

## The effect of narrative therapy on sexual self-efficacy and sexual quality of life in women

Farnaz Karbasi<sup>1</sup>, Hedyeh Riazi<sup>2\*</sup>, Armin Firoozi<sup>3</sup>

1. School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

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

3. Clinical psychologist, Tehran, Iran

Received: 6 June 2023

Accepted for publication: 14 June 2023

[EPub ahead of print-17 June 2023]

Payesh: 2023; 22(4): 443- 453

### Abstract

**Objective(s):** Sexual self-efficacy is one of the most important issues for having a sexual quality of life. The present study was conducted with the aim of assessing the effect of narrative therapy on sexual self-efficacy and sexual quality of life in women.

**Methods:** This semi-experimental study was conducted on 82 women in reproductive age. Among comprehensive health centers affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran, Iran, two centers were randomly selected. Then, 82 women were selected according to the inclusion criteria and randomly assigned to intervention and control groups (n= 41 per each group). In the intervention group, narrative therapy was performed during four 90-minute sessions. The control group did not receive any intervention. Data were collected using the standard sexual self-efficacy questionnaire (SSEQ) and the sexual quality of life questionnaire (SQOL-F), before and one month after the intervention. Data analysis was done using mean and standard deviation, number and percentage, independent and paired t-test, Mann-Whitney and Fisher.

**Results:** There was no significant difference between the intervention and control group in terms of demographic and clinical characteristics. Before the intervention, sexual self-efficacy was not significantly different in the intervention 11.92(2.06) and the control group 12.63(3.42) (P=0.24); However, after the intervention this difference was significant between the intervention 20.31(5.18) and control group 13.39(2.87) (P=0.001). Before the intervention, the sexual quality of life in the intervention 68.02(8.75) and the control group 68.73(8.47) was not significantly different (P=0.71); but after the intervention, a significant difference was observed between the intervention 75.56(7.89) and the control group 60.29(10.21)(P<0.001). Also, the analysis showed that the sexual self-efficacy and sexual quality of life in the intervention group had a significant difference (P<0.0001) before and after the intervention, while this difference was not significant in the control group.

**Conclusion:** It seems that applying narrative therapy is an effective approach to improve sexual self-efficacy and the sexual quality of life of women.

**Key words:** Narrative therapy, Sexual self-efficacy, Sexual quality of life, Sexual health, Women's health

\* Corresponding author: Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
E-mail: h.riazi@sbmu.ac.ir

## بررسی تأثیر روایت درمانی بر خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی در زنان

فرناز کرباسی<sup>۱</sup>، هدیه ریاضی<sup>۲\*</sup>، آرمین فیروزی<sup>۳</sup>

۱. مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. روانشناس بالینی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۲۴

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۷ خرداد ۱۴۰۲

نشریه پایش: ۴۴۳ - ۴۵۳: ۲۲(۴): ۱۴۰۲

### چکیده

**مقدمه:** خودکارآمدی جنسی یکی از ارکان قابل اهمیت جهت برخورداری از کیفیت زندگی جنسی مطلوب می باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر روایت درمانی بر خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی در زنان انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۸۲ زن در سنین باروری انجام شد. از بین مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران، دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. سپس از بین زنان مراجعه کننده، ۸۲ نفر مطابق با معیارهای پژوهش به صورت در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۴۱ نفره قرار داده شدند. در گروه مداخله، روایت درمانی طی چهار جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام شد. گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. داده ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی جنسی (SSEQ) و پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی (SQOL-F)، قبل و یک ماه بعد از مداخله گردآوری شدند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از میانگین و انحراف معیار، تعداد و درصد، آزمون t مستقل و زوجی، من ویتنی و فیشر انجام شد.

**یافته ها:** گروه مداخله و کنترل از نظر مشخصات دموگرافیک و بالینی تفاوت معناداری نداشتند. قبل از انجام مداخله، خودکارآمدی جنسی در گروه مداخله  $20/31(5/18)$  و گروه کنترل  $11/92(2/06)$  و تفاوت معنی داری نداشت ( $P=0/24$ )؛ اما این تفاوت پس از اجرای مداخله، بین دو گروه مداخله  $68/02(8/75)$  و گروه کنترل  $68/02(8/75)$  و تفاوت معنی داری نداشت ( $P=0/71$ )، اما پس از اجرای مداخله، در گروه مداخله  $75/56(7/89)$  و گروه کنترل  $60/29(10/21)$  تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $P < 0/001$ ). همچنین بررسی قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروهها نشان داد که خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی در گروه مداخله تفاوت معنی داری داشته است ( $P < 0/001$ )؛ درحالیکه این تفاوت در گروه کنترل معنی دار نبود.

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد استفاده از رویکرد روایت درمانی روش مناسبی جهت ارتقای خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان باشد؛ لذا استفاده از این رویکرد در مشاوره های جنسی در مراکز بهداشت پیشنهاده می گردد.

**کلیدواژه ها:** روایت درمانی، خودکارآمدی جنسی، کیفیت زندگی جنسی، سلامت جنسی، سلامت زنان

کد کار آزمایشی بالینی: IRCT20150128020854N10  
کد اخلاق: IR.SBMU.PHARMACY.REC.1400.329

\* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری  
E-mail: h.riazi@sbmu.ac.ir

## مقدمه

روابط جنسی از ابعاد اساسی زندگی انسان‌ها محسوب می‌شوند که می‌توانند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرند [۱]. یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار، خودکارآمدی جنسی است [۲] که به صورت باور هر فرد در مورد توانایی خود در فعالیت جنسی مؤثر و مطلوب بودن برای شریک جنسی تعریف می‌شود [۳]. چنین باوری، نوعی خود ارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است [۴]. همچنین خودکارآمدی جنسی به اعتقاد فرد جهت برخورداری از قدرت تصمیم‌گیری در مورد تمایلات جنسی و اجتناب از رفتارهای جنسی پرخطر نیز اشاره می‌کند [۵]. بدین سبب خودکارآمدی جنسی بر کنترل فرد بر زندگی جنسی، شایستگی و توانایی فرد به عنوان عامل جنسی، توانایی مشارکت در کنش جنسی ایمن، مناسب بودن به عنوان شریک جنسی و توانایی کسب رضایت جنسی تمرکز دارد [۶]. بنابراین درک بالای افراد از خودکارآمدی جنسی می‌تواند منجر به رابطه جنسی رضایت‌بخش و فعالیت جنسی سالم شده و به دنبال آن ارتقاء سلامت جنسی حاصل شود [۷]. خودکارآمدی جنسی بالا منجر به افزایش میزان حرمت خود، بازخورد مثبت و همدلی همسران و ارضای جنسی بالا می‌شود [۸]. همچنین شواهد نشان می‌دهد که خودکارآمدی جنسی برای سلامت جنسی و بهبود کیفیت زندگی جنسی ضروری است [۹].

