Volume 25, Issue 4 (July- August 2026)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

The impact of couples' sexual education based on social cognitive theory on women's sexual self-efficacy during menopause; a quasi experimental study

Mansoureh Jamshidimanesh[1], Ata Torkamani[2*]

1. Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. School of Nursing and Midwifery, Iran University Medical and Sciences, Tehran, Iran

Received: 4 January 2025
Accepted for publication: 12 March 2025
[EPub a head of print- 6 June 2026]
Payesh: 2026; 25(4): 583- 594

Abstract

Objective(s): Sexual function is influenced by a complex interplay of environmental, social, psychological, and physical factors. The prevalence of sexual dysfunction in postmenopausal women is significant. Given that sexual self-efficacy is a key factor affecting sexual function, there is a need for an effective and sustainable intervention model. Additionally, involving spouses in educational sessions seems helpful. Therefore, the aim of this study was to determine the effect of couples' education based on social cognitive theory on postmenopausal women's sexual self-efficacy.

Methods: This study was a parallel quasi-experimental one. Participants included 70 couples, comprising postmenopausal women visiting six comprehensive health centers in Qom city. Convenience sampling was employed. Eligible postmenopausal women and their spouses were assigned to an intervention group (35 couples) that participated in training based on social cognitive theory, which consisted of six 90-minute sessions conducted weekly over six weeks. The control group (35 couples) attended a single session covering nutrition, physical activity, weight management, and blood pressure education. Data were collected through demographic information and a sexual self-efficacy questionnaire, which was administered exclusively to postmenopausal women before the intervention, immediately after, and two months post-intervention. Statistical analysis was performed using independent t-tests, chi-square tests, Fisher's exact tests, and repeated measures two-way ANOVA.

Results: Before the intervention, the mean sexual self-efficacy score was (51.07 ± 6.31) for the intervention group and (52.93 ± 5.48) for the control group, with no significant difference observed between them. Immediately after the intervention, the mean sexual self-efficacy score in the intervention group increased to (84.78 ± 5.30), while the control group scored (50.51 ± 6.02), indicating a significant difference between the two groups. Two months post-training, the mean sexual self-efficacy score for the intervention group rose to (95.14 ± 5.99), compared to (54.72 ± 5.86) for the control group, again showing a significant difference. The results indicated that the variables of time (P=0.01), group (P=0.007), and the interaction between time and group (P=0.001) demonstrated significant differences.

Conclusion: The educational intervention based on social cognitive theory was effective in enhancing the sexual self-efficacy of postmenopausal women in Qom who participated in the training sessions with their husbands. After completing six training sessions, both immediately and two months later, there was a noticeable increase in the sexual self-efficacy of these women. Future studies are encouraged to evaluate sexual self-efficacy in men who undergo training alongside their spouses.

Keywords: Social cognitive theory; Postmenopausal women; Spouse; Sexual self-efficacy

Clinical trial code: TCTR20200213002

* Corresponding Author: School of Nursing and Midwifery, Iran University Medical and Sciences, Tehran, Iran
E-mail: l.haghverdi70@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

سال بیست و پنجم، شماره چهارم، مرداد ـ شهریور ۱۴۰۵

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

تاثیر آموزش جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی زوجین بر خودکارآمدی جنسی زنان در دوران یائسگی؛ یک مطالعه نیمه تجربی

منصوره جمشیدی منش[۱] ، عطا ترکمانی[۲] *

۱. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۶ خرداد ۱۴۰۵]
نشریه پایش: ۵۹۴- ۵۸۳ :(۴)۲۵؛ ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: عملکرد جنسی در تعامل پیچیده با عوامل محیطی، اجتماعی، روانشناختی و جسمی است. فراوانی اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه بالا است، از آنجا که خودکارآمدی جنسی یکی از عواملی است که بر عملکرد جنسی اثر می گذارد، نیاز به یک مدل مداخله ایی بود که با سازه های آن بتوان خودکارآمدی را تحت تاثیر قرار داد. اما حضور همسران نیز کمک کننده به نظر می رسید هدف از مطالعه ی حاضر تعیین اثر آموزش مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی زوجین بر خودکارآمدی جنسی زنان یائسه بود.

مواد و روش کار: مطالعه نیمه تجربی و به صورت موازی بود. شرکت کنندگان شامل۷۰ زوج از زنان یائسه مراجعه کننده به ۶ مرکز جامع سلامت از شهر قم بودند. نمونه گیری از نوع در دسترس بود. زنان یائسه واجد شرایط در مطالعه حاضر به همراه همسران در یک گروه مداخله (۳۵ زوج)تحت آموزش مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی ۶ جلسه ۹۰ دقیقه ایی هفته ایی یکبار به مدت ۶ هفته و گروه کنترل (۳۵ زوج) در یک جلسه با آموزش تغذیه، فعالیت بدنی، کنترل وزن و فشار خون قرار گرفتند. داده ها از طریق اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ی خودکارآمدی جنسی تنها برای زنان یائسه در قبل، بلافاصله و دو ماه پس از مداخله تکمیل شد و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، کای اسکوئر، دقیق فیشر و اندازه‌گیری‌های مکرر آنالیز واریانس دوطرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: قبل از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی جنسی در گروه مداخله (۶/۳۱ ± ۵۱/۰۷) و گروه کنترل (۵/۴۸ ± ۵۲/۹۳) بود که تفاوت معنادار نداشتند. بلافاصله بعد از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی جنسی در گروه مداخله (۵/۳۰ ± ۸۴/۷۸) و کنترل(۶/۰۲۷ ± ۵۰/۵۱) بود که تفاوت معنی دار داشتند. دو ماه پس از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی جنسی در گروه مداخله (۵/۹۹ ± ۹۵/۱۴) و کنترل (۵/۸۶ ± ۵۴/۷۲) بودکه بین دو گروه اختلاف معنی دار بود. نتایج نشان داد که در پیگیری ها متغیر زمان (P=۰/۰۱)، گروه (P=۰/۰۰۷) و زمان و گروه (P=۰/۰۰۱) تفاوت معنی دار داشتند.

نتیجه گیری: مداخله آموزشی جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی بر خودکارآمدی جنسی زنان یائسه در شهر قم که به همراه همسران خود در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند، اثر گذار بود و بعد از ۶ جلسه آموزش، بلافاصله و دو ماه بعد روند افزایشی را بر خودکارآمدی جنسی زنان داشت. انتظار می رود در مطالعات بعدی خودکارآمدی جنسی مردانی که با همسر تحت آموزش قرار می گیرند، ارزیابی شود.

کلید واژه: نظریه شناختی اجتماعی؛ زنان یائسه؛ همسران؛ خودکارآمدی جنسی

کداخلاق: IR.IUMS.REC.1398.735
کدکارآزمایی بالینی: TCTR20200213002

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی
Email: l.haghverdi70@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

مقدمه

با توجه به افزایش جمعیت زنان یائسه تخمین زده می شود تعداد زنان یائسه در سال ۲۰۳۰ به یک میلیارد و دویست هزار نفر برسد که هر ساله ۴۷ میلیون مورد جدید به این جمعیت اضافه می شود، لذا انتظار می رود که با افزایش طول زندگی لازم است کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته و ارتقا یابد [۱]. درحالیکه این دوره با مشکلات جسمی، عاطفی، اجتماعی، بین فردی و کاهش عزت نفس و تصور ذهنی از خود همراه است[۲].

