

## اثربخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی بر عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و اعتماد به نفس جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی

### *The Effectiveness of Cognitive Behavioral Sexual Therapy on Sexual Function, Dysfunctional Beliefs, Knowledge and Sexual self-confidence of Women with Sexual Dysfunction*

Payam Sarabi (corresponding Aauthor)

M.A. in Clinical Psychology, Kermanshah Branch,  
Islamic Azad University, Kermanshah, Iran  
Email: CPsyPSarabi@yahoo.com

Fardin Parvizi

M.A. in Clinical Psychology, Kermanshah Branch,  
Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Keivan Kakabarace

Associate Professor of Psychology, Kermanshah Branch,  
Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

پيام سرايي (نويسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی،

کرمانشاه، ایران Email: CPsyPSarabi@yahoo.com

فردین پرویزی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی،

کرمانشاه، ایران

کیوان کاکابرایی

دانشیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه،

ایران

چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی بر عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و اعتماد به نفس جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی بود. روش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از طرح پیش آزمون - پس آزمون، پیگیری همراه با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله متاهل شهرستان سنقر که برای مشکلات جنسی به کلینیک روانشناسی و مشاوره آویستا در نیمه اول سال ۹۶ مراجعه کرده بودند را تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زن بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابتدا همه آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و اعتماد به نفس جنسی پاسخ دادند و سپس روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی برای گروه آزمایش در ۱۲ جلسه اجرا شد، اما برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی به‌کار گرفته نشد. یافته‌ها: برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. درمان شناختی رفتاری جنسی بر عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و اعتماد به نفس جنسی زنان موثر بود ( $P < 0.001$ ). نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری جنسی، اثربخشی ملاحظه‌پذیری داشت و این روش درمانی می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله-ای مفید برای بهبود عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و اعتماد به نفس جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی به‌کار رود.

**کلمات کلیدی:** درمان شناختی رفتاری جنسی، باورهای ناکارآمد جنسی،

اعتماد به نفس جنسی، اختلالات جنسی.

#### Abstract

**Aim:** The purpose of this study was to determine the effectiveness of sexual behavioral cognitive psychotherapy on Sexual Function, Dysfunctional Beliefs, knowledge and Sexual self-confidence of women with sexual dysfunction. **Method:** The research method was semi-experimental and from pre-test, post-test, follow-up with control group. The statistical population consisted of all 25-45 year-old women married in the city of Sonqor, who were referred to the clinic of psychology and counseling of Avysta in the first half of the year 96. The sample consisted of 30 women who were selected by available sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups (each group of 15). At first, all subjects responded to sexual function, Dysfunctional Beliefs, knowledge, and Sexual self-confidence questionnaires, and then cognitive behavioral cognitive psychotherapy was performed for 12 sessions in the experimental group, but no intervention was used for the control group. **Results:** For data analysis, descriptive statistics and multivariate covariance analysis were used. Sexual cognitive behavioral therapy was effective on sexual function, Dysfunctional Beliefs, knowledge and Sexual self-esteem in women ( $P < 0.001$ ). **Conclusion:** Cognitive-behavioral sexual therapy has been considered to be effective, and this method can be used as an interventive method to improve sexual function, Dysfunctional Beliefs, knowledge and sexual self-confidence of women with sexual dysfunction.

**Keyword:** Sexual Cognitive-behavioral therapy, Sexual Dysfunctional Beliefs, Sexual self-confidence, Sexual dysfunction.

## مقدمه

کژکاری جنسی طبق تعریف عبارت است از آشفتگی در حس ذهنی لذت یا میل همراه با رابطه‌ی جنسی یا اختلال در عملکرد عینی فرد؛ و در ویراست پنجم کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، کژکاری‌های جنسی زنان شامل اختلال انگیزتگی / علاقه جنسی زن (شایع‌ترین شکایت جنسی در زنان)، اختلال ارگاسمی زن، اختلال درد لگنی تناسلی / دخول می‌باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). فعالیت جنسی، یکی از ابعاد زندگی بزرگسالان است که کیفیت زندگی آنان را به شدت تحت‌تاثیر قرار می‌دهد (نوبر، گوویا و گومز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). عملکرد جنسی مناسب و سالم یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است، یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی به حساب می‌آید، باعث ایجاد احساس لذت مشترک در بین زوجها می‌شود و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد. یکی از مهم‌ترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی، روابط لذت‌بخش جنسی است و رضایت‌بخش نبودن آن منجر به احساس محرومیت، ناکامی و عدم ایمنی در همسران می‌شود؛ این محرومیت جنسی در بسیاری از مواقع در نهایت منجر به طلاق و ازهم‌گسستگی زندگی زناشویی می‌گردد (مک‌کارتی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲).

اختلالات جنسی در تمامی جوامع، اختلالی رایج محسوب می‌شود؛ شیوع این اختلال‌ها به این موضوع بستگی دارد که افراد، این مسائل را چگونه تعریف کرده، و به چه شکل آن‌ها را گزارش می‌دهند (واکلی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). عوامل روانی که در ابعاد شناختی خاص هستند، نقش مهمی در توسعه و نگهداری اختلالات جنسی دارند؛ همچنین نقش فرآیندهای شناختی در اختلالات جنسی زنان مشاهده شده است (ژانت، دساتر و وزج<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳؛ پرییا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ بوستر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳؛ کریچمن<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). متأسفانه با وجود شیوع بالا و عوارض منفی مرتبط با آن، و عوامل روانشناختی موثر بر اختلالات جنسی زنان، کمبود مطالعات کنترل شده درمانی مشهود است (کلینگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱؛ آرنو<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۹).

سلامت جنسی جنبه مهمی از سلامت عمومی و به‌ویژه سلامت زنان می‌باشد (گیس<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). در واقع، سلامت روانی و جسمانی زنان نقش مهمی در استحکام بنیان خانواده دارد و عملکرد جنسی زنان در این مورد نقش مهمی بر عهده دارد (خمسه، ۱۳۸۸؛ به‌نقل طباطبایی، سجادیان و معتمدی، ۱۳۹۶). به‌نظر می‌رسد دانش افراد در رابطه با مسایل مرتبط با فعالیت جنسی، نقش مهمی در رضایت جنسی ایفا می‌کند. از دیگر مسایل مهم در ابعاد و فرآیندهای روانشناختی جنسی، باورهای ناکارآمد جنسی و اعتماد به‌نفس جنسی می‌باشد (رلینی و مستون<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱).

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5<sup>th</sup> edition (DSM-V)

2. Nobre, Gouveia & Gomes

3. Mccarthy

4. Wakley

5. Géonet, De Sutter & Zech

6. Pereira

7. Buster

8. Krychman

9. Colling

10. Arnow

11. Gibbs

12. Rellini & Meston

باورهای ناکارآمد جنسی شامل محافظه‌کاری جنسی، میل و لذت جنسی به‌عنوان یک گناه، باورهای مربوط به سن، باورهای تصویر بدن، انکار تقدم محبت در رابطه جنسی و ترجیح نقش مادری است (نوبر، پینتو گویا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶ الف). در محافظه‌کاری جنسی، مقاربت به‌عنوان فعالیت‌های منحرف و گناه دیده می‌شود. در میل و لذت جنسی به‌عنوان یک گناه، زنان باید میل جنسی خود را کنترل کنند. در باورهای مربوط به سن، میل جنسی با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند. در باورهای تصویر بدن، تصویر بدن یکی از مهم‌ترین تمایلات جنسی زنان است. در انکار تقدم محبت، رابطه جنسی از مهم‌ترین تمایلات جنسی بشر نیست. در ترجیح نقش مادری، فعالیت‌های مادری از مهم‌ترین لذت زنان است. باورها نقش به‌سزایی در اختلالات جنسی افراد دارد و تا زمانی که افراد اسیر باورهای جنسی نادرست باشند، رسیدن به لذت و رضایت جنسی را سخت و دشوار می‌کند (مک‌کارتی، ۲۰۰۲). دانش جنسی عبارت است از آگاهی فهم راجع به موضوعات و مسایل جنسی که معمولاً از راه تجربه و یا یادگیری به‌دست می‌آید (وندنباس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ به نقل بشارت و رفیع‌زاده، ۱۳۹۵). احساسی که فرد نسبت به اندام‌ها، رفتارهای جنسی و جنسیت خود دارد و در کارکردهای جنسی او تاثیر می‌گذارد، به‌بیان دیگر افکار و احساساتی که فرد درباره خویشتن دارد اعتماد به‌نفس وی را تشکیل می‌دهد که اعتماد به‌نفس جنسی نامیده می‌شود (رحیمی، شفیع‌آبادی و یونسی، ۱۳۸۸).

داده‌های محدودی در مورد شیوع و بروز اختلال عملکرد جنسی وجود دارد. داده‌های موجود به‌علت تغییرات در تعاریف اختلال عملکرد جنسی، مقادیر مختلف تشخیصی، ترکیب جمع نمونه‌ها و روش‌های جمع‌آوری داده‌ها به‌طور قابل توجهی متفاوت است (آنیتا و کلایتون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). موانع اجتماعی و فرهنگی، وجود تابوها و کج‌فهمی‌ها برآورد دقیق شیوع این اختلالات را دشوار می‌نماید. اختلالات عملکرد جنسی مطابق آمار ارائه شده، شیوع قابل ملاحظه‌ای در جوامع دارد، به‌عنوان مثال در آمریکا حدود نیمی از جمعیت مردان و زنان دچار نوعی از اختلالات جنسی هستند و گرچه شیوع آن در زنان بیشتر گزارش شده، ولی درصد بالایی از مردان را نیز شامل می‌شود (لامن، پیک و روزن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). بیانیه چهارمین کنفرانس بین‌المللی پزشکی جنسی در سال ۲۰۱۵ بیان می‌کند که در سراسر روش‌های مختلف ارزیابی، شایع بودن شکایت جنسی زنان بدون توجه به سن، در حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد است (ماریا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). میزان شیوع اختلال عملکرد جنسی در حدود ۲۵/۸ تا ۹۱ درصد تخمین زده شده است (آنیتا و کلایتون، ۲۰۱۷). همچنین مروری بر پژوهش‌های انجام شده درباره بررسی شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان و عوامل مرتبط با آن، از جمله پژوهش‌های هی ساسو<sup>۶</sup> و همکاران بر روی ۲۰۹۵ زن ژاپنی (۲۰۰۵)، پالاسپوس<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، برمن<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، و بالاخره پژوهش پون هولرز<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، که بر روی ۷۰۶ زن اتریشی صورت

1. Nobre, Pinto-Gouveia

2. Vandebos

3. Anita & Clayton

4. Laumann, Paik & Rosen

5. Marita

6. Hisasue

7. Palacios

8. Berman

9. Ponzholzer

گرفت، بیانگر افزایش شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان با افزایش سن آن‌ها است. در این پژوهش‌ها عوامل هیجانی، روابط بین‌فردی، و عوامل روانشناختی مانند اعتماد به نفس جنسی، طرح‌واره‌های جنسی، باورهای ناکارآمد جنسی، احساس گناه جنسی، کم‌رویی جنسی و تصویر ذهنی بدن، خود از جمله عوامل تاثیرگذار بر عملکرد جنسی زنان شناخته شد. پژوهش‌های محدودی در رابطه با اختلالات جنسی در بین زنان ایرانی انجام گرفته است. خالقی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، در پژوهشی به بررسی شیوع و برخی عوامل مرتبط با اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی نیشابور پرداختند؛ یافته‌ها نشان داد شیوع اختلال عملکرد جنسی ۸۳/۵ درصد بود، بیشترین و کمترین میزان اختلال به ترتیب مربوط به حیطه‌های تحریک جنسی و رطوبت مهبل بود؛ وجود اختلال عملکرد جنسی با متغیرهای سطح تحصیلات زن و مرد، و شغل زن ارتباط معنی‌داری داشت، همچنین زنان خانه‌دار که خود و همسرشان دارای تحصیلات پایین بودند، بیشتر در معرض خطر قرار داشتند. رنجبران، چیدری و مطوری‌پور (۱۳۹۴)، به بررسی شیوع اختلالات جنسی عملکرد جنسی زنان در ایران: مرور ساختاریافته و متاآنالیز پرداختند؛ نتایج نشان داد که شیوع کلی اختلالات جنسی عملکرد جنسی زنان در ایران براساس مدل تصادفی به‌روش معکوس واریانس ۴۳/۹ درصد، و به تفکیک در بعد میل جنسی، بعد تحریک روانی، رطوبت جنسی، ارگاسم، رضایت جنسی، درد هنگام رابطه، به ترتیب برابر ۴۲/۷ درصد، ۳۸/۵ درصد، ۳۰/۶ درصد، ۲۹/۲ درصد، ۲۱/۶ درصد و ۴۰/۱ درصد برآورد شد. رئیس و همکاران (۱۳۹۴)، در مطالعه‌ای با هدف شیوع اختلال‌های عملکرد جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی پرداختند؛ یافته‌ها نشان داد از ۵۶ بیمار وسواسی متاهل، ۳۶ مورد زن بودند که ۸۱ درصد از زنان اختلال عملکرد جنسی را گزارش کردند، ۵۰ درصد کاهش میل جنسی، ۵۸ درصد اشکال در برانگیختگی جنسی، ۳۶/۱ درصد اختلال در لوبریکیشن، ۴۴ درصد اختلال ارگاسم و ۵۳ درصد درد جنسی گزارش گردید. مزینانی و همکاران (۱۳۹۱)، شیوع اختلالات عملکرد جنسی را در مناطق چهارگانه شهر تهران، ۳۱ درصد اعلام کردند.

امروزه معروف‌ترین و متداول‌ترین روش‌هایی که در درمان اختلالات جنسی به کار می‌روند، از نوع درمان‌های شناختی - رفتاری هستند (توکانو و تایی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸؛ برگرون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ برگرون و همکاران، ۲۰۱۰؛ تریکول<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ ۲۰۱۰؛ ۲۰۰۷؛ مستون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). در روش درمانی شناختی - رفتاری، علاوه بر کاربرد تکنیک‌های رفتاری، تکنیک‌های شناختی را نیز در درمان مشکلات جنسی مورد استفاده قرار می‌دهد؛ در واقع به جای تمرکز صرف بر جنبه‌های آشکار کارکرد جنسی، عوامل شناختی را نیز در جریان ارزیابی و درمان مورد توجه قرار می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش‌های گیامی و دی‌کلومی<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری و زوج درمانی کاربردی‌ترین و موثرترین تکنیک‌های درمانی شناخته شده هستند.

1. Tunku & Taayah

2. Bergeron

3. Ter Kuile

4. Meston

5. Giami & De Colomby

در پژوهش بهبودی مقدم و همکاران (۲۰۱۵)، یافته‌ها نشان داد که آموزش بهداشت جنسی می‌تواند بر عملکرد جنسی زنان تاثیر بگذارد. یافته‌های بروتو و باسن<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، نشان داد که مداخله سکس درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با بهبود قابل ملاحظه‌ای در تمایل جنسی، انگیزتگی، میزان لغزندگی، رضایتمندی و تمامی کارکردهای جنسی همراه است. نتایج پژوهش‌های ماسای<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۵)، میلز<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) و تریکول و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که تمرین‌های رفتاری در قالب مواجهه با دیلاتور، به حساسیت‌زدایی در بیماران واژینیس‌موس و کاهش ترس از محرک جنسی منجر می‌گردد. در پژوهش ساسان‌پور (۲۰۱۳)، نتایج نشان داد که درمان بازسازی شناختی جنسی می‌تواند مشکلات جنسی زوجین را کاهش دهد و به افزایش کیفیت زندگی جنسی کمک کند. یافته‌های اسرادگ<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۱)، ماشب<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، ون لانکولد<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری بر افزایش آمیزش جنسی و بهبود اختلال واژینیس‌موس موثر است. در پژوهش‌های هویر<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۰۹) و ژاکوش<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۱)، از درمان شناختی - رفتاری برای کاهش اختلال عملکرد جنسی استفاده شد و هر دو مطالعه نشان دادند که این روش تاثیر مفید و معناداری داشته است. هامامسی<sup>۹</sup> (۲۰۰۶)، در پژوهشی نشان داد که تلفیق رویکرد شناختی - رفتاری و روان‌نمایشگری در تعدیل باورهای غیرمنطقی افراد افسرده موثر است. در مطالعه توانایی، آهی و منصوری (۱۳۹۷)، نتایج گویای آن بود که درمان شناختی - رفتاری گروهی اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی سبب بهبود جاذبه جنسی و پویایی جنسی زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. در پژوهش اکبری، لطفی کاشانی و وزیر (۱۳۹۶)، یافته‌ها نشان داد روان‌درمانی چهارعاملی، عزت‌نفس جنسی زنان و مولفه‌های کنترل و قضاوت اخلاقی را افزایش داده و این اثربخشی تا پیگیری ۲/۵ ماهه در رابطه با مولفه‌های کنترل و قضاوت اخلاقی پایدار بوده است. در پژوهش رشید و حسینی اصل نظرلو (۱۳۹۶)، نتایج نشان داد که روش مداخله آموزش جنسی بر افزایش دانش جنسی والدین و احساس کفایت آنان موثر است. براساس یافته‌های محمدی و همکاران (۱۳۹۶)، تاثیر اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی، موجب ارتقای کیفیت جنسی زنان باردار گردید. در پژوهش تدین و همکاران (۱۳۹۵)، یافته‌ها نشان داد که تمام مشارکت‌کنندگان در پایان مداخله موفق به دخول واژینال بدون درد و ترس شدند، و همچنین درمان شناختی - رفتاری در تغییر افکار دهشتناک و انقباض افراد واژینیس‌موس به صورت معنی‌داری موثر بود. در پژوهش سعیدی، شمس‌علی‌زاده و یوسفی (۱۳۹۵)، یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی - رفتاری تاثیر معنی‌داری بر نقص عملکرد جنسی داشت. براساس یافته‌های صدری دمی‌رچی و همکاران (۱۳۹۵)، آموزش مهارت‌های جنسی بر افزایش دانش و نگرش جنسی زنان متاهل موثر بوده است. غلام‌رضایی، حسینی و کریمی‌نژاد (۱۳۹۵)، در

1. Brotto & Basson

2. Macey

3. Melles

4. Eserdag

5. Masheb

6. van Lankveld

7. Hoyer

8. Jacques

9. Hamamci

پژوهشی به تأثیر برنامه آموزش شناختی - رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دچار کم‌کاری میل جنسی پرداختند؛ یافته‌ها نشان داد که مداخله درمانی بر بهبود رضایت زناشویی زنان کم‌کاری میل جنسی با ضریب اثربخشی ۰/۴۸ تأثیرگذار است. در پژوهش رضایی، فتحی و احمدی قوزلوجه (۱۳۹۴)، نتایج نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری بر باورهای ناکارآمد و دانش جنسی تأثیرگذار است. سلیمانیان، نقی‌نسب اردهائی و ثناگو (۱۳۹۴)، به بررسی اثربخشی درمان سیستمی اختلالات جنسی بر بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال کم‌میلی جنسی پرداختند؛ یافته‌های پژوهش حاکی از کارایی این روش مداخله در بهبودی زنان مبتلا به اختلال کم‌میلی جنسی است. براساس یافته‌های دشتستان-نژاد، عشقی و افخمی (۱۳۹۳)، آموزش مهارت‌های جنسی پیش از ازدواج، بر بهبود باورهای ناکارآمد جنسی زوجین در شرف ازدواج (زن و مرد) گردید. در پژوهش سلیمی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱)، نتایج نشان داد که پس از آموزش جنسی، دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت. یافته‌های پژوهش صالح‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، با روش درمان شناختی - رفتاری، گویای اثربخش بودن در درمان اختلالات جنسی زنان بود. رحیمی و همکاران (۱۳۸۸)، نتایج پژوهش نشان داد که پس از مشاوره شناختی - رفتاری بر دانش، نگرش و اعتماد به نفس جنسی زنان در گروه آزمایش نسبت به قبل از مداخله و نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت. در پژوهش عشقی، بهرامی و فاتحی‌زاده (۱۳۸۶)، نتایج بیانگر اثربخش بودن مشاوره رفتاری - شناختی زوجین بر بهبود اعتماد به نفس جنسی، بی‌پرده‌گویی جنسی و دانش جنسی زنان سردمزاج بود.

امروزه یکی از مسایل مهم در جامعه، استحکام بنیان خانواده و رضایت زناشویی است، و طبق آمار جهانی، دو سوم طلاق‌ها و جدایی‌ها به علت مسایل جنسی و زناشویی اتفاق می‌افتد (عشقی، ۱۳۹۱). با توجه به اهمیت مسایل جنسی و رضایت زناشویی و تحکیم بنیان خانواده، ضرورت پرداختن به این موضوع و به‌کارگیری طرح درمانی مناسب در درمان ناکارآمدی جنسی زنان احساس می‌شود. این مساله هنوز جز مسایل تابو به‌شمار می‌رود و اطلاعاتی که در دست افراد قرار می‌گیرد، بیشتر از رسانه‌های غیرمعتبر و غیرتخصصی است، که این مساله مسبب مشکلات بیشتری در روابط بین زوجها می‌شود؛ و همچنین، ناکارآمدی جنسی زنان تأثیر فوق‌العاده و انکارناپذیری روی بهزیستی کلی فرد دارد (بالون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). رابطه جنسی ابزاری مهم برای تجربه صمیمیت است. رابطه جنسی خوب با رضایت مداوم از رابطه پیوند دارد. درحالی که رابطه جنسی کم و ناخوشایند، منشاء تعارضاتی در زوج‌های مشکل‌دار است. نارضایتی از رابطه جنسی، می‌تواند به مشکلات عمیق در رابطه‌ی جنسی، و ایجاد تنفر از همسر، خیانت، دلخوری، حسادت، رقابت، حس انتقام‌گیری، احساس تحقیر، احساس عدم اعتماد به نفس و نظایر آن منجر شود. در مطالعه فونگ، ونگ و تام<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)؛ به نقل خدایاری‌فرد و همکاران، (۱۳۹۵)، بین خیانت و تعارضات زناشویی رابطه مشاهده شده است، به‌عبارتی احتمال خیانت در مردانی که از روابط جنسی زناشویی خود ناراضی‌اند بیشتر است. این مسایل توسط تنش‌ها و اختلافات،

1. Balon

2. Fung, Wong, & Tam



تقویت شده یا در قالب آن‌ها تجلی و بروز می‌یابد و به تدریج شکاف بین همسران را، عمیق‌تر می‌سازد. (بهرامی و محبی، ۱۳۸۷؛ به نقل کلال قوچان عتیق و سرایی، ۱۳۹۵).

با توجه به ملاحظات فوق و اهمیت به‌سزای رابطه مطلوب زنان، در رابطه جنسی و زناشویی برای آرامش و سلامت جسمی، فکری و روانی خود و همسرشان، و متعاقباً تأثیر آن بر سلامت و رشد فرزند و در نهایت دوری از آفت و آسیب روابط فرازناشویی<sup>۱</sup>، و اینکه درمان شناختی رفتاری در بهبود مسایل جنسی افراد موثر می‌باشد، محقق برآن شده است تا به بررسی اثر بخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی بر متغیرهای وابسته بپردازد.

### روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: از نوع طرح‌های آزمایشی (نیمه‌آزمایشی) با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله متاهل شهرستان سنقر که برای مشکلات جنسی به کلینیک روانشناسی و مشاوره آویستا در نیمه اول سال ۹۶ مراجعه کرده بودند، و با توجه به نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، توسط روانشناس بالینی مبتلا به یکی از اختلالات جنسی تشخیص داده شده بودند را تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ زن بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله متاهل دارای اختلال جنسی با تشخیص روانشناس بالینی؛ و معیارهای خروج شامل هم‌ابتلایی به اختلالات روانپزشکی، ابتلای همسر به اختلال جنسی، بارداری و عدم توانایی و رغبت برای انجام تکالیف بود.

### ابزار

**پرسشنامه عملکرد جنسی زنان:** این پرسشنامه توسط روزن<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۰)، با هدف ارزیابی عملکرد جنسی زنان ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ سوال و ۶ بُعد اصلی اختلالات جنسی زنان شامل میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لیزش‌دگی واژن، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی را می‌سنجد. نمرات در نظر گرفته شده برای هر سوال بُعد میل جنسی (۱ تا ۵) امتیاز و برای دیگر ابعاد (صفر تا ۵) امتیاز می‌باشد؛ به این ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر نشانگر کارکرد بهتر جنسی است. حداکثر نمره برای هر حوزه برابر با ۶ و برای کل شاخص ۳۶ است. اعتبار مقیاس از طریق پایایی بازآزمایی در پژوهش‌های گوناگون ۰/۷۹ تا ۰/۸۶، و نمره ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است. محمدی، حیدری و فقیه‌زاده (۱۳۸۷)، پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۰ گزارش نمود. کراسکیان مومجمباری و کیب‌الهی (۱۳۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱، و پایایی بازآزمایی را با فاصله یک‌ماه برابر با ۰/۸۸ گزارش نمودند. در پژوهش طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

<sup>۱</sup>. Extramarital Relationships

<sup>۲</sup>. Female Sexual Function Index (FSFI)

<sup>۳</sup>. Rosen

پرسشنامه باورهای ناکارآمد جنسی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه شامل ۳۴ آیتم است که به ارزیابی کلیشه‌های خاص مربوط به باورهای ناکارآمد جنسی می‌پردازد، و گویه‌ها از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می‌باشد. پژوهش‌های روان‌سنجی اعتبار و روایی آن را تایید کرده‌اند (نوبر و همکاران، ۲۰۰۶ ب). در پژوهش امان‌الهی، جزینی و رجبی (۱۳۹۶)، پایایی بازآزمایی این پرسشنامه بین دو اجرای متوالی با فاصله ۴ هفته و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

**پرسشنامه دانش جنسی<sup>۲</sup>**: این پرسشنامه توسط هوپر<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) ساخته شده که دارای ۱۵ سوال پیرامون مسائل جنسی زنان و مردان می‌باشد و برای هر دو جنس کارایی دارد. گزینه‌های این پرسشنامه به صورت درست و غلط نمره‌گذاری می‌شود که برای پاسخ درست نمره یک و برای پاسخ غلط نمره صفر منظور می‌شد، و حداکثر نمره آزمون ۱۵ و حداقل نمره آن صفر می‌باشد. این آزمون در پژوهش عشقی و همکاران (۱۳۸۶)، استفاده شد و جهت همسانی درونی آن نیز از آلفای کرونباخ استفاده گردید این ضریب برابر ۰/۷۲ بود. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۴) و پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۵ به دست آمد.

**پرسشنامه اعتماد به نفس جنسی<sup>۴</sup>**: این پرسشنامه توسط هوپر (۱۹۹۲) طراحی شده که دارای ۱۵ سوال می‌باشد؛ به منظور پاسخ دادن به هر سوال سه ماده متناسب با آن سوال تعبیه شده است. حداکثر نمره آن ۴۵ و حداقل آن ۱۵ است؛ نمره بالاتر نشانگر اعتماد به نفس جنسی بالاتر است. در پژوهش عشقی و همکاران (۱۳۸۶)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برآورد شد. در پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۸۸)، روایی محتوایی پرسشنامه به وسیله پنج متخصص مشاوره و روانشناسی تایید شد، و تعیین همسانی درونی پرسشنامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که این ضریب برابر با ۰/۷۰ بود. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

#### روش اجرا

به دلیل اینکه این پژوهش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد؛ به طوری که یک رضایت‌نامه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روانشناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند درمان نداشته باشند به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و از طرح پژوهش خارج شوند. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی و قرارگیری تصادفی نمونه‌ها در گروه آزمایش و کنترل، از هر دو گروه، پرسشنامه‌های ذکر شده به عنوان پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس گروه آزمایشی به مدت ۱۴ جلسه ۲ ساعت که هر هفته یکبار برگزار می‌شد تحت درمان قرار گرفتند؛ برای گروه کنترل هیچ مداخله درمانی انجام گرفته نشد. پس از اتمام درمان برای گروه آزمایشی، پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد؛ پس از سه ماه نیز آزمون پیگیری در مورد دو

<sup>۱</sup>. Sexual Dysfunctional Beliefs Question (SDBQ)

<sup>۲</sup>. Sexual Knowledge Question (SKQ)

<sup>۳</sup>. Hooper

<sup>۴</sup>. Sexual self-confidence questionnaire (SSCQ)



گروه به عمل آمد. در تهیه پروتکل درمانی، از اسپنس<sup>۱</sup> (۲۰۱۰؛ ترجمه توزنده جانی و همکاران، ۱۳۹۶)، و رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، استفاده شده و در جدول شماره ۱ ارایه شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-20 استفاده شد. روش‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش، آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار، و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چندمتغیره بود.

جدول ۱. جلسات روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی

جلسه	عنوان جلسات	اهداف جلسات
یکم	آشنایی اعضا و گرفتن پرسشنامه پیش‌آزمون و افزایش آگاهی جنسی	آشناسازی اعضا با یکدیگر، رهبر گروه، قوانین و ساختار گروه؛ تبیین هدف مطالعه برای شرکت‌کنندگان؛ تاکید بر محرمانه بودن پاسخ‌ها؛ شرح نحوه تکمیل پرسشنامه؛ تکمیل پرسشنامه پایه توسط اعضا؛ شروع آموزش و آگاهی جنسی؛ معرفی کتاب
دوم	آموزش مهارت‌های شناختی	مرور مباحث جلسه اول؛ آموزش آرمیدگی؛ آموزش مهارت خیال‌پردازی؛ ارائه تکلیف
سوم	ادامه آموزش مهارت‌های شناختی	مرور جلسات قبل و بررسی انجام تکلیف؛ آموزش مهارت‌های تمرکز و توجه؛ ارائه تکلیف
چهارم	آشنایی با افکار و عقاید منفی که باعث بروز احساسات منفی نسبت به مسائل جنسی می‌شود	مرور جلسات قبل و بررسی انجام تکلیف؛ توصیف انواع شناخت‌های ناسازگارانه؛ شناخت افکار ناسازگارانه و خودگویی‌ها؛ ارائه تکلیف
پنجم	ادامه آشنایی با افکار و عقاید منفی که باعث بروز احساسات منفی نسبت به مسائل جنسی می‌شود	مرور جلسات قبل و بررسی انجام تکلیف؛ توصیف هیجان‌های همراه با شناخت‌های ناسازگارانه؛ ارائه تکلیف
ششم	توضیح اثر عوامل روانشناختی در کارکرد جنسی	بررسی تکلیف ارائه شده در جلسه قبلی؛ آموزش عوامل روانشناختی (عوامل زمینه‌ساز و عوامل آشکارساز)؛ ارائه تکلیف
هفتم	ادامه توضیح اثر عوامل روانشناختی در کارکرد جنسی	مرور جلسات قبل و بررسی تکلیف ارائه شده در جلسه قبلی؛ آموزش عوامل روانشناختی (عوامل نگهدارنده)؛ ارائه تکلیف
هشتم	بازسازی شناختی	بررسی تکلیف ارائه شده در جلسه قبلی؛ بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی؛ بررسی برگه‌های افکار غیرمنطقی مراجعان؛ ارائه تکلیف
نهم	ادامه بازسازی شناختی	مرور جلسات قبل و بررسی تکلیف ارائه شده در جلسه قبلی؛ بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی در مورد خود؛ بررسی برگه‌های افکار غیرمنطقی مراجعان؛ ارائه تکلیف
دهم	آموزش اختلالات جنسی در زنان	بررسی تکلیف ارائه شده در جلسه قبلی؛ چرخه پاسخ جنسی در زن؛ آموزش انواع اختلالات جنسی موجود در زنان؛ اختلال انگیزختگی/علاقه جنسی، اختلال ارگاسمی زن
یازده	ادامه آموزش اختلالات جنسی در زنان	مرور جلسات قبل؛ آموزش انواع اختلالات جنسی موجود در زنان؛ اختلال درد لگنی تناسلی/دخول
دوازده	آموزش رابطه جنسی صحیح	آشنایی با نقاط حساس بدن؛ آموزش انواع پوزیشن‌های معمول و غیرمعمول ارتباط جنسی
سیزده	ادامه آموزش رابطه جنسی صحیح	مرور جلسات قبل؛ آشنایی با فنون تمرکز حسی و علائم آن؛ آموزش سردکننده‌های جنسی و توضیح استانداردهای جذابیت
چهارده	آموزش مهارت حل‌مسئله و اجرای پس‌آزمون	آموزش مهارت حل‌مسئله؛ مرور کلی و اجرای پس‌آزمون

### یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده ۳۲/۴۷ سال با انحراف معیار ۵/۳۹ بود. شاخص‌های آماری دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارایه گردیده است. از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای آنالیز داده‌ها استفاده شد. برای انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. بدین‌منظور، چهار مفروضه زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، هم‌خطی چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون عملکرد جنسی ۰/۴۵، باورهای ناکارآمد جنسی ۰/۴۲، دانش جنسی ۰/۴۰ و اعتماد به نفس جنسی ۰/۳۷ به دست آمد؛ با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) در تمام متغیرها کمتر از ۰/۸۶ بود ( $r < 0/86$ ). با توجه به مقادیر همبستگی‌های به دست آمده تقریباً از مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای تصادفی کمکی (کوواریت‌ها)، اجتناب شده بود. پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در بین نمرات دو گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد؛ نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در واریانس دو

<sup>1</sup>. Spence

گروه مشاهده نمی‌شود. و لذا شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در هر دو گروه یکسان است. بررسی نتایج آزمون M باکس نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برقرار است ( $P= ۰/۷۳$ ،  $F= ۰/۸۶$ ). نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس-آزمون نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز ( $\pi$ ) معنی‌دار نمی‌باشد ( $F= ۱/۴۵$ ،  $P \leq ۰/۱۲۴$ )؛ بنابراین فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است. به‌همین منظور می‌توان اطمینان حاصل کرد که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورده می‌کند و می‌توان داده‌های پژوهش را توسط این روش آماری آنالیز کرد.

جدول ۲. میانگین و انحراف‌معیار گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

متغیر	گروه‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۳۹/۷۸	۷/۴۲	۴۰/۳۶	۶/۸۱
	پس‌آزمون	۵۰/۳۹	۳/۹۱	۴۱/۵۲	۵/۴۶
پیگیری	پیش‌آزمون	۵۰/۲۷	۳/۷۵	۴۰/۶۸	۶/۷۱
	پس‌آزمون	۱۲۴/۳۷	۱۰/۸۵	۱۲۶/۲۸	۱۱/۶۴
باورهای ناکارآمد جنسی	پیش‌آزمون	۱۰۳/۴۷	۹/۳۱	۱۲۵/۳۱	۱۲/۱۸
	پیگیری	۱۰۳/۵۲	۹/۳۲	۱۲۶/۶۵	۱۱/۱۷
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۶۲/۷۲	۱۷/۴	۶۱/۶۵	۱۹/۱۲
	پس‌آزمون	۷۴/۲۳	۱۶/۳۴	۵۹/۳۰	۱۷/۸۹
دانش جنسی	پیگیری	۷۴/۴۱	۱۶/۳۸	۶۰/۲۲	۱۸/۴۱
	پیش‌آزمون	۲۸/۲۹	۸/۷۹	۲۷/۶۳	۸/۵۹
اعتماد به‌نفس جنسی	پیش‌آزمون	۳۷/۵۲	۹/۸۳	۲۷/۱۸	۸/۳۸
	پیگیری	۳۷/۴۶	۹/۷۴	۲۵/۵۲	۷/۵۷

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد ( $F= ۸۹/۰۳$ ،  $P \leq ۰/۰۰۱$ ). بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس یک‌راهه با کنترل پیش‌آزمون انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای عملکرد جنسی ( $F= ۲۱۷/۴۱$ ،  $P \leq ۰/۰۰۱$ )، باورهای ناکارآمد جنسی ( $F= ۸۰/۲۵$ ،  $P \leq ۰/۰۰۱$ )، دانش جنسی ( $F= ۸۵/۷۱$ ،  $P \leq ۰/۰۰۱$ ) و اعتماد به‌نفس جنسی ( $F= ۸۷/۱۴$ ،  $P \leq ۰/۰۰۱$ ) در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
عملکرد جنسی	۹۰۱/۷۵	۱	۲۱۷/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱
باورهای ناکارآمد جنسی	۳۹۵/۷۴	۱	۸۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸
دانش جنسی	۳۲۵/۳۸	۱	۸۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰
اعتماد به‌نفس جنسی	۳۴۷/۸۷	۱	۸۷/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین نمره‌های پی‌گیری متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که مقدار  $F$  لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد ( $F=71/42$ ،  $P \leq 0/001$ ). نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای عملکرد جنسی ( $F=127/52$ ،  $P \leq 0/001$ )، باورهای ناکارآمد جنسی ( $F=81/68$ ،  $P \leq 0/001$ )، دانش جنسی ( $F=97/10$ ،  $P \leq 0/001$ ) و اعتماد به‌نفس جنسی ( $F=83/57$ ،  $P \leq 0/001$ ) در مرحله پی‌گیری معنی‌دار می‌باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا، روی میانگین نمره‌های پی‌گیری با کنترل پیش‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
عملکرد جنسی	625/82	1	127/52	0/001	0/85
باورهای ناکارآمد جنسی	285/31	1	81/67	0/001	0/78
دانش جنسی	252/28	1	97/10	0/001	0/81
اعتماد به‌نفس جنسی	301/98	1	83/57	0/001	0/79

#### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی کارایی و اثربخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی بر عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد جنسی، دانش جنسی و اعتماد به‌نفس جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی بود. به‌نظر می‌رسد این مداخله منجر به کاهش قابل ملاحظه در شدت علائم و آسیب در کارکرد مراجعان گردید. یافته‌های حاصل از بهبود عملکرد جنسی پژوهش، با نتایج پژوهش‌های بهبودی مقدم و همکاران (۲۰۱۵)، ماسای و همکاران (۲۰۱۵)، بروتو و باسن (۲۰۱۴)، میلز و همکاران (۲۰۱۴)، ساسان‌پور (۲۰۱۳)، تریکول و همکاران (۲۰۱۳؛ ۲۰۱۰؛ ۲۰۰۷)، اسرادگ و همکاران (۲۰۱۱)، ماشب و همکاران (۲۰۰۹)، هویر و همکاران (۲۰۰۹)، ون لانکولد و همکاران (۲۰۰۶)، ژاکوش و همکاران (۲۰۰۱)، توانایی و همکاران (۱۳۹۷)، سعیدی و همکاران (۱۳۹۵)، غلام‌رضایی و همکاران (۱۳۹۵)، تدین و همکاران (۱۳۹۵)، سعیدی و همکاران (۱۳۹۵)، سلیمانیان و همکاران (۱۳۹۴)، راستگو و همکاران (۱۳۹۳)، صالح‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، همسو و هماهنگ است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری جنسی در درمان اختلالات جنسی دلایل گوناگونی را می‌توان مطرح کرد؛ نخست آنکه چندین احتمال را می‌توان بیان کرد: تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به اختلالات جنسی تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند به بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد منجر شود؛ این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالت اضطرابی را کاهش می‌دهد و تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط را موجب می‌شود؛ از بین بردن احساس گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت، جایگزین کردن شناخت‌های صحیح به‌جای شناخت‌های بازدارنده و غلط می‌تواند تبیین تاثیر مداخله درمانی باشد؛ طرح‌ریزی جزئیات روند نزدیکی به‌صورتی است که درمانجو انگیزه و توانایی لازم را، برای پذیرش و ابراز علائق جنسی، در شرایطی جذاب و دل‌انگیز و خالی از تنش-های جنسی پیشین، به‌دست می‌آورد (صالح‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰؛ غلام‌رضایی و همکاران، ۱۳۹۵).

یکی از مولفه‌های درمان شناختی - رفتاری پژوهش حاضر، به چالش کشیدن و تغییر دادن باورهای ناکارآمد جنسی زنان بود. باورهای ناکارآمد، دارای ویژگی‌هایی از قبیل درون‌مایه‌های عمیق، فراگیر، مکرر و برگرفته از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی هستند و هنگام فعال شدن سطح بالایی از عواطف را دربرمی‌گیرد، که حاصل تعامل خلق‌وخوی فرد با تجارب ناکارآمد او با خانواده و اطرافیان در سال‌های گذشته زندگی فرد است (دشتستان‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). باورهای ناکارآمد در سیر زندگی تداوم دارند و ساختارهای عمیق و غیرقابل انکار دارند. لذا رفتار یک فرد، بخشی از این باورها محسوب نمی‌شود، بلکه رفتارهای ناسازگار در پاسخ به باورهای ناکارآمد به‌وجود می‌آید. زمانی که باورهای فرد فعال می‌شود، تبدیل به اتاق فرمان افکار خودآیند منفی می‌گردد و به‌طور منفی موجب سوگیری در اطلاعات می‌شود. از این جهت، تغییر باورهای ناکارآمد و ناسازگار برای عملکرد بهتر، تغییر الگوهای زندگی و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و فراهم کردن محیطی برای یادگیری مهارت‌های انطباقی است (پدرو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). یافته‌های اسپنس و همکاران (۲۰۱۰)، بیکر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷)، نوبر و پینتو گویا (۲۰۰۸؛ پ؛ ۲۰۰۶ الف)، هیمان<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۸۸)، و امان‌الهی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند باورهای جنسی به‌عنوان نگرش‌های شخصی افراد، نقش تعیین‌کننده‌ای در بدکارکردی جنسی افراد ایفا می‌کنند. یافته‌های حاصل از باورهای ناکارآمد جنسی پژوهش، با نتایج پژوهش‌های هامامسی<sup>۴</sup> (۲۰۰۶)، محمدی و همکاران (۱۳۹۶)، رضایی، و همکاران (۱۳۹۴)، دشتستان‌نژاد و همکاران (۱۳۹۳)، همسو می‌باشد.

به‌طور منطقی هم‌زمانی با این باور که برخی اعمال جنسی بین همسران به‌عنوان فعالیت‌های منحرف و گناه دیده می‌شود، آن‌ها نقش جنسی پذیرا و منفعل را بازی می‌کنند، زنان باید میل جنسی خود را کنترل کنند، لذت، یک تجربه گناه است و در فرهنگ و خانواده‌ای بزرگ شده‌اند که رابطه جنسی را گناه می‌پندارند، قابل قبول است. همچنین، زنانی که به این باور رسیده‌اند که میل جنسی، لذت و ارگاسم با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند، افراد پایه‌سن گذاشته نیاز و تمایلی به این رابطه ندارند، تغییرات هورمونی، فیزیکی، افزایش آستانه تحریک، کاهش سطح انرژی، یائسگی و بسیاری عوامل دیگر را در نظر نمی‌گیرند و بر این باورند که کاهش میل جنسی در این دوران امری طبیعی است، کمتر برای رفع مشکلات جنسی به پزشک مراجعه می‌کنند و سنین میانسالی را دلیل موجهی برای از بین بردن میل جنسی می‌دانند (امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۶). برای تبیین باورهای ناکارآمد جنسی می‌توان گفت، بر اثر آموزش شناختی رفتاری افراد از باورها که ناکارآمد هستند آگاه شده و به غیرمفید بودن آن‌ها پی می‌برند و تلاش می‌کنند آن‌ها را تغییر دهند. آن‌گونه که الیس<sup>۵</sup> (۲۰۰۲)، مطرح کرده است، باورهای ما درباره رویدادها، نه تنها خود رویدادها بلکه پاسخ‌های مربوط به آن‌ها را هم شکل می‌دهد. رویکرد شناختی - رفتاری می‌کوشد با به چالش کشیدن شناخت‌ها (بک<sup>۶</sup>، ۱۹۷۶)

1. Pedro

2. Baker

3. Heiman

4. Hamamci

5. Ellis

6. Beck

به شناسایی و اصلاح تفکر تحریف شده و باورهای ناکارآمد پردازد (رم<sup>۱</sup>، ۱۹۷۷)، تا بتواند به تغییر آشکار فرض و باورهای ناکارآمد نایل شود (الیس، ۱۹۶۲).

یکی دیگر از مولفه‌های درمان شناختی - رفتاری پژوهش حاضر، دادن اطلاعات و دانش (آگاهی) جنسی به زنان بود. در این زمینه پژوهشگران زیادی از جمله اسپنس (۲۰۱۰)، بنکرافت<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) و مسترز و جانسون<sup>۳</sup> (۱۹۷۰) به رابطه بین دانش و نابهنجاری‌های جنسی اشاره کرده‌اند. همچنین دراگوتیس و میر<sup>۴</sup> (۱۹۷۹؛ به نقل اسپنس، ۲۰۱۰)، در پژوهشی به مقایسه دانش و مهارت نسبی زوجین مبتلا به نابهنجاری‌های جنسی با زوجین فاقد این نابهنجاری‌ها پرداختند؛ نتایج نشان داد که زن و شوهر مبتلا به نابهنجاری‌های جنسی به‌طور معناداری از معلومات جنسی کمتری برخوردارند. مک‌مولن و روزن<sup>۵</sup> (۱۹۷۹)، در درمان زنان مبتلا به اختلالات جنسی به‌شیوه شناختی - رفتاری از ارائه دانش و اطلاعات به‌عنوان یکی از مولفه‌های اصلی درمان استفاده کردند، که نتایج مثبتی در پی داشت. گل‌من<sup>۶</sup> (۱۹۸۳)، نشان داد که ارائه آموزش‌ها و اطلاعات جنسی، آناتومی بدن و تکنیک‌های جنسی از جمله اصول اساسی رویکرد رفتاری موثر در درمان اختلالات جنسی است. وستیمر و لوپاتر<sup>۷</sup> (۲۰۰۵)، از طریق ارائه دانش و اطلاعات اقدام به درمان زنان مبتلا به اختلال ارگاسم ثانویه کردند و نتایج رضایت‌بخشی به‌دست آوردند. یافته‌های حاصل از دانش جنسی پژوهش، با نتایج پژوهش‌های ذکر شده و رشید و همکاران (۱۳۹۶)، صدری دمی‌رچی و همکاران (۱۳۹۵)، رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، سلیمی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱)، رحیمی و همکاران (۱۳۸۸) و عشقی و همکاران (۱۳۸۶) هم‌خوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، از آن‌جا که در این پژوهش، آموزش شناختی - رفتاری متمرکز بر افزایش آگاهی افراد نسبت به مباحث مرتبط با رابطه جنسی بوده و در زمینه آناتومی جنسی، چرخه پاسخ جنسی، نیازهای جنسی زن و مرد، ابراز احساسات در هنگام برقراری رابطه، مقدمات برقراری رابطه و انواع اختلالات جنسی اطلاعات مفیدی به درمانجویان ارائه می‌شود که این شناخت‌ها موجب دانش جنسی افراد و همچنین رضایت جنسی می‌شود.

یکی دیگر از مولفه‌های درمان شناختی - رفتاری پژوهش حاضر، بهبود و افزایش اعتماد به‌نفس جنسی زنان بود. پژوهش‌های متعددی به ارتباط منفی بین اعتماد به‌نفس عمومی و جنسی با کژکاری‌های جنسی به‌خصوص سردمزاجی زنان اشاره کرده‌اند. نتایج پژوهش وستیمر و لوپاتر (۲۰۰۵)، نشان داد نابهنجاری‌های جنسی منجر به کاهش اعتماد به‌نفس و خودکارآمدی فرد می‌شود؛ و از آن‌جا که مسایل جنسی و توانایی برقراری یک ارتباط جنسی مطلوب، یکی از اجزای شخصیت و خودپنداره فرد محسوب می‌شود، زمانی که فرد در عملکرد جنسی با مشکل مواجه می‌شود، خود را به‌عنوان یک شریک جنسی فاقد صلاحیت می‌بیند و این مساله اعتماد به‌نفس جنسی فرد را کاهش می‌دهد. یافته‌های

1. Rehm

2. Bancroft

3. Masters & Johnson

4. Dragothis & Mir

5. McMullen & Rosen

6. Gellman

7. Whestheimer & Lopater

پژوهش مسترز، جانسون و کلودنی<sup>۱</sup> (۱۹۹۴)، هچر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۴) و برکو<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۲) بر روی زنان سردمزاج نشان دادند که اکثر آن‌ها از شکل ظاهری بدن خود ناراضی بوده و آن را زشت و نامطلوب می‌دانستند و این اعتماد به نفس جنسی پایین، یکی از مهم‌ترین علل میل جنسی پایین به شمار می‌آید. پژوهش‌های هولبرت<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۳) و هارتمن<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۴؛ ۲۰۰۲) نیز نشان دادند که فقدان اعتماد به نفس و جرات‌ورزی در زنان با میل جنسی پایین مرتبط است، و کمک به افزایش اعتماد به نفس این زنان می‌تواند به بهبود میل جنسی‌شان کمک کند و رفع مشکل میل جنسی نیز، خود موجب افزایش اعتماد به نفس جنسی این زنان می‌شود. نکته حائز اهمیت اینجاست که از تمام این پژوهش‌ها می‌توان نتیجه گرفت که بین اعتماد به نفس و نابهنجاری‌های جنسی یک سیکل معیوب وجود دارد، یعنی نابهنجاری جنسی و عدم موفقیت در عملکرد جنسی منجر به کاهش اعتماد به نفس زنان می‌شود و این اعتماد به نفس پایین نیز مشکل را تشدید کرده و به وخامت اوضاع می‌افزاید. یافته‌های حاصل از اعتماد به نفس جنسی پژوهش، با نتایج پژوهش‌های ذکر شده و اکبری و همکاران (۱۳۹۶)، رحیمی و همکاران (۱۳۸۸) و عشقی و همکاران (۱۳۸۶) همسو و هماهنگ می‌باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که می‌توان به این موارد اشاره نمود. روش نمونه‌گیری در دسترس، ممکن است نتایج حاصل از تحلیل آماری را تحت‌تاثیر قرار دهد؛ و در نتیجه، تاثیرات نامطلوبی روی روایی درونی پژوهش داشته باشد. بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج پژوهش باید این محدودیت را به‌نحوی مدنظر قرار داد؛ بدیهی است که با انجام پژوهش‌های مکرر و تایید یافته‌ها، این محدودیت در عمل از بین خواهد رفت. پژوهش بر روی زنان انجام شد، پس در تعمیم یافته‌ها باید احتیاط صورت گیرد. و در نهایت مشکل دسترسی به نمونه وسیع‌تر را میتوان اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود روش درمانی شناختی رفتاری جنسی بر روی اختلالات جنسی مردان متاهل نیز بررسی شود و با گروه نمونه زنان مقایسه شود. پیشنهاد می‌گردد که اثربخشی رویکرد درمانی شناختی رفتاری جنسی در درمان اختلالات جنسی را با دیگر رویکردهای درمانی از جمله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت، درمان سیستمیک اختلالات جنسی و طرحواره درمانی مقایسه، و همچنین دوره‌های پیگیری طولانی مدت‌تری برای سنجش اثربخشی درمان در نظر بگیرند. از پیشنهادها کاربردی می‌توان از درمان شناختی رفتاری جنسی در مراکز مشاوره قبل از ازدواج و بعد از ازدواج، برای مجهز ساختن زوج‌ها به مهارت‌های ارتباط جنسی صحیح و رضایت‌بخش، و همچنین در مسیر رفع مشکلات جنسی زوج‌ها در کلینیک‌های شخصی، دادگاه‌های خانواده، سازمان بهزیستی کشور و دیگر سازمان‌های وابسته اشاره کرد.

1. Kolodny

2. Hatcher

3. Berkow

4. Hulbert

5. Hartman



### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین همسران ایشان که مراتب شرکت آن‌ها را فراهم نمودند، کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

### منابع

- اسپنس، سوزان. (۲۰۱۰). *درمان اختلالات جنسی (دیدگاه شناختی رفتاری)*. ترجمه تونزنده جانی و همکاران. (۱۳۹۶). تهران: پیک فرهنگ.
- اکبری، محبوبه؛ لطفی کاشانی، فرح، وزیری؛ شهرام. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی چهار عاملی بر افزایش عزت نفس جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۱۰(۱): ۶۰-۴۹.
- امان‌الهی، عباس؛ جزینی، شادی؛ رجبی، غلام‌رضا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی بدکارکردی جنسی براساس باورهای جنسی در دانشجویان زن متأهل شهر اهواز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱): ۱۲-۶.
- بشارت، محمدعلی؛ رفیع‌زاده، بهار. (۱۳۹۵). پیش‌بینی رضایت سطوح جنسی و سازگاری زناشویی براساس متغیرهای شغلی، تعهد، صمیمیت، و دانش و نگرش جنسی. *روانشناسی خانواده*، ۳(۱): ۴۶-۳۱.
- تدین، میترا؛ رضایی خیرآبادی، آرزو؛ ملایی‌نژاد، میترا؛ شیرالی نیا، خدیجه. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر افکار دهشتناک زنان مبتلا به واژینیسیموس اولیه: یک کارآزمای بالینی تک موردی. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۱۹(۳۹): ۳۴-۲۵.
- توانایی، عاطفه؛ آهی، قاسم؛ منصوری، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی بر پویایی‌های رابطه جنسی و جاذبه جنسی زنان مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۸(۲): ۲۲-۵.
- خالقی‌نژاد، خوشه؛ کریمیان، نورالسادات؛ ناهیدی، فاطمه؛ عبادی، عباس؛ نصیری، ملیحه. (۱۳۹۷). بررسی شیوع و برخی عوامل مرتبط با اختلال عملکرد جنسی در زنان روستایی مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت روستایی شهرستان نیشابور. *فصلنامه کومش*، شماره ۲ (پیاپی ۷۰): ۳۱۸-۳۱۰.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ علوی‌نژاد، ثریا، سجادی اناری، سعید؛ زندی، سعید. (۱۳۹۵). اثربخشی خانواده‌درمانی شناختی - رفتاری بر اختلال تنوع‌طلبی جنسی. *رویش روانشناسی*، ۵(۴): ۱۱۶-۸۵.
- دشتستان‌نژاد، آمنه؛ عشقی، روناک؛ افخمی، ایمانه. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های جنسی بر باورهای ناکارآمد جنسی زوجین در شرف ازدواج شهر اصفهان. *مجله مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی*، ۴(۲): ۲۲-۱۴.
- رحیمی، الهام؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ یونسی، فلورا. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش شناختی - رفتاری بر دانش، نگرش و اعتماد به نفس جنسی زنان شیراز. *ارمغان دانش*، ۱۴(۳): ۱۱۱-۱۰۴.
- رشید، خسرو؛ حسینی اصل نظرلو، مریم. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش جنسی بر افزایش دانش جنسی والدین و احساس کفایت آنان. *نشریه آموزش و ارزشیابی*، ۱۰(۳۷): ۱۶۲-۱۴۳.
- رضایی، اعظم؛ فتحی، روح‌اله؛ احمدی قوزلوجه، احمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر باورهای ارتباطی ناکارآمد و دانش جنسی زنان متأهل. *زن و مطالعات خانواده*، ۸(۳۰): ۴۷-۳۵.
- رنجبران، مهدی؛ چیذری، مینا؛ مطوری‌پور، پگاه. (۱۳۹۴). بررسی شیوع اختلالات جنسی عملکرد جنسی زنان در ایران: مرور ساختاریافته و متاآنالیز. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۷): ۱۱۲۵-۱۱۱۷.
- رئیزی، فیروزه و همکاران. (۱۳۹۴). شیوع اختلال‌های عملکرد جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی. *مجله دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۷۳(۲): ۱۰۹-۱۰۱.

- سادوک، بنیامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۱۵). *خلاصه‌ی روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. (جلد دوم). ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
- سعیدی، منیژه؛ شمس علی‌زاده، نرگس؛ یوسفی، فایق. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جنسی متعاقب هیستریکتومی در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت سنندج. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳(۴): ۳۹-۴۷.
- سلیمانیان، علی‌اکبر؛ نقی‌نسب اردهائی، فاطمه؛ ثناگو، اکرم. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان سیستمی اختلالات جنسی بر بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال کم‌میلی جنسی. *نشریه تخصصی روان‌پرستاری*، ۳(۴): ۵۸-۷۰.
- سلیمی، مرجان؛ فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش جنسی به شیوه رفتاری- شناختی بر دانش، خودابرازی و صمیمیت جنسی زنان متاهل شهرستان مبارکه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناسی*، ۷(۲۸): ۱۱۱-۱۲۸.
- صالح‌زاده، مریم؛ کجاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین؛ ذولفقاری، معصومه. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان. *مطالعات روانشناختی*، ۷(۱): ۱۱-۳۱.
- صدری دمیرچی، اسماعیل؛ پرزور، پرویز؛ اسماعیلی قاضی‌ولوئی، فریبا. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مهارت‌های جنسی بر دانش و نگرش جنسی زنان متاهل. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۶(۱): ۱-۱۵.
- طباطبایی، امینه سادات؛ سجادیان، ایلناز؛ معتمدی، مسعود. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرات‌ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱): ۸۴-۹۲.
- عشقی، روناک. (۱۳۹۱). *تدوین مدل معادله ساختاری اختلالات جنسی زنان در شهر اصفهان*. پایان‌نامه دکتری، رشته مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
- عشقی، روناک؛ بهرامی، فاطمه؛ فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۸۶). تعیین اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی زوجین بر بهبود اعتماد به‌نفس جنسی، بی‌پرده‌گویی جنسی و دانش جنسی زنان سردم‌زاج در شهر اصفهان. *پژوهش‌های مشاوره*، ۶(۲۳): ۸۳-۹۶.
- غلام‌رضایی، سیمین؛ حسینی، حسین؛ کریمی‌نژاد، کلثوم. (۱۳۹۵). تأثیر برنامه آموزش شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زنان دچار کم‌کاری میل جنسی. *مجله آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی مشاوره*، ۲(۲): ۱۵-۳۰.
- کراسکیان موجمباری، آدیس؛ کیب‌الهی، طلوع. (۱۳۹۳). تدوین و هنجاریابی پرسشنامه عملکرد جنسی زنان متاهل شهر تهران. *فصلنامه مراقبت‌های نوین*، ۱۱(۱): ۴۴-۵۴.
- کلال قوچان عتیق، یاسر؛ سرایی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان. *ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱۸: ۵۳۳-۵۲۷.
- محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه؛ فقیه‌زاده، سقراط. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان. *فصلنامه پایش*، ۷(۲): ۲۶۹-۲۷۸.
- محمدی، سروه؛ ازگلی، گیتی؛ علیزاده، شیوا؛ برومندنیان، نسرين؛ مسجدی آرنی، عباس. (۱۳۹۶). تاثیر اصلاح باورهای ناکارآمد جنسی، بر ارتقای کیفیت جنسی زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت سنندج. *پژوهش در پزشکی*، ۴۱(۳): ۱۶۵-۱۶۰.
- مزیانی، ربابه؛ اکبری‌مهر، ماندانا؛ کراسکیان، آدیس؛ کاشانیان، مریم. (۱۳۹۱). بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی در زنان و عوامل مرتبط با آن. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۹(۱۰۵): ۶۸-۶۱.
- Anita, H., Clayton, Elia Margarita Valladares Juarez. (2017). Female Sexual Dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 267-284.
- Arnaw, B.A., Millheiser, L., Garrett, A., Lake Polan, M., Glover, G.H., Hill, K.R., & et al. (2009). Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience*, 23,158(2), 484-502.

