

مقاله‌ی پژوهشی

تأثیر مداخله شناختی رفتاری بر خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی زنان

خلاصه

مقدمه: جستجو و حفظ رابطه با نزدیکان، به ویژه همسر یک اصل مهم در تمام

طول زندگی است. با وجود اینکه عوامل چندگانه‌ی روان‌زاد و متعدد زیستی را به عنوان زمینه ساز کاهش میل جنسی زنان معرفی کرده‌اند، روند تحقیقاتی در سال‌های اخیر نشان داده است که تأثیر عوامل روان‌زاد در بروز این مشکل پررنگ‌تر است. هدف پژوهش حاضر، تأثیر مداخله شناختی رفتاری بر خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی زنان است.

روش کار: در این پژوهش مداخله‌ای، ۳۰ زن از مراجعه‌کنندگان به یکی از مراکز خدمات روان‌شناختی شهر کاشان در سال ۱۳۹۴ به صورت تصادفی به دو گروه مساوی آزمون و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمون در ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری شرکت کردند. داده‌ها با آمار توصیفی و روش‌های تحلیل چندمتغیری و کوواریانس تک‌متغیری با کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین پس آزمون خودکارآمدی جنسی گروه شناختی رفتاری $3/78 \pm 1/19$ و گروه شاهد $1/96 \pm 0/65$ بود. هم‌چنین میانگین پس آزمون رضایت زناشویی گروه شناختی $91/0 \pm 23/3$ و شاهد $70/0 \pm 68/1$ بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله شناختی رفتاری با بهبود خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی، روابط زوجین را اصلاح می‌کند.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی جنسی، درمان شناختی رفتاری، رضایت

زناشویی، زنان

* مرضیه جمالی

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، ایران

سلیمه فیض آبادی

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه الزهراء، ایران

مریم جمالی

دانشجوی دکتری مطالعات زنان، دانشگاه تربیت مدرس، ایران

*مؤلف مسئول:

دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، ایران

Marzieh.jamali81@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۵/۱۱/۲۵

تاریخ تایید: ۹۵/۱۲/۲۵

مقدمه

رضایت زناشویی^۱، نگرش مثبت و لذت بخشی است که زن و شوهر از جنبه های مختلف روابط زناشویی مثل ارتباط، مسایل شخصیتی، حل تعارض، روابط جنسی و فرزندان دارند (۱). با این حال، آمار طلاق که معتبرترین شاخص آشفته‌گی زناشویی است نشان می‌دهد که رضایت زناشویی به آسانی قابل دستیابی نیست (۲). مک کونتا و جانسون^۲ بیان می‌کنند که زنان نسبت به مردان احساس نارضایتی بیشتری در کمبودهای عاطفی دارند و هنگام صحبت درباره‌ی مسایل و مشکلات ارتباطی با هیجان بیشتری صحبت می‌کنند و به مشکلاتی که در جزئیات رابطه‌ی جنسی دارند، اهمیت بیشتری می‌دهند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین رابطه‌ی جنسی با رضایتمندی زناشویی ارتباط نیرومند و مستقیمی وجود دارد (۳-۶). کاهش میل جنسی، به عنوان کمبود یا فقدان مستمر و مکرر تصورات جنسی و میل به فعالیت جنسی است (۷) و شایع‌ترین مشکل جنسی در زنان است که آنها را جهت درمان به مراکز درمانی می‌کشاند (۸).

عوامل روانی که در ابعاد شناختی خاص هستند، نقش مهمی در توسعه و نگهداری اختلالات جنسی دارند. همچنین نقش فرایندهای شناختی در اختلالات جنسی زنان، به خصوص کاهش میل جنسی مشاهده می‌شود (۹، ۱۰). متاسفانه باوجود شیوع بالا و عوارض منفی مرتبط با آن، عوامل روان شناختی موثر بر میل جنسی زنان، کمبود مطالعات کنترل شده درمانی مشهود است (۱۱-۱۳). شایان ذکر است در مواردی که به درمان اختلالات جنسی زنان پرداخته شده اختلالات درد جنسی و ارگاسم، اختلالاتی هستند که گسترده‌ترین موارد مطالعه را به خود اختصاص داده‌اند (۱۴). همچنین تحقیقات صورت گرفته بر این اختلال اغلب از شیوه‌های درمان دارویی و هورمون درمانی است. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که درمان دارویی و هورمونی در اختلالات عملکرد جنسی از جمله اختلال کاهش میل جنسی

