



Comparison of the Comparison of the Effect of Integrated Psychotherapy and Cognitive-behavioral Therapy on Sexual and Psychological Distress in Women with Sexual desire / arousal Disorder

Neda Ghasemi¹, Fatemeh Rezaei^{2*}, Masoud Sadeghi³

1- PhD student in Psychology, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran

Corresponding Author: Fatemeh Rezaei, Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

E-mail: Rezaei.f@lu.ac.ir

Received: 12 Oct 2022

Accepted: 31 Dec 2022

Abstract

Introduction: Sexual interest/arousal disorder in women causes emotional and psychological damage and decreases marital quality and satisfaction and increases marital burnout. The aim of this study was to compare the effectiveness of the newly developed treatment of sexual desire/arousal disorder and cognitive-behavioral therapy on sexual and psychological distress in women with sexual desire/arousal disorder.

Methods: The research method was semi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included women with sexual desire/arousal disorder who were referred to counseling centers in Isfahan 2020-2021, from which 45 people were selected by purposive sampling and randomly assigned to three groups (15 people in each group). After selecting and assigning the subjects to the three groups of the study, all three groups were evaluated with the Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R) and the short scale of depression, anxiety, and stress (DASS-21). Then the experimental groups underwent weekly intervention and the control group did not receive any intervention. At the end of the intervention sessions, the members of all three groups were re-evaluated with research tools.

Results: The results of the analysis of covariance showed that both integrated psychotherapy and cognitive-behavioral therapy affect sexual and psychological distress and individuals in the experimental groups received lower scores in the post-test of sexual and psychological distress than those in the control group ($P < 0.05$). The results also showed that there is a significant difference between the two interventions in terms of effectiveness on research-dependent variables. In the variable of sexual distress, efficacy is more effective with the newly developed treatment of sexual desire/arousal disorder, but in relation to psychological distress, cognitive-behavioral therapy has been more effective ($P < 0.05$).

Conclusions: According to these results, it can be said that integrated psychotherapy and cognitive-behavioral therapy are effective in modulating sexual and psychological distress in people with sexual arousal disorder and the psychotherapy protocol for sexual arousal disorder can be used as a suitable treatment option along with other psychotherapy models of this disorder.

Keywords: Female sexual desire / arousal disorder, Integrated psychotherapy, Cognitive behavior therapy, Sexual distress, Psychological distress.



مقایسه تأثیر روان‌درمانی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر پریشانی جنسی و روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی

ندا قاسمی^۱، فاطمه رضایی^{۲*}، مسعود صادقی^۳

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه رضایی، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

ایمیل: Rezaei.f@lu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۷/۲۰

چکیده

مقدمه: اختلال میل / برانگیختگی جنسی زنان، موجب بروز آسیب‌های هیجانی و روان‌شناختی و کاهش کیفیت و رضایت زناشویی و افزایش فرسودگی زناشویی می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر روان‌درمانی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر پریشانی جنسی و روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال میل - برانگیختگی جنسی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اختلال میل برانگیختگی جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بودند که از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر با میانگین سنی ۳۳/۵۵ به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه گمارش شدند (هر گروه ۱۵ نفر). هر سه گروه با مقیاس‌های پریشانی جنسی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی پژوهش تحت مداخله هفتگی قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، اعضای هر سه گروه مجدد با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که هر دو مداخله بر پریشانی جنسی تأثیرگذار بود ($F=115.59$, $p<0.05$) ولی روان‌درمانی یکپارچه اثربخش‌تر بود. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در متغیر پریشانی روان‌شناختی نیز هر دو درمان اثربخش بودند اضطراب ($F=38.44$; $p<0.05$)، افسردگی ($F=28.40$; $p<0.05$) و استرس ($F=36.15$, $p<0.05$). ولی درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که روان‌درمانی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری در تعدیل پریشانی جنسی و روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی از اثربخشی لازم برخوردار هستند و پروتکل روان‌درمانی یکپارچه می‌تواند به عنوان یک گزینه درمانی مناسب در کنار سایر الگوهای روان‌درمانی این اختلال مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال میل - برانگیختگی جنسی، روان‌درمانی یکپارچه، درمان شناختی - رفتاری، پریشانی جنسی، پریشانی روان‌شناختی.

مقدمه

میل جنسی پایین شایع‌ترین مشکل جنسی در بین زنان است (۱). نشانگان اختلال کم میلی جنسی، شامل کاهش یا عدم میل به رابطه جنسی، کاهش یا عدم وجود خیالات/افکار جنسی، شروع نکردن یا کاهش شروع فعالیت جنسی، فقدان یا کاهش لذت جنسی، علاقه جنسی و احساسات تناسلی و غیر تناسلی است (۲). در این اختلال، کمبود میل جنسی ممکن است به صورت کاهش فراوانی رابطه‌ی جنسی، عدم احساس جذابیت در شریک جنسی، شکایت آشکار از بی میلی جنسی و یا حتی نفرت و اکراه از فعالیت جنسی نمایان شود (۳). پژوهش‌های گوناگون داخلی از شیوع بالای اختلالات جنسی در زنان ایرانی حکایت دارند. شیوع اختلال کمبود میل جنسی، در جمعیت عمومی ایران ۳۵ درصد تخمین زده شده (مالاری و همکاران، ۲۰۱۶) که بیشترین آمار شیوع در بین تمام اختلالات عملکرد جنسی است (عشقی، بهرامی، فاتحی زاده و کشاورز، ۱۳۹۴).

زنان دارای کم میلی جنسی، تصویر بدنی مختل، عزت‌نفس پایین، دلبستگی عاطفی کمتر نسبت به همسر (۶) و احساسات منفی از جمله ناامیدی، عصبانیت و از دست دادن زنانگی را (۷) گزارش می‌دهند. زنان دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی، پریشانی روان‌شناختی (۸) و پریشانی جنسی (۸، ۹) بیشتری را تحمل می‌کنند و کیفیت رابطه زناشویی در آن‌ها نسبت به گروه سالم پایین‌تر است (۹، ۱۰). این افراد رضایت جنسی کمتر و پریشانی جنسی و نشانگان افسردگی و اضطراب بیشتر را در مقایسه با زنان عادی گزارش می‌کنند (۸). این اختلال همچنین همبودی بالایی با مشکلات روان‌شناختی از قبیل ناراضی‌تی از زندگی جنسی، افسردگی، مشکلات تیروئید، اضطراب و سایر عوامل پزشکی شامل آرتریت و بیماری التهابی یا تحریک‌پذیر روده دارد (۲) و بر نحوه تفکر و احساس زنان در مورد خود، رابطه زناشویی و کیفیت زندگی زناشویی تأثیر می‌گذارد (۱۱).

