

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر رضایت از زندگی و علاقه متقابل زنان دارای اختلال کمبود میل

جنسی

نجمه حمید*^۱، حمیده قاسمی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر رضایت از زندگی و علاقه متقابل زنان دارای اختلال کمبود میل جنسی بود.

روش پژوهش: جامعه آماری پژوهش شامل زنانی است که به دلیل کمبود میل جنسی به مرکز مشاوره محقق و نیز کلینیک های تخصصی زنان در شهر اهواز مراجعه کرده بودند، با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ زوج انتخاب شدند. این افراد از لحاظ سن، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، عدم ابتلا به بیماری های حاد جسمانی و روانشناختی و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً هم‌تاسازی شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل مقیاس رضایت از زندگی دینر و مقیاس عشق و علاقه زوجین بوده است. داده های حاصل با روش آماری تحلیل کواریانس یک متغیری (آنکوا) و چند متغیری (مانکوا) تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که میان زوجین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ رضایت از زندگی و علاقه متقابل در مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون، تفاوت معناداری یافت شد ($P < 0.01$). در مرحله پیگیری نیز این نتایج کماکان به طور معنی داری تداوم یافت ($P < 0.01$).

نتیجه گیری: به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر رضایت از زندگی و علاقه متقابل زوجین تاثیر مثبت دارد. این یافته ها از اهمیت نقشی که رویکردهای مذهب محور و عوامل عاطفی بر عملکرد جنسی زنان و مردان دارند، حمایت و بر نیاز برای ارزیابی این ابعاد و لحاظ کردن آن ها در پروتکل های درمانی جهت افزایش رضایت از زندگی تاکید می کند.

کلمات کلیدی: درمان شناختی-رفتاری مذهب محور "رضایت از زندگی" علاقه متقابل "اختلال کمبود میل جنسی"

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۹/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۱۱

استناد: حمید ن، قاسمی ح. اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر رضایت از زندگی و علاقه متقابل زنان دارای اختلال کمبود

میل جنسی، خانواده و بهداشت، ۱۳۹۹؛ ۱۰(۴):۱۱۶-۱۰۴

^۱ - دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران) نویسنده مسئول:

n.hamid@scu.ac.ir

orcid.org/0000-0002-9863-0320

^۲ - دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

Hadaf_1364@yahoo.com orcid.org/0000-0002-7666-1943,

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی

مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

عوامل متعددی در احساس رضایتمندی از زندگی مطرح شده است که در این میان عوامل خانواده بیشترین نقش را در احساس رضایتمندی از زندگی داشته است. رضایت از زندگی زناشویی یکی از مفاهیم مهم در حوزه های جامعه شناسی و روان شناسی خانواده است. این مفهوم به میزان و کیفیت بهره مندی و رضایت زوجین از زندگی زناشویی اشاره دارد (۱). رضایت از زندگی یکی از مهم ترین عوامل پیشرفت و دستیابی به اهداف زندگی و تحت تاثیر ثبات عاطفی زوجین است. تا جایی که متخصصان روان شناسی خانواده غالباً معیار خود را در بررسی کیفیت روابط زناشویی زوجین، سطح رضایت از زندگی آن ها قرار می دهند. رضایت از زندگی زناشویی نشانگر استحکام و کارایی نظام زوجین و یکی از مهم ترین تعیین کننده های عملکرد سالم نهاد خانواده می باشد (۲). پژوهش گلاسر و نیوتن، نشان داد که ازدواج های ناشاد و عدم رضایت از زندگی اثرات زیان بخشی بر سلامت عمومی دارد (۳). عوامل زیادی در موفقیت و رضایت از ازدواج نقش دارند: شخصیت طرفین، میزان درک متقابل، بلوغ فکری و تعادل روحی، عوامل اقتصادی، رضایت جنسی و عشق و علاقه از مهم ترین عامل های به وجود آورنده یک زندگی رضایت بخش و خوشایند می باشند (۴).

