

The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Sexual Self-Esteem and Sexual Function in Women with Multiple Sclerosis

Esmail Asadpour^{1*}, Saeed Veisi²

1. Assistant Professor, Ph.D. in Counseling, Department of Counseling, University of Kharazmi, Tehran, Iran.
2. MS.c of Educational Psychology, University of Bu-Ali Sina, Hamadan, Iran.

Received: 12 Jun 2017, Accepted: 3 Sep 2017

Abstract

Background: The aim of this study was to investigate the effectiveness of emotionally focused couple therapy on sexual self-esteem and sexual function in women with multiple sclerosis in the city of Tehran.

Materials and Methods: This was a quasi experimental study with pretest-posttest, a month follow-up and control group. The statistical population included women with multiple sclerosis in the city of Tehran. 30 patients with the age range of 20-50 years old were chosen as samples and randomly were divided in 2 groups of individuals as control and emotionally focused therapy. The experimental groups practiced the emotionally focused therapy for a month, 9 step and 60 minutes in each session. Then, post-test was performed for them. For data collecting, the sexual self-esteem and sexual function questionnaires were used. Data analysis was done by using multivariate analysis of covariance by SPSS 23 software at a significant level less than 0.05.

Results: Statistical data analysis illustrated that the amounts of sexual self-esteem of life after emotionally focused couple therapy intervention were significantly increased in experimental than control group ($p < 0.05$). Also, of emotionally focused therapy was significant increase on sexual function of women with multiple sclerosis ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of this study, emotionally focused couple therapy has affected on sexual self-esteem and sexual function in women with multiple sclerosis. Thus, emotionally focused couple therapy can be a good approach to improve the sexual problems in women with multiple sclerosis.

Keywords: Emotionally focused couple therapy, Multiple sclerosis, Sexual function, Sexual self-esteem.

*Corresponding Author:

Address: Department of Counseling, University of Kharazmi, Tehran, Iran
Email: dr.iasadpour@yahoo.com

اثربخشی زوج درمانی هیجان-محور بر عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه

اسماعیل اسدپور^{۱*}، سعید ویسی^۲

۱. استادیار، دکترای مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۲۲، تاریخ پذیرش: ۹۶/۶/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی زوج درمانی هیجان-محور بر عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه در شهر تهران بود.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع نیمه تجربی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با پی‌گیری یک ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اسکروز چندگانه در شهر تهران بود. ۳۰ بیمار با دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده به دو گروه کنترل و گروه زوج درمانی هیجان-محور تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت یک ماه، ۹ گام ۶۰ دقیقه‌ای زوج درمانی هیجان-محور را آموزش دیدند. سپس از آن‌ها پس‌آزمون گرفته شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون مانکوا در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

یافته ها: بررسی‌های آماری نشان داد که نمرات عزت نفس جنسی پس از مداخله زوج درمانی هیجان-محور در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به طور معنی‌داری افزایش یافت ($p < 0/05$). هم‌چنین آموزش زوج درمانی هیجان-محور افزایش معناداری را در عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه نشان داد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، زوج درمانی هیجان-محور بر افزایش عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه تأثیر دارد. بنابر این، زوج درمانی هیجان-محور می‌تواند شیوه مناسبی برای بهبود مشکلات جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه باشد.

واژگان کلیدی: زوج درمانی هیجان-محور، عزت نفس جنسی، عملکرد جنسی، اسکروز چندگانه

*نویسنده مسئول: ایران، تهران، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره

Email: dr.iasadpour@yahoo.com

مقدمه

اسکلروز چندگانه یک بیماری وابسته به سیستم ایمنی با علل ناشناخته است و یکی از مهم‌ترین بیماری‌های ناتوان‌کننده عصب‌شناختی در بالغین خصوصاً زنان است که بخش میلین سیستم اعصاب مرکزی در آن تخریب می‌شوند. همه‌گیر شناسی بیماری نشان داده است که زنان حدود ۲ برابر بیشتر از مردان به این بیماری مبتلا می‌شوند و سن شروع به طور معمول بین ۲۰ تا ۴۰ سال است (۱). اسکلروز چندگانه یک بیماری خود ایمن می‌باشد که عوامل محیطی و ژنتیکی در استعداد ابتلا به بیماری نقش دارند (۲). بیماری اسکلروز چندگانه یک بیماری مزمن التهابی می‌باشد که با حملات حاد اختلال عصبی همراه است. در بسیاری از بیماری‌ها جنسیت نقش مهمی در این بیماری‌ها ایفا می‌کند. در بیماری اسکلروز چندگانه این تفاوت جنسیتی را می‌تواند مشاهده کرد. زنان بیش از مردان درگیر این بیماری می‌شوند (۳). افراد مبتلا به اسکلروز چندگانه نسبت به افراد سالم در کارکردهای اجرایی در جایگاه پایین‌تری قرار دارند. هم‌چنین در مقیاس جهت‌گیری زندگی، افراد مبتلا اسکلروز چندگانه پایین‌تر از افراد سالم هستند و نگرش آن‌ها بیشتر به سمت جهت‌گیری منفی و بدبینانه است (۴). اسکلروز چندگانه سیستم اعصاب مرکزی را که شامل مغز، نخاع و اعصاب بینایی است، مورد حمله قرار می‌دهد. تجربه خستگی در این بیماران بالا گزارش شده است که این می‌تواند سلامت بدنی و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان را معرض خطر قرار دهد (۵). در این بیماران اختلالات خواب شایع است و تاثیر این وضعیت بر عملکرد شناختی و وضعیت زندگی روزمره آنان مشهود است. بیماری اسکلروز چندگانه می‌تواند بر مشکلات ذهنی شناختی افراد مبتلا به آن تاثیر گذار باشد (۶). اسکلروز چندگانه یکی از بیماری‌های سیستم عصبی مرکزی، مزمن و غیر قابل درمان است. اسکلروز چندگانه یکی از بیماری‌های شایع سیستم عصبی مرکزی است که بیشتر جوانان را گرفتار می‌کند (۷). مشکلات جنسی از شکایات شایع بیماران اسکلروز چندگانه بوده و از آن‌جا که ابتلا به این بیماری در

