MEJDS. 2020; 10:111.

Published online 2020 Aug. **Research Article**

# Combined Cognitive–Behavioral Therapy and Counseling Program Based on Islamic Spiritual Teachings and Cognitive Flexibility on the Sexual Function of Pregnant Women

Zamani SN[1], *Zarei E[2], Haji Alizadeh K[1], Na'ami A[3]

**Author Address**
1. Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran;
2. Department of Psychology, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran;
3. Department of Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.
***Corresponding Author Email:** eghbalzarei2010@yahoo.com

**Received:** 2019 December 1; **Accepted:** 2019 December 15

**Abstract**

**Background & Objectives**: Delivery, as a traumatic event, could put the mother at risk for postpartum disorders, which necessitates psychological interventions. The present study aimed to investigate the effects of a combined cognitive–behavioral therapy and counseling program based on Islamic spiritual teachings and cognitive flexibility on the sexual function of pregnant women.
**Methods**: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of the study consisted of all pregnant women who referred to Bandar Abbas Health Centers between October and December 2018. Forty patients were selected and randomly divided into two groups of test and control (n=20/group). Rosen et al.'s Sexual Dysfunction Index (2000) and Denis and Vendular's Cognitive Flexibility Scale (2010) were completed by the study groups before, after, and two months after providing the intervention sessions. By working closely with Bandar Abbas Health Centers' staff, we reviewed the records of individuals who met the study inclusion criteria (i.e., 2–8 weeks gestation, having informed consent to participate in the study, not using psychiatric medications, no specific psychiatric illness). Accordingly, 90 patients were selected and screened for cognitive flexibility; 40 subjects with scores lower than the average were selected as the study sample and were randomly placed in the two experimental and control groups. They were invited to participate in a briefing session (recruiting partners, acquaintance with pregnancy, & problems during this period, research intervention methods, therapeutic expectations, & discussing confidentiality issues, etc.). At the end of the session, the quality of life questionnaire, fear of pain, and postpartum depression scales were completed by the explored pregnant women. The training intervention was conducted in 12 sessions and twice a week for 90 to 110 minutes at an educational institution in Bandar Abbas, Iran. Furthermore, the sexual function questionnaire was completed by both groups after the intervention, and two months later (follow–up). The obtained data were analyzed using descriptive statistics and repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) at the significance level of 0.05 in SPSS.
**Results**: The present study findings revealed the significant effects of the integrated cognitive–behavioral therapy and resilience and Islamic spiritual teachings–based cognitive flexibility on sexual function in the studied pregnant women ($p$<0.001). In the three study phases, the two study groups were measured on the variables of sexual function ($p$<0.001) and psychological stimulation ($p$=0.008), vaginal moisture ($p$=0.028), and sexual pain ($p$=0.007). There were significant differences in the above–mentioned dimensions. In other words, the provided program was effective on the sexual function of pregnant women and the dimensions of psychological stimulation, vaginal moisture, and sexual pain in them.
**Conclusion**: The present study findings supported that the implementation of combined cognitive–behavioral therapy and counseling program based on Islamic spiritual teachings could positively impact the sexual function of pregnant women.
**Keywords**: Cognitive–Behavioral therapy, Resilience, Islamic spirituality, Cognitive flexibility, Sexual function, Pregnant women.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۱۱.

انتشار برخط مرداد ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

# اثربخشی برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی_رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی‌بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی زنان باردار

سیده‌نرجس زمانی[۱]، *اقبال زارعی[۲]، کبری حاجی علی‌زاده[۱]، عبدالزهرا نعامی[۳]

**توضیحات نویسندگان**

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران؛

۳. گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، ، اهواز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** eghbalzarei2010@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۱۰ آذر ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ آذر ۱۳۹۸

## چکیده

**زمینه و هدف:** زایمان به‌عنوان واقعه‌ای تروماتیک می‌تواند مادر را در خطر ایجاد اختلالات پس از زایمان قرار دهد. این امر لزوم درمان‌های روان‌شناختی را ایجاب می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی_رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی‌بر انعطاف‌پذیری شناختی، بر عملکرد جنسی زنان باردار بود.

**روش‌بررسی:** این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش تمامی زنان بارداری بودند که در فاصلهٔ مهر تا آذر ۱۳۹۶ به مراکز بهداشت شهر بندرعباس مراجعه کردند. تعداد چهل نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (بیست نفر) و گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. شاخص عملکرد جنسی روزن و همکاران (۲۰۰۰) و مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندورال (۲۰۱۰) در سه مرحلهٔ قبل و بعد و دو ماه پس از پایان جلسات مداخله در دو گروه گردآوری شد. داده‌ها به‌کمک آماره‌های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی_رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی‌بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار بوده و این تفاوت بین دو گروه نیز معنادار است ($p<۰/۰۰۱$).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها مؤید آن است که اجرای برنامهٔ آموزشی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی منطبق با فرهنگ اسلامی بر کاهش میزان علائم تروماتیک بعد از زایمان اثر دارد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی_رفتاری، تاب‌آوری، معنویت اسلامی، انعطاف‌پذیری شناختی، عملکرد جنسی، زنان باردار.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]

## ۱ مقدمه

بارداری، موقعیتی خاص و منحصربه‌فرد است که طی آن هر زن بارداری با تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیک مواجه شده و این تغییرات باعث افزایش آسیب‌پذیری و تجربهٔ اضطراب می‌شود (۱). عملکرد جنسی، بخش مهمی از بهزیستی و سلامت زندگی زنان باردار را تشکیل می‌دهد. سلامت کامل جسمی و روانی و عاطفی زنان با برآورده‌شدن نیازهای طبیعی و خدادادی آنان محقق می‌گردد و سرکوب این نیازها آثار نامطلوبی بر صمیمت و سلامت خانواده بر جا می‌گذارد (۲).

