



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی بر اضطراب رابطه جنسی و

تعارضات زناشویی زوجین

سارا رجب پور^۱، حمید نجات^{۲*}

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران

۲- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، قوچان، ایران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه هدف از پژوهش حاضر، بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی زوجین بود، تا میزان اثربخشی هر کدام از روش‌ها، بر اضطراب رابطه جنسی مورد بررسی قرار گیرد. مواد و روش‌ها پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، و در قالب پیش آزمون، پس آزمون با سه گروه بود. جامعه آماری، شامل مراجعه‌کنندگان مطب‌های روان پزشکی و مامایی شهر نیشابور، در بهار سال ۱۳۹۷ با شکایت اضطراب رابطه جنسی بودند که از این بین ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس با لحاظ ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش به شیوه تصادفی در سه گروه پژوهشی (درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی و گروه شاهد) قرار داده شدند. سپس گروه اول تحت ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه دوم نیز بوپروپیون را دریافت نمود، در این مدت نیز گروه گواه هیچ نوع مداخله روانشناختی یا دارویی را دریافت نکرد، هر سه گروه در ابتدا و انتها، توسط پرسشنامه‌های مقیاس تعارضات زناشویی و اضطراب رابطه جنسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور مقایسه نتایج سه گروه، از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (کوواریانس) و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم افزار SPSS 21 استفاده شد. یافته‌ها درمان شناختی رفتاری با تفاوت بیشتر معناداری در مقایسه با دارودرمانی، در بهبود اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی موثر است. نتیجه‌گیری می‌توان از درمان شناختی رفتاری نیز، به عنوان درمانی مبتنی بر شواهد پژوهشی در کاهش مشکلات افراد دارای اضطراب رابطه جنسی استفاده کرد. کلیدواژه‌ها اضطراب رابطه جنسی، بوپروپیون، تعارضات زناشویی، درمان شناختی رفتاری	تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۱۰ *نویسنده مسئول: حمید نجات، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، قوچان، ایران تلفن: ۰۹۱۵۵۱۴۱۷۹۶ پست الکترونیک: hnejat54@yahoo.com



مقدمه

زندگی زناشویی سعادتمندانه نیز اگرچه فقط تا اندازه‌ای مربوط به روابط جنسی است ولی این روابط یکی از مهمترین علل استحکام زندگی زناشویی است؛ زیرا اگر این روابط قانع کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی و تعارض زناشویی و در نتیجه از هم پاشیدگی خانواده می‌شود، بنابراین هر گونه اختلال در روابط جنسی بر رابطه زوجین تأثیرگذار است (۱). همسرانی که از نظر جنسی در زندگی راضی‌ترند، در کل از ازدواج هم رضایت بیشتری دارند رویدادهای خاصی در زندگی نسبتاً قابل پیش‌بینی هستند و تقریباً در زمان یکسان و در جهتی خاص برای بسیاری از افراد رخ می‌دهد. این رویدادها شامل ازدواج، زایمان، خروج فرزندان از خانه و بازنشستگی است. ازدواج یکی از قوی‌ترین روابط انسانی است. کیفیت این رابطه دائماً توسط زوج‌ها باز تعریف می‌شود و به طور بالقوه برای کل زندگی خانوادگی آنها مهم است (۲). یکی از مهمترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی و کیفیت زندگی خوب، روابط جنسی لذت بخش است. رضایت بخش نبودن روابط جنسی، سبب ایجاد احساساتی مانند محرومیت و ناامنی در همسران و در نهایت، منجر به طلاق و از هم گسستگی زندگی زناشویی می‌گردد. سلامت جنسی به معنای هماهنگی و سازگاری جنبه‌های جسمی، عاطفی، عقلانی و اجتماعی انسان است که منجر به ارتقای شخصیت، روابط و عشق در او می‌گردد. بنابراین، روابط جنسی نه تنها موجب لذت زوجین می‌شود، بلکه ارتباطات و روابط بین فردی آنها را نیز بهبود می‌بخشد (۳).

مشکلات عملکرد جنسی ممکن است تحت تأثیر عوامل شخصیتی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی؛ پنهان باقی بماند و در مواردی خود را با علائم و نشانه‌های دیگری مانند

ناراحتی‌های جسمانی، اختلال افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و گاهی تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و جدایی پیش رود. تشخیص به موقع و آرایه روش‌های درمانی مؤثر به همراه آموزش صحیح مسایل جنسی به زوج‌ها، می‌تواند مانع بروز بسیاری از مشکلات فوق‌گردد (۴). اختلالات جنسی یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که افراد جوامع با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، حدود یک سوم مردهای روی زمین از اشکالات مربوط به انزال و یک سوم خانم‌ها از اختلال در ارگاسم رنج می‌برند (۵).

