

اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی بر بهبود کنش‌وری جنسی

دانشجویان متأهل زن

* پریسا ضیایی^۱، زهره سپهری شاملو^۲، علی مشهدی^۲

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسؤول: مشهد، میدان آزادی، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
پست الکترونیک: ziaee.parisa@gmail.com

چکیده

مقدمه: فعالیت جنسی نقشی تعیین‌کننده در سلامت انسان دارد و به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های جنسی می‌تواند کیفیت رابطه زناشویی را بالا ببرد.

هدف: تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی بر بهبود کنش‌وری جنسی دانشجویان متأهل زن. **روش:** این مطالعه نیمه‌تجربی که از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود؛ شامل ۲۸ دانشجوی زن متأهل دانشگاه فردوسی مشهد بود؛ که به صورت تصادفی در دو گروه ۱۴ نفری توزیع شدند. گروه آزمون به مدت ۸ جلسه تحت آموزش مهارت‌های جنسی قرار گرفتند و میزان کنش‌وری جنسی قبل و بعد از مداخله با استفاده از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان FSFI اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ با آزمون آماری تی مستقل صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه از لحاظ نمره کلی کنش‌وری جنسی و مؤلفه‌های میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم و رضایتمندی جنسی تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که نمرات گروه آزمون در تمامی موارد مذکور به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0.001$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو گروه برای مؤلفه درد جنسی وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی، شیوه مؤثری برای بهبود کنش‌وری جنسی می‌باشد؛ پیشنهاد می‌شود در راستای ارتقای روابط زوجین مورد توجه درمانگران بالینی قرار بگیرد. **کلیدواژه‌ها:** آموزش مهارت‌های جنسی، طرحواره‌های شناختی، کنش‌وری جنسی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۸/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۳/۱۷

مقدمه

فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن به عنوان یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی انسان مطرح است (۱). Wilsom و McAndrew (۲۰۰۰) مسایل جنسی را به عنوان جنبه‌ای مهم و طبیعی از زندگی شخصی افراد توصیف می‌کنند و آن را فراتر از یک رفتار جنسی صرف می‌دانند (۲). رضایت جنسی به عنوان یکی از نیازهای اساسی فیزیولوژیکی، نقشی تعیین‌کننده در سلامت انسان دارد و در صورت عدم ارضای آن، فشارهای زیاد جسمی و روانی حاصل از آن، اختلال در سلامت فرد ایجاد می‌کند و توانمندی‌ها و خلاقیت او را کاهش می‌دهد (۳). اگر ارضای این نیاز در بستری سالم مانند ازدواج صورت بگیرد؛ بسیاری از مشکلات ناشی از عدم رضایت جنسی کاهش می‌یابد (۴).

روابط جنسی با تأثیر بر افکار و احساسات زوجین می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم، روابط بین آن‌ها را در ابعاد وسیعی تحت تأثیر قرار دهد؛ به این معنی که زوجینی که در این زمینه با هم سازگاری داشته و از این لحاظ خوشحال و راضی هستند؛ قادرند به راحتی از بسیاری ناهماهنگی‌های زندگی خویش چشم‌پوشی نمایند (۵). بنابراین شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی انسان یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشت عمومی به ویژه بهداشت روان است (۶).

یکی از عوامل مهم در فعالیت جنسی، افکار فرد یا شناخت او در مورد عمل جنسی یا توانایی او در مورد کنش‌وری جنسی می‌باشد. افکار خودآیند (Automatic thoughts)، تصاویر و یا شناخت‌هایی هستند که به عنوان نتیجه‌ای از طرحواره شناختی یا باور بنیادینی که در موقعیت خاصی فعال می‌شود، توسط فرد گزارش می‌شود (۷). به عبارت دیگر، این تصاویر و افکار منعکس‌کننده معنایی است که فرد به موقعیت می‌دهد و به عنوان گذرگاهی ترجیحی برای دسترسی به سیستم شناختی استفاده می‌شود و به درک طرحواره‌های شناختی که اساس چند اختلال روان‌شناسی است، کمک می‌کند (۸).

مفهوم طرحواره به معنی نظری است که فرد در باره تمایلات جنسی خود به عنوان شریک جنسی دارد و شامل استانداردها و انتظاراتی است که در ارتباط با مسایل جنسی برای فرد مطرح است (۹). زنانی که طرحواره‌های جنسی مثبتی در باره رابطه جنسی دارند؛ در مقایسه با زنانی که طرحواره‌های جنسی منفی دارند، احساس بهتری در مورد تجربیات جنسی خود دارند و این طرحواره‌های مثبت، آنان را به سمت وارد شدن به رابطه جنسی رضایت‌بخش‌تری هدایت می‌کند (۱۰).

یک گروه تحقیقاتی شاخص‌هایی برای سنجش مفهوم خود-طرحواره جنسی (Sexual self-schema) به وجود آورده‌اند

(۱۱-۱۵). بارلو معتقد است که افراد دسترسی ارادی کامل به خود-طرحواره‌های خود ندارند و قادر به گزارش آن‌ها به صورت کامل نیستند. هنگامی که این خود-طرحواره‌ها فعال می‌شود، افکار خودآیند را فرامی‌خواند؛ که این افکار در طی جلسات درمان، توسط درمانگر شناسایی و ارزیابی می‌شود و در نهایت، به بازسازی سیستم شناختی فرد می‌انجامد (۱۶).

