

Effectiveness of the Cognitive-Behavioral Therapy on the Women's Hypoactive Sexual Desire

Fatemeh Azartash^{*}, Abdullah Shafi'abadi^{}**

MohammadReza Falsafinejad^{*}**

Abstract

The lack of desire in sexual relationship in the women causes various psychological and emotional damages and decrease of marital satisfaction and increase of marital burnout. The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the women's hypoactive sexual desire. The research method was quasi-experimental with pretest-posttest design and control group and two-month follow-up stage. The statistical population of the study included the women with hypoactive sexual desire in the city of Tehran in 2019 and 24 women with hypoactive sexual desire were selected using voluntary sampling method and randomly assigned into experimental and control groups (each group of 12 women) and the experimental group received eight ninety-minute sessions of cognitive-behavioral therapy. Sexual desire questionnaire (Hulbert, 1992) was used and data were analyzed through repeated measurement ANOVA via SPSS-23. The results showed that cognitive-behavioral therapy has significant effect on the women's hypoactive sexual desire ($p < 0.001$) in a way that this therapy could lead to the decrease of women's hypoactive sexual desire. Based on the results, cognitive-

* PhD student in guidance and counseling, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran, azartash_fatemeh@yahoo.com

** Professor, Department of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran, (Corresponding Author) ashafiabady@yahoo.com

*** Associate Professor, Department of Assessment and Measurement, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran,

Date received: 28/04/2021, Date of acceptance: 03/08/2021



Copyright © 2018, This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

behavioral therapy using techniques to correct and replace unrealistic expectations, prioritize personal and communication problems, cognitive reconstruction and change negative attitudes toward sexual issues, recognizing dysfunctional thoughts and cognitive distortions, and teaching a variety of intercourse methods, can be an effective treatment to reduce female sexual desire.

Keywords: hypoactive sexual desire, cognitive-behavioral therapy, women.

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کم‌میلی جنسی در زنان

فاطمه آذرتاش*

عبدالله شفیق‌آبادی**، محمدرضا فلسفی‌نژاد***

چکیده

عدم تمایل به ارتباط جنسی در زنان، سبب بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی متعدد و کاهش رضایت زناشویی و افزایش فرسودگی زناشویی می‌شود. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کم‌میلی جنسی در زنان بود. روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان با کم‌میلی جنسی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود و ۲۴ زن دارای کم‌میلی جنسی با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۲ زن). گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند. از پرسشنامه تمایل جنسی (هالبرت، ۱۹۹۲) استفاده شد و داده‌های حاصل به شیوه تحلیل واریانس مختلط با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کم‌میلی جنسی در زنان تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$) و این درمان توانسته منجر به کاهش کم‌میلی جنسی در زنان شود. بر اساس نتایج،

* دانشجوی راهنمایی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران،

azartash_fatemeh@yahoo.com

** استاد تمام، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)،

ashafiabady@yahoo.com

*** دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران،

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۸، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۲



درمان شناختی-رفتاری با بهره‌گیری از فنون تصحیح و جایگزینی انتظارات غیرواقعی، اولویت‌بندی کردن مشکلات فردی و ارتباطی، بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسایل جنسی، شناخت افکار ناکارآمد و تعریفات شناختی و آموزش انواع شیوه‌های مقاربت، می‌تواند یک درمان کارآمد جهت کاهش کم‌میلی جنسی زنان باشد.

کلیدواژه‌ها: کم‌میلی جنسی، شناختی-رفتاری، زنان.