زنان بیشتر از مردان است، لذا این مشکلات جنسی در زنان بیمار بیش از مردان است. مشکلات جنسی در زنان مبتلا به اسکلروز چندگانه به علت دفع ادرار، مشکلات روده، گرفتگی و ضعف عضلانی، اختلال توجه و تمرکز و مشکلات حرکتی را بر شمرد. هم‌چنین مشکلات جنسی این زنان ریشه در جنبه‌های روانی، عاطفی و فرهنگی و اجتماعی بیماری دارد که می‌تواند در احساسات جنسی و پاسخ‌های جنسی مداخله نمایند (۸). کاهش فعالیت جنسی، کاهش تمایلات جنسی، کاهش حس تناسلی، اختلال ارگاسم و برانگیختگی (فقدان ارگاسم یا سختی در رسیدن به آن) از شایع‌ترین نشانه‌های مشکلات جنسی در میان زنان اسکلروز چندگانه هستند (۹).

هم‌چنین در مطالعات دیگر مشکلات جنسی و اختلال در عملکرد جنسی در زنان مبتلا به اسکلروز چندگانه ۴۰ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (۱۰). این بیماری به علت ایجاد شرایط مزمن‌کننده برای افراد مبتلا، تاثیر عمیقی بر زندگی فردی و زناشویی افراد دارد و نه تنها برای خود بیمار تنش‌هایی را ایجاد می‌کند، بلکه شریکان صمیمی فرد بیمار نیز پریشانی قابل توجهی را ایجاد می‌کند. این وضعیت موجب کاهش عملکرد جنسی و غفلت قرار گرفتن رابطه زوجین می‌شود (۱۱). عملکرد جنسی بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان‌با شخصیت فرد در هم آمیخته است که صحبت از آن به عنوان پدیده‌ای مستقل، غیر ممکن به نظر می‌رسد. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوی بشر بوده و تاثیر غیرقابل انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد (۱۲). اختلال عملکرد جنسی یک علامت شایع در بیماری اسکلروز چندگانه است که بر بیش از ۷۵٪ از زنان مبتلا به این بیماری تاثیر می‌گذارد و اغلب به عنوان یک نشانه‌ی این بیماری دست کم گرفته می‌شود. شیوع این وضعیت دارای طیفی از ۵۰٪ تا ۹۰٪ در زنان مبتلا است که به شدت و مدت بیماری آنها بستگی دارد، اختلال در عملکرد جنسی در زنان با بیماری زودرس اسکلروز چندگانه اتفاق می‌افتد

و در افرادی که تازه تشخیص بیماری داده شده‌اند نیز گزارش شده است (۱۳).

بیماری اسکروز چندگانه اغلب در شکستن پیوند زناشویی نقش دارد، خصوصاً اگر پایه ارتباط ضعیف باشد. بیماری اسکروز چندگانه در زنان می‌تواند بهانه‌ای برای همه مشکلات جنسی، عاطفی و ارتباطی باشد. اگرچه غالباً اثرات بیماری بر روی همسر نادیده گرفته می‌شود، اما ناراحتی فرد از بیماری همسرش به اندازه ناراحتی است که به دلیل نداشتن شریک جنسی است. مسائل جنسی و عزت نفس در زندگی زناشویی از مسائل درجه اول و دارای اهمیت در روابط بین زوجین است که می‌تواند بر همه ارتباطات و تعاملات زندگی آنان تاثیر گذار باشد. عزت نفس جنسی به توانایی فرد برای ارضا کردن یا ارضا شدن توسط یک شریک جنسی و فرصت‌ها برای درگیر شدن در فعالیت جنسی، احساس فرد درباره جذابیت جنسی خود، صرف نظر از اینکه دیگران چه درکی از او دارند. همچنین توانایی هدایت یا مدیریت افکار، احساسات و تعاملات جنسی خود، تناسب افکار، احساسات و رفتارهای جنسی فرد با معیارهای اخلاقی و همچنین تناسب یا سازگاری تجربه یا رفتار جنسی خود با دیگر اهداف یا اشتیاق‌های فردی اشاره دارد (۱۴). اگر زوجین در زندگی خود شناخت و آگاهی بیشتری نسبت روابط جنسی در زندگی زناشویی داشته باشند، قادر خواهند بود که شیوه‌های ارتباطی خود را تغییر دهند و آن را بهبود بخشند و در هنگام بروز تعارضات و مشکلات زناشویی یک راه حل سازنده را در پیش بگیرند (۱۵). روابط سالم جنسی و آگاهی داشتن از وضعیت روابط جنسی زوجین موجب سلامت زن و مرد در زندگی زناشویی می‌شود. پیچیدگی و صمیمیت جنسی زن و مرد در زندگی زناشویی موجب تحکیم روابط زناشویی می‌گردد. لذا مبتلا شدن به بیماری اسکروز چندگانه در زنان موجب اختلال در عملکرد جنسی و عزت نفس جنسی در این زنان می‌شود. لذا توجه بیشتر به مشکلات جنسی در مشاوره با بیماران اسکروز چندگانه به بهبود مشکلات جنسی این بیماران کمک می‌کند. یکی از مداخلاتی که می‌تواند در