اختلالات کنش‌وری جنسی به عنوان اختلال میل، تحریک، ارگاسم و درد جنسی، ناشی از عوامل چندگانه جسمی و روان‌شناختی است و می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شود و بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی اثر بگذارد (۱۷). اختلال کنش‌وری جنسی ممکن است تمام عمر وجود داشته باشد؛ یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید. این اختلال می‌تواند فراگیر یا موقعیتی، کلی و یا جزئی باشد (۱۷).

مداخلات بالینی و مدل‌های نظری بر اهمیت ساختارهای شناختی بنیادین (طرحواره‌ها یا باورهای بنیادین) در فرآیندهای نارساکنش‌وری جنسی تأکید می‌کنند (۲۱-۱۸) و توجه فزاینده‌ای به سمت کاربرد رویکردهای شناختی برای درمان جنسی به وجود آمده است. منابع بسیاری وجود نقش طرحواره‌های شناختی منفی و همچنین خطا در پردازش اطلاعات در افراد با مشکلات جنسی را تأیید کرده است (۱۸) و (۱۹). با این حال، کاربرد مفهوم طرحواره در حوزه نارساکنش‌وری‌های جنسی (Sexual dysfunctions) به تازگی توجه شده است.

بر اساس مطالعات انجام شده، ۴۰ درصد از زنان اختلالات جنسی را در دوران زندگی زناشویی خود تجربه می‌کنند (۲۲). همچنین بر اساس پژوهشی دیگر، یک‌سوم زنان از فقدان یا کمبود تمایل جنسی و یک‌چهارم از عدم تجربه ارگاسم رنج می‌برند (۲۳). در مطالعات انجام شده در ایران نیز شیوع اختلالات جنسی قابل توجه است. بیشتر اختلالات در مردان مربوط به انزال زودرس، اختلالات نعوظی و در زنان، اختلال در تحریک‌پذیری است (۲۴). زنان به علت ارگاسم دیررس نسبت به مردان و نیز به علت عدم بیان نارضایتی خود، بیشتر از مردان مشکلات ناشی از اختلالات جنسی را تجربه می‌کنند (۲۵).

درمان قابل استفاده برای افراد مبتلا به اختلال‌های جنسی، به دنبال انتشار کتاب Masters و Johnson تحت عنوان «نارسایی جنسی در انسان» (۲۶) تغییری بنیادی یافت. در این کتاب، رویکرد جدید و منظمی توضیح داده شده است؛ که بعداً درمان جنسی نامیده شد و اساس اولیه درمان شناختی رفتاری را پدید آورد. از زمان پیدایش تاکنون، رشد و تحول بنیادین در این شیوه درمانی پیدا شده است؛ مخصوصاً انعطاف‌پذیری و تنوع

اعلام کردند. از این تعداد، ۳۸ نفر پس از غربالگری و با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱) سکونت در شهر (مشهد؛ ۲) داشتن رابطه جنسی طی ۴ هفته گذشته با همسر خود؛ ۳) گذشت حداکثر ۵ سال از ازدواج؛ ۴) نداشتن فرزند؛ ۵) عدم ابتلا به هر نوع اختلال روان‌پزشکی عمده در محور I؛ ۶) محدوده سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سال و ۷) کسب نمره پایین‌تر از نقطه برش (نمره ۲۸) در پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان برای کل مقیاس.

حجم نمونه با استفاده از فرمول «تعیین حجم نمونه برای مقایسه دو گروه مستقل» محاسبه شد. پارامترهای میانگین و انحراف معیار متغیر کنش‌وری جنسی از مطالعه‌ای که از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی به منظور ارزیابی کنش‌وری جنسی استفاده کرده بود، گرفته شد (۳۳). حجم نمونه با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد، ۱۴ نفر برای هر گروه برآورد گردید؛ که به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) قرار گرفتند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Functioning Index) و پرسشنامه برانگیختگی طرحواره‌های شناختی در بافت جنسی (Index Questionnaire of Cognitive Schemas Activation in a Sexual Context) بود. پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان مقیاسی است برای اندازه‌گیری کنش‌وری جنسی زنان؛ که توسط Rosen و همکاران (۲۰۰۰) تهیه شده و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتباریابی شده است (۳۴).

پرسشنامه مذکور در مطالعات فراوانی در خارج از کشور استفاده شده است و از همسانی درونی و اعتبار بالایی برخوردار می‌باشد. برای استفاده از این پرسشنامه، پاسخ‌دهندگان باید حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی داشته باشند؛ در غیر این صورت، پرسش‌نامه باید با کمک یک خانم متأهل یا روان‌درمانگر هم‌جنس تکمیل گردد. نمره کلی این پرسش‌نامه، از جمع جبری نمرات شش مؤلفه پرسشنامه به دست می‌آید و نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. به دلیل یکسان بودن پرسش‌های مربوط به هر مؤلفه، حداکثر نمره برای هر مؤلفه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ می‌باشد. این مقیاس در ایران توسط محمدی و همکاران (۲۰۰۳) هنجاریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۷۰ و برای مؤلفه‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹. گزارش کردند (۳۳). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۷۳ و در حد مطلوب به دست آمد. دیگر ابزار این پژوهش، پرسشنامه

رویکردها و در مراحل بعدی، تأکید بر جنبه‌های شناختی (۲۷) مورد توجه قرار گرفت.

فهیمی (۱۳۹۱) در مطالعه خود، اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری را بر افزایش میزان رضایت جنسی، زناشویی و کاهش میزان افسردگی و اضطراب زنان متأهل شهر قم بررسی کرده است. این پژوهش با روش نیمه‌تجربی صورت گرفته است و ۲۸ نفر به صورت تصادفی از بین ۱۱۵ زن متأهل انتخاب شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، پس از دریافت آموزش مهارت‌های جنسی، افزایش در رضایت جنسی و زناشویی و کاهش در اضطراب و افسردگی را گزارش نمودند (۲۸).

همچنین عشقی (۱۳۸۵) نشان داد که آموزش مهارت‌های جنسی به شیوه شناختی- رفتاری، دانش جنسی زنان را افزایش می‌دهد (۲۹). رحیمی (۱۳۸۸) نیز در پژوهش خود نشان داد که آموزش شناختی- رفتاری جنسی بر افزایش دانش گروه آزمون اثربخش بوده است (۳۰).

بنابراین، مرور ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که مطالعات اندکی نقش طرحواره‌های شناختی را بر کنش‌وری جنسی بررسی کرده است. علی‌رغم به کارگیری نظریه شناختی در حوزه‌های مختلف، به کاربرد مفهوم طرحواره در حوزه نارساکنش‌وری‌های جنسی به تازگی توجه شده است (۳۱). مداخلات بالینی و مدل‌های نظری بر اهمیت ساختارهای شناختی بنیادین (طرحواره‌ها یا باورهای بنیادین) بر فرآیندهای نارساکنش‌وری جنسی تأکید می‌کند (۲۰ و ۲۱). بر این اساس، آموزش مهارت‌های جنسی مورد استفاده در این پژوهش برگرفته از پروتکل شناختی رفتاری Nobre و همکاران (۲۰۰۸) و رفتاردرمانی شناختی Hawton (۲۰۰۸) است (۳۲ و ۳۱). استفاده از پروتکل شناختی رفتاری Nobre و ترکیب آن با پروتکل Hawton برای اولین بار در ایران توسط محقق صورت گرفته است.

هدف از اجرای تحقیق حاضر، تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی بر بهبود کنش‌وری جنسی دانشجویان زن متأهل است.

روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی و از جمله طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد؛ که در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ بر روی دانشجویان زن متأهل دانشگاه فردوسی مشهد انجام شد. روش نمونه‌گیری داوطلبانه با جایگزینی تصادفی بود؛ به این صورت که تعداد ۱۲۵ متقاضی با فراخوان محقق آمادگی خود را برای شرکت در این پژوهش

تقسیم افراد به دو گروه آزمون و کنترل به روش تصادفی ساده از طریق تخصیص کد انجام شد؛ به این صورت که کدهای فرد به گروه آزمون و کدهای زوج به گروه کنترل اختصاص یافت. افراد گروه آزمون طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی قرار گرفتند. این دوره آموزشی به مدت ۲ ماه، هر هفته یک جلسه، در کلینیک روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد برگزار شد.

برای گروه کنترل نیز بعد از گردآوری داده‌ها در مرحله پس‌آزمون، کارگاه آموزش مهارت‌های جنسی برگزار شد. پس از اتمام جلسات برای گروه آزمون، به منظور گردآوری نمرات پس‌آزمون، در یک جلسه عمومی، اعضای هر دو گروه یک بار دیگر دو پرسشنامه مذکور را تکمیل کردند. داده‌های به دست آمده از دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه آزمون و کنترل با استفاده از روش آماری آزمون تی مستقل و با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شد. در تهیه پروتکل برای گروه آزمون، از پروتکل شناختی رفتاری Nobre (۲۰۰۸) و رفتاردرمانی شناختی Hawton (۲۰۰۸)، (۳۱ و ۳۲) استفاده شد. چارچوب جلسات آموزشی برای گروه آزمون به شرح زیر بود:

جلسات اول تا سوم: سازماندهی گروه و آشنایی اولیه اعضا با یکدیگر و درمانگر، آشنایی با فیزیولوژی دستگاه تناسلی زنان و مردان، معرفی چرخه پاسخ جنسی در زنان با تأکید بر معرفی ارگاسم و چگونگی رسیدن به آن، معرفی مدل شناختی و آشنایی با افکار خودآیند و نحوه شناسایی آن.

جلسات چهارم تا ششم: ارزیابی افکار خودآیند (نحوه زیر سوال بردن این افکار)، آغاز مرحله اول تکنیک تمرکز حسی (مرحله غیرجنسی)، آموزش تمرین گگل، آموزش مرحله دوم تمرین تمرکز حسی، تمرکز بر چگونگی ارزیابی افکار خودآیند توسط اعضا، معرفی نظام پردازش اطلاعات و نحوه عملکرد آن در ذهن انسان.

جلسات هفتم و هشتم: آموزش مرحله سوم تمرین تمرکز حسی، جمع‌بندی مطالب آموخته‌شده، پاسخگویی به پرسش‌های اعضا، بررسی تکالیف خانگی و رفع ابهامات مربوط به جلسات آموزش در دستور کار هر جلسه قرار داشت.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۲۱/۵۰ و ۲۱/۵۷ سال بود. همچنین میانگین مدت زمان ازدواج گروه آزمون و کنترل به ترتیب ۲۹/۴۲ و ۲۲/۳۶ ماه می‌باشد. از لحاظ تحصیلات، در گروه آزمون ۱۳ نفر کارشناسی و یک نفر کارشناسی ارشد؛ و در گروه کنترل ۱۰ نفر کارشناسی

برانگیختگی طرحواره‌های شناختی در بافت جنسی است؛ که با ۲۸ پرسش، طرحواره‌های شناختی افراد را هنگام قرارگرفتن در موقعیت‌های جنسی می‌سنجد.

قسمت اول پرسشنامه ۴ موقعیت جنسی را ارائه می‌دهد؛ که با نارساکنش‌وری‌های جنسی شایع در ارتباط است: اختلال میل، اختلال برانگیختگی، دشواری‌های رسیدن به ارگاسم و واژینیسموس. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که موقعیتی را که بیشترین شباهت به تجرب جنسی‌شان دارد مشخص کنند و فراوانی این موقعیت را درجه‌بندی کنند. همچنین از آن‌ها خواسته می‌شود که هیجانان خود را که معمولاً در این موقعیت‌ها برانگیخته می‌شود مشخص کنند (با توجه به چک‌لیست ۱۰ هیجان که در پرسشنامه آورده شده است: نگرانی، غمگینی، سردرگمی، ترس، احساس گناه، احساس شرم، خشم، آزار دیدن، لذت و رضایت).

بعد از این که به شرکت‌کنندگان آموزش داده شد که بر روی موقعیت تعیین شده و هیجانان مرتبط با آن تمرکز کنند؛ از آن‌ها خواسته می‌شود تا بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵‌عاملی، میزان همگامی موقعیت خواسته‌شده را با ۲۸ جمله خودگزارشی که نشان‌دهنده باورهای بنیادین یا خود-طرحواره‌ها (۲۱) است را مشخص کنند. مطالعات روان‌سنجی (۲۷) از روایی و اعتبار پرسشنامه حمایت می‌کنند؛ به طوری که همسانی درونی بالا برای کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن گزارش شده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) است.

همچنین بررسی اعتبار همگرا نیز نشان داده که پرسشنامه QCSASC با شاخص‌هایی که مفاهیم شناختی مشابه را اندازه‌گیری می‌کنند (پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ) و مقیاس نگرش‌های نارساکنش‌وری ویسمن (DAS) همبستگی دارد. نسخه فارسی این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش حاضر استفاده شده است. برای بررسی اعتبار این پرسشنامه از روش همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد؛ که ضریب آلفای ۰/۶۸ به دست آمد و نشان‌دهنده اعتبار مورد قبول این پرسشنامه است.

گردآوری داده‌ها در دو مرحله قبل و بعد از مداخله به طور همزمان برای هر دو گروه انجام شد؛ به این صورت که قبل از مداخله، در یک جلسه عمومی، دو پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان و پرسشنامه برانگیختگی طرحواره‌های شناختی در بافت جنسی توسط افراد علاقه‌مند به شرکت در طرح پژوهشی تکمیل شد و فرم رضایت‌نامه برای شرکت در پژوهش امضا شد. از این تعداد، ۲۸ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش که قبلاً ذکر شد، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند.

و ۴ نفر کارشناسی ارشد بودند. پیش از ارایه نتایج مربوط به فرضیه‌ها؛ نتایج آزمون تی مستقل به منظور مقایسه دو گروه آزمون و کنترل در مورد سن ($p > 0/05$) طول مدت ازدواج ($p > 0/05$)، همچنین نتایج آزمون مجذورکای در مورد تحصیلات ($p > 0/05$) نشان داد که دو گروه از نظر این متغیرها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ یا به عبارتی، همگن می‌باشند.

همچنین به منظور بررسی پیش فرض طبیعی بودن توزیع داده‌ها، نتایج آزمون کالومگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات کنش‌وری جنسی ($p > 0/05$) و خرده‌مقیاس‌های آن ($p > 0/05$) نرمال می‌باشد. بنابراین استفاده از آزمون تی مستقل برای بررسی فرضیه‌ها بلامانع می‌باشد.

در خصوص فرضیه اصلی، آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی منجر به بهبود کنش‌وری جنسی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل می‌شود.

قبل از ارایه نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل به منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش؛ باید یادآور شد که بر اساس اطلاعات مندرج در جدول یک، میانگین و انحراف معیار نمرات کنش‌وری جنسی برای گروه آزمون و کنترل به ترتیب $29/4 \pm 1/7$ و $22/4 \pm 1/5$ می‌باشد. همچنین نتایج آزمون تی مستقل در جدول این نشان داد که بین گروه آزمون و گروه کنترل در نمرات پس‌آزمون کنش‌وری جنسی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$). این تفاوت به گونه‌ای است که نمرات کنش‌وری جنسی آزمودنی‌های گروه آزمون به طور معنادار از نمرات گروه کنترل بیشتر می‌باشد.

این نتیجه حاکی از تأیید فرضیه اصلی پژوهش می‌باشد. همچنین نمرات کنش‌وری جنسی قبل و بعد از مداخله در هر گروه به طور جداگانه مقایسه شد. نتایج آزمون تی وابسته نشان داد که میانگین نمرات کنش‌وری جنسی در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری داشت ($p < 0/001$). در گروه کنترل نیز میانگین نمرات کنش‌وری جنسی، قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری با هم داشت ($p < 0/05$).

در خصوص فرضیه فرعی، آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی منجر به بهبود مؤلفه‌های کنش‌وری جنسی (افزایش میل جنسی و تحریک روانی، افزایش رطوبت حین رابطه جنسی، بهبود ارگاسم، افزایش رضایتمندی جنسی و کاهش درد جنسی) در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل می‌شود.

قبل از ارایه نتایج آزمون تی مستقل به منظور بررسی فرضیه فرعی، در جدول ۲، میانگین نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های کنش‌وری جنسی برای دو گروه قابل مشاهده است. برای گروه

آزمون، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های میل جنسی ($4/80 \pm 0/57$)، تحریک روانی ($5/25 \pm 0/40$)، رطوبت حین رابطه جنسی ($5/72 \pm 0/38$)، ارگاسم ($5/25 \pm 0/49$)، رضایتمندی جنسی ($5/34 \pm 0/18$) و درد جنسی ($3/05 \pm 0/51$) می‌باشد. همچنین برای گروه کنترل، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های میل جنسی ($3/55 \pm 0/43$)، تحریک روانی ($4/20 \pm 0/91$)، رطوبت حین رابطه جنسی ($3/66 \pm 0/18$)، ارگاسم ($3/84 \pm 0/45$)، رضایتمندی جنسی ($3/97 \pm 0/48$) و درد جنسی ($3/48 \pm 0/63$) می‌باشد.

