

مقاله اصلی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد جنسی و عملکرد جنسی در زنان باردار

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۶/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۱۸

خلاصه

مقدمه: بارداری از پرمخاطره‌ترین دوره‌های زندگی زنان است و نگرش و روابط جنسی سالم در دوران بارداری در سازگاری زناشویی و استحکام خانواده نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. با توجه به وجود مطالعات محدود در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act) بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد جنسی و عملکرد جنسی زنان باردار انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان باردار مراجعه‌کننده به کلاس‌های آمادگی زایمان بیمارستان امیرمزدرانی شهر ساری در ۶ ماه اول سال ۱۳۹۷ که به تعداد ۱۴۰ نفر بود و نمونه این پژوهش، ۳۰ نفر بودند که به صورت در دسترس و غیر تصادفی انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت از پرسشنامه‌های مقیاس نگرش ناکارآمد (DAS) و ایزمن و بک (۱۹۷۸)، پرسشنامه عملکرد جنسی روزن و همکاران (۲۰۰۰) بود. مداخلات درمانی (رویکرد پذیرش و تعهد) روی گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته ۲ بار انجام پذیرفت. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. جهت آزمودن فرضیه‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد متغیر مستقل بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد جنسی و بهبود عملکرد جنسی زنان باردار تاثیر داشته است و میزان این تاثیر برای نگرش‌های ناکارآمد جنسی ۶۷٪ بود ($P < 0.05$ و $F=53.99$) و میزان تاثیر برای عملکرد جنسی ۸۶٪ بود ($P < 0.05$ و $F=57.45$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر توصیه می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط متخصصان برای آموزش در کلاس‌های آمادگی زایمان و مراکز بهداشت برای بهبود نگرش‌های ناکارآمد جنسی و عملکرد جنسی استفاده شود.

کلمات کلیدی: نظم جویی، کنترل هیجانی، رضایت زناشویی

فاطمه قلیان نوذری*^۱

رمضان حسن زاده^۲

سارا غلام نژاد^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی،

ساری، ایران، نویسنده مسئول

^۲ استاد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

ساری، ساری، ایران.

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد

اسلامی، ساری، ایران.

Email: Fateme.golian70@gmail.com

مقدمه

بارداری یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است. تغییرات هورمونی، مسائل فرهنگی، اجتماعی، قومی، مذهبی و همچنین ترس‌ها، نگرانی‌ها و نگرش‌های غلط زنان باردار در مورد نزدیکی جنسی در دوران بارداری سبب می‌شود که در روابط جنسی زوجین و عملکرد جنسی آنها تأثیر منفی بگذارد (۱). هرچند برخی از این تغییرات ناشی از باورهای نادرستی است که در بین زنان باردار رواج دارد و می‌توانند بر پاسخ جنسی فرد تأثیر قابل ملاحظه‌ای داشته و سلامت جنسی زنان باردار را به مخاطره اندازد. برخی از این باورهای نادرست شامل: گناه شمردن روابط جنسی در دوران بارداری، تغییر تصور ذهنی فرد از بدنش، کاهش احساس جذابیت کافی برای همسر، ترس از آسیب به جنین و سقط می‌باشد (۲). اختلال در عملکرد جنسی می‌تواند متأثر از عوامل روانشناختی و جسمانی باشد (۳). عدم اطلاعات صحیح و آموزش ناکافی در مورد فعالیت جنسی، نامناسب بودن فرآیند ارتباط، درک ضعیف از نیازهای هر یک از طرفین و اضطراب در مورد عملکرد جنسی در بروز و تداوم اختلال‌های جنسی نقش دارند. از طرف دیگر عدم برآوردن نیازهای جنسی مردان از طرف همسرشان در طی دوران بارداری منجر به انحرافات جنسی، خودارضایی، رابطه‌ی جنسی دهانی و مقعدی و برقراری رابطه‌ی جنسی با سایر شرکای جنسی می‌باشد (۴). در مواردی که مشکلات جنسی ناشی از علل جسمانی باشد، عوامل روانشناختی ممکن است نقش ثانویه‌ای در پیچیده کردن موقعیت داشته و باعث اختلال در پاسخ جنسی شود. عملکرد جنسی مطلوب عاملی برای تحکیم خانواده و پایه‌ای برای بدست آوردن و تثبیت یک فرهنگ استوار است (۵). بارداری هم می‌تواند باعث عمیق‌تر شدن روابط زناشویی و هم باعث گسستگی آن شود (۶).