همراه با عوارض جانبی از جمله ظاهر شدن علائم مردانگی، سرطان پستان و بیماری‌های قلبی عروقی است (۱۵). فعالیت جنسی و رضایت حاصل از آن، به عنوان یکی از اساسی‌ترین ابعاد زندگی انسان مطرح است (۱۶) و عملکرد جنسی سالم، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی دارد (۱۷، ۱۸). افرادی که مشکلات جنسی دارند، معمولاً اعتماد به نفس پایینی داشته، مضطرب و نگران ترند (۱۹)، افسرده‌اند (۲۰-۲۲)، روابط جنسی آنها تحت تاثیر پیش‌بینی شکست آنها قرار می‌گیرد (۲۳)، بهزیستی پایین (۲۴) و تجارب ناخوشایند دارند (۲۰). اکثر افرادی که در درمان مشکلات جنسی فعالیت می‌کنند، مشاهده کرده‌اند که در ارزیابی مشکل جنسی و مشخص کردن ماهیت آن، ارزیابی رشد و تکامل جنسی و همچنین در لابه‌لای اطلاعات کسب شده، یک متغیر مداخله‌گر به عنوان خودکارآمدی جنسی^۳ و درونگرادی یا برونگرادی لذت (۲۵) نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. از نظر آنها، اگر چه بخش فیزیولوژیک پاسخ جنسی، خودمختار و احساسی است و با افزایش جریان خون در اندامهای تناسلی تحت کنترل دستگاه عصبی خودمختار ایجاد می‌شود اما به راحتی تحت تاثیر هیجانهای ناشی از شایستگی-ناشایستگی، درونگرادی-برونگرادی لذت، تقویت شده یا بازداری می‌شود. خودکارآمدی، از متغیرهای کلیدی در نظریه شناختی اجتماعی^۴ بندورا است (۲۶-۲۸) که به صورت قضاوت و باورهای افراد به توانایی‌هایشان در بسیج انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین و نحوه‌ی مواجهه با موانع و چالشها تعریف شده، فرد را در اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده‌ی سلامت و ترک رفتارهای مضر توانمند می‌سازد (۲۹) و نقش مهمی در سازگاری روان شناختی، حل مشکلات روانی، سلامت جسمانی و نیز راهبردهای تغییر رفتار خودرهنمون و مشاوره دارد (۳۰).

³Sexual Self Efficacy⁴Social Cognitive Theory¹Marital Satisfaction²Machontosh and Johnson

(۴۰)، هایمن^۴ (۴۱)، نزو^۵ (۴۲) نشان داده است که درمان رفتاری-شناختی در بهبود زنان مبتلا به میل جنسی کم کار موثر است. نتایج بررسی مستون، هال، لیون^۶ و همکاران (۴۳) نشان داد که بهترین و متداول ترین شیوه ی درمانی در اختلالات عملکرد جنسی، رویکرد شناختی- رفتاری از طریق تکنیک های بازسازی شناختی، شیوه های کاهش اضطراب، ارایه ی دانش جنسی، تمرکز حسی و حساسیت زدایی منظم بود. مطالعات نوبره و پینتو-گویا^۷ (۴۴) نشان داده است، باورهای جنسی متفاوت در شکل گیری بدکار کردیهای جنسی متفاوت نقش مهمی دارند. همخوان با یافته های پژوهش مذکور تریکول، بوچ و ونلنکولد^۸ (۴۵) نیز در مطالعه ای نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری در افزایش فراوانی آمیزش جنسی سودمند بوده است. با توجه به مسایل مطرح شده این پژوهش بر آن است تا تاثیر مداخله شناختی رفتاری طی یک پکیج درمانی ۸ جلسه ای بر خودکارآمدی جنسی زنان و رضایت زناشویی را بررسی نماید که کمتر در پژوهش های اخیر به آن پرداخته شده است.

