Journal of Health Education and Health Promotion
www.journal.ihepsa.ir
Original Article

Effectiveness of Behavioral Activation Treatment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction of Women during Premenopause

Soolmaz Eisanezhad Jahromi, Zahra DashtBozorgi

Dept. of Psychology, Faculty of Human Sciences, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Article Information

Article History:
Received: 2017/09/18
Accepted: 2017/12/25
Available online: 2018/01/30

IJHEHP 2018; 6(1):063-071

DOI:
10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63

Corresponding Author:
Zahra DashtBozorgi
Dept. of Psychology, Faculty of human Sciences, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Tel: 09163059829
Email:
zahradb2000@yahoo.com

Use your device to scan and read the article online

Abstract

Background and Objective: Among women's main problems during premenopause, difficulty in marital intimacy and sexual satisfaction can be noted. So, present research aimed to investigate the effectiveness of behavioral activation treatment on marital intimacy and sexual satisfaction of women during premenopause.

Methods: This was a quasy-experimental research with a pre-test and post-test designed for experimental and control groups. The statistical population included all women during premenopause of Ahvaz city in 2016. 30 woman were selected by available sampling method and randomly assigned to two equal groups. The experimental group was trained about behavioral activation treatment in 8 sessions of 90 minutes. The groups completed the questionnaires of marital intimacy and sexual satisfaction as a pre-test and post-test. The data were analyzed using Spss-19 software and multivariate analysis of covariance method.

Results: The results showed there was a significant difference between the experimental group and the control group on marital intimacy and sexual satisfaction. In other words behavioral activation treatment significantly led to marital intimacy increasing and sexual satisfaction of women during premenopause (P<0/05).

Conclusion: Due to the results, behavioral activation treatment can increase the rate of marital intimacy and sexual satisfaction of women during premenopause, so counselors and therapists can use mentioned treatment method to increase marital intimacy and sexual satisfaction.

KeyWords: Behavioral Activation Treatment, Marital Intimacy, Sexual Satisfaction, Women, Premenopause

Copyright © 2018 Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to cite this article:

Eisanezhad Boshehri S, DashtBozorgi Z. Effectiveness of Behavioral Activation Treatment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction of Women During Premenopause . Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 6 (1) : 63-71

Eisanezhad, Boshehri, S., DashtBozorgi, Z.(2018). Effectiveness of Behavioral Activation Treatment on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction of Women During Premenopause . *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 6 (1) : 63-71

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
بهار ۱۳۹۷
2018;6(1): 063-071
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی

سولماز عیسی‌نژاد جهرمی، زهرا دشت‌بزرگی

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۲۷
پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۰۴
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۱۱/۱۰

IJHEHP 2018; 6(1):063-071

نویسندهٔ مسئول:
زهرا دشت‌بزرگی
گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
تلفن: ۰۹۱۶۳۰۵۹۸۲۹
پست الکترونیک:
zahradb2000@yahoo.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.

چکیده

زمینه و هدف: از مشکلات اصلی زنان در دوران پیش‌یائسگی می‌توان به مشکلاتی در زمینهٔ صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی اشاره کرد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعهٔ آماری این پژوهش همهٔ زنان در دوران پیش‌یائسگی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بودند. از میان آنان ۳۰ زن با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه مساوی جایگزین شدند. گروه آزمایش در هشت جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای با روش درمان فعال‌سازی رفتاری، آموزش دید. گروه‌ها پرسش نامه‌های صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی را به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی تفاوت معناداری وجود داشت. به‌عبارت دیگر درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش معنادار صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی شد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان نتیجه گرفت درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند میزان صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی را افزایش دهد. بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند از روش درمانی مذکور برای افزایش صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی استفاده کنند.

کلمات کلیدی: درمان فعال‌سازی رفتاری، صمیمیت زناشویی، رضایت جنسی، زنان، پیش‌یائسگی

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجلهٔ آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

مقدمه

بهبود سلامت روان در هریک از دوران‌های زندگی ازجمله دوران یائسگی (Menopausal) و پس از آن، نتایج مثبتی برای خانواده و جامعه به همراه دارد (۱). سلامت روان به‌معنای قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حلِ منطقی تضادها و تمایلات شخصی و داشتن معنا و هدف در زندگی است (۲). بدون شک سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامتی است که نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی فرد یا جامعه دارد. همچنین فردی سلامت روانی دارد که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور باشد و بتواند با دیگران ارتباط سازنده برقرار کند و قادر به مقابله با فشارهای زندگی باشد (۳). یائسگی دورهٔ حساسی است

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]