نتایج مطالعه لی (۲۰۰۲) تحت عنوان " مفهوم رضایت جنسی " در زنان باردار که به روش پدیدارشناختی منجر شد، نشان داد که ادامه فعالیت جنسی در طول بارداری باعث افزایش شناخت خود، افزایش قدرت در ارتباط جنسی، استحکام روابط زناشویی و استحکام بخشیدن به حقیقت فعالیت جنسی می‌شود (۷). به طور کلی میل و عملکرد جنسی زنان باردار در دوران بارداری غیر قابل پیش بینی است، به گونه‌ای که ممکن است در سه ماهه اول بارداری میل جنسی به دلیل نوسانات هورمونی، خستگی یا تهوع، کاهش داشته و طی سه ماهه دوم بارداری به دلیل افزایش جریان خون در اندام تناسلی و سینه‌ها، تمایل برای مقاربت افزایش داشته و مجدداً در سه ماهه سوم به دلیل افزایش وزن، درد کمر و سایر علائم بار دیگر کاهش می‌یابد (۸). اگر چه برقراری رابطه جنسی در دوران بارداری بدون رعایت اصول صحیح، عوارضی را برای مادر و جنین او به دنبال دارد، با این وجود عدم طلب هیچ محدودیتی را برای انجام فعالیت جنسی در یک بارداری طبیعی قابل نشده و می‌توان رابطه جنسی متعادل را به جزء در موارد بارداری پرخطر در طول بارداری ادامه دارد (۹،۱۰). علی رغم وجود مطالعات متعدد به ویژه در کشورهای توسعه یافته، انجام تحقیقات جنسی در ایران به دلیل عقاید مذهبی و ارزش‌های اعتقادی خاصی با دشواری‌هایی همراه بوده است. مطالعات انجام گرفته در کشور نشان می‌دهد دوسوم زنان باردار دانش کافی در مورد رابطه جنسی در دوران بارداری نداشته و ۶۸٪ نگرش منفی نسبت به رابطه‌ی جنسی در بارداری دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان‌های جدید و موثر در حل مشکلات و اختلالات روان شناختی می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با درمان شناختی-رفتاری متفاوت است. درمان پذیرش و تعهد بر با رفتارگرایی کنشی^۱ بنا شده است. هدف با رفتارگرایی کنشی، پیش

¹ functional contextualism

بینی و تأثیر اعمال مداوم کل ارگانیزم در تعامل با بافت تاریخی و موقعیتی است. یعنی به بیمار کمک شود تا خود را از چرخه اجتناب و آمیختگی شناختی خارج کند، البته نه با چالش یا تغییر افکار و هیجانهایش بلکه از طریق شش اصل اساسی که گسلش^۱، پذیرش، تماس با لحظه حاضر^۲، مشاهده خود، ارزش‌ها و عمل متعهدانه^۳ است. هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب تر باشد. بنابراین با توجه به مطالب فوق و اهمیت رابطه مطلوب زن و شوهر در جهت بهبود نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد جنسی و عملکرد جنسی مطلوب برای رسیدن به آرامش و سلامت جسمی، فکری و روانی آن‌ها و متعاقباً تأثیر آن بر سلامت و رشد فرزند و در نهایت سلامت خانواده و نیز عدم وجود پژوهش منسجم و کاربردی در خصوص موضوع بویژه اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان‌های جدید و موثر در بهبود مشکلات روانشناختی افراد می‌باشد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Act) بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد جنسی و عملکرد جنسی زنان باردار تأثیر دارد؟

