

# اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر سرد مزاجی جنسی زنان افغانستان (شاغل به تحصیل و تحصیل کرده در دانشگاه‌های ایران)

بتول حیدری<sup>۱\*</sup>، محمدباقر کجباغ<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)  
beytajan30@gmail.com

۲- دکتری روان‌شناسی، استاد تمام گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران  
m.kajbaf2006@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۰/۷/۲۰]

تاریخ دریافت: [۱۳۹۹/۶/۲۰]

## چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه فردی بر سرد مزاجی جنسی زنان شاغل به تحصیل و تحصیل کرده افغانستانی در دانشگاه‌های ایران بود. روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. به منظور اجرای پژوهش ۱۰ نفر از زنان افغانستانی با داشتن ملاک‌های ورود با روش دردسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسش‌نامه سردمزاجی جنسی زنان (عشقی، ۱۳۸۵) بود. در بررسی گروه آزمایش، ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری به شیوه فردی انجام شد و در این مدت در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود نمره کل سرد مزاجی زنان ( $P=0/0001$ ) مؤثر است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که از روش شناختی-رفتاری می‌توان برای کاهش سرد مزاجی زنان و بهبود روابط زوجین و در نهایت سلامت خانواده بهره‌مند شد.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی - رفتاری، سردمزاجی جنسی

## مقدمه

نیاز جنسی<sup>۱</sup> از دیرباز تاکنون به عنوان یکی از بحث‌انگیزترین نیازهای انسان مطرح بوده و در هر دوره‌ای از تاریخ حتی آن زمان که فرهنگ و تمدن به معنای کنونی آن وجود نداشته، ذهن انسان را به خود معطوف ساخته و رفتار او را تحت تأثیر خود قرار داده است

(ستوده گندشمین و دیندار بوسجین، ۱۳۹۴). برای برطرف شدن این نیاز جنسی از راه‌های صحیح، وجود سلامت جنسی<sup>۱</sup> در زندگی زناشویی از اهمیت بالایی برخوردار است. 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 (محمدصادق، کلانتر کوشه و نعیمی، ۱۳۹۷). روابط جنسی شامل یک فرآیند پیچیده، حاصل تعامل عوامل عروقی، عصبی و هورمونی است که تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند ویژگی‌های زیست‌شناختی فرد، روابط بین فردی، سنت‌های حاکم بر خانواده و اجتماع، فرهنگ و مذهب قرار می‌گیرد (سلیمانان، نقی‌نسب اردهائی و ثناگو، ۱۳۹۴). بنابراین عوامل مختلفی وجود دارند که می‌توانند بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارند و مشکلاتی را در مراحل مختلف پاسخ جنسی نظیر میل جنسی<sup>۲</sup>، برانگیختگی<sup>۳</sup>، ارگاسم<sup>۴</sup> و فرونشینی ایجاد نمایند. مرحله میل جنسی اولین مرحله واکنش جنسی است و یعنی اشتیاق و تمایل برای داشتن رابطه جنسی، غرق شدن در افکار و رؤیاهای جنسی و داشتن تمایل جنسی به دیگران. دومین مرحله دوره جنسی برانگیختگی است، در این مرحله احساس لذت جنسی به وجود می‌آید و در اندام تناسلی نیز تغییرات فیزیکی روی می‌دهد. فرد در هریک از این مراحل می‌تواند دچار مشکل شده و به یکی از اختلالات فعالیت جنسی<sup>۵</sup> مبتلا گردد (ریسی، فرنام و مرقاتی خوبی، ۱۳۹۷). اختلالات فعالیت جنسی در زنان به معنی اختلالات مداوم یا عودکننده در چهار حیطه تمایل جنسی، تحریک جنسی، درد حین نزدیکی یا عدم توانایی رسیدن به اوج لذت جنسی است. موانع اجتماعی و فرهنگی، وجود تابوها و کج فهمی‌ها، برآورد دقیق شیوع این اختلالات را دشوار می‌نماید، اما به نظر می‌رسد که شیوع این اختلالات در زنان بالا بوده و تأثیر شگرفی بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس، خلق و خوی، روابط همسری و فعالیت‌های اجتماعی آنان می‌گذارد (شایان، کاویانی، حق پناه، غلامزاده، زارع‌نژاد و معصومی، ۱۳۹۴). شایع‌ترین اختلال جنسی در زنان، سردمزاجی جنسی<sup>۶</sup> یا اختلال میل/برانگیختگی جنسی<sup>۷</sup> است. در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۸</sup> اختلال‌های میل و برانگیختگی جنسی در یک اختلال ادغام شده‌اند و با عنوان اختلال جنسی علاقه/برانگیختگی زنانه<sup>۹</sup> مطرح شده اس (عطار، بهنیا اصل، حیدری و محمودی، ۱۳۹۹).

اختلالات میل/برانگیختگی جنسی به مرحله میل و برانگیختگی مربوط می‌شوند و خصوصت اصلی آن‌ها کمبود یا نبود میل جنسی در یک دوره زمان طولانی است. این اختلالات در طول مرحله هیجان زدگی روی می‌دهند (مستون و استنتون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). معیارهای تشخیص اختلال میل/برانگیختگی جنسی در زن در در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی عبارتند از: فقدان، یا کاهش قابل ملاحظه میل/برانگیختگی جنسی به صورتی که با حداقل سه مورد زیر آشکار می‌شود: ۱- فقدان/کاهش علاقه به فعالیت جنسی ۲- فقدان/کاهش افکار، خیال پردازی‌های جنسی/شهوایی ۳- شروع نکردن یا کاهش شروع فعالیت جنسی و معمولاً پذیرا نبودن اقدامات همسر برای شروع کردن فعالیت جنسی ۴- فقدان/کاهش برانگیختگی لذت جنسی هنگام فعالیت جنسی در تقریباً تمام (تقریباً ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) آمیزش‌های جنسی (در زمینه‌های موقعیتی مشخص یا، اگر فراگیر باشد، در تمام زمینه‌ها) ۵- فقدان/کاهش علاقه برانگیختگی جنسی در پاسخ به هرگونه نشانه‌های جنسی/شهوایی بیرونی یا درونی (مثل نشانه‌های مکتوب، کلامی، دیداری) ۶- فقدان/کاهش احساسات تناسلی یا غیرتناسلی هنگام فعالیت جنسی در تقریباً تمام (تقریباً ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) آمیزش‌های جنسی (در زمینه‌های موقعیتی مشخص یا، اگر فراگیر باشد، در تمام زمینه‌ها). همچنین این کژکاری جنسی با اختلال روانی غیرجنسی یا به عنوان