بر طبق نتایج مطالعات فرا تحلیلی، مداخلات روان‌شناختی، درمان‌های مؤثری برای اختلال میل/برانگیختگی جنسی هستند. از جمله رایج‌ترین درمان‌ها برای کاهش میل، درمان شناختی رفتاری (CBT) cognitive behavioral therapy است (۱۲). بر چهار محور تغییرات شناختی، مهارت‌های رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، مهارت حل مسئله و حل تعارض مبتنی است (۱۳). CBT به‌طور 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 خود تخریبی را آموخته و به هنگام رویارویی با مسائل مختل در آینده، از آن‌ها استفاده نمایند (۱۴).

علیرغم الگوهای درمانی مختلف، به نظر می‌رسد این درمان‌ها همچنان با یک نقص اساسی مواجه است و آن هم عدم توجه به علل زیربنایی در اختلال میل/برانگیختگی جنسی است. در واقع، الگوی درمانی که پاسخگوی نیازهای تمامی افراد باشد، هنوز ارائه نگردیده است. برای تدوین چنین الگوی درمانی، درک مناسب از ویژگی‌ها، علل و عوامل روان‌شناختی مرتبط با اختلال میل/برانگیختگی جنسی لازم است. همسو با پیشرفت‌های صورت گرفته در آسیب‌شناسی روانی و روان‌شناسی بالینی، علاقه مجددی به پیشرفت درمان‌های روان‌شناختی از طریق ارائه درمان‌های نوین و به‌روز و یا ترکیب و تلفیقی از درمان‌های موجود برای کاهش میل جنسی زنان به وجود آمده است (۱۵). هر تئین و همکاران معتقدند این چارچوب‌ها بایستی در یک الگوی یکپارچه گنجانده شوند زیرا به طور منسجم به هیجانات، شناخت‌ها و رفتارهای زوجین توجه دارند، موضوعات زوجی و جنسی را مورد ملاحظه قرار می‌دهند و به طور مؤثری باهم عمل می‌کنند تا به جای یک سری مداخلات مجزا، الگوی منسجمی را به وجود آورند (۱۶). بوث (۱۷) هم با توجه به چندعاملی بودن این اختلال، درمان التقاطی را برای درمان این اختلال پیشنهاد کرده است. همچنین با توجه به سبب‌شناسی چندعاملی این اختلال و تأثیرات این اختلال بر حوزه روابط زناشویی، به نظر می‌رسد که درمان این اختلال باید تلفیقی و چندعاملی و مبتنی بر نیازهای خاص این افراد و همسرانشان طراحی شود. در نتیجه ضرورت تدوین درمان‌های نوین، کاربردی، به‌روز و مبتنی بر نیازها و تجارب این بیماران گامی مهم و لازم برای افزایش کیفیت زندگی و افزایش میزان رضایت زناشویی این افراد است. بنابراین طراحی و اجرای درمان‌های روان‌شناختی که جنبه‌های شناختی، رفتاری و اجتماعی را در برداشته باشد، از نظر اقتصادی مقرون‌به‌صرفه باشد، ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر پژوهشگران این مطالعه درمان شناختی رفتاری را که در پژوهش‌های متعددی بر این اختلال اثربخش بوده است را به عنوان درمان مقایسه‌ای انتخاب کرده‌اند و به دنبال پاسخگویی

به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شده و به روش تصادفی در سه گروه روان‌درمانی یکپارچه اختلال میل/برانگیختگی جنسی (۱۶ نفر)، گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه (هر گروه ۱۶ نفر) گمارش شدند. در حین پژوهش از هر گروه درمان یکپارچه و شناختی رفتاری یک نفر ریزش کرد که بخاطر همسان سازی حجم نمونه یک نفر نیز از گروه گواه حذف شد. و در نهایت هر گروه شامل ۱۵ نفر آزمودنی بودند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: الف) تشخیص اختلال میل برانگیختگی جنسی بر اساس مصاحبه تشخیصی توسط فرد دارای مدرک دکتری روانشناسی بالینی، ب) زن متأهل، ج) دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، د) عدم دریافت مداخله یا دارویی غیر از مداخلات پژوهش از زمان شروع جلسات درمانی تا مرحله ارزیابی پس‌آزمون، ه) شرکت در جلسات درمان و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، و) تحصیلات حداقل سیکل. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان. اعضای هر سه گروه ابتدا با مقیاس‌های پریشانی جنسی و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه‌های آزمایشی به‌طور جداگانه طی دوماه تحت مداخله با روش‌های روان‌درمانی یکپارچه (گروه آزمایش اول) و CBT (گروه آزمایش دوم) به‌صورت جلسات هفتگی یک ساعت و نیمه قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. مکان انجام مداخلات روانشناختی در کلینیک روانشناختی تبسم زندگی زیبا بود. پس از پایان جلسات و اتمام مداخله‌ها، آزمودنی‌های هر سه گروه دوباره با ابزار پژوهش ارزیابی شدند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی گروه گواه نیز بعد از اتمام پژوهش تحت مداخلات روان‌شناختی قرار گرفتند. ساختار و محتوای به‌کاررفته در هرکدام از مداخلات پژوهش در جدول ۱ و ۲ آمده است. ساختار و محتوای روان‌درمانی یکپارچه اختلال میل/برانگیختگی از پژوهش قاسمی و همکاران (۱۹) اقتباس شده است.

به این سوال هستند که آیا بین اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه و CBT بر پریشانی جنسی و روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال میل/برانگیختگی جنسی تفاوت وجود دارد.

