Family Pathology, Counseling & Enrichment Journal

مجله آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده

2017. Vol. 2, N. 2 (4), 15-30

۱۳۹۵، ۲، ۲ (پیاپی ٤): ۳۰-۱۵

دریافت مقاله: ۱۸/۰۷/۱۳۹۵ پذیرش نهایی: ۱۶/۱۲/۱۳۹۵

تأثیر برنامه آموزش شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دچار کم‌کاری میل جنسی

The Impact of cognitive-behavioral training program on Marital Satisfaction of Women with Hypoactive Sexual Desire

سیمین غلام‌رضایی *
حسین حسینی **
کلثوم کریمی نژاد ***

Simin Gholamrezaei
Hossein Hosseini
Kolsoum Kariminejad

چکیده

کارکرد جنسی سالم هر یک از همسران از عوامل برجسته و تأثیرگذار بر کیفیت رابطه زناشویی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه آموزش شناختی- رفتاری بر افزایش رضایت زناشویی زنان دارای اختلال کم‌کاری میل جنسی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش دربرگیرنده زنان دچار کم‌کاری جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر کرمانشاه بودند. نمونه‌های به‌اندازه ۳۰ نفر با به‌کارگیری روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری گمارده شدند. نخست پیش‌آزمون اجرا شد، سپس گروه آزمایش فرارو برنامه آموزش شناختی– رفتاری قرار گرفتند. در پایان آموزش در هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. داده‌های دریافتی با کمک نرم‌افزار آماری SPSS۱۹، آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که آموزش شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دچار کم‌کاری میل جنسی با ضریب اثربخشی ۰/۴۸ تأثیرگذار است. به این معنی که برنامه آموزش، شناختی- رفتاری به‌طور معنی‌داری در زنان دارای کم‌کاری میل جنسی مایه افزایش رضایت زناشویی شده است (P=۰/۰۰۱). با توجه به تأثیر آموزش شناختی- رفتاری بر افزایش رضایت زناشویی زنان بکار بستن این آموزش‌ها از سوی کارآزمودگان ورزیده در برنامه درمانی زنان دارای اختلال کم‌کاری میل جنسی پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: رضایت زناشویی، شناختی رفتاری، کم‌کاری میل جنسی

Abstract

Healthy sexual function of each spouses are one of the influential and outstanding factors on marital quality relationship. The purpose of the present study was to investigation of the effectiveness of cognitive-behavioral training program on increasing the marital satisfaction of women with hypoactive sexual desire disorder. This study was quasi experimental and its design was Pretest- posttest with control group. The study population consisted of women with hypoactivity sexual desire who referred to the counseling centers of Kermanshah city. A sample with 30 subjects using convenient sampling method selected and assigned into two groups of 15 subjects. At first, a pre-test conducted, and then experimental group exposed to the training of cognitive - behavioral. At the end of training, the Posttest administered in both groups. Gathered data were analyzed using statistical software of Spss19, descriptive statistical and analysis of variance tests. The results indicated that the training of cognitive-behavioral with effectiveness coefficient of 0/48 is effective on marital satisfaction of women with hypoactivity sexual desire. That means training of cognitive-behavioral led to significantly increasing of marital satisfaction in women with hypoactivity sexual desire (P= 0/001). Regarding the impact of Cognitive behavioral Training on increasing of marital satisfaction of women, it recommended to use these training by specialist into therapeutic program of women with hypoactivity sexual desire disorder.

Keywords: *marital satisfaction, Cognitive-behavioral, hypoactive sexual desire*

*. استادیار روان شناسی، گروه روان شناسی دانشگاه لرستان (نویسنده مسئول) gholamrezaei_s@yahoo.com

** . دانشجوی دکترای روان شناسی عمومی دانشگاه لرستان

*** . دانشجوی دکترا مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز- اداره بهزیستی دلفان

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

مقدمه

ازدواج به‌عنوان یکی از باارزش‌ترین پیوندهای انسانی، بر پایه همکنش میان دو جنس برای رسیدن به شادی و ارضای نیازهای بدنی، عاطفی شکل می‌گیرد (گنجی، ۱۳۸۹). خانواده یکی از نهادهای مهم اجتماعی است که سلامت و سعادت جامعه به سلامت و پویایی اعضای آن وابسته است و درعین‌حال سلامت و تعادل نظام خانواده به کیفیت روابط زن و مرد بستگی دارد (ارجمند نیا و پوریان، ۱۳۹۵). ارزش شناخت و بررسی عواملی که مایه استواری و پابرجایی این نهاد اجتماعی می‌گردند، می‌تواند گامی کارآمد در راستای بالا رفتن سطح فرهنگ جامعه باشد. عوامل گوناگونی بر استواری و ماندگاری خانواده تأثیر می‌گذارند که ازجمله‌ی آن‌ها رضایت زناشویی[1] است (گلدنبرگ، ۱۳۸۷).