زوجین به‌طورکلی کاهش درخورتوجهی را در فعالیت جنسی پس از زایمان در اثر تغییرات هورمونی و در انطباق با نقش والدی تجربه می‌کنند. بسیاری از زنان بلافاصله بعد از زایمان فعالیت جنسی خود را آغاز نمی‌نمایند و در مواقعی براساس توصیهٔ پزشک در زمان شروع فعالیت جنسی در دورهٔ پس از زایمان تأخیر وجود دارد (۳). حدود دوسوم از زنان حداقل یکی از مشکلات جنسی همچون کاهش میل جنسی، نرسیدن به اوج لذت جنسی، درد حین مقاربت و خشکی واژن را در این دوران تجربه می‌کنند (۴).

ترک زهرانی و همکاران در تحقیقات متفاوتی عنوان کردند که در زنان در دوران پس از زایمان به‌ترتیب، مشکل درد حین مقاربت، مشکلات مربوط به ارگاسم، کاهش رطوبت جنسی، کمبود میل جنسی و کاهش برانگیختگی رخ می‌دهد (۵). کیان و همکاران اعلام کردند که مشکلات عملکرد جنسی شامل کاهش میل جنسی، نرسیدن به ارگاسم، خشکی واژن و نبود رضایت جنسی، بعد از زایمان درمقایسه با قبل از حاملگی افزایش می‌یابد (۶). باربارا و همکاران نشان دادند سزارینی‌ها در مقایسه با زنان با زایمان طبیعی در رسیدن به اوج لذت جنسی نمرات کمتری دریافت می‌کنند (۷).

تحقیقات متعددی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری را بر اختلالات بعد از زایمان تأثیرگذار دانستند (۸). درمان شناختی‌ـ‌رفتاری، روش روان‌درمانی ساختاریافته و هدف‌مند و متمرکز بر زمان حال است که از استراتژی شناختی و رفتاری، به‌منظور کاهش نشانه‌ها و هدف‌قراردادن ساخت‌های شناختی معیوب و فرایندهای نگهداری اختلال روانی، بهره می‌گیرد. این درمان برای طیف وسیعی از اختلالات به‌کار می‌رود (۹). تاب‌آوری از متغیرهای دیگری است که با انعطاف‌پذیری شناختی همبستگی دارد. تاب‌آوری ظرفیت افراد در مقابله و سازگاری و بهبودی از استرس و دشواری‌های زندگی است. در هنگام مواجهه با دشواری‌های زندگی، افراد با تاب‌آوری کم درمعرض خطر ابتلا به افسردگی، استرس، اضطراب و مشکلات بین‌فردی هستند و ممکن است از رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامتی استفاده کنند؛ همچنین از مشکلات جسمی رنج ببرند (۱۰). فیلیپس نیز نشان داد که افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی زیاد، تاب‌آوری بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۱). باررا و همکاران مشخص کردند که درمان ترکیبی شناختی‌ـ‌رفتاری با تأکید بر مذهب و معنویت در افراد دارای اختلال اضطراب باعث کاهش علائم بارز اختلال نگرانی می‌شود (۱۲). ویسمن و همکاران در پژوهشی با ترکیب درمان رفتاری‌شناختی با معنویت، بر تأثیرگذاری این ترکیب تأکید کرده‌اند (۱۳). درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و تاب‌آوری براساس تلفیق درمان‌های مبتنی‌بر شواهد تجربی و مؤثر در درمان اختلال‌ها در نمونهٔ غیرایرانی و در بافت فرهنگی‌ـ‌مذهبی دیگری قبلاً تحت کارآزمایی بالینی قرار گرفته و براساس نظام تدوین مداخلات درمانی مبتنی‌بر شواهد، محور اصلی تدوین و تلفیق درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و تاب‌آوری بوده است؛ ازاین‌رو باید این شیوه براساس دستورعمل نظری و عملی نظریه‌پردازان آن ازجمله نظر متخصصانی مانند یاسان و ساندرلین و تالی که اعتقاد دارند درمان‌های جنسی باید با بافت فرهنگی‌ـ‌مذهبی جامعهٔ هدف منطبق شود، در مراجعان ایرانی امکان‌سنجی گردد و سپس پیامدهای اولیهٔ درمانی آن تحت ارزیابی قرار گیرد. همچنین به موازات آن تکنیک‌های مبتنی‌بر شواهد اثربخشی درمان استخراج شده و در بافتی فرهنگی‌ـ‌مذهبی تدوین شود (۱۴).

روان‌درمانی دینی نمی‌تواند صرفاً تلفیق برخی روش‌های رفتاری‌ـ‌شناختی و معنویت به‌صورت التقاطی با روان‌درمانی‌های رایج باشد؛ اگرچه این رویکرد به‌عنوان یکی از روش‌های روان‌درمانگری دینی مطرح شده است (۱۵). در درمان مذهبی تغییرات شناختی و فکری مدنظر است؛ یعنی مراجعان به درک آگاهانه و منطقی از عالم، انسان، خدا، دنیای دیگر و ارتباط آن‌ها با یکدیگر نایل می‌شوند. در هر دو روش درمانی بر رفتار و جنبه‌های عاطفی تأکید می‌شود. رفتاردرمانی بر الگوی افکار و شناختی نحوهٔ عملکرد یا عواطف تأثیر می‌گذارد و در درمان معنوی‌ـ‌مذهبی بر تغییرات رفتاری و عاطفی تأکید می‌شود (۱۶).

