

## مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی با روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی

### *Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Acceptance and Commitment Therapy to the Sexual Function of Women with Sexual Dysfunction*

**Payam Sarabi (Corresponding author)**

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

**Fardin Parvizi**

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

**Keivan Kakabaraee**

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

#### **Abstract**

**Aim:** The purpose of this study was to determine the comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral sexual therapy with Acceptance and Commitment Therapy to sexual function in 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 45 women who were selected by available sampling method and randomly divided into three groups (15 persons) Cognitive behavioral sexual therapy, acceptance and commitment therapy and control group (for control group, no therapeutic intervention Not taken). Participants of the three groups completed sexual performance questionnaire before and after the intervention. Descriptive statistics, covariance analysis and Bonferroni post hoc test were used for data analysis. **Results:** Sexual function improvement in both experimental and control groups was significantly higher in the post-test and follow up stages than the control group ( $P < 0.001$ ). When comparing the effectiveness of the two approaches, it was found that cognitive behavioral Sexual therapy was more effective and effective than acceptance and commitment-based treatment in improving sexual function ( $P < 0.001$ ). **Conclusion:** The findings of this study can be used for clinical and therapeutic interventions to improve sexual function.

**Keyword:** Cognitive-behavioral Sexual therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Sexual Function,

**پیام سرابی (نویسنده مسئول)**

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران CPsyPSarabi@yahoo.com

**فردین پرویزی**

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

**کیوان کاکابرای**

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

#### **چکیده**

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر، تعیین مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری جنسی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد 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 متأهل 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 ۴۵ زن بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه (۱۵ نفری) درمان شناختی رفتاری جنسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل (برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی به‌کار گرفته نشد) گمارده شدند. شرکت‌کنندگان هر سه گروه قبل و بعد از پایان مداخله پرسشنامه عملکرد جنسی را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی، تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. **یافته‌ها:** بهبود عملکرد جنسی در هر دو گروه آزمایشی، در مراحل پس-آزمون و پیگیری به میزان معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود ( $P < 0.001$ ). هنگام مقایسه اثربخشی دو رویکرد معلوم شد که درمان شناختی رفتاری جنسی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود عملکرد جنسی اثربخش‌تر و موثرتر بوده است ( $P < 0.001$ ). **نتیجه‌گیری:** از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در راستای مداخلات بالینی و درمانی برای بهبود عملکرد جنسی استفاده کرد.

**کلید واژه‌ها:** درمان شناختی رفتاری جنسی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عملکرد جنسی

## 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 (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). در ویراست پنجم کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴)، مک‌کیب<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۶) و اکومو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۷)، کژکاری‌های جنسی زنان را شامل اختلال انگیزتگی / علاقه جنسی زن (شایع‌ترین شکایت جنسی در زنان)، اختلال ارگاسمی زن، اختلال درد لگنی تناسلی / دخول، نام‌گذاری کرده‌اند. این اختلال‌ها می‌توانند دایمی یا اکتسابی و همچنین فراگیر یا موقعیتی باشند و علت آن‌ها عوامل روانی، فیزیولوژیک، عوامل مرکب، و عوامل استرس‌زای مختلف از جمله اخلاقیات فرهنگی منع‌کننده، مسائل بهداشتی و مسائل مربوط به شریک جنسی و تعارضات ارتباطی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳؛ بارلو و دیورند<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۴). کژکاری‌ها یا اختلال‌های عملکرد جنسی یکی از اختلال‌های شایع در زنان می‌باشد، که اغلب گزارش و درمان نمی‌شوند (فربون و فرش<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). فعالیت جنسی، یکی از ابعاد زندگی بزرگسالان است که کیفیت زندگی آنان را به شدت تحت-تاثیر قرار می‌دهد (نوبر، گوویا و گومز<sup>۷</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 (دهقانی و خالقی‌پور، ۱۳۹۵). 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>۸</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>۹</sup>، ۲۰۰۵). نبود اطلاعات صحیح و آموزش ناکافی در مورد فعالیت جنسی و به دنبال آن، پیش‌نوازش ناکافی، نامناسب بودن فرآیند ارتباط، باورهای جنسی نادرست، درک ضعیف از نیازهای هر یک از طرفین، اضطراب در مورد عملکرد جنسی و ترس از عدم موفقیت در رابطه جنسی در بروز و تداوم اختلال‌های جنسی نقش دارند (مهرابی و دادفر، ۱۳۸۲). اختلالات جنسی ممکن است تحت‌تاثیر عوامل شخصیتی، اجتماعی - فرهنگی و خانوادگی پنهان باقی بماند و در مواردی خود را با علائم و نشانه‌های دیگری مثل

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

<sup>2</sup>. McCabe

<sup>3</sup>. Okomo

<sup>4</sup>. American Psychiatric Association (APA)

<sup>5</sup>. Barlow & Durand

<sup>6</sup>. Faubion & Parish

<sup>7</sup>. Nobre, Gouveia & Gomes

<sup>8</sup>. Mccarthy

<sup>9</sup>. Wakley

ناراحتی‌های جسمانی، اختلال افسردگی و نارضایتی از زندگی زناشویی نشان دهد و گاه تا مرز اختلافات شدید خانوادگی و جدایی پیش رود؛ این درحالی است که تشخیص به‌موقع و ارائه روش‌های درمانی مؤثر، به‌همراه آموزش صحیح مسائل جنسی به زوج‌ها می‌تواند مانع بسیاری از مشکلات فوق‌گردد و به کیفیت بهتر زندگی مشترک بیانجامد (اوحدی، ۱۳۸۵).

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>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ پرییا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ بوستر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳؛ کریچمن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). متأسفانه با وجود شیوع بالا و عوارض منفی مرتبط با آن، و عوامل روانشناختی مؤثر بر اختلالات جنسی زنان، کمبود مطالعات کنترل شده درمانی مشهود است (کلینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱؛ آرنو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). سلامت جنسی جنبه مهمی از سلامت عمومی و به‌ویژه سلامت زنان می‌باشد (گیس<sup>۷</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).

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>۸</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>۹</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>۱۰</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>۱۱</sup> و همکاران بر روی ۲۰۹۵ زن ژاپنی (۲۰۰۵)، پالاسپوس<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، برمن<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، و بالاخره پژوهش

<sup>۱</sup>. Géonet, De Sutter & Zech

<sup>۲</sup>. Pereira

<sup>۳</sup>. Buster

<sup>۴</sup>. Krychman

<sup>۵</sup>. Colling

<sup>۶</sup>. Arnow

<sup>۷</sup>. Gibbs

<sup>۸</sup>. Anita & Clayton

<sup>۹</sup>. Laumann, Paik & Rosen

<sup>۱۰</sup>. Marita

<sup>۱۱</sup>. Hisasue

<sup>۱۲</sup>. Palacios

<sup>۱۳</sup>. Berman

پون هولرز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، که بر روی ۷۰۶ زن اتریشی صورت گرفت، بیانگر افزایش شیوع اختلال کارکرد جنسی در زنان با افزایش سن آن‌ها است. 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 حیظه‌های تحریک جنسی و رطوبت مهلی 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. رئیسی 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 متأهل، 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. رضائی‌تهرانی و همکاران (۱۳۹۱)، شیوع اختلالات جنسی را در بین ۷۸۴ زن متأهل ساکن مناطق شهری چهار استان کشور، ۲۷/۳ درصد برآورد نمودند. مزینانی و همکاران (۱۳۹۱)، شیوع اختلالات عملکرد جنسی را در مناطق چهارگانه شهر تهران، ۳۱ درصد اعلام کردند. بهرامی، علیزاده و بهرامی (۱۳۹۰)، در پژوهشی با هدف بررسی شیوع اختلالات جنسی زنان در سنین باروری و عوامل مرتبط با آن انجام دادند؛ نتایج پژوهش نشان داد که ۶۴/۶ درصد از واحدهای پژوهش در روابط زناشویی خود دچار اختلال عملکرد جنسی بودند. گشتاسبی و همکاران (۱۳۸۶)، شیوع این اختلالات را در زنان استان کهگیلویه و بویر احمد ۸/۵ درصد گزارش نمودند. صفری‌نژاد (۱۳۸۴)، در یک پژوهش شیوع اختلالات جنسی را در بین ۲۶۲۶ زن ۲۰-۶۰ ساله ایرانی، ۳۱/۵ درصد گزارش کرده است.

امروزه معروف‌ترین و متداول‌ترین روش‌هایی که در درمان اختلالات جنسی به کار می‌روند، از نوع درمان‌های شناختی - رفتاری هستند (توکانو و تایی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ برگرون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ برگرون و همکاران، ۲۰۱۰؛ تریکول<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۳؛ ۲۰۱۰؛ ۲۰۰۷؛ مستون<sup>۵</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

1. Ponholzer

2. Tunku & Taayah

3. Bergeron

4. Ter Kuile

5. Meston

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>۱</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که درمان شناختی رفتاری و زوج درمانی کاربردی‌ترین و موثرترین تکنیک‌های درمانی شناخته شده هستند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> یکی از رویکردهای موج سوم رفتار درمانی می‌باشد، که نام خود را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: «آنچه خارج از کنترل شخصی تو هست را بپذیر و به عملی که زندگی را غنی می‌سازد، متعهد باش». تاکید این درمان برخلاف موج اول و دوم رفتار درمانی، بر تغییر درجه اول نیست، بلکه این نوع رفتار درمانی بر تغییر درجه دوم تاکید دارد؛ یعنی به جای تغییر در رفتار به دنبال تغییر در ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه‌های بافتی از جمله ارتباط درمانی می‌باشد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵). به بیانی دیگر، در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد، و هدف اصلی، ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی فقط جهت اجتناب از افکار، احساسات و خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. هم‌چنین، این درمان به فرد این فرصت را می‌دهد که به مشاهده، شرح و توصیف حالات هیجانی بدون یک دید قضاوت‌گرایانه پردازد و هیجان‌ات ثانویه مانند شرم، گناه، بی‌اعتمادی، سرزنش و تحقیر را بعد از تجربه این رفتار، فکر و تجربه نماید (فورمن و هربرت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). در حقیقت این رویکرد وجود افکار، باورها و احساسات منفی و آزاردهنده جنسی را مانع عملکرد جنسی سالم و در نتیجه رضایت جنسی نمی‌داند؛ آنچه عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد نوع رابطه‌ای است که فرد با این افکار و احساسات برقرار می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵). فرآیندهای مهم در شیوه درمانی پذیرش و تعهد، شامل پذیرش، در زمان حال بودن، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد (گرگ، کالجان، هیز و گلن لائوسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

در پژوهش بهبودی مقدم و همکاران (۲۰۱۵)، یافته‌ها نشان داد که آموزش بهداشت جنسی می‌تواند بر عملکرد جنسی زنان تأثیر بگذارد. یافته‌های پروتو و باسن<sup>۵</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>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۵)، میلز<sup>۷</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.

1. Giami & De Colomby

2. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

3. Forman & Herbert

4. Gregg, Callaghan, Hayes & Glenn-Lawson

5. Brotto & Basson

6. Macey

7. Melles

یافته‌های اسرادگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱)، ماشب<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، ون لانکولد<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۶)، نشان داد که مداخله شناختی - رفتاری بر افزایش آمیزش جنسی و بهبود اختلال واژینیسموس مؤثر است. در پژوهش‌های هویر<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۹) و ژاکوش<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۱)، از درمان شناختی - رفتاری برای کاهش اختلال عملکرد جنسی استفاده شد و هر دو مطالعه نشان دادند که این روش تأثیر مفید و معناداری داشته است. کارسون<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۴)، با به‌کارگیری دو روش پذیرش و تعهد و تمرکز ذهنی نشان دادند که مداخلات سبب غنی‌سازی ارتباط زوج‌ها و سلامت روانی فردی شده است. یافته‌های پژوهش بورپه و لانگر<sup>۷</sup> (۲۰۰۵)، با استفاده از روش‌های پذیرش و تعهد و تمرکز ذهنی نشان داد که ارتباط قوی و معنی‌داری بین این مداخلات و رضایت زناشویی است. براساس یافته‌های طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، نتایج گویای اثربخش بودن روش پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی، جرات‌ورزی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان بود. در پژوهش طحان، عسگری و آهنگری (۱۳۹۶)، نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد در افزایش رضایت جنسی در افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی مؤثر است. 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 به‌صورت معنی‌داری مؤثر بود. محمدی و دیاریان (۱۳۹۵)، در پژوهش خود نشان دادند که آموزش رفتارهای سالم جنسی بر کاهش بدکارکردی جنسی زنان معتاد و مولفه‌های آن تأثیر دارد. رامش و همکاران (۱۳۹۵)، در پژوهشی به اثربخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و بیوفیدبک بر عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی مبتلایان به واژینیسموس پرداختند؛ نتایج نشان داد که اختلال جنسی و ناسازگاری زناشویی شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری از گروه کنترل کمتر است. در پژوهش سعیدی، شمس‌علی‌زاده و یوسفی (۱۳۹۵)، یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی - درمانی تأثیر معنی‌داری بر نقص عملکرد جنسی داشت. غلام‌رضایی، حسینی و کریمی‌نژاد (۱۳۹۵)، در 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. روزبهی، کیخسروانی و دیره (۱۳۹۵)، در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طحاره درمانی و درمان شناختی - رفتاری بر مولفه‌های اختلال عملکرد جنسی مؤثر است. براساس نتایج پژوهش کاوسیان، حریفی و کریمی (۱۳۹۵)، روش پذیرش و تعهد نشان داد که بر رضایت زناشویی زوج‌ها مؤثر است. نتایج پژوهش کللال قوچان عتیق و سرایی (۱۳۹۵)، بیانگر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی، رضایت جنسی و رضایت از زندگی زنان بود. خانجانی و شکی و همکاران (۱۳۹۵)، با به‌کارگیری دو روش زوج درمانی پذیرش و تعهد و زوج درمانی

1. Eserdag

2. Masheb

3. van Lankveld

4. Hoyer

5. Jacques

6. Carson

7. Burpee & Langer

شناختی - رفتاری نشان دادند، که این دو مداخله درمانی تغییرات معنی‌داری در کیفیت زناشویی در مرحله پس‌آزمون ایجاد کرده 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. بختیاری و همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر میل جنسی کم‌کار و رضایت زناشویی مؤثر است. حمید، دهقانی‌زاده و فیروزی (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسموس تأثیرگذار است. یافته‌های پژوهش صالح‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، با روش درمان شناختی - رفتاری، گویای اثربخش بودن در درمان اختلالات جنسی زنان بود.

