

## مقایسه اثربخشی درمان طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عزت نفس جنسی، خودابرازگری جنسی و خودباوری در زنان روسپی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۳۱

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر، با هدف مقایسه اثربخشی درمان طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عزت نفس جنسی، خودابرازگری جنسی و خودباوری در زنان روسپی انجام گرفت. **روش کار:** روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و کاربردی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان روسپی دارای پرونده در مرکز بازتوانی زنان سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰-۲۰۲۱ بود که، از جامعه مورد اشاره به صورت نمونه گیری هدفمند تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شیوه انتصاب تصادفی در چهار گروه مساوی، هر گروه ۱۵ نفر جایگزین و از طریق ملاکهای ورود و خروج انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه خودابرازگری جنسی هالبرت (۱۹۹۲)، پرسشنامه عزت نفس جنسی زیناه و سوارز (۱۹۹۶)، پرسشنامه خودباوری اسمیت و همکاران (۱۳۸۹)، پروتکل طرحواره درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) و پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کرین (۱۳۹۱) بود. تجزیه و تحلیل دادهها از آمار توصیفی و پیش فرضهای آماری شامل آزمون کلموگراف-اسمیرنف، آزمون شایپرو-ویلز، آزمون لوین، آزمون باکس و آزمون کرویت ماچلی با استفاده از نرم افزار Spss24 استفاده شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد مقدار F اثرات درون آزمودنی زمان و تعامل گروه و زمان و اثرات گروه در متغیرهای طرحواره جنسی، خودابرازگری جنسی، عزت نفس جنسی و خودباوری معنادار میباشد و نمرات گروههای آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری بهبود یافته است. میانگین نمرات متغیرهای طرحواره جنسی و خودابرازگری جنسی در گروههای طرحواره درمانی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش آزمون تغییر قابل توجهی داشت. همچنین هر دو روش طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عزت نفس جنسی و طرحواره درمانی و شناخت درمانی بر متغیر خودباوری مؤثر بود.

**کلمات کلیدی:** طرحواره جنسی، عزت نفس جنسی، خودباوری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

میترا تخت توانی<sup>۱</sup>

فلور خیاطان<sup>۲\*</sup>

سیدحمید آتش پور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.  
<sup>۳</sup> دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: f.khayatan@yahoo.com



## مقدمه

آسیب‌های اجتماعی زندگی زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد، زیرا یکی از عوامل زمینه‌ساز مربوط به آسیب‌پذیری در مقابل فشارهای روانی-اجتماعی داشتن جنسیت مؤنث است (دماری، حیدری، مسعودی فرید و ذکایی، 1399). از جمله این آسیب‌ها که آمارها طی چند سال اخیر در کشورهای آسیایی حکایت از سیر صعودی آن دارند، روسپیگری است (آلبرت، 2021). روسپی‌گری می‌تواند به عنوان هر مبادله‌ی جنسی تعریف شود که با بهره‌ی جنسی و احساسی برای عرضه‌کننده همراه نیست. اصطلاح، به معامله پایاپای بی‌بند و بارانه‌ی جنسی توسط مرد یا زن برای کسب درآمد و تأمین معاش اطلاق می‌شود (شکریگی و قزوینه، 1396).

روسی‌گری هم معلول مشکلات اجتماعی نظیر مهاجرت، بیکاری، حاشیه‌نشینی، فقر، عدم امکان ازدواج، مصرف‌گرایی، سطح تحصیلات پایین، خانواده از هم گسیخته، ضعف باورهای مذهبی و اختلالات شخصیتی است و هم خود به مشکلات روانی-اجتماعی متعددی می‌انجامد (یاسین و ناموکو، 2021). مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دامنه‌ی اثرات مخرب این پدیده طیف وسیعی را دربر می‌گیرد که علاوه بر تأثیرات مخرب بر بنیان خانواده‌ها و عادی جلوه دادن آن، باعث کاهش نرخ ازدواج، افزایش خیانت زناشویی و طلاق و شیوع بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی می‌شود (تواگیروموکیزا و سینگیرانکابو، 2021؛ سانچز، 2021). در ایران نیز مانند سایر کشورها مشکل روسپی‌گری وجود دارد اما با این وجود آمار دقیقی از این معضل اجتماعی و شیوع آن در دسترس نبوده و برخلاف جوامع دیگر روسپی‌گری در بین زنان ایرانی محدود به زنان معتاد، بی‌خانمان و خیابانی نبوده (نادری، کرمان و خسروی، 1400)، و همین آمارهای پراکنده حاکی از آن است که بخش بزرگی از این زنان را زنان متأهل تشکیل می‌دهد که از ازدواج مناسبی برخوردار نیستند (موحد، شهبازی و معاون، 1399).

عزت نفس جنسی نیز به ارزشی که یک فرد به عنوان یک موجود جنسی می‌دهد مانند هویت جنسی و درک شایستگی جنسی اشاره دارد. اگرچه عزت نفس جنسی با عزت نفس خود در خیلی از حوزه‌ها شبیه است اما عزت نفس جنسی تلاش میکند تا

احساسات، افکار و تجاربی را یک فرد در مورد خود جنسی دارد مجزا کند و توضیح دهد. عزت نفس جنسی از عوامل مختلفی از جمله میزان احساس کنترل بر رفتار جنسی، مهارت و تجربه در رفتار جنسی، میزان مطلوبیت تصویر تن، میزان پذیرش اخلاقی تجربه‌ی جنسی و میزان انطباق‌پذیری با تجربه‌ی جنسی تأثیر می‌پذیرد. حوادث منفی نیز می‌توانند بر روی عزت نفس جنسی تأثیر نامطلوب داشته باشند. از طرفی آگاهی فرد نسبت به ترجیحات و احساسات جنسی خود نیز می‌تواند عامل جذب رضایت جنسی فرد شود. خودآگاهی جنسی بیانگر شناخت جنبه‌های جنسی خود، شناخت افکار، نگرشها، اعمال و احساسات جنسی خود است. در واقع خودآگاهی جنسی شناخت صفت‌های جنسی خود است، صفاتی چون: خجالتی بودن در امور جنسی، عصبی شدن یا احساس ناراحتی در حین مقاربت، یا عدم اعتماد به نفس. تحقیقات نشان می‌دهد شناخت جنبه‌های جنسی خود، شناخت افکار، نگرشها، اعمال و احساسات جنسی به رضایت جنسی بالاتر منجر می‌شود (اسیگالا و همکاران، 2021).