۱. مقدمه

اختلال کم‌میلی جنسی (hypoactive sexual desire disorder) در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders forth revised edition) به عنوان فقدان خیال‌پردازی جنسی و بی‌میلی به فعالیت جنسی است، که فرد را دچار اختلال شدید یا مشکلات بین‌فردی می‌کند. در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)، اختلال کم‌میلی جنسی و اختلال برانگیختگی جنسی تحت عنوان اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان (female sexual interest/arousal disorder) در یک طبقه قرار گرفته است. این اختلال در زنان بیش از مردان دیده می‌شود و میزان شیوع آن نزدیک به ۴۰ درصد برآورد شده است (گنجی، ۱۳۹۲). با این حال، تحقیقات در دهه گذشته مبتنی بر معیار اختلال کم‌میلی جنسی در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، پایه و اساس درک ما از علائم اصلی ناراحتی میل جنسی، اپیدمیولوژی، مدیریت بالینی و درمان آن است (Parish & Hahn et al, 2016). نارضایتی شخصی یک پیش‌شرط برای تشخیص اختلال کم‌میلی جنسی است (Kleinplatz et al, 2020) که این نارضایتی ممکن است به عنوان سرخوردگی، غم و اندوه، بی‌کفایتی، فقدان، اعتماد به نفس پایین، سردرگمی، یا نگرانی آشکار شود (McCabe et al, 2016). از طرفی علت بسیاری از آشفتگی‌های روانی، لغزش‌های اخلاقی، خیانت‌ها، شکست‌های زندگی زناشویی، ناسازگاری‌ها، بدخلقی‌ها، خلاف‌کاری‌ها و حتی جنایات، در اثر عدم توجه به امور و مسائل جنسی بوده و یا به گونه‌ای با آن ارتباط دارد (Basson et al, 2019). (البته ممکن است در پاره‌ای موارد، علت عدم سازش در زندگی زناشویی که عدم هماهنگی جنسی است، از نظر زن و شوهر پنهان باشد و حتی

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کم‌میلی ... (فاطمه آذرتاش و دیگران) ۵

خودشان نتوانند علت سردی خود را نسبت به هم درک کنند و شاید به بهانه‌های ظاهری همدیگر را علت عدم سازش قلمداد کنند (مهرابی‌زاده، منصوری و جوانمرد، ۱۳۹۲). در سبب‌شناسی علل اختلال کم‌میلی جنسی در زنان یک چهارچوب نظری ارائه شده است که میل جنسی پایین می‌تواند تحت تاثیر سه دسته از عوامل روان‌شناختی، جسمانی و اطلاعاتی ایجاد شود. عوامل روان‌شناختی عبارتند از افسردگی دوره‌ای، احساس گناه، باورها و نگرش‌های جنسی منفی نسبت به ارتباط جنسی، عقاید پیرامون ترس از دست دادن کنترل و ترس از صمیمیت. علل جسمانی عبارتند از بیماری‌ها و صدمات جسمی، سوءمصرف مواد و اختلالات هورمونی و علل اطلاعاتی عبارتند از فقدان آگاهی از آناتومی جنسی و فقدان آگاهی از رفتارهای جنسی مناسب (عشقی، فاتحی‌زاده، بهرامی و کشاورز، ۱۳۹۴).

روش‌های درمانی دارویی، رفتاری و روان‌شناختی مختلفی برای زنان دارای اختلال مبتلا به کم‌میلی جنسی به کار گرفته شده است. یکی از درمان‌های پرکاربرد در این حوزه می‌توان به درمان شناختی - رفتاری (Cognitive Behavior Therapy) اشاره کرد. نتایج پژوهش‌های عباسی، دوکانه‌ای‌فرد و شفیع‌آبادی (۱۳۹۷)؛ صمدزاده، صالحی، بنی‌جمالی و احدی (۱۳۹۷)؛ فانی سبجانی، خلعتبری و رحمتی (۱۳۹۷)؛ عباسی بوردنرق، کیمیایی و قنبری (۱۳۹۲)؛ نظری، محمدخانی و دولت‌شاهی (۱۳۹۰)؛ جنکینز (Jenkins) و همکاران (۲۰۲۰)؛ خان و رواند (Khan, Rowland) (۲۰۱۹)؛ آلن (Allen) (۲۰۱۸)؛ کالاجی (Calugi) و همکاران (۲۰۱۸)؛ نیومن (Newman) و همکاران (۲۰۱۸)؛ پایک و کلاتون (Pyke & Clayton) (۲۰۱۵)؛ پرسوتی و باراکا (Perissutti & Barraca) (۲۰۱۳)؛ باکوم (Baucom) و همکاران (۲۰۱۱) نشان داده است که درمان شناختی - رفتاری دارای تاثیر معنادار بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی به‌خصوص مؤلفه‌های جنسی داشته است.

