

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۴ تابستان ۱۳۹۸

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود نشانه‌های اختلال ارگاسم زنان و افزایش دانش و صمیمیت جنسی در زنان مبتلا به اختلال جنسی

سولماز وطن‌خواه^{۱*}

عباس بخشی‌پور رودسری^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در بهبود نشانه‌های اختلال ارگاسم زنان و افزایش دانش و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به اختلال جنسی بود. در راستای هدف پژوهشی، سه بیمار مبتلا به اختلال ارگاسم زنان مراجعه‌کننده به مرکز روان‌درمانی شهر تبریز از طریق مصاحبه تشخیصی و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 و به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این بیماران پس از احراز شرایط درمان، وارد فرایند درمان شدند. در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. کارایی پروتکل درمان شناختی-رفتاری در طی سه مرحله مداخله (خط پایه، درمان ۸ جلسه‌ای، و پیگیری ۱ ماهه) با استفاده از پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)، پرسشنامه صمیمیت جنسی باگاروزی و پرسشنامه دانش جنسی آن هوبر مورد بررسی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش، از روش ترسیم دیداری، فرمول درصد بهبودی و اندازه اثر تحلیل استفاده شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در بهبود نشانه‌های اختلال ارگاسم زنان و افزایش دانش و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به اختلال جنسی اثربخش است. بنابراین، روش درمان شناختی-رفتاری در بهبود نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال ارگاسم از کار آیی لازم برخوردار است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، اختلال ارگاسم زنان؛ دانش جنسی؛ صمیمیت جنسی؛ اختلال عملکرد جنسی

1- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی (نویسنده مسئول)

2- دکترای روانشناسی بالینی، استاد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

Email:soli.vatankhah@gmail.com

مقدمه

اختلالات جنسی^۱ یکی از شایع‌ترین مشکلاتی است که افراد جامعه با آن دست‌به‌گریبان هستند. به‌طوری‌که، حدود یک‌سوم مردها از مشکلات مربوط به انزال و یک‌سوم زن‌ها از اختلال ارگاسم رنج می‌برند. چنانچه انبوه مبتلایان به سایر اختلالات را به این ارقام اضافه کنیم این ادعا که اختلالات جنسی شیوع بسیار بالایی دارند واقعیت محض خواهد بود؛ از این رو، تعیین برآورد دقیق از وسعت مشکلات جنسی در میان جمعیت عمومی کار دشواری است و چنین برآوردهایی بیانگر این است که بین ۱۰ تا ۳۰ درصد جمعیت بزرگسالان برخی از انواع مشکلات جنسی را در برهه‌ای از زمان گزارش می‌کنند (استونز^۲، ۱۹۸۸). این اختلالات در سابق، تقریباً به‌طور کامل ناشی از تجارب اولیه دوران کودکی، مخصوصاً نابهنجاری مربوط به رفتار جنسی در دوران کودکی و روابط کودک با والدین، تصور می‌شدند (مک‌کارتی^۳، ۲۰۰۳).

در این راستا، یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی، اختلال ارگاسم زنان است. توضیح اینکه، اختلال ارگاسمی زن گاهی ارگاسم مهارشده در زن یا آنورگاسمی^۴ نامیده می‌شود و طبق تعریف، ناتوانی مستمر یا عودکننده زن برای دستیابی به ارگاسم است که با فقدان یا تأخیر عودکننده ارگاسم، متعاقب مرحله تحریک جنسی طبیعی تظاهر می‌کند و مرحله تحریک هم طبق نظر بالینگر از لحاظ تمرکز، شدت، و مدت کافی است. به‌طور خلاصه این اختلال ناتوانی زن در رسیدن به ارگاسم طی خودارضایی یا مقاربت است؛ زنانی که با یکی از این دو روش (خودارضایی و مقاربت) به ارگاسم دست می‌یابند لزوماً تحت عنوان آنورگاسمیک طبقه‌بندی نمی‌شوند، هرچند ممکن است در مورد آنان درجاتی از مهار جنسی مطرح باشد؛ اختلال ارگاسمی سراسر عمر، زمانی است که زن هیچ‌گاه و با هیچ نوع تحریکی به ارگاسم دست نیافته است. زنی که اختلال ارگاسمی اکتسابی دارد، صرف‌نظر از شرایط یا ابزار تحریک، خواه از طریق خودارضایی یا هنگام خواب، حداقل یک‌بار ارگاسم را تجربه کرده است (سادوک و سادوک^۵، ۱۳۸۷).

1- Sexual Disorders
3- McCarthy
5- Sadock & Sadock

2- Stuntz
4- Anorgasmia

لومان و همکاران^۱ (۱۹۹۹) خاطرنشان می کنند که ۲۶ درصد زنان در رسیدن به ارگاسم دچار مشکل قابل توجهی می باشند. از برن و همکاران^۲ (۱۹۸۸)، نمونه ای ۴۳۶ نفری از زنان ۳۵ تا ۵۹ ساله را با توجه به کژکاری جنسی شان، بررسی کردند. تعریف آنان برای "نبود کامل اوج جنسی" در فعالیت جنسی، به این شرح بود که شخص در سه ماه گذشته در فعالیت های جنسی خود هیچ تجربه ای از ارگاسم نداشته باشد. بر اساس این تعریف احتیاط آمیز، ۱۶ درصد زنان در نمونه مورد بررسی آنان در زمینه ارگاسم اختلال داشتند. فراوانی دستیابی به اوج جنسی، در میان زنان، ممکن است به طور چشمگیری میان افراد متفاوت باشد. لویکولو و استاک^۳ (۱۹۸۶) اظهار می کنند که فقط ۵۰ درصد زنان در حین آمیزش جنسی ارگاسم های نسبتاً منظمی تجربه می کنند. به این ترتیب در ارزیابی یک زن برای وجود اختلال ارگاسم، ممکن است فراوانی واقعی ارگاسم به اندازه تصور وی از اختلال اهمیت زیادی نداشته باشد.