روش کار

این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی است. از نظر شیوه گردآوری داده‌ها در دسته طرح‌های شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل قرار می‌گیرد. جامعه آماری شامل ۱۴۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به کلاس‌های آمادگی برای زایمان بیمارستان امیرمآزندرانی شهر ساری در نیم سال اول ۱۳۹۷ بود که شرایط ورود به مطالعه را داشتند. در ابتدا بر اساس روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شدند، بدین صورت که

پژوهشگر پس از ارائه توضیحاتی در مورد اهداف مطالعه و کسب رضایت آگاهانه از افراد واجد شرایط ورود به مطالعه پرسشنامه را در خلوت و با حفظ حریم خصوصی شخص در اختیار افراد قرار داده شد و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. در ابتدا از هر دو گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (دو جلسه در هفته) ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار داشت. برنامه آموزش گروهی بر اساس پروتکل ۸ جلسه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورتی زیر اجرا شد.

در جلسه اول به معرفی درمان، بحث در مورد حدود رازداری، رضایت آگاهانه مراجع برای اتمام فرآیند درمان، ارزیابی کلی و آشنایی با مفهوم نامیدی خلاق پرداخته شد. در جلسه دوم به بررسی تکالیف خانگی و ادامه بحث در مورد نامیدی خلاق پرداخته شد، در جلسه سوم و چهارم به معرفی کنترل به عنوان یک مشکل نه راه حل، آشنایی با مفهوم تمایل - پذیرش، تعهد رفتاری پرداخته شد. در جلسه پنجم و ششم به تعهدات رفتاری، آشنایی با مفهوم خود به عنوان زمینه و مفهوم ناهمجوشی شناختی، آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی، و نهایتاً در جلسه هفتم و هشتم به آشنایی با مفهوم ارزش‌ها و افزایش تمرکز بر تعهدات رفتاری پرداخته شد.

پس از اتمام جلسات، از هر گروه کنترل و آزمایش پس از آزمون گرفته شد و سپس پرسشنامه‌ها نمره گذاری شد و با استفاده از نرم افزار SPSS-21 داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این پژوهش بالینی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر می‌باشد). محدوده سنی زنان ۱۸-۴۵ سال بود. معیار ورود به مطالعه شامل: بارداری با سن ۳۰-۱۲ هفته، سلامت جسمی و روانی مادر و حداقل سواد خواندن و نوشتن در حد سوم و راهنمایی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود هر گونه اختلال سایکوتیک، ابتلاء به بیماری‌های طبی

¹ Defusion

² Contact with the present moment

³ Commitmantal act

مزمین جدی مثل تشنج، وجود بیماری‌های صعب‌العلاج و بیماری‌های بدخیم، وابستگی به الکل و مواد مخدر، سقط یا زایمان زودرس، فشارخون بالا سرویکس نارس، جداشدن زودرس جفت، پارگی زودرس کیسه آب، جفت سرراهی، مصرف داروهای ضدافسردگی و آرام بخش بود.

ابزارهای پژوهش

فرم مشخصات جمعیت شناختی، ۲ پرسش‌نامه مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بک و وایزمن (DAS) ۳ پرسش‌نامه عملکرد جنسی روزن و همکاران (FSF1) بود.

۱- پرسش‌نامه مقیاس نگرش ناکارآمد توسط بک و وایزمن (۱۹۷۸) بر مبنای نظریه بک در مورد محتوای ساختار شناختی در افسردگی تهیه شده است. این مقیاس از ۴ خرده مقیاس، عامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری-ارزشیابی عملکرد می‌باشد. پایایی هر پرسش‌نامه DAS با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تعیین شده و روایی مقیاس از طریق پیش بینی سلامت بانمره GHQ-2B برابر ۰/۵۶ بدست آمد. ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از باز آزمایی ۰/۷۳ گزارش شده است.

