

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

The Effectiveness of Sexual Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Self-Concept, Sexual Self-Disclosure, Erectile dysfunction, and Hypoactive Sexual Desire Disorder in Patients with Sexual Dysfunctions

Fatemeh Bayanfar^{1*}, Seyyed Saeid Soliman Poor²

¹ Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

² M.Sc. Student in Family Counseling, Department of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Correspondence

Fatemeh Bayanfar

Email: f.bayanfar@pnu.ac.ir

ABSTRACT

Objective: Sexual dysfunctions are a heterogeneous group of disorders that are usually characterized by a clinically significant disturbance in a person's ability to respond sexually or experience sexual pleasure. A person may have several sexual dysfunctions at the same time. Erectile dysfunctions and hypoactive sexual desire disorder are discussed in this research. This study aimed to investigate the effectiveness of sexual cognitive behavioral therapy (SCBT) on sexual self-concept, sexual self-disclosure, erectile dysfunction, and hypoactive sexual desire disorder in patients with sexual dysfunction.

Method: The present quasi-experimental study was designed with a pretest-posttest, a control group, and a one-month follow-up period. The statistical population of the study included male patients with an erectile disorder or hypoactive sexual desire disorder referring to specialized urology clinics located in district one of Tehran. Among the patients, 26 males with sexual dysfunctions were selected through the purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups (each containing 13 patients). The experimental group received ten 90-minute sessions of SCBT during 2.5 months, and the control group was placed on the waiting list. In this study, the applied questionnaires included the International Index of Erectile Function (IIEF) (Rosen et al., 1997), the Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ) (Snell, 1995), and the Sexual Self-Disclosure Scale (SSDS) (Snell, Belk & Clark, 1987). The data from the study were analyzed through the multivariate analysis of covariance and Bonferroni's post hoc test. **Results:** The results showed that SCBT in the post-test stage significantly increased positive

How to cite

Bayanfar, F. & Soliman Poor, S.A. (2025). The Effectiveness of Sexual Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Self-Concept, Sexual Self-Disclosure, Erectile dysfunction, and Hypoactive Sexual Desire Disorder in Patients with Sexual Dysfunctions. Quarterly Journal Of Health Psychology, 14(1). 93-112.

sexual self-concept ($P \leq 0.001$), sexual self-disclosure ($P \leq 0.001$), and sexual desire ($P \leq 0.001$), with a significant reduction in erectile dysfunction ($P \leq 0.001$), in patients with sexual dysfunctions. **Conclusion:** According to the findings of the present study, it can be concluded that SCBT can be used as an efficient intervention to improve sexual self-concept, sexual self-disclosure, erectile dysfunction, and hypoactive sexual desire disorder in male patients with sexual dysfunction. Sexual health is necessary and important for the physical and psychological health of people and the prevention of sexual diseases. Therefore, this treatment protocol, especially the parts of the anatomy of female and male sexual organs, normal and abnormal sexual desires, and familiarity with the sensitive points of the female body and men should be taught people to improve couples' sexual health and the ability to enjoy sexual relations. Urologists should prescribe the use of this treatment protocol for these patients in addition to drug treatment.

KEYWORDS

Erectile Disorder, Hypoactive Sexual Desire Disorder, Sexual Cognitive Behavioral Therapy, Sexual Self-Concept, Sexual Self-Disclosure, Sexual Dysfunctions.

نشریه علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

اثربخشی درمان شناختی رفتاری جنسی بر خودپنداره جنسی، خودابرازی جنسی، اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی در بیماران مبتلا به کژکاری جنسی

فاطمه بیان‌فر^{۱*}، سید سعید سلیمان‌پور^۲

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری-جنسی بر خودپنداره جنسی، خودابرازی جنسی، اختلال نعوظ و اختلال کمبود میل جنسی در بیماران مرد مبتلا به کژکاری جنسی بود.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مرد مبتلا به اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی مراجعه‌کننده به متخصصان اورولوژی منطقه یک شهر تهران بود. از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۲۶ نفر به روش هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و کنترل (۱۳ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را به مدت دو و نیم ماه دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. ابزارهای به کار برده شده در این مطالعه شامل پرسشنامه عملکرد جنسی مردان روزن و همکاران (۱۹۹۷)، پرسشنامه استاندارد خودپنداره جنسی اسنل (۱۹۹۵)، پرسشنامه خودابرازی جنسی اسنل، بلک، کلارک (۱۹۸۷) هستند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره به علاوه آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون، درمان شناختی رفتاری جنسی موجب افزایش معنی‌دار خودپنداره جنسی مثبت ($P \leq 0.001$) و خودابرازی جنسی ($P \leq 0.001$) و کاهش معنی‌دار اختلال نعوظ ($P \leq 0.001$) و افزایش معنی‌دار میل جنسی ($P \leq 0.001$) در بیماران مرد مبتلا به اختلال کژکاری جنسی شد.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی-رفتاری-جنسی با بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی-رفتاری و آموزش رفتارهای جنسی می‌تواند به عنوان یک مداخله موثر جهت بهبود خودپنداره جنسی، خودابرازی جنسی، اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی در بیماران مرد مبتلا به کژکاری جنسی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی

اختلال نعوظ، خودپنداره جنسی، خودابرازی جنسی، درمان شناختی-رفتاری-جنسی، کژکاری جنسی، کمبود میل جنسی.

^۱ استادیار، گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:

فاطمه بیان‌فر

رایانامه:

f.bayanfar@pnu.ac.ir

استناد به این مقاله:

بیان‌فر، فاطمه و سلیمان‌پور، سید سعید، (۱۴۰۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری جنسی بر خودپنداره جنسی، خودابرازی جنسی، اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی در بیماران مبتلا به کژکاری جنسی. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۴(۱)، ۹۳-۱۱۲.

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

مقدمه

اختلالات عملکرد جنسی^۱ (کژکاری جنسی) در مردان عبارت اند از: انزال دیررس^۲، انزال زودرس^۳، اختلال نعوظ^۴، اختلال کمبود میل جنسی^۵، کژکاری جنسی ناشی از مواد/دارو^۶، کژکاری جنسی معین^۷، کژکاری جنسی نامعین^۸ (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی^۹، ۲۰۲۰). کژکاری جنسی گروه ناهمگنی از اختلالات هستند که معمولاً با ناراحتی چشمگیر بالینی در توانایی پاسخدهی جنسی فرد یا تجربه لذت جنسی مشخص می شوند (سالونیا، ۲۰۲۱). فرد ممکن است در یک زمان چندین کژکاری جنسی داشته باشد. در این پژوهش به اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی پرداخته می شود. در مورد زمان شروع اختلال دو نوع تمام طول عمر و اکتسابی بودن مطرح است. در این مطالعه نوع اکتسابی و فراگیر مورد نظر قرار می گیرد. در نوع اکتسابی شروع اختلال پس از یک دوره کارکرد جنسی نسبتاً بهنجار بروز پیدا می کند (نیکل و چانگ^{۱۱}، ۲۰۲۳). در نوع فراگیر اختلال جنسی به نوع معینی از موقعیت، تحریک یا شریک جنسی محدود نیست (ترنس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳).

ملاک های تشخیص اختلال نعوظ عبارتند از: مشکل چشمگیر در رسیدن به نعوظ، حفظ نعوظ تا تکمیل فعالیت جنسی، کاهش چشمگیر در سفتی نعوظ (راهنمای اختلال های روانی، ۲۰۲۰). پژوهش ها نشان داده بسیاری از مردان دارای این اختلال، عزت نفس پایین (رشیدی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲)، حس مردانگی ضعیف، خلق افسرده (یائو^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰؛ بلال و عباسی^{۱۵}، ۲۰۲۰؛ گالاتی^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۳)، خودسرزنی، احساس گناه، شکست (نیکل و چانگ، ۲۰۲۳)، خشم و نگرانی در مورد شریک زندگی (کمپبل^{۱۷}، ۲۰۲۰؛ گالاتی و

همکاران، ۲۰۲۳)، اجتناب از رابطه جنسی (جینی و سیراکوزانو^{۱۸}، ۲۰۱۸)، کاهش میل جنسی (هال^{۱۹}، ۲۰۱۹)، کاهش رضایت جنسی (واولز^{۲۰}، ۲۰۲۳) و افزایش طلاق عاطفی (غضنفری شبانکاره^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۱) را تجربه می کنند. مطالعات نشان داده اختلال نعوظ اکتسابی غالباً با عوامل زیستی مانند بیماری های قلبی-عروقی، فشار خون (ضغیمی محمدی^{۲۲} و همکاران، ۲۰۱۲) و دیابت (مایهر و سیفریس^{۲۳}، ۲۰۲۳) ارتباط دارد. گاهی اوقات مشکلات نعوظ، با اختلال کمبود میل جنسی همراه است. ملاک های تشخیص عبارتند از: نقصان (یا فقدان) پایدار افکار یا خیال پردازی های جنسی/شهوت انگیز و میل به فعالیت جنسی. این کژکاری جنسی با یک اختلال روانی غیرجنسی، پیامد آشفتگی شدید در روابط یا دیگر استرس زاهای قابل توجه بهتر تبیین نمی شود، مربوط به تأثیرات یک ماده/دارو یا بیماری طبی دیگر نیست (راهنمای اختلال های روانی، ۲۰۲۰). برخی مطالعات نشان داده علائم اضطرابی و خلقی (لزلی^{۲۴}، ۲۰۲۳)، بهزیستی روانی پایین^{۲۵}، پریشانی روانی، رضایت جنسی پایین^{۲۶}، پریشانی جنسی^{۲۷}، مشکلات میان فردی^{۲۸} (بلو^{۲۹} و همکاران، ۲۰۲۳؛ مایهر و سیفریس، ۲۰۲۳)، نگرانی در مورد عملکرد نعوظ در طول فعالیت جنسی، پیش بینی کننده میل جنسی پایین مردان است (بلال و عباسی، ۲۰۲۰؛ مایهر و سیفریس، ۲۰۲۳).