درمان شناختی - رفتاری به طور همزمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را موردتأکید قرار داده و فرصتی برای افراد فراهم می‌آورد تا بتوانند شیوه‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خودتخریبی را آموخته و به هنگام رویارویی با مسائل مختلف در آینده، از آن‌ها استفاده نمایند (Zhang et al, 2020). درمان شناختی رفتاری درعین حال که نقاط قوت نظریه‌های شناختی و رفتاری یعنی عینی‌گرایی، ارزیابی و سنجش را در بردارد، از طرف دیگر با دخالت دادن نقش حافظه در بازسازی و تفسیر اطلاعات،

آن‌ها را با هم تلفیق نموده و به صورت یک دانش کاربردی درآورده است (Stott, Charlesworht and Scior, 2020). درمان شناختی- رفتاری بر چهار محور تغییرات شناختی، توانش‌های رفتاری، توانش‌های ارتباطی، توانش حل مسأله و حل تعارض مبتنی است. از جمله توانش‌های شناختی می‌توان به آشنایی افراد در حوزه خطاهای شناختی، عوامل شناختی و تکنیک‌های درمان شناختی اشاره کرد (Calugi, Franchini, Pivari and Conti, 2018). همچنین توانش‌های رفتاری، آشنایی افراد در حوزه‌های الگوی مبادله اجتماعی و اصل تقابل، عینیت و تصریح رفتاری و مبادله رفتاری را شامل می‌شود. از توانش‌های ارتباطی می‌توان به حوزه‌های اصول ارتباط، توانش ارتباط مثبت، تأثیر ارتباط بر زندگی فردی، الگوهای ارتباطی رایج میان افراد و برنامه‌های آموزش ارتباطی اشاره نمود. توانش‌های حل تعارض و حل مسأله نیز شامل آشنایی افراد در حوزه‌های الگوهای تعارض، نظریه‌های تعارض، روش‌های حل تعارض و توانش‌های حل مسأله می‌باشد (Sirvastava, Mehta, Segar and Amvekar, 2020).

با توجه به نقش پراهمیت رابطه جنسی در تداوم زندگی و رضایت زناشویی و نقش مخرب کم‌میلی جنسی در این فرایند، می‌بایست درمانی باید اتخاذ شود تا تعاملات بین فردی زوجین و تغییر نگرش آنها را نیز بررسی نماید؛ در اینجاست که استفاده از درمان شناختی- رفتاری می‌تواند مفید باشد و با توجه به سبب‌شناسی چندعاملی کم‌میلی جنسی در زنان، رویکرد درمانی نیز معمولاً باید چندبعدی باشد؛ که درمان شناختی- رفتاری نیز با هدف قرار دادن تحریفات شناختی، پردازش‌های شناختی ناکارآمد و ارائه راهکاری رفتاری جهت بهبود رابطه جنسی می‌تواند در این مقوله به ایفای نقش پردازد. بنابراین یافتن درمان‌های مؤثر برای اختلال کم‌میلی جنسی که دارای کفایت بوده، جنبه‌های شناختی، رفتاری و اجتماعی را در برداشته و علاوه بر این عوارض جانبی کم‌تری نسبت به داروها داشته باشد و از طرفی استفاده از آن‌ها از نظر اقتصادی نیز مقرون به صرفه‌تر، انجام آن راحت‌تر و همگانی باشد، ضروری به‌نظر می‌رسد. از طرف دیگر در صورتی که مشخص شود، درمان شناختی- رفتاری بر اختلال کم‌میلی جنسی زنان اثربخش است، می‌توان این روش درمانی را در جهت بهبود و افزایش میل جنسی مبتلایان به اختلال کم‌میلی جنسی به کار گرفت. بر این اساس مسأله اصلی پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر اختلال کم‌میلی جنسی زنان بود.

۲. روش پژوهش

۱.۲ روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنانی بود که دچار کم‌میلی جنسی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که تعداد ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه (فراخوان در پیج اینستاگرام محقق با ۲۶۰ هزار عضو) برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (۱۲ زن در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه). لازم به ذکر است که این زنان می‌بایست توسط متخصص زنان مورد معاینه قرار گرفته و مشکل فیزیولوژیک و ارگانیک مرتبط با اختلال کم‌میلی جنسی نداشته باشند. دو نفر دارای این مشکل بودند که با دو نفر دیگر جایگزین شدند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و تعیین اندازه اثر با توجه به $\alpha=0/05$ ، $\beta=0/8$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش (Kline, Honaker, 2001, Joseph and Scheve). محاسبه شد که در هر دو گروه ۲۴ نفر برآورد گردید (هر گروه ۱۲ نفر). زنان حاضر در گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه طی دو ماه تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند. این در حالی بود که زنان حاضر در گروه گواه از دریافت این مداخله در طول اجرای پژوهش محروم بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مبتلا بودن اختلال کم‌میلی جنسی و تایید پزشک متخصص زنان مبنی بر عدم وجود مشکل فیزیولوژیک، عدم موثر بودن مصرف الکل، مواد، داروها و بیماری‌های روانی در اختلال کم‌میلی جنسی زنان، دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم ابتلا همسر به اختلال‌های جنسی، موافقت زنان برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای رضایت‌نامه کتبی و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان بود. معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بودند.