۲- پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۰)

یکی از ابزارهای مناسب شاخص عملکرد جنسی زنان است که با ۱۹ سوال عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه شامل: ۱. میل، ۲. تحریک روانی، ۳. رطوبت، ۴. ارگاسم، ۵. رضایت مندی، ۶. درد جنسی می‌سنجد.

در مطالعه روزن و همکاران پایایی باز آزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی و روایی پرسش‌نامه در این پژوهش از آزمونی به نام ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. پایایی پرسش‌نامه در تحقیق حاضر با انجام مطالعه بر روی ۱۰ نفر انجام شد که ضریب آلفای کرونباخ

پرسش‌نامه‌ی نگرش‌های ناکارآمد جنسی (۰/۷۵) و پرسش‌نامه عملکرد جنسی (۰/۹۷) بدست آمده است. نتیجه آزمون ضریب آلفای کرونباخ برای سوال‌های تعیین شده نشان از اعتبار مناسب پرسش‌نامه می‌باشد. اطلاعات پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-21، آزمون آمار توصیفی برای توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها و متغیرهای پژوهش از شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و نمودار ستونی استفاده شد. آمار استنباطی حاصل از نمونه به جامعه آماری از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. در این مطالعه میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

نتایج

شاخص‌های آماری توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کننده گان نشان می‌دهد که سن شرکت کننده گان در گروه درمان زیر ۲۰ سال (۶,۶۶±۲)، ۲۱-۳۰ سال (۵۶,۶۶±۱۷)، و ۳۱-۴۰ سال (۳۶,۶۶±۱۱) است که بیشترین افراد در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال و کمترین افراد در گروه سنی زیر ۲۰ سال قرار دارند. و بین گروه درمان و کنترل از نظر سنی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در هر دو گروه اکثریت دارای وضعیت اقتصادی متوسط می‌باشند و بیشترین سطح تحصیلات دیپلم می‌باشد و بیشترین بارداری مربوط به اولین بارداری (۸۶/۶۶±۲۶) می‌باشد. بیشترین مدت زمان ازدواج بین ۱-۵ سال (۷۳/۳۳±۲۲) بوده است. و بیشترین افراد نمونه در سه ماهه اول بارداری (۸۰±۲۴) قرار دارند.

۸۶/۶۶٪ از افراد نمونه خانه دار ۳/۳۳٪ پرستار و ۱۰٪ را شغل آزاد تشکیل می‌دهند. با توجه به نتایج می‌توان بیان داشت که هر هر دو گروه در حال و کنترل از نظر ویژگی‌های ذکر شده و متعادل می‌باشند.

جدول ۱- نتایج آزمون‌های معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	df خطا	P
اثر پیلاپی					
نگرش‌های ناکارآمد جنسی	۰,۴۸	۱۲,۴۹	۲	۲۷	۰,۰۰۰
عملکرد جنسی لامبدا و یلکز	۰,۹۷	۶۳,۸۷	۲	۲۷	۰,۰۰۱
نگرش‌های ناکارآمد جنسی	۰,۵۱	۱۲,۴۹	۲	۲۷	۰,۰۰۰
عملکرد جنسی اثر هتلینگ	۰,۱۲	۶۳,۸۷	۲	۲۷	۰,۰۰۱
نگرش‌های ناکارآمد جنسی	۰,۹۲	۱۲,۴۹	۲	۲۷	۰,۰۰۰
عملکرد جنسی	۴۷,۲۵	۶۳,۸۷	۲	۲۷	۰,۰۰۱

همانطور که در جدول شماره ۱ ملاحظه میشود، هر سه شاخص آماره ملاک آزمون در مورد تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در سطح ۰/۰۰۰ برای نگرش‌های ناکارآمد جنسی معنادار است. این یافته به این معناست که دو گروه مورد بررسی حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس یا اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میانگین نگرش‌های ناکارآمد جنسی بین دو گروه درمان و کنترل