از عوامل کارساز در رضایت زناشویی، می‌توان به سن، طبقه اجتماعی، سطح تحصیلات، مسائل جنسی، فرزندان، مسائل مالی، باورهای دینی و ارتباط با اقوام و دوستان اشاره کرد (لیبلوم[2]، ۲۰۱۰). رضایت از زندگی هنگامی وجود دارد که جایگاه فرد در روابط خانواده با انتظار او همسو باشد و نارضایتی از زندگی هنگامی اتفاق می‌افتد که وضعیت موجود فرد در روابط خانوادگی با وضعیت مورد انتظار و دلخواه فرد برابر نباشد (وینچ[3]، ۲۰۱۵) خانواده با هر هدفی که تشکیل‌شده باشد، رضایت از زندگی در کیفیت و ماندگاری آن اثر غیرقابل‌انکاری دارد. عامل اصلی تشکیل و تداوم خانواده، ارضای نیازهای بنیادی است. بنابراین در صورت ارضای مطلوب نیازها، خانواده پابرجا بوده و در غیر این صورت دچار تزلزل خواهد شد (اوحدی، ۱۳۸۴). در میان نیازهای زیستی غریزهٔ جنسی، آمیختگی عمیقی با نیازهای روانی داشته به‌طوری‌که می‌توان تأثیر این خواسته را در بسیاری از ابعاد زندگی مشاهده کرد. این غریزه تأثیر غیرقابل‌انکاری در زندگی زناشویی و انسجام و پایداری آن دارد. همچنین این غریزه نقش سازنده و پراهمیت و بنیادینی در سیر به‌سوی سلامت و تعادل روانی دارا است و با داشتن این خصوصیات بارز و

1. marital satisfaction
2. Leiblum
3. Winche

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

قابل‌توجه است که میل جنسی از دیگر نیازهای زیستی فاصله گرفته و به‌صورت یک نیاز روانی درمی‌آید (استیس[1]، ۲۰۰۲). می‌توان گفت که دو مؤلفه‌ی رضایت زناشویی و رضایت جنسی رابطه‌ای دوطرفه با یکدیگر دارند یعنی کاهش در رضایت جنسی مایه کاهش یا نبود تعهد در زوجین شده و کاهش در تعهد زناشویی مایه اختلالات جنسی در زوجین و سرانجام کاهش رضایت جنسی زوج می‌گردد (کورنلیوس و همکاران، ۲۰۱۰). مشکلات ارتباطی و نارضایتی از رابطهٔ زناشویی متأثر از مؤلفه‌های گوناگونی مانند تعاملات مثبت روزانه، میزان محبت همسران، حل تعارض، پرخاشگری، عوامل جنسی و رویدادهای زندگی است که در میان این مؤلفه‌ها رضایتمندی زناشویی با فعالیت و رضایت جنسی رابطهٔ نیرومندی دارد، به‌گونه‌ای که رضایتمندی زناشویی در همسرانی که از رضایت جنسی برخوردارند، علیرغم وجود مشکلات ارتباطی میان آن‌ها بالاتر از همسرانی خواهد بود که از رضایت جنسی لازم بهره‌مند نیستند (منگلی و همکاران[2]، ۲۰۰۹). ازنقطه‌نظر مازار[3] و همکاران اگر همسران بنا به دلایلی مانند بروز اختلال جنسی در یکی از آن‌ها، رضایت جنسی کافی از زندگی خود نداشته باشند، رضایتمندی زناشویی آن‌ها نیز متعاقباً خدشه‌دار خواهد شد. اختلال کم‌کاری میل جنسی[4] یکی از اختلالات گسترش‌یافته کژ کاری‌های جنسی است. این اختلالات دربرگیرنده اختلالات میل جنسی، ارگاسم، برانگیختگی جنسی، واژنیسم و هراس جنسی است که گسترش اختلال کم‌کاری میل جنسی در زنان با ۵۸/۳ درصد از شایع‌ترین اختلالات جنسی است که مشکلات خانوادگی و زناشویی فراوانی را به وجود می‌آورد. برخی از پژوهشگران بیان می‌دارند ۹۰ درصد مسائل جنسی آنان مربوط به بی‌میلی جنسی بوده و اختلال میل جنسی زنان مشکلات بی‌شماری را برای خانواده و اجتماع فراهم می‌کند. این در حالی است که آمار بالای طلاق نیز می‌تواند از کژ کاری‌های جنسی ریشه گیرد. هرگونه اختلال که منجر به ناهماهنگی و سرانجام نبود رضایت از رابطه جنسی گشته و به نارضایتی در رفتار جنسی منجر شود،

1 Stets
2. Mangeli et all
3- Muzar and Eth
4. hypoactive of sexual desire

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

اختلال جنسی نامیده می‌شود (مازورُ مولر و کراوس[1] ۲۰۰۵). اختلالات کنشی جنسی تأثیرات فراوانی بر روابط زناشویی همسران مانند اعمال خشونت در برابر همسر، برپاداشتن تعارضات در نقش همسران و کاستن از جذابیت زن و شوهر در دید همدیگر دارد که این خود مایه کاهش میل جنسی و همچنین پرهیز از آمیزش جنسی می‌شود (یانگ و همکاران[2]، ۲۰۰۰). اختلالات جنسی به هر علتی که ایجاد شوند دارای پیامدهای منفی بسیاری هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نارسایی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی مانند جرائم، تجاوزهای جنسی بیماری‌های روانی و طلاق دارند (ترود، مارچد و ریوارت[3]، ۲۰۱۰). درصورتی‌که همسران نتوانند مشکلات جنسی و نارضایتی جنسی خود را آشکارا بیان کنند، در ادامه نارضایتی‌های به وجود آمده می‌تواند بر ارتباط آنان اثر گذاشته و به جدایی و طلاق منجر شود. به همین دلیل است که در بروز اختلالات زناشویی و طرح موضوع طلاق در یک رابطه زناشویی توجه به جستارهای جنسی بایستگی دارد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد ۶۸/۱ درصد از زنان مراجعه‌کننده به دادگاه‌های طلاق تمایلی به روابط جنسی ندارند، همچنین نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میان رضایتمندی زناشویی و تحریک جنسی با طلاق در زنان جداشده ارتباط معنی‌داری وجود دارد (توکلی زاده و حاجی وثوق، ۱۳۹۲).

بنا بر پژوهش‌های انجام‌شده در ایران ۴۰ درصد از طلاق‌ها به علت خیانت و رفت‌وآمدهای پنهانی در همسران ایرانی برآمده از نبود رضایتمندی جنسی یکی از زوجین بوده است. همچنین نبود رضایتمندی جنسی با افزایش مشکلات اجتماعی مانند جرائم، تجاوزهای جنسی، خیانت به همسر و بیماری روانی و احساس پوچی و ناسازگاری ارتباط تنگاتنگ دارد (توکلی زاده و حاجی وثوق، ۱۳۹۲). همچنین نتایج پژوهش مامی، روهنده و ناصری (۱۳۹۰) با نام اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت از زندگی در دانشجویان متأهل شهر ایلام، نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی تأثیر معنی‌دار دارد.

[1]. Mazur, Muelle. Krause
[2]. Young et all
[3]. Trudel G, Marchand A, Ravart

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

حسین پور، شهرویی و عبادی (۱۳۹۴) در پژوهشی با نام بررسی اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان شادگان به این نتیجه رسیدند که آموزش خانواده‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری مایه افزایش رضایت زناشویی گروه آزماش در هم سنجی با گروه گواه می‌شود. به‌علاوه ازلحاظ تراز اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی میان دو جنس زن و مرد، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

چانگ[1] (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد که مدل خانواده‌درمانی شناختی-رفتاری در افزایش رضایت زناشویی بسیار کارآمد است.

تیلور[2] (۲۰۰۲) نشان داد با بکار بستن یک درمان شناختی و رفتاری با کمک خانواده می‌توان به پیشرفت‌های درمانی باارزش، پایدار و تکرارپذیر در نمونه‌های همسان دست‌یافت، در این پژوهش روش‌های شناختی فردی و گروهی با فنون رویارویی و آرامش بخشی با حمایت خانواده درهم‌آمیخته شد. برنامه مهار اضطراب، در هم سنجی با گروه گواه، تغییرات برجسته‌ای را در نمرات برآمده از سنجه‌های افسردگی و اضطراب پدیدآورند و این دستاوردها تا دو سال پایدار ماند و ۸۰ درصد از گروه آزمایش پس از دو سال اندازه بسیار اندکی از اضطراب موقعیتی را گزارش شد. صائمی (۱۳۸۴)، در پژوهشی اثربخشی خانواده درمان شناختی-رفتاری را بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده، به یکی از مراکز مشاوره را بررسی نمود. برآمد پژوهش از معنی‌داری تأثیر مداخلات بر رضایت زناشویی زوجین حکایت داشت. تبریزی (۱۳۸۳) در پژوهشی به‌منظور بررسی و هم سنجی اثربخشی گروه‌درمانی تلفیقی همسرها، شناخت درمانی گروهی بک و کتاب‌درمانی در کاهش نارضایتی زناشویی، طرح آموزش همسرها، شناخت درمانی گروهی بک و کتاب‌درمانی در کاهش نارضایتی زناشویی، طرح آموزش همسرهای جوان در مناطق ۲۴ گانه شهری تهران را موردتوجه قرار داد؛ که در هر منطقه کلاس‌هایی برپا و داوطلبان در آن به یادگیری و تمرین

[1]. Chung
[2]. Tylor

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]
[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

محتوای آموزشی تعیین‌شده برای افزایش رضایت زناشویی پرداختند. برآمدهای این پژوهش نشان‌گر از آن بود که مدل شناختی درمانی گروهی در کاهش نارضایتی زناشویی کارساز است.

