DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598 Published by Vesnu Publications

Journal of Health System Research Vol. 21, No. 2, Summer

Received: 23.09.2023 Accepted: 19.05.2024 Published: 06.07.2025

Investigating the Impact of Cognitive-Behavioral Family Therapy Based on the Sexual Health Model on Couples' Quality of Sexual Life

Mahtab Razavinejhad[1], Mahsa Sadat Mousavi[2], Maryam Sasanpoor[3]

Original Article

Abstract

Background: A marital bond is established through marriage and the formation of a family. Maintaining stable sexual and emotional relationships is one of the most significant concerns for every family. One key indicator of couples' satisfaction with one another is the quality of their sexual lives. The present study aims to examine the effects of cognitive-behavioral family therapy, based on the sexual health model, on the quality of women's sexual lives.

Methods: The present research employed a semi-experimental design, utilizing a pre-test and post-test approach with a control group. The statistical population for this study comprised all couples who visited the welfare centers in Shahrekord City, Iran, in 2022. A total of 15 couples were selected for the study using convenience sampling methods. The participants were divided into intervention and control groups. Members of the intervention group received nine sessions of 90-minute cognitive-behavioral family counseling based on the sexual health model. The research instruments included a demographic and clinical questionnaire consisting of 17 questions, a questionnaire assessing the quality of women's sexual life [Sexual Quality of Life-Female (SQOL-F)] with 18 questions, and a questionnaire evaluating the quality of life for men [Sexual Quality of Life-Male (SQOL-M)] containing 11 questions. Data analysis was conducted using paired t-test and chi-square test in SPSS software.

Findings: Based on the findings and statistical analysis, the average age of participants in the test group was 36.23 years, while in the control group, it was 35.23 years. Additionally, the average age of spouses in the test group was 40.29 years, compared to 40.74 years in the control group. In terms of demographic characteristics, there was no significant difference between the two groups. Therefore, it can be concluded that cognitive-behavioral family therapy, based on the sexual health model, positively impacted the quality of sexual life for couples. The quality of sexual life in the intervention group was significantly better than that of the control group two weeks and two months after the intervention ($P < 0.05$).

Conclusion: Cognitive-behavioral family therapy, grounded in the sexual health model, enhances intimacy between partners and fosters clear communication regarding sexual needs and desires, ultimately improving the quality of sexual life.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy; Sexual health; Women; Quality of life

Citation: Razavinejhad M, Mousavi MS, Sasanpoor M. **Investigating the Impact of Cognitive-Behavioral Family Therapy Based on the Sexual Health Model on Couples' Quality of Sexual Life.** J Health Syst Res 2025; 21(2): 198-206.

1- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz Medical Sciences, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
2- Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health AND Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
Corresponding Author: Mahsa Sadat Mousavi; Associate Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health AND Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran; Email: mousavi1315@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]

DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598 Published by Vesnu Publications

بررسی تأثیر خانواده درمانی شناختی– رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی بر کیفیت زندگی جنسی زوجین

مهتاب رضوی‌نژاد[۱]، مهسا السادات موسوی[۲]، مریم ساسان‌پور[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پیوند زناشویی به دنبال ازدواج و در پی تشکیل خانواده شکل می‌گیرد. حفظ روابط جنسی و عاطفی پایدار، مهم‌ترین دغدغه‌های هر خانواده می‌باشد. از جمله شاخص‌های مهم رضایت زوجین از یکدیگر، کیفیت زندگی جنسی است. پژوهش حاضر با هدف تأثیر خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی بر کیفیت زندگی جنسی زنان انجام شد.

روش‌ها: روش این مطالعه، نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه شاهد بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی شهرکرد در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد. ۱۵زوج به روش در دسترس وارد پژوهش شدند و در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. اعضای گروه آزمون، ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی را دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و بالینی شامل ۱۷ سؤال، پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی زنان (Sexual quality of life-Female یا SQOL-F) شامل ۱۸ سؤال و پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی مردان (Sexual quality of life-Male یا SQOL-M) شامل ۱۱ سؤال بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های Paired t و χ^2 در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمون، ۳۶/۲۳ و در گروه شاهد، ۳۵/۲۳ سال و میانگین سنی همسران در گروه آزمون، ۴۰/۲۹ و در گروه شاهد، ۴۰/۷۴ گزارش گردید. از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بین دو گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. بنابراین، می‌توان گفت که تأثیرگذاری خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی بر کیفیت زندگی جنسی زوجین مؤثر بود و کیفیت زندگی جنسی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در دو هفته و دو ماه پس از مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافت ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی، ضمن فراهم‌آوری توانایی صمیمی بودن با شریک زندگی و برقراری ارتباط صریح در مورد نیازها و خواسته‌های جنسی، باعث افزایش کیفیت زندگی جنسی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری؛ سلامت جنسی؛ زنان؛ کیفیت زندگی

ارجاع: رضوی‌نژاد مهتاب، موسوی مهسا السادات، ساسان‌پور مریم. **بررسی تأثیر خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی بر کیفیت زندگی جنسی زوجین.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۴؛ ۲۱ (۲): ۲۰۶-۱۹۸

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۷/۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۲/۳۰ تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۴/۱۵

