

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان

مریم صالح زاده*

دکتر محمدباقر کجیاف**

دکتر حسین مولوی***

معصومه ذوالفقاری****

چکیده

نارضایتی از زندگی جنسی در زنان بسیار شایع است و اختلالات جنسی در زن، اغلب پیامدی از بافت روانی اجتماعی جاری اوست. هدف از اجرای این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر میزان اختلالات جنسی زنان بوده است. ۲۰ نفر بیمار زن مبتلا به اختلال کنش جنسی، به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) قرار گرفتند. CBT طی ۸ جلسه هفتگی با تأکید بر بازسازی شناختی و اصلاح تحریفات شناختی و آموزش تکنیک‌های رفتاری برای گروه آزمایش به کار گرفته شد. ابزار پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه شامل پرسشنامه رضایت زناشویی گلومبیک روست بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری اختلالات کنش جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل بهبود بخشیده است. میانگین نمرات اختلال جنسی در پس‌آزمون، در زیرمقیاس‌های بی‌ارگاسمی، اجتنابگری جنسی، فراوانی کم رابطه جنسی، فقدان ارتباط جنسی، فقدان شهوت انگیزی جنسی و فقدان کامروایی جنسی در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری پایین‌تر بود. رفتاردرمانی شناختی (CBT) کارایی ملاحظه‌پذیری داشت و این روش درمانی می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید برای زنان دچار اختلال کنش جنسی به کار رود.

کلیدواژه‌ها:

اختلالات جنسی، مداخلات روانشناختی، درمان شناختی رفتاری، زنان

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه اصفهان

Email: msalehzade4@gmail.com

** دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

*** استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

**** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

مقدمه

رفتار و روابط جنسی، مثل خوردن و آشامیدن، جزئی از نیازهای زندگی همه انسانها و به عبارتی لازمه یک زندگی مشترک سالم است. در برخی از جوامع شرقی، بسیاری از زنان رابطه جنسی را یک رابطه یک طرفه به سود مرد تلقی می‌کنند و احساس می‌کنند که در این ارتباط، استثمار جنسی می‌شوند. اگر زنان بیاموزند که ۵۰ درصد از رابطه زناشویی حق آنهاست، هم خود از این رابطه لذت بیشتری خواهند برد و تخلیه روانی خواهند شد و هم رابطه گرم‌تری با همسر خود برقرار می‌کنند و رضایت بیشتری از زندگی زناشویی خود خواهند داشت.

طبق تعریفی که سازمان بهداشت جهانی در رابطه با بهداشت جنسی^۱ ارائه کرده است، بهداشت جنسی عبارت از یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم است، که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و به ایجاد ارتباط و عشق منجر می‌شود. طبق این تعریف برای دستیابی به ارتقاء شخصیت، فرد باید بتواند به هماهنگی ذهن، احساس و تن دست یابد. لذا هر گونه اختلال که به ناهماهنگی و در نتیجه نارضایتی از رابطه جنسی منجر شود، می‌تواند نارسایی کنشی جنسی را به همراه داشته باشد (جهانفر و مولایی نژاد، ۱۳۸۰).

اختلال کنش جنسی ممکن است از عوامل متعددی ناشی شود. بعضی از این عوامل عبارتند از: وضعیت سلامت عمومی فرد، بیماری دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های دستگاه ادراری تناسلی، اختلالات روانشناختی و بیماری‌های مزمن دیگر (لویز^۲ و همکاران، ۲۰۰۴).

نبود آموزش‌های کافی درباره فعالیت جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی، پیش‌نوازش ناکافی، ناسازگاری در ارتباط به طور کلی، باورهای جنسی نادرست، ارتباط ضعیف درباره نیازها یا اضطراب‌های جنسی هر یک از طرفین، وجود اختلال جنسی در شریک جنسی، اضطراب درباره عملکرد جنسی و ترس از مؤفق نبودن در رابطه جنسی، روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدود کننده والدین، داشتن تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج، احساس

1. sexual health

2. Lewis

گناه درباره آمیزش جنسی و مغایرت داشتن آن با مذهب، اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین عوامل روانشناختی در اختلال‌های کنش جنسی است (مهرابی و دادفر، ۱۳۸۲).

یک بررسی تصادفی، در میان افراد ۴۰ تا ۸۰ ساله جمعیت شهری کشورهای آسیایی، نشان داد که بیشتر از ۲۰٪ مردان و ۳۰٪ زنان، حداقل در یک زمینه از روابط جنسی خود شکایت داشته و دچار نارضایتی بودند. اگر چه در بین کشورها تفاوت‌هایی وجود داشت؛ در میان مردان ۲۰٪ افراد به انزال زودرس و ۱۵٪ به اختلال نعوظ مبتلا بودند؛ در زنان ۲۷٪ اختلال بی میلی جنسی، ۲۴٪ مشکلات خشکی واژن و ۲۳٪ ناتوانی در رسیدن به ارگاسم، مشاهده شد. از ۹۴۸ زن و ۹۹۲ مردی که در این تحقیق شرکت داشتند و کژکاری جنسی را گزارش کرده بودند، تنها ۲۱٪ از آنها در جستجوی درمان بودند (نیکولوسی^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

تا پیش از سال ۱۹۷۰، رایج‌ترین درمان اختلالات کنش جنسی، روان‌درمانی تحلیلی بود که برای اولین بار فروید آن را پایه‌ریزی کرد و بعدها پیروان او آن را ادامه دادند. بعدها با توجه به وقت گیر و پرهزینه بودن، و ناکارایی روان‌درمانگران در استفاده از این روش، به تدریج به دیگر روش‌های روان‌درمانی مانند شناخت درمانی و رفتاردرمانی توجه شد (شیرمحمدی، ۱۳۸۴).