یکی از مواردی که با این تغییرات قابل پیش بینی است اختلال در عملکرد جنسی است [۳] که در پاسخ به مسائل روانی اجتماعی بوجود می آید [۴]. در حقیقت عملکرد جنسی در تعامل پیچیده با عوامل محیطی، اجتماعی، روانشناختی و جسمی است [۵]. در یک مطالعه شیوع اختلال عملکرد جنسی را در زنان یائسه، ۸/۷ تا ۸۹/۰۱ درصد گزارش شده است [۶]. اهمیت موضوع عملکرد جنسی از این منظر آشکار است که سازمان سلامت جهان در سال ۲۰۱۰ به این موضوع پرداخته است [۷]. اختلال عملکرد جنسی در هر سنی و در هر جنسیتی یکی از موضوعات سلامت است که به درمان مناسب نیاز دارد و نباید مورد غفلت قرار گیرد [۸]. به منظور بهبود این اختلال در زنان یائسه، مداخلاتی پیشنهاد شده است [۹, ۱۰]. خودکارآمدی جنسی یکی از عواملی است که بر عملکرد جنسی اثر می گذارد[۱۱]. در این راستا نتایج مطالعه باند نشان داده که خودکارآمدی جنسی رابطه مستقیم با روابط زوجین دارد [۱۲]. نتایج مطالعه دیگر نشان داده، زنان یائسه که از استقلال شخصی برخوردارند، بیشتر مورد حمایت همسر قرار می گیرند وکارآمدی جنسی بالاتری دارند که این امر رضایت جنسی آنها را نیز افزایش داده است [۱۳]. در یک مطالعه در اندونزی در سال ۲۰۱۹ که بر ۳۶۰زن یائسه انجام شد نتایج حاکی از آن بود که بیشتر زنان یائسه با نمره خودکارآمدی جنسی پایین، اختلال عملکرد جنسی بالاتری داشته اند [۱۱]. خودکارآمدی جنسی یک ساختار چند بعدی بوده و شامل باور هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد جنسی موثر، مطلوب بودن برای شریک جنسی، ارزیابی از توانایی و خودکارآمدی در رفتار جنسی است [۱۴]. در دوره یائسگی نیز مانند دوره سنین باروری نه تنها زنان بلکه همسران آنها نیز در عملکرد جنسی نقش اساسی دارند. چنانکه نتایج وانگ نشان داده ۸۵/۱ ٪ زنان بعد از یائسگی از روابط جنسی خود راضی نبودند و دچار اختلالات عملکرد جنسی شده بودند. در این مطالعه زنان عوامل مختلفی همچون عدم درک و حمایت توسط همسر و اطرافیان، تفاوت در انگیزه جنسی زوجین، وجود تابو و موانع فرهنگی و احساس شرم ، عدم دسترسی به اطلاعات مناسب و کافی در زمینه ی مشکلات جنسی این دوران، موانع مالی جهت مراجعه به مشاور را عنوان کرده بودند. نتایج داده های آن مطالعه بیانگر تاثیر یائسگی و نقش همسران بر زندگی جنسی زنان بود[۱۵].

یائسگی یکی از پدیده های است که هم فیزیولوژیکی بوده و گاهی با درمان طبی برطرف می شود اما باید به بعد روانشناختی آن نیز توجه شود اگرچه که نیاز به درمان طبی و یا هورمونی ندارد اما در بر طرف کردن عوارض ناشی از بعد روانی، درمان های غیر دارویی درسطح اول مراقبت ها توصیه می شوند[۱۶]. مداخلات غیر دارویی فراوان هستند مانند درمان شناختی- رفتاری، تاثیر کوچ یا مربی بر سلامت زنان یائسه و اثر ذهن آگاهی بر عملکرد جنسی انجام شده است[۱۹-۱۷]. یکی از رویکرد های غیر دارویی درمان رفتاری شناختی است [۲۰]. عملکرد جنسی به دلیل تاثیر پذیری از محیط، روان، جسم و اجتماع نیاز به یک مدل مداخله ایی دارد که با سازه های آن بتوان محتوای آموزشی را تدوین کرد تا اثر بخشی بیشتر و ماندگاری طولانی تری داشته باشد نظریه شناختی اجتماعی یکی از مدل هایی است که به نظر می رسد بتواند عملکرد جنسی زنان یائسه را به دلیل تاثیر این مدل بر خودکارآمدی تغییر دهد[۲۱] . این نظریه یکی از مهم ترین مدل ها برای تغییر رفتار در زمینه ی یادگیری است که هم عوامل فردی، عوامل محیطی و کنترل رفتار را دارد[۲۲] و تجارب گذشته شخصی را عاملی در انجام یا عدم انجام رفتار در آینده می داند. تجربیات گذشته بر تقویت کننده ها و انتظارات تاثیر می گذارد این روند یک رفتار خاص و دلایل انجام آن را شکل می دهد[۲۳]. همچنانکه یک مطالعه توسط راد و همکاران بر فعالیت های فیزیکی و رفتارهای تغذیه ایی زنان میانسال به صورت مداخله مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی انجام شده و موجب بهبود متغیرهای مذکور شده بود [۲۴]. در مطالعه دیگری توسط Steinke با مداخله ی تاثیر مشاوره ی جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی بر عملکرد جنسی بیماران ۴۵ سال و مسن تر مبتلا به سکته ی قلبی نتایج نشان داده بود که فعالیت جنسی در ۶۰ درصد افراد مورد مطالعه بهبود یافته بود [۲۵]. همچنین در یک مطالعه ای با مداخله ی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی بر کاهش علائم یائسگی مانند گرگرفتگی موثر بود[۲۶]. لذا به نظر می رسد خودکارآمدی جنسی نیز که مستثنی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

از خودکارآمدی عمومی نیست شاید با مداخله مدل شناختی اجتماعی تعییر نماید. به همین دلیل هدف مطالعه ی حاضر تعیین اثر آموزش جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی زوجین بر خودکارآمدی جنسی زنان یائسه بود.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی به صورت موازی و با دو گروه مداخله و آزمون که گروه مداخله یک برنامه آموزشی ۶ جلسه ایی هفته ای یک بار طی ۶ هفته با محتوی آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی و یک گروه کنترل که با یک جلسه آموزشی در مورد تغذیه، فعالیت بدنی، چگونگی کنترل فشار خون و وزن بر اساس بیانیه کنسورت (CONSORT) انجام شد[۲۷]. فرآیند کامل مطالعه توسط نمودار ۱ با اقتباس از کنسورت نشان داده شده است. مشارکت کنندگان شامل زنان یائسه ایی بودند که دارای پرونده الکترونیکی سلامت در مراکز بهداشتی درمانی در شهر قم بودند. شهر قم دارای۲۷ مرکز جامع سلامت است درحالیکه ۶ مرکز بهداشتی بیشترین مراجعه زنان یائسه و شرایط انجام مطالعه را داشتند. ۶ مرکز به طور تصادفی ۳ مرکز برای گروه مداخله و ۳ مرکز برای گروه کنترل انتخاب شد.