کاهش اختلاف میل جنسی اثربخش باشد برای رفع مشکلات عاطفی و جنسی زوجین به کار گرفته شود زوج درمانی هیجان-محور است (۱۶). درمان‌های متعددی چون آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی (۱۷)، تحریک موضعی و فیزیکی واژن با دستگاه (۱۸) بر افزایش کارکردها و کنش ورزی زوجی و جنسی زنان و مردان متأهل پرداخته اند. یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند نقش مهمی در خودآگاهی و عزت نفس جنسی، افزایش عملکرد جنسی و کاهش تعارضات زناشویی زنان داشته باشد رویکرد هیجان-محور است. زوج درمانی هیجان-محور یکی از شیوه‌های درمانی زوجین می‌باشد که بر چرخه‌های منفی تعاملی پایدار، دلبستگی و هیجانات مراجعین توجه ویژه دارد. تاکید زوج درمانی هیجان-محور بر روش دلبستگی‌های سازگارانه، از طریق مراقبت، حمایت و توجه متقابل برای نیازهای خود و همسر است. این رویکرد معتقد است که آشفتگی‌های زناشویی همراه حالت فراگیر از عاطفه منفی و آسیب‌های دلبستگی ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند (۱۹). زوج درمانی هیجان-محور می‌تواند به عنوان درمانی موثر و کارآمد برای رفع اختلافات جنسی بین زوجین به کار رود. همچنین این رویکرد در کاهش اعتیاد جنسی و بهبود این اختلال به زوجین کمک می‌کند (۲۰). با توجه به آنچه گفته شد و بر اساس ادبیات موجود تا کنون پژوهشی که زوج درمانی هیجان-محور بر عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه استفاده کرده باشد انجام نشده است، لذا پژوهش حاضر به منظور بررسی تاثیر این روش بر روی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه پرداخته است. از طرفی با توجه آمارهای به دست آمده (۲۱)، زنان بیشتر از مردان به بیماری اسکروز چندگانه مبتلا می‌شوند، لذا در این پژوهش به طور ویژه بر روی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه انجام گرفته است. لذا در این پژوهش به دنبال بررسی ایت است که آیا زوج درمانی هیجان-محور بر عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه موثر است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اسکروز چندگانه در انجمن اسکروز چندگانه شهر تهران در زمستان ۱۳۹۵ بود. ۳۰ بیمار با دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال بر اساس معیارهای ورودی پژوهش و به طور در دسترس، برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده به دو گروه کنترل، گروه زوج درمانی هیجان مدار تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت یک ماه، ۹ گام ۶۰ دقیقه‌ای، زوج درمانی هیجان-محور را آموزش دیدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از ناتوانی بر اساس مقیاس وضعیت ناتوانی گسترش یافته در پرونده بیماران، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های ناتوان کننده حاد یا مزمن جسمی، عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، عدم ابتلا به بیماری صرع، عدم سابقه بیماری‌های متابولیکی، عدم ابتلاء به بیماری‌های روانی مانند افسردگی شدید، عدم داشتن سابقه بیماری‌های ارتوپدیک، مانند درد شدید در مفاصل تحتانی.

نحوه انجام پژوهش به این صورت بود که بعد از کسب اجازه از مسئولین انجمن اسکروز چندگانه شهر تهران، پژوهشگران در محیط مورد نظر حضور یافته و به مدت یک ماه کلیه مراجعین به انجمن اسکروز چندگانه را بررسی و بیماران واجد شرایط ورود به مطالعه را مشخص و پس از کسب اجازه و پر کردن فرم رضایت‌نامه و بیان اهداف و اهمیت تحقیق، از مبتلا به بیماری مورد نظر برای شرکت در جلسات ۹ گامی زوج درمانی هیجان محور دعوت به عمل آمد. همچنین در پیش پژوهش اثرات درمان بعد از یک ماه پیگیری شده است.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی استفاده شد.

پرسشنامه عزت نفس جنسی: این پرسشنامه را شامل ۳۵ سوال است. این پرسشنامه برای سنجش پاسخ‌های موثر در ارزیابی جنسی زنان از خود تدوین شده است. پرسش‌ها در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از ۱ تا ۶ (کاملاً

مخالقم تا کاملاً موافقم) پاسخ داده می‌شوند. سوالات ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۱، ۳۴ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل ابعاد «تجربه و مهارت با ۶ سوال»، «جذابیت با ۷ سوال»، «کنترل با ۶ سوال»، «قضاوت اخلاقی با ۷ سوال»، «انطباق با ۶ سوال» می‌باشد که بازتابی از حوزه‌های عزت نفس جنسی هستند. لازم به ذکر است سوالات ۱، ۳ و ۳۳ به علت ضریب همبستگی پایین و کمتر از ۰/۳۰ آن‌ها با نمره کل مقیاس از مجموع سوالات حذف شدند و تعداد سوالات پرسشنامه ۳۲ سوال می‌باشد (۲۲). روایی و پایایی آن نشان دهنده است که خرده مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل همبستگی مطلوبی دارند که نشان دهنده روایی آن است و هم چنین ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن شامل مهارت و تجربه ۰/۸۴، جذابیت ۰/۸۸، کنترل ۰/۸۰، قضاوت اخلاقی ۰/۸۰، انطباق ۰/۸۰ و کل پرسشنامه ۰/۹۲ گزارش شده است (دویل زنها و اسچوارز، ۱۹۹۶). همچنین در این پژوهش بر روی زنان اسکروز چندگانه ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی مهارت و تجربه ۰/۷۳، جذابیت ۰/۷۸، کنترل ۰/۶۹، قضاوت اخلاقی ۰/۶۸، انطباق ۰/۷۰ و کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسش نامه عملکرد جنسی: این پرسشنامه توسط روزن، براون، هیمان، لیبام، مستون، شبسیک، فرگوسن و داگوستینو (۲۰۰۰) با هدف ارزیابی عملکرد جنسی زنان ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ آیتم است و ۶ بعد اختلالات جنسی زنان شامل «میل جنسی با ۱ سوال»، «تحریک جنسی با ۴ سوال»، «مرطوب شدن جنسی با ۴ سوال»، «ارگاسم جنسی با ۳ سوال»، «رضایت جنسی با ۳ سوال» و «درد جنسی با ۳ سوال» را می‌سنجد. اعتبار این مقیاس، از طریق پایایی بازآزمایی در پژوهش‌های گوناگون ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ و نمره‌ی آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۸۲ گزارش شده است. بای، بهرامی، فاتحی زاده، احمدی و اعتمادی (۱۳۹۱) (۲۳) پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند.