در پژوهش حاضر هدف، انتخاب مداخله‌ای بود که تأثیرات همه‌جانبه‌ای بر هیجان و رفتار براساس اعتقادات مذهبی جامعه داشته باشد. تاکنون مداخلات محدودی در دوران بارداری صورت گرفته که تأثیرات آن‌ها بر پیامدهای بعد از زایمان سنجیده شده است؛ همچنین بیشتر در همان دورهٔ بارداری ارزیابی شده و تأثیرات بلندمدت آن‌ها در زمان بعد از زایمان پیگیری نشده است؛ ازاین‌رو انتخاب تلفیق مداخلاتی که تأثیرات همه‌جانبه‌ای بر هیجان و رفتار براساس اعتقادات مذهبی جامعه داشته، می‌تواند دارای تأثیرگذاری بیشتری باشد؛ لذا هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی‌بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی زنان باردار بود.

## ۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش تمامی زنان بارداری بودند که در فاصلهٔ مهر تا آذر ۱۳۹۶ به مراکز بهداشت شهر بندرعباس مراجعه کردند. به‌منظور انتخاب نمونه از تمامی افراد دارای پرونده‌هایی با معیارهای ورود به پژوهش، رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه اخذ گردید و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به‌صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند. سپس از بین تمامی آن‌ها چهل نفر از افراد واجد شرایط دردسترس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (بیست نفر) و گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بود از: بودن در هفتهٔ ۲۴تا۲۵ بارداری؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی؛ نداشتن بیماری خاص روان‌پزشکی؛ نبود بارداری پرخطر؛ داشتن رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]

جهت سنجش عملکرد جنسی از پرسشنامهٔ استانداردشدهٔ عملکرد جنسی[1] روزن و همکاران (۲۰۰۰) استفاده شد (۱۷). این پرسشنامه شامل نوزده سؤال عملکرد جنسی زنان بوده که در شش حوزهٔ مستقل میل جنسی[2]، تحریک روانی[3]، رطوبت واژن[4]، ارگاسم[5]، رضایت‌مندی[6] و درد جنسی[7] است. نمرات، مدنظر قرار می‌گیرد و در آخر برای هریک از شش حوزه به‌طور جداگانه در نظر گرفته می‌شود؛ درنهایت به این صورت حوزه‌ها باهم جمع خواهند شد. نمره‌گذاری در قالب طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای انجام می‌شود. حداقل نمره برای هر حوزهٔ میل (۱/۲)، حوزهٔ تهییج جنسی، رطوبت مهبلی، ارگاسم، درد (۰)، حوزهٔ رضایت‌مندی (۰/۸) و برای کل مقیاس نمرهٔ ۲ است.

پایایی مقیاس ازطریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سؤالات[8] محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هریک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بیشتر بود. در مطالعهٔ روزن و همکاران، مقایسهٔ روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعهٔ روزن و همکاران پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹تا۰/۸۶ گزارش شد (۱۷). پایایی پرسشنامه توسط محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت و ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد و برای کل مقیاس۰/۷۰ و بیشتر بود (۱۸).

جدول ۱. جلسات آموزشی برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی ـ رفتاری مذهبی مبتنی‌بر الگوی ریچارد و بریگین و تاب‌آوری براساس آموزه‌های اسلامی

| جلسات | هدف جلسه |
|---|---|
| اول | انجام پیش‌آزمون، آشنایی کلی با مفهوم تاب‌آوری، معرفی خصوصیت‌های افراد تاب‌آور شامل شادی، خردمندی و بینش، شوخ‌طبعی، همدلی، کفایت‌های عقلانی هدف‌مندی در زندگی و ثبات قدم، آشنایی با عوامل مؤثر بر تاب‌آوری و نقش معنویت در ارتقای تاب‌آوری. |
| دوم | بررسی تکالیف، آموزش آرمیدگی عضلانی پیشرونده با اذکار و تصویرسازی الهی، خودبازنگری معنوی، شناسایی باورهای مربوط به زندگی پیشوایان دینی. |
| سوم | آشنایی با انواع تفکرات غیرمنطقی، تبیین اهداف و انتظارات واقع‌بینانه، آشنایی و شناخت‌های ناسازگار، ارائهٔ تکالیف. |
| چهارم | آشنایی و بحث دربارهٔ راه‌های ایجاد تاب‌آوری مانند هدف‌مندی و امیدداشتن به زندگی، پذیرفتن تغییر، پرورش اعتمادبه‌نفس، خودمراقبتی معنوی، چارچوب‌دادن به استرس‌ها. |
| پنجم | آموزش اصول A-B-C جهت آشنایی با احساس، باورها و رفتارهای غیرعقلانی، ارائهٔ تکالیف. |
| ششم | بررسی تکالیف، معرفی توبه و پذیرش ضعف‌های خویش، اهمیت باور کمال‌گرایی، رابطهٔ کمال‌گرایی و توبه، شناسایی باورها و انتظارات غیرواقع‌بینانه و شناخت‌های ناسازگار. |
| هفتم | بررسی تکالیف، معرفی سرنوشت، تقدیر و تدبیر، تشویق درمانجو به تعیین اهداف و ارزش‌های مهم زندگی. |
| هشتم | ارزیابی تکالیف جلسهٔ قبل، آشنایی با مفهوم بخشایش، پیامدهای بخشایش، آموزش چگونگی طلب بخشایش از خود و دیگران، دادن تکالیف شناختی در زمینهٔ بخشیدن و طلب بخشش. |
| نهم | بررسی تکالیف، ارائهٔ باورهای صحیح در زمینهٔ الگوگیری عملی از زندگی بزرگان معنوی، آموزش قدردانی و تمرین بخشایش. |
| دهم | بررسی تکالیف، بازسازی شناختی افکار ناکارآمد، آموزش نوشتن نامه‌های معنوی. |
| یازدهم | آموزش ثبت رویدادهای معنوی و تمرین عملی، ارائهٔ راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری روش‌ها در زندگی روزمره. |
| دوازدهم | آشنایی با مفهوم نیایش و توکل و تأثیر توکل در کنارآمدن با رویدادهای زندگی، آموزش و بحث و گفت‌وگو دربارهٔ تأثیر نیایش و توکل بر هیجان‌ها و افکار و فرایند حل مشکل، ارائهٔ تکلیف دعا و توکل برای خود و دیگران، بیان و استفاده از روش‌های یادگیری مختلف مانند مداخله‌های مذهبی و اسلامی (نظیر استفاده از داستان‌ها، آیات قرآنی، احادیث) جهت افزایش تأثیر مداخله‌های تاب‌آوری مبتنی‌بر معنویت اسلامی. |

