

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر افزایش صمیمیت جنسی و کاهش نگرانی از تصویر بدن در زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی میلی جنسی) مراجع کننده به مراکز

مشاوره شهر شیراز

سمیرا عطار^۱، فرزانه بهنیا اصل^۲، زهرا حیدری^۳، ناهید محمودی^۴

۱. دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، شیراز، ایران.
۲. دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، شیراز، ایران.
۳. دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، شیراز، ایران.
۴. دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و سوم، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۹، صفحات ۲۵-۱۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر افزایش صمیمیت جنسی و کاهش نگرانی از تصویر بدن در زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی میلی جنسی) مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز در نیمه اول سال ۱۳۹۸ بود. طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با گروه کنترل و به روش تحلیل کواریانس بود. جامعه‌ی پژوهش حاضر شامل تمامی زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی میلی جنسی) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز بود که از این میان ۳۰ زن شامل (۱۵ نفر) در گروه آزمایش و (۱۵ نفر) گروه گواه به روش نمونه‌گیری هدفمند داوطلب و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از ۶ مرکز مشاوره شهر شیراز انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل مقیاس صمیمیت جنسی بطلانی و همکاران، پرسشنامه نگرانی از تصویر تن لیتلتون هستند. برای گروه آزمایش، ۸ جلسه‌ی ۴۵ دقیقه‌ای هفتگی برنامه‌ی درمان شناختی رفتاری (CBT) اجرا شد ولی گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار استنباطی تحلیل کواریانس استفاده شد. تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌ی به‌کاررفته باعث افزایش صمیمیت جنسی و کاهش نگرانی از تصویر بدن در زنان می‌شود. به‌طور کلی، می‌توان گفت که مداخله‌ی درمان شناختی رفتاری (CBT) برای کمک به زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی میلی جنسی) اثربخش است. همچنین درمان‌گران می‌توانند از این روش درمانی جهت بهبود صمیمیت جنسی و نگرانی از تصویر بدن استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری (CBT)، صمیمیت جنسی، نگرانی از تصویر بدن، اختلال کارکرد جنسی، بی میلی جنسی.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و سوم، اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۹

مقدمه

کارکرد جنسی سالم یک مؤلفه‌ی مهم از بهزیستی شخصی است. این کارکرد، توانایی ایجاد لذت متقابل و مشترک و حتی کمک به زوجین در مقابله‌ی مؤثرتر با فشارها و مشکلات روزمره را دارد (مک‌کارتی^۱، ۲۰۰۲). به نقل از تیمور پور، مشتاق بیدختی و پورشهباز، (۲۰۱۱). البته عواملی وجود دارد که ممکن است مسائل جنسی زوج‌ها را به خطر بیندازد، یکی از این عوامل، اختلال کارکرد جنسی^۲ است. اختلال کارکرد جنسی را می‌توان در کل به‌عنوان نقصی مستمر در تمایل یا پاسخ جنسی تعریف کرد که باعث بروز مشکلات بین فردی یا ناراحتی شخصی می‌شود. گاه این اختلال‌ها، مستقل از سایر اختلالات روان‌شناختی یا بیماری‌های جسمانی و گاه ناشی از عوامل عضوی می‌باشد که در مورد آن تشخیص ناکارآمدی‌های جنسی داده نمی‌شود. تجارب و نگرش‌های برآمده از عواملی همچون شیوه‌ی تربیت، عوامل شخصیتی، عدم آگاهی، یا مورد سوءاستفاده جنسی واقع شدن در سنین پائین، فرد را مستعد ابتلا به بدکارکردی جنسی می‌کنند. از جمله دیگر علل پیشاینده این پدیده، می‌توان به تعارض با همسر، بی‌وفائی، تغییرات زیستی مربوط به سن، افسردگی، یا ناتوانی اتفاقی به‌واسطه خستگی مفرط، فشار روانی، اضطراب، یا مصرف الکل، نگرانی از تصویر بدن و نبود صمیمیت با همسر اشاره کرد. ناکارآمدی، ممکن است به‌واسطه‌ی انتظار کشیدن ناتوانی، واکنش همسر، ارتباط کلامی ضعیف و محدودیت مهارت‌های جنسی تداوم یابد. به دلیل وسعت عواملی که در اختلال کارکرد جنسی نقش دارند، متخصصان بالینی باید بسیاری از ابعاد فعالیت جنسی را به‌دقت موردبررسی و کنکاش قرار دهند (ساراسون و ساراسون، ۲۰۰۵، ترجمه: دهقانی، نجاریان، عرب و داوودی، ۱۳۹۰).

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۳، بدکارکردی‌های جنسی را به چهار طبقه تقسیم کرده‌اند: اختلالات میل جنسی، اختلالات برانگیختگی، اختلالات ارگاسم و اختلالات درد. DSM-۵ لازم می‌داند که مشکلات کارکرد جنسی با پریشانی یا دشواری بین فردی قابل توجه همراه باشند و دست‌کم شش ماه دوام داشته باشند تا به‌عنوان اختلال جنسی واقعی تشخیص داده شوند؛ بنابراین، بر اساس DSM-۵، کارکردهای جنسی را که به‌صورت پریشان‌زا یا مشکل‌زا در ارتباط با دیگران (شریک) تجربه نشوند، به‌عنوان اختلال در نظر نمی‌گیرد. از سوی دیگر، ICD-۱۰ لازم نمی‌داند که اختلال کارکرد جنسی موجب پریشانی یا دشواری‌های بین فردی شوند و یک بحث مداوم در رابطه با چگونگی تعریف اختلال کارکرد جنسی وجود دارد و پیشنهادهایی مبنی بر بهبود تعاریف موجود از اختلال کارکرد جنسی وجود دارد (مستون و بردفورد^۴، ۲۰۰۷). با این حال، اختلال کارکرد جنسی عبارت است از فقدان یا کاهش احساس‌های کارکرد یا علاقه جنسی، فقدان افکار یا خیال‌پردازی‌های جنسی و فقدان کارکرد کنشی. انگیزه‌های برانگیخته شدن جنسی نادر هستند و فقدان علاقه فراتر از کاهش عادی همراه با چرخه زندگی و طول مدت رابطه در نظر گرفته می‌شود (بوئل و برنت^۵، ۲۰۱۰).

1. McCarthy

2. sexual dysfunction

3. International Classification of Diseases (ICD-10)

4. Meston & Bradford

5. Boyle & Burnett

ناتوانی در کارکرد جنسی در زنان یک مشکل بهداشتی شایع است که به صورت عوامل پزشکی و روانی اجتماعی ظاهر می‌شود. زنان نسبت به مردان در اختلالات جنسی معمولاً توجه کمی دریافت کرده‌اند و مشکل آن‌ها بدون درمان باقی مانده است. چرخه جنسی زنان به چند عامل بستگی دارد از جمله: عوامل نوروزنیک، عوامل روانی و اجتماعی و... که ممکن است اختلال در هر یک از این عوامل به کارکرد جنسی پایین در زنان منجر شود. در هنگام ظهور کارکرد جنسی ممکن است برخی شرایط از جمله کاهش میل جنسی، تحریک، ارگاسم و/یا درد جنسی قابل مشاهده باشد (آراس، آراس، ایکاگاسگلو، یوماسخلو و همکاران، ۲۰۱۳).^۱ به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیش از یک‌سوم زنان بزرگسال از اختلال کارکرد جنسی (بی میلی جنسی)^۲ رنج می‌برند. اختلال میل جنسی کم‌کار یک فقدان واکنش هیجانی در میل است؛ که با عدم انگیزه درونی جنسی و عدم لذت در هنگام رابطه جنسی همراه است. به‌طوری‌که پاسخ‌هایی از اجتناب فعال از تماس جنسی تا شرکت در فعالیت جنسی با همسر علیرغم فقدان میل جنسی را در برمی‌گیرد زنان بی‌میل به رابطه جنسی اغلب اقدامی برای آغاز فعالیت جنسی نمی‌کنند و چنانچه نشانه‌ای از میل به فعالیت جنسی از سوی شریک جنسی خود احساس کنند، با اکراه آن را می‌پذیرند. به‌طور کلی این زنان تجربه جنسی اندکی دارند اما در برخی موارد به لحاظ میل به ایجاد صمیمیت با همسر یا در اثر اجبار برای پاسخگویی به نیازهای جنسی همسرشان، اقدام به فعالیت جنسی می‌کنند (مرتضوی، بخشایش، فاتحی زاده و امامی نیا، ۱۳۹۲). ناتوانی عملکرد جنسی به‌نوبه خود ممکن است باعث طلاق، کاهش صمیمیت با همسر و ازهم‌پاشی زندگی زناشویی شود. صمیمیت^۳ در روابط زناشویی، به‌صورت الگوی رفتاری بسیار مهمی مفهوم‌سازی شده است که جنبه‌های عاطفی-هیجانی و اجتماعی نیرومند دارد و بر پایه پذیرش، رضایت خاطر و عشق شکل می‌گیرد (تن هوتن^۴، ۲۰۰۷). باگاروزی (۲۰۰۱) صمیمیت را به‌عنوان نوعی از رابطه که در آن خود افشایی، درک، اعتماد و نزدیکی عمیق تجربه می‌شود، می‌داند.

یکی از اقسام صمیمیت، صمیمیت جنسی^۵ است و عبارت است از نیاز به در میان نهادن، سهیم شدن و ابراز افکار، احساسات و خیال‌پردازی‌های جنسی با همسر. این نوع صمیمیت به‌ویژه در راستای برانگیختن و میل جنسی می‌باشد (اولیا^۶، ۲۰۰۶). رفتار جنسی صمیمانه، ممکن است منجر به آمیزش و ارضای جنسی یک یا دو همسر بشود یا نشود، صمیمیت جنسی هنگامی وجود دارد که همسران در بیان امیال جنسی یا عدم میل جنسی احساس راحتی بنمایند صمیمیت جنسی، مستلزم توافق ضمنی دوجانبه بین همسران برای رابطه جنسی است و متضمن تمایل هر یک از زوجین برای درک همسر و انتظاراتی است که از خوددارند (کوبین^۷، ۱۹۹۰) انسان‌های متفاوت نیازهای مختلفی در زمینه صمیمیت جنسی دارند و آن نیازها بر چگونگی درک رفتار جنسی آن‌ها اثر می‌گذارد و به همین دلیل اگر زوجین می‌خواهند رابطه رضایت بخشی داشته باشند باید ارتباط جنسی خوبی داشته باشند. بسیاری از خانواده

1. Aras, Aras, Icagasioglu & Yumusakhuylu

2. sexual frigidity

3. intimacy

4. TenHouten

5. Sexual intimacy

6. Olia

7. Kewin

درمانگران معتقدند که بدون رابطه جنسی، ارتباط سرد و بی‌روح بوده و زوجین احساس کاملی از یکدیگر ندارند گرچه به‌وضوح رابطه جنسی همه‌چیز نیست اما برای یک ارتباط صمیمانه مهم است و زمانی که رابطه جنسی خوب باشد، صمیمیت و سرزندگی ازدواج از بین نمی‌رود (اولسون^۱، ۲۰۰۴).

در جامعه‌ی امروزی تأکید فرهنگی - اجتماعی بسیاری بر روی جذابیت و تناسب جسمانی وجود دارد. فشارهای اجتماعی و نظرات گسترده درباره‌ی ساختار بدن باعث شده که نارضایتی از بدن و تصویر بدن منفی در میان جامعه به‌خصوص در زنان شایع شود. تصویر بدنی در واقع ادراک فرد از اندازه و تناسب بدن است که با تفکر و احساس و دیدگاه سایر افراد به بدن او همراه می‌شود. واژه‌ی تصویر بدن به ارزیابی شناختی افراد از بدن آن‌ها اطلاق می‌شود. این مفهوم‌پردازی تک‌بعدی تصویر بدن در طول زمان گسترش یافت و ابعاد دیگری را نیز در بر گرفت (بنفیلد، ۲۰۰۲). نگرانی از تصویر بدن^۲ یکی از مفاهیمی است که بر اختلالات جنسی زنان تأثیر می‌گذارد (امان الهی، رفاهی و رجبی، ۱۳۹۶). امروزه معروف‌ترین و متداول‌ترین روش‌هایی که در درمان اختلالات و بدکارکردی‌های جنسی زنان به کار می‌رود، از نوع درمان‌های شناختی - رفتاری^۳ (CBT) هستند (رحیمی، شفیع‌آبادی و یونسی، ۱۳۸۸). اجزای شناختی دربردارنده نگرش‌ها، باورها، دانش فرد از مسائل جنسی و نیز مهارت‌های توجه و تمرکز می‌باشند. شناخت‌های ناسازگارانه، نقش مهمی در چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت‌های جنسی و درنهایت در چرخه پاسخ جنسی فرد ایفا می‌کند. درمان شناختی رفتاری، با تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خود‌گویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، باهدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری‌های هیجان‌های منفی در کنار سایر نمایش برای درمان اختلالات جنسی پیشنهاد می‌شود. این درمان مجموعه‌ای از مداخله‌های روان‌درمانی است که هدف آن کاهش میزان مشکلات روانی بوده و بیشتر از هر نوع مداخله روان‌شناختی دیگری مؤثر است. این درمان به فرد کمک کرده تا درک بهتری از مسائلی که موجب عدم تعادل روانی در وی می‌شوند، پیدا نماید. شناخت‌های ناسازگارانه، نقش مهمی در چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت‌های جنسی و درنهایت در چرخه پاسخ جنسی فرد ایفا می‌کند (تدین، رضایی خیر آبادی، ملایی نژاد و شیرالی نیا، ۱۳۹۵). نتایج مطالعه لوفریسکو (۲۰۱۱) که تحت عنوان "درمان اختلالات درد جنسی زنان و درمان شناختی رفتاری" انجام شد، نشان داد که درمان شناختی رفتاری نسبت به درمان‌های دیگری مانند جراحی و یا دارویی در رفع درد و اختلالات جنسی دیگر برتری دارد. دات تیلیب (۲۰۰۲) بیان می‌نماید که استفاده از شیوه‌ی شناختی - رفتاری در درمان اختلالات جنسی موجب تقویت رفتارهای هدف و نیز افزایش بیان خود و نگرش مثبت و نیز تجدید ساختار غیرمنطقی باورها می‌گردد؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر افزایش صمیمیت جنسی و کاهش نگرانی از تصویر بدن در زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی‌ میلی جنسی) مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز بود.

1. Olson

2. worry about body image

3. Cognitive Behavior Therapy

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون است که در آن از دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان دارای اختلال کارکرد جنسی مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز بود که ۳۰ نفر شامل (۱۵ نفر) در گروه آزمایش و (۱۵ نفر) در گروه گواه به روش نمونه‌گیری هدفمند داوطلب انتخاب و بر اساس ملاک‌های ورود (بیشتر از دو سال از ازدواجشان گذشته باشد، نمره‌ی بالا در مقیاس نگرانی از تصویر بدن، نمره‌ی پایین در مقیاس صمیمیت جنسی، گذشت ۹ ماه از زایمان، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی و عدم مصرف دارو) انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. نمونه‌ی پژوهش به‌واسطه‌ی همکاری مراکز مشاوره شهر شیراز، زنانی که دارای اختلال کارکرد جنسی (بی‌میلی جنسی) هستند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پس از انجام مصاحبه‌ی غربال‌گری و مشخص شدن ملاک‌های ورود، ثبت‌نام‌شده و پیش‌آزمون روی آن‌ها اجرا شد و ۳۰ نفری که واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند، به‌صورت تصادفی انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. مداخله‌ی آزمایشی روی گروه آزمایش اجرا شد درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. مداخله طی ۸ جلسه‌ی هفتگی ۴۵ دقیقه‌ی گروهی برگزار شد (جدول ۱ را ببینید). پس از اتمام ۸ جلسه، پس‌آزمون روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل کواریانس استفاده شد. تحلیل‌ها با استفاده از ویرایش ۲۳ نرم‌افزار بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی^۱ (SPSS-۲۳) انجام شد.

جدول ۱: محتوای جلسه‌های درمان شناختی رفتاری (CBT)

جلسه	موضوعات	محتوای برنامه آموزشی درمانی
۱	آشنایی	• آشنایی درمانگر با شرکت‌کنندگان، اتحاد درمانی، آشنایی کلی با انواع اختلال‌های کارکرد جنسی؛ تأثیر آن در کیفیت روابط زناشویی
۲	تأکید بر اهمیت درمان	• بیان ارزش و اهمیت درمان، تعیین مشکل اصلی، ارزیابی نحوه‌ی نزدیکی، آموزش مهارت‌های ارتباطی
۳	شناساندن مفاهیم جنسی	• ارائه‌ی دانش و اطلاعات جنسی، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابراز وجود به شیوه‌ی صحیح
۴	افزایش مهارت جنسی	• بازسازی شناختی؛ تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی نوع اول
۵	آموزش تکنیک‌های عملی ۱	• نمایش فیلم، تمرکز حسی نوع دوم، آموزش تمرینات کگال، دخول بدون ارگاسم و خودتحریکی، ارگاسم در حضور همسر
۶	آموزش تکنیک‌های عملی ۲	• نمایش فیلم، آموزش تکنیک‌های تن آرامی برای کاهش هر چه بیشتر اضطراب در زندگی روزمره

¹ - statistical package for social sciences

آموزش مهارت‌های	• مانور نقطه عطف، نزدیکی و ارگاسم، آموزش مهارت حل مساله و کاربردهای آندر زندگی روزمره برای کاهش هرچه بیشتر موقعیت‌های اضطراب‌زا،
۷ حل مشکلات جنسی در مواقع خاص	
۸ جمع‌بندی	• جمع‌بندی کلی نکات ارائه‌شده طی جل سات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان، واکنش صحیح در زمان عود علائم

مقیاس صمیمیت جنسی: بطلانی و همکاران پرسشنامه‌ی صمیمیت جنسی را با توجه به منابع معتبر علمی و "پرسشنامه‌ی صمیمیت جنسی باگاروزی" و پژوهش‌های انجام‌شده در این مورد تهیه کردند. در این پرسشنامه ۳۰ سوال مطرح گردیده است و هر سوال دارای طیف ۴ گزینه‌ای (همیشه، گاهی اوقات، به ندرت، هیچ‌وقت) با نمره‌های ۱ تا ۴ می‌باشد. حداکثر نمره ۱۲۰ و حداقل آن ۳۰ می‌باشد. نمره‌ی بالاتر، نشانگر صمیمیت جنسی بیشتر زوجین است. روایی محتوایی پرسش‌نامه توسط پنج متخصص مشاوره و روان‌شناسی در دانشکده‌ی علوم تربیتی دانشگاه اصفهان تأیید شد و برای تعیین پایایی درونی بر روی ۱۴۰ نفر (۷۰ زوج) اجر ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ به دست آمد (بطلانی، احمدی و بهرامی، ۱۳۸۹). پایایی درونی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که مقدار آن ۰/۷۲ به دست آمده است.

پرسشنامه نگرانی از تصویر تنی (BICI): این پرسشنامه توسط لیتلتون، اکسوم و پوری (۲۰۰۵)، به نقل از لیتلتون و بریکوف^۱، (۲۰۰۸) برای آزمون نارضایتی و نگرانی فرد درباره ظاهر خود ساخته شد و توسط محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۴) در ایران هنجاریابی شده است. این پرسشنامه متشکل از ۱۹ سؤال و ۲ عامل نگرانی درباره بدشکلی ظاهر و تداخل نگرانی درباره ظاهر در کارکرد اجتماعی است و بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافقم و ۵ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. کمینه و بیشینه نمره‌های این پرسشنامه به ترتیب ۱۹ و ۹۵ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده نارضایتی بیشتر از تصویر تنی یا ظاهر فرد است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) ضرایب پایایی عامل‌های این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی و آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۹۲ و عامل دوم ۰/۷۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۳؛ محمدی و سجادی نژاد (۱۳۸۶) ضرایب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۴ و برای عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۴؛ و حیدری و پور خدادادی (۱۳۹۱) پایایی عامل‌های این پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی و آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۴ و عامل دوم ۰/۷۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش کردند. ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۰ به دست آمد.

¹ Breikopf

یافته‌ها

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای صمیمیت جنسی و نگرانی از تصویر تن آزمودنی‌ها برحسب گروه‌ها در مراحل مختلف سنجش

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
صمیمیت جنسی	پیش‌آزمون	۵۷/۲۴	۱۰/۲۸	۵۶/۶۶	۶/۰۸
	پس‌آزمون	۷۲/۶۵	۸/۰۱	۵۷/۴۹	۷/۳۲
نگرانی از تصویر تن	پیش‌آزمون	۷۱/۲۴	۱۰/۲۰	۷۲/۱۷	۱۰/۴۹
	پس‌آزمون	۵۹/۳۲	۸/۴۳	۷۳/۶۵	۱۱/۰۶

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در ارتباط با صمیمیت جنسی، میانگین (و انحراف معیار) گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۵۷/۳۴ (۱۰/۲۸) و در پس‌آزمون ۷۲/۶۵ (۸/۰۱) و میانگین (و انحراف معیار) گروه کنترل در پیش‌آزمون ۵۶/۶۶ (۶/۰۸) و در پس‌آزمون ۵۷/۴۹ (۷/۳۲) است. همچنین، در ارتباط با نگرانی از تصویر بدن، میانگین (و انحراف معیار) گروه آزمایش در پیش‌آزمون به ترتیب ۷۱/۲۴ (۱۰/۲۰) و در پس‌آزمون ۵۹/۳۲ (۸/۴۳) و میانگین (و انحراف معیار) گروه کنترل به ترتیب در پیش‌آزمون ۷۲/۱۷ (۱۰/۴۹) و در پس‌آزمون ۷۳/۶۵ (۱۱/۰۶) است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون صمیمیت جنسی و نگرانی از تصویر بدن آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

شاخص آماری نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلائی	۶۱/۲۵۴	۲	۲۹/۵۴۷	۰/۰۱	۰/۵۸۶	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۶۸/۲۱۵	۲	۳۴/۲۵۶	۰/۰۱	۰/۶۳۴	۱
آزمون اثر هتلینگ	۸۰/۷۹۵	۲	۲۵/۲۷۷	۰/۰۱	۰/۵۷۷	۱
آزمون اثر بزرگترین ریشه	۴۱/۳۲۲	۲	۲۸/۵۳۷	۰/۰۱	۰/۵۲۴	۱

همان‌گونه که در جدول ۳ ارائه شده است، با کنترل پیش‌آزمون، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون حداقل در یکی از متغیرهای وابسته صمیمیت جنسی و نگرانی از تصویر بدن تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < ۰/۰۱$ و $F = ۳۴/۲۵۶$). جهت پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا صورت گرفت. با توجه به اندازه‌ی اثر محاسبه شده ۶۳/۴ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱/۰۰ است، بدین معنا که آزمون توانسته با توان ۱۰۰ درصد فرض صفر را رد کند.

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا روی متغیرهای صمیمیت جنسی و نگرانی از تصویر تن در مرحله‌ی پس‌آزمون با کنترل

پیش‌آزمون

شاخص‌های آماری متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
صمیمیت جنسی	۳۵۷/۱۹۴	۲	۲۴۶/۸۳۷	۱۵۹/۹۵۷	۰/۰۰۱
نگرانی از تصویر بدن	۵۲۵۷/۱۶۴	۲	۳۵۵۶/۰۳۸	۱۷۷/۴۳۶	۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۴، مقادیر F برای صمیمیت جنسی و نگرانی از تصویر بدن به ترتیب ۱۵۹/۹۵۷ و ۱۷۷/۴۳۶ به دست آمدند که در سطح $p < ۰/۰۱$ معنادار هستند. در نتیجه، با توجه به میانگین‌های جدول ۲ می‌توان گفت که صمیمیت جنسی در گروه آزمایش به‌طور معناداری افزایش و نگرانی از تصویر بدن با توجه به جدول شماره ۲ کاهش یافته‌اند؛ به عبارت دیگر، می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود صمیمیت جنسی و کاهش نگرانی از تصویر بدن در زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی‌میلی جنسی) مراجع کننده به مرکز مشاوره شهر شیراز شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که گفته شد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر افزایش صمیمیت جنسی و کاهش نگرانی از تصویر بدن در زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی‌میلی جنسی) مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که به‌کارگیری درمان شناختی رفتاری (CBT) به‌طور معناداری صمیمیت جنسی زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی‌میلی جنسی) مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز را افزایش داده است. این نتیجه با یافته‌های شاکرمی، داور نیا، زهراکار و گوهری (۱۳۹۳)، کجباف و همکاران (۱۳۹۱)، مرادیان و امیری (۱۳۹۷)، باقری و صمصام شریعت (۱۳۹۵)، امان الهی و همکاران (۱۳۹۶)، نائینیان و نیک آذین (۱۳۹۱)، موتزاتی و همکاران (۲۰۱۲) و اعتمادی (۱۳۸۴) همسو است. در تبیین این یافته‌ها نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در بهبود اختلالات جنسی (بی‌میلی جنسی) و افزایش صمیمیت جنسی در رابطه با همسران مؤثر است. صالح زاده، کجباف، مولوی و ذوالفقاری (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که درمان شناختی رفتاری اختلالات کنش جنسی را کاهش می‌دهد. در چرخه‌ی پاسخ جنسی زنان، همبستگی بین انگیزتگی فیزیولوژیکی و میل روان‌شناختی پایین است؛ یعنی، برای مثال همبستگی لیز شدن واژن زنان با میل گزارش‌شده‌ی آن‌ها پایین است؛ بنابراین، میل جنسی زنان را نمی‌توان با توجه به نیاز فیزیولوژیکی (مثل استروژن یا تستوسترون) یا انگیزتگی آن‌ها (مثل پرخونی اندام‌های تناسلی) پیش‌بینی کرد. در عوض، میل جنسی زنان خیلی نسبت به عوامل رابطه، مانند صمیمیت عاطفی و صمیمیت جنسی، حساس است. صمیمیت، احساس نزدیکی بین زوجین است که به شکل‌های مختلف خود را نشان می‌دهد و از آنجایی که زنان، موجوداتی عاطفی هستند، دیده‌شده، زمانی که احساس کنند، همسرشان به آن‌ها توجه دارد، درکشان می‌کند، در دسترس هستند و از وقت گذراندن با او احساس خوبی را تجربه می‌کنند، میل به روابط جنسی در آنان برانگیخته می‌شود و حتی گاهی در شروع رابطه جنسی پیش‌قدم می‌شوند و چون خود شروع‌کننده رابطه و یا راغب به رابطه هستند، احساس لذت بیشتری را تجربه می‌کنند و از کارکرد جنسی بالاتری برخوردار خواهند شد (امان الهی و

همکاران، ۱۳۹۶). از طرفی بی میلی جنسی می تواند با احساس صمیمیت نسبت به همسر رابطه داشته باشد. صمیمیت از سه جزء تشکیل شده است؛ صمیمیت شهوانی، صمیمیت حسی و درک همسر به عنوان یک فرد خاص. فقدان هر یک و یا همه‌ی این حوزه‌ها منجر به اختلال عملکرد جنسی می شود. در پژوهش حاضر تکنیک هایی همچون بازسازی شناختی، تمرکز حسی، تن آرامی، مهارت حل مسئله، مهارت ارتباطی، خود ابرازی استفاده شده است. تمام این تکنیک ها می تواند اختلالات کارکرد جنسی زنان (بی میلی جنسی) را کاهش دهد. همچنین این تکنیک ها باعث افزایش مهارت های جنسی و خیال پردازی های جنسی و ایجاد رابطه صمیمانه با همسر و صمیمیت جنسی بیشتر با همسر می شود. این روش درمانی به افراد اجازه می دهد که هیجانانگیز خود را ابراز کند. تمرینات تجویز شده برای زنان دارای بی میلی جنسی تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می توانند باعث بروز واکنش های روانی پیچیده ای در افراد شود. مثلاً با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی، از یک طرف واکنش های لذت بخش تقویت می شود و از طرفی مانع از بروز تنش های جنسی ناخواسته می شود. این تمرینات در اغلب موارد، باعث کاهش تنش های جنسی پیش بینی نشده در طرفین می شود. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش می یابد و باعث می شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند و صمیمیت جنسی زوجین افزایش می یابد (حمید و همکاران، ۱۳۹۱). به علاوه، در پژوهش حاضر دریافته شد که به کارگیری درمان شناختی رفتاری (CBT) به طور معناداری نگرانی از تصویر بدن زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی میلی جنسی) را کاهش داده است. این نتیجه با یافته های امان الهی و همکاران (۱۳۹۶)، مجتبابی و همکاران (۱۳۹۳)، خراشادیزاده (۱۳۹۰) و حمید و همکاران (۱۳۹۱) همسو است. فیزیک بدنی می تواند در عزت نفس افراد تأثیر گذار باشد و چون بدن نقش مهمی در جذابیت برای شریک جنسی افراد دارد، اگر فرد احساس خوبی در مورد ظاهر و بدن خود نداشته باشد، نقصی در عزت نفس خود احساس می کند و ارزیابی اش از خود منفی خواهد بود و این می تواند در او احساس اضطراب و یا شرمساری به وجود آورد و به همین دلیل نمی تواند در رابطه جنسی خود، به درستی ایفای نقش کند. تا به امروز مطالعات انتشار یافته ی معدودی، ارتباط بین تصویر تن و ابعاد تمایل جنسی زنان را بررسی کرده اند. در این مطالعات، تصویر تن منفی به اضطراب جنسی بیشتر، عزت نفس جنسی کمتر و رضایت جنسی کمتر مربوط بوده است (اندرسون و لی گزند، ۱۹۹۱؛ ترینل، مستون و گورزالکا، ۱۹۹۷). حتی تعداد کمتری به طور خاص به بررسی ارتباط بین تصویر تن زنان و عملکرد جنسی آن ها پرداخته اند. این مطالعات اشاره می کنند که تصویر تن منفی با برانگیختگی کمتر، مشکلات بیشتر ارگاسم، میل جنسی کمتر و عملکرد جنسی کلی کمتر مرتبط است (سنچز و کایفر، ۲۰۰۷؛ سیل و همکاران، ۲۰۰۹؛ استیر و تیگرمان، ۲۰۰۸). این طور به نظر می رسد که شناخت ها و خود آگاهی، عامل های مهمی در فهمیدن رابطه ی پیچیده ی بین تصویر بدن زنان و تمایل و عملکرد جنسی آن ها هستند. شناخت های منفی درباره ی ظاهر جسمانی خود و نظارت خود در طول رابطه ی جنسی به شدت با پاسخ ها و تعامل جنسی تداخل می یابد. تمرکز خود آگاهانه بر ظاهر خود و اجتناب از مواجهه ی بدنی در طول رابطه ی جنسی موجب تحلیل رفتن کارکرد جنسی و بی میلی جنسی فرد حتی بیشتر از احساس های کلی ناراضی بدنی می شود. ارزیابی های بدنی و شناخت ها نه تنها با پاسخ ها و تجارب در طول

1. LeGrand

2. Trapnell Meston, & Grozalka

رابطه‌ی جنسی تداخل دارند، بلکه با رفتار کلی جنسی، اجتناب جنسی و رفتارهای جنسی خطرناک نیز مرتبط است (امان الهی و همکاران، ۱۳۹۶).

در این پژوهش از آنجا که آموزش‌های شناختی رفتاری دربرگیرنده آرمیدگی، خیال پردازی، افزایش بینش، درک علت سیستماتیک بی میلی جنسی، افزایش آگاهی جنسی و آموزش مهارت‌های جنسی و بازسازی‌های شناختی می‌باشد توانسته که نگرانی از تصویر بدنی در زنان را به وسیله بازسازی شناختی کاهش دهد. هنگامی که فرد احساس‌ها، باورها و تصورات مثبتی درباره‌ی ارتباط جنسی و درباره بدن خود و در بیان کلی‌تر، دیدی مثبت نسبت به عملکرد جنسی خود داشته باشد، هم اقدام به ارتباط جنسی بیشتر با شریک خود خواهد کرد و هم این ارتباط همراه با کسب لذت خواهد بود. پژوهش حاضر، با چند محدودیت همراه بود. از جمله این که در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شده است. با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه‌ی خود گزارش دهی دارد و افراد با تمایل خود به آن پاسخ می‌دهند ممکن است در پاسخ‌هایشان حالت سوگیری وجود داشته باشد. همچنین، با توجه به این که افراد شرکت‌کننده در این پژوهش از یک جنس بودند تعمیم نتایج به هر دو جنس زن و مرد باید با احتیاط صورت گیرد. در نهایت، به دلیل محدودیت زمانی پژوهش، امکان پی گیری طولانی مدت نتایج دوره‌ی آموزشی وجود نداشت. به همین علت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر که به صورت آزمایشی انجام می‌گیرد یک دوره‌ی پی گیری نسبتاً طولانی برای پیگیری اثر دوره‌ی آموزشی لحاظ شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، پژوهشگران وظیفه‌ی خود می‌دانند تا از کلیه‌ی آزمودنی‌ها، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

منابع

- اسدپور، اسماعیل (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه در بافت فرهنگی شهر ورامین. *کنفرانس بین المللی فرهنگ آسیب شناسی روانی و تربیت*، انجمن روانشناسی ایران، دانشگاه الزهرا.
- اعتمادی، عذرا؛ نوابی نژاد، شکوه؛ احمدی، سید احمد و فرزاد، ولی اله (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. *مطالعات روان شناختی*، ۲(۲)، ۶۹-۸۷.
- امان الهی، عباس؛ رفاهی، نیلوفر و رجبی، غلامرضا (۱۳۹۶). پیش بینی اختلال کارکرد جنسی بر اساس عزت نفس جنسی صمیمیت با همسر در دانشجویان زن با و بدون اختلال کارکرد جنسی. *مجله روان پرستاری*، ۵(۵)، ۱۸-۲۵.
- باقری، زهرا و مصمصام شریعت، محمد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر صمیمیت و رضایت زناشویی در زنان خیانت دیده. *کنفرانس بین المللی روانشناسی، علوم تربیتی و رفتاری*.
- بطلانی، سعیده؛ احمدی، سید احمد و بهرامی، فاطمه (۱۳۸۹). تأثیر زوج درمانی مبتنی بر سبک دلبستگی بر رضایت و صمیمیت جنسی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۲)، ۴۹۶-۵۰۵.
- تدین، میترا؛ رضایی خیر آبادی، آرزو؛ ملایی نژاد، میترا و شیرالی نیا، خدیجه (۱۳۹۵). اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر افکار دهشتناک زنان مبتلا به واژینیس‌موس اولیه: یک کارآزمایی تک موردی. *مجله زنان و مامایی*، ۳۹(۱۹)، ۲۵-۳۴.

- حیدری، غلامرضا و علی‌پورخدادادی، شهلا (۱۳۹۱). مقایسه اضطراب اجتماعی و نگرانی از تصویر تنی دانشجویان زن و مرد. یافته‌های نو در روانشناسی، ۲۲، ۸۳-۹۵.
- خراشادیزاده، فاطمه؛ کرمی دهکردی، اکرم؛ رهسپار، امیرعلی؛ لطیف‌نژاد و دوسری، ربابه؛ سالاری، مریمی؛ اسماعیلی، حبیب‌الله و هاشمی، میترا (۱۳۹۰). تعیین ارتباط تصویر ذهنی از بدن با کارکرد جنسی و سازگاری زناشویی در زنان بارور و نابارور با استفاده از مدل تحلیل مسیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۳، ۲۳-۳۱.
- رامش، سمیه؛ رستمی، رضا؛ مرقاتی خویی، عفت و همت بلند، الهام (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و بیوفیدبک بر عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی مبتلایان به واژینیسموس. دو فصلنامه مشاوره کاربردی، ۱(۶)، ۲-۲۲.
- رحیمی، الهام؛ شفیع‌آبادی، عبدالله و یونسی، فلورا (۱۳۸۸). بررسی تأثیر آموزش شناختی - رفتاری بر دانش، نگرش و اعتماد به نفس جنسی زنان شیراز. مطالعات روان شناختی، ۱۴(۳)، ۱۰۳-۱۱۱.
- رسولی، آراس (۱۳۹۵). تدوین مدل بومی کارکرد خانواده بر اساس مولفه‌ها امید، صمیمیت و تعارض‌های زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمانشاه. فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، ۹(۳۵)، ۵۷-۷۸.
- ساراسون، آروین جی؛ و ساراسون، باربارا آر. (۲۰۰۵). روان‌شناسی مرضی مشکل رفتار غیر انطباقی. ترجمه محسن دهقانی، بهمن نجاریان، داود عرب و ایران داودی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات رشد، ویرایش یازدهم.
- شاکرمی، محمد؛ داورنیا، رضا؛ زهراکار، کیانوش و گوهری، شیوا (۱۳۹۳). تأثیر آموزش جنسی بر صمیمیت جنسی زنان متأهل. شریه روان پرستاری، ۱(۲)، ۳۴-۴۲.
- صالح زاده، مریم؛ کجباف، محمد باقر؛ مولوی، حسین و ذوالفقاری، معصومه (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر میزان اختلالات جنسی. مطالعات روان‌شناختی، ۱۷(۱)، ۱۱-۳۱.
- کجباف، محمد باقر؛ فرامرزی، سالار و حسینی، فروغ (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سردمزاجی زنان و صمیمیت زوجین در زنان سردمزاج شهر بندر عباس. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۳)، ۳۰۷-۳۲۱.
- مجتبابی، مینا؛ صابری، هایده و علیزاده، عزیزه (۱۳۹۳). کارکرد جنسی زنان: نقش طرح‌واره‌های جنسی و تصویر تنی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱، ۵۲-۶۴.
- محمدی، نورالله و سجادی نژاد، مرضیه سادات (۱۳۸۶). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت‌نفس با اضطراب اجتماعی. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، ۲(۵)، ۵۵-۷۰.
- مرادیان، فاطمه و امیری، حسن (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر میزان رضایت مندی زناشویی و صمیمیت جنسی در زوجین دچار اختلالات زناشویی. ششمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگ.
- مرتضوی، مهناز؛ بخشایش، علیرضا؛ فاتحی زاده، مریم و امامی نیا، سعیده (۱۳۹۲). رابطه بین سرد مزاجی جنسی و تعرض زناشویی در زنان ساکن یزد. مجله پزشکی ارومیه، ۱۱(۲۴)، ۹۱۳-۹۲۱.

- Aras, H. Aras, B. Icagasioglu, A. Yumusakhuylu, Y. Kemahli, E. Haliloglu, S. & Oguz, F. M. (2013). Sexual dysfunction in women with rheumatoid arthritis. *Journal of Medicinski Glasnik*, 10(2): 327-31.
- Banfield, S. & McCabe, M. (2002). An evaluation of the construct of body image. *Adolescence*, 37(146), 373-393.
- Bagarozzi, D. A. (2001). *Enhancing Intimacy in Marriage: A Clinician's Handbook*. New York: Brunner-Routledge.
- Boyle, K. E. & Burnett, A. L. (2010). *Principles of Gender-Specific Medicine (Second Edition)*. New York: Academic Press.
- Littleton, H. & Breikopf, C. R. (2008). The Body Image Concern Inventory: Validation in a multiethnic sample and initial development of a Spanish language version. *Body Image*, 5(4), 381-388.
- Lofrisco, B.M. (2011). Female sexual pain disorders and cognitive behavioral therapy. *J Sex Res*, 48(6):573-9
- Masters, W. & Johnson, V. R. (1996). *Human Sexual Response*. Montgomery: Little, Brown & Co.
- Meston, C. M. & Bradford, A. (2007). Sexual Dysfunctions in Women. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 233-256.
- Nayeri, A. Lotfi, M. & Noorani, M. (2014). The effectiveness of group training of transactional analysis on intimacy in couples. *Social and Behavioral Sciences*, 152, 1167-1170.
- Olia, N. (2006). *The effect of marriage enrichment education on enhancing marital satisfaction in couples of Isfahan city*. [Dissertation]. University of Isfahan
- Teimourpour, N. Moshtagh Bidokhti, N. Pourshahbaz, A. & Bahrami Ehsan, H. (2013). Sexual Desire in Iranian Female University Students: Role of Marital Satisfaction and Sex Guilt. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 8(4), 64-69.
- TenHouten, W.D. (2007). *A general theory of emotions and social life*. 1st ed. New York: USA: Rutledge; P. 6-7.
- Kevin, K. (1990). Perceptions of intimacy in marriage: A study of married couples. *The American journal of family therapy*, 19(2), 110- 118.
- Olson, D. H. (2004). *Empowerment couples*. New York: Routledge.

The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Increasing Sexual Intimacy and Reducing Body Image Concerns in Women with Sexual Dysfunction

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on increasing sexual intimacy and reducing body image concerns in women with sexual dysfunction (sexual dysfunction) referred to counseling centers in Shiraz in the first half of 1398. The research design was semi-experimental with control group using covariance analysis method. The study population consisted of all women with sexual dysfunction (sexual dysfunction) referred to counseling centers in Shiraz, including 30 women ($n = 15$) in the experimental group and ($n = 15$) in the control group by voluntary purposeful sampling. Entry and exit criteria were selected from 6 Shiraz counseling centers. The participants replied to botlani's sexual intimacy scale and Littleton's Body-Image Concern Inventory. For the experimental group, 8 sessions of 45 minutes weekly CBT were administered but the control group did not receive any intervention. Inferential statistical methods of covariance analysis were used to analyze the data. Statistical analysis was performed using SPSS 25 software. The results of the present study showed that the intervention used increases sexual intimacy and decreases the fear of body image in women. In general, it can be said that CBT is effective in helping women with sexual dysfunction (sexual dysfunction). Therapists can also use this treatment to improve sexual intimacy and body image anxiety.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Sexual Intimacy, Reducing Body Image Concerns, Women with Sexual Dysfunction