شاخص متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد جنسی	۱	۳۸/۹۸	۵۳/۹۹	۰/۰۰۰
موفقیت	۱	۶/۸۹	۸/۲۶	۰/۰۰۰
نیاز به راضی کردن دیگران	۱	۲۴/۲۴	۶۳/۲۹	۰/۰۰۰
آسیب‌پذیری	۱	۸/۵۷	۱۱/۳۶	۰/۰۰۰
ارزشیابی عملکرد	۱	۳۶/۲۷	۵۰/۰۴	۰/۰۰۰
	۱	۴/۵۲	۷/۳۳	۰/۰۰۰
	۱	۲۹/۹۶	۳۸/۱۹	۰/۰۰۰
	۱	۴/۷۷	۴/۵۹	۰/۰۰۰
	۱	۴۸/۷۳	۶۱/۰۲	۰/۰۰۰
	۱	۷/۳۴	۹/۱۲	۰/۰۰۰

جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل شده نمرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده می‌شود. در نتیجه میتوان گفت که تأثیر معناداری بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد جنسی داشته است. نشان می‌دهد که اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد

جنسی ($F=53/99$ و $P < 0/05$) پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش‌آزمون، از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود نگرش‌های ناکارآمد جنسی در زنان باردار تأثیر دارد.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس یا اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میانگین عملکرد جنسی بین دو گروه

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	شاخص متغیر	
۰/۰۰۰	۵۷/۴۵	۱۲/۰۷	۱	پیش‌آزمون	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی
۰/۰۰۱	۵/۲۰	۰/۳۹	۱	گروه	
۰/۰۰۰	۶۳/۲۱	۴۲/۲۵	۱	پیش‌آزمون	میل
۰/۰۰۰	۱۱/۲۳	۸/۶۵	۱	گروه	
۰/۰۰۲	۲۴/۳۲	۱۸/۶۴	۱	پیش‌آزمون	تحریک روانی
۰/۰۰۲	۴/۳۱	۵/۲۳	۱	گروه	
۰/۰۰۰	۷۲/۱۱	۷۴/۲۳	۱	پیش‌آزمون	رطوبت
۰/۰۰۰	۲۷/۲۱	۳۴/۲۴	۱	گروه	
۰/۰۰۰	۴۲/۳۷	۷۰/۲۱	۱	پیش‌آزمون	ارگاسم
۰/۰۰۰	۱۵/۳۳	۱۸/۶۷	۱	گروه	
۰/۰۰۰	۶۲/۱۳	۴۴/۵۰	۱	پیش‌آزمون	رضایتمندی
۰/۰۰۰	۱۰/۲۲	۹/۳۸	۱	گروه	
۰/۰۰۷	۱۸/۲۴	۲۳/۵۶	۱	پیش‌آزمون	درد جنسی
۰/۰۰۷	۴/۲۸	۱۱/۶۷	۱	گروه	

گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی در زنان باردار تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش‌های ناکارآمد جنسی و عملکرد جنسی زنان باردار پرداخته شد که نتایج حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی به طور معناداری باعث تأثیر بر این دو متغیر می‌شود. این یافته‌ها در جهت تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل شده نمرات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده می‌شود. در نتیجه می‌توان گفت که تأثیر معناداری بر بهبود عملکرد جنسی داشته است. نشان می‌دهد که اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی ($F=75/45, p < 0/05$) و پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش‌آزمون، از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. از این رو می‌توان نتیجه

