

اثربخشی تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی بر کم‌میلی جنسی در زنان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۱/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۱۹

خلاصه

مقدمه: عدم تمایل به ارتباط جنسی در زنان، سبب بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی متعدد در این افراد و کاهش رضایت زناشویی و افزایش فرسودگی زناشویی می‌شود. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی بر کم‌میلی جنسی در زنان انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان با کم‌میلی جنسی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. در این پژوهش تعداد ۲۴ زن دارای کم‌میلی جنسی با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (در هر گروه ۱۲ زن). زنان حاضر در گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه طی دو ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه تمایل جنسی هالبرت (۱۹۹۲) استفاده شد. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد. اندازه اثر پژوهش ۸۱ درصد بود.

نتایج: نتایج نشان داد که تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی بر کم‌میلی جنسی در زنان تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش کم‌میلی جنسی در زنان شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی با بهره‌گیری از فنون تصحیح و جایگزینی انتظارات غیرواقعی، آموزش ریلکسیشن و خیال‌پردازی جنسی، اولویت‌بندی کردن مشکلات فردی و ارتباطی، بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، شناخت افکار ناکارآمد و تحریفات شناختی و آموزش انواع شیوه‌های مقاربت، می‌تواند یک درمان کارآمد جهت کاهش کم‌میلی جنسی زنان به شمار رود.

کلمات کلیدی: کم‌میلی جنسی، تلفیقی، شناختی-رفتاری، سیستمی

فاطمه آذرتاش^۱

عبدالله شفیق‌آبادی^{۲*}

محمد رضا فلسفی‌نژاد^۳

هادی فرهادی^۴

^۱ دانشجوی راهنمایی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۲ استاد تمام، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

^۳ دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری،

دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد

اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

Email: ashafiabady@yahoo.com

مقدمه

اختلال کم‌میلی جنسی^۱ در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ 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^۳ اختلال کم‌میلی جنسی و اختلال برانگیختگی جنسی تحت عنوان اختلال میل / برانگیختگی جنسی زنان^۴ 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؛ پاریش و هان^۵؛ ۲۰۱۶). نارضایتی شخصی یک پیش‌شرط برای تشخیص اختلال کم‌میلی جنسی است (کلینپلاتس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) که این نارضایتی ممکن است به عنوان سرخوردگی، غم و اندوه، بی‌کفایتی، فقدان، اعتماد به نفس پایین، سردرگمی، یا نگرانی آشکار شود (مک‌کیب^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). 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 (باسون^۸ و همکاران، ۲۰۱۹). مسترز، جانسون و کلودنی^۹ (۱۹۹۴) در سبب‌شناسی علل اختلال کم‌میلی جنسی در زنان یک چارچوب نظری ارائه کردند 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. در این بین درمان‌های روان‌شناختی تلفیقی می‌تواند اثرات هم‌افزایی داشته باشد. در پژوهش حاضر تلفیقی از دو درمان شناختی-رفتاری^{۱۰} و درمان سیستمی^{۱۱} جهت کاهش کم‌میلی جنسی زنان بکار گرفته شده است. نتایج پژوهش‌های پیشین نشان داده است که پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی دارای تاثیر معنادار بر مولفه‌های مختلف روان‌شناختی به خصوص مولفه‌های جنسی داشته است (قره باغی، بشارت، رستمی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۷؛ نقدی، حاتمی، کیامنش و نوایی‌نژاد، ۱۳۹۶؛ رجیبی، نادری نوبندگانی، امان‌الهی و شهینی بیلاق، ۱۳۹۴؛ ایوری، ۱۳۹۳؛ عباسی، کیم‌یایی و قنبری، ۱۳۹۲؛ نظری، محمدخانی و دولتشاهی، ۱۳۹۰؛ خان و رواند، ۲۰۱۹؛ آلن^{۱۲}، ۲۰۱۸؛ کالاجی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۸؛ نیومن^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۸؛ پایک و کلاتون^{۱۵}؛ پرسوتی و باراکا^{۱۶}؛ باکوم، سرویر، الدرید، داس و کریستنسن^{۱۷}، ۲۰۱۱).