پرسشنامهٔ انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندورال[9] (۲۰۱۰) ساخته شد. ابزاری خودگزارشی کوتاه بیست‌سؤالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی به‌کار می‌رود که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است. شیوهٔ نمره‌گذاری آن براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرتی است (۱۹). دنیس و وندروال در پژوهشی نشان دادند که پرسشنامهٔ حاضر از ساختار عاملی و روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامهٔ افسردگی بک ـ

1. Female Sexual Function Index
2. Desire
3. Mental stimulation
4. Abdication
5. Orgasm
6. Satisfaction
7. Pain
8. Internal consistency coefficient
9. Dennis & Vander Wal



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]

ویرایش دوم[1] برابر با ۰/۳۹ و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. دنیس و وندروال پایایی پرسشنامهٔ حاضر را به‌روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به‌ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ و ۰/۷۵ به‌دست آوردند (۱۹).

تقی‌زاده و فرمانی، ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده‌مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به‌ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کردند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها به‌ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ و ۰/۵۵ به‌دست آوردند. همچنین این ابزار از روایی عاملی و همگرایی و هم‌زمانی مطلوبی در ایران برخوردار است (۲۰).

روند اجرای پژوهش: پس از همکاری صمیمانهٔ کارکنان مراکز بهداشت شهر بندرعباس، پرونده‌های موجود در مراکز بهداشت شهر بندرعباس افراد دارای معیارهای ورودی مذکور، بررسی شد. سپس، نود نفر طبق معیارها انتخاب شده و از نظر انعطاف‌پذیری شناختی غربالگری شدند. چهل نفر از افرادی که نمرهٔ کمتر از میانگین دریافت کردند و رضایت به شرکت در مطالعه داشتند، به‌عنوان نمونه انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به شرکت در یک‌جلسهٔ توجیهی به‌منظور جلب همکاری، آشنایی با بارداری و مشکلات این دوران، روش مداخلهٔ تحقیق، انتظارات درمانی و صحبت دربارهٔ محرمانه‌بودن کلاس‌ها، رازداری و... دعوت شدند. در پایان جلسه، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی، ترس از درد و افسردگی پس از زایمان توسط زنان باردار تکمیل شد. آموزش مداخله در دوازده جلسه به‌صورت هفته‌ای دو جلسه به‌مدت ۹۰تا۱۱۰ دقیقه در مؤسسه‌ای آموزشی در شهر بندرعباس برگزار گردید. در پایان جلسه، پرسشنامهٔ عملکرد جنسی در دو گروه بعد از انجام مداخله تکمیل شد؛ همچنین دو ماه بعد از مداخله (پیگیری) تکمیل این پرسشنامه صورت گرفت. اصل احترام به شأن و آزادی انسان، اصل وظیفه‌شناسی و مسئولیت‌پذیری، اصل سودمندی و آسیب‌نرساندن، اصل توجه به رفاه دیگران و ارائهٔ اطلاعات کافی دربارهٔ چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده و کسب رضایت‌نامهٔ کتبی به‌منظور شرکت در پژوهش رعایت شد.

در این تحقیق طبق جدول ۱ جهت انجام مداخله، برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی ـ رفتاری مذهبی مبتنی‌بر الگوی ریچارد و بریگین[2] و تاب‌آوری براساس آموزه‌های اسلامی در دوازده جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای به‌صورت هفته‌ای دو جلسه در شش هفته انجام شد که شرح کلی مداخله به‌صورت زیر است: این مداخلات دعا و نیایش، مطالعهٔ متون مقدس، بخشایش، مراقبه و تصویرسازی معنوی، عبادات و مناسک مذهبی، نوشتن دربارهٔ احساسات معنوی، توبه و استفاده از سیستم حمایتی مذهبی شرکت‌کنندگان بود؛ فرایند کلی مداخله در هر جلسه شامل چک‌کردن تکالیف مشخص‌شده از جلسهٔ قبل، بازخورد دادن به شرکت‌کنندگان از سوی درمانگر، بیان فهرست‌وار و خلاصهٔ مطالب قبلی برای ایجاد پیوستگی بین مطالب بحث‌شده و ایجاد آمادگی ذهنی شرکت‌کنندگان برای بحث جدید، انجام تمرین‌های جدید، دادن تکالیف خانگی برای هفتهٔ جاری به شرکت‌کنندگان و ارائهٔ توضیحات و جمع‌بندی از سوی درمانگر درخصوص موضوع جلسه بود.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با درنظرگرفتن پیش‌فرض‌ها (آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف، آزمون لوین، آمار ام‌باکس، آزمون کرویت) از آزمون کای‌دو و تعقیبی بنفرونی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ بهره گرفته شد.