که زنان را با مشکلات و دشواری‌های جدیدی روبه‌رو می‌کند و این مشکلات می‌توانند باعث اختلال در سلامت روانی شوند (۴). یائسگی پدیده‌ای فیزیولوژیک است که با گذر از دوران پیش‌یائسگی (Premenopausal) همراه است (۵). یائسگی به‌معنای قطع عادت ماهانه به‌مدت ۱۲ ماه است و دوران پیش‌یائسگی به‌دورانی اطلاق می‌شود که عادت ماهیانه نامنظم بوده و در ۱۲ ماه اخیر کمتر از ۱۲ بار عادت ماهانه اتفاق بیافتد (۶). یائسگی معمولا در سنین ۵۲-۵۰ سالگی اتفاق می‌افتد و پیش‌یائسگی معمولا یک تا سه سال طول می‌کشد و با علائمی مثل نامرتبی در قاعدگی، گرگرفتگی، تعریق شبانه، سردرد، بی‌حسی، کرختی در انگشتان و مشکلات خواب همراه است و سبب افزایش استرس، افسردگی و مشکلات جنسی و کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی می‌شود (۷).

روابط جنسی مطلوب موجب تأمین رضایت طرفین می‌شود و نقش بسیار مهمی در رابطهٔ زوجین و استحکام خانواده دارد (۸) و زنان در دوران پیش‌یائسگی معمولا دچار افت صمیمیت زناشویی (Marital intimacy) می‌شوند (۷). صمیمیت به‌عنوان نیازی اساسی مستلزم آگاهی، درک عمیق و پذیرش است. همچنین صمیمیت به معنی نزدیکی، تشابه و رابطهٔ دوست‌داشتنی با دیگری است (۹). صمیمیت در روابط زناشویی با جنبه‌های عاطفی، هیجانی و اجتماعی همراه است که بر پایهٔ پذیرش، رضایت خاطر و عشق شکل می‌گیرد (۱۰). مشکلات صمیمیت زناشویی وقتی آغاز می‌شود که زوجین از میزان برآورده‌شدن خواسته‌های خود دربارهٔ رابطهٔ زناشویی خوب، ناراضی باشند (۱۱). افراد با صمیمیت زناشویی قادرند در روابط زناشویی خود را به شیوهٔ مطلوب‌تری ابراز کنند (۱۲). مشکل دیگر زنان در دوران پیش‌یائسگی افت رضایت جنسی (Sexual satisfaction) است (۷). رضایت جنسی یکی از نیازهای فردی و بین‌فردی است که به‌عنوان ارزیابی از لذت‌بخش بودن رفتار جنسی تعریف می‌شود (۱۳). این موضوع یکی از عوامل مهم رضایت زناشویی است که نقش مهمی در سلامت روانی و صمیمیت زوجین دارد (۱۴). رضایت جنسی فقط لذت جسمانی نیست بلکه شامل رضایت از فعالیت جنسی و رضایت هیجانی است (۱۵).

روش‌های درمانی برای بهبود مسائل جنسی در دوران پیش‌یائسگی به دو دسته هورمون‌های درمانی و درمان‌های مکمل تقسیم می‌شوند (۱۶). یکی از روش‌های درمانی مکمل، درمان فعال‌سازی رفتاری (activation treatment Behavioral) است (۱۷). این شیوه یکی از روش‌های موج سوم روان‌درمانی به شمار می‌رود که مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار است (۱۸). درمان فعال‌سازی رفتاری برای رسیدن به تقویت مثبت به فرد آموزش می‌دهد تا الگوهای اجتنابی خود را شناسایی کرده و از راهبردهای مقابله‌ای سازگار استفاده کند (۱۹). این روش درمانی موجب افزایش رفتارهایی برای رسیدن به منابع تقویتی می‌شود (۲۰). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی روش‌های موج سوم روان‌درمانی بر افزایش صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی است. برای مثال Bonita ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش اختلال افسردگی اساسی و افزایش رضایت جنسی می‌شود (۲۱). در پژوهشی دیگر Kardan-Souraki و همکاران گزارش کردند مداخلات موج سوم روان‌درمانی (ازجمله درمان فعال‌سازی رفتاری) تأثیر معناداری بر بهبود صمیمیت کلی و ابعاد هیجانی، روان‌شناختی، فیزیکی، جنسی، ارتباطی، اجتماعی و تفریحی، معنوی و فکری آن داشت (۲۲). همچنین Adl و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که روان‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی باعث افزایش معنادار صمیمیت زناشویی زنان نابارور می‌شود (۲۳). در پژوهشی دیگر Mahmudi و همکاران گزارش کردند که مهارت‌های ارتباط صمیمانه باعث ارتقای رضایتمندی، سازگاری، احساسات مثبت و صمیمیت زناشویی زوج‌ها خواهد شد (۲۴). علاوه بر آن Abbasi و همکاران هم به این نتیجه رسیدند که زوج‌درمانیِ رفتاری ـ ارتباطی باعث بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت جنسی زوجین می‌شود (۲۵). Mofid و همکاران هم گزارش کردند که روش‌های مشاورهٔ شناختی ـ رفتاری و مشاورهٔ راه‌حل‌مدار باعث افزایش رضایت جنسی زنان می‌شود (۲۶).