بنابراین در ضرورت و اهمیت انجام پژوهش باید گفت، وجود مشکلاتی درزمینهٔ مسائل جنسی مانند کمبود تمایلات، ناتوانی، انزال زودرس، چه‌بسا از روی ترس و اضطراب، شرم و خجالت یا احساس بی‌کفایتی و گناه پنهان مانده و بیان نمی‌شوند، در بسیاری از مواقع این مشکلات نهفته شاید خود را با علائم و عوارض دیگری مانند ناراحتی‌های بدنی، افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی و نبود تعهد زناشویی نشان دهند و زندگی زناشویی را تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و طلاق پیش ببرند. همچنین ازآنجایی‌که درمان شناختی - رفتاری برای مبتلایان به این اختلال، در بسیاری از پژوهش‌ها اثربخش گزارش‌شده است (کورنلیوس و آلیسی، ۲۰۱۰، میلر، ۲۰۱۴ و داوری، ۱۳۹۴) و تابو بودن مسائل جنسی در کشور و نبود بازگویی مسائل و مشکلات جنسی و پژوهش‌های بسیار کم از ضرورت‌های انجام این پژوهش بود، بنابراین هدف اصلی پژوهش بررسی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دارای کم‌کاری میل جنسی بود.

روش

پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعهٔ آماری پژوهش دربرگیرنده زنانی بودند که به دلیل مشکلات جنسی و تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره خورشید شهر کرمانشاه مراجعه و بر پایه ملاک‌های تشخیصی DSM–IV-TR برچسب کم‌کاری میل جنسی دریافت کرده بودند (توسط روان‌پزشک و روانشناس بالینی مرکز). نخست از همه‌کسانی که به مرکز مراجعه می‌کردند، خواسته می‌شد که آیا حاضرند در پژوهش علمی شرکت کنند یا نه، در صورت ابراز تمایل نام‌های آن‌ها یادداشت می‌شد و به‌این‌ترتیب و در طول سه ماه افراد شناسایی شدند و سپس از میان آن‌ها ۳۰ نفر بر پایه ملاک‌های ورود و خروج مشخص با توضیح پیرامون پژوهش و اخذ رضایت‌نامه کتبی از آنان برای همکاری گزینش گردید و به گونه تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک ورود عبارت بودند از: ۱)

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

بیماران زن و داوطلب شرکت در پژوهش باشند، دست‌کم دارای مدرک تحصیلی دیپلم باشند. معیارهای خروج از پژوهش عبارت‌اند از: داشتن پیشینه بیماری‌های بدنی و روانی مزمن و حاد (ضایعات نخاعی، افسردگی، مانی، ضعف اعصاب)، مصرف داروهای روان‌گردان تجویزشده توسط پزشک یا روان‌پزشک و یا سوءمصرف مواد. نخست پیش‌آزمون از دو گروه گرفته شد و پس از پایان جلسه‌های آموزشی دوباره از دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. داده‌های دریافتی با به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS19 مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ[1]. برای بررسی تراز رضایت زناشویی ENRICH تدوین‌شده است. السن (۱۹۹۵) از این پرسشنامه برای ارزیابی رضایت زناشویی استفاده نموده و معتقد است که این سنجه به تغییراتی مربوط می‌شود که در طول دورهٔ زندگی آدمی رخ می‌دهد و همچنین در این باره به تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید حساس است (ثنایی، ۱۳۸۷). نسخه اصلی آن دربرگیرنده ۱۱۵ پرسش است که ابعاد و موضوعات شخصیتی ارتباطات، حل تعارض، ارتباط با خانواده، مسائل مالی، اوقات فراغت، روابط جنسی، تربیت فرزند، نقش همسری و جهت‌گیری دینی و بخردانه است که با توجه به طولانی بودن سؤالات این پرسش‌نامه فرم‌های متعددی از آن استخراج‌شده است. نخستین بار فرم ۱۵ پرسشی و بعد فرم ۴۷ پرسشی توسط السن ساخته شد (ارجمند نیا و پوریان، ۱۳۹۵). در کشور ایران برای نخستین بار سلیمانیان و نوابی نژاد این پرسشنامه را استاندارد کردند که برای فرم کوتاه آن همبستگی درونی ۹۵٪ و بر فرم بلند ۹۳٪ درصد برآورد و گزارش‌شده است. در یک پژوهش مهدویان (۱۳۷۶) در کار اعتبار آزمون با استفاده ضرایب همبستگی پیرسون و با روش باز آزمایی برای زمانی برابر یک هفته برای فرم کوتاه (برای مردان ۹۳٪ و برای زنان ۹۴٪ درصد) به‌دست‌آمده است (سلیمانیان؛ ۱۳۷۸). میزان پایایی آزمون به روش آزمون باز آزمون میان ۶۵٪ تا ۹۵٪ میزان همسانی درونی میان ۶۹ تا ۹۷٪ و میزان توانایی تمیز و طبقه‌بندی ۹۰/۹ درصد

[1] .Evalution and Nutturing Relationship Issues Commucation and Huppess

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

گزارش‌شده است. در بررسی انجام‌شده میان زنان و مردان تفاوتی دیده نشده است (سلیمانیان ۱۳۷۲). همچنین ارجمند نیا و پوریان (۱۳۹۵) پایایی پرسشنامه را برای مردان ۰/۹۳ و برای زنان ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

شیوهٔ اجرای پژوهش

نخست شرکت‌کنندگان به پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ پاسخ دادند (پیش‌آزمون) سپس به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند و گروه آزمایش در معرض برنامه آموزش شناختی- رفتاری در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای زمانی برابر سه ماه (یک‌بار در هفته) قرار گرفتند. این آموزش‌ها بر پایه آموزش مهارت‌های جنسی، رویارویی تدریجی با موقعیت‌های جنسی گوناگون، آموزش مهارت‌های ارتباط جنسی، شیوه‌های افزایش روابط زناشویی، افزایش رویارویی با موضوعات شهوت‌انگیز، بازسازی شناختی عقاید و افکار ناسازگارانه، مداخلات رفتاری و شیوه-های روابط زناشویی، تصویرسازی ذهنی و خیال‌پردازی‌های جنسی، افزایش دانش و آگاهی جنسی و تمرینات رفتاری نوشتاری و نیمه سازمان‌یافته بوده است. جلسات در مرکز مشاوره خورشید که دارای پزشک، روانشناس و مددکار اجتماعی است، توسط روانشناس بالینی که در این زمینه آموزش‌دیده بود برگزار شد. در این مدت گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکردند.

مداخله

جلسه نخست. پس از سلام و احوال‌پرسی ابتدا از افراد گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس به آشنایی گروه باهم و با پژوهشگر و تقویت رابطه آن‌ها از راه حمایت از یکدیگر پرداخته شد (در این جلسه گروه با سخن گفتن باهم دیگر به این درک رسیدند که مشکل آن‌ها منحصربه‌فرد نیست و افراد دیگر نیز مشکل آن‌ها را دارند، بنابراین تااندازه‌ای از زیر بار هیجانات شکننده و آزاردهنده بیرون آمدند).

جلسه دوم. توصیف ناهمسانی‌های شخصیتی که روابط را غنی ساخته و مایه دل‌نشین‌تر شدن زندگی مشترک می‌شود. (در این جلسه برای زنان توضیح داده شد که افراد باهم ازلحاظ ویژگی‌های شخصیتی ناهمسان هستند و نباید این ناهمسانی‌ها را دست‌آویزی برای تعارض و کشمکش‌های

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

خانوادگی تبدیل کرد، والاتر که این ناهمسانی‌ها ابزاری است برای غنی کردن روابط زناشویی و خانوادگی).

جلسه سوم. گفتگو و هماوایی بر روی ایجاد راهبردهای مشترک (در این جلسه کوشش شد تا افراد گروه بر روی راهبردهای مشترکی که به آن علاقه‌مند هستند و بیشترین کاربرد را برای آن‌ها دارند تمرکز کنند و آن را در زندگی مشترک و روابط زناشویی به کار ببرند).

جلسه چهارم. گفتگو درباره علایق ناهمسان یکدیگر و پاس داشتن به این علایق (در این جلسه علایق ناهمسان با علایق همسر از زنان پرسیده شد، از افراد گروه خواسته شد تا همه علایق ناهمسان خود و همسر را بشناسند و آن‌ها را فهرست کنند و سپس به آن‌ها آموزش داده شد تا به این علایق ناهمسان احترام بگذارند)

جلسه پنجم. توافق برای برنامه‌ریزی مالی طولانی‌مدت برای پس‌انداز و خرج کردن (در این جلسه به نقش متغیرهای مادی و برنامه‌ریزی‌های مادی که شاید به همراه خود تنیدگی را به بار بیاورد و این تنیدگی منجر به کم‌کاری میل جنسی و کاهش رضایت زندگی کشیده شود، پرداخته شد).

جلسه ششم. متعهد کردن خود به تقویت رابطه از راه شناسایی، احترام و همراهی با یکدیگر (در این جلسه با آموزش‌های داده‌شده، افراد گروه خود را ملزم و متعهد به تقویت رابطه کرده و این الزام از طرق شناسایی و احترام به زوج حاصل شد).

جلسه هفتم. نقش بستگان و دوستان در خانواده (در این جلسه به افراد گروه آموزش داده شد که به نقش فرزندان، والدین و دیگر دوستان نزدیک و افراد تأثیرگذار بر روابط خانوادگی و رضایت زناشویی توجه ویژه داشته باشند).

جلسه هشتم. ایجاد محیط خانه مثبت و حمایت‌کننده روابط والد-فرزندی (در این جلسه به افراد گروه آموزش داده شد که محیط خانه را برای شوهر و فرزندان به محیط امن و سرشار از آرامش تبدیل کنند تا نقش متغیرهای مزاحمی را که منجر به کم‌کاری میل جنسی و کاهش رضایت زندگی می‌شوند، تعدیل کنند و یا از میان ببرند).

جلسه نهم. تمرین مشارکت دادن دیگری در اندیشه‌ها و احساسات خود به روشی که صمیمیت را افزایش دهد (به زوجین آموزش داده شد که بتوانند به‌طور مستقیم همسر خود را در اندیشه‌ها و

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

احساسات خود شریک کنند و بتوانند از این راه صمیمیت جنسی را افزایش دهند و بتوانند از راه اندیشه‌های مثبت و هیجانات سازگارانه، تراز رضایت را افزایش دهند).

جلسه دهم. جمع‌بندی جلسات، گرفتن بازخورد از جلسات و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

با توجه به اطلاعات نوشته‌شده در جدول شماره ۱، میانگین سنی در افراد حاضر در گروه آزمایش ۲۹ سال و انحراف استاندار آن ۲/۶ و در گروه گواه میانگین سنی ۲۸/۵ سال با انحراف استاندارد ۲/۹ است. همچنین پیشینه ازدواج در گروه آزمایش ۷/۴ هفت ماه و چهار سال و در گروه گواه ۷/۶ هفت سال و شش ماه است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
سن	آزمایش	۲۹	۲۸/۵
	گواه	۲/۶	۲/۹
پیشینه ازدواج	آزمایش	۷/۴	۲/۱
	گواه	۷/۶	۲/۷

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد نمرات رضایت زناشویی زنان در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون از ۲۴ و ۵/۴۲ به ۴۱ و ۳/۱۱ در مرحله پس‌آزمون افزایش‌یافته است، همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرات زنان در گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون از ۲۵ و ۵/۳۴ به ۲۹ و ۴/۷۸ افزایش‌یافته است.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	مرحله آزمون	میانگین	انحراف معیار
رضایت زناشویی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۴	۵/۴۲
		پس‌آزمون	۴۱	۳/۱۱
	گواه	پیش‌آزمون	۲۵	۵/۳۴
		پس‌آزمون	۲۹	۴/۷۸

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده‌شده است، اندازه F، برای تفاوت میان گروه‌ها (گواه و آزمایش) در سطح معنی‌داری P<۰/۰۰۱ معنی‌دار است، بدین معنا که تفاوت معنی‌داری (با گواه عامل پیش‌آزمون) میان نمره‌های رضایت زناشویی گروه آزمایش و گواه وجود دارد. یعنی روش درمانی مداخله گرا مایه افزایش تراز رضایت زناشویی در گروه آزمایش‌شده است. اندازه مجذور اتا ۰/۴۸ است، بدین معنا که ۰/۴۸ از تغییرات نمرات رضایت زناشویی برآمده از اجرای روش درمانی است به زبان دیگر درمان شناختی-رفتاری مایه ۴۸ درصد تغییر در نمره‌های رضایت زناشویی گردیده است.

جدول ۳: برآیندهای آزمون تحلیل کوواریانس

منابع تغییرات	SS	MS	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
میان گروهی	۳۲۰/۸۹	۳۲۰/۸۹	۱۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
پیش‌آزمون	۶۶/۲۹	۶۶/۲۹	۴/۰۰۸	۰/۰۵۸	۰/۱۶
خطا	۳۴۷/۳	۱۶/۵۴			

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دارای کم‌کاری میل جنسی انجام شد، برآیندهای پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دارای کم‌کاری میل جنسی تأثیر دارد. این یافته با برآیندهای پژوهش حسین پور، شهرویی و عبادی (۱۳۹۴) همسو است. آن‌ها در پژوهشی با نام بررسی اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان شادگان به این نتیجه رسیدند که آموزش خانواده‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری مایه افزایش رضایت زناشویی گروه آزماش در هم سنجی با گروه گواه می‌شود. به‌علاوه ازلحاظ تراز اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی میان دو جنس زن و مرد، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین برآیندهای پژوهش هامل و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری اینترنت محور