گام هشتم: تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ارتباطی.

گام نهم: تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه‌های نوین پیرامون رفتارهای دلبسته مدار و در نهایت اختتامیه جلسات و اجرای پس آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل.

تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون مانکوا (تحلیل کوواریانس چند متغیره با حذف اثر پیش آزمون) در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. قبل از تحلیل آماری داده‌ها مفروضه‌های آن بررسی شد. یکی از پیش فرض‌ها این بود که تعداد متغیرهای وابسته از تعداد اعضای نمونه در هر گروه کمتر بود که این پیش فرض اثبات گردید.

پیش فرض بعدی طبیعی بودن توزیع متغیرهای وابسته بود که نتایج که آزمون شاپیرو-ویلک غیر معنی‌دار بود و مفروضه برقرار شد ($p > 0/05$).

نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. نتیجه آزمون کرویت بارتلت در سطح معناداری ۰/۰۰۱ برقرار بود.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار عزت نفس جنسی به تفکیک گروه و مرحله را نشان می‌دهد که در این جدول آماره‌های نرمال بودن بررسی شده است که متغیر عزت نفس جنسی و ابعاد آن توزیع نرمال داشتند.

ضریب آلفای کرونباخ شاخص عملکرد جنسی در پژوهشی دیگر ۰/۹۵ به دست آمده است (۲۴). هم‌چنین در این پژوهش بر روی زنان اسکروز چندگانه ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی «میل جنسی ۰/۶۹»، «تحریک جنسی ۰/۸۰»، «مرطوب شدن جنسی ۰/۸۱»، «ارگاسم جنسی ۰/۷۰»، «رضایت جنسی ۰/۶۸» و «درد جنسی ۰/۷۵» و کل پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمد.

خلاصه جلسات زوج درمانی هیجان-محور

از آن جا که طی دو دهه اخیر به سمت یکپارچه نگری در الگوی مداخلات مشاهده می‌شود (۲۵). پژوهش حاضر نیز رویکرد زوج درمانی هیجان-محور از رویکردهای یکپارچه نگر را مدنظر قرار داده است. در این پژوهش از نه گام زوج درمانی هیجان-محور اقتباس از جانسون (۲۰۰۴) (۲۶) استفاده شده است.

گام اول: ایجاد اتحاد درمانی، تشخیص موضوع کشمکش‌های ارتباطی بین زوجین از نقطه نظر دلبستگی و جمع بندی و در نهایت اجرای پیش آزمون.

گام دوم: توصیف و روشن سازی چرخه تعاملی منفی همزمان با پدیداری آن چرخه در جلسه.

گام سوم: دسترسی به احساسات ابراز نشده‌ای که زیربنای الگوهای تعاملی می‌باشند و دستیابی به هیجانات زیر ساختاری و نیازهای دلبسته محور.

گام چهارم: قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه منفی، هیجانات زیر ساختاری و نیازهای دلبسته مدار.

گام پنجم: افزایش شناخت در مورد هیجانات، نیازها و جنبه‌هایی از خود که هنوز به مالکیت شخص در نیامده‌اند.

گام ششم: ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه‌ی پدیدار شونده‌ی هر یک از همسران توسط دیگری.

گام هفتم: تسهیل ابراز نیازها و خواسته‌ها به منظور بازساختاردهی به تعاملات.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار عزت نفس جنسی به تفکیک گروه و مرحله

