

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به بدکارکردی جنسی:

یک مطالعه موردی

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression in People with Sexual Dysfunction: A Case Study

Sepide Vahid Harandi*

Phd Student of Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

sepidevahidharandi@gmail.com

Dr. Zohreh Raeisi

Assistant Professor of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

سپیده وحید هرندی (نویسنده مسئول)

دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد،

دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

دکتر زهره رئیس

استادیار گروه روانشناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی،

نجف‌آباد، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به بدکارکردی جنسی انجام شد. پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی، و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تجربی تک‌موردی است و در آن شرکت‌کنندگان به ترتیب در مراحل خط‌پایه، درمان و پس از درمان و پیگیری مورد سنجش قرار می‌گیرند. جامعه آماری این مطالعه را کلیه زنان می‌باشند که به تشخیص متخصص دارای اختلال کارکرد جنسی می‌باشند که در سه ماه اول سال ۱۳۹۷ به کلینیک مشاوره و روان درمانی مراجعه کردند. از میان جامعه آماری ۲ نفر که در مقیاس افسردگی و اضطراب در طبقه شدید و خیلی شدید قرار داشتند با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند، هر دو بیمار به مدت ۸ جلسه تحت درمان شناختی و رفتاری قرار گرفتند. سنجش در هر مرحله توسط پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک انجام شد. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-18 استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری با میزان اندازه اثر ۱/۶۴ (بیمار اول) و ۰/۵۷ (بیمار دوم) به ترتیب میزان اندازه اثر بالا و متوسط را برای کاهش علائم افسردگی در بیماران را نشان می‌دهد. همچنین نتایج دیگر نشان داد که درمان شناختی رفتاری با میزان اندازه اثر ۱/۵۸ (بیمار اول) و ۱/۵۵ (بیمار دوم) موجب کاهش علائم اضطراب در این بیماران شده است و هر دو اندازه اثر میزان بالایی از تاثیر درمان را نشان می‌دهد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، اضطراب، افسردگی، بدکارکردی جنسی

Abstract

The present research was conducted aiming to check effectiveness of cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in people afflicted by sexual dysfunction. In terms of objectives, the present research is practical; and in terms of data collecting, it is a single-case experimental research. Participants are evaluated in all phases including basic line, therapy and post-therapy, and pursuit respectively. Statistical population of this study includes all the women who were diagnosed with sexual function disorder who had come to the psychotherapy and counseling clinic in the early months of the current year. Among this statistical population, two patients who were diagnosed with acute and very acute anxiety and depression were selected considering inclusion and exclusion criteria. Both patients received cognitive-behavioral therapy in 8 sessions. Evaluation was carried out using Beck's Depression Inventory for every and each step. In order to analyze data, SPSS-18 was used that cognitive-behavioral therapy with effect size of ۱.۵۸ (patient) has alleviated symptoms of anxiety on these patients and both effect sizes show a high level of effectiveness in treatment.

Key Words: cognitive-behavioral therapy, anxiety, depression, sexual dysfunction

ویرایش نهایی: اسفند ۹۸

پذیرش: مرداد ۹۷

دریافت: مرداد ۹۷

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

رابطه جنسی یکی از عملکردهای مهم انسان و مسائل اساسی زندگی به شمار می‌آید. رابطه جنسی شامل عوامل جسمی، روان‌شناختی و هیجانی است و بر بهزیستی زندگی فرد تأثیر می‌گذارد (روزن و همکاران، ۲۰۰۰؛ لین، بوری، فریدلوند، پاکپور، ۲۰۱۷). رابطه جنسی

*Rosen

Lin, Burri, Fridlund, & Pakpour

رضایت‌بخش، باعث لذت، رضایت و نزدیکی عاطفی زوجین می‌شود، اما اختلال در کارکرد جنسی می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده و بر سلامت روانشناختی و روابط بین فردی تأثیری منفی بگذارد (روزن و همکاران، ۲۰۰۰).

بدکارکردی جنسی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که افراد جامعه با آن درگیر هستند، اما کمتر کسی برای درمان آن، اقدام می‌کند (مستان، دیویس، تراش، ۲۰۰۵). براساس اطلاعات انجام شده، دست کم نیمی از زوجین اختلال جنسی را در روابط خود تجربه می‌کنند (مندلا، فریدل، ایسنریچ، ۲۰۱۵).