## ۳ یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مطالعه‌شده به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصات توصیفی دو گروه مطالعه‌شده برحسب سن و تحصیلات و مرتبهٔ زایمان

| متغیر | طبقات | آزمایش | | گواه | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| سن | کمتر از ۲۶ سال | چهار | ۶/۲۸ | پنج | ۳/۳۳ |
| | ۲۶تا۴۰ | نُه | ۳/۶۴ | شش | ۰/۴۰ |
| | ۴۱ سال و بیشتر | یک | ۱/۷ | چهار | ۷/۲۶ |
| تحصیلات | کمتر از دیپلم و دیپلم | دو | ۳/۱۳ | دو | ۳/۱۳ |
| | کاردانی و کارشناسی | شش | ۹/۴۰ | هفت | ۷/۴۶ |
| | ارشد و بیشتر | هفت | ۷/۴۶ | شش | ۰/۴۰ |
| زایمان | اول | شش | ۰/۴۰ | هفت | ۷/۴۶ |
| | دوم | پنج | ۳/۳۳ | پنج | ۳/۳۳ |
| | سوم و بیشتر | چهار | ۷/۲۶ | سه | ۰/۲۰ |

همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود توزیع متغیرهای سن و تحصیلات و زایمان زنان باردار مطالعه‌شده در دو گروه آزمایش و گواه تقریباً یکسان است. آزمون کای‌دو نیز مؤید این مطلب برای هر سه متغیر مذکور بوده است.

[1]. Beck's Deppresion Inventory-II (BDI-II)

[2]. Richards & Bergin



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

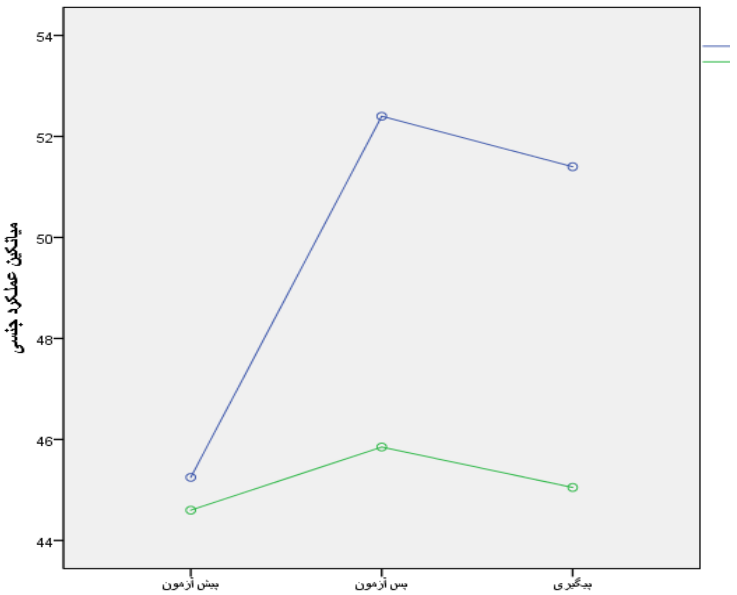
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]

شاخص‌های توصیفی متغیر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر عملکرد جنسی زنان باردار در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | | نتیجهٔ آزمون | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار احتمال گروه‌ها | مجذور اتا |
| عملکرد جنسی (کل) | آزمایش | ۴۵/۲۵ | ۵/۱۹ | ۵۲/۴۰ | ۴/۰۰ | ۵۱/۴۰ | ۴/۱۵۸ | ۱۶/۴۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۰۳ |
| | گواه | ۴۴/۶۰ | ۴/۵۴ | ۴۵/۸۵ | ۵/۷۰ | ۴۵/۰۵ | ۴/۹۲ | | | |
| میل جنسی | آزمایش | ۴/۹۰ | ۱/۴۸ | ۵/۵۰ | ۱/۰۵ | ۵/۳۰ | ۱/۱۳ | ۲/۲۴ | ۰/۱۴۲ | ۰/۰۵۶ |
| | گواه | ۴/۷۵ | ۱/۴۱ | ۴/۸۰ | ۱/۵۴ | ۴/۷۰ | ۱/۴۶ | | | |
| تحریک روانی | آزمایش | ۹/۰۰ | ۱/۲۱ | ۱۰/۶۵ | ۱/۳۵ | ۱۰/۶۰ | ۱/۲۷ | ۷/۷۱ | ۰/۰۰۸ | ۰/۱۶۹ |
| | گواه | ۹/۰۰ | ۱/۳۰ | ۹/۳۵ | ۱/۵۰ | ۹/۱۵ | ۱/۳۹ | | | |
| رطوبت واژن | آزمایش | ۹/۶۵ | ۱/۷۸ | ۱۱/۰۵ | ۱/۴۷ | ۱۰/۸۵ | ۱/۳۹ | ۵/۲۱ | ۰/۰۲۸ | ۰/۱۲۱ |
| | گواه | ۹/۵۰ | ۱/۶۷ | ۹/۸۰ | ۱/۸۲ | ۹/۵۵ | ۱/۷۶ | | | |
| ارگاسم | آزمایش | ۶/۶۰ | ۱/۸۷ | ۸/۰۵ | ۱/۳۹ | ۷/۶۰ | ۱/۳۹ | ۱/۹۱ | ۰/۱۷۵ | ۰/۰۴۸ |
| | گواه | ۶/۸۰ | ۱/۸۸ | ۶/۹۰ | ۱/۵۹ | ۶/۹۰ | ۱/۶۲ | | | |
| رضایت‌مندی | آزمایش | ۸/۲۰ | ۱/۸۰ | ۸/۹۰ | ۱/۴۵ | ۸/۸۰ | ۱/۴۴ | ۱/۶۴ | ۰/۲۰۹ | ۰/۰۴۱ |
| | گواه | ۷/۹۰ | ۱/۸۰ | ۸/۲۰ | ۱/۸۵ | ۸/۱۰ | ۲/۰۲ | | | |
| درد جنسی | آزمایش | ۶/۹۰ | ۱/۶۸ | ۸/۲۵ | ۱/۵۲ | ۸/۲۵ | ۱/۵۲ | ۸/۰۷ | ۰/۰۰۷ | ۰/۱۷۵ |
| | گواه | ۶/۶۵ | ۱/۶۳ | ۶/۸۰ | ۱/۷۴ | ۶/۶۵ | ۱/۵۶ | | | |