در این مطالعه حجم نمونه با استفاده از نرم افزار جی پاور نسخه ۳/۱ محاسبه شد. با در نظر گرفتن۰/۰۵ =α، ۰/۸۰ =β ، اندازه اثر=۰/۶ و تعداد اندازه گیری ها که در ۳ نوبت قبل، بعد و دو ماه بعد تکرار می شد و همچنین با در نظر گرفتن ۲۰ درصد احتمال ریزش، ۳۵ زوج در هر گروه ۱:۱ مورد نیاز بود. ۷۰ نفر زن یائسه که ۳۵ نفر به همراه همسران به گروه مداخله و ۳۵ نفر با همسران به گروه کنترل به طور تصادفی با روش بلوک سازی چهارتایی، با شش حالت AABB تخصیص یافتند. ابتدا فهرستی از زنان یائسه در هر مرکز تهیه شد. که در صورت واجد شرایط بودن برای تخصیص تصادفی به مرکز دعوت می شدند. توالی تصادفی سازی با استفاده از یک جدول تصادفی با یک عدد تصادفی اولیه انتخاب شد که باید کمتر از ۶ بود. این توالی برای مجموعا ۷۰ شرکت کننده ایجاد شد. با استفاده از ماشین حساب یک کد تصادفی منحصر به فرد به پاکت هایی که بر اساس بلوک های تصادفی بودند، اختصاص داده شد. در نهایت، زمانی که افراد پاکت را از جعبه برداشتند، روی پاکت‌ها آن کد نوشته می‌شد، زنان پاکت را باز می‌کردند و کد را در آن می‌خواندند و سپس به یکی از گروه‌های، مداخله یا کنترل وارد می‌شدند. در مجموع ۷۰ پاکت برای ۷۰ شرکت کننده واجد شرایط وجود داشت. زنان به همراه همسرانشان با هماهنگی محقق به مرکز می آمدند. مداخله فقط به صورت حضوری بود. طول مدت مطالعه حدود ۶ ماه بود. طراحی محتوای مداخله ای بر اساس متون مبتنی بر ساختارهای نظریه شناختی اجتماعی از نظر نیازهای آموزشی زنان یائسه، همسر و نیازهای جنسی آنها تدوین شده بود [۲۸]. این محتوا توسط پنج کارشناس شامل دو نفر دکترای بهداشت باروری، یک متخصص سلامت جنسی، یک روانشناس و دکتری آموزش بهداشت مورد بررسی قرار گرفت. سپس نظرات آنها اعمال شد و بعد پنج زن یائسه نیز آن را مطالعه کردند و روایی محتوای مداخله انجام شد. پس از فراخواندن زنان برای مطالعه، پژوهشگر برای جلسات آموزشی با زوج ها هماهنگ می کرد. آنها بر اساس زمان مورد نظر خود به مدت ۶ هفته در روزهای شنبه تا پنجشنبه از ساعت ۸ صبح تا ۱۳ بعد از ظهر بود به مرکز دعوت شدند. همه زوج ها به یک مرکز جامع سلامت مراجعه کردند که در آن فضای آموزشی وجود داشت و برای رفت و آمد راحت تر بود. جلسات آموزشی در یک اتاق خصوصی برای هر زوج انجام می شد. شرکت کنندگان با معیارهای ورود برای زنان شامل فعال بودن جنسی، داشتن رابطه جنسی حداقل یک بار در ماه گذشته و قطع قاعدگی برای حداقل یک سال بود. معیارهای ورود برای مردان شامل تک همسری بود. معیارهای ورود به مطالعه برای زوج های سن ۴۵ تا ۶۵ سال بود. معیار عدم ورود به مطالعه، نداشتن سابقه اعتیاد؛ ناباروری؛ بیماری قلبی عروقی؛ فشار خون غیر قابل کنترل یا دیابت با نیاز به تجویز انسولین بود. معیار خروج عدم تمایل زنان و یا همسران به ادامه مطالعه و یا عدم حضوری بیش از یک جلسه بود. در گروه مداخله (۳۵ زوج) محتوای آموزشی را به‌صورت حضوری در یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته به مدت ۶ هفته دریافت کردند. محتوای کامل این آموزش در مورد خودکارآمدی جنسی در فایل پیوست ۱ ارائه شده است. درگروه کنترل (۳۵ زوج) یک جلسه آموزشی در مورد تغذیه، فعالیت بدنی، کنترل فشار خون و وزن دریافت کردند. برای حفظ ارتباط بین شرکت کنندگان گروه کنترل با پژوهشگر هر هفته با آنها تماس گرفته می شد و در صورت سئوال به انها پاسخ داده می شد. شرکت کنندگان در دو گروه بلافاصله و دو ماه پس از پایان دوره مداخله پیگیری شدند. آموزش توسط یک کارشناسی ارشد مشاوره مامایی که پروژه حاضر را نوشته بود انجام شد.

ابزار گردآوری داده ها: ابزار ها شامل فرم داده های دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی جنسی Sexual Self Efficacy

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

(SSEQ) Questionnaire این پرسشنامه توسط شوارتزر به منظور اندازه گیری خودکارآمدی عمومی طراحی شده است. این پرسشنامه ۲۴ سوال دارد [۲۹].که توسط معصومی در ایران در سال ۲۰۱۹ به نسخه ایرانی روانسنجی و پایایی شده و به۲۱ سئوال کاهش یافته است. در امتیازدهی از لیکرت ۵ گزینه ایی "از ۵ خیلی زیاد تا ۱ خیلی کم" نمره دهی می شود که طیف نمره از ۲۱ تا ۱۰۵ است. هر چه نمره بالاتر باشد نمره خودکارآمدی بالاتر است. در مطالعه ی معصومی شاخص روایی محتوی و میزان روایی محتوی به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۴ بود. نتیجه روایی صوری کمی و کیفی در سطح قابل قبول گزارش شده است. پایایی پرسشنامه در نسخه فارسی با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۴ و ICC آن ۰/۵۰ بود. این پرسشنامه ۴ بعد دارد که بعد توانایی برای راضی کردن شامل ۶ گویه با شماره های ۸، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۲ و ۲۳ است. بعد دوم با عنوان عواطف و ارتباط بین فردی برای برقراری رابطه جنسی با ۶ گویه شامل پرسش های ۳، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۶ و ۱۷ است. بعد سه با عنوان توانایی بیان خوداظهاری جنسی با چهار سئوال ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵ است. بعد چهارم با عنوان داشتن مهارت جنسی با چهار سئوال ۲، ۵، ۷ و ۲۱ است. طیف نمره ی ابزار از ۲۱ تا ۱۰۵ است [۳۰].

در تحقیق حاضر جهت بررسی روایی پرسشنامه، توسط چند تن از اعضای هیئت علمی تایید شد و جهت پایایی آن، پرسشنامه توسط ۳۰ زن یائسه که در داده های مطالعه قرار نگرفتند، تکمیل و مورد بررسی قرار گرفت . پایایی این پرسشنامه با استفاده از ثبات درونی محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ بدست آمد.