کیفیت زندگی جنسی یکی از موضوعات کلیدی در حوزه سلامت جنسی است و همانند کیفیت زندگی که به درک فرد از موقعیت خود از نظر فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های وی اطلاق می‌گردد [۱۰]، کاملاً ذهنی و بر درک فرد از جنبه جنسی زندگی خویش استوار می‌باشد [۱۱]. همچنین کیفیت زندگی جنسی تابعی از عملکردهای جسمی، عاطفی و روانی است که بر روی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد [۱۲]. داشتن کیفیت زندگی جنسی به ایجاد ارتباط سالم و کارآمد زوجین کمک بسزایی می‌کند. این در حالی است که عدم برخورداری از کیفیت مطلوب زندگی جنسی می‌تواند منجر به تصمیم به جدایی و یا تمایل به روابط فرا زناشویی شود [۱۳]. اگرچه شواهد نشان می‌دهد که ارتقاء خودکارآمدی و کیفیت زندگی جنسی برای سلامت جنسی و بهبود کیفیت کلی زندگی ضروری هستند، اما در مراقبت‌های زنان اغلب به حاشیه رانده و نادیده گرفته می‌شوند و شاید به همین دلیل است که اختلالات و کژکاری‌های جنسی در زنان ایرانی از شیوع نسبتاً بالایی برخوردار است [۱۴]. بنابراین

زوجین و به ویژه زنان به دلیل جایگاه و نقشی که در رابطه جنسی دارند، نیازمند آموزش و مداخلات مناسب برای ارتقاء خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی هستند. در این بین مداخلات و روش‌های درمانی مختلفی استفاده شده است از جمله رویکرد شناختی-رفتاری [۱۵-۱۴]، مشاوره خودکارآمدی بندورا [۱۶]، برنامه آموزش جنسی [۱۷] و رویکرد ذهن آگاهی [۱۸]. به این ترتیب مشخص شده است که مداخلات آموزشی برای افراد در حوزه جنسی ممکن است یک رویکرد مفید باشد زیرا مقرون به صرفه هستند و می‌توانند اثربخش باشند [۱۹-۲۰].

روایت درمانی یکی از رویکردهای جدید بر اساس نظریه گفت‌وگو بر پایه داستان‌هاست. درواقع روایت، کلید ورود به ذهن و شخصیت هر فردی است [۲۱]. در این رویکرد درمانگر شروع به پرسیدن سؤال‌های شفاف و بسط دهنده می‌نماید و از فرد درخواست می‌کند تا به بیان جزئیات بیشتری در مورد تجربه‌های زیسته و اثرات آن بر زندگی‌اش بپردازد [۲۲]. بنابراین هدف از رویکرد روایت درمانی آن است که به مراجعان کمک شود تا یک مشکل قابل توجه را برونی کنند و بین خود و مشکل تفاوت قائل شوند [۲۳]. این امر، افراد را قادر می‌سازد با چالش‌هایی که در آینده با آن روبرو می‌شوند بهتر به مبارزه بپردازند [۲۴]. به بیانی دیگر درمان روایی، نگاه مثبتی به انسان‌ها و نقاط قوت آن‌ها در کنار آمدن با مشکلات دارد و این مهم از طریق تأکید بر معانی و برداشت‌هایی که مراجعان به رویدادهای زندگی‌شان نسبت می‌دهند، می‌باشد [۲۵]. در این زمینه نتایج پژوهش‌های انجام شده، حاکی از تأثیر مثبت روایت درمانی بر ابعاد مختلف زندگی جنسی زنان می‌باشد که در این میان می‌توان به افزایش رضایت زناشویی، صمیمیت عاطفی و بهبود کیفیت روابط زوجین اشاره نمود [۲۶-۲۹]. بنابراین شاید بتوان از این رویکرد در ارتقاء خودکارآمدی جنسی و بهبود کیفیت زندگی جنسی زنان نیز بهره برد. از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای با استفاده از این رویکرد درمانی در راستای بهبود خودکارآمدی و کیفیت زندگی جنسی زنان انجام نشده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر روایت درمانی بر خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان انجام شد.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. از بین مراکز جامع سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران، دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند.

سپس از بین زنان متأهل مراجعه‌کننده به واحد بهداشت خانواده، ۸۲ نفر مطابق با معیارهای پژوهش به صورت در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار Open Epi و فرمول Kelsey، ۳۷ نفر در گروه مداخله (N1) و ۳۷ نفر در گروه کنترل (N2) به دست آمد که با احتساب ۱۰٪ ریزش نمونه مجموعاً ۸۲ نفر در نظر گرفته شد [۳۰]. معیارهای ورود به مطالعه به شرح زیر بود: دامنه سنی بین ۲۰-۴۰ سال، برخورداری از حداقل سواد در حد خواندن و نوشتن، دارای فعالیت جنسی، عدم بارداری یا شیردهی در زمان شرکت در پژوهش، نداشتن سابقه بیماری‌های روانی (خود گزارش‌شده)، تحت درمان نبودن به دلیل مشکلات جنسی در زمان پژوهش (خود گزارش‌شده)، عدم مواجهه با رویدادهای تنش‌زا در شش ماه اخیر (مانند تصادف، بیماری جدی یا از دست دادن عزیزان)، تمایل به شرکت در پژوهش و عدم حضور قبلی در دوره‌های روایت درمانی. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف از ادامه شرکت در مطالعه، از دست دادن همسر یا قرار گرفتن در روند جدایی و عدم شرکت در هر یک از جلسات روایت درمانی بود.