بسیاری از پژوهش‌ها همسو بوده است. هرچند پژوهش مشابه تحقیق مورد نظر یافت نشد. یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس و t زوجی نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر بهبود عملکرد جنسی در زنان باردار تأثیر دارد. این یافته با نتایج تحقیق (۱۶) (۱۸) در پژوهشی با عنوان اختلال عملکرد جنسی زوجین و برخی عوامل مرتبط با آن در دوران بارداری به این نتیجه دست یافتند که ۱۲/۵٪ از زوجین در سه ماهه اول، ۱۱/۳٪ در سه ماهه دوم و ۲۱٪ در سه ماهه سوم بارداری اختلال عملکرد جنسی داشتند. در سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری اختلال میل جنسی در زنان و عدم رضایتمندی جنسی و نیز عدم رسیدن به ارگاسم شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی در مردان بود. به طور کلی نمره عملکرد جنسی در دوران بارداری یا افزایش سن بارداری کاهش، به گونه‌ای که در سه ماهه سوم بارداری بیشترین اختلال عملکرد جنسی مشاهده می‌شود (۱۴، ۱۳، ۱۵). آموزش تعهد و پذیرش که متضمن اصلاح فرآیندهای شناختی در کنار آمدن و حل مشکلات، آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات (ذهن آگاهی) و پذیرش بی قید و شرط مشکل (اختلال) است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های شناختی مورد نیاز را در خود تقویت نمایند. از آنجایی که این بیماران علاوه بر داشتن افکار ناکارآمد متعدد، در پذیرش متشکل به عنوان یک واقعیت مقاومت کرده و با گسترش اجتناب و ناهمجوشی از یک طرف و کاهش انعطاف پذیری و درگیر شدن در گذشته به جای زندگی در زمان حال، فردی نارزنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده متمرکز شده و در نتیجه کاهش خلق فرونی یافته و علائم تشدید می‌گردد. بدیهی است در این مسیر هرگاه اراده کننده به شیوه‌ای عمل می‌کنند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده باشد. در درمان پذیرش و تعهد افزایش روانی میانجی بهبود مشکلات روانشناختی می‌باشد. به نظر می‌رسد آگاه بودن از لحظه حاضر بدون استفاده از قضاوت به مادران کمک می‌کند

بتوانند در ارتباط با سابقه مشکلات جنسی ارتباط بهتری برقرار کنند، که این موضوع به تنظیم هیجانی و راهکارهای مقابله‌ای بهتر می‌انجامد، که در نهایت دوره بارداری را ارتقا می‌بخشد. به طور خلاصه، به نظر می‌رسد در این برنامه افراد دارای مشکلات بارداری یاد می‌گیرند به جای تلاش برای توقف افکار و احساساتشان، آن‌ها را تجربه کرده و با مجموعه اهداف تعریف شده و نظام ارزش خویش پیوند برقرار کرده و با آن‌ها به طور مستمر در ارتباط باشند و زندگی خود را بر اساس آن‌ها تنظیم کنند... بر اساس نتایج مطالعه حاضر، نیمی از زنان اظهار داشتند که جذابیت جنسی آن‌ها نسبت به قبل از بارداری کاهش یافته است. در مطالعه بایرامی در تبریز ۴۸٪ زنان و در مطالعه پاولت و همکاران، (۱۱) در پرتغال ۴۱٪ زنان کاهش جذابیت جنسی آن‌ها نسبت به قبل از بارداری را گزارش کردند (۱۷، ۱۶). از آنجایی که نگرانی زنان باردار در مورد کاهش جذابیت جنسی شان می‌تواند منجر به مشکلات جنسی شود، لازم است کارکنان بهداشتی در زمینه اصلاح تصورات منفی از تغییرات ظاهری بدن با زنان باردار مشاوره کنند. در مطالعه حاضر اجتناب از فعالیت جنسی و کاهش دفعات رابطه جنسی بسیار شایع بود و دفعات رابطه جنسی اکثر زوجین کاهش یافته بود که افراد دلیل عمده آن راترس از صدمه به جنین ذکر کردند. در مطالعه از گلی و همکاران (۲۰۰۸) در تهران ۸۳٪ زنان در سه ماهه اول بارداری و در مطالعه پاشا و همکاران (۲۰۰۷) در بابل ۷۲٪ افراد کاهش رابطه جنسی نسبت به قبل را ذکر کردند (۱۹). مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۶) در تهران نشان داد که حدود ۷۵٪ زنان باردار و ۶۰٪ همسران آن‌ها نسبت به روابط جنسی در بارداری آگاهی نداشتند و خواستار مشاوره جنسی در بارداری بودند (۱۶). این یافته‌ها ضرورت مشاوره در این زمینه را می‌رساند. اغلب زنان در طی بارداری نیازمند نزدیکی عاطفی با همسر خود هستند و بایستی نیاز خود را با همسرشان در میان بگذارند. بهتر است به زوجین