مقدمه

خانواده مهم‌ترین رکن نظام اجتماعی است (۱) که از ازدواج بین دو نفر شکل می‌گیرد (۲). با وجود این که ازدواج و خانواده در طول تاریخ دچار تغییر و تحول شده است، اما همچنان نهاد اصلی جامعه به شمار می‌رود و به عنوان کانون رشد و تکامل و شکوفایی و تحول به حساب می‌آید (۳). حفظ و تداوم این کانون حایز اهمیت است و کیفیت روابط زوجین بر پایداری و تداوم آن تأثیر مهمی دارد (۴). پژوهش‌ها حاکی از آن است که روش‌های مختلف درمانی می‌توانند سبب بهبود کیفیت روابط زوجین و در نتیجه، حفظ و ثبات خانواده گردد. یکی از این روان‌درمانی‌ها، خانواده درمانی می‌باشد (۵) که شامل ارایه خدمت به خانواده‌ها به منظور افزایش احساس وحدت، انس و آرامش از طریق اعمال فنون و رویکردهای مختلف است (۶). خانواده درمانی شناختی، رفتاری زیرمجموعه‌ای از درمان‌های شناختی- رفتاری است که در سال‌های اخیر برای انواع مشکلات زناشویی زوجین استفاده شده است (۷). این روش درمانی بر شناخت و رفتار تأکید دارد و بر عمق تعاملی خانواده متمرکز است (۸). در مداخلات خانواده درمانی شناختی- رفتاری، مشکلات روان‌شناختی اشخاص به وسیله تغییر دادن نحوه ارتباطات بین فردی در بین اعضای خانواده از میان برداشته و یا کاهش داده می‌شود. در این مداخله، بر نقش مشکلات ارتباطی در ایجاد و یا تداوم مشکلات روان‌شناختی تأکید می‌گردد و در فرایند درمان به از میان برداشتن مشکلات جاری با تغییر الگوی رفتاری و تغییر دادن رفتارهای اعضای خانواده تلاش می‌شود (۷). این روش درمانی بیشتر بر فرایندهای شناختی مانند افکار،

۱- کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
۲- دانشیار، گروه مامایی و سلامت باروری و مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۳- کارشناس ارشد، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران
نویسنده مسؤول: مهسا السادات موسوی؛ دانشیار، گروه مامایی و سلامت باروری و مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
Email: rezanarani732@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]
[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]

باورها، انگاره‌ها، طرحواره‌ها و انتظارات تأکید دارد (۹). شناخت و درک باورها و انتظارات زوجین از همدیگر، منجر به روابط زناشویی مطلوب می‌گردد که این امر به طور مثبت با میزان سلامت عمومی و جنسی رابطه مستقیمی دارد (۳).

سلامتی ابعاد مختلفی دارد و سلامت جنسی بعدی از ابعاد سلامت است که اهمیت خود را به ویژه هنگام ازدواج و در طول زندگی زناشویی نشان می‌دهد (۱۰). تعاریف مربوط به سلامت جنسی در زمینه‌های مختلف اجتماعی و فرهنگی می‌تواند متفاوت باشد (۱۱). به عبارت دیگر، می‌توان گفت سلامت جنسی یکی از جنبه‌های اصلی سلامت فردی است که زوجین را در همه سنین و مراحل زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). از سوی دیگر، سلامت جنسی را می‌توان موقعیتی که زوجین در آن از یک رابطه سالم و مناسب بهره‌مند هستند، تعریف نمود (۱۳). مدل سلامت جنسی یکی از الگوها و مدل‌هایی است که تعریف یکپارچه و همه جانبه‌ای از سلامت جنسی دارد و به جنبه‌های مختلف آن می‌پردازد (۱۴). این مدل به صورت خلاصه بیان می‌کند که وجود ده جزء برای رسیدن به سلامت جنسی لازم و ضروری است که شامل «گفتمان جنسی، آگاهی از آناتومی و کارکردهای جنسی، سلامت جنسی و روابط جنسی ایمن، چالش‌های جنسی، فانتزی‌های جنسی، داشتن جنسینگی مثبت، تصویر ذهنی از بدن، روابط بین زوجی، معنویت و امور جنسی و در نهایت، سنت و فرهنگ» می‌باشد (۱۵). امروزه این باور وجود دارد که رابطه تنگاتنگی بین سلامت جنسی و کیفیت زندگی جنسی وجود دارد (۱۶).

کیفیت زندگی جنسی یکی از موضوعات کلیدی حوزه سلامت جنسی و باروری (۱۶) و شامل احساسات و افکار فرد در مورد جذابیت جنسی، علاقه جنسی و مشارکت در رابطه جنسی و درک عملکرد جنسی است (۱۷) و به عواملی همچون میل جنسی، توانایی جنسی و موقعیت‌ها ارتباط دارد (۱۸). این مؤلفه وضعیت تعاملی و پویایی است که می‌تواند در طول زمان و با تغییر شرایط تغییر کند و تحت تأثیر عواملی همچون سن، جنسیت، مذهب، وضعیت سلامت و... است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که مؤلفه‌های بسیاری در کیفیت زندگی جنسی مؤثر می‌باشد (۱۷). این امر حاصل یک ارزشیابی ذهنی است و خود فرد بهتر از هر کسی می‌تواند در مورد آن قضاوت کند (۱۶). در نتیجه، می‌توان اشاره کرد که کیفیت زندگی افرادی که از رابطه جنسی با همسرشان رضایت بالایی دارند، به طور قابل ملاحظه‌ای بهتر از افرادی است که رضایت کافی از روابط جنسی خود ندارند (۱۹). احساس نارضایتی از رابطه جنسی می‌تواند منجر به احساس نارضایتی از زندگی گردد. احساس خشم به دنبال این نارضایتی، می‌تواند زمینه‌ساز و سرآغاز جدایی عاطفی آن‌ها شود (۲۰). نتایج پژوهش شلانی و سیاه‌کمری نشان داد که آگاهی دختران و پسران در بدو ازدواج بسیار پایین است و بسیاری از آن‌ها حتی از مطرح کردن سؤالات و مشکلات خود به دلایل گوناگون امتناع می‌ورزند (۲۱).