بنابراین با وجود اینکه بین خودباوری با عزت نفس و خودابرازگری جنسی رابطه معنایی بسیار زیادی وجود دارد اما میتوان گفت خودباوری یکی از متغیرهایی است که در زندگی جنسی و زناشویی در کنار توانایی برقراری روابط صمیمانه از اهمیت قابل توجهی برخوردار است (شعبانی و عبدی، 1400). به طور کلی خودباوری یکی از عوامل تعیین‌کننده رفتار انسان در محیط اجتماعی محسوب میشود و به عنوان یک سپر و محافظ در مقابل ناسازگاری روان‌شناختی عمل می‌کند و باعث ارزیابی مثبت فرد از زندگی می‌شود. این متغیر به عنوان یکی از مباحث عمده در روان‌شناسی توجه بسیاری از پژوهشگران و روانشناسان را به خود جلب کرده است، به طوری که نظریه‌های متعددی به دنبال راه‌کارهای افزایش خودباوری و یا پرورش آن بوده‌اند. خودباوری یک نیاز اساسی است که در فرایندهای زندگی نقش مهم و به سزایی بر عهده دارد، زیرا به رشد و سلامت و طبیعی بودن فرد کمک می‌کند. از این روز بدون اعتماد به نفس مثبت، رشد روان‌شناختی فرد متوقف می‌شود. در حقیقت خودباوری مثل یک سیستم ایمنی آگاهانه عمل نموده و مقاومت و ظرفیت لازم برای زندگی فرد را فراهم می‌آورد. از سوی دیگر

خودباوری پایین، انعطاف پذیری فرد را در مقابل مشکلات کاهش می دهد (صانعی و همکاران، 1398).

به همین دلیل در راستای حل مشکلات زناشویی و افزایش عملکرد مطلوب زوجین درمانهای مختلفی وجود دارد که یکی از این درمانها طرحواره درمانی میباشد. مفید بودن طرحواره درمانی در درمان مشکلات شدید زناشویی و مشکلات رایج در تداوم روابط صمیمی تایید شده است. الگوهای طرحواره محور، طرحواره را به عنوان طیفی گسترده و فراگیر از مسائل و موضوعاتی میدانند که برخورد و روابط خود با دیگران تمرکز دارد. در دوره کودکی پرورش میابد و در طول زندگی پیچیده تا حدی ناکارآمد میشود. طرحوارهها اساساً قطعی و غیرشرطی هستند که توسط افراد حفظ میشوند (حمیدپور و اندوز، 1398). در واقع طرحوارهها غیرقابل انکار و مسلم تلقی میشوند و به عنوان الگویی برای پردازش تجربیها مورد استفاده قرار میگیرند. در طول زمان گسترده میشوند، افکار و روابط با دیگران را مشخص میکنند. از نظر بک طرحوارههای ناسازگار اولیه در اصل نمونههای معتبری از تجارب آسینزای دوران کودکی هستند که رفته رفته به صورت الگوهای از تفکرات تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد شخصیت میشوند و از آنجایی که در آغاز زندگی پرورش میابند به صورت عادت و بیهیچ پرس و جو باقی میمانند و اغلب خودپندارهها و دیدگاههای انسان را درباره جهان تشکیل میدهند (باباخانی، 1398).

از سوی دیگر برای جلوگیری از بروز مشکلات در بین زوجین و نیز افزایش رضایت زناشویی، مداخلات مختلفی وجود دارد که یکی از مهمترین این مداخلات، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از جمله درمانهای موج سوم رفتاردرمانی است که در ابتدا برای پیشگیری از بازگشت افسردگی توسط سگال، ویلیامز و تیزدل (2002) معرفی شد و جنبههایی از شناخت درمانی را با تکنیکهای مراقبه ترکیب میکند که هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتواند تغییرات خلقی خود را شناسایی و از شروع مجدد بیماری جلوگیری کند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مستلزم

راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که باعث جلوگیری از عوامل ایجادکننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخهای نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکلگیری افکار و هیجانهای خوشایند میشود (ویلیامز، 2018). در ذهن آگاهی از توانایی مددجو برای بازسازی شناختی استفاده میشود. ذهن آگاهی از طریق توجه هدفمند، در اینجا و هم اکنون، و توجه عاری از قضاوت نسبت به تجارب لحظه به لحظه پدیدار میشود. وقتی ذهن در عمل مورد مشاهده قرار میگیرد، افکار خود به خود ناپدید میشوند. استفاده از تکنیکهای ارتقادهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، موجب افزایش پذیرش همسر و خود میگردد (موون و همکاران، 2022). بنابراین، آموزش افراد برای داشتن روابط زوجی سالمتر در قالب برنامه‌های ارتقای رابطه زناشویی علاوه بر اینکه موجب پیشگیری از شدت یافتن اختلافات زناشویی و افزایش رضایت از زندگی میشود، افزایش سلامت جسمی و روانی افراد جامعه را نیز به دنبال دارد. لذا با توجه به مطالعات انجام شده، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا بین اثربخشی دو روش درمانی (طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (بر سازه‌های جنسی) خودبازگویی، عزت نفس جنسی (و خودباوری در زنان روسپی تفاوت وجود دارد؟