در دوران پیش‌یائسگی به‌سبب تغییرات آناتومیکی، فیزیولوژیکی و روانی مشکلات جنسی شایع است (۲۷) و روش‌های درمانی به دو دسته هورمون‌های درمانی و درمان‌های مکمل تقسیم می‌شوند (۱۶). بنابراین بررسی اثربخشی درمان‌های مکمل بر بهبود صمیمیت زناشویی و

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]

رضایت جنسی ضروری است. با توجه به اینکه پژوهش‌های اندکی دربارهٔ اثربخشی روش‌های موج سوم روان‌درمانی (مثل درمان فعال‌سازی رفتاری) بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی انجام شده و وجود روش‌های مؤثر برای بهبود علائم پیش‌یائسگی ضروری است؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل انجام شد. جامعهٔ آماری این پژوهش همهٔ زنان در دوران پیش‌یائسگی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بودند که از میان آنان ۳۰ زن با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در روش نمونه‌گیری در دسترس از بین زنانی که در دوران پیش‌یائسگی قرار داشتند و به مراکز بهداشتی و درمانی برای دریافت خدمات مراجعه می‌کردند، ۳۰ نفر که تمایل به شرکت در دورهٔ درمانی داشتند، پس از هماهنگی با مسئولان مراکز بهداشتی و درمانی انتخاب شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، آنان به‌صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند؛ سپس یکی از گروه‌ها تصادفی به‌عنوان گروه آزمایش و دیگری به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. نحوهٔ اجرای پژوهش بدین‌گونه بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه و انتخاب آزمودنی‌ها، هدف پژوهش به آزمودنی‌ها گفته شد و از آنان رضایت‌نامهٔ کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه داشتن ۵۵ تا ۴۵ سال، در دوران پیش‌یائسگی بودن، متأهل بودن، اتفاق نیفتادن رخدادهای تنش‌زا مثل طلاق یا مرگ عزیزان در ۶ ماه گذشته، نبود اختلال‌های روانپزشکی و مصرف نکردن داروهای روانپزشکی بود. همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه شامل امضا نکردن رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش، همکاری نکردن و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و غیبت بیش از یک جلسه بود.

گروه آزمایش به‌مدت یک ماه، طی هشت جلسهٔ (هفته‌ای دو جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای با روش درمان فعال‌سازی رفتاری در یکی از مراکز مشاورهٔ شهر اهواز آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظارِ آموزش قرار گرفت. دورهٔ آموزش تخصصی از سوی یک دکتر بالینی که دورهٔ درمان فعال‌سازی رفتاری را گذرانده بود، به‌صورت گروهی و با کمک فیلم‌های آموزشی، بروشورها و پمفلت‌ها اجرا شد. در دورهٔ آموزشی ۶ نفر غایب بودند؛ یک جلسه دو غایب و چهار جلسه یک غایب وجود داشت و هیچ فردی بیش از یک جلسه غیبت نداشت. Dimidjain و همکاران محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری را طراحی کرده بودند. جلسهٔ اول پس از آشنایی و ایجاد رابطهٔ حسنه، اهمیت و هدف درمان فعال‌سازی رفتاری بیان و قراردادهای رفتاری ساده بررسی شدند. جلسهٔ دوم فعال‌سازی رفتار با تمرکز بر تعامل بین فرد و محیط براساس اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای، مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای آموزش داده شد. جلسهٔ سوم به بررسی فرایندهای شفابخش با چهار موضوع توصیه در زمینهٔ کلی بیماری، انتخاب روش درمانی مناسب با وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی و تعامل با افراد دیگر و استفاده از تجربهٔ آنها گذشت. در جلسهٔ چهارم استفاده از تقویت مثبت کلامی به‌وسیلهٔ بیان جملات مثبت و امیدبخش آموخته شد. در جلسهٔ پنجم دربارهٔ استفاده از استعاره در جریان تقویت مثبت کلامی بحث شد. جلسهٔ ششم موضوعاتی مثل بازسازی شناختی، ابعاد روانی اجتماعی مسأله، مهارت‌های مقابله، مهارت قاطعیت و درمان و در صورت نیاز مراجعه به پزشک و روان‌شناس بیان شدند. جلسهٔ هفتم مهارت حل مسأله آموزش داده شد که شامل تعریف مسأله، شناسایی عوامل بازدارندهٔ حل مسأله، فرایند حل مسأله، متعهد شدن برای اجرای راه‌حل، طرح‌ریزی برای اجرای بهترین راه‌حل و اجرای بهترین راه حل بود. جلسهٔ هشتم به جمع‌بندی، خلاصه کردن و آموزش راهکارهای پیشگیرانه گذشت. لازم به ذکر است که در پایان هر جلسه شرکت‌کنندگان تکلیفی مبتنی بر آموزش‌های آن جلسه دریافت کردند که در ابتدای جلسهٔ بعد ضمن بررسی، به آنان بازخورد داده شد (۲۸). البته پیش از اجرای مداخله و چند ساعت پس از آخرین جلسهٔ مداخله در گروه آزمایش، گروه‌ها از لحاظ صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی با ابزارهای زیر ارزیابی شدند.