2- Sexual health

3- Sexual interest

4- arousal

5- orgasm

6- resolution

7- Sexual coldness

8- Sexual arousal disorder

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5)

2- female sexual arousal disorder

3- Meston & Stanton

پیامد ناراحتی شدید رابطه (مثل خشونت همسر) یا عوامل استرس‌زای مهم دیگر بهتر توجیه نمی‌شود و ناشی از تأثیرات مواد/دارو یا بیماری جسمانی دیگر نیست (سادوک و سادوک، ۱۳۹۴).

بنابراین مشکلات جنسی تأثیر منفی بر روی روابط زناشویی، صمیمیت در روابط و سلامت روان زنان خواهد داشت و اولین موضوعی که باید برای حل این مشکلات مورد بررسی قرار گیرد این است که، علل اصلی این مشکل شناسایی و ارزیابی شود زیرا سردمزاجی جنسی مقوله‌ای است که عوامل مختلف بستگی دارد (بروتو و لوریا، ۲۰۱۴). یکی از عوامل تأثیرگذار در عملکرد رابطه جنسی دیدگاه فرد نسبت به برقراری رابطه زناشویی است. نگرش و دیدگاه غلط زنان نسبت به رابطه جنسی خود می‌تواند موجب شود تا عزت نفس آن‌ها کاهش یابد و بر میزان میل جنسی آن‌ها تأثیر بگذارد. هم‌چنین برخی از بیماری‌های جسمی و مصرف برخی از داروها خود یکی از عوامل مؤثر در بی‌میلی جنسی افراد به‌شمار می‌آید. یکی دیگر از علت‌های بی‌میلی جنسی در برقراری رابطه جنسی عدم آشنایی و نداشتن مهارت ارتباط عاطفی و جنسی و یا مشکلات و اختلافات زناشویی می‌باشد (بورگ و دی جونگ، ۲۰۱۷). عوامل فرهنگی و تربیتی نیز موجب می‌شوند که زنان نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی داشته باشند و فعالیت جنسی را قبیح و گناه بدانند و نیازهای خود را به دلیل شرم و حیا، مطرح نسازند. در نهایت می‌توان گفت از عمده‌ترین عوامل بی‌میلی جنسی و سردمزاجی جنسی عوامل روانی است که شامل موارد زیر می‌باشند: استرس و نگرانی‌های مختلف، نداشتن اعتماد به نفس، افسردگی، ترس از حامله شدن، احساس گناه به خاطر داشتن رابطه جنسی به دلیل فرهنگ و تربیت خانوادگی و اجتماعی غلط، ترس از آسیب به دستگاه تناسلی یا ابتلا به بیماری‌های مقاربتی یا عفونت واژن، ابتلا به افسردگی پس از زایمان و تجربه جنسی ناموفق (عطار و همکاران، ۱۳۹۹).

سردمزاجی جنسی زنان اگر درمان نشود مشکلات ناشی از آن و تأثیرات منفی بر رابطه جنسی و زندگی آن‌ها بیشتر و ادامه‌دار خواهد شد. این مشکلات خود به خود درمان نمی‌شوند و نیاز به مداخلات و آموزش‌های تخصصی در این زمینه است. تا پیش از سال ۱۹۷۰، رایج‌ترین درمان اختلالات کنش جنسی، روان تحلیلی بود که برای اولین بار فروید آن را پایه‌گذاری کرد و بعدها پیروان او آن را ادامه دادند. بعدها با توجه به وقت‌گیر و پرهزینه بودن و ناکارایی روان درمان‌گران در استفاده از این روش، به تدریج به دیگر روش‌های درمانی مانند شناختی-رفتاری توجه شد (جاسپرس، ایزر، برامر، فرانکو، لیوسینک و لان، ۲۰۱۶). رویکرد شناختی-رفتاری<sup>۴</sup> به جای تمرکز صرف بر جنبه‌های آشکار کارکرد جنسی، عوامل شناختی را نیز در جریان ارزیابی و درمان مورد توجه قرار می‌دهد. در این رویکرد برخورد با مؤلفه‌های آشکار و شناختی رفتار، امری الزامی تلقی می‌شود (توکلی‌زاده و حاجی وثوق، ۱۳۹۲). اکثر برنامه‌های شناختی که به منظور درمان اختلالات جنسی طراحی شده‌اند از رویکرد رفتاری نیز استفاده می‌کنند و بر این فرض مبتنی هستند که تغییر شناختی، تغییر رفتاری را نیز به دنبال خواهد داشت (بختیاری و همکاران، ۱۳۹۴). نمونه‌هایی از تکنیک‌های شناخت درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی عبارتند از: افزایش آگاهی جنسی از طریق ارائه اطلاعات، آموزش خیال‌پردازی، بازسازی نگرش‌های غیرمنطقی جنسی، خود تقویتی مهارت‌های تمرکز-توجه و آگاهی از علائم حسی (تمرکز حس)، بازسازی نگرش‌های غیرمنطقی و آموزش مهارت‌های حل مساله و افزایش خودگویی‌هایی مثبت و خودتقویتی (چیدری، ۱۳۹۵). هم‌چنین تکنیک‌های رفتاری مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی عبارتند از تکالیف خودپایی، آموزش مهارت‌های مقاربتی، آموزش آرامیدگی، تکالیف رفتاری مثل تمرکز حسی تناسلی و تمرکز حسی بدنی و آموزش بیان هیجان‌ها و خودارزایی جنسی. درمان‌گران شناختی رفتاری بر این باورند که افکار و شناخت‌ها، نقش مهمی در رفتار انسان بازی می‌کنند. در واقع گاه درمان‌جویانی که برای مشکلات جنسی رجوع می‌کنند دارای افکار و باورهای غیرمأنوس یا تخیلاتی خاص در مورد لذت‌های جنسی هستند. این نوع افکار می‌تواند اضطراب در عملکرد جنسی را گسترش

4- Brotto & Luria

1- Borg & de Jong

2- Jaspers, Feys, Bramer, Franco, Leusink & Laan

3- Cognitive-behavioral approach

دهد و درمانگر شناختی رفتاری می‌کوشد اهداف جدیدی را سازمان دهد و به شکل‌دهی مجدد این اهداف در مراجع یاری برساند (خالقی، ۱۳۹۲).

از آنجایی که در جامعه افغانستان فقر جنسی به شدت وجود دارد و آمار آزار و اذیت جنسی نیز بسیار است، به طوری که کودکان مورد آزار جنسی قرار می‌گیرند، این مساله می‌تواند در درازمدت روی زنان تأثیرگذار باشد. عامل‌های متنوع روانی، اضطراب، اعتماد به نفس پایین، مشکل‌های ظریف در رابطه‌های زن و شوهر نیز از جمله عامل‌های اختلال‌های جنسی زنان در افغانستان محسوب می‌شوند. همچنین نقش‌های جنسیتی، کلیشه‌های ذهنی-فرهنگی و سوگیری در پردازش اطلاعات باعث ایجاد اختلال‌های جنسی در زنان افغانستان شده است. در ضمن درصد زیادی از زنان افغانستان به این علت دچار سردمزاجی جنسی می‌شوند که ارگاسم را تجربه نمی‌کنند، زیرا شرم و حیا، عدم توجه شوهر به این مساله، مشکل‌های روانی، کتمان لذت جنسی در خانواده و در نهایت زندگی در یک جامعه سنتی می‌توانند عمده‌ترین عامل‌های این اختلال باشند که تاکنون جامعه افغانستان به درمان این اختلالات توجهی نداشته است.

در کل در زمینه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جنسی و سردمزاجی زنان، پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که می‌توان به پژوهش‌های سرابی، پرویزی، کاکابرابی (۱۳۹۸)، زعفری و ذاکری پور (۱۳۹۶)، آزادی، غلامی قره‌چناق، جهانشاهی حساری و ترناس (۱۳۹۵)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۴)، عشقی، بهرامی، فاتحی زاده و کشاورز (۱۳۹۳)، تونکو و تایاه<sup>۱</sup> (۲۰۱۸)، بروتو و باسن<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) و دیلون و بیلجر<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) اشاره کرد. ولی در افغانستان خلأ تحقیقات پیرامون اختلالات جنسی به خصوص در حوزه زنان دیده می‌شود چه بسا که تاکنون تحقیقات درباره مشکلات جنسی در میان زوجین افغانستان انجام نشده است و با استفاده از روش درمان شناختی رفتاری علاوه بر رفع مشکل سردمزاجی زنان افغانستان می‌توان به افزایش عزت نفس زنان، افزایش محبت و صمیمیت در روابط زوجین و کاهش تعارضات زناشویی در افغانستان کمک کرد. بنابراین با توجه به تأثیر روابط جنسی در کیفیت روابط زناشویی و بهبود روابط زن و شوهر در زندگی زناشویی و افزایش چشمگیر سردمزاجی در بین زنان تحصیل کرده افغانستان، و بی‌توجهی کشور افغانستان به مشکلات جنسی این قشر در جامعه، ضرورت وجود یک طرح درمانی مناسب در درمان این اختلال در این افراد احساس می‌شود. هم‌چنین درمان اختلالات جنسی در کشور افغانستان مبحثی بسیار نوپا می‌باشد و ارائه یک طرح مناسب درمانی می‌تواند راهگشای تحقیقات بعدی و مشوق سایر پژوهشگران در ارائه طرح‌های بهتر و مؤثرتر در کشور افغانستان باشد. در ضمن ارائه این طرح می‌تواند توجه مسئولان را به مشکلات جنسی بانوان افغانستان و تأثیر فوق‌العاده این مشکلات در شخصیت و تندرستی زنان و بنیان زندگی خانوادگی و کمبود مراکز درمانی اختلالات جنسی جلب نماید. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به تحکیم و حفظ بنیان‌های خانواده در افغانستان کمک کند و در دادگاه‌ها و دادرسی‌های می‌توان با کمک نتایج حاصل از این مطالعه، به رفع اختلافات ناشی از نابهنجاری‌های جنسی زنان افغانستان کمک کرد. بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی-رفتاری بر سردمزاجی جنسی و ابعاد آن در زنان افغانستان (شاغل به تحصیل و تحصیل کرده در دانشگاه‌های ایران) اثربخش است؟

## روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر در زمره طرح‌های تحقیقی نیمه آزمایشی قرار می‌گیرد. طرح آن عبارت است از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه‌های کنترل و آزمایش. این طرح شامل یک متغیر مستقل: آموزش شناختی رفتاری و یک متغیر وابسته: نمرات آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه سردمزاجی جنسی می‌باشد. برای انجام این پژوهش ابتدا متون علمی مانند مقالات، پایان‌نامه‌ها و کتاب‌های مربوط درمان شناختی رفتاری و سردمزاجی جنسی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. جامعه آماری در این پژوهش را کلیه زنان شاغل به تحصیل و

تحصیل کرده افغانستانی در دانشگاه‌های ایران به تعداد ۱۰۰ نفر تشکیل دادند که حداقل یک سال از ازدواج آن‌ها گذشته باشد. بنابراین پس از اخذ مجوز از دانشگاه اصفهان و ارسال درخواست همکاری با موضوع پژوهش به سرپرست‌های دانشجویان خارجی در شهرهای (تهران، قزوین، اصفهان، مشهد، قم و شیراز)، فرستاده شد و دوباره طرح توضیحاتی ارائه گشت و پس از شناسایی دانشجویان متأهل افغانستانی پرسش‌نامه‌های سردمزاجی میان دانشجویان زن توزیع گشت و پس از جمع‌آوری و غربالگری اولیه که از میان ۱۰۰ دانشجوی زن صورت گرفت تعداد ۲۰ نفر که ملاک‌های سردمزاجی و ملاک ازدواج در آن‌ها شناسایی شده بود به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در پژوهش، طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق پرسش‌نامه‌های سردمزاجی کلامی که توسط عشقی (۱۳۸۵) تدوین شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، آموزش‌های درمان شناختی-رفتاری سردمزاجی زنان را در طی یک جلسه مقدماتی و هشت جلسه درمان شناختی-رفتاری به صورت فردی دریافت کردند. به این صورت که پژوهشگر در طی ۸ ماه با سفر به شهرهایی که آزمودنی‌ها در آن‌ها مشغول به تحصیل بودند، دوره‌های آموزشی را در مراکز روان‌شناختی مختلف با هماهنگی مسئولین مراکز به صورت فردی برای هر آزمودنی برگزار کرد. این آموزش‌ها، مبتنی بر آموزش مهارت‌های جنسی، بازسازی شناختی عقاید و افکار ناسازگارانه، تصویرسازی ذهنی و خیال‌پردازی‌های جنسی، افزایش دانش جنسی، افزایش جرئت‌ورزی جنسی و اعتماد به نفس، مداخلات رفتاری و شیوه‌های روابط زناشویی، آموزش مهارت‌های ارتباط جنسی و شیوه‌های افزایش روابط زناشویی بوده است. در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. در نهایت تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از بسته آماری برای علوم اجتماعی و روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) انجام شد.

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه سردمزاجی جنسی بود که توسط عشقی (۱۳۸۵) تدوین شده است. وی با مطالعه منابع معتبر علمی و چندین پرسشنامه خارجی مانند پرسش‌نامه انگیزه جنسی آن هوپر (۱۹۹۲) و با استفاده از ملاک‌های موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV با در نظر گرفتن مسائل فرهنگی و اسلامی کشور ایران اقدام به ساخت پرسش‌نامه سردمزاجی جنسی زنان زیر نظر اساتید دانشکده روان‌شناسی دانشگاه اصفهان کرده است. پرسش‌نامه تهیه شده توسط عشقی چهار حیطه شناختی، رفتاری، احساسی و جسمانی را در مجموع ۱۴۳ سوال مطرح شده با پاسخ‌های ۵ گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، خیلی کم) بررسی کرده است. روایی محتوای پرسش‌نامه توسط پنج متخصص مشاوره و پزشک متخصص زنان و زایمان تأیید شده است که برای تعیین همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضریب ۰/۸۵ به دست آمده است.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی درمانی
مقدماتی	مصاحبه و ارزیابی بالینی	بررسی مشکل موجود، انجام پیش‌آزمون
اول	مصاحبه، ارزیابی ثانویه و بیان منطق درمان	بررسی تاریخچه سردمزاجی، بررسی کیفیت رابطه زناشویی، بیان منطق و اهداف درمان
دوم	بررسی اضطراب و ترس جنسی و چالش با آن	ارزیابی علل ترس و اضطراب جنسی آموزش آرمیدگی به منظور کاهش تنش، ارائه تکلیف
سوم	استخراج باورهای ناکارآمد جنسی زنان و چالش با آن‌ها.	بازسازی شناختی افکار ناکارآمد، ارائه تکلیف
چهارم	ارائه اطلاعات دانش جنسی	بررسی دانش و آگاهی جنسی، ارائه تکلیف
پنجم	آموزش مهارت‌های ارتباطی و آموزش حس‌یابی غیرجنسی	منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس‌یابی بدنی، آموزش حس‌یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز-توجه براندام‌های غیرجنسی

ششم	آموزش حس‌یابی جنسی	حذف ممنوعیت لمس اندام‌های تناسلی، آموزش مهارت تمرکز-توجه براندام‌های تناسلی، آموزش خیال‌پردازی جنسی، ارائه تکلیف
هفتم	آموزش چگونگی مقاربت متناسب با مشکل زنان	آموزش انواع شیوه‌های مقاربت متناسب با مشکل مراجع و تکنیک‌های وابسته، ارائه تکنیک‌های رفتاری مانند تکنیک stop-start ارائه تکلیف
هشتم	بررسی میزان حصول اهداف درمانی	بازخورددهی پیرامون اثربخشی یا غیراثربخشی بودن درمان، ارزیابی نتایج نهایی و میزان رضایت، انجام پس‌آزمون

## یافته‌های پژوهش

در این قسمت ابتدا یافته‌های توصیفی مرتبط با شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمره کل و مؤلفه‌های سرد مزاجی جنسی بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

شاخص	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
مؤلفه جسمانی	۶۹/۰۰	۱/۴	۳۶/۱۰	۳/۱۰
احساسی	۱۸۳/۲۰	۲/۷۸	۶۲/۶۰	۱۰/۸
شناختی	۱۵۳/۶۰	۹/۰۵	۴۸/۳۰	۴/۰۰
رفتاری	۱۹۰/۱۰	۳/۵۴	۵۵/۵۰	۵/۷۹
نمره کل سردمزاجی جنسی	۵۹۵/۹۰	۱۰/۴۱	۲۰۲/۵۰	۱۷/۸۹

براساس نتایج مندرج در جدول ۲، میانگین نمرات آزمودنی‌های در مؤلفه‌ی جسمانی در مرحله‌ی پیش‌آزمون و در گروه آزمایش ۶۹/۰۰ بوده و در گروه کنترل ۶۷/۲۰ بوده است. که نمرات آنها در مرحله‌ی پس‌آزمون در این مؤلفه، در گروه آزمایش به ۳۶/۱۰ و در گروه کنترل به ۳۶/۱۰ رسیده است. و میانگین نمرات آزمودنی‌ها در مؤلفه‌ی احساسی در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۱۸۳/۲۰ بوده و در مرحله‌ی پس‌آزمون به ۶۲/۶۰ رسیده است، و در گروه کنترل نمرات آزمودنی‌ها در این مؤلفه در مرحله پیش‌آزمون ۱۸۱/۶۰ و در مرحله پس‌آزمون ۱۷۵/۵۰ شده است. هم‌چنین میانگین نمرات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش در مؤلفه‌ی شناختی در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۱۵۳/۶۰ و در مرحله‌ی پس‌آزمون به ۴۸/۳۰ رسیده است. که نمرات آزمودنی‌ها در این مؤلفه‌ی در گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۱۴۹/۸۰ بوده و در مرحله‌ی پس‌آزمون ۱۶۸/۳۰ شده است. هم‌چنین میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مؤلفه‌ی رفتاری در مرحله‌ی پیش‌آزمون ۱۹۰/۱۰، و در مرحله پس‌آزمون به ۵۵/۵۰ رسیده است. که نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل در این مؤلفه در مرحله پیش‌آزمون ۱۸۵/۹۰ و در مرحله پس‌آزمون ۱۸۵/۴۰ شده است. و نمره کل سرد مزاجی جنسی در آزمودنی‌های گروه پیش‌آزمون ۵۹۵/۹۰ بوده که در مرحله پس‌آزمون به ۲۰۲/۵۰ رسیده است، که نمره کل سرد مزاجی جنسی در آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون ۵۸۴/۵۰ و در مرحله پس‌آزمون ۵۹۲/۳۰ شده است.

نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های سرد مزاجی جنسی در مرحله پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های سرد مزاجی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
سن	احساسی	۵۷/۹۴۷	۱	۵۷/۹۴۷	۰/۷۷۰	۰/۴۱۴	۰/۱۱۴	۰/۱۱۶
	شناختی	۱۰/۴۳۵	۱	۱۰/۴۳۵	۰/۱۶۴	۰/۶۹۹	۰/۰۲۷	۰/۰۶۴
	رفتاری	۸/۷۳۲	۱	۸/۷۳۲	۰/۰۶۶	۰/۸۳۷	۰/۰۰۸	۰/۰۵۴
	جسمانی	۱۸/۵۰۸	۱	۱۸/۵۰۸	۱/۹۲۱	۰/۲۱۵	۰/۲۴۳	۰/۲۱۶
تحصیلات	احساسی	۲۰/۲۰۷	۱	۲۰/۲۰۷	۰/۲۶۹	۰/۶۲۳	۰/۰۴۳	۰/۰۷۳
	شناختی	۱۹/۴۵۳	۱	۱۹/۴۵۳	۰/۳۰۶	۰/۶۰۰	۰/۰۴۹	۰/۰۷۶
	رفتاری	۱۲۵/۵۳۱	۱	۱۲۵/۵۳۱	۰/۶۶۶	۰/۴۴۶	۰/۱۰۰	۰/۱۰۷
	جسمانی	۰/۰۶۹	۱	۰/۰۶۹	۰/۰۰۷	۰/۹۳۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
مدت ازدواج	احساسی	۰/۱۱۶	۱	۰/۱۱۶	۰/۰۰۲	۰/۹۷۰	۰/۰۰۰	۰/۰۵۰
	شناختی	۳/۷۱۵	۱	۳/۷۱۵	۰/۰۵۸	۰/۸۱۷	۰/۰۱۰	۰/۰۵۵
	رفتاری	۱/۲۱۶	۱	۱/۲۱۶	۰/۰۰۶	۰/۹۳۹	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
	جسمانی	۹/۸۹۲	۱	۹/۸۹۲	۱/۰۲۷	۰/۳۵۰	۰/۱۴۶	۰/۱۳۸
تعداد فرزند	احساسی	۰/۸۵۶	۱	۰/۸۵۶	۰/۰۱۱	۰/۹۱۹	۰/۰۰۲	۰/۰۵۱
	شناختی	۱۶/۰۸۹	۱	۱۶/۰۸۹	۰/۲۵۳	۰/۶۳۳	۰/۰۴۰	۰/۰۷۱
	رفتاری	۹۹/۰۷۰	۱	۹۹/۰۷۰	۰/۵۲۶	۰/۴۹۶	۰/۰۸۱	۰/۰۹۴
	جسمانی	۲۷/۳۰۲	۱	۲۷/۳۰۲	۲/۸۳۴	۰/۱۴۳	۰/۳۲۱	۰/۲۹۵
	احساسی	۱۵۰/۳۱۲	۱	۱۵۰/۳۱۲	۱/۹۹۸	۰/۲۰۷	۰/۲۵۰	۰/۲۲۳
	شناختی	۱۵/۱۷۱	۱	۱۵/۱۷۱	۰/۲۳۹	۰/۶۴۳	۰/۰۳۸	۰/۰۷۰
	رفتاری	۸۷/۴۱۳	۱	۸۷/۴۱۳	۰/۴۶۹	۰/۵۱۹	۰/۰۷۳	۰/۰۹۰
	جسمانی	۱۵/۰۵۹	۱	۱۵/۰۵۹	۱/۵۶۳	۰/۲۵۸	۰/۲۰۷	۰/۱۸۵
عضویت گروهی	احساسی	۳۰۱۸۳/۲۰۲	۱	۳۰۱۸۳/۲۰۲	۴۰۱/۲۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۵	۱/۰۰۰
	شناختی	۳۱۳۶۳/۹۱۳	۱	۳۱۳۶۳/۹۱۳	۴۹۳/۱۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸۸	۱/۰۰۰
	رفتاری	۳۴۹۹۷/۷۳۹	۱	۳۴۹۹۷/۷۳۹	۱۸۵/۷۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۹	۱/۰۰۰
	جسمانی	۱۵۳۰/۶۱۵	۱	۱۵۳۰/۶۱۵	۱۵۸/۸۹۶	۰/۰۰۰۱	۰/۹۶۴	۱/۰۰۰

بر اساس یافته‌های مندرج در جدول ۳، هیچ کدام از نمرات متغیرهای جمعیت‌شناختی و کنترل با نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های سرد مزاجی جنسی ارتباط معناداری ندارند که با این وجود با کنترل اثر متغیرهای جمعیت‌شناختی و متغیرهای پیش‌آزمون تفاوت میانگین‌های تعدیل شده در گروه آزمایش و کنترل در رابطه با تمام مؤلفه‌های سردمزاجی جنسی معنادار است ( $p=۰/۰۰۰۱$ ). هم‌چنین باتوجه به میانگین‌های تعدیل شده دو گروه (مندرج در جدول ۴) نتیجه‌گیری می‌شود که این مداخله باعث بهبود مؤلفه‌های احساسی، شناختی، رفتاری و جسمانی سردمزاجی جنسی در مرحله‌ی پس‌آزمون شده است. اندازه اثر هم نشان می‌دهد که مداخله مذکور باعث بهبود ۹۶٪ در مؤلفه‌های رفتاری و جسمانی و بهبود ۹۸٪ در مؤلفه‌های احساسی و شناختی شده است. توان آماری ۱۰۰٪ و در حد بسیار بالایی می‌باشد.

در جدول ۴، نتایج مربوط به میانگین‌های تعدیل شده مؤلفه‌های سرد مزاجی جنسی در مرحله پس‌آزمون بر حسب عضویت گروهی آورده شده است.

جدول ۴: میانگین‌های تعدیل شده مؤلفه‌های سردمزاجی جنسی در مرحله‌ی پس‌آزمون بر حسب عضویت گروهی

گروه مؤلفه	آزمایش		کنترل	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد
احساسی	۵۹/۱۹	۳/۵۶	۱۷۸/۹	۳/۵۶
شناختی	۴۷/۲۸	۳/۲۷	۱۶۹/۳۲	۳/۲۷
رفتاری	۵۵/۹۹	۵/۶۳	۱۸۴/۹	۵/۶۳
جسمانی	۳۶/۱۲	۱/۲۷	۶۳/۰۸	۱/۲۷

براساس یافته‌های مندرج در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، میانگین‌های تعدیل شده گروه آزمایش در همه مؤلفه‌های سردمزاجی جنسی (احساسی، شناختی، رفتاری و جسمانی) در مرحله‌ی پس‌آزمون به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل می‌باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل کواریانس مربوط نشان داد که نمرات اختلال سردمزاجی زنانی که از مداخله درمانی استفاده نمودند، به‌صورت معناداری کمتر از میانگین برآورده شده نمرات سردمزاجی زنانی است که در گروه کنترل قرار داشتند. باتوجه به بالا بودن این تأثیر می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری به‌صورت معناداری اختلال سردمزاجی زنان در گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل کاهش داده است. نتایج پژوهش حاضر مؤید یافته‌های پژوهشی مسترز و جانسون است که در سال ۱۹۵۹ اقدام به درمان انواع نابهنجاری‌های زنان از جمله سردمزاجی کردند. آن‌ها در درمان خود از تکنیک‌های منع آمیزش و تمرکز حسی که در نهایت به آمیزش ختم می‌شود، استفاده کردند. اولین گزارش نتایج درمانی آن‌ها پس از ۳ تا ۵ سال پیگیری نشان داد که برنامه درمانی آن‌ها بسیار موفقیت‌آمیز بوده است. بیشترین موفقیت در درمان واژینیسم با ۹۸/۸ درصد، در اختلال ارگاسم اولیه زنان با ۷۲ درصد و در سردمزاجی زنان با ۷۱ درصد به دست آمد. هم‌چنین نتیجه این پژوهش با یافته مک کاب (۲۰۰۰)، کاباکسی و باتر (۲۰۰۳) مطابقت دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری، تمرین آرمیدگی و هیپنوتیزم در بهبود انواع اختلالات جنسی مؤثر است. نتایج این پژوهش با نتیجه تحقیق مک کاب (۲۰۰۱)، نیز مشابهت دارد. مک کاب در پژوهش خود اثربخشی درمان شناختی رفتاری را برای درمان کژکاری جنسی بر روی ۴۵ زن و ۵۴ مرد مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که بعد از اتمام درمان، افراد سطوح پایین‌تری از کژکاری جنسی را گزارش دادند. نگرش مثبت‌تری به سکس پیدا کردند و بیشتر از قبل، از فعالیت جنسی لذت بردند. در ضمن نتایج حاصل از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های سرابی، پرویزی، کاکابرایی (۱۳۹۸)، زعفری و ذاکری پور (۱۳۹۶)، آزادی، غلامی قره‌چناق، جهانشاهی حصاری و ترناس (۱۳۹۵)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۴)، عشقی، بهرامی، فاتحی زاده و کشاورز (۱۳۹۳)، تونکو و تایاه<sup>۱</sup> (۲۰۱۸)، بروتو و باسن<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) و دیلون و بیلجر<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت تکنیک‌های شناختی-رفتاری در این پژوهش عبارتند از تکنیک‌های رفتاری مسترز و جانسون (تمرینات تمرکز حسی و منع آمیزش جنسی)، آموزش آرمیدگی و کاهش اضطراب، بازسازی شناختی و تعدیل افکار جنسی منفی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، آموزش مهارت تمرکز-توجه، آموزش بیان هیجانات و خود ابرازی جنسی. در واقع رویکرد شناختی-رفتاری به جای تمرکز صرف بر جنبه‌های آشکار کارکرد جنسی، عوامل شناختی را نیز در جریان ارزیابی و درمان مورد توجه قرار می‌دهد. در این رویکرد برخورد با مؤلفه‌های آشکار و شناختی رفتار، امری الزامی تلقی می‌شود (توکلی‌زاده و حاجی وثوق، ۱۳۹۲). اکثر

1- Tunku & Taayah  
2- Brotto & Basson  
3- Dilion & Beechler



برنامه‌های شناختی که به منظور درمان اختلالات جنسی طراحی شده‌اند از رویکرد رفتاری نیز استفاده می‌کنند و بر این فرض مبتنی هستند که تغییر شناختی، تغییر رفتاری را نیز به دنبال خواهد داشت (بختیاری و همکاران، ۱۳۹۴). نمونه‌هایی از تکنیک‌های شناخت درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی عبارتند از: افزایش آگاهی جنسی از طریق ارائه اطلاعات، آموزش خیال‌پردازی، بازسازی نگرش‌های غیرمنطقی جنسی، خود تقویتی مهارت‌های تمرکز-توجه و آگاهی از علائم حسی (تمرکز حس)، بازسازی نگرش‌های غیرمنطقی و آموزش مهارت‌های حل مساله و افزایش خودگویی‌هایی مثبت و خودتقویتی (چیدری، ۱۳۹۵). هم‌چنین تکنیک‌های رفتاری مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی عبارتند از تکالیف خودپایی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش آرامیدگی، تکالیف رفتاری مثل تمرکز حسی تناسلی و تمرکز حسی بدنی و آموزش بیان هیجان‌ها و خودابرازی جنسی. درمان‌گران شناختی رفتاری بر این باورند که افکار و شناخت‌ها، نقش مهمی در رفتار انسان بازی می‌کنند. در واقع گاه درمان‌جویانی که برای مشکلات جنسی رجوع می‌کنند دارای افکار و باورهای غیرمأنوس یا تخیلاتی خاص در مورد لذت‌های جنسی هستند. این نوع افکار می‌تواند اضطراب در عملکرد جنسی را گسترش دهد و درمانگر شناختی رفتاری می‌کوشد اهداف جدیدی را سازمان دهد و به شکل‌دهی مجدد این اهداف در مراجع یاری برساند (خالقی، ۱۳۹۲). بنابراین در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات کنش جنسی چندین احتمال قابل ذکر است: تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به اختلالات جنسی تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند منجر به بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد بشود. مثلاً تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی از یک طرف واکنش‌های لذت بخش تقویت می‌شود و از سوی دیگر 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 زوج طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند. در واقع پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری باورها و تفکرات منفی زنان را نسبت به همسرانشان و رابطه جنسی تغییر داده است و از آن جایی که هدف این شیوه درمانی افزایش رضایت جنسی است، بنابراین شرایطی را فراهم می‌آورد که افکار و عقاید تغییر یافته بین زوجین به راحتی رد و بدل شود و این موجب کاهش میل سردمزاجی می‌شود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که رضایت جنسی شامل در میان گذاشتن افکار، احساسات و آرزوهایی است که ماهیت جنسی داشته و منجر به تجارب جنسی لذت بخش می‌شود و رویکرد شناختی-رفتاری باعث افزایش تقویت‌کننده‌ها و تبادل رفتاری مثبت و کاهش رفتارهای منفی می‌شود. روابط جنسی شکل‌دهنده بخشی از ادراکات زوجین از هم‌دیگر است و ادراک جنسی در بین زوجین ارتباط مثبت با رفتارهایی دارد که نگهدارنده و تداوم بخش زندگی زناشویی است. پژوهش حاضر مانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی بود که عبارتند از: ازانجا که نمونه‌های مراجعه کننده محدود بودند لذا در تعمیم پژوهش به کلیه زنان تحصیل کرده افغانستانی در ایران باید احتیاط کرد. همچنین نبود یک پروتکل تدوین شده، آزمون شده و فرهنگ‌سازی شده متناسب با مراجعین جامعه افغانستانی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. در نهایت باتوجه به فقدان کلینیک‌های تخصصی سکس درمانی در افغانستان پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی برای درمان مشکلات جنسی از این طرح درمانی استفاده شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزش مهارت‌های جنسی برای زوج‌های افغانستانی برگزار شود. با تشکیل این دوره‌های آموزشی در داسراها و دادگستری‌ها میزان طلاق کاهش می‌یابد. برگزاری دوره‌های آموزش قبل از ازدواج در مراکز بهداشتی و درمانی نیز باعث می‌شود ازدواج لذت بخش تر، کم تنش تر و تداوم آن بیشتر شود.

## منابع

۱. آزادی، ن.، غلامی قره‌چناق، خ.، جهانشاهی حصار، ن.، ترناس، غ. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سردمزاجی و صمیمیت زناشویی زنان. کنفرانس بین‌المللی دانشگاه شیراز.

۲. بختیاری، م.، شیدایی، ح.، بحرینیان، ع.، نوری، م. (۱۳۹۴). تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر میل جنسی کم‌کار و رضایت زناشویی. مجله اندیشه رفتار، دوره نهم، شماره ۳۶: ۱۶-۷.
۳. توکلی‌زاده، ج.، حاجی وثوق، ن. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر آموزش شناختی-رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دارای کم‌کاری میل جنسی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره بیست و یکم، شماره ۵: ۴۴-۵۰.
۴. چیدری، م. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی با تمرکز خود ابرازی جنسی برارگاسم زنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک.
۵. خالقی، ف. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی مداخله تلفیقی شناختی-رفتاری مبتنی بر خنده درمانی و یوگای لگن بر رضایت زناشویی، سلامت عمومی و افسردگی در زنان میانسال مبتلا به سردمزاجی شهرستان ملایر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور استان تهران، مرکز پیام نور تهران.
۶. ریسی، ف.، فرنام، ف.، مرقاتی خوبی، ع. (۱۳۹۷). ادراک زنان ایرانی از منشأ اختلالات جنسی: مطالعه کیفی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره ۱: ۲۱-۳۱.
۷. زعفری، ف.، ذاکری‌پور، غ. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مقابله با سردمزاجی بر افزایش رضایت زناشویی زنان از دیدگاه روان-شناختی. هشتمین کنفرانس بین‌المللی حسابداری و مدیریت و پنجمین کنفرانس کارآفرینی و نوآوری‌های باز، تهران.
۸. سادوک، ب.، سادوک، و. (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. جلد دوم، ترجمه فرزین رضایی. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارجمند.
۹. ستوده‌گندشمین، م.، دیندار بوسجین، ر. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط رضایت زناشویی، رضایت جنسی و امنیت اجتماعی در زوجین تهران. فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی پلیس پایتخت، سال هشتم، شماره ۴: ۹-۲۴.
۱۰. سرابی، پ.، پرویزی، ف.، کاکابرایی، ک. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی بر عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و اعتماد به نفس جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. فصلنامه روانشناسی تحلیلی-شناختی، سال دهم، شماره ۳۷: ۹-۲۷.
۱۱. سلیمانیان، ع.، نقی نسب اردهائی، ف.، ثناگو، ا. (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی درمان سیستمی اختلالات جنسی بر بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی. نشریه روان پرستاری، دوره سوم، شماره ۴: ۵۸-۷۰.
۱۲. شایان، آ.، کاویانی، م.، حق پناه، س.، غلامزاده، س.، زارع نژاد، م.، معصومی، ز. (۱۳۹۴). بررسی اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن در زنان با خشونت خانگی ارجاع شده به مرکز پزشکی قانونی شهر شیراز. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دوره بیست و سوم، شماره ۲: ۳۲-۴۱.
۱۳. عشقی، ر.، بهرامی، ف.، فاتحی زاده، م.، کشاورز، ا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری \_ شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم‌کار زنان در شهر اصفهان. فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره، جلد چهاردهم، شماره ۵۳: ۱۱۱-۱۳۰.
۱۴. عشقی، ر. (۱۳۸۵). اثربخشی مشاوره رفتاری-شناختی جنسی زوجین بر بهبود سردمزاجی زنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه اصفهان. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
۱۵. عطار، س.، بهنیا اصل، ف.، حیدری، ز.، محمودی، ن. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش صمیمیت جنسی و کاهش نگرانی از تصویر بدن در زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی میلی جنسی) مراجع‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز. مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره ۴۳: ۱۴-۲۵.
۱۶. محمدصادق، ع.، کلاتر کوشه، م.، نعیمی، ا. (۱۳۹۷). تجربه مشکلات جنسی در زنان متقاضی طلاق و راضی از زندگی مشترک: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت، سال هفتم، شماره ۱: ۳۵-۴۷.

17. Borg, C., de Jong, PJ. (2017). Psychological approaches for low sexual arousal. In: McKay D, Abramowitz JS, Storch EA, editors. *Treatments for Psychological Problems and Syndromes*; 2017. p. 263–80. This chapter describes disgust as a potential factor in downregulating sexual arousal. It highlights potential treatments that should be considered in relation to this inhibitory process.
18. Brotto, L.A., & Basson, R. (2014). Group Mindfulness-based Therapy Significantly Improves Sexual Desire in Women, *Behavioral Research and Therapy*, 57:43-54.
19. Brotto, L., Luria, M. (2014). Sexual interest/arousal disorder in women. In: Binik YM, Hall KSK, editors. *Principles and practice of sex therapy*. 5th ed. New York:Gilford Press:17-41.
20. Dilion, L. M., & Beechler, M. P. (2010). Marital Satisfaction and The Impact of Children in Cultures: A metaAnalysis. *Journal of Evolutionary Psychology*, 8, 7–22.
21. Eserdag, S., Zulfikaroglu, E., Akarsu, S., & Ve Kadioglu S.M. (2011). Treatment outcome of 460 women with vaginismus. *Eur J Surg Sci*, 2(3):73-9.
22. Jaspers, L., Feys, F., Bramer, WM., Franco, OH., Leusink, P., Laan, ETM. (2016). Efficacy and safety of flibanserin for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in women: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*;176(4):453–62.
23. Meston, C., Stanton, A. (2017). Treatment of Female Sexual Interest/Arousal Disorder. *The Textbook of Clinical Sexual Medicine*, DOI 10.1007/978-3-319-52539-6\_11
24. Tunku, N., & Taayah, T.Z. (2018). Sexual Dysfunction and Disability. *Braddom's Rehabilitation Care: A Clinical Handbook*, Pages 150-156.e11.



## The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the sexual temperament of Afghan women (employed and educated in Iranian universities)

Batool Heydari <sup>1\*</sup>, Mohammad Bagher Kajbaf <sup>2</sup>

1. PhD student in General Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran  
beytajan30@gmail.com
2. PhD in Psychology, Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
m.kajbaf2006@gmail.com

### Abstract

The main purpose of this study was to investigate the effectiveness of individual cognitive-behavioral therapy on sexual coldness of Afghan women studying and studying in Iranian universities. The research method was quasi-experimental pretest-posttest with a control group. In order to conduct the research, 10 Afghan women with inclusion criteria were selected by available methods and then randomly divided into experimental and control groups. The measuring instrument in this study was the Women's Sexual Cold Inventory (Eshghi, 2006). In the experimental group, 8 sessions of cognitive-behavioral therapy were performed individually and during this period, no intervention was performed in the control group. The results of analysis of covariance showed that cognitive-behavioral therapy is effective in improving the overall score of cold temper in women ( $P = 0.0001$ ). Therefore, it can be concluded that the methodological-behavioral method can be used to reduce women's cold temper and improve marital relationships and ultimately family health.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, Sexual Cold Temperament