۳. ابزار پژوهش

۱.۳ پرسش‌نامه تمایل جنسی (Sexual desire questionnaire)

پرسش‌نامه تمایل جنسی شامل ۲۵ ماده است که توسط هالبرت (Hurlbert) (۱۹۹۲) طراحی شد که با آن میزان تمایل جنسی فرد ارزیابی می‌شود. سؤالات این پرسش‌نامه، توسط درمان‌گران جهت ارزیابی مشکلات جنسی و زناشویی در موقعیت‌های بالینی و البته در کارهای پژوهشی به کار گرفته می‌شود. نمره‌گذاری آیت‌ها به صورت مقیاس درجه‌بندی لیکرت (۵ نمره‌ای) است (۱=همیشه چنین تمایلی دارم، ۲=اکثر اوقات چنین تمایلی دارم، ۳=گاهی اوقات چنین تمایلی دارم، ۴=به ندرت چنین تمایلی دارم و ۵=هرگز چنین تمایلی ندارم). نمره‌های این پرسش‌نامه با جمع نمرات ۲۵ آیت به دست می‌آید. حداقل و حداکثر نمره تمایل جنسی، بین ۲۵ تا ۱۲۵ می‌باشد که نمره بالا حاکی از میزان بالای تمایل جنسی در آزمودنی است. هالبرت (۱۹۹۲) طی مطالعه‌ای قابلیت اعتماد پرسش‌نامه تمایل جنسی را به شیوه آزمون-بازآزمون ۰/۸۶ به دست آورد. این پژوهشگر جهت بررسی درستی آزمایی، از روش درستی آزمایی محتوایی استفاده و میزان آن را برای این پرسش‌نامه ۰/۸۴ گزارش کرده است (ثنایی، ۱۳۸۷). قابلیت اعتماد این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

۴. روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان مبتلا به اختلال کم‌میلی جنسی انتخاب شده (۲۴ زن) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۲ زن در گروه آزمایش و ۱۲ زن در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان شناختی-رفتاری را در طی ۸ جلسه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طی دو ماه دریافت نمودند، این در حالی بود که زنان حاضر در گروه گواه از دریافت این مداخله درمانی در طول اجرای پژوهش بی‌بهره بوده و مقرر شد که آنها نیز پس از اتمام پژوهش این مداخله درمانی را به صورت رایگان دریافت نمایند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کم‌میلی ... (فاطمه آذرتاش و دیگران) ۹

داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی_رفتاری

(عباسی بورندرق و همکاران، ۱۳۹۲)

جلسه	محتوا
جلسه اول	معارفه، اجرای پیش‌آزمون، بررسی عوامل موثر و تاریخچه مشکل، بیان منطبق درمان، برقراری ارتباط و بیان اهداف، تعریف و توضیح اختلال عملکرد جنسی و تاثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی و ارتباط عاطفی زوجین، بررسی میزان علاقه بین زوجین و نوع ازدواج و منع ارتباط جنسی تا پایان جلسه هفتم، ارایه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی افکار و باورهای ناکارآمد جنسی، بررسی نگرش‌های جنسی منفی غالب؛ بررسی باورهای جنسی غیرمنطقی و تشریح آنها از دیدگاه علمی بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، بررسی سیر جسمانی و احساسی زوجین در حین مقاربت، ارایه تکالیف.
جلسه سوم	بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، مرور جلسه دوم، بازسازی شناختی افکار ناکارآمد جنسی زوجین، بررسی رفتارهای جنسی واکنشی (یا اجتنابی)، تغییر سبک زندگی و نقش‌های جنسی مختل‌کننده، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت ارتباطات جنسی زوجین و ارایه تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	ارایه اطلاعات و دانش جنسی، بیان علل و عوامل ایجادکننده بی‌میلی جنسی نسبت به مراجع، آشنایی با اندام‌های جنسی زن و مرد، اعمال فیزیولوژیکی و هورمون‌های 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 علائم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، آموزش توانش‌های ارتباطی.
جلسه پنجم	آموزش حس‌یابی غیرجنسی، مرور جلسه چهارم؛ منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس‌یابی بدنی، آموزش توانش تمرکز توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام‌های غیرتناسلی، بررسی ارتباط کلامی چگونگی بیان هیجانات زوجین به یکدیگر، آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی و خودابرازی جنسی به همسر، افزایش صمیمیت کلامی زوجین، ارایه تکالیف.
جلسه ششم	آموزش حس‌یابی جنسی، مرور جلسه پنجم، حذف ممنوعیت لمس اندام‌های تناسلی، افزایش خودآگاهی جنسی زنان، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی، توجه به تحریک و لذت اندام‌های تناسلی، آموزش خیال‌پردازی جنسی، آموزش تمرینات کگل و ارایه تکالیف.
جلسه هفتم	آموزش چگونگی مقاربت متناسب با مشکل زوجین، مرور جلسات پنجم و ششم، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت پیشنهاد هر کدام از آنها به مدت یک هفته به زوجین، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت متناسب با مشکل زوجین و تکنیک‌های وابسته به آن و ارایه تکالیف گام به گام خانگی، آموزش چگونگی رسیدن به ارگاسم همزمان متناسب با نقاط حساس زوجین، ارایه تکالیف.

