**مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر اضطراب رابطه** جنسی و تعارضات زناشویی زوجین

**چکیده**

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی زوجین بود.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که در قالب طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با سه گروه بود. جامعه آماری پژوهش را، کلیه افراد مراجعه‌کننده به مطب‌های مامایی و مراکز روان‌پزشکی شهر نیشابور در بهار سال 1397 با شکایت اضطراب رابطه جنسی تشکیل می‌دادند که ازاین‌بین ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس با لحاظ‌کردن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش به شیوه تصادفی در سه گروه پژوهشی (درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی و گروه گواه) قرار داده شدند. سپس گروه اول تحت ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه دوم نیز دارودرمانی را دریافت نمود، در این مدت نیز گروه گواه هیچ نوع مداخله روان‌شناختی یا دارویی را دریافت نکرد، هر سه گروه در ابتدا و انتهای پژوهش توسط پرسش‌نامه‌های تحقیق شامل مقیاس تعارضات زناشویی و اضطراب رابطه جنسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده به‌منظور مقایسه نتایج سه گروه آزمایشی و کنترل از تجزیه‌وتحلیل واریانس چند متغیری (کوواریانس) و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری با تفاوت بیشتر معناداری در مقایسه با دارودرمانی، در بهبود اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی مؤثر است.

**نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود از درمان شناختی رفتاری به‌عنوان درمانی مبتنی بر شواهد پژوهشی در کاهش مشکلات افراد دارای اضطراب رابطه جنسی استفاده گردد.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب رابطه جنسی، بوپروپیون، تعارضات زناشویی، درمان شناختی رفتاری.

**مقدمه**

زندگی زناشویی سعادتمندانه نیز اگرچه فقط تااندازه‌ای مربوط به روابط جنسی است ولی این روابط یکی از مهم‌ترین علل استحکام زندگی زناشویی است زیرا اگر این روابط قانع‌کننده نباشد منجر به احساس محرومیت، ناکامی و تعارض زناشویی و در نتیجه ازهم‌پاشیدگی خانواده می‌شود، بنابراین هرگونه اختلال در روابط جنسی بر رابطه زوجین تأثیرگذار است (1). همسرانی که از نظر جنسی در ازدواج راضی‌ترند، در کل از ازدواج هم رضایت بیشتری دارند رویدادهای خاصی در زندگی نسبتاً قابل‌پیش‌بینی هستند و تقریباً در زمان یکسان و در جهتی خاص برای بسیاری از افراد رخ می‌دهد. این اتفاق‌ها شامل ازدواج، زایمان، خروج فرزندان از خانه و بازنشستگی است. ازدواج یکی از قوی‌ترین روابط انسانی است. کیفیت این رابطه دائماً توسط زوج‌ها بازتعریف می‌شود و به طور بالقوه برای کل زندگی خانوادگی آنها مهم است (۲).

یکی از مهم‌ترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی و کیفیت زندگی خوب، روابط جنسی لذت‌بخش است. رضایت‌بخش نبودن روابط جنسی، سبب ایجاد احساساتی مانند محرومیت و ناامنی در همسران و در نهایت، منجر به طلاق و از هم گسستگی زندگی زناشویی می‌گردد 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؛ بنابراین، روابط جنسی نه‌تنها موجب لذت زوجین می‌شود، بلکه ارتباطات و روابط بین فردی آنها را نیز بهبود می‌بخشد (۳).

نیاز جنسی از دیرباز تاکنون به‌عنوان یکی از بحث‌انگیزترین نیازهای انسان مطرح بوده و در هر دوره‌ای از تاریخ حتی آن زمان که فرهنگ و تمدن به معنی کنونی آن وجود نداشته ذهن بشر را به خود معطوف ساخته و رفتار انسان را تحت تأثیر خود قرار داده است. مشکلات عملکرد جنسی ممکن است تحت تأثیر عوامل شخصیتی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی پنهان باقی بماند و در مواردی خود را با علایم و نشانه‌های دیگری مانند ناراحتی‌های جسمانی، اختلال افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و گاهی تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و جدایی پیش رود. این در حالی است که تشخیص به‌موقع و ارائه روش‌های درمانی مؤثر به همراه آموزش صحیح مسائل جنسی به زوج‌ها، می‌تواند مانع بروز بسیاری از مشکلات فوق گردد (۴). اختلالات جنسی یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که افراد جوامع با آن دست‌وپنجه نرم می‌کنند، حدود یک‌سوم مردهای روی زمین از اشکالات مربوط به انزال و یک‌سوم خانم‌ها از اختلال در ارگاسم رنج می‌برند (۵).