همان‌طورکه در جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین عملکرد جنسی زنان باردار مطالعه‌شده در گروه آزمایش از ۴۵/۲۵ (±۵/۱۹) در مرحلهٔ پیش‌آزمون به ۵۲/۴۰ (±۴/۰۰) در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش یافته است؛ همچنین در مرحلهٔ پیگیری تقریباً ثابت مانده و به ۵۱/۴۰ (±۴/۱۵) رسیده است؛ اما در گروه گواه این میانگین در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری تغییر درخورتوجهی ندارد (نمودار ۱). برای بررسی معناداری این تفاوت از آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال‌بودن توزیع متغیر عملکرد جنسی در دو گروه، همگنی واریانس خطاها، همگنی بین همبستگی‌ها و برابری ماتریس واریانس خطا تحت بررسی قرار گرفت.




نمودار ۱. روند تغییرات متغیر عملکرد جنسی زنان باردار در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]

نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف نشان داد که متغیر عملکرد جنسی در دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. همچنین آزمون لوین برقراری مفروضهٔ همگنی واریانس خطاها را تأیید کرد. آزمون ام‌باکس نیز حاکی‌از همگنی بین همبستگی‌ها است. به‌منظور بررسی شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا نیز از شاخص محلی استفاده شد. ملاحظه گردید که مفروضهٔ کرویت برای متغیر عملکرد جنسی برقرار است.

باتوجه به بررسی مفروضه‌های مذکور آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است؛ همان‌گونه که ملاحظه می‌شود در سه مرحله زمان اندازه‌گیری دو گروه در متغیر عملکرد جنسی ($p<۰/۰۰۱$)، خرده‌مقیاس‌های تحریک روانی ($p=۰/۰۰۸$)، رطوبت واژن ($p=۰/۰۲۸$) و درد جنسی ($p=۰/۰۰۷$)، اختلاف معناداری دارند؛ به این معنا که برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی‌بر انعطاف‌پذیری شناختی بر عملکرد جنسی زنان باردار، ابعاد تحریک روانی، رطوبت واژن و درد جنسی مؤثر است.

برای بررسی اینکه این تأثیر در متغیرهای مذکور بین کدام زمان‌های اندازه‌گیری معنادار بوده است، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج آن برای متغیرهای معنادار در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی زمان‌های اندازه‌گیری

| متغیر | زمان (i) | زمان (j) | اختلاف میانگین | خطای معیار | مقدار احتمال |
|---|---|---|---|---|---|
| عملکرد جنسی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ـ۴/۲۰ | ۱/۰۵ | ۰/۰۰۱ |
| | | پیگیری | ـ۳/۳۰ | ۰/۶۰ | <۰/۰۰۱ |
| تحریک روانی | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ـ۱/۰۰ | ۰/۲۸ | ۰/۰۰۳ |
| | | پیگیری | ۰/۸۸ | ۰/۱۹ | <۰/۰۰۱ |
| رطوبت واژن | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ـ۰/۸۵ | ۰/۳۴ | ۰/۰۴۹ |
| درد جنسی | پیش‌آزمون | پیگیری | ـ۰/۶۸ | ۰/۲۲ | ۰/۰۱۴ |

همان‌طورکه در جدول ۴ ملاحظه می‌شود میانگین نمرهٔ عملکرد جنسی در پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۱$) و با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$)، همچنین در متغیر تحریک روانی پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=۰/۰۰۳$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p<۰/۰۰۱$)، اختلاف معناداری دارد. در متغیر رطوبت واژن فقط میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p=۰/۰۴۹$) و در متغیر درد جنسی میانگین پیش‌آزمون با پیگیری ($p=۰/۰۱۴$)، دارای تفاوت معناداری است.

## ۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی‌بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی زنان باردار بود. یافته‌های مطالعهٔ حاضر نشان داد که تأثیر بهبوددهندهٔ برنامهٔ تلفیقی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی‌بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی در گروه آزمایش معنادار است. این یافته‌ها با نتایج بسیاری از تحقیقات همچون دنیس و همکاران (۸) و فیلیپس (۱۱) و ویسمن و همکاران (۱۳) همسوست.

بارداری، موقعیتی خاص و منحصربه‌فرد است که طی آن هر زن بارداری با تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیک مواجه شده و این تغییرات باعث افزایش آسیب‌پذیری و تجربهٔ اضطراب می‌شود (۱). ازطرفی عملکرد جنسی، بخش مهمی از بهزیستی و سلامت زندگی زنان باردار را تشکیل می‌دهد. سلامت کامل جسمی و روانی و عاطفی زنان با برآورده‌شدن نیازهای طبیعی و خدادادی آنان محقق می‌گردد و سرکوب این نیازها آثار نامطلوبی بر صمیمت و سلامت خانواده بر جا می‌گذارد (۲). ترک زهرانی و همکاران در تحقیقات متفاوتی عنوان کردند که در زنان در دوران پس از زایمان به‌ترتیب، مشکل درد حین مقاربت، مشکلات مربوط به ارگاسم، کاهش رطوبت جنسی، کمبود میل جنسی و کاهش برانگیختگی رخ می‌دهد (۵).

