

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

Zamani SN¹, *Zarei E², Haji Alizadeh K¹, Na'ami A³

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.

اثربخشی برنامه تلفیقی درمان شناختی- رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی زنان باردار

سیده نرجس زمانی^۱، *اقبال زارعی^۲، کبری حاجی علی‌زاده^۱، عبدالزهرا نعیمی^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.

*رایانامه نویسنده مسئول: eghbalzareei2010@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 برنامه تلفیقی درمان شناختی- رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی بر انعطاف‌پذیری شناختی، بر عملکرد جنسی زنان باردار بود.

روش‌بررسی: این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان باردار بود که در فاصله 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 مرحله 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 نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که برنامه تلفیقی درمان شناختی- رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی ($p < 0/001$) معنادار بوده و این تفاوت بین دو گروه نیز معنادار است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها مؤید آن است که اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر 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.

بارداری، موقعیتی خاص و منحصر به فرد است که طی آن هر زن بارداری با تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیک مواجه شده و این تغییرات باعث افزایش آسیب‌پذیری و تجربه 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 برآورده شدن نیازهای طبیعی و خدادادی آنان محقق می‌گردد و سرکوب این نیازها آثار نامطلوبی بر صمیمیت و سلامت خانواده بر جا می‌گذارد (۲).

زوجین به‌طور کلی 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 توصیه پزشک در زمان شروع فعالیت جنسی در دوره 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 به ترتیب، 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 در مقایسه 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 شناختی-رفتاری را بر اختلالات بعد از زایمان تأثیرگذار دانستند (۸). درمان شناختی-رفتاری، روش روان‌درمانی ساختاریافته و هدف‌مند و متمرکز بر زمان حال است که از استراتژی شناختی و رفتاری، به‌منظور کاهش نشانه‌ها و هدف‌قرار دادن 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 در معرض 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 شناختی-رفتاری 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 رفتاری شناختی با معنویت، بر تأثیرگذاری این ترکیب تأکید کرده‌اند (۱۳). درمان شناختی-رفتاری و تاب‌آوری براساس تلفیق درمان‌های مبتنی بر شواهد تجربی و مؤثر

در درمان اختلال‌ها در نمونه غیرایرانی و در بافت فرهنگی-مذهبی دیگری قبلاً تحت کارآزمایی بالینی قرار گرفته و براساس نظام تدوین مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد، محور اصلی تدوین و تلفیق درمان شناختی-رفتاری و تاب‌آوری بوده است؛ از این رو باید این شیوه براساس دستورعمل نظری و عملی نظریه‌پردازان آن از جمله نظر متخصصانی مانند یاسان و ساندلین و تالی که اعتقاد دارند درمان‌های جنسی باید با بافت فرهنگی-مذهبی جامعه هدف منطبق شود، در مراجعان ایرانی امکان‌سنجی گردد و سپس پیامدهای اولیه درمانی آن تحت ارزیابی قرار گیرد. همچنین به موازات آن تکنیک‌های مبتنی بر شواهد اثربخشی درمان استخراج شده و در بافتی فرهنگی-مذهبی تدوین شود (۱۴).

روان‌درمانی دینی نمی‌تواند صرفاً تلفیق برخی روش‌های رفتاری-شناختی 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 نحوه عملکرد یا عواطف تأثیر می‌گذارد و در درمان معنوی-مذهبی 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 دوره بارداری ارزیابی شده و تأثیرات بلندمدت آن‌ها در زمان بعد از زایمان پیگیری نشده است؛ از این رو 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 برنامه تلفیقی درمان شناختی-رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی زنان باردار بود.

۲ روش بررسی

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان بارداری بودند که در فاصله 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 در دسترس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (بیست نفر) و گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بود از: بودن در هفته ۲۴ تا ۲۵ بارداری؛ مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی؛ نداشتن بیماری خاص روان‌پزشکی؛ نبود بارداری پرخطر؛ داشتن رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش.

پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سؤالات^۷ محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بیشتر بود. در مطالعه روزن و همکاران، مقایسه روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه روزن و همکاران پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شد (۱۷). پایایی پرسشنامه توسط محمدی و همکاران در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت و ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد و برای کل مقیاس ۰/۷۰ و بیشتر بود (۱۸).