تأکید شود که حتما نباید نزدیکی و در آغوش گرفتن منجر به نزدیکی جنسی شود و سایر اظهارات جنسی مثل نوازش یکدیگر، ماساژ پاها، گرفتن دست‌ها، بوسیدن و بغل کردن می‌تواند راضی‌کننده باشد (۱۲).

در رابطه با کاربرد این برنامه در امر درمان و پژوهش آتی پیشنهاد می‌شود که متخصصانی که با زنان باردار سرو کار دارند، از درمان پذیرش و تعهد که اصل پذیرش فکری، گسلش شناختی و پیگیری رفتارهای هدایت شده به وسیله ارزش‌ها است، برای کاهش رنجی که این افراد دارند و تخفیف نگرش‌های ناکارآمد جنسی و بهبود عملکرد جنسی در دوران

بارداری ایشان استفاده کنند. و تهیه کتابچه‌های ویژه در این زمینه و در اختیار زنان باردار و همسرانشان قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه و در دوره پیگیری طولانی‌تری تداوم اثر درمانی آن بررسی شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی مادران عزیز که در طول این مطالعه صبر و حوصله به خرج داده و ما را تا پایان همراهی نمودند و همچنین از مسئول کلاس آمادگی برای زایمان بیمارستان امیرمازندرانی تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1-kheiri M. The Effect formationcognitivocomportementale sur la sequence negative sur les attitudes du sexe et du sexe inefficaces et du fonctionnement sexuel chez la femme enceinte, these de maitrise. Universite Medicale Centrale,2014;9(6): 235-249.
- 2-Senkumwong N, chaovitsaree S, ruggpaos, chandraworese W. The changes of sexuality in thai women during pregnancy . jmed assoc thai, 2006;5(8): 124-139.
- 3- Harris R. Embracting your Anoverview of acceptance and commitment therapy.Psychotherap,2006;21(4):2-8.
- 4-Seratie M, Salvatore S, siesfo G, cattoni E, taninafo M, & Khullar V. Etial Female Sexual FuneFion During Pregnaney and After Childbirth ,2013;7(8):278-290.
- 5-Serati M, Salvatore S,Siesto G, Cattoni E, Taninato M, & khullar N. Female Sexual Function Durng Prenanly and after childbinth. J Sex Med 2010 ;7(8):212-220.
- 6-Andrews G,Women's Sexual Health 2nd ed Edinburgh: Bailliere, 2011;2(5): 78-85.
- 7- Lee Jt. The Meaning of Sexual Satisfaction in Prengnant Taiwan ese Women. J Mid Wifery Women's Health ,2012; 47(4):278-286.
- 8-Ribeiro Mc, Nakamuna Mu, Canavino T, Torloni MR, & Mattar R. Famale Sexual Function and Gestional Diabet's, 2014;9(3): 86-92.
- 9- Pauleta JR, Pereira NM, & Graca Lm. Sexuality During Pnegnanut, 2010; 7(2):137-142.
- 10- Pezeshki MZ, Baynami R. Reliability and Construet Validityo Arizona Sexual ExperiencecbScale (ASEX) Among Preanant Women Referred To Tabri z Urban Health Center,2015;6(7): 55-68.
- 11- Forman EM, HerBert d. New Directien's in Cognitive Behavior Therapy ; Acceptanee Based. Therapie's,Chapter To Appear In ;O'donhue W,Fisher JE.(edition). CognitiveBehviorthenapy;Applying Empirically Supporthed Treatment's in Your Pnactice. 2 nded.Holooken, 2013;6(7): 1526-163.
- 12- Ricci SS, Kyle T.Maternity and Pediatric Narsing. Philadelphia : Wolterskluwer ,2009;11(8): 255-268.
- 13- Saleh Moghadam A, Aghabeti F. Dysfonction sexuelle et facteurs connexes. Journal de fertilité et dinfertilité. ,2015;9(4): 296-305.
- 14-James A. KennySexuality of pregnant and breastfeeling women. Archievs of sexual Sexual Behavior. Springer Nature,2012;14(5):215-229.
- 15- Bayrami R, Sattashadeh N , & Kumakserai F. Medecine Dysfonction sexuelle des couples et certains facteurs associés pendant la grossesse. Reproduction and Infertility Journal du Journal of Reproduction & Infertility, (2008) ; 9 (36):271-282.
- 16- Pauleta JR,Pereira NM, & Graca LM. Sexuality During Pregnancy, 2011;7(1): 136-142.
- 17- Bayrami R. Sexual Experence in PnegnantbWomen Referring To The Health enters in Tabriz. Tabriz:Tabriz University of Medical Sciences, (2012) ;5(12):54-68.
- 18- Ozgoli G, Dolatian M, & Ozgoli M. Chenging Sexual in Terest During Pregnancy in Woman Referring To Primary Health Care Centers in Shahid Beheshti UniversityOfMedicalSciences.Article in Narse Midwifery Shahid bshshti Univ Med Sci, 2008;18(61):137-147.
- 19- Pasha H, Haj Ahmadi M. Pregnant Women and Some Related Factor's. J Hormoz and Univ Med Sci ,2007;10(4):343-358.
- 20- Wannakosit S, Phupong V. Sexual Behavior in Pregraney: Comparing Between Sexual,2013;15(3):68-76.
- 21.Heidari M, Kiani A, & Faghihzade S. Couple Knowledge and Ahitude About Sexuality in Pregnacy . J Tehran Univ, 2006;64(9):83-99.

