

بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان در شهر اصفهان

روناک عشقی^۱ - فاطمه بهرامی^۲ - مریم فاتحی زاده^۳ - امیر کشاورز^۴

چکیده

تاریخ دریافت: ۹۳/۷/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۳۰

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان در شهر اصفهان بود. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل ۱۸ زوج مراجعه کننده به مراکز درمانی و روان درمانی شهر اصفهان بود که زنان آنها به اختلال میل جنسی کم کار (سرد مزاجی) مبتلا بودند و به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور مساوی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. برای جمع آوری داده ها، از دو پرسشنامه محقق ساخته اختلال میل جنسی کم کار نوشتاری و تصویری زنان استفاده شد که در پیش آزمون و پس آزمون توسط شرکت کنندگان تکمیل گردید. در مورد گروه آزمایش، ۸ جلسه مشاوره رفتاری - شناختی جنسی اجرا شد و در گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت. تحلیل یافته های این پژوهش از طریق تحلیل کواریانس یک متغیره نشان داد که مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود نمره کل سرد مزاجی زنان ($P=0/0001$)، و تمام مولفه های آن: بعد رفتاری ($P=0/0001$)، بعد شناختی ($P=0/003$)، بعد احساسی ($P=0/0001$) و بعد جسمانی ($P=0/003$) موثر است. بر اساس این یافته ها می توان نتیجه گرفت که مشاوره شناختی - رفتاری جنسی با بهبود دانش جنسی، باورهای جنسی، خودابرازی و مهارت جنسی زوجین به افزایش میل جنسی زنان

۱. دانش آموخته دکتری مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول):

(ronak_eshghi@yahoo.com)

۲. عضو هیات علمی گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان.

۳. عضو هیات علمی گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان.

۴. دانشجوی دکتری روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان.

سردمزاج کمک کند.
کلیدواژه‌ها: زوج درمانی رفتاری- شناختی جنسی، اختلال میل جنسی کم کار، دانش جنسی، افکار ناکارآمد جنسی، خود ابرازی جنسی.

مقدمه

انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدایی ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی او را تشکیل می‌دهد و روشن است که کیفیت رضای این انگیزه نقش بسیار مهمی را در سلامت فرد و اجتماع و دستیابی به آرامش و آسایش ایفا می‌کند (نیکخوو و آوادیس یانس، ۱۳۸۰). واژه «میل»^۱ دال بر مؤلفه‌های عاطفی و شناختی علاقه به فعالیت جنسی است. (اسپنس^۲، ۱۹۹۱). میل جنسی بعنوان فراوانی و شدت افکار و خیال پردازی‌های جنسی تعریف می‌شود که می‌تواند خودجوش بوده یا در پاسخ به محرک شهوانی ایجاد شود (اورتیگ^۳، بیانچی - دمینچی^۴، ۲۰۰۸) که البته در زنان کمتر از مردان خود جوش است (آرنو^۵ همکاران، ۲۰۰۹).

با توجه به حساس بودن مراحل پاسخ جنسی زنان، میل جنسی آنان نیز به راحتی تحت تاثیر عوامل گوناگون قرار می‌گیرد. اختلال میل جنسی کم کار یا پایین توسط DSM-IV-IR این‌گونه تعریف شده است: «کمبود یا فقدان خیالپردازی و افکار جنسی و میل به فعالیت جنسی که با پریشانی بین فردی همراه است» (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). میل جنسی پایین علت اصلی سایر اختلالات جنسی نیز است و حداقل نیمی از مشکلات جنسی به وسیله میل جنسی پایین ایجاد می‌شوند (برکو^۶ و همکاران، ۱۹۹۲). اختلال میل جنسی کم کار، ویژگی پایداری است که موجب آشفتگی فرد شده و حتی

1. Desire
2. Spence, S.H.
3. Otigue
4. Otigue, S., & Bianchi.Deminchi, F.
5. Arnow, B.A.
6. Berkow, R.

موجب ایجاد مشکلاتی در روابط بین فردی نیز می‌شود (وستیمر و لوباتر^۱، ۲۰۰۵). این مسئله نه تنها برای زنان مشکل‌آفرین بوده و به مزاج و تندرستی آنان صدمات زیادی می‌رساند، بلکه لطمه بزرگی را به ارتباط زناشویی و به طبع آن خانواده وارد می‌سازد. مطابق آماری که در کشورهای مختلف تهیه نموده‌اند، دو سوم جدایی و طلاق زوجین به علت اختلال میل جنسی کم‌کارزنان و عدم توافق بر سر مسایل جنسی می‌باشد (نوید، ۱۳۸۲).

با توجه به تأثیر فوق‌العاده اختلالات جنسی بر زندگی زناشویی، پژوهش‌های داخلی گوناگون خبر از شیوع بالای این اختلالات در زنان کشورمان می‌دهد. گشتاسبی^۲ و همکاران (۲۰۰۹) طی بررسی ۱۴۵۶ زن متأهل دریافتند که بیش از ۵۲ درصد این زنان حداقل یکی از مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند. در سایر مطالعات نیز نتایج مشابهی از قبیل ۳۷ درصد (منصوریان، ۱۳۸۶)، ۴/۶۹ درصد (شفتی، ۱۳۸۶) و ۳۹ درصد (رحمتی و همکاران، ۱۳۸۸) مشاهده شد که در تمام موارد بیشترین شیوع در اختلال میل جنسی پایین و اختلال در ارگاسم بود. پژوهش‌های جهانی متعدد نیز نشان می‌دهد که اختلال در میل جنسی یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی زنان می‌باشد (کینزی^۳، ۱۹۹۱؛ لومان^۴ و همکاران، ۱۹۹۹؛ سرگریوز و وودارد^۵، ۲۰۰۶؛ ویتینگ^۶ و همکاران، ۲۰۰۸).

علیرغم نرخ بالای اختلالات جنسی و تأثیر انکارناپذیر آن بر رابطه زوجین، مبحث نابهنجاری جنسی زنان همواره در درست تحقیق و بررسی بوده است (اندرسون و سیرانوسکی^۷، ۱۹۹۵؛ باسن^۸ و همکاران، ۲۰۰۱). در مقایسه با مشکلات جنسی مردان، تحقیق و بررسی کمتری پیرامون مشکلات جنسی زنان بالاخص اختلال میل جنسی

1. Whestheimer, R., & Lopater, S.

2. Goshtasebi

3. Kinsey

4. Laumann, E.O.

5. Sergraves, R., & Woodard, T.

6. Witting

7. Anderson, B.L., & Cyranowski, J.M

8. Bassan, R.

پایین صورت گرفته است (کوهن و کاپلان^۱، ۱۹۹۹؛ رید^۲، ۱۹۹۵). با این وجود، تاکنون تحقیقات بسیاری بر روی سبب شناسی اختلالات جنسی به شکل کلی صورت گرفته است که جدیدترین آنها مدلی است که توسط بالون^۳ (۲۰۰۸) ارائه شده است که ۳ دسته عوامل بین فردی (مانند تعارض زناشویی، تعارض مذهبی و...)، روان شناختی (مانند اضطراب، افسردگی، دیدگاههای شناختی و...) و بیولوژیک (مانند بیماریهای مزمن مثل دیابت، مشکلات زنانگی و...) را شامل می شود. با این وجود، روند تحقیقاتی در سالهای اخیر آشکار ساخت که همبستگی ناچیزی بین پدیده های زیست شناختی و نابهنجاری های جنسی زنان وجود دارد و تاثیر عوامل روان شناختی پررنگ تر است (کرینگ^۴، ۲۰۰۰).

از این رو، نیاز قابل توجهی به خدمات درمانی احساس می شود و از آنجایی که درمان اختلال میل جنسی کم کار در مقایسه با سایر نابهنجاریهای جنسی زنان بسیار دشوار و وقت گیر است و در عین حال میزان موفقیت درمانی آن کمتر از سایر اختلالات جنسی زنان است (ویکس، ۱۹۸۷ به نقل از اسپنس، ۱۹۹۱)، تحقیقات کمی درباره تاثیر درمانهای روان شناختی بر این اختلال صورت گرفته و اغلب از شیوه های دارودرمانی و هورمون درمانی استفاده شده است. درمان های هورمونی تا جایی که مشکلات ریشه فیزیولوژیک داشته باشند، نتایج درمانی خوبی بدنبال دارد (وارناک^۵، ۲۰۰۲؛ پاپالیا، برگر^۶، ۲۰۰۶). پژوهشگران متعددی اقدام به مقایسه اثربخشی درمانهای هورمونی با درمانهای روان شناختی سردمزاجی زنان نموده اند. برای اولین بار؛ کارنی، بنکرافت و ماتئوس^۷ (۱۹۷۸) در درمان زنان سرد مزاج اقدام به مقایسه دورویکرد درمان روان شناختی همراه با تستسترون با درمان روان شناختی همراه با دیاپام نمودند. درمان

1. Kohn, I.J., & Kaplan, S.A.

2. Read, J.

3. Balon, R.

4. Kring, B.

5. Warnock, J.J.

6. Papalia, M.A., & Burger, H.

7. Carney, A., Bancroft, G., & Mathews

روان‌شناختی آنها شامل رویکرد تعدیل شده مسترز و جانسون یعنی منع آمیزش جنسی و تمرکز حسی (۱) و (۲) بود که در نهایت به آمیزش ختم می‌شد. نتایج نشان داد که درمان روان‌شناختی همراه با تستسترون موثرتر از درمان روان‌شناختی همراه با دیازپام بود. نتایج پژوهش ماتئوس و همکاران (۱۹۸۳) نیز نشان داد که بین اثربخشی درمان با تستسترون و درمان رفتاری همراه با دارونما تفاوتی وجود ندارد و تاثیر تستسترون درمانی از اثربخشی درمان روان‌شناختی فراتر نمی‌رود.

پژوهش داو^۱ و گالاکر^۲ (۱۹۸۹) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) آشکار ساخت که مداخله روان‌شناختی همراه با دارونما و درمان روان‌شناختی همراه با تستسترون نسبت به درمان تستسترون به تنهایی برتر بودند. همچنین فعال‌ترین عامل نتایج موفقیت آمیز درمان سردمزاجی زنان، درمان روان‌شناختی بوده است. نتایج پیگیری درمان پس از چهار ماه نشان داد که تداوم بهبودی‌ها در گروه درمان با تستسترون به تنهایی، ضعیف بود. در حالی که نتایج برای آزمودنی‌هایی که درمان روان‌شناختی را دریافت کرده بودند همچنان پایدار بود در نهایت، در اکثر موارد، حتی پس از درمان دارویی و هورمونی ارجاع زنان کم‌میل به جلسات زوج درمانی، روان‌درمانی بین فردی و آموزش جنسی در بهبود بیمار بسیار موثر است (وارناک ۲۰۰۲). بنابراین، به نظر می‌رسد که درمان رفتاری نسبت به درمان با تستسترون در زنان مبتلا به اختلال میل جنسی کم‌کار موثرتر است.

در پژوهشی که توسط مان جک و کانو^۳ (۱۹۷۶) انجام گرفت، مشخص شد نتایج درمانهای زوجی کوتاه مدت مسترز و جانسون در درمان سردمزاجی بسیار امیدوارکننده می‌باشد. امروزه معروفترین و متداولترین روش‌هایی که در درمان سردمزاجی به کار می‌روند، متکی بر کارهای مسترز و جانسون و بیشتر از نوع درمانهای رفتاری هستند (نیکخو و آوادیس یانس، ۱۳۸۰).