همچنین نتایج آزمون تی مستقل در جدول ۲ برای مقایسه دو گروه در تک‌تک مؤلفه‌های کنش‌وری جنسی نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های میل جنسی ($t = 6/42$ و $p < 0/001$)، تحریک روانی ($t = 6/25$ و $p < 0/001$)، رطوبت حین رابطه جنسی ($t = 5/72$ و $p < 0/001$)، ارگاسم ($t = 9/17$ و $p < 0/001$)، رضایتمندی جنسی ($t = 5/16$ و $p < 0/001$) تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که در همه مؤلفه‌ها، آزمودنی‌های گروه آزمون به طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به گروه کنترل به دست آورده‌اند. با این وجود نتایج آزمون تی مستقل برای مؤلفه درد جنسی ($t = -1/96$ و $p > 0/05$) معنادار نبود. به عبارتی، تفاوت معناداری بین درد جنسی آزمودنی‌های گروه آزمون و گروه کنترل وجود ندارد.

علاوه بر این، میانگین نمرات مؤلفه‌های کنش‌وری جنسی قبل و بعد از مداخله در هر گروه به طور جداگانه مقایسه شد. نتایج آزمون تی وابسته نشان داد که در میانگین نمرات مؤلفه‌های میل جنسی ($t = 6/27$ و $p < 0/001$)، تحریک روانی ($t = 5/71$ و $p < 0/001$)، رطوبت حین رابطه جنسی ($t = 5/45$ و $p < 0/001$)، ارگاسم ($t = 5/72$ و $p < 0/001$)، رضایتمندی جنسی ($t = 4/22$ و $p < 0/001$) و درد جنسی ($t = -2/58$ و $p < 0/001$) برای گروه آزمون در مرحله قبل با مرحله بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود داشت.

این تفاوت‌ها به گونه‌ای بود که به جز مؤلفه درد جنسی، در بقیه مؤلفه‌ها، نمرات بعد از مداخله به طور معناداری افزایش یافته بود. همچنین نتایج آزمون تی وابسته برای مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های کنش‌وری جنسی قبل و بعد از مداخله نشان داد که فقط در دو مؤلفه ارگاسم ($t = -2/18$ و $p < 0/05$) و رضایتمندی جنسی ($t = -2/60$ و $p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت به گونه‌ای است که نمرات قبل از مداخله به طور معناداری بالاتر از میانگین نمرات در مرحله بعد از مداخله می‌باشد.

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه آزمون و شاهد

نتیجه آزمون (مقایسه بین گروهی)	گروه		متغیر
	گروه شاهد	گروه آزمون	
$t = 0/12$ $P = 0/89$	میانگین \pm انحراف معیار ۲۱/۶ \pm ۱/۷	میانگین \pm انحراف معیار ۲۱/۵ \pm ۱/۲	سن
$t = 1/41$ $P = 0/16$	میانگین \pm انحراف معیار ۲۲/۴ \pm ۱/۵	میانگین \pm انحراف معیار ۲۹/۴ \pm ۱/۷	مدت ازدواج
$X^2 = 0/32$ $P = 0/32$	فراوانی (درصد) ۱۰ (۷۱/۴) ۴ (۲۸/۶)	فراوانی (درصد) ۱۳ (۹۲/۹) ۱ (۷/۱)	کارشناسی کارشناسی ارشد

جدول ۲: مقایسه کنش‌وری جنسی در دو گروه آموزش مهارت‌های جنسی و شاهد در مراحل قبل و بعد از مداخله

نتیجه آزمون تی (مقایسه بین گروهی)	گروه		مراحل
	گروه شاهد	گروه آزمون	
$t = -0/73$ $P = 0/47$	میانگین \pm انحراف معیار ۲۳/۲ \pm ۲/۴	میانگین \pm انحراف معیار ۲۲/۲ \pm ۴/۰	قبل از مداخله
$t = 11/53$ $P < 0/001$	میانگین \pm انحراف معیار ۲۲/۴ \pm ۱/۵	میانگین \pm انحراف معیار ۲۹/۴ \pm ۱/۷	بعد از مداخله
	$t = -2/28, p < 0/05$	$t = 7/39, p < 0/001$	نتیجه آزمون تی وابسته (مقایسه درون گروهی)

جدول ۳: مقایسه مؤلفه‌های کنش‌وری جنسی در دو گروه آموزش مهارت‌های جنسی و شاهد در مراحل قبل و بعد از مداخله

