

تأثیر مشاوره شناختی - رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری زنان دارای اختلالات کنش جنسی

پیمانہ نعمتی^۱، خیرالله نوریان^{۲*}، فاطمه محمودی^۳

^۱گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آکادمی علوم ایروان، ایروان، ارمنستان، ^۲گروه روانپرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۳مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۵

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی های بالینی ایران: IRCT201105176460N2

چکیده

زمینه و هدف: اختلال کژکاری جنسی زنان بنا به نظر انجمن روان پزشکی آمریکا به چهار دسته اختلال در میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و درد تقسیم بندی می شوند. داشتن اختلال کژکاری جنسی در صورت مزمن شدن منجر به اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و ایجاد مشکلات در دیگر جنبه های زندگی فرد می شود. هدف این مطالعه تأثیر مشاوره شناختی - رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری زنان دارای اختلالات کنش جنسی بود.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تعداد ۲۰ نفر از زنان مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی واقع در شهر تهران دارای اضطراب و پرخاشگری ناشی از مشکلات جنسی انتخاب شده و برای سنجش رضایت جنسی از پرسشنامه ی رضایت جنسی گلوبوک راست و میزان اضطراب از پرسشنامه ۴۰ سؤالی اسپیلبرگر و برای سنجش پرخاشگری از پرسشنامه پرخاشگری باس و مارک پری استفاده شد. داده ها با آزمون آماری تست تی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در مجموع میانگین کل رضایت جنسی از ۷۹/۰۵ در پیش آزمون به ۷/۳۵ در پس آزمون کاهش پیدا کرد ($P < ۰/۰۵$). میانگین پیش آزمون در پرخاشگری فیزیکی از ۲۸/۲ و پرخاشگری کلامی از ۱۷/۳ و پرخاشگری عصبی از ۲۸/۹۵ و پرخاشگری دشمنی از ۲۹/۹۵، به ترتیب در پس آزمون به رقم های ۱۲/۵۵ و ۷/۸ و ۱۲/۳ و ۱۲/۳ کاهش پیدا کرده اند ($P < ۰/۰۵$). نتایج حاصل از پرسشنامه ی اسپیلبرگر نشان داد که میانگین پیش آزمون در اضطراب حالت و صفت به ترتیب از ۶۳ و ۶۲/۵ به ۳۵/۱ و ۳۴/۱۵ در پس آزمون کاهش پیدا کرد ($P < ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: مشاوره شناختی - رفتاری نه تنها می تواند تأثیر به سزایی در کاهش اختلالات جنسی زنان داشته باشد، بلکه می تواند نقش قابل توجهی نیز در کاهش اضطراب و پرخاشگری به عنوان واکنش های همراه با این اختلال ایفا کند.

واژه های کلیدی: اختلالات جنسی، اضطراب، پرخاشگری، زنان

*نویسنده مسئول: خیرالله نوریان، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه روان پرستاری

Email: noorian20@yahoo.com

مقدمه

طبق تعریفی که سازمان بهداشت جهانی در رابطه با بهداشت جنسی ارائه کرده است، بهداشت جنسی عبارت از یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم می‌باشد، که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود. طبق این تعریف برای دستیابی به ارتقاء شخصیت، فرد باید بتواند به هماهنگی ذهن، احساس و تن دست یابد. لذا هر گونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و در نتیجه عدم رضایت از رابطه‌ی جنسی گردد، می‌تواند نارسایی کنش جنسی را به همراه داشته باشد. اختلال کژکاری جنسی زنان^(۱) بنا به نظر انجمن روان پزشکی آمریکا به چهار دسته اختلال در میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم و درد تقسیم بندی می‌شوند(۲). در تحقیقات همه‌گیر شناسی نشان داده شده است که تقریباً ۴۰ درصد از زنان شامل حداقل یکی از این دسته‌بندی‌ها می‌باشند(۳-۵). این اختلال پیچیده و متأثر از عوامل فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌باشد(۶). داشتن FSD حتی به مدت کوتاه می‌تواند باعث به وجود آمدن ناراحتی و غم و اندوه شود و در صورت مزمن شدن منجر به اضطراب، افسردگی و آسیب به ارتباطات بین فردی و پرخاشگری و ایجاد مشکلات در دیگر جنبه‌های زندگی فرد شود(۷-۸).

نداشتن آموزش‌های کافی در مورد فعالیت‌های جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی، پیش‌نوازش ناکافی، ناسازگاری در ارتباطات به طور کلی، باورهای جنسی

نادرست، ارتباط ضعیف درباره نیازها یا اضطراب‌های جنسی هر یک از طرفین، وجود اختلال جنسی در شریک جنسی، اضطراب در مورد عملکرد جنسی و ترس از عدم موفقیت در رابطه‌ی جنسی، روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدود کننده‌ی والدین، داشتن تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج، احساس گناه درباره آمیزش جنسی و مغایرت داشتن آن با مذهب، اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین عوامل روان‌شناختی در اختلال کنش جنسی می‌باشند(۹). وجود جو دایمی خشم و عصبانیت بین زوجین فرصت‌های شیرین ورمانتیک را سلب کرده و مجالی برای تحریک هوس جنسی و برقراری رابطه جنسی نمی‌گذارد. علاوه بر پرخاشگری آشکار، خشم فرو خفته و نفرت ناگفته نیز به مشکلات جنسی می‌انجامد. ناتوانی در آشکار سازی خشم و نفرت یک یا هر دو زوجین، به قهر کردن، سکوت طولانی و یا نشان دادن ظاهری مؤدب و آرام اما باطنی پرتاب و تنش می‌انجامد. مشکلات جنسی به سادگی در متن یک رابطه‌ی زناشویی سست و لرزان پدیدار می‌شود، متقابلاً مشکل جنسی به معضلات رابطه‌ای جدید دامن می‌زند. رابطه جنسی به منزله مینیاتور رابطه عمومی است(۱۰).

طی تحقیقات صورت گرفته نشان داده شده است که تکالیف شناختی، پردازش شناختی، آموزش جنسی، تکالیف رفتاری و بازسازی شناختی می‌توانند به عنوان تکنیک‌های اثر بخش در درمان این‌گونه

1- Female Sexual Dysfunction

اختلالات مورد استفاده قرار گیرند (۱۲ و ۱۱). در درمان شناختی، درمانگران فرآیند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیکی می‌دانند. تفکر منفی در مورد فعالیت جنسی علایم را تشدید و دایمی می‌کند. بنابراین کشف این خود تلقین‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند (۱۳). با در نظر گرفتن مشکلات و معضلات عدیده‌ای که در خانواده و اجتماع به واسطه این گونه اختلالات به وجود می‌آید و با توجه به میزان شیوع آن‌ها و همچنین به دلیل مطالعات اندک صورت گرفته شده در ایران به خصوص در زمینه تأثیر مشاوره به صورت گروهی و فردی در امور جنسی و همچنین عدم وجود روش درمانی جامع برای حل این گونه مسایل، هدف این مطالعه بررسی تأثیر مشاوره شناختی- رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری زنان دارای اختلالات کنش جنسی بود.

روش بررسی

در این مطالعه کارآزمایی بالینی جامعه آماری افراد مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی به تعداد ۱۰۵ نفر بودند که پس از مصاحبه و اجرای پیش‌آزمون، تعداد ۲۰ نفر از آن‌هایی که دارای بیشترین مشکلات بودند به عنوان افراد مورد مطالعه انتخاب شدند. برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که تمامی اطلاعات دریافت شده از آن‌ها به صورت محرمانه خواهد بود و نامی از آن‌ها عنوان نخواهد شد. تمامی شرکت کنندگان رضایت کامل از حضور در جلسات

مشاوره را اعلام نمودند و همگی تا پایان جلسات مشاوره حضور فعالی داشتند. آزمودنی‌ها ۴۵-۲۵ ساله بودند و با نظر صالح پزشک دارای اختلال جنسی تشخیص داده شدند.

در ابتدا پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک به همراه پیش‌آزمون پرسشنامه‌های گلوبوک راست و اسپیلبرگر و باس و مارک پری از آزمودنی‌ها گرفته شد. پرسشنامه‌ی رضایت جنسی گلوبوک راست در سال ۱۹۸۶ به وسیله سوزان گلوبوک و جان راست تهیه شد، این آزمون شامل ۲۸ سؤال است که مشکلات جنسی آزمودنی‌ها را در هفت زمینه بر حسب مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۴ می‌سنجد. این مقیاس‌ها شامل نافروانی جنسی، فقدان ارتباط جنسی، ناکامروایی جنسی، اجتنابگری جنسی، ناشهوت انگیزی جنسی، انقباض مهبل و بی‌ارگاسمی می‌باشند. علاوه بر نمره‌های تراز شده‌ی زیر مقیاس‌ها، نمره‌ی تراز شده‌ی هر آزمودنی، شدت و ضعف مشکلات جنسی وی را نشان می‌دهد، هر چه نمره‌ی کسب شده به وسیله آزمودنی بالاتر باشد، میزان مشکلات جنسی وی نیز بالاتر خواهد بود. در فرم ایرانی این پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ هر یک از این مقیاس‌ها برای آزمودنی‌های زن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ می‌باشد. همچنین ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌های زن ۰/۸۹ می‌باشد و نشانه‌ی پایایی بازآزمایی عالی مقیاس است (۱۰). از پرسشنامه‌ی اسپیلبرگر برای سنجش میزان اضطراب مراجعه کنندگان استفاده شد.

بیشترین ۱۴۵ می‌باشد، هر قدر شخص دارای امتیاز بیشتری باشد بیانگر میزان پرخاشگری بیشتر نزد وی می‌باشد. آلفای کرونباخ پرخاشگری فیزیکی ۰/۸۵، کلامی ۰/۷۲، عصبی ۰/۸۳ و دشمنی ۰/۷۷ می‌باشد و در مجموع آلفای ۰/۸۲ برای کل این پرسشنامه به دست آمده و به عنوان ضریب خیلی پایدار محسوب می‌شود (۱۵).

پس از اجرای آزمون‌ها، آزمودنی‌ها تحت مشاوره‌ی شناختی-رفتاری قرار گرفتند که شامل ۴ جلسه به صورت گروهی و ۸ جلسه به صورت انفرادی بود. برگزاری جلسات با توجه به توافق اعضا هفته‌ای ۲ بار و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم برگزار می‌شد. در طی این جلسات هدف بیشتر معطوف به بازسازی شناختی و تغییر و اصلاح افکار تحریف شده‌ی شناختی و آموزش تمرین‌ها و تکنیک‌های رفتاری از قبیل آموزش آرام سازی جهت کنترل خشم و پرخاشگری در بین آزمودنی‌ها بود. معیار ورود به این تحقیق کلیه کسانی که به بیمارستان طالقانی مراجعه و از نظر دو پزشک متخصص اعصاب و روان تشخیص اختلال جنسی داده شده و همچنین رضایت شخصی این افراد جهت شرکت بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ بیمار قادر به تحمل روش درمانی نباشد و بیمار با درمانگر همکاری نکند بودند. پس از اتمام جلسات مشاوره از آزمودنی‌ها پس‌آزمون گرفته شد. پروتکل اجرای جلسات مشاوره به این شرح بود؛ در جلسه‌ی اول مشاوره‌ی گروهی آشنایی و معارفه و سنجش آگاهی

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ به وسیله اسپیلبرگر و همکاران ارایه شد و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این آزمون حاوی ۴۰ سؤال است. از سؤال ۱ تا ۲۰ اضطراب پنهان یا شخصیتی را می‌سنجد و هر سؤال دارای ۴ گزینه‌ی به هیچ وجه، گاهی، عموماً و خیلی زیاد می‌باشد. از سؤال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب آشکار یا موقعیتی را مورد سنجش قرار می‌دهد و سؤال‌ها هر کدام دارای ۴ گزینه‌ی تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه را شامل می‌شود. جمع نمرات کسب شده‌ی بین ۲۰ تا ۳۰ نشان دهنده‌ی اضطراب کم و نمرات ۳۱ تا ۴۵ بیانگر اضطراب متوسط و نمرات بالاتر از ۴۶ نشان دهنده‌ی اضطراب شدید می‌باشد (۱۴). از پرسشنامه‌ی باس و مارک پری برای سنجش میزان خشم و پرخاشگری آزمودنی‌ها استفاده شد. این آزمون در سال ۱۹۹۲ به وسیله باس و مارک پری ارایه شد و نشان دهنده‌ی ۴ نوع پرخاشگری می‌باشد که شامل؛ پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، پرخاشگری عصبی و پرخاشگری دشمنی می‌باشند و دارای ۲۹ سؤال بوده و برای هر سؤال ۵ جواب در نظر گرفته شده است، پاسخ‌ها از ۱ تا ۵ امتیاز می‌گیرند. پاسخ سؤال‌ها شامل؛ بر عکس خصوصیات رفتاری من است (۱ امتیاز)، بیشتر اوقات بر عکس خصوصیات رفتاری من است (۲ امتیاز)، تا حدودی شبیه رفتار من است (۳ امتیاز)، بیشتر اوقات شبیه رفتار من است (۴ امتیاز) و کاملاً شبیه رفتار من است (۵ امتیاز) می‌باشند. سؤال ۲۴ و ۲۹ به صورت عکس امتیاز داده می‌شود. کمترین امتیاز ۲۹ و

مراجعه کنندگان در مورد مسایل جنسی بود. جلسه‌ی دوم، هدف از آن دادن اطلاعات و آموزش در رابطه با مسایل جنسی به مراجعه کنندگان بود. در طی جلسه‌ی سوم، نظرات و تصورات اشتباه مراجعه کنندگان به وسیله‌ی خودشان و یادگیری برخی از مهارت‌ها و دادن تکالیف به عنوان هدف سرلوحه‌ی کار قرار گرفت. در جلسه‌ی چهارم به تمامی سؤالات آزمودنی‌ها پاسخ داده شد و به مروری بر صحبت‌های عنوان شده در جلسات قبل پرداخته شد. پس از جلسات مشاوره‌ی گروهی از آنجا که پاره‌ای از مشکلات مطرح کردنشان برای مراجعه کنندگان امکان‌پذیر نبود، ۸ جلسه به صورت انفرادی برای آنها در نظر گرفته شد. هدف از جلسه‌ی اول مشاوره‌ی فردی مصاحبه و ارزیابی نحوه‌ی نزدیکی و تعیین مشکل اصلی بود. هدف جلسه‌ی دوم آشنایی با افکار و عقاید منفی که باعث بروز احساسات منفی نسبت به مسایل جنسی می‌شد در نظر گرفته شد. بازسازی شناختی رأس کار مطالعه در طی جلسه‌ی سوم مشاوره بود. جلسه‌ی چهارم به تمرکز حسی نوع دوم و آموزش تمرینات (kegel) اختصاص داده می‌شود، این تمرینات از مؤثرترین و درعین حال، ساده ترین روش‌ها است. اما برای درک بهتر این تمرینات، ابتدا بهتر است بدانیم که هم مردان و هم زنان در کف ناحیه لگن خود، ماهیچه‌ای به نام پوبوکوکسیژیوس (pubococcygeus) که به اختصار به عنوان عضله PC شناخته می‌شود، دارند که عملکرد صحیح آن، برای سلامت لگن خاصره ضروری است.

اگر این عضله از سلامت و قدرت کافی برخوردار باشد؛ مدت زمان معاشقه و آمیزش افزایش یافته؛ لذت ناشی از رابطه زناشویی نیز بیشتر می‌شود. مثل هر عضله دیگری، تقویت این عضله نیز با تمرین و ورزش منظم قابل حصول است. تمرینات کیگل، تمریناتی هستند که برای تقویت و کنترل ارادی عضلات کف لگن و به ویژه، عضله PC ابداع گردیده اند. و در جلسه‌ی پنجم دخول بدون ارگاسم و خود تحریکی و دادن تکالیف به عنوان هدف اصلی مشاوره در نظر گرفته شد. هدف از جلسه‌ی ششم، ارگاسم در حضور همسر و اجرای برخی تکالیف بود (۱۶-۱۸). در جلسه‌ی هفتم مشاوره‌ی فردی، نزدیکی و ارگاسم هدف اصلی بود و نهایتاً در جلسه‌ی هشتم، مطالب مطرح شده در کل جلسات مشاوره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری شد. هر یک از آزمودنی‌ها با توجه به مشکلی که داشت در هر یک از این مراحل مشاوره قرار می‌گرفت. هدف از اجرای جلسات این بود که از طریق بهبود اختلالات جنسی بتوان اضطراب و پرخاشگری مراجعه کنندگان را نیز کاهش داد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تست تی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده از پرسشنامه‌ی دموگرافیک مشخص شد که میانگین سن در آزمودنی‌ها ۳۳/۹۵ بود و ۵۵ درصد از آن‌ها دارای

همچنین با توجه به نتایج به دست آمده از پرسشنامه‌ی اسپیلبرگر نشان داده شد که در پیش آزمون اضطراب حالت، میانگین از ۶۳ به ۲۵/۱ در پس آزمون اضطراب حالت کاهش یافت و علاوه بر آن در اضطراب صفت نیز میانگین در پیش آزمون از ۶۲/۵ به ۲۵/۱۴ در پس آزمون این مقیاس تقلیل یافت و یافته‌ها بیانگر معنی دار بودن اختلاف بین میانگین‌ها در هر یک از مرحله‌های آزمون بوده است ($P < 0/05$) (جدول ۲).

با توجه به دیگر نتایج به دست آمده از پژوهش ملاحظه شد که میانگین پیش آزمون در پرخاشگری فیزیکی ۲۸/۲ بود و پس از مشاوره در پس آزمون به ۱۲/۵۵ تقلیل یافت و اختلاف بین میانگین در این دو مرحله معنی دار بوده است ($P < 0/05$). همچنین در پیش آزمون پرخاشگری کلامی، میانگین آزمودنی‌ها ۱۷/۳ بود و در پس آزمون به ۷/۸ رسید. اختلاف بین این دو مرحله نیز معنی دار بود ($P < 0/05$). علاوه بر آن در موقعیت پرخاشگری عصبی نیز نتایج مشابهی به دست آمد و میانگین از ۲۸/۹۵ در پیش آزمون به ۱۲/۳ در پس آزمون کاهش یافته و بیانگر معنی دار بودن اختلاف در این دو مرحله از آزمون بود ($P < 0/05$). در موقعیت پرخاشگری دشمنی نیز میانگین در پیش آزمون از ۲۹/۹۵ به ۱۲/۳ در پس آزمون کاهش یافت و بیانگر تفاوت معنی دار بین دو مرحله از آزمون بود ($P < 0/05$) (جدول ۳).

تحصیلات در سطح دبیرستان و ۳۰ درصد در حد دیپلم و ۱۰ درصد در حد لیسانس و ۵ درصد از آن‌ها مدرک در سطح ابتدایی داشتند. از نظر اشتغال به کار، ۷۵ درصد از آن‌ها خانه‌دار و ۲۰ درصد کارمند و ۵ درصد بازنشسته بودند. از لحاظ وضعیت اقتصادی، ۶۰ درصد در سطح متوسط و ۲۵ درصد در سطح بد و ۵ درصد در سطح خوب بودند.

با در نظر گرفتن نتایج به دست آمده از پرسشنامه‌ی گلوبوک راست مشخص شد که میانگین پیش آزمون در مقیاس درد مهبلی ۸ بود و پس از اجرای مشاوره، این میانگین در پس آزمون به ۱/۶۰ کاهش پیدا کرد و اختلاف بین این دو مرحله معنی دار بود ($P < 0/05$). همچنین در مقیاس‌های دیگر این آزمون که شامل نافروانی جنسی، فقدان ارتباط جنسی، ناشهوت انگیزی، بی ارگاسمی، عدم رضایت جنسی و اجتناب‌گری بودند، به ترتیب میانگین پیش آزمون در این مقیاس‌ها از ۷/۰۵، ۱۴/۴۵، ۱۵/۶۵، ۱۱/۶۰، ۱۲/۹۰ و ۹/۴۰ به ۰/۸۵، ۱/۱۵، ۱/۱، ۱/۴۰، ۰/۹۵ و ۰/۳۵ در پس آزمون کاهش پیدا کرد و اختلاف بین این میانگین‌ها در این دو مرحله معنی دار بود ($P < 0/05$). در مجموع میانگین کل رضایت جنسی از ۷۹/۰۵ در پیش آزمون به ۷/۳۵ در پس آزمون کاهش پیدا کرده و حاکی از اختلاف معنی دار و اثر پذیری کار درمانی در اختلال آزمودنی‌ها بود ($P < 0/05$) (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پرسشنامه‌ی رضایت جنسی گلوبوک راست قبل و بعد از مداخله

گروه	انحراف معیار ± میانگین	آماره تی	درجه ی آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون درد مهپلی	۸±۴/۳۷۷	۸/۸۴۸	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون درد مهپلی	۱/۶۰ ± ۱/۵۰۱			
پیش آزمون نافرآوانی جنسی	۷/۰۵±۱/۴۳۲	۲۳/۱۷۴	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون نافرآوانی جنسی	۰/۸۵±۰/۴۸۹			
پیش آزمون فقدان ارتباط جنسی	۱۴/۴۵±۵/۱۵۵	۱۴/۱۸۲	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون فقدان ارتباط جنسی	۱/۱۵±۱/۵۹۹			
پیش آزمون ناشهوت انگیزی	۱۵/۶۵±۶/۹۱۵	۱۰/۶۳۷	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون ناشهوت انگیزی	۱/۱±۱/۵۵۳			
پیش آزمون بی ارگاسمی	۱۱/۶۰±۳/۸۵	۱۹/۵۷۳	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون بی ارگاسمی	۱/۴۰±۱/۴۲۹			
پیش آزمون عدم رضایت جنسی	۱۲/۹۰±۲/۴۹۰	۳۰/۳۴۰	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون عدم رضایت جنسی	۰/۹۵±۱/۹۹			
پیش آزمون اجتنابگری جنسی	۹/۴۰±۳/۵۶۰	۱۲/۰۳۳	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون اجتنابگری جنسی	۰/۳۵±۰/۷۴۵			
پیش آزمون اختلال جنسی	۷۹/۰۵	۱۹/۴۳۸	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون اختلال جنسی	۷/۳۵			

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پرسشنامه ی اضطراب اسپیلبرگر قبل و بعد از مداخله

گروه	انحراف معیار ± میانگین	آماره تی	درجه ی آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون اضطراب حالت	۶۳±۷/۲۶۶	۰/۰۸۹	۳۸	۰/۹۲۹
پس آزمون اضطراب حالت	۳۵/۱۰±۶/۱۸۹	-۱۳/۱۱۶	۳۸	۰/۰۰۰
پیش آزمون اضطراب صفت	۶۲/۵۰±۷/۵۹۸	۰/۲۴۳	۳۸	۰/۸۰۹
پس آزمون اضطراب صفت	۳۴/۱۵±۸/۳۴۹	-۱۱/۰۷۴	۳۷	۰/۰۰۱

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پرسشنامه‌ی پرخاشگری باس و مارک پری قبل و بعد از مداخله

گروه	انحراف معیار ± میانگین	آماره تی	درجه ی آزادی	سطح معنی داری
پیش آزمون فیزیکی	۲۸/۲۰±۸/۱۹۲	۱۵/۳۹۴	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون فیزیکی	۱۲/۵۵±۴/۳۴۷	۱۲/۹۱۳	۱۹	۰/۰۰۱
پیش آزمون کلامی	۱۷/۳۰±۴/۲۸۱	۱۸/۰۷۳	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون کلامی	۷/۸۰±۲/۰۶۷	۱۶/۸۷۴	۱۹	۰/۰۰۱
پیش آزمون عصبی	۲۸/۹۵±۴/۴۰۷	۲۹/۳۸۰	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون عصبی	۱۲/۳۰±۲/۲۷۳	۲۴/۱۹۶	۱۹	۰/۰۰۱
پیش آزمون دشمنی	۲۹/۹۵±۲/۶۸۵	۴۹/۸۸۹	۱۹	۰/۰۰۱
پس آزمون دشمنی	۱۲/۳۰±۱/۹۷۶	۲۷/۸۳۵	۱۹	۰/۰۰۱

بحث

دادند گروهی که تحت این نوع مشاوره قرار گرفته بودند، بعد از درمان سطح اضطراب آنان به طور قابل توجهی کاهش یافت و همچنین عملکرد جنسی آنها نیز بهبود پیدا کرد (۱۱). در پژوهش صورت گرفته‌ی دیگر، مشاوره‌ی شناختی-رفتاری در افزایش آمیزش جنسی و کاهش اضطراب و ترس از آمیزش جنسی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن با تحقیق کنونی همخوانی دارد (۲۰). علاوه بر آن کاهش پرخاشگری به عنوان دیگر نتایجی بود که از این مطالعه به دست آمد. مشاوره شناختی-رفتاری توانسته است تأثیر قابل توجهی در کاهش میانگین پرخاشگری زنان دارای اختلالات کنش جنسی در هر یک از زیر مقیاس‌های فیزیکی، کلامی، عصبی و دشمنی داشته باشد. منابع خشم و اضطراب می‌توانند علت عدم پاسخ‌دهی جنسی در زنان باشند که خود می‌تواند ناشی از تعارضات ناهشیار حل نشده باشد. خشم و اضطراب می‌توانند باعث سرکوب کردن میل جنسی در زنان بوده و همانند یک مکانیزم خاموش‌کننده‌ی هیجان‌ات و احساسات آنان عمل کنند (۸). طرح‌ریزی جزئیات نحوه‌ی نزدیکی و همچنین بحث در مورد ترس‌ها، اضطراب‌ها، حل احساس گناه و سوء تفاهم‌های موجود و همچنین تصحیح اطلاعات نادرست در مورد مسایل جنسی و تغییر اساسی نگرش و رویکرد زن نسبت به مسایل جنسی از عواملی است که اثر پذیری این روش درمانی را توجیه می‌کند.

اختلالات جنسی دارای مسایل و مشکلات عدیده بوده و اختلالی پیچیده و متأثر از عوامل متعدد هستند و از شیوع بالایی برخوردار است (۸-۳). هدف این مطالعه تأثیر مشاوره شناختی-رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری زنان دارای اختلالات کنش جنسی بود. این مطالعه نشان داد که مشاوره‌ی شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان یکی از روش‌های درمانی، نقش قابل توجهی در بهبود اختلالات جنسی زنان داشته باشد. این پژوهش یکی از معدودترین تحقیقات صورت گرفته در ایران است که از زوایای مختلف این اختلال را مورد بررسی قرار داده است. نتایج این تحقیق با پژوهشی که جهت بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در مطالعات قبلی مبنی بر کاهش درد مهبل به منظور افزایش فراوانی جنسی صورت گرفته بود، همخوانی دارد (۱۱). همچنین در تحقیقی که در بر روی ۲۳ زوج صورت گرفت مشخص شد که درمان شناختی-رفتاری به طور آشکار رضایت درونی افراد دچار اختلال ارگاسم ثانوی را افزایش می‌دهد، نتایج مطالعه‌ی آنها با تحقیق کنونی نیز همخوانی دارد (۱۹).

یکی دیگر از نتایج به دست آمده از تحقیق کنونی، اثر پذیری این روش روان‌شناختی بر روی میزان اضطراب افراد مورد بررسی بوده است. ماحصل این پژوهش با مطالعه‌ی دیگری که برای ارزیابی درمان شناختی رفتاری بر روی افراد مبتلا به اختلال کنش جنسی انجام گرفت، همخوانی دارد. یافته‌ها نشان

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که مشاوره‌ی شناختی-رفتاری نه تنها می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کاهش اختلالات جنسی زنان داشته باشد، بلکه می‌تواند نقش قابل توجهی نیز در کاهش اضطراب و پرخاشگری به عنوان واکنش‌های همراه با این اختلال ایفا کند. نکته‌ی حائز اهمیت در پژوهش این بود که به واسطه‌ی اثر گذاری مشاوره در بهبود اختلالات جنسی، تأثیر قابل توجهی نیز در میزان اضطراب و پرخاشگری مراجعین به وجود آمد که خود حاکی از ارتباط تنگاتنگ و اثرپذیری متقابل در این گونه اختلالات می‌باشد. از آنجا که تعداد شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۰ نفر بوده و این امر یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر بود، لذا پیشنهاد می‌شود برای پژوهش‌های آتی، بر روی تعداد بیشتری از مراجعین تحقیق صورت گیرد و علاوه بر آن نتایج را در فواصل زمانی بازآزمایی کرد تا هر چه بیشتر بتوان نتایج آن را به جامعه تعمیم داد.

لازم به ذکر است به دلیل محدود بودن تعداد آزمودنی‌ها، برای تعمیم دادن نتایج به دیگر افراد باید شرط احتیاط صورت گیرد. با توجه به میزان شیوع این گونه اختلالات و نقشی که در بهبود آن‌ها چه به واسطه‌ی اطلاع‌رسانی و چه به واسطه‌ی آموزش می‌توان داشت، احداث درمانگاه‌ها و مراکز درمانی بیشتر برای رسیدگی به مبتلایان پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل پایان نامه دکتری رشته روانشناسی عمومی مصوب دانشگاه آکادمی علوم ایروان در کشور ارمنستان بود که با حمایت مالی آن دانشگاه انجام شد. لازم است از کلیه زنان شرکت‌کننده در این پژوهش که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند کمال تشکر و قدر دانی را نمایم.

REFERENCES

1. Jahanfar SH, Molainejad M. The Literature of Sexual Dysfunction. Tehran: published by Salemi; 2002; p:12
2. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text revision. American Psychiatric Association : Washington, DC; 2000; 7
3. Fugl-Meyer KS, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularize. International Journal of Impotence Research 2002; 14: 487-93.
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States : prevalence and predictors. Journal of the American Medical Association 1999; 281: 537-44.
5. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, et al. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. Journal of Sexual Medicine 2004; 1: 35-9.
6. Kaiser FE. Sexual function and the older woman. Clin Geriatr Med 2003; 19: 463-72.
7. Dennerstein L, Lehert P, Burger H, Guthrie J. Sexuality. Am J Med 2005; 118: 59-63.
8. Kaplan HS. Disorders of sexual desire . New York :Brunner/Mazel; 1979; 39.
9. Mehrabi F, Dadfar M. The role of cognitive factors in sexual dysfunction. The Quarterly of Thought and Behavior 2004; 9(1): 4-11.
10. Besharat MA. Problems of couples Infertile .The News of Psychotherapy 2002; p:7
11. Kabakci E, Batur S. Who benefit from cognitive behavioral therapy for Vaginism?. Journal of Sex Marital Therapy 2003; 29(4): 277-88.
12. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavioral therapy program for people with sexual dysfunction. Journal of sexual Material Therapy 2001; 27(3): 259-71.
13. Araoz TD. Hypnosis in Human Sexuality Problems . American Journal of clinical Hypnosis 2005; p: 5
14. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press ,1979.
15. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology 1992; 63: 452-9.
16. Richard P. Halgin & Susan Krauss Whitbourne. Clinical Perspectives on Psychological Disorders, seventh edition includes coverage of anticipated changes in the DSM-5. 2003; 36-64.
17. Goldstein I. Female sexual arousal disorder: New insights. International Journal of Impotence Research 2000; 12(4): 152-7.
18. Kring B. Psychotherapy of sexual dysfunction. American Journal of Psychotherapy 2000; 54: 97-101.
19. Libman E, Fichten CS, Brender W, Burstien Cohen J, Binik YM . A comparison of three therapeutic formats in the treatment of secondary orgasmic dysfunction . Journal of Sex Marital Therapy 1984; 10(3): 147-59 .
20. Turkuile MM, Vanlankveld JJ, Groot ED, Melles R, Neffs J, Zandbergen M. Cognitive behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. Journal of consulting psychology 2007; 74(1): 168-78.

The Effect of Cognitive-Behavioral Counseling on Anxiety and Aggression Women with Sexual Dysfunction

Nemati P¹, Nooryan K^{2*}, Mahmodi F³

¹Department of Psychology, Accademia Sciences of Yerevan, Yerevan, Armenia, ²Department of Nursing Psychiatry, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ³Cellular and Molecular Research Center, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 05 March 2013

Accepted: 23 Apr 2013

Abstract

Background and aim: According to the American Psychiatric Association female sexual dysfunction are classified in four categories: sexual desire disorders, arousal, orgasm and pain. Having chronic Sexual dysfunction can lead to anxiety, depression, aggression and create problems in other aspects of life. The aim of this study was to Investigate the effect of cognitive-behavior counseling on anxiety and aggression in women with sexual dysfunction.

Methods: In this clinical trial, 20 women were referred to Taleghani Hospital in Tehran with anxiety and aggression of sexual problems selected to measure sexual satisfaction. Glombok Rust questionnaire was used to measured the sexual satisfaction and Spielberger Questionnaire 40-item for Anxiety and Buss and Mark Perry questionnaire for aggression. Data were statistically analyzed by t test.

Results: in general, the mean total of sexual satisfaction decreased from 79.05 at pretest to 7.35 at posttest ($p < 0.05$). the mean pretest of physical aggression from 28.2 and verbal aggression from 17.3 and nervous aggression from 28.95 followed by the aggression of the enemy from 29.95, have declined in post test to 12.55, 7.8, 12.3, and 3/12 respectively ($p < 0.05$). the results of Spielberger questionnaire showed that the mean pre-test state and trait anxiety were decreased from 63 and 62.5 to 35.1 and 34.15 respectively ($p < 0.05$).

Conclusion: Cognitive-behavioral counseling may not only have a significant effect in reducing sexual dysfunction in women, but also a significant role in reducing anxiety and aggression as reactions with this disorder.

Key words: Sexual Dysfunction, Anxiety, Aggression, Women

*Corresponding Author: Nooryan K, Department of Nursing Psychiatry -Nursing and Midwifery College
Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran
Email: noorian20@yahoo.com