روش کار

تحقیق حاضر به مطالعه تاثیر مداخله شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی می پردازد. جامعه آماری پژوهش تمام افراد متاهل مراجعه کننده به یکی از مراکز خدمات روان شناختی و مشاوره شهرکاشان در سال ۱۳۹۴ بودند که حداقل یک سال از ازدواج آنها می گذشت، دارای حداقل تحصیلات دیپلم بودند و در محدوده سنی ۴۰-۲۰ سال قرار داشتند. در پژوهش حاضر ۳۰ نفر از زنانی را که نمراتشان در مقیاس پرسشنامه خودکارآمدی جنسی و پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبک، پایینتر از میانگین بود انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون در ۸ جلسه آموزشی با

خودکارآمدی، یکی از مهمترین مولفه های کسب موفقیت و سازش یافتگی است (۳۱) و با سلامت بیشتر، یکپارچگی فکر و رفتار رابطه دارد (۳۲). نظریه ی خودکارآمدی، بر این فرض مبتنی است که باور فرد در مورد توانایی مقابله ی او در موقعیت های ویژه بر الگوهای فکری، رفتاری و هیجانی انسان در سطوح مختلف تجربه شخصی، تاثیرگذار بوده و تعیین کننده ی آن است که آیا رفتاری شروع خواهد شد یاخیر و اگر شروع شد، فرد تا چه اندازه برای انجام آن تلاش خواهد کرد و چه مقدار از خود استقامت نشان خواهد داد (۳۳). قضاوت درباره ی خودکارآمدی، بر تفکر فرد در مورد توانایی یا عدم توانایی انجام کار مثلا (من می توانم این کار را انجام دهم) یا اینکه (از عهده من بر نمی آید) بر هیجان فرد (برانگیختگی و شادی در مقابل اضطراب و افسردگی) و بر عملکرد افراد (التزام بیشتر در مقابل درماندگی) تاثیر می گذارد (۳۴)، شناختهای تحریف شده تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علایم را تشدید و دایمی می کند، بنابراین کشف این خودتلقینی های منفی، در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک میکند (۳۵) و درمان رفتاری-شناختی ضمن آنکه بر عملکرد جنسی تاثیر مثبتی دارد، به احتمال زیاد رضایت جنسی پیش آمده را بر رضایت زناشویی افزون خواهد کرد. کریستین، اتکینز، باکوم^۱ و همکاران (۳۶) و دیلون و ییلجر^۲ (۳۷) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر رضایت زناشویی تایید کرده اند. در ایران نیز، عشقی و همکاران (۳۸) نشان دادند که روان درمانی شناختی- رفتاری زوجین بر بهبود نمره ی سردمزاجی زنان موثر است. صالح زاده، کجباف، مولوی و همکاران (۳۹) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری به طور معنی داری اختلالات کنش جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل بهبود بخشیده است. نتایج پژوهشهای ترودل، مارچند، راوارت^۳ و همکاران

⁹Nezu

¹⁰Meston, Hull, Levin and Sipski

¹¹Nobre and Pinto-Gouveia

¹²Turkuile, Groot and Vanlankveld

⁵Christensen, Atkins and Baucom

⁶Dilion and Beechler

⁷Trudel, Marchand and Ravart

اسپیرمن- براون ۰/۸۱ گزارش شده است. اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی جنسی در ایران با استفاده از روش اعتبار وابسته به محتوا، مورد تایید. قرار گرفته است (۲۵).

ب- پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبک: شامل دو فرم جداگانه برای مردان و زنان است. هر یک از پرسشنامه ها ۲۸ سوال دارد که مشکلات جنسی آزمودنی ها برحسب مقیاس پنج درجه ای لیکرت از صفر تا چهار می سنجد. این پرسشنامه توسط راست، بنان، کرو و گلوبک (۴۷) معرفی شده است. پرسشها در مقیاس چهار درجه ای لیکرت، مشکلات موجود در روابط زوجین را از صفر تا نمره سه در زمینه ی میزان حساسیت و توجه، زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد، وفاداری مشارکت، همدردی، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت و همدلی زوجین را می سنجد. آلفای کرونباخ فرم فارسی این پرسشنامه، برای زنان ۰/۹۲ و برای مردان ۰/۹۴ گزارش شده است (۴۸).