نمونه‌ها به صورت تصادفی، در دو گروه ۴۱ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. بدین منظور، ابتدا به شرکت‌کنندگان کدهای دورقمی از ۰۱ تا ۸۲ داده شد. سپس با استفاده از وب‌سایت randomization.com دو مجموعه کد به دست آمد که مجموعه اول به عنوان گروه مداخله و مجموعه دوم به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. نمودار روند مطالعه در شکل ۱ نشان داده شده است. قبل از انجام مداخله، خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفت.

جهت بررسی خودکارآمدی جنسی از پرسشنامه استاندارد خودکارآمدی جنسی (SEQ) استفاده شد. این پرسشنامه توسط وزیری و لطفی کاشانی در سال ۱۹۹۹ بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارتزر طراحی شده است و شامل ۱۰ سؤال می‌باشد که در یک پیوستار چهارگزینه‌ای، از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) نمره‌گذاری شده است. حداقل و حداکثر نمره دریافتی به ترتیب صفر و ۳۰ می‌باشد [۳۱]. روایی و پایایی پرسش‌نامه در مطالعات قبلی مور تأیید قرار گرفته است [۳۱]. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با محاسبه‌ی آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. به منظور بررسی کیفیت زندگی جنسی از پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی (SQOL-F) استفاده شد که

توسط سیموندز و همکاران در سال ۲۰۰۵ طراحی شده است و دارای ۱۸ سؤال درباره‌ی احساسات و عواطف زنان در مورد زندگی جنسی و ارزیابی تأثیر اختلال عملکرد جنسی بر کیفیت زندگی می‌باشد که در حقیقت ۴ خرده مقیاس نگرش‌ها و احساسات مرتبط با زندگی جنسی، رضایت‌مندی از روابط جنسی، بی‌ارزش دانستن خود و سرکوب جنسی را در زنان مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر سؤال به صورت مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای از یک (به طور کامل موافق) تا شش (به طور کامل مخالف) نمره‌گذاری شده است که حداقل و حداکثر نمره دریافتی به ترتیب ۱۸ و ۱۰۸ می‌باشد و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی جنسی بالاتر است. سیزده عبارت مثبت و پنج عبارت به صورت معکوس (۱، ۵، ۹، ۱۳ و ۱۸) نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی مقیاس در مطالعه سیموندز و همکاران تأیید شده است [۳۲]. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است.

پس از انجام پیش‌آزمون، برای گروه مداخله، چهار جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت حضوری و هفتگی تشکیل شد. محتوای جلسات و تکالیف شرکت‌کنندگان تحت نظر استاد راهنما و مشاور که به ترتیب متخصص سلامت جنسی و روانشناس می‌باشند، بر اساس مقالات و منابع علمی طراحی شد و جهت تأیید اعتبار محتوا از نظرات پنج نفر متخصص روانشناسی و سلامت جنسی استفاده شد که مورد تأیید قرار گرفت. الگوی درمانی به کار رفته در این پژوهش بر مبنای روایت درمانی بود که رویکردی از مشاوره است که در آن تمرکز و تأکید کلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است. این رویکرد، افراد را از مشکلات خود جدا می‌داند و به آن‌ها این فرصت را می‌دهد که از مشکلات فاصله گرفته و از رویدادهای گذشته، داستان‌های جدید بسازند [۳۳]. به عبارت دیگر روایت درمانی رویکردی پسامدرن در مشاوره و روان‌درمانی است که مردم را متخصصان اصلی زندگی‌شان می‌داند و مشکلات را به عنوان بخش‌های جداگانه از مردم می‌بیند و تصور می‌کند مردم دارای بسیاری از مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی‌هایی هستند که به آن‌ها کمک می‌کند تا اثرات مشکلات را در زندگی‌شان کاهش دهند [۳۴]. محتوای جلسات مداخله به صورت خلاصه در جدول ۱ نشان داده شده است. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و پس از اتمام پژوهش از آنان دعوت شد تا در جلسات روایت درمانی شرکت کنند. یک ماه پس از اتمام مداخله مجدداً داده‌ها جمع‌آوری شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS-24 و

از آزمون‌های آزمون  $t$  مستقل و زوجی، من ویتنی و فیشر استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. کلیه مشارکت‌کنندگان در هردو گروه فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل کردند.

### یافته‌ها

میانگین سنی (انحراف معیار) زنان در گروه مداخله (۳۷/۲ (۴/۶) سال و دامنه سنی آنان از ۲۸ تا ۴۵ سال و میانگین سنی (انحراف معیار) در گروه کنترل (۳۶/۴ (۴/۵) سال و دامنه سنی آنان از ۲۵ تا ۴۵ سال بود. بین سن افراد در دو گروه مداخله و کنترل از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. از نظر سایر مشخصات دموگرافیک نیز تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مورد مطالعه وجود نداشت. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۲ ارائه شده است. قبل از انجام مداخله، خودکارآمدی جنسی در گروه

مداخله (۱۱/۹۲±۲/۰۶) و گروه کنترل (۱۲/۶۳±۳/۴۲) تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P=0/24$ ) اما این تفاوت پس از اجرای مداخله، بین دو گروه مداخله (۲۰/۳۱±۵/۱۸) و کنترل (۱۳/۳۹±۲/۸۷) معنادار بود ( $P<0/001$ ). (جدول ۳).

قبل از انجام مداخله کیفیت زندگی جنسی در گروه مداخله (۶۸/۰۲±۸/۷۵) و گروه کنترل (۶۸/۷۳±۸/۴۷) تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P=0/71$ )، اما پس از اجرای مداخله، در گروه مداخله (۷۵/۵۶±۷/۸۹) و گروه کنترل (۶۰/۲۹±۱۰/۲۱) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $P<0/001$ ). نمره کلی و همچنین خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی جنسی در جدول ۴ نشان داده شده است. مقایسه قبل و بعد از مداخله در هر یک از گروه‌ها نشان داد که خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی در گروه مداخله تفاوت معنی‌داری داشته است ( $P<0/001$ )؛ درحالی‌که این تفاوت در گروه کنترل معنی‌دار نبود.