متغیرهای وابسته	سنجش	میانگین \pm انحراف معیار		نرمال بودن
		آزمایش	کنترل	
تجربه و مهارت جنسی	پیش آزمون	۱/۷۵۱ \pm ۲۹/۸۰	۱/۸۲۹ \pm ۲۳/۳۰	۰/۷۱۱
	پس آزمون	۳/۱۹۰ \pm ۲۹/۲۰	۱/۸۹۷ \pm ۲۳/۶۰	۰/۴۵۶
	پیگیری	۳/۲۶۶ \pm ۲۹/۰۰	۲/۹۵۵ \pm ۲۳/۴۰	۰/۶۰۶
جذابیت جنسی	پیش آزمون	۳/۳۷۳ \pm ۲۹/۶۰	۳/۷۱۳ \pm ۲۸/۷۰	۰/۸۷۸
	پس آزمون	۳/۸۵۳ \pm ۳۱/۸۰	۳/۲۴۷ \pm ۲۹/۱۰	۰/۷۲۰
	پیگیری	۳/۸۳۱ \pm ۳۱/۷۰	۳/۳۰۰ \pm ۲۹/۱۲	۰/۷۶۱
کنترل جنسی	پیش آزمون	۱/۷۶۷ \pm ۲۶/۷۰	۲/۳۹۴ \pm ۲۴/۲۰	۰/۵۶۴
	پس آزمون	۱/۷۰۰ \pm ۳۰/۰۰	۱/۹۵۸ \pm ۲۴/۵۰	۰/۷۶۰
	پیگیری	۱/۸۸۹ \pm ۲۹/۷۰	۲/۲۱۴ \pm ۲۴/۳۰	۰/۸۹۳
قضاوت اخلاقی جنسی	پیش آزمون	۲/۹۷۴ \pm ۲۳/۲۰	۱/۸۷۴ \pm ۲۱/۸۰	۰/۵۸۱
	پس آزمون	۲/۰۲۵ \pm ۲۷/۱۰	۱/۷۲۹ \pm ۲۲/۱۰	۰/۷۷۵
	پیگیری	۲/۲۳۴ \pm ۲۶/۹۰	۱/۷۲۹ \pm ۲۱/۹۰	۰/۶۹۱
انطباق جنسی	پیش آزمون	۱/۸۹۱ \pm ۱۹/۶۰	۲/۹۹۱ \pm ۱۸/۵۰	۰/۶۳۵
	پس آزمون	۱/۲۸۷ \pm ۲۲/۹۰	۲/۶۵۸ \pm ۱۹/۲۰	۰/۴۴۷
	پیگیری	۱/۲۲۹ \pm ۲۲/۸۰	۲/۶۰۱ \pm ۱۹/۱۰	۰/۵۹۱

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار عملکرد جنسی
 به تفکیک گروه و مرحله را نشان می‌دهد که در این جدول
 آماره‌های نرمال بودن بررسی شده است که متغیر عملکرد
 جنسی و ابعاد آن توزیع نرمال داشتند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار عملکرد جنسی به تفکیک گروه و مرحله

متغیرهای وابسته	سنجش	میانگین \pm انحراف معیار		نرمال بودن
		آزمایش	کنترل	
میل جنسی	پیش آزمون	۰/۶۷۵ \pm ۸/۳۰	۰/۹۴۹ \pm ۷/۷۰	۱/۱۱۸
	پس آزمون	۱/۰۳۳ \pm ۹/۸۰	۰/۶۶۷ \pm ۸/۰۰	۰/۹۵۶
	پی‌گیری	۱/۱۹۷ \pm ۹/۹۰	۰/۶۶۵ \pm ۹/۹۰	۰/۹۳۱
تحریک جنسی	پیش آزمون	۲/۸۳۰ \pm ۱۵/۷۰	۱/۶۱۹ \pm ۱۴/۸۰	۰/۷۹۴
	پس آزمون	۱/۶۵۰ \pm ۱۷/۵۰	۱/۸۸۹ \pm ۱۴/۷۰	۰/۵۹۱
	پی‌گیری	۱/۸۲۹ \pm ۱۷/۳۰	۱/۸۲۹ \pm ۱۴/۷۰	۰/۵۷۳
مرطوب شدن جنسی	پیش آزمون	۱/۱۳۵ \pm ۱۳/۸۰	۱/۰۵۹ \pm ۱۳/۳۰	۱/۱۵۸
	پس آزمون	۱/۱۳۵ \pm ۱۴/۸۰	۱/۰۷۵ \pm ۱۳/۶۰	۰/۸۵۳
	پی‌گیری	۱/۱۳۵ \pm ۱۴/۸۰	۱/۰۷۵ \pm ۱۳/۵۰	۰/۸۵۲
ارگاسم جنسی	پیش آزمون	۰/۶۹۹ \pm ۸/۴۰	۱/۱۳۵ \pm ۷/۹۳	۱/۲۲۴
	پس آزمون	۰/۸۵۰ \pm ۹/۵۰	۱/۲۲۹ \pm ۸/۴۰	۱/۱۱۲
	پی‌گیری	۱/۴۱۸ \pm ۱۰/۳۰	۱/۲۲۸ \pm ۸/۶۰	۰/۹۳۵
رضایت‌مندی جنسی	پیش آزمون	۱/۰۳۳ \pm ۷/۸۰	۰/۹۹۴ \pm ۸/۹۰	۰/۹۶۷
	پس آزمون	۱/۱۷۴ \pm ۱۰/۴۰	۰/۹۹۵ \pm ۹/۱۰	۰/۷۸۵
	پی‌گیری	۱/۱۷۵ \pm ۱۰/۳۹	۰/۹۹۳ \pm ۹/۰۹	۰/۷۸۵
درد جنسی	پیش آزمون	۰/۷۸۹ \pm ۸/۲۰	۰/۹۴۹ \pm ۷/۷۰	۰/۹۹۵
	پس آزمون	۱/۲۵۶ \pm ۹/۶۰	۰/۹۱۹ \pm ۸/۲۰	۰/۹۲۴
	پی‌گیری	۱/۳۵۴ \pm ۹/۵۰	۰/۹۱۹ \pm ۸/۲۰	۱/۰۸۲

فرضیه اول: زوج درمانی هیجان محور بر عزت نفس جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه موثر است. خلاصه آزمون‌های چندمتغیری پس آزمون عزت نفس جنسی را نشان می‌دهد که آماره چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز پس آزمون $[f=18/817 \text{ و } p<0/01]$ و لامبدای ویلکز پی گیری $[f=8/005 \text{ و } p<0/01]$ در سطح $0/99$ درصد معنی دار است. بدین منظور فرض صفر آماری رد می‌شود و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیر پس آزمون و پیگیری (عزت نفس جنسی) پس از تعدیل تفاوت‌های پیش آزمون (همپراش) از متغیر

