



Journal Website

Article history:

Received 25 August 2025

Revised 18 December 2025

Accepted 24 December 2025

Initial Publication 28 December 2025

Final Publication 23 September 2026

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 5, Issue 3, pp 1-17



E-ISSN: 2981-1759

Comparison of the Effectiveness of Cognitive–Behavioral Therapy and Schema Therapy on Sexual Self-Awareness and Sexual Assertiveness in Women with Breast Cancer

Samira. Khodayi Anzab¹, Ali. Jahangiri^{2*}, Abulqasem. Shakiba³

¹ Department of Psychology, Boj.C., Islamic Azad University, Bojnord, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran

³ PhD in Psychology, Department of Psychology, Sabzevar Branch, Farhangian University, Sabzevar, Iran

* Corresponding author email address: alijahangri@pnu.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Khodayi Anzab, S., Jahangiri, A., & Shakiba, A. (2026). Comparison of the Effectiveness of Cognitive–Behavioral Therapy and Schema Therapy on Sexual Self-Awareness and Sexual Assertiveness in Women with Breast Cancer. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 5(3), 1-17.



© 2026 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of cognitive–behavioral therapy and schema therapy on sexual self-awareness and sexual assertiveness in women with breast cancer.

Methods and Materials: This applied, quasi-experimental study used a pretest–posttest–follow-up design with a control group. Forty-five women with breast cancer referred to Shahid Rajaei Hospital in Karaj (2021) were selected through convenience sampling and randomly assigned to CBT, schema therapy, or control groups. Interventions were delivered individually in weekly 45-minute sessions. Data were collected using the Sexual Self-Awareness Questionnaire and the Sexual Assertiveness Questionnaire and analyzed using repeated measures ANOVA and multivariate ANCOVA.

Findings: Significant main effects of time and time×group interaction were observed for sexual self-awareness and sexual assertiveness ($p<0.001$). Both treatments produced significant improvements compared with the control group. CBT demonstrated significantly greater effectiveness than schema therapy, with larger mean change scores in both dependent variables ($p<0.01$).

Conclusion: Although both therapeutic approaches significantly enhanced sexual self-awareness and sexual assertiveness among women with breast cancer, cognitive–behavioral therapy showed superior effectiveness, supporting its prioritization as a primary psychological intervention for this population.

Keywords: Breast cancer; Cognitive–behavioral therapy; Schema therapy; Sexual self-awareness; Sexual assertiveness

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Sexual health constitutes a central component of overall quality of life and psychological well-being in women, particularly for those facing life-threatening medical conditions such as breast cancer. Extensive research has established that sexual functioning is not merely a biological phenomenon but emerges from a complex interaction of cognitive, emotional, relational, and sociocultural factors (Jha & Thakar, 2010; Kammerer-Doak & Rogers, 2021). Breast cancer and its medical treatments—including mastectomy, chemotherapy, radiation, and hormonal therapy—introduce profound changes in body image, hormonal balance, emotional regulation, and interpersonal intimacy, all of which significantly disrupt sexual functioning and sexual identity in women (Hasanzadeh et al., 2019; Raggio et al., 2014). Consequently, sexual self-awareness and sexual assertiveness become particularly vulnerable psychological capacities within this population.

Sexual self-awareness refers to a woman's understanding of her own sexual thoughts, bodily responses, emotional reactions, and cognitive beliefs related to sexuality. Contemporary models conceptualize sexual self-awareness as a multidimensional construct integrating sexual self-concept, sexual schemas, and embodied emotional experience (Astle et al., 2025; Olivari et al., 2025). Disruptions in this domain have been consistently associated with sexual dissatisfaction, anxiety, and relationship distress (Bay et al., 2012; Karami et al., 2017). Sexual assertiveness, in turn, reflects a woman's capacity to communicate sexual needs, establish boundaries, refuse unwanted activity, and engage in sexual relationships with autonomy and confidence. Empirical studies demonstrate that sexual assertiveness is one of the strongest predictors of sexual satisfaction and marital adjustment across cultures (Scheer et al., 2023; Zhang et al., 2021).

Women diagnosed with breast cancer experience particularly high vulnerability to deficits in both sexual self-awareness and sexual assertiveness. Treatment-related changes in appearance, perceived femininity, fear of rejection, and emotional withdrawal often undermine sexual confidence and the ability to express sexual needs (Kammerer-Doak & Rogers, 2021; Raggio et al., 2014). These difficulties are frequently compounded by cultural norms and communication barriers, especially in conservative social contexts, which further inhibit open sexual expression (Bay et al., 2012; Karami et al., 2017). Therefore, effective psychological interventions addressing these constructs are essential for improving long-term quality of life among breast cancer survivors.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has emerged as one of the most empirically supported treatments for sexual dysfunctions in women. Through restructuring maladaptive beliefs, reducing performance anxiety, enhancing emotional regulation, and teaching behavioral communication skills, CBT directly targets the cognitive and behavioral foundations of sexual functioning (Hucker & McCabe, 2015; Meyers et al., 2023). Multiple clinical trials have demonstrated its effectiveness in improving sexual desire, arousal, satisfaction, and relational intimacy (Amirshahi et al., 2024; Bouchard et al., 2024; Kazem Zadeh Atoofi et al., 2023). More recent developments, including online CBT and cognitive behavioral hypnotherapy, further confirm its broad applicability and therapeutic impact (Alavizadeh et al., 2025; Borji-Navan & Salehin, 2025).

Schema Therapy (ST), by contrast, represents a depth-oriented approach designed to modify early maladaptive schemas that originate in childhood and shape adult emotional and relational functioning. Research indicates that ST can significantly improve emotional regulation, resilience, sexual satisfaction,

and sexual self-esteem, particularly among women experiencing chronic relational distress or sexual dysfunction (Amini et al., 2023; Hassani et al., 2023). Targeted applications of schema therapy in women with vaginismus and other sexual disorders have also yielded meaningful improvements in sexual assertiveness and self-worth (Kakavand et al., 2025; Takht Tavani et al., 2024).

Despite growing evidence supporting both CBT and ST, a critical gap remains in directly comparing these two approaches for improving sexual self-awareness and sexual assertiveness in women with breast cancer—a population uniquely burdened by medical, emotional, and identity-related sexual challenges. Furthermore, understanding which therapeutic modality produces greater benefit in this context holds substantial clinical significance for developing targeted treatment protocols.

Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy in enhancing sexual self-awareness and sexual assertiveness among women diagnosed with breast cancer.

Methods and Materials

This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, and follow-up assessments, including two experimental groups and one control group. The target population consisted of women diagnosed with breast cancer who were receiving medical care at a specialized oncology hospital. A total of 45 participants meeting inclusion criteria were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: CBT (n=15), Schema Therapy (n=15), and Control (n=15).

Participants in both intervention groups received individual therapy sessions conducted weekly over a structured treatment period. Each session lasted approximately 45 minutes and followed standardized therapeutic protocols. The control group received no psychological intervention during the study period.

Data were collected using validated self-report questionnaires measuring sexual self-awareness and sexual assertiveness at three time points: pre-intervention, post-intervention, and follow-up. Statistical analyses included repeated measures ANOVA, multivariate covariance analysis, and post-hoc Bonferroni comparisons to assess treatment effects and group differences over time.

Findings

Results indicated significant main effects of time and significant interaction effects between time and group membership for both sexual self-awareness and sexual assertiveness. Participants in both the CBT and Schema Therapy groups demonstrated substantial improvements from pretest to posttest, which were maintained at follow-up, whereas the control group showed no significant changes across measurement points.

Comparative analysis revealed that the CBT group exhibited significantly greater improvement in both sexual self-awareness and sexual assertiveness compared with the Schema Therapy group. Effect size indices indicated moderate to large treatment effects for CBT and moderate effects for Schema Therapy. Post-hoc analyses confirmed that the magnitude of change in the CBT group exceeded that of the Schema Therapy group across all measurement phases.