پکیج درمان با استفاده از پژوهش عشقی (۳۸) و متون خارجی در زمینه اختلال جنسی و درمان آن و نظرخواهی و مشورت متخصصین بالینی تنظیم شد.

تاکید بر بازسازی شناختی، اصلاح تعریفات شناختی و آموزش تکنیک های رفتاری شرکت کردند. افرادی که اختلال روانشناختی حاد، مصرف داروهای روانپزشکی و روانگردان و اعتیاد داشتند از نمونه حذف شدند. قبل و بعد از آموزش هر دو گروه با پرسشنامه خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی کاشانی و پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبک مورد آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمون در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش شناختی رفتاری قرار گرفته ولی گروه شاهد هیچگونه آموزشی دریافت نکردند. در پایان هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه خودکارآمدی جنسی و پرسشنامه ی وضعیت زناشویی گلوبک مورد آزمون قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

الف- پرسشنامه خودکارآمدی جنسی وزیری و لطفی کاشانی: بر اساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارترز (۴۶) ساخته شده است. این پرسشنامه، ۱۰ سوال دارد که از صفر تا ۳، نمره گذاری می شود. پایایی پرسشنامه خودکارآمدی جنسی با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ ۰/۸۶، روش گاتمن ۰/۸۱ و دو نیمه کردن

جدول ۱- پکیج درمانی شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی زوجین

جلسه	محتوای جلسات
اول	معارفه و بررسی عوامل موثر و تاریخچه ی مشکل، بیان منطق درمان: برقراری ارتباط و بیان اهداف، تعریف و توضیح اختلال عملکرد جنسی و تاثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی، بیان ارزش و اهمیت درمان، بررسی علل کاهش خودکارآمدی جنسی، بررسی کیفیت رابطه زناشویی و ارتباط عاطفی زوجین، بررسی میزان رضایت زناشویی زوجین، فراوانی و کیفیت ارتباطات جنسی زوجین، اجرای مصاحبه جنسی و ارایه مختصر توضیحی پیرامون سیر و نوع درمان.
دوم	بررسی افکار و باورهای ناکارآمدی جنسی: بررسی نگرش های جنسی منفی غالب؛ بررسی باورهای جنسی غیرمنطقی و تشریح آنها از دیدگاه علمی؛ بررسی ترجیحات و خواسته های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، بررسی اجمالی نگرش های جنسی زنان مبتلا به کاهش خودکارآمدی جنسی، ارایه تکالیف و منع ارتباط جنسی.
سوم	بازسازی شناختی و تغییر نگرشهای منفی نسبت به مسایل جنسی: مرور جلسه دوم، بازسازی شناختی افکار ناکارآمدی جنسی زوجین و ارایه تکالیف خانگی.
چهارم	ارایه اطلاعات و دانش جنسی: بیان علل و عوامل ایجادکننده بی میلی جنسی نسبت به مراجع، آشنایی با اندام های جنسی زن و مرد، اعمال فیزیولوژیکی و هورمون های آنها، آموزش نقاط حساس جنسی زن و مرد، آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه نظر روانی و جسمی؛ آموزش علمی نقش زن در ارتباط جنسی، آموزش چرخه پاسخ جنسی و علایم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، آموزش مهارت های ارتباطی.
پنجم	آموزش حس یابی غیرجنسی: مرور جلسه چهارم؛ منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام های غیر تناسلی، بررسی ارتباط کلامی چگونگی بیان هیجانات زوجین به یکدیگر، آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حسهای هیجانی و خود ابرازی جنسی به همسر، افزایش صمیمیت کلامی زوجین، ارایه تکالیف.
ششم	آموزش حس یابی جنسی: مرور جلسه پنجم، حذف ممنوعیت لمس اندام های تناسلی، ارایه اطلاعات بیشتر پیرامون اندام های تناسلی زن و مرد و نقاط حساس جنسی، افزایش خودآگاهی جنسی زنان، آموزش تمرکز بر اندام های جنسی، توجه به تحریک و لذت اندام های تناسلی، آموزش خیال پردازی