پرسش‌نامهٔ صمیمیت زناشویی: این پرسش‌نامه را Walker & Thompson تنظیم کرده‌اند. این ابزار ۱۷ گویه دارد که با استفاده از مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت (۱= هرگز تا ۷= همیشه)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]

نمره‌گذاری می‌شود؛ لذا دامنهٔ نمرات بین ۱۷ تا ۱۱۹ است و نمرهٔ بالاتر به‌معنای صمیمیت زناشویی بیشتر است. آنان روایی ابزار را با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن را در پژوهش‌های متفاوت با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کردند (۲۹). همچنین Kavand پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۹۷ و برای زنان ۰/۹۶ گزارش کرد (۳۰).

پرسش‌نامهٔ رضایت جنسی: این پرسش‌نامه را Hudson و همکاران طرح کرده‌اند. فرم کوتاه این ابزار ۲۵ گویه دارد که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱= هرگز تا ۵= همیشه) نمره‌گذاری می‌شود؛ لذا دامنهٔ نمرات بین ۲۵ تا ۱۲۵ است و نمرهٔ بالاتر به‌معنای رضایت جنسی بیشتر است (برخی گویه‌ها معکوس نمره‌گذاری می‌شوند). آنان روایی هم‌گرای ابزار را با پرسش‌نامهٔ رضایت زناشویی ۰/۷۶ و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند (۳۱). Javidi و همکاران هم پایایی این ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند (۳۲).

داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف توزیع متغیرها و در سطح استنباطی برای آزمون فرض‌های آماری از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) استفاده شد، که در آن مقادیر متغیرها در پیش‌آزمون به‌عنوان کوواریت در نظر گرفته می‌شوند. این آزمون با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹، انجام شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه آزمایش ۵۱/۲۴ سال و گروه کنترل ۵۰/۸۷ سال بود. قبل از انجام تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف ـ اسمیرنوف برای هیچ‌یک از متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند. این یافته‌ها به‌ترتیب حاکی از آن هستند که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. بنابراین شرایط استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود دارد. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون گزارش شد.

طبق نتایج جدول ۱ در مرحلهٔ پس‌آزمون میانگین صمیمیت زناشویی گروه فعال‌سازی رفتاری (۸/۵۲±۶۱/۸۰) از گروه کنترل (۵/۴۱±۳۷/۲۷) و رضایت جنسی گروه فعال‌سازی رفتاری (۱۱/۳۳±۷۸/۴۷) از گروه کنترل (۷/۷۱±۴۲/۲۷) بیشتر است. برای بررسی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته از آزمون چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شد.

جدول ۱. میانگین و انحراف‌معیار صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه‌ها	صمیمیت زناشویی				رضایت جنسی			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
آزمایش	۳۵/۲۰	۵/۳۶	۶۱/۸۰	۸/۵۲	۴۳/۲۷	۷/۸۱	۷۸/۴۷	۱۱/۳۳
کنترل	۳۶/۴۷	۵/۲۳	۳۷/۲۷	۵/۴۱	۴۱/۵۳	۷/۶۹	۴۲/۲۷	۷/۷۱

جدول ۲. نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی اثربخشی آموزش بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	آماره F	معناداری	مجذور اِتا
روش فعال‌سازی رفتاری	اثر پیلایی	۰/۷۴۲	۱۲/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
	لامبدای ویلکز	۰/۶۷۵	۱۸/۴۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱
	اثر هاتلینگ	۱/۳۹۱	۳۵/۹۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲۴
	بزرگترین ریشه روی	۱/۲۸۴	۷۴/۲۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۶

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]