از دیگر سوی، یکی از مؤلفه های انکارناپذیر تداوم بخش ازدواج و زناشویی «برخورداری زوجین از رضایت و صمیمیت جنسی» است. به این مفهوم که هرچقدر رضایتمندی و صمیمیت جنسی زن و شوهر در چارچوب ازدواج بیشتر باشد به همان نسبت نیز بر استحکام و استواری ازدواج افزوده شده و هرچقدر این مؤلفه ارتباطی لازم مخدوش باشد به همان اندازه نیز بر میزان تزلزل و بی ثباتی زناشویی افزوده می شود (مک کارتی، ۲۰۰۳). بر همین اساس، زوجین جهت برخورداری از خودپذیری، خودباوری، عزت نفس، بالندگی و شکوفایی باید حتی المقدور آراسته به هنر دستیابی به «رضایتمندی جنسی دوسویه» گردند و در صورت فقدان این مهم زن و مرد به راحتی دستخوش تلاطم و تعارض تنش و تزلزل ارتباطی می شوند (مک کارتی، ۲۰۰۳).

در گذشته زن و شوهر مبتلا به مشکلات جنسی یا رابطه ناکامل خود را در غیاب یک مؤلفه جنسی ادامه می دادند و یا در جستجوی شریک جنسی دیگری برمی آمدند (سادک و سادوک، ۱۳۸۷). همان طور که نگرش های اجتماعی مربوط به امور جنسی تغییر یافته، مراجعه

1- Laumann et al
3- LoPiccolo & Stock

2- Osborn

به درمانگران جهت رفع مشکلات جنسی نیز مقبول‌تر شده است. عموم مردم آگاه شده‌اند که خدمات و فنون موجود می‌توانند بسیار موفقیت‌آمیز باشند. شواهد قابل‌توجهی برای توصیف ارتباط نزدیک بین فعالیت جنسی و رضایت زناشویی و جنسی وجود دارد (سراجی و دادفر، ۱۳۸۸). در عمل این امر نشان‌دهنده تأثیر دوجانبه‌ای است که در آن ناسازگاری جنسی، نارضایتی زناشویی و ناهماهنگی زناشویی مشکلات جنسی را به وجود می‌آورند (سراجی و دادفر، ۱۳۸۸). در طی دهه ۱۹۶۰، رویکردهای رفتاردرمانی، خصوصاً حساسیت‌زدایی منظم برای درمان برخی از مشکلات جنسی معرفی شدند. طبق این رویکردها اکثر مسائل جنسی اکتسابی‌اند و بنابراین می‌توان آن‌ها را با استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر اصول یادگیری تغییر داد (آراوز، ۲۰۰۵). تا پیش از سال ۱۹۷۰، رایج‌ترین درمان اختلالات کنش جنسی، روان‌درمانی تحلیلی بود که برای اولین بار فروید آن را پایه‌ریزی کرد و بعدها پیروان او آن را ادامه دادند. رویکردهای درمانی دیگر از جمله روان‌درمانی پیش‌گرا نیز چندان تأثیری در این اختلال‌ها نداشته‌اند. عمل جراحی نیز برای بیماران زیان‌بار است زیرا این عمل سبب تقویت باور آن‌ها مبنی بر داشتن مشکل بدنی می‌گردد و نیز اجرای درمان‌های بعدی را دشوار می‌کند (اسپنس^۱، ۱۳۸۰). درمان‌های زیستی نیز کاربرد محدودی دارند اما توجه زیادی به آن‌ها می‌شود. سدیم متوهگزیئال وریدی در حساسیت‌زدایی نیز کاربرد یافته است. داروهای ضد اضطراب ممکن است برای بیمار دچار تنش سودمند باشند ولی بر واکنش جنسی نیز تأثیر می‌گذارند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). بعدها با توجه به وقت‌گیر و پرهزینه بودن، و ناکارایی روان‌درمانگران در استفاده از این روش، به تدریج به دیگر روش‌های روان‌درمانی مانند رفتاردرمانی شناختی توجه شد (شیرمحمدی، ۱۳۸۴).

شیوه شناختی-رفتاری در اختلال‌های جنسی، رویکردی است که همراه با روش‌های رفتاری به تغییر شناخت‌های ناسازگارانه فرد نیز می‌پردازد و بر این فرض مبتنی هستند که تغییر شناختی، تغییر رفتاری را نیز به دنبال خواهد داشت. نمونه‌هایی از تکنیک‌های شناخت درمانی مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی عبارت‌اند از: افزایش آگاهی جنسی از طریق ارائه اطلاعات، آموزش خیال‌پردازی، مهارت تمرکز-توجه، بازسازی نگرش‌های غیرمنطقی

1- Spence

جنسی، بازسازی خود گوئی‌های ناسازگارانه، آموزش مهارت حل مسئله. همچنین تکنیک‌های رفتاری مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی عبارت‌اند از: تکالیف خود پایی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش آرمیدگی و تکالیف رفتاری مثل تمرکز حسی- بدنی و تمرکز- حسی تناسلی (کالینگ^۱، ۲۰۱۱). به‌طور کلی، این رویکرد به‌جای تمرکز صرف بر جنبه‌های آشکار کارکرد جنسی، عوامل شناختی را نیز در جریان ارزیابی و درمان مورد توجه قرار می‌دهند. در این رویکرد، برخورد با مؤلفه‌های آشکار و شناختی رفتار، امری الزامی تلقی می‌شود (ماشب و همکاران^۲، ۲۰۰۹). لیمن و همکاران^۳ (۱۹۸۴) با تحقیق در میان ۲۳ زوج به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری برای اختلال ارگاسم ثانوی، به‌طور آشکار در تغییر دامنه وسیعی از مقیاس‌های رفتاری و رضایت درونی تأثیر دارد. نتایج پژوهش گلمن^۴ (۱۹۸۲) پیرامون تأثیر رویکرد شناختی رفتاری بر مشکلات جنسی نشان داده است که اصول اساسی رویکرد شناختی رفتاری مؤثر در درمان ناکارآمدی جنسی عبارتند از: زوج‌درمانی، عدم توجه به مقصر، عدم توجه به درگیری متقابل زوجین، ارائه آموزش‌ها و اطلاعات جنسی مربوط به چرخه‌ی پاسخ جنسی، آناتومی بدن، بیولوژی و تکنیک‌های جنسی، تغییر نگرش منفی زوجین نسبت به مسائل جنسی و بازسازی شناخت‌ها، رفع اضطراب‌ها و نگرانی‌های جنسی، افزایش ارتباط کلامی جسمی زوجین (گلمن، ۱۹۸۲).