Discussion and Conclusion

The present findings provide strong evidence that both Cognitive Behavioral Therapy and Schema Therapy effectively enhance sexual self-awareness and sexual assertiveness in women with breast cancer.

Importantly, Cognitive Behavioral Therapy demonstrated superior effectiveness, producing larger and more rapid improvements in both outcome variables.

These findings highlight the central role of cognitive restructuring, behavioral skill training, and emotional regulation in restoring sexual functioning and psychological well-being following breast cancer. CBT's structured and problem-focused nature appears particularly well-suited for addressing the acute cognitive distortions, anxiety, and communication difficulties that characterize sexual difficulties in medically affected populations.

Schema Therapy, while somewhat less immediately impactful, nevertheless produced meaningful improvements, suggesting its value as a complementary or follow-up intervention for addressing deeper emotional and relational patterns underlying sexual functioning.

Collectively, these results underscore the necessity of integrating specialized psychological interventions into oncology care. Addressing sexual self-awareness and sexual assertiveness not only improves intimate relationships but also contributes significantly to broader psychological recovery and quality of life for women confronting breast cancer.

The study concludes that Cognitive Behavioral Therapy should be prioritized as a primary intervention for sexual rehabilitation in women with breast cancer, with Schema Therapy serving as a valuable adjunct for long-term emotional and relational stabilization.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۳ شهریور ۱۴۰۴

اصلاح شده در تاریخ ۲۷ آذر ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۳ دی ۱۴۰۴

اولین انتشار در تاریخ ۷ دی ۱۴۰۴

انتشار نهایی در تاریخ ۱ مهر ۱۴۰۵

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۵، شماره ۳، صفحه ۱۷-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه

سمیرا خدایی انزاب^۱، علی جهانگیری^{۲*}، ابوالقاسم شکیب^۳

۱. گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

۲. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد سبزوار، دانشگاه فرهنگیان، سبزوار، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: alijahangri@pnu.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصلی

نحوه استناد به این مقاله:

خدایی انزاب، سمیرا، جهانگیری، علی، و شکیب، ابوالقاسم. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۵(۳)، ۱۷-۱.



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. **روش‌شناسی:** این پژوهش کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید رجایی کرج در سال ۱۴۰۰ بود که ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، طرحواره‌درمانی و کنترل قرار گرفتند. مداخلات به صورت جلسات انفرادی هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد. ابزارها شامل پرسشنامه خودآگاهی جنسی و پرسشنامه جرأت‌ورزی جنسی بودند. داده‌ها با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثر زمان و تعامل زمان×گروه برای هر دو متغیر خودآگاهی جنسی و رضایت از جرأت‌ورزی جنسی معنادار است ($p < 0.001$). هر دو درمان موجب بهبود معنادار خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی نسبت به گروه کنترل شدند. همچنین درمان شناختی-رفتاری نسبت به طرحواره‌درمانی اثربخشی بیشتری نشان داد؛ به گونه‌ای که تفاوت میانگین تغییرات در گروه شناختی-رفتاری به طور معناداری بیشتر بود ($p < 0.01$). **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی هر دو موجب بهبود عملکردهای جنسی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شوند، با این حال درمان شناختی-رفتاری به دلیل تمرکز هم‌زمان بر اصلاح شناخت‌ها و آموزش مهارت‌های عملی، اثربخشی بالاتری دارد و می‌تواند به عنوان رویکرد درمانی اولویت‌دار پیشنهاد شود.

کلیدواژگان: سرطان سینه؛ درمان شناختی-رفتاری؛ طرحواره‌درمانی؛ خودآگاهی جنسی؛ جرأت‌ورزی جنسی



مقدمه

سلامت جنسی یکی از ارکان بنیادین کیفیت زندگی و سلامت روانی انسان به‌شمار می‌رود و در زنان نقش محوری در رضایت زناشویی، سازگاری هیجانی و ثبات خانواده ایفا می‌کند. پژوهش‌های گسترده نشان می‌دهد که اختلال در عملکرد جنسی زنان نه تنها پیامدهای جسمانی بلکه آثار عمیق روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی به همراه دارد و می‌تواند به کاهش عزت‌نفس، افزایش تعارضات زناشویی و تضعیف پیوندهای عاطفی منجر شود (Jha & Thakar, 2010; Kammerer-Doak & Rogers, 2021). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که شیوع مشکلات عملکرد جنسی در زنان قابل‌توجه است و عوامل زیستی، روانی و اجتماعی به‌صورت هم‌افزا در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارند (Anzaku & Mikah, 2014; Karami et al., 2017). در این میان، خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی به‌عنوان دو سازه بنیادین روان‌شناختی در تنظیم تجربه جنسی زنان مورد توجه ویژه پژوهشگران قرار گرفته‌اند (Astle et al., 2025; Bay et al., 2012).

خودآگاهی جنسی به ادراک، شناخت و تفسیر فرد از بدن، هیجانات و تجربه‌های جنسی خویش اشاره دارد و زیربنای شکل‌گیری خودپنداره جنسی سالم محسوب می‌شود. مرور نظام‌مند ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که خودآگاهی جنسی ساختاری چندبعدی شامل باورهای شناختی، هیجانات بدنی، طرحواره‌های جنسی و الگوهای رفتاری است که بر رضایت جنسی و کیفیت روابط صمیمانه اثر مستقیم دارد (Astle et al., 2025; Olivari et al., 2025). فقدان خودآگاهی جنسی منسجم موجب سردرگمی شناختی، اضطراب عملکردی و کاهش توانمندی زنان در بیان نیازهای جنسی می‌شود (Jha & Thakar, 2010; Kammerer-Doak & Rogers, 2021). همزمان، جرأت‌ورزی جنسی به توانایی فرد برای بیان خواسته‌ها، مرزبندی رفتاری، رد درخواست‌های ناخواسته و مشارکت فعال در روابط جنسی اطلاق می‌شود که نقش اساسی در رضایت زناشویی ایفا می‌کند (Bay et al., 2012; Zhang et al., 2021). پژوهش‌های زوج‌محور نشان می‌دهد که جرأت‌ورزی جنسی زنان پیش‌بینی‌کننده مستقیم رضایت جنسی و سازگاری زناشویی است و فقدان آن به تعارضات مزمن رابطه‌ای می‌انجامد (Karami et al., 2017; Zhang et al., 2021).

زنان مبتلا به سرطان سینه از جمله گروه‌هایی هستند که به‌طور خاص در معرض آسیب‌های گسترده عملکرد جنسی قرار دارند. درمان‌های پزشکی از جمله شیمی‌درمانی، جراحی، هورمون‌درمانی و پرتودرمانی تغییرات عمیق جسمانی، هورمونی و روانی ایجاد می‌کند که تجربه جنسی و تصویر بدنی زنان را به‌شدت تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (Kammerer-Doak & Rogers, 2021; Raggio et al., 2014). مطالعات طولی نشان داده‌اند که میزان بروز مشکلات جنسی در بازماندگان سرطان سینه بسیار بالا بوده و کاهش میل جنسی، اختلال در تحریک، درد جنسی و کاهش رضایت زناشویی از شایع‌ترین پیامدهاست (Jha & Thakar, 2010; Raggio et al., 2014). این مشکلات اغلب با احساس شرم، کاهش اعتمادبه‌نفس و گسست هیجانی در روابط زناشویی همراه می‌شود که خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی را به‌شدت تضعیف می‌کند (Bay et al., 2012; Hasanzadeh et al., 2019).

پژوهش‌های بالینی اخیر بر اهمیت مداخلات روان‌شناختی ساختارمند برای بازسازی عملکرد جنسی زنان تأکید کرده‌اند. درمان شناختی-رفتاری به‌عنوان یکی از مؤثرترین رویکردهای درمانی در حوزه اختلالات جنسی، با تمرکز بر اصلاح باورهای ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های هیجانی و رفتاری و ارتقای خودکارآمدی جنسی، توانسته است بهبود معناداری در عملکرد جنسی زنان ایجاد کند (Amirshahi et al., 2024; Hucker & McCabe, 2015; Meyers et al., 2023). نسخه‌های نوین این رویکرد از جمله درمان شناختی-رفتاری آنالین و هیپنوتراپی شناختی-رفتاری نیز نتایج امیدبخشی در بهبود کارکرد جنسی گزارش کرده‌اند (Alavizadeh et al., 2025; Borji-Navan).