با توجه به فرهنگ حاکم می‌توان گفت که اغلب زنان و مردان از دانش جنسی ضعیف و نادرستی برخوردار هستند و به منابع معتبری نیز دسترسی ندارند. به دلیل فراهم نبودن شرایط، خجالت و شرمندگی و ترس، حتی سؤالات مطرح نمی‌شود تا این که به آن‌ها پاسخی داده شود و اگر فردی به مطب پزشک مراجعه می‌کند، هرگز نمی‌خواهد به طور مستقیم سؤالات جنسی خود را مطرح کند، بلکه در آغاز یک بیماری دیگر را مطرح می‌کند و در پایان به آرامی می‌گوید که فرضاً برای کاهش میل جنسی چه کنم؟ و یا این که در برابر فلان رفتار جنسی همسرم بهترین پاسخ چیست؟ که این نشان از ضرورت مشاوره، آموزش و افزایش سطح اطلاعات زوجین دارد (۲۱). مدل سلامت جنسی یکی از الگوها و مدل‌هایی است که تعریف یکپارچه و همه جانبه‌ای از سلامت جنسی دارد و به جنبه‌های مختلف سلامت جنسی توجه دقیقی داشته است. خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی با استفاده از تکنیک‌هایی مانند آموزش حل مسأله، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی، بازسازی شناختی، آموزش مهارت مقابله با استرس، مهارت‌های ارتباطی و همدلی و افزایش انعطاف‌پذیری و با ایجاد محیطی مثبت در خانواده، می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی جنسی شود. در مطالعه حاضر از تکنیک‌های حل مسأله، بازسازی شناختی، مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی و ارتباطی و همدلی استفاده گردید. لازم به ذکر است که در خصوص میزان اثربخشی مطالعه تاکنون تحقیقی صورت نگرفته است. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی بر کیفیت زندگی جنسی انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون، همراه با گروه شاهد بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهرکرد (علت انتخاب این مرکز، تعدادزیاد مراجعه‌کنندگان بود) در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد که از روش نمونه‌گیری در دسترس برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید.

روش اجرای پژوهش بدین ترتیب بود که پژوهشگر پس از کسب کد اخلاق و اخذ مجوز، به اداره بهزیستی شهرکرد مراجعه نمود و مجوز حضور در محیط و نمونه‌گیری را از مسؤولان محیط پژوهشی دریافت کرد و ضمن هماهنگی با آن‌ها و نصب فراخوان در بولتن محیط پژوهشی، از زوجین دعوت به همکاری نمود.

حجم نمونه در مقایسه میانگین کیفیت زندگی جنسی زوجین بین دو گروه شاهد و آزمون، برای انجام آزمون دو طرفه در سطح معنی‌داری ۵ درصد (α = ۰/۰۵)، با توان آزمون ۸۰ درصد (β = ۰/۲) و برای تشخیص تفاوتی به اندازه سه چهارم مقدار انحراف معیار (δ = ۰/۷۵σ)، طبق رابطه ۱، ۱۵ نفر در هر گروه برآورد گردید.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

رابطه ۱

۳۴ نفر از زوجین تمایل به شرکت در طرح را داشتند که از بین آن‌ها ۳۰ زوج که معیار ورود به مطالعه را داشتند، جهت همکاری اعلام آمادگی کردند. لازم به ذکر است که معیارهای ورود به تحقیق شامل نبود بیماری، مصرف دارو و سابقه استرس بود. شروع مصرف دارو که با فعالیت جنسی تداخل داشت، تشخیص بیماری در طول مداخله، و عدم حضور مداوم شرکت‌کنندگان در طرح نیز به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد. برای افرادی که معیار ورود به محیط پژوهش را داشتند، اهداف و روش کار و رعایت اصول اخلاقی توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. سپس نمونه‌ها در دو گروه آزمون و شاهد به روش تصادفی‌سازی ساده (قرعه‌کشی) با همکاری مسؤولان مرکز (به منظور رعایت شانس یکسان) قرار گرفتند.

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]

جدول ۱. محتوای جلسات خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی

جلسات	توضیح و شیوه اجرا
اول	تقویت رابطه از طریق پذیرش و حمایت از همدیگر
دوم	توصیف تفاوت‌های شخصی که روابط را غنی می‌سازد و باعث جالب‌تر شدن زندگی مشترک می‌شود.
سوم	مذاکره و توافق روی ایجاد راهبردهای مشترک
چهارم	مذاکره در مورد علایق متفاوت یکدیگر و احترام گذاشتن به این علایق
پنجم	توافق برای بهبود کیفیت زندگی در همه ابعاد از جمله سلامت جنسی
ششم	متعهد کردن خود به تقویت رابطه از طریق شناسایی، احترام و همراهی با یکدیگر
هفتم	نقش بستگان و دوستان در خانواده
هشتم	ایجاد محیط خانه مثبت و حمایت‌کننده
نهم	تمرین مشارکت دادن دیگری در افکار و احساسات خود به روشی که صمیمیت را افزایش دهد.