با عطف به مطالب عنوان شده و با توجه به این که پژوهش‌های اندکی به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در اختلالات جنسی و به‌ویژه اختلال ارگاسم زنان در داخل کشور انجام پذیرفته، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود نشانه‌های اختلال ارگاسم زنان و افزایش دانش و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به اختلال جنسی انجام پذیرفت.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، آزمایش تک موردی^۵ و به روش خط پایه چندگانه بود. جامعه آماری

1- Colling

3- Libman et al

5- Single Case

2- Masheb et al

4- Gellman

پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران زن مبتلا به اختلالات جنسی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌پزشکی و متخصص زنان در شهر تبریز بود که در راستای هدف پژوهشی، سه بیمار مبتلا به اختلال ارگاسم از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند پس از مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک و مصاحبه‌ی ساختاریافته توسط یک روانشناس بالینی به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان موردپژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و خروج این پژوهش وارد فرایند مداخله شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، داشتن حداقل ۱۸ سال، جنسیت زن، متأهل بودن، ابتلا فرد به اختلال ارگاسم بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5^۱، عدم دریافت درمان روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، انگیزش و رضایت برای شرکت در طول درمان و پژوهش. ملاک‌های حذف نیز عبارت بودند از: تشخیص هرگونه اختلال روانی دیگر، بارداری، سابقه سوءمصرف مواد یا وابستگی مواد در حال حاضر. در جلسه پیش از درمان که به معارفه و ارزیابی کلی اختصاص یافته بود آزمون‌های خط پایه (پیش‌آزمون) که شامل شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI)^۲، پرسشنامه‌های نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروسی^۳ و مقیاس دانش جنسی آن هوپر^۴ بود، از سوی پژوهشگر مورد اجرا قرار گرفت. از هفته‌ی دوم شرکت‌کنندگان وارد درمان شدند. درمان شناختی- رفتاری از ۸ جلسه‌ی هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای تشکیل یافته بود. در تهیه پروتکل درمانی از اصول درمان شناختی رفتاری هاوتون و همکاران^۵ (۱۳۸۶) و درمان شناختی رفتاری کلارک و همکاران^۶ (۱۳۸۶) استفاده شد. بعد از اتمام مداخلات روانشناسی از هر سه شرکت‌کننده پس‌آزمون به عمل آمد. به‌منظور پیگیری، یک ماه بعد از ارزیابی جلسه آخر، پرسشنامه‌های پژوهش مجدداً برای هر سه شرکت‌کننده اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از فرمول درصد بهبودی برای بررسی معناداری بالینی استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI): این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال جهت

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5ed
3- Bagarossi
5- Havtone et al

2- Female Sexual Function Index
4- Hooper
6- Clarck et al

بررسی افراد در ۶ بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد است و برای اندازه گیری عملکرد جنسی زنان مورد استفاده قرار می گیرد. این مقیاس توسط روزن و همکارانش^۱ در سال ۲۰۰۰ ساخته شده و در گروهی از زنان با اختلال تحریک جنسی اعتبار یابی شده است. نمره دهی سؤالات بر اساس سیستم نمره دهی از صفر تا ۵ است و با جمع نمرات سؤال های هر بعد نمره آن به دست می آید و نمره بالاتر نشان دهنده عملکرد جنسی بهتر است. این پرسشنامه از نوع عمومی استاندارد است که اعتبار و پایایی آن توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) طی مطالعه ای که به همین منظور انجام شد و همچنین مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) در دانشگاه شاهد مورد تأیید قرار گرفته است. بر اساس مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی شاخص، برای هر یک از ۶ بعد و کل مقیاس برای گروه های مورد کنترل و کل افراد با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. همچنین مطابق نتایج به دست آمده در پژوهش فوق، نقطه برش برای کل مقیاس و زیرمقیاس ها به ترتیب عبارتند از: کل مقیاس ۲۸، میل ۳/۳، تحریک روانی ۳/۴، رطوبت ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایتمندی ۳/۸، و درد جنسی ۳/۸. به عبارت دیگر نمرات بیشتر از نقطه برش مبین عملکرد خوب است. با توجه به امتیازات بالا و به دلیل کوتاه بودن پرسشنامه به نظر می رسد شاخص عملکرد جنسی زنان ابزاری مناسب جهت سنجش عملکرد باشد.

پرسشنامه نیازهای صمیمیت زناشویی باگاروزی: این پرسشنامه توسط باگاروزی در سال ۲۰۰۱ تهیه و تنظیم شده و شامل ۴۱ سؤال است که نیازهای صمیمیت را در هشت بعد عاطفی، روان شناختی، عقلانی، جنسی، فیزیکی، معنوی، زیباشناختی و تفریحی - اجتماعی در برمی گیرد. شیوه نمره گذاری آن به صورت لیکرت از گزینه اصلاً یک نیاز قوی نیست (۱) تا یک نیاز شدیداً قوی است (۱۰) است. نمره بالاتر نشان دهنده صمیمیت جنسی بیشتر زوجین است. خمسه و حسینیان (۱۳۸۷) در مطالعه ای پایایی هر بعد صمیمیت را با روش آزمون - باز آزمون محاسبه کردند. اعتمادی و همکاران (۱۳۸۵)، پایایی کل این پرسشنامه را ۰/۹۴ و روایی همزمان را ۰/۵۸ به دست آوردند.

پرسشنامه دانش جنسی: این پرسشنامه توسط آن هوپر در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است و

1- Rosen et al

به بررسی دانش و آگاهی جنسی زوجین پیرامون مسائل و ارتباط جنسی می‌پردازد. این مقیاس دارای ۱۵ سؤال پیرامون مسائل جنسی زنان و مردان بوده و از این رو برای هر دو جنس کارایی دارد. سؤالات به صورت درست و غلط پاسخ داده می‌شود؛ به سؤال درست یک امتیاز و به سؤال غلط نمره‌ای تعلق نمی‌گیرد. از این رو حداکثر نمره آزمون ۱۵ و حداقل نمره آن صفر است. روایی محتوایی این آزمون در پژوهش عشقی (۲۰۰۸) محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به دست آمده است.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران در جدول (۱) آمده است.

در این پژوهش، آزمون‌های خط پایه، در جلسه پیش درمان و نیز پس از شروع درمان در جلسه سوم، جلسه ششم و جلسه آخر به عمل آمدند. همچنین شرکت‌کنندگان در دوره پیگیری یک ماهه نیز، آزمون‌های خط پایه را برای بررسی حفظ یا عدم حفظ نتایج درمانی تکمیل کردند. در ادامه به بیان روند تغییرات هر کدام از شرکت‌کننده‌ها در آزمون‌های مورد استفاده پرداخته خواهد شد.

جدول (۱) ویژگی جمعیت شناختی بیماران

بیماران	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	متغیر
سن	۲۴	۴۳	۲۷	وضعیت تأهل
وضعیت تأهل	متاهل	متاهل	متاهل	میزان تحصیلات
میزان تحصیلات	کاردانی کامپیوتر	کارشناسی علوم دامی	دانشجوی کارشناسی ارشد زبان انگلیسی	شغل
شغل	کارمند بخش خصوصی	کارمند	مدرس زبان	بیماری
بیماری	عدم رسیدن به ارگاسم	عدم رسیدن به ارگاسم	عدم رسیدن به ارگاسم	مدت بیماری
مدت بیماری	۱/۵ سال	۱۵ سال	۲ سال	اقدامات درمانی قبلی
اقدامات درمانی قبلی	-	-	-	میزان همکاری و انگیزه
میزان همکاری و انگیزه	خیلی خوب	خوب	خیلی خوب	

نمرات شرکت کنندگان در شاخص عملکرد جنسی زنان در آزمون‌هایی که در جلسات پیش‌درمان، سوم، ششم، هشتم و در پیگیری یک‌ماهه انجام پذیرفته‌اند، به تفکیک در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) نمرات شرکت کنندگان در آزمون FSFI

مؤلفه‌ها	حداقل نمره		حداکثر نمره		خط پایه		آزمون اول		آزمون دوم		آزمون سوم		آزمون پیگیری	
	اول	دوم	اول	دوم	اول	دوم	اول	دوم	اول	دوم	اول	دوم	اول	دوم
میل جنسی	۱/۲	۶	۲/۴	۱/۲	۳	۲/۴	۲/۴	۳	۳/۶	۲/۴	۳/۶	۳/۶	۳/۶	۳/۶
تحریک روانی	۰	۶	۲/۱	۳	۳/۳	۲/۱	۳/۳	۳/۹	۲/۳	۲/۴	۳/۳	۳/۹	۴/۵	۳/۶
رطوبت مهبل	۰	۶	۲/۱	۲/۴	۳/۶	۲/۴	۲/۴	۳/۶	۴/۸	۴/۸	۴/۸	۴/۸	۴/۸	۴/۸
ارگاسم	۱/۲	۶	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲	۱/۲
رضایت مندی	۰/۸	۶	۱/۲	۲	۳/۲	۲/۴	۱/۲	۳/۶	۳/۶	۲/۴	۳/۶	۳/۶	۳/۶	۳/۶
درد	۰	۶	۲/۴	۴	۵/۲	۲/۴	۴	۳/۶	۵/۲	۳/۶	۴/۸	۵/۲	۴/۸	۳/۲

* افزایش نمره در مؤلفه درد به معنی پیشرفت در پژوهش و کاهش یافتن درد است.

نمرات شرکت کنندگان در آزمون نیازهای صمیمیت زناشویی باگروزی که در آزمون‌هایی که در جلسات پیش‌درمان، سوم، ششم، هشتم و پیگیری یک‌ماهه انجام پذیرفته، در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳) نمرات شرکت‌کننده‌ها در آزمون نیازهای صمیمیت زناشویی باگروزی

بعد	حداقل حداکثر		پیش‌آزمون		آزمون اول		آزمون دوم		آزمون سوم		پیگیری
	نمره	نمره	اول	دوم	اول	دوم	اول	دوم	اول	دوم	
صمیمیت عاطفی	۵	۵۰	۳۵	۳۲	۳۵	۳۲	۳۶	۳۳	۳۶	۳۳	۳۹
صمیمیت روان‌شناختی	۵	۵۰	۳۹	۳۵	۳۹	۳۶	۴۰	۳۹	۳۸	۴۰	۴۰
صمیمیت عقلانی	۵	۵۰	۴۱	۴۰	۴۲	۴۰	۴۲	۳۷	۴۰	۴۲	۳۷
صمیمیت جنسی	۵	۵۰	۱۲	۹	۷	۱۳	۱۲	۸	۲۴	۳۰	۴۳
صمیمیت بدنی	۵	۵۰	۱۲	۱۲	۸	۱۳	۱۳	۹	۲۹	۳۰	۴۴
صمیمیت معنوی	۶	۶۰	۳۹	۴۱	۴۲	۳۹	۴۳	۴۲	۴۴	۳۹	۴۲
صمیمیت زیباشناختی	۵	۵۰	۴۳	۴۳	۴۰	۳۵	۴۳	۴۰	۳۵	۴۳	۴۱
صمیمیت اجتماعی تفریحی	۵	۵۰	۳۸	۳۸	۳۷	۳۹	۳۸	۳۸	۳۹	۳۸	۴۱

در نهایت، نمرات شرکت‌کنندگان در مقیاس دانش جنسی در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول (۴) نمرات شرکت‌کنندگان در آزمون دانش جنسی

نام	دانش جنسی پیش‌آزمون		دانش جنسی آزمون اول		دانش جنسی پیگیری
	پاسخ صحیح	پاسخ غلط	پاسخ صحیح	پاسخ غلط	
شرکت‌کننده اول	۳	۱۲	۱۵	۱۵	۱۵
شرکت‌کننده دوم	۵	۱۰	۱۵	۱۵	۱۵
شرکت‌کننده سوم	۸	۷	۱۵	۱۵	۱۵

روند نمرات هر سه شرکت‌کننده در خرده‌مقیاس ارگاسم در خط پایه، طول درمان و پیگیری یک‌ماهه، در جدول ۵ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود روند نمرات هر سه شرکت‌کننده در پیش‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت چشمگیری داشته است.