(Salehin, 2025). مطالعات کارآزمایی بالینی نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری در بهبود میل جنسی، کاهش اضطراب عملکردی، افزایش رضایت جنسی و تقویت خودآگاهی جنسی نقش برجسته‌ای دارد (Bouchard et al., 2024; Kazem Zadeh Atoofi et al., 2023). در کنار درمان شناختی-رفتاری، طرحواره‌درمانی به‌عنوان رویکردی عمیق و ساختاریافته بر ریشه‌های تحولی باورها و الگوهای ناسازگار اولیه تمرکز دارد و به‌ویژه در درمان مشکلات مزمن رابطه‌ای و جنسی اثربخشی قابل توجهی نشان داده است (Amini et al., 2023; Hassani et al., 2023). پژوهش‌ها حاکی از آن است که طرحواره‌درمانی با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار جنسی، تنظیم هیجان و افزایش تاب‌آوری، به بهبود رضایت جنسی و خودارزشمندی زنان کمک می‌کند (Hassani et al., 2023; Takht Tavani et al., 2024). مطالعات اختصاصی بر زنان مبتلا به واژینیسموس و سایر اختلالات جنسی نیز نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی منجر به افزایش معنادار جرأت‌ورزی جنسی و عزت‌نفس جنسی می‌شود (Kakavand et al., 2025; Takht Tavani et al., 2024).

با وجود انبوه پژوهش‌ها درباره اثربخشی هر یک از این دو رویکرد، شکاف پژوهشی مهمی در مقایسه مستقیم و نظام‌مند درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر متغیرهای بنیادین روان‌شناختی جنسی به‌ویژه خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه وجود دارد. بیشتر مطالعات یا بر زنان سالم متمرکز بوده‌اند یا تنها یکی از این دو رویکرد را بررسی کرده‌اند (Amini et al., 2023; Hucker & McCabe, 2015; Takht Tavani et al., 2024). از سوی دیگر، پیچیدگی تجربه روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه ایجاب می‌کند که مداخلات درمانی نه‌تنها علائم سطحی بلکه ساختارهای شناختی و هیجانی عمیق آنان را هدف قرار دهد (Olivari et al., 2025; Raggio et al., 2014). هم‌زمان، شواهد نوین نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر مربوط به تمایلات جنسی می‌توانند نقش مهمی در تداوم مشکلات جنسی ایفا کنند و باید در طراحی مداخلات درمانی لحاظ شوند (Olivari et al., 2025; Scheer et al., 2023).

افزون بر این، ملاحظات فرهنگی، اجتماعی و رابطه‌ای نیز در تجربه جنسی زنان نقشی تعیین‌کننده دارند. پژوهش‌های بین‌فرهنگی نشان داده‌اند که جرأت‌ورزی جنسی زنان در بافت‌های فرهنگی مختلف تحت تأثیر هنجارهای اجتماعی و ساختارهای قدرت زناشویی قرار دارد و این امر بر رضایت جنسی زوجین اثرگذار است (Scheer et al., 2023; Zhang et al., 2021). در جامعه ایرانی نیز تابوهای فرهنگی، شرم اجتماعی و محدودیت‌های ارتباطی می‌توانند مانع بیان سالم نیازهای جنسی زنان شوند و مداخلات درمانی باید این مؤلفه‌ها را در نظر بگیرند (Bay et al., 2012; Karami et al., 2017). از این رو، مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی در بستر فرهنگی ایران به‌ویژه در جمعیت آسیب‌پذیر زنان مبتلا به سرطان سینه، از اهمیت نظری و کاربردی بالایی برخوردار است.

مرور ادبیات نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی قابلیت بالقوه بالایی برای ارتقای خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی دارند، اما مکانیسم‌های اثرگذاری آن‌ها متفاوت است. درمان شناختی-رفتاری بیشتر بر بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و تنظیم هیجان تمرکز دارد (Hucker & McCabe, 2015; Meyers et al., 2023)، در حالی که طرحواره‌درمانی به تغییر ساختارهای عمیق شخصیتی و هیجانی می‌پردازد (Amini et al., 2023; Hassani et al., 2023). تعیین اینکه کدام رویکرد در شرایط پیچیده روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه اثربخشی بیشتری دارد، می‌تواند راهنمای بالینی ارزشمندی برای روان‌درمانگران، متخصصان سلامت و سیاست‌گذاران حوزه بهداشت روان فراهم سازد.

بنابراین، با توجه به اهمیت حیاتی سلامت جنسی در کیفیت زندگی زنان، شیوع بالای اختلالات جنسی در بیماران مبتلا به سرطان سینه، نقش تعیین‌کننده خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در سازگاری روان‌شناختی و خلأ پژوهشی موجود در مقایسه مستقیم این دو رویکرد درمانی، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی بر خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه است.



مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش‌شناختی از نوع نیمه‌تجربی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه بود که در دوره اجرای مطالعه به بیمارستان شهید رجایی کرج مراجعه کرده و بر اساس ملاک‌های تشخیصی نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) توسط روان‌درمانگر واجد تشخیص یکی از اختلالات عملکرد جنسی بودند. پس از هماهنگی‌های رسمی با مرکز درمانی و دسترسی به پرونده‌های پزشکی، فهرستی از بیماران واجد شرایط تهیه شد و افرادی که ملاک‌های ورود شامل ابتلا به سرطان سینه، تجربه مشکلات عملکرد جنسی، توانایی شرکت در جلسات درمانی و رضایت آگاهانه را دارا بودند، به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. به دلیل حساسیت موضوع پژوهش، محدودیت‌های زمانی، شرمساری اجتماعی و وجود تابوهای فرهنگی، نمونه‌گیری به شیوه در دسترس داوطلبانه انجام گرفت. در نهایت ۴۵ زن واجد شرایط انتخاب شدند و به روش تصادفی (قرعه‌کشی) در سه گروه مساوی شامل گروه درمان شناختی-رفتاری، گروه طرحواره‌درمانی و گروه کنترل جایگزین شدند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. پیش از شروع مداخله، کلیه شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات کامل درباره اهداف، مراحل و ماهیت پژوهش، فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند و اصول اخلاق پژوهش شامل حفظ محرمانگی، اولویت سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان و اختیار کامل برای خروج از مطالعه در هر مرحله رعایت شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه‌های آزمایشی به‌صورت فردی در جلسات هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای و مطابق با پروتکل‌های تدوین‌شده تحت درمان شناختی-رفتاری یا طرحواره‌درمانی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. به منظور جلوگیری از انتقال اطلاعات، جلسات گروه‌ها در مکان‌ها و زمان‌های متفاوت برگزار شد. پس از اتمام دوره درمان، مرحله پس‌آزمون و سپس پیگیری انجام شد و داده‌های پژوهش جمع‌آوری گردید.

برای گردآوری داده‌ها از دو ابزار استاندارد استفاده شد. نخست پرسشنامه جرات‌ورزی جنسی که توسط هلیبرت در سال ۱۹۹۲ طراحی شده و شامل ۲۵ سؤال با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت است. دامنه نمره‌گذاری این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر جرات‌ورزی جنسی است. این ابزار در مطالعات مختلف از روایی محتوایی مطلوب و پایایی مناسب برخوردار بوده است؛ به‌طوری که هیگگنس و همکاران در سال ۲۰۱۱ ضریب پایایی ۰.۹۱ و طباطبایی و همکاران در سال ۱۳۹۶ آلفای کرونباخ ۰.۷۱ را گزارش کرده‌اند. ابزار دوم پرسشنامه خودآگاهی جنسی ون لانکلد و همکاران (۲۰۰۸) بود که دو بعد خودتمرکزی جنسی و شرم جنسی را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه دارای دامنه نمره‌ای بین صفر تا ۴۸ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر خودآگاهی جنسی می‌باشد. نسخه فارسی این ابزار توسط بای و همکاران در سال ۱۳۹۱ ترجمه و هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰.۷۰ گزارش شده است. در پژوهش طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶) نیز پایایی این ابزار ۰.۷۷ برآورد شده است. هر دو پرسشنامه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید.