## روش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه انجام شد و پس از تعیین و جایگزینی تصادفی گروه‌های آزمایش و کنترل (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل)، برنامه‌های مداخلاتی طی جلسات معین، هر کدام به صورت دو جلسه در هفته و هر جلسه به مدت 1 ساعت (60 دقیقه) (بر روی گروههای آزمایش اعمال شد و پس از اتمام جلسات درمانی، از آزمودنی‌های آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد. سه ماه بعد از اتمام جلسات مداخله دوره پیگیری نیز اجرا شد. سپس از بین افرادی که مایل به همکاری و دارای ملاک‌های وارد شدن به مطالعه بودند با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد نمونه مشخص

برای افراد گروه کنترل هیچ برنامه مداخلاتی اعمال نشد و این گروه در لیست انتظار قرار گرفتند که در صورت موثر بودن روش‌های مداخلاتی در پایان مطالعه این افراد نیز از آن بهره‌مند شوند. مرحله پس آزمون نیز پس از خاتمه جلسات درمانی و برای همه افراد اعم از افراد گروه آزمایش (1) الی (3) و کنترل اجرا شد. سیمای کلی طرح پژوهش، در جدول 1 بیان شده است.

شده انتخاب و در این مرحله دوره پیش آزمون بین آنها اجرا شد. این افراد به شیوه انتصاب تصادفی در گروه‌های مساوی 15 نفری (چهار گروه شامل سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. برای افراد دو گروه مداخله جلسات مداخلاتی و درمانی با توجه به پروتکل مشخص هر رویکرد در یکی از اتاق‌های مرکز بهزیستی که از قبل برای این امر در نظر گرفته شده است، طی روزهای مجزایی از یکدیگر اجرا شد. در این مدت

### جدول 1- سیمای کلی طرح پژوهش

| پس آزمون | اعمال متغیر مستقل | پیش آزمون | حجم نمونه | انتخاب‌ها       | مراحل گروه‌ها |
|----------|-------------------|-----------|-----------|-----------------|---------------|
| T2       | X                 | T1        | 15 نفر    | R <sub>E1</sub> | آزمایش 1      |
| T2       | X                 | T1        | 15 نفر    | R <sub>E2</sub> | آزمایش 2      |
| T2       | X                 | T1        | 15 نفر    | R <sub>E3</sub> | آزمایش 3      |
| T2       | -                 | T1        | 15 نفر    | RC              | کنترل         |

#### پرسش‌نامه عزت نفس جنسی

این پرسش‌نامه خودگزارشی در سال 1996 به وسیله زیناه و سوارز به منظور سنجش پاسخ‌های مؤثر در ارزیابی جنسی زنان از خود تدوین و اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه دارای 35 سؤال با 5 زیرمقیاس شامل تجربه و مهارت، جذابیت، کنترل، قضاوت اخلاقی و انطباق است. نمره گذاری سؤالات پرسش‌نامه در طیف لیکرت (5 درجه‌ای) گزینه کاملاً مخالف = نمره 1 تا کاملاً موافق = نمره (5) انجام می‌شود. سازندگان ابزار ضریب آلفای کرونباخ کل این ابزار را 83/0 و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین 80/0 تا 84/0 گزارش کرده‌اند. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ کل این ابزار 88/0 و زیرمقیاس‌های آن در دامنه‌ای بین 66/0 تا 73/0 گزارش شده است (کرمی، شلانی و هویزی، 1396). در پژوهش شاملی و داودی (1398) نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه 85/0 محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با 88/0 و زیرمقیاسها در دامنه‌ای بین 71/0 الی 75/0 محاسبه شد.

#### پرسش‌نامه خودباوری

#### ابزارهای پژوهش

##### پرسش‌نامه خودابرازگری جنسی

این پرسش‌نامه خودگزارشی در سال 1992 به وسیله هالبرت به منظور سنجش خودابرازگری جنسی تدوین و اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه دارای 25 سؤال است. نمره گذاری سؤالات پرسش‌نامه در طیف لیکرت (5 درجه‌ای) گزینه همیشه = نمره صفر تا هرگز = نمره (4) انجام می‌شود. در این پرسش‌نامه سؤالات شماره 3، 4، 5، 7، 12، 15، 16، 17، 18، 21، 22 و 23 به صورت معکوس محاسبه و نمره گذاری می‌شوند. سازنده ابزار ضریب آلفای کرونباخ آن را 86/0 و پایایی آن را 89/0 گزارش کرده است. در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار مورد تأیید قرار گرفته است. پژوهشگری ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را 92/0 گزارش کرده است (به نقل از صابری، توزنده‌جانی، ثمری و نجات، 1398). کرمی، بابازاده، لطیف‌نژاد رودسری و اسماعیلی (1397) نیز در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را 83/0 گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با 82/0 محاسبه شد.

حیاتی و قدرتی میرکوهی (1399) نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار 89/0 به دست آمده است که بیانگر پایایی مناسب ابزار می‌باشد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با 81/0 محاسبه شد.

### خلاصه محتوای جلسات مداخله

#### الف - پروتکل طرح واره درمانی

طرح واره درمانی با توجه به پروتکل درمانی یانگ و همکاران (2003) طی 10 جلسه گروهی و هر جلسه به مدت 60 دقیقه (1 ساعت) اجرا شد.