جنسی، آموزش تمرینات کگل و ارایه تکالیف.	
آموزش چگونگی مقابرت متناسب با مشکل زوجین: مرور جلسات پنجم و ششم، آموزش انواع شیوه های مقابرت و پیشنهاد هرکدام از آنها به مدت یک هفته به زوجین، آموزش انواع شیوه های مقابرت متناسب با مشکل زوجین و تکنیک های وابسته به آن و ارایه تکالیف گام به گام خانگی، مانور نقطه ی عطف، آموزش چگونگی رسیدن به ارگاسم همزمان متناسب با نقاط حساس زوجین، ارایه تکالیف.	هفتم
بررسی میزان حصول اهداف درمانی: مرور جلسه هفتم، ارزیابی تکنیک های مختلف به کار گرفته شده توسط زوجین، بازخورددهی پیرامون اثربخش یا غیر اثربخش بودن درمان، رفع اشکالات موجود، ارزیابی نتایج مثبت حاصل از طرح درمانی و میزان رضایت زوجین از درمان و اجرای پس آزمون.	هشتم

نتایج

برای بررسی تاثیر درمان انجام شده در افزایش خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی، میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی گروه های آزمون و شاهد، در جدول ۲ ارایه شده است.

لازم به ذکر است که داده ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از روشهای تحلیل چند متغیری و کوواریانس تک متغیری در سطح معنی داری ۰/۰۱ استفاده شد. برای این منظور از نرم افزار SPSS استفاده شد.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی

گروه های آزمون و شاهد

گروه	خودکارآمدی جنسی		رضایت زناشویی	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
آزمون	۲/۰۶±۰/۸۱	۳/۷۸±۱/۱۹	۱/۶۹±۰/۶۸	۳/۲۲±۰/۹۱
شاهد	۱/۹۸±۰/۶۴	۱/۹۶±۰/۶۵	۱/۷۶±۰/۷۴	۱/۶۸±۰/۷۰

جدول ۲ نشان می دهد میانگین نمره های آزمودنی ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای خودکارآمدی جنسی و رضایت جنسی در گروه های آزمون نسبت به گروه شاهد به شکل معنی داری افزایش یافت. به عبارت دیگر نتایج حاکی از آن است که گروه های آزمون و شاهد حداقل در یکی از متغیرهای خودکارآمدی و رضایت زناشویی تفاوت معنی داری دارند ($F=6/014$ و $P=0/0005$)؛ بنابراین برای بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی زنان از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در زیر ارایه شده است (جدول ۳).

جدول ۲ نشان می دهد میانگین نمره های آزمودنی ها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای خودکارآمدی جنسی و رضایت جنسی در گروه های آزمون نسبت به گروه شاهد به شکل معنی داری افزایش یافت. به عبارت دیگر نتایج حاکی از آن است که گروه های آزمون و شاهد حداقل در یکی از متغیرهای خودکارآمدی و رضایت زناشویی تفاوت معنی داری دارند ($F=6/014$ و $P=0/0005$)؛ بنابراین برای بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی زنان از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در زیر ارایه شده است (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس تک متغیری گروه های آزمون و شاهد

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار احتمال	مجذورات
خودکارآمدی جنسی	پیش آزمون	۸/۶۳۳	۱	۸/۶۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳
	گروه	۱۳۴۶/۹۷۶	۲	۶۷۳/۴۸۸	۰/۰۰۱	۰/۸۹۳
	واریانس خطا	۲۷/۸۱۳	۴۱	۰/۶۷۸		
رضایت زناشویی	واریانس کل	۱۳۸۳/۴۲۲	۴۴			
	پیش آزمون	۷۵/۵۷۲	۱	۷۵/۵۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
	گروه	۱۸۶۴/۶۳۷	۲	۹۳۲/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۳۷
واریانس خطا	۷۷/۲۶۹	۴۱	۱/۸۸۴			
واریانس کل	۲۰۱۷/۴۷۸	۴۴				

نتایج نشان داد که گروه اثر معنی داری بر نمرات پس آزمون داشته است، به عبارت دیگر بین گروه شناختی رفتاری و گروه شاهد در خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی تفاوت معنی داری وجود دارد. پس درمان شناختی رفتاری باعث افزایش خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی شده است که با توجه مجذور اتا می توان گفت ۸۹/۳٪ تغییرات در خودکارآمدی جنسی و ۹۳/۷٪ تغییرات در رضایت زناشویی ناشی از تاثیر درمان شناختی رفتاری است ($P < 0/001$). بنابراین، نتایج حاکی از تاثیر درمان شناختی رفتاری بر بهبود خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی زنان است.