Original Article

Effectiveness of acceptance and commitment therapy on ineffective sexual attitudes and sexual function in pregnant women

Received: 11/09/2019 - Accepted: 09/12/2019

Fatemeh Ghalian Nozari^{1*}
Ramazan Hassanzadeh²
Sara Gholamnejad³

¹Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran.

²professors of psychology department, Islamic Azad University, Sari branch, Sari, Iran.

³Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: Fateme.golian70@gmail.com

Abstract

Introduction: Pregnancy is one of the most risky periods of women's life and healthy sexual attitudes and relationships during pregnancy play a crucial role in marital adjustment and family solidarity. Due to the limited studies in this area, the present study aimed to evaluate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on improving sexual dysfunctional attitudes and sexual function in pregnant women.

Methods: This randomized clinical trial was conducted on quasi-experimental designs with pretest-posttest group. The statistical population of this study consisted of pregnant women referring to the Childbirth readiness classes in Sari city in the first 6 months of 1397, which resulted in the number of 140 people, and the sample of this study was 30 people who were randomly selected and random assignment in two groups of 15. The tool used in this study consisted of an inefficient attitude scale questionnaire (DAS) and Beck (1978), sex performance questionnaire Rosen et al, (2000). The therapeutic intervention (the acceptance and commitment approach) was performed on the test group during 8 session of the 90 - minute session and every week. The control group did not receive any training. To test the hypotheses, the covariance analysis test was used.

Results: The results showed that the independent variable had an impact on improving sexual performance attitudes and improving the sex performance of pregnant women ($P < 0.05$ and $F = 53.99$) and the effect of effect for sexual performance was 86 % ($P = 0.05$ and $F = 57.45$).

Conclusion: With regard to the results of the present study, it is recommended that clinicians be based on acceptance and commitment by specialists to train in maternity preparation classes and health centers to improve the dysfunctional attitudes of sexual and sexual performance.

Keywords: acceptance and commitment therapy, Ineffective sexual attitudes, Sexual function, pregnant women.