این پرسش‌نامه خودگزارشی در سال 1389 به وسیله آزادی به منظور سنجش خودباوری و براساس مدل خودباوری اسمیت و همکاران تدوین و اعتباریابی شده است. این پرسش‌نامه دارای 21 سؤال با 2 زیرمقیاس عزت نفس و کارآمدی می‌باشد. نمره گذاری سؤالات پرسش‌نامه در طیف لیکرت 5 درجه‌ای (گزینه صادق نیست 1 = نمره تا صادق است 5 = نمره) انجام می‌شود. روایی صوری پرسش‌نامه توسط سیوندی (1392) به روش کمی اندازه‌گیری و میزان آن 95/0 تعیین شده است. به منظور تعیین پایایی ابزار از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضریب پایایی آن 95/0 محاسبه شده است. در مطالعه تجلی‌فر،

### جدول ۲. محتوای جلسات طرح‌واره درمانی

| جلسات      | محتوای جلسات  |
|------------|---|
| جلسه اول   | آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه، بیان اهمیت و هدف طرح‌واره درمانی و مشکلات مراجعان در قالب طرح‌واره درمانی   |
| جلسه دوم   | فرضیه سازی در خصوص طرح‌واره‌ها و شناسایی و نام گذاری آن‌ها، تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی مراجع، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش.  |
| جلسه سوم   | مفهوم‌سازی مشکل مراجع طبق رویکرد طرح‌واره، جمع‌آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش، بررسی شواهد عینی و تأکید کننده و طردکننده طرح‌واره‌ها براساس شواهد زندگی مراجع.                  |
| جلسه چهارم | اسناد دادن شواهد تأیید کننده طرح‌واره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های مقابله ناکارآمد، گفت‌وگو بین طرح‌واره‌ها و جنبه سالم، یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط مراجع.                   |
| جلسه پنجم  | تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرح‌واره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرح‌واره، نوشتن فرم ثبت طرح‌واره در زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها.                            |
| جلسه ششم   | ارائه منطبق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفت‌وگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ بر علیه طرح‌واره‌ها.                       |
| جلسه هفتم  | ایجاد فرصتی برای مراجع جهت شناسایی احساسات خود نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده او توسط آن‌ها، کمک به مراجع برای بیرون ریختن هیجانات منع شده و فراهم نمودن زمینه حمایت برای مراجع. |
| جلسه هشتم  | پیدا کردن راه‌های جدید و تازه برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای معیوب، تهیه فهرستی جامع از رفتارهای مشکل‌ساز، تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج درمانی.     |
| جلسه نهم   | تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش، انجام تکالیف مرتبط با الگوهای جدید رفتاری.                                |
| جلسه دهم   | بازنگری مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی.  |

## ب- پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با توجه به پروتکل درمانی کرین طی 8 جلسه گروهی و هر جلسه به مدت 60 دقیقه (1 ساعت) اجرا شد.

### جدول ۳. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسات      | محتوای جلسات   |
|------------|--|
| جلسه اول   | آشنایی و ایجاد رابطه دوستانه، تعیین هدف و قوانین جلسه، مفهوم سازی و لزوم استفاده از ذهن آگاهی و معرفی برخی از اصطلاحات مانند خوردن کشمش.   |
| جلسه دوم   | آشنایی با تن آرامی، تمرین واریسی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفسی و تمرین افکار و احساسات، تعریف هیجان و شناسایی هیجان مثبت و منفی، آموزش ثبت رخدادهای مطلوب و معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن.                           |
| جلسه سوم   | مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن)، قدم زدن همراه با حضور ذهنی، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رخدادهای نامطلوب.   |
| جلسه چهارم | مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار)، تعریف اصول و قوانین حاکم بر هیجان، فضای تنفس سه دقیقه‌ای به طور منظم، فضای تنفس سه دقیقه‌ای مقابله‌ای.  |
| جلسه پنجم  | مراقبه نشسته آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار و چگونگی واکنش نشان دادن به آن‌ها، سه دقیقه فضای تنفسی منظم و مقابله‌ای، معرفی مفهوم پذیرش.   |
| جلسه ششم   | کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، بحث در مورد این که افکار واقعی نیستند، سه دقیقه فضای تنفسی منظم و سبک مقابله‌ای.  |
| جلسه هفتم  | تغییر خلق و افکار از طریق افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت، اجازه دادن به ورود افکار مثبت و منفی به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که به فرد احساس تسلط می‌دهند. |
| جلسه هشتم  | هشیار شدن نسبت به نشانه‌های مرتبط با مشکلات فعلی، تأمل واریسی بدنی، مرور بر جلسات قبل و جمع‌بندی.  |

### ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش تمام ملاحظات اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه بودن مشخصات فردی، رضایت آگاهانه و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

آزمون کروییت ماچلی انجام شد. سپس، از آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر به منظور تحلیل فرضیات پژوهش با نرم افزار آماری spss نسخه 24 استفاده شد. به منظور مقایسه اثرات درمانی نیز از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد.

### تجزیه و تحلیل آماری

در این پژوهش ابتدا یافته‌های توصیفی ارائه شد. قبل از تحلیل آماری پیش فرضهای آماری شامل آزمون کلموگراف-اسمیرنوف، آزمون شاپیرو-ویلز، آزمون لوین، آزمون باکس و

### یافته‌ها

جدول 4 نشان داد که اثرات درون آزمودنی زمان و تعامل گروه و زمان و همچنین اثرات بین آزمودنی گروه برای متغیرهای پژوهش معنادار است. ( $p < 0/01$ ) به طوری که به ترتیب مقدار F

سطح 01/0 معنادار است و نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین مراحل آزمون در چهار گروه وجود دارد. مقدار F نیز برای متغیر گروه نیز به ترتیب برای متغیرهای خودابرازگری جنسی، عزت نفس جنسی و خودباوری برابر با 329/13، 936/144 و 13/6 میباشد که در سطح 01/0 معنادار است و نشان می‌دهند گروه بندی (مداخله آزمایشی) بر متغیرهای مورد بررسی تأثیر داشته است.