طبق نتایج جدول ۲ هر چهار آزمون حاکی از اثربخشی متغیر مستقل حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته است. به‌عبارت دیگر نتایج نشان داد گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی تفاوت معناداری دارند ($P\leq$۰/۰۰۱). با توجه به مقدار مجذور اِتای آزمون لامبدای ویلکز (۰/۶۳۱) می‌توان تعیین کرد که متغیر مستقل ۶۳/۱٪ از واریانس کل را تبیین می‌کند. برای بررسی اثربخشی روش درمانی فعال‌سازی رفتاری بر هریک از متغیرهای صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گروه‌ها در متغیرهای صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اِتا
صمیمیت زناشویی	پیش آزمون	۹۲/۹۷۶	۱	۹۲/۹۷۶	۲۹/۷۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱
	گروه	۱۶۳/۲۹۵	۱	۱۶۳/۲۹۵	۵۲/۲۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
	واریانس خطا	۸۴/۴۰۲	۲۷	۳/۱۲۶			
	واریانس کل	۱۵۳۹/۰۸۲	۳۰				
رضایت جنسی	پیش آزمون	۱۲۴/۹۳۱	۱	۱۲۴/۹۳۱	۳۳/۲۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
	گروه	۲۱۹/۳۲۸	۱	۲۱۹/۳۲۸	۵۸/۳۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸
	واریانس خطا	۱۰۱/۵۲۰	۲۷	۳/۷۶۰			
	واریانس کل	۱۸۳۴/۹۵۶	۳۰				

طبق نتایج جدول ۳ درمان فعال‌سازی رفتاری تأثیر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشت که با درنظرگرفتن مجذور اِتا می‌توان گفت ۶۷/۳٪ تغییرات صمیمیت زناشویی و ۷۵/۸٪ تغییرات رضایت جنسی ناشی از اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری است. بنابراین می‌توان گفت که روش درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش معنادار صمیمیت زناشویی (F=۵۲/۲۳۷, $P\leq$۰/۰۰۱) و رضایت جنسی (F=۵۸/۳۳۱, $P\leq$۰/۰۰۱) زنان در دوران پیش‌یائسگی شد.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثر درمان فعال‌سازی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی انجام شد. چون زنان در دوران پیش یائسگی به‌دلیل تغییرات آناتومیکی، فیزیولوژیکی و روانی با مشکلات فراوانی به‌ویژه در زمینهٔ روابط زناشویی مواجه هستند.

یافته‌ها نشان داد درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش صمیمیت زناشویی شد که این یافته با یافتهٔ پژوهش‌های Kardan-Souraki و همکاران (۲۲)، Adl و همکاران (۲۳) و Mahmudi و همکاران (۲۴) هم‌سو بود. برای مثال Kardan-Souraki و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مداخلات موج سوم روان‌درمانی (از جمله درمان فعال‌سازی رفتاری) تأثیر معناداری بر بهبود صمیمیت کلی و ابعاد صمیمیت مثل هیجانی، روان شناختی، فیزیکی، جنسی، ارتباطی، اجتماعی و تفریحی، معنوی و فکری داشتند (۲۲). در پژوهشی دیگر Mahmudi و همکاران گزارش کردند، برنامهٔ کاربرد عملی مهارت‌های ارتباط صمیمانه باعث ارتقای رضایتمندی، سازگاری، احساسات مثبت و صمیمیت زناشویی زوج‌ها شد (۲۴). در تبیین این یافته بر مبنای نظر Dimidjian و همکاران (۲۸) می‌توان گفت درمان فعال‌سازی رفتاری به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌شود. هدف فعال‌سازی رفتاری افزایش رفتارهایی است که احتمالا منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند که این پاداش‌ها درونی (مثل لذت یا حس موفقیت) یا بیرونی (مثل توجه اجتماعی) هستند. این افزایش پاداش‌ها ابتدا به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند و در نهایت باعث بهبود روابط زناشویی و صمیمیت زناشویی می‌شوند. تبیین دیگر بر مبنای نظر Kanter و همکاران (۳۳) این است که درمان فعال‌سازی رفتاری به افراد آموزش می‌دهد تا سبک زندگی خود را عوض کنند و قانون‌های جدیدی را در زندگی خود وضع و آنها را دنبال کنند. مثلا افراد یاد می‌گیرند هنگام احساس غم به‌جای خاموش بودن فعال‌تر شوند، اقدام به حل مشکل کرده و یا از دیگران (همسر)

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]

درخواست کمک کنند. همچنین این شیوه، راهبرد شکستن تکالیف دشوار به عناصر ساده‌تر را آموزش می‌دهد. بنابراین افراد با اجرای این راهبردها می‌توانند به‌شیوهٔ پیش‌رونده به موفقیت‌هایی دست یابند و این امر دستیابی به تقویت مثبت را تسهیل می‌کند. این موضوع ابتدا باعث بهبود روابط اجتماعی و دریافت تقویت‌های مثبت و در نهایت باعث بهبود صمیمیت زناشویی می‌شود.