یافته ها

در این مطالعه ۳۵ نفر از زنان یائسه در گروه مداخله که به همراه همسران خود شرکت داشتند و در گروه کنترل نیز ۳۵ زوج بودند. در پیگیری دو ماه بعد از مداخله یک زن یائسه در گروه کنترل به دلیل سرطان پستان فوت شد. میانگین سنی زنان در گروه مداخله ۳/۸۳±۵۵/۰۳ و در گروه کنترل(۵/۴±۵۵/۵)سال بود. مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ ارائه شده است.

قبل از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی جنسی در گروه مداخله(۶/۳۱ ± ۵۱/۰۷) و گروه کنترل(۵/۴۸ ± ۵۲/۹۳) بود. که تفاوت معنی دار مشاهده نشد. بلافاصله بعد از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی جنسی در گروه مداخله (۵/۳۰ ± ۸۴/۷۸) بود که نسبت به قبل از مداخله افزایش معنی دار یافته بود. درحالیکه در گروه کنترل(۶/۰۲۷ ± ۵۰/۵۱) گزارش شد. در گروه کنترل روند رو به کاهش وجود داشت اما در مقایسه با قبل تفاوت معنی دار نداشت. دو ماه پس از اتمام آموزش میانگین نمره خودکارآمدی جنسی در گروه مداخله (۵/۹۹ ± ۹۵/۱۴) افزایش داشت که در مقایسه با قبل از مداخله تفاوت معنی دار شده بود. در گروه کنترل دو ماه بعد از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی (۵/۸۶ ± ۵۴/۷۲) بود در مقایسه با قبل اختلاف آماری معنی دار نداشت. نتایج نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی جنسی بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله در گروه مداخله رو به افزایش بوده است. این افزایش با یکدیگر مقایسه شدند که اختلاف معنی دار بود. در گروه کنترل دو ماه بعد از مداخله میانگین نمره خودکارآمدی جنسی کمی افزایش یافته بود در حالیکه در مقایسه با زمان بلافاصله بعد از مداخله در همان گروه تفاوت معنی دار نبود. نتایج در جدول ۲ و در نمودار ۲ نمایش داده شده است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

جدول ۱: تعیین و مقایسه مشخصات دموگرافیک زنان یائسه و همسران در گروه مداخله آموزشی جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی و گروه کنترل

مشخصات فردی		مداخله	کنترل	نتایج
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
سن(سال)	کمتر از ۵۰	۳ (۸/۵۷)	۴ (۱۱/۴۳)	df=۶۸
	۵۰-۶۰	۲۵ (۷۱/۴۳)	۲۱ (۶۰)	*p =۰/۶۸۵
	بالاتر از ۶۰	۷ (۲۰)	۱۰ (۲۸/۵۷)	
وضعیت شغلی	زیردیپلم	۱۳ (۳۷/۱۴)	۱۷ (۴۸/۵۷)	
	دیپلم	۱۰ (۲۸/۵۷)	۸ (۲۲/۸۶)	
	دانشگاه	۱۲ (۳۴/۲۸)	۱۰ (۲۸/۵۷)	
	خانه دار	۲۳ (۶۵/۷۱)	۲۴ (۶۸/۵۷)	**p =۰/۲۵۶
	شاغل	۴ (۱۱/۴۳)	۳ (۸/۵۷)	
	بازنشسته	۸ (۲۲/۸۶)	۸ (۲۲/۸۶)	
وضعیت اقتصادی خانواده	مطلوب	۲۳ (۶۵/۷۱)	۲۴ (۶۸/۵۷)	p =۰/۹۱
	متوسط	۱۰ (۲۸/۵۷)	۸ (۲۲/۸۶)	
	نامطلوب	۲ (۵/۷۱)	۳ (۸/۵۷)	
طول مدت ازدواج	کمتراز ۳۰	۵ (۱۴/۲۸)	۳ (۸/۵۷)	p =۰/۱۵۳
	۳۰-۳۹	۲۴ (۶۸/۵۷)	۲۳ (۶۵/۷۱)	df=۶۸
	۴۰ و بالاتر	۶ (۱۷/۱۴)	۹ (۲۵/۷۱)	
تعداد فرزندان	۱	۴(۱۱/۴۳)	۲(۵/۷۱)	p=۰/۰۷۶
	۲	۱۴ (۴۰)	۹ (۲۵/۷۱)	
	۳ و بالاتر	۱۷ (۴۸/۵۷)	۲۴ (۶۸/۵۷)	
سن در هنگام یائسگی	کمتر از ۵۰	۱۲ (۳۴/۲۸)	۱۰ (۲۸/۵۷)	df=۶۸
	۵۰ و بالاتر	۲۳ (۶۵/۷۱)	۲۵ (۷۱/۴۳)	p =۰/۷۷۱
تعداد رابطه جنسی قبل از یائسگی	چند بار در هفته	۲ (۵/۷۱)	۳ (۸/۵۷)	p=۰/۹۵۱
	چندبار در ماه	۲۶ (۷۴/۲۸)	۲۵ (۷۱/۴۳)	
	ماهیانه	۷ (۲۰)	۷(۲۰)	
تعداد رابطه جنسی بعد از یائسگی	چند بار در هفته	۴ (۱۱/۴۳)	۵ (۱۴/۲۸)	p=۰/۳۶۷
	چندبار در ماه	۱۳ (۳۷/۱۴)	۸ (۲۲/۸۶)	
	ماهیانه	۱۸ (۵۱/۴۲)	۲۲ (۶۲/۸۶)	
سن همسر	کمتر از ۵۰	۴(۱۱/۴۳)	۴(۱۱/۴۳)	p =۰/۱۹۴
	۵۰-۶۰	۲۵ (۷۱/۴۳)	۲۰ (۵۷/۱۴)	df=۶۸
	بیشتر از ۶۰	۶ (۱۷/۱۴)	۱۱ (۳۱/۴۳)	
سطح تحصیلات همسر	زیردیپلم	۶ (۱۷/۱۴)	۶ (۱۷/۱۴)	***p=۰/۵۲۳
	دیپلم	۱۳ (۳۷/۱۴)	۱۲ (۳۴/۲۸)	df=۳
	دانشگاه	۱۶ (۴۵/۷۱)	۱۷ (۴۸/۵۷)	
وضعیت شغلی همسر	شاغل	۳۱ (۸۸/۵۷)	۳۰ (۸۵/۷۱)	p=۰/۵۳۷
	بازنشسته	۴ (۱۱/۴۳)	۵ (۱۴/۲۸)	

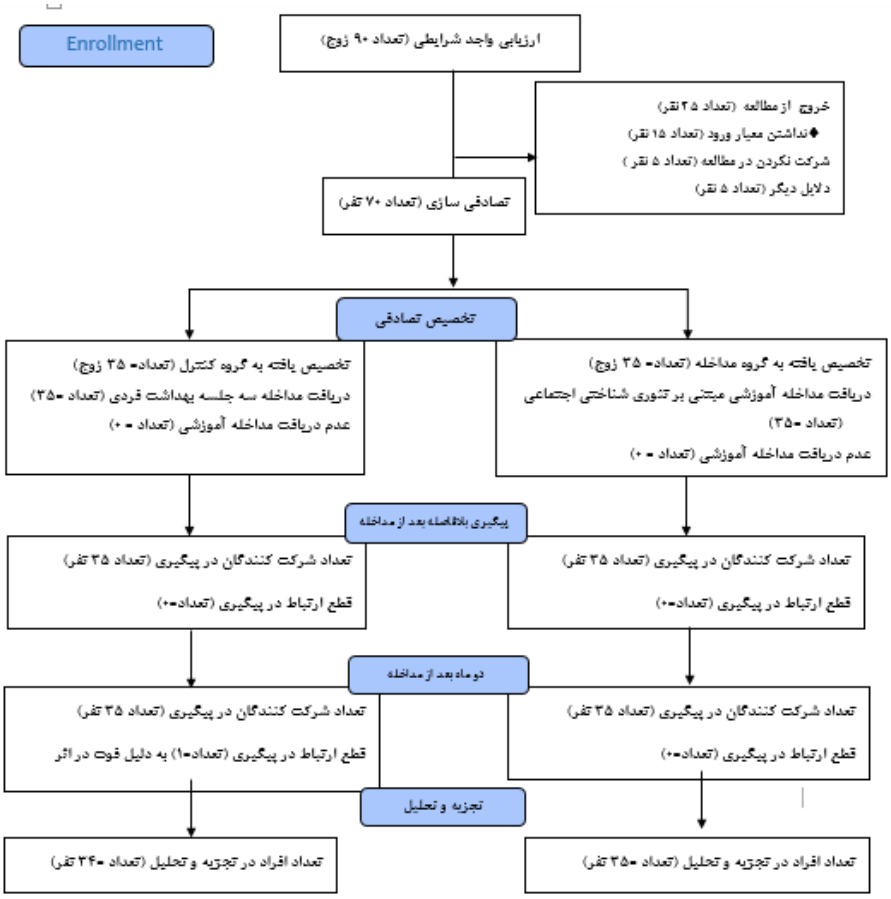
* آزمون تی مستقل ** آزمون دقیق فیشر *** آزمون کای اسکوئر

جدول ۲: مقایسه خودکارآمدی جنسی زنان یائسه در گروه آموزش جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی و گروه کنترل و درون گروه ها

متغیر	گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	دو ماه بعد از مداخله	اثر زمان	اثرگروه	اثر متقابل زمان و گروه
خودکارآمدی جنسی	گروه مداخله	۵۱/۰۷±۶/۳۱	۸۴/۷۸±۵/۳۰	۹۵/۱۴±۵/۹۹	**P=۰/۰۱ F=۱/۵۲	**P=۰/۰۰۷ F=۱/۳۶	**P< ۰/۰۰۱ F=۲/۶۷ η^2=۰/۲۶
	گروه کنترل	۵۲/۹۳±۵/۴۸	۵۰/۵۱±۶/۲۷	۵۴/۷۲±۵/۸۶			
	نتایج	*P=۰/۵۷ df=۶۸	*P=۰/۰۲ df=۶۸	*P< ۰/۰۰۱ df=۶۷			

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]



نمودار ۱: اثر آموزش جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی زوجین بر خودکارآمدی جنسی زنان یائسه بر اساس کنسورت



نمودار ۲: خودکارآمدی جنسی زنان در طول پیگیری در دو گروه مداخله و کنترل

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه که هدف آن تعیین تاثیر آموزش جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی بود بر ۷۰ زوج از زنان یائسه به همراه همسران در دو گروه ۳۵ نفر از زن یائسه انجام شد. خودکارآمدی جنسی زنان یائسه که همراه همسران شان تحت مداخله جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی قرار داشته اند بلافاصله بعد از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

مداخله که طی ۶ هفته انجام شد، افزایش یافته بود. هم راستا با نتایج مطالعه حاضر در یک مطالعه مداخله ایی توسط خزائیان و همکاران در زاهدان ایران، در سال ۲۰۲۱ که با رویکرد ذهن آگاهی بر خودکارآمدی جنسی زنان بعد از یائسگی انجام شده و نتایج حاکی از بهبود خودکارآمدی جنسی زنان بوده است [۳۱]. به نظر می رسد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با نتایج متناقض همراه باشد در این راستا نتایج مطالعه van Driel نشان داد که با کاهش استرس، با روش مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس، کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در زنان پس از سالپنگواوفورکتومی این مداخله در بهبود کیفیت زندگی اثر گذار بوده، در حالی که بر عملکرد جنسی زنان یائسه تاثیری نداشته است[۳۲]. مطالعه ی دیگری با مداخله ی مبتنی بر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی جنسی در شهر Kahramanmaras در ترکیه توسط Kamalak در سال ۲۰۲۴ انجام شده بود و زنان یائسه با اختلال عملکرد جنسی وارد مطالعه شده بودند، نتایج نشان داد که خودکارآمدی جنسی زنان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود [۳۳]. در این راستا، نتایج یک مطالعه ی مرور نظام مند توسط نایجی که هدف آن مقایسه تاثیر مداخلات آموزشی و یا مشاوره بر روابط جنسی زنان با یائسگی طبیعی بود، نشان داد که مداخلات آموزشی در بهبود عملکرد و رضایت جنسی زنان یائسه موثرتر از مشاوره های جنسی است. اگرچه عدم بررسی همگونی مطالعات موجود در آن مطالعه مروری از محدودیت های آن متاآنالیز از سوی محققین عنوان شده بود اما آنها معتقد بودند مداخلات آموزشی که مبتنی بر اعتماد به نفس و خودکارآمدی استوار بوده علاوه بر بهبود روابط فردی به روابط بین فردی نیز پرداخته است. [۳۴].

یکی از ویژگی های نظریه شناختی اجتماعی، سازه خودکارآمدی است. این سازه یکی از مفاهیم محوری در این نظریه است که آلفرد بندورا آن را مطرح کرده است. باورهای افراد درباره توانایی های شان نوعی خودارزیابی است که بر میزان تعهد برای دستیابی به یک رفتار را می افزاید. خودکارآمدی جنسی می تواند به عنوان متغیری میانجی در روابط جنسی زوج ها نقش داشته باشد. [۱۳]. درتحلیل رفتارها Kamalak و Baranowski می نویسند؛ در جهت ارتقاء سلامت، تئوری‌شناختی‌اجتماعی به عنوان یک چارچوب نظری رفتار انسان را به صورت تعامل پویا و متقابل بین سه عامل فردی، رفتاری و محیط بیان‌می‌کند، بنابراین تغییر در هر یک از سه عامل محیط، عوامل فردی و یا رفتار می‌تواند سبب تغییر در دو عامل دیگر شود [۳۴, ۳۵]. در عوامل فردی Steinke می نویسد؛ باید چنین بیان کرد که یکی از عوامل موثر در رابطه ی جنسی و رضایت جنسی، باور فرد بر توانایی او برای داشتن یک رابطه ی مطلوب است این عبارت نتیجه تحقیقی است که تحت عنوان مشاوره ی جنسی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی بر میزان خودکارآمدی جنسی زوجین انجام شده بود، نتایج آن نشان داد که پس از مداخله، خودکارآمدی جنسی افزایش یافته بود و ۶۰ درصد افراد به فعالیت جنسی عادی خود مانند قبل بازگشته بودند[۳۶] همچنین Štulhofer بیان کرده است که در راستای عوامل فردی، تغییرات جنسی وابسته به سن نیز می تواند در افراد متفاوت باشد. در برخی این تغییر منبع اضطراب قابل توجهی برای زنان است که موجب ترس در همسر و شریک زندگی نیز می شود. یکی از عوامل تشدید کننده ی پریشانی جنسی در این سنین احساس گناه ، عدم کفایت و عدم صحبت در رابطه با مشکلات و تغییرات جنسی با همسر است[۳۷]. در مطالعه حاضر نتایج نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی جنسی دو ماه بعد از مداخله در گروه آزمون همچنان رو به افزایش بوده است در حالی که در گروه کنترل این روند تغییر چندانی نداشت. ماندگاری اثر آموزش و یا افزایش اندازه اثر بعد از جلسات انجام مداخله گاهی نشان دهنده این است که مداخله برای تاثیر بیشتر به زمان بیشتری نیاز دارد تا افراد برای دستیابی به رفتار جدید و یا ارتقای رفتار مطلوب خود تلاش بیشتری برای احساسات، عواطف و انگیزه خود در جهت رفتار مطلوب تغییر دهند. نتایج یک مطالعه مبین این ادعا است، آبادی و همکاران بیان کرده بودند که وقتی فردی تمایل به تغییر احساسات و نگرش خود درباره ارتباط جنسی داشته باشد، به تلاش بیشتر نیاز دارد و زمانی که فرد بداند نگرش مثبت به نتیجه عملکرد جنسی بهتری منتهی می شود تمایل بیشتری برای برقراری یک رابطه جنسی مطلوب پیدا می کند. در آن مطالعه مشخص شده بود که بین اضطراب جنسی با خودکارآمدی جنسی که از ابعاد مثبت خودپنداره جنسی زنان بوده است رابطه معکوس و معنا داری وجود داشته است[۳۸]. از سوی دیگر با توجه به یافته های مطالعه اخیر، شاید یکی از دلایل افزایش خودکارآمدی طی ۲ ماه بعد از آخرین جلسه ی مداخلات در این مطالعه، حضور همسران در جلسات آموزشی باشد که آنها با کسب دانش و آگاهی حاصل از جلسات آموزشی با همسران خود همکاری داشته و با درک بیشتر در بهبود باور زنان نسبت به توانایی شان برای داشتن یک رابطه جنسی مطلوب نقش موثری داشته اند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

Shepard معتقد است در نظریه شناختی اجتماعی معلومات در ذهن فرد جایگزین شده و با آگاهی های قبلی وی تلفیق می‌شوند و در نتیجه در رفتار و نحوه دید فرد تغییراتی به وجود می‌آورد[۳۹]. لذا در مطالعه ی حاضر شوهران با تجربه قبلی خود که از رابطه جنسی با همسران شان داشته و دانشی که طی مطالعه ی حاضر به دست آورده، توانسته بودند که در باور زنان به توانمندی شان مبنی بر داشتن یک رابطه جنسی مطلوب کمک کنند. که این موضوع رعایت در نظر گرفتن عامل بین فردی در نظریه شناختی و اجتماعی است. در یک مطالعه توسط جمالی مشخص شده بود که حدود ۸۲ درصد زنان یائسه تجربه اختلال عملکرد جنسی را گزارش و حدود ۶ درصد معتقد بوده اند که سعی کرده اند تا به خاطر شوهران خود رابطه جنسی داشته باشند چون زنان داشتن رابطه جنسی را یک وظیفه همسری دانسته و برای برآورده کردن نیازهای جنسی مردان رابطه جنسی داشتند [۴۰]. که این موضوع برخاسته از بستر فرهنگی حاکم بر جامعه است. لزوم به کار گیری این نظریه بر خودکارآمدی جنسی زنان یائسه را نمایان می کند. در این راستا مطالعات در کشورهای دیگر در این زمینه مانند اندونزی و هند که توسط Sunila و Afiyanti انجام شده است؛ نگرش به رابطه جنسی زنان را در میانسالی نزدیک به فرهنگ جامعه ی ما نشان می دهند، آنها گزارش داده اند که زنان یائسه در برقرار کردن ارتباطات در زمینه مشکلات جنسی این دوران احساس ناامنی و ناراحتی می کنند، زنان از مشکلاتی نظیر خشکی واژن یا درد هنگام مقاربت با همسران خود صحبتی نکرده و برای رفع آن نیز هیچگونه اقدامی مانند مراجعه به کادر درمان نمی کنند [۴۱, ۱۱].

علاوه بر احساسات و نگرش افراد نسبت به رابطه جنسی عوامل دیگری نیز دخیل هستند یکی از آنها اثر محیط پیرامون بر رفتار فرد است که در موضوع فعالیت جنسی به ویژه در یائسگی تاثیر فراوانی بر انجام یک رابطه جنسی مطلوب دارد. در مطالعه Pâquet و همکاران نتایج نشان داده بود که فشار فرهنگی و اجتماعی بر روی افراد میانسال موجب پریشانی جنسی می شود که خود مانعی برای دستیابی لذت جنسی در سنین بالاتر است[۴۲].

همچنان که یک مطالعه مبنی بر رضایت جنسی افراد میانسال توسط Panzeri گزارش داده است، عدم رعایت حریم خصوصی در زوجین میانسال به علت حضور فرزندان مجرد در خانه، عدم حضور میانسالان در فعالیت های اجتماعی و یا انزوای اجتماعی از جمله عواملی هستند که بر کیفیت زندگی جنسی و رضایتمندی جنسی آنها اثر می گذارد[۴۳]. همچنین در یک مطالعه در ترکیه توسط Bülbül و همکاران از علل پریشانی جنسی در زنان میانسال، فرهنگ جامعه و ارزش های موجود مربوط به زنان میانسال مانند نقش مادری و یا مادربزگ بودن مطرح بوده است، در این سنین این نقش اهمیت بیشتری نسبت به سال های باروری پیدا کرده بود و نگرانی از قضاوت های منفی جامعه در مورد عملکرد جنسی، باعث شده بود که زنان پریشانی جنسی بیشتری را تجربه کنند[۴۴] . نقطه قوت در مطالعه حاضر به کار گیری سازه های نظریه شناختی اجتماعی است که با موضوع رابطه جنسی زنان یائسه به عنوان یک تابو و یک باور اجتماعی مبنی بر داشتن ربطه جنسی که به دلیل افزایش سن قبیح تلقی می شود، توانست بر خودکارآمدی جنسی اثر گذار باشد. از محدودیت مطالعه عدم تعیین رضایت، پریشانی و خودکارآمدی جنسی در مردانی بود که با همسر خود به مطالعه وارد شده بودند.

مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی بر خودکارآمدی جنسی زنان یائسه در شهر قم که به همراه همسران خود در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند، اثر گذار بود که بعد از ۶ جلسه هفته ایی یک بار آموزش، بلافاصله و دو ماه بعد از اتمام جلسات آموزشی روند افزایشی را بر خودکارآمدی جنسی زنان داشت. انتظار می رود در مطالعات بعدی رضایت، پریشانی و خودکارآمدی جنسی مردان دارای همسر یائسه با همین مداخله نیز مورد ارزیابی قرار گیرد.

تضاد منافع: در این مقاله هیچ گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی توسط سازمانی برخودار نبوده است.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله بخشی از رساله ارشد مشاوره در مامایی بود که دارای کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.735]از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران است. و ثبت در سامانه کارآزمایی بالینی با شماره [TCTR20200213002] شده است.

سهم نویسندگان

منصوره جمشیدی منش: تهیه پیش نویس طرح، تجزیه و تحلیل داده ها، تفسیر نتایج و نوشتن گزارش نهایی طرح و مقاله

عطال ترکمانی: تهیه پیش نویس طرح، جمع آوری اطلاعات و نوشتن پیش نویس مقاله

تشکر و قدردانی

از تمامی زنان یائسه و همسران شرکت کننده سپاسگزاری می شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

منابع

1. Borgström F, Karlsson L, Ortsäter G, Norton N, Halbout P, Cooper C, et al. Fragility fractures in Europe: burden, management and opportunities. Archives of Osteoporosis 2020;15:1-21
2. Lee Y, Lee M. Appearance management effect and self-conquest of physical and psychological changes in middle-aged women's lifespan. Art Humanities Open Access Journal 2020;4:75-79
3. Scavello I, Maseroli E, Di Stasi V, Vignozzi L. Sexual Health in Menopause. Medicina (Kaunas, Lithuania) 2019; 2:1-18
4. Nappi RE, Cucinella L. Menopause and Sexual Health: Hormones, Aging or Both? Clinical Obstetrics and Gynecology 2024;10: 1-14
5. Throsby K, & Roberts C. Bodies of Change: Menopause as Biopsychosocial Process. In V. 1st Edition, Bristol University Press: UK. 2024
6. Khani S, Azizi M, Elyasi F, Kamali M, Moosazadeh M. The prevalence of sexual dysfunction in the different menopausal stages: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Sexual Health 2021;33:439-472 [persian]
7. DeLamater J. Sexual expression in later life: A review and synthesis. Journal of sex research 2012;49:125-141
8. Naeij E, Moosazadeh M, Khani S, Firouzi A, Barzegari S. Effect of counseling and educational interventions on sexual functioning of women with natural menopause: A systematic review and meta-analysis. Journal of Advanced Pharmacy Education and Research 2019;9: 40-51[Persian]
9. Jaafarpour M, Rashan N, Bahmani M, Direkvand-Moghadam A. The effect of sexual counseling based on the PLISSIT model on improving the sexual function of postmenopausal women: a randomized controlled trial. Climacteric 2024; 28: 74-80
10. Im E-O, Lee Y, Chee E, Chee W. Web-based interventions for menopause: a systematic integrated literature review. Maturitas 2017;95:24-30
11. Afiyanti Y. Sexual self-efficacy: Affection, sexual communication, and self-acceptance as significant factors related to sexual function on menopausal women in Indonesia. Enfermeria Clinica 2019;29:551-555
12. Bond JC, Morrison DM, Hawes SE. Sexual self-efficacy and entitlement to pleasure: The association of the female sexual subjectivity inventory with sexual risk taking and experience of orgasm. Archives of Sexual Behavior 2020;491029-1038
13. Sheykhesmaeili D, Golmohammadian M, Hojjatkhah SM. The role of personality characteristics and marital interaction stability in the prediction of marital disaffection with mediating sexual self-efficacy in married women. Iranian Journal of Nursing Research 2019;13:59-68
14. Schwarzer R. Self-efficacy: Thought control of action: first ed , Taylor & Francis, New York 2014.
15. Wong EL, Huang F, Cheung AW, Wong CK. The impact of menopause on the sexual health of Chinese Cantonese women: A mixed methods study. Journal of Advanced Nursing 2018;74:72-84
16. Spector A, Li Z, He L, Badawy Y, Desai R. The effectiveness of psychosocial interventions on non-physiological symptoms of menopause: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2024; 353:460-472
17. Atema V, Van Leeuwen M, Kieffer JM, Oldenburg HS, Van Beurden M, Gerritsma MA, et al. Efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer survivors: results of a randomized controlled trial. Journal of Clinical Oncology 2019;37:809-822
18. Chen T-L, Chang S-C, Huang C-Y, Wang H-H. Effectiveness of mindfulness-based interventions on quality of life and menopausal symptoms in menopausal women: A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research 2021;147:1-15
19. Fujimoto K. Effectiveness of coaching for enhancing the health of menopausal Japanese women. Journal of Women & Aging 2017;29: 216-229
20. Monfaredi Z, Malakouti J, Farvareshi M, Mirghafourvand M. Effect of acceptance and commitment therapy on mood, sleep quality and quality of life in menopausal women: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2022;22:1-12
21. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. The Neurotic Paradox 2020;1:183-198
22. Bandura, A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 1982; 37, 122.
23. Abdullah, S. M. Social cognitive theory: A Bandura thought review published in 1982-2012. Psikodimensia 2019; 18, 85-100
24. Rad RE, Hosseini Z, Mohseni S, Mohammadi M, Nikparvar M, Aghamolaei T. Design, implementation and evaluation of an intervention based on a social cognitive theory of physical activity

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

and nutritional behaviors in middle-aged people at the risk of coronary artery disease in Bandar Abbas: A study protocol. Journal of Education and Health Promotion 2023;12:1-10
25. Steinke, E. E., Mosack, V., Hertzog, J. & Wright, D. W. A Social-Cognitive Sexual Counseling Intervention Post-MI—Development and Pilot Testing. Perspectives in Psychiatric Care 2013; 49: 162-170
26. Ebrahimi, M. & Rahimi, B. The effect of self-efficacy counseling on the management of menopausal symptoms in psychological dimension in perimenopause women referred to health centers in Mahabad city. Menopause 2019;: 93-97
27. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics 2010;1:100-107
28. Manesh MJ, Moghadam Z. The experiences of menopause through the lens of Iranian women: Content analysis study. Australian Journal of Basic and Applied Sciences 2011;5:1543-1548
29. Schwarzer, R. Self-efficacy: Thought control of action. 1st Edition, Taylor & Francis, Routledge: New York, 2014
30. Maasoumi R, Dastaran F. Development and psychometric properties of a questionnaire to assess the Iranian women's sexual self-efficacy. Nursing Practice Today 2019;6:176-189
31. Khazaeian S, Navidian A, Rahiminezhad M. Effect of mindfulness on sexual self-efficacy and sexual satisfaction among Iranian postmenopausal women: a quasi-experimental study. Sexual Medicine 2023;11:1-17
32. van Driel CM, de Bock GH, Schroevers MJ, Mourits M. Mindfulness-based stress reduction for menopausal symptoms after risk-reducing salpingo-oophorectomy (pursue study): a randomised controlled trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2019;126:402-411
33. Kamalak H, Aksoy Derya Y. The effects of motivational interviewing on sexual quality of life and sexual self-efficacy in postmenopausal women with sexual dysfunction. Menopause 2024;31:862-870
34. Naeij E, Moosazadeh M, Khani S, Firouzi A, Barzegari S. Effect of counseling and educational interventions on sexual functioning of women with natural menopause: A systematic review and meta-analysis. Menopause 2019;9:40-51
35. Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact. Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice 2002;3:165-184
36. Steinke EE, Mosack V, Hertzog J, Wright DW. A Social-Cognitive Sexual Counseling Intervention Post-MI—Development and Pilot Testing. Perspectives in Psychiatric Care 2013;49:162-170
37. Štulhofer A, Hinchliff S, Træen B. Relationship intimacy, sexual distress, and help-seeking for sexual problems among older European couples: a hybrid dyadic approach. International journal of Impotence Research 2020;32:525-534
38. Abadi FZM, Salehi S, Mousavi MS. Relation between sexual self-concept and sexual distress in women with multiple sclerosis who referred to Shahid Sadoughi Hospital of Yazd in 2017. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2019; 27: 1835-1845
39. Shepard LA, Penuel WR, Pellegrino JW. Using learning and motivation theories to coherently link formative assessment, grading practices, and large-scale assessment. Educational Measurement: Issues and Practice 2018;37:21-34
40. Jamali S, Rahmanian A, Javadpour S. Examining the sexual function and related attitudes among aged women: A cross-sectional study. International Journal of Reproductive BioMedicine 2016;14:29-38
41. Sunila K. Midlife sexuality concerns and care–An Indian perspective. Maturitas 2015;82:320.
42. Pâquet M, Rosen NO, Steben M, Mayrand M-H, Santerre-Baillargeon M, Bergeron S. Daily anxiety and depressive symptoms in couples coping with vulvodynia: Associations with women's pain, women's sexual function, and both partners' sexual distress. The Journal of Pain 2018;19:552-561
43. Panzeri M, Ferrucci R, Cozza A, Fontanesi L. Changes in sexuality and quality of couple relationship during the Covid-19 lockdown. Frontiers in Psychology 2020;11:1-8
44. Bülbül T, Mucuk S, Dolanbay M, Turhan İ. Do complaints related to menopause affect sexuality and marital adjustment? Sexual and Relationship Therapy 2020; 36:465-479

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]

پیوست

محتوی مداخله آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی و اجتماعی بر خودکارمدی جنسی زنان یائسه

جلسه	زمان	مباحث	روش اجرا	هدف
جلسه ی اول [بصورت فردی و زمان کلی جلسه ۳۰ دقیقه می باشد] هدف: افزایش دانش و آگاهی مبتنی برنظریه خودکارامدی	۵ دقیقه ۱۵ دقیقه ۷۰دقیقه	آشنایی، خوشامدگویی، معارفه بیان اهداف و ضرورت پژوهش تعریف یائسگی و آندروپوز، تغییرات آناتومی و فیزیولوژیک در زنان و مردان در این دوران ، مراحل چرخه ی پاسخ جنسی و عوامل دخیل و تغییرات ایجاد شده در چرخه ی جنسی زنان در اثر یائسگی	پرسش و پاسخ ، گفت وگو، سخنرانی و اجرای دو فایل ویدئویی	افزایش آگاهی و دانش بر اساس نظریه شناختی و اجتماعی
جلسه ی دوم هدف: ارائه برنامه ی آموزشی بر مبنای انتظارات پیامد براساس مدل شناختی رفتاری	۵ دقیقه ۱۵ دقیقه ۷۰ دقیقه	خوشامدگویی بررسی سیر جسمانی و عاطفی در حین رابطه ی جنسی زوجین ، بررسی کیفیت رابطه زناشویی و ارتباط عاطفی زوجین، بررسی انتظارات زوجین از عملکرد جنسی	بحث و گفت و گو، پرسش و پاسخ و سخنرانی	فراهم کردن برنامه آموزشی بر اساس انتظار پیامد و ارزش ها مرتبط با سازه ی نظریه شناختی و اجتماعی
جلسه ی سوم [بصورت زوجین] هدف: ارائه برنامه ی آموزشی بر مبنای امیدها [ارزش های پیامد] براساس مدل شناختی رفتاری	۱۰ دقیقه ۱۵ دقیقه ۷۰ دقیقه	خوشامدگویی، تاثیر خشکی واژن یا گرگرفتگی بیان تجربیات از عوارض یائسگی و بحث در مورد فعالیت های روزمره از زبان زنان یائسه بررسی انگیزه ها در رابطه با داشتن رابطه جنسی ارزش ها و باورها نسبت به عملکرد جنسی	بحث و گفت و گو ، ارائه پکیج آموزشی در قالب دو فایل پی دی اف و پرسش و پاسخ	اجرای برنامه ی آموزشی بر اساس امیدها، ارزش ها یکی از سازه ی نظریه شناختی و اجتماعی
جلسه ی چهارم هدف: درک موقعیت [ترغیب کلامی] اجتماعی، مبتنی برنظریه شناختی و اجتماعی	۱۰ دقیقه ۱۵ دقیقه ۷۰دقیقه	خوشامدگویی، بیان تجربیات خود در هفته ی گذشته با توجه به مطالب آموزش داده شده در جلسه ی قبل بحث در مورد باورهای کارآمد و نا کارامد جنسی باز سازی افکار ناکارآمدی جنسی و پرسش و پاسخ	بحث و گفت و گو ، ارائه پکیج آموزشی در قالب دو فایل پی دی اف و پرسش و پاسخ	اجرای موارد آموزشی بر اساس فهم موقعیت اجتماعی، ترغیب کلامی یکی از سازه های نظریه شناختی و اجتماعی
جلسه ی پنجم هدف: ارائه برنامه آموزشی بر اساس درک موقعیتی محیط	۱۰ دقیقه ۳۵ دقیقه ۴۵دقیقه	خوشامدگویی، پرسش در مورد مطالب جلسات قبل نقش حمایتی همسر در بروز عوارض یائسگی،مانند کاهش گرگرفتگی مشکلات جنسی مانند درد هنگام مقاربت، اختلالات برانگیختگی و ارگاسم. شناسایی توانایی های جسمی جنسی بحث در مورد سیستم های حمایتی و اجتماعی	مشاوره، پرسش و پاسخ، اسلاید ، فیلم	اجرای برنامه آموزشی بر اساس درک موقعیت محیطی یکی از سازه ی نظریه شناختی و اجتماعی
جلسه ی ششم هدف: ارائه برنامه آموزشی براساس تقویت مثبت و نقاط قوت مبتنی برنظریه شناختی و اجتماعی	۱۰دقیقه ۳۵ دقیقه ۴۵ دقیقه	خوشامدگویی، بیان تجربیات خود در هفته ی گذشته شناسایی توانایی های جسمی و جنسی و رفع ضعف های ارتباطات جنسی و خودکارامدی، تقویت مثبت و نقاط قوت آموزش انواع شیوه های مقاربت متناسب با مشکل زوجین در زمان انجام مقاربت . نحوه ی برخورد و درمان انواع اختلالات جنسی در زوجین همچنین انواع لوبریکانت ها و و ورزش های کگل قبل از مقاربت	مشاوره، پرسش و پاسخ ، بروشور و عکس مشاوره. بحث و گفت و گو . فیلم . پکیج با محتویات آموزشی در قالب یک سی دی	اجرای برنامه آموزشی بر اساس تقویت مثبت و نقاط قوت مبتنی سازه ی نظریه شناختی و اجتماعی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.66224/payesh.25.4.583]