برای اثر زمان متغیرهای خودابرازگری جنسی، عزت نفس جنسی و خودباوری برابر با 699/116، 524/639 و 751/88 میباشد که در سطح 01/0 معنادار است و نشان می‌دهد که نمرات افراد در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم تفاوت معناداری داشته است. همچنین مقدار F به ترتیب برای اثر تعامل زمان و گروه متغیرهای خودابرازگری جنسی، عزت نفس جنسی و خودباوری برابر با 012/17، 256/89 و 751/88 میباشد که در

#### جدول ۴. تحلیل واریانس اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی متغیرهای پژوهش

| متغیرها     | سطح     | منبع اثر         | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | معناداری | Eta  | توان آماری |
|-------------|---------|------------------|---------------|------------|-----------------|---------|----------|------|------------|
| خودابرازگری | درون    | زمان             | 644/4733      | 664/1      | 060/2845        | 699/116 | 000      | 67/0 | 1          |
| جنسی        | آزمودنی | اثر تعامل گروه × | 178/2070      | 999/4      | 746/414         | 012/17  | 000      | 47/0 | 1          |
|             |         | زمان             |               |            |                 |         |          |      |            |
|             |         | خطا              | 511/2271      | 173/93     | 379/24          |         |          |      |            |
|             | بین     | گروه             | 889/4184      | 3          | 963/1394        | 329/13  | 000      | 41/0 | 1          |
|             | آزمودنی | خطا              | 756/5860      | 56         | 656/104         |         |          |      |            |
| عزت نفس     | درون    | زمان             | 033/1748      | 1          | 033/1748        | 524/639 | 000      | 91/0 | 1          |
| جنسی        | آزمودنی | اثر تعامل گروه × | 90/731        | 3          | 967/243         | 256/89  | 000      | 82/0 | 1          |
|             |         | زمان             |               |            |                 |         |          |      |            |
|             |         | خطا              | 067/153       | 56         | 73/2            |         |          |      |            |
|             | بین     | گروه             | 994/3346      | 3          | 665/1115        | 936/144 | 000      | 88/0 | 1          |
|             | آزمودنی | خطا              | 067/431       | 56         | 698/7           |         |          |      |            |
| خودباوری    | درون    | زمان             | 878/4109      | 558/1      | 792/2637        | 751/88  | 000      | 61/0 | 199/0      |
|             | آزمودنی | اثر تعامل گروه × | 544/1139      | 67/4       | 793/243         | 20/8    | 000      | 30/0 |            |
|             |         | زمان             |               |            |                 |         |          |      |            |
|             |         | خطا              | 244/2593      | 252/87     | 721/29          |         |          |      |            |
|             | بین     | گروه             | 756/2020      | 3          | 585/673         | 13/6    | 001/0    | 24/0 | 95/0       |
|             | آزمودنی | خطا              | 22/6152       | 56         | 861/1097        |         |          |      |            |



جدول ۵ نشان داد که تفاوت میانگین نمرات گروه طرحواره درمانی با میانگین نمرات گروه کنترل برای تمامی متغیرهای خودابرازگری جنسی، عزت نفس جنسی و خودباوری در سطح 01/0 معنادار است. مقایسه زوجی سایر گروهها نیز با هم برای متغیر خودباوری نشان داد که تفاوت میانگین آنها در سطح 05/0 هم معنادار نیست در حالی که برای متغیرهای خودابرازگری جنسی و عزت نفس جنسی در سطح 01/0 تفاوت معناداری را نشان داد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بیشترین اثربخشی را برای متغیرهای عزت نفس جنسی و خودباوری داشته است.

### جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی مقایسه متغیرهای پژوهش در گروههای آزمایش و کنترل

| متغیر            | گروه               | گروه مقایسه              | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | معناداری |
|------------------|--------------------|--------------------------|---------------|----------------|----------|
| خودابرازگری جنسی | طرحواره درمانی     | شناخت درمانی(ذهن آگاهی)  | 53/4          | 15/2           | 24/0     |
|                  | کنترل              |                          | 57/10         | 15/2           | 000      |
| عزت نفس جنسی     | شناخت درمانی مبتنی | طرحواره درمانی           | 53/4-         | 15/2           | 24/0     |
|                  | بر ذهن آگاهی       | کنترل                    | 04/6          | 15/2           | 04/0     |
|                  | کنترل              | طرحواره درمانی           | 57/10-        | 15/2           | 000      |
|                  |                    | شناخت درمانی( ذهن آگاهی) | 04/6-         | 15/2           | 04/0     |
| عزت نفس جنسی     | طرحواره درمانی     | شناخت درمانی( ذهن آگاهی) | 97/0          | 58/0           | 60/0     |
|                  | کنترل              |                          | 66/10         | 58/0           | 000      |
|                  | شناخت درمانی مبتنی | طرحواره درمانی           | 97/0-         | 58/0           | 60/0     |
|                  | بر ذهن آگاهی       | کنترل                    | 68/9          | 58/0           | 000      |
| خودباوری         | کنترل              | طرحواره درمانی           | 667/10-       | 58/0           | 000      |
|                  |                    | شناخت درمانی(ذهن آگاهی)  | 68/9-         | 58/0           | 000      |
|                  | طرحواره درمانی     | شناخت درمانی(ذهن آگاهی)  | 133/2         | 2/21           | 1        |
|                  | کنترل              |                          | 822/8         | 2/21           | 0/001    |
| عزت نفس جنسی     | شناخت درمانی مبتنی | طرحواره درمانی           | -2/13         | 2/21           | 1        |
|                  | بر ذهن آگاهی       | کنترل                    | 6/68          | 2/21           | 0/02     |
|                  | کنترل              | طرحواره درمانی           | -8/82         | 2/21           | 0/001    |
|                  |                    | شناخت درمانی(ذهن آگاهی)  | -6/68         | 2/21           | 0/02     |