در درمان شناختی، درمانگران فرایند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند. بنابراین، کشف این خودتلقینی‌های منفی در تجزیه و تحلیل مؤلف مشکلات جنسی کمک می‌کند (آراوز^۲، ۲۰۰۵).

رفتاردرمانی منشاء مشکلات جنسی را در رفتارهای یادگیری شده می‌داند. اندیشه اساسی رفتارنگری آن است که مشکلات جنسی نتیجه یادگیری در گذشته است و با تشویق یا تنبیه‌های انجام شده آشکار می‌شود. موضوع اصلی بر مشکلات رفتاری و چگونگی ارتباط مجدد با آن متمرکز شده است (کجباف، ۱۳۸۷).

رایج‌ترین روش درمان رفتاری که برای کژکاری جنسی به کار می‌رود، حساسیت زدایی منظم است. مشکل استفاده از روش حساسیت زدایی منظم در درمان کژکاری جنسی این است

1. Nicolosi
2. Araoz

که تعمیم‌پذیری آن به شرایط واقعی ناممکن یا حداقل دشوار است (نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۰).

درمان قابل استفاده برای افراد مبتلا به اختلالهای جنسی، به دنبال انتشار کتاب مسترز و جانسون تحت عنوان «نارسایی جنسی در انسان»^۱ تغییری بنیادین یافت. در این کتاب، رویکرد جدید و منظمی توضیح داده شده است که بعداً "درمان جنسی"^۲ نامیده شد و اساس اولیه درمان شناختی رفتاری را پدید آورد. از زمان پیدایش تاکنون، رشد و تحول بنیادی در این شیوه درمانی پیدا شده است، مخصوصاً انعطاف‌پذیری و تنوع رویکردها و در مراحل بعدی، تأکید بر جنبه‌های شناختی (هاوتون^۳ و همکاران، ۱۳۸۱).

کاپلان در سال ۱۹۸۷، درمان رفتاری مسترز و جانسون را، به همراه شیوه‌های شناختی مثل خیالپردازی و بازسازی شناختی، در میان زنان مبتلا به اختلال برانگیختگی جنسی بررسی کرد. کاپلان در این درمان از آموزش تمرکز ارتباط جنسی، مواجهه با موضوعات تحریک‌کننده (مثل ارائه تصاویر و فیلم‌های محرک)، بازداری شناخت‌های منفی و تکنیک‌های رفتاری استفاده کرد و توانست میزان برانگیختگی را به میزان زیادی افزایش دهد. مک کارتی (۱۹۸۴) به نقل از اسپنس^۴ (۱۹۹۱) تأثیر رویکرد شناختی رفتاری را در درمان اختلال بازداری شده بررسی کرد. او با استفاده از تمرینات رفتاری و نیمه سازمان یافته که چهارتمرین زوجی و چهار تمرین فردی و مؤلفه‌های درمانی، خودپنداری و خودگویی مثبت، خیالپردازی، تصویرسازی و افکار جنسی مثبت، بررسی میزان اعتماد و تمایل زوجین و طرح ریزی و اجرای برنامه جنسی را شامل بود، توانست نشان دهد که شیوه شناختی رفتاری زوجین در افزایش برانگیختگی جنسی زنان مؤثر است.

لیمن^۵ و همکاران، که در سال ۱۹۸۴، در میان ۲۳ زوج تحقیق خود را اجرا کردند. به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری برای اختلال ارگاسم ثانوی، به طور آشکار در تغییر دامنه وسیعی از مقیاس‌های رفتاری و رضایت درونی تأثیر دارد.

-
1. Human sexual inadequacy
 2. Sex therapy
 3. Hawton
 4. Spence
 5. Libman

مک کاب^۱ (۲۰۰۱) پژوهشی را با هدف ارزیابی درمان شناختی رفتاری برای درمان کژکاری جنسی، در میان ۴۵ مرد (با میانگین سنی ۳۶/۴ سال) و ۵۴ زن (با میانگین سنی ۳۶/۱ سال) انجام داد. نتایج این بررسی نشان داد که بعد از اتمام درمان، افراد سطوح پایین تری از کژکاری جنسی و نگرش مثبت تری به سکس را گزارش دادند. همچنین از فعالیت جنسی بیشتر از قبل لذت می‌بردند و احتمال اینکه خود را شکست خورده جنسی بدانند، کاهش یافته بود.

مطالعه‌ای دیگر برای ارزیابی درمان شناختی رفتاری در میان افراد مبتلا به واژینیسم انجام شد. نتایج نشان داد گروهی که از این نوع درمان استفاده کرده بودند، بعد از درمان، سطح اضطراب آنها به طور جالب توجهی کاهش یافت و همچنین هماهنگی زوجین و عملکرد جنسی آنها نیز بهبود پیدا کرد (کاباکسی و همکاران، ۲۰۰۳).

مستون^۲ و همکاران (۲۰۰۴) به منظور بررسی بهترین شیوه‌های درمانی اختلال ارگاسم ۱۷۴۹ زن را به طور تصادفی انتخاب کردند. نتایج این بررسی نشان داد که بهترین و متداول‌ترین شیوه درمانی، رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب مثل آرمیدگی ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت زدایی منظم بود.