جدول ۱: محتوای جلسات روایت درمانی

| تعداد جلسات | اهداف جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                               | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول    | آشنایی اعضا با یکدیگر، تعیین اهداف و قوانین گروه، تعیین تعداد جلسات و طول مدت زمان جلسات، انجام گفتگوهای بیرونی ساز (بیرونی کردن مشکل)، نام‌گذاری مشکل دقیقاً طبق کلمات و به زبان هر کدام از اعضا (شخصیت بخشی به مشکل)، توصیف مشکل نام‌گذاری شده از زبان اعضا، بررسی اثرات و تاریخچه مشکل نام‌گذاری شده. | توضیحاتی در خصوص اصول روایت درمانی ارائه شده و به شرکت‌کنندگان کمک می‌شد تا به نام‌گذاری مشکل بپردازند و در ادامه بتوانند به توصیف داستان‌های مسلط و روایت زندگی خود بپردازند و بدین ترتیب، آغاز برونی‌سازی و شخصیت بخشی به مشکل، بررسی روایت‌های غالب، مشخص‌سازی داستان اشباع از مشکل همراه با چگونگی شکل‌گیری این داستان‌ها و بررسی چگونگی نفوذ مشکل (داستان غالب حاوی مشکل) بر زندگی جنسی افراد گروه صورت می‌گرفت. |
| جلسه دوم    | ادامه بیرونی‌سازی و کشف توانمندی‌های مثبت افراد در مواجهه با تأثیرات مشکل نام‌گذاری شده به زبان هر یک از اعضا                                                                                                                                                                                            | ۱- ساختار زدایی (گذاشتن مشکل در بافت): از مراجعان خواسته می‌شد تا تأثیرات باورها و تجارب را در زندگی‌شان ارزشیابی کرده و نسبت به آن‌ها موضع خود را اعلام کنند. ۲- کمک به افراد جهت یادآوری مواقعی که با وجود درگیر بودن با مشکل، عکس‌العمل مثبت و سازنده داشتند. ۳- کشف شیوه‌های به کار برده شده برای ایستادگی در برابر تأثیرات مشکل در ابعاد مختلف زندگی. ۴- کمک و تشویق افراد جهت تکرار شیوه‌های به کار گرفته شده   |
| جلسه سوم    | ایجاد روایت یا داستان جدید در زندگی (ایجاد گفتگوهای بازتالیف در تعامل با اعضا) به وسیله ساختار سازی داستان جدید زندگی از لحظه کشف توانمندی‌های فرد و ادامه کمرنگ کردن تأثیرات فرهنگی و اجتماعی روی مشکل                                                                                                  | از افراد خواسته می‌شد تا واکنش‌های فکری، رفتاری و احساسی که منجر به بروز پیامدهای بی‌همتا شده‌اند را بیان کنند و به اشتراک بگذارند.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| جلسه چهارم  | غنی‌سازی داستان جدید در مسیر جدید زندگی                                                                                                                                                                                                                                                                  | ۱- تمرکز بر تغییرات نگرشی، رفتاری و احساسی، ۲- حمایت از تغییرات و تقویت پیشرفت‌های جدید، ۳- غنی‌سازی از طریق عضوگیری مجدد و ناظران بیرونی                                                                                                                                                                                                                                                                             |

جدول ۲: ویژگی‌های افراد شرکت‌کننده در مطالعه

| ویژگی‌ها     | گروه مداخله<br>(n = ۴۱) | گروه کنترل<br>(n = ۴۱) | P value  |
|--------------|-------------------------|------------------------|----------|
| سن (سال)     | ۳۷/۲±۴/۶                | ۳۶/۴±۴/۵               | ۰/۴۴*    |
| تحصیلات      |                         |                        | ۱/۰۰۰*** |
| متوسطه       | ۴(۹/۸)                  | ۵(۱۲/۲)                |          |
| دانشگاهی     | ۳۷(۹۰/۲)                | ۳۶(۸۷/۸)               |          |
| وضعیت اشتغال |                         |                        | ۰/۱۸***  |
| خانه‌دار     | ۱۹(۴۶/۳)                | ۲۵(۶۱)                 |          |
| شاغل         | ۲۲(۵۳/۷)                | ۱۶(۳۹)                 |          |

|                         |           |           |          |
|-------------------------|-----------|-----------|----------|
| وضعیت اقتصادی           |           |           |          |
| متوسط                   | ۳۴(۸۵)    | ۲۸(۷۱/۸)  | ۰/۱۵**   |
| مطلوب                   | ۶(۱۵)     | ۱۱(۲۸/۲)  |          |
| طول مدت ازدواج (سال)    | ۱۲/۵(۶/۹) | ۱۲/۴(۵/۴) | ۰/۹۴*    |
| تعداد بارداری           |           |           | ۰/۸۹**   |
| ۰-۱                     | ۱۶(۳۹)    | ۱۵(۳۶/۶)  |          |
| ۲                       | ۱۳(۳۱/۷)  | ۱۵(۳۶/۶)  |          |
| ۳ و بیشتر               | ۱۲(۲۹/۳)  | ۱۱(۲۶/۸)  |          |
| تعداد فرزند             |           |           | ۰/۹۹**   |
| ۰                       | ۶(۱۴/۶)   | ۶(۱۴/۶)   |          |
| ۱                       | ۱۱(۲۶/۸)  | ۱۰(۲۴/۴)  |          |
| ۲                       | ۱۹(۴۶/۳)  | ۲۰(۴۸/۸)  |          |
| ۳                       | ۵(۱۲/۳)   | ۵(۱۲/۲)   |          |
| تعداد رابطه جنسی در ماه | ۶/۸۰±۳/۵۲ | ۶/۹۳±۴/۳۱ | ۰/۸۸**** |
| روش پیشگیری             |           |           | ۰/۴۷***  |
| طبیعی                   | ۱۱(۲۶/۸)  | ۱۶(۳۹)    |          |
| کاندوم                  | ۱۸(۴۳/۳)  | ۱۷(۴۱/۵)  |          |
| سایر موارد              | ۱۲(۲۹/۳)  | ۸(۱۹/۵)   |          |