در پژوهشی دیگر در مورد ۱۷۲ زوج نتایج حاصل شان داد که چگونه ادراکات مثبت درباره علاقه مندی همسر باعث به وجود آمدن امنیت عاطفی و رفتارهای حمایتی و رضایت از زندگی می شود (۵). بررسی اثرات متغیر علاقه از جهات مختلف حائز اهمیت است. از جمله این که نظریه پردازانی همچون مازلو، راجرز و فروم نیاز به احترام و محبت را از مهمترین نیازهای روانی انسان بر شمرده اند (۶). کارنگی در کتاب آئین زناشویی خود می نویسد: پس از مصاحبه با بیش از ۲۰ هزار زوج دریافتیم همسرانی که توانسته اند پس از سال ها علاقه و احترام بین خود و همسرشان را حفظ نمایند از رضایت زناشویی بیشتری برخوردارند (۷). یکی از عوامل دیگری که در رضایت از زندگی نقش دارد کژکاری های جنسی است. عوامل متعددی وجود دارند که می توانند بر عملکرد جنسی تاثیر بگذارند و مشکلاتی را در مراحل مختلف پاسخ جنسی نظیر میل، انگیزندگی و ارگاسم ایجاد نمایند. مشکل عمده ای که جامعه امروز با آن روبروست، عدم اطلاعات کافی در مورد مسائل جنسی و وجود نگرش ها و اعتقادات نادرست نسبت به این موضوع در بین خانواده و به خصوص زوجین تازه ازدواج کرده می باشد (۸). تحقیقات ترودل، نشان داده اند که ۸۰٪ زوج هایی که برای زوج درمانی شرکت کرده اند از زندگی جنسی شان ناراضی هستند. رابطه بین عملکرد زناشویی و جنسی به ویژه برای اختلال کمبود میل جنسی مورد مطالعه قرار گرفته است (۹).

DSM-IV-TR اختلال کمبود میل جنسی را به عنوان "کمبود یا فقدان مداوم یا مکرر تخیلات جنسی و میل برای فعالیت جنسی" که موجب ناراحتی قابل ملاحظه یا مشکلات بین فردی می شود تعریف می کند (۱۰). مطالعه ترودل نشان داد زنانی که اختلال کمبود میل جنسی دارند سطوح بالاتری از مشکلات زناشویی را تجربه می کنند. از طرف دیگر این مشکلات زناشویی با علائم پریشانی روان شناختی به خصوص افسردگی و اضطراب ارتباط دارند (۹). یکی از مهم ترین عوامل موثر بر کم کاری میل جنسی، ارتباط عاطفی بین زوجین است. اگر در ارتباط عاطفی بین زوجین اختلالی به وجود آید، می تواند موجب سردی روابط جنسی گردد (۱۱).

یافته های وایشناو^۳ و دیگران نیز نشان داد که زنان و مردان دارای کژکاری های جنسی به طور معناداری سطوح پایین تری از عاطفه مثبت و سطوح بالاتری از عاطفه منفی را نسبت به هم ابراز می دارند (۱۲). بنابراین از

اهمیت نقشی که عوامل عاطفی روی عملکرد جنسی زنان و مردان دارند، حمایت می کند. این یافته ها بر نیاز برای ارزیابی این ابعاد و لحاظ کردن آن ها در پروتکل های درمانی تاکید می کند. نتایج مطالعه دیگری، نشان داد عملکرد جنسی زنان پیر به طور مثبت و معناداری با احساس صمیمیت و علاقه متقابل زوجین رابطه دارد (۱۳). برای بهبود روابط جنسی و ارتقاء رضایت از زندگی در زوجین رویکردهای درمانی متعددی طرح ریزی شده اند که از آن میان می توان به زوج درمانی به شیوه شناختی-رفتاری اشاره کرد.

وینزا^۱ و دیگران، بیان می کنند که در درمان شناختی-رفتاری، فرد یاد می گیرد با استفاده از توانایی حل مساله با افکار و باورهای منفی خود درباره مسائل جنسی مبارزه کند و به بهبود روابط خود با همسرش کمک نماید (۱۴). باورهایی از این قبیل که یک زن خوب می بایست تنها به تمایلات جنسی همسرش پاسخ دهد و خودش تمایلات جنسی اش را نشان ندهد. این نوع باورها که می توانند احساس گناه ایجاد کنند مانع از برانگیختگی میل جنسی، افزایش برانگیختگی و یا حتی ارگاسم می شوند. افرادی که به دلیل داشتن این افکار دچار حواسپرتی می شوند، در تمرکز روی محرک های جنسی که تقویت کننده میل جنسی هستند، مشکلاتی دارند (۱۵). آپیلی^۲ و دیگران، نیز اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود روابط جنسی را گزارش کرده و بیان می دارند که این شیوه موجب تقویت و حفظ احساس های خوب جسمی و روانی بین زوجین می گردد (۱۶).

رویکرد رواندرمانی شناختی - رفتاری، به مراجعان در رشد مهارتهایی برای تغییر رفتار با کشف افکار و عقاید تحریف شده، باورها و نگرشهای غیرمفید و بازسازی شناختی کمک می کند. در رواندرمانی شناختی - رفتاری مذهب محور، علاوه بر روشهای شناخت درمانگری که هدفشان تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکارآمد منفی به افکار منطقی است؛ طی جلسات درمانگری به بیمار کمک می شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند (۱۷). مذهب ابزاری است که افراد را در مقابل فشارها و استرس های زندگی ایمن می سازد و باعث می گردد که افراد مذهبی از سلامت روان بهتری برخوردار باشند، به صورتی که میزان اعتیاد، خودکشی، طلاق، بزهکاری و افسردگی در افراد مذهبی به طور معنی داری در قیاس با افراد غیرمذهبی کمتر است. پژوهشگران بر این باورند که به کمک باورهای دینی، مقابله با هیجانات، ناراحتیها و شرایط سخت آسان می شود (۱۸). علاوه بر این در مبتلایان به بیماریهای مزمن و ناتوان کننده که با بحران های حاد سلامتی روبرو هستند؛ معنویت، عامل ایجادکننده هدف و معنی در زندگی و در نتیجه، بهبود دهنده وضعیت زندگی شناخته شده است. در پژوهشی تاثیر آموزش مهارت های ارتباطی و حل مساله بر رضایت زناشویی زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر اهواز نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ رضایت زناشویی تفاوت معنی داری وجود داشت. میزان رضایت زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با پیش آزمون و گروه کنترل به طور معنی داری افزایش یافته بود. این نتایج کماکان در دوره های پی گیری به طور معنی داری تداوم داش، یعنی آموزش مهارت های ارتباطی و حل مساله مذهب محور موجب افزایش رضایت زناشویی زنان می شود (۱۹). انتخاب رویکردی برای درمان زوجین بدون توجه به جنبه های فرهنگی - اجتماعی به مثابه سوار شدن بر قطاری است بدون آن که مبدا و مقصد آن را بدانیم. بر این اساس در این پژوهش تلاش بر این بوده است است تا رویکردی انتخاب شود که حتی المقدور با زمینه های فرهنگی و اجتماعی خانواده ها و زوجین ایرانی مطابقت داشته باشد، از این رو لازم است آموزه های اسلام به عنوان مولفه ای از فرهنگ ایرانی در درمان گنجانده شود. با توجه به ادبیات پژوهشی فوق در مورد کارایی درمان شناختی-رفتاری پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سوال که آیا با استفاده از درمان شناختی-رفتاری مذهب محور می توان رضایت از زندگی و علاقه متقابل زوجین را افزایش داد؟

1. Wincze

1. Achilli

روش پژوهش:

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل زنانی است که به دلیل کمبود میل جنسی در سال ۱۳۹۶ به مرکز مشاوره محقق و نیز کلینیک های تخصصی زنان در شهر اهواز مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ زوج با توجه به ملاک های ورود و خروج در پژوهش انتخاب شدند. این افراد از نظر سن، وضعیت فرهنگی-اقتصادی، کسب یک انحراف معیار کمتر از میانگین در پرسشنامه رضایت از زندگی، تشخیص اختلال کمبود میل جنسی با تایید متخصصان و مصاحبه بالینی، عدم ابتلا به بیماری های جسمانی و روانی دیگر، عدم مصرف مواد روانگردان و یا داروهای جنسی در طول دوره مداخله و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً همگون بودند. سپس این افراد به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ده جلسه تحت درمان شناختی-رفتاری به روش درمان مسترز و جانسون، و مبتنی بر آموزه های مذهبی جهت کاهش احساس گناه احتمالی و ضرورت ارتباط جنسی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده در پژوهش قبل از اعمال مداخله درمانی، پس از اتمام جلسات درمانی و پس از یک دوره پیگیری سه ماهه در مورد هر دو گروه اجرا گردید.

مقیاس رضایت از زندگی: این مقیاس توسط دینر و دیگران (۱۹۸۵) تهیه و از ۵ گزاره که مولفه شناختی بهزیستی فاعلی را اندازه گیری می کند تشکیل شده است. آزمودنی ها اظهار می دارند که برای مثال چقدر از زندگی خود راضی اند یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آن ها نزدیک است؟ هر گزاره دارای هفت گزینه است و از ۱ تا ۷ نمره گذاری می شود. (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم). اسپیکم و دیگران^۱، اعتبار مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ملیت های امریکایی، آلمانی و ژاپنی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۹ گزارش کرده اند. (۱۷). به منظور تعیین روایی مقیاس رضایت از زندگی رابطه آن با بسیاری از ابزارها بررسی شده است. هیز و جوزف (۲۰۰۳)، همبستگی ۰/۵۶ را بین نمره های مقیاس رضایت از زندگی و فهرست شادکامی آکسفورد یافتند. (۱۸).

بیانی و دیگران، به روش ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۳ را برای اعتبار مقیاس رضایت از زندگی به دست آوردند. به منظور تعیین روایی سازه مقیاس رضایت از زندگی، فهرست شادکامی آکسفورد و فهرست افسردگی بک همزمان اجرا شدند. ضریب همبستگی بین مقیاس رضایت از زندگی و مقیاس شادکامی آکسفورد ۰/۷۱ و ضریب همبستگی بین مقیاس رضایت از زندگی و فهرست افسردگی بک ۰/۵۹- به دست آمد (۱۹).

مقیاس عشق و علاقه: برای سنجش میزان عشق و علاقه زوجین از پرسشنامه عشق و علاقه تدوین شده توسط دانش و حیدریان استفاده شد (۲۰). این محققین در تنظیم پرسشنامه عشق و علاقه از سئوالات دو پرسشنامه مختلف استفاده کردند. پرسشنامه عشق که در دانشگاه نورس استرن بوستون تهیه شده است و آزمون ارزیابی میزان علاقه همسر که توسط بارون و رابرت (۱۹۹۲)، ساخته شده است. روایی محتوایی پرسشنامه تدوین شده توسط چند صاحب نظر (دکتر حیدرعلی هومن، دکتر هادی بهرامی، دکتر غلامرضا نفیسی) مورد تایید قرار گرفته است. اعتبار پرسشنامه نیز به روش آلفای کرونباخ مقدار ۰/۹۸ به دست داده است. پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ گزینه ای است. حداقل نمره آزمودنی در هر سؤال ۵ و حداکثر نمره از کل پرسشنامه ۷۵ است.

خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه اول: برقراری ارتباط و بیان اهداف و جلب همکاری، تعریف و توضیح اختلال کمبود میل جنسی. آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورتها، آموزش تشخیص هیجاننا ناخوشایند، رویدادهای برانگیزاننده منفی، افکار ناخوشایند، فرم مثبت رویدادها، هیجانها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی

جلسه دوم: مصاحبه بالینی با زوجین و بررسی عوامل ایجاد کننده کمبود میل جنسی در زن. مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد بر آیات قرآن کریم و احادیث در باره حل مشکلات و مواجهه با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی.

جلسه سوم: بیان افکار و باورهای غیر منطقی درباره رابطه جنسی، نگرش فرد و خانواده درباره این مساله. مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به زندگی، فعالسازی رفتار، استناد بر آیات قرآن و احادیث در کنار فنون رفتاری - شناختی مروری بر افکار منفی و چالش با آنها، استناد بر آیات قرآن کریم و احادیث در باره حل مشکلات و مواجهه با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی.

جلسه چهارم: بازسازی شناختی و تغییر نگرش ها و سانادهای غیر منطقی و منفی و طرحواره های ناکارآمد درباره آن، انجام تکالیف خانگی در زمینه تمرین آرامش عضلانی و برقراری رابطه کلامی و غیر کلامی که موجب علاقه و محبت زوجین به یکدیگر می شود. مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به زندگی، فعالسازی رفتار، استناد بر آیات قرآن و احادیث در کنار فنون رفتاری شناختی

جلسه پنجم: استناد به احادیث و بیان آیاتی در که در قرآن کریم نسبت به ضرورت رابطه جنسی و اجر معنوی آن در زوجین وجود دارد. تقویت خودگویی های مثبت و تجسم روابط جنسی توأم با لذت و پیامدهای پس از آن در زندگی زناشویی و رضایتمندی همسر. مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به زندگی، فعالسازی رفتار، استناد بر آیات قرآن و احادیث در کنار فنون رفتاری - شناختی

جلسه ششم: آموزش و توصیه به همسر در خصوص انتظارات زن از وی و برقراری روابط عاطفی صمیمانه توأم با عشق و تقویت پاسخ های جنسی مغایر با سردمزاجی در زن. آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت 10 دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده های مختلف هستی برای کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار به کمک بیماران و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی.

جلسه هفتم: بررسی افکار غیر منطقی خانوادگی و فرهنگی در خصوص مسادل جنسی و استفاده از باورهای مذهبی جهت آگاهی بخشی و تغییر بینش جهت مبارزه با احساس گناه. بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آنها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده اند، ادامه تکالیف منزل و اطمینان خاطر مشاور به بیماران نسبت به این که با به- کارگیری آنچه که یاد گرفته اند، مشکلی برای آنها پیش نخواهد آمد.

یافته ها:

در جدول ۱، یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای رضایت از زندگی و علاقه متقابل زوجین در گروه آزمایشی و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری را نشان می دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره های رضایت از زندگی و علاقه متقابل زوجین گروه های آزمایش و گواه

Table 1. Mean and standard deviation of life satisfaction scores and mutual interest of couples in experimental and control groups

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
رضایت از زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۱۹/۲۲	۴/۱۶
		گواه	۲۱/۳۳	۵/۲۹
	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۴۲	۳/۴۹
		گواه	۲۰/۳۹	۶/۳۳
عشق و علاقه متقابل	پیش آزمون	آزمایش	۲۹/۱۳	۳/۹۲
		گواه	۲۱/۰۸	۲/۸۷
	پس آزمون	آزمایش	۳۱/۱۲	۳/۱۶
		گواه	۳۲/۸۱	۴/۲۵
	پس آزمون	آزمایش	۵۹/۳۶	۵/۱۲
		گواه	۳۱/۷۵	۴/۳۶
	پس آزمون	آزمایش	۶۰/۱۲	۳/۷۵
		گواه	۳۰/۲۵	۲/۹۱

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس متغیر رضایت از زندگی در دو گروه آزمایش و گواه

Table 2. Levin test results on the assumption of equality of variance of life satisfaction variable in experimental and control groups

متغیر	F	df ₁	df ₂	سطح معناداری
رضایت از زندگی	۰/۷۵۹	۲	۲۵	۰/۳۸۵
علاقه متقابل	۰/۰۲۹	۲	۲۵	۰/۸۳۱

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود همسانی واریانس ها در دو گروه برای متغیر رضایت از زندگی و علاقه متقابل معنی دار نمی باشد. به عبارت دیگر فرض صفر برای همگنی واریانسهای نمره رضایت از زندگی و علاقه متقابل در دو گروه تایید می گردد. لذا پیش فرض استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون رضایت از زندگی زناشویی و علاقه متقابل زوجین گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

Table3. Results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) on the mean scores of post-test marital life satisfaction and mutual interest of couples in experimental and control groups with pre-test control

نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۹۳۵	۲	۲۵	۴۱۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۴۹	۱	۲۵	۴۱۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵
آزمون اثر هتلینگ	۲۳/۱۶	۱	۲۵	۴۱۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵
آزمون بزرگترین ریشه	۲۳/۱۶	۱	۲۵	۴۱۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵

روی

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون میان زوجین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته رضایت از زندگی زناشویی و علاقه متقابل زوجین تفاوت معناداری وجود دارد. ($p < 0.001$) و $F=415/26$. برای پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت. جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات رضایت از زندگی و علاقه متقابل زوجین گروه های آزمایش و گواه

Table4. Results of one-way analysis of covariance in (MANCOVA) on post-test mean scores of life satisfaction and mutual interest of couples in experimental and control groups

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
رضایت از	پیش آزمون	0/176	۱	۰/۱۷۶	۲/۰۷	۰/۰۹۷	۰/۳۶
زندگی	گروه	۱۷/۲۶	۱	۱۷/۲۶	۲۸۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	خطا	۲/۵۳	۲۵	۰/۳۵			
علاقه	پیش آزمون	۰/۱۳۱	۱	۰/۱۳۱	۳/۲۷	۰/۰۱۹	۰/۳۵
متقابل	گروه	۸/۲۵	۱	۸/۲۵	۲۴۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵
	خطا	۱/۲۸	۲۵	۰/۰۲۷			

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود در مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون بین زوجین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ رضایت از زندگی ($p < 0.001$ و $F=287/41$) و علاقه متقابل ($p < 0.001$ و $F=243/12$) تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۵) نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پیگیری رضایت از زندگی و عشق و علاقه متقابل زوجین گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

Table5. Results of one-way analysis of covariance in (MANCOVA) on the mean scores of pursuing life satisfaction and love and mutual interest of couples in experimental and control groups with pre-test control

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات
رضایت از زندگی	پیش آزمون گروه	۱/۴۳	۱	۱/۴۳	2/۶۵	۰/۱۱۲	۰/۲۶
	خطا	۲/۳۱	۲۵	۲/۳۰	۳۱۵/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷
علاقه متقابل	پیش آزمون گروه	۰/۱۷۱	۱	۱/۷۱	۲/۸۷	۰/۰۹۱۱	۰/۳۹
	خطا	۱/۶۸	۲۵	۰/۰۰۳۹	۲۱۱/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱

همان طور که در جدول ۵ نمایش داده شده است در مرحله پیگیری با کنترل پیش آزمون زوجین گروه های آزمایش و گواه از لحاظ رضایت از زندگی زناشویی و علاقه متقابل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر درمان شناختی-رفتاری مذهب محور باعث افزایش رضایت از زندگی و علاقه متقابل در زوجین گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به زوجین گروه گواه شده است.

بحث و نتیجه گیری:

با توجه به این که علاقه متقابل زوجین در یک رابطه جنسی سالم و کاملاً رضایتبخش نقش دارد و با در نظر گرفتن نیاز زوجین برای کسب مهارت ها در جهت افزایش علاقه و صمیمیت، اقدامات درمانی در این زمینه می توانند به زوجین در جهت حفظ و استحکام زندگی زناشویی کمک شایانی بکنند. به علاوه اهمیت مطالعه در مورد موضوعات خانواده، بیش از هر چیز توجه به فرهنگ بومی خانوادگی معطوف به هر جامعه را می طلبد. نکته جالب توجه آن است که ما از پیشینه فرهنگی و مذهبی غنی و کارآمدی برای رویارویی با مسائل خانواده بهره مندیم (۲۱)، لذا کوشش پژوهش حاضر بر آن بوده است تا تاثیر درمان شناختی-رفتاری مذهب محور را بر رضایت از زندگی و علاقه متقابل زنان دچار اختلال کمبود میل جنسی، بررسی کند. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر رضایت از زندگی و علاقه متقابل زوجین تاثیر مثبت دارد. در مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون بین زوجین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ رضایت از زندگی و علاقه متقابل تفاوت معناداری وجود دارد. در مرحله پیگیری با کنترل پیش آزمون زوجین گروه های آزمایش و گواه از لحاظ رضایت از زندگی و علاقه متقابل تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج با یافته های حسینی (۲۲) و هورت^۱ و همکاران (۲۳)، همخوانی دارد. هم چنین هماهنگ با پژوهش حاضر، نتایج مطالعه لطفی و وزیر (۲۴)، تاثیر معنادار آموزش جنسی را روی عواطف مثبت زوجین، حل تعارض، رابطه جنسی و رضایت زناشویی نشان داد. بر اساس مطالعه آن ها، آموزش مهارت های جنسی نقش مهمی روی عواطف مثبت و علاقه همسر، ایجاد عواطف شخصی و باورهای در مورد نقش رابطه جنسی در دوام ازدواج، بهبود حل تعارض، میل شخصی به ابراز عواطف و افزایش رضایت زوج ها از زندگی زناشویی دارد.

به علاوه نتایج این پژوهش با یافته های فقیهی و رفیعی مقدم (۲۵)، که نشان می دهد آموزش های روان شناختی مبتنی بر روایات اسلامی در بهبود روابط همسران و در نتیجه رضایت از زندگی آن ها موثر است، هماهنگ است. اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب محور را می توان در مولفه های تشکیل دهنده این درمان دانست. ضرورت اصلاح تفاسیر و باورهای منفی به عنوان مقدمه ای بر حل تعارضات بین فردی و افزایش علاقه متقابل بین زوجین است. فرآیندهای شناختی که در کژکاری جنسی زنان نقش دارند توسط کیس ویترا^۱ و همکاران (۲۷، ۲۶)، به طریق زیر خلاصه شده است: زنان دارای کژکاری جنسی باورهای منفی دارند (مثل باورهای مربوط به سن)، که آن ها را نسبت به طرحواره های خود-انتقادگر (مانند من ناشایست هستم)، هنگام تجربه یک تماس جنسی ناموفق آسیب پذیرتر می کند. این طرحواره ها وقتی فعال می شوند افکار منفی خودآیند (مثل افکار شکست) را بر می انگیزند که مانع از تمرکز آن ها شده و هیجانهای منفی و پاسخ جنسی ناکارآمد از میل جنسی تا ارگاسم را بر می انگیزد. لذا در جلسات مداخله پژوهش حاضر این باورها باسازی گردید. این پژوهش در راه دستیابی به داده های علمی در جنبه های کاربردی و توسعه ای در قلمرو تاثیر درمان شناختی-رفتاری اسلامی به عمل آمده است. با توجه به اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می شود که از این روش در مراکز مشاوره خانواده و ازدواج استفاده شود. هم چنین پژوهش و کار عملی متخصصان روی این شیوه آموزشی به منظور افزایش کاربرد آن در کاهش مشکلات زناشویی و بهبود روابط زناشویی زوجین در خانواده های ایرانی با توجه به عجین بودن فرهنگ ایشان با مباحث و زمینه های اسلامی می تواند مورد توجه قرار گیرد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر رضایت از زندگی و علاقه متقابل زوجین تاثیر مثبت دارد. این یافته ها بر لحاظ کردن درمان شناختی-رفتاری مذهب محور در پروتکل های درمانی جهت افزایش رضایت از زندگی تاکید می کند.

محدودیت های پژوهش:

از مهمترین محدودیت های این مطالعه، اندک بودن حجم نمونه به دلیل عدم دسترسی به همه زنان مبتلا به اختلال کمبود میل جنسی بوده است. همچنین تعمیم پذیری نتایج حاصله، مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه و با تعداد نمونه بیشتر است.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله مراتب قدردانی و سپاس را از پرسنل معاونت پژوهشی و متخصصین زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور و سایر همکاران و آزمودنی ها اعلام می دارند.

ملاحظات اخلاقی:

آزمودنی ها فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل و امضا نمودند و آمادگی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از خاتمه آزمایش، گروه کنترل طی ۲ جلسه تحت درمان شناختی رفتاری مذهب محور قرار گرفتند.

تعارض منافع:

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان:

نجمه حمید نویسنده مسئول و مجری پروتکل درمان مذهب محور و استاد راهنمای رساله، حمیده قاسمی در زمینه توزیع ابزار پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون و تحلیل آماری و تهیه مطالب پیشینه مشارکت داشتند.

منابع مالی:

پژوهش حاضر بدون بهره گیری از منابع مالی سازمان یا نهادی انجام شده است. در واقع یک مطالعه پایلوت قبل از انجام رساله دکتری روان شناسی بوده است.

منابع:

- 1- Khaniki H, Tabrizi M. Satisfaction of marital life in the way of moral attitude and function. *Social Science J*, 2010; 46:187-227. (Persian).
- 2- Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Faight BM, Parish SJ, Simon JA, Vignozzi L, Christiansen K, Davis SR. The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women. *In Mayo Clinic Proceedings*. 2018; 93, 4: 467-487.
- 3 - O'Loughlin JI, Basson R, Brotto LA. Women with hypoactive sexual desire disorder versus sexual interest/arousal disorder: An empirical test of raising the bar. *The Journal of Sex Research*. 2018;55(6):734-46.
- 4- Hamzehgardeshi Z, Malary M, Moosazadeh M, Khani S, Poursaghar M. Body Image and Hypoactive Sexual Desire Disorder Relationship in a Representative Sample of Iranian Women. *Journal of Family and Reproductive. Health*, 2020 :18:88-94.
- 5- Kingsberg SA, Clayton AH, Portman D, Williams LA, Krop J, Jordan R, Lucas J, Simon JA. Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder: two randomized phase 3 trials. *Obstetrics and gynecology*. 2019;134(5):899.
- 6-. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, Pfaus J, Simon JA, Kingsberg SA, Meston C, Stahl SM. Hypoactive sexual desire disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. *In Mayo clinic proceedings*. 2017; 92, 1: 114-128.
- 7- Pyke RE, Clayton AH. Assessment of sexual desire for clinical trials of women with hypoactive sexual desire disorder: measures, desire-related behavior, and assessment of clinical significance. *Sexual medicine reviews*. 2018;6(3):367-83.
- 8-Rahmani A, Merghati E, Sadeghi N, Allaghali L. Relation between sexual satisfaction and marital satisfaction. *Iran Nursing J* 2012; 24(70):82-90. (Persian).
- 9- Trudel G & Goldfarb M.R. Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexology* 2010; 19: 137-142.
- 10-Sadock V & Sadock B. Synopsis of psychiatry. Translated by Rezayi Farzin. Tehran: Arjmand Press: 2007. (Persian).
- 11- Ramezani MA., Ahmadi K, Besharat M, Noohi S, Ghaemmaghani A. Efficacy of metacognitive therapy for hypoactive sexual desire disorder among Iranian couples. *Psychotherapy Research*. 2018;28(6):902-8.
- 12- Vaishnav M, Saha G., Mukherji A, Vaishnav P. Principles of Marital Therapies and Behavior Therapy of Sexual Dysfunction. *Indian Journal of Psychiatry*. 2020; 62(Suppl 2): S213.

- 13- Cardoso T& Soares Martins J. The relation between sexual functioning and psychopathology, sexual beliefs and information, intimacy in aging. *Sexologist* 2010; 19: 123-135.
- 14- Wincze J, Bach A, Barlow D.H. Sexual dysfunction. *Clinical Handbook of Psychological Disorders* 2008; Guilford Press: 615-661.
- 15- Hubin A, De Sutter P & Reynaert C. Etiological factors in female hypoactive sexual desire disorder. *Sexology* 2011; 20: 149-157.
- 16- Achilli C, Pundir J, Ramanathan P, Sabatini L, Hamoda H, Panay N. Efficacy and safety of transdermal testosterone in postmenopausal women with hypoactive sexual desire disorder: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and sterility*. 2017;107(2):475-82.
- 17- Schimmack U, Radhakrishnan P, Oishi S.H, Dzokoto V & Ahadi S. Culture, personality and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002; 82: 582-593.
- 18- Hayes N & Joseph S. Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences* 2003; 34: 723-727.
- 19-Bayani A, Mohammad kuchaki A & Gudarzi H. Reliability and validity of life satisfaction scale. *Iranian Psychologist J* 2008; 3(11): 259-265. (Persian)
- 20-Danesh E & Heydarian M. Relation between interest and mutual respect with marital satisfaction in Qom city. *Counseling Research* 2007; 5(18): 59-76. (Persian)
- 21-Rezayi J, Ahmadi A, Etemadi O & Rezayi M. The effect of couple therapy based on religious believes in marital commitment. *Psychology & Religion* 2013;5(1): 37-60. (Persian)
- 22-Hoseini M. The study of effects of sexual training on sexual satisfaction of Azad university's couples. *Family & Sexual problem Conference* 2004: Shahed University. (Persian)
- 23- Orth U, Erol RY, Ledermann T, Grob A. Development of well-being and self-esteem in romantic partners: Disentangling the effects of mutual influence and shared environment. *Developmental psychology*. 2018;54(1):151.
- 24- Lotfi Kashani F, Vaziri SH. The effect of sexual skill training on marital satisfaction. *Social and Behavioral Sciences* 2011;30: 2581-2585. (Persian)
- 25-Faghihi A & Rafiyi F. Examine of the effectiveness of psychological training based on religious in marital satisfaction. *Psychology & Religion* 2010; 2(3): 89-104. (Persian)
- 26- Kiesswetter M, Marsoner H, Luehwink A, Fistarol M, Mahlknecht A, Duschek S. Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. *Behavioral medicine*. 2020;46(2):130-41.
- 27- O'Loughlin JI, Basson R, Brotto LA. Women with hypoactive sexual desire disorder versus sexual interest/arousal disorder: An empirical test of raising the bar. *The journal of sex research*. 2018;55(6):734-46.