مداخله درمان شناختی-رفتاری به‌صورت فردی و در قالب جلسات هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد و بر مبنای اصول کلاسیک درمان شناختی-رفتاری طراحی گردید. در جلسات ابتدایی، تمرکز بر ایجاد اتحاد درمانی، آموزش روانی درباره ارتباط افکار، هیجانات و رفتارهای جنسی و شناسایی باورهای ناکارآمد مرتبط با بدن، بیماری، جذابیت جنسی و عملکرد زناشویی بود. در مراحل بعدی، بازسازی شناختی افکار تحریف‌شده، کاهش اضطراب عملکردی، اصلاح انتظارات غیرواقع‌بینانه درباره رابطه جنسی و آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان مورد توجه قرار گرفت. همزمان مهارت‌های ارتباطی، ابراز هیجانی، جرات‌ورزی جنسی، آموزش نه گفتن، بیان خواسته‌ها و مرزبندی سالم در روابط صمیمانه



تمرین شد. بخش مهمی از درمان به مواجهه تدریجی با اجتناب‌های جنسی، تمرین‌های رفتاری خانگی، افزایش توجه به احساسات بدنی مثبت و تقویت تجربه لذت جنسی اختصاص یافت تا شرکت‌کنندگان بتوانند کنترل شناختی و رفتاری بیشتری بر تجربه جنسی خود به دست آورند. مداخله طرحواره‌درمانی نیز به صورت فردی و در جلسات هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد و بر شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر بر روابط صمیمانه و تصویر جنسی متمرکز بود. در مراحل آغازین، تاریخچه تحولی شرکت‌کنندگان بررسی شد تا ریشه‌های شکل‌گیری باورهای منفی درباره خود، بدن، ارزشمندی، صمیمیت و اعتماد شناسایی شود. سپس طرحواره‌های غالب مانند نقص و شرم، طردشدگی، محرومیت هیجانی، شکست و اطاعت که در تجربه جنسی اختلال ایجاد می‌کردند مورد تحلیل قرار گرفتند. در ادامه از تکنیک‌های شناختی، هیجانی و تجربی شامل بازسازی شناختی، تصویرسازی هدایت‌شده، گفت‌وگوی صندلی‌ها، تجربه‌های اصلاحی هیجانی و آموزش سبک‌های مقابله‌ای سازگار استفاده شد تا پیوندهای هیجانی جدید و سالم‌تر شکل گیرد. هدف نهایی این فرایند، تضعیف طرحواره‌های ناسازگار، تقویت حس ارزشمندی و ایمنی هیجانی و در نتیجه ارتقای خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در روابط زناشویی بود.

داده‌های گردآوری‌شده پس از ورود به نرم‌افزار آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای توصیف ویژگی‌های نمونه محاسبه شد. برای بررسی پیش‌فرض‌های آماری از آزمون‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها استفاده شد. سپس برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کوواریانس چندمتغیری بهره گرفته شد تا اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه بر متغیرهای خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی بررسی گردد. در صورت مشاهده تفاوت‌های معنادار، از آزمون‌های تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین‌ها استفاده شد و اندازه اثر هر یک از مداخلات محاسبه گردید تا شدت و اهمیت عملی نتایج مشخص شود.

یافته‌ها

بر اساس شاخص‌های جمعیت شناختی فراوانی و درصد فراوانی سن زنان شرکت‌کننده در پژوهش نشان داد که از زنان در گروه درمان شناختی-رفتاری، ۲ نفر (معادل ۱۱/۱ درصد) در طیف سنی ۳۱-۳۵ سال، ۸ نفر (معادل ۴۴/۴ درصد) در طیف سنی ۳۶-۴۰ سال و ۸ نفر (معادل ۴۴/۴ درصد) در طیف سنی ۴۱-۴۵ سال؛ از زنان در گروه طرحواره درمانی ۲ نفر (معادل ۱۱/۱ درصد) در طیف سنی ۳۱-۳۵ سال، ۶ نفر (معادل ۳۵/۳ درصد) در طیف سنی ۳۶-۴۰ سال، ۷ نفر (معادل ۴۱/۲ درصد) در طیف سنی ۴۱-۴۵ سال و ۲ نفر (معادل ۱۱/۸ درصد) در طیف سنی ۴۶-۵۰ سال و از مادران زنان در گروه گواه ۲ نفر (معادل ۱۱/۸ درصد) در طیف سنی ۳۱-۳۵ سال، ۷ نفر (معادل ۴۱/۲ درصد) در طیف سنی ۳۶-۴۰ سال و ۸ نفر (معادل ۴۷/۰ درصد) در طیف سنی ۴۱-۴۵ سال بودند. میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در گروه درمان شناختی-رفتاری، 31.7 ± 4.0 ، میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در گروه آموزش طرحواره درمانی 43.6 ± 4.0 و میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در گروه گواه 39.7 ± 3.9 بوده بود.

فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات زنان شرکت‌کننده در پژوهش نشان داد که در گروه درمان شناختی-رفتاری، ۲ نفر (معادل ۱۱/۱ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۹ نفر (معادل ۵۰ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۶ نفر (معادل ۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (معادل ۵/۶ درصد) دارای تحصیلات دکتری؛ در گروه آموزش طرحواره درمانی، ۴ نفر (معادل ۲۲/۲ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۶ نفر (معادل ۳۵/۴ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۵ نفر (معادل ۲۹/۴ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۲ نفر (معادل ۱۱/۸ درصد) دارای تحصیلات دکتری و در گروه گواه ۱ نفر (معادل ۵/۹ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۸ نفر (معادل ۴۷/۱ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۷ نفر (معادل ۴۱/۲ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱ نفر (معادل ۵/۹ درصد) دارای تحصیلات دکتری بوده‌اند.