\* Independent-samples t-test

\*\* Mann-Whitney test

\*\*\* Fisher's exact test

\*\*\*\* Paired t test

جدول ۳: مقایسه خودکارآمدی جنسی در گروه‌های مورد مطالعه

| خودکارآمدی جنسی | گروه مداخله (n= ۴۱)<br>میانگین ( انحراف معیار) | گروه کنترل (n= ۴۱)<br>میانگین ( انحراف معیار) | P value* |
|-----------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------|
| قبل از مداخله   | ۱۱/۹۲(۲/۰۶)                                    | ۱۲/۶۳ (۳/۴۲)                                  | ۰/۲۴     |
| بعد از مداخله   | ۲۰/۳۱(۵/۱۸)                                    | ۱۳/۳۹(۲/۸۷)                                   | <۰/۰۰۰۱  |
| P value**       | P < ۰/۰۰۰۱                                     | P = ۰/۱۶                                      | -        |

\* t-test

\*\* Paired t-test

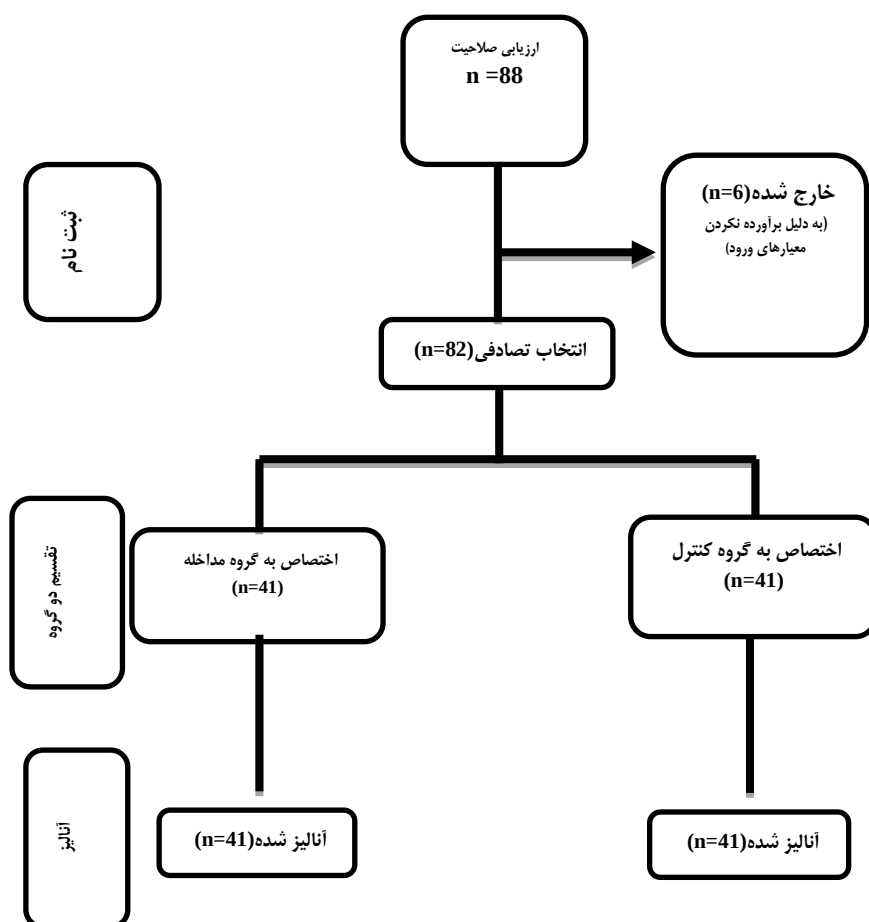
جدول ۴: مقایسه نمره کلی و خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی جنسی در گروه‌های مورد مطالعه

| کیفیت زندگی جنسی             | گروه مداخله (n= ۴۱)<br>میانگین ( انحراف معیار) | گروه کنترل (n= ۴۱)<br>میانگین ( انحراف معیار) | P value*                             |
|------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| احساسات روانی-جنسی           | قبل از مداخله<br>بعد از مداخله                 | ۲۷/۲۶(۴/۳۹)<br>۲۹/۷۸(۴/۳۳)                    | ۲۶/۲۹(۵/۶۵)<br>۲۲/۰۷(۶/۴۳)<br>۰/۰۰۱  |
| P value**                    |                                                | <۰/۰۰۰۱                                       | ۰/۲۶۴                                |
| رضایت از روابط جنسی و ارتباط | قبل از مداخله<br>بعد از مداخله                 | ۱۷/۷۸(۳/۷۱)<br>۱۹/۶۰(۴/۷۱)                    | ۱۸/۵۱(۳/۵۱)<br>۱۶/۲۹(۴/۰۸)<br>۰/۰۹۵  |
| P value**                    |                                                | ۰/۰۱۲                                         | ۰/۱۱۷                                |
| بی‌ارزش دانستن خود           | قبل از مداخله<br>بعد از مداخله                 | ۱۱/۴۶(۲/۵۱)<br>۱۳/۰۹(۲/۸۹)                    | ۱۱/۵۱(۱/۷۹)<br>۱۰/۰۶(۲/۷۴)<br>۰/۰۰۱  |
| P value**                    |                                                | ۰/۰۰۱                                         | ۰/۱۸۹                                |
| سرکوب جنسی                   | قبل از مداخله<br>بعد از مداخله                 | ۱۱/۷۸(۲/۶۴)<br>۱۳/۰۷(۲/۳۱)                    | ۱۲/۴۱(۱/۸۹)<br>۱۱/۳۱(۲/۴۲)<br>۰/۰۹۵  |
| P value**                    |                                                | ۰/۰۰۳                                         | ۰/۸۱۲                                |
| نمره کلی                     | قبل از مداخله<br>بعد از مداخله                 | ۶۸/۰۲(۸/۷۵)<br>۷۵/۵۶(۷/۸۹)                    | ۶۸/۷۳(۸/۴۷)<br>۶۰/۲۹(۱۰/۲۱)<br>۰/۰۰۱ |
| P value**                    |                                                | <۰/۰۰۰۱                                       | ۰/۱۰۲                                |