بحث

در بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال کاهش میل جنسی زنان، یافته ها بیانگر تاثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری بر اختلال کاهش میل جنسی در زنان است و به صورت معنی داری اختلال کاهش میل جنسی زنان گروه آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش یافته است. در این روش درمانی در آغاز به طور کامل عوامل زمینه ساز، آشکارکننده و تداوم بخش مشکل، بررسی شده و در ادامه با استفاده از شیوه درمانگری شناختی- رفتاری به روش درمانی مسترز و جانسون صورت گرفت. تحلیل داده ها نشان داد که مداخله شناختی رفتاری باعث افزایش خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی در زنان می شود. همچنین شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۸۹/۳ درصد افزایش خودکارآمدی جنسی و ۹۳/۷ درصد افزایش رضایت زناشویی گروه آزمون را می توان به مداخله شناختی رفتاری نسبت داد. نتایج این پژوهش با مطالعه ی تحقیقات قبلی (۴۹،۴۲،۴۰) همخوان است و نیز با سایر پژوهش ها (۵۰-۳۹،۵۲) در مورد تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهبود اختلال عملکرد جنسی زنان به خصوص اختلال کاهش میل جنسی زنان هماهنگ است.

نتایج بررسی مستون، هال، لیون و همکاران (۴۳) نشان داد که بهترین و متداول ترین شیوه درمانی در اختلالات عملکرد جنسی، رویکرد شناختی- رفتاری از طریق تکنیک

های بازسازی شناختی، شیوه های کاهش اضطراب، ارایه دانش جنسی، تمرکز حسی و حساسیت زدایی منظم بود. همچنین نتایج نشان می دهد تکنیک های شناختی- رفتاری در این زمینه شامل افزایش آگاهی جنسی و مهارت های جنسی، خیال پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک، کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود میل جنسی زنان اثر گذاشته و با تاثیرات مثبت متقابل روی همسر به ویژه در زمینه ارتباط، رضایت زناشویی را تحت شعاع قرار می دهد. از آنجا که یکی از جنبه های رضایت زناشویی، رضایت از روابط جنسی در زندگی مشترک است، با بهبود رابطه جنسی و کاهش اختلال میل جنسی، از وخامت وضعیت زناشویی کاسته می شود و این امر موجب افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی می شود.

در همین راستا نتایج تحقیق دیلیون و بیلجر (۳۷) نشان داد که به کارگیری برنامه های آگاه سازی جهت غنی سازی رابطه جنسی زوج ها که از مولفه های درمان پژوهش حاضر بود، موجب افزایش رضایت از زندگی زناشویی می شود. همچنین مطالعه بایرز (۵۳) که در آن مشخص شد بین رضایتمندی از ارتباط جنسی و رضایتمندی زناشویی رابطه ی مثبت وجود دارد. برزنیاک و ویسمن (۵۴) نیز در مطالعه ی خود روی ۶۰ زوج دریافتند که رضایت زناشویی ارتباط مستقیمی با میل جنسی دارد و بین رضایتمندی از ارتباط جنسی و رضایتمندی زناشویی رابطه ی مثبت وجود دارد. این نتایج، همسو با یافته های تحقیق حاضر است بنابراین، می توان گفت نارضایتی های زناشویی با مشکلات متعددی از جمله اختلال های جنسی مرتبط است و به طور کلی میگفت با مداخلات رفتاری و شناختی نه تنها می توان به درمان اختلالات جنسی پرداخت بلکه می توان به بهبود وضعیت زناشویی زوجین کمک کرد. برای اثربخشی بهتر آموزش های بعدی می تواند به صورت زوج صورت بگیرد و اثر بخشی آن بر روی مردان نیز به تنهایی مورد بررسی قرار گیرد. لازم به ذکر است که این روش در مورد زنانی که به یکی از مراکز مشاوره شهرستان کاشان مراجعه نموده

اند، به دست آمده است و در تعمیم یافته های این پژوهش
 باید احتیاط کرد.
 نتیجه گیری
 نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله شناختی رفتاری با
 بهبود خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی، روابط
 زوجین را اصلاح می کند.