جلسه هشتم	بررسی میزان حصول اهداف درمانی، مرور جلسه هفتم، ارزیابی تکنیک‌های مختلف به کار گرفته شده توسط زوجین، بازخوردهای پیرامون اثربخش یا غیراثربخش بودن درمان، رفع اشکالات موجود، ارزیابی نتایج مثبت حاصل از طرح درمانی و میزان رضایت شرکت کنندگان از درمان و اجرای پس‌آزمون.
-----------	---

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس مختلط برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۵. یافته‌های پژوهش

در نمونه پژوهش حاضر تعداد آزمودنی‌های تحصیلات دیپلم (۱۶/۷ درصد)، فوق دیپلم و لیسانس (۳۷/۵ درصد) و فوق لیسانس (۸/۳ درصد) بود. در گروه گواه میانگین سن ۳۱/۴۱ سال و از دامنه ۲۵ سال تا ۳۹ سال و در گروه آزمایش میانگین سن (۲۸/۹۱) و از ۲۶ سال تا ۴۵ سال متغیر بود. یافته‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کم‌کاری میل جنسی در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول (۲) آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کم‌میلی جنسی زنان

در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۳۲/۷۵	۵/۲۹	۳۹	۶/۲۳	۳۷/۴۱	۵/۹۶
گروه گواه	۳۴/۷۵	۵/۶۷	۳۳/۵۸	۶	۳۴/۱۶	۵/۴۹

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس مختلط، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر کم‌میلی جنسی زنان در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0.05$).

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کم‌میلی ... (فاطمه آذرتاش و دیگران) ۱۱

همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیر وابسته (کم‌میلی جنسی زنان) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). هم‌چنین نتایج آزمون موجهی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیر کم‌میلی جنسی زنان رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیر کم‌میلی جنسی زنان

توان	اندازه	مقدار p	مقدار f	میانگین	درجه	مجموع	
آزمون	اثر			مجذورات	آزادی	مجذورات	
۱	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	۲۳/۹۹	۴۳/۵۱	۲	۸۷/۰۳	مراحل
۰/۹۸	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۱۴/۸۴	۸۸/۸۹	۱	۸۸/۸۹	گروه‌بندی
۱	۰/۶۸	۰/۰۰۰۱	۴۸/۱۳	۸۷/۲۶	۲	۱۷۴/۵۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی
				۱/۸۱	۴۴	۷۹/۸۷	خطا

نتایج جدول ۳ نشان داد که میانگین نمرات متغیر کم‌میلی جنسی زنان فارغ از تاثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به شمار می‌رود. از طرفی نتایج سطر دوم جدول فوق بیانگر آن است که متغیر گروه‌بندی (درمان شناختی - رفتاری) فارغ از مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیر کم‌میلی جنسی زنان تاثیر معنادار داشته است. بدین معنا که اثر درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با گروه گواه یک اثر معنادار بوده است. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن بود که درمان شناختی - رفتاری با تعامل مراحل نیز تاثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیر کم‌میلی جنسی زنان داشته است. هم‌چنین نتایج نشان داد که ۶۱ درصد از تغییرات متغیر کم‌میلی جنسی زنان توسط تعامل متغیر مراحل و گروه‌بندی تبیین می‌شود. حال در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین متغیر کم‌میلی

جنسی زنان در گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
پیش‌آزمون	-۰/۸۹	۲۲	-۲	۲/۲۳	۰/۳۸
پس‌آزمون	۳/۱۶	۲۲	۵/۴۱	۲/۴۹	۰/۰۱
پیگیری	۲/۳۹	۲۲	۳/۲۵	۲/۳۳	۰/۰۳

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیر کم‌میلی جنسی زنان تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۳۸) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۱) و پیگیری (۰/۰۳) در متغیر کم‌میلی جنسی زنان معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه است. این بدان معناست که درمان شناختی-رفتاری توانسته منجر به بهبود میل جنسی زنان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

۶. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کم‌میلی جنسی در زنان انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کم‌میلی جنسی در زنان تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش کم‌میلی جنسی در زنان شود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۶)؛ فانی سبجانی و همکاران (۱۳۹۷)؛ رجیبی و همکاران (۱۳۹۴)؛ جنکینز و همکاران (۲۰۲۰)؛ خان و رواند (۲۰۱۹)؛ آلن (۲۰۱۸)؛ کالاجی و همکاران (۲۰۱۸)؛ نیومن و همکاران (۲۰۱۸) و پایک و کلاتون (۲۰۱۵) همسو بود. چنانکه فانی سبجانی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری می‌تواند منجر به بهبود رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان شود. همچنین عشقی و همکاران (۱۳۹۴) در نتایج پژوهش خود دریافتند که مشاوره

رفتاری_ شناختی جنسی زوجین بر می‌تواند میل جنسی زنان را بهبود بخشد. علاوه بر این پژوهش خان و رولند (۲۰۱۹) در نتایج پژوهش خود دریافتند که درمان شناختی - رفتاری توانسته منجر به بهبود عملکرد نعوظ و چندین پارامتر جنسی شود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان شناختی_ رفتاری بر کم‌میلی جنسی زنان می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری سبب می‌شود سطح تنش ناشی از روابط جنسی اضطراب‌آمیز کاهش یابد (خان و رواند، ۲۰۱۹). در واقع با از میان رفتن تحریف‌های شناختی جنسی و افکار غیرمنطقی جنسی فرد روابط را مثبت‌تر ارزیابی می‌نماید. لیکن وقایع تنیدگی‌آمیز در روابط را کمتر بیش برآورد می‌کند. پایین بودن سطح تش در روابط جنسی نیز باعث می‌گردد که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از توانش‌های شناختی خود برای بهبود رابطه استفاده نماید. این حالت مسلماً رضایت بیشتری در فرد ایجاد می‌کند. در واقع درمان شناختی رفتاری سبب می‌شود افراد از یک سو از طریق جنبه‌های شناختی و تعبیر تفسیر صحیح موقعیت تنیدگی‌زا در روابط جنسی عملکرد بهتری داشته و در ادامه این چرخه کاهش تنش‌ها، تنیدگی‌ها و نگرانی‌های مرتبط با رابطه جنسی، شناخت‌ها و تعابیر و تفاسیر فرد از موقعیت‌ها بهبود می‌یابد.

در تبیینی دیگر می‌توان بیان نمود که در درمان شناختی رفتاری مستقیماً روی خطاهای شناختی فرد کار می‌شود و زمانی که درمانگر شناختی - رفتاری با بیمار دارای اختلال کم‌کاری میل جنسی مواجه می‌شود، لاجرم به شناخت‌های ناکارآمد در حوزه مسائل جنسی و تابوهای موجود نیز می‌پردازد (آلن، ۲۰۱۸). بنابراین با اصلاح این خطاها فرد هرچه بیش‌تر به حقوق طبیعی خود پی برده و جرات و جسارت بیشتری در بیان نیازهای خود می‌یابد. به هنگام درمان در گروه اولین و مهم‌ترین گام، آموزش اهمیت افکار و چگونگی تفسیر وقایع به مراجعین بود. مراجعین باید متقاعد می‌شدند که باورها و شیوه فکری‌شان با مشکلات جنسی کنونی‌شان رابطه تنگاتنگ دارد. برای تعریف و توضیح هر خطا یا تحریف شناختی و یا باورهای ناکارآمد جنسی که مراجعین از خود نشان می‌دهند، درمانگر ابتدا نوع خطا یا تحریف را توضیح داده و آنگاه برای روشن شدن بهتر موضوع و فهم دقیق‌تر معنا و نقش خطا در رفتار و واکنش‌های هیجانی از روش‌های رفتاری کمک می‌گرفت. بدین وسیله مراجع خطای موردنظر را در متن یک رفتار بیرونی یا واکنش هیجانی عینی مشاهده می‌کند و از آنجائی که این رفتار و واکنش مستقیماً به او