\* t-test

\*\* Paired t-test

شکل ۱: نمودار روند مطالعه



## بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد استفاده از روایت درمانی می تواند منجر به افزایش خودکارآمدی جنسی و کیفیت زندگی جنسی زنان شود. خودکارآمدی جنسی یکی از مفاهیم کلیدی در رفتار و سلامت جنسی است که تقویت آن یک مؤلفه حائز اهمیت برای تغییر رفتار مؤثر با هدف کاهش رابطه جنسی ناایمن است. همچنین برخورداری از اعتماد به نفس و تسلط در مدیریت جنسی به زنان کمک می کند تا تصمیم گیری بهتری در مورد رفتار جنسی اخذ نمایند لذا درک شایسته از خودکارآمدی جنسی ممکن است به کاهش مشکلات مربوط به رفتار جنسی کمک کند [۳۵]. علی رغم اهمیت ذکر شده، اکثریت زنان در هر دو گروه، قبل از مداخله، از خودکارآمدی جنسی مطلوبی برخوردار نبودند اما پس از اجرای روایت درمانی ارتقاء قابل توجهی در خودکارآمدی جنسی مشاهده شد. علت این امر احتمالاً ناشی از آن است که رویکرد مذکور به زنان کمک می کند تا با ایجاد نگرش مثبت و چارچوب بندی مجدد و ایجاد داستان جدید، بر نقاط قوت خود تکیه کرده و با ایجاد نگرش مثبت، به توانمندی های جنسی خویش واقف شوند [۲۷]. از طرفی در جلسات روایت درمانی به زنان یاد داده می شد تا به برداشت ها و تفسیرهای کامل تر و وسیع تری نسبت به خود و موقعیتشان با در نظر گرفتن پیش فرض های اجتماعی و فرهنگی برسند [۳۶]. زیرا این پیش فرض ها منجر به عدم بیان احساسات جنسی، سرکوبی هیجانات جنسی و تکیه کردن به شناخت های تحریف شده در زنان می گردد که بر سلامت روان شناختی و جسمانی آنان اثرگذار است [۲۷-۳۶]. سایر مطالعاتی که از روایت درمانی استفاده کرده اند نیز منجر به کسب نتایج رضایت بخش و مثبتی در جهت ارتقاء مسائل جنسی و زناشویی از جمله عملکرد جنسی [۳۷]، رضایت جنسی زنان [۳۸] و صمیمیت زوجین [۳۹] شده اند. در این مطالعات نیز اشاره شده است که جلسات روایت درمانی با استفاده از تکنیک های بازنویسی مجدد روایت ها و داستان های زندگی جنسی توانسته است به زنان و زوجین در رابطه جنسی کمک کند. بنابراین با توجه به اینکه عملکرد جنسی و رضایت جنسی نیز ارتباط تنگاتنگی با خودکارآمدی جنسی دارد [۴۰]، لذا دور از انتظار نیست که روایت درمانی بتواند باعث افزایش احساس خودکارآمدی جنسی زنان شود. احساس خودکارآمدی بیشتر، باعث می شود که افراد دید خوبی نسبت به توانمندی خود در حین رابطه جنسی و کلاً مسائل جنسی داشته باشند و در نتیجه بهتر بتوانند از رابطه جنسی لذت ببرند و

لذت بدهند [۴۱] که این امر خود می تواند منجر به ارتقاء کیفیت زندگی جنسی شود. نتایج پژوهش حاضر نیز در همین راستا بود. در جلسات روایت درمانی از زنان خواسته می شد تا با همسرانشان به راحتی در خصوص مسائل جنسی صحبت کنند و با ساختار زدایی، مشکل موجود را مجدداً نام گذاری نمایند. جایگزین سازی داستان های مثبت، به ایجاد روابط نزدیک تر و ابراز بیشتر احساسات کمک می کند [۴۲]. این امر می تواند به رشد روابط صمیمانه، ابراز نیازها و عدم سرکوبی آن ها، احساس راحتی در رابطه جنسی و نهایتاً ارتقاء کیفیت زندگی جنسی شود. تغییر دیدگاه افراد نسبت به رویدادها، باعث می شود تا احساس و عملکرد آن ها نیز در قبال زندگی جنسی افراد را بهبود خواهد داد [۴۳]. بنابراین افراد با عوض شدن داستان زندگی جنسی، به واسطه تعریف دوباره رویدادهای گذشته با استفاده از تکنیک اصل بازسازی، به سمت زندگی پربارتر سوق داده شدند که با بیان احساسات روانی - جنسی و کاهش بی ارزش دانستن خود همراه بود. تکنیک روایت درمانی، با استفاده از فن برونی سازی همراه با دیدگاهی غیر آسیب شناختی و غیر سرزنشی در خصوص مشکلات جنسی، فرصت مناسبی را جهت بازآفرینی تفسیری جدید از زندگی جنسی فراهم می آورد. برخی پژوهش های دیگر نیز که با تکیه بر توانایی ها و شایستگی های افراد صورت گرفته اند نتایج مشابهی را گزارش کرده اند. یافته های مطالعه حاضر با مطالعه انجذاب و همکاران، علی محمدی و همکاران، نظام نیا و همکاران، نورگیتز و همکاران و همچنین چو و همکاران که از مداخلات روان شناختی و یا روانی - آموزشی جهت ارتقاء خودکارآمدی جنسی یا کیفیت زندگی جنسی بهره گرفتند، هم راستا بود [۴۴-۴۱، ۳۸، ۱۶-۱۵].

با توجه به تأثیر همه جانبه کیفیت زندگی جنسی بر ابعاد دیگر زندگی مانند لذت جنسی، سازگاری زناشویی، شادمانی و احساس تعهد، به نظر می رسد استفاده از روایت درمانی بتواند به صورت گسترده ای جنبه های متفاوتی از زندگی جنسی و زناشویی را پوشش دهد [۴۵-۴۶]. سایر مطالعاتی که از روایت درمانی بهره گرفته اند نیز مؤید یافته حاضر می باشند [۴۷-۴۹].