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

بر بهبود عملکرد جنسی زنان بهبودیافته از سرطان سینه کردند و دریافتند که درمان شـناختی رفتـاری اینترنتی تأثیرات سلامت بخشی بر عملکرد جنسی، تصویر بدن و علائم یائسگی زنان دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت ازآنجایی‌که آموزش‌های شناختی رفتاری در این زمینه دربرگیرنده افزایش آگاهی جنسی، مهارت‌های جنسی، آرمیدگی خیال‌پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستمیک کاهش میل جنسی، افزایش آگاهی درباره جاذبه بدنی همسر و شیوه بیان احساسات و مداخلات رفتاری احتمالاً هم توانسته بر بهبود میل جنسی زنان اثر گذاشته و با تأثیرات مثبت متقابل روی همسر به‌ویژه در زمینه ارتباط زناشویی رضایت زناشویی را تحت شعاع قرار دهد. این قضیه به‌خصوص در فرهنگ ما که آموزش‌ها اندک بوده و گفتگو پیرامون آن تابو به شمار می‌رود اهمیت داشته و نشان‌دهنده آن است که عوامل تأثیرگذار بر کم‌کاری میل جنسی بااینکه گستردگی آن در نمونه‌های این پژوهشی قابل‌کنترل بوده و به آموزش‌های شناختی- رفتاری پاسخ مثبتی داده است. یافته‌های پژوهش براون[1] (۲۰۰۶) حاکی از آن است که نخستین مرحله در خیانت زوجین نسبت به یکدیگر نارضایتی و تعارض به‌اندازه‌ای است که امیدی به بهبود نباشد، می‌توان گفت آموزش شناختی-رفتاری با کاهش دادن تعارضات و آموزش دادن راه‌های جذب کردن زوجین سبب می‌شود که رضایت زناشویی افزایش پیدا کند. همچنین صائمی (۱۳۸۴)، در پژوهشی اثربخشی خانواده درمان شناختی-رفتاری را بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده، به یکی از مراکز مشاوره را بررسی نمود. برآیندهای پژوهش از معنی‌داری تأثیر مداخلات بر رضایت زناشویی زوجین حکایت داشت. پانالی پان (۲۰۱۷) در پژوهش خود به هم سنجی اثربخشی کتاب درمانی بر پایه مهاری و مداخله دارویی پلاسیبو پرداخت و دریافت که گروهی که مداخله کتاب‌درمانی دریافت کردند در هم سنجی با گروهی که قرص پلاسیبو دریافت کرده بودند از نظر آماری دارای میل جنسی و رضایت بالاتری بودند. در تبیین این یافته باید گفت امروزه رضایت جنسی از ازدواج و تأهل به‌عنوان متغیری دوسویه به‌عنوان شاخصی مناسب برای پابرجایی ازدواج مشخص گردیده است. به‌طورکلی همسرهایی که رضایت جنسی کمتری

[1]. Brown

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

درباره ازدواج خود دارند به دنبال آسودگی خود به‌واسطه‌ی طلاق می‌باشند ولی شرایط و موقعیت‌هایی وجود دارد که در آن یک زوج از وضعیت ازدواج خود رضایت کمی داشته ولی از برای تعهد زناشویی بالا این شرایط را تحمل می‌کنند. وجود مشکلاتی در زمینه مسائل جنسی مانند کمبود تمایلات جنسی، ناتوانی جنسی و غیره چه‌بسا که از روی ترس و اضطراب، شرم و خجالت یا احساس بی‌کفایتی و گناه مخفی مانده و بیان‌نشده و زنان از روی حجب و حیا علائم این مشکلات را درست بیان نمی‌کنند و مشکلات جنسی به‌صورت نهفته با علائم و عوارض دیگری مانند ناراحتی‌های بدنی، افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی بروز می‌کند. نارضایتی از مناسبات جنسی، افزون بر تأثیرات منفی روحی و روانی بر خود فرد مانند افسردگی، نبود تعادل روحی و روانی و شخصیتی، پیامدهایی چون پرخاشگری و خشونت، روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده نیز داشته و بر دیگر اعضاء خانواده، اطرافیان و سلامت جامعه نیز تأثیرگذار خواهد بود. با توجه به یافته‌های این پژوهش، آموزش‌های شناختی- رفتاری بر بهبود رضایت از زندگی در زنان دارای کم‌کاری میل جنسی تأثیرگذار است، بنابراین این آموزش‌ها توسط متخصصین روانشناسی و روان‌پزشکی به افراد دارای اختلال کژ کاری جنسی به‌ویژه کم‌کاری میل جنسی در زنان پیشنهاد می‌شود. از جناب آقای دکتر مصطفی اکبری و همه بانوانی که در این پژوهش شرکت کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

ارجمند نیا، علی‌اکبر و پوریان، راضیه. (۱۳۹۵). تأثیر طرح آموزشی رحمت در میزان رضایت زناشویی زنان خانه‌دار، *دو فصلنامه علمی-ترویجی علوم تربیتی از دیدگاه اسلام*، ۴ (۶): ۷۰-۸۴.