همچنین یافته‌ها نشان داد درمان فعال‌سازی رفتاری باعث افزایش صمیمیت زناشویی شد که این یافته با یافتهٔ پژوهش‌های Bonita (۲۱)، Abbasi و همکاران (۲۵) و Mofid و همکاران (۲۶) هم‌سو بود. برای مثال Bonita ضمن پژوهشی به این نتیجه رسید که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش اختلال افسردگی اساسی و افزایش رضایت جنسی شد (۲۱). در پژوهشی دیگر Mofid و همکاران گزارش کردند روش‌های مشاورهٔ شناختی ـ رفتاری و مشاورهٔ راه‌حل‌مدار باعث افزایش رضایت جنسی زنان شدند و تأثیر مشاورهٔ شناختی ـ رفتاری بیشتر از مشاورهٔ راه‌حل‌مدار بود (۲۶). در تبیین این یافته بر مبنای نظر LY و همکاران (۱۹) می‌توان گفت درمان فعال‌سازی رفتاری از راهبرد شکستن تکالیف دشوار به تکالیف و عناصر ساده‌تر استفاده می‌کند. در نتیجه افراد با کمک این راهبرد به شیوهٔ پیش‌رونده به فعالیت‌هایی دست می‌یابند که زمینه را برای تقویت مثبت تسهیل می‌کند و در نهایت منجر به تقویت مثبت می‌شود. همچنین در این روش درمان‌جویان یاد می‌گیرند، الگوهای اجتنابی خود را شناسایی و برای نزدیک شدن و درگیر شدن با مسائل از راهبردهای مقابله‌ای جایگزین استفاده کنند که این عوامل به‌وسیلهٔ بهبود ارتباط با همسر باعث افزایش احساس رضایت از روابط جنسی می‌شوند. تبیین دیگر، بر مبنای نظر Leahy و همکاران (۳۴) این است که براساس نظریات رفتاری یکی از علل اختلالات ازجمله اختلال در روابط جنسی، به‌هم خوردن نظم‌وترتیب در فعالیت‌های روزانه است که درمان فعال‌سازی رفتاری موجب مرتب شدن فعالیت‌های روزانه می‌شود. برای مثال این روش درمانی باعث تنظیم خواب و بیداری و افزایش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود که این امر خود باعث کاهش ویژگی‌های روان‌شناختی منفی (استرس، اضطراب و غیره) و افزایش ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت (شادکامی، امیدواری و غیره) و در نهایت باعث افزایش ادراک مثبت افراد از روابط جنسی می‌شود. همچنین عامل دیگری که باعث اثربخشی این روش می‌شود، بازخورد مثبتی است که افراد به‌دلیل انجام تکالیف خود دریافت می‌کنند؛ با توجه به اینکه افرادِ با مشکلات خاص (مثل زنان در دوران پیش‌یائسگی) احساس خستگی و فقدان انگیزه می‌کنند و این روش درمانی باعث بیشتر انرژی داشتن و مثبت‌اندیشی آنها می‌شود، در چنین شرایطی قادر به انجام فعالیت‌هایی می‌شوند که قبلا آنها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبودند. افزایش افکار مثبت و مثبت‌اندیشی سبب ارزیابی بهتر افراد از خود شده و از ازدیاد افکار خودآیند منفی و احساس گناه جلوگیری می‌کند. این عوامل می‌توانند در ادراک مثبت‌تر افراد از روابط جنسی تأثیر بگذارند.

نخستین محدودیت پژوهش حاضر استفاده نکردن از مرحلهٔ پیگیری برای بررسی تداوم اثر درمان فعال‌سازی رفتاری بود. محدودیت‌های دیگر، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده و محدود شدن نمونهٔ پژوهش به زنان دوران پیش‌یائسگی شهر اهواز بود. محدودیت دیگر نبود گروه یا گروه‌های آزمایش دیگر برای مقایسهٔ نتایج درمان فعال‌سازی رفتاری با آن بود. نخستین نقطهٔ قوت این مطالعه استفاده از یک روش غیرداروی (درمان فعال‌سازی رفتاری) برای بهبود ویژگی‌های روان شناختی زنان در دوران پیش‌یائسگی است که نتایج، حاکی از اثربخشی آن بود. مزیت دیگر استفاده از یک روش درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی بود که کمتر استفاده شده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر روش درمان فعال‌سازی رفتاری استفاده شود. پیشنهاد دیگر اینکه می‌توان روش درمان فعال‌سازی رفتاری را با سایر روش‌های روان‌درمانی موج سوم مثل درمان پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی دیالکتیکی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، روان‌درمانی تحلیل تابعی، زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی، سیستم تحلیل رفتاری شناختی و طرح‌وارهٔ درمانی مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر، انجام این پژوهش در سایر گروه‌ها است تا بتوان در تعمیم نتایج و تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]

نتیجه‌گیری

روش‌های درمانی برای بهبود مسائل جنسی در دوران پیش‌یائسگی به دو دسته درمان‌های هورمونی و درمان‌های مکمل تقسیم می‌شوند. امروزه اهمیت درمان‌های مکمل یا غیردارویی در مقایسه با گذشته بسیار برجسته‌تر شده و یکی از روش‌های درمانی مکمل برگرفته از موج سوم روان‌درمانی، روش درمان فعال‌سازی رفتاری است. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث بهبود معنادار صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی زنان در دوران پیش‌یائسگی شد. با توجه به اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری، این روش قابلیت کاربرد در مراکز آموزشی و درمانی را دارد و جزو روش‌های درمانی مؤثر در بهبود ویژگی‌های صمیمت زناشویی و رضایت جنسی است. بنابراین مشاوران، روان‌شناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از روش درمان فعال‌سازی رفتاری برای بهبود صمیمیت زناشویی و رضایت جنسی استفاده کنند. درنتیجه استفاده از این روش که یکی از روش‌های درمانی مکمل است، برای زنان در دوران پیش‌یائسگی توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله با کد مصوب ۹۵۳۶۲۴۵۲۶ برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است. از کلیهٔ شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. لازم‌به‌ذکر است که هیچ تعارض منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع گزارش نشده است.

References

1. Seib C, Anderson D, Lee K, Humphreys J. Predictors of mental health in post-menopausal women: Results from the Australian healthy aging of women study. Maturitas. 2013;76(4):377-83. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.09.003 PMid:24200224
2. Liu H, Li F, Li J, Zhang Y. The relationships between urban parks, residents' physical activity, and mental health benefits: A case study from Beijing, China. J Envir Manage. 2017;190(4):223-30. https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2016.12.058 PMid:2 8056355
3. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. Am J Prev Med. 2014;46(3):S87-S97. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.026 PMC4431696
4. Seydi Z. Relationship between mental health and quality of life in menopause women in Sity Ilam in 2014 Year. J Health Breeze. 2015;3(2):44-50.
5. Oakley SH, Walther-Liu J, Crisp CC, Pauls RN. Acupuncture in premenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a prospective cohort pilot study. Sex Med. 2016;4(3):176-81. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2016.02.005 PMC5005297
6. Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirgh-afourvand M, Aghamiri V, Nazemiyeh H, Soltanpoor S. Efficacy of hop (Humuluslupulus L.) on early menopausal symptoms in premenopausal women: a randomized double blind placebo-controlled trial. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2014;19(3):12-22.
7. Pae C, Mandelli L, Kim T, Han C, Masand PS, et al. Effectiveness of antidepressant treatments in pre-menopausal versus post-menopausal women: A pilot study on differential effects of sex hormones on antidepressant effects. Biomed Pharmacother. 2009;63(3):228 https://doi.org/10.1016/j.biopha.2008.03.010 PMid:18502089
8. Samaeilvand N, Hasanvand B. The relationship between sexual knowledge and marital forgiveness with mental health of married women. Iran J Health Educ Health Promot. 2015;2(4):270-80.
9. Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. J Sex Marital Ther. 2014;40(4):275-93. https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.751072 PMid:24111536
10. Zerach G, Anat B, Solomon Z, Heruti R. Posttraumatic symptoms, marital intimacy, dyadic adjustment, and sexual satisfaction among ex-prisoners of war. J Sex Med. 2010;7(8):2739-49. https://doi.org/10.1111/ j.17436109.2010.01784.x PMid:20367776
11. Canavarro MC, Silva S, Moreira H. Is the link between posttraumatic growth and anxious symptoms mediated by marital intimacy in breast cancer patients? Eur J Oncol Nurs. 2015;19(6):673-9. https://doi.org/10.1016 /j.ejon.2015.04.007 PMid:26009312
12. Jun E, Kim S, Chang S, Oh K, Kang HS, Kang SS. The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image and sexual function among breast cancer survivors. Cancer Nurs.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]

2011;34(2):142-9. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f1ab7a PMid:20885305

13. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, et al. Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults. J Sex Med. 2016;13(11):1642-50. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011 PMC5075511

14. Seftel AD. Female partners of men with peyronie's disease have impaired sexual function, satisfaction, and mood, while degree of sexual interference is associated with worse outcomes. J Urolo. 2016;196(5):1516-7. https://doi.org/10.1016/j.juro.2016.08.062

15. Chan JL, Letourneau J, Salem W, Cil AP, Chan S, et al. Sexual satisfaction and quality of life in survivors of localized cervical and ovarian cancers following fertility-sparing surgery. Gynecol Oncol. 2015;139(1):141-7. https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.07.105 PMid: 26232519

16. Taavoni S, Nazem Ekbatani N, Haghani H. Effect of afrodit on sexual satisfaction in menopausal women. Arak Med Univ J. 2014;17(84):10-18.

