



Print ISSN: 2251-6654
Online ISSN: 2588-3542



Journal of Family Counseling and Psychotherapy

Volume 12, Issue 1, August 2022

[dori.net/dor/20.1001.1.22516654.1401.12.1.7.2](https://doi.org/10.22516654.1401.12.1.7.2)

Comparing the Effectiveness of the Culture-Sensitive Integrated Model and the Cognitive-Behavioral Model on Sexual Function and Quality of the Marital Relationship of Women with Sexual Interest /Arousal Disorder

Received: 27 - 7 - 2022

Accepted: 15 - 9 - 2022

Neda Ghasemi

Ph. D. Student in Psychology, Department of Psychology, University of Lorestan University, Lorestan, Iran.

Fatemeh Rezaei

Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran. rezaei.f@lu.ac.ir

Masoud Sadeghi

Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Khorramabad, Iran

Abstract

Background: Female Sexual Interest-Arousal Disorder is one of the most common sexual problems in women and a multifactorial disorder. **Objective:** This study aimed to compare the effectiveness of the newly developed treatment of female sexual interest-arousal disorder and cognitive-behavioral therapy (CBT) on sexual function and the quality of the marital relationship of women with female sexual interest-arousal disorder. **Method:** The research method was experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population included women with female sexual interest-arousal disorder referred to counseling centers in Isfahan, from which 45 people were selected by purposive sampling and randomly assigned to three groups (15 people in each group). Subjects of all three groups were evaluated in the pre-test stage with scales. Then the experimental groups underwent an 8-session 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. The female Sexual Function Index Scale (Isidori, Pozza, Esposito, Giugliano, Morano, et al, 2010) and relationship Quality Scale (Chonody, Gabb, Killian & Dunk-West, 2018) were the instruments in this study. **Findings:** The results of multivariate analysis of covariance showed that both interventions affect therapeutic goals and the experimental groups witnessed positive changes in the post-test of sexual function and quality of marital relationship compared to the control group. Regarding the competitive validation of the interventions, the results showed that in the sexual function, the effectiveness is more in favor of the psychotherapy protocol of female sexual interest-arousal disorder ($P < 0.05$), but no significant difference was observed between the two interventions in the quality of the marital relationship ($P > 0.05$). **Conclusion** According to these results, it can be said that the psychotherapy protocol for the female sexual interest-arousal disorder has the necessary effectiveness in modulating the symptoms of this disorder and can be used as a suitable treatment option along with other psychotherapy models for this disorder.

Keywords: *female sexual interest/arousal disorder, culture-sensitive integrated model treatment, cognitive behavioral therapy, sexual Function, quality of couple's relationships*



Introduction

Low sexual desire is the most commonly reported and diagnosed sexual problem among women and the most frequent reason that couples seek sex therapy (Thomas & Gurevich, 2021). female sexual interest/arousal disorder (FSIAD) is characterized by low sexual desire, few/no sexual thoughts, no initiation of sexual behavior and lack of receptivity to partner initiation, lack of pleasure during sexual activity, lack of responsive desire to erotic cues. & difficulties with physical sexual arousal (American Psychiatric Association, 2022). At least 3 of these symptoms must persist for a minimum of 6 months, and not be attributable to another psychiatric or medical condition. & be the cause of significant distress.

Studies show that women with HSDD experience significant declines in their physical health (general health, physical functioning. & bodily pain) and psychological well-being (social functioning, emotional role. & mental health). Women's sexual discomfort is associated with low relationship satisfaction and partner sexual problems (Lim-Watson, Hays, Kingsberg, Kallich. & Murimi-Worstell, 2022). Also, women who have distress in addition to sexual interest /arousal disorders, had lower psychological well-being, lower relationship satisfaction, fewer dyadic relationships, and more severe libido disorders. & more sex Function (Hendrickx, Janssen and Enzlin, 2016). Compared to partners of women coping with sexual dysfunction, partners of women with FSIAD report lower sexual and intercourse satisfaction and more sexual discomfort. & partnered women with FSIAD report greater distress than their unpartnered counterparts (Hogue, Rosen, Bockaj, Impett. & Muise, 2019).

The etiology of FSIAD is multifactorial and includes biological, psychological, and interpersonal. & sociocultural factors (McCarthy, Koman. & Cohn, 2018) Therefore, a biopsychosocial approach to assessment and treatment that takes relationship factors has been recommended (Brotto, 2017).

Various pharmacological, and behavioral. & psychological treatment methods have been used for women with sexual interest/ arousal disorders. One of the most used treatments in this field is cognitive-behavioral therapy (Azartash, Shafiabadi. & Falsafi Nezhad, 2022). Cognitive behavioral therapy is based on four cognitive axes, behavioral



skills, communication skills, and problem-solving skills. & conflict resolution (Antle, Owen, Eells, Wells, Harris & et al, 2019).

Methodology

The present study was an experimental design with a pretest-posttest and a control group. The statistical population consisted of women with sexual interest/arousal disorder who were referred to counseling centers in Isfahan in 2021-2022.

Using a random sampling method, 45 volunteer women who met the criteria for admission (through a diagnostic semi-structured interview) were selected and randomly assigned into three groups culture-sensitive integrated model of sexual interest/arousal disorder, cognitive-behavioral model. & control with each group of 15 persons. First, in all three groups, the Female Sexual Function Index Scale (Isidori, Pozza, Esposito, Giugliano, Morano, et al, 2010) and relationship Quality Scale(Chonody, Gabb, Killian. & Dunk-West,2018) were implemented, then the culture-sensitive integrated model and CBT groups were treated in 8 sessions. & the control group did not receive treatment. Finally, the questionnaire was retested for all three groups as a posttest. & the research data was analyzed using the covariance analysis method.

Results and discussion

The results of covariance analysis (table 1) showed that there is a significant difference between the groups in the post-test scores of sexual desire, sexual arousal, sexual satisfaction, and orgasm dimensions ($P < 0.05$). The effect size (η^2) for the dimensions of sexual desire, sexual arousal, sexual satisfaction, and orgasm is equal to 69, 70, 36 and 51%, respectively, which means that 69% of the changes in libido post-test scores, 70% of the changes in the sexual arousal post-test scores, 36% of the changes in sexual satisfaction post-test and 51% of the changes in the orgasm posttest were due to group membership and receiving the therapy. But, according to the F value, there is no significant difference between the groups in the dimensions of lubrication and pain ($P > 0.05$).

According to the results of the Post Hoc and the pairwise comparison of the groups, there is a significant difference between the post-test scores of sexual desire, sexual arousal, sexual satisfaction, and orgasm of the subjects of both test groups (culture-



sensitive integrated model and cognitive behavioral model) and the control group ($P < 0.05$).

Table 1 multivariate covariance analysis test for the effectiveness of the research interventions on the dimensions of female's sexual

source	variable	Sum of score	DF	Mean square	F	sig	Eta square	Observe power
group	desire	17.11	2	8.55	41.097	0.0001	0.695	1
	Arousal	14.63	2	7.31	42.41	0.0001	0.702	1
	lubrication	1.58	2	0.79	2.2	0.125	0.109	0.420
	pain	1.23	2	0.61	1.97	0.154	0.099	0.381
	satisfaction	5.05	2	2.52	10.4	0.0001	0.366	0.981
	Orgasm	9.19	2	4.59	19.35	0.0001	0.158	1

Also in the comparison of experimental groups, there is a significant difference in the scores of sexual desire, sexual arousal, and sexual satisfaction in the culture-sensitive integrated model and cognitive behavioral model ($P < 0.05$) and more effectiveness in favor of the culture-sensitive integrated model for sexual interest/arousal.

The results of the analysis of covariance (table 2) in the quality of marital relationships showed that there is a significant difference between the post-test scores of the subjects of both experimental groups (culture-sensitive integrated model and cognitive behavioral model) and the control group ($P < 0.05$). As a result, it can be said that both interventions have been effective in improving the quality of the marital relationship of the research subjects. Also, in the comparison of the research experimental groups, according to the difference in the obtained averages and the significance level, there is no significant difference between the culture-sensitive integrated model and the cognitive-behavioral model.

Table 2 Univariate analysis of covariance test to compare the quality of the marital relationship

source	Sum of score	DF	Mean square	F	Sig	Eta square	Observe power
group	101.51	2	50.75	21.91	0.001	0.517	1
error	94.94	41	2.31				
total	35039	45					



The results of this study displayed that psychotherapy intervention for sexual arousal disorder has an effect on sexual performance and marital relationship quality compared to the control group. This finding is indirect to the results of [Qarabaghi, Besharat, Rostami & Lavasani \(2018\)](#); [Naghdi, Hatami, Kiamanesh, Nawabi Nejad \(2017\)](#); [Khan, Amjad & Rowland \(2019\)](#).

Explaining these results, various issues can be pointed out: the culture-sensitive integrated model for sexual interest/arousal was planned and integrated the principles and effective concepts in the field of treatment of this disorder according to the needs of patients and the opinions of experts, as well as investigation evidence in the field of effective interventions.

Also, a large part of the therapeutic structure compiled has been focused on training and changing patterns related to sexual and marital performance and increasing interpersonal skills through reducing interpersonal problems, as a result, these interventions have helped clients improve sexual skills and the quality of marital relations has empowered them. In this treatment, an attempt is made to reduce the symptoms of the disorder by identifying and adjusting inconsistent cognitive beliefs and central beliefs and schemas.

Conclusion

The findings of this study showed that the culture-sensitive integrated model and cognitive behavioral model have a positive effect on the therapeutic goals (quality of marital relationships and sexual function). In sexual performance, CBT is more effective than the culture-sensitive integrated model. However, no significant difference was observed in the quality of marital relationships between the two treatments. Therefore, according to the results of this study, it is proposed to use the culture-sensitive integrated model to improve the quality of marital relationships and sexual performance in women suffering from sexual interest/arousal

Acknowledgments

We appreciate the women with sexual interest/arousal disorder who participated in this research.



Authors' contributions

Collecting the research findings and writing the initial article was the responsibility of Mrs. Neda Ghasemi. Ms. Dr. Fatemeh Rezaei, the supervisor, supervised and edited, and corrected the research in all stages of the research. & Dr. Masoud Sadeghi was the current research advisor.

Funding

This article is taken from a doctoral thesis at Lorestan University. No funding

Availability of data and materials

No available

Ethics approval and consent to participate

The proposal of this research was approved by the Ethics Committee of Lorestan University of Medical Sciences with the ethics code IR.LUMS.REC.1399.324.

In this study, the research is explained to the participants. Then they completed the research participation form.

Consent for publication

Participants were assured that their findings were confidential and would be published in an article without mentioning their personal information.

Competing interests

The authors declared no potential conflicts of interest to the research, or authorship. & publication of this article.

References

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author.

<https://www.amazon.com/Diagnostic-Statistical-Disorders-Revision-Dsm-5-tr/dp/0890425752>

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, 46-25. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.11.001>



- Azartash, F., Shafiabadi, A., Falsafi Nezhad, M.R. (2022). Effectiveness of the Cognitive-Behavioral Therapy on the Women's Hypoactive Sexual Desire. *Women's Research Journal*, 13(39), 1-17. [persian]
[doi: 10.30465 / ws.2021.36131.3282](https://doi.org/10.30465/ws.2021.36131.3282)
- Brotto L. A. (2017). Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Frontiers in neuroendocrinology*, 45, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001>
- Chonody, J. M., Gabb, J., Killian, M., & Dunk-West, P. (2018). Measuring relationship quality in an international study: Exploratory and confirmatory factor validity. *Research on Social Work Practice*, 28(8), 920-930.
<https://doi.org/10.1177/1049731516631120>
- Hendrickx, L., Gijs, L., Janssen, E., & Enzlin, P. (2016). Predictors of Sexual Distress in Women With Desire and Arousal Difficulties: Distinguishing Between Personal, Partner. & Interpersonal Distress. *The Journal of sexual medicine*, 13(11), 1662–1675.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.016>
- Hogue, J. V., Rosen, N. O., Bockaj, A., Impett, E. A., & Muise, A. (2019). Sexual communal motivation in couples coping with low sexual interest/arousal: Associations with sexual well-being and sexual goals. *PloS one*, 14(7), e0219768.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219768>
- Isidori, A. M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., Corona, G., Lenzi, A., & Jannini, E. A. (2010). Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *The Journal of sexual medicine*, 7(3), 1139–1146.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01635.x>
- Khan, S., Amjad, A., Rowland, A.D. (2019). Potential for Long-Term Benefit of Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct Treatment for Men with Erectile Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(2), 300-306.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.12.014>
- Lim-Watson, M. Z., Hays, R. D., Kingsberg, S., Kallich, J. D., & Murimi-Worstell, I. B. (2022). A Systematic Literature Review of Health-related Quality of Life Measures for Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder and Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *Sexual medicine reviews*, 10(1), 23–41.
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.07.003>



McCarthy, B., Koman, C. A., & Cohn, D. (2018). A psychobiological model for assessment, and treatment. & relapse prevention for female sexual interest/arousal disorder. *Sexual and Relationship Therapy, 33*(3), 353–363.

<https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1462492>

Naghdi, H., Hatami, M., Kiamanesh, A., Nawabi Nejad, S.h. (2017). Evaluation of the effect of emotion-focused couple therapy with problem-oriented systemic therapy on the marital conflict in the spouses of men undergoing substance abuse treatment. *Family Counseling and Psychotherapy, 7*(1), 23-44. [Persian]

https://fcp.uok.ac.ir/article_48681.html

Qarabaghi, F., Besharat, M. A., Rostami, R., Gholam Ali Lavasani, M. (2018). The effectiveness of Bowen systemic therapy on chronic anxiety and lifestyle. *Thought and Behavior in Clinical Psychology, 13* (50), 37-46. [persian]

<https://www.sid.ir/paper/172053/en>

Thomas, E. J., & Gurevich, M. (2021). Difference or dysfunction?: Deconstructing desire in the DSM-5 diagnosis of female sexual interest/arousal disorder. *Feminism & Psychology, 31*(1), 81-98.

<https://doi.org/10.1177/0959353521989536>





Print ISSN: 2251-6654

Online ISSN: 2588-3542



Journal of Family Counseling and Psychotherapy

Volume 12, Issue 1, August 2022

dor.net/dor/20.1001.1.22516654.1401.12.1.7.2

هم‌سنجی اثربخشی مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری روی عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی زنان دچار اختلال میل / برانگیختگی جنسی

پذیرش: ۱۴۰۱-۰۶-۲۴

دریافت: ۱۴۰۱-۰۵-۰۵

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

rezaei.f@lu.ac.ir

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

ندا قاسمی

فاطمه رضایی

مسعود صادقی

چکیده

اختلال میل / برانگیختگی جنسی در زنان متأهل از شایع‌ترین مشکلات جنسی و یک اختلال چندعاملی است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی زنان دچار اختلال انجام شد. روش پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل زنان دچار اختلال میل / برانگیختگی جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان بودند که از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی در سه گروه گمارش شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌های هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون با مقیاس‌های شاخص عملکرد جنسی زنان (Isidori and et al, 2010) و کیفیت روابط زوجین کوندی (Chonody and et al, 2018) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه‌های آزمایشی پژوهش تحت مداخله قرار گرفتند. پس از اتمام مداخله اعضای هر سه گروه دوباره با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که هر دو مداخله مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری در مقایسه با افراد گروه کنترل شاهد تغییرات مثبت در پس‌آزمون عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی بودند ($p < .05$). در رابطه اعتبار آزمایشی رقابتی مداخله‌ها نیز نتایج نشان داد که در عملکرد جنسی اثربخشی بیشتر به نفع مدل یکپارچه حساس به فرهنگ است اما در کیفیت رابطه زناشویی تفاوت معنی‌داری بین دو مداخله مشاهده نشد ($p > .05$). با توجه به این نتایج می‌توان گفت که مدل یکپارچه حساس به فرهنگ اختلال میل / برانگیختگی جنسی از اثربخشی لازم برخوردار است و می‌تواند به‌عنوان یک گزینه درمانی مناسب در کنار سایر الگوهای روان‌درمانی این اختلال مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلال میل- برانگیختگی جنسی مدل یکپارچه حساس به فرهنگ، مدل شناختی رفتاری، عملکرد

جنسی، کیفیت رابطه زناشویی



مقدمه

رابطه جنسی سالم به عنوان یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان و از مؤلفه‌های تأثیرگذار در کیفیت زندگی فردی و زناشویی به حساب می‌آید و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد؛ بنابراین، هرگونه اختلالی که باعث ناهماهنگی و در نتیجه نارضایتی از رابطه جنسی شود، می‌تواند منجر به اختلال عملکرد جنسی شود. اختلال عملکرد جنسی به عنوان ناتوانی فرد در انجام یک یا تمام مراحل فعالیت جنسی از جمله میل، برانگیختگی و نعوظ/انزال برای مردان، رطوبت واژن برای زنان و ارگاسم تعریف می‌شود (American Psychiatric Association, 2022).

در پژوهش‌های متعددی گزارش شده است که مشکلات جنسی جزء چند علت اول طلاق و نارضایتی زناشویی ذکر شده است (Tasewd & Koye, 2021). اختلال میل/برانگیختگی جنسی شایع‌ترین مشکل جنسی گزارش شده و تشخیص داده شده در بین زنان و شایع‌ترین دلیلی است که زوج‌ها به دنبال درمان جنسی هستند (Thomas & Gurevich, 2021). در اختلال میل/برانگیختگی جنسی، کمبود میل جنسی ممکن است به صورت کاهش فراوانی رابطه جنسی، عدم احساس جذابیت در شریک جنسی، شکایت آشکار از بی‌میلی جنسی و یا حتی نفرت و اکراه از فعالیت جنسی نمایان شود (Soltani, Rezaei & Razavi, 2014). مطالعات نشان داده‌اند که تقریباً ۳۶ تا ۳۹ درصد زنان تمایل جنسی کم را گزارش می‌دهند که ۸ تا ۱۰ درصد از آن‌ها معیارهای تشخیصی اولیه برای اختلال میل/برانگیختگی جنسی را برآورده می‌کنند (Shifren, Monz, Russo, Segreti & Johannes, 2008). شیوع اختلال میل/برانگیختگی جنسی، در جمعیت عمومی ایران ۳۵ درصد تخمین زده شده (Malary, Khani, Poursaghar, Moosazadeh & Hamzehgardeshi, 2015) که بیشترین آمار شیوع در بین تمام اختلالات عملکرد جنسی است (Eshghi, Bahrami, Fatehizadeh & Keshavarz, 2015).

اختلال میل/برانگیختگی جنسی همبودی بالایی با سایر مشکلات جنسی و مشکلات روان‌شناختی از قبیل پریشانی جنسی و نارضایتی از زندگی جنسی، افسردگی، مشکلات تیروئید، اضطراب و سایر عوامل پزشکی شامل آرتريت و بیماری التهابی یا تحریک‌پذیر روده دارد (American Psychiatric Association, 2022). اختلال میل/برانگیختگی جنسی بر نحوه تفکر و احساس زنان در مورد خود، بر رابطه زناشویی و کیفیت زندگی زناشویی تأثیر می‌گذارد (Frost & Donovan, 2019). همسران زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی رضایت جنسی کمتر، ارتباطات جنسی ضعیف‌تر و پریشانی



جنسی بالاتری دارند و اختلال در عملکرد ارگاسمیک و نعوظ بیشتری را در مقایسه با همسران زنان عادی گزارش می‌کنند. زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی نیز رضایت جنسی کمتر و پریشانی جنسی و علائم افسردگی و اضطراب بیشتری را در مقایسه با زنان عادی گزارش می‌کنند (Rosen, Dubé, Corsini-Munt & Muise, 2019).

نتایج مطالعات فرا تحلیلی نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی درمان‌های مؤثری برای اختلال میل/برانگیختگی جنسی هستند (Khan, Amjad & Rowland, 2019). از جمله رایج‌ترین درمان‌ها برای کاهش میل، درمان شناختی رفتاری است (Frühaufer, Gerger, Schmidt, Munder & Barth, 2013). درمان شناختی رفتاری 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 به‌هنگام رویارویی با مسائل مختل در آینده، از آن‌ها استفاده نمایند (Azartash, Shubina, Shafiabadi and Falsafi Nezhad, 2015 & Harris et al, 2019 Wells, Eells, Antle, Owen). فن‌های شناختی رفتاری تا حد زیادی برای به چالش کشیدن باورهایی که میل و برانگیختگی جنسی را تضعیف می‌کنند، انتظارات غیرواقع‌بینانه از عملکرد، خودآگاهی، و این تصور که فرد ذاتاً ناکارآمد است، به کار می‌روند و در این زمینه مؤثر عمل می‌کنند (Meston & Stanton, 2017). نتایج مطالعات نشان داده است که دریافت مداخله شناختی رفتاری باعث بهبود قابل توجه در پریشانی جنسی و رضایت جنسی و همچنین چندین حوزه عملکرد جنسی از جمله میل و برانگیختگی می‌شود (Stephenson, Zippan & Brotto, 2021). آموزش در مورد عوامل مؤثر بر میل جنسی، تمرین‌های ایجاد رابطه (مثلاً برنامه‌ریزی زمان برای صمیمیت جسمی و عاطفی)، آموزش ارتباطی، بازسازی شناختی باورهای مشکل‌ساز، آموزش فانتزی جنسی، و تمرکز حسی از دیگر مداخلاتی هستند که می‌توانند برای درمان این اختلال به کار گرفته شوند (Meston & Stanton, 2017).

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 اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان به وجود آمده است (Brotto, 2017).



(Hertlein, Weeks & Gambescia, 2015) معتقدند این چارچوب‌ها بایستی در یک الگوی یکپارچه گنجانده شوند زیرا به‌طور منسجم به هیجان‌ات، شناخت‌ها و رفتارهای زوجین توجه دارند، موضوعات زوجی و جنسی را مورد ملاحظه قرار می‌دهند و به‌طور مؤثری باهم عمل می‌کنند تا به‌جای یک سری مداخلات مجزا، الگوی منسجمی را به وجود آورد (Ghaderi, Akrami, Namdari & Abedi, 2020). این نوع از مداخلات سبب می‌شود فرد پذیرای تغییرات و جنبه‌های مختلف و جدید روابط بوده و کمتر دچار استرس شود (Pyke & Clayton, 2015).

(Both, 2017) هم با توجه به چندعاملی بودن اختلال میل/برانگیختگی جنسی، درمان تلفیقی 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. برای تدوین چنین الگوی درمانی، درک مناسب از ویژگی‌ها، علل و عوامل روان‌شناختی مرتبط با اختلال میل/برانگیختگی جنسی لازم است. در نتیجه ضرورت توجه جدی به این اختلال و 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 و شادابی خانواده است؛ بنابراین یافتن درمان‌های مؤثر برای اختلال میل/برانگیختگی جنسی که دارای کفایت باشد، جنبه‌های شناختی، رفتاری و اجتماعی را در برداشته باشد، از نظر اقتصادی مقرون‌به‌صرفه، انجام آن راحت‌تر و همگانی باشد، ضروری به نظر می‌رسد.

علیرغم الگوهای درمانی مختلف، به نظر می‌رسد این درمان‌ها همچنان با یک نقص اساسی مواجه است و آن‌هم 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؛ اما اجماع کمی در مورد آنچه میل کم را تشکیل می‌دهد وجود دارد و گزارش‌های ذهنی زنان از میل جنسی به‌ندرت در تحقیقات جنسی مورد مطالعه قرار گرفته است (Thomas & Gurevich, 2021). با توجه به این موارد در پژوهش حاضر به هم‌سنجی اثربخشی مدل یکپارچه حساس به فرهنگ اختلال میل/برانگیختگی جنسی¹ که با استفاده از تجارب زیسته بیماران، مصاحبه با

1. culture-sensitive integrated model of sexual interest / arousal disorder



متخصصان و تحلیل محتوای متون مرتبط با آسیب‌شناسی و درمان اختلال میل برانگیختگی جنسی زنان تدوین شده است (Ghasemi, Rezaei & Sadeghi, 2021) با مدل شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی زنان مبتلا اختلال میل/برانگیختگی جنسی پرداخته شده است. از این رو پژوهش حاضر جهت بررسی فرضیه‌های زیر انجام گردید:

۱. مدل شناختی- رفتاری بر شاخص عملکرد جنسی زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی مؤثر است.
۲. مدل شناختی- رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی مؤثر است.
۳. مدل یکپارچه حساس به فرهنگ بر شاخص عملکرد جنسی زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی مؤثر است.
۴. مدل یکپارچه حساس به فرهنگ بر کیفیت رابطه زناشویی زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی مؤثر است.
۵. بین میزان اثربخشی مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی- رفتاری بر شاخص عملکرد جنسی زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی تفاوت وجود دارد.
۶. بین میزان اثربخشی مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی- رفتاری بر کیفیت رابطه زناشویی زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی تفاوت وجود دارد.

روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که از میان آنان تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شده و وارد فرایند پژوهش شدند و به روش تصادفی در سه گروه مدل یکپارچه حساس به فرهنگ، گروه مدل شناختی رفتاری و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: الف) رضایت آگاهانه از شرکت در انجام پژوهش ب) تشخیص اختلال میل/برانگیختگی جنسی بر اساس مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM-V، 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.

پرسشنامه‌های شاخص عملکرد جنسی زنان و کیفیت روابط زوجین جهت ارزیابی هر سه گروه استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-23 و روش‌های آماری تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره به همراه آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

ابزارها

شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI-6)¹

این مقیاس، توسط (Isidori, Pozza, Esposito, Giugliano, Morano et al 2010) بر اساس نسخه اصلی (FSFI) که ۱۹ آیتم دارد، ایجاد و اعتبار یابی شده است. هدف از طراحی این مقیاس، ایجاد ابزاری برای غربالگری سریع ناکارآمدی جنسی زنان (FSD)² برای استفاده آسان در ویزیت‌های سرپایی، مطالعات همه‌گیرشناسی و ارزیابی پاسخ‌های درمانی بوده است. FSFI-۶ شامل ۶ سؤال از نسخه اصلی است که هر سؤال یک خرده مقیاس اصلی را پوشش می‌دهد: میل (سؤال ۲ از پرسشنامه اصلی)، برانگیختگی (سؤال ۴ از پرسشنامه اصلی)، لیز شدگی (سؤال ۷ از پرسشنامه اصلی)، ارگاسم (سؤال ۱۱ از پرسشنامه اصلی)، رضایت (سؤال از پرسشنامه اصلی ۱۶) و درد (سؤال ۱۷ از پرسشنامه اصلی). آیتم‌های مربوط به میل جنسی و رضایت بر اساس یک مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. آیتم‌های مربوط به لیز شدگی، برانگیختگی، ارگاسم و درد بر اساس یک مقیاس لیکرتی شش‌درجه‌ای از ۰ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. با جمع کردن نمرات شش خرده مقیاس باهم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. نمره کل بین ۲ تا ۳۰ تغییر می‌کند و نمرات بالاتر بیانگر عملکرد جنسی بهتر است. بررسی‌های انجام‌شده توسط (Isidori et al 2010) نشان داد این مقیاس همسانی درونی ($\alpha \leq 0.78$) و پایایی آزمون - باز آزمون ($r = 0.95$) خوبی دارد و می‌تواند به‌طور معنی‌داری زنان دچار مشکلات جنسی را از زنان دارای عملکرد جنسی بهنجار تمییز دهد که این بیانگر روایی تشخیصی مناسب آن است. این مقیاس توسط (Ghassami, Shairi, Asghari 2014) Moghadam, Rahmati در ایران هنجاریابی شده است و نتایج مطالعه آن‌ها نشان داده است که این مقیاس

1. Female Sexual Function Index(FSFI)

2. Female sexual dysfunction



در جامعه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. در این مطالعه، ثبات درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ضریب باز آزمایی ۰/۷۷ گزارش شده است.

کیفیت روابط زوجین (RQ)^۱

این مقیاس که توسط (Chonody, Gabb, Killian & Dunk-West (2018) طراحی شده، دارای ۹ گویه و یک عامل بوده و هر گویه در طیف لیکرت ۵ امتیازی (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات فرد در این مقیاس از صفر تا ۴۵ هست. هر چه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد، نشان‌دهنده کیفیت بالای رابطه زوجین است. پایایی این ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۸۹، نشان‌دهنده همسانی درونی بالای این ابزار است (Chonody et al., 2018). در ایران، (2017) Itaghizadeh Firouzjaei et a به بررسی خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه پرداخته‌اند. در بررسی خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه اعتبار کمی و کیفی محتوا و اعتبار صوری مقیاس مورد تأیید قرار گرفت. پایایی ابزار نیز با استفاده از روش همسانی درونی آزمون مجدد به ترتیب ۰/۹ و ۰/۹۲ به دست آمد.

مداخلات

مدل یکپارچه حساس به فرهنگ اختلال میل/برانگیختگی جنسی

مدل یکپارچه حساس به فرهنگ اختلال میل/برانگیختگی جنسی بر اساس پژوهش (Ghasemi, 2022Rezaei & Sadeghi) هست. این مدل درمانی حاصل یک پژوهش کیفی است. برحسب نتایج، تجارب این بیماران در ۵ مقوله محوری عوامل فردی با مضامین اصلی (ویژگی‌های روان‌شناختی، نگرش‌های ناکارآمد و فقدان مهارت)، ناکارآمدی زندگی زناشویی با مضامین اصلی (فرایند ازدواج، تعارضات زناشویی، همسر بازدارنده و ناهمخوانی جنسی)، عوامل محیطی اجتماعی با مضامین اصلی (عوامل فرهنگی اجتماعی، تاریخچه رشدی و سبک زندگی ناسالم)، پیامدها و ملاحظات درمانی (با مضامین اصلی موانع و محدودیت‌های درمان، عوامل تسهیل‌گر و انتظارات و خواسته‌های درمانی) به دست آمد. ساختار و محتوای به کاررفته در مدل یکپارچه حساس به فرهنگ به شرح زیر است:

پیش از درمان: مصاحبه و ارزیابی پیش از درمان



محتوا: 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.

جلسه اول: آگاهی و آموزش روان‌شناختی

محتوا: 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.

جلسه دوم: انگیزه مندی

محتوا: 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

جلسه سوم: مهارت افزایشی زناشویی

محتوا: 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

جلسه چهارم: اثربخشی بین فردی

محتوا: 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

جلسه پنجم: فعال‌سازی ارزش‌مدار و ذهن آگاهانه

محتوا: 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 تمایز یافتگی، افزایش شفقت با خود، استفاده از رابطه جنسی برای احساس امنیت و ارتباط

جلسه ششم: انعطاف‌پذیری شناختی

محتوا: 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

جلسه هفتم: تمرکز حسی



محتوا: آموزش حس یابی غیرجنسی: منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز؛ توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام‌های غیر تناسلی، بررسی ارتباط کلامی چگونگی بیان هیجانات زوجین به یکدیگر، آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی و خود ابرازی جنسی به همسر، تمرکز بر نیازهای خود برای لذت و نگرانی کمتر در مورد مشکل یا شریک زندگی. در میان گذاشتن نیازها، آرزوها و امیال نفسانی و جنسی. گسترش مجموعه رفتارهای صمیمی و نفسانی. ایجاد تجربیات رابطه مثبت. افزایش سطح عشق، مراقبت، تعهد، صمیمیت، همکاری و علاقه جنسی در رابطه.

جلسه هشتم: دل‌بستگی ایمن کسب‌شده (ترمیم دل‌بستگی نایمن)

محتوا: 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، خودآرام‌بخشی و خودکارآمدی، گام برداشتن به سمت تمایز و تشخیص، افزایش ظرفیت پیوند و صمیمیت

جلسه نهم: رشد فردی و پیشگیری از عود

محتوا: مرور و جمع‌بندی جلسات، بازخورد دهی پیرامون اثربخش یا غیر اثربخش بودن درمان، رفع اشکالات موجود، ارائه نکات تکمیلی، تهیه طرح پیشگیری از عود، اجرای پس‌آزمون

مدل شناختی رفتاری اختلال میل/برانگیختگی جنسی^۱

ساختار و محتوای جلسات مدل شناختی رفتاری اختلال میل/برانگیختگی جنسی بر اساس درمان

(Attar, Behnia Asal, Heidari, Mahmoudi (2020 است. شرح جلسات در ادامه آمده است.

جلسه اول: آشنایی، آگاهی و آموزش روان‌شناختی

محتوا: معارفه و آشنایی، اتحاد درمانی، آشنایی کلی با انواع اختلال‌های کارکرد جنسی؛ تأثیر آن در

کیفیت روابط زناشویی

جلسه دوم: تأکید بر اهمیت درمان

محتوا: بیان ارزش و اهمیت درمان، تعیین مشکل اصلی، ارزیابی نحوه‌ی نزدیکی، آموزش مهارت‌های

ارتباطی

جلسه سوم: شناساندن مفاهیم جنسی

محتوا: ارائه‌ی دانش و اطلاعات جنسی، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابراز وجود به

شیوه‌ی صحیح



جلسه چهارم: افزایش مهارت جنسی
 محتوا: بازسازی شناختی؛ تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی نوع اول
 جلسه پنجم: آموزش فن‌های عملی ۱
 محتوا: تمرکز حسی نوع دوم، آموزش تمرینات کگل، دخول بدون ارگاسم و خود تحریکی، ارگاسم در حضور همسر
 جلسه ششم: آموزش فن‌های عملی ۲
 محتوا: آموزش فن‌های تن آرامی برای کاهش هر چه بیشتر اضطراب در زندگی روزمره
 جلسه هفتم: آموزش مهارت‌های حل مشکلات جنسی در مواقع خاص
 محتوا: مانور نقطه عطف، نزدیکی و ارگاسم، آموزش مهارت حل مسئله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش هر چه بیشتر موقعیت‌های اضطراب زا
 جلسه هشتم: خلاصه و جمع‌بندی
 محتوا: جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جل سات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان، واکنش صحیح در زمان عود علائم

شیوه‌ی اجرا پژوهش

ابتدا پژوهش موردنظر از راه یک فراخوان در مراکز مشاوره تبسم زندگی زیبا و راستی در شهرستان اصفهان اطلاع‌رسانی شد. بر این اساس زنان دچار اختلال میل/برانگیختگی جنسی که برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند، طبق ملاک‌های اخلاقی پژوهش جهت شرکت در طرح رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل نمودند. پس از مصاحبه تشخیصی توسط پژوهشگر، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شده و وارد فرایند پژوهش شدند و به روش تصادفی در سه گروه مدل یکپارچه حساس به فرهنگ، گروه مدل شناختی رفتاری و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. پس از گمارش تصادفی آزمودنی‌ها به گروه‌های پژوهش، اعضای هر سه گروه ابتدا با ابزارهای پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه‌های آزمایشی به‌طور جداگانه تحت مداخلات مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری به‌صورت جلسات هفتگی یک ساعت و نیم قرار گرفتند و گروه کنترل صرفاً در لیست انتظار ماندند و مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات و اتمام مداخله‌ها، آزمودنی‌های هر سه گروه مجدداً با ابزار پژوهش و این بار به‌عنوان پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-23 و روش‌های آماری تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره به همراه آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.



یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	۱/۴۶	۰/۵۱۶	۳/۸۰	۰/۸۶
مدل شناختی رفتاری	۲/۲۶	۰/۴۵	۳/۰۰	۰/۶۲
کنترل	۲/۳۳	۰/۴۸	۲/۳۳	۰/۴۸
مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	۱/۵۳	۰/۸۳	۳/۷۳	۰/۵۹
مدل شناختی رفتاری	۲/۰۶	۰/۵۹	۳/۰۶	۰/۴۵
کنترل	۲/۰۰	۰/۶۵	۲/۱۳	۰/۵۱
مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	۲/۶۰	۰/۹۱	۳/۶۰	۰/۵۰
مدل شناختی رفتاری	۲/۷۳	۰/۷۰	۳/۳۳	۰/۶۱
کنترل	۲/۸۶	۰/۷۴	۳/۰۰	۰/۸۴
مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	۳/۶۰	۱/۲	۴/۶۰	۰/۵۰
مدل شناختی رفتاری	۳/۵۳	۰/۶۳	۴/۴۶	۰/۵۱
کنترل	۳/۶۶	۰/۸۱	۳/۵۳	۰/۶۳
مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	۱/۹۳	۰/۵۹	۳/۸۰	۰/۵۶
مدل شناختی رفتاری	۲/۴۶	۰/۷۴	۳/۰۶	۰/۴۵
کنترل	۲/۴۶	۰/۵۱	۲/۵۳	۰/۵۱
مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	۲/۴۶	۰/۹۹	۳/۳۳	۰/۷۲
مدل شناختی رفتاری	۲/۷۳	۰/۷۹	۳/۳۳	۰/۴۸
کنترل	۲/۸۰	۰/۵۶	۳/۰۶	۰/۵۹
مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	۱۲/۶۰	۳/۲۰	۲۲/۸۶	۱/۸۰۷
مدل شناختی رفتاری	۱۵/۸۰	۱/۴۲	۲۰/۲۶	۱/۱۶
کنترل	۱۶/۱۳	۲/۰۹	۱۶/۹۳	۲/۱۵
مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	۲۵	۳/۸۳	۲۸	۳/۴۴
مدل شناختی رفتاری	۲۶/۲۶	۵/۹۳	۲۹/۴۰	۴/۶۵
کنترل	۲۴/۵۰	۴/۹۳	۲۵/۳۳	۳/۹۴

با توجه به نتایج جدول ۱، بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های پژوهش در مراحل ارزیابی تفاوت‌هایی مشاهده می‌شود. جهت بررسی دقیق‌تر این تفاوت‌ها، ارزیابی تأثیرات درمانی و مقایسه گروه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن بررسی شدند. برای بررسی نرمالیتی از آزمون شاپیروویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که فرض نرمالیتی برای تک‌تک متغیرها برقرار بود ($P > 0.05$). نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه مداخله و کنترل تأیید گردید ($P > 0.05$). همچنین مقدار F تعامل بین متغیر همپراش (نمرات پیش‌آزمون) و متغیر مستقل (عضویت گروهی) در همه متغیرهای پژوهش معنادار نشده است و می‌توان



گفت که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون در این مؤلفه‌ها رعایت شده است ($P>0.05$). همچنین نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس در متغیرها برقرار بود ($P>0.05$). با توجه به نتایج پیش فرض‌ها استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مجاز است.

جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در رابطه با اثربخشی مداخلات پژوهش بر ابعاد عملکرد جنسی زنان را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در رابطه با اثربخشی مداخلات پژوهش بر ابعاد عملکرد

جنسی زنان

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر	توان آماری
گروه	میل	۱۷/۱۱	۲	۸/۵۵	۴۱/۰۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۵	۱
	برانگیختگی	۱۴/۶۳	۲	۷/۳۱	۴۲/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۲	۱
	رطوبت	۱/۵۸	۲	۰/۷۹	۲/۲	۰/۱۲۵	۰/۱۰۹	۰/۴۲۰
	درد	۱/۲۳	۲	۰/۶۱	۱/۹۷	۰/۱۵۴	۰/۰۹۹	۰/۳۸۱
	رضایت	۵/۰۵	۲	۲/۵۲	۱۰/۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۶	۰/۹۸۱
	ارگاسم	۹/۱۹	۲	۴/۵۹	۱۹/۳۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۸	۱
خطا	میل	۷/۴۹	۳۶	۰/۲۰				
	برانگیختگی	۶/۲۱	۳۶	۰/۱۷				
	رطوبت	۱۲/۹۴	۳۶	۰/۳۶				
	درد	۱۱/۳۰	۳۶	۰/۳۱				
	رضایت	۸/۷۴	۳۶	۰/۲۴				
	ارگاسم	۸/۵۵	۳۶	۰/۲۳				
کل	میل	۴۴۷	۴۵					
	برانگیختگی	۴۳۰	۴۵					
	رطوبت	۵۱۵	۴۵					
	درد	۴۹۰	۴۵					
	رضایت	۴۶۵	۴۵					
	ارگاسم	۸۱۷	۴۵					

با توجه به نتایج جدول فوق و مقدار F به دست آمده حداقل در بین دو تا از گروه‌های پژوهش در نمرات پس آزمون ابعاد میل جنسی، برانگیختگی جنسی، رضایت جنسی و ارگاسم تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<0/05$). میزان اندازه اثر برای ابعاد میل جنسی، برانگیختگی جنسی، رضایت جنسی و ارگاسم به ترتیب برابر است با ۰/۶۹، ۰/۷۰، ۰/۳۶ و ۰/۵۱ درصد است که به این معناست که ۶۹ درصد از تغییرات نمرات پس آزمون میل جنسی، ۷۰ درصد از تغییرات نمرات پس آزمون برانگیختگی جنسی، ۳۶ درصد از تغییرات نمرات پس آزمون رضایت جنسی و ۵۱ درصد از تغییرات نمرات پس آزمون ارگاسم ناشی از عضویت گروهی و دریافت مداخله بوده است. توان آماری نزدیک به یک نیز در این



مؤلفه‌ها حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه است؛ اما در ابعاد رطوبت و درد حین رابطه جنسی با توجه به میزان F به دست آمده تفاوت معناداری بین گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون گروه‌های پژوهش وجود ندارد ($P > 0/05$). جهت بررسی دقیق‌تر و مقایسه دوجه‌دوی گروه‌های پژوهش در میزان تفاوت و اثربخشی، نتایج آزمون تعقیبی LSD برای هر کدام از ابعاد عملکرد جنسی به‌طور جداگانه در ادامه آمده است.

جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون میل جنسی

Sig.b	Std. Error	میانگین تفاوت‌ها (I-J)	گروه (J)	گروه (I)	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۲	۱/۳۲*	مدل شناختی رفتاری	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	میل جنسی
.۰/۰۰۱	.۰/۲۲	۲/۰۶*	کنترل	فرهنگ	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۲	-۱/۳۲*	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	مدل شناختی رفتاری	
.۰/۰۰۱	.۰/۱۶	۰/۷۳*	کنترل	کنترل	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۲	-۲/۰۶*	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	کنترل	برانگیختگی
.۰/۰۰۱	.۰/۱۶	-۰/۷۳*	مدل شناختی رفتاری	مدل شناختی رفتاری	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۰	۰/۹۱*	مدل شناختی رفتاری	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۰	۱/۸۲*	کنترل	فرهنگ	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۰	-۰/۹۱*	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	مدل شناختی رفتاری	رضایت جنسی
.۰/۰۰۱	.۰/۱۵	۰/۹۱*	کنترل	کنترل	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۰	-۱/۸۲*	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	مدل شناختی رفتاری	
.۰/۰۰۱	.۰/۱۵	-۰/۹۱*	مدل شناختی رفتاری	مدل شناختی رفتاری	
.۰/۰۳۴	.۰/۲۴	۰/۵۳*	مدل شناختی رفتاری	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	ارگاسم
.۰/۰۰۱	.۰/۲۴	۱/۰۷*	کنترل	فرهنگ	
.۰/۰۳۴	.۰/۲۴	-۰/۵۳*	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	مدل شناختی رفتاری	
.۰/۰۰۵	.۰/۱۸	۰/۵۳*	کنترل	کنترل	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۴	-۱/۰۷*	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	مدل شناختی رفتاری	ارگاسم
.۰/۰۰۵	.۰/۱۸	-۰/۵۳*	مدل شناختی رفتاری	مدل شناختی رفتاری	
.۰/۴۲۵	.۰/۲۴	۰/۱۹	مدل شناختی رفتاری	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۴	۱/۱۸*	کنترل	فرهنگ	
.۰/۴۲۵	.۰/۲۴	-۰/۱۹	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	مدل شناختی رفتاری	ارگاسم
.۰/۰۰۱	.۰/۱۷	۰/۹۸*	کنترل	کنترل	
.۰/۰۰۱	.۰/۲۴	-۱/۱۸*	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	مدل شناختی رفتاری	
.۰/۰۰۱	.۰/۱۷	-۰/۹۸*	مدل شناختی رفتاری	مدل شناختی رفتاری	



با توجه به نتایج آزمون تعقیبی و مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش، بین نمرات پس‌آزمون میل جنسی، برانگیختگی جنسی، رضایت جنسی و ارگاسم آزمودنی‌های هردو گروه آزمایش (مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری) با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). در نتیجه می‌توان گفت که هر دو مداخله بر میل جنسی، برانگیختگی جنسی، رضایت جنسی و ارگاسم آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی از اثربخشی لازم برخوردار بوده‌اند. همچنین در مقایسه گروه‌های آزمایشی پژوهش با توجه به تفاوت میانگین‌های به‌دست آمده، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون میل جنسی، برانگیختگی جنسی، رضایت جنسی در گروه بسته درمانی اختلال میل/برانگیختگی جنسی و درمان شناختی رفتاری وجود دارد ($P < 0/05$) و اثربخشی بیشتر به نفع مدل یکپارچه حساس به فرهنگ برای درمان اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان است.

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در رابطه با مقایسه نمرات پس‌آزمون گروه‌های پژوهش در کیفیت رابطه زناشویی

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	DF	میانگین مجدورات	F	Sig	اندازه اثر	توان آماری
گروه	۱۰۱/۵۱	۲	۵۰/۷۵	۲۱/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱۷	۱
خطا	۹۴/۹۴	۴۱	۲/۳۱				
کل	۳۵۰۳۹	۴۵					

با توجه به نتایج جدول ۴ حداقل در بین دو تا از گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون کیفیت رابطه زناشویی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/05$). به این معنا که آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون نمرات بیشتری در کیفیت رابطه زناشویی کسب کرده‌اند. میزان اندازه اثر نیز نشان می‌دهد که ۵۱ درصد از تغییرات نمرات پس‌آزمون کیفیت رابطه زناشویی ناشی از عضویت گروهی است. توان آماری یک نیز حاکی از کفایت حجم نمونه و دقت آماری بالا برای بررسی این فرضیه است. جهت بررسی دقیق‌تر و مقایسه دوبه‌دوی گروه‌های پژوهش نتایج آزمون تعقیبی LSD در ادامه آمده است.



جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش در نمرات پس‌آزمون کیفیت رابطه زناشویی

Sig.b	Std. Error	میانگین تفاوت‌ها (I-J)	گروه (J)	گروه (I)
.۰۵۳	.۰۵۶	-.۰۳۵	مدل شناختی رفتاری	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ
.۰/۰۰۱	.۰۵۵	۲/۹۹*	کنترل	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ
.۰۵۳	.۰۵۶	.۰۳۵	مدل شناختی رفتاری	مدل یکپارچه حساس به فرهنگ
.۰/۰۰۱	.۰۵۵	۳/۳۵*	کنترل	مدل شناختی رفتاری
.۰/۰۰۱	.۰۵۵	-۲/۹۹*	پروتکل مدل یکپارچه حساس به فرهنگ	کنترل
.۰/۰۰۱	.۰۵۵	-۳/۳۵*	مدل شناختی رفتاری	پروتکل مدل یکپارچه حساس به فرهنگ

با توجه به نتایج آزمون تعقیبی و مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش، بین نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایشی (مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری) با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$) در نتیجه می‌توان گفت که هر دو مداخله در بهبود کیفیت رابطه زناشویی آزمودنی‌های پژوهش 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 پروتکل درمانی مدل یکپارچه حساس به فرهنگ برای اختلال میل / برانگیختگی جنسی و مدل شناختی رفتاری وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف هم‌سنجی اثربخشی مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی زنان دچار اختلال میل / برانگیختگی جنسی انجام شد. بخشی از نتایج این پژوهش نشان داد که مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل بر عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی زنان دچار اختلال میل / برانگیختگی جنسی زنان تأثیرگذار هستند. نتایج این یافته با دیگر بررسی‌های پژوهشی مانند (Frühauf, Gerger Schmidt, Munder, Barth) و نیز (Khan, Amjad & Rowland, 2019) در زمینه اثرگذاری این روش‌های مداخلاتی بر عملکرد جنسی همخوان و همسو است.



در زمینه اعتبار آزمایشی رقابتی و مقایسه اثربخشی مداخله‌های پژوهش، نتایج نشان داد که مدل یکپارچه حساس به فرهنگ از مدل شناختی رفتاری در زمینه تعدیل شاخص‌های عملکرد جنسی مؤثرتر عمل می‌کند. در رابطه با مؤلفه کیفیت رابطه زناشویی نیز نتایج نشان داد که بین میزان اثربخشی دو مداخله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در تبیین نتایج و علل اثرگذاری مدل یکپارچه حساس به فرهنگ بر اهداف درمانی می‌توان به ماهیت مداخله و درمان به‌کاررفته برای این افراد اشاره کرد که مدل یکپارچه حساس به فرهنگ خاص اختلال میل جنسی طراحی شده و فن‌ها و اصول و مفاهیم تأثیرگذار در زمینه درمان این اختلال را با توجه به نیازهای بیماران و نقطه نظرات متخصصان و همچنین شواهد پژوهشی در زمینه مداخلات اثربخش یکپارچه کرده است. از آنجا که همه این مداخلات و فن‌های به‌کاررفته نیز پیش‌ازین در قالب‌های خاص و مدون درمانی اثربخشی خود را نشان داده‌اند، در نتیجه اثربخشی پروتکل درمانی بر تعدیل نشانه‌های بیماران دچار اختلال میل برانگیختگی جنسی دور از انتظار نیست. همچنین اثر تجمیعی مداخلات مختلف و فن‌های متنوع به‌کاررفته در این پروتکل به‌خوبی جوابگوی نیازها و خواسته‌ها و علائم بیماران بوده و با افزایش خزانه رفتاری و ارتقای مهارت‌های فردی و بین فردی و ارائه آموزش‌های موردنیاز در زمینه فردی و زناشویی توانسته است در تعدیل عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی زنان تأثیرگذار بوده باشد. همچنین بخش اعظمی از ساختار مدل یکپارچه حساس به فرهنگ بر آموزش و ارزیابی و اصلاح الگوهای مرتبط با عملکرد جنسی و زناشویی و افزایش اثربخشی بین فردی از طریق کاهش مشکلات بین فردی متمرکز بوده است، در نتیجه این مداخلات و آموزش‌ها به‌خوبی مراجعین را در زمینه افزایش مهارت‌های جنسی و کیفیت روابط زناشویی توانمند کرده است. با ارائه آگاهی و آموزش‌های روان‌شناختی زنان نسبت به ماهیت واقعی مشکلات جنسی آگاه شده و بینش جدیدی نسبت به مشکل پیدا می‌کنند که باعث می‌شود نسبت به درمان‌پذیر بودن اختلال بینش پیدا کنند. همچنین مداخلاتی از قبیل فعال‌سازی ذهن آگاهانه و ارزش‌مدار می‌تواند با فعال کردن سبک زندگی و متعهد کردن افراد به تغییر عادت‌های قدیمی و الگوهای منفی رفتاری، مراجعین را در موضعی فعال و پویا قرار داده و با تغییر موضع رفتاری و شناختی آن‌ها را مهیای مداخلات بعدی و پذیرای فن‌های بعدی درمان کند (Ghaderi et al, 2020).

ارائه آموزش‌ها و فن‌هایی از قبیل افزایش انعطاف‌پذیری شناختی باعث تعدیل در باورها و نگرش‌ها و کلیشه‌های جنسیتی ناسازگار زنان می‌شود و با تغییر و تعدیل باورها تمایل افراد به تجربه رفتار جنسی سازگار



افزایش می‌یابد و با آموزش مهارت‌های جنسی و اصول عشق‌ورزی فرصتی برای تجربه فضای جدیدی از روابط جنسی مهیا می‌شود. همچنین فن‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، آگاهی فعال از بدن و احساسات آن را به شیوه‌ای متمرکز بر حال و بدون قضاوت پرورش می‌دهند. 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 به جای مشغول شدن به عملکرد جنسی یا سطح فعلی میل یا برانگیختگی، زوجها می‌توانند یاد بگیرند که در طول موقعیت جنسی حضورداشته باشند و به شریک زندگی خود پاسخ دهند.

به نظر می‌رسد با ترکیب عناصر مهم درمان‌های شناختی رفتاری و درمان‌های بین فردی و افزایش مهارت‌های جنسی و بین فردی 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 اسناد جانب‌دارانه بزند. 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 نکنند، احتمال بروز تعارض و ناخشنودی افزایش خواهد یافت؛ حال آنکه درمان تلفیقی شناختی-رفتاری سیستمی سبب می‌شود فرد پذیرای تغییرات و جنبه‌های جدید و متفاوت روابط بوده و همچنین کمتر دچار استرس شود (Pyke & Clayton, 2015).

بخش دیگری از نتایج پژوهش نشان داد که مدل شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل بر عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی زنان دچار اختلال میل برانگیختگی جنسی مؤثر است. در تبیین این نتایج می‌توان به منطبق بودن شناختی رفتاری به‌عنوان یکی از دلایل اثربخشی این درمان اشاره کرد. مطابق با درمان شناختی رفتاری افکار و باورهای ناسازگار و الگوهای رفتاری ناسازگار نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی اختلالات دارند. 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 ارائه‌ی دانش و اطلاعات جنسی، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابراز وجود به شیوهٔ صحیح، تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی نوع اول و تمرکز حسی نوع دوم، آموزش فن‌های تن آرامی و آموزش مهارت حل مسئله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش موقعیت‌های اضطراب‌زا فن‌های 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 شکل‌گیری روابط رضایت‌بخش زوجی و جنسی را بین زوجین فراهم می‌کنند.

درمان شناختی رفتاری سبب می‌شود سطح تنش ناشی از روابط جنسی اضطراب‌آمیز کاهش یابد (Rowland, 2019 Khan, Amjad &). 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. 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 یک‌سو 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 تعابیر و تفاسیر فرد از موقعیت‌ها بهبود می‌یابد (Azartash et al., 2022). با دریافت مداخله شناختی رفتاری و ارزیابی و تعدیل این الگوهای شناختی فرصتی برای کسب بینش جدیدی از روابط زناشویی برای زنان فراهم می‌شود. همچنین فن‌های رفتاری که برای کمک به مردان و زنان طراحی شده‌اند تا علایق و علاقه‌های جنسی خود را به تنهایی یا با همسرشان کشف کنند، می‌توانند به ایجاد ارتباط بین رفتارهای جنسی و تجربیات یا تأثیرات مثبت کمک کنند.

در تبیین نتایج مربوط به اثرگذاری بیشتر مدل درمانی یکپارچه حساس به فرهنگ نسبت به مدل شناختی رفتاری، می‌توان به ماهیت و منطق مداخله‌ها اشاره کرد. از آنجاکه بسته درمانی اختلال میل/برانگیختگی جنسی، مداخله‌ای خاص اختلال بوده و اثر تجمیعی فن‌ها 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 مراجعین شخصی‌سازی شود و برای هر مراجع خاصی با اختلال میل جنسی طیف مختلف و متنوعی از الگوها و فن‌های درمانی در دسترس درمانگر و مراجع است، در نتیجه دور



از انتظار نیست که نسبت به درمان شناختی رفتاری مؤثرتر واقع شود که بیشتر بر ماهیت افکار و رفتارهای ناسازگار متمرکز است و سعی در کاهش علائم از طریق بازسازی شناختی و مهارت آموزی رفتاری دارد. در بسته درمانی اختلال میل جنسی مهارت‌های درمان‌های شناختی رفتاری با سایر مداخلات نوین و با ملاحظات تجارب بیماران و درمانگران این حوزه یکپارچه شده است و انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری دارد و با هدف قرار دادن الگوها و مفاهیم فراتشخیصی و بنیادین مؤثر در بدکار کردی‌های جنسی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و توانمندی مراجعین را در حوزه‌های مختلف فردی و بین فردی افزایش می‌دهد و با در اختیار قرار دادن طیف متنوعی از مهارت‌های جنسی، مهارت‌های زندگی زناشویی و مهارت‌های بین فردی می‌تواند به ارتقای مهارت‌های جنسی و ارتباطی زنان دچار اختلال میل جنسی کمک کند.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش این است که این تحقیق در فاصله‌ی زمانی کوتاه‌مدت اجرا شده و مرحله‌ی پیگیری نداشته است که این امر می‌تواند در تعمیم نتایج به شرایط زمانی بلندمدت تأثیر بگذارد و در مورد ماندگاری اثر درمان اطلاعاتی در دست نباشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به وجود شرایط کرونایی هم‌زمان با انجام پژوهش اشاره نمود، این موضوع در کنار تابو بودن این اختلال باعث شد که روند نمونه‌گیری طولانی شود.

پیشنهاد‌های پژوهشی و کاربردی

با توجه به این که اختلال میل / برانگیختگی جنسی فقط مختص زنان نیست، توصیه می‌شود این مداخلات در مردان هم صورت بگیرد. همچنین با توجه به این که این مداخله بر روی نمونه‌هایی از زنان شهر اصفهان انجام شده و با توجه به تأثیرگذاری عوامل فرهنگی بر مسائل مربوط به زندگی زناشویی و عملکرد جنسی پیشنهاد می‌شود، برای نمونه‌هایی با حجم بیشتر و جنسیت مرد و در جوامع مختلف با فرهنگ‌های متفاوت‌تر این پژوهش توسط پژوهشگران دیگر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر شود. همچنین با توجه به این که مدل یکپارچه حساس به فرهنگ و مدل شناختی رفتاری از اثربخشی لازم بر شاخص‌های عملکرد جنسی و کیفیت رابطه زناشویی برخوردارند، این الگوهای درمانی می‌توانند توسط روان‌شناسان و درمانگران حوزه زوج‌درمانی و سکس‌تراپی به‌عنوان گزینه‌های درمانی مناسب در کنار سایر الگوهای روان‌درمانی این اختلال مورد استفاده قرار گیرند.



اخلاق پژوهش

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، به شرکت‌کنندگان پژوهش هدف از اجرای پژوهش و نوع مداخلات به‌کاررفته توضیح داده شد. همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند. به آنان اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به‌صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و به‌صورت گروهی و نه به‌صورت فردی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند. علاوه بر این، به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطلاع داده شد که پس از اتمام پژوهش در صورت تمایل می‌توانند در یک جلسه مشاوره رایگان جهت تشریح نتایج مداخله درمانی و نتایج فردی پرسش‌نامه‌ها قبل و بعد از درمان و بیان پیشنهادها تکمیلی در زمینه بهبود روند درمان شرکت نمایند. 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 این‌که به آن‌ها اعلام شد اجازه دارند در هر مرحله از پژوهش از شرکت در تحقیق انصراف دهند. علاوه‌براین در تمام متن مقاله امانت‌داری در استفاده از منابع داخلی و خارجی و دقت در استناددهی رعایت شده است.

منابع مالی

این مطالعه با هزینه شخصی پژوهشگران انجام گرفته و در هیچ‌یک از مراحل انجام این پژوهش هیچ‌گونه منابع مالی دریافت نشده است.

دسترسی به مواد و داده‌ها

در این پژوهش از دو پرسشنامه استفاده شد. این پرسشنامه‌ها به‌آسانی در دسترس محققان قرار دارد.

تائید اخلاقی و رضایت مشارکت‌کنندگان

برای انجام این مطالعه، تأییدیه‌ی کمیته‌ی اخلاق از دبیرخانه‌ی کمیته‌ی دانشگاهی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه لرستان، صادر گردید و با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1399.324 مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه، هدف از پژوهش برای شرکت‌کنندگان در پژوهش توضیح داده‌شده است. سپس آن‌ها فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل کردند.

رضایت برای انتشار

نویسندگان برای انتشار این مقاله رضایت کامل دارند.

تصریح درباره تعارض منافع

این پژوهش با منافع شخص یا سازمانی منافات ندارد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از زنان دارای اختلال میل / برانگیختگی جنسی که در این پژوهش شرکت کردند، قدردانی می‌کنیم.



References

- Attar, S., Behnia Asal, F., Heidari, Z., Mahmoudi, N. (2020). Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on increasing sexual intimacy and reducing body image anxiety in women with sexual dysfunction (sexual reluctance) referred to counseling centers in Shiraz. *Recent Advances in Behavioral Sciences*, 5(43), 85-94. [persian] URL: <http://ijndibs.com/article-۴۳۴-۱-fa.html>
- Azartash, F., Shafiabadi, A., Falsafi Nezhad, M.R. (2022). Effectiveness of the Cognitive-Behavioral Therapy on the Women's Hypoactive Sexual Desire. *Women's Research Journal*, 13(39), 1-17. [persian]. doi: [10.30465 / ws.2021.36131.3282](https://doi.org/10.30465/ws.2021.36131.3282)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author. <https://www.amazon.com/Diagnostic-Statistical-Disorders-Revision-Dsm-5-tr/dp/0890425752>
- 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-.25. [https://doi.org/ 10.1016/j.cct.2018.11.001](https://doi.org/10.1016/j.cct.2018.11.001)
- Both, S. (2017). Recent developments in psychopharmaceutical approaches to treating female sexual interest and arousal disorder. *Current Sexual Health Reports*, 9(4), 192-199. [https://doi.org/ 10.1007/s11930-017-0124-3](https://doi.org/10.1007/s11930-017-0124-3)
- Brotto L.A. (2017). Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Front Neuroendocrinol*, 45, 11–17. doi: [10.1016/j.yfrne.2017.02.001](https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001).
- Chonody, J. M., Gabb, J., Killian, M., & Dunk-West, P. (2018). Measuring relationship quality in an international study: Exploratory and confirmatory factor validity. *Research on Social Work Practice*, 28(8), 920-930. <https://doi.org/10.1177/1049731516631120>
- Eshghi, R., Bahrami, F., Fatehizadeh, F., Keshavarz, A. (2015). Studying the Effectiveness of Couples Sexual Cognitive–Behavioral Therapy on Improvement of Women's Hypoactive Sexual Desire Disorder in Isfahan. *QJCR*, 14(53) 111-130. [persian] URL: <http://irancounseling.ir/journal/article-1-124-fa.html>



- Frost, R. & Donovan, C. (2019). A qualitative exploration of the distress experienced by long-term heterosexual couples when women have low sexual desire. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 22-45. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1549360>
- Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of sexual behavior*, 42(6) 915–933. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-012-0062-0>
- Ghaderi, F., akrami, N., namdari, K., abedi, A. (2020). Developing an integrated psychotherapy model of generalized anxiety disorder comorbid with emotional disorders: a qualitative approach. *IJRN*.6(4), 70-82. <http://ijrn.ir/article-1-526-en.html>
- Ghassami, M., Shairi, M. R., Asghari Moghadam, M. A., Rahmati, N. (2014). The Study of the psychometric properties of the 6-item version of the female sexual function index (FSFI-6) amongst Iranian. *Nurse Midwifery Journal*, 12(7), 532-543. [Persian] URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-1619-fa.html>
- Ghasemi, N., Rezaei, F., Sadeghi, M. (2022). Development of psychotherapy Protocol for female sexual interest-arousal disorder; Qualitative Study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*, 8(4), 50-64. URL: <http://ijrn.ir/article--1۶۹۶-fa.html>
- Hertlein, K., Weeks, G., Gambescia, N. (2015). *Systemic Sex Therapy*. London: Routledge. <https://www.routledge.com/Systemic-Sex-Therapy/Hertlein-Gambescia-Weeks/p/book/9780367277079>
- Isidori, A. M., Pozza, C., Esposito, K., Giugliano, D., Morano, S., Vignozzi, L., Corona, G., Lenzi, A., & Jannini, E. A. (2010). Development and validation of a 6-item version of the female sexual function index (FSFI) as a diagnostic tool for female sexual dysfunction. *The Journal of sexual medicine*, 7(3), 1139–1146. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19968774/>
- Khan, S., Amjad A., Rowland, A.D. (2019). Potential for Long-Term Benefit of Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct Treatment for Men with Erectile



- Dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(2), 300-306.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.12.014>
- Malary, M., Khani, S., Pourasghar, M., Moosazadeh, M. & Hamzehgardeshi, Z. (2015). Biopsychosocial Determinants of Hypoactive Sexual Desire in Women. *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 27(6), 383-389.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4733555/>
- Meston, C. M., & Stanton, A. M. (2017). *Treatment of Female Sexual Interest/Arousal Disorder*. In *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp. 165-168). Springer: Cham. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-52539-6>
- Naghdi, H., Hatami, M., Kiamanesh, A., Nawabi Nejad, S.h. (2017). Evaluation of the effect of emotion-focused couple therapy with problem-oriented systemic therapy on the marital conflict in the spouses of men undergoing substance abuse treatment. *Family Counseling and Psychotherapy*, 7(1), 23-44.
https://fcp.uok.ac.ir/article_48681.html[Persian]
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.06.028>
- 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. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26610872/>
- Rosen, N. O., Dubé, J. P., Corsini-Munt, S., & Muise, A. (2019). Partners experience consequences, too: A comparison of the sexual, and relational. & psychological adjustment of women with sexual interest/arousal disorder and their partners to control couples. *The Journal of sexual medicine*, 16(1), 83-95.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30509505/>
- 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. *Obstet Gynecol*, 112(5), 970-978. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18978095/>



- Shubina, I. (2015). Cognitive-behavioral Therapy of Patients with Ptsd: Literature Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 165, 208-612. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.624>
- Soltani, A., Rezaei, F., Razavi, V. (2014). The effectiveness of Barlow's cognitive-emotional counseling on improving sexual coldness in women in Isfahan. *Knowledge and Research in Psychology*, 17(3), 81-89. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=279465>[persian]
- Stephenson, K. R., Zippan, N., & Brotto, L. A. (2021). Feasibility of a cognitive behavioral online intervention for women with Sexual Interest/Arousal Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77(9), 1877–1893. <https://doi.org/10.1002/jclp.23137>
- Taqizadeh Firouzjaei, I., Sadat Z., Taghadosi M., Turki Habibabadi B. (2018). Psychometric Properties of the Relationship Quality Scale (RQ). *Payesh*, 17(1) 85-94. <http://payeshjournal.ir/article-1-67-fa.html> [persian]
- Tasew, A.S. & Koye, K.J. (2021). Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, *Ethiopia*. *Cogent Psychology*, 8(1), 541-549. <https://doi.org/10.1080/23311908.2021.1903127>
- Thomas, E. J., & Gurevich, M. (2021). Difference or dysfunction?: Deconstructing desire in the DSM-5 diagnosis of female sexual interest/arousal disorder. *Feminism & Psychology*, 31(1), 81-98. <https://doi.org/10.1177/0959353521989536>