مربوط نمی‌شود، بهتر قادر می‌شود تا به زوایای پنهان و آشکار و مضامین نهفته در رفتار توجه نشان داده و آن را درون‌سازی نماید. اینگونه است که با درونی‌سازی آنچه که در فرد به وجود می‌آید، می‌توان گفت میزان باورهای ناکارآمد (غیرمنطقی)، خطاهای فکری و تحریف‌های شناختی کاهش یافته و آن نیز به نوبه خود باعث بهبود عملکرد جنسی فرد می‌شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به جنسیت زنان دارای کم‌میلی جنسی، عدم مهار متغیرهای فردی، خانوادگی و اجتماعی اثرگذار بر کم‌میلی جنسی زنان، عدم تمایل بعضی از زنان دارای کم‌میلی جنسی جهت شرکت در پژوهش حاضر و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در دیگر جنسیت، دیگر جامعه‌های آماری نظیر مورد تجاوز و سوء استفاده جنسی، اختلال هویت جنسی و ...، مهار عوامل ذکر شده و بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، اطلاع‌رسانی جامع‌تری صورت پذیرد تا زنان با کم‌میلی جنسی، تمایل بیشتری برای شرکت در پژوهش‌های مشابه داده باشند. باتوجه به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کم‌میلی جنسی زنان، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان شناختی- رفتاری به درمان‌گران و مشاوران مراکز درمانی زنان معرفی تا آن‌ها با بکارگیری این درمان و یا معرفی آن به زنان با کم‌میلی جنسی، جهت بهبود وضعیت جنسی این زنان اقدامی جدی انجام دهند.

۱.۶ تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی فاطمه آذرتاش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) بود. بدین وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

کتاب‌نامه

ثناپی ذاکر، باقر. (۱۳۸۷). *سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت. چاپ دوم.

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کم‌میلی ... (فاطمه آذرنش و دیگران) ۱۵

صمدزاده، افسانه؛ صالحی، مهدیه؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و احدی، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن آگاهی بر روان‌درستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، فصلنامه علوم روانشناختی، ۱۷(۶۸): ۴۹۱-۴۹۹.

عباسی بورندرق، سکینه؛ کیمیایی، سیدعلی و قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی. (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری-تلفیقی و رفتاری-شناختی روی باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸(۳۱): ۵۸-۷۶.

عباسی بورندرق، سکینه؛ کیمیایی، سیدعلی و قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی. (۱۳۹۲). بررسی و مقایسه اثربخشی زوج درمانی رفتاری-تلفیقی و رفتاری-شناختی روی باورهای ارتباطی زوجین متقاضی طلاق. پژوهش‌های نوین روانشناختی-روانشناسی، ۸(۳۱): ۵۸-۷۶.

عباسی، سمیه؛ دوکانه‌ای‌فرد، فریده و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌محور و درمان شناختی رفتاری بر انسجام خانوادگی و رضایت زناشویی همسران جانباز شهرستان خرم‌آباد، فصلنامه علوم روانشناختی، ۱۷(۷۱): ۸۲۳-۸۲۹.

عشقی، روناک؛ فاتحی‌زاده، فاطمه؛ بهرامی، مریم و کشاورز، امیر. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری-شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان، فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش‌های مشاوره، ۱۴(۵۳): ۱۱۱-۱۳۰.

فانی سبحانی، فاطمه؛ خلعتبری، جواد و رحمتی، صمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان ناباور، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۱): ۲۵-۴۶.

گنجی، حمزه. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تهران: انتشارات ارسباران.

مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ منصوری، زهره و جوانمرد، زینب. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین الگوی رفتار جنسی و سازگاری زوجی زنان با توجه به متغیر تعدیل‌کننده سن؛ فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، ۴(۱۳): ۷۷-۱۰۰.

Allen, B. (2018). Implementing Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) With Preeteen Children Displaying Problematic Sexual Behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 240-249.

Basson, R., O'Loughlin, J.I., Weinberg, J., Young, A.H., Bodnar, T., Brotto, L.A. (2019). Dehydroepiandrosterone and cortisol as markers of HPA axis dysregulation in women with low sexual desire. *Psychoneuroendocrinology*, 104, 259-268.