روش کار

روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل مبتلا به اختلال میل/برانگیختگی جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود. برای بدست آوردن حجم نمونه با توجه به اینکه تعداد نمونه در پژوهش‌های آزمایشی ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۱۸)، با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آماری ۹۰ درصد مطابق با فرمول زیر، تعداد نمونه حجم نمونه محاسبه شد. در این فرمول Δ : اندازه تاثیر استاندارد شده (effect size standardized) که در این پژوهش ۱/۵ در نظر گرفته شد، m : حجم نمونه در گروه گواه بود و g تعداد گروه بود که در این پژوهش سه گروه وجود داشت.

$$N = m + (g - 1) \times n = [1 + \sqrt{(g - 1)}] \times m$$

قبل از محاسبه حجم نمونه (N)، مطابق با دو فرمول زیر، حجم نمونه در گروه (m) و مقدار n محاسبه گردید و پس از محاسبه، مقادیر به دست آمده در فرمول حجم نمونه قرار داده شد.

$$m = (1 + \sqrt{g - 1}) \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta_{min}^2} + \frac{z_{1-\alpha/2}^2 \sqrt{g - 1}}{2(1 + \sqrt{g - 1})}$$

$$n = \frac{m}{\sqrt{g - 1}}$$

در فرمول مذکور حجم نمونه تعداد ۴۸ نفر محاسبه شد. از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مناطق ۴ و ۵ اصفهان، ۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات روان‌درمانی یکپارچه اختلال میل/برانگیختگی جنسی (اقتباس از قاسمی و همکاران، ۱۴۰۱)

جلسه	هدف	محتوا
پیش از درمان	مصاحبه و ارزیابی پیش از 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 ارائه مختصر توضیحی پیرامون سیر و نوع درمان.
اول	آگاهی و آموزش روان‌شناختی	توضیح اختلال کم میلی جنسی و تأثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی، تحلیل رشدی از روند و فرایند شکل‌گیری اختلال، عوامل ایجادکننده و تداوم‌دهنده و ماشه چکان‌های درونی و بیرونی، بیان ارزش و اهمیت درمان، منطق درمان و برقراری ارتباط و بیان اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت، تمرکز سیستمی بر مشکل، اولویت‌بندی کردن سایر مشکلات فردی و ارتباطی، تعیین اهداف درمانی، مسئولیت‌پذیری برای صمیمیت جنسی، شناسایی نقاط قوت و آسیب‌پذیری‌های روانی / رابطه‌ای و فردی زوجین.
دوم	انگیزه‌مندی	ایجاد ناامیدی خلاق، ارائه اطلاعات و دانش جنسی: آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه‌نظر روانی و جسمی، افزایش خودآگاهی جنسی زنان، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی، توجه به تحریک و لذت اندام‌های تناسلی، آموزش خیال‌پردازی، پذیرش مسئولیت و نقش خود در مورد ایجاد و تداوم مشکل
سوم	مهارت‌افزایی زناشویی	ارائه دانش و آگاهی جنسی، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، بررسی و اهمیت متعادل ساختن و همخوانی میل جنسی و پذیرش ناهمخوانی‌ها، رابطه جنسی در زمان‌های نامناسب، آشنایی با باورهای و اسطوره‌های جنسی ناکارآمد، تقویت روابط عاطفی
چهارم	اثربخشی بین فردی	آموزش مهارت‌های ارتباطی، افزایش صمیمیت کلامی زوجین، مسئولیت‌پذیری برای صمیمیت جنسی، کار روی تعارض و خشم، تمرینات حل تعارض در منزل، بررسی مثلث‌های موجود در خانواده و مثلث زدایی
پنجم	فعال‌سازی ارزش‌مدار و ذهن آگاهانه	تأکید و آموزش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، کاهش اضطراب پاسخ جنسی، کار با ترس از صمیمیت، ترس از به هم خوردن توازن قدرت، ترس از دست دادن خود، افزایش تمایز‌یافتگی، افزایش شفقت با خود، استفاده از رابطه جنسی برای احساس امنیت و ارتباط
ششم	انعطاف‌پذیری شناختی	بررسی افکار و باورهای ناکارآمدی جنسی: بررسی نگرش‌های جنسی منفی غالب؛ بررسی باورهای جنسی غیرمنطقی و تشریح آن‌ها از دیدگاه علمی؛ انعطاف‌پذیری شناختی و تغییر نگرش‌های منفی نسبت به مسائل جنسی، ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های اصلی مربوط به اعتماد، ایمنی، قدرت، کنترل و صمیمیت و رفتار برخلاف باورهای منجمد و ثابت مبتنی بر آسیب‌های گذشته یا رویدادهای نامطلوب رشدی، در دنیای بزرگسالان و مبتنی بر عقلانیت
هفتم	دل‌بستگی ایمن کسب‌شده (ترمیم دل‌بستگی ناایمن)	ارزیابی مجدد تجارب زندگی و بازنگری در باورها و نتایج ثابت آن‌ها در مورد خود، دیگران و ظرفیت آن‌ها برای تسلط و حل مشکلات، کمک به فرد برای بازبینی حافظه خود از تجربیات متوالی رشد، آگاهی وضعیت روانی خود یادگیری دقیق نشانه‌گذاری، برچسب زدن و درک حالت‌های عاطفی و وضعیت شناختی، مانند باورها و طرحواره‌های ناسازگار، حساس شدن به محدودیت‌های دانش و باورها، احساس امنیت/محافظت در برابر خطر و تهدید، حس دیده شدن و درک شدن، عشق و حمایت بی‌قیدوشرط، احساس پتانسیل برای امکانات جدید برای رشد و خود شدن، شفقت به خود، خودارمبخشی و خودکارآمدی، گام برداشتن به سمت تمایز و تشخیص، افزایش ظرفیت پیوند و صمیمیت
هشتم	رشد فردی و پیشگیری از عود	مرور و جمع‌بندی جلسات، بازخورد دهی پیرامون اثربخشی یا غیر اثربخشی بودن درمان، رفع اشکالات موجود، ارائه نکات تکمیلی، تهیه طرح پیشگیری از عود، اجرای پس‌آزمون

ساختار و محتوای جلسات شناختی رفتاری اختلال میل/ می باشد که شرح جلسات در جدول ۲ آمده است: برانگیختگی جنسی بر اساس درمان عطار و همکاران (۲۰)