در زمینه آثار مخرب تعارض زناشویی نیز می‌توان به پیامدهای جسمی، روانی و رابطه‌ای آن اشاره کرد، خطر فزاینده انواع اختلالات روانی مانند افسردگی، مصرف مواد و ناکارآمدی جنسی و در نهایت طلاق فقط بخشی از عوارض آن است که در پژوهش‌ها به آن اشاره شده، اختلال در عملکرد جنسی زنان بر وضعیت روانی، افسردگی و پرخاشگری زنان در ارتباط است و این عوامل هم می‌توانند پیامد تعارض زناشویی و هم ایجادکننده آن باشند (۶). سلامت جنسی موضوع مهمی در روابط زناشویی است و به ثبات ازدواج و پایداری و رضایت زناشویی و جنسی زوجین کمک می‌کند. سلامت جنسی نیازمند رویکرد مثبت و محترمانه برای سکس و ارتباط جنسی و به همان اندازه نیازمند امکان افزایش تجارب جنسی ایمن و لذت‌بخش و رهایی از زور و تبعیض و خشونت در روابط زناشویی است (۷).

از سوی دیگر، اضطراب ارتباط جنسی که به میزان ترس از بحث در مورد روابط جنسی فرد با دیگری مهم، اشاره دارد، مسئله‌ای است که به‌اندازة دیگر جزئیات مورد مطالعه قرار نگرفته است. ارتباط جنسی بارداری شده به‌صورت منفی با رضایت از رابطه جنسی مرتبط است (۸). سطوح بالاتر ارتباط جنسی بازداری شده با سطوح پایین‌تری از رضایت فیزیکی مرتبط است. ارتباط جنسی بارداری شده همچنین به‌صورت منفی با رضایت زناشویی پیوند دارد و سطوح بالاتر ارتباط جنسی بازداری شده با سطوح پایین‌تر رضایت زناشویی مرتبط است.

رابطه جنسی بهنجار رابطه‌ای است که لذت فرد و شریک جنسی وی را فراهم می‌آورد و احساس نامتناسب گناه یا اضطراب در آن وجود ندارد. با وجود این، زنان نسبت به مردان انگیزش کمتری برای فعالیت جنسی داشته و ترس جنسی بالاتری را تجربه می‌کنند. چنانچه تأثیر عامل اضطراب بر میل جنسی بخصوص در زنان تأیید شده است و تقریباً در تمامی اختلالات جنسی زنان نقش دارد (۹).

اضطراب می‌تواند نتیجه گیجی و آشفتگی در مورد مسائل جنسی باشد و به همراه یادگیری‌های گذشته و سوءتعبیرها عامل ایجاد اختلال جنسی گردد (۱۰). چنانچه تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که افراد دچار مشکلات اضطرابی سطح بالاتری از اختلافات زناشویی و جدایی را گزارش می‌کنند. اضطراب یکی از عوامل ایجادکننده آن است. انتظارات فرهنگی، احساس گناه، پیش‌بینی درد، کمی عزت‌نفس و احساس بی‌کفایتی می‌تواند به همراه اضطراب در اکثر اختلالات جنسی زنان نقش داشته باشد (۱۱).

همان‌طور که گفته شد مشکلات جنسی و به تبع آن تعارضات زناشویی که در پی دارد می‌تواند پیامد های مخربی در زندگی زوجین به وجود آورد، این مشکلات می‌تواند علاوه بر کاهش کیفیت زندگی و سلامت روان، در آینده زندگی مشترک و گاه حتی در طلاق و جدایی زوجین نیز مؤثر باشد( ۱۲)؛ لذا مداخله و بهبود این وضع در زوجین امری ضروری و اجتناب ناپذیر است. از درمان‌هایی که امروزه در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفته و از حمایت پژوهشی برخوردار است درمان شناختی رفتاری است (۱۳).

مبنای نظری درمان شناختی رفتاری بر این اصل استوار است که خودکنترلی رفتاری در نتیجه افزایش مهارت‌های شناختی و فراشناختی بهبود یافته و فرد با استفاده از این مهارت‌ها می‌تواند تکانه های خود را کنترل کند و رفتارهای خود را جهت دهد (۱۴).

درمان رفتاری شناختی بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای فکری منفی متغیر تأثیر بسزایی بر عواطف شخصی دارد قرار گرفته است، تحقیقات علمی گسترده نشان داده‌اند که تغییر در روش رفتار و افکار شخص می‌تواند تأثیرات بنیادی بر حالات عاطفی شخصی داشته باشد. درمان رفتاری شناختی از اقدام تنظیم شده و خیلی دستوری استفاده کرده و به شخص می‌آموزد که الگوهای نابهنجار عمل و رفتاری را جستجو کرده، تشخیص داده و تحلیل کند. به‌محض اینکه این الگوهای ناکارآمد تشخیص داده شوند درمان‌کننده به بیماران می‌آموزد که چگونه با آن مقابله کرده و افکار و رفتارشان را بازسازی کنند تا رفتار مبتنی بر منطق و تفکر متکی بر واقعیت شود (15). درمان شناختی رفتاری روشی بر اساس ایجاد پاسخ توسط اثرات فکری نه فیزیکی است که به‌وسیله روان‌شناسان و درمان‌کننده‌ها جهت کمک به ارتقاء تغییرات قطعی در افراد و کمک به تسکین رنج‌های عاطفی و همچنین مطرح ساختن تعداد زیادی از مسائل رفتاری، اجتماعی و فکری استفاده می‌شود. درمانگرهای شناختی رفتاری مشکلات ناشی از تفکر غیرمنطقی شخص، استنباط‌های غلط، افکار نابهنجار و یادگیری ناقص را تشخیص داده و درمان می‌کند. این نوع درمان می‌تواند توسط افراد، خانواده و گروه‌ها هدایت شود. مسائلی چون اضطراب، افسردگی، عصبانیت، شرمندگی، عزت‌نفس پائین، تطبیق مشکلات، آشفتگی خواب، و فشارها و ضربه‌های روحی گذشته عنوان می‌شوند (۱۶). علاوه بر درمان‌های روان‌شناختی، درمان‌های دارویی نیز در مشکلات جنسی وجود دارند که از جمله می‌توان به بوپروپیون اشاره کرد، بوپروپیون یک مونوسیکلیک آمینوکتون است که به‌عنوان درمان برای افراد غیر افسردة مبتلا به اختلالات جنسی می‌توانند کمک‌کننده باشد (۱۷). بوپروپیون، باعث کاهش جذب مجدد اپی نفرین و دوپامین و در نتیجه افزایش میل جنسی می‌شود (۱۸).

ازدواج پیوند قانونی زن و مرد با یکدیگر است و دقیقاً در ارتباط با نهاد خانواده است و کارکرد آن کنترل و تنظیم زندگی جنسی و اجتماعی انسان است. ازدواج، شیوه‌ای به لحاظ اجتماعی، پذیرفته‌شدة ایجاد یک خانوادة مولد نسل است. ارتباط زناشویی مانند دیگر روابط زندگی، جنبه‌های مثبت و منفی دارد. عامل تعیین‌کنندة اصلی در ازدواج، کیفیت و نوع روابط بین زن و شوهر است.

تهیه و تأیید برنامه‌های مدخل‌های برای بهبود کیفیت رابطه زناشویی از عوامل مهمی است که می‌تواند در برنامه‌های درمانی، آموزشی و پیشگیری نیز مؤثر باشد، رابطه زناشویی در صورتی که در شکل صحیح خود جریان یابد نه‌تنها سلامت روان زوج بلکه سلامت روان فرزندان و در ابعاد وسیع‌تر سلامت روان جامعه را نیز در پی دارد، علی‌رغم لزوم توجه به این مسئله و با وجود اینکه پژوهش‌های مناسب و زیادی در مورد اختلالات جنسی در ایران صورت‌گرفته اما به دلیل کمبود پژوهش مرتبط با اضطراب ارتباط جنسی زنان و اثرات و درمان آن، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارویی با استفاده از بوپروپیون بر اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی زوجین انجام گرفت.

**روش**

پژوهش حاضر در دسته‌بندی بر مبنای هدف از نوع تحقیقات کاربردی و در دسته‌بندی بر مبنای شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع تحقیقات نیمه‌آزمایشی بود که در قالب طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با سه گروه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مراجعه‌کننده به مطب‌های مامایی و مراکز روان‌پزشکی‌های شهر نیشابور در بهار سال ۱۳۹۷ با شکایت اضطراب رابطه جنسی تشکیل می‌دادند. از این میان ۳۹ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس با لحاظ‌کردن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش شامل: عدم اعتیاد، عدم بیماری جسمی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و رضایت آگاهانه انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه پژوهشی (درمان شناختی رفتاری، دارودرمانی و گروه گواه) قرار داده شدند. سپس گروه اول تحت اول تحت ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری قرار گرفت و گروه دوم نیز دارودرمانی را دریافت نمود، در این مدت نیز گروه گواه هیچ نوع مداخله روان‌شناختی یا دارویی را دریافت نکرد، هر سه گروه در ابتدا و انتهای پژوهش توسط پرسش‌نامه‌های تحقیق مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده به‌منظور مقایسه نتایج سه گروه آزمایشی و کنترل از تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (کوواریانس) و آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. سطح معناداری نیز ۰۵/۰ در نظر گرفته شد. همچنین محاسبات با نرم‌افزار spss انجام گرفت.

شناسه اخلاق: IR.IAU.NEYSHABOUR.REC.1397.014

شناسه کد کارآزمایی: IRCT20190122042461N1

**ابزار**

مقیاس تعارضات زناشویی

این ابزار دارای 42 گویه است که با هدف سنجش تعارض‌های زناشویی ساخته شده است. گویه‌های این ابزار با 5 گزینة همیشه، بیشتر، گاهی وقت‌ها، به‌ندرت و هرگز همراه است که به ترتیب از 1 تا 5 نمره‌گذاری می‌شوند. بیشترین نمره‌ای که می‌توان با این ابزار به دست آورد، 211 و کمترین نمره 42 است. نمرة بالا به معنای تعارض شدید و نمرة پایین به معنای عدم تعارض تفسیر می‌شود. پایایی این پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ 53/0 برآورد شده است. همچنین این مقیاس از روایی محتوایی خوبی برخوردار است (۱۸). به‌منظور اندازه‌گیری پایایی و روایی، پرسش‌نامة مذکور را روی یک گروه 111 نفری متشکل از 53 مرد و 5۸ زن که برای رفع تعارضات زناشویی خود به مراجع قضایی یا مرکز مشاوره مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه 108 نفری زوج‌های عادی متشکل از 53 مرد و 55 زن اجرا گردید. مقایسه میانگین دو گروه سازگار و ناسازگار در مردان و زنان بیانگر وجود تفاوت معناداری بین آنها می‌باشد که می‌تواند دالبر قدرت تمیز آزمون در تشخیص زوج‌های متعارض از نا متعارض باشد (19).

مقیاس اضطراب ارتباط جنسی: برای اندازه‌گیری اضطراب ارتباط جنسی از مقیاس 1۸ آیتمی ارتباط جنسی (20) استفاده گردید. پاسخ‌گویی به عبارات بر اساس یک مقیاس لیکرت 5 درجه‌ای (اصلاً دوست ندارم تا کاملاً دوست دارم) می‌باشد که از 1 تا 5 نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی درونی از روش آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۹۳/۰ گزارش شده است. (۲۱) و پایایی بازآزمایی آن را ۲۳/۰ و روایی آن را قابل‌قبول گزارش کرد. در این مطالعه نیز به روش آلفای کرونباخ، همسانی درونی ۷۶/۰ به دست آمد و جهت بررسی روایی سازه، همبستگی آن با آزمون احقاق جنسی ۶۰/۰ محاسبه گردید. روایی محتوا نیز مورد تأیید اساتید روان‌شناسی و مشاوره قرار گرفت.

درمان شناختی رفتاری:

|  |  |
| --- | --- |
| گرفتن شرح‌حال کامل و برقراری رابطه درمانی، اقدام برای شناخت یکدیگر، شناسایی مشکل، توصیف مشکل، تعیین هدف‌ها، دریافت بازخورد، با توضیحی در مورد اضطراب رابطه جنسی، جهت‌دادن و آشناکردن بیمار با CBT تعیین برنامه و اهداف اولیه درمان. | جلسه اول |
| وارسی خلق، کمک به شرکت‌کنندگان برای شناخت مقاومت‌های احتمالی، ویژگی‌های افکار خود آیند 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. | جلسه دوم |
| 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 مدخل‌های. | جلسه سوم |
| ادامه فنون مدخل‌های، معرفی روش ثبت افکار، تکلیف خانگی فعال‌سازی رفتاری، ثبت برگه ثبت تفکر، دسته‌بندی باورها، ارزیابی مجدد برنامه و اهداف درمان، ادامه یا تصحیح فنون مدخل‌های. | جلسه چهارم |
| مرور تکلیف خانگی، شروع فهرست اصلی باورها، معرفی تحریف‌های شناختی، فنون آرام‌سازی و ثبت تفکر. | جلسه پنجم |
| 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 مورد ملاحظه قرار دهند. معرفی چالش با افکار، تکلیف خانگی: فعال‌سازی رفتاری و ثبت افکار، ادامه فنون مدخل‌های از دیگر کارهای مربوط به جلسه ششم می‌باشد. | جلسه  ششم |
| بحث درباره اینکه باورها می‌توانند از لحاظ سودمندی متفاوت باشند و اینکه مجموعه باورهایی که افراد برای سازماندهی رفتار خود بکار 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 می‌باشد یا نه؟ چراکه افراد می‌توانند باورهای مشکل‌زای خود را شناسایی و ارزشیابی کنند و تصمیم بگیرند کدامیک را نگه دارند و کدام‌یک را کنار بگذارند. بحث درباره پایان درمان و آماده‌سازی برای تغییرات پایدار، دریافت بازخورد. | جلسه هفتم |
| 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. | جلسه هشتم |

در جدول ۱ نتایج گروه‌های آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| انحراف معیار نمرات | میانگین نمرات | تعداد | مرحله آزمایش | متغیر | گروه |
| ۷/5 | 4۸/2 | 1۳ | پیش‌آزمون | اضطراب رابطه جنسی | درمان شناختی  رفتاری |
| 7/1 | 39/4 | 13 | پس‌آزمون |
| 7/9 | 46/۸ | 13 | پیش‌آزمون | دارودرمانی |
| 7/4 | 40/2 | 13 | پس‌آزمون |
| 7/3 | 46/5 | 13 | پیش‌آزمون | کنترل |
| 6/9 | 44/7 | 13 | پس‌آزمون |
| 11/9 | 6۸/6 | 13 | پیش‌آزمون | تعارضات زناشویی | درمان شناختی  رفتاری |
| 6/7 | 4۸/2 | 13 | پس‌آزمون |
| 11/6 | 57/4 | 13 | پیش‌آزمون | دارودرمانی |
| ۸/5 | 50/3 | 13 | پس‌آزمون |
| 9/3 | 60/6 | 19 | پیش‌آزمون | کنترل |
| ۸/7 | 6۸/6 | 19 | پس‌آزمون |

برای بررسی مقایسه اثربخشی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس، مفروضه‌های آزمون باکس جهت بررسی ماتریس واریانس و کواریانس، داشتن رابطه خطی، فاصله‌ای بودن داده‌ها، نرمال بودن توزیع مفروضه یکسانی خطای واریانس و تصادفی بودن داده‌ها و همبستگی بین داده‌های متغیرهای وابسته، آزمون نرمالتی کولموگروف - اسمیرنف بررسی گردید، چون این مفروضه‌ها تأیید شدند، بنابراین می‌توان از تحلیل کواریانس تک‌متغیره تحلیل کواریانس استفاده کرد.

در جدول فوق مشاهده می‌شود که برای اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی معنی‌داری از خطای 05/۰ بزرگ‌تر است؛ بنابراین می‌توان برابری واریانس‌های خطا را پذیرفت.

جدول ۲: تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون اضطراب رابطه جنسی

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ضریب اِتا | سطح  معناداری | F | میانگین  مجذورات | درجه  آزادی | مجموع مجذورات | منبع تغییرات | متغیر |
| 0/۸6 | 0/001 | 211/6 | 15۸7/5 | 1 | 15۸7/5 | پیش‌آزمون | اضطراب رابطه  جنسی |
| 0/43 | 0/001 | 12/9 | 139/1 | 1 | 139/1 | اثر اصلی |
| - | - | - | 7/5 | 99 | 247/5 | خطای باقیمانده |
| 0/57۸ | 0/000 | 43/۸9 | 1233/69 | 1 | 1233/69 | پیش‌آزمون | تعارضات  زناشویی |
| 0/741 | 0/000 | 45/۸9 | 1290/0۸ | 2 | 25۸0/16 | اثر اصلی |
| - | - | - | 2۸/11 | 32 | ۸99/56 | خطای باقیمانده |

همان گونه که در جدول بالا نشان داده شده است اثر اصلی در متغیر اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی معنادار است. از این رو می‌توان بیان نمود که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی با استفاده از بوپروپیون بر اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی و تعیین محل تفاوت گروه‌ها از آزمون بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات اضطراب رابطه جنسی و تعارضات زناشویی در گروه‌های سه‌گانه

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| معناداری | خطای استاندارد میانگین | تفاوت میانگین‌ها | گروه j | گروه i | متغیر |
| 0/004 | 1/1 | -3/۸ | دارودرمانی | درمان  شناختی - رفتاری | اضطراب رابطه جنسی |
| 0/001 | 1/1 | -9/4 | کنترل |
| 0/004 | 1/1 | 3/۸ | درمان شناختی -- رفتاری | دارودرمانی |
| 0/001 | 1/1 | -5/6 | کنترل |
| 0/001 | 1/1 | 9/4 | درمان شناختی -- رفتاری | کنترل |
| 0/001 | 1/1 | 5/6 | دارودرمانی |
| 0/000 | 2/171 | 19/306 | دارودرمانی | درمان  شناختی - رفتاری | تعارضات زناشویی |
| 0/000 | 2/1۸1 | 16/491 | کنترل |
| 0/000 | 2/171 | -19/306 | درمان شناختی -- رفتاری | دارودرمانی |
| 0/494 | 2/167 | -2/۸15 | کنترل |
| 0/000 | 2/1۸1 | -16/491 | درمان شناختی - رفتاری | کنترل |
| 0/494 | 2/167 | 2/۸15 | دارودرمانی |

همانگونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود هر دو روش درمانی مؤثر بوده‌اند. یعنی در مقایسه با گروه کنترل در کاهش اضطراب رابطه جنسی موفق تر بوده‌اند. همچنین با توجه به بررسی میانگین ها مشخص می‌شود که درمان شناختی رفتاری اثر درمانی بیشتری نسبت به دارو درمانی داشته است.

**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج تجزیه تحلیل اطلاعات نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری و دارودرمانی در اضطراب ارتباط جنسی و تعارضات زناشویی مؤثر بوده‌اند که در این میان درمان شناختی رفتاری در مقایسه با دارودرمانی از اثربخشی بیشتری برخوردار بود، این یافته‌ها همسو با مطالعات (۲۲)، (۲۳)، (2)، (۲۴)، (۲۵) و (۲۶) می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که رویکرد شناختی رفتاری به زوجین دارای تعارض که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی زناشویی هستند، موجب شده که آگاهی زوجین نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی بالارود همچنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسنادهای غلطی که موجب تعارض آنان شده است، بپردازند. اصلاح باورها، انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط زوجین از رفتار یکدیگر باعث کاهش دلخوری‌های بی‌مورد و افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر شده است که در نهایت به کاهش تعارض زناشویی زوجین منجر می‌شود؛ بنابراین در این پژوهش درمان شناختی رفتاری، سبب کاهش تعارض زناشویی زوجین گردیده است. همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد، آموزش و به‌کارگیری تکنیک‌های درمان شناختی رفتاری موجب کاهش تعارض زوجین گردیده است.

نتایج همچنین نشان داد که درمان شناختی رفتاری با کاهش اضطراب رابطه جنسی همراه است، درمان شناختی رفتاری، درمـانی مؤثر برای اضـطراب اسـت. ارزیـابی نتـایج درمان شناختی رفتاری اضـطراب بـر پایـه پروتکل‌هایی است که به‌ویژه جهت بررسی اختلال‌های انفرادی به کـار می‌رفته است. درمان شناختی رفتاری بـر ایـن فـرض قـرار دارد که افراد مبتلا به اخـتلال اضـطراب الگوهـای ناسازگارانه درک و پاسخ‌دهی به محیط را یـاد گرفته‌اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مـؤثر هسـتند. از ایـن دیدگاه، فرد مبتلا به اضطراب به‌خاطر اینکـه بجای رفتار سازنده، مستعد درک تهدیـد، پاسـخ اجتنـابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می‌برد. بعد از سال‌ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخ‌دهی به‌صورت اضــطراب، نگرانــی و اجتنــاب، ایــن مراجعــان الگوهــای پاسخ‌دهی خودکار و مداوم را پیدا می‌کنند. افکار، احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و تکرارشونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد (۲۷) درمان شناختی رفتاری موجب بهبود مهارت‌های رفتاری زوجین می‌گردد. مهارت‌های رفتاری منجر به مبادله رفتارهای مثبت و خوشایند و کاهش رفتارهای منفی و تنبیه می‌شود. همچنین تغییر در احساس و رفتار زوجین به تغییر نگرش نیز می‌انجامد و بر نرخ هزینه پاداش تأثیر مثبت می‌گذارد. این تغییرات در نهایت منجر به افزایش صمیمیت، رضایت زناشویی و کاهش تعارضات زناشویی زوجین منجر می‌گردد (2۸). پیروان رویکرد شناختی اعتقاد دارند وجود برخی خطاهای رایج ذهنی می‌تواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال نمایند و به دنبال آن روحیات و رفتارهای نامناسب ظاهر گردند، لذا عمق صمیمتی که دو نفر در رابطه‌شان ایجاد می‌کنند، به توانایی آنان برای انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد. درمان شناختی رفتاری می‌تواند موجب تقویت مهارت‌های ارتباطی مانند مهارت‌های کلامی و غیرکلامی گردد. تقویت مهارت‌های ارتباطی باعث افزایش خودباوری در فرد می‌شود. خودباوری مثبت و کاهش منفی‌نگری با کاهش تعارضات زناشویی همراه است (۲۹).

همچنین در خصوص تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که آموزش مهارت‌های ارتباطی به زوجین روی ارتباط عاطفی، زمان با هم بودن و مسائل جنسی مؤثر است. تمامی این مهارت‌ها منجر به افزایش احساسات مثبت و کاهش تعارضات زناشویی می‌گردد. درمان شناختی رفتاری از طریق افزایش مبادله مثبت رفتار، افزایش ابراز مستقیم محبت و مواجهه با عواطف مثبت زوجین و همچنین کمک به زوجین در شناخت نقش خود در تعارضات، موجب ارتقاء کیفیت روابط و ابراز محبت می‌شود؛ بنابراین وقتی زوجین بتوانند به موقع و به‌اندازه، نسبت به دیگری علاقه و محبت خود را ابراز نمایند، همچنین احترام متقابل نسبت به همدیگر نشان دهند، این موارد می‌تواند بدبینی نسبی به یکدیگر را کاهش دهد و از این طریق تعارض زناشویی نیز کاهش می‌یابد (۲۵).