جدول (۵) درصد بهبودی شرکت کنندگان در مقیاس ارگاسم

شرکت کننده	نمره فرد در پیش آزمون	نمره فرد در پس آزمون	درصد بهبودی
اول	۱/۲	۳/۶	٪۶۶/۶۶
دوم	۱/۲	۳/۶	٪۶۶/۶۶
سوم	۱/۲	۴/۸	٪۷۵

نتایج روند نمرات هر سه شرکت کننده در مقیاس دانش جنسی در خط پایه، طول درمان و پیگیری یک ماهه در جدول (۶) قابل ملاحظه است.

جدول (۶) درصد بهبودی دانش جنسی شرکت کنندگان

نام	دانش جنسی/پیش آزمون	دانش جنسی/پیگیری	درصد بهبودی
شرکت کننده اول	۳	۱۵	٪۸۰
شرکت کننده دوم	۵	۱۵	٪۶۶/۶۶
شرکت کننده سوم	۸	۱۵	٪۴۶/۷

مطابق مندرجات جدول (۶) شرکت کنندگان در خط پایه از دانش جنسی پایینی برخوردار بوده اند و پس از مداخله در جلسات اول و دوم درمان، دانش جنسی آن ها به ۱۰۰ درصد رسیده است و در آزمون پیگیری نیز حفظ شده است و درصدهای بهبودی قابل توجهی کسب کرده اند. نتایج بررسی میزان صمیمیت زناشویی شرکت کنندگان در جدول (۷) قابل رؤیت است. مطابق مندرجات جدول (۷)، هر سه شرکت کننده پس از طی طول درمان دارای پیشرفت می باشند، اما تفاوت نمرات شرکت کنندگان در پیش آزمون و پس آزمون چندان چشمگیر نیست.

جدول (۷) درصد بهبودی شرکت کنندگان در آزمون صمیمیت زناشویی باگروزی

شرکت کننده	حداکثر نمره میانگین	پیش آزمون	پس آزمون	میزان بهبودی به درصد
اول	۵۱/۲۵	۳۲/۳۷	۴۰/۲۵	٪۱۹/۵۷
دوم	۵۱/۲۵	۳۰/۱۲	۳۹/۲۵	٪۲۳/۲۶
سوم	۵۱/۲۵	۳۰/۵	۴۰/۸۷	٪۲۵/۳۷

علاوه بر نمرات کلی اعلام شده، نمرات و درصد بهبودی ابعاد صمیمیت جنسی و بدنی به صورت مجزا محاسبه شده و در جداول ۸ و ۹ ارائه شده است.

جدول (۸) درصد بهبودی بعد صمیمیت جنسی شرکت‌کنندگان در آزمون باگروزی

شرکت‌کننده	حداکثر نمره	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میزان بهبودی/پایان درمان
اول	۵۰	۱۲	۴۱	٪۷۰/۷۳
دوم	۵۰	۹	۴۱	٪۷۸/۰۴
سوم	۵۰	۷	۴۳	٪۸۳/۷۲

جدول (۹) درصد بهبودی بعد صمیمیت بدنی شرکت‌کنندگان در آزمون باگروزی

شرکت‌کننده	حداکثر نمره	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میزان بهبودی/پایان درمان
اول	۵۰	۱۲	۴۰	٪۷۰
دوم	۵۰	۱۲	۴۲	٪۷۱/۴۲
سوم	۵۰	۸	۴۴	٪۸۱/۸۱

مطابق مندرجات جداول ۸ و ۹، نمرات هر سه شرکت‌کننده در ابعاد صمیمیت جنسی و صمیمیت بدنی پیشرفت بسیار قابل‌ملاحظه‌ای داشته است. اندازه اثر درمان در همه متغیرها برای هر سه شرکت‌کننده در جدول (۱۰) آمده است.

جدول (۱۰) اندازه اثر درمان در همه‌ی متغیرها در هر سه شرکت‌کننده

متغیر	شرکت‌کننده	اندازه اثر
ارگاسم	شرکت‌کننده اول	۱/۶۲
	شرکت‌کننده دوم	۱/۶۲
	شرکت‌کننده سوم	۲/۱۶
دانش جنسی	شرکت‌کننده اول	۲/۷۰
	شرکت‌کننده دوم	۲/۷۰
	شرکت‌کننده سوم	۲/۷۰
رضایت جنسی	شرکت‌کننده اول	۱/۹۳
	شرکت‌کننده دوم	۱/۹۰
	شرکت‌کننده سوم	۲/۱۲
صمیمیت بدنی	شرکت‌کننده اول	۲/۱۶
	شرکت‌کننده دوم	۲/۲۶
	شرکت‌کننده سوم	۲/۳۷
صمیمیت جنسی	شرکت‌کننده اول	۲/۲۱
	شرکت‌کننده دوم	۲/۲۱
	شرکت‌کننده سوم	۲/۳۲

مطابق مندرجات جدول (۱۰) مشاهده می‌گردد که در مورد هر سه شرکت‌کننده و در مورد تمامی مؤلفه‌های موردبررسی، اندازه اثر عددی مابین متوسط و حداکثر می‌باشد که قابل قبول و چشمگیر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود نشانه‌های اختلال ارگاسم زنان و افزایش دانش و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به اختلال جنسی انجام پذیرفت. نتایج نشان داد که تمام شرکت‌کنندگان در درمان، بهبود قابل ملاحظه‌ای در نشانه‌های اختلال ارگاسم و افزایش قابل ملاحظه‌ای در دانش جنسی، صمیمیت جنسی و رضایت جنسی داشتند.

یکی از یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب بهبود نشانه‌های اختلال ارگاسم زنان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاباکسی و باتور^۱ (۲۰۰۳)، ترکویل و همکاران^۲ (۲۰۰۷)، هیساهو و همکاران^۳ (۲۰۰۵)، بروئر و همکاران^۴ (۲۰۰۶)، حمید و همکاران (۱۳۹۱)، مهرابی و دادفر (۱۳۷۸) و سراجی و همکاران (۱۳۸۸) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش ارگاسم، رضایت جنسی، تحریک، برانگیختگی جنسی، رطوبت، میل جنسی و کاهش درد حاصل از آمیزش جنسی و همچنین هماهنگی زوجین و عملکرد جنسی آن‌ها همخوان است.

اگرچه در مقایسه با سایر اختلالات جنسی، تحقیقات چندانی پیرامون اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود اختلال ارگاسم زنان در دست نیست، ولیکن پیرامون اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود سایر اختلالات عملکرد جنسی زنان، مطالعات بسیاری صورت گرفته است و از آنجاکه اکثر تکنیک‌های درمان شناختی- رفتاری در درمان انواع اختلالات جنسی زنان به علت تشابه سبب‌شناسی این مشکلات نظیر فقدان دانش جنسی، اضطراب، عدم مهارت جنسی و نگرش‌های جنسی غلط، به گونه‌ای مشابه به کار می‌روند، می‌توان از

1- Kabakci & Batur
3- Hisasue et al

2- Turkuile et al
4- Brauer et al

نتایج حاصل از تحقیقات در راستای تأیید نتایج درمانی پژوهش حاضر استفاده کرد.

مسترز و جانسون از سال ۱۳۵۹ اقدام به درمان انواع اختلالات عملکرد جنسی زنان از جمله اختلال ارگاسم زنان کردند. آن‌ها در درمان خود از تکنیک‌های منع آمیزش جنسی و تمرکز حسی (۱) و (۲) که در نهایت به آمیزش ختم می‌شد استفاده کردند. اولین گزارش نتایج درمانی آن‌ها پس از ۳ تا ۵ سال پیگیری نشان داد که برنامه درمانی آن‌ها بسیار موفقیت‌آمیز بوده است. کلودنی^۱ (به نقل از اسپنس، ۱۳۸۰) نشان داد درمان رفتاری مسترز و جانسون در انواع نابهنجاری‌های جنسی زنان مؤثر بود. او نشان داد که بیشترین موفقیت در درمان واژینیسم با ۹۸.۸٪، در اختلال ارگاسم اولیه زنان با ۷۲٪ و در سردمزاجی زنان با ۷۱٪ می‌باشد که این نتایج مؤید یافته‌های پژوهش حاضر است.

هیلمن و همکاران^۲ (به نقل از وستایمر و لوباتر^۳، ۲۰۰۵) نیز اثربخشی آموزش مهارت‌های جنسی را با استفاده از تمرین‌های تمرکز حسی و تکالیف مربوط به مهارت‌های ارتباط جنسی، مورد ارزیابی قرار دادند و دریافتند که این دو رویکرد حداقل در کوتاه‌مدت در درمان نابهنجاری‌های جنسی زنان مؤثر است. به نظر می‌رسد که پیشرفت در مهارت‌های جنسی و ارتباطی، یکی از جنبه‌های اساسی در موفقیت تمرینات تمرکز حسی است. در پژوهش حاضر و در تمام پژوهش‌های مذکور، به‌منظور درمان اختلال ارگاسم زنان از تکنیک‌های به‌کاربرده شده نظیر تمرکز حسی (۱) و (۲)، منع آمیزش جنسی، آموزش آرمیدگی، آموزش مهارت‌های ارتباط جنسی استفاده شده است که نتایج همه آن‌ها مثبت بوده است و نتایج حاصل از پژوهش حاضر نیز با نتایج پژوهش‌های فوق همسو بوده است. پس می‌توانیم نتیجه بگیریم که بهبود نشانه‌های اختلال ارگاسم زنان در ابعاد احساسی و رفتاری می‌تواند حاصل این تکنیک‌های رفتاری باشد، زیرا تمرینات حسی نه تنها به بهبود رفتارهای جنسی کمک می‌کنند، بلکه به‌وسیله‌ی کاهش اضطراب یکی از مؤلفه‌های مهم درمانی مسترز و جانسون قلمداد می‌شوند. آموزش آرمیدگی نیز به‌واسطه ایجاد آرامش در فرد می‌تواند منجر به بهبود بعد احساسی اختلال ارگاسم شود. وینکز^۴ (۲۰۰۹)، در مطالعه خود بیان

1- Clodney
3- Westheimer & Lopater

2- Hillman et al
4- Wincze

می‌دارد که در آموزش شناختی-رفتاری، فرد یاد می‌گیرد که با استفاده از توانایی حل مسئله با افکار منفی خود درباره مسائل جنسی مبارزه کند و به بهبود روابط فردی خود کمک کند.

در تبیین تأثیر این مداخله درمانی می‌توان به از بین رفتن احساس گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت و شرم از ابراز احساسات شدید همراه با ارگاسم و همچنین جایگزین کردن شناخت‌های صحیح با شناخت‌های بازدارنده و غلط اشاره کرد. بر اساس تئوری شناختی بین عدم شرکت فعالانه در فعالیت جنسی (مشخصه بارز زنان دارای اختلال ارگاسم) با باورهای جنسی غیرمنطقی رابطه وجود دارد. بر این اساس زنان مبتلا به اختلال ارگاسم، به‌گونه‌ای معنادار، باورهای وابسته به خود پنداره جسمی بیشتری (زنانی که از لحاظ جنسی جذاب نیستند، نمی‌توانند از لحاظ جنسی ارضا شوند) دارا بودند. زنان مبتلا وقتی یک موقعیت جنسی ناموفق را تجربه می‌کنند، باورهای ناکارآمدشان موجب فعال شدن خود گوئی‌های منفی و احساس بی‌ارزشی و افزایش خود انتقادی می‌شود و سیستمی متشکل از افکار خود آیند منفی را فرامی‌خواند (افکار شکست، قطع ارتباط، افکار سوءاستفاده‌ی جنسی) که مانع تمرکز آن‌ها روی محرک شهوانی می‌شود. همچنین، موجب بالا رفتن هیجانات منفی (ناراحتی، سردرگمی) در آن‌ها می‌شود. در این زنان، افکار سوءاستفاده جنسی، شکست و طرد شدن غالب است. این افکار خود آیند منفی می‌تواند در ارتباط با هیجانات منفی (فقدان لذت و رضامندی) و همراه با پاسخ جنسی ضعیف باشد. با توجه به چرخه معیوب فوق در زنان مبتلا، استفاده از درمان شناختی-رفتاری می‌تواند توجیه دیگری بر تأثیر این مداخله‌ی درمانی در بهبود نشانه‌های اختلال ارگاسم زنان باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر مؤید این است که درمان شناختی-رفتاری در افزایش دانش جنسی زنان مبتلا به اختلال جنسی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های مسترز و جانسون (۱۹۷۰)، بنکرافت^۱ (۲۰۰۹)، اسپنس (۱۳۸۰) و گلن و همکاران (۱۹۸۶) همسو می‌باشد. مسترز و جانسون (۱۹۷۰) طی پژوهش‌های متعدد خود، دریافتند که در بسیاری از موارد، نابهنجاری‌های جنسی، حاصل بی‌اطلاعی از واقعیت‌های بنیادی نظام پاسخ جنسی یا

1- Bancroft

تصور نادرست از مسائل جنسی هستند. بنکرافت (۲۰۰۹) دریافت که مشکل اصلی ناپهنجاری‌های جنسی، نداشتن اطلاعات مناسب درباره کارکرد جنسی است، و اسپنس (۱۹۹۱) بر تأثیر فوق‌العاده فقدان دانش جنسی بر ایجاد ناپهنجاری‌های جنسی زنان تأکید کرده است. همچنین، گلمن و همکاران (۱۹۸۶) طی یک برنامه آموزش جنسی چهار جلسه‌ای بر روی زنان مبتلا به اختلال ارگاسم ثانویه دریافتند که شیوه آموزش جنسی به‌طور خودبه‌خودی موجب پیشرفت کارکرد جنسی تعدادی از درمان‌جویان گردیده است.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده پژوهش می‌توان گفت که ارائه‌ی تصاویر مربوط به آناتومی زن و مرد، و توضیح در واقعیت‌های بنیادی در مورد رفتار و پاسخ جنسی، چرخه پاسخ جنسی زنان و چگونگی عملکرد بدن و چگونگی تأثیر افکار و شناخت‌ها در این چرخه، و همچنین اصلاح انتظارات غیرمنطقی و اسطوره‌های جنسی در مورد رفتارهای جنسی زنان و مردان که جزو آموزش‌های درمان شناختی- رفتاری کل طول درمان و به‌ویژه جلسات ابتدایی است در تعدیل و افزایش دانسته‌های شرکت‌کنندگان تأثیر قابل‌توجهی داشته است.

آخرین یافته پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش صمیمیت جنسی زنان مبتلا به اختلال جنسی مؤثر است. همسو با نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش، مطالعات کانتولا و همکاران^۱ (۲۰۰۹) نشان داد که وجود اختلال عملکرد جنسی با تمام جنبه‌های رابطه صمیمی بالأخص صمیمیت جنسی، ارتباط دارد. همچنین، مطالعات مک کیب^۲ (۱۹۹۷) نشان داده است که رویکرد شناختی- رفتاری باعث افزایش تقویت‌کننده‌ها و تبادل رفتاری مثبت و صمیمیت جنسی بین زوجین می‌شود. همسو با نتایج پژوهش حاضر، سلیمی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱) نشان دادند که آموزش جنسی به‌شیوه رفتاری- شناختی، دانش و خود ابرازی و صمیمیت جنسی زنان را ارتقا داده است. همسو با پژوهش حاضر، خانجانی و همکاران (۲۰۱۲)، به بررسی تأثیر آموزش جنسی بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زوجین پرداختند و نشان دادند که آموزش جنسی تأثیر مثبت و معناداری بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زناشویی مانند رضایت جنسی، صمیمیت جنسی و کاهش تعارضات زوجین داشته است. در تبیین نتایج بدست‌آمده می‌توان اظهار داشت که در جلسات آموزشی هنگامی که شرکت‌کنندگان

1- Kantula & et al.,

2- McCabe

به واسطه آموزش‌ها توانستند در مرحله اول تماس‌های عاطفی و حسی غیرجنسی و در مرحله بعد تماس‌های لمسی و عاطفی جنسی با همسرشان برقرار نمایند و این تماس‌ها را به صورت مداوم با همسرشان داشته باشند، این موارد باعث شد تا همسران احساس صمیمیت و نزدیکی بیشتری با یکدیگر داشته باشند. با در نظر گرفتن نتایج و داده‌های حاصل از این پژوهش، به نظر می‌رسد با تجدیدنظر در محتوای آموزشی و زمان کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج، می‌توان صمیمیت جنسی و در کل رضایت زناشویی زوجین را افزایش داد و باعث به وجود آوردن فضایی شاد، سرزنده و شاداب در بین زوجین شد، که خود این امر می‌تواند در کاهش آمار طلاق در جامعه مؤثر باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش حاضر از جمله محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح‌های تجربی و کنترل شده بهره گرفته شود. همچنین با تجدیدنظر در محتوای آموزشی و زمان کلاس‌های مشاوره قبل از ازدواج، می‌توان صمیمیت جنسی و در کل رضایت زناشویی زوجین را افزایش داد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۷/۰۵/۳۰

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۱

منابع

- اسپنس، اس، اچ. (۱۳۸۰). درمان اختلالات جنسی، بررسی و درمان شایع‌ترین اختلالات جنسی در زنان و مردان. ترجمه: حسن توزنده جانی و همکاران، انتشارات پیک فرهنگ، تهران.
- اعتمادی، ع؛ نوایی‌نژاد، ش؛ احمدی، س، ا؛ ولی‌الله، ف. (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان، دوره، ۲ شماره ۲-۱.
- حمید، ن؛ دهقانی‌زاده، ز؛ فیروزی، ع.ا. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسم. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، دوره پانزدهم، شماره بیستم، ۱۱-۱۰.
- سلیمی، م؛ فاتحی‌زاده، م. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش جنسی به شیوه رفتاری شناختی بر دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی زنان متأهل شهرستان مبارکه. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال هفتم، شماره ۲۸.
- سادوک، ب، ج؛ سادوک، و، آ (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی. ترجمه: فرزین رضاعی. نشر ارجمند، تهران.
- سراجی، م؛ دادفر، م. (۱۳۸۸). اثربخشی روش‌های شناختی رفتاری، فلوکستین و ترکیب آنها در فویبای جنسی زنان. مجله پژوهشی اصیل، صص ۱۴-۱۹.
- شیرمحمدی، ح. (۱۳۸۴). درمان‌های غیردارویی در درمان اختلالات جنسی، نشر شکوه زبان پژوه، تهران.
- کلارک، دیوید، م؛ فریون، کریستوفر، ج. (۱۳۸۶). درمان‌های شناختی-رفتاری، متن کامل (دوجلد) دانش و روش‌های کاربردی رفتار درمانی شناختی. ترجمه: حسین کاویانی، نشر مهر کاویان، تهران.
- محمدی، خ؛ حیدری، م؛ فقیه‌زاده، س. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس Female Sexual Function Index-FSFI به‌عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان، فصلنامه پایش، سال هفتم، شماره سوم، صص ۲۶۹-۲۷۸.
- مهرابی، ف؛ جابری، پ؛ مهریار، ا. (۱۳۷۸). شیوه‌های شناختی رفتاری در درمان زنان مبتلا به فویبای جنسی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۵، شماره ۱ و ۲، صص ۷۹-۹۱.
- هاوتون، کی؛ کرک، جی؛ سالکوسکیس، پی.ام؛ کلارک، دی.ام. (۱۳۸۶). درمان رفتاری شناختی، جلد اول و دوم. ترجمه: حبیب‌الله قاسم‌زاده، نشر ارجمند، تهران.

- خمسه، اکرم و سیمین حسینیان (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. *مطالعات زنان*، ۶(۱)، ۵۳-۵۲.
- Araoz, D, (2005). Hypnosis in Human Sexuality Problems, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47, 229-42.
- Bagarozzi, D.A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: A Clinician`s Guide*: Routledge.
- Bancroft, J. (2009). Human sexuality and its problems: *Elsevier Health science*.
- Brauer, M., Laan, E., Terkuile, M.M. (2006). Sexual arousal in women with superficial dyspareunia. *Archives of sexual behavior*, 35(2), 191-200
- Colling, M. L. (2011). Female Hypoactive Sexual Desire Disorder, a Summary Paper Presented to the Faculty of the Adler Graduate School. Conference on female sexual dysfunctions: definitions and classifications. *J Urol* 2000; 163: 888-93.
- Eshghi, R. (2008). *Effectiveness of Sexual Cognitive-behavioral Counseling on Women: Esfahan*.
- Gellman C. (1982). *Behavioral Approach to sexual dysfunctions*. *L`Encephale*. 9(4 suppl 2), 49B-55B.
- Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al., (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: A Japanese female cohort study. *Urology*, 65(1), 143-8.
- Kabakci, E., Batur, S. (2003). Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *J sex Marital ther.*, 29(4), 277-88
- Khanjani, S, Botlani S, Shahsiah M, Sharifi E. (2012). The effect of sex education on marital quality improvement in couples of Qom. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Busines*, 4(7), 134-147
- Kontula O, Haavio-Mannila E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research*, 46(1), 46-56.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC, (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281(6), 537-544.

-
- LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158–167.
- Libman, E, Fichten, CS, Brender, W, Burstein, Cohen, J & Binik, YM, (1984). A comparison of three therapeutic formats in the treatment of secondary orgasmic dysfunction, *Journal of Sex Marital Therapy*, 10(3), 147-59.
- Masheb RM, Kerns RD, Lozano D, Minkin MJ, Richman S. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. *supportive psychotherapy*, *Pain*, 141(1), 31-40.
- McCarthy, B.W. (2003). Marital sex as it ought to be. *Journal of Family Psychotherapy*, 14, 1–12.
- McCabe, M. P (1997). Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *Journal of Sexual Marital Therap*, 9(1), 79-87.
- Osborn, M., Hawton, K., & Oath, D. (1988). Sexual dysfunction among middle aged women in the community. *British Medical Journal*, 296, 959–962.
- Rosen, R., Brown, C. Heiman, J., Leiblum, S. Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191–208.
- Stuntz, R.C. (1988). *Assessment of organic factors in sexual dysfunctions. In treatment of Sexual problems in Individual and couples Therapy (eds R.A. Brown and j. R. Field)*. PMA, New York.
- Turkuile, M.M, Vanlankveld, J.J, Groot, E.D, Melles, R, Neffs, J. & Zandbergen, M, (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognosis factors, *Behavioral Research and therapy*, 45(2), 359-73.
- Westheimer RK, Lopater S. (2005). *Human sexuality: A psychological perspective: Recording for the Blind & Dyslexic*.
- Wincze J. (2009). *Enhancing Sexuality: A Problem-Solving Approach to Treating Dysfunction*, workbook: Oxford University Press.
- Masters, W.H. and Johnson, V.E. (1970) *Human Sexual Inadequacy*. Churchill: London.
-