تصادفی سازی و اجرای مداخله مبتنی بر روایت درمانی به صورت گروهی از نقاط قوت مطالعه حاضر محسوب می شد. چراکه قرارگیری فرد در گروه، به ایجاد تعامل با سایر اعضا، دریافت حمایت و تشویق از سمت اعضای گروه، بیان احساسات با ضمیر من

زناشویی و در نتیجه ثبات و دوام خانواده در جامعه ضرورت داشته باشد. لذا استفاده از روایت درمانی توسط متخصصین سلامت باروری و روانشناسان در راستای ارتقاء سلامت جنسی زنان و بهزیستی خانواده‌ها پیشنهاد می‌گردد.

### سهم نویسندگان

فرناز کرباسی: جمع‌آوری و تنظیم داده‌ها، تحلیل داده‌ها، تنظیم پیش‌نویس مقاله

هدیه ریاضی: استاد راهنما، طراحی پژوهش، نظارت بر اجرای مطالعه، اصلاح و تهیه نسخه نهایی مقاله  
آرمین فیروزی: مشارکت در طراحی و اجرای جلسات مشاوره

### تشکر و قدردانی

از کلیه مشارکت‌کنندگان در پژوهش و مدیران و پرسنل محترم مراکز جامع سلامت که در مراحل مختلف این تحقیق یاری‌رسانی کردند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

### منابع

1. Caruso S, Palermo G, Caruso G, Rapisarda A. M. C. How does contraceptive use affect women's sexuality? A novel look at sexual acceptability. *Journal of Clinical Medicine* 2022; 11: 810
2. Bond J. C, Morrison D. M, Hawes, S. E. 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; 49: 1029-1038
3. Hajinia A, Khalatbari J. The effectiveness of sex therapy on sexual self-efficacy and marital satisfaction of diabetic women. *International Journal of Psychology and Educational Studies* 2017; 2: 33-42
4. Potki R, Ziaei T, Faramarzi M, Moosazadeh M, Shahhosseini Z. Bio-psycho-social factors affecting sexual self-concept: A systematic review. *Electron Physician* 2017; 9:5172-5178
5. Torregosa M, Patricio O. The Mediating Role of Sexual Self-Efficacy on Protected Sex. *Journal of Primary Care & Community Health* 2022; 13: 21501319221129934.
6. Closson K, Dietrich JJ, Lachowsky NJ, Nkala B, Palmer A, Cui Z, et al. Sexual self-efficacy and gender: A review of condom use and sexual negotiation among young men and women in Sub-Saharan Africa. *The Journal of Sex Research* 2018; 55: 522-39

و کاهش جنبه قضاوتی، باعث شد که شرکت‌کنندگان با استفاده از خودانعکاسی و عدم درگیری با احساسات منفی، قادر به بیرونی‌سازی مشکل و ایجاد تفاسیر جدید باشند. با این حال محدودیت‌هایی از جمله عدم امکان پیگیری در مدت‌زمانی طولانی‌تر در مطالعه حاضر مطرح بود.

در پژوهش حاضر سعی بر آن شد تا از طریق اصلاح داستان‌های قدیمی، غالب و درونی شده افراد و جایگزین کردن آن‌ها با روایت‌های جدید و نگاه به مشکلات جنسی با دیدگاهی متفاوت، زنان متوجه شوند که متخصص اصلی زندگی‌هایشان هستند و مشکلات، بخش‌هایی جداگانه از آن‌ها می‌باشند که قابلیت انعطاف دارند. همین احساس کنترل و تمرکز بر تغییرات نگرشی، رفتاری و احساسی در راستای تفاسیر جدید زندگی جنسی‌شان منجر به ارتقاء خودکارآمدی و کیفیت زندگی جنسی آنان شد. به نظر می‌رسد به‌کارگیری رویکردهایی اثربخش به منظور ارتقاء خودکارآمدی و کیفیت زندگی جنسی زنان جهت استحکام زندگی

7. Seal A, Minichiello V, Omodei M. Young women's sexual risk taking behaviour: Re-visiting the influences of sexual self-efficacy and sexual self-esteem. *International Journal Of STD & AIDS* 1997; 8:159-65
8. Assarzadeh R, Khalesi ZB, Jafarzadeh-Kenarsari F. Sexual self-efficacy and associated factors: a review. *Shiraz E-Medical Journal* 2019; 20 [Persian]
9. Bokaie M, Khalesi ZB, Yasini-Ardekani SM. Diagnosis and treatment of unconsummated marriage in an Iranian couple. *African Health Sciences* 2017; 17:632-636 [Persian]
10. Krageloh CU, Henning MA, Hawken SJ, Zhao Y, Shepherd D, Billington R. Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire for use with medical students. *Educ Health (Abingdon)* 2011; 24: 545-560
11. Heidari M, Ghodusi M, Rafiei H. Sexual Self-concept and Its Relationship to Depression, Stress and Anxiety in Postmenopausal Women. *Journal of Menopausal Medicine* 2017; 23:42-8 [Persian]
12. Nezal AJ, Fatemi Samii Rad, Mehri Kalhor, kobra hasanpour, Mahmood Alipour, Ali Montazeri. Sexual quality of life in pregnant women: A cross sectional study. *Payesh* 2018; 17: 421-429 [Persian]
13. Salehi F, Safarzadeh S. Designing a model of marital procrastination based on the quality of sexual

life and marital conflict with the mediation of psychological well-being of women applicants for divorce. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)* 2023; 11139-150 [Persian]

14. Shahraki Z, Tanha FD, Ghajarzadeh M. Depression, sexual dysfunction and sexual quality of life in women with infertility. *BMC women's Health* 2018; 18:1-4 [Persian]

15. Nezamnia M, Irvani M, Bargard M. S, Latify M. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *International Journal of Reproductive BioMedicine* 2020; 18: 625. [Persian]

16. Alimohammadi L, Zarei F, Mirghafourvand M. The effect of counseling based on Bandura's self-efficacy theory on sexual self-efficacy and quality of sexual life. *Women & health* 2020; 60: 473-486 [Persian]

17. Craig S. L, Yang W, Austin A. Promoting the sexual self-efficacy of sexual and gender minority youth through a group intervention. *Groupwork* 2020; 29: 35-57