17. Chu BC, Crocco ST, Esseling P, Areizaga MJ, Lindner AM, Skriner LC. Transdiagnostic group behavioral activation and exposure therapy for youth anxiety and depression: Initial randomized controlled trial. Behav Res Thera. 2016;76(1):65-75. https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.005 PMid:26655958

18. Moshier SJ, Otto MW. Behavioral activation treatment for major depression: a randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. J Affec Disor. 2017;210:265-8. https:// doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.003 PMid:28068613

19. Ly KH, Janni E, Wrede R, Sede M, Donker T, et al. Experiences of a guided smartphone-based behavioral activation therapy for depression: A qualitative study. Internet Interv. 2015;2(1):60-8. https://doi.org/ 10.1016 /j.invent.2014.12.002

20. Chartier JS, Provencher MD. Behavioral activation for depression: efficacy, effectiveness and dissemination. J Affec Disor. 2013;145(3):292-9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.023 PMid:22884236

21. Bonita AG. Computerized behavioral activation treatment for major depressive disorder and the effects on sexual desire. [PhD Thesis]. Western Michigan University; 2013.

22. Kardan-Souraki M, Hamzehgardeshi Z, Asadpour I, Mohammadpour RA, khani S. A review of marital intimacy-enhancing interventions among married individuals. Glob J Health Sci. 2016;8(8):74-93. https://doi.org/ 10.5539/gjhs.v8n8p74 PMC5016345

23. Adl H A, Shafi Abadi A, Pirani Z. The effectiveness of group therapy based on quality of life on marital intimacy in infertile women. Arak Med Univ J. 2017;19(10):59-71.

24. Mahmudi M, Zahrakar K, Amirian A, Davarniya R, Babaei Gharmkhani M. The effect of group training of practical application of intimate relationship skills (PAIRS) program on enhancine marital satisfaction, adjustment, positive feelings and intimacy of couples. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2016;13(10):869-81.

25. Abbasi M, Bagiyan M, Dargahi S, Ghamari Givi H. Effectiveness of behavioral-communication couple therapy on marital adjustment and sexual intimacy. Iran J Nurs. 2015;28(95):22-33.

26. Mofid V, Ahmadi A, Etemadi O. The comparison of cognitive-behavioral counseling and solution-oriented counseling on women's sexual satisfaction in Isfahan. J Woman Soc. 2014;5(3):67-83.

27. Merki-Feld GS, Imthurn B, Rosselli M, Spanaus K. Serum concentrations of high–molecular weight adiponectin and their association with sex steroids in premenopausal women. Metabol. 2011;60(2):180-5. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2009.12.010 PMid:20096895

28. Dimidjian S, Martell CR, Addis ME, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression. In Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders, 4th ed. A step-by-step treatment manual. New York: Guilford Press; 2008. PMC2648513

29. Mitchell AE, Castellani AM, Herrington RL, Joseph JI, Doss BD, Snyder DK. Predictors of intimacy in couples' discussions of relationship injuries: An observational study. J Fam Psychol. 2008;22 (1):21. https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.21 PMid:18266529

30. Kavand M. Investigation the relationship between selfness behavior, selfness motivation and perception of fairness with marital intimacy in parents of elementary school students in Brojerd city. [MA Thesis]. Ahvaz: Shahid Chamran University; 2011.

31. Rosen NO, Bergeron S, Leclerc B, Lambert B, Steben M. Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked Vestibulodynia (PVD) couples. J Sex Med. 2010;7(11):3715-24. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01957.x PMid:20701677

32. Javidi N, Soleimani AA, Ahmady KH, Samadzadeh M. The Eefectiveness of training of emotion management strategies according to emotionally focused couple therapy (EFT) to increase sexual satisfaction in couples. J Health Psychol. 2012; 1(3):5-18.

33. Kanter J, Santiago-Rivera A, Santos M, Nagy G, Lopez M, Hurtado G, et al. A Randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for Latinos with depression. Behav Ther. 2015;46(2):177-92. https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.011 PMid:25645167

34. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-09-11]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.63]