نتایج تی وابسته (مقایسه درون گروهی)	نتایج آزمون تی مستقل (مقایسه بین گروهی)	زمان		گروه	متغیر
		بعد از مداخله	قبل از مداخله		
		میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار		
$t = 6/27, p < 0/001$	$t = 6/42, p < 0/001$	۴/۸ \pm ۰/۶	۳/۸ \pm ۰/۸	آزمون شاهد	میل جنسی
$t = 5/71, p < 0/001$	$t = 6/25, p < 0/001$	۵/۲ \pm ۰/۴	۳/۵ \pm ۰/۷	آزمون شاهد	تحریک روانی
$t = -0/61, p = 0/54$	$t = 5/72, p < 0/001$	۳/۶ \pm ۰/۸	۳/۷ \pm ۰/۹	آزمون شاهد	رطوبت حین رابطه
$t = 5/45, p < 0/001$	$t = 5/72, p < 0/001$	۵/۷ \pm ۰/۴	۴/۵ \pm ۰/۹	آزمون شاهد	جنسی
$t = -1/54, p = 0/14$	$t = 9/87, p < 0/001$	۴/۲ \pm ۰/۹	۴/۴ \pm ۰/۹	آزمون شاهد	ارگاسم
$t = 8/23, p < 0/001$	$t = 9/87, p < 0/001$	۵/۲ \pm ۰/۵	۲/۸ \pm ۱/۲	آزمون شاهد	رضایتمندی جنسی
$t = -2/18, p < 0/05$	$t = 5/16, p < 0/001$	۳/۵ \pm ۰/۴	۳/۹ \pm ۰/۵	آزمون شاهد	رضایتمندی جنسی
$t = 4/22, p < 0/001$	$t = 5/16, p < 0/001$	۵/۳ \pm ۰/۹	۳/۸ \pm ۱/۶	آزمون شاهد	رضایتمندی جنسی
$t = -2/60, p < 0/05$	$t = -1/96, p = 0/06$	۳/۹ \pm ۰/۵	۴/۳ \pm ۰/۸	آزمون شاهد	درد جنسی
$t = -2/58, p < 0/05$	$t = -1/96, p = 0/06$	۳/۰ \pm ۰/۵	۳/۶ \pm ۰/۸	آزمون شاهد	درد جنسی
$t = 0/00, p = 1/00$	$t = -1/96, p = 0/06$	۳/۵ \pm ۰/۶	۳/۵ \pm ۰/۷	آزمون شاهد	درد جنسی

بحث

طبق نتایج پژوهش حاضر، آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی باعث بهبود کنش‌وری جنسی دانشجویان متأهل زن شده است. با توجه به این که کنش‌وری جنسی تحت تأثیر عوامل واسطه‌ای مانند سن، طول مدت ازدواج، تحصیلات و تعداد فرزندان قرار دارد (۳۹)؛ به این منظور، دو گروه از نظر این عوامل مقایسه شد؛ که تفاوت معناداری دیده نشد و دو گروه همگن بودند.

نتیجه مطالعه حاضر نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش مهارت‌های شناختی بر بهبود کنش‌وری جنسی و مؤلفه‌های آن است.

شاه‌سیاه (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای اثربخشی آموزش جنسی را بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی زوجین شهر اصفهان بررسی کرده است. این پژوهش با روش نیمه‌تجربی انجام شده است و جامعه آماری آن ۳۰ زوج مراجعه‌کننده به فرهنگسرای خانواده شهر اصفهان بودند. نتایج پژوهش حاکی از آن است که آموزش جنسی بر بهبود کل کیفیت زناشویی زوجین و ابعاد آن مؤثر است (۴۰).

مطالعه حقیقی (۱۳۸۰) نشان داد که آموزش مهارت‌های جنسی توانسته است بر رضایت جنسی زوجین تأثیر مطلوب داشته باشد و رسیدن به اوج لذت جنسی را در زوجین افزایش دهد (۴۱). نتایج پژوهش پاک‌گوهر، میرمحمدعلی، محمودی و فرنام

تلاش در جهت بهبود آن می‌تواند پیامدهای مطلوبی در پی داشته باشد. با توجه به این که سرچشمه نارساکنش‌وری‌های جنسی در فرد، اندیشه‌های اوست؛ پژوهشگر با هدایت مراجعین در راستای شناخت افکار خود برای هر فرد به عنوان نمونه‌ای مستقل، افراد را تشویق نمود تا در زمینه تغییر افکار و در نهایت، احساس خود تلاش کنند و در پایان برنامه آموزش، مراجعین توانستند به شناخت، بینش و تغییر نگرش در باره افکار، احساسات و هیجانات خود در باره رابطه جنسی دست یابند.

این مطالعه همچون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌ها و نواقصی است که باید یافته‌های این مطالعه را در این چارچوب نگریست. محدودیت حجم نمونه و جامعه‌ای (دانشجویان متأهل زن دانشگاه فردوسی مشهد) که نمونه از آن انتخاب گردید؛ تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش را محدود می‌سازد. به همین دلیل، در تعمیم یافته‌ها، باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین آموزش به صورت گروهی و تنها برای زنان متأهل اجرا شد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر این است که آموزش مهارت‌های جنسی متمرکز بر طرحواره‌های شناختی بر اساس پروتکل شناختی رفتاری Nobre (۲۰۰۸)، و رفتاردرمانی شناختی Hawton و همکاران (۲۰۰۸) بر بهبود کنش‌وری جنسی زنان متأهل مؤثر بوده است و در این زمینه می‌تواند به عنوان راهنما در راستای روش‌های نوین و کارآمد برای روان‌درمانگران و پرستاران به کار برده شود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، میزان اثربخشی این مداخله به صورت زوج‌درمانی (آموزش جداگانه برای هر زوج) نیز بررسی شود و با اجرا به صورت گروهی مقایسه شود. همچنین پژوهش در جمعیت‌های مختلف با بافت فرهنگی متفاوت اجرا شود. در پایان، برای بررسی میزان پایداری تأثیرات مداخله، پیشنهاد می‌شود که آزمون‌های پیگیری به فواصل مختلف پس از اتمام مداخله انجام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از شورای پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد به دلیل تصویب پایان‌نامه با کد طرح پژوهشی ۲۹۵۳۲ و همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان در این طرح پژوهشی که همکاری لازم را در انجام این پژوهش داشتند تشکر و قدردانی نمایند.