پژوهش های دیگر نشان داده یکی از عوامل روانشناختی که می تواند در اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی نقش داشته باشد خودپنداره جنسی^{۳۰} است (مونیک جیانین^{۳۱}، ۲۰۱۵؛ جودیت^{۳۲} و همکاران، ۲۰۲۲؛ پاسلر^{۳۳} و همکاران، ۲۰۲۳). خودپنداره جنسی، خودآزایی هر فرد از زندگی جنسی خود است (هانیر^{۳۴} و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین درک فرد از فیزیک بدن، درصد چربی بدن،

18. Jannini&Siracusano
- 19 . Hall
- 20 . Vowels
- 21 . Ghazanfari Shabankare
- 22 .Zeighami mohammadi
- 23 . Myhre & Sifris
24. Leslie
25. poor well-being.
26. sexual satisfaction
27. sexual distress
28. interpersonal
29. Belu
30. Sexual self-concept
31. Monique Jiannine
- 32 . Judith
- 33 . Passler
- 34 .Hannier

1. Sexual Dysfunctions
2. Delayed ejaculation
3. Premature(early)Ejaculation
4. Erectile disorder
5. Hypoactive sexual desire disorder
- 6 . Substance/medication-induced sexual
7. Other specified sexual
8. unspecified sexual
9. DSM-5-TR
- 10 Salonia
11. Nicol& Chung
- 12 . Terrence
13. Rashedi
14. Yao
- 15 .Bilal&Abbasi
16. Galati
17. Campbell

استفاده از سایر درمان‌های پزشکی، به تنهایی و بدون استفاده از تکنیک‌های روان درمانی نمی‌تواند خیلی مثر باشد (حیدری و همکاران، ۱۴۰۲). بنابراین افراد پس از انجام اقدامات پزشکی درمی‌یابند که اقدامات‌شان چندان موثر نبوده، به‌شدت دچار احساس یأس و ناامیدی شده و این امر خود، به تشدید اختلال و مشکلات فرد دامن می‌زند (علی‌اکبری و محمدی، ۱۳۹۷). از سونی دیگر درمان‌های پزشکی مانند درمان با سلول‌های بنیادی، پلاسمای غنی از پلاکت، پیوند آلت تناسلی، جراحی پروتز آلت، شک و یوتراپی، هورمون درمانی، پمپ آلت تناسلی با دستگاه و کیوم (معصومی ۱۳۹۲؛ حمیدیا و همکاران، ۱۴۰۲؛ آنتونینی و همکاران، ۲۰۱۵؛ کهلر^۹، ۲۰۲۳) و ... علاوه بر هزینه‌های سنگین، درد و رنج به همراه دارد. بنابراین انتخاب بهترین رویکرد درمانی برای این افراد ضروری به نظر می‌رسد.

رویکردهای درمانی مختلفی مانند درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر (کارگر و همکاران، ۱۴۰۲)، تحریک فراجمعه ای مغز با جریان مستقیم (رنجبر و همکاران، ۱۴۰۲)، درمان تلفیقی (حیدری و همکاران، ۱۴۰۲)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۱)، درمان شناختی-رفتاری (خان محمدی، ۱۴۰۱؛ برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۴)، ذهن‌آگاهی (احمدی و همکاران، ۱۳۹۸)، درمان ترکیبی (استراتون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰) شیرانی و همکاران، ۱۳۹۷)، درمان شناختی-رفتاری -جنسی^{۱۱} (علی‌اکبری دهکردی و محمدی، ۱۳۹۷؛ اسدی حیه و همکاران، ۱۴۰۱) برای درمان کژکاری‌های جنسی به کار گرفته شده است.

با توجه به پژوهش‌های انجام شده و تاثیر انکارناپذیر اختلالات کژکاری جنسی در کاهش سلامت جسمانی-روانی، ایجاد نارضایتی زناشویی و آسیب جبران ناپذیر به بنیان خانواده و پیکره اجتماع (علی اکبری و محمدی، ۱۳۹۷) و با در نظر گرفتن پشتوانه تجربی مناسب و جایگاه ویژه درمان رفتاری-شناختی-جنسی در درمان اختلالات جنسی (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۴؛ محمدی و علی‌اکبری، ۱۳۹۷؛ اسدی حیه و همکاران، ۱۴۰۱؛ بودی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۵؛ متز و همکاران، ۲۰۱۷؛ بلال و احمدی، ۲۰۲۰؛ کیف و همکاران، ۲۰۲۳)، در پژوهش حاضر از این رویکرد استفاده شده است. درمان‌های شناختی-رفتاری با

تناسب اندام^۱، انعطاف‌پذیری^۲، تمایلات، گرایش‌ها و کل عملکردجنسی^۳ فرد (مونیک جیانین، ۲۰۱۵؛ مرادی نسب^۴ و همکاران، ۲۰۲۳) است. خودپنداره جنسی مثبت یکی از اجزای اصلی سلامت جنسی مردان است و با رضایت جنسی، تمایلات جنسی و فعالیت جنسی بالاتر ارتباط دارد (پاسلر و همکاران، ۲۰۲۳).

مطالعات نشان داده علاوه بر خودپنداره جنسی عامل روانشناختی دیگری که می‌تواند در اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی نقش داشته باشد خودابرازی جنسی^۵ است (شیرانی و همکاران، ۱۳۹۷؛ والری^۶، ۲۰۲۲؛ سوخانوا^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). خودابرازی جنسی عبارت است از توانایی بیان افکار، احساس‌های مثبت-منفی، باورهای صحیح-غلط در مورد مسائل جنسی به شیوه جرات مندانه (خاتمی و همکاران، ۱۳۹۸؛ والری، ۲۰۲۲).

خودابرازی جنسی و گفتگو پیرامون خواسته‌ها و ترجیح‌های جنسی در برقراری روابط جنسی سالم و رضایت‌بخش تأثیر بسزایی دارد (خاتمی و همکاران، ۱۳۹۹؛ سوخانوا و همکاران، ۲۰۲۲). از طرف دیگر ناتوانی در خودابرازی جنسی موجب نارضایتی جنسی، تعارضات جنسی، طلاق عاطفی (خاتمی و همکاران، ۱۳۹۹)، مشکلات جنسی (کارگر و همکاران، ۱۴۰۲؛ سوخانوا و همکاران، ۲۰۲۲)، اضطراب رابطه جنسی، دفعات آمیزش کمتر و عدم اعتماد به نفس جنسی می‌گردد (قیصری و کریمیان، ۱۳۹۲).

همانگونه که اشاره شد عوامل روانشناختی در بروز اختلالات عملکرد جنسی نقش موثری دارند، با این وجود افراد دچار کژکاری جنسی، اغلب گرایش به درمان‌های پزشکی داشته و مشکل خود را فیزیولوژیکی تلقی کرده، کمتر به سمت درمان‌های روانشناختی می‌روند (گیون و همکاران، ۲۰۱۵). گرچه درمان‌های پزشکی (افتخار، ۱۳۸۹؛ معصومی، ۱۳۹۲؛ ساعی قره ناز و همکاران، ۱۳۹۹؛ حمیدیا و همکاران، ۱۴۰۲؛ آنتونینی^۸ و همکاران، ۲۰۱۵؛ کهلر، ۲۰۲۳) می‌تواند تا حدودی به درمان اختلالات کژکاری جنسی کمک کند، لیکن تکنیک‌های درمان دارویی و

1. physical fitness
2. body fat percentage and flexibility.
3. T.otal sexual functioning
4. Moradinasab
5. sexual self- disclosure
6. Valerie
7. Sukhanova
8. Antonini

9. Kohler

10. Stratton

11. Sexual cognitive behavioral therapy

12. Boddi

پکیج درمانی، آموزش مسائل جنسی، تمرکز و آرمیدگی جهت کنترل اضطراب جنسی، شناسائی و درمان افکار منفی و باورهای ناکارآمد جنسی، افزایش صمیمیت، گفتن عاطفی- جنسی، افزایش جرات ورزی جنسی، بهبود مهارت‌های جنسی و افزودن چند جلسه جهت درمان اختلالات عملکرد جنسی خاص طراحی شده است (علی اکبری دهکردی و محمدی، ۱۳۹۷).

پژوهش حاضر درصدد است که به بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی بر خودپنداره جنسی، خودابرازی جنسی، اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی در بیماران مرد مبتلا به کژکاری جنسی بپردازد. در صورت تایید اثربخشی، این روش درمانی می‌تواند موازی یا حتی خط مقدم بر درمان‌های پزشکی به کار گرفته شود.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی مردان مبتلا به اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی مراجعه‌کننده به متخصصان اورولوژی منطقه یک شهر تهران بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس با ۶ نفر اورولوژیست قرار ملاقات گذاشته شد. اهداف پژوهش و طرح درمانی برای این متخصصان توضیح داده شد. سپس از اورولوژیست‌هایی که تمایل به همکاری داشتند خواسته شد لینک پرسشنامه بین‌المللی عملکرد جنسی مردان را در اختیار بیمارانی که به تشخیص آن‌ها دارای اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی هستند قرار دهند. با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۲۶ نفر از افرادی که نمرات عملکرد جنسی آن‌ها بین ۱۵ تا ۳۳ بود و ملاک‌های ورود را داشتند، انتخاب شدند. پس از مصاحبه اولیه و تشخیصی بالینی بر طبق ملاک‌های DSM-5-TR به عنوان گروه نمونه برگزیده شدند. پژوهشگران با این بیماران تماس گرفتند، طرح درمانی، طول جلسات درمان و نحوه شرکت در کلاس‌های درمانی را برای‌شان توضیح دادند. سپس با روش جایگزینی تصادفی آزمودنی‌هایی را که علاقمند به مشارکت در تحقیق بودند در دو گروه آزمایش (۱۳ نفر) و کنترل (۱۳ نفر) قرار داده شدند.

ملاک ورود: ۱. گرفتن تشخیص اختلال عملکرد جنسی توسط اورولوژیست ۲. کسب نمره ۱۵ تا ۳۳ در پرسشنامه بین‌المللی شاخص عملکرد جنسی مردان ۳. اکتسابی بودن ۴. فراگیر بودن ۵. متاهل بودن و یا داشتن شریک جنسی ۶. حداقل تحصیلات سیکل

به‌کارگیری اصول یادگیری و هدف تغییر رفتار که توسط پاولف، اسکینر، ثرندایک و بندورا تدوین شده، ساختار شناختی و رفتار زوج را اصلاح می‌کند. زوج درمانی رفتاری سه هدف اصلی را دنبال می‌کند. ۱) کمک به زوجها برای افزایش دادن تقویت مثبت ۲) آموزش مهارت‌های جدید مانند آموزش ارتباط یا جرات ورزی ۳) به‌کارگیری شناخت درمانی برای تغییر الگوهای فکری مختل‌کننده (متز و دیگران، ۲۰۱۷). شناخت درمانی بر نقش تفکرات معیوب به عنوان دلایل مشکلات عاطفی و رفتاری تمرکز دارد و بیان می‌کند که اگر الگوهای فکری منفی یا تحریف شده فرد اصلاح شوند، رفتار فرد تغییر می‌کند (کیف و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین به چالش کشاندن تفکرات تحریف شده درباره همسر و رابطه زوجی را هدف خود قرار داده است. آلبرت الیس^۱ خودگویی^۲ یا عبارات غیر منطقی که افراد در مورد خودشان به کار می‌برند را علت آشفتگی عاطفی می‌داند و معتقد است که باورهای گیج‌کننده^۳ درباره روابط نیز محسوب می‌شوند (لانگ و یانگ^۴، ۲۰۱۳). به اعتقاد آرون بک^۵ حوادث موجب آشفتگی افراد نمی‌شوند، بلکه باورهای غیرمنطقی که افراد، حوادث را به آن نسبت می‌دهند، مسئله‌ساز است (مرادی نسب و همکاران، ۲۰۲۳). رویکرد شناختی-رفتاری-جنسی برگرفته شده از درمان شناختی- رفتاری است. این رویکرد زیربنای نظریه‌های رفتاری نسل سوم مانند مسترز و جانسون^۶ (۱۹۸۱) است و بر اساس پژوهش علی‌اکبری دهکردی و محمدی (۱۳۹۱) ساخته شده و برگرفته از دستورالعمل ترکولیه و همکاران (۲۰۰۷) است (علی‌اکبری دهکردی و محمدی، ۱۳۹۷). طراحان رویکرد معتقدند مشکلات در عملکرد جنسی مربوط به باورهای منفی و شناخت‌های ناکارآمد درباره فعالیت جنسی، عدم بیان خواسته‌ها و نیازهای جنسی (کیف^۷ و همکاران، ۲۰۲۳)، خودابرازی جنسی ضعیف، خودپنداره جنسی منفی، عدم تمرکز و مسئله‌گشایی جنسی (متز^۸ و دیگران، ۲۰۱۷)، عدم ارتباط مؤثر بین فردی در موقعیت‌های جنسی، گفتن عاطفی- جنسی ضعیف و عدم آشنایی با اندام‌های جنسی و غیرجنسی است (بالال و عباسی، ۲۰۲۰). در این

1. Albert Ellis

2. Self-talk

3. Nutty

4. Long&Young

5. Aron Beck

6. Masters&Johnson

7. Keefe

8. Metz

سوال ۶-۷-۸ رضایت از رابطه جنسی، سوالات ۱۴-۱۳ رضایت بخش بودن کل عملکرد جنسی را می‌سنجد. نمره بالاتر نشانگر عملکرد جنسی بهتر است. پایایی این ابزار در این پژوهش ۰/۷۴۲ محاسبه شد.

پرسشنامه استاندارد خودپنداره جنسی^۸: این پرسشنامه توسط اسنل^۹، ۱۹۹۵ طراحی شد. ضریب پایایی در خرده مولفه‌ها از حداقل ۰/۷۲ تا حداکثر ۰/۹۴ محاسبه و روایی محتوایی تایید شد. در نسخه هنجاریابی شده در ایران ۱۸ مولفه به دو مؤلفه کلی خودپنداره جنسی مثبت و منفی تقسیم شد. خودپنداره جنسی منفی شامل ۶ خرده‌مؤلفه و ۲۵ گویه است: ۱. اضطراب جنسی (۵ گویه) ۲. خود سرزنشی در مورد مشکلات جنسی (۴ گویه) ۳. نظارت جنسی (۳ گویه) ۴. ترس از رابطه جنسی (۵ گویه) ۵. افسردگی جنسی (۳ گویه) ۶. فکر کردن وسواس گونه به رابطه جنسی (۵ گویه). خودپنداره جنسی مثبت شامل ۱۲ خرده‌مؤلفه و ۵۳ گویه است: ۱. خودکارآمدی جنسی (۴ گویه) ۲. آگاهی جنسی (۵ گویه) ۳. انگیزه برای اجتناب از روابط جنسی پرخطر (۵ گویه) ۴. جرأت‌ورزی جنسی (۴ گویه) ۵. خوش‌بینی جنسی (۴ گویه) ۶. انگیزه جنسی (۴ گویه) ۷. مدیریت مشکلات جنسی (۳ گویه) ۸. اعتماد به نفس جنسی (۴ گویه) ۹. رضایت جنسی (۵ گویه) ۱۰. طرحواره‌های جنسی (۵ گویه) ۱۱. پیشگیری از مشکلات جنسی (۵ گویه) ۱۲. کنترل درونی مسائل جنسی (۵ گویه). در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۱) روایی ساختاری به کمک تحلیل عوامل و مقایسه بین دو گروه انجام شد. پایایی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۹/۰ ارزیابی شد. حداقل نمره در بعد منفی ۰ و حداکثر ۱۰۰ است. حداقل نمره در بعد مثبت ۰ و حداکثر ۲۱۲ است. پایایی این ابزار در این پژوهش ۰/۸۰۲ محاسبه شد.

پرسشنامه خودابرازی جنسی^{۱۰}: این پرسشنامه توسط اسنل، بلک و کلارک^{۱۱} در سال ۱۹۸۷ برای اندازه‌گیری میزان بحث و گفتگو در مورد موضوعات جنسی با والدین، دوستان و شریک زندگی طراحی شد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش به هر گویه با نشان دادن میزان بحث و گفتگو درباره این موضوعات با خانواده خود پاسخ می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ در خرده مولفه‌ها از ۰/۷۷ تا ۰/۹۸ به دست آمد. روایی محتوایی^{۱۲} نسخه فارسی تایید

۷. سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال. ملاک خروج: ۱. اختلال کژکاری جنسی با یک اختلال روانی غیر جنسی بهتر تبیین شود. ۲. مربوط به تأثیرات یک ماده/دارو یا یک بیماری طبی دیگر باشد. ۳. فرد مبتلا به اختلالات شدید خلقی، اضطرابی باشد. ۴. تحت سایر درمان‌های روانشناختی باشد. ۵. تحت عوامل استرس شدید مانند داغ دیدگی باشد.

درمان شناختی-رفتاری-جنسی توسط پژوهشگران در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت گروهی، حضوری و آنلاین از طریق برنامه الوکام برای گروه آزمایش در کلینیک شخصی اورولوژی واقع در منطقه یک تهران (پاسداران) اجرا شد. (از مشارکت‌کنندگان خواسته شده بود که همسرشان به صورت آنلاین در جلسات شرکت کنند). گروه کنترل فقط داروهای مصرفی درمانی و توصیه‌های پزشک معالج را طبق روال عادی خود دریافت کردند. پس از آزمون بلافاصله بعد از پایان درمان و دوره پیگیری یک ماه پس از درمان در هر دو گروه اجرا شد. جزوهای آموزشی برای گروه کنترل پس از دوره پیگیری در اختیارشان قرار گرفت. جلسات درمان شناختی-رفتاری-جنسی طبق پروتکل علی‌اکبری و محمدی (۱۳۹۷) طراحی و اجرا شد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه عملکرد جنسی مردان^۱: این ابزار توسط روزن^۲ و همکاران (۱۹۹۷) طراحی و اعتباریابی شد. شامل ۱۵ گویه و ۵ خرده مولفه ۱. عملکرد نعوظی^۳، ۲. رسیدن به ارگاسم^۴، ۳. تمایل جنسی^۵، ۴. رضایت از رابطه جنسی^۶، ۵. رضایت‌بخش بودن کل عملکرد جنسی^۷ است. روایی، حساسیت و ویژگی نسخه مالزیایی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۷۵ و پایایی در پنج خرده مولفه از حداقل ۰/۷۳ تا حداکثر ۰/۹۱ به دست آمد. این ابزار اولین بار در ایران توسط مهربان و همکاران^{۱۳} ترجمه، هنجاریابی و به جای سونوگرافی دردناک داپلر در بررسی و تشخیص مبتلایان به ناتوانی جنسی به کار گرفته شد. در پژوهش مهربان روایی، حساسیت و ویژگی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۲ و پایایی ۰/۷۵ به دست آمد. سوالات ۱ تا ۵ و ۱۵ عملکرد نعوظی، سوالات ۹-۱۰ عملکرد رسیدن به ارگاسم، سوالات ۱۱-۱۲ میل جنسی،

1. INTERNATIONAL INDEX OF ERECTILE FUNCTION(IIEF)

2. Rosen

3. Erectile function

4. Orgasmic function

5. Sexual desire

6. Intercourse satisfaction

7. Overall satisfaction

8. The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ)

9. Snell

10. SCALE SEXUAL SELF-DISCLOSURE (SSDS)

11. William E. Snell, Jr., Sharyn S. Belk & Lawrence V. Clark

12. Content

کنترل تولد^۵ ۶ صداقت نداشتن جنسی^۷ ۷ تجربیات بد جنسی^۸ مسئولیت جنسی^۹ ۹ تأثیر منفی جنسی^{۱۰} ۱۰ تأثیر مثبت جنسی^{۱۱} ۱۱ خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است. پایایی این ابزار در این پژوهش ۰/۷۶۸ محاسبه شد.