^۱ Clodony

^۲ Cognitive Behavior Therapy

^۳ Systemic therapy

^۴ Allen

^۵ Calugi

^۶ Newman

^۷ Pyke & Clayton

^۸ Perissutti & Barraca

^۹ Baucom, Servier, Eldridge, Doss, Christensen

^۱ Hypoactive Sexual Desire Disorder

^۲ Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth revised edition

^۳ Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

^۴ Female Sexual Interest/Arousal Disorder

^۵ Parish & Hahn

^۶ Kleinplatz

^۷ McCabe

^۸ Basson

درمان شناختی- رفتاری به طور همزمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را مورد تأکید 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 (شاینبا، ۲۰۱۵). درمان شناختی رفتاری در عین 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. درمان شناختی- رفتاری بر چهار محور تغییرات شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسئله و حل تعارض مبتنی است. از جمله مهارت‌های شناختی می‌توان به آشنایی افراد در حوزه خطاهای شناختی، عوامل شناختی و تکنیک‌های درمان شناختی اشاره کرد (کالگی و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین مهارت‌های رفتاری، آشنایی افراد در حوزه‌های الگوی مبادله اجتماعی و اصل تقابل، عینیت و تصریح رفتاری و مبادله رفتاری را شامل می‌شود. از مهارت‌های ارتباطی می‌توان به حوزه‌های اصول ارتباط، مهارت ارتباط مثبت، تأثیر ارتباط بر زندگی فردی، الگوهای ارتباطی رایج میان افراد و برنامه‌های آموزش ارتباطی اشاره نمود. مهارت‌های حل تعارض و حل مسئله نیز شامل آشنایی افراد در حوزه‌های الگوهای تعارض، نظریه‌های تعارض، روش‌های حل تعارض و مهارت‌های حل مسئله می‌باشد (آنتل و همکاران، ۲۰۱۹).

دیگر رویکرد مورد تلفیق در این پژوهش درمان سیستمی بود. اهداف کلی درمان در این رویکرد کمک به افراد برای دستیابی به سازگاری بیشتر در رابطه، گفتگو و مذاکره، افزایش توانایی در ایجاد ارتباط متقابل و محاوره موثرتر

می‌باشد. تکنیک‌های مورد استفاده نیز ترکیبی از تکنیک‌های زوج درمانی رفتاری و سیستمی است. انتخاب مداخلات سیستمی یا رفتاری متناسب با هر مرحله تعیین شده و با اصطلاح "سلسله مراتب مداخله" تعریف می‌شود (زولا؛ ۲۰۰۷). درمان سیستمی با تکیه بر راهبردها و فنون زوج درمانی رفتاری برای ایجاد تغییر در رفتارهای هدف و از سوی دیگر با یکپارچه نمودن مفاهیم پذیرش و مدارا و تفکر سیستمی در مبانی نظری خود، جهت تداوم نتایج درمان و با هدف ایجاد بینش در همسران برای درک الگوها و تم‌های تعاملی تکرار شونده به کار گرفته شده است (کوهن؛ ۲۰۰۷). رویکردهای سیستمی فرض اصلی روان‌کاوی که بر اساس آن، رفتار انسان "از درون به برون" و به وسیله روان‌پویایی‌های داخلی او سرچشمه می‌گیرد را زیر سؤال بردند و با پیروی از نظریه سیستم‌های دان جکسون، با برداشت "از برون به درون" از رفتار انسان شروع به کار کردند. بدین ترتیب آنها خود را در حال مهاجرت از "علیت خطی" موجود در دنیای روان‌کاوی به سوی "علیت مدور" موجود در دنیای سیستماتیک یافتند (امانی، ۱۳۹۵).

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 را نیز بررسی نماید؛ در اینجا است که استفاده از رویکردهای سیستمی در کنار رویکرد شناختی- رفتاری می‌تواند مفید باشد و با توجه به سبب‌شناسی چند عاملی کم‌میلی جنسی در زنان، رویکرد در مانی نیز معمولاً باید چند بعدی باشد. بنابراین یافتن درمان‌های مؤثر برای اختلال کم‌میلی جنسی که دارای کفایت باشد، جنبه‌های شناختی، رفتاری و اجتماعی را در برداشته باشد، عوارض جانبی کم‌تری نسبت به داروها داشته باشد، استفاده

‡ Zola

‡ Cohn

‡ Shubina

‡ Calugi, Franchini, Pivari, Conti

‡ Antle

در گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه طی دو ماه تحت تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی 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 رضایت نامه 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.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه تمایل جنسی:^۱ پرسش‌نامه تمایل جنسی شامل ۲۵ ماده است که توسط هالبرت (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=کثر 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 پایایی پرسش‌نامه تمایل جنسی را به شیوه آزمون-بازآزمون ۰/۸۶ به دست آورد. ضرایب همسانی درونی پرسش‌نامه تمایل جنسی با استفاده

از آن‌ها از نظر اقتصادی مقرون به صرفه، انجام آن راحت‌تر و همگانی باشد، ضروری به نظر می‌رسد. از طرف دیگر در صورتی که مشخص شود که تدوین بسته تلفیقی درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی و به کارگیری آن 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. همچنین از آنجایی که مطالعات و بررسی‌های انجام شده در خصوص کم‌میلی جنسی بیانگر آن است که عوامل بومی و فرهنگی در تظاهر و ایجاد این اختلال موثر می‌باشد، بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بسته تلفیقی درمان شناختی-رفتاری و سیستمی بر اختلال کم‌میلی جنسی زنان بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنانی بود که دچار کم‌میلی جنسی بودند که تعداد ۲۴ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه (فراخوان در پیچ 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 نداشته‌اند، مراجعانی که مشکلات فیزیولوژیک و ارگانیک مرتبط با اختلال کم‌میلی جنسی نداشته‌اند. 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 $a=0/05$ ، $\alpha=0/005$ ، $\beta=0/8$ و با توجه به اندازه اثرهای پیشینه پژوهش (کلاین، هوناکر، جوزف و سچیوا، ۲۰۰۱) محاسبه شد که در هر دو گروه ۲۴ نفر برآورد گردید (هر گروه ۱۲ نفر). زنان حاضر

۱ Sexual Desire Questionnaire

۱. Kline, Honaker, Joseph and Scheve

از دو روش آلفای کرومباخ ۰/۸۹ بود که در سطح رضایت بخشی می باشد (ثنایی، ۱۳۸۷). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرومباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی انتخاب شده (۲۴ زن) به شیوه تصادفی در گروه های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۲ زن در گروه آزمایش و ۱۲ زن در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات در مانی مربوط به تلفیق درمان شناختی رفتاری و درمان سیستمی را در طی ۸ جلسه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای در طی دو ماه دریافت نمودند، این در حالی بود که زنان حاضر در گروه گواه از دریافت این مداخله در مانی در طول اجرای پژوهش بی بهره بوده و مقرر شد که آنها نیز پس از اتمام پژوهش این مداخله در مانی 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 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 می ماند و نیازی به درج نام نیست.

شرح تدوین تلفیق درمان شناختی رفتاری و درمان سیستمی نیز بدین شکل بود: در این پژوهش، در راستای تدوین بسته تلفیق درمان شناختی رفتاری و درمان سیستمی ویژه زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی از روش تحلیل موضوعی (مضمونی) نیاز محور و مسئله محور متناسب با هدف پژوهش

استفاده شد. مرحله اول: مطالعه و جمع آوری اختصاصی نیازهای روانی و آموزشی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی با استفاده از مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته. مرحله دوم: دسته بندی (کدبندی) محتوایی مطالب جمع آوری شده در مرحله اول و تشکیل زیرگروه های مفهومی - محتوایی معطوف به نیازها و مشکلات، مرحله سوم: تبدیل زیرگروه های مفهومی - محتوایی تشکیل شده در مرحله دوم به ۱۰ تا ۱۲ حوزه مهارتی به توانمندسازی روانی، فیزیولوژیکی، ارتباطی و آموزش های جنسی و در نهایت تدوین اولیه بسته تلفیق درمان شناختی رفتاری و درمان سیستمی بر پایه مشکلات هیجانی، ارتباطی و روانشناختی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی. مرحله چهارم: ارائه بسته اولیه تلفیق درمان شناختی رفتاری و درمان سیستمی ویژه زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی به پنج متخصص حوزه درمان درمان شناختی رفتاری، درمان سیستمی و مشکلات جنسی و درخواست مطالعه و اظهار نظر راجع به ساختار، فرایند و محتوای هر یک از جلسات در قالب پرسشنامه نظرسنجی که همراه بسته درمانی تدوین شده در اختیار هر یک از متخصصان قرار گرفت. علاوه بر این در این مرحله یک فرم اظهار نظر باز پاسخ به منظور ارائه پیشنهادات و نظرات اصلاحی در اختیار هر یک از متخصصان در جهت ارتقاء محتوا، ساختار و فرایند بسته تلفیق درمان شناختی رفتاری و درمان سیستمی ویژه زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی قرار گرفت. مرحله پنجم: بررسی نظرات تخصصی پنج متخصص و اعمال نظرات اصلاحی آنها درباره بسته تلفیق درمان شناختی رفتاری و درمان سیستمی ویژه زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی و آماده سازی بسته تلفیقی نهایی.

جدول ۱. خلاصه جلسات تلفیق درمان شناختی رفتاری و درمان سیستمی (محقق ساخته)

جلسه	محتوا
------	-------

جلسه اول	معارفه و اجرای پیش آزمون، منع ارتباط جنسی تا پایان جلسه هفتم با استفاده از تکنیک اصداد؛ بررسی اجمالی تاریخچه به وجود آمدن مشکل و عوامل موثر بر آن، توضیح درباره منطق درمان، توجه به تردید و بدبینی نسبت به درمان، تصحیح و جایگزینی انتظارات غیرواقعی شرکت کننده‌ها نسبت به درمان با انتظارات معقول و واقع‌بینانه، تعیین اهداف منطقی، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت ارتباطات جنسی زوجین آموزش ریلکسیشن و خیال‌پردازی جنسی و انجام آنها بصورت تکلیف روزانه. ارایه تکلیف خانگی.
جلسه دوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بررسی باورها و اسطوره‌های عامیانه و غلط جنسی و تشریح آنها از دیدگاه علم، اولویت‌بندی کردن سایر مشکلات فردی و ارتباطی، درمانی، مسئولیت‌پذیری برای صمیمیت جنسی، تکلیف: گفتگوی زوجین در خصوص ترجیحات، انتظارات و خواسته‌های جنسی خود و چگونگی ابراز آن به یکدیگر.
جلسه سوم	بررسی تکالیف و تصحیح انتظارات غیرواقعی بینانه، آموزش آناتومی و فیزیولوژی رفتار جنسی طبق الگوی دپورد در مرد و زن، بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسایل جنسی، پذیرش مسئولیت و نقش خود در مورد ایجاد و تداوم مشکل، بررسی سبک‌های مختلف ارتباطی و جنسی و گفتگو و انجام تکالیفی در منزل پیرامون این موضوع.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه نظر روانی و جسمی؛ آموزش علمی نقش زن در ارتباط جنسی، بررسی و شناخت افکار ناکارآمد و تحریفات شناختی، تکالیف شناختی در خصوص شناخت این افکار و گفتگو در این مورد با همسر کار با ترس از صمیمیت، ترس از به هم خوردن توازن قدرت، ترس از دست دادن کنترل خود، توجه به احساسات. ارایه تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	مرور جلسه چهارم؛ آموزش حس‌یابی غیرجنسی (تمرکز حسی ۱)، منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس‌یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام‌های غیرتناسلی، بررسی ارتباط کلامی چگونگی بیان هیجانات زوجین به یکدیگر، گسترش صمیمیت جنسی، کاهش اضطراب پاسخ جنسی. ارایه تکلیف خانگی.
جلسه ششم	بررسی جدول خودپایی ۱، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی (تمرکز حسی ۲)، توجه به تحریک و لذت اندام‌های تناسلی، آموزش تمرینات کگل و ارایه تکالیف، بازگشت به خانه پدری، بررسی زیرمنظومه‌های موجود در خانواده و ایجاد مرز با استفاده از تکنیک تشریفات. ارایه تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	بررسی جدول خودپایی ۲، آموزش انواع شیوه‌های مقاربت متناسب با مشکل زوجین و تکنیک‌های وابسته به آن و ارایه تکالیف گام به گام خانگی، آموزش شیوه‌های مختلف رسیدن به ارگاسم، کار روی تعارض و خشم، تمرینات حل تعارض در منزل، بررسی مثلث‌های موجود در خانواده و مثلث‌زدایی. ارایه تکلیف خانگی.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل، بازخورددهی پیرامون اثربخش یا غیراثربخش بودن درمان، رفع اشکالات موجود، ارزیابی نتایج مثبت حاصل از طرح درمانی و میزان رضایت شرکت کنندگان از درمان، متمایز ساختن خود از والدین، پذیرش و تعهد 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 موجلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی

فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

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

کم کاری میل جنسی در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول
(۲) آمده است.

سن (۲۸/۹۱) و از ۲۶ سال تا ۴۵ سال متغیر بود. یافته های
توصیفی مربوط به نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کم کاری میل جنسی در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
گروه آزمایش	۳۰/۵۰	۱۰/۶۳	۶۶	۱۵/۰۴	۶۳/۲۵
گروه گواه	۲۷/۱۶	۶/۲۰	۲۶/۹۱	۶/۳۱	۲۶/۷۰

همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در متغیر کم کاری میل جنسی رعایت شده است ($p > 0/05$).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیر کم کاری میل جنسی در گروه-های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش فرض

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیر کم کاری میل جنسی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	گروه
۱	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۴۳/۲۰	۱۲۴۰۳/۱۲	۱	۱۲۴۰۳/۱۲	گروه
۱	۰/۸۰	۰/۰۰۰۱	۹۱/۸۱	۳۱۶۸/۷۵	۱	۳۱۶۷/۷۵	زمان
۱	۰/۸۱	۰/۰۰۰۱	۹۴/۶۶	۳۲۶۷	۱	۳۲۶۷	تعامل زمان و گروه

بیانگر آن بود که ۸۱ درصد از تغییرات متغیر کم میلی جنسی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی توسط تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی بر کم میلی جنسی در زنان انجام گرفت. نتایج نشان داد که تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی بر کم میلی جنسی در زنان تأثیر معنادار دارد.

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر کم کاری میل جنسی (۹۴/۶۶) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیر پژوهش (کم کاری میل جنسی) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. بر این اساس تلفیق درمان شناختی-رفتاری و درمان سیستمی توانسته منجر به بهبود میل جنسی و کاهش کم میلی جنسی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی شود. همچنین نتایج

تلفیقی شناختی-رفتاری_سیستمی سبب می‌شود فرد پذیرای تغییرات و جنبه‌های جدید و متفاوت روابط بوده و همچنین کمتر دچار استرس شود. تعارض در زوجینی که استرس بالاتری دارند، بیشتر دیده می‌شود (پایک و کلاتون، ۲۰۱۵). استرس بر سلامت، بهزیستی، کیفیت زندگی، زندگی خانوادگی و جنسی افراد تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین کاهش استرس نقش مؤثری در کاهش تعارضات و مشکلات جنسی دارد.

در تبیینی دیگر میبایست به نقش برجسته درمان شناختی-رفتاری در این فرایند پرداخت. 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 استرس‌آمیز در روابط را کمتر بیش برآورد می‌کند. پایین بودن سطح تنش در روابط جنسی نیز باعث می‌گردد که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های 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 استرس‌زا در روابط جنسی عملکرد بهتری داشته و در ادامه این چرخه کاهش تنش‌ها، استرس‌ها و نگرانی‌های مرتبط با رابطه جنسی، شناخت‌ها و تعبیر و تفاسیر فرد از موقعیت‌ها بهبود می‌یابد.

بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌گردد تا برای ارتباط موثر زوجین و افزایش میل جنسی بین آن‌ها بسته‌های آموزشی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری_سیستمی به صورت گام به گام برای استفاده در مراکز درمانی و بهداشتی به منظور مداخلات لازم به کار گرفته شود. از آنجایی که در پژوهش حاضر، انتخاب نمونه‌ها فقط از میان زنان و بر روی نمونه اندکی بود؛ مساله تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل روبه‌رو می‌سازد. با توجه به اینکه اختلال کم‌کاری میل جنسی فقط مختص زنان نمی‌باشد، توصیه می‌شود این مداخلات در مردان هم صورت بگیرد.

بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش کم‌میلی جنسی در زنان شود. یافته حاضر همسو با نتایج پژوهش قره‌باغی و همکاران (۱۳۹۷)؛ نقدی و همکاران (۱۳۹۶)؛ رجبی و همکاران (۱۳۹۶)؛ ایوری (۱۳۹۳)؛ عباسی و همکاران (۱۳۹۲)؛ خان و رواند (۲۰۱۹)؛ آلن (۲۰۱۸)؛ کالاجی و همکاران (۲۰۱۸)؛ نیومن و همکاران (۲۰۱۸)؛ پایک و کلاتون (۲۰۱۵)؛ پرسوتی و باراکا (۲۰۱۳)؛ باکوم و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود. چنانکه قره‌باغی و همکاران (۱۳۹۷) و نقدی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داده‌اند که درمان سیستمی منجر به کاهش اضطراب مزمن و تعارض زناشویی و بهبود سبک زندگی افراد شده است. 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 می‌توان گفت، به نظر می‌رسد تلفیق درمان شناختی-رفتاری با درمان سیستمی، با ترکیب عناصر مهم هر دو درمان هم به لحاظ شناختی، هم به لحاظ رفتاری و هم با در نظر گرفتن تعامل و روابط در بستر خانواده میزان اثربخشی خود را بیفزاید. گرم‌تر و صمیمی‌تر شدن زن و شوهر خود به صمیمیت عاطفی آنها می‌انجامد و همانند یک کاتالیزور می‌تواند در حل تعارضات زناشویی کمک کند و تمرینات رفتاری با کاهش اضطراب و افزایش آرامش درونی فرد می‌تواند به کاهش تعارضات زوجین کمک کند؛ چراکه بسیاری از زوجین در هنگام بروز تعارض، از الگوهای منفی تعامل پیروی می‌کنند که به شدت تعارض اولیه دامن می‌زند، اما پس از درمان فرد بیشتر می‌کوشد که از دریچه چشم همسرش به وقایع، مسائل و رویدادها بنگرد و کمتر دست به اسنادهای جانب‌دارانه بزند (پرسوتی و باراکا، ۲۰۱۳). درمان تلفیقی همچنین باعث می‌شود زوجین احساس امنیت بیشتری در روابط عاشقانه‌شان داشته باشند و در هنگام بروز تعارض استرس کمتری متحمل شوند. اگر زوجین تلاش کنند روابطشان همواره ثابت باقی بماند و از تغییراتی که خواه‌ناخواه در طول زندگی مشترک رخ خواهد داد چشم‌پوشی کنند، احتمال بروز تعارض و ناخشنودی افزایش خواهد یافت؛ حال آنکه درمان

تشکر و قدردانی

(خوراسگان) بود. بدین وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش و خانواده‌های آنان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی فاطمه آذرتاش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان

منابع

- امانی، ر. (۱۳۹۵). رویکرد سیستمی در درمان مشکلات ارتباطی همسران زوج درمانی ساختاری. نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی.
- ایوری، ع. (۱۳۹۳). زوج درمانی سیستمی- تلفیقی و اثربخشی آن بر تعارض‌های زناشویی و آزار عاطفی زوج‌ها، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- ثنایی ذاکر، ب. (۱۳۸۷). *سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت. چاپ دوم.
- رجبی، غ. ل.، نادری نوبندگانی، ز.، امان‌الهی، ع.، شهنی بیلاق، م. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج درمانی سیستمی- سازه‌گرا بر پردازش بین‌فردی و نزدیکی رابطه در زوج‌های آشفته‌روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۶(۲۱)، ۱۰۵-۱۲۶.
- عباسی بورندرق، س.، کیمیایی، س. ع.، قنبری هاشم‌آبادی، ب. (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.
- عشقی، ر.، فاتحی‌زاده، م.، بهرامی، م.، کشاورز، ا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری-شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان، فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش‌های مشاور، ۱۴(۵۳)، ۱۳۰-۱۱۱.
- قره‌باغی، ف.، بشارت، م. ع.، رستمی، ر.، غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان سیستمی بوون بر اضطراب مزمن و سبک زندگی، اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۱۳(۵۰)، ۳۷-۴۶.
- گنجی، ح. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تهران: انتشارات ارسباران.
- نظری، و.، محمدخانی، پ.، دولت‌شاهی، ب. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی رفتاری غنی شده و زوج درمانی تلفیقی رفتاری در افزایش رضایت زناشویی، پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۶(۲۲)، ۲۶-۳۸.
- نقدی، ه.، حاتمی، م.، کیامنش، ع.، نوایی‌نژاد، ش. (۱۳۹۶). هم‌سنجی تاثیر زوج درمانی متمرکز بر هیجان با درمانگری سیستمی مساله‌مدار در تعارض زناشویی همسران مردان تحت درمان وابستگی به مواد، مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۷(۱)، ۲۳-۴۴.
- Allen, B. (2018). Implementing Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT) With Preteen Children Displaying Problematic Sexual Behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 240-249.
- Antle, B.F., Owen, J.J., Eells, T.D., Wells, M.J., Harris, L.M., Cappiccie, A., Wright, B., Williams, S.M., Wright, J.H. (2019). Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. *Contemporary Clinical Trials*, 78, 46-52.
- 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. *J Sex Med*,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). Manage ng 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 behavioural therapy. *Psychiatry Research*, 262, 477-481.
- Cohn, B.R. (2007). An integrative approach to couple therapy: Altering the treatment modality to resolve an Impasse. *British Journal of Psychotherapy*, 3(3): 226-238.
- 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*, Volume 16, Issue 2, Pages 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 ,*J Sex Med*, 13 (2), pp. 135-143
- 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.
- Shubina, I. (2015). Cognitive-behavioral Therapy of Patients with Ptsd: Literature Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 208-216.
- 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. *Clínica 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
- 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.
- Zola, M.F.(2007). Beyond infidelity related impasse: an integrated systemic approach to couple therapy. *Journal of systemic therapies*, 26(2): 25-41.

*Original Article***Effectiveness of the Combination of Cognitive-Behavioral Therapy and Systemic Therapy on the Women's Hypoactive Sexual Desire**

Received: 07/04/2020 - Accepted: 09/12/2020

Fatemeh Azartash¹Abdollah Shafiabadi^{2*}Mohammad reza Falsafi nezhad³Hadi Farhadi⁴

¹ Middle School and Counseling Student, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran

² Full Professors, Department of Counseling, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Department of Measurement, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran

Email:
ashafiabadi@yahoo.com

Abstract

Introduction: the lack of desire in sexual relationship in the women causes various psychological and emotional damages in these people and decrease of marital satisfaction and increase of marital burnout. Therefore, the present study was conducted aiming to investigate the effectiveness of the combination of cognitive-behavioral therapy and systemic therapy on the women's hypoactive sexual desire.

Material and methods: the research method of the present study 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. 24 women with hypoactive sexual desire were selected through voluntary sampling method and randomly replaced into experimental and control groups (each group of 12 women). The women present in the experimental group received eight ninety-minute sessions of the combination of cognitive-behavioral therapy and systemic therapy. Halbert sexual desire questionnaire (1992) was used in the present study. The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA via SPSS23 statistical software.

Results: the results showed that the combination of cognitive-behavioral therapy and systemic 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. The effect size of the study was 81%.

Conclusion: taking the results of the present study into account, the combination of cognitive-behavioral therapy and systemic therapy can be considered an efficient therapy to decrease the women's hypoactive sexual desire through employing correction techniques and replacing unreal expectations, training relaxation, sexual fantasy, prioritizing personal and communicative problems, cognitive restructuring and changing negative attitude toward sexual issues, knowing inefficient thoughts and cognitive distortions and training types of intercourse.

Key words: hypoactive sexual desire, combined, cognitive-behavioral, systemic