جهت سنجش عملکرد جنسی از پرسشنامه استاندارد شده عملکرد جنسی^۱ روزن و همکاران (۲۰۰۰) استفاده شد (۱۷). این پرسشنامه شامل نوزده سؤال عملکرد جنسی زنان بوده که در شش حوزه مستقل میل جنسی^۲، تحریک روانی^۳، رطوبت واژن^۴، ارگاسم^۵، رضایت مندی^۶ و درد جنسی^۷ است. نمرات، مدنظر قرار می‌گیرد و در آخر برای هر یک از شش حوزه به‌طور جداگانه در نظر گرفته می‌شود؛ در نهایت به این صورت حوزه‌ها با هم جمع خواهند شد. نمره‌گذاری در قالب طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای انجام می‌شود. حداقل نمره برای هر حوزه میل (۱/۲)، حوزه تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم، درد (۰)، حوزه رضایت مندی (۰/۸) و برای کل مقیاس نمره ۲ است.

جدول ۱. جلسات آموزشی برنامه تلفیقی درمان شناختی-رفتاری مذهبی مبتنی بر 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، ارائه تکالیف.
چهارم	آشنایی و بحث درباره راه‌های ایجاد تاب‌آوری مانند هدفمندی و امیدداشتن به زندگی، پذیرفتن تغییر، پرورش اعتماد به نفس، خودمراقبتی معنوی، چارچوب‌دادن به استرس‌ها.
پنجم	آموزش اصول A-B-C جهت آشنایی با احساس، باورها و رفتارهای غیرعقلانی، ارائه تکالیف.
ششم	بررسی تکالیف، معرفی توبه و پذیرش ضعف‌های خویش، اهمیت باور کمال‌گرایی، رابطه 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 جلسه قبل، آشنایی با مفهوم بخشایش، پیامدهای بخشایش، آموزش چگونگی طلب بخشایش از خود و دیگران، دادن تکالیف شناختی در زمینه بخشیدن و طلب بخشش.
نهم	بررسی تکالیف، ارائه باورهای صحیح در زمینه 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، ارائه 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 درباره تأثیر نیایش و توکل بر هیجان‌ها و افکار و فرایند حل مشکل، ارائه 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 مبتنی بر معنویت اسلامی.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال^۹ (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. شیوه نمره‌گذاری آن براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرتی است (۱۹). دنیس و وندروال در پژوهشی نشان دادند که پرسشنامه حاضر از ساختار عاملی و روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک-

است. شیوه نمره‌گذاری آن براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرتی است (۱۹). دنیس و وندروال در پژوهشی نشان دادند که پرسشنامه حاضر از ساختار عاملی و روایی همگرا و روایی هم‌زمان مناسبی برخوردار است. روایی هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک-

7. Pain

8. Internal consistency coefficient

9. Dennis & Vander Wal

1. Female Sexual Function Index

2. Desire

3. Mental stimulation

4. Abdication

5. Orgasm

6. Satisfaction

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 ارائه اطلاعات کافی درباره چگونگی پژوهش به تمامی آزمودنی‌های شرکت‌کننده و کسب رضایت‌نامه کتبی به منظور شرکت در پژوهش رعایت شد.

در این تحقیق طبق جدول ۱ جهت انجام مداخله، برنامه تلفیقی درمان شناختی- رفتاری مذهبی مبتنی بر الگوی ریچارد و بریگین^۲ و تاب‌آوری براساس آموزه‌های اسلامی در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه در شش هفته انجام شد که شرح کلی مداخله به صورت زیر است: این مداخلات دعا و نیایش، مطالعه متون مقدس، بخشایش، مراقبه و تصویرسازی معنوی، عبادات و مناسک مذهبی، نوشتن درباره احساسات معنوی، توبه و استفاده از سیستم حمایتی مذهبی شرکت‌کنندگان بود؛ فرایند کلی مداخله در هر جلسه شامل چک کردن تکالیف مشخص شده از جلسه قبل، بازخورد دادن به شرکت‌کنندگان از سوی درمانگر، بیان فهرست وار و خلاصه مطالب قبلی برای ایجاد پیوستگی بین مطالب بحث شده و ایجاد آمادگی ذهنی شرکت‌کنندگان برای بحث جدید، انجام تمرین‌های جدید، دادن تکالیف خانگی برای هفته جاری به شرکت‌کنندگان و ارائه توضیحات و جمع‌بندی از سوی درمانگر درخصوص موضوع جلسه بود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با در نظر گرفتن پیش فرض‌ها (آزمون کولموگوروف اسمیرنوف، آزمون لوین، آمار ام‌باکس، آزمون کرویت) از آزمون کای دو و تعقیبی بنفرونی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ و نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ بهره گرفته شد.