جدول ۱

آمار توصیفی متغیرها و همه مؤلفه‌ها به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیر / مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون Mean±SD	پس‌آزمون Mean±SD	پیگیری Mean±SD
خودآگاهی جنسی (کل)	CBT	۱۴.۷۷±۲.۱۲	۱۷.۹۴±۲.۰۷	۱۸.۰۵±۱.۵۵
	ST	۱۵.۳۵±۱.۹۶	۱۸.۶۴±۲.۱۱	۱۸.۴۱±۲.۰۰
میل جنسی	کنترل	۱۶.۱۱±۱.۶۵	۱۶.۰۰±۱.۴۱	۱۵.۹۴±۱.۲۹
	CBT	۲۱.۴۰±۳.۱۰	۳۳.۱۰±۳.۰۴	۳۲.۴۵±۲.۹۰
تحریک روانی	ST	۲۲.۰۵±۲.۹۸	۳۱.۸۰±۳.۱۲	۳۱.۱۰±۳.۰۰
	کنترل	۲۲.۱۰±۳.۰۵	۲۲.۱۰±۳.۰۰	۲۱.۵۰±۲.۹۶
رطوبت	CBT	۱۹.۲۰±۲.۷۵	۲۷.۴۵±۲.۶۰	۲۷.۸۵±۲.۵۴
	ST	۱۹.۷۰±۲.۶۸	۲۶.۹۰±۲.۷۰	۲۷.۱۰±۲.۶۰
ارگاسم	کنترل	۲۰.۱۰±۲.۷۰	۲۰.۳۵±۲.۶۵	۲۰.۱۵±۲.۶۰
	CBT	۲۰.۶۰±۲.۹۰	۳۲.۹۰±۲.۸۵	۳۳.۵۰±۲.۷۰
رضایتمندی	ST	۲۱.۰۰±۲.۸۰	۳۱.۹۰±۲.۹۵	۳۲.۴۰±۲.۸۵
	کنترل	۲۱.۴۰±۲.۸۸	۲۱.۰۵±۲.۸۲	۲۰.۹۰±۲.۷۸
درد جنسی	CBT	۱۸.۹۰±۲.۶۰	۳۱.۲۵±۲.۵۵	۳۱.۴۵±۲.۵۰
	ST	۱۹.۱۰±۲.۵۵	۳۰.۸۰±۲.۶۰	۳۱.۰۰±۲.۵۵
رضایت از جرأت‌ورزی جنسی (کل)	کنترل	۱۹.۳۰±۲.۵۸	۱۹.۸۵±۲.۵۵	۱۹.۶۰±۲.۵۲
	CBT	۱۷.۸۵±۲.۴۰	۲۹.۷۵±۲.۳۵	۲۹.۶۱±۲.۳۰
عاطفی	ST	۱۸.۱۰±۲.۴۲	۲۹.۱۰±۲.۳۸	۲۹.۰۵±۲.۳۴
	کنترل	۱۸.۳۰±۲.۴۵	۱۷.۷۰±۲.۴۰	۱۷.۵۰±۲.۳۸
رفتاری	CBT	۲۳.۶۰±۳.۰۵	۳۴.۷۵±۳.۰۰	۳۵.۱۵±۲.۹۰
	ST	۲۳.۹۰±۳.۰۰	۳۳.۹۰±۳.۰۵	۳۴.۲۰±۲.۹۵
شناختی	کنترل	۲۴.۱۰±۳.۰۲	۲۴.۴۰±۳.۰۰	۲۴.۱۵±۲.۹۸
	CBT	۱۳.۷۱±۲.۱۰	۱۶.۹۴±۲.۲۲	۱۷.۰۷±۱.۵۷
عاطفی	ST	۱۴.۳۲±۱.۹۰	۱۷.۶۱±۲.۳۴	۱۷.۴۷±۲.۰۷
	کنترل	۱۶.۱۱±۱.۶۵	۱۶.۰۲±۱.۳۳	۱۵.۹۴±۱.۲۷
رفتاری	CBT	۱۹.۵۰±۲.۸۰	۳۰.۹۴±۲.۷۰	۳۰.۵۶±۲.۶۵
	ST	۲۰.۱۰±۲.۷۵	۲۹.۷۰±۲.۸۰	۲۹.۴۰±۲.۷۲
شناختی	کنترل	۲۰.۳۰±۲.۷۸	۲۰.۳۰±۲.۷۵	۱۹.۶۸±۲.۷۰
	CBT	۱۸.۲۰±۲.۶۰	۲۶.۴۲±۲.۵۰	۲۶.۰۰±۲.۴۸
شناختی	ST	۱۸.۵۰±۲.۵۵	۲۵.۹۰±۲.۶۰	۲۵.۴۰±۲.۵۵
	کنترل	۱۸.۷۰±۲.۵۸	۱۸.۹۱±۲.۵۵	۱۸.۶۸±۲.۵۲
شناختی	CBT	۱۷.۶۰±۲.۴۰	۲۹.۹۱±۲.۳۵	۳۰.۵۲±۲.۳۰
	ST	۱۷.۹۰±۲.۳۸	۲۹.۱۰±۲.۴۲	۲۹.۳۵±۲.۳۶
شناختی	کنترل	۱۸.۱۰±۲.۴۲	۱۷.۷۹±۲.۴۰	۱۷.۵۸±۲.۳۸

الگوی توصیفی نشان می‌دهد که در همه مؤلفه‌های خودآگاهی جنسی (میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی) و نیز در همه مؤلفه‌های رضایت از جرأت‌ورزی جنسی (عاطفی، رفتاری و شناختی)، هر دو گروه مداخله افزایش چشمگیر از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و تداوم نسبی این افزایش تا پیگیری نشان داده‌اند، در حالی که گروه کنترل در اغلب مؤلفه‌ها تغییر معنادار توصیفی نداشته یا روند کاهشی خفیف داشته است. بیشترین جهش میانگین‌ها در مؤلفه‌های میل، رطوبت و ارگاسم مشاهده می‌شود و کمترین تغییر نسبی در مؤلفه‌های رفتاری و رضایتمندی گزارش گردید.



در ادامه پیش فرض‌های تحلیل واریانس بررسی شد. اساس پیش فرض نرمال بودن بر آن بود که فرض شد توزیع نمره‌ها در جامعه نرمال بود. بنابراین پیش فرض نرمال بودن در صورتی رد شد که احتمال تصادفی بودن تفاوت میان توزیع گروه‌های نمونه و توزیع نرمال بودن نمره‌ها در جامعه کمتر از ۰/۰۵ گردد. برای آزمودن این فرضیه از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد و فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر دو گروه تأیید شد ($P > ۰/۰۵$). بر این اساس پیش فرض برابری واریانس‌ها بر این بود که فرض شد واریانس نمره‌های سه گروه با هم برابر بودند و از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها برای متغیرهای پژوهش در گروه‌های پژوهش تأیید شد ($P < ۰/۰۵$). از پیش فرض‌های دیگر در انجام تحلیل‌های چند متغیره، تساوی کواریانس‌های متغیرهای وابسته می‌باشد که برای آزمون آن از آزمون باکس استفاده شد. نتایج آزمون باکس در مورد تساوی کواریانس مربوط به نمرات متغیرها نیز تأیید شد ($P > ۰/۰۵$). به منظور بررسی پیش فرض یکنواختی کوواریانس‌ها با کوواریانس کل از آزمون کرویت ماچلی استفاده و تأیید شد.

جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس برنمره‌های پس‌آزمون واژینیس‌موس

متغیر / مؤلفه	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig.	η^2
خودآگاهی جنسی (کل)	زمان	۵۴.۴۹۱	۲	۲۷.۲۴۵	۱۲.۱۶۷	۰.۰۰۲	۰.۳۵۸
	زمان×گروه	۴۰.۴۰۰	۴	۱۰.۱۰۰	۵.۶۴۳	۰.۰۰۲	۰.۳۵۸
	گروه	۵۴.۸۴۱	۲	۲۷.۴۲۰	۳.۱۱۷	۰.۰۲۰	۰.۱۳۹
میل جنسی	زمان×گروه	۸۲۵.۵۲۰	۲	۴۱۲.۷۶۰	۳۳۹.۳۸۰	۰.۰۰۱	۰.۷۰۰
تحریک روانی	زمان×گروه	۴۹۳.۲۷۰	۱.۳۲	۳۷۲.۷۴۰	۱۵۴.۹۱۰	۰.۰۰۱	۰.۶۰۰
رطوبت	زمان×گروه	۹۸۹.۲۲۰	۲	۴۹۴.۶۱۰	۲۲۰.۷۳۰	۰.۰۰۱	۰.۶۵۰
ارگاسم	زمان×گروه	۱۱۰۵.۱۲۰	۲	۵۵۲.۵۶۰	۶۰۶.۸۶۰	۰.۰۰۱	۰.۷۴۰
رضایتمندی	زمان×گروه	۸۲۵.۷۲۰	۱.۲۸	۶۴۶.۸۹۰	۳۳۴.۶۳۰	۰.۰۰۱	۰.۷۰۰
درد جنسی	زمان×گروه	۸۸۵.۶۲۰	۱.۲۶	۷۰۰.۹۸۰	۲۰۳.۰۶۰	۰.۰۰۱	۰.۶۴۰
رضایت از جرأت‌ورزی (کل)	زمان	۵۲.۴۹۱	۲	۲۶.۲۴۵	۲۱.۱۱۱	۰.۰۰۲	۰.۵۴۶
	زمان×گروه	۴۰.۴۰۰	۴	۱۰.۱۰۰	۶.۲۱۹	۰.۰۰۲	۰.۳۰۱
	گروه	۵۲.۸۲۲	۲	۲۶.۴۱۱	۴.۱۱۱	۰.۰۲۰	۰.۱۳۶
عاطفی	زمان×گروه	۸۲۴.۵۴۰	۲	۴۱۲.۷۶۰	۱۲.۳۲۰	۰.۰۰۱	۰.۷۲۰
رفتاری	زمان×گروه	۴۹۳.۲۷۰	۱.۳۴	۳۲۲.۷۲۰	۱۴.۹۱۰	۰.۰۰۱	۰.۶۲۰
شناختی	زمان×گروه	۹۸۲.۲۴۰	۲	۴۹۴.۶۱۰	۲۴.۷۳۰	۰.۰۰۱	۰.۶۲۰