مستقل (زوج درمانی هیجان مدار) تاثیر پذیرفته است (مرحله پس آزمون). با توجه به اینکه آزمون چند متغیری معنی دار بوده و ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل اثر پذیرفته است، لذا بعد از این به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هر کدام از متغیرهای وابسته (عزت نفس جنسی) به طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ به منظور مقایسه میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری نمرات عزت نفس جنسی بعد از کنترل اثر پیش آزمون درد گروه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج مانکوا جهت مقایسه نمرات پس آزمون عزت نفس جنسی در دو تا گروه آزمایش و کنترل

مرحله پی گیری		مرحله پس آزمون		منبع گروه
p	آماره آزمون f	p	آماره آزمون f	
0/043	4/511	0/023	6/618	تجربه و مهارت جنسی
0/032	5/806	0/017	7/549	جذابیت جنسی
0/001	21/556	0/001	29/778	کنترل جنسی
0/011	8/676	0/006	10/894	قضاوت اخلاقی جنسی
0/008	9/830	0/005	11/406	انطباق جنسی

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس آزمون عزت نفس جنسی بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین میانگین نمرات پس آزمون عزت نفس جنسی گروه آزمایش به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل شده است. بررسی اثرات زوج درمانی هیجان مدار در مرحله پیگیری نشان داد آموزش زوج درمانی هیجان مدار به طور معنی داری در مرحله پیگیری ادامه داشته و پایداری اثر داشته است. فرضیه دوم: زوج درمانی هیجان محور بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه موثر است.

منظور فرض صفر آماری رد می‌شود و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیر پس آزمون و پیگیری (عملکرد جنسی) پس از تعدیل تفاوت‌های پیش آزمون (همپراش) از متغیر مستقل (زوج درمانی هیجان مدار) تاثیر پذیرفته است (مرحله پس آزمون). با توجه به اینکه آزمون چند متغیری معنی دار بوده و ترکیب خطی متغیر وابسته از متغیر مستقل اثر پذیرفته است لذا بعد از این به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هر کدام از متغیرهای وابسته (عملکرد جنسی) به طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر؟ به منظور مقایسه میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری نمرات عملکرد جنسی بعد از کنترل اثر پیش آزمون درد گروه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

خلاصه آزمون‌های چندمتغیری پس آزمون عملکرد جنسی را نشان می‌دهد که آماره چندمتغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز پس آزمون $[p<0/01]$ و لامبدای ویلکز پی گیری $[f=5/659 \text{ و } p<0/01]$ در سطح $0/99$ درصد معنی دار است. بدین

جدول ۴. نتایج مانکوا جهت مقایسه نمرات پس آزمون عملکرد جنسی در دو تا گروه آزمایش و کنترل

منبع گروه	مرحله پس آزمون		مرحله پی گیری	
	آماره آزمون f	p	آماره آزمون f	p
میل جنسی	۱۳/۳۵۵	۰/۰۰۳	۱۰/۶۸۸	۰/۰۰۷
تحریک جنسی	۱۰/۳۱۹	۰/۰۰۷	۹/۳۶۸	۰/۰۱۰
مرطوب شدن جنسی	۲۰/۰۷۴	۰/۰۰۱	۲۰/۰۷۴	۰/۰۰۱
ارگاسم جنسی	۵/۰۹۵	۰/۰۴۳	۱۱/۲۶۰	۰/۰۰۶
رضایت مندی جنسی	۱۶/۲۵۴	۰/۰۰۲	۱۶/۲۵۴	۰/۰۰۲
درد جنسی	۵/۸۱۳	۰/۰۳۳	۵/۱۶۱	۰/۰۴۲

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود بین میانگین نمرات پس آزمون عملکرد جنسی بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین میانگین عملکرد جنسی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل شده است. بررسی اثرات زوج درمانی هیجان مدار در مرحله پیگیری نشان داد آموزش زوج درمانی هیجان مدار به طور معنی داری در مرحله پیگیری ادامه داشته و پایداری اثر داشته است.

بحث

بررسی های آماری نشان داد که نمرات عزت نفس جنسی پس از مداخله زوج درمانی هیجان-محور در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری افزایش یافته است. همچنین زوج درمانی هیجان-محور افزایش معناداری را در عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چند گانه نشان دادند. بر اساس یافته های این پژوهش، زوج درمانی هیجان-محور بر افزایش عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چند گانه تأثیر دارد. بنابر این، زوج درمانی هیجان-محور می تواند شیوه مناسبی برای بهبود مشکلات جنسی زنان مبتلا به اسکروز چند گانه باشد. این نتایج به دست آمده مبنی بر اثربخشی رویکرد درمانی هیجان-محور بر مشکلات جنسی با تحقیقات زارعی محمودآبادی، سدرپوشان و شیرمردی (۱۳۹۳) (۷)، جاویدی، سلیمانی، احمدی و صمدزاده (۱۳۹۲) (۱۹)، لائو، مور و استانیس (۲۰۱۶) (۲۰)، جانسون و ذوکرینی (۲۰۱۰) (۲۷) همسویی و همخوانی دارد.

در تبیین علت اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر عزت نفس جنسی زنان مبتلا به اسکروز چند گانه می توان به نقش اساسی هیجانها بر تمام احساسات افراد اشاره کرد. رویکرد زوج درمانی هیجان مدار شاخه ای از زوج درمانی است که هیجانها را محور کار درمانی خود قرار می دهد. این درمان افراد را تشویق می کند تا از هیجانهاشان صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند (۲۸)، با صحبت کردن از هیجانها، هیجانها مخرب فرد تخلیه می شود و عزت نفس فرد را آماج حمله قرار نمی دهد. مشکلات مربوط به هیجانها می تواند باعث بروز مشکلات جسمانی مانند اسکروز چند گانه شود. اشخاصی که نمی توانند در مقابل اتفاقات روزانه پاسخ های هیجانی خود را به درستی و مثبت تنظیم کنند، آشفتگی بیشتری را تجربه می کنند، که این آشفتگی می تواند به بیماری هایی مانند بیماری اسکروز چند گانه در فرد منجر شود (۲۹). در حقیقت افرادی که از هیجانها خود به طور ناسازگارانه استفاده می کنند، بیشتر در برابر بیماری ها آسیب پذیر هستند (۳۰) و نقایص جسمانی مانند بیماری اسکروز چند گانه، عزت نفس فرد را در زمینه های مربوط به زندگی زناشویی چون عزت نفس جنسی تحت تأثیر قرار می دهد. در این پژوهش مشخص شد که زوج درمانی هیجان-محور بر عزت نفس جنسی زنان مبتلا به بیماری اسکروز چند گانه موثر بود. می توان گفت زوج درمانی هیجان-محور بر هیجانها و چشم اندازهای مثبت در زندگی تأکید می کند و قدرت تحمل شرایط دشوار را در فرد بیمار بالا می برد و باعث می شود فرد در برخورد با موانع و مشکلات زناشویی سازگارانه تر برخورد نماید و عزت نفس جنسی خود را از دست ندهد. با کمک

کودکی شکل می‌گیرد، می‌توان با درمان مبتنی بر هیجان آن را تغییر داد و به سمت دلبستگی ایمن سوق داد و این مسئله می‌تواند زوج‌ها را به دور از اضطراب‌های ناشی از دلبستگی نایمن به سمت بروز مناسب هیجانات و تجربه صمیمیت واقعی و عملکرد جنسی سالم هدایت کند (۲۵). بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که زوج درمانی هیجان-محور بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه موثر باشد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش، زوج درمانی هیجان-محور بر عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه تأثیر دارد. بنابراین، زوج درمانی هیجان-محور می‌تواند شیوه مناسبی برای بهبود مشکلات جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود ضمن درمان‌های پزشکی، این برنامه یعنی زوج درمانی هیجان-محور که به کمترین امکانات و تجهیزات و هزینه نیاز دارد مورد توجه مبتلایان به اسکروز چندگانه قرار گیرد و توصیه می‌شود، طبق نتایج این پژوهش برای بهبود عزت نفس و عملکرد جنسی، مسئولین و درمانگران انجمن اسکروز چندگانه در کنار درمان‌های دارویی از زوج درمانی هیجان-محور برای کاهش مشکلات جنسی بیماران مبتلا به اسکروز چندگانه استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله صمیمانه از تمامی آزمودنی‌های شرکت کننده در این پژوهش و هم چنین از همکاری صمیمانه مدیریت و کارکنان انجمن اسکروز چندگانه شهر تهران که صبورانه در این پژوهش همکاری نمودند سپاس-گزاریم.

منابع

1. Abedini SM, Montazeri S, Khalatbari J. Comparing Stress-Coping Styles in Patients with Multiple Sclerosis and Healthy People in

زوج درمانی هیجان-محور فرد بیمار سعی می‌کند هیجانات خود را تحت کنترل بگیرد و با نگاهی امیدوارانه به شرایط خود نظر داشته باشد و خود را در سازگاری با مشکلات مربوط به زندگی زناشویی توانا تر ببیند و در نتیجه عزت نفس جنسی بالاتری داشته باشد. نداشتن عزت نفس جنسی ناشی از ناتوانی در کنترل هیجان منفی و وجود افکار و باورهای منفی است و زوج درمانی هیجان-محور راهبردهای هشیارانه ذهنی هستند که به افراد برای مقابله با شرایط برانگیزنده هیجانی کمک می‌کند تا بدین طریق عزت نفس خود را در زمینه‌های گوناگون از جمله زمینه‌ی جنسی حفظ کنند. در تبیین اثر بخشی زوج درمانی هیجان-محور بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکروز چندگانه می‌توان گفت بخش وسیعی از رابطه همسران ریشه در مسایل عاطفی و هیجانی دارد و ناتوانی در ابراز به موقع و به طریق مناسب این هیجانات در ابتدا منجر به کناره گیری عاطفی و از دست رفتن صمیمیت و در نهایت طلاق عاطفی و اختلال در عملکرد جنسی آن‌ها می‌شود. بیشتر اوقات بررسی صرفاً منطقی و عقلانی (شناخت درمانی) درمانگر را از پرداختن به مسایل هیجانی آن‌ها باز می‌دارد و از آن جایی که بسیاری از مسایل و مشکلات زوج‌ها ریشه در چگونگی ابراز هیجانات زیربنایی آن‌ها دارد، زوج درمانی هیجان-محور به حل مسایل درونی زوج‌ها و ریشه‌یابی و برطرف کردن مشکلات مربوط به عملکرد جنسی آن‌ها که ممکن است مربوط به هیجانات و مسایل درونی آن‌ها باشد می‌پردازد. زوج درمانی هیجان-محور صرفاً بر ابراز هیجانات مثبت تأکید نمی‌کند و به بروز هیجاناتی که ممکن است ظاهراً مثبت تلقی نشوند نیز مانند خشم، اندوه، رنجش و اهمیت آنها در ایجاد عملکرد مثبت و یا منفی جنسی زوجین توجه ویژه ای مبذول می‌دارد. عملکرد جنسی سالم در خلال ابراز هیجانات به طریق سالم و بر اساس نشان دادن هیجانات بهنگام می‌تواند قابلیت دست یافتنی برای زوج‌ها باشد و اینکه عملکرد جنسی سالم با یادگیری بروز مناسب هیجانات به عنوان یک مهارت می‌تواند امری دست یافتنی شود. در ضمن اگر چه دلبستگی نایمن در نخستین سال‌های

4. Jafari R, Mohammad Mousavi SA, Ahmadi A, Asgari N. Comparing Executive Function and Life orientation in Multiple Sclerosis Patients and Healthy People. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 2016; 23(2):328-335(Persian).
5. Newland, P. K., Lunsford, V., & Flach, A. (The interaction of fatigue, physical activity, and health-related quality of life in adults with multiple sclerosis (MS) and cardiovascular disease (CVD). *Applied Nursing Research*, 2017; 33, 49-53.
6. Van Geest, Q., Westerik, B., Van der Werf, Y. D., Geurts, J. J. G., & Hulst, H. E. The role of sleep on cognition and functional connectivity in patients with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 2017; 264(1), 72-80.
7. Zarei M, hasanzade M, sheykh S. Assessment of the prevalence of stress, anxiety and depression in multiple sclerosis patients conducted in Zahedan. *Journal of research committee at sabzevar university of medical sciences*, 2014; 19(3):13-21 (Persian).
8. Qaderi K, Merghati Khoei E. Female Sexual problems In Multiple Sclerosis and Its Association with Quality Of Life. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Facult*, 2013; 11(7):526-533(Persian).
9. Dachille, G., Ludovico, G., Pagliarulo, G., & Vestita, G. Sexual dysfunctions in multiple sclerosis. *Minerva Urol Nefrol*, 2008; 60(2):77-90.
10. Tepavcevic, D.K., Kostic, J., Basoroski, I.D., Stojisavljevic, N., Pekmezovic, T., & Drulovic, J. The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler*, 2008; 14(8), 1131-6.
11. Tajikesmaeili A, gilak Hakim abadi M. sexual functions and marital adjustment married woman with Multiple Sclerosis. *Journal of Research in Psychological Health*, 2016; 10(2):1-9(Persian).
12. Nazarpour S, Simbar M, Ramezani Tehrani F, Alavi Majd H. Relationship between Sexual Function and Quality of Life in Postmenopausal Women. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26(143):88-98(Persian).
13. Kessler, T., Fowler, C.N., & Panicker, J. Sexual dysfunction in multiple sclerosis expert review. *Expert Rev Neurother*, 2011; 1(3):341-301.
14. Sadat SJ, Ali Mohammadi N, Alamdari A. Phenomenological Study of Family and Social Relationships of Patients with Multiple Sclerosis. *J Mazand Univ Med Sci* 2012; 22(Supple 1): 244-252 (Persian).
15. Rastgo N, Golzari M, Barati F. The effectiveness of sexual knowledge on marital satisfaction in married women sex. *About Clinical Psychology Studies*, 2015; 5(17):35-48(Persian).
16. John, N. A., Seme, A., & Tsui, A. O. Partner Relationships and Health: Marital Quality and Health Among Peri-Urban Ethiopian Couples. *Journal of Relationships Research*, 2016 : 7, e12.
17. Keshavarz-Safie Z, Noury R, Hassani J. The efficiency of marital and sexual skill training on hypoactive sexual desire and marital satisfaction in women. *Journal of Behavioral Sciences*, 2015; 9(1):51-59(Persian).
18. Guess, M. K., Connell, K. A., Chudnoff, S., Adekoya, O., Richmond, C., Nixon, K. E., & Melman, A. The Effects of a Genital Vibratory Stimulation Device on Sexual Function and Genital Sensation. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*. 2017
19. Javidi N, Soleimani A, Ahmadi Kh, Samadzadeh M. Efficacy of emotionally-focused couples therapy (EFCT) to improve family functioning. *Journal of Behavioral Sciences*, 2013; 7(2):181-188(Persian).

20. Love, H. A., Moore, R. M., & Stanish, N. A. Emotionally focused therapy for couples recovering from sexual addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 2016 ; 31(2), 176-189.
21. Saebi S, Khajavi D, Faraji F. The Effect of Balance Training with Educational and Motivational Self Talk on Balance in the Women with Multiple Sclerosis. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*, 2016; 19(115): 48-58(Persian).
22. Farokhi S, Shareh H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 2014;20(3):252-263(Persian).
23. Bay, F., Bahrami, F., Fatehizadeh, M., Ahmadi, S. A., & Etemadi O. Attachment Orientations and Female Sexual Function: The mediation Role of Sexual Assertiveness and Self-Consciousness. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 2012 ;4 (5): 50-63.
24. Besharat M, Khajavi Z, Pourkhaghan F. Mediating Role of Alexithymia on the Relationship Between Attachment Styles and Sexual Functioning. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 2013;1(4):51-64(Persian).
25. Asad Pour, E., Nazari, A. M., Sanayi Zaker, B., & Shaghghi, S. H. Effectiveness of emotion-focused couple therapy in the increase of marital intimacy of couples referring to the counseling centers of Tehran City. *Journal of Psychology*, 2012; 6(3):61-83(Persian).
26. Johnson, S. M. *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection* (2nd ed.). 2004, New York: Brunner-Routledge.
27. Johnson S.M., Zuccarini, D. Integrating Sex And Attachment In Emotionally Focused Couple Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2010; 36(4):431-445.
28. Johnson S.M.; Whiffen, V. Made to Measure: Adapting Emotionally Focused Couple Therapy to Partners' Attachment Styles", *Clinical Science and Practice*. 2003.
29. Talee-Baktash S, Yaghoubi H, Yousefi R. Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people *Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 2013; 17(5):471-481(Persian).
30. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 2001; 30(2001), 1311-1327.