درمان رفتاری شناختی روشی بر اساس ایجاد پاسخ توسط اثرات فکری نه فیزیکی است که به‌وسیله روان‌شناسان و درمان‌کننده‌ها جهت کمک به ارتقاء تغییرات قطعی در افراد و کمک به تسکین رنج‌های عاطفی و همچنین مطرح ساختن تعداد زیادی از مسائل رفتاری، اجتماعی و فکری استفاده می‌شود. درمانگرهای رفتاری شناختی مشکلات ناشی از تفکر غیرمنطقی شخص، استنباط‌های غلط، افکار نابهنجار و یادگیری ناقص را تشخیص داده و درمان می‌کند. این نوع درمان می‌تواند توسط افراد، خانواده‌ها و گروه‌ها هدایت شود. مسائلی چون اضطراب، افسردگی، عصبانیت، شرمندگی، عزت‌نفس پائین، تطبیق مشکلات، آشفتگی خواب، و فشارها و ضربه‌های روحی گذشته عنوان می‌شوند (۳۰). زوجین متعارض را می‌توان به انواع رفتارها و شناخت‌های نامناسب و ناکارآمد شناسایی نمود، افکار و رفتارهایی که روابط بین فردی‌شان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، این چرخه می‌تواند در دور باطلی قرار بگیرد، و درمان شناختی رفتاری از طریق اصلاح این شناخت و رفتارها این تسلسل باطل را از بین برده و می‌تواند در کاهش تعارضات زناشویی مؤثر واقع گردد (۱۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم دسترسی به آزمودنی‌ها در انجام مطالعه پیگیری، محدودیت در بررسی هم‌زمان همسران آزمودنی‌ها، محدودیت در بررسی و کنترل سابقه مصرف داروهای روانپزشکی اشاره نمود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد.

**تشکر و قدردانی**

از فرزندان نازنینم و تمام عزیزانی که سهم زیادی در موفقیتم داشتند کمال تشکر قدردانی را دارم.

**منابع**

.1.Bulanda, J. R., Brown, J. S., & Yamashita, T. (2016). Marital quality, marital dissolution, and mortality risk during the later life course. Social Science & Medicine, 165, 119-127

2.Rahmani A. PhD Student, Merghati Khoei E. PhD, Sadeghi N. MSc, Allahgholi L. PhD Student. Relationship between Sexual pleasure and Marital Satisfaction. IJN. 2011; 24 (70):82-90

Channa, A. (2016). Does depression conciliate in marital adjustment? European Psychiatry, 33, S399 3.

Vahed E. Sexual dysfunction. 1st ed. Tehran. Ferdos: 2018 4.

5.Van Mol, C., & de Valk, H. A. G. (2016). Relationship satisfaction of European binational couples in the Netherlands. International Journal of Intercultural Relations, 50, 50-59

6.Hald, G. M., Stulhofer, A., & Lange, T. (2018). Sexual Arousal and Sexually Explicit Media (SEM): Comparing Patterns of Sexual Arousal to SEM and Sexual Self-Evaluations and Satisfaction Across Gender and Sexual Orientation. Sexual Medicine, 6(1), 30-38

Barton, G. J., Carlos, E. C., & Lentz, A. C. (2018). Sexual Quality of Life and Satisfaction With 7.

Penile Prostheses. Sexual Medicine Reviews

8.Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2017). Sexual Distress and Sexual Problems During Pregnancy: Associations With Sexual and Relationship Satisfaction. The Journal of Sexual Medicine,

14(3), 387-395.

9.Björkenstam, C., Björkenstam, E., Andersson, G., Cochran, S., & Kosidou, K. (2017). Anxiety and Depression Among Sexual Minority Women and Men in Sweden: Is the Risk Equally Spread Within the Sexual Minority Population? The Journal of Sexual Medicine, 14(3),

396-403

10.Nascimento, E. R., Maia, A. C. O., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2015). Sexual dysfunction in arterial hypertension women: The role of depression and anxiety. Journal of Affective

Disorders, 181, 96-100.

11.Burri, A., Spector, T., & Rahman, Q. (2012). The Etiological Relationship Between Anxiety Sensitivity, Sexual Distress, and Female Sexual Dysfunction Is Partly Genetically

12.Beaber, T. E., & Werner, P. D. (2009). The relationship between anxiety and sexual functioning in lesbians and heterosexual women. J Homosex, 56(5), 639-654

13.Jalal, B., Kruger, Q., & Hinton, D. E. (2018). Adaptation of CBT for Traumatized South African Indigenous Groups: Examples from Multiplex CBT for PTSD. Cognitive and Behavioral

Practice, 25(2), 335-349

14.Toplak, E. T., Connors, L., Shuster, J., knezevic, B., & Parks, S. (2008). Review of cognitive, cognitive-behavioral, and neural-based interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Clinical Psychology Review, 28, 801-.328

. 15.Davidson, K. (2008). Chapter 1 - Cognitive–behavioural therapy: origins and developments Cognitive-Behavioural Interventions in Physiotherapy and Occupational Therapy (pp. 317). Edinburgh: Butterworth-Heinemann.