اعضای گروه آزمون (۱۵ زوج) ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (از ساعت ۱۰ تا ۱۱:۳۰) مشاوره خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی را به صورت مصاحبه نیمه ساختار یافته (مصاحبه متمرکز با انعطاف‌پذیری کمتر) به مدت چهار هفته در روزهای شنبه و چهارشنبه از پژوهشگر (کارشناسی ارشد مشاوره) دریافت کردند. پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه‌های پژوهشی توسط نمونه‌ها تکمیل گردید (جدول ۱).

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی حاوی ۱۷ سؤال شامل سن، سن همسر، طول مدت ازدواج، تعداد زایمان، تعداد فرزند، تعداد سقط، سن آخرین فرزند، تفاوت سنی با همسر، سن ازدواج، وضعیت اشتغال و شغل همسران، قومیت نوبت ازدواج، روش پیشگیری از بارداری، سطح تحصیلات خانم، سطح تحصیلات همسر و میزان درامد بود.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی زنان (SQOL-F یا Sexual quality of life-Female) شامل ۱۸ سؤال می‌باشد که به منظور بررسی کیفیت زندگی جنسی زنان می‌پردازد و توسط معصومی و همکاران ترجمه و روان‌سنجی شده است (۲۲). ابعاد کیفیت زندگی جنسی شامل «احساسات روانی جنسی (۷ آیتم)، رضایت در روابط جنسی (۵ آیتم)، بی‌ارزشی جنسی (۳ آیتم)، سرکوب جنسی (۳ آیتم)» می‌باشد. با توجه به طیف لیکرت پرسش‌نامه، هر سؤال از صفر تا ۵ نمره‌گذاری گردید. سؤالات ۹، ۱۳، ۱۵ و ۱۸ به طور معکوس نمره‌گذاری شد. نمره کل پرسش‌نامه بین صفر تا ۹۰ در نظر گرفته شد. نمره صفر تا ۳۰ در سطح ضعیف، نمره ۳۰ تا ۶۰ در سطح متوسط و نمره ۶۰ تا ۹۰ در سطح خوب قرار می‌گیرد. در پژوهش معصومی و همکاران، شاخص روایی محتوا (Content validity index یا CVI) و نسبت روایی محتوا (Content validity ratio یا CVR) به روش کیفی و کمی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۴ به دست آمد. به منظور پایایی پرسش‌نامه، ضریب Cronbach´s alpha، ۰/۷۳ محاسبه گردید (۲۲).

پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی مردان (SQOL-M یا Sexual quality of life-Male) توسط سادات و همکاران ارزیابی و روایی‌سنجی شده است. مقیاس مذکور به طور اختصاصی کیفیت زندگی جنسی مردان را بررسی می‌کند و با هدف سنجش کیفیت زندگی جنسی مردان با تمرکز بر ابعاد اعتماد به نفس، سلامت عاطفی و رابط بین فردی در طی ۴ هفته گذشته می‌باشد و شامل ۱۱ سؤال است. سؤالات دارای طیف لیکرت شش امتیازی از کاملاً موافق (نمره ۱) تا کاملاً مخالف (نمره ۶) در طیف نمره ۶۶-۱۱ است که نمره بیشتر، کیفیت زندگی بهتر را نشان می‌دهد. پایایی و همسانی درونی به ترتیب با استفاده از ضریب Cronbach´s alpha و همبستگی درونی طبقه‌ای (ICC یا Intraclass correlation coefficient)، ۰/۹۴ و ۰/۹۵ گزارش گردید (۲۳).

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی فراوانی و میانگین و استنباطی با آزمون‌های Paired t و χ^2 در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ (IBM Corporation, Armonk, NY, version 24) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از اتمام جلسات، اعضای هر دو گروه (آزمون و شاهد) دو هفته و دو ماه بعد مجدد پرسش‌نامه کیفیت زندگی جنسی را تکمیل نمودند. لازم به ذکر است که در حین انجام پژوهش ریزش نمونه‌ها صورت نگرفت.

کد اخلاق شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1401.237 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) کسب شد. از کلیه شرکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. پس از اتمام جلسات مداخله، به منظور رعایت اصول اخلاقی، برای گروه شاهد دو جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای خانواده درمانی بر طبق اصولی که در گروه آزمون انجام شده بود، اجرا شد. حقوق و احترام (اصل رازداری) کلیه افراد شرکت‌کننده و اطلاعات شخصی زوجین به صورت کاملاً محرمانه حفظ گردید. مشارکت‌کنندگان برای شرکت در تحقیق و یا انصراف از آن کاملاً آزاد بودند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج جدول ۲، میانگین سن زنان و همسران آنان در گروه آزمون به ترتیب ۷/۱۶ ± ۳۶/۳۵ و ۸/۴۴ ± ۴۰/۲۹ سال و در گروه شاهد به ترتیب ۷/۰۱ ± ۳۵/۲۳ و ۷/۶۰ ± ۴۰/۷۴ سال گزارش گردید. میانگین طول مدت ازدواج در گروه آزمون، ۹/۲۹ ± ۱۴/۲۹ سال و در گروه شاهد ۷/۹۹ ± ۱۳/۷۷ سال بود. نتایج آزمون Independent t نشان داد که بین دو گروه اختلاف معنی‌داری در میانگین متغیرها وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$).