18. Shekar A, Gross A, Luebbers E, Honsky J. Effects of an interprofessional student-led sexual education program on self-efficacy and attitudes about sexual violence in youths in juvenile detention. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2020; 33: 302-306

19. Ismaeilzadeh N, Akbari B. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in sexual self-efficacy and marital satisfaction among couples with marital conflicts. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology* 2020; 7: 29-36 [Persian]

20. Jamalianfar F, Riazi H, Firoozi A, Nasiri M, Montazeri A. The Effectiveness of 'Good-Enough Sex Model' on Sexual Satisfaction and Sexual Intimacy in Women with Multiple Sclerosis: A Randomized Trail. *Sexuality and Disability* 2020; 39: 507-519 [Persian]

21. Baird F. A narrative context for conversations with adult survivors of childhood sexual abuse. *Progress-Family Systems Research and Therapy* 1996; 5:51-71

22. Anderson H. Postmodern social construction therapies. In *Handbook of family therapy*. 1st Edition. Routledge, 2004

23. Bruner JS. Making stories: Law, literature, life. 1<sup>st</sup> Edition. Harvard University Press, 2003

24. Angus L, Levitt H, Hardtke K. The narrative processes coding system: Research applications and

implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 55:1255-70

25. Robjant K, Fazel M. The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review* 2010; 30:1030-1039

26. Karris MA, Arger MA, Religious couples re-storying after infidelity: Using narrative therapy interventions with a focus on attachment. *Counseling and Family Therapy Scholarship Review* 2019; 2: 1-16

27. Fallah K, Ghodsi M. The effectiveness of narrative therapy on sexual function and couple burnout. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS* 2022; 8: 1-20 [Persian]

28. Muruthi B, McCoy M, Chou, J, Farnham A. Sexual scripts and narrative therapy with older couples. *The American Journal of Family Therapy* 2018; 46: 81-95

29. Karris, M. A, Arger M. A. Religious couples re-storying after infidelity: Using narrative therapy interventions with a focus on attachment. *Counseling and Family Therapy Scholarship Review* 2019; 2: 1-16

30. Kelsey J.L, Whittemore A.S, Evans A.S, Thompson W.D. Methods of sampling and estimation of sample size. In: Kelsey JL, Whittemore AS, Evans, AS and Thompson W.D Eds. *Methods in Observational Epidemiology*. 2<sup>th</sup> Edition, Oxford University Press: New York, 1996

31. Vaziri S, Lotfi Kashani F. Study of factor structure, reliability and validity of the sexual self-efficacy questionnaire. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2013; 8:47-56 [Persian]

32. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of sex & Marital Therapy* 2005; 31: 385-97

33. Taghiyar Z, Pahlavanzade F. The Effectiveness of Narrative Therapy on Marital commitment and Sexual satisfaction. *Knowledge & Research in Applied Psychology* 2019; 20: 110-20 [Persian]

34. Polkinghorne D. E. Narrative Therapy and Postmodernism. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *the handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*. 1<sup>st</sup> Edition, Sage Publications: New York, 2004

35. Kafaei Atrian M, Mohebbi Dehnavi Z, Kamali Z. The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2019; 7: 1703-1711 [Persian]

36. Karris, M. A, Arger M. A. Religious couples re-storying after infidelity: Using narrative therapy interventions with a focus on attachment. *Counseling and Family Therapy Scholarship Review* 2019; 2: 5
37. Mehrabi M, Lotfi R, Merghati Khoei E, Rahimzadeh Kivi M. Effectiveness of a PLISSIT Based Sexual Counseling on Sexual Function and Sexual Quality of Life among Women with Type 2 Diabetes Mellitus: Protocol of A Randomized Clinical Trial. *Aswan University Medical Journal* 2018; 7: 23-30 [Persian]
38. Nurgitz R, Pacheco R. A, Senn C. Y, Hobden, K. L. The impact of sexual education and socialization on sexual satisfaction, attitudes, and self-efficacy. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2021; 30: 265-277
39. Mohammadi A, Sohrabi R, Aghdam GA intimacy. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013; 84: 1770-1782 [Persian]
40. Van Dijk M, De Wit J. B, Guadamuz T. E, Martinez J. E, Jonas K. J. Quality of sex life and perceived sexual pleasure of PrEP users in the Netherlands. *The Journal of Sex Research* 2022; 59: 303-308
41. Enjezab B, Rejaezadeh M, Bokaie M. Salimi H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on sexual self-efficacy and sexual quality of life in reproductive-age women: A randomized controlled trial. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2021; 47: 764-772 [Persian]
42. Driscoll J. J, Hughes A. A. Sexuality of aging adults: A case study using narrative therapy. *Contemporary Family Therapy* 2022; 44: 373-380
43. Williams-Reade J, Freitas C, Lawson L. Narrative-informed medical family therapy: Using narrative therapy practices in brief medical encounters. *Families, Systems, & Health* 2014; 32:416
44. Chow K. M, Chan J. C, Choi K. K, Chan C. W. A review of psychoeducational interventions to improve sexual functioning, quality of life, and psychological outcomes in gynecological cancer patients. *Cancer Nursing Journal* 2016; 39: 20-31
45. Banker J.E, Kaestle C.E, Allen K.R. Dating is Hard Work: A Narrative Approach to Understanding Sexual and Romantic Relationships in young adulthood. *Journal of Contemporary Family Therapy* 2010; 32: 173-19
46. Frost D.M. The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health. *Journal of Social and Personal Relationships* 2012; 30: 247-269
47. Kim H, Prouty AM, Roberson PN. Narrative therapy with intercultural couples: A case study. *Journal of Family Psychotherapy* 2012; 23:273-86
48. Ghavami M, Fatehizadeh M, Faramarzi S, Nouri Emamzadehei A. The effectiveness of the narrative therapy on the social anxiety and the self-esteem among the girl students. *Journal of School Psychology* 2014; 3:61-73 [Persian]
49. Bermudez JM, Bermudez S. Altar-making with Latino families: A narrative therapy perspective. *InSpirituality and family therapy*. 1<sup>st</sup> Edition, Routledge: Uk, 2014