شد، پایانی ۰/۷۷ به دست آمد (بهرامی و همکاران، ۱۳۹۲). با توجه به اهداف پژوهش در این مطالعه از ۱۰ خرده مؤلفه و ۴۷ گویه استفاده شد. مولفه‌ها عبارتند از ۱. رفتار جنسی^۱ ۲. احساسات جنسی^۲ ۳. خیال پردازی‌های جنسی^۳ ۴. معنای رابطه جنسی^۴ ۵.

جدول ۱. پروتکل درمانی شناختی- رفتاری - جنسی علی‌اکبری و محمدی (۱۳۹۷)

جلسه	محتوای جلسه	تکلیف خانگی
اول	آشنایی با اختلالات جنسی مردان، تمایلات جنسی بهنجار و ناهنجار تشریح آناتومی اندام‌های جنسی مردانه و زنانه، تشریح چرخه‌های پاسخ جنسی در مرد و زن	یادداشت عملکرد جنسی خود، تعداد دفعات رابطه جنسی در طول هفته، نگرانی‌ها و باورهای خود نسبت به روابط جنسی، مطالعه جزوه مراحل جنسی
دوم	آموزش کاهش میزان استرس، تمرکز ذهنی و آرمیدگی عضلانی	تمرین آرمیدگی عضلانی، ثبت سطح استرس خود قبل و بعد از تمرین
سوم	آموزش مسئله‌گشایی با محوریت مشکلات جنسی	شناسایی مشکلات روزمره و جنسی، یادداشت راه‌حل‌های ممکن
چهارم	آموزش ارتباط موثر، افزایش تعامل مثبت در روابط زناشویی، زمان کیفیت، روزهای مراقبت	تمرین مهارت‌های دریافتی کلامی و غیر کلامی، تهیه فهرست فعالیت‌های خوشایند زن و شوهر، ثبت "روزهای مراقبت"
پنجم	شناسایی خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد در رابطه جنسی	یادداشت خطاهای شناختی و باورهای ناکارآمد در رابطه جنسی
ششم	بازسازی شناختی، تبدیل خودگویی‌های منفی به مثبت، ایجاد تغییر در نگرش‌های ناسازگار و غیرمنطقی جنسی	خودپایی بعد از تغییر شناختی مربوط به همسر و موقعیت جنسی
هفتم	صمیمیت گفتمان عاطفی و گفتمان جنسی با تناسب ارزیابی نیازها، نیرومندی‌ها و کاستی‌ها	نوشتن جملات عاطفی مثبت جهت ابراز عشق و علاقه به همسر
هشتم	آموزش جرات ورزی جنسی	از زوجین خواسته شد که هر روز برای یکدیگر پیام‌های عاطفی و عاشقانه بفرستند. تمرین سیال سازی ذهن جهت ارتقاء جنسی، سوال در مورد رجحان‌های جنسی طرف مقابل
نهم	بهبود شیوه‌ها و مهارت‌های جنسی، تمرکز حسی ۱: آموزش لذت بردن از نواحی غیرجنسی	تمرینات تمرکز حسی ۱ دو تا سه بار در هفته
دهم	تمرکز حسی ۲: آموزش لذت بردن از نواحی جنسی، آشنایی با نقاط حساس جنسی بدن مرد و زن	تمرین تمرکز حسی ۱ و ۲ جهت لذت روانی، برانگیختگی و رضایت جنسی

- 5 . Birth Control
- 6 . Sexual Dishonesty
- 7 . Bad Sexual
- 8 . Sexual Responsibility
- 9 . Negative Sexual Affect
- 10 . Positive Sexual Affect

- 1 . Sexual Behavior
- 2 . Sexual Sensations
- 3 . Sexual Fantasies
- 4 . Meaning of Sex

یافته‌ها

پیش‌آزمون-پس‌آزمون - پیگیری در جدول ۲ آورده شده است.

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مرحله

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مولفه‌ها در گروه‌های مورد پژوهش

پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	گروه	
میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار		
۱۰۴/۶۵۴۷±۱۰/۰۳۳۲۴	۱۱۱/۳۹۷۳±۱۳/۳۱۷۱	۱۲۳/۰۰۰±۱۲/۰۰۲۳	کنترل	خودپنداره جنسی
۱۲۴/۷۶۹۲±۱۱/۰۳۸۹۸	۱۹۱/۶۹۲۳±۱۶/۳۴۷۱۹	۱۹۴/۰۰۰±۱۲/۱۵۸۶۷	آزمایش	
۶۲/۴۴۴۶±۱۳/۰۴۵۶	۷۸/۳۵۴۱±۱۲/۱۲۰۵۰	۸۰/۰۰۰±۱۰/۴۵۲۳	کنترل	خودابرازی جنسی
۶۴/۳۸۴۶±۱۴/۳۹۰۶۱	۱۲۸/۵۳۸۵±۱۲/۱۲۸۵۸	۱۳۲/۰۰۰±۱۰/۵۷۵۱۳	آزمایش	
۵۱/۰۴۷۸±۱۲/۲۴۵۱	۵۳/۷۷۵۰±۷/۴۳۶۵	۵۴/۰۰۰±۷/۲۷۶۸۵	کنترل	عملکرد جنسی
۵۱/۷۶۹۲±۱۴/۳۱۲۹۰	۶۲/۹۲۳۱±۷/۵۷۶۹۶	۶۳/۵۳۸۵±۷/۲۸۷۱۵	آزمایش	
۳۲/۴۷۵۶±۵/۱۰۴۷	۲۳/۰۴۲۳۹±۴/۱۱۲۴	۲۲/۸۰۴۴±۲/۱۴۵۴۴	کنترل	کژکاری جنسی
۳۳/۳۸۴۶±۵/۱۷۲۶۶	۲۲/۰۷۶۹±۴/۱۵۲۵۴	۲۱/۸۴۶۲±۲/۵۴۴۴۸	آزمایش	

۳۰/۸ درصد دارای یک فرزند، ۳۰/۸ درصد دارای دو فرزند، ۱۵/۴ درصد دارای سه فرزند می‌باشند. در گروه آزمایش، ۴۶/۱۶ درصد کارمند و ۳۸/۴۶ درصد دارای شغل آزاد و ۱۵/۳۸ درصد نیز دانشجو می‌باشند. در گروه کنترل، ۳۰/۷۸ درصد کارمند و ۴۶/۱۶ درصد دارای شغل آزاد و ۲۳/۰۷ درصد نیز دانشجو می‌باشند.

جهت بررسی معناداری اثربخشی درمان از تحلیل کوواریانس و برای ارزیابی اثر زمان و پایداری مداخله از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر به‌علاوه آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن، لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون و آزمون کرویت موجلی برای بررسی همگنی واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها استفاده شد.

در ادامه اطلاعات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در پژوهش گزارش شده است. میانگین سنی گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (۳۳/۳۰، ۳۶/۴۶)، میانگین طول مدت ازدواج گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (۱۱/۰۷، ۱۴/۱۵)، میانگین سن همسر در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب (۲۹/۶۹، ۳۳) می‌باشد. در گروه آزمایش ۱۵/۳۸ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۲۳/۰۷ درصد کاردانی و ۳۸/۴۶ درصد کارشناسی و ۲۳/۰۷ درصد کارشناسی‌ارشد می‌باشند، در گروه کنترل ۷/۷ درصد زیر دیپلم، ۲۳/۰۷ درصد دارای تحصیلات دیپلم و ۱۵/۳۸ درصد کاردانی و ۳۰/۷۸ درصد کارشناسی و ۲۳/۰۷ درصد کارشناسی‌ارشد می‌باشند. ۱۵/۴ درصد، در گروه آزمایش، فاقد فرزند، ۳۰/۸ درصد دارای یک فرزند، ۳۸/۴ درصد دارای دو فرزند، ۱۵/۴ درصد سه فرزند می‌باشند. در گروه کنترل، ۲۳ درصد فاقد فرزند،

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیروویلیک، لون و آزمون کروییت موچلی برای بررسی مفروضه‌ها

متغیرها	آزمون شاپیروویلیک		آزمون لون		آزمون کروییت موچلی	
	آماره	p	آماره	P	آماره	P
عملکرد جنسی	۰/۹۴۳	۰/۴۹۴	۲/۳۹۵	۰/۰۸۵	۰/۸۴۸	۰/۰۵۶
خودپنداره جنسی	۰/۹۱۶	۰/۲۲۳	۰/۷۸۶	۰/۴۶۳	۰/۸۳۷	۰/۰۵۵
خودابرازی جنسی	۰/۸۹۹	۰/۱۳۱	۰/۳۲۵	۰/۷۲۵	۰/۹۶۴	۰/۱۱۲
کژکاری جنسی	۰/۹۳۷	۰/۴۲۴	۲/۸۹۹	۰/۰۶۸	۰/۹۵۸	۰/۲۰۱

در تمام متغیرها میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل برابری حاکم بود ($p > ۰/۰۵$). همچنین تعاملی غیر معنی دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریت‌ها) مشاهده شد.

جدول ۴ تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون خودپنداره جنسی در گروه‌ها با کنترل پیش آزمون را نشان می‌دهد. برای تشخیص اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت وجود دارد از کواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردید. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین گروه‌ها در میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری-جنسی تفاوت معنی داری وجود دارد ($p \leq ۰/۰۱$).

در جدول ۳ سطوح معناداری شاپیرو ویلیک و آزمون لون، برای تمامی متغیرها بیشتر از میزان ۰/۰۵ بود؛ بنابراین مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها و همگنی واریانس‌ها تأیید گردید. با توجه به اینکه سطح معناداری حاصل از آزمون کروییت موچلی نیز برای تمامی متغیرها بیشتر از میزان ۰/۰۵ بود، لذا این مفروضه تأیید شد.

یکی از مفروضات تحلیل کوواریانس همگنی شیب خط رگرسیون است. در پژوهش حاضر پس آزمون‌های اختلال عملکرد جنسی، خودپنداره جنسی و خودابرازی جنسی به عنوان متغیرهای وابسته و پیش آزمون‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) تلقی شدند.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل مانکوا روی میانگین نمرات متغیرها پس آزمون با کنترل پیش آزمون

آزمون لامبدای ویلکز	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آزمون
خودپنداره جنسی مثبت	۰/۰۷۳	۴/۲۷۷	۱۲	۱۹	۰/۴۰۰	۰/۷۳۰	۰/۸۲۵
خودپنداره جنسی منفی	۳/۰۹۴	۱۲/۸۹۲	۶	۲۵	۰/۰۱۵	۰/۷۵۶	۰/۹۵۲
خودابرازی جنسی	۰/۳۲۲	۴/۴۱۶	۱۰	۲۰	۰/۰۰۲	۰/۶۷۸	۰/۹۸۲
عملکرد جنسی	۰/۷۰۷	۵/۹۹۸	۲	۲۹	۰/۰۰۷	۰/۲۹۳	۰/۸۴۶

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی میانگین نمرات خودپنداره جنسی

شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
خودکارآمدی جنسی	۲۰۶/۸۲۱	۲	۱۰۳/۴۱۰	۱۰/۸۱۷	۰/۰۱۱	۰/۴۶۲	۰/۶۷۸
آگاهی جنسی	۱۰۹۶/۹۷۴	۲	۵۴۸/۴۸۷	۱۴۱/۳۵۰	۰/۰۰۲	۰/۶۹۲	۰/۹۰۰
اجتناب از روابط جنسی پرخطر	۵/۷۴۴	۲	۲/۸۷۲	۰/۷۴۳	۰/۴۸۳	۰/۲۳۱	۰/۳۳۶
جرات‌ورزی جنسی	۷۰۸/۰۵۱	۲	۳۵۴/۰۲۶	۵۱۹/۶۴	۰/۲۰۰	۰/۶۵۴	۰/۸۹۶
خوش‌بینی جنسی	۶۲۸/۰۵۱	۲	۳۱۴/۰۲۶	۷۲/۶۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۰/۸۸۴
انگیزه جنسی	۷۱۹/۵۹۰	۲	۳۵۹/۷۹۵	۸۹/۸۹۰۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴	۰/۸۸۶
مدیریت مشکلات جنسی	۵۰۸/۶۶۷	۲	۲۵۴/۳۳۳	۱۰۸/۰۱۱	۰/۰۰۴	۰/۶۱۵	۰/۸۷۹
اعتمادبه‌نفس جنسی	۵۴۴/۰۵۱	۲	۲۷۲/۰۲۶	۴۷/۷۸۸	۰/۰۰۳	۰/۶۹۲	۰/۸۹۹
رضایت جنسی	۱۰۶۴/۶۶۷	۲	۵۳۲/۳۳۳	۸۱/۵۲۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۹	۰/۹۳۰
طرحواره‌های جنسی	۱۱۵۲/۶۶۷	۲	۵۷۶/۳۳۳	۱۳۳/۲۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴	۰/۸۹۲
پیشگیری از مشکلات جنسی	۲/۵۱۳	۲	۱/۲۵۶	۰/۱۴۳	۰/۸۶۸	۰/۳۸۵	۰/۵۴۲
کنترل درونی مسائل جنسی	۱۴۸۲/۲۰۵	۲	۷۴۱/۱۰۳	۱۷۱/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲	۰/۹۰۰
اضطراب جنسی	۵۶۰/۹۷۴	۲	۲۸۰/۴۸۷	۵۵/۰۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۰/۸۵۵
خودسرزنشی جنسی	۲۴۲/۵۱۳	۲	۱۲۱/۲۵۶	۲۰/۳۵۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸	۰/۷۴۹
نظارت جنسی	۱۴/۹۲۳	۲	۷/۴۶۲	۱/۵۸۶	۰/۲۱۹	۰/۱۹۲	۰/۲۵۶
ترس از رابطه جنسی	۵۳۴/۱۵۴	۲	۲۶۷/۰۷۷	۲۶/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۷	۰/۸۲۸
افسردگی جنسی	۶۹/۲۸۲	۲	۳۴/۶۴۱	۱۷/۶۹۹	۰/۰۰۲	۰/۳۸۵	۰/۶۷۶
فکر کردن وسواس‌گونه جنسی	۲۲/۶۱۵	۲	۱۱/۳۰۸	۰/۷۹۸	۰/۴۵۸	۰/۳۴۳	۰/۵۷۳=

اجتناب جنسی، کنترل درونی مسائل جنسی) شد، ولی بر خرده مولفه های اجتناب از روابط جنسی پرخطر و پیشگیری از مشکلات جنسی اثربخش نبود. همچنین نتایج نشان می دهد که، این درمان موجب کاهش خودپنداره جنسی منفی در خرده مولفه های اضطراب جنسی، خودسرزنی جنسی، ترس از رابطه جنسی و افسردگی جنسی شد ولی بر خرده مولفه های فکر کردن وسواس گونه به رابطه جنسی و نظارت جنسی اثربخش نبود.

نتایج حاصل از جدول ۵ نشان می دهد که درمان شناختی- رفتاری-جنسی موجب افزایش خودپنداره جنسی مثبت در خرده مولفه های (خودکارآمدی جنسی، آگاهی جنسی، جرات ورزی جنسی، خوش بینی جنسی، انگیزه جنسی، مدیریت مشکلات جنسی، اعتماد به نفس جنسی، رضایت جنسی، طرحواره های

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس های یکراهه در متن مانکوا

شاخص ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
رفتار جنسی	۵۶۰/۰۵۱	۲	۲۸۰/۰۲۶	۸۴/۳۲۲	۰/۰۰۳	۰/۶۱۵	۰/۸۸۰
احساسات جنسی	۱۴۸۲/۲۰۵	۲	۷۴۱/۱۰۳	۱۷۱/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲	۰/۹۰۰
خیال پردازی جنسی	۵۴۴/۰۵۱	۲	۲۷۲/۰۲۶	۴۷/۷۸۸	۰/۰۰۲	۰/۶۹۲	۰/۸۹۹
معنای رابطه جنسی	۷۰۸/۰۵۱	۲	۳۵۴/۰۲۶	۶۹/۳۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۰/۸۵۰
کنترل تولد	۳/۲۸۲	۲	۱/۶۴۱	۰/۵۱۲	۰/۶۰۴	۰/۲۳۱	۰/۳۰۴
صداقت نداشتن جنسی	۸۸۰/۰۵۱	۲	۴۴۰/۰۲۶	۷۹/۷۵۷	۰/۰۰۲	۰/۵۰۰	۰/۸۶۶
تجربیات بد جنسی	۴۴/۶۶۷	۲	۲۲/۳۳۳	۱/۰۲۳	۰/۳۷۰	۰/۲۶۹	۰/۴۷۰
مسئولیت جنسی	۵۹۲/۶۶۷	۲	۲۹۶/۳۳۳	۳۲/۲۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸	۰/۸۱۳
تاثیر جنسی منفی	۱۶/۰۵۱	۲	۸/۰۲۶	۰/۶۷۶	۰/۵۱۵	۰/۳۰۸	۰/۴۹۴
تاثیر جنسی مثبت	۸۴۷/۷۴۴	۲	۴۲۳/۸۷۲	۶۰/۰۴۰	۰/۰۰۳	۰/۵۳۸	۰/۸۴۲

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می شود درمان شناختی- رفتاری-جنسی موجب بهبود اختلال نعوظ (۲۷/۶۱۵، ۱۰/۲۳۰) و افزایش میل جنسی (۵/۷۶۹، ۱۱/۸۴۶) شد. به منظور بررسی پایداری مداخله (اثر زمان) تحلیل واریانس اندازه گیری های مکرر با آزمون تعقیبی بونفرونی بر روی گروه آزمایش انجام شد. نتایج آن در جدول شماره ۸ نشان داده شده است.

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می شود درمان شناختی- رفتاری-جنسی موجب افزایش خود ابرازی جنسی و خرده مولفه های (رفتار جنسی، احساسات جنسی، خیال پردازی جنسی، معنای رابطه جنسی، صداقت نداشتن جنسی، مسئولیت جنسی، تاثیر جنسی مثبت) شد، ولی بر خرده مولفه های (کنترل تولد، تجربیات بد جنسی، تاثیر جنسی منفی) اثربخش نبود.

جدول ۷. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس‌های یکراهه در متن مانکوا روی میانگین نمرات عملکرد جنسی

شاخص‌ها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	ضریب اتا	توان آزمون
بهبود اختلال نعوظ	۲۷۷۸/۶۱۵	۲	۳۰۸/۱۳۸۹	۲۳۵/۱۱۳	۰/۰۰۲	۰/۶۵۴	۰/۸۹۳
افزایش میل جنسی	۸۹۷/۳۸۵	۲	۹۴۹/۱۹۲	۴۰۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱۵	۰/۸۵۴

جدول ۸. نتایج آزمون بونفرونی در مقایسه دویه دوی مراحل آزمون

مراحل	پیش‌آزمون-پس‌آزمون		پیش‌آزمون- پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
متغیرها	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
خودپنداره جنسی مثبت	-۹۲/۸۴۶	۰/۰۰۱	-۹۳/۷۱۵	۰/۰۰۱	-۱/۳۰۷	۰/۹۸۴
خودپنداره جنسی منفی	۲۵/۶۹۲	۰/۰۰۲	۲۴/۵۳۸	۰/۰۰۲	-۱/۱۵۳	۰/۸۳۹
خودابرازی جنسی	-۶۴/۱۵۳	۰/۰۰۰	-۶۷/۶۱۵	۰/۰۰۲	-۳/۴۶۱	۰/۷۳۵
عملکرد جنسی	۱۱/۳۰۷	۰/۰۰۴	۱۱/۵۳۸	۰/۰۰۳	۰/۲۳۰	۰/۸۶۲

بر اساس نتایج جدول ۸، بین میانگین نمرات متغیرها در مقایسه مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$). میزان متغیرها در گروه آزمایش (خودپنداره جنسی مثبت، خودابرازی جنسی) به طور معناداری افزایش و خودپنداره جنسی منفی کاهش یافته. اختلال نعوظ کاهش و میل جنسی افزایش یافته. بین پس‌آزمون این متغیرها و پیگیری آنها تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > 0.05$) که نشان می‌دهد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری-جنسی پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری و بحث

این مطالعه با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری-جنسی بر خودپنداره جنسی، خودابرازی جنسی، اختلال نعوظ و کمبود میل جنسی در بیماران مرد با کژکاری جنسی انجام شد.

نتایج مطالعه نشان داد که درمان شناختی-رفتاری-جنسی موجب افزایش خودپنداره جنسی مثبت به طور کلی و افزایش خرده‌مولفه‌های ۱. خود کارآمدی جنسی، ۲. آگاهی جنسی، ۳. جرأت ورزی جنسی، ۴. خوش‌بینی جنسی، ۵. انگیزه جنسی، ۶. مدیریت مشکلات جنسی، ۷. اعتماد به نفس جنسی، ۸. رضایت جنسی، ۹. طرحواره‌های جنسی، ۱۰. کنترل درونی مسائل جنسی شد، ولی بر خرده‌مولفه‌های ۱. انگیزه برای اجتناب از روابط جنسی پرخطر، ۲. پیشگیری از مشکلات جنسی اثربخش نبود. یافته‌ها همچنین نشان داد درمان شناختی-رفتاری-جنسی موجب کاهش خودپنداره جنسی منفی به طور کلی و در خرده‌مولفه‌های ۱- اضطراب جنسی، ۲- خود سرزنشی در مورد مشکلات جنسی، ۳- ترس از رابطه جنسی، ۴- افسردگی جنسی شد، ولی بر خرده‌مولفه‌های ۱- نظارت جنسی، ۲- فکر کردن وسواس‌گونه به رابطه جنسی اثربخش نبود. این نتایج با پژوهش‌های برقی ایرانی و همکاران (۱۳۹۴)؛ اسدی‌حیه و همکاران (۱۴۰۱)؛ خان‌محمدی (۱۴۰۱)؛ حیدری و

خرده مولفه های ۱. کنترل تولد ۲. تجربیات بد جنسی ۳. تأثیر منفی جنسی اثربخش نبود. این نتایج با پژوهش های سلیمی و فاتحی زاده (۱۳۹۱): رشیدی (۲۰۲۲) و والری (۲۰۲۲) هماهنگ می باشد. در تبیین یافته های پژوهش مبنی بر اثربخشی این درمان بر خودابرازی جنسی می توان به نقش فرایندهای زیستی-عصبی اشاره کرد (اتکینسون^۱، ۲۰۰۵). در این رویکرد درمانی با آموزش خودابرازی جنسی و ایجاد هماهنگی جنسی و با پذیرش چگونگی تأثیر سیستم عصبی هر شخص بر "انعکاس های عاطفی"^۲ وی در روابط جنسی، مبنای پایدارتری در روابط عاطفی تثبیت می شود (لوری و استارک^۳، ۲۰۲۱). از آنجا که ذهن انسان با تداخل فرایندهای روانی عصبی و روابط میان فردی توسعه می یابد (گریو^۴ و همکاران، ۲۰۲۳)، تجارب خاص در روابط رمانتیک از طریق تمرین روزهای مراقبت و آموزش صمیمیت گفتمان عاطفی و جنسی که در این پروتکل درمانی طراحی شده علاوه بر آنکه منجر به بهبود خودابرازی جنسی شده، به طور متعاقب تأثیر برجسته ای بر مغز داشته موجب می شود مغز هیجانی رشد یافته تر شود (آرون^۵ و همکاران، ۲۰۰۵).

همانگونه که اشاره شد درمان شناختی-رفتاری-جنسی بر خرده مولفه های کنترل تولد، تجربیات بد جنسی و تأثیر منفی جنسی در خودابرازی جنسی اثربخشی معنی داری نداشت. از آنجایی که در پژوهش های قبلی خرده مولفه ها بررسی و تحلیل نشده اند نمی توان به گزارشات سایر پژوهش ها استناد کرد. در تبیین این یافته می توان به سنجش و مفهوم سازی ساختاری ابزار خودابرازی جنسی اشاره کرد. در گویه های این خرده مولفه ها عباراتی گنجانده شده که در این پروتکل درمانی هیچ مبحثی در رابطه با این موارد گنجانده نشده. باید بررسی هایی در زمینه مفهوم سازی ساختاری و گستره مولفه های این عامل انجام شود. همچنین می توان به تعداد کم مطالعات انجام شده، خطاهای موجود در روش های آماری، روش نمونه گیری، فرم های خود گزارش دهی و تفاوت های فردی آزمودنی ها استناد کرد. در تبیینی دیگر می توان به نقش بادامه اشاره کرد. توانایی سوگیری سریع بادامه از دستگاه ادراکی در مقابل تفسیر نادرست از هر محرکی است. بنابراین اگر فرد تجربیات بد جنسی داشته باشد به طور طبیعی، از طریق بادامه به مسائل

همکاران (۱۴۰۲): رشیدی (۲۰۲۲) و مرادی نسب و همکاران (۲۰۲۳) هماهنگ است. در تبیین یافته های پژوهش می توان گفت از آنجا که عملکرد نعوظ و کمبود میل جنسی تا حدود زیادی متأثر از عوامل روانشناختی مانند آسیب پذیری فردی، آشفتگی ها عاطفی، تن انگاره ضعیف، فقر ارتباطی و ناهماهنگی در تمایل به فعالیت جنسی است (راهنمای اختلال های روانی، ۲۰۲۰)، با درمان آشفتگی های عاطفی، اصلاح عوامل ارتباطی و هماهنگی در فعالیت جنسی که در رویکرد درمانی شناختی-رفتاری-جنسی به آن پرداخته شده می توان به درمان اختلالات جنسی و خودپنداره منفی پرداخت. در تبیینی دیگر می توان گفت در این رویکرد درمانی مطابق نظریه شناختی-اجتماعی بندورا الگوهای تفکر، انگیزش، عملکرد و برانگیختگی هیجانی که بخشی از خودپنداره فرد در رابطه جنسی است، هدف قرار گرفته و تلاش می شود با افزایش دادن آگاهی جنسی، ادراک فرد از خودپنداره جنسی افزایش یافته، بهتر بتواند با موقعیت های فشارزا و نومیدکننده مانند اختلال در عملکرد نعوظ کنار بیاید.

در رابطه با اثربخش نبودن این درمان بر خرده مولفه های ۱. اجتناب از روابط جنسی پرخطر ۲. پیشگیری از مشکلات جنسی در خودپنداره جنسی مثبت و ۱. نظارت جنسی ۲. فکر کردن وسواس گونه به رابطه جنسی در خودپنداره جنسی منفی لازم به ذکر است که در پژوهش های انجام شده قبلی خودپنداره جنسی در دو بعد مثبت و منفی مورد بررسی قرار گرفته و به بررسی خرده مولفه های ابعاد مثبت و منفی این متغیر پرداخته نشده که بتوان به پژوهش های قبلی استناد کرد. در تبیین یافته ها، می توان گفت که در گویه های این خرده مولفه ها عباراتی قرار گرفته که با توجه به جامعه هدف و با در نظر گرفتن معیار "موقعیتی نبودن" بعید است که نمونه مورد بررسی درگیر روابط جنسی پرخطر شوند و یا دائماً در تفکر به برقراری رابطه جنسی باشند. همچنین در این بسته درمانی به این خرده مولفه ها پرداخته نشده است. علاوه بر آن معنی دار نشدن رویکرد درمانی در این خرده مولفه ها میتواند به واسطه ویژگی های فردی آزمودنی ها، ابزار اندازه گیری، سنجش و مفهوم سازی ساختاری این عامل، بازگشت های آماری و همچنین فرم های خود گزارش دهی باشد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری-جنسی موجب افزایش خود ابرازی جنسی در کل و در خرده مولفه های ۱. رفتار جنسی ۲. احساسات جنسی ۳. خیال پردازی های جنسی ۴. معنای رابطه جنسی ۵. صداقت نداشتن جنسی ۶. مسئولیت جنسی ۷. تأثیر جنسی مثبت شد، ولی بر

بدن‌شان را پایین آورند (لوری و استارک، ۲۰۲۱). بدین ترتیب تمرکز آنان بر حالت نعوظ کاهش یافته، اختلال نعوظ بهبود و میل جنسی افزایش می‌یابد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارتند از: روش نمونه‌گیری در دسترس که در این روش تضمینی برای نمونه معرف و غیرسودار وجود ندارد. برخی تمرینات این پروتکل درمانی باید با مشارکت همسران اجرا شود، از آنجایی که حضور همسران در جلسات درمانی به صورت آنلاین بود و در ملاک‌های ورود هم حضور همسران در جلسات درمانی قید نشده بود شرکت تمامی همسران در تمامی جلسات را با تردید مواجه می‌کند. عدم انجام پژوهشی که خرده‌مولفه‌های ابزارهای پژوهش را مورد بررسی قرار داده باشد که بتوان یافته‌های پژوهش را با آن‌ها مقایسه کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری به منظور تایید بیشتر کارایی این مداخله در بیماران مبتلا به کژکاری جنسی انجام شود و حضور همسران در جلسات درمانی را از ملاک‌های ورود به پژوهش قرار دهند. علاوه بر آن در سایر پژوهش‌ها هم به بررسی خرده‌مولفه‌های خودابرازی، خودپنداره و عملکرد جنسی پرداخته شود. با توجه به ضرورت و اهمیت سلامت جنسی در سلامت جسمانی و روانشناختی افراد و پیشگیری از بیماری‌های جنسی، این پروتکل درمانی به ویژه بخش‌های تشریح آناتومی اندام‌های جنسی زنانه و مردانه، تمایلات جنسی بهنجار و نابهنجار، آشنایی با نقاط حساس بدن زن و مرد با هدف ارتقاء سلامت جنسی، توانایی لذت بردن زوجین از روابط جنسی به افراد آموزش داده شود. اورولوژیست‌ها در کنار درمان دارویی برای مردان با کژکاری جنسی استفاده از این پروتکل درمانی را تجویز کنند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش کلیه اصول اخلاقی رعایت شده و کد تاییدیه اخلاق از دانشگاه پیام نور در تاریخ ۱۴۰۲/۹/۲۹ به آدرس زیر دریافت کرده است. IR.PNU.REC.1402.415

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمام اورولوژیست‌ها و بیماران‌شان که ما را در اجرای این پژوهش یاری رساندند، کمال قدرانی را به عمل می‌آوریم.

فیزیولوژیکی بسیار حساس می‌شود (گایون^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). این امر ممکن است علی‌رغم مداخلات درمانی^۲ رخ دهد. در واقع با توجه به شدت و اندازه تجربیات بد جنسی، بادامه از لحاظ فیزیولوژیکی تنظیم می‌شود (سیگل^۳، ۱۹۹۹) و برای پاسخ به شیوه "حساسیت بیش از حد" برنامه ریزی می‌کند که سبب آماده‌سازی شیمی بدن در تمام سال‌هاست (دگریو و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین درمان به کار گرفته شده نمی‌تواند سبب تغییر در تجربیات بد جنسی و یا آثار منفی جنسی فرد در گذشته شود.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری-جنسی موجب بهبود عملکرد نعوظ و افزایش میل جنسی شد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۱)؛ اسدی حیه و همکاران (۱۴۰۱)؛ بادی و همکاران (۲۰۱۵)؛ بلال و عباسی (۲۰۲۰)؛ رشیدی و همکاران (۲۰۲۲)؛ مرادی‌نسب و همکاران (۲۰۲۳) است. در تبیین یافته‌های این بخش از پژوهش می‌توان به محتوای بسته درمانی اشاره کرد. در این بسته درمانی آگاهی‌های جنسی در زمینه آناتومی جنسی، پاسخ‌های فیزیولوژیک و مدل چهار مرحله‌ای چرخه پاسخ جنسی مسترز و جانسون گنجانده شده است. بسیاری از پژوهشگران از جمله اسدی حیه و همکاران (۱۴۰۱)؛ نیکل و چانگ (۲۰۲۳) و مرادی‌نسب و همکاران (۲۰۲۳) بر افزایش دادن آگاهی و دانش جنسی در درمان نابهنجاری‌های جنسی تاکید کردند. یافته‌های اسپنس^۴ نشان داد باورهای غلط جنسی و خودگوئی‌های منفی، نقش تعیین‌کننده‌ای در تعیین میل، برانگیختگی جنسی و بدکارکردی جنسی ایفا می‌کند (علی‌اکبری و محمدی، ۱۳۹۷). عملکرد جنسی از پیچیدگی‌های مضاعفی در مقایسه با سایر کنش‌های فیزیولوژیک و کشاننده‌های بدنی برخوردار است و قسمت عمده این پیچیدگی‌ها به عوامل شناختی موثر بر کنش‌های جنسی مربوط است (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۴). در این بسته درمانی آموزش باورهای غلط جنسی در زمینه عملکرد نعوظ و میل جنسی و تمرینات تمرکز حسی ۱ و ۲ گنجانده شده، بنابراین می‌توان انتظار داشت با تمرین در جلسات درمانی و تکالیف خانگی اختلال عملکرد جنسی بهبود یابد. در تبیین دیگر می‌توان به نقش فرایندهای زیستی-عصبی اشاره کرد. آموزش تکنیک‌هایی مانند تنفس عمیق و آزادسازی تدریجی ماهیچه‌ها به مردان کمک می‌کند تا انرژی مدارها و تنش در

1. Guyon
2. Mediatlional intervention
3. Siegel
4. spence
5. Sensate focus

References

- Ahmadi, A., Ghaemi, F., & Farrokhi, N. A. (2020). Comparison of the effectiveness of mindfulness training and commitment and acceptance therapy on sexual function in cancer patients in isfahan. *Journal of Psychological Science*, 18(83), 2185-2192. (in persian)
- Aliakbari Dehkordi, M. (2023). Sexual Cognitive Behavioral Therapy protocol. Sex therapy workshop Tehran: Rokn Psychology and Counseling Service Center. (in persian)
- Aliakbari Dehkordi, M., & Mohammadi, A. (2018). *Woman Sexual Disorder with Emphasis on Vaginismus*. Tehran: Mehrab. (in persian)
- American Psychiatric Association. (2020). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Translated by :Rezaee, F. et al) (in persian)
- Antonini, G., Busetto, GM., DeBerardinis, E., Giovannone, R., Vicini, P., Gentile, V., & et al. (2015). Penile prosthesis implant for erectile dysfunction: A new minimally invasive infrapubic surgical technique. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. 87(4): 322-324
- Aron, A., Fisher, H., Mashek, D., Strong, G., Li, H., & Brown, L. L. (2005). Faculty Opinions recommendation of Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *Neurophysiology*. 94(1):327-337
- Asadi Hieh, A. Aliakbari Dehkordi, M., & Alipour, A. (2022). The effectiveness of sexual cognitive behavioral therapy in sexual stimulation and inhibition of men with low sexual performance. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 9(2)77-87. (In persian)
- Atkinson, B. J. (2005). *Emotional Intelligence in Couples Therapy: Advances from Neurobiology and the Science of Intimate Relationships*. New York: Norton.
- Bahrami, H., Eftekhari, M., Kiamanesh, A., & Sokhandani, F. (2013). Sexual Function and Self-disclosure in Unconsummated Marriages *Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology*. 19(2) 149-155 (in persian)
- Barghi Irani, Z., Ali Akbari Dehkordi, M., & Alipour, A. (2016). Investigating the effectiveness of cognitive behavioral therapy for the elderly (CBTO) on improving self-efficacy, social adaptation and sexual performance of the elderly with Parkinson's disease (PD). *Health Psychology*. 4(1)5-22. (in persian)
- Belu, F. C., Corsini-Munt, S., Dubé, J. P., Wang, G. A., & Rosen, N. O. (2023). Partner responses to low desire among couples coping with male hypoactive sexual desire disorder and associations with sexual well-being. *Journal of sexual medicine*, 20 (7), 955-964
- Bilal, A., & Abbasi, N. U. H. (2020). Cognitive Behavioral Sex Therapy: An Emerging Treatment Option for Nonorganic Erectile Dysfunction in Young Men: A Feasibility Pilot Study. *Sexual Medicine*. 8(3), 396-400.
- Boddi, V., Castellini, G., Casale, H., Rastrelli, G., & et al. (2015). An integrated approach with vardenafil orodispersible tablet and cognitive behavioral sex therapy for treatment of erectile dysfunction: a randomized controlled pilot study. *American Society Andrology*. 3(5):909-918.
- Campbell, C. (2020). *Sexual problems and the DSM in Contemporary Sex Therapy*. Routledge
- Degraeve, B., Henry, A., & Lenne, B. (2023). Relationship Between Emotion Recognition and

- Cognition in Multiple Sclerosis: A Meta-analysis Protocol. *BMJ Neurology open*. URL: https://metalibsfx.aguia.usp.br:3443/sfxlcl41?ctx_ver=Z39.88-2004
- Ebrahimi, F., barghi Irani, Z., & AliakbariDehkordi, M. (2023). Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Mood Swings, Sleep Quality and Sexual Performance in Postmenopausal Women. *Health Psychology*. 11 (44)73-88. (in persian)
- Eftekhar, M. (2013). Drug treatment of erectile dysfunction. *Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychology*. 16,3(62). (In persian)
- Galati, M., Cristina, R., Hollist, C.S., & Egito, et al. (2023). Sexual dysfunction, depression, and marital dissatisfaction among Brazilian couples. *Journal of sexual medicine*, 20 (3), 260-268.
- Ghazanfari Shabankare, M. Heidari, A.R., Makvandi, B., & Marashian, F.S. (2021). The relationship of mindfulness and difficulties in emotion regulation with emotional divorce through sexual satisfaction among married university students in Ahvaz, Iran. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 23(1): 7-13.
- Gheisari, S., & Karimian, N. (2014). A causal model based on relationship satisfaction, sexual satisfaction, marital quality, anxiety of sexual relationship, sexual assertiveness, and the frequency of intercourse in female married students of Bandarabbas. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 4(16)85-106 (in persian)
- Guyon, R. Fernet, M., Couture, S., & et al. (2023). Finding My Worth as a Sexual Being”: A Qualitative Gender Analysis of Sexual Self-Concept and Coping in Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Archives of sexual behavior*. 53, 357-341.
- Hall, K. (2019). *Male Hypoactive Sexual Desire Disorder*. Systemic Sex Therapy. 3rd Edition. Routledge
- Hamidia, A., Hamzehpour, R., Zavarmousavi, S., M., Haghpanah, F., Bijani, A., & Massoodi, A. (2023). Comparing the efficacy of Bupropion and Ritaline on sexual dysfunction induced by Sertraline in women. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 45(5): 411-424 (in persian)
- Hannier, S. Tassoul, A. P., & De Sutter, P. (2022). The understanding of women's sexual self-esteem in the light of the new concept of sexualized body perception *Sexologies*. 31(3): 202-214
- Heydari, B. Kajbaf, M., & Ghamarani, A. (2023). Comparison of the efficacy of the combined treatment package with cognitive behavioral therapy on the sexual self-concept of men with a pedophilia disorder. *Journal of Psychological Science*. 22(122), 343-360 (in persian)
- Jannini, E.A., & Siracusano, A. (2018). *Sexual Dysfunctions in Mentally Ill Patients*. Springer, Springer Nature.
- Judith, K., Yampolsky, J., Maya, A., & Geneviève, M. (2022). Adolescents' Perception of Their Sexual Self, Relational Capacities, Attitudes Towards Sexual Pleasure and Sexual Practices: A Descriptive Analysis. *Journal of youth and adolescence*. 51 (3). 486-498
- Kargar, K., vaziri, Sh., lotfi kashani, F., Nasri, M., & Shahabizadeh, F. (2023). Efficacy of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Emotional Expression and Sexual Function in Infertile Women's. *Health Psychology*: 12, (46) 23-40 (in persian)
- Keefe, J.R, Rodriguez-Seijas, C., Jackson, S.D., & et al. (2023). Moderators of LGBTQ-affirmative

- cognitive behavioral therapy: esteem is especially effective among Black and Latino sexual minority men. *Journal of consulting and clinical psychology*, 91 (3), 150-164
- Khan Mohammadi, A. (2022). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the development of sexual self-concept of married women. *Journal of Psychological Science*. 21(118), 2053-2066. (in persian)
- Khatami, S.M.H., Ebrahim, B., Bondar Kakhki, Z., & Bayanfar, F. (2019). Predicting Emotional Divorce Based on Components of sexual Dysfunctional Beliefs in Married Women. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 62(5) 797-786 (in persian)
- Khatami, S.M.H., Bayanfar, F., & Tabatabaee, S.M. (2020). Mediating role of sexual assertiveness in the relationship between sexual self-efficacy and emotional divorce. *Journal of Family Psychology*. 7(1) 107-120 (in persian)
- Kohler, T.S. (2023). *Erectile dysfunction - Diagnosis and treatment*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/drc-20355782>
- Laurie, T., & Stark, H. (2021). *The Theory of Love: Ideals, Limits, Futures*. Palgrave Pivot.
- Leslie, M. (2023). Why is absent/low sexual desire a mental disorder (except when patients identify as asexual)? *Psychology and Sexuality*, 1-14
- Long, L.L., & Young, M.M. (2013). *counseling Couples*. (translated by Ali Mohammad Nazari & et al) Tehran: Avae Noor. (in persian)
- Masoumi, A. (2013). Determining the effect of ginseng on sexual disorders caused by consumption (fluoxetine) compared to yohimbine. *Applied Biology*. 3(11) 56-62 (in persian)
- Masters, W.H., & Johnson V.E. (1981). *Human Sexual Inadequacy*. Bantam.
- Mehraban D. Shabaninia, Sh. Naderi Gh. H., & Esfahani, F. (2006). Farsi International Index of Erectile Dysfunction and Doppler Ultrasonography in the Evaluation of Male Impotence. *Iranian Journal of Surgery*. 14(1) (in persian)
- Metz, M.E. Epstein, N., & McCarthy, B. (2017). *Cognitive-Behavioral Therapy for Sexual Dysfunction*. Routledge
- Monique Jiannine, L. (2015). Sex-positive curricula: An investigation of the relationship between physical fitness, self-concept and sexual functioning. Doctoral Dissertation, Florida International University.
- Moradinasab, S., Irvani, M., Mousavi, P., Cheraghian, B., & Molavi, Sh. (2023). Effect of cognitive-behavioral therapy on sexual self-esteem and sexual function of reproductive-aged women suffering from urinary incontinence. *National Institutes of Health*. doi: 10.1007/s00192-023-05460-1. [PubMed] [Google Scholar]
- Myhre, J., & Sifris, D. (2023). What Is Sexual Dysfunction? *Medically reviewed by Matthew Wosnitzer*.
- Nicol, A., & Chung, E. (2023). Male sexual dysfunction: Clinical diagnosis and management strategies for common sexual problems. *Australian journal of general practice*, 52 (1-2), p.41-45.
- Passler, C., Dinkel, A., Meissner, V.H., & et al. (2023). Sexual self-concept of middle-aged men and associations with their sex lives: results from the bavarian men's health study. *Journal of sexual medicine*, 20 (4), 184

- Ramezani, M.A., Qaim Maggi, A., & Talakar, M. (2013). Evaluation of reliability and validity of the multifaceted sexual self-concept questionnaire in Iranian population. *Journal of Military Medicine*. 14(4)302-315. (in persian)
- Rashedi, S., Maasoumi, R., Vosoughi, N., & Haghani, Sh. (2022). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Sex Therapy on Improving Sexual Desire Disorder, Sexual Distress, Sexual Self-Disclosure and Sexual Function in Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 48(5)475-488.
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 49(1) 822-830.
- Saiee GhareNaz, M.S., Rostami Dovom, M., & Ramezani Tehrani, F. (2019). Modern pharmacological treatments of sexual dysfunction in women: a narrative review. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology, and Infertility*. 23(9)69-84 (in persian)
- Salami, M., & Fatehizadeh, M. (2013). Investigation of Effectiveness of Sextual Education Based on behavioral-cognitive method on Sextual Intimacy, Knowledge and Self-expression of Married Woman in Mobarakeh. *Journal of Modern Psychological Researches*. 7(28)105-122 (in persian)
- Salonia, A., Bettocchi, C., Boeri, L., Capogrosso, Paolo., & et al. (2021). European Association of Urology Guidelines on Sexual and Reproductive Health—2021 Update: Male Sexual Dysfunction. *European urology*, 80 (3), 333-357
- Shirani, K., Salehi, M., Molaeinezhad, M. Safaee, M., & Mahaki, B. (2018). The Efficacy of PLISSIT as Adjuvant Therapy with Bupropion on Sexual Dysfunction and Marital Satisfaction among Men Patients on Methadone Maintenance Therapy. *Journal of Isfahan Medical School*. 36(488)814-822 (in persian)
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York. The Guilford Press.
- Snell, W.E., Belk, S.S., & Clark, L.V. (1987). *Sexual Self-Disclosure to Parents and Friends*. 33rd annual meeting of the Southwestern Psychological Association, New Orleans, Louisiana. Department of Psychology, Southeast Missouri State University, Cape Girardeau
- Snell, W. E. (1995). Measuring multiple aspects of the sexual self-concept: The Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (MSSCQ). Paper presented at the annual meeting of the Midwestern Psychological Association.
- Chicago, IL Stratton, H., Sansom, J., Brown-Major, A., & et al. (2020). Interventions for sexual dysfunction following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011189.pub2>
- Sukhanova, A., Pascoal, P.M., & Rosa, P. (2022). A behavioral approach to sexual function: testing a moderation mediation model with expression of feelings, sexual self-disclosure, and gender. *Journal of sex & marital therapy*. 48 (6).607-627
- Terrence, D.H., Ginny, G-A., Katelyn, S., Chantal, F., & et al. (2023). Male Sexual Dysfunction and the Perpetration of Intimate Partner Violence. *Violence against women*, p.10778012231174348-10778012231174348
- Valerie, R. (2022). Sex Talk: The Effects of Sexual Self-Disclosure and Identity Gaps on Sexual and

Relational Outcomes in Diverse Relationships.
Sexuality & culture, 26 (4), 1452-1476

Vowels, L.M. (2023). *Sexual Satisfaction: Relationship Satisfaction*. Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior.

Yao, H., Crump, R., Trafford, C., & et al. (2020). Baseline patient reported outcomes data shows high prevalence of overactive bladder, sexual dysfunction, depression, and anxiety in Canadian men with newly diagnosed localized prostate cancer. *Translational andrology and urology*, 9 (5), 2046-20

Zeighami Mohammadi, S., shahparian, M., fahidi, F., & Fallah, E. (2012). Sexual Dysfunction in Men with Systolic Heart Failure and Associated Factors. *Journal of Critical Care Nursing*, 5 (1) :35-42.