کیان و همکاران اعلام داشتند که مشکلات عملکرد جنسی شامل کاهش میل جنسی، نرسیدن به ارگاسم، خشکی واژن و نبود رضایت جنسی، بعد از زایمان درمقایسه با قبل از حاملگی افزایش می‌یابد (۶). باربارا و همکاران نشان دادند، سزارینی‌ها درمقایسه با زایمان طبیعی در رسیدن به اوج لذت جنسی نمرات کمتری دریافت می‌کنند (۷).

درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و تاب‌آوری براساس تلفیق درمان‌های مبتنی‌بر شواهد تجربی و مؤثر در درمان اختلال‌ها، در نمونهٔ غیرایرانی و در بافت فرهنگی‌ـ‌مذهبی دیگری قبلاً تحت کارآزمایی بالینی قرار گرفته و براساس نظام تدوین مداخلات درمانی مبتنی‌بر شواهد، محور اصلی تدوین و تلفیق درمان شناختی‌ـ‌رفتاری و تاب‌آوری بوده است؛ ازاین‌رو باید این شیوه براساس دستورعمل نظری و عملی نظریه‌پردازان آن ازجمله نظر متخصصانی مانند یاسان و ساندرلین و تالی که اعتقاد دارند درمان‌های جنسی باید با بافت فرهنگی‌ـ‌مذهبی جامعهٔ هدف منطبق شود، در مراجعان ایرانی امکان‌سنجی گردد و سپس پیامدهای اولیهٔ درمانی آن تحت ارزیابی قرار گیرد. همچنین، به موازات آن تکنیک‌های مبتنی‌بر شواهد اثربخشی درمان استخراج شده و در بافتی فرهنگی‌ـ‌مذهبی تدوین شود (۱۴).

فیلیپس نیز نشان داد که افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی زیاد، تاب‌آوری بیشتری راگزارش می‌کنند (۱۱). باررا و همکاران در پژوهش خود مشخص کردند شیوه‌های درمانی مبتنی‌بر آموزه‌های اسلامی همانند روش‌های شناختی‌ـ‌رفتاری در کاهش اضطراب مؤثر است (۱۲). ویسمن و همکاران در پژوهشی با ترکیب درمان رفتاری‌شناختی



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]

با معنویت، بر تأثیرگذاری این ترکیب تأکید کرده‌اند (۱۳).
در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان اذعان داشت دورهٔ پس از زایمان به‌عنوان دورانی آسیب‌پذیر و تنش‌زا برای زنان با فرهنگ‌های متفاوت شناخته شده که با تغییرات اجتماعی و فردی چشمگیری برای مادر همراه است. مادران در این دوران با بسیاری از نگرانی‌ها و مشکلات جدید مواجه می‌شوند که تغییرات هورمونی و جسمی در افراد ایجاد می‌کند. زایمان تأثیراتی خصوصاً از نظر ظاهری بر زنان می‌گذارد؛ لذا سبب تغییرات در تصویر بدنی فرد از خودش شده و این منجربه درگیری ذهنی شخص در ارتباط با جذاب و دوست‌داشتنی‌نبودن می‌شود؛ همچنین به‌دلیل مسئولیت‌های نگهداری از فرزند زمان کافی برای ورزش و برنامه‌های دیگر ندارد؛ درنتیجهٔ این افکار منفی و اضطراب، تحریک فیزیولوژیک در فرد کاهش می‌یابد؛ درواقع چرخهٔ معیوب انتظار منفی‌ـاضطراب انتظار، حواس‌پرتی در کارکرد و رضایت جنسی مشکلاتی را ایجاد می‌کند و هم‌زمانی افسردگی پس از زایمان به‌دلیل کاهش میل جنسی و لذت، این مسئله را شدیدتر کرده و پیامدهای بیشتری را در عملکرد جنسی افراد به‌وجود می‌آورد؛ لذا فرد در رفتار جنسی و روابط عاشقانه از نظر عاطفی سرد بوده و به‌شیوه‌ای بازدارنده عمل می‌کنند؛ چراکه به‌دلیل تصویر منفی از جذابیت خود به‌واسطهٔ زایمان خجالتی یا غیرمطمئن در انواع رفتارهای جنسی خواهند بود و روابط جنسی آن‌ها به‌طور بالقوه‌ای آسیب‌پذیر است. این امر می‌تواند عاملی حساس برای کم‌کاری میل جنسی و مشکلات در برانگیختگی و بیزاری جنسی شود. براساس نظریهٔ شناختی، میزانی که افراد به ظاهرشان توجه می‌کنند تا حد زیادی به طرحواره‌های ظاهری ارتباط دارد و افکار و هیجانات تصویر بدنی، فعالیت‌های سازگار و خودگردان یا راهبردهای مقابله‌ای را بر می‌انگیزاند؛ همچنین اختلال در عناصر عاطفی و رفتاری و شناختی تصویر بدنی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد که هستهٔ اصلی رضایت از خود و فعالیت جنسی است؛ لذا بازسازی این تحریف‌های شناختی و باورهای غیرمنطقی که در ارتباط با رابطهٔ ظاهر و عملکرد جنسی می‌دانند، می‌تواند به بهبود این وضعیت کمک کند و باتوجه به ریشهٔ مذهبی می‌توان ازطریق مثال‌ها و الگوهای موجود بهتر به این نتیجه دست یافت.
ازآنجاکه باورهای اجتماعی در زمینهٔ مسائل جنسی اغلب منفی و در اذهان اکثر افراد منفی است، تنها از بیماران زن در نمونه‌گیری استفاده شد که این خود مانع از تعمیم نتایج مطالعه به مردان می‌شود. همچنین نمونه‌گیری دردسترس از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد. باتوجه به میزان بیشتر اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار، بررسی عملکرد جنسی در دوران بارداری به‌دلیل اهمیت آن، به‌عنوان یکی ازعوامل مؤثر بر سلامتی محسوب می‌شود. در این راستا به مراکز ارائه‌دهندهٔ خدمات سلامتی به زنان باردار توصیه می‌شود که درجهت تشکیل کلاس‌های مشاوره اقدام نمایند؛ به‌نحوی‌که زنان مشکلات جنسی خود را مطرح کنند و از آموزش و مشاوره و مسائل جنسی بهره‌مند شوند؛ همچنین ازآنجاکه اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار شیوع فراوانی دارد و داشتن زایمان قبلی، اثری منفی بر عملکرد جنسی می‌گذارد، لذا پیشنهاد می‌شود درجهت بهبود کیفیت مراقبت‌های زنان باردار، مشاورهٔ جنسی در مراقبت‌های مربوط به بارداری ادغام شود و برنامه‌های مشاورهٔ جنسی به‌ویژه برای زنان چندزا طراحی و اجرا گردد.

