

The Effectiveness of Barlow's cognitive - affective counseling on Female Sexual Frigidity Treatment in Isfahan

Anahita Soltani, M.A.

Department of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

Fatemeh Rezaei, Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Khomeinishahr, Isfahan, Iran

Vida Razavi, Ph.D.

Academic member Islamic Azad University of Kerman, Iran

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the efficacy of Barlow's cognitive-affective counseling on the improvement of sexual frigidity on married women in Isfahan in 2014. The design of the research was quasi-experimental with pre- and post-test. The population included all the married women in Isfahan. A sample of 30 women, then, with the lowest score in sexual function was selected and assigned into two groups, experimental (n=15) and control (n =15) through voluntary sampling method. The research instruments consisted of Female Sexual Function Index (FSFI) (Rosen et.al, 2000). The experimental group received 8 sessions of cognitive-affective counseling. The data were analyzed by analysis of covariance. The results showed that the effectiveness of Barlow's sexual cognitive-affective counseling on women's sexual frigidity treatment was significant (P= 0.01). As a result, to improve any of the females' sexual components, Barlow's cognitive-affective counseling can be used.

Keywords: female sexual frigidity, Barlow's cognitive-affective counseling, sexual arousal.

اثربخشی مشاوره شناختی - عاطفی بارلو بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان شهر اصفهان

آناهیتا سلطانی*

کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان

فاطمه رضایی

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر

ویدا رضوی

عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مشاوره شناختی - عاطفی بارلو بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان متأهل شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ است. جامعه آماری شامل همه زنان متأهل شهر اصفهان بود و نمونه پژوهش که ۳۰ نفر از زنان با کمترین نمره در عملکرد جنسی بودند، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری، داوطلبانه بود و طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون. ابزار پژوهش پرسشنامه ۱۹ سؤالی شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) است که روزن و همکاران (۲۰۰۰) طراحی کردند. گروه آزمایش در ۸ جلسه مورد مشاوره شناختی - عاطفی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. یافته‌های حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با آزمون تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که مشاوره شناختی - عاطفی جنسی بارلو، بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان معنادار است (P=۰/۰۱). در نتیجه برای بهبود هر یک از مؤلفه‌های جنسی زنان می‌توان از مشاوره شناختی - عاطفی جنسی بارلو استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: سردمزاجی جنسی زنان، مشاوره شناختی - عاطفی بارلو، برانگیختگی جنسی.

مقدمه

تمرکز یافته آغاز می‌شوند. قابل ملاحظه‌ترین همبسته مرحله برانگیختگی، پرخون شدن عروق اندام‌های تناسلی است که به پرخونی فرج و روان‌سازی مهبل در زنان منجر می‌شود (تریگول، ۱۳۹۰). اولین علامت تهییج در زن بروز ترشح واژینال است. مرحله تهییج در زن طولانی‌تر از مردان است و به‌طور متوسط ۱۰ دقیقه طول می‌کشد. نداشتن میل جنسی ممکن است به‌صورت کاهش دفعات همبستری، عدم احساس جذابیت در شریک جنسی یا شکایت آشکار از نداشتن میل جنسی و یا بی‌زاری و نفرت از عمل جنسی ظاهر شود (آرمان و زهرائی، ۱۳۸۹). واژه میل^{۱۲} دال بر مؤلفه‌های عاطفی و شناختی جنبه‌های اشتها آور رفتار جنسی است.

میل فعالیتی شناختی است که مستقیماً قابل مشاهده نیست (اسپنس، ۱۳۸۹). میل یک اصطلاح محبوب در متون رفتار جنسی است (آگمو^{۱۳}، ۲۰۰۷). میل تجربه‌ای منحصر به فرد است (گلدهمر^{۱۴} و مکابه، ۲۰۱۱). معمولاً میل جنسی به‌عنوان یک علاقه و کشش برای درگیر شدن در فعالیت جنسی شناخته می‌شود (ریگان^{۱۵}، ۱۹۹۹). مشکل میل جنسی در زنان شایع‌تر از مردان است که با عوامل سلامت روانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (باسن^{۱۶}، ۲۰۰۲). در مطالعه میل جنسی جنبه‌های عاطفی که عمدتاً عواطف منفی مانند خشم و اضطراب است و به‌عنوان عاملی در جهت کاهش تمرکز جنسی نمایان می‌شود (وندانهایت و بارلو، ۲۰۰۰). کیفیت و رضایت از زندگی موضوعاتی است که رابطه‌ای قوی با کاهش میل جنسی زنان در طول عمر آنان دارد (لاومن، پیک، گلاسر، کنگ، وانگ^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۶). میل موضوعی اختصاصی است و ممکن است در شدت متغیر باشد یا حتی نبود آن حضور آسیب‌شناسی جسمانی یا روان‌شناختی را منعکس کند (تریگول^{۱۸}، ۱۳۹۰). مطالعه کینگ، هولت و نزارت^{۱۹} (۲۰۰۷) نشان داد که اغلب مشکلات جنسی زنان با مسائل و مشکلات عاطفی ارتباط دارد. هایز، دنراشتاین، بهنت، سیدات، گورین^{۲۰} و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که اضطراب جنسی رابطه‌ی زیادی با ارتباط ضعیف و درک نکردن نیازهای جنسی دارد. مطالعه