اوحدی، بهنام. (۱۳۸۴). *تمایلات و رفتارهای جنسی انسان*، مقدمه و ویرایش: محسن معروفی. اصفهان: صادق هدایت.

تبریزی، مصطفی. (۱۳۸۳). بررسی و هم سنجی اثربخشی گروه‌درمانی تلفیقی همسرها، شناخت درمانی گروهی ب و کتاب‌درمانی بر کاهش نارضایتی زناشویی، *پایان‌نامه دکتری*، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

توکلی زاده، جهانشیر و حاجی وثوق، نجمه سادات. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دارای کم‌کاری میل جنسی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۹): ۵۰-۴۴.

ثنایی، باقر. (۱۳۸۷). *سنجه‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.

حسین پور، محمد، شهرویی، شهریار و عبادی، ندا. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش خانواده‌درمانی به شیوه شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی، *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۱۴ (۲).

داوری، رحیم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان یکپارچه‌ی شناختی – رفتاری و حرکتی خانواده محور بر نشانه‌های بالینی و کارکردهای اجرایی کودکان با اختلال بیش فعالی و نارسایی توجه، *اندیشه و رفتار*، ۹ (۳۶).

صائمی، حسین. (۱۳۸۴). اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی رفتاری بر رضایت زناشویی زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آموزش‌وپرورش شهرستان شاهرود، *پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی*، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

گلدنبرگ، ایرنه. گلدنبرگ، هربرت (۱۳۸۷). *خانواده‌درمانی*. ترجمه حسین شاهی و نقشبندی. تهران، انتشارات: روان.

گنجی، حمزه. (۱۳۸۹). *بهداشت روانی*، تهران: انتشارات ارسباران.

مامی، شهرام؛ روهنده، مهناز و ناصری کهره، آمنه. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی شناختی رفتاری بر صمیمیت زناشویی و رضایت از زندگی در دانشجویان متأهل شهر ایلام، *کنفرانس بین‌المللی اقتصاد، حسابداری، مدیریت و علوم اجتماعی*.

Brown SL, Sanchez LA, Nock SL, Wright JD. (2006). Link between premarital cohabitation and subsequent marital quality, stability, and divorce. *Soc Sci Res*; 35 (2): 454-70

Chang, S. L. (2008). Family background and marital satisfaction of newlyweds.Generational transmission of relationship interaction patterns. *Unpublished Master's Thesis*, California State University.

Cornelius, T & G. Alessi (2010), "*Behavioral and Psychological Content of Communication Training*", *Eric*, 69 (2), pp. 608-620.

Hummel SB, van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, Kuenen MA, Bijker N, Borgstein PJ, Heuff G, Lopes Cardozo AMF, Plaisier PW, Rijna H, van der Meij S, van Dulken EJ, Vrouenraets BC, Broomans E, Aaronson NK (2017). Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Improving Sexual Functioning of Breast Cancer

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Oncology. 35(12):1328-1340.

Leiblum SR. (2010). Treating sexual desire disorders a clinical casebook: *Cognitive-behavioral and mindfulness therapy for low sexual desire*. Guilford Press.

Mangeli, M. & T. Ramezani & S. Mangeli (2009), "The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women", *Iranian Journal of Medical Education*, 8 (2), pp. 305-313.

Mazur, A. Muelle, U. Krause, W. Booth A. (2005). Causes of sexual decline in aging married men: Germany and American. *International Journal of important Research*.14 (2):101– 106.

Miller, C. (2014). Effectiveness of a family-based cognitive-behavioral treatment (CBT) for ADHD. NewYork, NY: *The Guildford Press*.

Palaniappan, M., Heatherly, R., Mintz, L. B., Connelly, K., Wimberley, T., & Balzer, A. M. (2017). Skills vs. Pills: Comparative Effectiveness for Low Sexual Desire in Women. Journal of Sex & Marital Therapy. 43, 2. Pp: 1-15.

Stets JE, (2002). *Hammons SA. Gender control, and marital commitment*. J Fam Issue; 23: 3-25.

Trudel G, Marchand A, Ravart M, (2010). Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment pr-ogram on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relation Ther* 2010;2:167-75.

Winch, R. (2015). *Selected Studies in Marriage and the Fmiliy.* New York: Hito Rinehart and Wiston. INC.

Young, M, Denny, G. Young, T. Luquis, R. (2000). "Sexual Satisfaction among Married Women. " *American Journal of health studies*.

[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5] [Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]

[DOR: 20.1001.1.24234869.1395.2.2.7.5]
[Downloaded from fpcej.ir on 2026-11-22]