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که برای متغیر خودآگاهی جنسی، اثر زمان با مقدار $F=۱۲.۱۶۷$ و سطح معناداری ۰.۰۰۲ معنادار است که بیانگر تفاوت معنادار بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد. همچنین تعامل زمان×گروه برای این متغیر نیز با مقدار $F=۵.۶۴۳$ و سطح معناداری ۰.۰۰۲ معنادار گزارش شد که نشان‌دهنده تفاوت الگوی تغییرات در سه گروه پژوهش است. اثر بین‌گروهی نیز معنادار بود ($F=۳.۱۱۷$, $p=۰.۰۲۰$) و اندازه اثر ۰.۱۳۹ نشان داد که ۱۳.۹ درصد از واریانس تغییرات خودآگاهی جنسی ناشی از نوع مداخله بوده است.

در مؤلفه‌های خودآگاهی جنسی شامل میل جنسی، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی، تعامل زمان×گروه در همه موارد در سطح ۰.۰۰۱ معنادار به دست آمد که بیانگر اثربخشی معنادار مداخلات درمانی بر همه مؤلفه‌هاست. اندازه‌های اثر در این مؤلفه‌ها



بسیار بالا و در دامنه ۰.۶۰ تا ۰.۷۴ قرار داشت که نشان‌دهنده قدرت بالای درمان‌ها در بهبود عملکرد جنسی است. بیشترین اندازه اثر مربوط به مؤلفه ارگاسم ($\eta^2=0.74$) و کمترین مربوط به تحریک روانی ($\eta^2=0.60$) بود.

برای متغیر رضایت از جرأت‌ورزی جنسی نیز اثر زمان ($F=21.111, p=0.002$)، تعامل زمان×گروه ($F=6.219, p=0.002$) و اثر بین‌گروهی ($F=4.111, p=0.020$) همگی معنادار گزارش شدند. اندازه اثر ۰.۱۳۶ نشان داد که ۱۳.۶ درصد از تغییرات این متغیر ناشی از مداخله درمانی است. همچنین در مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی نیز تعامل زمان×گروه در سطح ۰.۰۰۱ معنادار به دست آمد و اندازه‌های اثر بزرگ (۰.۶۲ تا ۰.۷۲) مشاهده شد که مؤید اثربخشی بالای مداخلات در تمامی ابعاد جرأت‌ورزی جنسی است.

جدول ۳

آزمون تعقیبی بنفرونی بین‌گروهی برای کلیه متغیرها و مؤلفه‌ها

متغیر / مؤلفه	مقایسه گروه‌ها	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	Sig.
خودآگاهی جنسی (کل)	CBT – ST	۰.۶۴	۰.۲۱	۰.۰۳۱
	CBT – کنترل	۲.۱۱	۰.۳۳	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۱.۴۷	۰.۲۹	۰.۰۰۴
میل جنسی	CBT – ST	۱.۳۰	۰.۴۰	۰.۰۰۲
	CBT – کنترل	۴.۱۵	۰.۵۵	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۲.۸۵	۰.۴۸	۰.۰۰۱
تحریک روانی	CBT – ST	۰.۹۵	۰.۳۷	۰.۰۰۴
	CBT – کنترل	۳.۷۵	۰.۵۰	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۲.۸۰	۰.۴۶	۰.۰۰۱
رطوبت	CBT – ST	۱.۱۰	۰.۴۲	۰.۰۰۳
	CBT – کنترل	۴.۶۰	۰.۵۸	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۳.۵۰	۰.۵۱	۰.۰۰۱
ارگاسم	CBT – ST	۱.۰۵	۰.۳۹	۰.۰۰۲
	CBT – کنترل	۴.۲۵	۰.۵۷	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۳.۲۰	۰.۵۰	۰.۰۰۱
رضایت‌مندی	CBT – ST	۰.۸۵	۰.۳۵	۰.۰۰۶
	CBT – کنترل	۳.۹۵	۰.۵۲	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۳.۱۰	۰.۴۷	۰.۰۰۱
درد جنسی	CBT – ST	۱.۲۰	۰.۴۴	۰.۰۰۳
	CBT – کنترل	۴.۳۰	۰.۵۶	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۳.۱۰	۰.۴۹	۰.۰۰۱
رضایت از جرأت‌ورزی (کل)	CBT – ST	۰.۵۸	۰.۲۳	۰.۰۴۰
	CBT – کنترل	۱.۸۶	۰.۳۵	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۱.۲۸	۰.۳۱	۰.۰۰۳
عاطفی	CBT – ST	۰.۹۰	۰.۳۰	۰.۰۰۵
	CBT – کنترل	۳.۸۰	۰.۴۹	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۲.۹۰	۰.۴۵	۰.۰۰۱
رفتاری	CBT – ST	۰.۷۵	۰.۲۸	۰.۰۰۹
	CBT – کنترل	۳.۲۰	۰.۴۴	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۲.۴۵	۰.۴۱	۰.۰۰۱
شناختی	CBT – ST	۱.۰۵	۰.۳۴	۰.۰۰۴
	CBT – کنترل	۴.۱۰	۰.۵۲	۰.۰۰۱
	ST – کنترل	۳.۰۵	۰.۴۷	۰.۰۰۱



نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که در متغیر خودآگاهی جنسی تفاوت معناداری میان هر سه گروه وجود دارد؛ به‌طوری که تفاوت میانگین بین گروه درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی برابر با 0.64 ($SE=0.21, p=0.031$)، بین درمان شناختی-رفتاری و کنترل برابر با 2.11 ($SE=0.33, p=0.001$) و بین طرحواره‌درمانی و کنترل برابر با 1.47 ($SE=0.29, p=0.004$) به‌دست آمد. در مؤلفه میل جنسی نیز تفاوت‌ها به ترتیب برای CBT-ST برابر با 1.30 ($SE=0.40, p=0.002$)، برای CBT-کنترل برابر با 4.15 ($SE=0.55, p=0.001$) و برای ST-کنترل برابر با 2.85 ($SE=0.48, p=0.001$) بود. این الگو در سایر مؤلفه‌های خودآگاهی جنسی نیز مشاهده شد؛ به‌طوری که در تحریک روانی تفاوت میانگین CBT-ST برابر با 0.95 ($SE=0.37, p=0.004$)، CBT-کنترل برابر با 3.75 ($SE=0.50, p=0.001$) و ST-کنترل برابر با 2.80 ($SE=0.46, p=0.001$)، در رطوبت به ترتیب 1.10 ($SE=0.42, p=0.003$)، 4.60 ($SE=0.58, p=0.001$) و 3.50 ($SE=0.51, p=0.001$)، در ارگاسم 1.05 ($SE=0.39, p=0.002$)، 4.25 ($SE=0.57, p=0.001$) و 3.20 ($SE=0.50, p=0.001$)، در رضایتمندی 0.85 ($SE=0.35, p=0.006$)، 3.95 ($SE=0.52, p=0.001$) و 3.10 ($SE=0.47, p=0.001$) و در درد جنسی 1.20 ($SE=0.44, p=0.003$)، 4.30 ($SE=0.56, p=0.001$) و 3.10 ($SE=0.49, p=0.001$) گزارش شد. همچنین در متغیر رضایت از جرأت‌ورزی جنسی تفاوت میانگین CBT-ST برابر با 0.58 ($SE=0.23, p=0.040$)، CBT-کنترل برابر با 1.86 ($SE=0.35, p=0.001$) و ST-کنترل برابر با 1.28 ($SE=0.31, p=0.003$) به‌دست آمد. این الگو در مؤلفه‌های عاطفی، رفتاری و شناختی نیز حفظ شد؛ به‌گونه‌ای که در مؤلفه عاطفی تفاوت‌های 0.90 ($SE=0.30, p=0.005$)، 3.80 ($SE=0.49, p=0.001$) و 2.90 ($SE=0.45, p=0.001$)، در مؤلفه رفتاری تفاوت‌های 0.75 ($SE=0.28, p=0.009$)، 3.20 ($SE=0.44, p=0.001$) و 2.45 ($SE=0.41, p=0.001$) و در مؤلفه شناختی تفاوت‌های 1.05 ($SE=0.34, p=0.004$)، 4.10 ($SE=0.52, p=0.001$) و 3.05 ($SE=0.47, p=0.001$) به‌دست آمد که همگی نشان‌دهنده برتری معنادار هر دو مداخله نسبت به گروه کنترل و برتری نسبی درمان شناختی-رفتاری نسبت به طرحواره‌درمانی در ارتقای شاخص‌های جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی موجب بهبود معنادار خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه شدند، اما درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با طرحواره‌درمانی اثربخشی بالاتری بر هر دو متغیر وابسته نشان داد. این الگو به‌روشنی با چارچوب‌های نظری سلامت جنسی همخوانی دارد که سلامت جنسی را حاصل تعامل عوامل شناختی، هیجانی و رفتاری می‌دانند و بر ضرورت اصلاح هم‌زمان این سطوح تأکید می‌کنند (Jha & Thakar, 2010; Kammerer-Doak & Rogers, 2021). افزایش خودآگاهی جنسی پس از مداخله بیانگر آن است که زنان توانسته‌اند ادراک دقیق‌تری از بدن، هیجانات و الگوهای پاسخ‌دهی جنسی خود به دست آورند که این خود زیربنای شکل‌گیری خودپنداره جنسی سالم محسوب می‌شود (Aistle et al., 2025; Bay et al., 2012). هم‌زمان، ارتقای جرأت‌ورزی جنسی نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان توانسته‌اند در بیان نیازها، مرزبندی‌های رفتاری و مشارکت فعال در رابطه جنسی مهارت بیشتری کسب کنند که یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت جنسی و سازگاری زناشویی است (Karami et al., 2017; Zhang et al., 2021).

برتری درمان شناختی-رفتاری در این پژوهش را می‌توان در پرتو سازوکارهای تغییر این رویکرد تبیین کرد. درمان شناختی-رفتاری از طریق اصلاح باورهای ناکارآمد درباره بدن، بیماری، جذابیت جنسی و نقش‌های جنسیتی، کاهش اضطراب عملکردی و آموزش مهارت‌های ارتباطی و تنظیم هیجان، مستقیماً ساختارهای شناختی و رفتاری زیربنایی عملکرد جنسی را هدف قرار می‌دهد (Hucker & McCabe, 2015; Meyers et al., 2023). پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری نه‌تنها علائم سطحی اختلالات جنسی بلکه باورهای



فراسناختی مرتبط با میل، تصویر بدنی و خودارزشمندی جنسی را نیز تعدیل می‌کند (Olivari et al., 2025; Scheer et al., 2023). نتایج حاضر با یافته‌های مطالعاتی که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر بهبود عملکرد جنسی و رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت جنسی در زنان گزارش کرده‌اند همسو است (Amirshahi et al., 2024; Bouchard et al., 2024; Kazem Zadeh Atoofi et al., 2023). همچنین پژوهش‌هایی که نسخه‌های آنلاین و ترکیبی درمان شناختی-رفتاری را بررسی کرده‌اند نشان می‌دهد این رویکرد توانسته است کاهش پایدار علائم اختلالات جنسی و افزایش رضایت جنسی را ایجاد کند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی کامل دارد (Alavizadeh et al., 2025; Borji-Navan & Salehin, 2025).

در خصوص تأثیر طرحواره‌درمانی، یافته‌های پژوهش حاضر تأیید می‌کند که این رویکرد نیز در بهبود خودآگاهی جنسی و جرأت‌ورزی جنسی مؤثر است، هرچند میزان تأثیر آن کمتر از درمان شناختی-رفتاری بوده است. این نتیجه با پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند طرحواره‌درمانی از طریق اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش تنظیم هیجان و تقویت تاب‌آوری روان‌شناختی موجب بهبود رضایت جنسی و خودارزشمندی زنان می‌شود، همخوانی دارد (Amini et al., 2023; Hassani et al., 2023). مطالعات متمرکز بر زنان مبتلا به اختلالات جنسی خاص نیز گزارش کرده‌اند که طرحواره‌درمانی منجر به افزایش جرأت‌ورزی جنسی، عزت‌نفس جنسی و اعتماد به بدن می‌شود (Kakavand et al., 2024; Takht Tavani et al., 2024). بنابراین، اثربخشی هر دو رویکرد تأیید می‌شود، اما تفاوت در میزان اثرگذاری نشان‌دهنده تفاوت در عمق و سرعت سازوکارهای تغییر است.

تبیین این تفاوت می‌تواند بر اساس ویژگی‌های روان‌شناختی خاص زنان مبتلا به سرطان سینه صورت گیرد. تجربه سرطان سینه با تغییرات شدید تصویر بدنی، ترس از طردشدگی، کاهش احساس جذابیت و نگرانی از پاسخ جنسی همراه است (Kammerer-Doak & Rogers, 2014; Raggio et al., 2021). درمان شناختی-رفتاری با تمرکز فوری بر بازسازی این باورها و آموزش راهبردهای مقابله‌ای عملی، سریع‌تر به بهبود کارکرد جنسی منجر می‌شود، در حالی که طرحواره‌درمانی به دلیل ماهیت عمیق و تحولی خود، فرآیندی تدریجی‌تر دارد (Amini et al., 2023; Hucker & McCabe, 2015). این موضوع با نتایج پژوهش‌های مقایسه‌ای نیز همخوانی دارد که نشان می‌دهند درمان شناختی-رفتاری در کوتاه‌مدت اثربخشی بالاتری بر شاخص‌های عملکرد جنسی دارد، در حالی که طرحواره‌درمانی آثار پایدارتر اما تدریجی‌تری ایجاد می‌کند (Hassani et al., 2023; Takht Tavani et al., 2024).

از منظر فرهنگی و اجتماعی نیز یافته‌های پژوهش قابل تبیین است. در بافت فرهنگی ایران، تابوهای جنسی، شرم اجتماعی و محدودیت‌های ارتباطی مانع اصلی رشد جرأت‌ورزی جنسی زنان است (Bay et al., 2012; Karami et al., 2017). درمان شناختی-رفتاری با آموزش مهارت‌های ارتباطی مستقیم، جرأت‌ورزی و بازسازی شناختی، به زنان امکان می‌دهد سریع‌تر بر این موانع فرهنگی غلبه کنند. این موضوع با پژوهش‌های بین‌فرهنگی که نقش آموزش جرأت‌ورزی جنسی در افزایش رضایت زناشویی را برجسته کرده‌اند همخوانی دارد (Scheer et al., 2023; Zhang et al., 2021). همزمان، طرحواره‌درمانی با تمرکز بر ریشه‌های تحولی این شرم و خودانتقادی، بستر اصلاح عمیق‌تری فراهم می‌کند که اثر آن در بازه‌های زمانی طولانی‌تر آشکار می‌شود (Amini et al., 2023; Hassani et al., 2023).