جدول ۲. ساختار و محتوای جلسات شناختی رفتاری اختلال میل برانگیختگی جنسی (اقتباس از عطار و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسه	هدف	محتوای جلسه
اول	آشنایی، آگاهی و آموزش روان‌شناختی	معارفه و آشنایی، اتحاد درمانی، آشنایی کلی با انواع اختلال‌های کارکرد جنسی؛ تأثیر آن در کیفیت روابط زناشویی
دوم	تأکید بر اهمیت درمان	بیان ارزش و اهمیت درمان، تعیین مشکل اصلی، ارزیابی نحوه‌ی نزدیکی، آموزش مهارت‌های ارتباطی
سوم	شناساندن مفاهیم جنسی	ارائه‌ی دانش و اطلاعات جنسی، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابزار وجود به شیوه‌ی صحیح
چهارم	افزایش مهارت جنسی	بازسازی شناختی؛ تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی نوع اول
پنجم	آموزش تکنیک‌های عملی ۱	تمرکز حسی نوع دوم، آموزش تمرینات کگل، دخول بدون ارگاسم و خودتحریکی، ارگاسم در حضور همسر
ششم	آموزش تکنیک‌های عملی ۲	آموزش تکنیک‌های تن آرامی برای کاهش هر چه بیشتر اضطراب در زندگی روزمره
هفتم	آموزش مهارت‌های حل مشکلات جنسی در مواقع خاص	مانور نقطه عطف، نزدیکی و ارگاسم، آموزش مهارت حل مساله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش هرچه بیشتر موقعیت‌های اضطراب‌زا
هشتم	خلاصه و جمع‌بندی	جمع‌بندی کلی نکات ارائه‌شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود نشانگان پس از دوره درمان، واکنش صحیح در زمان عود نشانگان

مقدار پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر در ابتدای پژوهش توضیحات کافی به تمام داوطلبین شرکت در پژوهش در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای مداخله پژوهشی و ارزیابیها، داده شد. ضمن این که به آنها اعلام شد اجازه دارند در هر مرحله از پژوهش از شرکت در تحقیق انصراف دهند. برای انجام این مطالعه، تأییدیه کمیته ی اخلاق از دبیرخانه ی کمیته ی دانشگاهی اخلاق در پژوهشهای زیست پزشکی دانشگاه لرستان، صادر گردید و با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1399.324 مورد تأیید قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره و آزمون تعقیبی LSD) در نرم‌افزار آماری SPSS-23 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه درمان یکپارچه، $4/13 \pm 32/93$ ، گروه شناختی رفتاری $5/21 \pm 34/33$ و گروه کنترل $4/92 \pm 33/40$ می باشد. در گروه درمان یکپارچه ۲۰ درصد سطح تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد، $46/66$ درصد تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و $26/66$ درصد تحصیلات دیپلم داشتند. در گروه درمان شناختی رفتاری ۲۰ درصد سطح تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد، ۶۰ درصد تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۲۰ درصد تحصیلات دیپلم داشتند و گروه گواه نیز $13/33$ درصد سطح تحصیلات بالاتر از کارشناسی ارشد، $66/66$ درصد تحصیلات فوق دیپلم و لیسانس و ۲۰ درصد تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند. جدول ۳ شاخص‌های توصیفی ابعاد پریشانی روان‌شناختی و جنسی را در آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس- فرم کوتاه (short form of depression, anxiety and stress DASS-21): به‌منظور ارزیابی پریشانی روان‌شناختی از فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لوی باند تهیه شده است. فرم کوتاه، دارای ۲۱ سؤال است که بر اساس طیف لیکرت چهارگزینه‌ای صفر (اصلاً)، یک (کم) دو (متوسط) و سه (زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس هر یک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۷ عبارت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با $0/77$ ، $0/79$ و $0/78$ به‌دست آمده است (۲۱). در مطالعه قربانی و همکاران (۲۲) همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی $0/80$ ، اضطراب $0/87$ و استرس $0/75$ به‌دست آمده. در پژوهش حاضر از این مقیاس جهت سنجش پریشانی روان‌شناختی استفاده شد. در پژوهش حاضر مقدار پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب $0/8$ ، $0/75$ و $0/82$ بدست آمد.

مقیاس تجدیدنظر شده پریشانی جنسی (Female Sexual Distress Scale- Revised FSDS-R): این پرسشنامه توسط دروگاتیس و همکاران (۲۳) با ۱۳ سؤال برای ارزیابی پریشانی مرتبط با مسائل جنسی طراحی و ساخته شده است و عبارات آن بر اساس یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس همسانی درونی ($0/86$) و پایایی آزمون- بازآزمون ($0/74$) خوبی دارد (۲۳). در ایران قسامی (۲۴)، به بررسی خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه پرداخته است و ضرایب آلفای آن را $0/94$ و ضرایب بازآزمایی آن را $0/89$ به دست آورده است که حاکی از پایایی بالای این مقیاس می‌باشد. در پژوهش حاضر

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر پریشانی جنسی و روان‌شناختی برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	روان‌درمانی یکپارچه	۱۴/۶۰	۱/۴۵	۱۱/۵۳	۱/۵۰
	CBT	۱۴/۴۰	۱/۶۳	۱۰/۴۰	۲/۰۷
	کنترل	۱۳/۹۳	۲/۱۵	۱۳/۴۰	۲/۲۰
اضطراب	روان‌درمانی یکپارچه	۱۴/۴۶	۱/۵۰	۱۱/۰۶	۱/۳۸
	CBT	۱۵	۲/۰۷	۸/۹۳	۲/۰۱
	کنترل	۱۴	۱/۸۸	۱۳/۹۳	۲/۲۱
استرس	روان‌درمانی یکپارچه	۱۳/۶۶	۱/۸۴	۱۰/۴۶	۱/۰۶
	CBT	۱۳/۲۰	۱/۴۵	۹/۷۳	۱/۳۳
	کنترل	۱۳/۲۶	۲/۰۲	۱۳/۲۰	۱/۹۲
نمره کل DASS-21	روان‌درمانی یکپارچه	۴۲	۳/۳۰	۳۲/۴۶	۲/۶۹
	CBT	۴۲/۶۰	۲/۸۹	۱۹/۰۶	۳/۰۳
	کنترل	۴۱/۲۰	۳/۴۴	۴۰/۵۳	۳/۵۰
پریشانی جنسی	روان‌درمانی یکپارچه	۳۱/۲۰	۳/۵۰	۲۸/۵۳	۳/۰۹
	CBT	۳۱/۲۶	۳/۵۵	۲۸/۲۶	۳/۲۹
	کنترل	۳۱/۱۳	۳/۶۶	۳۰/۹۳	۳/۰۵