بر اساس نتایج آزمون Fisher's exact، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری در توزیع فراوانی وضعیت اشتغال زنان و نوبت ازدواج آن‌ها مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$). آزمون χ^2 با نسبت درست‌نمایی حاکی از آن بود که توزیع فراوانی شغل همسران، قومیت و روش پیشگیری از بارداری نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۳).

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]

جدول ۲. مقایسه میانگین متغیرهای جمعیت‌شناختی بین دو گروه

متغیر	گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Independent t	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	t	مقدار P
سن (سال)	۳۶/۳۵ ± ۷/۱۶	۳۵/۲۳ ± ۷/۰۱	۰/۶۳	۰/۵۳
سن همسر (سال)	۴۰/۲۹ ± ۸/۴۴	۴۰/۷۴ ± ۷/۶۰	۰/۲۲	۰/۸۳
طول مدت ازدواج (سال)	۱۴/۲۹ ± ۹/۲۹	۱۳/۷۷ ± ۷/۹۹	۰/۲۴	۰/۸۱
تعداد زایمان	۱/۲۷ ± ۰/۷۸	۱/۴۰ ± ۰/۸۶	۰/۶۳	۰/۵۳
تعداد فرزند	۱/۳۰ ± ۰/۷۹	۱/۴۰ ± ۰/۸۶	۰/۴۷	۰/۶۴
تعداد سقط	۰/۴۲ ± ۰/۱۶	۰/۵۹ ± ۰/۱۴	۰/۷۶	۰/۴۵
سن آخرین فرزند (سال)	۱۱/۶۱ ± ۸/۵۲	۱۰/۵۶ ± ۷/۹۷	۰/۴۶	۰/۶۵
تفاوت سنی با همسر (سال)	۵/۱۵ ± ۳/۲۳	۵/۱۷ ± ۲/۷۵	۰/۰۲	۰/۹۸
سن ازدواج (سال)	۲۱/۴۲ ± ۷/۳۲	۲۰/۹۲ ± ۴/۸۰	۰/۳۲	۰/۷۵

نتایج آزمون Mann-Whitney نشان داد که بین دو گروه اختلاف معنی‌داری در سطح تحصیلات خانم، سطح تحصیلات همسر و میزان درامد وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۴).

بر اساس نتایج آزمون Independent t، میانگین نمره هیچ یک از ابعاد کیفیت زندگی جنسی قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$) (جدول ۵).

نتایج آزمون Independent t نشان داد که دو هفته پس از انجام مداخله، میانگین نمره بی‌ارزشی بین دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$).

میانگین نمره رضایت جنسی در گروه آزمون به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد بود، اما میانگین نمرات سرکوب جنسی و احساسات روانی در گروه آزمون به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد گزارش گردید ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۶).

مطابق با یافته‌های آزمون Independent t، دو ماه پس از مداخله، میانگین نمره رضایت جنسی در گروه آزمون به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد گزارش گردید، اما میانگین نمرات سرکوب جنسی، بی‌ارزشی و احساسات روانی در گروه آزمون به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۷).

جدول ۳. مقایسه توزیع فراوانی وضعیت اشتغال زنان، شغل همسران، قومیت، نوبت ازدواج و روش پیشگیری از بارداری بین دو گروه

متغیر		گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون χ^2	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	χ^2	مقدار P
وضعیت اشتغال	شاغل	۲ (۶/۵)	۴ (۱۲/۹)	–	۰/۳۴
	خانه‌دار	۲۹ (۹۳/۵)	۲۷ (۸۷/۱)		
شغل همسران	آزاد	۲۲ (۷۱/۰)	۲۱ (۶۷/۷)	۰/۶۸	۰/۹۵
	کارمند	۴ (۱۲/۹)	۵ (۱۶/۱)		
	بیکار	۱ (۳/۲)	۲ (۶/۵)		
	بازنشسته	۱ (۳/۲)	۱ (۳/۲)		
	کارگر	۳ (۹/۷)	۲ (۶/۵)		
قومیت	فارس	۲۹ (۹۳/۵)	۲۸ (۹۰/۳)	۰/۳۶	۰/۸۴
	ترک	۱ (۳/۲)	۲ (۶/۵)		
	لر	۱ (۳/۲)	۱ (۳/۲)		
نوبت ازدواج	اول	۲۹ (۹۳/۵)	۲۸ (۹۰/۳)	–	۰/۵۰
	دوم	۲ (۶/۵)	۳ (۹/۷)		
روش پیشگیری از بارداری	کاندوم	۸ (۲۵/۸)	۶ (۱۹/۳)	۲/۸۹	۰/۴۱
	IUD و قرص ضد بارداری	۳ (۹/۷)	۴ (۱۲/۹)		
	منقطع	۱۳ (۴۱/۹)	۱۸ (۵۸/۱)		
	سایر روش‌ها	۷ (۲۲/۶)	۳ (۹/۷)		

IUD: Intrauterine device

https://hsr.mui.ac.ir

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]

جدول ۴. مقایسه توزیع فراوانی سطح تحصیلات خانم، سطح تحصیلات همسر و میزان درامد بین دو گروه

متغیر		گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Mann-Whitney	
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	Z	مقدار P
سطح تحصیلات خانم	بی‌سواد	۰ (۰)	۰ (۰)	۰/۱۲	۰/۹۰
	زیر دیپلم و دیپلم	۲۰ (٦٤/٥)	۱۹ (٦۱/۳)		
	کارشناسی	۸ (۲٥/۸)	۱۱ (۳٥/٥)		
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۳ (۹/۷)	۱ (۳/۲)		
سطح تحصیلات همسر	بی‌سواد	۰ (۰)	۰ (۰)	۰/۸٦	۰/۳۹
	زیر دیپلم و دیپلم	۲٦ (۸۳/۹)	۲۳ (۷٤/۲)		
	کارشناسی	۳ (۹/۷)	٦ (۱۹/٤)		
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۲ (٦/٥)	۲ (٦/٥)		
میزان درامد (تومان)	کمتر از ۱ میلیون	٦ (۱۹/٤)	٦ (۱۹/٤)	۰/۱۹	۰/۸٥
	۲-۱ میلیون	۱۷ (٥٤/۸)	۱۷ (٥٤/۸)		
	۳-۲ میلیون	۸ (۲٥/۸)	٥ (۱٦/۱)		
	بیشتر از ۳ میلیون	۰ (۰)	۳ (۹/۷)		
تعداد روابط جنسی در ماه	۳-۲ بار	۱٥ (٤۸/٤)	۱٤ (٤٥/۲)		
	٥-٤ بار	۳ (۹/۷)	۰ (۰)		
	بیشتر از ٥ بار	۱ (۳/۲)	۱ (۳/۲)		

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین تأثیر خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی بر کیفیت زندگی جنسی زوجین بود که بر طبق یافته‌ها و نتایج به دست آمده، می‌توان گفت که اثرگذاری این روش بر کیفیت زندگی جنسی مؤثر بود و کیفیت زندگی جنسی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد، دو هفته و دو ماه پس از مداخله به طور معنی‌داری بهبود یافت. از این‌رو، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج تحقیق کیایی‌راد و همکاران که با هدف بررسی اثربخشی درمان رفتاری- شناختی بر نگرش به روابط فرازناشویی و خشونت در زنان مبتلا به طلاق عاطفی بر روی ۴۰ زن مبتلا به طلاق عاطفی انجام شده بود (۷)، همخوانی داشت. نتایج پژوهش سیاهپوش و همکاران با هدف بررسی تأثیر خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی و رضایت زناشویی خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی انجام گردید. آن‌ها ۳۰ خانواده را به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب کردند و ۱۲ جلسه تحت درمان قرار دادند (۳) و نتایج به دست آمده با یافته‌های بررسی حاضر همسو بود. مطالعه گودرزی و همکاران با هدف اثربخشی مؤلفه‌های خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر تعارض والد- فرزندی و تعارض زناشویی بر روی ۳۰ خانواده به صورت تصادفی صورت گرفت (۲). نتایج به دست آمده با یافته‌های تحقیق حاضر هم‌راستا بود.

از پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور می‌توان به مطالعه Hucker و McCabe با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری آنلاین بر مشکلات جنسی زنان و عملکرد رابطه زناشویی اشاره کرد که در آن ۲۶ زن شرکت نمودند و نتایج حاکی از آن بود که پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در صمیمیت جنسی و عاطفی و افزایش کیفیت رابطه زنان گزارش گردید (۲۴) که با یافته‌های تحقیق حاضر مشابهت داشت. در ادامه بحث باید اشاره کرد که کیفیت رابطه جنسی، تأثیر عمیقی بر رضایت زناشویی دارد (۲۵) و عدم رضایت از رابطه زناشویی، منجر به ایجاد حس بی‌ارزشی در زوجین می‌گردد (۲۶). بی‌ارزشی نوعی احساس درماندگی و ناامیدی است که فرد احساس می‌کند هیچ اهمیت و ارزشی در زندگی ندارد و این حس به طور قابل توجهی بر سلامت عاطفی، جنسی و احساسات روانی فرد تأثیر منفی می‌گذارد و می‌تواند از علایم افسردگی محسوب شود (۲۶). احساس بی‌ارزشی و احساسات روانی نامطلوب و به دنبال آن افسردگی، باعث کاهش میل جنسی و سرکوب آن می‌گردد که لزوم مداخلات درمانی مناسب از جمله خانواده درمانی را می‌طلبد (۲۷).

جدول ۵. مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی جنسی بین دو گروه قبل از انجام مداخله

ابعاد کیفیت زندگی جنسی	گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Independent t	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	t	مقدار P
سرکوب جنسی	۸/٤٥ ± ۳/۹۳	۷/٤٥ ± ۳/۸٤	۱/۰۱	۰/۳۱
بی‌ارزشی	۷/۳۲ ± ٤/۱٦	٦/۰٦ ± ٤/٥۷	۱/۱۳	۰/۲٦
احساسات روانی	۲۰/۳٤ ± ۸/۸۱	۲۰/۷۱ ± ٦/۷۳	۰/۱۹	۰/۸٥
رضایت جنسی	۱٤/۱۳ ± ٥/۱٥	۱۳/٤٦ ± ۷/۱۸	۰/٤۲	۰/٦۷

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]

جدول ۶. مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی جنسی بین دو گروه دو هفته پس از مداخله

ابعاد کیفیت زندگی جنسی	گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Independent t	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	t	مقدار P
سرکوب جنسی	۵/۳۷ ± ۲/۸۷	۸/۲۳ ± ۳/۶۰	۳/۴۲	۰/۰۰۱
بی‌ارزشی	۴/۷۷ ± ۲/۵۶	۶/۳۹ ± ۴/۵۴	۱/۷۲	۰/۰۹۰
احساسات روانی	۱۳/۶۳ ± ۷/۰۷	۲۲/۶۱ ± ۵/۸۸	۵/۴۰	< ۰/۰۰۱
رضایت جنسی	۱۸/۷۰ ± ۳/۶۲	۱۲/۸۱ ± ۶/۵۴	۴/۳۷	< ۰/۰۰۱

خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی، ضمن فراهم‌آوری توانایی صمیمی بودن با شریک زندگی، برقراری ارتباط صریح در مورد نیازها و خواسته‌های جنسی و عملکرد جنسی، باعث ایجاد پذیرش و احترام به خود و دیگران می‌شود (۲۸، ۳).

در مجموع، از نتایج پژوهش حاضر می‌توان چنین استنباط کرد که جلسات خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی، می‌تواند ضمن افزایش کیفیت زندگی جنسی، منجر به تحکیم بنیان خانواده گردد. از آن‌جا که در سال‌های اخیر احساس امنیت، آرامش و روابط صمیمانه میان زن و مرد به سستی گراییده و کانون خانواده دستخوش فرایندهای ناخوشایند شده است (۲۱)، این روش با استفاده از مداخلات رفتاری (تلاش مستقیم برای کاهش هیجانات و رفتارهای ناکارامد از طریق تغییر در رفتارها)، مداخلات شناختی (تلاش برای کاهش هیجانات و رفتارهای ناکارامد از طریق ارزیابی‌ها و الگوهای فکری) و تقویت رابطه از طریق پذیرش و حمایت، ایجاد راهبردهای مشترک به منظور بهبود روابط، صمیمیت، رضایت و سازگاری، به زوجین کمک می‌کند (۹). در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که این شیوه روان‌درمانی توانست با تأکید بر این که افراد چگونه به موقعیت‌ها نزدیک شوند و راه‌حل‌های مناسب رفتاری را انتخاب کنند، زوجین و خانواده‌ها با پذیرش همدیگر، باورها و انتظارات از یکدیگر را مطرح نمایند و درصدد حمایت متقابل و تغییر بر پایه منطقی و مثبت به منظور رسیدن به راهبردهای مشترک و تجدید نظر کردن روی افکار مخرب برآمدند و توانستند کیفیت زندگی را بهبود بخشند و تعهد و صمیمیت متقابل را ایجادکنند. از آن‌جا که این روش روان‌درمانی بر عمق الگوی خانواده‌ها مؤثر است، تغییر زوجین منجر به حرکت چرخه زندگی و کیفیت روابط جنسی و سازگاری پایدار، احترام و درک متقابل گردید.

از مهم‌ترین محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به تعداد اندک آزمودنی‌ها اشاره نمود، بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از حجم نمونه بزرگ‌تری استفاده گردد. همچنین، به دلیل محدودیت در برگزاری کلاس‌ها، امید است در پژوهش‌های بعدی موارد فوق جبران شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر مبنای مدل سلامت جنسی، بر کیفیت زندگی جنسی اثربخش است. به نظر می‌رسد این روش درمانی با روش‌ها و شیوه‌های خود، منجر به افزایش کیفیت زندگی جنسی زوجین و در نتیجه، رضایت و سازگاری آن‌ها می‌گردد. بنابراین، می‌توان از این روش خانواده درمانی به عنوان یک مداخله بالینی و مشاوره مناسب و اثرگذار در زوجین بهره برد.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ۱۴۰۱,۲۳۷ و کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1401.237، مصوب شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدین وسیله از کلیه مشارکت‌کنندگان و همچنین، حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

جدول ۷. مقایسه میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی جنسی بین دو گروه دو ماه پس از مداخله

ابعاد کیفیت زندگی جنسی	گروه آزمون	گروه شاهد	آزمون Independent t	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	t	مقدار P
سرکوب جنسی	۱/۹۰ ± ۲/۵۰	۸/۹۴ ± ۳/۶۶	۸/۷۴	< ۰/۰۰۱
بی‌ارزشی	۱/۸۳ ± ۲/۲۰	۶/۷۱ ± ۴/۵۵	۵/۳۵	< ۰/۰۰۱
احساسات روانی	۷/۹۰ ± ۶/۰۹	۲۳/۸۴ ± ۵/۴۹	۱۰/۷۵	< ۰/۰۰۱
رضایت جنسی	۲۲/۳۳ ± ۲/۵۴	۱۲/۲۶ ± ۶/۳۲	۸/۲۲	< ۰/۰۰۱

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]