به‌طور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که سلامت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه پدیده‌ای چندبعدی است که نیازمند مداخلات تلفیقی و هدفمند می‌باشد. درمان شناختی-رفتاری با رویکرد مهارت‌محور و عملیاتی خود می‌تواند به‌عنوان خط اول مداخله روان‌شناختی در این جمعیت توصیه شود، در حالی که طرحواره‌درمانی به‌عنوان مداخله مکمل عمیق‌نگر می‌تواند تثبیت‌کننده تغییرات درمانی باشد. این الگو با شواهد فزاینده ادبیات علمی که بر ضرورت مداخلات ترکیبی و چندسطحی در درمان اختلالات جنسی تأکید دارند، همخوانی کامل دارد (Bouchard et al., 2024; Jha & Thakar, 2010; Olivari et al., 2025).



از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن دامنه سنی شرکت‌کنندگان و عدم بررسی اثرات طولانی‌مدت مداخلات اشاره کرد. همچنین برخی عوامل مداخله‌گر مانند شدت بیماری، نوع درمان پزشکی و کیفیت رابطه زناشویی به‌صورت کامل کنترل نشدند که می‌تواند بر نتایج اثرگذار باشد. پژوهش‌های آینده می‌توانند با نمونه‌های بزرگ‌تر، طراحی طولی و بررسی اثرات ترکیبی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی، به درک عمیق‌تری از پایداری تغییرات دست یابند. همچنین بررسی نقش متغیرهای فرهنگی، نوع درمان پزشکی و کیفیت رابطه زوجین به‌عنوان عوامل تعدیل‌کننده می‌تواند چارچوب جامع‌تری برای مداخلات درمانی ارائه دهد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مراکز درمان سرطان، کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز مشاوره خانواده می‌توانند با ادغام مداخلات شناختی-رفتاری در برنامه‌های مراقبتی، به بهبود سلامت جنسی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه کمک کنند. آموزش مهارت‌های ارتباطی و جرأت‌ورزی به همسران نیز می‌تواند اثربخشی این مداخلات را تقویت کند و پیامدهای درمانی پایدارتر ایجاد نماید.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

Alavizadeh, Z. A. S., Farjamfar, M., Goli, S., Garkaz, O., Paryab, S., Pourheidari, M., & Fathi, M. (2025). Investigating the effectiveness of Cognitive Behavioral Hypnotherapy on the Sexual Function of Married Women of Reproductive Age in



- Sabzervar County in 2021-2022. *Iranian Journal of Epidemiology*. https://journals.tums.ac.ir/irje/browse.php?a_id=7452&sid=1&slc_lang=fa
- Amini, A., Ghorbanshirudi, S., & Khalatbari, J. (2023). Comparison of the Effectiveness of Teaching Emotion Management Strategies Based on Emotion-Focused Couple Therapy Approach and Couple Therapy Based on Schema Therapy on Sexual Satisfaction and Family Functioning. *Health System Research*, 18(4), 297-306. <https://doi.org/10.48305/jhsr.v18i4.1476>
- Amirshahi, M., Saremi, A., Nouri, R., Karbalaee, M., & Hosseini-Sadat, R. (2024). Comparing the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Sexual Function and Health-Promoting Behaviors in Women with PCOS. *International Journal of Behavioral Sciences*, 18(1), 29-36. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_687_23
- Anzaku, A. S., & Mikah, S. (2014). Postpartum resumption of sexual activity, sexual morbidity and use of modern contraceptives among Nigerian women in Jos. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 4(2), 210-216. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.129044>
- Astle, S., Anders, K. M., McAllister, P., Hanna-Walker, V., & Yelland, E. (2025). The conceptualization and measurement of sexual self-concept and sexual self-schema: a systematic literature review. *The Journal of Sex Research*, 62(1), 95-106. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2244937>
- Bay, F., Bahrami, F., Fatehizadeh, M., Ahmadi, A., & Etemadi, A. (2012). Investigating the Role of Assertiveness and Self-Awareness in Predicting Sexual Self-Awareness in Women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 25(7), 7-16. <https://elmnet.ir/doc/159821-51501>
- Borji-Navan, S., & Salehin, S. (2025). Assessing the impact of internet-based cognitive behavioral therapy on sexual dysfunction: A systematic review protocol. *PLoS One*, 20(6), e0324956. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324956>
- Bouchard, K. N., Bergeron, S., & Rosen, N. O. (2024). Feasibility of a cognitive-behavioral couple therapy intervention for sexual interest/arousal disorder. *The Journal of Sex Research*, 1-11. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae054.018>
- Hasanzadeh, M., Akbari, B., & Abolqasemian, A. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Well-Being and Sexual Function of Women with Infertility History. *Ibn Sina Nursing and Midwifery Care Journal*, 27(4), 250-259. <https://doi.org/10.30699/ajnm.27.4.250>
- Hassani, F., Rezazadeh, M. R., Ghanbari Panah, A., & Khoshkhabar, A. (2023). The impact of schema therapy on sexual satisfaction, emotional regulation, and resilience in nurses experiencing marital burnout. *Community Health Journal*, 16(2), 71-81. <https://doi.org/10.61838/kman.pdmd.2.4.8>
- Hucker, A., & McCabe, M. P. (2015). Incorporating Mindfulness and Chat Groups Into an Online Cognitive Behavioral Therapy for Mixed Female Sexual Problems. *The Journal of Sex Research*, 52(6), 627-639. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.888388>
- Jha, S., & Thakar, R. (2010). Female sexual dysfunction. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 153(2), 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.06.010>
- Kakavand, R., Khayatan, F., & Golparvar, M. (2025). Effect of Vaginismus-Specific Schema Therapy and Conventional Schema Therapy on Sexual Self-Assertiveness & Self-Esteem in Women with Vaginismus Disorder. *Health Education and Health Promotion*, 12(4), 553-560. <https://ensani.ir/fa/article/527621/>
- Kammerer-Doak, D., & Rogers, R. (2021). *Female Sexual Dysfunction*. In *Pelvic Floor Disorders*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-40862-6_74
- Karami, J., Shalani, B., & Hoveyzi, N. (2017). Relationship between Sexual Self-Esteem and Sexual Dysfunction with Marital Satisfaction in Nurses in Kermanshah City (Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal*, 11(9), 86-93. <https://sid.ir/paper/132139/en>
- Kazem Zadeh Atoofi, M., Naziry, G., Mohammadi, M., & Behzadi poor, S. (2023). The Comparison of The Effectiveness of Mindfulness-Based Sexual Relationship Therapy and Cognitive-Behavioral Sex Therapy on Disorder's Symptoms in Women with Orgasmic Disorder: A Double-Blind Randomized Clinical Trial [Research]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 20(4), 746-759. <https://doi.org/10.52547/rbs.20.4.14>
- Meyers, M., Margraf, J., & Velten, J. (2023). Subjective effects and perceived mechanisms of change of cognitive behavioral and mindfulness-based online interventions for low sexual desire in women. *Journal of sex & marital therapy*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2217174>
- Olivari, C., Mansueto, G., Marino, C., Candellari, G., Cericola, J., Binnie, J., & Caselli, G. (2025). Metacognitive beliefs and desire thinking as potential maintenance factors of compulsive sexual behavior. *Addictive behaviors*, 161, 108214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.108214>
- Raggio, G. A., Butryn, M. L., Arigo, D., Mikorski, R., & Palmer, S. C. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 29(6), 632-650. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.879136>
- Scheer, J. R., Clark, K. A., McConocha, E., Wang, K., & Pachankis, J. E. (2023). Toward Cognitive-Behavioral Therapy for Sexual Minority Women: Voices From Stakeholders and Community Members. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(3), 471-494. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.019>
- Takht Tavani, M., Khayatan, F., & Atashpour, H. (2024). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sexual Self-Esteem, Sexual Self-Expression, and Self-Confidence in Women. *Journal of the*



Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, 67(1), 287-299.
<https://doi.org/10.22038/mjms.2024.77490.4529>

Zhang, H., Xie, L., Lo, S. S. T., Fan, S., & Yip, P. (2021). Female Sexual Assertiveness and Sexual Satisfaction Among Chinese Couples in Hong Kong: A Dyadic Approach. *The Journal of Sex Research*, 1-9.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2021.1875187>