(۱۳۸۳) نیز نشان داد که آموزش مسایل جنسی می‌تواند باعث احساسات مثبت، نزدیکی و صمیمیت همسر، افزایش ارتباط جنسی و رضایت زناشویی گردد (۴۲).

اعتمادی، نوایی‌نژاد، احمدی و فرزاد (۱۳۸۵) در طی پژوهش خود نشان دادند که کاربرد تکنیک‌های مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری میزان صمیمیت عاطفی و جنسی را افزایش می‌دهد (۴۳). مطالعات Nobre (۲۰۰۸) و Pinto-Gouveia (۲۰۰۸) نیز نشان‌دهنده تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی بر بهبود تحریک روانی در حین رابطه جنسی و ارگاسم در زنان شده است (۴۴).

در توجیه اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی در بهبود کنش‌وری جنسی زنان متأهل چندین احتمال شایان ذکر است:

- تمرینات تجویز شده برای افراد با نارساکنش‌وری جنسی، فقط اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیست؛ بلکه این تمرینات جنسی می‌تواند به بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد منجر شود. مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی از یک طرف واکنش‌های لذت‌بخش تقویت می‌شود و از سوی دیگر، مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شود. تعارضات درونی نیز به نحوی تحت تأثیر این تمرینات قرار می‌گیرد. این تمرینات در اغلب موارد نیز باعث کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده در طرفین می‌شود. ارتباط عاطفی زوج به طور خاص در طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود که بیشتر به هم ابراز محبت کنند.

- در طی جلسات آموزشی به افراد اجازه داده می‌شود تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند؛ که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالت اضطرابی را کاهش می‌دهد و تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط را موجب می‌شود.

- جایگزین شدن اطلاعات حاصل از آموزش مهارت‌های جنسی مبتنی بر رویکرد‌های به‌روز علمی به جای اطلاعات جنسی محدود و در اکثر موارد نادرست شرکت‌کنندگان، می‌تواند دلیلی دیگر بر اثربخشی این مداخله باشد.

به طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که یک مداخله نسبتاً کوتاه‌مدت شناختی رفتاری (به مدت ۲ ماه) می‌تواند منجر به بهبود کنش‌وری جنسی در زنان متأهل شود. با توجه به این که کنش‌وری جنسی، اساس سلامت روان و فرآیندی لذت‌بخش در میان زوجین است؛ که در مواقع فشار روانی و تنش، به زوجین کمک می‌کند که با عوامل فشارزا مقابله کنند و آن را از بین ببرند و یا تأثیرات مخرب آن را کاهش دهند (۳۰)؛

References

1. Litzinger S, Gordon KC, Exploring Relationships among Communication, Sexual Satisfaction, and Marital Satisfaction. J Sex Marital Ther 2005; 31(5):409-22.

2. Wilson H, McAndrew S, Sexual Health: Foundations for Practice. London: Bailliere Tindall; 2000.
3. Keyvani M, Health Psychology. Tehran University Publication; 2007. (Persian)
4. Grandon JR, Myer JE, Hattie JA, the Characteristic between Marital Characteristics, Marital Interaction Processes, and Marital Satisfaction. *J cous Dev* 2004; 82(3): 302_20
5. Astone H, Astone A, the Relationship between Spouse Relations and Sexual Satisfaction. *J cous Dev* 2003; 8 (9): 5-17. (Persian)
6. Ohady B, Sexual Behaviors and Desires. Tehran: Sadeghe Hedayat Publication; 2004. (Persian)
7. Beck AT, Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967.
8. Beck JS, Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York: Guilford Press; 2011.
9. Sbrocco T, Barlow DH, Conceptualizing the Cognitive Component of Sexual Arousal: Implications for Sexuality Research and Treatment .In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1996.
10. Middleton LS, Kuffel SW, Heiman JR, Effectes of Experimentally Adopted Sexual Schemas on Vaginal Response and Subjective Sexual Arousal. *J Sex behavior* 2008; 10 (2):2-4.
11. Andersen BL, Cyranowski JM, Women's Sexual Self-schema. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67(3): 1079-100.
12. Andersen BL, Cyranowski J M, Espindle D, Men's Sexual Self-schema. *J Pers Soc Psychol* 1999; 76(5): 645-61.
13. Cyranowski JM, Aarestad SL, Andersen BL, the Role of Sexual-schema in a Diathesis-stress Model of Sexual Dysfunction. *J Appl Behav Anal* 1999; 8(3): 217-28.
14. Cyranowski JM, Andersen B L, Schemas, Sexuality and Romantic Attachment. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74(4): 1364-79.
15. Cyranowski JM, Andersen BL, Evidence of Self-schematic Cognitive Processing in Women with Differing Sexual Self-views. *J Soc Clin Psychol* 2000; 19(6): 519-43.
16. Barlow DH, Causes of Sexual Dysfunction: the Role of Anxiety and Cognitive Interference. *J Consult Clin Psychol* 1994; 54(3): 140-48.
17. Basson R, Women's Sexual Dysfunction: Revised Definitions. *CMAJ* 2005; 172(5): 1331-45.
18. McCarthy BW. A Cognitive-Behavioral Approach to Understanding and Treating Sexual Trauma. *J Sex Marital Ther* 1986; 12(6): 322-29.
19. McCarthy B, A Cognitive-Behavioral Approach to Sex Therapy: Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy (pp. 435- 47). New York: Plenum; 1989.
20. Carey MP, Wincze J. P, and Meisler A. W, Sexual Dysfunction: Male Erectile Disorder: Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step by Step Treatment Manual (2nd ed., pp. 442-80). New York: Guilford Press; 1993.
21. Rosen RC, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston, C, Shabsig, R, the Female Sexual Function Index (FSFT): A Multidimensional Self-report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(3): 191-208.
22. Basson R, Berman J, Whipple B, Report of the International Consensus Development Conference on Female Dysfunction. *J Urology* 2000; 163(7): 888-93
23. Dove NL, Wiederman M. W, Cognitive Distraction and Women's Sexual Functioning. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(4): 67-78.
24. Khosroshaahy Z, Determination of Prevalence of Causative Factors in Sexual Disorders. First family conference and sexual problems 2004; Tehran. (Persian)
25. Geer JH, Fuhr R, Cognitive Factors in Sexual Arousal: the Role of Distraction. *J Consult Clin Psychol* 1976; 44(5): 238-43.