امروزه یکی از مسائل مهم در جامعه، استحکام بنیان خانواده و رضایت زناشویی است، و طبق آمار جهانی، دو سوم طلاق‌ها و جدایی‌ها به علت مسائل جنسی و زناشویی اتفاق می‌افتد (عشقی، ۱۳۹۱). با توجه به اهمیت مسائل جنسی و رضایت زناشویی و تحکیم بنیان خانواده، ضرورت پرداختن به این موضوع و به کارگیری طرح درمانی مناسب در درمان ناکارآمدی جنسی زنان احساس می‌شود. این مساله هنوز جز مسائل 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 رابطه 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 خدایاری فرد و همکاران، (۱۳۹۵)، بین خیانت و تعارضات زناشویی رابطه مشاهده شده است، به عبارتی احتمال خیانت در مردانی که از روابط جنسی زناشویی خود ناراضی‌اند بیشتر است. این مسائل توسط تنش‌ها و اختلافات، 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>۳</sup>، و اینکه درمان شناختی رفتاری جنسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مسائل جنسی افراد مؤثر می‌باشد، محقق بر آن شده است تا به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری جنسی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی بپردازد.

1. Balon

2. Fung, Wong, & Tam

3. Extramarital Relationships

## 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 متأهل 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 ۴۵ زن بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله متأهل 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<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط روزن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۰)، با هدف ارزیابی عملکرد جنسی زنان ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۹ سؤال 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 سؤال بُعد میل جنسی (۱ تا ۵) امتیاز و برای دیگر ابعاد (صفر تا ۵) امتیاز می‌باشد؛ به این ترتیب نمره گذاری 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 موجباری 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 ۰/۸۶ به‌دست آمد.

## روش اجرا

به‌دلیل 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؛ به‌طوری 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 گروه‌های آزمایش و کنترل، از هر سه گروه، پرسشنامه عملکرد جنسی به‌عنوان پیش‌آزمون به‌عمل آمد، سپس مداخله آزمایشی برای گروه شناختی - رفتاری جنسی در

۱. Female Sexual Function Index (FSFI)

۲. Rosen



۱۴ جلسه‌ی ۲ ساعتی که هر هفته یک‌بار برگزار می‌شد و برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه‌ی ۲ ساعتی که هر هفته یک‌بار برگزار می‌شد، تحت درمان قرار گرفتند؛ برای گروه کنترل هیچ مداخله درمانی انجام گرفته نشد. پس از اتمام درمان برای گروه‌های آزمایشی، پس از آزمون از هر سه گروه گرفته شد؛ پس از سه ماه نیز آزمون پیگیری در مورد سه گروه به عمل آمد. در تهیه پروتکل درمانی شناختی- رفتاری جنسی، از اسپنس<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)؛ ترجمه توزنده جانی و همکاران، (۱۳۹۶)، و رضایی و همکاران (۱۳۹۴)، استفاده شده و در جدول شماره ۱ ارائه شده است. خلاصه جلسات پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از فورمن و هربرت (۲۰۰۹)، در جدول شماره ۲ گزارش 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 و آزمون تعقیبی بونفرونی 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 مختلف 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 برهه‌های 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 برهه‌های 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 انگیختگی/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 حل مسأله و اجرای پس‌آزمون	آموزش مهارت حل مسأله؛ مرور کلی و اجرای پس‌آزمون

#### جدول ۲. جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	خلاصه جلسات
اول	توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی مراجعان و اجرای پیش‌آزمون و همچنین، تهیه فهرست فعالیت‌های رضایت‌بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی
دوم و سوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد (انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، داستان شخصی، روشن‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه)، بیان استعاره مهمان ناخوانده
چهارم و پنجم	آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به‌مراجعه در این مورد اینکه چه مهارت‌های مشاهده و توصیف می‌شود و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرد، متمرکز می‌ماند و اینکه این مهارت‌ها چگونه کار می‌کند. همچنین، استفاده از تکنیک فرصت دادن به‌هریک از زوج‌ها هنگام مشاخره. بیان استعاره چاه و بیلچه
ششم و هفتم	ابتدا بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود. سپس، در ادامه به افراد نحوه پاسخ‌گویی و مواجهه با تجارب ذهنی‌شان، ایجاد هدف و سبک زندگی اجتماعی و تعهد عملی به آن‌ها آموزش داده می‌شود. برشماردن نقاط مثبت و منفی زوج‌ها توسط یکدیگر بدون هیچ‌گونه قضاوت و واکنش هیجانی. بیان استعاره اتوبوس و قطار
هشتم	آموزش تحمل پریشانی، مرور جلسات قبل و بازخورد دادن زوج‌ها به یکدیگر. بیان استعاره شطرنج
نهم	آموزش تنظیم هیجان، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد با عاطفه اخیر، تمرین عملی آموخته‌ها، ارائه بازخورد به‌وسیله گروه و درمانگر
دهم	افزایش کارآمدی بین‌فردی، آموزش مهارت‌های بین‌فردی مهم، جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون

<sup>۱</sup>. Spence

## یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده ۳۱/۵۱ سال با انحراف معیار ۴/۹۱ بود. شاخص‌های آماری سه گروه در متغیر وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه گردیده است. بدین منظور، 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 ۰/۴۷ به دست آمد؛ باتوجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) در متغیر عملکرد جنسی کمتر از ۰/۷۹ بود ( $r < 0.79$ ). باتوجه 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 سه گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد؛ نتایج این تحلیل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در واریانس سه 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 ( $P = 0.71$ ،  $F = 0.78$ ). نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که مقدار F لامبدای ویلکز ( $\pi$ ) معنی‌دار نمی‌باشد ( $P \leq 0.137$ ،  $F = 1.42$ )؛ بنابراین فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است. به همین 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.

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، به‌طور کلی تأثیر درمان شناختی - رفتاری جنسی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیر عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأیید می‌گردد ( $P < 0.001$ ). در جدول ۵، نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین درمان شناختی - رفتاری جنسی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد؛ به بیان دیگر یافته‌ها نشان دادند که اثربخشی درمان شناختی - رفتاری جنسی بر عملکرد جنسی بیشتر از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد ( $P < 0.001$ ). همچنین بین هر دو روش درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری یافت شد ( $P < 0.001$ ).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد جنسی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه گروه

گروه‌ها	مرحله	میانگین	انحراف معیار
	پیش‌آزمون	۳۹/۷۸	۷/۴۲
درمان شناختی رفتاری جنسی	پس‌آزمون	۵۰/۳۹	۳/۹۱
	پیگیری	۵۰/۲۷	۳/۷۵
	پیش‌آزمون	۳۶/۷۸	۲/۵۴
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	پس‌آزمون	۴۳/۸۸	۶/۵۵
	پیگیری	۴۴/۷۰	۷/۲۳
	پیش‌آزمون	۴۰/۳۶	۶/۸۱
کنترل	پس‌آزمون	۴۱/۵۲	۵/۴۶
	پیگیری	۴۰/۶۸	۶/۷۱

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت بررسی اثر آزمون در عملکرد جنسی بین گروه‌ها

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجددورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پس آزمون	۲	۴۷۶/۶۲	۷۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۰/۹۸
پیگیری	۲	۳۲۵/۲۸	۵۷/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۹۶

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیر عملکرد جنسی در بین گروه‌ها

مرحله	گروه‌های مقایسه	مورد	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	درجه آزادی
	ACT با SCBT	۶/۵۱	۲/۴۵	۰/۰۰۱	
پس آزمون	SCBT با کنترل	۸/۸۷	۲/۷۶	۰/۰۱۳	
	ACT با کنترل	۲/۳۶	۱/۶۹	۰/۰۰۲	
	ACT با SCBT	۲/۵۷	۱/۷۸	۰/۰۰۱	
پیگیری	SCBT با کنترل	۹/۵۹	۲/۸۵	۰/۰۰۱	
	ACT با کنترل	۴/۰۲	۱/۹۱	۰/۰۴۱	

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه کارآیی و اثربخشی درمان شناختی - رفتاری جنسی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی بود. به نظر می‌رسد مداخلات درمانی منجر به افزایش قابل ملاحظه در بهبود علائم و کاهش آسیب در کارکرد مراجعان گردید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله درمانی شناختی - رفتاری جنسی در بهبود عملکرد جنسی زنان در مراحل پس آزمون و پیگیری مؤثر است؛ و 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)، سعیدی و همکاران (۱۳۹۵)، غلام‌رضایی و همکاران (۱۳۹۵)، تدین و همکاران (۱۳۹۵)، ساسان‌پور و همکاران (۱۳۹۵)، محمدی و دیاریان (۱۳۹۵)، رامش و همکاران (۱۳۹۵)، سلطانی و همکاران (۱۳۹۵)، سعیدی و همکاران (۱۳۹۵)، سلیمانیان و همکاران (۱۳۹۴)، بختیاری و همکاران (۱۳۹۴)، راستگو و همکاران (۱۳۹۳)، حمید و همکاران (۱۳۹۱)، صالح‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، همسو و هماهنگ است. همچنین هنگام مقایسه اثربخشی دو رویکرد معلوم شد که درمان شناختی - رفتاری جنسی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود عملکرد جنسی در مراحل پس آزمون و پیگیری اثربخش‌تر و موثرتر بوده است؛ و با نتایج پژوهش‌های تریکول و همکاران (۲۰۱۳؛ ۲۰۱۰؛ ۲۰۰۷)، مستون و همکاران (۲۰۰۴)، گیامی و دی کلوبی (۲۰۰۳)، روزبهی و همکاران (۱۳۹۵) و خانجانی و شکی و همکاران (۱۳۹۵) همسو 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 به جای شناخت‌های بازدارنده و

غلط می‌تواند تبیین تأثیر مداخله درمانی باشد؛ طرح‌ریزی جزئیات روند نزدیکی به صورتی است که درمانجو انگیزه و توانایی لازم را، برای پذیرش و ابراز علائق جنسی، در شرایطی جذاب و دل‌انگیز و خالی از تنش‌های جنسی پیشین، به دست می‌آورد (صالح‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰). در تبیین دیگر می‌توان اذعان داشت که آموزش‌های شناختی - رفتاری در این زمینه دربرگیرنده مهارت‌های جنسی، افزایش آگاهی جنسی، آرامیدگی خیال‌پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستمیک کاهش میل جنسی، افزایش آگاهی درباره جاذبه بدنی همسر و شیوه بیان احساسات و مداخلات رفتاری احتمالاً توانسته بر بهبود میل جنسی زنان اثر بگذارد و با تأثیرات مثبت متقابل روی همسر به‌ویژه در زمینه ارتباط زناشویی و رضایت زناشویی را تحت شعاع قرار دهد (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 خلق- و خوی 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 به وجود 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 پیتنو گویا (۲۰۰۸؛ ۲۰۰۶)، 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.

به‌طور منطقی هم‌زمانی با این باور که برخی اعمال جنسی بین همسران به‌عنوان فعالیت‌های منحرف و گناه دیده می‌شود، آن‌ها نقش جنسی‌پذیرا 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، زمانی که به این باور رسیده‌اند که میل جنسی، لذت و ارگاسم با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند، افراد پابه‌سن 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. همچنین، بر این باورند که تصویر بدن یکی از مهم‌ترین تمایلات جنسی زنان است و یک زن زشت و زنی که از نظر فیزیکی جذاب نیست، نمی‌تواند

1. Pedro

2. Baker

3. Heiman

رضایتی از رابطه جنسی داشته باشد و محبت، عشق و توافق بین شریک، از مهمترین تمایلات جنسی بشر نیست، در رابطه جنسی خود محبت و عشق از خود نشان نمی‌دهند، آن‌ها بر این باورند که فعالیت‌های مادری از مهم‌ترین لذت زنان است و هدف اصلی از هر تجربه جنسی تولیدمثل است، سعی می‌کنند که رابطه جنسی را فقط به خاطر مادر شدن انجام دهند، بدون این که هیچ احساسی در مورد این رابطه داشته باشند. این باورها باعث بی‌میلی و در نهایت، افت عملکرد جنسی می‌شود (امان‌الهی و همکاران، ۱۳۹۶).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله درمانی پذیرش و تعهد در بهبود عملکرد جنسی زنان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است؛ و با نتایج پژوهش‌های بورپه و لانگر (۲۰۰۵)، کارسون و همکاران (۲۰۰۴)، طباطبایی و همکاران (۱۳۹۶)، طحان و همکاران (۱۳۹۶)، روزبهی و همکاران (۱۳۹۵)، کاوسیان و همکاران (۱۳۹۵)، کلال قوچان عتیق و سرایی (۱۳۹۵) و خانجانی و شکی و همکاران (۱۳۹۵) همسو است.

در تبیین اثربخشی روش پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، می‌توان به نکاتی اشاره نمود. روش پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تاکید می‌کند. مراجعان آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. در این درمان‌ها، ارزش بیش از اینکه نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای یک فرد را نشان می‌دهد. این ارزش‌ها می‌تواند.

شامل بهبودی روابط بین‌فردی، تحصیل مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد. هدف، درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای فرد مهم است، اما وی از آن اجتناب می‌کند. مؤلفه مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظات که براساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌هاست. همه روش‌هایی که دو هدف را تحقق می‌بخشد، رسیدن به این هدف را نیز عملی می‌کند و به نظر می‌رسد که این مساله خود باعث می‌شود تا عملکرد جنسی زنان بعد از درمان بهبود یابد و باعث پایداری اثر درمان نیز می‌گردد (رومر، اورسیلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ به نقل طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۶). از آنجایی که هدف اصلی در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر درونی (افکار مربوط به خود) و تغییر بیرونی (عملکرد) در رفتار کلامی است، در صورت حضور انعطاف‌ناپذیری روانشناختی به دلیل حضور اجتناب تجربه‌ای، مشکلات شناختی، مفهوم‌سازی روی خود و قطع ارتباط از لحظه حال، در نتیجه منجر به شکست در نیازها و ارزش می‌گردد. به همین منظور، رویکرد مداخله پذیرش و تعهد، تغییر فرآیند درگیر در روان‌درمانی این اختلال‌ها می‌باشد، و درحقیقت، این نوع درمان قابلیت تغییر افکار، احساسات افراد و روشی که آن‌ها می‌خواهند دست به حل مساله بزنند را با تکنیک‌های خاص خود دارد (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹).

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 تحت تاثیر 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 تأیید یافته‌ها، این محدودیت در عمل از بین خواهد رفت. پژوهش بر روی زنان انجام شد، پس

<sup>۱</sup>. Roemer & Orsillo

در تعمیم یافته‌ها باید احتیاط صورت گیرد. و در نهایت مشکل دسترسی به نمونه وسیع‌تر را می‌توان اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود برای مقایسه روش‌های درمانی شناختی - رفتاری جنسی با پذیرش و تعهد بر روی اختلالات جنسی مردان متأهل 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 روش‌های درمانی پذیرش و تعهد، و به‌خصوص مداخله شناختی - رفتاری جنسی در مراکز مشاوره قبل از ازدواج و بعد از ازدواج، برای تجهیز 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.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله 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 توژنده جانی و همکاران. (۱۳۹۶). تهران: پیک فرهنگ.
- 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.
- اوحدی، بهنام. (۱۳۸۵). تمایلات و رفتار جنسی انسان. اصفهان: صادق هدایت.
- ایزدی، راضیه، عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: جنگل.
- بختیاری، مریم؛ شیدایی، حاجیه؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ نوری، محمد. (۱۳۹۴). تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر میل جنسی کم کار و رضایت زناشویی. اندیشه و رفتار، ۹(۳۶): ۱۷-۷.
- بهرامی، نصرت؛ عزیززاده، سیما؛ بهرامی، سمیه. (۱۳۹۰). بررسی شیوع اختلالات جنسی زنان در سنین باروری و عوامل مرتبط با آن. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی، ۲۱(۷۵): ۱۳-۸.
- تدین، میترا؛ رضایی خیرآبادی، آرزو؛ ملایی‌نژاد، میترا؛ شیرالی‌نیا، خدیجه. (۱۳۹۵). اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر افکار دهشتناک زنان مبتلا به واژینیسوس اولیه: یک کارآزمایی بالینی تک‌موردی. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۹(۳۹): ۳۴-۲۵.
- حمید، نجمه؛ دهقانی‌زاده، زهرا؛ فیروزی، علی‌اصغر. (۱۳۹۱). تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلال واژینیسوس. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۵(۲۰): ۱۱-۱.
- 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.
- خانجانی و شکی، سحر؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ فرزاد، ولی‌اله؛ فاتحی‌زاده، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی زوج درمانی شناختی - رفتاری و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زناشویی زوجین متعارض شهر اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۴): ۴۷۱-۴۶۴.
- 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 تأثیر آموزش مهارت‌های جنسی بر باورهای ناکارآمد جنسی زوجین در شرف ازدواج شهر اصفهان. *مجله مراقبت‌های پیشگیرانه در پرستاری و مامایی*، ۴(۲): ۲۲-۱۴.
- دهقانی، شیدا؛ خالقی‌پور، شهناز. (۱۳۹۵). مدلیابی معادلات ساختاری عملکرد جنسی زنان بر اساس ناگویی خلقی، سیستم بازداری - فعال‌سازی رفتاری و صفات شخصیت. *زن و فرهنگ*، ۸(۲۹): ۴۶-۳۱.
- رامش، سمیه؛ رستمی، رضا؛ مرقاتی خویی، عفت؛ همت بلند، الهه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و بیوفیدبک بر عملکرد جنسی و وضعیت زناشویی مبتلایان به واژینیسموس. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۶(۱): ۲۲-۱.
- 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.
- رضیانی تهرانی، سمیه؛ فرهمند، مریم، محرابی، یداله؛ افضلی، حسین؛ عابدینی، مهران‌دوخت. (۱۳۹۱). اختلالات جنسی و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه مبتنی بر جمعیت در بین زنان ساکن مناطق شهری چهار استان کشور. *فصلنامه پایش*، ۱۱(۴): ۸۷۵-۸۶۹.
- رنجبران، مهدی؛ چیدری، مینا؛ مطوری‌پور، پگاه. (۱۳۹۴). بررسی شیوع اختلالات جنسی عملکرد جنسی زنان در ایران: مرور ساختاریافته و متآنالیز. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲(۷): ۱۱۲۵-۱۱۱۷.
- رئیس، 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.
- روزبهی، مهران؛ کیخسروانی، مولود؛ دیره؛ عزت. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر شیوع اختلالات عملکرد جنسی در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان‌های شهر شیراز. *سومین کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم*، [https://www.civilica.com/Paper-PESLSBTM03-PESLSBTM03\\_147.html](https://www.civilica.com/Paper-PESLSBTM03-PESLSBTM03_147.html).
- سادوک، بنیامین جیمز، سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۱۵). خلاصه‌ی روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. (جلد دوم). ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
- سعیدی، منیژه؛ شمس‌علی‌زاده، نرگس؛ یوسفی، فائق. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جنسی متعاقب هیستریکتومی در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت سنج. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳(۴): ۴۷-۳۹.
- سلیمانیان، علی‌اکبر؛ نقی‌نسب اردهانی، 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): ۷۰-۵۸.
- صالح‌زاده، مریم؛ کجاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین؛ ذولفقاری، معصومه. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان. *مطالعات روانشناختی*، ۷(۱): ۳۱-۱۱.
- صفری‌نژاد، محمدرضا. (۱۳۸۴). اختلال عملکرد جنسی زنان در یک مطالعه مبتنی بر جمعیت در ایران: شیوع و عوامل مرتبط با آن. *مجله بین‌المللی تحقیقات ناتوانی جنسی*، ۱۸: ۳۸۲-۹۵.
- طباطبایی، امینه‌سادات؛ سجادیان، ایلناز؛ معتمدی، مسعود. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی، کم‌رویی جنسی و جرات-ورزی جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱): ۹۲-۸۴.
- طحان، محمد؛ عسگری، زهرا؛ آهنگری، الهه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت جنسی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی*، ۸(۲۹): ۷۴-۶۵.
- 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.
- غلام‌رضایی، سمین؛ 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): ۳۰-۱۵.

- کاوسیان، جواد؛ حریفی، حسنیه؛ کریمی، کامبیز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زوج‌ها. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۸(۱۴): ۷۵-۸۷.
- کراسکیان موجمباری، آدیس؛ کیب‌الهی، طلوع. (۱۳۹۳). تدوین و هنجاریابی پرسشنامه عملکرد جنسی زنان متأهل 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.
- گشتاسی، آریتا؛ وحدانی‌نیا، سادات؛ رحیمی فروشانی، عباس؛ محمدی، علی. (۱۳۸۶). اختلالات عملکرد جنسی و ارتباط آنها با متغیرهای باروری در استان کهگیلویه و بویراحمد. *فصلنامه پایش*، ۷(۱)، ۶۷-۷۳.
- محمدی، خدیجه؛ حیدری، معصومه؛ فقیه‌زاده، سقراط. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان. *فصلنامه پایش*، ۷(۲): ۲۷۸-۲۶۹.
- محمدی، شیماء؛ دیاریان، محمد مسعود. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش رفتارهای سالم جنسی بر بدکارکردی جنسی زنان معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۰(۳۹): ۲۶۲-۲۴۹.
- مزینانی، 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.
- مهرابی، فریدون؛ دادفر، محبوبه. (۱۳۸۲). نقش عوامل روانشناختی در اختلال‌های کنشی جنسی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۹(۱): ۴-۱۱.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anita, H., Clayton, Elia Margarita Valladares Juarez. (2017). *Female Sexual Dysfunction*. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 267-284.
- Arnow, 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.
- Barlow, D.H., & Durand, V.M. (2014). *Abnormal psychological: An integrative approach*. NewYork: Cengage learning.
- 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.
- 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.
- Burpee, L.C., & Langer, E.J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *J Adult Dev* 2005; 12(1): 43-51.
- Buster, J.E. (2013). Managing female sexual dysfunction. *Fertility and sterility*, 100(4), 905-15.
- Carson, J.W., Carson, K.M., Gil, K.M., & Baucom, D.H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behav Ther*, 35(3): 471-94.
- Colling, M.L. (2011). *Female Hypoactive Sexual Desire Disorder, a Summary Paper Presented to the Faculty of the Adler Graduate School*.



- Faubion, S.S., & Parish, S.J. (2017). Sexual dysfunction in women: Can we talk about it? *Cleveland Clinic journal of medicine*, 84(5): 367-376.
- 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.
- Forman, E.M., Herbert, J.D. (2009). *New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance based therapies*. In: O'Donohue WT, Fisher JE, Hayes SC, Editors. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. New York, NY: John Wiley & Sons, p. 263-5.
- 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.
- Gregg, J.A., Callaghan, G.M., Hayes, S.C., & Glenn-Lawson, J.L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 75(2): 336-43.
- 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.
- 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.
- 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.
- Mccarthy, B.W. (2002). Sexual dysfunction. In: Hersen M, Editor. *Clinical behavior therapy: Adults and children*. New York, NY: Wiley, p. 198-9.
- McCabe, M.P., Sharlip, I.D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A.D., Laumann, E., Lee, S.W., & Segraves, R.T. (2016). Risk factors for sexual dysfunction among women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2): 153-167.
- 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). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *J Sex Res*, 43(1): 68-75.

- 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). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cogn Ther Res*; 32(1): 37-49.
- Okomo, U., Ogugbue, M., Inyang, E., & Meremikwu, M.M. (2017). Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136(Suppl. 1): 38-42.
- 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.
- 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.
- 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.