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش بیانگر این بود که در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی باید گفت که عناصر این رویکرد متشکل از رویکردهای شناختی-رفتاری، گشتالت، دلبستگی، روابط موضوعی، سازه گرایی و روانکاوی در قالب یک مدل درمانی میباشد. این در حالی است که افکار منفی مرتبط با طرحواره جنسی یا تصویر بدنی نقش مهمی در کژکارهای جنسی دارند و این طرحوارههای

انتقاد از خود و تصویر منفی از خود مانع تمرکز فرد بر موقعیتهای شهوت انگیز میشود و با تقویت هیجانهای منفی مانند اضطراب، شرم و گناه مانع تکمیل پاسخ های جنسی از جمله تمایل جنسی تا ارگاسم میشود. همچنین، نشان داده شده است که طرحواره جنسی تعمیمهای شناختی یک فرد درباره جنبه های جنسی است که از تجارب گذشته او نشأت گرفته و در تجارب کنونی او آشکار شده و رفتار جنسی وی را هدایت میکند. یکی دیگر از

بخشهای رویکرد طرحواره درمانی تمرکز روی سبکهای مقابله‌ای ناکارآمد بیماران است که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده‌اند و این در حالی است که براساس مطالعات انجام شده، سبکهای مقابله‌ای نادرست مانند غفلت، بیتوجهی، انکار علائم و خود درمانی در بین مبتلایان به مشکلات جنسی شایع است و بنابراین، طرحواره درمانی با تمرکز بر روی اصلاح سبکهای مقابله‌ای این دسته از بیماران، میتواند در درمان اختلال جنسی و بهبود مشکلات مرتبط با طرحواره و تصورات جنسی مؤثر واقع گردد.

در مورد خودابرازگری جنسی نیز طرحواره درمانی با آماج قرار دادن قالبها یا الگوهای فرد و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه قادر به درمان کاهش مشکلات ناشی از این طرحوارهها است. تکنیکهای رفتاری به افراد کمک میکند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره‌های خاص، سبکهای مقابله‌ای سالمتری را انتخاب و جانشین سازی کنند. همچنین، به افراد کمک میکند تا از طرحوارهها فاصله بگیرند و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. این رویکرد درمانی به فرد کمک میکند تا درستی طرحواره‌هایش را ارزیابی و قضاوت کند. در اثر کاربرد این رویکرد فرد طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی مینگرد که میتواند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آنها بجنگند. تکنیکهای تجربی نیز کمک میکنند تا فرد با سازمان دهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیریهای جدید، تنظیم عواطف بین فردی و نیز خودآرامشدهی زمینه را برای بهبود شرایط خود و به طور کلی مهارت ابراز ابعاد مختلف زندگی از جمله زندگی جنسی را کسب و مورد استفاده قرار دهد.

همچنین در تبیین اثربخشی مداخله به شیوه ذهن آگاهی بر خودابرازگری جنسی میتوان بیان کرد که مداخله ذهن آگاهی نوعی درمان است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و احساسات بدنی پیرامون را در لحظه ممکن ساخته و مشکلات جنسی و رابطهای را که به صورت تدریجی ایجاد شده است،

کاهش می بخشد. افراد دارای خودابرازگری جنسی پایین نیاز به تجربیات متنوع، جدید و پیچیده جنسی کمتر و آمادگی به قرار گرفتن در معرض روابط مناسب و کافی جنسی و اجتماعی را به درستی نشان نمیدهند. همچنین، در این افراد رفتارهای خودمهارگری ممکن است بالا باشد و همین امر با استفاده هر چه بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و اجتنابی همراه گردد. مداخله به روش ذهن آگاهی باعث میشود که چنین افرادی به محیط پیرامون خود آگاهی بیابند و رفتارهای خود را با توجه و هوشیاری بیشتری مدنظر قرار داده و انجام دهند و رفتارها و هیجانات خود را از حالت خودکار خارج نموده و خود بر این هیجانات و رفتارها ادراک کنترل داشته باشند. افزایش سطوح خودابرازگری باعث رفتارهای انطباقی در سطح کلی و ارتباط مؤثر و بیان جنسی به موقع و مناسب خواهد شد. در تبیین دلایل اثرگذاری مداخله ذهن آگاهی بر عزت نفس جنسی و تفاوت بین این شیوه مداخلاتی نیز با رویکرد دیگر یعنی طرح واره درمانی میتوان اظهار داشت که با توجه به اینکه عزت نفس به طور کلی جزء شناختی شخصیت انسان هست میتوان گفت تغییر شناختی در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به این صورت ایجاد میشود که شرکت کنندگان ترغیب میشوند به تنش به عنوان یک چالش و نه یک تهدید بنگرند و افکارشان را بدون قضاوت و داوری در مورد آن واقعه یا رفتار جنسی یا اجتماعی بپذیرند و همچنین، به شرکت کنندگان آموزش داده میشود هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ایجاد شد اجازه دهند که افکار به همان صورت در ذهنشان باقی بمانند، به علاوه الگوهایی برای آموزش مهارتهای تمرکززدایی فراهم میکنند و از روشهایی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه‌های فکر-خلق را تداوم میبخشد، استفاده میکنند. میتوان افزود که در تمرینات ذهن آگاهی تأکید زیادی بر واریسی بدنی و ذهنی انجام میگردد در حدی که نهایتاً فرد به یکپارچگی ذهنی و بدنی دست مییابد تا بتواند تجربیات شخصی خود را ثبت و آنها را به طور منطقی مورد ارزیابی قرار دهد و در نتیجه در موقعیتهای رفتارهای متنوع براساس