- Baker CD, De Silva P. (2007). The relationship between male sexual dysfunction and belief in zilbergeld's myths: An empirical investigation. *Sex Marital Ther*; 3(2): 229-38.
- Balon, R. (2008). Introduction: New developments in the area of sexual dysfunction(s). *Adv Psychosom Med Basel*, 29: 1-6.
- Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and Its Problem*, 2nd, Ediburgh: Churchill Living Stone; 10-68.
- Bergeron, S., Corsini-Munt, S., Aerts, L., Rancourt, K., & Rosen, N.O. (2015). Female sexual pain disorders: A review of the literature on etiology and treatment. *Current Sexual Health Reports*, 7(3), 159-169.
- Bergeron, S., Morin, M., & Lord, M.J. (2010). Integrating pelvic floor rehabilitation and cognitive-behavioural therapy for sexual pain: What have we learned and where do we go from here? *Sexual and Relationship Therapy*, 25(3), 289-298.
- Behboodi Moghadam, Z., Rezaei, E., Khaleghi Yalegonbadi, F., Montazeri, A., Arzaqi, S.M., Tavakol, Z., & Yari, F. (2015). The Effect of Sexual Health Education Program on Women Sexual Function in Iran. *Journal of research in health sciences*, 15(2), 124-8.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York. International University Press.
- Berkow, R., et al. (1992). *The Merck manual (16 ed)*. New Jersey: Merck Research Labratories.
- Berman, J.B., Berman, L.A., & Kanaly, K.A. (2003). Female sexual dysfunction: New perspectives on Anatomy, physiology, evaluation & treatment. *EAU Update series*, 1:166-77.
- Brotto, L.A., & Basson, R. (2014). Group Mindfulness-based Therapy Significantly Improves Sexual Desire in Women, *Behavioral Research and Therapy*, 57:43-54.
- Buster, J.E. (2013). Managing female sexual dysfunction. *Fertility and sterility*, 100(4), 905-15.
- Colling, M.L. (2011). *Female Hypoactive Sexual Desire Disorder*, a Summary Paper Presented to the Faculty of the Adler Graduate School.
- Ellis, A. (2002). *The role of irrational beliefs in perfectionism*. In G. L. Flett & P. C. Hewitt (Eds), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Eserdag, S., Zulfikaroglu, E., Akarsu, S., & Ve Kadioglu S.M. (2011). Treatment outcome of 460 women with vaginismus. *Eur J Surg Sci*, 2(3):73-9.
- Gellman, C. (1983). *Behavioral Approach to Sexual Dusfunction*, *Encephale*; 14: 49B-55B.
- Géonet, M., De Sutter, P., & Zech, E. (2013). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*, 22(1), e9-e15.
- Giami, A., & De Colomby, P. (2003). Sexology as a profession in France. *Archives of Sexual Behavior*, 32(4):371.
- Gibbs, R.S., & et al. (2008). *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 10<sup>th</sup> edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Hamamci, Z. (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *Arts in Psychotherapy*, 3, pp 27-35.
- Hartman, U., et al. (2002). Female sexual desire disorder: Subtypes, classification personality factors and new directins for treatment. *Word Journal of Urology*, 20(2), 79-88.
- Hartman, U., Philipsohn, S., Heiser, k., & Ruffer-Hesse, C. (2004). *Low sexual desire in midlif and older women: Personality factors, Psychological development, present sexuality*. Menopause (New York, N, Y).
- Hatcher, R.A., et al. (1994). *Contraceptive Technology (16 ed)*. New York: Irvington.
- Heiman, J., LoPiccolo, L., & Lopiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth programme for women*. London, UK: Piatkus.
- Hisasue, S., Kumamoto, Y., & Sato, Y. (2005). Prevalence of female sexual dysfunction symptoms & its relationship to quality of life: A Japanese female cohort study. *Urology*, 65:143-8.
- Hooper, A. (1992). *The Ultimat Sex book*. New York: Dorling kindersley, Inc.

- Hoyer, J., Uhmman, S., Rambow, J., & Jacobi, F. (2009). Reduction of Sexual Dysfunction: by Product of Cognitive-behavioral Therapy for Psychological Disorders, *Journal Sexual and Relationship Therapy*, 24: 64-73.
- Hulbert, D.F., Apt, C., & Rabehl, S.M. (1993). Key variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of women in non-distressed marriage. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19(2), 165-65.
- Jacques, J.D.M., Lanjveld, V., Everaerd, W., & Grotjohann, Y. (2001). Cognitive Behavioral Bibliotherapy for Sexual Pysfunctions in Heterosexual Couples, *Journal of Sex Research*, b; 45-47.
- Krychman, M.L. (2013). *Female sexual disorders*: Treatment options in the pipeline.
- Laumann, E.O., Paik A., & Rosen, R.C. (2009). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281:537-44.
- Macey, K., Gregory, A., Nunns, D., & Das Nair, R. (2015). Women's experiences of using vaginal trainers (dilators) to treat vaginal penetration difficulties diagnosed as vaginismus: A qualitative interview study. *Journal of Womens Health*, 15, 49-59.
- Marita, P. McCabe, Ira D. Sharlip, Ron Lewis, Elham Atalla, Robert T. (2016). Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med*, 13: 135e143.
- Masheb, R.M., Kerns, R., Lozano. C., Minkin, M.J., & Richman, S. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vaginismus. supportive psychotherapy. *Pain Jan*, 141(1-2):31-40.
- Masters, W.H. & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W.H., Johnson, V.E., & Kolodny, R.C. (1994). *Heterosexuality*. New York: Haper Collins.
- Mccarthy, B.W. (2002). *Sexual dysfunction*. In: Hersen M, Editor. Clinical behavior therapy: Adults and children. New York, NY: Wiley, p. 198-9.
- McMullen, S., Rosen, R.C. (1979). Self-administrating Masturbation Treatment of Pimary Rgasmic Dysfunction, *Journal of Primary Orgasmic Dysfunction, Journal of Onsulting and Clinical Psychology*, 47: 912-8.
- Melles, R. J., Kuile, M. M., Dewitte, M., Lankveld, J. J., Brauer, M., & Jong, P. J. (2014). Automatic and deliberate affective associations with sexual stimuli in women with lifelong veganism's before and after therapist-aided exposure treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(3), 786-799.
- Meston, C. M., Hull, E., Levin, R. J., & Sipski, M. (2004). Disorders of orgasm in women in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 66-8.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006 a). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *J Sex Res*, 43(1): 68-75.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J. (2006 b). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav*, 35(4): 491-9.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F.A. (2006). Prevalence and Comorbidity of Sexual Dysfunctions in a Portuguese Clinical Sample. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32:173-182.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2008 p). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cogn Ther Res*, 32(1): 37-49.
- Palacios, S., Castano, R., & Grazziotin, A. (2009). *Epidemiology of female sexual dysfunction*. *Maturities*, 63:119-23.
- Pereira, V.M., Arias-Carrión, O., Machado, S., Nardi, A. E., & Silva, A.C. (2013). Sex therapy for female sexual dysfunction. *Int Arch Med*, 6(1), 37.
- Ponholzer, A., Roehlich, M., & Racz, U. (2005). Female sexual dysfunction in a healthy Austrian cohort: Prevalence & risk factors. *EAU Update series*, 47:366-75.
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.

- Rellini, A.H., & Meston, C.M. (2011). Implicit and explicit cognitive sexual processes in survivors of childhood sexual abuse. *J Sex Med*, 8(11): 3098-107.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., & et al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*, 26(2): 191-208.
- Sasanpour, M. (2013). The Effect of Sexual Cognitive Reconstruction Therapy on Sexual Problems of Couples. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1448 – 1454.
- Spence, J.T., Losoff, M., & Robbins, A.S. (1991). Sexually aggressive tactics in dating relationships: personality and attitudinal correlates. *J Soc Clin Psychol*, 10(3): 289-304.
- Ter Kuile, M.M., Both, S., & Van Lankveld, J.J. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 595-610.
- Ter kuile, M.M., Vanlankveld, J., Groot, E., 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.
- Ter Kuile, M.M., Melles, R., De Groot, H.E., Tuijnman-Raasveld, C.C., & Van Lankveld, J. J. (2013). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: A randomized waiting-list control trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 1127–1136.
- Tunku, N., & Taayah, T.Z. (2018). *Sexual Dysfunction and Disability*. Braddom's Rehabilitation Care: A Clinical Handbook, Pages 150-156.e11.
- Van Lankveld, J.J., ter Kuile, M.M., De Groot, H.E., Mellis, R., Nefs, J., & Zandbergen, M. (2006). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *J Consult Clin Psychol Feb*, 74(1):168-78.
- Walkley, G. (2005). Sexual Dysfunction. *Journal of Current Obstetrics & Gynaecology*, 15: 38–45.
- Whestheimer, R., & Lopater, S. (2005). *Human Sexuality: A Psychology Perspective*. (2th ed) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.