۳ یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مطالعه شده به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

ویرایش دوم^۱ برابر با ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. دنیس و وندروال پایایی پرسشنامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ و ۰/۷۵ و به دست 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 به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کردند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ و ۰/۵۵ به دست آوردند. همچنین این ابزار از روایی عاملی و همگرایی و هم‌زمانی مطلوبی در ایران برخوردار است (۲۰).

روند اجرای پژوهش: پس از همکاری صمیمانه 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 نمره کمتر از میانگین دریافت کردند و رضایت به شرکت در مطالعه داشتند، به عنوان نمونه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به شرکت در یک جلسه توجیهی به منظور جلب همکاری، آشنایی با بارداری و مشکلات این دوران، روش مداخله تحقیق، انتظارات درمانی و صحبت درباره محرمانه بودن کلاس‌ها، رازداری و... دعوت شدند. در پایان جلسه، پرسشنامه کیفیت زندگی، ترس از درد و افسردگی پس از زایمان توسط زنان باردار تکمیل شد. آموزش مداخله در دوازده جلسه به صورت هفته‌ای دو جلسه به مدت ۹۰ تا ۱۱۰ دقیقه در مؤسسه‌ای آموزشی در شهر بندرعباس برگزار گردید. در پایان جلسه، پرسشنامه عملکرد جنسی در دو گروه بعد از انجام مداخله تکمیل شد؛ همچنین

جدول ۲. مشخصات توصیفی دو گروه مطالعه شده بر حسب سن و تحصیلات و مرتبه زایمان

متغیر	طبقات	آزمایش		گواه	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن	کمتر از ۲۶ سال	چهار	۶/۲۸	پنج	۳/۳۳
	۲۶ تا ۴۰	نه	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 مطالعه شده در دو گروه آزمایش و گواه

تقریباً یکسان است. آزمون کای دو نیز مؤید این مطلب برای هر سه متغیر مذکور بوده است.

۲. Richards & Bergin

۱. Beck's Depression Inventory-II (BDI-II)

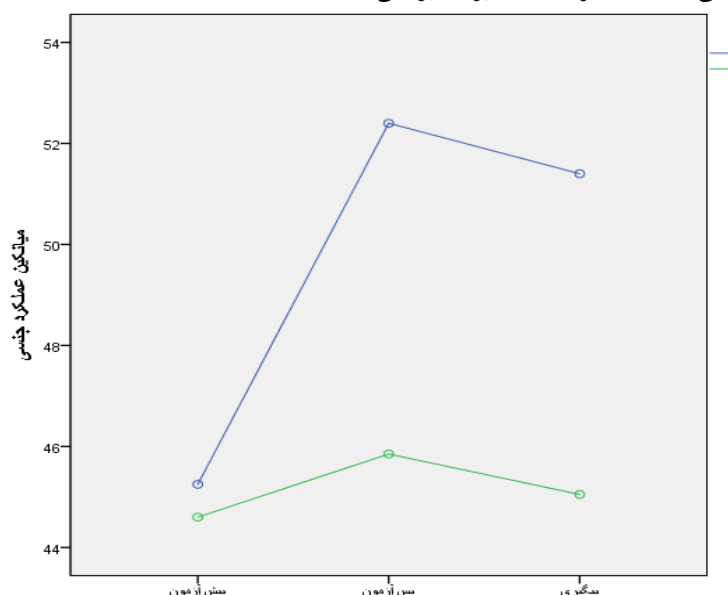
شاخص‌های توصیفی متغیر عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس‌های آن و پیگیری در جدول ۳ آورده شده است. به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		نتیجه آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار احتمال گروه‌ها
عملکرد جنسی (کل)	آزمایش	۴۵/۲۵	۵/۱۹	۵۲/۴۰	۴/۰۰	۵۱/۴۰	۴/۱۵۸	۱۶/۴۹	<۰/۰۰۱
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	گواه	۶/۶۵	۱/۶۳	۶/۸۰	۱/۷۴	۶/۶۵	۱/۵۶		

معناداری این تفاوت از آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن توزیع متغیر عملکرد جنسی در دو گروه، همگنی واریانس خطاها، همگنی بین همبستگی‌ها و برابری ماتریس واریانس خطا تحت بررسی قرار گرفت.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود میانگین عملکرد جنسی زنان باردار مطالعه‌شده در گروه آزمایش از ۴۵/۲۵ ($\pm 5/19$) در مرحله پیش‌آزمون به ۵۲/۴۰ ($\pm 4/00$) در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است؛ همچنین در مرحله پیگیری تقریباً ثابت مانده و به ۵۱/۴۰ ($\pm 4/15$) رسیده است؛ اما در گروه گواه این میانگین در سه مرحله اندازه‌گیری تغییر درخورتوجهی ندارد (نمودار ۱). برای بررسی



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

گروه در متغیر عملکرد جنسی ($p < 0/001$)، خرده‌مقیاس‌های تحریک روانی ($p = 0/008$)، رطوبت واژن ($p = 0/028$) و درد جنسی ($p = 0/007$)، اختلاف معناداری دارند؛ به این معنا که برنامه تلفیقی درمان شناختی-رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی بر 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 مقایسه دوه‌دوی زمان‌های اندازه‌گیری

متغیر	زمان (i)	زمان (j)	اختلاف میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۲۰	۱/۰۵	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۳/۳۰	۰/۶۰	<۰/۰۰۱
تحریک روانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۰۰	۰/۲۸	۰/۰۰۳
		پیگیری	۰/۸۸	۰/۱۹	<۰/۰۰۱
رطوبت واژن	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۸۵	۰/۳۴	۰/۰۴۹
درد جنسی	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۸	۰/۲۲	۰/۰۱۴

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد که متغیر عملکرد جنسی در دو گروه آزمایش و گواه در سه مرحله اندازه‌گیری از توزیع نرمال تبعیت می‌کند. همچنین آزمون لوین برقراری مفروضه همگنی واریانس خطاها را تأیید کرد. آزمون ام‌باکس نیز حاکی از همگنی بین همبستگی‌ها است. به منظور بررسی شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا نیز از شاخص محلی استفاده شد. ملاحظه گردید که مفروضه 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

در زنان در دوران پس از زایمان به ترتیب، 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 در مقایسه با قبل از حاملگی افزایش می‌یابد (۶). باربارا و همکاران نشان دادند، سزارینی‌ها در مقایسه با زایمان طبیعی در رسیدن به اوج لذت جنسی نمرات کمتری دریافت می‌کنند (۷).

درمان شناختی-رفتاری و تاب‌آوری براساس تلفیق درمان‌های مبتنی بر شواهد تجربی و مؤثر در درمان اختلال‌ها، در نمونه غیرایرانی و در بافت فرهنگی-مذهبی دیگری قبلاً تحت کارآزمایی بالینی قرار گرفته و براساس نظام تدوین مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد، محور اصلی تدوین و تلفیق درمان شناختی-رفتاری و تاب‌آوری بوده است؛ از این رو باید این شیوه براساس دستورعمل نظری و عملی نظریه‌پردازان آن از جمله نظر متخصصانی مانند یاسان و ساندرلین و تالی که اعتقاد دارند درمان‌های جنسی باید با بافت فرهنگی-مذهبی جامعه هدف منطبق شود، در مراجعان ایرانی امکان‌سنجی گردد و سپس پیامدهای اولیه درمانی آن تحت ارزیابی قرار گیرد. همچنین، به موازات آن تکنیک‌های مبتنی بر شواهد اثربخشی درمان استخراج شده و در بافت فرهنگی-مذهبی تدوین شود (۱۴).