داشته است. لذا این درمان با افزایش تعاملات مثبت و مدیریت بهتر هیجان‌ات و کسب نتایج مطلوب بر خودباوری فرد سودمند خواهد بود. بنابراین از آنجایی که این پژوهش در شهر اصفهان و به صورت مقطعی انجام شده و شرکت کنندگان در پژوهش به صورت نمونه‌گیری هدفمند بوده انتخاب گردیدند. بنابراین در تعمیم یافته‌ها بایستی جانب احتیاط را رعایت نمود. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر روش اجرای پژوهش که صرفاً از طریق پرسشنامه بوده و این امر میتواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد، بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، برای سنجش متغیرهای پژوهش علاوه بر پرسشنامه از دیگر روش‌ها مانند مصاحبه نیز استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دوره‌ی دکتری روانشناسی با عنوان «مقایسه اثربخشی درمان‌های طرح‌واره درمانی، هیجان‌مدار و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرح‌واره‌های جنسی، خودابرازگری جنسی، عزت نفس جنسی، خودباوری و ترس از صمیمیت در زنان روسپی شهر کرمانشاه» است که در سال 1402 با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC. 1402.122 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به ثبت رسیده است.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام میکنند که در این پژوهش، هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### سهم نویسندگان

همه نویسندگان در ایده پردازی و انجام طرح، همچنین نگارش مقاله یا بازنگری آن سهم بوده‌اند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر مسولیت دقت و صحت مقاله مندرج در آن را می‌پذیرند.

### منابع مالی

در انجام این پژوهش از هیچ ارگانی کمک مالی دریافت نگردید.

دانایی خود انتخاب کند، نه صرفاً هدایت خودکار رفتارها، که گاه منجر به پیامد ناکامی در امور میگردد.

در مورد خودباوری نیز طرح‌واره درمانی باعث میشود افراد طی جلسات آموزش با تغییر باورهای منفی نسبت به خود به باور خودکارآمدی بهتر دست پیدا کنند و با توجه به این توانایی آنها در مقابله با مشکلات افزایش یافته و پشتکار و توان فکری و عملی آنها جهت مرتفع ساختن مسائل و مشکلات پیس روی در زندگی بهبود یافته است. لذا افراد با افزایش این ویژگی در خود، تأثیرات نامطلوب محیطی که از نظر اجتماعی و اقتصادی حمایت کننده نیستند تا حدودی خنثی میشود. همچنین، افراد دارای برداشت قوی از خود در مواجهه با خطرات بالقوه اضطراب و تنش کمتری را تجربه میکنند و میتوانند با رویدادهای اضطراب‌آور مقابله کنند، پریشانی کمتری را تجربه کنند و با تمرکز بر آنچه در انطباق با آن موقعیت میتوانند انجام دهند، دیگر توجه خود را به ناکامی و ناتوانی در انطباق با آن موقعیت یا رفتار متمرکز نمیسازند. ضمن اینکه اعضای گروه در جریان جلسات درمان به یکدیگر کمک میکنند یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت میکنند، به هم اطمینان، پیشنهاد و بینش میدهند و این تعاملات باعث تسهیل در روند درمانی جلسات و تغییر افکار منفی آن‌ها و افزایش باور به خود در آنها میشود. به بیان دیگر میتوان گفت طرح‌واره درمانی میتواند با تغییر شناختها و رفتارهای سازش یافته به عنوان یک روش مداخله مؤثر عمل نماید و با به کارگیری راهبردهای شناختی در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار، نیرومند ساختن رفتارهای بین فردی، افزایش شناخت اجتماعی و بهبود تعاملات با محیط و دیگران مؤثر باشد. در تبیین تأثیر درمان ذهن آگاهی بر خودباوری باید بیان کرد که خودباوری اعتقادی است که از زمان کودکی در درون خانواده رشد میکند و در دوران نوجوانی و جوانی تحت تأثیر گروه همسالان قرار میگیرد. زمانی که خودباوری بالا باشد، موقعیتهای استرسزا که معمولاً زنان در طول زندگی مشترک با همسران با آنها مواجه هستند، دچار افسردگی نمیشوند. باور خودکارآمدی یکی از راهبردهایی است که در تعیین رفتارهای بهداشتی و روانی در افراد نقش تعیین کننده‌ای