Baucom, K.J.W., Servier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., & Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral

- couple therapy: Outcome and Link with five-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 565-576.
- Berry, M.D. (2013). Historical revolutions in sex therapy: a critical examination of men's sexual dysfunctions and their treatment. *Journal of sex & marital therapy*, 39(1), 21-39.
- Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, et al.(2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 13(4), 538-571.
- Burpee, L.C., Langer. E.J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, (12)1, 43-51.
- Buster, J.E. (2013). Managing female sexual dysfunction. *Fertility and sterility*, 100(4), 905-15.
- Calugi, S., Franchini, C., Pivari, S., Conti, M., Ghoch, M.E., Grave, R.D. (2018). Anorexia nervosa and childhood sexual abuse: Treatment outcomes of intensive enhanced cognitive behavioral therapy. *Psychiatry Research*, 262, 477-481.
- Calugi, S., Franchini, C., Pivari, S., Conti, M., Ghoch, M.E., Grave, R.D. (2018). Anorexia nervosa and childhood sexual abuse: Treatment outcomes of intensive enhanced cognitive behavioral therapy. *Psychiatry Research*, 262, 477-481.
- Hurlbert, D.F. (1992). Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*, 18, 104-114.
- Jenkins, C.S., Grimm, J.R., Shier, E.K., Dooren, S., Ciesar, E.R., Reid-Quiñones, K. (2020). Preliminary findings of problematic sexual behavior-cognitive-behavioral therapy for adolescents in an outpatient treatment setting. *Child Abuse & Neglect*, In Press, Corrected Proof.
- Khan, S., Rowland, A.D.(2019). Potential for Long-Term Benefit of Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct Treatment for Men with Erectile Dysfunction, *The Journal of Sexual Medicine*, 16(2), 300-306.
- Khan, S., Rowland, A.D.(2019). Potential for Long-Term Benefit of Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct Treatment for Men with Erectile Dysfunction, *The Journal of Sexual Medicine*, 16(2), 300-306.
- Kleinplatz, P.J., Charest, M., Paradis, N., Ellis, M., Rosen, L., Ménard, A.D., Ramsay, T.O. (2020). Treatment of Low Sexual Desire or Frequency Using a Sexual Enhancement Group Couples Therapy Approach. *The Journal of Sexual Medicine*, In Press, Corrected Proof.
- Kline, G., Honaker, J., Joseph, A., Scheve, k. (2001). Analyzing Incomplete Political Science Data: An Alternative Algorithm for Multiple Imputation. *American Political Science Review*, 95, 49-69.
- McCabe, M.P. I.D, Sharlip, E. Atalla, R. Balon, A.D. Fisher, E. Laumann, S.W. Lee, R. Lewis, R.T. (2016). Seagraves Definitions of sexual dysfunctions in women and men: A consensus statement from the fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015, *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 135-143

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کم‌میلی ... (فاطمه آذرتاش و دیگران) ۱۷

- Newman, J.L.E., Falligant, J.M., Thompson, K.R., Gomez, M.D., Burkhart, B.R. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with adolescents with illegal sexual behavior in a secure residential treatment facility. *Children and Youth Services Review*, 91, 431-438.
- Parish, S.J., Hahn, S.R.(2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment, *Sexual Medicine Review*, 4(2),103-120.
- Perissutti, C., Barraca, J. (2013). Integrative Behavioral Couple Therapy vs. Traditional Behavioral Couple Therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clinica y Salud*, 24(1), 11-18
- Pyke, R.E., Clayton, A.H. (2015). Psychological treatment trials for hypoactive sexual desire disorder: a sexual medicine critique and perspective. *The journal of sexual medicine*, 12(12), 2451-2458
- Srivastava, P., Mehta, M., Sagar, R., Ambekar, A. (2020). Smartteen- a computer assisted cognitive behavior therapy for Indian adolescents with depression- a pilot study. *Asian Journal of Psychiatry*, 50, 109-114.
- Stott, J., Charlesworth, G., Scior, K. (2017). Measures of readiness for cognitive behavioural therapy in people with intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 60, 37-51.
- Trudel, G., Marchand, A., Ravart, M., Aubin, S., Turgeon, L., Fortier, P.(2001) .The effect of a cognitive behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relation Therapy*, 16(2), 145-164.
- Zhang, Q., Yang, X., Song, H., Jin, Y. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression and anxiety of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101-107.