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

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود میانگین نمره عملکرد جنسی در پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p = 0/001$) و با پیگیری ($p < 0/001$)، همچنین در متغیر تحریک روانی پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p = 0/003$) و پیش‌آزمون با پیگیری ($p < 0/001$)، اختلاف معناداری دارد. در متغیر رطوبت واژن فقط میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p = 0/049$) و در متغیر درد جنسی میانگین پیش‌آزمون با پیگیری ($p = 0/014$)، دارای تفاوت معناداری است.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه تلفیقی درمان شناختی-رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی بر انعطاف‌پذیری شناختی بر ابعاد عملکرد جنسی زنان باردار بود. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که تأثیر بهبوددهنده برنامه تلفیقی درمان شناختی-رفتاری و تاب‌آوری براساس آموزه‌های معنویت اسلامی مبتنی بر 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 تجربه اضطراب می‌شود (۱). از طرفی عملکرد جنسی، بخش مهمی از بهزیستی و سلامت زندگی زنان باردار را تشکیل می‌دهد. سلامت کامل جسمی و روانی و عاطفی زنان با برآورده شدن نیازهای طبیعی و خدادادی آنان محقق می‌گردد و سرکوب این نیازها آثار نامطلوبی بر صمیمیت و سلامت خانواده بر جا می‌گذارد (۲). ترک زهرانی و همکاران در تحقیقات متفاوتی عنوان کردند که

با معنویت، بر تأثیرگذاری این ترکیب تأکید کرده‌اند (۱۳).

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 به دلیل اهمیت آن، به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر بر سلامتی محسوب می‌شود. در این راستا به مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامتی به زنان باردار توصیه می‌شود که در جهت تشکیل کلاس‌های مشاوره اقدام نمایند؛ به‌نحوی که زنان مشکلات جنسی خود را مطرح کنند و از آموزش و مشاوره و مسائل جنسی بهره‌مند شوند؛ همچنین از آنجا که اختلال عملکرد جنسی در زنان باردار شیوع فراوانی دارد و داشتن زایمان قبلی، اثری منفی بر عملکرد جنسی می‌گذارد، لذا پیشنهاد می‌شود در جهت بهبود کیفیت مراقبت‌های زنان باردار، مشاوره جنسی در مراقبت‌های مربوط به بارداری ادغام شود و برنامه‌های مشاوره 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 در جهت توان‌مندسازی زنان باردار برای مواجهه با مشکلات جنسی، می‌تواند گام مهمی به‌منظور کاهش مشکلات جنسی باشد.

۶ تشکر و قدردانی

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 رساله مقطع دکتری تخصصی روان‌شناسی با کد اخلاق IR.USWR.REC.185.1392 استخراج شده است.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان ادعان داشت دوره 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 منجر به درگیری ذهنی شخص در ارتباط با جذاب و دوست‌داشتنی نبودن می‌شود؛ همچنین به‌دلیل مسئولیت‌های نگهداری از فرزند زمان کافی برای ورزش و برنامه‌های دیگر ندارد؛ در نتیجه این افکار منفی و اضطراب، تحریک فیزیولوژیک در فرد کاهش می‌یابد؛ در واقع چرخه معیوب انتظار منفی- اضطراب 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 به‌شيوه‌ای بازدارنده عمل می‌کنند؛ چراکه به‌دلیل تصویر منفی از جذابیت خود به‌واسطه 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 نظریه 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 هسته اصلی رضایت از خود و فعالیت جنسی است؛ لذا بازسازی این تحریف‌های شناختی و باورهای غیرمنطقی که در ارتباط با رابطه ظاهر و عملکرد جنسی می‌دانند، می‌تواند به بهبود این وضعیت کمک کند و باتوجه به ریشه مذهبی می‌توان از طریق مثال‌ها و الگوهای موجود بهتر به این نتیجه دست یافت.

از آنجا که باورهای اجتماعی در زمینه مسائل جنسی اغلب منفی و در

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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, Angelsiö 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](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(01)01722-7)

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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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>