بدکارکردی جنسی ممکن است تمام عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید. این اختلال می‌تواند فراگیر یا موقعیتی و کلی و جزئی باشد (آذر، ایرانیور، نوحی، ۱۳۸۲). اختلالات جنسی در زنان شامل اختلال میل جنسی پایین، اختلال بیزاری جنسی، اختلال برانگیختگی، اختلال ارگاسم، مقاربت دردناک و واژینیسموس است (کساک و تیفرا، ۲۰۱۴). بدکارکردی جنسی می‌تواند به فقدان اعتماد به نفس، اضطراب، افسردگی و مشکلات شخصیتی منجر شود (اسلان، بجی، گنگور، کادیوگلو، دیکنیک، ۲۰۰۸). بررسی‌ها نشان داده که بدکارکردی جنسی غالباً با سایر اختلالات مثل اختلالات شخصیت و افسردگی و اضطراب همراه است. هر نوع استرس و مشکلات زندگی، اختلالات هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد جنسی می‌تواند بر کارکرد جنسی تأثیر منفی داشته باشد (راجکومار و کوماران، ۲۰۱۵). ۴۰ تا ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات روان رنجورخوبی دچار بدکارکردی جنسی هستند (بنیوبال و تیگول، ۲۰۰۳). همچنین، آثار اجتماعی آن بر افزایش طلاق، خشونت، کیفیت زندگی زوجین و ارتباطات بعدی تأثیر می‌گذارد (اسلان و فاینر، ۲۰۰۸). احمدیان، میرزائی و شاکریزیس (۲۰۱۸) در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط بین اضطراب، افسردگی و بدکارکردی جنسی و میزان کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداختند، نتایج دلالت بر این داشت که بدکارکردی جنسی با اضطراب، افسردگی و کنترل قندخون در ارتباط است. در یک مطالعه گذشته‌نگر به بررسی افسردگی و اضطراب در مردان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی پرداخته شد، نتایج بررسی نشان داد که ۱۲ درصد دچار افسردگی شدید و ۵ درصد اضطراب داشتند (راجومکار، کوماران، ۲۰۱۵).

مسایل جنسی بر جسم، روان، ذهن و رفتارهای اجتماعی افراد تأثیرگذار است و به خطر افتادن رفتارهای جنسی، موجب اختلال در عواطف مربوط به عملکرد جنسی، شخصیت، عملکرد اجتماعی، عاطفی و دوستی می‌شوند. تحقیقات نشان می‌دهند که نارضایتی از عملکرد جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی یا بیماری‌های روانی و طلاق دارد (والوینر^۲ و همکاران، ۲۰۱۰). پیشرفت‌های به‌دست آمده در علوم پایه سبب گسترش روش‌های نوین درمانی برای افراد با بدکارکردی جنسی شده است. هالورسن و همکاران (۱۹۹۲)، رفتار درمانی شناختی، آموزش آرمیدگی، هیپنوتیزم و راهنمایی ذهنی و گروه درمانی و روش‌های ویژه‌ای مانند خود‌انگیزی مستقیم، روش شروع-توقف و حساسیت زدایی منظم را به عنوان درمان‌های موفق عملکرد نامطلوب جنسی بیان کرده‌اند.

این روش در درمان واژینیسموس، آمیزش جنسی دردناک و اختلال در ارگاسم نتیجه رضایت‌بخش اما در مورد اختلال میل جنسی، کمترین میزان موفقیت را داشته است (آذر و همکاران، ۱۳۸۲). درمانگران در درمان شناختی، فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند. بنابراین، کشف این خود تلقینی‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک زیادی می‌کند (آراوز، ۲۰۰۵). رفتار درمانی، منشاء مشکلات جنسی را در رفتارهای یاد گرفته شده می‌داند. اندیشه اساسی رفتارنگری این است که مشکلات جنسی، نتیجه یادگیری در گذشته است و با تشویق یا تنبیه‌های انجام شده، آشکار می‌شود و موضوع اصلی آن بر مشکلات رفتاری و چگونگی ارتباط مجدد با آن متمرکز شده است (حمید و همکاران، ۲۰۱۲).