در زمینه آثار مخرب اختلال جنسی یا مشکلات جنسی زناشویی نیز می‌توان به پیامدهای جسمی، روانی و رابطه‌ای آن اشاره کرد. خطر فزاینده انواع اختلالات روانی مانند افسردگی، مصرف مواد و ناکارآمدی جنسی و در نهایت طلاق فقط بخشی از عوارض آن است که در پژوهش‌ها به آن اشاره شده، اختلال عملکرد جنسی زنان بر وضعیت روانی، افسردگی و پرخاشگری زنان در ارتباط است و این عوامل، هم می‌توانند پیامد مشکلات جنسی زناشویی و هم ایجاد کننده آن باشند (۶). سلامت جنسی موضوع مهمی در روابط زناشویی است و به ثبات ازدواج و پایداری و رضایت زناشویی و جنسی زوجین کمک می‌کند. سلامت جنسی نیازمند رویکرد مثبت و محترمانه برای سکس و امکان افزایش تجارب جنسی ایمن و لذت بخش و رهایی از زور، تبعیض و خشونت در روابط زناشویی است (۷).

از سوی دیگر، اضطراب ارتباط جنسی، که به میزان ترس از بحث در مورد روابط جنسی فرد با شخص مهم زندگی، اشاره دارد، مسئله‌ای است که به اندازه‌ی دیگر جزئیات، مورد مطالعه قرار نگرفته است. ارتباط جنسی بازدارنده شده به صورت منفی با رضایت از رابطه جنسی مرتبط است (۸).



ارتباط جنسی بازداری شده همچنین به صورت منفی با رضایت زناشویی پیوند دارد. رابطه جنسی بهنجار، رابطه‌ای است که لذت فرد و شریک جنسی وی را فراهم می‌آورد و احساس گناه یا اضطراب در آن وجود ندارد. زنان نسبت به مردان انگیزش کمتری برای فعالیت جنسی داشته و ترس جنسی بالاتری را تجربه می‌کنند. چنانچه تأثیر عامل اضطراب بر میل جنسی بخصوص در زنان تایید شده است و تقریباً در تمامی اختلالات جنسی زنان نقش دارد (۹).

اضطراب می‌تواند نتیجه گیجی و آشفتگی در مورد مسائل جنسی باشد و به همراه یادگیری‌های گذشته و سوء تعبیرها عامل ایجاد اختلال جنسی گردد (۱۰). چنانچه تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که افراد دچار مشکلات اضطرابی سطح بالاتری از اختلافات زناشویی و جدایی را گزارش می‌کنند و اضطراب یکی از عوامل ایجاد کننده آن است. انتظارات فرهنگی، احساس گناه، پیش‌بینی درد، کمی عزت نفس و احساس بی‌کفایتی می‌تواند به همراه اضطراب در اکثر اختلالات جنسی زنان نقش داشته باشد (۱۱).

رشد فزاینده نابسامانی‌های ارتباطی زوجین، باعث شده است که به پژوهش‌هایی که عوامل تأثیرگذار بر افت رضایت زناشویی را مورد توجه قرار می‌دهند، احساس نیاز بیشتری شود.

درمان شناختی رفتاری بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای فکری منفی، تأثیر بسزائی بر عواطف شخصی دارد، قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری به شخص می‌آموزد که الگوهای نابهنجار عمل و رفتار را جستجو کرده، تشخیص داده و تحلیل کند. درمانگر به بیماران می‌آموزد که چگونه با آن مقابله کرده و افکار و رفتارشان را بازسازی کنند، تا رفتار مبتنی بر منطق و تفکر، متکی بر واقعیت شود (۱۲). درمانگرهای شناختی رفتاری مشکلات ناشی از تفکر

غیرمنطقی شخص، استنباط‌های غلط، افکار نابهنجار و یادگیری ناقص را تشخیص داده و درمان می‌کنند. درموردی که فرد دچار اضطراب می‌گردد، افسردگی، عصبانیت، شرمندگی، عزت نفس پائین، تطبیق مشکلات، آشفتگی خواب، فشارها و ضربه‌های روحی گذشته بر آن تأثیرگذار است (۱۳). علاوه بر درمان‌های روان‌شناختی، درمان‌های دارویی نیز در مشکلات جنسی بکار می‌رود که از جمله می‌توان به درمان با بوپروپیون اشاره کرد. بوپروپیون یک مونوسیکلیک آمینوکتون است که به عنوان درمان برای افراد غیرافسرده مبتلا به اختلالات جنسی می‌تواند کمک کننده باشد (۱۴). بوپروپیون، باعث کاهش جذب مجدد اپی نفرین و دوپامین و در نتیجه افزایش میل جنسی می‌شود (۱۵).

پژوهش‌هایی در موارد مشابه توسط سایر پژوهشگران نیز صورت پذیرفته، از جمله: سراجی و دادفر (۱۳۸۴) طی پژوهشی به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی روش‌های شناختی رفتاری، فلوکستین و ترکیب آن‌ها در فویبای جنسی زنان پرداختند. همچنین، فرقانی (۱۳۸۲)؛ نقل از مهرابی و همکاران، (۱۳۸۵) به بررسی اثربخشی آموزش‌های شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات جنسی پرداختند و مهرابی، دادفر و چیمه (۱۳۸۵) به بررسی اثربخشی روش‌های شناختی رفتاری در درمان پنج نفر از مردان مبتلا به اختلال نعوظ ناشی از اضطراب عملی پرداختند.

رابطه زناشویی در صورتی که در شکل صحیح خود جریان یابد، نه تنها سلامت روان زوج، بلکه سلامت روان فرزندان و در ابعاد وسیع‌تر سلامت روان جامعه را نیز در پی دارد. با وجود اینکه پژوهش‌های مناسب و زیادی در مورد اختلالات جنسی در ایران صورت گرفته اما به دلیل کمبود پژوهش مرتبط با اضطراب ارتباط جنسی زنان و درمان آن، و همچنین استفاده از بوپروپیون به عنوان درمان طبی در کنار



سایر روش‌های روان درمانی، در جهت کاهش مشکلات جنسی مرتبط با اضطراب زوجین، پژوهش حاضر به‌عنوان یک نیاز، برای کاهش مشکلات جنسی زوجین و به تبع آن کاهش تعارضات زناشویی احساس گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در دسته بندی بر مبنای هدف از نوع تحقیقات کاربردی و در دسته بندی بر مبنای شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی بود که در قالب طرح پیش آزمون پس آزمون با سه گروه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مراجعه‌کننده به مطب‌های مامایی و مراکز روان‌پزشکی شهر نیشابور در بهار سال ۱۳۹۷ با شکایت اضطراب رابطه جنسی تشکیل می‌دادند؛ که این مشکل توسط مصاحبه و اجرای آزمون اضطراب رابطه جنسی و کسب نمره بالاتر از متوسط در این آزمون از افراد صورت گرفت. از این میان ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس با لحاظ کردن ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: عدم اعتیاد، عدم بیماری جسمی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و رضایت آگاهانه انتخاب و ملاک‌های خروج شامل عدم اعتیاد، عدم بیماری جسمی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی به شیوه تصادفی در سه گروه پژوهشی (درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی و گروه شاهد) قرار داده شدند. سپس گروه اول تحت ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه دوم نیز بوپروپیون با مقدار ۷۵ میلی‌گرم دو بار در روز، به مدت یک ماه را دریافت نمود، در این مدت نیز گروه گواه هیچ نوع مداخله روان‌شناختی یا دارویی را دریافت نکردند، هر سه گروه در ابتدا و انتهای پژوهش توسط پرسشنامه‌های تحقیق مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پژوهش با تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه باشناسه اخلاق:

IR.IAU.NEYSHABOUR.REC.1397.014 شناسه کد کارآزمایی: IRCT20190122042461N1 صورت پذیرفت. نتایج به دست آمده به منظور مقایسه نتایج به دست آمده از سه گروه آزمایشی و کنترل، از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (کوواریانس) و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین محاسبات با نرم افزار spss 21 انجام گرفت.

ابزار

مقیاس تعارضات زناشویی: این ابزار دارای ۴۲ گویه است که با هدف سنجش تعارض‌های زناشویی ساخته شده است. گویه‌های این ابزار با پنج گزینه‌ی همیشه، بیشتر، گاهی وقت‌ها، به ندرت و هرگز همراه است که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. بیشترین نمره‌ای که فرد می‌تواند در این آزمون بدست آورد، ۲۱۱ و کمترین نمره ۴۲ است. نمره‌ی بالاتر این آزمون معنای تعارض شدید و نمره‌ی پایین به معنای عدم تعارض تفسیر می‌شود. پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۵۳ برآورد شده است. همچنین این مقیاس از روایی محتوایی خوبی برخوردار است (۱۵). به منظور اندازه‌گیری پایایی و روایی، پرسشنامه‌ی مذکور را روی یک گروه ۱۱۱ نفری متشکل از ۵۳ مرد و ۵۸ زن که برای رفع تعارضات زناشویی خود به مراجع قضایی یا مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۰۸ نفری زوج‌های عادی متشکل از ۵۳ مرد و ۵۵ زن، توسط ثنایی در سال ۲۰۰۹ اجرا گردید. مقایسه میانگین دو گروه سازگار و ناسازگار در مردان و زنان بیانگر وجود تفاوت معناداری بین آنها می‌باشد که می‌تواند دال بر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوج‌های متعارض از نامتعارض باشد (۱۶). مقیاس اضطراب ارتباط جنسی: برای اندازه‌گیری اضطراب ارتباط جنسی از مقیاس ۸۱ آیتی ارتباط جنسی استفاده



گردید (۱۷). پاسخ گویی به عبارات بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً دوست ندارم تا کاملاً دوست دارم) می‌باشد که از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی درونی از روش آلفای کرونباخ، برای این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۸). آندرس؛ پایایی بازآزمایی آن را ۰/۲۳ و روایی آن را قابل قبول گزارش کرد. در این مطالعه نیز به روش آلفای کرونباخ، همسانی درونی ۰/۷۶ به دست آمد و جهت بررسی روایی سازه، همبستگی آن با آزمون احقاق جنسی ۰/۶۰ محاسبه گردید. روایی محتوا نیز مورد تایید اساتید روانشناسی و مشاوره قرار گرفت.

جدول ۱: درمان شناختی رفتاری

درمان شناختی رفتاری

جلسه اول	گرفتن شرح حال کامل و برقراری رابطه درمانی، اقدام برای شناخت یکدیگر، شناسایی مشکل، توصیف مشکل، تعیین هدف ها، دریافت بازخورد، با توضیحی در مورد اضطراب رابطه جنسی، جهت دادن و آشنا کردن بیمار با CBT تعیین برنامه و اهداف اولیه درمان.
جلسه دوم	وارسی خلق، کمک به شرکت کنندگان برای شناخت مقاومت‌های احتمالی، ویژگی های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آنها، معرفی فعال سازی رفتاری و اکتشاف فعالیت های بالقوه برای بهبود خلق، تعیین تکلیف خانگی: ردیابی خلق و فعالیت، ارزیابی نگرانی های بیمار و تعیین اهداف اولیه.
جلسه سوم	وارسی خلق، مرور ردیابی خلق و فعالیت معرفی آرام سازی عضلانی، تزریق فکر، معرفی تصویرسازی و تمرین آن، ارزیابی تکلیف خانگی: تمرین فعالسازی رفتاری، شروع فنون مداخله ای.
جلسه چهارم	ادامه فنون مداخله ای، معرفی روش ثبت افکار، تکلیف خانگی فعالسازی رفتاری، ثبت برگه ثبت تفکر، دسته بندی باورها، ارزیابی مجدد برنامه و اهداف درمان، ادامه یا تصحیح فنون مداخله ای.
جلسه پنجم	مرور تکلیف خانگی، شروع فهرست اصلی باورها، معرفی تحریف های شناختی، فنون آرام سازی و ثبت تفکر.
جلسه ششم	این جلسه دو هدف عمده دارد که هر دو نیز شناختی هستند. هدف اول این است که شرکت کنندگان گروه بپذیرند که باورها تغییر ناپذیر نیستند و افراد با گذشت زمان باورهای خود را تغییر میدهند. هدف دوم این است که شرکت کنندگان بپذیرند که این امکان وجود دارد که باورهای خود را به صورت عینی مورد ملاحظه قرار دهند. معرفی چالش با افکار، تکلیف خانگی: فعال سازی رفتاری و ثبت افکار، ادامه فنون مداخله ای از دیگر کارهای مربوط به جلسه ششم میباشد.
جلسه هفتم	بحث درباره اینکه باورها میتوانند از لحاظ سودمندی متفاوت باشند و اینکه مجموعه باورهایی که افراد برای سازماندهی رفتار خود بکار می گیرند، می توانند با یکدیگر یا با باورهای سایر افراد، تا حدودی همسان باشند و اینکه سازگاری و همخوانی با باور سایر افراد دال بر صحت آن میباشد یا نه؟ چرا که افراد می توانند باورهای مشکل زای خود را شناسایی و ارزشیابی کنند و تصمیم بگیرند کدامیک را نگه دارند و کدامیک را کنار بگذارند. بحث درباره پایان درمان و آماده سازی برای تغییرات پایدار، دریافت بازخورد.
جلسه هشتم	وارسی خلق، مرور تکلیف خانگی، مرور پیشرفت درمان، تکمیل پیشگیری از عود، معرفی و برنامه ریزی جلسات مدیریت خود، پایان درمان و کمک به بیمار برای تغییرات پایدار.



یافته‌ها

در جدول ۱ نتایج گروه‌های آزمایش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	گروه	مرحله آزمایش	تعداد	میانگین نمرات	انحراف معیار نمرات
اضطراب رابطه جنسی	درمان شناختی رفتاری	پیش آزمون	۱۳	۴۸/۲	۷/۵
		پس آزمون	۱۳	۳۹/۴	۷/۱
	دارو درمانی	پیش آزمون	۱۳	۴۶/۸	۷/۹
		پس آزمون	۳	۴۰/۲	۷/۴
	کنترل	پیش آزمون	۱۳	۴۶/۵	۷/۳
		پس آزمون	۱۳	۴۴/۷	۶/۹
تعارضات زناشویی	درمان شناختی رفتاری	پیش آزمون	۱۳	۶۸/۶	۱۱/۹
		پس آزمون	۱۳	۴۸/۲	۶/۷
	دارو درمانی	پیش آزمون	۱۳	۵۷/۴	۱۱/۶
		پس آزمون	۱۳	۵۰/۳	۸/۵
	کنترل	پیش آزمون	۱۹	۶۰/۶	۹/۳
		پس آزمون	۱۹	۶۸/۶	۸/۷

در جدول ۱ مشاهده می‌شود که در گروه درمان شناختی رفتاری، میزان اضطراب رابطه جنسی بعد از مداخله درمانی؛ ۴۸/۲ به ۳۹/۴ کاهش یافته است. همچنین میزان اضطراب رابطه جنسی آزمودنی‌های حاضر در گروه دارودرمانی بعد از درمان، از ۴۶/۸ به ۴۰/۲ کاهش یافته است. اما در میان آزمودنی‌های گروه کنترل که تحت گروه درمانی قرار نگرفته‌اند، میزان اضطراب رابطه جنسی کاهش معناداری نداشته است. برای بررسی مقایسه اثربخشی، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل

کواریانس، مفروضه‌های آزمون باکس جهت بررسی ماتریس واریانس و کواریانس، داشتن رابطه خطی، فاصله‌ای بودن داده‌ها، نرمال بودن توزیع مفروضه، یکسانی خطای واریانس و تصادفی بودن داده‌ها و همبستگی بین داده‌های متغیرهای وابسته، آزمون نرمالیتی کولموگروف-اسمیرنف بررسی گردید، و مفروضه‌ها تایید شدند. در جدول فوق مشاهده می‌شود که برای اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی معنی‌داری از خطای ۰/۰۵ بزرگتر است. بنابراین می‌توان برابری واریانس‌های خطا را پذیرفت.



جدول ۲: تحلیل کوواریانس نمرات پس آزمون اضطراب رابطه جنسی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
اضطراب رابطه جنسی	پیش آزمون	۱۵۸۷/۵	۱	۱۵۸۷/۵	۲۱۱/۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶
	اثر اصلی	۱۳۹/۱	۱	۱۳۹/۱	۱۲/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	خطای باقیمانده	۲۴۷/۵	۹۹	۷/۵	-	-	-
تعارضات زناشویی	پیش آزمون	۱۲۳۳/۶۹	۱	۱۲۳۳/۶۹	۴۳/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۵۷۸
	اثر اصلی	۲۵۸۰/۱۶	۲	۱۲۹۰/۰۸	۴۵/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۷۴۱
	خطای باقیمانده	۸۹۹/۵۶	۳۲	۲۸/۱۱	-	-	-

اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی و تعیین محل تفاوت گروه‌ها از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

همان‌گونه که در جدول بالا نشان داده شده است اثر اصلی در متغیر اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی معنادار است. از این رو می‌توان بیان نمود که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی در گروه‌های سه گانه

متغیر	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد میانگین	معناداری
اضطراب رابطه جنسی	درمان شناختی رفتاری	دارودرمانی	-۳/۸	۱/۱	۰/۰۰۴
		کنترل	-۹/۴	۱/۱	۰/۰۰۱
	دارودرمانی	درمان شناختی رفتاری	۳/۸	۱/۱	۰/۰۰۴
		کنترل	-۵/۶	۱/۱	۰/۰۰۱
	کنترل	درمان شناختی رفتاری	۹/۴	۱/۱	۰/۰۰۱
		دارودرمانی	۵/۶	۱/۱	۰/۰۰۱
تعارضات زناشویی	درمان شناختی رفتاری	دارودرمانی	۱۹/۳۰۶	۲/۱۷۱	۰/۰۰۰
		کنترل	۱۶/۴۹۱	۲/۱۸۱	۰/۰۰۰
	دارودرمانی	درمان شناختی رفتاری	-۱۹/۳۰۶	۲/۱۷۱	۰/۰۰۰
		کنترل	-۲/۸۱۵	۲/۱۶۷	۰/۴۹۴
	کنترل	درمان شناختی رفتاری	-۱۶/۴۹۱	۲/۱۸۱	۰/۰۰۰
		دارودرمانی	۲/۸۱۵	۲/۱۶۷	۰/۴۹۴



همان گونه که در جدول بالا مشاهده می شود هر دو روش درمانی موثر بوده اند. یعنی در مقایسه با گروه کنترل در کاهش اضطراب رابطه جنسی موفق تر بوده اند. همچنین با توجه به بررسی میانگین ها مشخص می شود که درمان شناختی رفتاری اثر درمانی بیشتری نسبت به دارو درمانی داشته است.

بحث

نتایج تجزیه تحلیل اطلاعات نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی در اضطراب ارتباط جنسی و تعارضات زناشویی موثر بوده اند. همچنین نتایج پژوهش نشان داده که دارو درمانی می تواند بر اضطراب رابطه جنسی تأثیر مثبت داشته باشد. که در این میان درمان شناختی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود، این یافته ها همسو با مطالعات (۲)، (۱۹)، (۲۰)، (۲۱)، (۲۲)، می باشد.

در تبیین این یافته می توان عنوان کرد که رویکرد شناختی رفتاری به زوجین دارای تعارض، که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیر منطقی و مخرب در زندگی زناشویی هستند، موجب شده که آگاهی زوجین نسبت به اسناد و باورهای غیر منطقی بالا رود؛ همچنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسندهای غلطی که موجب تعارض آنان شده است، بپردازند. اصلاح باورها، انتظارات نامعقول و اسندهای غلط زوجین از رفتار یکدیگر باعث کاهش دلخوری های بی مورد و افزایش شناخت جنبه های مثبت رفتار یکدیگر شده است، که در نهایت به کاهش تعارض زناشویی زوجین منجر می شود. بنابراین در این پژوهش، درمان شناختی رفتاری سبب کاهش تعارض زناشویی زوجین گردیده است. همان طور که در بخش یافته ها مشاهده شد، آموزش و

به کارگیری تکنیک های درمان شناختی رفتاری موجب کاهش تعارض زوجین گردیده است. نتایج همچنین نشان داد که درمان شناختی رفتاری با کاهش اضطراب رابطه جنسی همراه است. درمان شناختی رفتاری، درمانی مؤثر برای اضطراب است. ارزیابی نتایج درمان شناختی رفتاری اضطراب بر پایه پروتکل هایی است که به ویژه جهت بررسی اختلال های انفرادی به کار می رفته است. درمان شناختی رفتاری بر این فرض قرار دارد که افراد مبتلا به اختلال اضطرابی، الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ دهی به محیط را یاد گرفته اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله ای مؤثر هستند. از این دیدگاه، فرد مبتلا به اضطراب به خاطر اینکه به جای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می برد. بعد از سال ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخ دهی به صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگوهای پاسخ دهی خودکار و مداوم را پیدا می کنند. افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی، مداوم و تکرار شونده هستند، بنابراین در نهایت، این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می گیرد. (۲۳)

درمان شناختی رفتاری موجب بهبود مهارت های رفتاری زوجین می گردد. مهارت های رفتاری منجر به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه می شود. همچنین تغییر در احساس و رفتار زوجین به تغییر نگرش نیز می انجامد و بر نرخ هزینه پاداش تأثیر مثبت می گذارد. این تغییرات در نهایت منجر به افزایش صمیمیت، رضایت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی زوجین منجر می گردد. پیروان رویکرد شناختی اعتقاد دارند وجود برخی خطاهای رایج ذهنی می توانند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال نمایند و به دنبال آن روحيات و



رفتارهای نامناسب ظاهر گردند، لذا عمق صمیمیتی که دو نفر در رابطه شان ایجاد می کنند، به توانایی آنان برای انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته هایشان بستگی دارد. درمان شناختی رفتاری می تواند موجب تقویت مهارت های ارتباطی مانند مهارت های کلامی و غیر کلامی گردد. تقویت مهارت های ارتباطی باعث افزایش خودباوری در فرد می شود. خودباوری مثبت و کاهش منفی نگری با کاهش تعارضات زناشویی همراه است.

همچنین در خصوص تبیین نتایج پژوهش حاضر می توان بیان کرد که آموزش مهارت های ارتباطی به زوجین روی ارتباط عاطفی، زمان با هم بودن و مسائل جنسی مؤثر است. تمامی این مهارت ها منجر به افزایش احساسات مثبت و کاهش تعارضات زناشویی می گردد. درمان شناختی رفتاری از طریق افزایش مبادله مثبت رفتار، افزایش ابراز مستقیم محبت و مواجهه با عواطف مثبت زوجین و همچنین کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات، موجب ارتقا کیفیت روابط و ابراز محبت می شود. بنابراین وقتی زوجین به توانند به موقع و به اندازه، نسبت به دیگری علاقه و محبت خود را ابراز نمایند، همچنین احترام متقابل نسبت به همدیگر نشان دهند. این موارد می تواند بدبینی نسبی به یکدیگر را کاهش دهد و از این طریق تعارض زناشویی نیز کاهش می یابد (۲۱).

درمان شناختی رفتاری روشی براساس ایجاد پاسخ توسط اثرات فکری، نه فیزیکی است که به وسیله روانشناسان و درمان کنندگان جهت کمک به ارتقای تغییرات قطعی در افراد و کمک به تسکین رنج های عاطفی و همچنین مطرح ساختن تعداد زیادی از مسائل رفتاری، اجتماعی و فکری استفاده می شود. درمانگرهای شناختی رفتاری مشکلات ناشی از تفکر غیرمنطقی شخص، استنباط های غلط، افکار

ناهنجار و یادگیری ناقص را تشخیص داده و درمان می کنند. این نوع درمان می تواند توسط افراد، خانواده ها و گروه ها هدایت شود. بایستی زوجین با مشکلات رفتاری و شناختی نامناسب و ناکارآمد را شناسایی نمود، واز طریق درمان شناختی در صدد اصلاح شناخت و رفتارها برآمد تا باعث کاهش تعارضات زناشویی شود.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان، به عدم دسترسی به آزمودنی ها در انجام مطالعه پیگیری، محدودیت در بررسی همزمان همسران آزمودنی ها، محدودیت در بررسی و کنترل سابقه مصرف داروهای روان پزشکی، عدم همکاری به صورت مداوم و مستمر جلسات از سوی برخی بیماران (علی رغم تأکیدات و توضیحات، گاهی برخی بیماران از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده، پاسخ سطحی و بدون دقت لازم دارند)، اشاره نمود، که پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی مورد بررسی قرار گیرد و همچنین پیگیری بهبودی ناشی از درمان در فواصل زمانی مختلف درباره ی فواید درمان اطلاعات بیشتری را فراهم می کند و علاوه بر جنبه عملی، از لحاظ نظری نیز حائز اهمیت است. لذا با توجه به کوتاه مدت بودن زمان پیگیری، بهتر است اثرات دراز مدت درمان حاضر نیز مورد بررسی قرار گیرند.

نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد که هر دو روش، نتیجه مؤثر داشته اند، که در این میان درمان شناختی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود. در تبیین این یافته می توان عنوان کرد که رویکرد شناختی رفتاری به زوجین دارای تعارض، موجب شده که آگاهی زوجین نسبت به اسناد و باورهای غیر منطقی بالارود همچنین با انجام تمرینات و تکالیف، به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب تعارض آنان شده است، بپردازند. در این پژوهش



تشکر و قدردانی

از استاد گرانقدرم؛ فرزندان نازنینم و تمام عزیزانی که سهم زیادی در موفقیتم داشتند، کمال تشکر و قدردانی را دارم. تعارض منافع نویسنده مسوول: حمید نجات- استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه ازاد اسلامی واحد قوچان. سارا رجب پور- دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه ازاد اسلامی واحد نیشابور.

درمان شناختی رفتاری، سبب کاهش تعارض زناشویی، افزایش احساسات مثبت، افزایش صمیمیت، ارتقاء کیفیت روابط و ابراز محبت و تغییر نگرش زوجین گردیده است. درمان شناختی رفتاری همچنان میتواند موجب تقویت مهارت های ارتباطی (مهارت های کلامی و غیر کلامی)، افزایش خود باوری، خود باوری مثبت و کاهش منفی نگری با کاهش تعارضات زناشویی گردد. بایستی زوجین متعارض و افکار و رفتارهایی که روابط بین فردی شان را به شدت تحت تاثیر قرار میدهد، شناسایی نمود و از طریق درمان شناختی رفتاری و اصلاح شناخت معیوب و رفتارهای ناکارآمد، سبب کاهش تعارضات زناشویی گردید.

References

1. Bulanda JR, Brown JS, Yamashita T. Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. *Social Science & Medicine*. 2016; 165:119-27.
2. Student RAP, Student ALP. Relationship between sexual pleasure and marital satisfaction. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(70):82-90.
3. Channa A. Does depression conciliate in marital adjustment? *European Psychiatry*. 2016;33: S492
4. Vahed SZ, Samadi N, Mostafidi E, Ardalan M, Omid Y. Genetics and epigenetics of chronic allograft dysfunction in kidney transplants. *Iranian journal of kidney diseases*. 2016;10(1):1.
5. Van Mol C, de Valk HA. Relationship satisfaction of European binational couples in the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations*. 2016; 50:50-9.
6. Hald GM, Stulhofer A, Lange T. Sexual arousal and sexually explicit media (SEM): Comparing patterns of sexual arousal to SEM and sexual self-evaluations and satisfaction across gender and sexual orientation. *Sexual medicine*. 2018;6(1):30-8.
7. Barton GJ, Carlos EC, Lentz AC. Sexual quality of life and satisfaction with penile prostheses. *Sexual medicine reviews*. 2019;7(1):178-88.
8. Vannier SA, Rosen NO. Sexual distress and sexual problems during pregnancy: associations with sexual and relationship satisfaction. *The journal of sexual medicine*. 2017;14(3):387-95.
9. Björkenstam C, Björkenstam E, Andersson G, Cochran S, Kosidou K. Anxiety and depression among sexual minority women and men in Sweden: Is the risk equally spread within the sexual minority population? *The journal of sexual medicine*. 2017;14(3):396-403.



10. Nascimento E, Maia A, Nardi A, Silva A. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: the role of depression and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2015; 181:96-100.
11. Burri A, Spector T, Rahman Q. The etiological relationship between anxiety sensitivity, sexual distress, and female sexual dysfunction is partly genetically moderated. *The journal of sexual medicine*. 2012;9(7):1887-96.
12. Beaber TE, Werner PD. The relationship between anxiety and sexual functioning in lesbians and heterosexual women. *Journal of Homosexuality*. 2009;56(5):639-54.
13. Jalal B, Kruger Q, Hinton DE. Adaptation of CBT for traumatized South African indigenous groups: examples from multiplex CBT for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2018;25(2):335-49.
14. Toplak ME, Connors L, Shuster J, Knezevic B, Parks S. Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Clinical psychology review*. 2008;28(5):801-23.
15. Davidson K. Cognitive-behavioural therapy: origins and developments. *Cognitive-Behavioural Interventions in Physiotherapy and Occupational Therapy*. 2008; 1:3-17.
16. Mendlowitz S. Cognitive-behavior therapy and the treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. *Handbook of Exposure Therapies: Elsevier*; 2007. p. 209-20.
17. Yee A, Loh HS, Ong TA, Ng CG, Sulaiman AH. Randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled trial of bupropion as treatment for methadone-emergent sexual dysfunction in men. *American journal of men's health*. 2018;12(5):1705-18.
18. Safarinejad MR. The effects of the adjunctive bupropion on male sexual dysfunction induced by a selective serotonin reuptake inhibitor: a double-blind placebo-controlled and randomized study. *BJU international*. 2010;106(6):840-7.
19. Sanai B, Alaghand S, Hooman A. Family and marriage scales. Tehran: Besat. 2009.
20. Davis D, Shaver PR, Widaman KF, Vernon ML, Follette WC, Beitz K. "I can't get no satisfaction": Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. *Personal Relationships*. 2006;13(4):465-83.
21. Anders A. Sexual Communication Anxiety, Attachment, Relationship Satisfaction, and Sexual Satisfaction in Auburn 2008.
22. Bélanger C, Laporte L, Sabourin S, Wright J. The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. *The American Journal of Family Therapy*. 2015;43(2):103-18.
23. Mohaddesi H, Merghati Khoei E, Khalkhali HR, Hamedani M, Saei Gharenaz M. The effect of counseling based on cognitivebehavioral approach on the marital satisfaction of couples who referred to the selected healthy centers of urmia, 2015. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2016;14(8):738-47.
24. Şafaköztürk C, Arkar H. Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28.(۳)
25. Vakili M, Kimiaee A, Fathizade M, Mashhadi A. Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Couple Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Marital Conflict among Couples. *Int J Review in Life Sci*. 2015;5(11):155-63.
26. Hummel SB, Hahn DE, van Lankveld JJ, Oldenburg HS, Broomans E, Aaronson NK. Factors associated with specific diagnostic and statistical manual of mental disorders, sexual dysfunctions in breast cancer survivors: a study of patients and their partners. *The journal of sexual medicine*. 2017;14(10):1248-59.
27. Khayyam-Nekouei Z, Yousefy A. Application of cognitive-behavioral therapy for reducing anxiety in cardiac patients. *ARYA Atherosclerosis*. 2010;3.(۲)
28. Feili A, Borjali A, Sohrabi F, Farrokhi N. The Comparitive efficacy of Cognitive-Behavior Therapy and Teasdale Mindfulness-Based Cognitive Therapy of Infertile Depressed Women's Rumination. *Armaghane danesh*. 2012;17(1):14-21.
29. Silverstein C. The initial psychotherapy interview. *The Initial Psychotherapy Interview: Elsevier*; 2011. p. 37-69.



The Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Drugtherapy with Bupropion on Anxiety of Sexual Relationship and Marital Conflict

Sara Rajabpour¹, Hamid Nejat²

1. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

2. Department of Psychology, Guchan Branch, Islamic Azad University, Guchan, Iran

Original Article

Received: 13 May 2019

Accepted: 14 November 2019

***Corresponding Author:**

Afsaneh Akhaneh, Department
of Clinical Psychology,
School of Behavioral
Sciences and Mental Health,
Iran University of Medical
Science, Tehran, Iran

TEL: +98 9139204810

Email:

Afsan
ehakhani@gmail.com

ABSTRACT (Maximum 250 words)

Introduction

The purpose of this study was to Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Drug therapy with Bupropion on anxiety of sexual relationship and Marital Conflict in couples.

Materials and Methods

The present study was a semi-experimental design with pretest-posttest design with three groups. The statistical population of the study consisted of all individuals who referred to midwifery offices and psychiatric clinics in Neyshabur in the spring of 1397 with anxiety complaints, of which 39 were available by sampling method by considering the criteria for entering and leaving the research in a randomized way. They were divided into three groups (cognitive-behavioral therapy, drug therapy and control group). The first group under the first one was subjected to 8 sessions of cognitive-behavioral therapy and the second group received medication. During this period, the control group did not receive any psychological or drug intervention. All three groups at the beginning and the end of the study were questionnaires including The marital conflicts and anxiety of sexual relationship scales were evaluated. The results were analyzed by multivariate analysis of variance (covariance) and Bonferroni's post hoc test using SPSS software to compare the results of the experimental and control groups.

Results

The results showed that cognitive-behavioral therapy was significantly more effective than medication in improving anxiety of sexual relationship and marital conflicts

Conclusion

It is suggested that cognitive-behavioral therapy be used as a research-based therapeutic approach to reduce the problems of people with the anxiety of sexual relationships.

Keywords

Anxiety of Sexual Relationship, Bupropion, Marital conflicts, Cognitive Behavioral Therapy.

► Please cite this article as: Rajabpour S, Nejat H. The Comparison of Cognitive Behavioral Therapy and Drugtherapy with Bupropion on Anxiety of Sexual Relationship and Marital Conflict. J Neyshabur Univ Med Sci 2020;7(4):65-76.