References

1. Talayizadeh F, Bakhtiyarpour S. The relationship between marital satisfaction and sexual satisfaction with couples' mental health. Thought Behav Clin Psychol Appl 2016; 11(40): 37-46.
2. Goudarzi M, Shiri F, Mahmoudi B. Effectiveness of cognitive-behavioral family therapy on parent-child conflicts and marital conflict. J Appl Psychol 2019; 12(4): 531–51.
3. Siahposh M, Motamedi A, Sohrabi F. The effect of cognitive behavioral family therapy on general health and marital satisfaction of families with mentally retarded children in Khorramabad city. Knowl Res Appl Psychol 2021; 22(2): 47–58.
4. Zeheiri A, Bassak Nejad S, Abbaspur Z. The effectiveness of couples therapy based on improving quality of life on conflict resolution styles, marital satisfaction, and quality of life of couples with a history of marital infidelity. J Fam Psychol 2021; 7(2): 1–16.
5. Shirvani H, Alhani F, Montazeri A. The effect of family-centered empowerment model on the functional scales quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. Iran J Breast Dis 2017; 10(1): 61–72.
6. Khodayarifard M, Alavinezhad S, Sajjadi Anari S, Zandi S. Efficacy of family therapy combined with CBT techniques on treatment of sexual variety seeking. Rooyesh Psychol 2017; 5(4): 85–116.
7. Kiaeerad H, Pasha R, Asgari P, Makvandi B. The effect of cognitive-behavioral therapy on attitude to extramarital relationship and violence in women with emotional divorce. Iran J Nurs Res 2020; 15(5): 49–60.
8. Hogue A, Schumm JA, MacLean A, Bobek M. Couple and family therapy for substance use disorders: Evidence-based update 2010–2019. J Marital Fam Ther 2022; 48(1): 178–203.
9. Lan J, Sher TG. Cognitive-behavioral family therapy. In: Lebow J, Chambers A, Breunlin D, editors. Encyclopedia of Couple and Family Therapy. Cham, Switzerland: Springer; 2019. p. 497–505.
10. Pasha H, Bakhtiari A. Evaluation of emotional relationships and sexual health of couples from the point of view of the Qur'an and narrations. Islam Health J 2019; 4(1): 20–7.
11. Khani S, HamzehGardeshi Z, Bozorgi N. A review on various aspects of male involvement in women's sexual and reproductive health. J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27(152): 99–116.
12. Mikaeili N, Samadifard HR. Correlation of sexual health with irrational beliefs, mindfulness and perfectionism in couples. J Health Promot Manag 2021; 10(2): 53–63.
13. Hosein Rashidi B, Kiyani K, Haghollahi F, Shahbazi Sighaldeh S. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description of its components. Tehran Univ Med J 2015; 73(3): 210–20.
14. Marvi N, Golmakani N, Miri HH, Esmaily H. The effect of sexual education based on sexual health model on the sexual function of women with infertility. Iran J Nurs Midwifery Res 2019; 24(6): 444.
15. Robinson BE, Bockting WO, Simon Rosser B, Miner M, Coleman E. The sexual health model: Application of a sexological approach to HIV prevention. Health Educ Res 2002; 17(1): 43–57.
16. Lamyian M, Zarei F, Montazeri A, Hajizadeh E, Maasoumi R. Exploring the factors affecting Iranian women's quality of sexual life. J Hayat 2016; 22(2): 185–200. [In Persian].
17. Sayyadi F, Golmakani N. Investigating the relationship between sexual assertiveness and sexual quality of life in married women. Nurs Midwifery J 2020; 18(9): 750–8. [In Persian].
18. Samimi K, Mokarami H, Tontab Haghighi S, Taban E, Yazdani Aval M, Maasoumi R. Assessment of affecting factors on women's sexual quality of life among hospital employees. J Gorgan Univ Med Sci 2016; 18(3): 128-34. [In Persian].
19. Zeheiri A, Bassak Nejad S, Abbaspur Z. The effectiveness of couples therapy based on improving quality of life on conflict resolution styles, marital satisfaction, and quality of life of couples with a history of marital infidelity. Iran J Fam Psychol 2021; 7(2): 1–16. [In Persian].
20. Azarnik M, Rafiepoor A, Hatami M, Mousavi MS. Evaluation and comparison of the effectiveness of communication and marital skills training on marital conflicts and sexual performance of female students. Health Syst Res 2021; 17(3): 159–66. [In Persian].
21. Shalani B, Siyahkamari R. Correlation of sexual knowledge and attitude with sexual function in female nurses. Qom Univ Med Sci J 2018; 12(9): 66–74. [In Persian].
22. Mohamadi S, Ozgoli G, Alizadeh S, Borumandnia N, Abbas A. The effect of modification of dysfunctional sexual beliefs on promotion of quality of pregnant women's sexual life in Besat hospital. Research in Medicine 2017; 41(3): 166–74. [In Persian].
23. Sadat Z, Ghofranipour F, Goshtasebi A, Azin SA. Validity and reliability of the Persian version of the Sexual Quality of Life-Male questionnaire. Payesh 2017; 16(1): 73–81. [In Persian].
24. Hucker A, McCabe MP. An online, mindfulness-based, cognitive-behavioral therapy for female sexual

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]

difficulties: Impact on relationship functioning. J Sex Marital Ther 2014; 40(6): 561–76.
25. Abaspoor F, Behjati Ardakani F, Rezapour Mirsaleh Y. A mediating role of marital intimacy in the relationship between self differentiation and attachment styles with sexual satisfaction in female nurses. J Nurs Educ 2022; 10(4): 85–100. [In Persian].
26. Rohani M, Rajai A, Kimiaee S, Malekzadeh J, Behnam Vashani H. Effectiveness of cognitive-behavior religious training on feeling of hopelessness, worthlessness and dissatisfaction in nurses' lives. J Health Promot Manag 2013; 2(3): 45–55. [In Persian].
27. Mojdeh F, Zeighami Mohamadi S. The relationship between depression and sexual function index among married women. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2013; 21(1): 41–51. [In Persian].
28. Vlachou E, Ntikoudi A, Owens DA, Nikolakopoulou M, Chalimourdas T, Cauli O. Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based interventions on psychological symptoms in adults with type 2 diabetes mellitus: An updated review of randomized controlled trials. J Diabetes Complications 2022; 36(5): 108185.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-09-04]

[DOI: 10.48305/jhsr.v21i2.1598]