1. Dove & Gallagher

2. Gallagher

3. Munjack, D., & Kanno, P.

نتایج پژوهش گلמן^۱ (۱۹۸۳) پیرامون تاثیر رویکرد رفتاری بر مشکلات جنسی نشان داد که اصول اساسی رویکرد رفتاری مثل زوج درمانی، ارائه آموزشها و اطلاعات جنسی و غیره در درمان ناکارآمدی جنسی مؤثر هستند. ولیکن امروزه، اعتقاد بر این است که عدم کاهش شناخت‌های ناسازگارانه و نقایص مهارت‌های شناختی مرتبط با اختلال‌های جنسی مثل مهارت تمرکز-توجه؛ ثمربخشی بلندمدت درمان را محدود می‌سازد و چنانچه با این گونه شناخت‌های ناسازگارانه به درستی مقابله نشود، بعید به نظر می‌رسد که رفتار جنسی آشکار فرد تغییر یابد و در نتیجه در فرایند رفتار درمانی خلل ایجاد می‌کند و این مسایل باعث شده است تا رویکردهای شناختی نیز مورد توجه قرار گیرند. از اینرو، رویکرد رفتاری-شناختی به جای تمرکز صرف بر جنبه‌های آشکار کارکرد جنسی، عوامل شناختی را نیز در جریان ارزیابی و درمان مورد توجه قرار می‌دهد. تکنیک‌های شناخت درمانی همچون افزایش آگاهی جنسی از طریق ارائه اطلاعات، آموزش خیال‌پردازی، مهارت تمرکز-توجه، بازسازی نگرش‌های غیرمنطقی جنسی، بازسازی خودگویی‌های ناسازگارانه، خودتقویتی و آموزش مهارت حل مسئله در درمان اختلالات جنسی مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به شیوه‌های متعدد درمانی، تحقیقاتی که در فرانسه توسط گیامی و دی کلومی^۲ (۲۰۰۳) بر روی زنان مبتلا به اختلال میل جنسی کم کار صورت گرفت، نشان داد که روان‌درمانی، درمان رفتاری - شناختی و زوج درمانی کاربردی ترین و موثرترین تکنیک‌های درمانی می‌باشند.

بنابراین، علیرغم وجود محدودیتهایی نظیر محدود بودن نمونه به زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره خصوصی شهر اصفهان و استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی اقدام به اجرای این پژوهش نمودیم تا شاید بتوان از نتایج آن به عنوان طرحی درمانی در راستای تحکیم خانواده‌ها بهره جست. از این رو، با توجه به تحقیقات انجام شده و تاثیرانکارناپذیر این اختلال در تعارضات زناشویی از یک سو و نیز جایگاه درمان رفتاری -

1. Gellman, C.

2. Giami, A., & De Clomby, P.

شناختی جنسی در درمان اختلالات جنسی از سوی دیگر، پژوهش حاضر در صدد است به تعیین اثربخشی مشاوره زوجین به شیوه رفتار- شناختی جنسی بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار جنسی زنان در شهر اصفهان بپردازد.

روش

این پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زوجین مراجعه کننده به مراکز درمانی و روان درمانی شهر اصفهان در سال ۸-۱۳۸۷ بود که زنان آنها به اختلال میل جنسی کم کار مبتلا بودند. تعداد نمونه این پژوهش، ۱۸ زوج (۳۶ نفر) مراجعه کننده به مراکز درمانی و روان درمانی شهر اصفهان بود که زنان آنها مبتلا به اختلال میل جنسی کم کار بودند که به طور تصادفی انتخاب شده و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. انتخاب نمونه بدین صورت انجام گرفت:

۱- پس از مطالعه منابع موجود در زمینه سردمزاجی جنسی، چک لیستی از علائم بر اساس راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ بروتو^۱، ۲۰۰۹) تهیه شده و در اختیار چند تن از متخصصین زنان و زایمان و چندین مرکز مشاوره و روان درمانی قرار داده شد و از آنان خواسته شد تا بر طبق ملاک های موجود در این چک لیست زنان سردمزاج را شناسایی کرده و به پژوهشگر معرفی کنند.

۲- پس از معرفی زوجین، پژوهشگر با انجام مصاحبه بالینی زوجین از وجود واقعی این اختلال مطمئن گردید.

۳- پژوهشگر از سلامت روحی و جسمی آزمودنی ها مطمئن شد تا بدین وسیله تاثیر متغیرهای مزاج را کنترل کند. همچنین با هدف رعایت اخلاق پژوهش از آزمودنی ها برای شرکت در پژوهش اجازه گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که اسامی و نتایج

پژوهش محرمانه باقی خواهد ماند.

۳- سپس به طور تصادفی ۹ زوج (۱۸ نفر) در گروه آزمایش و ۹ زوج (۱۸ نفر) در گروه کنترل جایگزین شدند.

۴- گروه آزمایش ۸ جلسه زوج درمانی شناختی- رفتاری جنسی را به صورت گام به گام طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته، یک جلسه دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. مدل درمانی ترکیبی از رویکرد تعدیل شده مسترز و جانسون با رویکردهای شناختی بود (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰؛ اسپنس، ۱۹۹۱؛ وستیمر و لویپاتر، ۲۰۰۵) که توسط درمان‌گرت تهیه شده بود. دو پرسشنامه سردمزاجی زنان نوشتاری و تصویری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه سردمزاجی زنان نوشتاری و تصویری محقق ساخته استفاده شد:

الف) پرسشنامه اختلال میل جنسی کم کار نوشتاری زنان

از آنجا که پرسشنامه‌های معتبر برای سنجش اختلال میل جنسی کم کار زنان در کشور وجود نداشت و پرسشنامه‌های ساخته شده توسط محققان خارجی نیز با فرهنگ ما نامتجانس بود، پژوهشگر با مطالعه منابع معتبر علمی و چندین پرسشنامه خارجی چون پرسشنامه انگیزه جنسی آن هوپر (۱۹۹۲) و با استناد بر ملاک‌های موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) با در نظر گرفتن مسائل فرهنگی کشورمان اقدام به ساخت پرسشنامه اختلال میل جنسی کم کار زنان کرد.

به منظور ساخت پرسشنامه، ابتدا پیش‌نویس پرسشنامه تهیه شد. در این پیش‌نویس، اختلال میل جنسی کم کار در ۴ حیطه مورد ارزیابی قرار گرفت. این حیطه‌ها عبارت بودند از: حیطه شناختی، حیطه رفتاری، حیطه احساسی و حیطه جسمانی. در

مجموع ۱۶۳ عبارت مطرح شد که هر عبارت دارای ۵ گزینه (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) با نمره‌های ۱ تا ۵ بود و با توجه به هدف عبارت به صورت مستقیم (۵۱ عبارت) یا معکوس (۹۲ عبارت) نمره گذاری شدند.

برای تعیین همبستگی هر سوال با نمره کل، پرسشنامه به طور تصادفی بر روی ۴۰ زن اجرا گردید و همبستگی هر سوال با نمره کل تعیین شد و سوالاتی که همبستگی آنها معنادار نبود حذف گردید. پرسشنامه نهایی با ۱۴۳ سوال تدوین گردید. روایی محتوایی پرسشنامه توسط پنج متخصص مشاوره و پزشک متخصص زنان و زایمان تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵، ضریب همبستگی بین دو نیمه‌ی آن ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی آن با فاصله سه هفته ۰/۹۳ به دست آمد. تحلیل عاملی تاییدی نیز ساختار عاملی این پرسشنامه را تایید نموده و از اعتبار عاملی این آزمون حمایت کرد.

ب) پرسشنامه اختلال میل جنسی کم کار تصویری زنان

با توجه به تابو بودن صحبت کردن پیرامون مسائل جنسی، در این پژوهش به منظور سنجش دقیق تر اختلال میل جنسی کم کار زنان از پرسشنامه تصویری نیز استفاده شد. به منظور ساخت این پرسشنامه، تصویر انیمیشن ۵ زن توسط یک گرافیست طراحی شد. در این پرسشنامه، اولین چهره بسیار شاد، دومین چهره شاد، سومین چهره بی تفاوت، چهارمین چهره ناراحت و پنجمین چهره بسیار ناراحت طراحی شد. در زیر هر تصویر یک مربع تعبیه شد و با استفاده از این پرسش از آزمودنی خواسته شد تا بهترین گزینه را انتخاب کند.

پرسش "کدام یک از حالات فوق مشابه وضعیت شما قبل از ارتباط جنسی با همسرتان است؟"

نمره گذاری پرسشنامه به این صورت بود که به هر ماده از ۱ (چهره بسیار شاد) تا ۵ (چهره بسیار ناراحت) امتیاز تعلق می‌گرفت که نمره ۱ نشانگر حداقل بی میلی جنسی و نمره ۵ نشانگر حداکثر بی میلی جنسی بود. به منظور سنجش روایی محتوایی

پرسشنامه، پرسشنامه تصویری مذکور با پرسشی متفاوت ارائه شد یعنی این بار نظر شوهر در مورد همسرش مورد سوال قرار گرفت. پرسش این بود:

«کدام یک از حالات فوق مشابه وضعیت همسران قبل از ارتباط جنسی با

شماست؟»

سپس هردوی این پرسشنامه‌ها به طور همزمان در اختیار ۳۵ زوج (۷۰ نفر) که به طور تصادفی انتخاب شده بودند قرار گرفت و به منظور سنجش روایی همزمان پرسشنامه، همبستگی بین نمره زن و نمره مرد محاسبه شد. ضریب همبستگی بین نگرش زن نسبت به تمایل خود و نگرش همسرش نسبت به تمایل وی ۰/۵۱ بدست آمد که این ضریب معنی دار بود ($P < 0/01$). همچنین پرسشنامه اختلال میل جنسی کم کار نوشتاری محقق ساخته و پرسشنامه اختلال میل جنسی کم کار تصویری به طور همزمان بر روی ۴۰ زن که بطور تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا شد و به منظور سنجش روایی همزمان پرسشنامه تصویری، همبستگی بین نمرات حاصل از دو آزمون محاسبه شد. ضریب همبستگی بین این دو گروه نمرات ۰/۸۴ بدست آمد که این ضریب معنی دار بود ($P < 0/01$). برای تعیین پایایی بازآزمایی نیز این پرسشنامه دوبار به فاصله ۳ هفته بر روی ۴۰ زن که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، اجرا گردید. ضریب همبستگی بین نمرات آزمودنی‌ها در دو بار اجرا برابر با ۰/۵۹ محاسبه گردید و این ضریب معنی دار بود.

ساختار جلسات زوج درمانی شناختی - رفتاری جنسی

پیش از انتخاب آزمودنی‌ها و حصول اطمینان از مبتلا بودن آزمودنی‌ها به اختلال میل جنسی کم کار، پیش آزمون بر روی آنان اجرا شد. سپس، متغیر مستقل در این پژوهش یعنی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین، شامل هشت جلسه مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بود که مطابق با مدل از قبل تعیین شده به صورت گام به گام طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هر هفته، یک جلسه اجرا شد. در این جلسات که با

استفاده از منابع معتبر علمی (مسترز و جانسون، ۱۹۷۰؛ اسپنس، ۱۹۹۱؛ وستیمرو لویاتر، ۲۰۰۵) و نظرخواهی و مشورت متخصصین تنظیم شده بودند، پژوهشگر با استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتاری - شناختی جنسی همچون آموزش آرمیدگی، تمرکز حسی غیر جنسی (۱) و جنسی (۲)، بازسازی شناختی افکار ناکارآمد جنسی، افزایش دانش و آگاهی جنسی زوجین از طریق آموزش آناتومی و چرخه پاسخ جنسی در زن و مرد، آموزش مهارت تمرکز-توجه بدنی و تناسلی، آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه نظر جسمی و روحی، آموزش خودابرازی جنسی و آموزش انواع شیوه‌ها و تکنیک‌های مقاربت متناسب با مشکل زوجین، اقدام به درمان زنان سردمزاج نمود. آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها

دامنه سطح تحصیلی بیماران در هر دو گروه از سیکل تا لیسانس بود. طول مدت زوجیت شرکت کنندگان از ۲ تا ۲۷ سال بود و دامنه سنی شان نیز از ۱۹ تا ۵۸ سال بود. در بین متغیرهای جمعیت شناختی، بین دو متغیر تحصیلات زن $P < ۰/۰۵$ و $-۰/۵۶ = r$ و تحصیلات همسر $P < ۰/۰۵$ و $-۰/۵۱ = r$ با اختلال میل جنسی کم کار همبستگی معنادار وجود داشت. بنابراین در تمام تحلیل‌های بعدی با هدف کنترل متغیرهای مزاحم سه متغیر تحصیلات زن، تحصیلات همسر و پیش‌آزمون نمرات کنترل شده است.

نتایج پیش فرض‌های آماری نشان داد که پیش شرط تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین برقرار است و از آنجا که تعداد بیماران در دو گروه شاهد و آزمایش برابر بود در تحلیل نتایج پرسشنامه نوشتاری از تحلیل کوواریانس استفاده شد، ولیکن در تحلیل نتایج پرسشنامه تصویری به علت عدم همگنی واریانس‌ها از آزمون ناپارامتری یو مان ویتنی استفاده شد.

از آنجا که در این پژوهش به منظور سنجش اختلال میل جنسی کم کار زنان از دو پرسشنامه محقق ساخته، اختلال میل جنسی کم کار نوشتاری و تصویری استفاده شده است، نتایج حاصل از دو پرسشنامه به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است:

الف) نتایج حاصل از پرسشنامه اختلال میل جنسی کم کار نوشتاری
 میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال میل جنسی کم کار حاصل از پرسشنامه نوشتاری و مقیاس های چهار گانه آن شامل زیر مقیاس های رفتاری، شناختی، احساسی و جسمانی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و شاهد در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال میل جنسی کم کار در

دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها

| گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۴۹۳/۲۲ | ۱۰۱/۴۹ | ۳۲۰/۷۷ | ۷۱/۹۳ |
| کنترل | ۴۵۱/۶۶۷ | ۷۳/۱۳۶ | ۴۳۰ | ۶۹/۷۹ |

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات زیر مقیاس های چهارگانه اختلال میل

جنسی کم کار در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها

| گروه | آزمون | زیرمقیاس | میانگین | انحراف معیار |
|--------|-----------|----------|---------|--------------|
| آزمایش | پیش آزمون | رفتاری | ۱۵۶/۱۱ | ۲۶/۹۰ |
| | | شناختی | ۱۱۷/۴۴ | ۵۰/۴۶ |
| | | احساسی | ۱۶۱/۲۲ | ۲۸/۲۶ |
| | | جسمانی | ۵۸/۴۴ | ۱۲/۲۰ |
| | پس آزمون | رفتاری | ۱۰۶/۱۱ | ۲۴/۰۵ |
| | | شناختی | ۷۱/۴۴ | ۱۷/۱۹ |
| | | احساسی | ۹۴/۱۱ | ۳۱/۷۷ |
| | | جسمانی | ۴۹/۲۲ | ۱۱/۸۹ |

| گروه | آزمون | زیرمقیاس | میانگین | انحراف معیار |
|-------|-----------|----------|---------|--------------|
| کنترل | پیش آزمون | رفتاری | ۱۴۸/۷۷ | ۲۰/۰۴۲ |
| | | شناختی | ۹۸/۳۳ | ۳۴/۶۳ |
| | | احساسی | ۱۴۶ | ۲۴/۷۸ |
| | | جسمانی | ۵۷/۵۱ | ۷/۹۰ |
| | پس آزمون | رفتاری | ۱۵۰/۵۵ | ۲۱/۴۷ |
| | | شناختی | ۹۲ | ۳۱/۷۴ |
| | | احساسی | ۱۴۵/۶۶ | ۱۷/۹۷ |
| | | جسمانی | ۶۰/۷۷ | ۷/۹۹ |

نتایج تحلیل کوواریانس (کنترل متغیرهای مزاحم تحصیلات زن، تحصیلات همسر و پیش آزمون نمرات) بر اختلال میل جنسی کم کار بیماران در مرحله پس آزمون در جدول ۲ ارائه شده است. بنابراین در تمام تحلیل‌های بعدی با هدف کنترل شده است.

جدول ۳- تحلیل کوواریانس نمرات باقیمانده اختلال میل جنسی کم

کار زنان در پرسشنامه نوشتاری در مرحله پس آزمون

| منبع | متغیر وابسته (سردمزاجی) | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | ضریب اتا | توان آماری |
|------|-------------------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|----------|------------|
| گروه | پس آزمون | ۵۲۶۰۹/۲۸ | ۱ | ۵۲۶۰۹/۲۸ | ۷۰/۳۸۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۴۱ | ۱ |
| خطا | پس آزمون | ۹۷۲۱/۹۹ | ۱۳ | ۷۴۷/۸۴ | | | | |
| کل | پس آزمون | ۲۸۲۸۹۵۵ | ۱۸ | | | | | |

یافته‌های فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون و همچنین گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است که نشان دهنده بهبود سردمزاجی بیماران است. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌ها در پس آزمون معنادار است ($P < ۰/۰۱$ و $F = ۷۰/۳۴۸$) که بیانگر اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار جنسی زنان در پرسشنامه نوشتاری بوده است. میزان تاثیر این مداخله ۰/۸۴ بوده است؛ بنابراین درمان رفتاری -

شناختی جنسی در بهبود بیماری در زنان مبتلا به اختلال میل جنسی کم کار در مرحله پس آزمون گروه آزمایشی تاثیر داشته است. توان آماری ۱ حاکی از دقت آماری بالای پژوهش می باشد. نتایج تحلیل کوواریانس و تاثیر عضویت گروهی بر زیرمقیاس های اختلال میل جنسی کم کار زنان در پرسشنامه نوشتاری در مرحله پس آزمون در جدول ۳ ملاحظه می گردد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمرات باقیمانده زیرمقیاس های چهارگانه اختلال میل جنسی کم کار زنان در پس آزمون

| منبع | متغیروابسته (سردمزاجی) | مجموع مجدورات | درجه آزادی | میانگین مجدورات | F | سطح معناداری | ضریب اتا | توان آماری |
|------|------------------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|----------|------------|
| گروه | بعد رفتاری | ۶۲۵۰/۹۸ | ۱ | ۶۲۵۰/۹۸ | ۴۴/۹۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۷ | ۱ |
| گروه | بعد شناختی | ۲۵۹۸/۸۹ | ۱ | ۲۵۹۸/۸۹ | ۱۲/۸۶ | ۰/۰۰۳ | ۰/۴۹ | ۰/۹۱ |
| گروه | بعد احساسی | ۶۸۷۳/۱۰۴ | ۱ | ۶۸۷۳/۱۰۴ | ۲۸/۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸ | ۰/۹۹ |
| گروه | بعد جسمانی | ۴۴۱/۷۶ | ۱ | ۴۴۱/۷۶ | ۱۳/۵۳ | ۰/۰۰۳ | ۰/۵۱ | ۰/۹۲ |

نتایج جدول ۴ بیانگر اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود زیرمقیاس های چهارگانه اختلال میل جنسی کم کار زنان است.

ب) نتایج حاصل از پرسشنامه اختلال میل جنسی کم کار تصویری میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال میل جنسی کم کار تصویری زنان در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و شاهد در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار نمرات اختلال میل جنسی کم کار در مقیاس تصویری در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه ها

| گروه | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۳/۶۶ | ۰/۷۰ | ۱/۵۵ | ۰/۵۲ |
| کنترل | ۳/۳۳ | ۱ | ۳/۸۸ | ۰/۹۲ |

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بررسی میانگین دو گروه نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون و همچنین گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است که نشان دهنده تاثیر مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان است. در تحلیل نتایج پرسشنامه تصویری به علت عدم همگنی واریانس‌ها از آزمون ناپارامتری یومان ویتنی استفاده شد که نتایج پیش آزمون را با پس آزمون مقایسه کرد.

جدول ۶- نتایج آزمون ناپارامتری یومان ویتنی نمرات اختلال میل جنسی کم کار تصویری در پس آزمون

| | |
|-------|--------------|
| ۰/۰۰ | یومان ویتنی |
| ۴۰ | ویلکاکسون |
| -۲/۲۲ | Z |
| ۰/۰۰ | سطح معناداری |

همانطور که در جدول ۶ مشهود است، آزمون یومان ویتنی تفاوت نمرات سردمزاجی تصویری را در دو گروه تأیید می‌کند، لذا با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان در پرسشنامه تصویری هم اثربخش بوده است. با توجه به نتایج حاصل از هر دو پرسشنامه نوشتاری و تصویری، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی مشاوره رفتاری - شناختی جنسی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان، تأیید می‌شود.

بحث

یافته‌ها نشان می‌دهد که طرح مداخله‌ی رفتاری - شناختی به کار گرفته شده در این پژوهش بر بهبود سردمزاجی زنان و مولفه‌های آن مؤثر بوده است. این نتیجه با نتایج پژوهش گیامی و دی کلومبی (۲۰۰۳) همخوانی دارد. گیامی و دی کلومبی طی پژوهش گسترده‌ای بر روی درمانگران و مشاوران جنسی دریافتند که در درمان یک سوم زنان

سردمزاج مراجعه کننده به مراکز درمانی جنسی از شیوه "شناختی - رفتاری" استفاده می شود که نتایج موفقیت آمیزی را نیز در پی داشته است. پژوهش گهرینگ^۱ (۲۰۰۳) نیز نشان داد که زوج درمانی در درمان اختلال میل جنسی کم کار موثر است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هالورسون^۲ و متز^۳ (۱۹۹۲) همخوانی دارد. نتایج پژوهش نشان داد که متداول ترین و موثرترین شیوه های درمانی به ترتیب عبارتند از: تمرین های تمرکز حسی، درمان شناختی - رفتاری، تمرین آرمیدگی، هیپنوتیزم و گروه درمانی که از این شیوه ها در درمان نابهنجاری های جنسی از جمله سرد مزاجی زنان استفاده شده و نتایج موفقیت آمیزی نیز به دست آمده است.

از آنجا که درمان «رفتاری - شناختی» دارای تکنیکهای بسیار متنوعی است، درمانگران مختلف در راستای درمان نابهنجاری های جنسی زنان از مؤلفه های مختلفی بهره جسته اند. ولیکن در پژوهش حاضر از ترکیبی از چهار مؤلفه رفتاری، شناختی، احساسی و جسمانی موثر بر اختلال میل جنسی پایین استفاده شده است. از اینرو، اثربخشی هر کدام از این مؤلفه ها در تحقیقات گوناگون به شکل جداگانه مورد بررسی قرار می گیرد.

بیشترین پژوهش ها بر روی اثربخشی شیوه های رفتاری صورت گرفته است. مسترز و جانسون از سال ۱۹۵۹ اقدام به درمان انواع نابهنجاری های زنان از جمله سردمزاجی کردند. آنها در درمان خود از تکنیک های منع آمیزش و تمرکز حسی (۱) و (۲) که در نهایت به آمیزش ختم می شد، استفاده کردند. اولین گزارش نتایج درمانی آنها (۱۹۷۰) پس از ۳ تا ۵ سال پیگیری نشان داد که برنامه ی درمانی آنها بسیار موفقیت آمیز بوده است. کلودنی^۴ (۱۹۸۱) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) نیز به بررسی اثربخشی درمان مسترز و جانسون بر روی ۱۸۷۲ درمانجو پرداخت که موفقیت در درمان سرد مزاجی زنان ۷۱٪ بود.

1. Gehring
2. Holvorsen
3. Metz
4. Clodney

همچنین هاوتون^۱ و همکاران (۱۹۸۶) در پژوهش مشابهی میزان موفقیت برای درمان سردمزاجی زنان را ۵۶ درصد گزارش دادند.

کراو^۲ و همکاران (۱۹۸۱) نیز از مقایسه رویکرد تعدیل شده مسترز و جانسون با تلفیقی از درمان زناشویی و آرمیدگی دریافتند که هر دو نوع این درمان‌ها بهبودی‌هایی در رضایت، میل و انرژی جنسی ایجاد می‌کنند. کیلمن^۳ و همکاران (۱۹۸۷، ۱۹۸۶) به نقل از وستیمر (۲۰۰۵) اثربخشی آموزش مهارت جنسی را با استفاده از تمرین‌های تمرکز حسی و تکالیف مربوط به مهارت‌های ارتباط جنسی، مورد ارزیابی قرار دادند و دریافتند که این رویکرد در درمان نابهنجاری‌های جنسی زنان موثر است.

همان‌طور که مشاهده شد در تمام پژوهش‌های مذکور، به منظور درمان اختلال میل جنسی کم کار زنان از تکنیک‌های رفتاری به کار برده شده در پژوهش حاضر نظیر تمرکز حسی (۱) و (۲)، منع آمیزش جنسی، آموزش آرمیدگی، آموزش مهارت‌های ارتباط جنسی و ارائه‌ی اطلاعات جنسی با تأکید بر شرکت هر دو زوج در جلسات درمانی استفاده شده است، که نتایج تمام آنها نیز مثبت بوده است و نتایج حاصل از پژوهش حاضر نیز با نتایج پژوهش‌های فوق همسو بوده است. پس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که در پژوهش حاضر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان در مولفه‌های احساسی و رفتاری می‌تواند حاصل این تکنیک‌های رفتاری باشد زیرا تمرینات تمرکز حسی نه تنها به بهبود رفتارهای جنسی کمک می‌کنند، بلکه به وسیله‌ی کاهش اضطراب یکی از مولفه‌های مهم درمانی مسترز و جانسون قلمداد می‌شوند. آموزش آرمیدگی نیز به واسطه‌ی ایجاد احساس آرامش در درمان‌جو می‌تواند منجر به بهبود بعد احساسی سرد مزاجی شود.

پژوهش‌های متعددی نیز از تکنیک‌های شناختی در درمان انواع نابهنجاری‌های جنسی زنان بالاخص اختلال میل جنسی کم کار، استفاده کرده‌اند. مک کارتی

1. Hawton
2. Crowe
3. Killman

(۱۹۸۴) به نقل از اسپنس (۱۹۹۱) یک رویکرد شناختی - رفتاری را برای درمان میل جنسی بازداری شده زنان، با استفاده از تمرینات رفتاری - نوشتاری و نیمه سازمان یافته تدوین نمود. این روش شامل چهار تمرین زوجی و چهار تمرین فردی بود. کانون تکنیک‌های فردی شامل خود پنداری مثبت، تصویر بدنی و جذابیت مثبت، خیالپردازی، تصویر سازی‌ها و افکار جنسی مثبت و برنامه‌های رفتاری جنسی بود. تکنیک‌های زن و شوهر نیز بر ابراز عاطفه، بحث و گفتگو درباره‌ی ویژگی‌های جذاب زن و شوهر، بررسی میزان اعتماد و علاقه بین زوجین و طرح ریزی و اجرای برنامه‌های جنسی متمرکز بود. نتایج، نشانگر اثربخشی این شیوه در درمان اختلال میل جنسی کم کار زنان بود.

کاپلان^۱ (۱۹۸۷) با استفاده از ترکیبی از شیوه‌های رفتاری مسترز و جانسون با شیوه‌های شناختی همچون خیال پردازی‌ها و بازسازی شناختی، اقدام به درمان زنان مبتلا به اختلال میل جنسی کم کار نمود. وی در درمان خویش، از طریق بازداری شناخت‌های منفی اضطراب زا و تصویر منفی در مورد همسر، خود و رابطه، آموزش تمرکز ارتباط جنسی و مواجهه با موضوعات تحریک کننده در کنار تکنیک‌های رفتاری توانست میل جنسی زنان را به میزان قابل توجهی افزایش دهد. بیشای^۲ (۱۹۸۸) نیز در دو مطالعه‌ی تک موردی اقدام به درمان دوزن مبتلا به نا بهنجاری جنسی با استفاده از شیوه بازسازی شناختی کرد و در هر مورد، درمانجویان بهبود یافتند.

نتایج این پژوهش‌ها با نتایج پژوهش حاضر همسواست و از آنجا که در تمامی پژوهش‌های شناختی - رفتاری مذکور به منظور درمان سردمزاجی زنان از تکنیک‌های شناختی به کار برده شده در پژوهش حاضر همچون بازسازی شناختی، مهارت تمرکز - توجه و آموزش خود ابرازی جنسی استفاده شده است، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که علت بهبودی اختلال میل جنسی کم کار زنان در بعد شناختی استفاده از این تکنیک‌های

1. Kaplan, H.S.

2. Bishay, N.R.

درمانی است زیرا در مداخلات درمانی پژوهش حاضر از بازسازی شناختی افکار غیر منطقی جنسی نسبت به خود، همسر و رابطه، خودگویی مثبت، مهارت تمرکز - توجه و آموزش خود ابرازی جنسی استفاده شده است، که تمام این تکنیک‌های شناختی می‌توانند به بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان درکل و بهبودی بعد شناختی آن در جزء منجر شوند.

رویکرد زوج درمانی شناختی-رفتاری جنسی بکار برده شده در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی و فرهنگی کشورمان به ترکیب مناسبی از تکنیک‌های رفتاری - شناختی پرداخته است که در مقایسه با شیوه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های پیشین جامع تر است و برخلاف آنها که اغلب فقط بر یک یا دو مولفه موثر بر اختلال میل جنسی کم کار توجه کرده اند، هر چهار مولفه رفتاری، شناختی، احساسی و جسمانی اختلال میل جنسی کم کار را در بافت زوج درمانی مورد توجه قرار داده است که نتایج مثبتی را نیز در پی داشته است.

اگرچه تعمیم پذیری این نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری است، بطور کلی با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش و همبستگی قوی بین رضایت از ارتباط جنسی و رضایت عمومی از رابطه زناشویی (اسپرچر^۱، ۲۰۰۲؛ سنتیلا^۲، ۲۰۰۸) بکارگیری زوج درمانی رفتاری - شناختی جنسی به روان‌درمانگران و مشاورین خانواده بالاخص درمانگران جنسی توصیه می‌شود.

مهمترین محدودیت‌های این پژوهش، اندک بودن حجم نمونه به علت عدم دسترسی به همه زنان مبتلا در شهر اصفهان، عدم استفاده از شیوه نمونه گیری کاملاً تصادفی و عدم پیگیری نتایج پژوهش بود. بنابراین تعمیم پذیری نتایج حاصل مستلزم تحقیقات بیشتری با نمونه بزرگ ترمی باشد. از اینرو پیشنهاد می‌شود که نمونه بیشتری از زنان مبتلا مورد بررسی قرار گیرند و به منظور حصول اطمینان از تداوم نتایج درمانی

پیگیری نیز صورت گیرد. همچنین مقایسه نتایج درمانی بر روی زوجین تحصیل کرده و تحصیل کرده نکرده نیز می تواند نتایج قابل ملاحظه ای را بدنبال داشته باشد.

منابع

- رحمتی، ن، اصغری مقدم، م، قسامی، مبرومند، اکرم و مسکریان، ف. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی های جمعیت شناختی گروهی از بیماران مراجعه کننده به کلینیک خانواده و سلامت جنسی دانشگاه شاهد. *چکیده مقالات پنجمین همایش مشاوره خانواده و بهداشت جنسی*. تهران: دانشگاه شاهد.
- شفتی، و. (۱۳۸۶). بررسی شیوع و عوامل موثر در اختلالات عملکرد جنسی در زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان شهید رجائی تنکابن. *خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی*. تهران: مرکز آفرینش های فرهنگی - هنری.
- منصوریان، ع. (۱۳۸۶). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات جنسی در مردان و زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره سایا از تاریخ ۸۳-۸۶ در شهرستان دامغان. *خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی*. تهران: مرکز آفرینش های فرهنگی - هنری.
- نوید، ن. (۱۳۸۲). درمان سرد مزاجی و بی میلی جنسی بانوان، مشهد: موسسه انتشارات راهیان سبز.
- نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایاک (۱۳۸۰). زندگی جنسی زنان: آشنایی با رفتارهای جنسی و روش های شناخت و درمان اختلال های جنسی زنان، تهران: انتشارات سخن.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnow, B. A., Millheiser, L., Garrett, A., Lake Polan, M., Glover, G. H., Hill, K. R., Light body, A., Watson, C., Banner, L., Smart, T., Bachanan, T. and Desmond, J. E. (2009). Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder compared to normal females :A functional magnetic response imaging study. *Neuroscience*. 159:284-502.
- Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1995). Women's sexuality: Behaviours, responses, and individual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 891-906.
- Balon, R. (2008). *Sexual Dysfunction. The brain-Body Connection*. Karger AG. Basel (Switzerland).
- Basson, R, Berman, J, Burnett, A, Derogatis, J, Ferguson, D, & Foucroy, J. (2001). Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 83-94.
- Berkow, R., et al. (1992). *The Merck Manual* (16th ed). New Jersey: Merck Research Laboratories.

- Bishay, N.R. (1988). cognitive therapy for sexual dysfunction. *A preliminary report. Journal of Sexual and Marital Therapy*, 3, 83 – 90.
- Brotto, L. A.(2009).The diagnostic criteria for Hypoactive Sexual Desire Disorder in women ,*Archives of sex and behavior therapy journal* , 34,32-45.
- Carney, A.; Bancroft, J.and Mathews.(1978)."Combination of hormonal and Psychological treatment for female Sexual unresponsiveness: A comparative Study". *British Journal of Psychiatry*, 132, 339 – 346.
- Crowe, M., Gillan, P. & Colombok, S.)1982)"Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: Acontrolled study" .*Behavior Research and therapy*, 19, 43-45.
- Gehring, D. (2003).Couple therapy for low sexual desire: A systematic approach. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 29(1), 25-38.
- Gellman, C. (1983). *Behavioral approach to sexual dysfuctions*. Encephale. 49B-55B.
- Giami, A. and De Colomby, P. (2003) " Sexology as a profession in france". *Archives of Sexual Behavior*. 32 (4), 371-382.
- Goshtasebi, A.Vahdanian, M. Rahimi Foroshani, A.(2009).Prevalence and Potential Risk factor of Female Sexual Difficulties: An Urban Iranian Population_Based Study. *Journal of Sexual Medicin*, 21(2), 32-54.
- Hawton, K., Catalan, J., Martin,P. & Fagg, J.(1986) "Longterm outcome of sex therapy" .*Journal of Behavior Reasearch therapy*, 24, 665-675.
- Holvorsen,J. and ,Metz, M.E.(1992)"Sexual dysfunction, Part II: Diagnosis, management and Prognosis". *The Journal of the American Board of Family practice* .5(2):177-192.
- Hooper, A.(1992)"*The ultimate sex book*".New York:Dorling Kindersley,Inc.
- Kaplan, H.S. (1987) "*The Illustrated Manual of Sex Therapy* ,(2nd edn), New York : Brunner/Mazel .
- Kring, B. (2000). Psychotherapy of sexual dysfunction. *American Journal of Psychotherapy*.54 (1), 97-102.
- Kohn, I. J., & Kaplan, S. A. (1999). Female sexual dysfunction: What is known and what remains to be determined. *Contemporary Urology*, 54-71.
- Levine, S. B. (1987). More on the nature of sexual desire. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 13(1): 35-44.
- Laumann, E. O., & Paik, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence andpredictors. *Journal of American Medical Association*, 281, 537-544.
- Masters, W. H. and Johnson, V. E.(1970) "*Human sexual inadequacy*". Boston: Little, Brown.
- Mathewes, A.; Bancroft, J.; Whitehead, A., Hackmann, A., Julier, D.; Gath, D. and Shaw, P. (1983) "The behavioral treatment of sexual inadequacy: A comprative Study". *Behavior Research and Therapy*, 14, 427- 436.
- Munjack, D. and Kanno, P. (1976) " An overview of outcome on frigidity: Treatment effects and effectiveness". *Comprehensive Psychiatry*, 17 (3), 401-413.

- Ortigue, S. Bianchi-Demicheli, F (2008). The Chronoarchitecture of human Sexual desire: A high-density electrical mapping study. *Neuroimage Journal*, 43, 337-345.
- Papalia, MA. Burger, H. (2006). Clinical evaluation of women presently with low libido and determination of whether androgen therapy might be appropriate. *Seminars in reproductive medicine*, 24(2), 86-96.
- Read, J. (1995). Female sexual dysfunction. *International Review of Psychiatry*, 7(2): 175-183.
- Santtila, P. Wager, I. Witting, K. Harlaar, N. Jern, P. Johnson, A. Varjonen, M and Sandnabba, K. (2008). Discrepancies between sexual desire and sexual activity: gender differences and association with relationship satisfaction. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 34: 31-44.
- Seagraves, R. Woodard, T. (2006). Female hypoactive sexual desire disorder: History and current status. *Journal of Sexual Medicine*, 3: 408-418.
- Spence, S.H. (1991). *Psychosexual Therapy: A Cognitive - Behavioural Approach*, London: Chapman and Hall.
- Sprecher, S. (2002). Sexual satisfaction in premarital relationships: Associations with satisfaction, love, commitment, and stability. *The Journal of Sex Research*, 39, 190-196.
- Warnock, J.J. (2002). Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 16 (11), 745-53.
- Whestheimer, R & Lopater, S. (2005). *Human Sexuality: A Psychology Perspective*. (2th ed) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wiedermann, M. W. (1998). The state of theory in sex therapy. *The Journal of Sex Research*, 35(1), 88-99.
- Witting, K., Santtila, P., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., von der Pahlen, B., et al. (2008). Female sexual dysfunction, sexual distress, and compatibility with partner. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 2587-2599.