^۱Sexual Dysfunction

^۲Meston, Goldstein, Davis, & Traish

^۳Mendla, Friedl, & Eisenreich

^۴Kaschak, & Tiefer

^۵Aslan, Beji, Gungor, Kadioglu, & Dikencik

^۶Rajkumar, & Kumaran

^۷Bonierbale, & Tignol

^۸Rajkumar, & Kumaran

^۹Wallwiener

^{۱۰}Araoz

نتایج مطالعه کاباسکی و باتر (۲۰۰۳) که جهت ارزیابی درمان شناختی رفتاری در بین افراد مبتلا به واژینیسم انجام شد، نشان داد سطح اضطراب افرادی که از این نوع درمان استفاده کرده بودند، بعد از درمان، به طور جالب توجهی کاهش یافت و همچنین هماهنگی زوجین و عملکرد جنسی آنها نیز بهبود یافت (کاباسکی و باتر، ۲۰۰۳). نتایج بررسی مستان، لون، سیسکی^۱ (۲۰۰۴) نشان داد که بهترین و متداول‌ترین شیوه‌ی درمانی در اختلالات عملکرد جنسی، رویکرد شناختی-رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب، ارایه‌ی دانش جنسی، تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم بود. همچنین در مطالعات پیشین نشان داده شده است که درمان شناختی-رفتاری، یکی از روش‌های رایج به کار گرفته شده در بهبود مبتلایان به واژینیسموس است (برگرون، کورسینی‌مانت، آرتز، رانکونت و روزن، ۲۰۱۵). نتایج مطالعه ماسی، گروگوری، نوناس، داس-نایر^۲ (۲۰۱۵) نیز نشان داده است که تمرین‌های رفتاری در حساسیت‌زدایی بیماران مبتلا به بدکارکردی جنسی موثر بوده است.

علی‌رغم این که شیوع ناکارآمدی جنسی در زنان بیش از مردان است، به مشکلات جنسی زنان و عوامل مؤثر در آن توجه کمتری شده است (لوپس^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). علی‌رغم شیوع بالای اختلال عملکرد جنسی در زنان، بسیاری از آنان به دلایل برخی مسائل فرهنگی و مذهبی مشکلات جنسی خود را بیان نمی‌کنند و یا به دنبال راهکارهای پزشکی جهت رفع آن بر نمی‌آیند. زنان نیمی از جمعیت کشور ما را تشکیل می‌دهند، این در حالی است که در مطالعات در زمینه اختلالات جنسی کمتر به آن‌ها توجه شده است. این در حالی است که اختلال عملکرد جنسی بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان تاثیر منفی می‌گذارد و افراد مبتلا به اختلالات جنسی به مشکلات روانشناختی متعددی دچار می‌شوند. بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد که اختلال در عملکرد جنسی با اضطراب و افسردگی در زنان در ارتباط است، بر این اساس لازم است که با بکارگیری یک رویکرد علمی به درمان مشکلات روانشناختی این افراد توجه کرد و علاوه بر درمان اختلالات جنسی به مشکلات روانشناختی دیگر که ناشی از این اختلالات است، توجه شود. از آنجایی که اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی شناخته شده در زنان مبتلا به اختلال بدکارکردی جنسی است، این مطالعه با هدف تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بدکارکردی جنسی به روش بررسی موردی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی، و به لحاظ نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها از نوع تجربی تک‌موردی است و در آن شرکت‌کنندگان به ترتیب در مراحل خط پایه، درمان و پس از درمان و پیگیری مورد سنجش قرار می‌گیرند. هدف اصلی طرح‌های تک‌موردی در کار بالینی کمک به متخصصان بالینی در ارزیابی اثر یک مداخله بالینی در تغییر رفتار مراجعان می‌باشد. منطق زیربنایی طرح‌های آزمایشی تک‌موردی همانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه شرایط متفاوتی که به آزمودنی ارایه می‌گردد، بررسی می‌شود. عملکرد آزمودنی در مرحله پیش از مداخله یا مرحله خط پایه، برای پیش‌بینی رفتار آزمودنی در آینده به کار برده می‌شود. در طرح‌های تجربی تک‌موردی، گروه کنترل وجود ندارند و خط پایه هر بیمار در حکم گروه کنترل خودش است (آندرسون و کیم^۴، ۲۰۰۳). جامعه آماری این مطالعه را کلیه زنان می‌باشند که به تشخیص متخصص دارای اختلال کارکرد جنسی می‌باشند که در سه ماه اول سال ۱۳۹۷ به کلینیک مشاوره و روان‌درمانی (شهر تهران) مراجعه کردند. از میان جامعه آماری ۲ نفر که در مقیاس افسردگی و اضطراب در طبقه شدید و خیلی شدید قرار داشتند با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به یکی از اختلالات بدکارکردی جنسی، مراجعه به یکی از متخصصین و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک معالج؛ قرار داشتن در دامنه‌ی سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال؛ داشتن حداقل سواد در حد فهمیدن و پاسخ دادن به سوالات؛ تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش؛ و مؤنث بودن. معیارهای خروج نیز شامل وجود بیماری طبی جدی؛ هرگونه بیماری جسمی و روانی اثرگذار بر روند درمان؛ تحت درمان روانشناختی بودن؛ و وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکردهای شناختی بود.