اهمیت رفتار جنسی و نقش مهمی که در بسیاری از روابط ایفا می‌کند، نشان می‌دهد که رفتار جنسی در بهداشت روانی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (کنجی، ۱۳۹۲). تقریباً در تمام فرهنگ‌ها سکس و سکسوالیتی^۱ به مثابه یک تابو^۲ است (اوحدی، ۱۳۸۵). رفتار جنسی جنبه مهمی از کیفیت زندگی زناشویی است. منظور از رفتار جنسی ترکیبی از مفاهیم، نگرش‌ها، تجربه‌ها، فعالیت‌ها، احساسات و اندیشه‌های همراه با آن است (دنراشتاین^۳، ۲۰۰۱). مطالعات نشان می‌دهد که مشکلات جنسی شایع هستند و به‌طور بالقوه بر تمام مؤلفه‌های عملکرد جنسی اثر می‌گذارند (شیفرن، مونز، روسو، سیگریتی و جوهرانس^۴، ۲۰۰۸). مسترز و جانسون (۱۹۶۶) اولین کسانی بودند که تغییرات فیزیولوژیک ایجاد شده در زن و مرد را طی فعالیت جنسی تحت عنوان پاسخ جنسی گزارش کردند. آنها اعتقاد داشتند دوره پاسخ جنسی دارای مراحل: ۱- انگیزش^۵، ۲- پلاتو^۶، ۳- ارگاسم^۷ و ۴- فرونشینی^۸ است (رحمانی، تعاونی و الله‌قلی، ۱۳۸۹).

اولین مرحله دوره واکنش جنسی مرحله میل جنسی (هوس جنسی^۹) است. میل جنسی^{۱۰} یعنی اشتیاق و تمایل برای داشتن رابطه جنسی، غرق شدن در افکار و رؤیاهای جنسی و داشتن تمایل جنسی به دیگران. دومین مرحله دوره جنسی برانگیختگی است، در این مرحله احساس لذت جنسی به وجود می‌آید و در اندام تناسلی نیز تغییرات فیزیکی روی می‌دهد. اختلال میل / برانگیختگی جنسی^{۱۱} در زنان و مردان به مرحله میل و برانگیختگی جنسی مربوط می‌شوند و خصوصیت اصلی آنها کمبود یا نبود میل جنسی در یک دوره زمانی طولانی است. این اختلالات در طول مرحله هیجان‌زدگی روی می‌دهند (کنجی، ۱۳۹۲).

زنی که علایم فیزیولوژیک برانگیختگی را ندارد، خشک می‌ماند و تمایلی به برقراری ارتباط جنسی ندارد و اصولاً این فعالیت برایش لذت‌بخش نیست (آرمان و زهرائی، ۱۳۸۹). برانگیختگی مرحله‌ای است که طی آن افکار و فعالیت جنسی

- | | |
|--|---|
| 1. Sexuality | 2. taboo |
| 3. Dennerstein | 4. Shifren, Monz, Russo, Segreti & Johannes |
| 5. eacitement phase | 6. pleteau phase |
| 7. prgasm phase | 8. resolution phase |
| 9. the urge and desire to have sex | 10. sexual interest |
| 11. sexual interest /arousal disorders | 12. desire |
| 13. Agmo | 14. Goldhammer & Maccabe |
| 15. Regan | 16. Basson |
| 17. Laman, Paik, Glasser, Kang, Wang & et al | 18. Trigwell |
| 19. King, Holt & Nazareth | 20. Hayes, Dennerstein, Behnet, Sidat, Gurrin & et al |

در DSM-5 برای زنان اختلال‌های میل و برانگیختگی جنسی در یک اختلال ادغام شده‌اند: یعنی اختلال جنسی علاقه / برانگیختگی زنانه^۱ (قاسمی‌پور، ۱۳۹۲). الگوی پردازش اطلاعات بارلو (۱۹۸۶) پیش‌بینی کرد (نمودار ۱) که پاسخ‌های عاطفی اولیه و توجه به نشانه‌های جنسی، پاسخ جنسی را تعیین خواهد کرد. بارلو فرض می‌کند هنگامی که فرد با نشانه‌های جنسی روبه‌رو می‌شود، در آغاز آنها را به شکل مثبت یا منفی ارزیابی می‌کند. افرادی که از نشانه‌های جنسی ارزیابی مثبت دارند، تمایل بیشتری به حفظ توجه خود بر این نشانه‌های جنسی دارند. که این امر برانگیختگی خودکار و توجه به محرک‌های جنسی را افزایش می‌دهد. که در نهایت به شروع رفتارهای آشکار مثبت جنسی منجر می‌شود (گری^{۱۱}، ۱۹۸۷). همچنین افرادی که نشانه‌های جنسی را منفی ارزیابی می‌کنند، احتمال بیشتری دارد تا به عوامل غیرمرتبط جنسی (مثلاً تصویر بدنی) و عواقب منفی احتمالی عملکرد جنسی بیشتر توجه کنند (ویسبرگ، ونسیز^{۱۲}، براون و بارلو، ۲۰۰۱). بارلو از الگوی خود به‌عنوان پایه‌ای برای درک عملکرد جنسی استفاده کرده و نقش پاسخ‌های عاطفی و شناختی استفاده شده برای تعیین سطح میل جنسی افراد در تحریک جنسی را مؤثر دانسته است. مطالعات متعدد نشان داد که توجه اختصاصی فرد به محرک‌های جنسی بیش از تحریک جنسی اثربخش است (بک، بارلو و ساخیم^{۱۳}، ۱۹۸۳). الگوی بارلو نظریه‌ای است که واکنش منفی افراد مبتلا به اختلالات جنسی را به تحریکات وابسته به عشق شهوانی نشان می‌دهد (فروهلچ و مستون^{۱۴}، ۲۰۰۲). شناخت نقش مهمی در عملکرد جنسی دارد (کلینن پلاتر، منارد، پگیوت، پراڈیز، کمپبل^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۹). حواس‌پرتی شناختی، مانع روانی است که به‌عنوان عامل مزاحم در عملکرد جنسی شناخته شده است (وایدمن^{۱۶}، ۲۰۰۱). همچنین شناخت‌های منفی، زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات و موضوعات روان‌شناختی است که عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بارلو، ۱۹۸۶؛ بنیک، برگرسن و خلیفه^{۱۷}، ۲۰۰۷). کمال‌گرایی در میان ابعاد شناختی مورد مطالعه است (دیبارتلو و بارلو، ۱۹۹۶).

رابطه جنسی مشخص کرد که رویدادهای آسیب‌زای اولیه جنسی در عملکرد جنسی بعدی افراد به‌ویژه زنان تأثیر زیادی دارد. اگر زنان قبل از سن بلوغ مجبور به برقراری رابطه جنسی شوند، تقریباً دو برابر بیشتر نسبت به کسانی که قبل از بلوغ تماس جنسی نداشته‌اند، احتمال دارد که به ناهنجاری‌های جنسی مبتلا شوند (بارلو، ۲۰۱۱). عوامل روانی، زیستی مختلفی بر عملکرد جنسی اثر می‌گذارد (باسن، ۲۰۰۵). تربیت جنسی محدود، آموزش و پیام‌های جنسی محدودکننده در خانواده از جمله عوامل بین نسلی است که تأثیر فراوانی در عملکرد جنسی زنان دارد (کلایتون^۱، ۲۰۰۳). تأثیر اسطوره‌های جنسی (راتوس^۲، نوید و فیچنر، ۲۰۰۵) آشنا نبودن با آناتومی جنسی و پاسخ جنسی (کلایتون، ۲۰۰۳) سوء استفاده در دوران کودکی و نوجوانی همچنین شکل‌هایی از سوء استفاده مربوط به شغل و ضربه‌های آسیب‌زا غالباً با انواع مختلف مشکلات جنسی زنان مرتبط است (آلتوف^۳، ۲۰۱۰). اضطراب فراگیر با اختلال عملکرد جنسی زنان مرتبط است (بارلو، ۱۹۸۶). زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند، خودارزیابی منفی دارند (لیبلوم^۴ و روزن، ۱۹۸۹). سوء استفاده جنسی مانند تجاوز و خشونت در ارتباطات نزدیک و صمیمانه به بی‌اعتمادی منجر می‌شود (کیلی^۵، ۱۹۸۸). ناتوانی جنسی در زنان یک مشکل چند بعدی و چند علتی است که ترکیبی از عوامل زیست‌شناختی و فردی است (باسن، برنت، دراگتیز، فرگسن^۶ و همکاران، ۲۰۰۰). کژکاری‌های جنسی^۷، مجموعه اختلالات ناهمگن هستند که معمولاً با اختلال قابل ملاحظه بالینی در توانایی پاسخ دادن جنسی فرد یا تجربه کردن لذت جنسی مشخص می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۸، ۲۰۱۳). ناکارآمدی جنسی یک شکایت شایع بین زنان است و تخمین زده می‌شود ۴۰ تا ۴۵ درصد زنان از بعضی اختلالات جنسی رنج می‌برند (پیرا، کریون، مچدو، ناردی و سیلوا^۹، ۲۰۱۳). قضاوت بالینی در مورد تشخیص کژکاری جنسی باید عوامل فرهنگی را در نظر داشته باشد که بر انتظارات تأثیر می‌گذارند، یا ممنوعیت‌هایی را در مورد تجربه لذت جنسی ایجاد می‌کند

1. Clayton

3. Altof

5. Kelly

7. sexual dysfunctions

9. Pereira, Carrion, Machado, Nardi & Silva

11. Gray

13. Sakhim

15. Kleinplats, Menard, Paquet, Paradis, Compbell & et al

17. Biniketal, Bergerson & Khalife

2. Rathus, Nevid & Fichner

4. Liblum

6. Berman, Burnett, Derogatis, Fergusen & et al

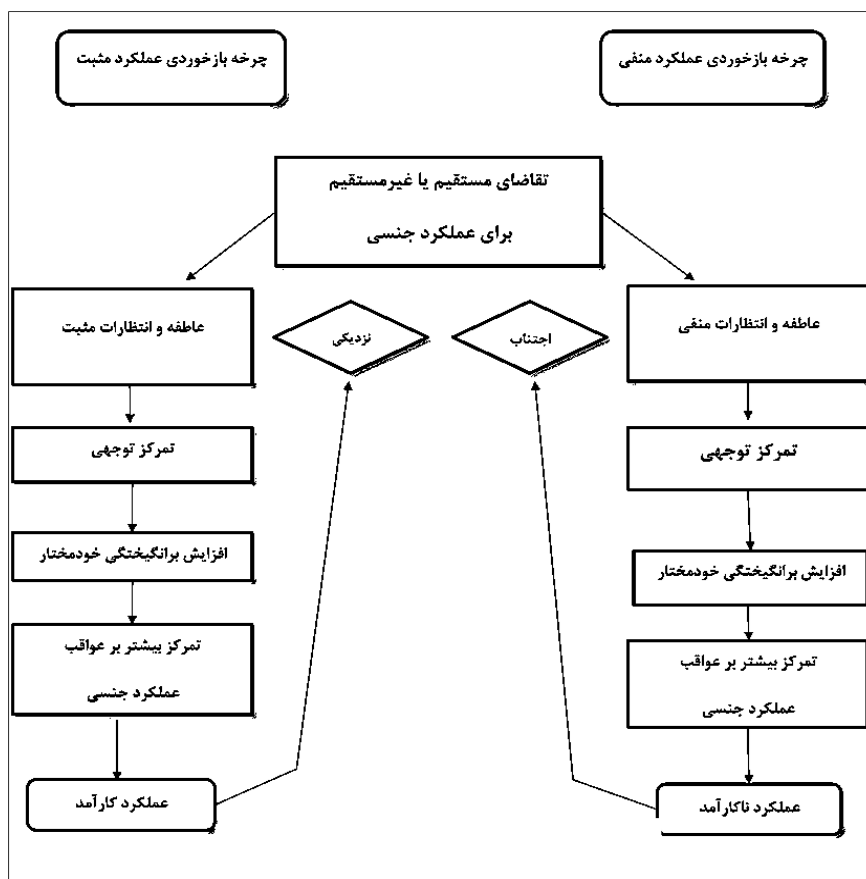
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

10. female sexual interest /arousal disorder

12. Weisberg, Wincze

14. Forhlich, Meston

16. Wiederman



نمودار ۱- مدل برانگیختگی جنسی بازداری شده، بارلو (۱۹۸۶)

چاپمن^۴ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان داد که دو تابو اجتماعی بزرگ باعث واپس زده شدن تمایلات جنسی در زنان می‌شود. یکی تابو آگاهی جنسی و دیگری تابو ابراز تمایلات جنسی، میل و لذت جنسی زن است. این تابوها مانعی برای درک درست از واقعیات جنسی هستند. پرنسن و روجینز^۵ (۲۰۰۹) در پژوهشی نشان دادند که ناهمخوانی در طرحواره‌های جنسی به‌طور متوسط با رضایتمندی جنسی و روابط جنسی ایمن مرتبط است. همچنین خودنظاره‌گری جنسی زنان و تندرستی جنسی آنان از عواملی است که زمینه‌ساز اختلال جنسی می‌شود. نوبر و گوویا^۱ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که ارتباط معنی‌داری میان افکار، احساسات خودکار و تحریک جنسی وجود دارد. افکار نگران‌کننده، وجود افکار قطع رابطه جنسی و نداشتن افکار شهوانی در زنان ارتباط معنی‌دار و منفی با تحریک جنسی دارد. علاوه بر این ناراحتی، بی‌خوابی و افکار با شناخت‌های منفی رابطه معکوس با عملکرد جنسی دارد. نوبر و گوویا (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که زنان و مردان با اختلال عملکرد جنسی

نگرانی زنان در رابطه با تصویر بدن به شکست در عملکرد جنسی منجر می‌شود (داوو و وایدومن، ۲۰۰۰). طرحواره‌های شناختی با انتظارات جنسی منفی، با ناکارآمدی همراه هستند (بیچ، براون^۱ و بارلو، ۱۹۹۹). برای ارزیابی پاسخ‌های جنسی علاوه بر عوامل شناختی، عوامل عاطفی هم نقش تعیین‌کننده‌ای دارند، به‌طوری که حالات عاطفی مثبت به پاسخ‌های جنسی قوی‌تر منجر می‌شود (لان، یوید، وندروالد و گیر^۲، ۱۹۹۵). بارلو (۱۹۸۶) در مدل بدعملکردی پیش‌بینی می‌کند که به علت سطوح بالاتر عاطفه منفی، احتمال نقص بیشتر در زنان مبتلا به بدعملکردی افزایش می‌یابد. عاطفه منفی مستقیماً باعث اجتناب از نشانه‌های جنسی نمی‌شود، اما این توانایی را دارد که به‌طور غیرمستقیم بخش مهمی از توجه فرد را در واکنش جنسی مختل کند (مرکر، فنتون، جوهانسون، ویلینگز، مکداول^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). بارلو (۲۰۰۲) نشان داد که روند طبیعی اضطراب به‌طور بالقوه به‌عنوان فرایند حل مسأله قابل توجه است، اما در افراد مبتلا به اختلال جنسی، تجربه اضطراب باعث ناکارآمدی می‌شود.

1. Brown
3. Mercer, Feneton, Johanson, Wellings, Macdowall & etal
5. Prinsen & Rooijens

2. Laan, Evevaed, Vandervalde & Geer
4. Chapman
6. Nober & Gouveia

ملاک خروجی در پژوهش: نداشتن / کاهش علاقه به فعالیت جنسی، نداشتن / کاهش افکار و خیالپردازی جنسی / شهوانی، نداشتن / کاهش برانگیختگی و لذت جنسی هنگام فعالیت جنسی در تقریباً ۷۵ تا ۱۰۰ درصد آمیزش جنسی.

ابزار سنجش

پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی^۱ زنان (FSFI): این پرسشنامه ۱۹ سؤالی به ۶ زیرشاخه طبقه‌بندی می‌شود، شامل: میل جنسی (۲ مورد)، تحریک (۴ مورد)، مرطوب شدن (۴ مورد)، ارگاسم (۳ مورد)، رضایتمندی (۳ مورد) و درد (۳ مورد). این شاخه‌ها دارای طیف پاسخ از ۰ تا ۵ هستند، که نمرات بالاتر اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارند که روزن و همکاران (۲۰۰۰)، به نقل از فخری، محمدی زیدی، پاکپور حاجی‌آقا، مرشدی، محمدی جعفری و قلمبر دزفولی، (۱۳۹۰) طراحی کرده‌اند. (فخری و همکاران، ۱۳۹۰) پایایی را با استفاده از دو روش توافق درونی (آلفای کرونباخ) و آزمون بازآزمون (ضریب همبستگی بین طبقات) بررسی کردند. همه زیرشاخه‌ها توافق درونی قابل قبولی را به دست آورد و ضریب آلفای آنها برای همه ابعاد آزمون شاخص عملکرد جنسی بیشتر از ۰/۷ است. پایایی آزمون بازآزمون نشان داد که توافق خوب تا عالی بین دو نقطه اندازه‌گیری است. همه مقادیر p کمتر از ۰/۰۵ را نشان دادند و ضریب پایایی بازآزمون کلی برای هر حوزه آزمون شاخص عملکرد جنسی بالا (دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ بود). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ کل ۰/۹۹ به دست آمد. روایی همزمان با استفاده از نسخه ایرانی شده شاخص عملکرد جنسی زنان به دست آمد که با ضریب همبستگی پیرسون بین رضایت کلی از زندگی جنسی با استفاده از VAS^۲ و نسخه ایرانی شاخص عملکرد جنسی زنان^۳ اندازه‌گیری شد، و برای همه ابعاد معنی‌دار بود و طیف آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۲ ادامه داشت. روایی همگرایی نسخه ایرانی شاخص عملکرد جنسی زنان در همه موارد همبستگی بالایی با بُعد مربوط به خود نشان دادند و همبستگی دارای طیفی از ۰/۵۲ تا ۰/۹۲ بود. بالاترین میزان روایی همگرایی برای بُعد میل جنسی ۰/۹۲ و کمترین میزان آن در بُعد تحریک ۰/۵۲ دیده می‌شود. دو مورد از سؤالات پرسشنامه به قرار زیر است:

- در طول یک ماه اخیر، میزان علاقه و میل جنسی شما در چه سطحی بوده است؟

- در طول یک ماه اخیر، هرچند وقت یک بار ضمن فعالیت جنسی یا نزدیکی رطوبت مهبل داشته‌اید و احساس خیس یا رطوبت کرده‌اید؟

به‌طور قابل توجهی افکار منفی‌تری را در طول فعالیت جنسی در مقایسه با افراد سالم از لحاظ جنسی داشتند. ون دن هوت و بارلو (۲۰۰۰) دریافتند که یکی از فرایندهای آسیب‌زا در افراد ناکارآمد، فرایند توجهی متمرکز بر نگرانی‌های مرتبط با عملکرد است. با توجه به پژوهش‌های پیشین، پژوهشی با این رویکرد در این حیطه انجام نشده است، اما پژوهش‌های فراوانی رابطه افکار نگران‌کننده و طرحواره‌های ناکارآمد در سلامت و رضایت جنسی زنان را بررسی کرده‌اند. بنابر پژوهش‌های مطرح شده رضایت جنسی تأثیر بسزایی در رضایت فردی و زندگی زناشویی دارد. با توجه به مباحث مطرح شده و شیوع مشکلات جنسی در زنان به ویژه اختلال میل / برانگیختگی جنسی بررسی چنین مسأله مهمی ضروری است و لازم است که مدل‌های دیگر نیز در زمینه اختلالات جنسی زنان بررسی شود، از جمله مدل برانگیختگی جنسی بارلو، که در این پژوهش قصد دارد به بررسی این مسأله بپردازد. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش در ارتقا و بهبود سلامت جنسی زنان مؤثر است و برای زوج‌درمانگران و درمانگران جنسی اهمیت و فایده بسیاری دارد. چرا که وجود سردمزاجی (اختلال میل / برانگیختگی) در زنان عوارض فردی، زناشویی و خانوادگی در پی دارد و در نتیجه لزوم توجه به زنان با مشکلات جنسی و تدوین راهبردهای کاربردی به‌منظور کاهش آن ضروری به نظر می‌رسد.

لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مشاوره شناختی - عاطفی جنسی بارلو بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان صورت گرفت. فرضیه پژوهش بدین شرح بود. مشاوره شناختی - عاطفی جنسی بارلو سردمزاجی جنسی زنان را بهبود می‌بخشد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی، با گروههای آزمایش و گواه از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. متغیر مستقل روش شناختی - عاطفی بارلو و متغیر وابسته سردمزاجی جنسی زنان است. جامعه آماری در این پژوهش زنان متأهل (۷۶ نفر) مراجعه‌کننده به متخصصان زنان و زایمان، روانپزشکان و مراکز مشاوره شهر اصفهان در ماههای مهر، آبان، آذر و دی سال ۱۳۹۳ بودند. نمونه در این پژوهش زنان متأهلی هستند که در آزمون شاخص عملکرد جنسی زنان، کمترین نمره را به دست آوردند و از بین آنها ۳۰ نفر به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری داوطلبانه بود. ملاک ورودی در پژوهش: توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی و متأهل بودن.

1. Female Sexual Function Index (FSFI)

2. Visual Analogue Scale

3. Iranian Version of Female Sexual Function

روش اجرا و تحلیل

شرکت‌کنندگان در این پژوهش زنان متأهل ساکن شهر اصفهان در سال ۱۳۹۳ بودند که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن، مدت ازدواج و تعداد فرزندان در دو گروه آزمایش و گواه ارزیابی شدند. به‌طوری که میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۳۴/۰۶ و در گروه گواه نیز ۳۳/۱۳ و مدت ازدواج آزمودنی‌ها در هر دو گروه آزمایش و گواه ۸/۲ بود. همچنین تعداد فرزندان زنان گروه آزمایش ۱/۳۳ و تعداد فرزندان زنان گروه گواه ۱/۰۶ بود. تحصیلات زنان در گروه آزمایش ۲ نفر کارشناسی ارشد، ۷ نفر کارشناسی، ۶ نفر دیپلم و در گروه گواه ۱ نفر کارشناسی ارشد، ۷ نفر کارشناسی، ۳ نفر فوق‌دیپلم، ۳ نفر دیپلم، ۱ نفر زیردیپلم بودند. ابتدا پژوهشگر برای اولین بار بسته جلسات مشاوره جنسی را براساس نظریه شناختی - عاطفی بارلو در ۸ جلسه تدوین کرد و روایی محتوایی آن با استفاده از نظر ۵ متخصص مشاور خانواده و جنسی تأیید شد. مداخله آزمایشی طی ۸ هفته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. پس از پایان پژوهش به لحاظ حفظ ارزش‌های اخلاقی، گروه گواه تحت درمان با رویکرد شناختی - عاطفی بارلو قرار گرفتند. پس از پایان جلسات بر روی هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. جلسات شامل ۵ جلسه گروهی به مدت ۹۰ دقیقه و ۳ جلسه فردی به مدت ۳۰ دقیقه بود. جلسه اول: معارفه و ارزیابی اولیه، بررسی علل ایجادکننده، اطمینان از وجود مشکل و انجام پیش‌آزمون بررسی سابقه پزشکی، علل سردمزاجی، میزان علاقه زوج‌ها، نوع ازدواج، بررسی نوع و کیفیت ارتباط جنسی، احساس زن هنگام مقاربت، بررسی رابطه عاطفی و کیفیت زناشویی. جلسه دوم: ارائه اطلاعات و دانش جنسی. جلسه سوم: بررسی نقش اضطراب و ترس‌های جنسی بر عملکرد جنسی. جلسه چهارم: آموزش آرمیدگی، آموزش خیال‌پردازی و آموزش پوزیشن‌های کلتوریال. جلسه پنجم: استخراج باورها، نگرش‌ها و افکار ناکارآمد جنسی و چالش با آنها، تشریح الگوهای تفکر ناسازگارانه و آموزش بیان هیجانات. جلسه ششم: آموزش مهارت‌های تمرکز- توجه. جلسه هفتم: استخراج ترجیحات جنسی، آموزش خودآزمایی جنسی، آموزش پوزیشن‌های نقطه

G و پوزیشن‌های دوگانه. جلسه هشتم: ارزیابی میزان موفقیت درمان، بازخورددهی درباره اثربخش یا غیر اثربخش بودن درمان و انجام پس‌آزمون. همچنین برای گروه گواه که مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، نیز پس‌آزمون بسته درمانی اجرا گردید. داده‌های به‌دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از آزمون کواریانس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار بهبود سردمزاجی جنسی ارائه شده است که نشان‌دهنده بهبود سردمزاجی جنسی زنان در گروه آزمایش است. به این صورت که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه افزایش داشته است (۶۵/۲ در مقابل ۳۹/۳۳). همچنین تفاوت در انحراف معیار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش (۴/۷۵ و ۶/۵۵) و گواه (۴/۴۳ و ۶/۷) که ممکن است ناشی از دامنه پراکنده‌گی متفاوت نمرات در دو گروه باشد. قبل از انجام هرگونه استنباط آماری با استفاده از آزمون شاپیرویلک توزیع نرمال نمرات مورد بررسی قرار گرفت که سطح معناداری این آماره بزرگتر از ۰/۰۵ بود، این به معنای آن است که توزیع متغیر با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد، پس توزیع صفت نرمال است. یکسانی واریانس‌های خطای بین گروه‌ها با آزمون لوین سطح معناداری این آماره بزرگتر از ۰/۰۵ است. بنابراین میان واریانس خطاهای دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت و شرط همگنی واریانس خطاها برقرار بود. در هر دو آزمون فرض عادی بودن توزیع خطای نمره بهبود سردمزاجی جنسی و فرض یکسان بودن واریانس خطای بین گروه‌ها رد نشد. جدول ۲ مربوط به آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه دو گروه از لحاظ پس‌آزمون و بررسی پیش‌آزمون است. چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود با توجه به میزان تأثیر مشاوره شناختی - عاطفی بارلو بر گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار است ($F=120/093, P=0/01$) در نتیجه فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. تأثیر ۰/۸۱۶ درصد بوده است، یعنی ۸۱ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات گروه آزمایش مربوط به تأثیر مشاوره شناختی - عاطفی بارلو است.

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون در دو گروه (بهبود سردمزاجی جنسی زنان)

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۳۶/۰۶	۴/۴۳	۳۹/۳۳	۶/۷۰
آزمایش	۳۷/۹۳	۴/۷۵	۶۵/۲۰	۶/۵۵

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه روی میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه با گواه بررسی پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
	پیش‌آزمون	۲۵۰/۲۶۳	۱	۲۵۰/۲۶۳	۶/۸۸۵	۰/۰۱۴	۰/۲۰۳	
بهبود سردمزاجی جنسی	گروه	۴۳۶۵/۴۶۹	۱	۴۳۶۵/۴۶۹	۱۲۰/۰۹۳	۰/۰۱	۰/۸۱۶	۱

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش، نشان‌دهنده تأثیر معنادار مشاوره شناختی - عاطفی جنسی بارلو بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان بود. بنابراین فرضیه پژوهش که بیان‌کننده اثربخشی مشاوره شناختی - عاطفی بارلو بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان بود، مورد تأیید قرار گرفت. در تبیین اثربخشی مداخله به کار رفته در بهبود سردمزاجی جنسی زنان (اختلال میل / برانگیختگی) می‌توان به جنبه‌های مختلفی اشاره کرد. این یافته، با یافته‌های پژوهش‌های قبلی چاپمن (۲۰۰۹)، پرینسن و روجینز (۲۰۰۹)، نویر و گویا (۲۰۰۸)، کینگ، هولت و نزارت (۲۰۰۷)، ون دن‌هوت و بارلو (۲۰۰۰) همسو است که مبنی بر تأثیر فرایندهای آسیب‌زا در افراد ناکارآمد است؛ زمانی که این افراد با موقعیت جنسی روبه‌رو می‌شوند، انتظار ناخوشایندترین وضعیت را دارند. عوامل شناختی، همچون نگرانی عملکردی، انتظارات منفی و احساس عدم کنترل بر شرایط، باعث انحراف توجه فرد از نشانه‌های جنسی و شهوانی می‌گردد. به موازات افزایش برانگیختگی دستگام خودمختار، خواه ناشی از افزایش برانگیختگی جنسی و خواه به دلیل اضطراب کانون توجه فرد محدودتر می‌شود و اهمیت شناخت‌های غیرشهووی و مرتبط با عملکرد فزونی می‌یابد (شعیری، روشن، اصغری مقدم و نائینان، ۱۳۸۶). در آغاز حلقه بازخورد منفی ممکن است پرهیز آگاهانه یا ناآگاهانه از نشانه‌های جنسی ایجاد شود (کوکوناس^۱ و مکابه، ۲۰۰۱). بارلو در مدل خود مفهوم و هدف تلاش‌های اولیه در درک و درمان اختلال عملکرد جنسی را با کمک‌های شناختی و عاطفی به عملکرد جنسی انجام داد (بارلو، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد که یک ارتباط قوی بین محرک‌های جنسی و فعال شدن پاسخ‌های تناسلی وجود دارد. همچنین به نظر می‌رسد تحریک جنسی ذهنی (خیالپردازی) عوامل موقعیتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (مستون و گورزاگلا^۲، ۱۹۹۵). زمانی که فردی با اختلال عملکرد جنسی،

با خواسته‌های آشکار و تلویحی برای روبه‌رو شدن با عملکرد جنسی مواجه می‌شود، یک تغییر بحرانی از تمرکز خارجی به داخلی عمدتاً بر خودارزیابی روی می‌دهد (بارلو، ۲۰۰۲). تمرکز بر شرایط مطلوب جنسی مرتبط با اعتماد به نفس زنان است که اغلب با شرایط جسمی آنها از جمله جذابیت و لاغری مرتبط است (وایدمن، ۲۰۰۰). با توجه به الگوی پردازش اطلاعات اختلالات جنسی سوگیری توجهی، وضعیت مهمی را در ناکارآمدی جنسی اشغال می‌کند، که خودآگاهی جنسی ممکن است عاملی آسیب‌زا در ایجاد اختلال باشد. افراد دارای ناکارآمدی جنسی، به‌طور معمول مجموعه‌ای از باورهای جنسی غیرواقع‌بینانه، نادرست، خشک و انعطاف‌ناپذیر را دارند. نتایج این پژوهش نشان داد که رویکرد شناختی - عاطفی جنسی بارلو بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان تأثیر معنادار دارد و نتایج نشان داد برای بهبود هر یک از مؤلفه‌های جنسی زنان می‌توان از تأثیر مداخله‌ای این پژوهش بهره برد. محدودیت‌های موجود در این پژوهش شامل، کمبود منابع داخلی در مورد موضوع پژوهش، همچنین پیگیری نکردن نتایج درمانی در طولانی‌مدت به دلیل دسترسی نداشتن به مراجعان و انتخاب داوطلبانه مراجعان به دلیل محدودیت‌های نمونه‌گیری بود. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌هایی با استفاده از نظریه شناختی - عاطفی برای درمان سردمزاجی جنسی زنان با بیماری‌های خاص (ام‌اس و سرطان) انجام شود. همچنین پژوهشی با مداخله این پژوهش به بررسی ازدواج به وصال نرسیده بپردازد. همین‌طور این الگو در درمان زوجی استفاد شود. و نیز پژوهشی با رویکرد شناختی - عاطفی به‌صورت گروه‌درمانی در زنان سردمزاج انجام شود و پژوهشی به‌منظور مقایسه اثربخشی مشاوره شناختی - عاطفی و مشاوره شناختی - رفتاری در درمان سردمزاجی جنسی زنان صورت گیرد. از تمامی زنانی که در این طرح پژوهشی صمیمانه همراه بودند، نهایت تشکر و قدردانی را دارم.

منابع

- J., Laan, E., Leiblum S., Padma., Nathan, H., Rosen, R., & Seagraves, K., Seagraves, R.t., Shabsigh, R., Sipski, M., Wagner, G., & Whipple, B. (2000). Report of the international consensus development conference of female sexual dysfunction: *Definitions and Classifications Journal*. 163(3): 888-893.
- Basson, R. (2002). Are our definitions of womens desire arousal and sexual pain disorders too broad and our definition of orgasmic disorder too narrow? *Sex Marital Therapy*. 28(4), 289-300.
- Basson, R. (2005). Women sexual dysfunction: *Revised and Expanded Definitions: Synthesis*. 172(10): 1327-1333.
- Beck, J.G., Barlow, D.H., & Sakheim, D.K. (1983). The Effects of attentional focus and partner arousal on sexual responding in functional and dysfunvntional men. *Behaviour Resrarch and Therapy*. 21, 1-8
- Binik, Y., Bergerson, S., & Khalife, S. (2007). Dyspareunia and Vaginismus: so Called sexual pain in S. leiblum (ED). *Principles and practice of sex therapy*. (4thed). New york: Guilford press.
- Chapman, E.N. (2009). From object to subject: *young women's experiance of sexuality education within Sex Negative Taboos Graduate theses and Dissertations*. 1102.<http://libdriqstateedu/ete>.
- Clayton, A.H. (2003). Sexual function and dysfunction primary psychiatry, 10(6). 21-22. Resrieved from. <Http://mbldownloads.com/0603pp.clayton.pdf>.
- Dennerstein, L. (2001). Short scale of measure female sexuality. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 27, 339-351.
- Dibartlo, P.M., & Barlow, D.H. (1996). Perfectionism marital satisfaction and contributing factors to sexual dysfunction in men with erectile disorder and their spouse. *Archives of Sexual Behavior*. 25, 581-588.
- Dove, N.L., & Wiederman, M.W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 67-78.
- Frohlich, P.F., & Meston, C.M. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among collage women. *Journal of Sexual Research*. 39, 321-325.
- Goldhammer, D., & Mccabe, M. (2011). A Qualitative exploration of the meaning and experience of sexual desire among partnered women. *The Canadiany Journal of Human Sexuality*, 20,19-29.
- Gray, T.A., (1987). Perspectives on anxiety and impulsivity a commentary. *Journal of Research on Personality*. 21, 493-509.
- Hayes, R.D., Dennerstein, L., Behnet, C.M., Sidat, M., Gurrin, L.C., & Fairley, C.K. (2008). Risk factors for female sexual dysfunction in the gender population: Exploring factors associated with low sexual function and sexual distress. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1681-1693.
- آرمان، س.، زهرائی، ر. (۱۳۸۹). تشخیص و درمان اختلالات جنسی. چاپ سوم. اصفهان: انتشارات کنکاش.
- اسپنس، س. (۱۳۸۹). *درمان اختلالات جنسی*. چاپ چهارم. ترجمه توزنده جانی، ح. توکلی زاده، ج. دهگان پور، م. محمدی، م. تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5*. چاپ اول. ترجمه سیدمحمدی، یحیی. تهران: نشر روان.
- اوحدی، ب. (۱۳۸۵). *تمایلات و رفتارهای جنسی طبیعی و غیرطبیعی انسان*. چاپ هشتم. اصفهان: انتشارات صادق هدایت.
- تریگول، پ. (۱۳۹۰). *کمک به افراد مبتلا به مشکلات جنسی*. چاپ اول. ترجمه صفاری نیا، م. دلیر، م. تهران: ارجمند.
- رحمانی، ا. تعاونی، س، اللهقلی، ل. (۱۳۸۹). *سلامت جنسی و زناشویی زوجین*. چاپ اول. اصفهان: معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.
- شعیری، م.، روشن، ر.، اصغری مقدم، ع.، نائینیان، م. (۱۳۸۶). *تشخیص و درمان اختلالات جنسی از نظر روان‌شناختی*. چاپ اول. تهران: نشر البرز.
- فخری، ا.، محمدی زیدی، ع.، پاکپورحاجی آقا، ا.، مرشدی، ه.، محمدی جعفری، ر.، فلمبردزفولی، ف. (۱۳۹۰). *ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان*. مجله علمی پزشکی. دوره ۱۰، شماره ۴.
- قاسمی پور، ی. (۱۳۹۲). *تغییرات DSM در ویرایش پنجم*. چاپ اول. تهران: نشر بینش نو.
- گنجی، م. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5*. چاپ اول. تهران: نشر ساوالان.
- Agmo, A. (2007). Functional and Dysfunctional sexual Behavior. *A synthesis of neuroscience and comparative Psychology*. Static. First edition.Uk:Elsevier.
- Althof, S.E. (2010).What's new in sex therapy (CME). *Journal Sex med*. 7:5-13.
- Bach, A.K., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1999). The Effects of false negative feed back of efficacy expectancies and sexual arousal in sexually functional males. *Behavior Therapy*. 30, 79-95.
- Barlow, D.H. (1986). The Causes of sexual dysfunction: the Role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barlow, D.H. (2002). *The Nature of anxious apprehension in Anxiety and its disorder the nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd pp.64-104).Newyork: Guilford press.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2011). *Text Book of Abnormal psychology*. Statics. First Edition india: cengage learning.
- Basson, R., Berman, J., Burnett, A., Derogatis, L., Ferguson, D., Fourvroy, J., Goldstein, I., Graziottin, A., Heiman,

- King, M., Holt, V., & Nazareth, I. (2007). Women's views of their sexual difficulties: agreement and disagreement with clinical diagnoses. *Arch Sex Behav.* Apr, 36(2). 281-288.
- Kelly, L. (1988). *Surviving sexual violence.* Statics. First Edition combridge, UK: polity.
- Kleinplatz, K., Menard, D., Paquet, M., Paradis, N., Campbell, M., & Zuccarino, D. (2009). The Components of optimal sexuality: A portrait of "great sex". *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(2), 1-14.
- Koukounas, E., & McCabe, M. (2001). Sexual and emotional variables influencing sexual response to erotica: A psychophiological investigation. *Archives of Sexual Behavior.* 30, 393-408
- Laumann, E.O., Paik, A., Glasser, D.B., Kang, J.H., Wang, T., Levinson, B., Moreira, ED. Jr., Nicolasi, A., & Gingell, C. (2006). A Cross. National study of subjective sexual well-Being Among older women and men: findings from the Global study of sexual attitudes and Behaviors. *Arch Sex Behave.* 35(2):145-161.
- Leiblum, S., & Rosen, R. (1989). *Principles and practice of sex therapy.* New york: the Guilford pres
- Laan, E., Evevaed, W., Vandervalde, J., & Geer, J.H. (1995). Determinants of subjective experience of arousal in women: *feedback from Genital Arousal and Erotic Stimulus Content Psychophysiology.* 32, 444-451.
- Mercer, C.H., Fenton, K.A., Johnson, A.M., Wellings, K., Macdowall, W.MC., & Manus, S. (2003). Sexual function problems and help seeking behavior in Britain: national probability sample survey. *British Medical Journal.* 327, 426-427.
- Meston, C.M., & Gorzalka, B. (1995). The Effects of sympathetic activation on physiological and subjective sexual arousal in women. *Behavior Research and Therapy.* 33. 657-664.
- Nober, P.J., & Gouveia, J.P. (2008). Differences in Automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognther Research* 32:37-49.
- Nober, P.T., Gouveia, P. (2008). Cognitions Emotions and sexual Response: Analysis of the Relationship among automatic thoughts Emotional Responses and sexual Arousal. *Arch Sexual Behav.* 37:652-661.
- Pereira, V.M., Carrion, O.A., Machado, S., Nardi, A.E., & Silva, A.V. (2013). *Sex therapy for female sexual dysfunction.* *International Archives of Medicine* <http://www.intarchmed.com>
- Prinsen, S., & Rooijen, S. (2009). The effects of a sexualized media environment on women's sexual self-schemate. *Master clinical Psychology University of Utrecht.*
- Regan, P.C. (1999). Hormonal correlates and causes of sexual desire: A review. *The Canadian Journal of Human Sexuality.* 8, 1-17.
- Rathus, S.A., Nevid, J.S., Fichner., & Kathus, L. (2005). *Human sexuality in a world of diversity* (6 thed). Auckland, Newzeland: Person Education.
- Shifren, J.L., Monz, B.U., Russo, P.A., Segreti, A., & Johannes, C.B. (2008). Sexual problems and distress in united states women: *Prevalence and correlates.* *Obstetrics & Gynecology*, 112, 970-978.
- VandenHout, M., & Barlow, D.H. (2000). Attention arousal and expectancies in anxiety and sexual disorders. *Journal of Affective Disorders.* 61(3), 241-256.
- Weisberg, R.B., Brown, T.A., Wincze, J.P., & Barlow, D.H. (2001). Causal attributions and male sexual arousal: the impact of attributions for a bogus erectile difficulty on sexual arousal, cognitions and affect. *Journal of Abnormal Psychology.* 110, 324-334.
- Weiderman, M.W. (2000). Womens body image self consciousness during physical intimacy with a partner. *Journal of Sex Research* 37(1), 60-68.
- Wiederman, M.W. (2001). "Don't look now": the Role of self focuse in sexual dysfunction. *The Family Journal*, 9, 210-214.