16.Mendlowitz, S. (2007). Chapter 9 - Cognitive-behavior therapy and the treatment of childhood obsessive-compulsive disorder A2 - Richard, David C.S. In D. Lauterbach (Ed.) , Handbook of Exposure Therapies (pp. 209-220). Burlington: Academic Press

17.Yee, A., Loh, H. S., Ong, T. A., Ng, C. G., & Sulaiman, A. H. (2018). Randomized, DoubleBlind, Parallel-Group, Placebo-Controlled Trial of Bupropion as Treatment for Methadone-Emergent Sexual Dysfunction in Men. American Journal of Men’s Health, 12(5), 1705–1718

18.Safarinejad, M. R. (2010). The effects of the adjunctive bupropion on male sexual dysfunction induced by a selective serotonin reuptake inhibitor: a double-blind placebo-controlled and randomized study. BJU Int, 106(6), 840-847.

Sanai B. Family and marriage scales complied. 1st ed. Tehran. Besat; 2009. 19

20.Davis, D., Shaver, P.R., Widaman, K.F., Vernon, K.L., Folette, W.C., Beitz, K. (2006). I can’t get no satisfaction: Insecure attachment, inhibited sexual communication, and sexual dissatisfaction. Personal Relationships, 13, 465-483

21.Andres, A.N. (2008). Sexual communication anxiety attachment relationship satisfaction and sexual satisfaction. In AUBURN UNIVERSITY UNDERGRADUATES

22.Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). The Effect of Cognitive-Behavioral Group Marital Therapy on Marital Happiness and Problem Solving Self-Appraisal. The American Journal of Family Therapy, 43(2), 103-118

23.Almasi, A., Akuchekian, S. H., & Maracy, M. R. (2013). Religious Cognitive–Behavior Therapy (RCBT) on Marital Satisfaction OCD Patients. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 84, 504-508

24.Safak Ozturk, C., & Arkar, H. (2017). [Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus]. Turk Psikiyatri Derg, 28(3), 172-180

25.Vakili M, Kimiaee A. Effectiveness of emotional-focused couple therapy on interpersonal cognitive distortions and marital conflict. Civilica 2015.

26.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 refered to the selected healthy centers of Urmia, 2015. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2016; 14 (8):738-747.

Hummel, S. B., van Lankveld, J. J., Oldenburg, H. S., Hahn, D. E., Broomans, E., & Aaronson 27.

N. K. (2015). Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in

women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. BMC cancer, 15, 321.

28.Khayyam-Nekouei, Z., & Yousefy, A. (2010). Application of cognitive-behavioral therapy for reducing anxiety in cardiac patients (Vol. 3).YTY press.

29.Feili A, Borjali A, Sohrabi F, Farrokhi N. The Comparitive efficacy of Cognitive – Behavior Therapy and Teasdale Mindfulness-Based Cognitive Therapy of Infertile Depressed Women’s Rumination. Armaghane danesh. 2012; 17 (1):14-21

30. Grant, D. M., & Wingate, L. R. (2011). 11 - Cognitive-Behavioral Therapy A2 - Silverstein, Charles the Initial Psychotherapy Interview (pp. 231-247). London: Elsevier**.**

**The Comparison of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) vs Drug Bupropion Therapy on Anxiety of Sexual Relationship and Marital Conflict**

**1.Sara Rajabpour , 2. Hamid Nejat**

**Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.1**

**2. Department of Psychology, Guchan Branch, Islamic Azad University, Guchan, Iran.**

**ABSTRACT**

Introduction: The purpose of this study was to Comparison of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) vs Drug Bupropion Therapy on anxiety of sexual relationship and Marital Conflict in couples. Method: The present study was a semi-experimental design with pretest-posttest design with three groups. The statistical population of the study consisted of all individuals who referred to midwifery offices and psychiatric clinics in Neyshabur in the spring of 1396 with anxiety complaints, of which 39 were available by sampling method by considering the criteria for entering and leaving the research in a randomized way They were divided into three groups (cognitive-behavioral therapy, pharmacotherapy and control group). The first group under the first one was subjected to 8 sessions of cognitive-behavioral therapy and the second group received medication. During this period, the control group did not receive any psychological or drug intervention. All three groups at the beginning and the end of the study were questionnaires including The marital conflicts and anxiety of sexual relationship scales were evaluated. The results were analyzed by multivariate analysis of variance (covariance) and Bonferron's post hoc test using SPSS 21 software to compare the results of the experimental and control groups. Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy was significantly more effective than medication in improving anxiety of sexual relationship and marital conflicts. Conclusion: It is suggested that cognitive-behavioral therapy be used as a research-based therapeutic approach to reduce the problems of people with anxiety of sexual relationship.

**Keywords**: anxiety of sexual relationship, Bupropion, Marital conflicts, Cognitive behavioral therapy