در پژوهشی دیگر، اثربخشی درمان شناختی رفتاری درباره واژینیسم زنان و فویبای خاص بیماری‌های زنانه انجام شد. درمان در ۳۴ جلسه (۲۸ جلسه فردی و ۶ جلسه زوج درمانی) هر دو هفته یک بار و به مدت ۱۲ ماه اجرا شد. بعد از اتمام جلسات درمانی، نتایج زیر به دست آمد:

- دستیابی افراد به سطح بالایی از کنترل عضلات مهبل

- دخول موفق بدون درد

- تسهیل در برانگیختگی و ارضای جنسی

- فقدان اضطراب در موقعیت‌های هراس آور

- بهبود جالب توجه در ارتباط زناشویی

- دست‌یابی به تصورات مثبت درباره بدن خود (کرسپو^۳ و فرناندز-ولسکو^۴، ۲۰۰۴).

1. McCabe
2. Meston
3. Crespo
4. Fernandez-Velsco

در سال ۲۰۰۷ مطالعه‌ای دیگر برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر واژینسم نوع اول اجرا شد. در این مطالعه ۸۱ نفر در گروه درمان و ۳۶ نفر در لیست انتظار قرار داشتند. نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شناختی رفتاری در افزایش آمیزش جنسی، کاهش ترس از آمیزش جنسی، افزایش مؤفقت آمیز در رفتارهای دخول غیر مقاربتی و تغییر در رفتارهای اجتنابی سودمند است (ترکویل^۱ و همکاران، ۲۰۰۷).

مهرابی و همکاران نیز در سال ۱۳۷۸، تحقیقی را برای بررسی میزان اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری در درمان زنان مبتلا به اختلال فوبیای جنسی و نیز بررسی میزان روشهای رفتاری در اصلاح شناخت‌های ناسازگارانه و نیز انجام آمیزش جنسی انجام دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد که در نتیجه درمان‌های رفتاری و شناختی، اضطراب جنسی آزمودنی‌ها کاهش یافته و کوشش آزمودنی‌ها برای آمیزش جنسی در مرحله پس از درمان همیشه با مؤفقت همراه بوده است.

عشقی در سال ۱۳۸۵، اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری - شناختی جنسی زوجی را بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان آنها بررسی کرد. نتایج این پژوهش نشان داد که مشاوره رفتاری شناختی جنسی زوجین بر بهبود نمره کل سردمزاجی زنان و تمام ابعاد آن یعنی بعد رفتاری، بعد شناختی، بعد احساسی و بعد جسمانی مؤثر است. همچنین نتایج نشان داد که این مشاوره بر بهبود دانش جنسی، اعتماد به نفس جنسی و خودابرازی جنسی نیز مؤثر است (به نقل از ذوالفقاری، ۱۳۸۵).

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی

درمان شناختی رفتاری میزان اختلالات کنشی جنسی گروه آموزش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.

فرضیه‌های فرعی

۱- درمان شناختی رفتاری افزایش فراوانی رابطه جنسی در گروه آزمایش نسبت به گروه

گواه را سبب می‌شود.

۲- درمان شناختی رفتاری میزان فقدان ارتباط جنسی گروه آموزش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.

۳- درمان شناختی رفتاری میزان فقدان کامروایی جنسی گروه آموزش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.

۴- درمان شناختی رفتاری میزان اجتنابگری جنسی گروه آموزش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.

۵- درمان شناختی رفتاری میزان فقدان شهوت انگیزی جنسی گروه آموزش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.

۶- درمان شناختی رفتاری میزان بی‌ارگاسمی گروه آموزش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.

روش

جامعه آماری و روش نمونه گیری: جامعه آماری پژوهش حاضر کلیهٔ بیماران زن مبتلا به اختلالات جنسی ساکن اصفهان بودند که در بهار ۱۳۸۵ به مراکز درمانی این شهر مراجعه کرده‌اند. شیوهٔ نمونه‌گیری، روش تصادفی خوشه‌ای بود به این صورت که از میان پزشکان متخصص زنان شهر اصفهان، ۵ پزشک به تصادف انتخاب و از میان بیماران زن مبتلا به اختلالات جنسی ارجاعی توسط این پزشکان، ۲۰ بیمار به تصادف انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به دلیل ریزش نمونه در گروه آزمایش (انفر)، داده‌های مربوط به ۱ بیمار گروه گواه نیز به تصادف از تحلیل نهایی حذف شد. کارآزمایی بالینی طی ۸ جلسه برای گروه آزمایش انجام شد که شیوهٔ اجرایی آن در ادامه توضیح داده شده است.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات:

۱- پرسشنامه جمعیت شناختی شامل اطلاعات مرتبط با سن، تعداد اعضاء خانواده، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تحصیلات، شغل افراد و....

۲- پرسشنامه رضایت جنسی گلوبک روست که شامل دو فرم جداگانه برای مردان و

زنان است. هر یک از پرسشنامه‌ها ۲۸ سؤال دارد که مشکلات جنسی آزمودنی‌ها را در هفت زمینه بر حسب مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد.

زیر مقیاس‌های پرسشنامه زنان، شامل فراوانی کم رابطه جنسی (ندرت)، فقدان ارتباط، فقدان کامروایی، اجتنابگری، فقدان شهوت انگیزی، انقباض مهبل و بی‌ارگاسمی است.

دامنه نمرات مقیاس ندرت از ۰ تا ۴، فقدان ارتباط از ۰ تا ۲۰، بی‌ارگاسمی از ۰ تا ۱۶، اجتنابگری از ۰ تا ۱۲، فقدان رضایت جنسی از ۰ تا ۱۶، فقدان شهوت انگیزی از ۰ تا ۲۴ و مقیاس واژینیسیم از ۰ تا ۱۶ بود. علاوه بر نمره‌های تراز شده زیر مقیاس‌ها، نمره کل تراز شده هر آزمودنی، شدت و ضعف مشکلات جنسی او را نشان می‌دهد. هر چه نمره آزمودنی بالاتر باشد میزان مشکلات جنسی نیز بیشتر می‌باشد.

پایایی (بازآزمایی همبستگی برای دامنه زیر مقیاس‌ها از ۰/۰۶۳ تا ۰/۰۹۴ و اعتبار سازه گلوبک روست در نمونه‌های هلندی و انگلیسی رضایت‌بخش بوده است (گروت جوهان^۱، ۲۰۰۱).

در فرم ایرانی این مقیاس که در میان ۴۵ زوج نابارور انجام شده است، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از این مقیاس‌ها برای آزمودنی‌های زن به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۳ و برای آزمودنی‌های مرد به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۸۷، ۰/۹۰ بود که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است). ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌های زن ۰/۸۹ و برای آزمودنی‌های مرد ۰/۹۲ بود که نشانه پایایی بازآزمایی عالی مقیاس است (بشارت، ۱۳۸۰).

شیوه اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از جمله طرح‌های شبه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. بیماران هر دو گروه در یک جلسه عمومی، پرسشنامه رضایت جنسی گلوبک روست را تکمیل کردند. ۱۰ نفر بیمار گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای تحت رفتار درمانی شناختی به صورت فردی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمانی گروه آزمایش، به منظور

جمع آوری نمرات پس از آزمون، در یک جلسه عمومی، اعضای هر دو گروه یک بار دیگر پرسشنامه رضایت جنسی گلوبک روست را تکمیل کردند. در تهیه پروتکل درمانی، از اصول درمان شناختی رفتاری هاوتون و همکاران، (۱۳۸۳) و رفتاردرمانی شناختی کلارک و همکاران، (۱۳۸۰) استفاده شد. چهارچوب جلسات درمانی به طور مختصر به شرح زیر بود:

جلسات اول تا سوم: معارفه و اتحاد درمانی، آشنایی کلی با انواع اختلالات کنش جنسی و تأثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی، بیان ارزش و اهمیت درمان، تعیین مشکل اصلی، ارزیابی نحوه نزدیکی، آموزش مهارتهای ارتباطی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تشخیص باورها و افکار غیرمنطقی و آموزش ابراز وجود صحیح.

جلسات چهارم تا ششم: بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز حسی نوع اول، نمایش فیلم، تمرکز حسی نوع دوم، آموزش تمرینات Kegal، نمایش فیلم، دخول بدون ارگاسم و خودتحریکی، ارگاسم در حضور همسر، نمایش فیلم. آموزش تکنیک‌های تن آرامی برای کاهش هر چه بیشتر اضطراب در زندگی روزمره.

جلسات هفتم و هشتم: مانور نقطه عطف، نزدیکی و ارگاسم، آموزش مهارت حل مسئله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش هر چه بیشتر موقعیت‌های اضطراب زا، جمع بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان و واکنش صحیح در زمان عود علائم.

بررسی تکالیف خانگی و رفع ابهامات مربوط به درمان در دستور کار هر جلسه قرار داشت.

تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش: با توجه به طرح تحقیق تجربی همراه با پیش آزمون و پس آزمون برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در این تحقیق متغیر مستقل، درمان شناختی- رفتاری و متغیر وابسته، نمرات پس آزمون پرسشنامه گلوبک- روست بود. از آنجا که هیچ یک از متغیرهای جمعیت شناختی مربوط به بیماران با نمرات اختلال جنسی همبستگی معناداری نشان نداد، تنها تأثیر نمرات پیش آزمون به منظور تعدیل تأثیر تفاوت‌های اولیه در میزان اختلال بیماران کنترل شد.

تحلیل کوواریانس وقتی به کار برده می‌شود که برای مداخله به کار گرفته شده در پژوهش اثربخشی احتمالی قائل باشیم. اگرچه پژوهش حاضر بر مبنای نتایج پژوهش‌های خارجی انجام شد که بیان‌کننده اثربخشی قوی برای درمان شناختی رفتاری اختلالات جنسی هستند، لیکن از آنجا که محققان از بین تحقیقات داخلی، پژوهشی را در این زمینه نیافتند و با توجه به تأثیرپذیری زیاد مدل‌های روان‌درمانی از شرایط فرهنگی جوامع مختلف محققان از اثربخشی این نوع درمان اطمینان کامل نداشتند. پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس به قرار زیر است:

- ۱- مستقل بودن: نمره هر فرد آزمودنی مستقل از نمره افراد دیگر است، یعنی هر نمره اطلاعات مستقل و ویژه‌ای درباره تأثیر فراهم می‌کند.
- ۲- نرمال بودن: نمره‌های موجود در هر یک از خانه‌های طرح از جامعه‌ای انتخاب شده اند که توزیع نمره‌ها در آن جامعه شکل نرمال دارد. به عبارت دیگر، فرض می‌شود که نمره‌های هر یک از خانه‌های طرح به صورت نمونه‌گیری تصادفی از جامعه‌ای انتخاب شده‌اند که توزیع پراکندگی نرمال دارد.
- ۳- همگنی واریانس‌ها: واریانس نمره‌های خانه‌های جدول با هم یکسان است (شیولسون، ۱۳۸۶). خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و کنترل، همگونی رابطه بین متغیر وابسته و کنترل در دو گروه، تساوی کوواریانس‌ها و تساوی حجم نمونه در دو گروه از دیگر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس می‌باشند. به منظور رعایت اختصار در ارائه مطالب، نتایج مربوط به پیش فرض‌های نرمال بودن، تساوی واریانس‌ها و همگونی ضرایب رگرسیون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: نتایج مربوط به پیش فرض‌های نرمال بودن، تساوی واریانس‌ها و همگونی ضرایب رگرسیون دو گروه

پیش فرض		همگنی واریانس‌ها		همگنی ضرایب رگرسیون		نرمال بودن (آزمون شاپیروویلک)	
زیر مقیاس	F	معناداری	F	معناداری	گروه	آماره	معناداری
اختلال جنسی	۰/۲۳۱	۰/۶۳۶	۰/۵۸	۰/۴۳	آزمایش	۰/۹۴	۰/۶۴
					گواه	۰/۸۶	۰/۰۹
فقدان فراوانی	۱/۰۲	۰/۳۲۶	۰/۰۲۳	۰/۸۲	آزمایش	۰/۹۱	۰/۳۳
					گواه	۰/۹۳	۰/۴۷
فقدان ارتباط	۰/۰۳۵	۰/۸۵۴	۰/۸۱	۰/۰۸	آزمایش	۰/۸۷	۰/۱۲
					گواه	۰/۸۷	۰/۱۲
نارضایتی	۰/۰۷۴	۰/۷۸۹	۱/۲	۰/۶۷	آزمایش	۰/۸۳	۰/۱۱
					گواه	۰/۸۶	۰/۱۱
اجتناب گری	۳/۵۴۵	۰/۰۷۶	۰/۴۸	۰/۵۶	آزمایش	۰/۹۴	۰/۶۱
					گواه	۰/۸۱	۰/۲۸
فقدان شهوت انگیزی	۱/۹۵۵	۰/۱۷۹	۰/۶۸	۰/۵۹	آزمایش	۰/۷۹	۰/۱۸
					گواه	۰/۷۵	۰/۱۱
بی ارگاسمی	۰/۰۹۵	۰/۷۶۲	۳/۴	۰/۷۷	آزمایش	۰/۷۳	۰/۱۳
					گواه	۰/۷۹	۰/۲۲

جدول ۲: نتایج مربوط به پیش فرض خطی بودن رابطه بین متغیر همگام (نمرات پیش آزمون) و متغیر وابسته

زیر مقیاس	ضریب همبستگی	معناداری
اختلال جنسی	۰/۶۳	۰/۰۲
عدم فراوانی	۰/۵۱	۰/۰۲۳
فقدان ارتباط	۰/۵۴	۰/۰۰
فقدان کامروایی	۰/۵۱	۰/۰۱
اجتناب گری	۰/۵۹	۰/۰۰۳
فقدان شهوت انگیزی	۰/۶۱	۰/۰۱۲
بی ارگاسمی	۰/۴۹	۰/۰۴۱

یافته‌ها

فرضیه اصلی: درمان شناختی رفتاری میزان اختلالات کنش جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل کاهش می‌دهد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات کل پس آزمون اختلالات جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس نمرات کل پس آزمون بر میزان اختلالات جنسی در دو گروه

شاخص‌های آماری متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۹۵۸/۳۷	۳۴/۶۹۳	۰/۰۰	۰/۶۷۱	۱
عضویت گروهی	۱	۷۱۹/۴۶۱	۲۶/۰۴۴	۰/۰۰	۰/۶۰۵	۰/۹۹۸

جدول ۳ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون، بین میانگین‌های برآورد شده نمرات اختلال جنسی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). لذا فرضیه اصلی تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و کاهش اختلال جنسی گروه آزمایش در برابر گروه کنترل را باعث شده است. میزان تأثیر مداخله ۰/۶۰ بوده است. توان آماری ۰/۹۹۸ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تأیید این فرضیه کافی بوده است.

فرضیه‌های فرعی

فرضیه اول: درمان شناختی رفتاری میزان فراوانی رابطه جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه افزایش می‌دهد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون "فراوانی کم رابطه جنسی (ندرت)" در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون فراوانی کم رابطه جنسی (ندرت) در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص‌های آماری متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۰/۶۴۸	۸/۳۹۹	۰/۰۱۰	۰/۳۳۱	۰/۷۸۰
عضویت گروهی	۱	۸/۶۴۲	۶/۸۱۶	۰/۰۱۸	۰/۲۸۶	۰/۶۹۲

جدول ۴ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون، بین میانگین‌های برآورد شده نمرات "فراوانی کم رابطه جنسی (ندرت)" آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). لذا فرضیه اول تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر میزان "کم فراوانی جنسی" شرکت کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و افزایش فراوانی رابطه جنسی گروه آزمایش را در برابر گروه کنترل باعث شده است. میزان تأثیر مداخله ۰/۲۹ بود که توان آماری کمتر از ۰/۸ را نشان داده است.

فرضیه دوم: درمان شناختی رفتاری میزان فقدان ارتباط جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون فقدان ارتباط جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون بر میزان فقدان ارتباط جنسی در دو گروه

شاخص‌های آماری متغیر	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۹۴/۰۵۹	۴۶/۲۹۳	۰/۰۰	۰/۷۳۱	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۲۸/۹۱۶	۱۴/۲۳۱	۰/۰۰۲	۰/۴۵۶	۰/۹۴۴

جدول ۵ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون بین میانگین‌های برآورد شده نمرات فقدان ارتباط جنسی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$)، لذا فرضیه دوم تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر میزان فقدان ارتباط جنسی شرکت کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و افزایش ارتباط جنسی گروه آزمایش در برابر گروه کنترل را باعث شده است. میزان تأثیر مداخله ۰/۴۵۶ بود؛ توان آماری ۰/۹۴۴ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تأیید این فرضیه کافی بوده است.

فرضیه سوم: درمان شناختی رفتاری میزان فقدان کامروایی جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد.

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون فقدان کامروایی جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون بر میزان فقدان کامروایی جنسی در دو گروه

شاخص‌های آماری متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۲۵/۸۵۹	۱۰۹/۴۹۱	۰/۰۰	۰/۸۶۶	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۱۳/۵۳۶	۱۱/۷۷۶	۰/۰۰۳	۰/۴۰۹	۰/۸۹۸

جدول ۶ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر تمام متغیرهای کنترل، بین میانگین برآورد شده نمرات نارضایتی جنسی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)، لذا فرضیه سوم تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر میزان نارضایتی جنسی شرکت کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و کاهش نارضایتی جنسی گروه آزمایش در برابر گروه کنترل را باعث شده است. میزان تأثیر مداخله ۰/۴۰۹ بود؛ توان آماری ۰/۸۹۸ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تأیید این فرضیه کافی بوده است. فرضیه چهارم: درمان شناختی رفتاری میزان اجتنابگری جنسی گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه کاهش می‌دهد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون اجتنابگری جنسی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون بر میزان اجتنابگری جنسی در دو گروه

شاخص‌های آماری متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۶۲/۲۲۰	۴۶/۴۳۴	۰/۰۰	۰/۷۳۲	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۱۲/۰۰۷	۸/۹۶۰	۰/۰۰۸	۰/۳۴۵	۰/۸۰۵

جدول ۷ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر تمام متغیرهای کنترل، بین میانگین برآورد شده نمرات اجتنابگری جنسی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). و فرضیه چهارم تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر میزان اجتنابگری جنسی شرکت کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و کاهش اجتنابگری جنسی گروه آزمایش در برابر گروه کنترل را باعث شده است. میزان تأثیر مداخله ۰/۳۴۵ بوده است. توان آماری ۰/۸۰۵ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تأیید این

فرضیه کافی بوده است.

فرضیه پنجم: درمان شناختی رفتاری میزان بی احساسی جنسی (فقدان شهوت انگیزی) گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه کاهش می دهد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون بی احساسی جنسی (فقدان شهوت انگیزی) در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸: نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون بر بی احساسی (فقدان شهوت انگیزی) جنسی در دو گروه

شاخص های آماری متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۱۹۱/۹۱۴	۱۳۲/۷۰۱	۰/۰۰	۰/۸۸۶	۱/۰۰
عضویت گروهی	۱	۴۶/۳۲۴	۳۲/۰۳۱	۰/۰۰	۰/۶۵۳	۱/۰۰

جدول ۸ نشان می دهد که با حذف تأثیر تمام متغیرهای کنترل، بین میانگین برآورد شده نمرات بی احساسی جنسی (فقدان شهوت انگیزی) آزمودنی ها برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$)، لذا فرضیه پنجم تأیید می شود. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر میزان بی احساسی جنسی (فقدان شهوت انگیزی) شرکت کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و کاهش بی احساسی جنسی (فقدان شهوت انگیزی) گروه آزمایش در برابر گروه کنترل را باعث شده است. میزان تأثیر مداخله ۰/۶۵۳ بوده؛ توان آماری ۱/۰۰ نشان می دهد که حجم نمونه برای تأیید این فرضیه کافی بوده است. فرضیه ششم: درمان شناختی رفتاری میزان بی ارگاسمی گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه کاهش می دهد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون بی ارگاسمی در دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۹: نتایج تحلیل کواریانس نمرات پس آزمون بر بی ارگاسمی در دو گروه

شاخص های آماری متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	۱	۴۲/۹۷۱	۱۹/۴۶۵	۰/۰۰	۰/۵۳۴	۰/۹۸۶
عضویت گروهی	۱	۹/۰۸۹	۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	۰/۳۴۸	۰/۸۱۱

جدول ۹ نشان می‌دهد که با حذف تأثیر تمام متغیرهای کنترل، بین میانگین برآورد شده نمرات بی‌ارگاسمی آزمودنی‌ها برحسب عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.01$)، لذا فرضیه هفتم تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر میزان بی‌ارگاسمی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش تأثیر داشته است و کاهش بی‌ارگاسمی گروه آزمایش در برابر گروه کنترل را باعث شده است. میزان تأثیر مداخله ۰/۳۴۸ بود؛ توان آماری ۰/۸۱۱ نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تأیید این فرضیه کافی بوده است. شایان ذکر است که در تمام جداول فوق، معناداری مربوط به تأثیر پیش‌آزمون، کمتر از ۰/۰۵ است که این یافته بیان‌کننده اثر پیش‌آزمون علاوه بر اثر گروه درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

خانواده یکی از ارکان اصلی نظام اجتماعی است و سلامت خانواده، محیطی مناسب برای رشد و تعالی زوج‌ها و فرزندان آنها خواهد بود. اصولاً روابط زوج به چهار پایه اصلی ارتباطات عاطفی، ارتباطات شناختی و فکری، ارتباطات اقتصادی و ارتباطات جنسی شکل می‌گیرد. هرگونه اختلال در فرایند دو طرفه ارتباطات می‌تواند زمینه‌ای برای بروز مشکلات و تزلزلی در تحکیم خانواده باشد. ارتباطات جنسی اساس سلامت روان و بقای نسل سالم است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات کنش جنسی زنان مؤثر است و با یافته‌های کاباکسی و باتر (۲۰۰۳) مطابقت دارد. این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری، تمرین آرمیدگی و هیپنوتیزم در بهبود انواع اختلالات جنسی مؤثر است. این نتایج همچنین با یافته‌های مک کاب (۲۰۰۱) نیز همخوانی دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری، فراوانی رابطه جنسی را افزایش و نمرات بیماران را، در زیرمقیاس‌های فقدان ارتباط جنسی، نارضایتی جنسی، اجتنابگری جنسی و بی‌احساسی جنسی (فقدان شهوت انگیزی) کاهش داده است که این یافته‌ها با پژوهش‌های لیمن و همکاران (۱۹۸۴)، مک کارتی (۱۹۸۴)، کاپلان (۱۹۸۷)، مستون و همکاران (۲۰۰۴)، ترکویل و همکاران (۲۰۰۷) و عشقی (۱۳۸۵) همخوانی دارد. در پژوهشی که لیمن و همکاران، در سال ۱۹۸۴، در میان ۲۳ زوج انجام دادند، مشخص شد که درمان شناختی

رفتاری، به طور آشکار رضایت درونی افراد دچار اختلال ارگاسم ثانوی را افزایش می‌دهد. مک‌کارتی (۱۹۸۴) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) نیز تأثیر رویکرد شناختی رفتاری در درمان اختلال بازداری شده را بررسی کرد و نشان داد که شیوه شناختی رفتاری زوجها در افزایش برانگیختگی جنسی زنان مؤثر است. نتایج بررسی مستون و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بهترین و متداول‌ترین شیوه درمانی، رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب مثل آرمیدگی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین تمرکز حسی و حساسیت زدایی منظم بود.

یافته‌های پژوهش مهرابی و همکاران نیز در سال ۱۳۷۸، نشان داد که در نتیجه درمان‌های رفتاری و شناختی، اضطراب و اجتناب جنسی آزمودنی‌ها کاهش می‌یابد. همخوان با یافته‌های پژوهش حاضر، ترکویل و همکاران (۲۰۰۷) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که درمان شناختی رفتاری در افزایش فراوانی آمیزش جنسی نیز سودمند است.

در توجیه اثربخشی معنادار درمان شناختی رفتاری در درمان اختلالات کنش جنسی چندین احتمال شایان ذکر است:

- 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.

مثلاً "با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی از یک طرف واکنش‌های لذت‌بخش تقویت می‌شود و از سوی دیگر مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شود. تعارضات درونی نیز به نحوی تحت تأثیر این تمرینات قرار می‌گیرند. این تمرینات در اغلب موارد کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده در طرفین را باعث می‌شود. ارتباط عاطفی زوج طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند.

- این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً "حالات 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 توجیه تأثیر مداخله درمانی باشد.

- طرح ریزی جزئیات روند نزدیکی به صورتی است که بیمار 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.

در طراحی و اجرای پژوهش حاضر، محدودیت‌های متعددی وجود داشت که مواردی از آن همراه با پیشنهادها ذکر می‌شود:

به دلیل نگاه گناه‌آلود به مسائل جنسی در ایران، در زمینه شناسایی، تعیین علل مؤثر در بروز اختلالات جنسی و درمان آن در جامعه ایرانی، پژوهش‌های محدودی انجام شده است و بررسی‌ها از حد مراکز دانشگاهی فراتر نرفته است، لذا نبود یک پروتکل تدوین شده، آزمون شده و فرهنگ سازی شده متناسب با بیماران جامعه ایرانی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

از آنجا که باورهای اجتماعی در زمینه مسائل جنسی اغلب منفی و در اذهان اکثریت افراد به عنوان یک تابو مطرح است؛ اولاً تنها از بیماران زن در نمونه گیری استفاده شد که این خود مانع از تعمیم نتایج پژوهش به بیماران مرد می‌شود؛ ثانیاً طرح مشکلات جنسی بیماران در حضور همسران آنها مشکل بود. بنابراین، بیماران به تنهایی در جلسات درمانی شرکت می‌کردند که این نیز از جمله محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شود.

به عنوان محدودیتی دیگر، می‌توان تفاوت‌های اولیه میان اعضاء را مطرح کرد. از آنجا که همگن سازی درونی اعضاء هر یک از دو گروه و همچنین هم‌تاسازی کامل اعضاء دو گروه بسیار مشکل بود، لذا در زمینه متغیرهای جمعیت شناختی پراکندگی وجود داشت و هر چند که قرار دادن تصادفی اعضاء در هر دو گروه و استفاده از تحلیل کوواریانس تا حدودی تأثیر تفاوت‌های اولیه را تعدیل می‌کند، لیکن استفاده از گروه‌های هم‌تا و کاهش تفاوت‌های فردی اولیه در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود. با توجه به محدودیت‌های زمان و مکان اجرای پژوهش، طرح درمانی طی ۸ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد که با توجه به طیف وسیع مشکلات بیماران مبتلا به اختلالات جنسی، شاید پروتکل‌های درمانی که تعداد جلسات بیشتری را شامل شوند مناسب‌تر به نظر برسد. همچنین پیشنهاد می‌شود که اثربخشی درمان برای هر کدام از اختلالات کنش جنسی به طور جدا بررسی شود. یعنی از هر اختلال

نمونه‌های کافی از بیماران انتخاب شده و اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای هر اختلال ارزیابی شود و در انتها نتایج به دست آمده در هر اختلال با اختلالات دیگر مقایسه شود.

در پژوهش حاضر، درمان به صورت فردی اجرا شد، پیشنهاد می‌شود که میزان اثربخشی این درمان به صورت گروهی و زوج درمانی نیز بررسی شود و با اجرای این درمان به صورت فردی، مقایسه شود. و در نهایت برای بررسی میزان پایداری تأثیرات درمانی پیشنهاد می‌شود که آزمون‌های پیگیری به فواصل مختلف پس از اتمام مداخله درمانی انجام شود.

منابع

- اوحدی، بهنام، (۱۳۸۴). *تمایلات و رفتارهای جنسی انسان*، اصفهان، صادق هدایت.
- بشارت، محمدعلی، (۱۳۸۰). مشکلات جنسی زوج‌های نابارور، *تازه‌های روان‌درمانی*، شماره ۷.
- جهانفر، شایسته و میترا مولایی نژاد، (۱۳۸۰). *درسنامه اختلالات جنسی*، تهران، بیژه، نشر سالمی.
- ذوالفقاری، معصومه، (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- دیویدام. کلارک، کریستوفوج. فریون، (۱۳۸۰). *دانش و روش‌های کاربردی رفتاری درمانی شناختی*، جلد دوم، ترجمه حسین کاویانی، تهران، فارس و مؤسسه مطالعات علوم شناختی.
- شیرمحمدی، حمیدرضا، (۱۳۸۴). *درمان‌های غیردارویی در درمان اختلالات جنسی*، تهران، شکوه زبان پژوه.
- شیولسون. ریچارد، جی، (۱۳۸۶). استدلال آماری در علوم رفتاری، جلد دوم، ترجمه علیرضا کیامنش، تهران، جهاد دانشگاهی واحد علامه طباطبایی.
- کجباف، محمدباقر، (۱۳۸۷). *روانشناسی رفتار جنسی*، تهران، روان.
- مهرابی، فریدون؛ پریش جابری و امیر هوشنگ مهریار، (۱۳۷۸). شیوه‌های شناختی - رفتاری در درمان زنان مبتلا به فوبیای جنسی، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۵، شماره ۱ و ۲، صفحات ۹۱-۷۹.
- مهرابی، فریدون و محبوبه دادفر، (۱۳۸۲). نقش عوامل روانشناختی در اختلالات کنشی جنسی، جلد ۹، شماره ۱، ص ۱۱-۴.
- نیکخو، محمدرضا و هامایاک آوادیس یانس، (۱۳۸۰). *زندگی جنسی زنان*، تهران، سخن.
- هاوتون، کیت. کرک، جوان. سالکوس کیس، پال و کلارک، دیوید میلر، (۱۳۸۱). رفتار درمانی شناختی، جلد اول، ترجمه حبیب ... قاسم‌زاده، تهران، ارجمند.
- Araoz, D, (2005).** Hypnosis in Human Sexuality Problems, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47:229-42.
- Crespo, E & Fernandez, f, (2004).** Cognitive Brhavioural treatment of a case of vaginism and phobia about pelvice examination, *Journal of psychology*, 106-121.

- Grotjohann, Y, (2001).** Cognitive-behavioral Bibliotherapy for Sexual Dysfunctions in Heterosexual Couples: A Randomized Waiting-list Controlled Clinical Trial in the Netherlands, *The Journal of Sex Research* 106-121.
- Kabakci, E & Batur, S, (2003).** Who benefits from cognitive behavioral therapy for vaginismus? *Journal of Sex Marital Therapy*, 29(4),277-88
- Kaplan, H.S, (1987).** *The Illustrated Manual of sex Therapy*, (2nd edn), Newyork, Brunner/Mazel.
- Lewis, R, Fugel-Meyer, S,Bosch, Axel, R, Laumann, O, lizza, E & Martin-Morales, A, (2004).** Epidemiology/Risk Factors of sexual Dysfunction, *Journal of Sexual Medicine*, 1(1): 35-39.
- Libman, E, Fichten, CS, Brender, W, Burstein, Cohen, J & Binik, YM, (1984).** A comparison of three therapeutic formats in the treatment of secondary orgasmic dysfunction, *Journal of Sex Marital Therapy*, 10(3):147-59.
- McCabe, M. P, (2001).** Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction, *Journal of Sexual Marital Therapy*, 27(3):259-71.
- 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.
- Nicolosi, A, Glasser, C, Kimt, B, Marumo, K & Laumann, O, (2005).** *Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries*, London Chapman and Hall.
- Seo, JT, Choe, JH, Lee,WS & Kim, KH, (2005).** Efficacy of functional ehectrical stimulation biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus, *Journal of Urology*, 66(1):77-81.
- Spence, S.H, (1991).** *Psychasexual Therapy: A Cognitive–Behavioural Approach*, London, Chapman and Hall.
- Turkuile, M.M, Vanlankveld, J.J, Groot, E.D,Melles, R, Neffs, J & Zandbergen, M, (2007).** Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: process and prognosis factors, *Behavioral Research and therapy*, 45(2):359-73.