## ۵ نتیجه‌گیری

مشکل شایع‌تر جنسی زنان باردار، مشکل درد حین مقاربت جنسی است؛ به‌طورکلی مشکلات جنسی با شیوع بیشتری در دو ماه پس از زایمان وجود دارد و شیوع آن در چهار ماه و شش ماه پس از زایمان کاهش می‌یابد؛ بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه‌گیری کرد که برگزاری دوره‌های آموزشی درجهت توان‌مندسازی زنان باردار برای مواجهه با مشکلات جنسی، می‌تواند گام مهمی به‌منظور کاهش مشکلات جنسی باشد.


## ۶ تشکروقدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان لازم می‌دانند از همراهی و مساعدت مراکز بهداشت شهر بندرعباس سپاس‌گزاری کنند.


## ۷ بیانیه

هیچ تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد. همچنین این مقاله از رسالهٔ مقطع دکتری تخصصی روان‌شناسی با کد اخلاق IR.USWR.REC.185.1392 استخراج شده است.

## References


1. Brunton RJ, Dryer R, Krägeloh C, Saliba A, Kohlhoff J, Medvedev O. The pregnancy-related anxiety scale: A validity examination using Rasch analysis. Journal of Affective Disorders. 2018;236:127–35. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.116
2. Maleki-Saghooni N, Heidarian Miri H, Karimi FZ, Mirteimouri M. The effect of systemic lupus erythematosus on women's sexual function: A systematic review and meta-analysis. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2018;21(7):86–96. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2018.11801
3. Bakouei F, Omidvar SH, Nasiri F. Prevalence of female sexual dysfunction in married women and its related factors (Babol 2006). J Babol Uni Med Sci. 2007;9(4):59–64. [Persian] http://jbums.org/article-1-2524-en.pdf
4. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström C-M, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. Obstet Gynecol. 2002;99(2):223–8. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01722-7




[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]

5. Tork Zahrani S, Banaei M, Ozgoli G, Azad M. Investigation of the postpartum female sexual dysfunction in breastfeeding women referring to healthcare centers of Bandar Abbas. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;19(35):1–12. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2016.8059
6. Qian R, Chen Z, Tang L, Zhang W. Postpartum adverse effects and sexual satisfaction following cesarean delivery in Beijing. Int J Gynaecol Obstet. 2016;132(2):200–5. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.07.010
7. Barbara G, Pifarotti P, Facchin F, Cortinovis I, Dridi D, Ronchetti C, et al. Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs. cesarean section. J Sex Med. 2016;13(3):393–401. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.004
8. Dennis C-L, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD006116. doi: 10.1002/14651858.CD006116.pub2
9. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. Psychol Health Med. 2010;15(3):266–77. doi: 10.1080/13548501003758710
10. Haglund MEM, Nestadt PS, Cooper NS, Southwick SM, Charney DS. Psychobiological mechanisms of resilience: relevance to prevention and treatment of stress-related psychopathology. Dev Psychopathol. 2007;19(3):889–920. doi: 10.1017/S0954579407000430
11. Phillips EL. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men [Ph.D. dissertation in Nursing]. [Michigan, USA]: The University of Michigan; 2011.
12. Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: Three case studies. Cognitive and Behavioral Practice. 2012;19(2):346–58. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.05.007
13. Weisman de Mamani AG, Tuchman N, Duarte EA. Incorporating Religion/Spirituality Into Treatment for Serious Mental Illness. Cognitive and Behavioral Practice. 2010;17(4):348–57. doi: 10.1016/j.cbpra.2009.05.003
14. Heinemann J, Atallah S, Rosenbaum T. The Impact of Culture and Ethnicity on Sexuality and Sexual Function. Curr Sex Health Rep. 2016;8(3):144–50. doi: 10.1007/s11930-016-0088-8
15. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. Am J Psychiatry. 1992;149(7):936–43. doi: 10.1176/ajp.149.7.936
16. Kajbaf MB, Hoseini F, Ghamarani A, Razazian N. Comparison of effectiveness of quality of life therapy and treatment based on islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches. Journal of Clinical Psychology. 2017;9(1):21–38. [Persian] doi: 10.22075/jcp.2017.10314.
17. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther. 2000;26(2):191–208. doi: 10.1080/009262300278597
18. Mohammadi kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh (Health Monitor). 2008;7(3):269–78. [Persian] http://payeshjournal.ir/article-1-658-en.pdf
19. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. Cogn Ther Res. 2010;34(3):241–53. doi: 10.1007/s10608-009-9276-4
20. Taghizadeh ME, Farmani A. A Study of the Role of Cognitive Flexibility in Predicting Hopelessness and Resilience among University Students. Journal of Cognitive Psychology. 2014;1(2):67–75. [Persian] https://jcp.khu.ac.ir/article-1-1737-en.pdf

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-09 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.163.2 ]