References

- Gorchoff SM, John OP, Helson R. Contextualizing change in marital satisfaction during middle-age: An 18-year longitudinal study. *Psychol Sci* 2008; 19: 1194-200.
- Lin YC, Raghbir P. Gender differences in unrealistic optimism about marriage and divorce: Are men more optimistic and women more realistic? *Pers Soc Psychol Bull* 2005; 31: 198-207.
- Machontosh HB, Johnson S. Emotional focused therapy for couple and childhood. Sexual abuse survivors. *J Marit Fam Ther* 2008; 34(3): 298-315.
- Lieser ML, Tambling RB, Bischof GH, Murry N. Inclusion of sexuality in relationship education programs. *The Fam J* 2007; 15: 374-81.
- Mortazavi M, Bakhshayesh A, Fatehizadeh M, Emaminiya S. [The relationship between sexual frigidity and marital conflict in women residing in Yazd]. *The journal of Urmia University of Medical Sciences* 2013; 24(11): 913-21. (Persian)
- Arefi M, Mohsenzadeh F. [Predictions based on the relationship between marital satisfaction and sexual intimacy]. *Journal of counseling and psychotherapy family* 2014 (special issue): 34-42. (Persian).
- Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. *Arch Sex Behav* 2010; 39(2): 221-39.
- Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. Elsevier Health Sciences; 2009.
- Géonet M, De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies* 2013; 22(1): e9-e15.
- Tiefer L, Hall M, Tavis C. Beyond dysfunction: A new view of women's sexual problems. *J Sex Marit Ther* 2002; 28(S1): 225-320.
- Colling ML. Female hypoactive sexual desire disorder. a summary paper presented to the Faculty of the Adler Graduate School; 2011.
- Aghighi A. [Sexual dysfunction a problem with the inner face of the outer]. Tehran: Tazkieh; 2012. (Persian)
- Arnou BA, Millheiser L, Garrett A, Lake Polan M, Glover GH, Hill KR, et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience* 2009; 23(2): 484-502.
- Pereira VM, Arias-Carrión O, Machado S, Nardi AE, Silva AC. Sex therapy for female sexual dysfunction. *Int Arch Med* 2013; 6(1): 37.
- Buster JE. Managing female sexual dysfunction. *Fertil Steril* 2013; 100(4): 905-15.
- Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marit Ther* 2005; 31(5): 409-24.
- Schwarzer R, Fuchs R. *Self- efficacy and health behaviors*; 1996.
- Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(7): 573-85.
- Desrochers G, Bergeron S, Khalife S. Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *Clin Pain* 2009; 25(6): 520-1.
- Baranyi A, Stepan A, Rothenhausler H. [Sexual dysfunction in remittent depressive women]. *Der Nervenarzt* 2009; 80(9): 1093-102. (German)
- Chen KC, Yeh T, Lee H. Age, gender, depression, and sexual dysfunction in Taiwan. *J Sex Med* 2009; 6(11): 3056-62.
- Simon JA. Opportunities for intervention in HSDD. *J Fam Pract* 2009; 58(7): 26-30.
- Duits A, Van Oirschot N, Van Oostenbrugge RJ, Van Lankveld J. The relevance of sexual responsiveness to sexual function in patients. *J Sex Med* 2009; 6(12): 3320-6.