26. Masters WH, Johnson, V. E, Human Sexual Inadequacy. Boston: little Brown; 1970.
27. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Dysfunctional Sexual Beliefs as Vulnerability Factors to Sexual Dysfunction. *J Sex Res* 2006; 43(3): 68-75.
28. Fahimi Z, the Effect of Sexual Skills Training (Cognitive Behavior) on Sexual Satisfaction, Marriage Satisfaction, Anxiety and Depression in Women. M.A. Thesis of Ferdowsi University. Iran: Mashhad; 2010. (Persian)
29. Eshghi R, the Effect of Sex Education on Self Esteem and Sexual Knowledge of Women in Isfahan. *J taze ha va Pajouhesh haye moshaavere* 2006; 6(23): 144-53. (Persian)
30. Rahimi E, the Effect of Cognitive Behavioral Education on Sexual Knowledge, Attitude and Self Esteem of Women in Shiraz. *J Armaghane danesh* 2008; 14(3): 17-26. (Persian).
31. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J, Cognitive Schema Activation in Sexual Context: A Questionnaire to Assess Cognitive Schemas Activated in Sexual Failure Situations. *J Sex Res* 2008; 15(3): 175-89.
32. Hawton K, Cognitive Behavior Therapy. Translated by ghasem zadeh H. Teharn, Arjmand Publication; 2008. (Persian)
33. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. Validity of the Persian Version of the Scale Female Sexual Function Index-FSFI as the Female Sexual Function Index. *J Payesh*. 2008); 7 (2): 269- 78. (Persian)
34. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S. the Female Sexual Function Index (FSFI): a Multidimensional Self-report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital Ther* 2000; 26:191-208.
35. Barrientos JE. Psychological Variables of Sexual Satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2006; 32 (2):351- 68.
36. Nichols M. Family Therapy: Concepts and Methods. Danjeh Publication: Tehran;2010. (Persian)
37. Fakhraayee S. Social Analysis of Conflicts in Shiraz Families. *J Women Studying*. (2008); 2 (1): 75-113. (Persian)
38. Steinberg L, the Ten Basic Principles of Good Parenting. Translated by: Aaber M, Tehran: Development Publication; 2010. (Persian)
39. Beshaarat M, Sexual Problems and their Treatments. *J Counseling and Development* 2000; 9 (10); 102-14 (Persian)
40. Shaah siah M, the Effect of Sex Education on Improvement of Sexual Quality in Couples of Isfahan. M.A. Thesis of Isfahan University; 2009. (Persian)
41. Haghighi M, the Effect of Sex Education on Improvement of Sexual Satisfaction and Performance in Women. M.A. Thesis of Isfahan University; 2003. (Persian)
42. Paak gohar M, Mir Mohammad ali M, Mahmoudi M, Farnaam F, the Effect of Premarriage Counseling on Sexual Health and Sexual Satisfaction. Conference of Sexual Health of Shahid Beheshti University 2001; 11(4): 33-46. (Persian)
43. Etemadi A, Navaabi Nejad Sh, Ahmadi A, Farzad V, the Effect of Cognitive Behavioral Couple Therapy on Couple's Intimacy of Isfahan. *J psychological studying* 2004; 2(1): 15-29. (Persian)

The Effectiveness of Sexual Education Focused on Cognitive Schemas, on the Improvement of Sexual Functioning among Female Married Students

*Parisa Ziaee¹, Zohreh Sepehri Shamlou², Ali Mashhadi²

1. MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, School of Educational Science and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

2. Assistant professor of Psychology, School of Educational Science and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

* Corresponding author, Email: ziaee.parisa@gmail.com

Abstract

Background: Sexual relationship plays a decisive role in human's health and it seems that sexual education can enhance the quality of sexual relationship.

Aim: Investigating the effectiveness of sexual education focused on cognitive schemas, on the improvement of sexual functioning of female married students.

Methods: This research was carried out semi-experimentally and a pretest-posttest designed control group was used. A total of 28 persons were selected and put into two groups. Sexual education was offered to the experimental group for eight 90-minute sessions. In both groups, the degree of sexual functioning was measured and registered before and after intervention using women's sexual functioning index questionnaire (FSFI), and was analyzed with SPSS version 16 and t-test.

Results: T-test results showed significant relationship between the two groups in the overall scores of sexual functioning, sexual desire components, psychological arousal, moisture, orgasm and sexual satisfaction, in a way that in all cases the scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < 0.001$). However, t-test reported no significant difference between the two groups in terms of sexual pain component.

Conclusion: The present research demonstrated that sex education with focus on cognitive schemas was an effective method for improving sexual functioning, and therefore, it is proposed that this matter should be taken into consideration by clinical therapists for enhancing the quality of couples' relationships.

Keywords: sex education, cognitive schemas, sexual functioning

Received: 18/10/2013

Accepted: 07/06/2014