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری را در زنان مبتلا به اختلال میل/برانگیختگی جنسی نشان رابطه با اثربخشی مداخلات پژوهش بر پریشانی جنسی می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در رابطه با اثربخشی مداخلات پژوهش بر پریشانی جنسی زنان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ملاک آزمون	درجه آزادی	اندازه اثر (اتا دو)	توان آماری
گروه	۴۶۴/۴۹۱	۲	۲۳۲/۲۴۶	۱۱۵/۵۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۹	۱
خطا	۸۲/۳۷۷	۴۱	۲/۰۰۹				
کل	۳۳۶۰۵	۴۵					

با توجه به نتایج جدول ۴ و مقدار F به دست آمده، حداقل در بین دو تا از گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون پریشانی جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). میزان اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که ۸۴ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون پریشانی جنسی ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری یک نیز حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری بالا می‌باشد. جهت بررسی دقیق‌تر و مقایسه دویه‌دوی گروه‌های پژوهش نتایج آزمون تعقیبی LSD در ادامه آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون پریشانی جنسی

گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت‌ها (I-J)	Std. Error	Sig.b
درمان یکپارچه	CBT	-۷/۷۲۲	۰/۵۱۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۲/۵۴۵	۰/۵۱۸	۰/۰۰۰۱
CBT	روان‌درمانی یکپارچه	-۵/۱۷۷	۰/۵۱۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۷/۷۲۲	۰/۵۱۸	۰/۰۰۰۱
کنترل	روان‌درمانی یکپارچه	۵/۱۷۷	۰/۵۱۸	۰/۰۰۰۱
	CBT	-۷/۷۲۲	۰/۵۱۸	۰/۰۰۰۱

ندا قاسمی و همکاران

آزمایش از اثربخشی لازم برخوردار بوده‌اند. همچنین در مقایسه گروه‌های آزمایشی پژوهش با توجه به تفاوت میانگین‌های به دست آمده و میزان معناداری ($P < 0.05$) می‌توان گفت که اثربخشی بیشتر به نفع روان‌درمانی یکپارچه اختلال میل / برانگیختگی جنسی می‌باشد و روان‌درمانی یکپارچه نسبت به CBT از اثربخشی بیشتری در کاهش پریشانی جنسی زنان دارای اختلال میل برانگیختگی جنسی برخوردار است.

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی و مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش، بین نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش (درمان تدوین شده و CBT) با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). به این معنا که آزمودنی‌های گروه‌های پژوهش در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نمرات کمتری در پریشانی جنسی بدست آورده‌اند. در نتیجه می‌توان گفت که هر دو مداخله در کاهش پریشانی جنسی آزمودنی‌های گروه‌های

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در رابطه با بررسی اثربخشی مداخلات پژوهش بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، استرس) زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ملاک آزمون	درجه آزادی	اندازه اثر (اتا دو)	توان آماری
افسردگی	۸۳/۸۹۶	۲	۴۱/۹۴۸	۲۸/۴۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۳	۱
اضطراب	۲۱۱/۷۰۹	۲	۱۰۵/۸۵۴	۲۸/۴۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۳	۱
استرس	۱۰۶/۸۷۶	۲	۵۳/۴۳۸	۳۶/۱۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۰	۱
افسردگی	۵۷/۵۹۷	۳۹	۱/۴۴۷				
اضطراب	۱۰۷/۳۹۳	۳۹	۲/۷۵۴				
استرس	۵۷/۶۵۱	۳۹	۱/۴۷۸				
افسردگی	۶۴۳۰	۴۵					
اضطراب	۶۰۹۹	۴۵					
استرس	۵۶۵۵	۴۵					

استرس ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. توان آماری یک نیز حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری بالا برای بررسی این فرضیه می‌باشد. جهت بررسی دقیق‌تر و مقایسه دوبه‌دوی گروه‌های پژوهش در مؤلفه‌های پریشانی روان‌شناختی نتایج آزمون تعقیبی LSD در ادامه آمده است.

با توجه به نتایج جدول ۶ حداقل در بین دو تا از گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون هر سه مؤلفه پریشانی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$). میزان اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که ۵۹ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون افسردگی، ۶۶ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون اضطراب و ۶۵ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون پریشانی روان‌شناختی

گروه (I)	گروه (J)	میانگین تفاوت‌ها (I-J)	Std. Error	Sig.b
درمان یکپارچه	CBT	۱/۰۶۱*	۰/۴۵۰	۰/۰۲۴
درمان یکپارچه	کنترل	-۲/۳۲۸*	۰/۴۵۴	۰/۰۰۰
CBT	درمان یکپارچه	-۱/۰۶۱*	۰/۴۵۰	۰/۰۲۴
CBT	کنترل	-۳/۳۸۹*	۴۶۰	۰/۰۰۰
کنترل	درمان یکپارچه	۲/۳۲۸*	۰/۴۵۴	۰/۰۰۰
کنترل	CBT	۳/۳۸۹*	۰/۴۶۰	۰/۰۰۰
درمان یکپارچه	CBT	۲/۴۰۱*	۶۱۵	۰/۰۰۰
درمان یکپارچه	کنترل	-۳/۰۹۰*	۰/۶۱۹	۰/۰۰۰
CBT	درمان یکپارچه	-۲/۴۰۱*	۰/۶۱۵	۰/۰۰۰
CBT	کنترل	-۵/۴۹۱*	۰/۶۲۸	۰/۰۰۰
کنترل	درمان یکپارچه	۳/۰۹۰*	۰/۶۱۹	۰/۰۰۰
کنترل	CBT	۵/۴۹۱*	۰/۶۲۸	۰/۰۰۰
درمان یکپارچه	CBT	۰/۰۶۰	۰/۴۵۰	۰/۸۹۴
درمان یکپارچه	کنترل	۳/۳۵۰*	۰/۴۵۴	۰/۰۰۰
CBT	درمان یکپارچه	-۰/۰۶۰	۰/۴۵۰	۰/۸۹۴
CBT	کنترل	-۳/۴۱۰*	۰/۴۶۰	۰/۰۰۰
کنترل	درمان یکپارچه	۳/۳۵۰*	۰/۴۵۴	۰/۰۰۰
کنترل	CBT	۳/۴۱۰*	۰/۴۶۰	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی و مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش، بین نمرات پس‌آزمون افسردگی و اضطراب و استرس آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). در نتیجه می‌توان گفت که هر دو مداخله در کاهش افسردگی و اضطراب و استرس آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی از اثربخشی لازم برخوردار بوده‌اند. همچنین در مقایسه گروه‌های آزمایشی پژوهش با توجه به تفاوت میانگین‌های به دست آمده و میزان معناداری، تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه روان‌درمانی یکپارچه اختلال میل / برانگیختگی جنسی و گروه CBT وجود دارد ($P < 0/05$) و اثربخشی بیشتر در افسردگی و اضطراب به نفع CBT می‌باشد. در رابطه با نمرات پس‌آزمون استرس نیز بین دو گروه آزمایشی تفاوت معناداری در میزان اثربخشی مشاهده نمی‌شود ($P > 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی پروتکل روان‌درمانی یکپارچه و CBT بر پریشانی روان‌شناختی و پریشانی جنسی زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که پروتکل روان‌درمانی یکپارچه و CBT در مقایسه با گروه گواه، بر پریشانی روان‌شناختی و پریشانی جنسی زنان مبتلا به اختلال میل برانگیختگی جنسی زنان تأثیرگذار است.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش شیدایی اقدام و همکاران (۲۷) و شامکویان و همکاران (۲۸) که از تأثیر مثبت درمان یکپارچه نگر بر اختلال عملکرد جنسی حکایت دارد، همسو می‌باشد. همچنین نتایج این یافته با دیگر بررسی‌های پژوهشی مانند عشقی و همکاران (۵) فروهاف و همکاران (۱۲)، آذرتاش و همکاران (۲۹) و خان و همکاران (۳۰) در زمینه اثربخشی CBT بر بهبود عملکرد جنسی همخوان و همسو می‌باشد.

در تبیین اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه بر پریشانی جنسی می‌توان به ماهیت مداخله و درمان به‌کاررفته برای این افراد اشاره کرد که پروتکل روان‌درمانی یکپارچه تکنیک‌ها و اصول و مفاهیم تأثیرگذار در زمینه درمان این اختلال را یکپارچه کرده است. الگوها و تکنیک‌هایی که هرکدام پیش‌ازاین به‌طور جداگانه اثربخشی خود را نشان داده‌اند، در نتیجه دور از انتظار نیست که اثر تجمعی این مداخلات و یکپارچه کردن این مداخلات در یک سیر

منطقی و ساختاریافته برای زنان مبتلا به کم‌میلی جنسی از اثرگذاری لازم برخوردار باشد. همچنین این مداخلات توانسته‌اند با تعدیل الگوهای تفکر، احساس و رفتار و ارتقای مهارت‌های فردی و بین‌فردی و ارائه آموزش‌های موردنیاز در زمینه فردی و زناشویی از میزان پریشانی جنسی آزمودنی‌ها بکاهند. همچنین تمرکز بخش قابلیت و جویی از ساختار درمانی تدوین‌شده بر آموزش و ارزیابی و اصلاح الگوهای مرتبط با عملکرد جنسی و زناشویی، می‌تواند در دستیابی به نتایج حاضر تأثیرگذار بوده باشد.

آگاهی و آموزش‌های روان‌شناختی در کنار سایر تکنیک‌ها باعث می‌شوند که زنان نسبت به ماهیت واقعی مشکلات جنسی آگاه شده و بینش جدیدی نسبت به مشکل پیدا کنند که می‌تواند در نقش تسهیل‌گر برای درمان‌پذیری این افراد، کمک‌کننده باشد. همچنین مداخلاتی از قبیل فعال‌سازی ذهن آگاهانه و ارزش‌مدار توانسته است با فعال کردن سبک زندگی و متعهد کردن افراد به تغییر عادت‌های قدیمی و الگوهای منفی رفتاری، مراجع را در موضعی فعال و پویا قرار داده و با تغییر موضع رفتاری و شناختی آن‌ها را محیای مداخلات بعدی و پذیرای تکنیک‌های بعدی درمان کند. تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، آگاهی فعال از بدن و احساسات، آنان را به شیوه‌ای متمرکز بر حال و بدون قضاوت پرورش می‌دهد. ذهن آگاهی ممکن است از طریق بهبود آگاهی و افزایش توجه به نشانه‌های فیزیولوژیکی مرتبط جنسی بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارد. با تمرکز بر احساسات جسمانی فعالیت جنسی به‌جای مشغول شدن به عملکرد جنسی یا سطح فعلی میل یا برانگیختگی، زوجها می‌توانند یاد بگیرند که در طول موقعیت جنسی حضور داشته باشند و به شریک زندگی خود پاسخ دهند (۲۵) که این عوامل نیز به نوبه خود در کاهش پریشانی جنسی آزمودنی‌ها تأثیرگذارند. گرم‌تر و صمیمی‌تر شدن زن و شوهر در نتیجه ارائه تکنیک‌های حل تعارض و مهارت‌های زندگی زناشویی، 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 (۲۶). با کاهش تعارضات زناشویی نیز زمینه برای کاهش پریشانی جنسی آزمودنی‌ها فراهم می‌شود. در تبیین اثربخشی روان‌درمانی یکپارچه بر پریشانی روان‌شناختی آزمودنی‌ها نیز می‌توان گفت که ارائه

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 تفسیر فرد از موقعیت‌ها بهبود می‌یابد.

در زمینه اعتبار آزمایشی رقابتی و مقایسه اثربخشی مداخله‌های پژوهش نیز نتایج نشان داد که روان‌درمانی یکپارچه از CBT در زمینه کاهش پریشانی جنسی مؤثرتر عمل می‌کند. در تبیین این نتایج هم می‌توان به ماهیت و منطق مداخله‌ها اشاره کرد. از آنجاکه درمان یکپارچه تدوینی اختلال میل/برانگیختگی جنسی، مداخله‌ای خاص اختلال بوده و اثرتجمیعی تکنیک‌ها و الگوها و درمان‌های مؤثر اختلال میل جنسی را در یک پروتکل واحد یکپارچه کرده است و تمرکز کاملی بر اختلال میل جنسی دارد و می‌تواند متناسب با نیاز هر یک از مراجعان شخصی‌سازی شود و برای هر مراجع خاصی با اختلال میل جنسی طیف مختلف و متنوعی از الگوها و تکنیک‌های درمانی در دسترس درمانگر و مراجع است، در نتیجه دور از انتظار نیست که در زمینه کاهش پریشانی جنسی نسبت به CBT مؤثرتر واقع شود. در درمان یکپارچه مهارت‌های درمان‌های شناختی رفتاری با سایر مداخلات نوین و با ملاحظات تجارب بیماران و درمانگران این حوزه یکپارچه‌شده است و انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به CBT دارد و باهدف قرار دادن الگوها و مفاهیم فراتشخیصی و بنیادین مؤثر در بدکارکردی‌های جنسی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توانمندی مراجعان را در حوزه‌های مختلف فردی و بین فردی افزایش می‌دهد. در رابطه با ابعاد پریشانی روان‌شناختی نیز نتایج نشان داد که CBT نسبت به روان‌درمانی یکپارچه در ابعاد افسردگی و اضطراب موفق‌تر عمل کرده است. در تبیین اثربخشی بیشتر CBT بر این دو مؤلفه نیز می‌توان به منطق پدیدایی و ماهیت و تکنیک‌های CBT اشاره کرد. CBT در اصل برای تأثیرگذاری بر فرایندهای شناختی ناسازگار و الگوهای ناکارآمد شناختی طراحی شده و از آنجا که پریشانی روان‌شناختی و افسردگی و اضطراب تا حد زیادی در نتیجه الگوهای شناختی ناسازگار و ناکارآمد به وجود می‌آیند و تداوم پیدا می‌کنند، CBT با تأثیرگذاری بر این الگوهای ناکارآمد توانسته است نسبت به الگوی روان‌درمانی میل جنسی که تمرکز بیشتری بر تعدیل ناکارآمدی‌های جنسی دارد، موفق‌تر عمل کند.

آموزش‌ها و تکنیک‌هایی از قبیل افزایش انعطاف‌پذیری شناختی باعث تعدیل در باورها و نگرش‌های ناسازگار زنان می‌شود و با تغییر و تعدیل باورها میزان پریشانی روان‌شناختی افراد کاهش می‌یابد. در کل می‌توان اثرگذاری این پروتکل بر کاهش پریشانی روان‌شناختی را نتیجه ارائه مداخلات و تکنیک‌های مرتبط با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، زندگی در لحظه و تعدیل نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد افراد دانست که زمینه را برای کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی آماده کرده‌اند. همچنین می‌توان به نقش کاهش پریشانی جنسی اشاره کرد. به این صورت که پریشانی روان‌شناختی ممکن است در نتیجه و پیامد جانبی پریشانی و ناکارآمدی جنسی باشد که با بهبود و تعدیل پریشانی جنسی، پریشانی روان‌شناختی نیز به‌عنوان بخش دیگری از نتایج پژوهش نشان داد که CBT نیز در مقایسه با گروه کنترل بر پریشانی جنسی و پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به اختلال میل برانگیختگی جنسی مؤثر است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های فروهاف و همکاران (۱۲) و آذرتاش و همکاران (۲۹) همخوان و همسو می‌باشد. در این مداخله با شناسایی و تعدیل باورهای شناختی ناسازگار و الگوهای مرکزی باورها و طرحواره‌های مرکزی سعی در کاهش علائم اختلال است. می‌توان گفت که مداخلاتی از قبیل بازسازی شناختی و فعال‌سازی رفتاری، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابراز وجود به شیوه‌ی صحیح، تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، آموزش تکنیک‌های تن‌آرامی و آموزش مهارت حل مساله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش موقعیت‌های اضطراب‌زا تکنیک‌های مؤثر و مبتنی بر شواهدی هستند که با تأثیرگذاری بر شناخت‌های فرد و تعدیل سایر مشکلات خلقی و روان‌شناختی، افراد را به لحاظ روان‌شناختی توانمند می‌کنند و با تعدیل و کاهش مشکلات خلقی و اضطراب و استرس و تنش‌های روزمره زمینه را برای کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد فراهم می‌کنند.

درمان شناختی رفتاری سبب می‌شود سطح تنش ناشی از روابط جنسی اضطراب‌آمیز کاهش یابد (۳۰). در واقع با کاهش تحریف‌های شناختی جنسی و افکار غیرمنطقی جنسی فرد روابط را مثبت‌تر ارزیابی می‌نماید و وقایع استرس‌آمیز در روابط را کمتر بیش برآورد می‌کند. در واقع درمان شناختی رفتاری سبب می‌شود افراد از یک‌سو

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله روان‌درمانی یکپارچه و CBT بر پریشانی جنسی و روان‌شناختی آزمودنی‌ها تأثیرگذارند و اثربخشی بیشتر در میزان اثرگذاری بر پریشانی جنسی به نفع الگوی روان‌درمانی یکپارچه اختلال میل جنسی و در میزان کاهش پریشانی روان‌شناختی به نفع CBT می‌باشد. با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها از جمله حجم کوچک نمونه و تک جنسیتی بودن در نمونه پژوهش حاضر، تعمیم‌پذیری یافته‌ها محدود می‌شود. لذا برای رفع این محدودیت کار آزمایشی‌های تصادفی کنترل‌شده با حجم نمونه بزرگ‌تر ضروری به نظر می‌رسد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش این است که این تحقیق در زمان اجراء به علت شیوع بالای بیماری COVID-19 مرحله‌ی پیگیری نداشته است که این امر باعث می‌شود در مورد ماندگاری اثر درمان اطلاعاتی در دست نباشد. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌گردد پروتکل

روان‌درمانی یکپارچه به کار گرفته شده در این پژوهش در کنار سایر الگوهای درمانی در زمینه کاهش پریشانی روان‌شناختی و پریشانی جنسی زنان مبتلا به اختلال میل برانگیختگی جنسی مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری در رشته روان‌شناسی دانشگاه لرستان با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1399.324 می‌باشد. بدین وسیله از کلیه زنان دارای اختلال میل برانگیختگی جنسی که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

این مقاله بدون هیچ‌گونه حمایت مالی انجام شده است. بین نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

References

1. Thomas EJ, Gurevich M. Difference or dysfunction?: Deconstructing desire in the DSM-5 diagnosis of Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Feminism & Psychology* 2021;31(1):81-98. <https://doi.org/10.1177/0959353521989536>
2. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, DC: Author. 2022 <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
3. Soltani A, Rezaei F, Razavi V. The Effectiveness Of Barlow's Cognitive - Affective Counseling On Female Sexual Frigidity Treatment In Isfahan. *Knowledge and Reserch In Applied Psychology*. 2016;17(3):81-9.
4. Malary M, Pourasghar M, Khani S, Hamzehgardeshi Z. Psychometric Properties of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female for Diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder: The Persian Version. *Iran J Psychiatry*. 2016;11(4):262-268.
5. Eshghi R, Bahrami F, Fatehizadeh M, Keshavarz A. Studying the Effectiveness of Couples Sexual Cognitive- Behavioral Therapy on Improvement of Women's Hypoactive Sexual Desire Disorder in Isfahan. *QJCR*. 2015;14(53):111-130
6. Kingsberg S. Attitudinal Survey of Women Living with Low Sexual Desire. *Journal of women's health*. 2014;23(10):817-23. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4743>
7. Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, Wheeler SB, Borisov NN, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. *Value Health*. 2009;12(5):763-72. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00483.x>
8. Rosen NO, Dubé JP, Corsini-Munt S, Muise A. Partners experience consequences, too: A comparison of the sexual, relational, and psychological adjustment of women with sexual interest/arousal disorder and their partners to control couples. *The journal of sexual medicine*. 2019;16(1):83-95. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.018>
9. Sarin S, Amsel R, Binik YM. A Streetcar Named "Derousal"? A Psychophysiological Examination of the Desire-Arousal Distinction in Sexually Functional and Dysfunctional Women. *The Journal of Sex Research*. 2016;53(6):1-19. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1052360>
10. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual

- Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sex Med Rev.* 2016;4(2):103-20. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009>
11. Frost R, Donovan C. A qualitative exploration of the distress experienced by long-term heterosexual couples when women have low sexual desire. *Sexual and Relationship Therapy.* 2021;36(1):22-45. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1549360>
 12. Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior.* 2013;42(6):915-33. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>
 13. Antle BF, Owen JJ, Eells TD, Wells MJ, Harris LM, Cappiccie A, et al. Dissemination of computer-assisted cognitive-behavior therapy for depression in primary care. *Contemporary Clinical Trials.* 2019;78:46-52. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.11.001>
 14. Shubina I. Cognitive-behavioral therapy of patients with ptsd: literature review. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2015;165:208-16. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.624>
 15. Brotto LA. Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Frontiers in Neuroendocrinology.* 2017;45:11-7. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001>
 16. Suleimanian AA, Naghi Nesab Ardahai F. Investigating the effectiveness of systemic treatment of sexual disorders on improving the sexual desire of women suffering from hyposexuality disorder. The first scientific research conference of psychology, educational sciences and pathology of society; Kerman 2014.
 17. Both S. Recent developments in psychopharmaceutical approaches to treating female sexual interest and arousal disorder. *Current Sexual Health Reports.* 2017;9(4):192-9. <https://doi.org/10.1007/s11930-017-0124-3>
 18. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: An introduction. USA: Pearson; 2007.
 19. Ghasemi N, Rezaei F, Sadeghi M. Development of psychotherapy Protocol for female sexual interest-arousal disorder; Qualitative Study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing.* 2022;8(4): 50-64.
 20. Attar S, Bahnia Asl F, Heydari Z, Mahmoudi N. Investigating the effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) on increasing sexual intimacy and reducing concern about body image in women with sexual dysfunction (sexual reluctance) who refer to counseling centers in Shiraz. *The Journal of New Advances In Behavioral Sciences.* 2020;5(43):13-25.
 21. Lovibond P, Lovibond S. The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy.* 1995;33:335-43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
 22. Qarabaghi F, Basharat MA, Rostami R, Gholam Ali Lavasani M. Effectiveness of Bowen systemic therapy on chronic anxiety and lifestyle. *Thought and behavior in clinical psychology.* 2018;13(50):37-46.
 23. Derogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2008;5(2):357-64. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00672.x>
 24. Qassami M. A preliminary investigation of the psychometric properties of the Women's Sexual Functioning Scale (FSFI) & Women's Sexual Anxiety Scale (FSDS) in samples of Iranian women [Dissertation]. Master's thesis in psychology: Shahid University Clinic; 2010.
 25. Meston CM, Stanton AM. Treatment of Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *The Textbook of Clinical Sexual Medicine: Springer;* 2017. p. 165-8. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52539-6_11
 26. Perissutti C, Barraca J. Integrative behavioral couple therapy vs. Traditional behavioral couple therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clinica y Salud.* 2013;24(1):11-8. <https://doi.org/10.5093/cl2013a2>
 27. Shidai Aghdam, SH, Lotfi Kashani, F, Waziri, SH. comparison of the effectiveness of integrative therapy, spiritual therapy and cognitive-behavioral therapy on sexual dysfunction in patients with breast cancer. 2018; international clinical psychology conference: evaluation. diagnosis, treatment, Tehran. <https://civilica.com/doc/1115412>
 28. Shamkoeyan L, Lotfi Kashani F, Seyrafi

- M, Ahadi A, Kavosi H. The Effectiveness of Integrative Group Therapy on the Sexual Function of Women with Systemic Scleroderma. *Intern Med Today*. 2018; 24 (3) :182-192.
29. Azartash F, Shafiabadi A, Falsafi nezhad Mr, Farhadi H. Effectiveness of the Combination of Cognitive-Behavioral Therapy and Systemic Therapy on the Women's Hypoactive Sexual Desire. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*. 2021;63(6):2133-42.
30. Khan S, Amjad A, Rowland D. Potential for long-term benefit of cognitive behavioral therapy as an adjunct treatment for men with erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 2019;16(2):300-6. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.12.014>