24. Davison SL, Bell RJ, Lachina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in woman. *J Sex Med* 2009; 6(10): 2690-7.
25. Vaziri S, Lotfi Kashani F. [Study of factor structure, reliability and validity of sexual self-efficacy questionnaire]. *Journal of Andisheh va Raftar* 2013; 8: 47-56. (Persian)
26. Bandura A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
27. Bandura A. Exercise of human agency through collective efficacy. *Curr Direct Psychol Sci* 2000; 9: 75-8.
28. Bandura A. Social cognitive theory. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 1-26.
29. Manne SL, Ostroff JS, Norton TR, Fox K, Grana G, Goldstein L. Cancer-specific self-efficacy and psychosocial and functional adaptation to early stage breast cancer. *Ann Behav Med* 2006; 31(2): 145-54.
30. Maddux JE. The power of believing you can. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University press.
31. Schwarzer R, Boehmer S, Luszczynska A, Mohamed NE, Knoll N. Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Pers Individ Dif* 2005; 39: 807-818.
32. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviors. In: Conner NP. (editor). *Predicting health behavior: research and practice with social cognition models*. UK: Open University Press; 1996.
33. Bandura A. Adolescent development from and agnatic perspective. In: Pajares F, Urdan T. (editors). *Self-efficacy beliefs of adolescent*; 2006: 143-6.
34. Pervin LA, John OP. *Personality: theory and research*. 8th ed. New York: Wiley; 2001.
35. Araoz D. Hypnosis in human sexuality problems. *Am J Clin Hypnos* 2005; 47(4): 229-42.
36. Christensen A, Atkins DC, Baucom B, Yi J. Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial. *Compar Clin Psychol* 2010; 78: 225-35.
37. Dilion LM, Beechler MP. Marital satisfaction and the impact of children in cultures: A meta- analysis. *J Evolution Psychol* 2010; 8: 7-22.
38. Eshghi R, Bahrami F, Fatehizade M. [The study of effectiveness couple sexual cognitive-behavioral therapy on improvement of sexual self-confidence, sexual self-disclosure and sexual knowledge in frigid women in Isfahan]. Ph.D. Dissertation. Isfahan University, 2005. (Persian)
39. Salehzadeh M, Kajbaf M, Molavi H, Zolfaghari M. [The effectiveness of cognitive behavioral therapy for sexual dysfunction in women]. *Psychological studies* 2011; 7(1): 11-31. (Persian)
40. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relat Ther* 2001; 16(2): 145-64.
41. Himan JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav* 2002; 31(5): 445-50.
42. Nezu AM. Problem solving and behavior therapy revisited. *Behav Ther* 2005; 35(1): 1-33.
43. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women in women. *J Sex Med* 2004; 1(1): 66-8.
44. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J Sex Res* 2006; 43(1): 68-75.
45. Turkuile M, Vanlankveld J, Groot E, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognosis factors. *Behav Res Ther* 2007; 45(2): 359-73.
46. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviors. In: Conner NP. (editor). *Predicting health behavior: research and practice with social cognition models*. UK: Open University Press; 1996.
47. Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The Golombok rust inventory of marital state (GRIMS) questionnaire. London: Nefer-Nelson; 1998.
48. Besharat MA. [Assessment on relationship between attachment styles and marital problems in infertile couples]. *Journal of news in psychotherapy* 2002; 19: 55-66. (Persian)
49. Lazarus AA. The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. *J Nerv Ment Dis* 1963; 136(3): 272-8.
50. Seraji M, Dafr M. [Efficacy of cognitive-behavioral, fluoxetine and combine them in the female identified as being phobic]. *Original journal* 2009; 14-19. (Persian)

51. Hosseiny F, Kajbaf M, Faramarzi S. [Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on female frigidity and intimacy in women in Bandar Abbas]. *Journal of counseling and family therapy* 2012; 3(2): 307-21.(Persian)
52. Bakhtiari M, Sheydaei H, Bahreinian AM, Noori M. [The effect of cognitive-behavioral therapy on hyposexual desire and marital satisfaction]. *Andisheh va Raftar* 2016; 36(7): 9-16. (Persian)
53. Byers ES. Relationship satisfaction and sexual satisfaction. A longitudinal study of individuals in long- term relationships. *J Sex Res* 2005; 42(2): 113-18.
54. Brezsnayak M, Whisman MA. Sexual desire and relationship functioning: the effects of marital satisfaction and power. *J Sex Marit Ther* 2004; 30: 199-217.

