suicide. Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association 2018; 13(1): 26-39.

Original

The Effectiveness of Cognitive- Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) on Self-Conscious Emotions and Sexual Self-Esteem of Women with Symptoms of Sexual Dysfunction

Siavash Lajevardi[1,2], Hamid Mollayee Zarandi[*3], Farshid Khosropour[4]

1. PhD Candidate, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran
2. Secretary of mental health Department, Iranian Academy of Medical sciences, Tehran, Iran
3. ∗**Corresponding Author**: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran, hamid.molayi@gmail.com
4. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Zarand Branch, Kerman, Iran

Abstract

Background: Sexual dysfunction is usually associated with imbalance and emotional expression. Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy(CBASP) is one of the evidence-based treatment used for a wide range of psychological and interpersonal problems. This study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of cognitive-behavioral analytic psychotherapy on the self-conscious emotions of women with symptoms of sexual dysfunction.

Methods: The research method is semi-experimental with a pre-test, post-test and follow-up plan. The statistical population were married women suffering from sexual harassment referred to Tehran counseling centers from the months of January 2022 to May 2023. Thirty (30) women were selected by purposeful method and randomly assigned into two groups (15) for the case and (15) for the control group. The Women's Sexual Performance Index Questionnaire (SFSI), the Self-Conscious Affect Test (PFQ-2) and the Short Form of the Women's Sexual Self-Esteem Index (SSEL-W-SF) were used to collect the data. The experimental group underwent 12 sessions of analytic cognitive-behavioral psychotherapy and each session lasted 90-minutes while the control group did not receive any treatment. The data was analyzed using SPSS.27 software.

Results: The results of variance analysis with repeated measures showed that there is a significant difference between the post-test and the follow-up of the experimental and control groups in the scores of conscious emotions, sexual self-esteem and sexual performance ($P \leq 0.001$). The therapeutic effects were maintained on the variables in the 3-months follow-up.

Conclusion: Cognitive- behavioral analysis system of psychotherapy decreases the feeling of guilt and shame in sexual relationship and has positive effect on women's sexual self-esteem, which improve their sexual function.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Emotions, Psychological Sexual Dysfunctions, Women

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/8.1.7]