## منابع

- باباخانی، وحیده. (1398). اثربخشی آموزش مهارت های ذهن آگاهی بر سازگاری و سلامت روان دانش آموزان. *مجله رویش روان شناسی*. 172-178:8(5).
- دماری، بهزاد؛ حیدری، علیرضا؛ مسعودی فرید، حبیب الله؛ ذکایی، آرزو. (1399). برنامه کشوری بازپروری زنان آسیب دیده اجتماعی در سازمان بهزیستی ایران. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. 343-354:18(3).
- سیوندی، رضا. (1392). بررسی رابطه بین کیفیت رهبری و خودباوری مدیران در دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مدیریت منابع انسانی. دانشگاه آزاداسلامی، واحد رفسنجان.
- شعبانی، جعفر؛ عبدی، حسن. (1400). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات جنسی و رضایت جنسی زنان دارای همسران با روابط فزاینده. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. 60-69:18(1).
- شکریگی، عالییه؛ قزوینه، ژیلا. (1396). روسپی گری زنان: مورد پژوهی روسپی گری زنان کولی در محله حکمت آباد کرمانشاه. *مجله مطالعات اجتماعی زنان*. 145-164:15(3).
- صابری، محمدحسین؛ توزنده جانی، حسن؛ ثمری، علی اکبر؛ نجات، حمید. (1398). پیش بینی پایداری ازدواج براساس سازگاری زناشویی و خودابرازگری جنسی با میانجیگری هوش هیجانی. *مجله پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*. 56-70:9(2).
- صانعی، فرشته.، مهربابی، حمید.، صداقت، مستوره.، و زرنیدی، فرشته. (1398). اثربخشی آموزش مهارت های جنسی بر طرحواره جنسی و رضایتمندی زناشویی زنان متأهل. *فصلنامه پرستار و پزشک در زرم*، 24(7)، 93-102.
- علیدادی شمس آبادی، شکوفه و مجیدپور آزادشیرازی، مریم. (1398). مروری بر تأثیر طرحواره جنسی بر اختلال عملکرد جنسی و عدم رضایت زناشویی زنان. *مجله مطالعات کاربردی در علوم اجتماعی و جامعه شناسی*، 2(4)، 10-22.
- کریمی، جهانگیر؛ شلانی، بیتا؛ هویزی، ندا. (1396). همبستگی عزت نفس جنسی و اختلال در عملکرد جنسی با رضایت زناشویی در پرستاران بیمارستان های شهر کرمانشاه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. 86-93:11(9).
- کریمی، فرزانه؛ بابازاده، راحله؛ لطف نژاد رودسری، رباب؛ اسماعیلی، حبیب اله. (1397). بررسی رابطه بین عملکرد جنسی و خودابرازگری جنسی زنان بعد از زایمان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*. 1328-1321:36(502).
- کرین، ربکا. (1391). کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. ترجمه انیس خوش لهجه صدیق. (1400). انتشارات بعثت 170. صفحه.
- موحد، مجید؛ شهبازی، نجمه؛ معاون، زهرا. (1399). کاوش معنایی تن فروشی در تجربه زیسته زنان تن فروش: یک مطالعه کیفی. *مجله زن و جامعه*. 306-311:11(2).
- 279.
- نادری، نادر؛ کریمان، فرانک؛ خسروی، احسان. (1400). تدوین الگویی در جهت ساماندهی زنان وابسته به مواد بی خانمان و خیابانی شهر کرمانشاه: یک رویکرد کیفی با نظریه داده بنیاد. *مجله اعتیاد پژوهی*. 85-110:15(59).
- یانگ، جفری؛ کلسکو، زانت؛ ویشار، مارجوری. (1398). طرح واره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). (جلد اول. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: نشر ارجمند). سال نشر اثر به زبان اصلی، 2003.

- Albert, L. S. (2021). Lifting the veil: The unintended consequences of the legalization of prostitution. *Human Rights Quarterly*, 43(4), 659-682.
- Chan, S. H., Yu, C. K. C., & Li, A. W. (2021). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on counseling self-efficacy: A randomized controlled crossover trial. *Patient Education and Counseling*, 104(2), 360-368.
- Hurlbert, D. F., Apt, C. [1992]. Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18, 104-114.
- Mowen, T. J., Heitkamp, A., & Boman, J. (2022). Paranormal activity: Self-control theory and belief in the paranormal. *Deviant Behavior*, 43(6), 728-742.
- Sanchez, S. R. (2021). The Open Secret of Male Prostitution in The Philippines: A Descriptive Phenomenological Study.
- Scigala, D. K., Fabris, M. A., Badenes-Ribera, L., Zdankiewicz-Scigala, E., & Longobardi, C. (2021). Alexithymia and Self Differentiation: The Role of Fear of Intimacy and Insecure Adult Attachment. *Contemporary Family Therapy*, 43(2), 165-176.
- Teasdale, J.D., Williams, J.M., Segal, Z.V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness – based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in for merely depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155
- Twagirumukiza, G., & Singirankabo, E. (2021). Mathematical analysis of a delayed HIV/AIDS model with treatment and vertical transmission. *Open J. Math. Sci*, 5, 128-146.

- Williams, T. P., Chopra, V., & Chikanya, S. R. (2018). " It isn't that we're prostitutes": Child protection and sexual exploitation of adolescent girls within and beyond refugee camps in Rwanda. *Child Abuse & Neglect*, 86, 158-166.
- Yasin, R., & Namoco, S. I. O. (2021). Prostitution: a new dynamic of discrimination. *Gender in Management: An International Journal*.
- Young, J. E, Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practioners Guide*. New York: The Guilford Press.
- Zeanah PD, Schwarz JC. Reliability and validity of the Sexual Self-Esteem Inventory-Women. *Assessment*. 1996; 3(1):1-15.

*Original Article***Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on sexual self-esteem, sexual self-expression and self-belief in prostitutes**

Received: 15/10/2024 - Accepted: 20/05/2024

Mitra Takhttavani<sup>1</sup>  
Felor khayatan<sup>2\*</sup>  
Seyedhamid Atashpour<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

Email: f.khayatan@yahoo.com

**Abstract**

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on sexual self-esteem, sexual self-expression and self-confidence in prostituted women. The method of the present research was semi-experimental and applied, with a pre-test and post-test design with a control group and a three-month follow-up phase. The statistical population included all prostitutes with files in the women's rehabilitation center of Kermanshah welfare organization in 1400-1401, 60 people were selected from the mentioned population by purposive sampling and randomly assigned to four equal groups, 15 people in each group. They were replaced and selected through entry and exit criteria. The research tools include Halbert's sexual self-expression questionnaire (1992), Zeinah and Suarez's sexual self-esteem questionnaire (1996), Smith et al.'s self-esteem questionnaire (2009), the Yang et al. (2013) was Data analysis was done using descriptive statistics and statistical assumptions, including Kolmogorov-Smirnov test, Shapiro-Wills test, Levin test, Box test and Machelli's sphericity test using Spss24 software. The results showed that the F value of the within-subject effects of time and group interaction and time and group effects in the variables of sexual schema, sexual self-expression, sexual self-esteem and self-belief are significant and the scores of the experimental groups are compared with the control group in the post-test phase and Follow-up is improved. The mean scores of sexual schema variables and sexual self-expression in the schema therapy groups in the post-test and follow-up stages had a significant change compared to the pre-test stage. Also, both schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness were effective on sexual self-esteem, and schema therapy and cognitive therapy were effective on the self-esteem variable.

**Key words:** cognition based on mindfulness, self-confidence, Sexual schema, sexual self-esteem.

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest