MEJDS. 2019; 9:28.
Published online 2019 Jun. **Research Article**

Comparison of the Cognitive-Behavioral Therapy and Drug Therapy with Bupropion on Sexual Satisfaction and Marital Disturbance in Women with Sex Anxiety

*Sara Rajabpour[1], Hamid Nejat[2]

Author Address
1. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;
2. Department of Psychology, Guchan Branch, Islamic Azad University, Guchan, Iran.
***Corresponding Author Email:** sh.rajabpour@yahoo.com

Received: 2019 February 16; **Accepted:** 2019 March 13

Abstract

Background & Objective: Sexual instinct is a deep blend of psychological needs; this is why the ability has an irrefutable effect on marital life and its cohesion and sustainability. Sex anxiety refers to the fear of discussing sex with another person, which can affect sexual satisfaction. It also has an undeniable influence on marital life and its cohesion and sustainability. A high level of sexual satisfaction leads to an increase in the quality of life of marital life, resulting in increased marital stability throughout life. Sexual satisfaction and passion for life are two of the factors that can predict the quality of life and the interpersonal relationships of couples. Sexual problems and, consequently, marital conflicts can have devastating effects on couples' lives. These problems can, in addition to reducing the quality of life and mental health, will be effective in the future of common life and sometimes even divorce and separation of couples. Therefore, it is necessary and inevitable to intervene and improve this situation in couples. Cognitive-behavioural therapy is one of the treatments currently used in a wide range of psychiatric disorders and research support. In this way, people are taught how to substitute positive and healthy emotions for malicious and annoying emotions. Also, the use of bupropion anxiety medication can be useful in reducing these feelings by affecting both epinephrine and dopamine. The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioural therapy and medication therapy using bupropion on sexual satisfaction and marital disturbance in women with sex-related anxiety.

Methods: The present study was a semi-experimental design with a pretest-posttest design with three groups. The statistical population of the study included people who referred to the midwifery and psychiatric clinics of Neyshabour in the spring of 2017 with anxiety complaints. Of these, 39 were selected by convenience sampling, taking into account the criteria for entering and leaving the research in a randomized manner. Three groups (cognitive-behavioural therapy, drug therapy and control group) placed. The first group received eight sessions of cognitive-behavioural therapy, and the second group received the drug, the control group did not receive any psychological or medication intervention — all three groups evaluated by questionnaires including sexual satisfaction scale and marital distress at the beginning and end of the study. The results analyzed by multivariate variance (covariance) and Bonferroni post hoc test using SPSS software.

Results: Cognitive-behavioural therapy and medication therapy were effective in improving sexual satisfaction and marital disturbance. There was no significant difference between the two treatments.

Conclusion: It suggests that cognitive-behavioural therapy be used as a research-based therapeutic approach to improving sexual satisfaction and marital disturbance of people with marital anxiety.

Keywords: Sexual anxiety, Bupropion, Drug therapy, Cognitive-behavioral therapy, Marital disturbance, Sexual satisfaction.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۲۸.

انتشار برخط خردادماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به اضطراب رابطهٔ جنسی

*سارا رجب‌پور[۱]، حمید نجات[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترا، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: sh.rajabpour@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ بهمن۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲ اسفند۱۳۹۷

چکیده

هدف: خانواده، یک سیستم اجتماعی، شامل گروهی از افراد است که از طریق ازدواج، تولیدمثل و تربیت فرزندان باهم زندگی کرده و نقش حیاتی برای رشد و پیشرفت افراد ایفا می‌کنند. هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و دارودرمانی (بوپروپیون) بر رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به اضطراب رابطه جنسی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی در قالب طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با سه گروه بود. جامعهٔ آماری پژوهش مراجعان به مراکز درمانی نیشابور در بهار ۱۳۹۶ با تشخیص اضطراب رابطهٔ جنسی بودند. ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به شیوهٔ تصادفی با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج در سه گروه قرار داده شدند. گروه اول تحت هشت جلسه درمان شناختی‌رفتاری قرار گرفت و گروه دوم دارودرمانی دریافت نمود، گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. مقیاس‌های رضایت‌جنسی (هادسون و کروسکاپ، ۱۹۸۱) و دلزدگی زناشویی (پایتز، ۱۹۹۶) در ابتدا و انتهای پژوهش برای گروه‌ها اجرا شد. مقایسهٔ نتایج با کوواریانس چندمتغیری و آزمون‌تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری و دارودرمانی، در بهبود رضایت‌جنسی و دلزدگی زناشویی مؤثر است و تفاوت معناداری بین این دو درمان مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت در کار با زنان دارای اختلال رابطه‌جنسی، استفاده همزمان از دارودرمانی و رواندرمانی اثربخشی مضاعفی دارد. پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی‌رفتاری به عنوان درمانی مبتنی بر شواهد پژوهشی در بهبود رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی افراد دارای اضطراب رابطه جنسی استفاده گردد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب رابطهٔ جنسی، بوپروپیون، دارودرمانی، درمان شناختی رفتاری، دلزدگی زناشویی، رضایت جنسی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]

۱ مقدمه

خانواده به‌لحاظ قدمت، ابتدایی‌ترین و از نظر گستردگی، جهان شمول‌ترین سازمان یا نهاد اجتماعی است. این امر نشان می‌دهد که خانواده واجد ارزش بقایی بسیار مهمی برای فرد و نوع انسان می‌باشد (۱). از سوی دیگر، اضطراب ارتباط جنسی که به میزان ترس از بحث دربارهٔ روابط جنسی فرد با دیگری اشاره دارد، مسئله‌ای است که به اندازهٔ دیگر جزئیات مطالعه نشده است. ارتباط جنسی بازداری‌شده به‌صورت منفی با رضایت از رابطهٔ جنسی مرتبط است. سطوح بالاتر ارتباط جنسی بازداری‌شده با سطوح پایین‌تری از رضایت فیزیکی مرتبط است (۲).

از عواملی که می‌تواند تحت تأثیر اضطراب رابطهٔ جنسی قرار گیرد، رضایت جنسی است. تحقیقات نشان می‌دهد که پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت جنسی در ازدواج به سه گروه تقسیم می‌شوند. اولین گروه متغیرهای ارتباطی است که شامل جزء عاطفی رضایت جنسی است. دومین گروه، ویژگی‌های فیزیولوژیکی رابطهٔ جنسی است که شامل نشانه‌های رضایت از فعالیت جنسی است. سومین گروه شامل پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت جنسی می‌شود که شامل ویژگی‌های فردی و صمیمیت‌شناختی وجود مشکلاتی در زمینهٔ مسائل جنسی مثل کمبود تمایلات، ناتوانی، انزال زودرس و غیره است (۳). باید اشاره کرد سطوح بالایی از رضایت جنسی منجر به افزایش کیفیت زندگی ایجاد زناشویی شده و در نتیجهٔ آن افزایش ثبات زناشویی در طی زندگی ایجاد می‌گردد. رضایت جنسی برای بیشتر زوجین مهم بوده و یک موضوع فردی تلقی می‌گردد (۴). از لحاظ لغوی واژهٔ رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق می‌گردد. سطوح بالایی از رضایت جنسی منجر به افزایش کیفیت زندگی زناشویی شده و در نتیجه باعث افزایش ثبات زناشویی در زندگی می‌گردد. رضایت جنسی برای زوجین مهم بوده و موضوعی فردی تلقی می‌گردد (۵).

از دیگر عواملی که با اضطراب رابطهٔ جنسی شکل می‌گیرد، دلزدگی زناشویی است. در واقع هنگامی که زوج‌ها با یکدیگر روابط صمیمانه را آغاز می‌کنند، هر کدام با مجموعه ای رؤیاها و انتظارات وارد رابطه می‌شوند و هنگامی که این رؤیا ها و انتظارات با تنبیه، تجارب استرس‌زا و ناسازگاری جایگزین می‌شوند، رابطهٔ زناشویی دچار آسیب شده و سرانجام به دلزدگی منتهی می‌گردد (۶). به عبارتی، اگر همسران نیازهای خود را مطرح نکنند یا در ارتباط با یکدیگر به نیازهای هم پی نبرند و به راه‌حل مثبتی برای دستیابی به نیازهایشان نرسند؛ استرس، ناکامی، سرخوردگی، خشم و در نهایت دلزدگی پیدا خواهند کرد (۷). دلزدگی وضعیت ناراحت‌کننده‌ای است که از عدم تناسب میان توقعات و واقعیات ناشی می‌شود و میزان آن به میزان سازگاری زوج‌ها و باورهایشان بستگی دارد (۸). همچنین می‌توان گفت دلزدگی فقدان تدریجی دلبستگی عاطفی است که شامل کاهش توجه به همسر، بیگانگی عاطفی و افزایش احساس دلسردی و بی‌تفاوتی به همسر است و شامل سه مرحلهٔ سرخوردگی و ناامیدی، خشم و تنفر و دلسردی و بی‌تفاوتی می‌باشد (۹). همچنین، پس از دلزدگی، در روابط زوج ها و بر زندگی‌شان، بی اعتمادی، تحقیر، سرزنش، بی‌توجهی به همدیگر و جدایی عاطفی حاکم می‌شود و در این شرایط اعضای خانواده، نشانه‌های افسردگی واکنشی را تجربه می‌کنند (۶). مشکلات جنسی و به تبع ان تعارضات زناشویی که در پی دارد می‌تواند پیامدهای مخربی در زندگی زوجین به وجود آورد، این مشکلات می‌تواند علاوه‌بر کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان، در آینده زندگی مشترک و گاه حتی در طلاق و جدایی زوجین نیز مؤثر باشد (۱۰). لذا مداخله و بهبود این وضع در زوجین امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. از درمان‌هایی که امروزه در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات روان‌پزشکی استفاده شده و از حمایت پژوهشی برخوردار است، درمان شناختی رفتاری است (۱۱).

درمان شناختی رفتاری از تلفیق دو رویکرد رفتاردرمانی و شناختی پدید آمده است (۱۲). فرض بنیادی درمان شناختی‌رفتاری این است که افکار و احساسات به هم وابسته‌اند و شیوه‌های تفکر بر رفتار اثر می‌گذارند. براساس این فرض، هرچند فرد نمی‌تواند احساساتش را دربارهٔ رویدادها تغییر دهد، در جلسات گروه‌درمانی، به مراجعان نشان داده می‌شود چگونه بدترین چیزهایی که می‌توانند فکر کنند را تصور کنند و سپس احساسات مثبت را جایگزین احساسات مخرب سازند (۱۳). علاوه بر درمان‌های روان‌شناختی، درمان‌های دارویی نیز در مشکلات جنسی وجود دارند که از جمله می‌توان به بوپروپیون اشاره کرد، بوپروپیون مونوسیکلیک آمینوکتون است که به‌عنوان درمان برای افراد غیرافسردهٔ مبتلا به اختلالات جنسی، می‌تواند کمک کننده باشد (۱۴). بوپروپیون، باعث کاهش جذب مجدد اپی‌نفرین و دوپامین و در نتیجه افزایش میل جنسی می‌شود. پژوهش‌های متعددی نیز به بررسی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی بر اختلال اضطراب رابطهٔ جنسی پرداخته‌اند. به‌عنوان مثال، گواراچی و همکاران (۱۵) در پژوهش خود به بررسی اثر داروی کتامین بر افزایش اضطراب و کاهش عملکرد جنسی بر روی موش‌های آزمایشگاهی پرداختند و دریافتند کتامین که عمدتاً برای اختلال افسردگی تجویز می‌شود، در کاهش اضطراب و همچنین عملکرد جنسی موش‌ها اثری نداشته است. در پژوهشی دیگر رحمان (۱۶) که زنان مسلمان امریکا را مطالعه کرده است، دریافت در زنان مسلمان نیز مانند سایر زنان اختلالات مربوط به روابط جنسی می‌تواند وجود داشته باشد؛ اما مبنای آن بیشتر به برخی دیدگاه‌های فرهنگی و کنترلی در این دین مانند پرهیز از رابطهٔ جنسی به جز در جریان ازدواج و همچنین تأکید بر مفاهیمی مانند عفت زنانه در دوران نوجوانی برمی‌گردد. بزیروگلو و دورسان (۱۷) در پژوهش خود به بررسی زنان مبتلا به فیبرومیالژیا پرداختند و دریافتند که در تمام بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا در مقایسه با گروه کنترل سالم، تمام دامنه‌های جنس واکنش جنسی شامل میل، تحریک، ارگاسم، درد، روان‌کاری و رضایت‌مندی، کمتر بود. همچنین در نتیجهٔ فراتحلیل‌ها مشخص شد که ارتباطی جدی بین اختلالات جنسی زنان و فیبرومیالژیا وجود دارد که نشان می‌دهد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا باید در رابطه با سلامت جنسی ارزیابی شوند.

ازآنجاکه ناسازگاری در روابط زناشویی موجب اختلال در روابط، گرایش به انحرافات اجتماعی، افول ارزش‌های فرهنگی بین زن‌وشوهرها، نارضایتی و عدم لذت از رابطهٔ جنسی می‌شود، این

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]

عوامل به‌طور چشمگیری آمار طلاق را در جامعهٔ ما افزایش داده است. رضایت جنسی نیز همچون رضایت زناشویی از متغیرهای بسیار مهم در جهت تداوم و استحکام زندگی زناشویی می‌باشد و برخی از محققین بر این باورند که علت اصلی و حقیقی ۸۰درصد اختلافات زناشویی، عدم رضایت جنسی زوجین است. باتوجه به این مسئله و همچنین توجه ناکافی به امور جنسی در ایران، انجام تحقیقی که زنان دارای اختلال اضطراب رابطهٔ جنسی را بررسی کند، لازم می‌نماید. پژوهش‌هایی در این رابطه توسط بلنگر و همکاران (۱۸)، الماسی و همکاران (۱۹)، هاملو همکاران (۲۰)، سفاک و آرکر (۲۱)، تساپلاس و همکاران (۲۲) و محدثی و همکاران (۲۳) انجام شده است.

ضرورت پرداختن به کیفیت رابطهٔ جنسی زوجین و مشکلاتی که در این مسیر تجربه می‌کنند، در چند دههٔ گذشته به‌صورت روزافزونی توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. پیشرفت علم روان‌شناسی از یک سو و رشد فزایندهٔ نابسامانی‌های ارتباطی زوجین ازسوی‌دیگر باعث شده است که به پژوهش‌هایی که عوامل تأثیرگذار بر کاهش رضایت زناشویی را مطالعه می‌کنند، احساس نیاز بیشتری شود. در این میان مشکلات جنسی به‌عنوان یکی از مشکلات زناشویی بسیار مهم، علاوه‌بر ایجاد مشکلات عاطفی، دامنه‌ای از تأثیرات مهم بالینی را بر ارتباطات خانوادگی و رضایت زناشویی بر کودکان و زوجین، از طریق طلاق دارند. بررسی مداخلات تأثیرگذار بر اضطراب رابطهٔ جنسی، باعث دست‌یابی به مداخلهٔ عملی و نظری غنی‌تر در زمینهٔ بهبود مشکلات جنسی و به دنبال آن استفاده از یافته‌های به‌دست‌آمده در ایجاد گزینه‌های درمانی مؤثرتر می‌شود؛ بنابراین ضروری است که با استفاده از روش‌های تأیید شده، مانند درمان شناختی‌رفتاری و دارودرمانی، به بهبود این مشکل شایع در زوجین پرداخته شود و اثربخشی این مداخلات، مقایسه گردد.

با توجه به مطالب مطرح‌شده و لزوم بررسی شواهد پژوهشی درمان‌های اثربخش در رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی زوجین، پژوهش حاضر به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری و دارودرمانی (بوپروپیون) بر رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به اضطراب رابطه جنسی پرداخت.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر، برمبنای هدف از نوع تحقیقات کاربردی و برمبنای شیوهٔ جمع‌آوری داده‌ها از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی بود که در قالب طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با سه گروه انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی افراد مراجعه‌کننده به مطب‌های مامایی و مراکز روان‌پزشکی‌های شهر نیشابور در بهار سال ۱۳۹۶ با شکایت اضطراب رابطهٔ جنسی تشکیل دادند. از این میان ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس، ضمن درنظرگرفتن ملاحظات اخلاقی (گمنام بودن اعضای نمونه و اختیار برای عدم شرکت در فرایند پژوهش) با لحاظ ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل: عدم اعتیاد، عدم بیماری جسمی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و رضایت آگاهانه انتخاب شدند و به‌شیوهٔ تصادفی در سه گروه پژوهشی (درمان شناختی‌رفتاری، دارودرمانی و گروه گواه) قرار گرفتند. گروه اول هشت جلسهٔ درمان شناختی‌رفتاری دریافت کرد و گروه دوم نیز دارودرمانی با بوپروپیون ۱۵۰ میلی‌گرم را به‌طور روزانه دریافت نمود و گروه گواه هیچ نوع مداخلهٔ روان‌شناختی یا دارویی نداشت. هر سه گروه در ابتدا و انتهای پژوهش توسط پرسشنامه‌های تحقیق ارزیابی شدند. نتایج به‌دست‌آمده به‌منظور مقایسهٔ نتایج سه گروه آزمایشی و کنترل با تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی بررسی شدند. سطح معناداری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین محاسبات با نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

ـ شاخص رضایت جنسی: این پرسشنامه حاوی ۵۴ سؤال می‌باشد که با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده که توسط هادسون و همکاران در سال ۱۹۸۱ طراحی شده است. این مقیاس، رضایت جنسی را از طریق درجه، وسعت و شدت در مؤلفه‌های جنسی می‌سنجد. این ابزار درجهٔ اختلال یا نارضایتی جنسی ارزیابی‌شده توسط مراجع را از همسر یا شریک جنسی می‌سنجد و برخی از سؤالات به‌صورت مستقیم و برخی دیگر نیز به‌صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند. حداقل نمرهٔ آزمودنی در این مقیاس ۵۴ و حداکثر ۲۷۰ و خط برش ۱۰۸ است (۲۴). ثبات درونی اندازه‌گیری‌شده به‌وسیلهٔ ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ با خطای استاندارد ۳/۲۷ به دست آمده است؛ بنابراین مقیاس از قابلیت اعتماد زیادی برخوردار است. روایی افتراقی نیز نشان داد که مقیاس، پیوستگی معناداری با مقیاس‌هایی که به‌منظور اندازه‌گیری سازه‌های مشابه طراحی شده‌اند، دارد. در ایران نیز این مقیاس توسط پوراکبر بررسی شده است که آلفای کرونباخ با استفاده از روش اجرای مجدد ۰/۹۳، روش دونیمه‌کردن ۰/۸۸ و به‌طورکلی ضریب آلفا ۰/۹۶ به دست آمد (۲۵).

ـ مقیاس دلزدگی زناشویی پاینزا: این مقیاس ابزاری خودسنجی است که توسط پاینز (۲۶) با هدف اندازه‌گیری درجهٔ دلزدگی زناشویی در بین زوجین ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است. نمره‌گذاری این مقیاس در یک مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت است که آزمودنی تعداد دفعات اتفاق افتاده از موارد مطرح‌شده در رابطهٔ زناشویی خود را مشخص می‌سازد. نمره‌گذاری چهار ماده نیز به‌صورت معکوس انجام می‌شود و نمرهٔ بالاتر آزمودنی در این مقیاس نشانهٔ دلزدگی بیشتر است. ضریب پایایی مقیاس با روش بازآزمایی در یک دورهٔ یک‌ماهه برابر ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین اعتبار یا قابلیت اطمینان این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در حدود ۰/۸۳ محاسبه شده است. عبادت‌پور و همکاران، در پژوهش خود پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه کرده‌اند (۲۷). همچنین نویدی (۲۸) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را در ۲۴۰ نمونه، ۰/۸۶ گزارش کرد (۶). جهت برآورد روایی این مقیاس از پرسشنامهٔ رضایت زناشویی انریچ استفاده کردند که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۵۶ به دست آمد. جدول ۱ جلسات درمانی شناختی‌رفتاری را به‌طور خلاصه گزارش می‌کند. درمان شناختی‌رفتاری نوعی برنامهٔ درمانی است که در آن شرکت‌کنندگان اصول اولیهٔ نظریه شناختی‌رفتاری و تکنیک‌های آن را به‌منظور افزایش مهارت‌های خود در زندگی فردی و در رابطه با

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]

دیگران فرا می‌گیرند. این برنامهٔ درمانی شامل یک دورهٔ هشت جلسه‌ای است که طبق پروتکل مشخص اجرا می‌گردد. این پروتکل بر اساس اصول درمان شناختی رفتاری توسط بیلینگ و همکاران معرفی شده است (۲۹).

جدول ۱. برنامهٔ درمان شناختی‌رفتاری برای زنان مبتلا به اختلال اضطراب رابطهٔ جنسی

جلسهٔ اول	گرفتن شرح حال و برقراری رابطهٔ درمانی، اقدام برای شناخت یکدیگر، شناسایی مشکل، توصیف مشکل، تعیین هدف‌ها، دریافت بازخورد با توضیحی دربارهٔ اضطراب رابطهٔ جنسی، جهت دادن و آشنا کردن بیمار با CBT تعیین برنامه و اهداف اولیهٔ درمان.
جلسهٔ دوم	وارسی خلق، کمک به شرکت‌کنندگان برای شناخت مقاومت‌های احتمالی، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آن‌ها، معرفی فعال‌سازی رفتاری و اکتشاف فعالیت‌های بالقوه برای بهبود خلق، تعیین تکلیف خانگی: ردیابی خلق و فعالیت، ارزیابی نگرانی‌های بیمار و تعیین اهداف اولیه.
جلسهٔ سوم	وارسی خلق، مرور ردیابی خلق و فعالیت معرفی آرام‌سازی عضلانی، تزریق فکر، معرفی تصویرسازی و تمرین آن، ارزیابی تکلیف خانگی: تمرین فعال‌سازی رفتاری، شروع فنون مداخله‌ای.
جلسهٔ چهارم	ادامهٔ فنون مداخله‌ای، معرفی روش ثبت افکار، تکلیف خانگی فعال‌سازی رفتاری، ثبت برگهٔ ثبت تفکر، دسته‌بندی باورها، ارزیابی مجدد برنامه و اهداف درمان، ادامه یا تصحیح فنون مداخله‌ای.
جلسهٔ پنجم	مرور تکلیف خانگی، شروع فهرست اصلی باورها، معرفی تحریف‌های شناختی، فنون آرام‌سازی و ثبت تفکر.
جلسهٔ ششم	این جلسه دو هدف عمده دارد که هر دو نیز شناختی هستند. هدف اول این است که شرکت‌کنندگان گروه بپذیرند که باورها تغییرناپذیر نیستند و افراد با گذشت زمان باورهای خود را تغییر می‌دهند. هدف دوم این است که شرکت‌کنندگان بپذیرند که این امکان وجود دارد که باورهای خود را به‌صورت عینی ملاحظه کنند. معرفی چالش با افکار، تکلیف خانگی: فعال‌سازی رفتاری و ثبت افکار، ادامهٔ فنون مداخله‌ای.
جلسهٔ هفتم	بحث دربارهٔ این‌که باورها می‌توانند از لحاظ سودمندی متفاوت باشند و این‌که مجموعه باورهایی که افراد برای سازمان‌دهی رفتار خود به‌کار می‌گیرند، می‌توانند با یکدیگر یا با باورهای سایر افراد، تا حدودی همسان باشند و این‌که سازگاری و همخوانی با باور سایر افراد دال بر صحت آن است یا نه؟ چرا که افراد می‌توانند باورهای مشکل‌زای خود را شناسایی و ارزیابی کنند و تصمیم بگیرند کدامیک را نگهدارند و کدامیک را کنار بگذارند. بحث دربارهٔ پایان درمان و آماده‌سازی برای تغییرات پایدار، دریافت بازخورد.
جلسه هشتم	وارسی خلق، مرور تکلیف خانگی، مرور پیشرفت درمان، تکمیل پیشگیری از عود، معرفی و برنامه‌ریزی جلسات مدیریت خود، پایان درمان و کمک به بیمار برای تغییرات پایدار.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

گروه	اشتغال فراوانی/درصد				تحصیلات فراوانی/درصد				سن	
	شاغل		بیکار		کمتر از دیپلم		دیپلم و بالاتر		میانگین	انحراف معیار
درمان شناختی‌رفتاری	۸	۶۴/	۵	۳۶/	۳	۲۴/	۱۰	۷۶/	۲۷/۶۵	۴/۱۱
دارودرمانی	۷	۷/	۶	۴۴/	۴	۲۸/	۹	۷۲/	۳۰/۳۹	۷/۶۵
گواه	۷	۷/	۶	۴۴/	۶	۴۴/	۷	۵۶/	۲۸/۱۰	۳/۵۴

در جدول ۳ نیز نتایج گروه‌های آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. جدول ۳ آمارهای توصیفی مرتبط با متغیر دلزدگی زناشویی را در سه گروه نشان می‌دهد. آمارهای توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود کجی و کشیدگی متغیر دلزدگی زناشویی و رضایت جنسی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر سه گروه بین ۲ـ تا ۲+ بود. آزمون شپیرو ویلک نشان می‌دهد متغیر استرس در همهٔ گروه‌ها نرمال بود. بررسی همگنی شیب رگرسیون بین متغیرها که از پیش‌فرض‌های این آزمون است، نشان داد که همگنی شیب رگرسیون برقرار است. همچنین مشاهده شد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها نیز رعایت شد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیر دلزدگی زناشویی و رضایت جنسی

زمان اندازه‌گیری	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
پیش‌آزمون	گواه	۱۳	۸۱/۳۳	۱۶/۷۶	ـ ۱/۵۲	ـ ۰/۲۱
	درمان دارویی	۱۳	۷۸/۹۲	۱۲/۱۸	۱/۶۲	ـ ۱/۳۴
	درمان شناختی رفتاری	۱۳	۷۷/۰۰	۱۷/۰۱	ـ ۱/۲۸	۰/۰۲
پس‌آزمون	گواه	۱۳	۸۴/۶۷	۱۰/۲۹	۱/۵۴	۱/۴۶
	درمان دارویی	۱۳	۶۰/۴۲	۸/۲۶	۳/۳۱	۱/۱۰
	درمان شناختی رفتاری	۱۳	۵۶/۶۷	۱۱/۹۹	۰/۶۶	۱/۲۰
پیش‌آزمون	گواه	۱۳	۴۵/۵۰	۱۲/۸۴	۰/۶۸	۰/۸۰
	درمان دارویی	۱۳	۴۶/۳۳	۲۰/۰۴	ـ ۱/۹۰	۰/۲۴
	درمان شناختی رفتاری	۱۳	۳۸/۹۲	۹/۱۲	ـ ۰/۵۷	۰/۶۱
پس‌آزمون	گواه	۱۳	۵۱/۰۰	۱۱/۵۸	ـ ۰/۸۷	۰/۴۹
	درمان دارویی	۱۳	۲۷/۹۲	۱۲/۳۵	۰/۳۷	۰/۹۸
	درمان شناختی رفتاری	۱۳	۳۰/۸۳	۱۰/۳۴	ـ ۱/۴۰	ـ ۰/۱۸

جدول ۴. تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون دلزدگی زناشویی و رضایت جنسی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	ضریب اِتا
دلزدگی زناشویی	پیش‌آزمون	۱۰۱۴/۱۱۹	۱	۱۰۱۴/۱۱۹	۱۳/۰۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۲۹
	اثر اصلی	۴۹۶۰/۱۸۷	۲	۲۴۸۰/۰۹۴	۳۱/۹۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۹۷
	خطای باقیمانده	۲۴۸۲/۱۳۱	۳۳	۷۷/۵۶۷			
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	۲۳۵۹/۹۱۴	۱	۲۳۵۹/۹۱۴	۳۸/۳۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
	اثر اصلی	۳۴۹۷/۹۱۰	۲	۱۷۴۸/۹۵۵	۲۸/۴۰۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
	خطای باقی‌مانده	۱۹۷۰/۶۶۹	۳۳	۶۱/۵۸۳			

همان‌گونه که در جدول ۴ نشان داده شده است اثر اصلی در متغیر رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی معنادار بود. ازاین‌رو می‌توان بیان نمود که هر دو مداخله یعنی درمان شناختی‌رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی اثربخشی معناداری از لحاظ آماری داشته است.

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون دلزدگی زناشویی، مقدار F مربوط به گروه معنادار است؛ به‌عبارت‌دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معناداری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود دارد و ۴۹درصد واریانس متغیر وابسته توسط گروه‌های آزمودنی تبیین شد (η^2=۰/۴۹۷). در متغیر رضایت جنسی نیز ۵۱ درصد واریانس متغیر وابسته توسط گروه‌های آزمودنی تبیین شد (η^2=۰/۵۱۳). در انتها نیز برای ارائهٔ عدم معناداری گروه‌ها به صورت جفتی از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ میانگین نمرات رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی در گروه‌های سه‌گانه

متغیر	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
دلزدگی زناشویی	گواه	درمان دارویی	۲۳/۳۸۴	۳/۶۰۳	<۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	۲۶/۴۴۸	۳/۶۲۱	<۰/۰۰۱
	درمان دارویی	کنترل	ـ ۲۳/۳۸۴	۳/۶۰۳	<۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	۳/۰۶۳	۳/۶۰۱	۰/۷۸۵
	شناختی رفتاری	کنترل	ـ ۲۶/۴۴۸	۳/۶۲۱	<۰/۰۰۱
		درمان دارویی	ـ ۳/۰۶۳	۳/۶۰۱	۰/۷۸۵
رضایت جنسی	گواه	درمان دارویی	۲۳/۵۶۲	۳/۲۰۵	<۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	۱۶/۳۸۳	۳/۲۶۲	<۰/۰۰۱
	درمان دارویی	کنترل	ـ ۲۳/۵۶۲	۳/۲۰۵	<۰/۰۰۱
		شناختی رفتاری	ـ ۷/۱۷۹	۳/۲۷۷	۰/۱۰۴
	شناختی رفتاری	کنترل	ـ ۱۶/۳۸۳	۳/۲۶۲	<۰/۰۰۱
		درمان دارویی	۷/۱۷۹	۳/۲۷۷	۰/۱۰۴

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]

طبق جدول ۵، هر دو روش درمانی مؤثر بوده‌اند. یعنی در مقایسه با گروه کنترل در کاهش دلزدگی زناشویی و افزایش رضایت جنسی مؤثر بودند؛ همچنین با توجه به بررسی میانگین‌ها مشخص می‌شود که درمان شناختی‌رفتاری در مقایسه با دارودرمانی تفاوت معناداری در اثربخشی نداشتند.

۴ بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی زنان مبتلا به اضطراب رابطه جنسی بود. برای این منظور ۳۹ زن مبتلا به این اختلال مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها نشان دهنده اثربخشی دارو درمانی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب رابطه جنسی زنان بود. این یافته‌ها همسو با مطالعات بالنگر، لاپورت، سوبارین و رایت (۱۸)، الماسی، آکوچیان و ماراسی (۱۹)، هامل و همکاران (۲۰)، سفاک و آرکر (۲۱)، تساپلاس (۲۲)، و محدثی و همکاران (۲۳) است.

در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد، آسیب‌شناسی روانی فرد حاصل بازتاب تحریف‌های شناختی ناسالم و روان‌نژند او است (۳۰)؛ بنابراین افکار منفی و ناسازگار را به‌عنوان هستهٔ اصلی اختلالات و تعارضات بین زوجین می‌توان در نظر گرفت. از طرفی دیگر، چون شناخت‌ها تبیین‌کنندهٔ ارتباطات ساختاری میان افکار، احساس و رفتار هستند، لذا می‌توان با اطمینان گفت که تحریف‌های شناختی بین فردی، روابط صمیمانه و عاشقانهٔ زوجین را مختل می‌کند (۳۱). براین‌اساس طبق دیدگاه شناختی- رفتاری، شناخت‌ها، در واقع ساختارها و چهارچوب‌هایی برای غربالگری، کدگذاری و ارزیابی محرک‌ها در روابط زناشویی محسوب می‌شوند که به تغییر مقاوم‌اند و تأثیر عمیقی بر هیجان و رفتارهای بین فردی و زناشویی می‌گذارند (۳۲).

رویکرد شناختی رفتاری به زوجین دلزده که اغلب دارای خطاهای شناختی هستند، موجب شده که آگاهی زوجین از اسناد و باورهای غیرمنطقی بیشتر شود. همچنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب دلزدگی آنان شده است، بپردازند. اصلاح این باورها باعث کاهش دلخوری‌های بی‌مورد و افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر شده است که درنهایت به کاهش دلزدگی زناشویی زوجین انجامید؛ بنابراین در این پژوهش زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری سبب کاهش دلزدگی زناشویی زوجین گردیده است (۳۳). زوج‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند موجب تقویت مهارت‌های ارتباطی مانند مهارت های کلامی و غیرکلامی گردد. تقویت مهارت های ارتباطی باعث افزایش خودباوری مثبت و کاهش منفی‌نگری می‌شود و افزایش خودباوری در نهایت منجر به کاهش دلزدگی روانی زوجین می‌گردد (۲).

مک‌کارتی (۳۴) نیز معتقد است که درمان شناختی‌رفتاری فراوانی رابطهٔ جنسی را افزایش می‌دهد. در بهره‌گیری از الگوهای شناختی‌رفتاری افزایش و بهبودکنش و رضایت جنسی می‌تواند کاهش افکار ناامیدکننده، افزایش مهارت و ارتباط زناشویی را به دنبال داشته باشد و در نتیجهٔ این موارد عملکرد جنسی بهبود و افزایش پیدا کند که این مورد هم مستقیماً بر سازگاری زناشویی مؤثر است؛ همچنین در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به زوجین روی ارتباط عاطفی، زمان باهم‌بودن و مسائل جنسی مؤثر است. تمامی این مهارت‌ها منجر به افزایش صمیمیت جنسی می‌گردد (۳۵). درمان شناختی‌رفتاری از طریق افزایش مبادلهٔ مثبت رفتار، افزایش ابراز مستقیم محبت و مواجهه با عواطف مثبت زوجین و همچنین کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات، موجب ارتقای کیفیت روابط و ابراز محبت می‌شود (۳۶)؛ بنابراین وقتی زوجین بتوانند به‌موقع و به اندازه به دیگری علاقه و محبت خود را ابراز نمایند، همچنین احترام متقابل نشان دهند، این موارد می‌تواند بدبینی نسبی به یکدیگر را کاهش دهد و از این طریق رضایت جنسی نیز افزایش می‌یابد (۲۲). از محدودیت‌های پژوهش حاضر فقدان مرحلهٔ پیگیری بود که تأثیرات درازمدت روش‌های درمانی مربوطه بر روی رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی را مشخص می‌کرد؛ لذا پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی مرحلهٔ پیگیری نیز به‌منظور بررسی تداوم اثرات درمانی بر زوجین در نظر گرفته شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج تجزیه تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی‌رفتاری به نحو مؤثری بیشتر از دارودرمانی بر اضطراب رابطهٔ جنسی تأثیر دارد. همچنین نتایج نشان‌دهنده آن است که درمان شناختی‌رفتاری با کاهش اضطراب رابطهٔ جنسی همراه است و درمان شناختی‌رفتاری درمانی مؤثر برای اضطراب است. همچنین با توجه به بهبود رضایت جنسی و دلزدگی زناشویی در زوجین از طریق درمان شناختی‌رفتاری پیشنهاد می‌گردد از این دو رویکرد به‌عنوان مداخلاتی برای بهبود وضعیت زناشویی زوجین در مراکز آموزشی و مشاوره و در کارگاه‌های آموزشی پیش از ازدواج استفاده شود و همچنین پژوهش‌های بیشتری در خصوص اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در سایر متغیرهای مربوط به افراد دارای اضطراب رابطهٔ جنسی به‌منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها انجام گیرد.

۶ تشکر و قدردانی

با سپاس از اساتید گرانقدر و فرزندان عزیزم که بودنشان بزرگترین انگیزه‌ام برای تلاش بوده و خواهد بود و تقدیر از تمام افرادی که با شرکت در این پژوهش آموزه‌های تجربی زیادی در اختیارم قرار دادند.

۷ تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد. این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ مقطع دکتری است که موضوع آن در جلسهٔ شورای پژوهشیار آذر ماه ۱۳۹۷ دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور با کد IR. 1397 IAU. NEYSHABUR. REC. 014 تأیید شده است و مجوز اجرای آن بر روی گروه نمونهٔ زنان متأهل ۲۰ تا ۴۵ ساله و دارای اضطراب رابطهٔ جنسی در سال ۱۳۹۷ صادر و به اجرا درآمده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]

References

1. Kazemi N. Effectiveness of holographic reprocessing on improrement of traumatic memories and Posttraumatic Cognitions in Womens asked divorce [MA Thesis]. Ardabil: University of Mohaghegh Ardabili;2016. [Persian]
2. Bois K, Bergeron S, Rosen NO, McDuff P, Grégoire C. Sexual and Relationship Intimacy among Women with Provoked Vestibulodynia and Their Partners: Associations with Sexual Satisfaction, Sexual Function, and Pain Self-Efficacy. The Journal of Sexual Medicine. 2013; 10(8): 2024-35. doi: 10.1111/jsm.12213
3. Shirin Z. Effectiveness of face to face and telephone counseling on sexual satisfaction of women [MSc Thesis]. Ahwaz: University of Medical Sciences and Health Services, Ahwaz Jundishapur; 2012. [Persian]
4. Haghshenas H, Tvakoli A, Tvakoli N. The Effect of Testosterone and Progesterone Hormone Fluctuations on Sexual Satisfaction with Control of Marital Satisfaction in a Group of Women 30 to 50 Years. Scientific Journal Management System. 2014;4(14):13-27.[Persian]
5. Peleg-Sagy T, Shahar G. The Prospective Associations between Depression and Sexual Satisfaction among Female Medical Students. The Journal of Sexual Medicine. 2013; 10(7): 1737-43. doi: 10.1111/jsm.12176
6. Safipouriyan S, Ghadami A, Khakpour M, Sodani M, Mehrafarid M. The effect of group counseling using interpersonal therapy (IPT) in reducing marital boredom in female divorce applicants. JNE. 2016; 5 (1):1-11. [Persian]
7. Soodani M, Dehghani M, Dehghanizadeh Z. The Effectiveness of Transactional Analysis Training on Couple's Burnout and Quality of Couple's Life. Family Counseling and Psychotherapy. 2013;3(2):159-81. [Persian]
8. Nazri A, Falah Zade H, Nazarboland N. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital disaffection and marital quality in women. Journal of Applied Psychology. 2016; 11 (3):1-13. [Persian]
9. Sadati E, Mehrabizadeh Honarmand M, Sodani M. The causal relation of differentiation, neuroticism and generosity with marital malation due to marital conflict. Journal of Family Counseling and Psychotherapy. 2015; (3): 43-55. [Persian] http://ijfp.ir/browse.php?a_id=60&sid=1&slc_lang=fa
10. Beaber TE, Werner PD. The relationship between anxiety and sexual functioning in lesbians and heterosexual women. Journal of Homosexuality. 2009 Jun 30;56(5):639-54. https://doi.org/10.1080/00918360903005303
11. Jalal B, Kruger Q, Hinton DE. Adaptation of CBT for Traumatized South African Indigenous Groups: Examples from Multiplex CBT for PTSD. Cognitive and Behavioral Practice. 2018; 25 (2): 335-49. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.07.003
12. Bernstein GS. Training behavior change agents: A conceptual review. Behavior Therapy. 1982 Jan 1;13(1):1-23. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(82)80046-4
13. Ledley DR, Marx BP, Heimberg RG. (Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners). Shams E. (Persian translator).3rd Ed. Tehran: Arjmand publication. 2013.
14. Yee A, Loh HS, Ong TA, Ng CG, Sulaiman AH. Randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled trial of bupropion as treatment for methadone-emergent sexual dysfunction in men. American journal of men's health. 2018 Sep;12(5):1705-18. https://doi.org/10.1177/1557988318784152
15. Guarraci FA, Gonzalez CM, Lucero D, Womble PD, Abdel-Rahim H, DeVore J, et al. The effects of ketamine on sexual behavior, anxiety, and locomotion in female rats. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2018 Feb 1;165:36-44. https://doi.org/10.1016/j.pbb.2017.12.004
16. Rahman S. Female sexual dysfunction among Muslim women: increasing awareness to improve overall evaluation and treatment. Sexual medicine reviews. 2018; 6 (4): 535-47. DOI: https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.02.006
17. Besiroglu MH, Dursun MM. The association between fibromyalgia and female sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis of observational studies. International journal of impotence research. 2019 Jul;31(4):288-97.
18. Bélanger C, Laporte L, Sabourin S, Wright J. The effect of cognitive-behavioral group marital therapy on marital happiness and problem solving self-appraisal. The American Journal of Family Therapy.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]

2015 Mar 15;43(2):103-18. DOI: 10.1080/01926187.2014.956614
19. Almasi A, Akuchekian SH, Maracy MR. Religious cognitive–behavior therapy (RCBT) on marital satisfaction OCD patients. Procedia-social and behavioral sciences. 2013 Jul 9;84:504-8. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.593
20. Hummel SB, van Lankveld JJ, Oldenburg HS, Hahn DE, Broomans E, Aaronson NK. Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. BMC cancer. 2015 Dec;15(1):321. doi: 10.1186/s12885-015-1320-z
21. Şafaköztürk C, Arkar H. Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. Turk Psikiyatri Dergisi. 2017 Sep 1;28(3): 172-80.
22. Tsapelas I, Aron A, Orbuch T. Marital boredom now predicts less satisfaction 9 years later. Psychological Science. 2009 May;20(5):543-5. DOI:10.1111/j.1467-9280.2009.02332.x
23. Mohaddesi H, Hamedani M, Khalkhali H R, Merghati Khoee E, saei M. The effect of counseling based on cognitive-behavioral approach on the marital satisfaction of couples who reffered to the selected healthy centers of urmia, 2015. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2016; 14 (8) :738-47. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2788-fa.html
24. Honarparvaran N, Tabrizi M, Navabinejad Sh, Shafiabadi A. Excitement Orientation Training on Couples Sexual Satisfaction. Journal of Thought and Behavior. 2011; 4 (15): 56-70. [Persian]
25. Pourakbar S. Surveying the role of personality traits in exhalation of the relationship between sexual satisfactions with marital satisfaction [MA Thesis of social sciences]. Tehtran: University of Tarbiat Moddares; 2011. [Persian]
26. Pines AM. The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. Clinical Case Studies. 2002;1 (2): 170-180. https://doi.org/10.1177/1534650102001002005
27. Ebadatpour B, Navabinejad S, Shafei Abadi A, Falsafinejad M. Mediating role of family functions for individual resilience and spiritual beliefs and marital disturbance. Raveshha va Modelhaye Ravanshenakhti Journal [Psychological methods and models]. 2013; 3 (13):29 -45. [Persian]
28. Navidi F. Investigation and comparison of marital disturbance with organizational climate factors among staff of educational and nursing departments of Tehran hospitals [MSc Thesis in family counseling]. Tehran: Shahid Beheshti University;2005. [Persian]
29. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. Cognitive-behavioral therapy in groups. Guilford Press; 2009 Jun 24.
30. Dobson KS, Dozois DJ. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Guilford Press; 2010.
31. Dattilio FM. Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians. Guilford Press; 2009.
32. Young ME, Long LL. Counseling and therapy for couples. Thomson Brooks/Cole Publishing Co; 1998.
33. Kim O, Jeon HO. Gender differences in factors influencing sexual satisfaction in Korean older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2013 Mar 1;56(2):321-6. https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.10.009
34. McCarthy B. A cognitive-behavioral approach to sex therapy. InComprehensive handbook of cognitive therapy 1989 (pp. 435-447). Springer, New York, NY.
35. Tirtash E, Kazemi N. The Effect of Narrative Therapy on the Rate of Inclination in Women. Journal of Clinical Psychology. 2013; 2(2): 71-8. [Persian]
36. Behzadi Pour S, Naziri G. Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Sexual Satisfaction in Women with Breast Cancer. The Journal of Sexual Medicine. 2017; 14 (1): 75-82. [Persian] DOI: https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.11.184

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.103.5]