ابزار سنجش

^۱Hull, Levin, & Sipski

^۲Bergeron, Corsini-Munt, Aerts, Rancourt, & Rosen

^۳Macey, Gregory, Nunns, & Das Nair

^۴Lewis

^۵Anderson, & Kim

پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه ۱۳ سوالی^۱:

پرسشنامه افسردگی بک اولیه برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک^۲ و همکاران (۱۹۶۱) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۳ گزاره خود گزارش دهی است که نشانه های خاص افسردگی را بیان می کند. پرسشنامه افسردگی دارای ۱۳ ماده است و هدف کلی آن، سنجش شدت افسردگی (از عدم افسردگی تا افسردگی شدید) در مراجع و جامعه آماری مورد پژوهش می باشد. در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-S)، طیف پاسخدهی به صورت لیکرت ۴ درجه ای از صفر تا ۳ می باشد. در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-S)، به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیاز همه سوالات را با هم جمع می نماییم. در این پرسشنامه حداقل و حداکثر جمع امتیاز مراجع از صفر تا ۳۹ در نوسان می باشد. رجبی (۱۳۸۴) در مطالعه ای به بررسی ویژگی های روانسنجی ماده های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک ۱۳ سوالی پرداخت، نتایج تحلیل عاملی بر اساس تحلیل مؤلفه های اصلی، دو عامل به دست آمد: عامل اول، عاطفه منفی نسبت به خود، ۰/۴۳/۹؛ واریانس و عامل دوم، بی لذتی، ۰/۸/۶؛ واریانس ماده های پرسشنامه را تبیین کرد. ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای کل پرسشنامه ۰/۸۹ و ۰/۸۲ و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و فرم ۲۱ سوالی پرسشنامه افسردگی بک ۰/۶۷ بودند.

مقیاس اضطراب بک^۳:

این پرسشنامه ۲۱ سوالی است که سوالات آن شامل ارزیابی علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی، هراس) می باشد. هر سوال دارای چهار گزینه است که بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ برای هر سوال) در نظر گرفته شده است. تعیین درجه اضطراب براساس پرسشنامه اضطراب بک، نمره ۰-۷ برای درجه اضطراب هیچ یا کمتر، نمره ۸-۱۵ برای درجه اضطراب خفیف، نمره ۱۶-۲۵ برای درجه اضطراب متوسط و نمره ۲۶-۶۳ برای درجه اضطراب شدید در نظر گرفته شده است که نمره کل در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد و نمره بالاتر، اضطراب بیشتر را نشان می دهد. بک و همکاران (۱۹۸۸) پایایی این پرسشنامه را به روش باز آزمایی فاصله ای یک هفته، ۰/۷۵ نشان دادند. ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز برای پرسشنامه به دست آمد. همچنین پایایی این ابزار در پژوهش طوفانی (۱۳۹۴)، ۰/۸۶ و بدست آمده است. همچنین کاپیانی و اشرف السادات (۱۳۸۷) نشان دادند که این پرسشنامه دارای روایی $R=0/72$ و پایایی $R=0/83$ و همسانی درونی $0/92$ آلفای کرونباخ مناسبی می باشد.

قبل از شروع مداخله برای تعیین خط پایه ۲ بار پیش آزمون به عمل آمد و وضعیت فرد از لحاظ متغیرهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس، مراحل مداخله در ۸ جلسه به صورت انفرادی بر روی شرکت کنندگان اجرا شد (هفته ای یک جلسه به مدت ۴۵ دقیقه). در پایان جلسات سوم، ششم، هشتم و همچنین ۲ هفته پس از اجرای مداخله نیز متغیرهای مورد نظر ارزیابی شدند. ملاحظات اخلاقی که در این پژوهش مدنظر قرار گرفت عبارت بودند از: رعایت اصل رازداری؛ تشریح اهداف پژوهش برای شرکت کنندگان؛ کسب رضایت آگاهانه از داوطلبین؛ حفظ حق انصراف از مطالعه برای یکایک افراد مورد پژوهش؛ عدم درج نتایج پرسشنامه در پرونده؛ و ارجاع شرکت کنندگان در صورت بروز مشکلات روانشناختی. ابزارهایی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند عبارت بودند از: پروتکل درمانی مورد استفاده در این پژوهش، پروتکل درمان شناختی رفتاری برای افسردگی و اضطراب است، که توسط روسلو و برنال^۴ (۲۰۰۷) تدوین شده است. در این پروتکل جلسات مداخله به سه بخش تقسیم شدند. در بخش اول به چگونگی تأثیر افکار بر خلق، در بخش دوم به چگونگی تأثیر فعالیتها بر خلق و در بخش سوم به تأثیر روابط بر خلق پرداخته شده است. لازم به ذکر است که در پروتکل مذکور تعداد جلسات ۱۲ جلسه بود و هر بخش ۴ جلسه را در بر می گرفت، ولی باتوجه به اهمیت تعداد جلسات کمتر برای صرفه جویی در وقت و هزینه، در پژوهش حاضر سعی بر آن شد با حفظ ساختار، تعداد جلسات به ۸ جلسه کاهش یافته و هر بخش در ۲/۵ اجرا شود، ۴۵ دقیقه جلسه پایانی نیز به جمع بندی و مرور مطالب ارائه شده در ۸ جلسه پرداخته شد. در جدول ۱ خلاصه مداخله درمانی ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تغییر مورد انتظار	تکلیف
اول	فرمول بندی مشکل	مصاحبه بالینی	ایجاد رابطه درمانی	شناسایی موانع رابطه درمانی

^۱-Beck Depression short Inventory (BDI-13)

^۲Beck

^۳Beck Anxiety Inventory (BAI)

^۴Rossello, Bernal

دوم	هدف‌گزینی	طبقه‌بندی مشکلات بیمار و هدف‌گزینی (اهداف درمانی در راستای بدکارکردی جنسی)	عینیت بخشیدن به اهداف	عدم ارائه تکلیف
سوم	معرفی روش درمانی	شناسایی هیجان منفی و فکر همراه آن، آموزش خطاهای شناختی	آشنا شدن مراجع با منطق درمان	عدم ارائه تکلیف
چهارم	چالش با افکار منفی	مداخله که بر روی افکار منفی در ایجاد افسردگی و اضطراب. آموزش چالش با فکر منفی و جایگزینی	شناخت و نحوه مبارزه با افکار منفی	جدول ۵ ستونه
پنجم	مداخلات رفتاری	تهیه لیست فعالیت‌های لذت‌بخش	تمرکز بر جنبه های لذت بخش زندگی	تهیه لیست از فعالیت-های لذتبخش
ششم	مداخلات رفتاری	جدول برنامه‌ریزی فعالیت، بررسی اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت،	هدفمندی و برنامه داشتن	تهیه جدول برنامه‌ریزی
هفتم	آموزش‌های ضروری	مفهوم شبکه حمایت اجتماعی، آموزش مهارت جرأت‌مندی و آموزش مهارت‌های ارتباطی	تسلط بر مهارت‌ها	تمرین جرات‌ورزی
هشتم	جمع‌بندی	مرور جلسات و کمک به مراجع برای قطع جلسات مشاوره و تعیین جلسه پیگیری	استقلال مراجع	عدم ارائه تکلیف

یافته ها

آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در متغیرهای جمعیت‌شناختی اشتغال، تحصیلات، و وضعیت تأهل در جدول ۲ گزارش شده است. نمرات هر دو بیمار در پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب، درصدهای بهبود، و اندازه اثر درمان برای هر دو بیمار به‌طور جداگانه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

بیمار دوم	بیمار اول	متغیرهای جمعیت‌شناختی
مقاربت دردناک	مقاربت دردناک	نوع بدکارکردی جنسی
۲۷	۳۱	سن
متاهل	متاهل	وضعیت تاهل
لیسانس	دیپلم	تحصیلات
بیمه	خیاط	شغل

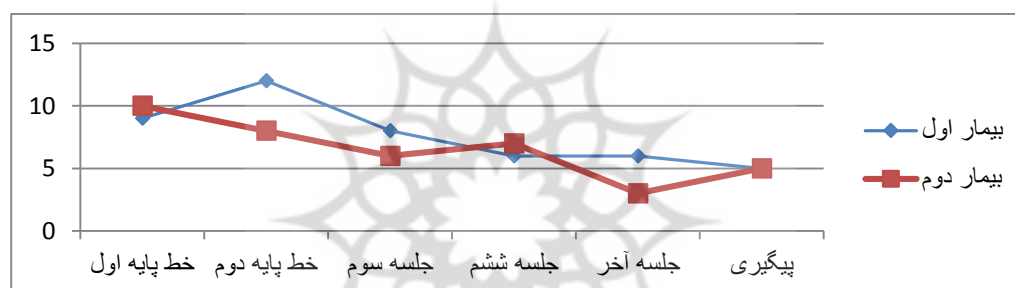
جدول ۳: نمرات، درصد بهبودی و اندازه اثر درمان در افسردگی و اضطراب به تفکیک هر آزمودنی

بیمار دوم		بیمار اول		بیماران
اضطراب	افسردگی	اضطراب	افسردگی	متغیر
۴۱	۱۰	۳۶	۹	خط پایه اول
۲۹	۸	۳۶	۱۲	خط پایه دوم
۲۲	۶	۲۱	۸	جلسه سوم
۲۳	۷	۲۵	۶	جلسه ششم
۱۱	۳	۱۹	۶	جلسه آخر
۶	۵	۲۴	۵	پیگیری
۲۲	۶/۵	۲۶/۸۳	۷/۶۶	بهبودی جلسات درمان
۳۵	۹	۳۶	۱۰/۵	میانگین خط پایه

۱۵/۵۰	۵/۲۵	۲۲/۲۵	۶/۲۵	میانگین درمان
۸/۴۸	۱/۴۱	۰	۲/۱۲	انحراف استاندارد خط پایه
۸/۳۴	۱/۷۰	۲/۷۵	۱/۲۵	انحراف استاندارد درمان
۱۲/۵۵	۶/۵۰	۷/۴۱	۲/۵۸	انحراف استاندارد کل
۱/۵۵	۰/۵۷	۱/۵۸	۱/۶۴	اندازه اثر درمان

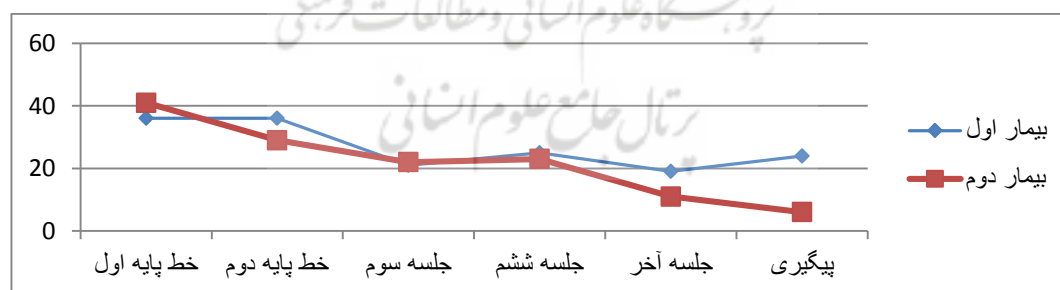
در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل‌های نموداری و ترسیمی استفاده شد که بر اساس صعود و نزول متغیر وابسته، قضاوت صورت می‌گیرد (بارالو، نوک و هرسن، ۲۰۰۹). برای بررسی اثربخشی بالینی نیز از فرمول اندازه اثر کوهن استفاده شد که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده‌هاست (فرگوسن، ۲۰۰۹).

بررسی نشان داد که درمان شناختی رفتاری با میزان اندازه اثر ۱/۶۴ (بیمار اول) و ۰/۵۷ (بیمار دوم) به ترتیب میزان اندازه اثر بالا و متوسط را برای کاهش علائم افسردگی در بیماران را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر این روش درمانی در بیمار اول اندازه اثر بیشتری را نشان می‌دهد اما در بیمار دوم نیز در سطح متوسط می‌باشد. همچنین نتایج دیگر نشان داد که درمان شناختی رفتاری با میزان اندازه اثر ۱/۵۸ (بیمار اول) و ۱/۵۵ (بیمار دوم) موجب کاهش علائم اضطراب در این بیماران شده است و هر دو اندازه اثر میزان بالایی از تاثیر درمان را نشان می‌دهد.



نمودار ۱: میزان افسردگی در طی جلسات درمانی در مشارکت‌کنندگان

بررسی دیداری نمودار ۱ حاکی از این است که نمره افسردگی دو بیمار از مرحله خط پایه تا جلسه آخر و پیگیری کاهش چشم‌گیری داشته است.



نمودار ۲: میزان اضطراب در طی جلسات درمانی در مشارکت‌کنندگان

بررسی دیداری نمودار ۲ حاکی از این است که نمره اضطراب دو بیمار از مرحله خط پایه تا جلسه آخر و پیگیری کاهش چشم‌گیری داشته است، اما این تغییر در بیمار دوم ملموس‌تر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به بدکارکردی جنسی به شیوه مطالعه موردی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری با میزان اندازه اثر ۱/۶۴ (بیمار اول) و ۰/۵۷ (بیمار دوم) به ترتیب میزان اندازه اثر بالا و متوسط را برای کاهش علائم افسردگی در بیماران را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر درمان شناختی و رفتاری منجر به کاهش نشانگان افسردگی در بیماران مبتلا به بدکارکردی جنسی شده است. نتایج حاضر با مطالعات با مطالعات صفاک آرتورک و آرکار^۱ (۲۰۱۷)، محمدی، محمدخانی، دولت‌شاهی، دادخواه (۲۰۱۳)، دی روبیس، سیگل، هولون^۲ (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج تأثیر درمان شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی این بیماران می‌توان گفت درمان شناختی- رفتاری منجر بیه بالا رفتن افکار مثبت و بالابردن میزان سازگاری افراد با بدکارکردی جنسی می‌گردد و طبق پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۱۳) بازسازی شناختی افکار تحریف شده نقش به‌سزایی در کاهش نشانگان افسردگی در این بیماران دارد. بنابراین درمان شناختی و رفتاری از طریق بازسازی و اصلاح افکار تحریف شده سبب کاهش افسردگی می‌شود.

نتایج دیگر نشان داد که درمان شناختی رفتاری با میزان اندازه اثر ۱/۵۸ (بیمار اول) و ۱/۵۵ (بیمار دوم) موجب کاهش علائم اضطراب در این بیماران شده است و هر دو اندازه اثر میزان بالایی از تأثیر درمان را نشان می‌دهد و باعث کاهش علائم اضطراب در این بیماران شده است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه کاباکسی و باتر^۳ (۲۰۰۳)، مک کاب^۴ (۲۰۰۱) و ذوالفقاری، مولوی، کجباف، صالح زاده (۱۳۹۰) همخوانی دارد. همچنین مطالعات نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری، تمرین آرمیدگی و هیپنوتیزم در بهبود انواع اختلالات جنسی مؤثر است. مطالعات مختلف نشان داده اند که در حوزه روانشناسی سلامت، استفاده از راهبردهای مبتنی بر نظریه شناختی- رفتاری در برابر موقعیت‌های اضطراب‌زا و هیجانات منفی، عامل مهمی در شکل‌گیری سلامت جسمانی و روانی افراد می‌باشد (ترودل و گلدفارب^۵، ۲۰۱۰).

به‌طور کلی، مطالعات متعدد در زمینه اختلال‌های کنش جنسی بر اهمیت نقش اضطراب در بیماران تأکید دارند، به‌طوری که اضطراب انتظار و اضطراب عملکردی به شکل منفی کارکرد جنسی را متأثر می‌سازند. بر این اساس، سکس درمانی با هر رویکردی، برای دستیابی به نتایج رضایت‌بخش، مستلزم تمرکز بر کاهش اضطراب مربوط به موقعیت جنسی در بیماران است به‌طور خاص و در مورد هر بدکارکردی- های جنسی نیز باید توجه داشت که ترس و اضطراب مؤلفه اصلی این بیماری بوده و تکنیک‌های درمانی که این اضطراب و ترس را هدف قرار می‌دهند، می‌توانند بیمار را برای سازگار کردن با موقعیت و محرک‌های برانگیزاننده ترس و رفتار اجتنابی یاری رسانند.

نتایج مطالعه مستان و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که بهترین و متداول‌ترین روش درمانی، رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب مانند آرمیدگی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت‌زدایی منظم بود. در راستای تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان اذعان داشت که تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به بدکارکردی جنسی تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند باعث بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد شود. به‌طور نمونه با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی، از یک طرف واکنش‌های لذت بخش تقویت می‌شود و از طرفی مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شود. تعارضات درونی نیز به نحوی تحت تأثیر این تمرینات قرار می‌گیرند. این تمرینات در اغلب موارد، باعث کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده در طرفین می‌شود. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند. این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالات اضطراب را کاهش داده و باعث تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط می‌شود.

از مجموع نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری از روش‌های مؤثر درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی در افراد دارای بدکارکردی جنسی می‌شود. عدم قابلیت تعمیم مطالعه حاضر به جامعه پژوهش از محدودیت‌های اصلی در مطالعات موردی می‌باشد، اما در مقابل بررسی عمیق بیماران و مقایسه آن‌ها با خودشان نه گروه کنترل از نقاط قوت مطالعات موردی می‌باشد. اما برای تعمیم

^۱Şafak Öztürk, & Arkar

^۲DeRubeis, Siegle, & Hollon

^۳Kabakçi, & Batur

^۴McCabe

^۵Trudel, & Goldfarb

دهی بهتر نتایج، لازم است که در نمونه وسیع تر به شیوه آزمایشی با گروه گواه انجام شود. نتایج این مطالعه را می توان در درمان اختلالات بدکارکردی جنسی به کار گرفت.

منابع

- آذر، ماهیار، ایرانیپور، چنگیز و نوحی، سیما. (۱۳۸۲). اختلال جنسی و وضعیت روانی در زنان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹(۲)، ۲۲-۲۹.
- ذوالفقاری، معصومه، مولوی، حسین، کجیاف، محمدباقر، صالح زاده، مریم. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان. *مطالعات روانشناختی*، ۱۷(۱)، ۳۲-۱۱.
- رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۴). ویژگی های روانسنجی ماده های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک (BDI- 13). *روانشناسی تحولی*، ۱(۴)، ۲۸-۳۵.
- طوفانی، فاطمه. (۱۳۹۴). *اثربخشی برنامه های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، افسردگی و بهبود مهارت های ارتباطی دانش آموزان دختر شبانه روزی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.*
- کاویانی، حسین، موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه تهران*، ۶۶(۲)، ۱۴۰-۱۲۶.
- Ahmadian, A., Mazaheri, A., & Shakrizes, R. (2018). The Relation between Anxiety, Depression and Sexual Dysfunction and the Level of Blood Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes Attending Endocrine Clinic of Taleghani Hospital. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 6(2), 210-221.
- Anderson, C. M., & Kim, C. (2003). Evaluating treatment efficacy with single-case designs. *Handbook of research methods in clinical psychology*, 73.
- Araoz, D. (2005). Hypnosis in human sexuality problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(4), 229-242.
- Aslan, E., Beji, N. K., Gungor, I., Kadioglu, A., & Dikencik, B. K. (2008). Prevalence and risk factors for low sexual function in women: a study of 1,009 women in an outpatient clinic of a university hospital in Istanbul. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(9), 2044-2052.
- Barlow, D. H., Nock, M., & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior for change* (No. Sirsi) i9780205474554).
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bergeron, S., Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K., & Rosen, N. O. (2015). Female sexual pain disorders: a review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 7(3), 159-169.
- Bonierbale, M., & Tignol, J. (2003). The ELIXIR study: evaluation of sexual dysfunction in 4557 depressed patients in France. *Current medical research and opinion*, 19(2), 114-124.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(10), 788.
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532.
- Hamid, N., Dehghanzadeh, Z., & Firuzi, A. A. (2012). Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on sexual function in women with vaginismus disorder. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 15(20), 1-11.
- Kabakçi, E., & Batur, S. (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus?. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(4), 277-288.
- Kaschak, E., & Tiefer, L. (2014). *A new view of women's sexual problems*. Routledge.
- Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugl-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., & Martin-Morales, A. (2004). Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 1(1), 35-39.
- Lin, C. Y., Burri, A., Fridlund, B., & Pakpour, A. H. (2017). Female sexual function mediates the effects of medication adherence on quality of life in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 67, 60-65.
- Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., & das Nair, R. (2015). Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: a qualitative interview study. *BMC women's health*, 15(1), 49.
- McCabe, M. P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(3), 259-271.
- Mendla, K., Friedl, T., & Eisenreich, W. (2015). *U.S. Patent Application No. 14/656,877*.
- Meston, C. M., Goldstein, I., Davis, S., & Traish, A. (2005). *Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment*. CRC Press.
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 66-68.

- Mohammadi, S. D., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., & Dadkhah, A. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy on the signs, symptoms and clinical consequences of premature ejaculation. *Japanese Psychological Research, 55*(4), 350-357.
- Ogles, B. M., Lunnen, K. M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application, and current practice. *Clinical psychology review, 21*(3), 421-446.
- Rajkumar, R. P., & Kumaran, A. K. (2015). Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Comprehensive psychiatry, 60*, 114-118.
- Rajkumar, R. P., & Kumaran, A. K. (2015). Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Comprehensive psychiatry, 60*, 114-118.
- Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*(2), 191-208.
- Şafak Öztürk, C., & Arkar, H. (2017). Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. *Türk Psikiyatri Dergisi, 28*(3).
- Steiner, A. J., & IsHak, W. W. (2017). Evaluation and Treatment of Sexual Disorders Due to Medical Conditions. In *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp. 327-346). Springer, Cham.
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies, 19*(۳), ۱۳۷-۱۴۲.
- Wallwiener, C. W., Wallwiener, L. M., Seeger, H., Mück, A. O., Bitzer, J., & Wallwiener, M. (2010). Prevalence of sexual dysfunction and impact of contraception in female German medical students. *The journal of sexual medicine, 7*(6), 2139-2148.



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 پرتال جامع علوم انسانی



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی