

اثربخشی درمان حل مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی در بهبود مشکلات جنسی زوجین: (بررسی امکان‌سنجی، تدوین الگوی مفهومی و پیامدهای اولیه درمانی)

علیرضا احمدیان*

محمد حاتمی**، عزیزالله تاجیک اسمعیلی**

کیانوش زهرا کار***، جعفر حسنی****

چکیده

هدف: با توجه به بافت فرهنگی - مذهبی مراجعان و نیاز به افزایش میزان ضریب اثربخشی، پذیرش و ایمنی درمانی استانداردسازی تکنیک‌های درمانی جنسی با هنجارهای دینی و کاربست درمان مشکلات جنسی مبتنی بر شواهد یکی از دغدغه‌های مهم درمان‌جویان است که باید مورد توجه درمانگران قرار گیرد.

روش: این پژوهش در فازهای مختلف شیوه امکان‌سنجی مفهوم‌سازی و ارزیابی پیامدهای درمانی از مفاهیم نظری آموزه‌های دین اسلام برای تطبیق و الحاق در درمان حل مسئله محور جنسی در قالب شیوه مطالعه دلفی، تحلیل کیفی و مداخله تجربی تک موردی اثربخشی در ابعاد عملکرد کلی جنسی، کیفیت زندگی زناشویی و رضایت جنسی بر روی ۶ (۲ گروه سه‌تایی) مراجع مبتلا به مشکلات جنسی اجرا شد.

جمع‌بندی: این شیوه درمانی می‌تواند سبب بهبودی مؤثرتر مشکلات جنسی زوجین شود به‌ویژه اثر مداخله اصلاحی معنادار در متغیرهای فرایندی مانند رضایت جنسی، سبک زندگی و کیفیت زندگی زناشویی سبب دوام بیشتر آثار درمانی شد.

* دانشجوی دکتری مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول)، ahmadian1727@gmail.com

** دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، Hatami513@gmail.com

*** استادیار گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی، tajikesmaeili@gmail.com

**** دانشیار گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه خوارزمی، Dr_zahrakar@yahoo.com

***** دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، hasanimehr57@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۰۸، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۶

یافته‌های پژوهش: مداخله پیشنهادی توان این را دارد که ظرفیت‌های اثربخش‌تری را برای درمان‌جویان ایرانی رقم بزند و با ایجاد زمینه مداخلاتی منطبق با فرهنگ و مذهب مراجعان به‌عنوان یک شیوه‌نامه درمانی مبتنی بر شواهد در ترویج سیاست‌های نظام سلامت جنسی زوجین در ایران به کار رود.

کلیدواژه‌ها: درمان حل مسئله محور، مداخلات مبتنی بر شواهد، مشکلات جنسی، آموزه‌های اسلامی.

۱. مقدمه

تحمل رنج آثار روانی مشکلات جنسی، برای زوجین مشکل‌زا و حتی در روند تداوم زندگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجی آن‌ها بسیار مؤثر است (پی فائوس (Pfaus)، ۲۰۱۵؛ میلر (Miller) و همکاران، ۲۰۱۷) و طبق مطالعات گوناگون آغاز اغلب مشکلات جنسی زوجین را متأثر از مشکلات بین فردی، مسائل حل‌نشده ناشی از تعارضات زناشویی، اختلالات روانشناختی مانند اختلال خلقی (افسردگی حاد و یا مزمن)، اضطراب و مشکلات شخصیتی می‌داند تا اینکه ناشی از اختلالات فیزیولوژیکی باشد؛ بنابراین اضطراب و افسردگی (بوری (Burri)، اسپکتور (Spector) و رحمان (Rahman)، ۲۰۱۲)؛ اعتیاد به انواع مواد و الکل (ژای‌زانگ و همکاران، ۲۰۱۳) و سایر مشکلات رفتاری فردی و بین فردی به‌طور عمده‌ای بر کارکردهای زندگی و رفتارهای جنسی زوج اثر مستقیم و یا غیرمستقیم می‌گذارند (کالمباج، ۲۰۱۴؛ فوربس و همکاران، ۲۰۱۵؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۵؛ کو (Koo)، ویلسون (Wilson) و مینیس (Minnis) ۲۰۱۷) و رد پای آثار سوء مشکلات جنسی زوج در ایجاد و آغاز انواع مشکلات روانی-جسمی و شدت بخشی به علائم مشکلات حوزه سلامت مانند درد مزمن و علائم سایکوسوماتیک (کوئیل، ۲۰۱۰؛ کلائس و همکاران، ۲۰۱۲)، افسردگی، اضطراب و اعتیاد (ری بیرو، ۲۰۱۴)؛ به‌خوبی قابل تشخیص است و همبودی و اثر این مشکلات و مسائل دیگر زناشویی با مشکلات زناشویی در نهایت منجر به افت شاخص‌های کیفیت سلامت عمومی و جسمی و زندگی زناشویی زوجین خواهد شد (کوکونن (Kukkonen)، ۲۰۱۵؛ گلدبرگ (Goldberg) و هالپرن (Halpern)، ۲۰۱۷).

در این راستا نیز بر اساس گزارش تحقیقات مختلف اپیدمیولوژیک انجام‌شده در ایران، به‌عنوان مثال ۳۱ درصد از زنان ایرانی مبتلا به طیفی از مشکلات جنسی هستند که نرخ

بالایی در چرخه سلامت کشور محسوب می‌شود (صفری نژاد و همکاران، ۲۰۰۶) و یا اینکه ۴۰ درصد از طلاق‌های زوجین ایرانی به علت خیانت و معاشرت‌های جنسی پنهانی همسران است که ناشی از عدم رضایت‌مندی جنسی در یکی از زوجین است و همچنین عدم رضایت‌مندی جنسی علاوه بر طلاق با افزایش مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوز جنسی، خیانت به همسر، بیماری‌های روانی و احساس پوچی، اضطراب، افسردگی و ناسازگاری ارتباط تنگاتنگی دارد (کریمی، دادگر، عافیت و رحیمی، ۱۳۹۱)؛ در این راستا فروتن و میلانی (۱۳۸۷) در شهر تهران پژوهشی با موضوع بررسی شیوع اختلالات جنسی در متقاضیان طلاق مراجعه‌کننده به مجتمع قضایی خانواده از ۴۰۰ متقاضی طلاق ۱۰۸ مرد و ۲۹۲ زن نشان دادند که ۶۶/۷ درصد مردان و ۶۸/۴ درصد زنان از زندگی جنسی با همسرانشان راضی نبوده و مبتلابه طیفی از مشکلات جنسی بودند که این آمارها خود نشانگر اهمیت مشکلات جنسی در معادلات ترویج آسیب‌های اجتماعی و فردی در جامعه است (کجیاف، ۱۳۸۱).

معمولاً در ابتدای زندگی معمولاً زوجها کمتر مشکلات جنسی حادی را در زندگی خود تجربه می‌کنند ولی به تدریج که رابطه زناشویی آنان به جلو می‌رود و عوامل استرس‌زای محیطی، خانوادگی، بین‌فردی و فردی مانند: «تنش‌های مالی و کاری»، «بارداری و تولد فرزند»، «مشکلات اجتماعی»، «خیانت زوجی» و... عارض می‌شود و کم‌کم زوجین ممکن است حضور یکدیگر را از نظر جسمی، جنسی و یا عاطفی، کم‌رنگ احساس کنند (ویز (Weisz) و برمن (Bearman) ۲۰۱۴)؛ که اگر این خلأ ادامه یابد آن‌ها در طول زمان بیشتر باهم تقابل و تنش پیدا کرده و از همدیگر دور می‌شوند که دور باطل رنجش، ناامیدی و ناکامی آن‌ها هرروز بیشتر و گسترده‌تر از قبل بر زندگی جنسی زوجین سایه خواهد افکند و وقتی که شدت و مدت این چرخه معیوب به تدریج افزون می‌شود زوج با بحران خانوادگی روبرو شده و برای مشکل خویش در جستجوی راه‌حل برمی‌آیند. شاید زوجی تصمیم بگیرد که الگوی حل مسئله معیوب و توأم با نارضایتی موجود را حفظ نماید و یا بخواهد آن را با الگوی حل مسئله کارآمد و صحیح مدیریت نماید تا به شکلی صحیح حل شود؛ از یک‌سو نیز مشکلات جنسی زوج علاوه بر اینکه بر مشکلات مسائل زناشویی مؤثر است از یک‌سو نیز به‌طور معناداری بر ایجاد و یا شدت بیشتر یافتن مسائل مربوط به مشکلات سلامت روان فردی مانند اضطراب، مشکلات خلقی (افسردگی)، اعتیاد، خشم و پرخاشگری، وسواس و... مؤثر بوده و نیز خود این مشکلات روانشناختی که ذکر شد

می‌توانند سبب‌ساز و باعث بدتر شدن مشکلات جنسی در افراد شوند لذا بهبود مناسب و یا عدم درمان مناسب رابطه جنسی زوجین بر طیف گسترده‌ای از مسائل رفتاری و روانشناختی حتی در سطح کلان و خرد سلامت ملی مؤثر است که طیف گسترده مسائل جنسی، خود باعث ایجاد موج گسترده‌ای از تلاش‌ها برای کنترل و کاهش رنج ناشی از این مشکلات در زوجین مبتلا، شده است که در قالب اصطلاحات «دانش سکسولوژی، سکس‌تراپی، سلامت جنسی و یا درمان مشکلات جنسی» جای می‌گیرد که از کاربست مملو از باورهای خرافی برای افزایش توان جنسی با روش‌هایی مثل تجویز استفاده از ریشه درخت جینسینگ، عقاید جادوگری، خوردن شاخ کرگدن‌ها، نوشیدن معجون مخلوط با مگس‌های اسپانیایی و استفاده از پمادهای جادویی روغن اسب آبی گرفته تا کاربست تدابیر روانشناختی کم اثر، بدون اثر و یا حتی زیان‌آور امروزی در قالب برنامه‌های درمانی بدون پشتوانه علمی، سیر تاریخی-تحویلی است که درمان مشکلات جنسی از ابتدای کاربری خود تا به حال گذرانده است و جامعه متخصصان حوزه سلامت جنسی باید ساماندهی صحیح و علمی آن را به عهده گیرند (هوگان، ۱۹۹۱؛ وینکزی، ۲۰۰۹؛ بری، ۲۰۱۲؛ نایر، سلاتوری و سرپریراساد، ۲۰۱۲؛ پرائوس (Prause) و پی فائوس، ۲۰۱۵).

از سویی نیز با توجه به نرخ ابتلا بالای مشکلات جنسی در زوجین و با تحول یافتن نیازهای افراد برای ارتقای کیفیت زندگی جنسی خویش، میزان مراجعه برای درمان مشکلات جنسی به متخصصان علوم سلامت مانند پزشک، روان‌پزشک، روانشناس، مشاور خانواده و ... در حال افزایش است که به موازات این رشد فزاینده تقاضاهای درمانی چند دهه گذشته هنوز در زمینه درمان مشکلات جنسی با چالش‌های کمبود متخصصین ماهر و نیز عدم دسترسی به روش‌های درمان جنسی جامع و اثربخش مبتنی بر یافته‌های مطالعات کنترل‌شده آزمایشی است مواجه هستیم (آلتوف، روزن، پرلین و روبیواولیس، ۲۰۱۳) که با گسترش زمینه امکان مرور گسترده منابع و آثار علمی، بررسی‌های دقیق‌تر، بیشتر مشخص می‌شود که در خصوص کاربست و استفاده از روش‌های درمان مشکلات جنسی بین نحوه مداخلات و شیوه عملکرد درمانگران جنسی نیز اختلافات زیادی وجود دارد که خود منعکس‌کننده شکاف عمیق بین پژوهش، ارائه تدابیر درمانی و نیز وجود یک زمینه درمانی منسجم و معتبر علمی است (بیگ فوت (BigFoot) و اشمیت (Schmidt) ۲۰۱۰)؛ بنابراین با توصیف این موارد دغدغه پژوهشگران و درمانگران در تدوین درمان‌های متمرکز بر مشکلات جنسی در سال‌های اخیر دوچندان شده و کارآزمایی‌های بالینی متعددی برای حل

مشکلات جنسی زوجین به کار برند که هرکدام دارای میزان اثربخشی متنوعی در میزان کارآمدی درمانی است که در بررسی‌های پیگیری‌های طولی در برخی از این پیامدهای درمانی از شیوه‌های مداخلاتی موجود به دلیل نداشتن شواهد درمانی معتبر و نیز مبنای نظری مشخص، بعضی از آن‌ها نه تنها اثربخش نبودند بلکه مشکلات مراجعان را دستخوش دستکاری‌های بیهوده و بدون پشتوانه درمانی علمی نموده که خود منجر به حادثر شدن مشکلات جنسی زوجین می‌شود و زیان‌بخش نیز هست (بنستن و همکاران، ۲۰۱۵) و غالب پژوهش‌ها در زمینه درمان مشکلات جنسی از پشتوانه معتبر نظری و عملی تجربی که بر اساس مدل تشخیصی-درمانی عمل مداخله‌ای مبتنی بر شواهد (EBP) باشد، برخوردار نیستند درحالی‌که درمان‌های مربوط به سایر اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی، وسواس و اختلالات خلقی به‌مرورزمان از یک فرایند درمانی و مدل مداخلاتی مبتنی بر شواهد تجربی برخوردار شده‌اند اما حوزه حساس درمان مشکلات جنسی که از حیث مدل مشاوره فردی-زوجی و مسائل فرهنگی-مذهبی دارای حساسیت‌های ویژه‌ای برای مراجعان است تاکنون از برخورداری از یک فرایند درمانی مبتنی بر شواهد علمی-بالینی استاندارد محروم است (کلیفتون و همکاران، ۲۰۱۵؛ کربای، ۲۰۱۵؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۵؛ ویس، ۲۰۱۵؛ بینیک و مینا، ۲۰۱۵؛ لیلام، ۲۰۱۵) که لزوم تدبیر و کاربست درمان‌های مبتنی بر شواهد تجربی اثربخشی و دارای روایی و اعتبار در حوزه مشکلات جنسی بسیار ضروری به نظر می‌رسد (جرن، ۲۰۰۸؛ لابات، ۲۰۰۸؛ کلاپتون و بالون، ۲۰۰۹؛ آلتوف و روزن، ۲۰۱۳؛ آلتوف و همکاران، ۲۰۱۴)؛ لذا پس از احساس نیاز و پی بردن به اهمیت این موضوع پژوهشگرانی در دانشگاه براون در این راستا برای اولین بار وینکزی و همکاران (۱۹۸۵) دست به تدوین و تلفیق یک رویکرد جامع درمانی مبتنی بر شواهد اثربخشی به نام «درمان حل مسئله محور جنسی» زده و پس از تلفیق آن با یافته‌های مطالعات متعدد اثربخشی در سال ۲۰۰۹ این راهنمای درمانی اولیه را به‌عنوان یک راهنمای جامع و تلفیقی منتشر نمودند که این شیوه درمانی پس از تدوین بارها توسط؛ آبراهامسون، بارلو و آبراهامسون، ۱۹۸۹؛ آبراهامسون، بارلو، ساکھیم، بک و کلی، ۱۹۸۵؛ بالکو و همکاران ۱۹۸۶؛ بارلو، ۱۹۸۶؛ بارلو، آبل، بلانچارد، برسیو و بانگ، ۱۹۷۷؛ بارلو، بکر لتینبرگ و آگراس، ۱۹۷۰؛ بارلو، ساکھیم و بک ۱۹۸۳؛ بک و بارلو ۱۹۸۴؛ بک و بارلو، ۱۹۸۶؛ بک، بارلو و ساکھیم، ۱۹۸۳؛ بک، بارلو و ساکھیم و آبراهامسون، ۱۹۸۷؛ بک، ساکھیم و بارلو، ۱۹۸۳؛ بروس و بارلو، ۱۹۹۰؛ کارنستون کوباس و بارلو، ۱۹۹۰؛ کارنستون کوباس، بارلو، میچل و

آنانازیو، ۱۹۹۳؛ فروند، نگوین و بارلو ۱۹۷۴؛ جونز و بارلو، ۱۹۹۰؛ لانگه، براون و وینکزی و زوئیک، ۱۹۸۵؛ لانگه، وینکزی، زوئیک، فلدمن و هیوز ۱۹۸۱؛ نابر و همکاران ۲۰۰۴؛ نابر و پیتوگیویا، ۲۰۰۶؛ ملیس، ۲۰۰۶؛ ساکهم، بارلو، بک و آبراهامسون، ۱۹۸۴؛ وینکزی، وندیتی، بارلو و ماویسکالیان، ۱۹۸۰؛ وُلچیک و همکاران، ۱۹۸۰؛ ملنیک و همکاران، ۲۰۰۷؛ کورونا و همکاران، ۲۰۱۳؛ بودی و همکاران، ۲۰۱۵؛ مورد کارآزمایی بالینی قرار گرفته و توانست در طی چندین مطالعه متعدد که در بالا به آن اشاره شد، نتایج اثربخش تری را نسبت به سایر درمان‌های مشکلات جنسی گزارش نماید که البته جهت تعمیم‌پذیری مناسب‌تر این شیوه درمانی لازم است تا در سایر جمعیت‌های بالینی و فرهنگ‌های دیگر به‌خصوص اقلیت‌های قومی و خرده‌فرهنگ‌های مذهبی نیز مطالعه امکان‌سنجی اثربخشی درمانی آن جهت ضریب اثربخشی بین فرهنگی و نیز تکمیل بیشتر به‌دقت مطالعه و گزارش گردد (نابر و همکاران ۲۰۰۴؛ نابر و پیتوگیویا، ۲۰۰۶؛ ملیس، ۲۰۰۶؛ ساکهم، بارلو، بک و آبراهامسون، ۱۹۸۴؛ وینکزی، وندیتی، بارلو و ماویسکالیان، ۱۹۸۰؛ وُلچیک و همکاران، ۱۹۸۰؛ ملنیک و همکاران، ۲۰۰۷؛ کورونا و همکاران، ۲۰۱۳).

پس با توجه به توصیه تدوین‌کنندگان راهنمای درمانی حل مسئله محور جنسی مبنی بر لزوم کاربست و امکان‌سنجی آن با زمینه‌های فرهنگی-مذهبی مراجعان و نیز برای رعایت تطبیق فرآیند صحیح اصول درمانی سه‌گانه برای دستیابی به نتایج بالینی مبتنی بر شواهد اثربخش که یکی از این اصول اساسی انطباق راهنماهای درمانی با زمینه فرهنگی-مذهبی مراجعان است، بنابراین می‌بایست پس از امکان‌سنجی و کشف پیامدهای اولیه راهنمای درمانی حل مسئله محور جنسی، زمینه بومی‌سازی و بهره‌از مبنای منطبق و مستخرج از مبنای فرهنگی-مذهبی این شیوه درمانی بررسی و ارزشیابی گردد (روزن و همکاران، ۲۰۰۸؛ آلتوف و بروک (Brock) ۲۰۱۰؛ آلتوف، پریلان و روزن، ۲۰۱۱؛ کینزبگ و آلتوف، ۲۰۱۱؛ ملنیک (Melnik)، ۲۰۱۱؛ آلتوف و پاریش (Parish) ۲۰۱۳؛ پورست (Porst) و همکاران، ۲۰۱۰؛ بری و آلتوف، ۲۰۱۳؛ مکابه و آلتوف، ۲۰۱۴؛ مک ماهون (McMahon)، ۲۰۱۴؛ والدینگر (Waldinger)، ۲۰۱۴؛ سرف‌اُغلو (Serefoglu) ۲۰۱۴؛ دی وایت (Dewitte) ۲۰۱۵؛ تتودور و همکاران، ۲۰۱۵؛ دیوید و همکاران، ۲۰۱۵؛ برودی (Brody) و همکاران، ۲۰۱۵؛ ونتیمیگلیا (Ventimiglia) و همکاران، ۲۰۱۵)؛ جهت ملاحظه لزوم کاربست دقیق مبنای نظری تدوین درمان‌های مبتنی بر شواهد منطبق با ارزش‌ها و فرهنگ بافتی مراجعان نگاه کنید به مدل اشپرینگ و هایتچوکوک، ۲۰۰۹؛ به نقل از کورسینی، ۲۰۱۰).

انطباق فرهنگی-مذهبی شیوه‌های درمانی در جامعه هدف دارای زمینه فرهنگی و مذهبی نه تنها مفید و موضوعی اختیاری به نظر می‌رسد بلکه به‌عنوان جز لاینفک سیاست‌های تدوین شیوه‌نامه‌های درمانی مبتنی بر شواهد از سوی سازمان بهداشت جهانی (WHO) (World Health Organization: WHO) در همه سطوح ارتقا بهداشتی و توسعه سلامت طبی - جسمانی و روانی توصیه‌شده و «ضروری» تلقی می‌شود (رودریگز (Rodrigue) ، ۲۰۰۰)؛ که با این توصیف و عنایت به اینکه درمان حل مسئله محور «وینکزی» که در سال ۲۰۰۹ بر اساس تلفیق درمان‌های مبتنی بر شواهد تجربی مؤثر در درمان مشکلات جنسی زوجین غیرایرانی و در بافت فرهنگی-مذهبی دیگری (بسیاری از کشورها من جمله انگلستان) قبلاً تحت کارآزمایی بالینی قرار گرفته است و بر اساس نظام تدوین مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد که محور اصلی تدوین و تلفیق درمان حل مسئله محور وینکزی بوده است می‌بایست این شیوه را بر اساس دستورالعمل نظری و عملی نظریه‌پرداز آن اولاً طبق نظر متخصصانی مانند دشاژر (de Shazer)، ۱۹۸۶؛ یاسان (Yasan) و گورگن (Gurgen)، ۲۰۰۹؛ اسپادت (Spadt) و همکاران، ۲۰۱۴؛ ناصرزاده (Nasserzadeh)، ۲۰۱۵؛ هینمان (Heinemann)، ۲۰۱۶؛ هال (Hall)، ۲۰۱۶؛ باواسر (Bhavsar) و بوگر (Bhugr)، ۲۰۱۳؛ که اعتقاد دارند درمان‌های جنسی باید با بافت فرهنگی-مذهبی جامعه هدف منطبق شوند باید در بین مراجعان ایرانی «امکان‌سنجی» شده و سپس «پیامدهای اولیه درمانی» آن را مورد ارزیابی قرارداد و به‌موازات آن نیز تکنیک‌های مبتنی بر شواهد «اثربخش درمانی» مستخرج از بافت فرهنگی-مذهبی مراجعان را در این چارچوب تدوین و در قالب یک طرح مطالعاتی معتبر و قابل‌تعمیم به‌نظام سلامت ملی برای الحاق و پیوست به درمان‌های کلاسیک مشکلات جنسی آماده نمود تا بتوان با رعایت اصول کلی سه‌گانه، به امکان ساخت یک «راهنمای تشخیصی-درمانی جامع و مبتنی بر شواهد اثربخش و معتبر برای حل و یا کاهش مشکلات جنسی زوجین ایرانی» دست یافت.

برنامه مدون آموزش رفتار جنسی در ایران یک فرآیند نسبتاً آموزشی جدید برای زوج‌های جوان است که از طریق آن زوجین اطلاعات و دانش صحیح و لازم در مورد مسائل جنسی را کسب می‌کنند و نگرش‌ها، عقاید و ارزش‌های خود را راجع به رفتار جنسی به شیوه‌ای درست شکل می‌دهند. برنامه آموزش جنسی در ایران فرآیندی است که به رشد جنسی سالم، بهداشت زناشویی، روابط بین‌فردی، عاطفه، نزدیکی، تصور بدنی و نقش‌های جنسیتی روابط مشروع یک زوج غیرهمجنس در بافت رسمی خانواده کمک

می‌کند و آموزش جنسی به همه ابعاد جنسیت مانند ابعاد زیستی، فرهنگی-اجتماعی، روانشناختی و مذهبی توجه می‌کند. آموزش جنسی استاندارد باید به بهسازی حوزه شناختی (اطلاعات و دانش)، حوزه عاطفی (احساسات، ارزش‌ها و نگرش‌ها) و حوزه رفتاری (مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری) منجر شود. آموزش درست و استاندارد جنسی منطبق با تربیت و فرهنگ ایرانی-اسلامی کودکان، نوجوانان و جوانان یک جنبه حساس و بااهمیت از یادگیری و تربیت ایشان است. آموزش جنسی کسب آگاهی در مورد کالبدشناسی و فیزیولوژی بدن انسان، اعمال جنسی، تولیدمثل و زندگی خانوادگی، پیشگیری از اختلالات جنسی و حاملگی ناخواسته و موضوعاتی از این قبیل است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت برنامه‌های آموزش جنسی متناسب با رشد عقلی هم برای افرادی که هنوز فعالیت جنسی خود را آغاز نکرده‌اند و هم برای افرادی که فعالیت جنسی خود را آغاز کرده‌اند یک نیاز به حساب می‌آید. آموزش جنسی جامع هم باعث تقویت و استحکام خانواده‌های ایرانی شده و هم مانع بیماری‌هایی را که از طریق فعالیت جنسی و روابط نزدیک جنسی منتقل می‌شود، می‌گردد.

بررسی سیستماتیک رضایت جنسی نشان می‌دهد که یک عامل کلیدی در سلامت جنسی افراد، برخورداری از سلامت و بهداشت روانی است. علیرغم اهمیت به دلیل کمبود مدل‌های تئوریک، مهمترین عوامل را که برای توصیف عوامل رضایت جنسی ترکیب می‌کنند اما تعاریف زیادی از رضایت جنسی وجود دارد. یکی از پذیرفتنی‌ترین تعاریف، توسط لورانس و بیرز (۱۹۹۵) مطرح شد که آن را به‌عنوان یک عکس‌العمل مؤثر ناشی از ارزیابی ذهنی ابعاد مثبت و منفی در ارتباط با رابطه جنسی یک فرد تعریف کردند. طبق این تعریف رضایت جنسی، یک جزء از رفتار جنسی انسان است که در انتهای مرحله آخر چرخه‌ی واکنش جنسی رخ می‌دهد (باسوم، ۲۰۰۱؛ سیرا و بولا-کاسال، ۲۰۰۴) و دستیابی به آن طبق نظر سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۰)، یک حق جنسی در نظر گرفته می‌شود. همچنین رضایت جنسی یک عامل کلیدی در کیفیت کل زندگی افراد است. برای مثال، وضعیت بهتر سلامت فیزیکی و روانی با رضایت جنسی بالا در ارتباط بوده است (اسکات، سندبرگ، هارپر و میلر، ۲۰۱۲). به‌طور مشابه، جنبه‌های مرتبط مثل رضایت رابطه‌ی بالا (هندرسون، لهاوت و سیمونی، ۲۰۰۹)، ارتباط با همسر (مکنیل و بایرز، ۲۰۰۹) و ابراز وجود (هاویو-مانیلا و کانتولا، ۱۹۹۷) مشخص شده است که با رضایت جنسی بیشتر در ارتباط هستند. برخی از مطالعات یک رابطه بین کارکرد جنسی خوب و رضایت جنسی بالا

(هندرسون و همکاران، ۲۰۰۹)، روابط خوب با فرزندان و خانواده و وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر (جی و نورلینگ، ۲۰۰۴) را به عنوان سطوح بالاتر رضایت جنسی را نشان می دهند. همچنین مذهبی بودن نیز برای تبیین رضایت جنسی یک عامل مهم به حساب آورده می شود: باور مذهبی پایین با رضایت جنسی بالاتر در ارتباط است (هیگینز، تروسل، مور و دیویدسون، ۲۰۱۰). از آنجایی که رضایت جنسی می تواند بر ویژگی های فرد مثل حمایت یا مذهب یا روابط اثر بگذارد، توصیف آن در چهارچوب یک تئوری بوم شناختی (اکولوژیکی)، مهم است (برونفرز (Bronfenbrenner's)، ۱۹۹۴). طبق تئوری بوم شناختی، توسعه و پیشرفت افراد تحت تأثیر تعامل بین ویژگی های افراد و شرایط بوم شناختی و اجتماعی است که به چهار سطح میان ارتباطی ساماندهی می شوند:

- سیستم خرد (Exosystem)؛
- مزوسیستم (mesosystem)؛
- برون سیستم (Exosystem)؛
- کلان سیستم (Macrosystem).

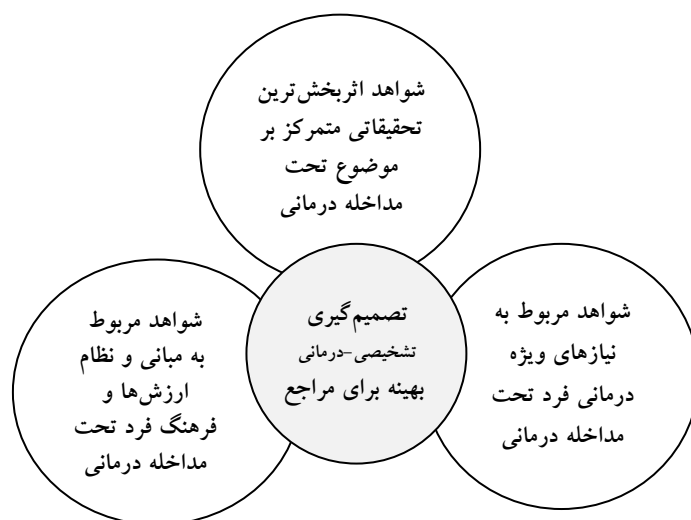
جدول ۱. متغیرهای مرتبط با رضایت جنسی، طبقه بندی شده بر طبق سطوح نظریه بوم شناختی

سیستم خرد
-اختلالات روانی، سوء مصرف داروهای روان گردان -سلامت فیزیکی، بیماری، ناتوانی، کارکرد فیزیکی، کارکرد اجتماعی، سرزندگی، ورزش، مراقبت، یائسگی، درمان پزشکی -رویه های جراحی: ختنه، وازکتومی، هیستروکتومی -بارداری و نوع زایمان -دخانیات، الکل -رفاه و کیفیت زندگی -شخصیت، خودخواهی، کمال، توانایی در حل مشکلات -محل کنترل (اسناد)، اختیار، خودمختاری، اجتناب تجربی، تسلط بوم شناختی، رشد شخصی، رضایت از زندگی، خود شکوفایی، تمایز خود، شرایط مطلوب اجتماعی -عزت نفس، مفهوم خود، مفهوم خود جنسی، اعتماد به نفس جنسی، تصویر بدن (تن انگاره)، وزن، شاخص حجم بدن، بازتاب ارزیابی -نقش جنسیت، نقش جنسی -ویژگی های جنسی، افکار جنسی، گناه جنسی، همجنسگرا ستیزی درونی، دیدن پورنوگرافی، اهمیت مرتبط با رابطه جنسی -سوء استفاده جنسی، تجاوز

<p>-متغیرهای اجتماعی-دموگرافیک: سن، جنسیت، نژاد، محوریت جنسی، پیشینه‌ی تحصیلی، اطلاعات جنسی، تجربه‌ی جنسی پیشین، تعداد شرکای جنسی، محل اقامت</p>
<p>مزوسистем (سیستم میانی)</p>
<p>-رابطه زوجین: رضایت از رابطه، سازگاری زوجین، صمیمیت، تعهد، عشق، حمایت شریک، برابری، کار خانه، رفتار اجتماعی متقابل، ثبات، وضعیت زناشویی، طول رابطه، ارتباطات، حل تعارض، خیانت، زوج‌درمانی</p> <p>-دل‌بستگی</p> <p>-ابراز وجود جنسی</p> <p>-کارکرد جنسی: میل، انگیزندگی، نعوظ، ارگاسم</p> <p>-طول مدت و کیفیت رابطه جنسی</p> <p>-اختلالات جنسی</p> <p>-هزینه‌ها و پاداش‌های جنسی، برابری پاداش و هزینه، تکرار رابطه جنسی، رفتار جنسی، رفتار خوشی و لذت، اضطراب عملکرد، جذابیت و محرک جنسی، گرایش به تحریک، قرص‌های ضدبارداری، مواد روان‌کننده آمیزش</p> <p>-ناپارووری</p>
<p>برون سیستم</p>
<p>-حمایت اجتماعی، تبعیض</p> <p>-روابط خانوادگی، محبت، مسئولیت</p> <p>-وظایف والدین</p> <p>-وضعیت کنونی زندگی</p> <p>-استرس: استرس مالی، خانوادگی و استرس کار</p> <p>-وضعیت اجتماعی اقتصادی، منابع</p>
<p>سیستم کلان</p>
<p>-مذهب</p> <p>-معنویت</p> <p>-تعارض‌های فرهنگی</p>

بررسی‌های متعدد طولی در مطالعه میزان اثربخشی درمانی در مطالعات بالینی نیز حاکی از این است که فقط کمتر از ۴۰ تا ۵۰ درصد از مراجعانی که درمان شناختی رفتاری، ذهن‌آگاهی، طرح‌واره درمانی، زوج‌درمانی سیستمی را دریافت کرده‌اند از درمان مشکل خود رضایت داشته و آن‌هم بهبود اندکی را در این روند یافته‌اند و همین‌طور بررسی سایر پژوهش‌های معتبر دیگر نیز، میزان اثر درمانی بیشتری را از این میزان نشان نمی‌دهند (برادفورد و مزتون، ۲۰۱۱؛ بروتو، ۲۰۱۳)؛ لذا به‌خصوص اختلافات هرچه بیشتر بین متخصصان علوم رفتاری بر سر فرایندهای استاندارد درمانی منجر شد تا از الگویی استفاده شود که از ساختار مطالعات کارآزمایی‌های بالینی منسجم و معتبر به وجود آمده است که

این الگوها از چهار جزء اصلی زیر تشکیل شده‌اند که عبارت‌اند از: تمرکز بر «جمعیت/مشکل»، «مداخله»، «مداخله مقایسه»، «پیامد» که از کنار هم قرار دادن حروف اول لاتین این چهار جزء، الگوی مشهور «PICO» به وجود می‌آید (چافیلن (Chaffin) و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین، هر فرایند مؤثر درمانی - اعم از این که این سؤال به علل، تشخیص، درمان، پیش‌آگهی یا پیشگیری مشکل و یا ارتقای کیفیت مراقبت‌ها مرتبط باشد - باید در قالب الگوی «پیکو» ارائه شود تا در پایگاه‌های داده‌ای درمان‌های مبتنی بر شواهد طبقه‌بندی شود (روبیو (Rubio-Aurioles)، ۲۰۱۰؛ کاسترو (Castro) و همکاران، ۲۰۱۰؛ انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳).



شکل ۱. مدل مداخلات درمانی مبتنی بر شواهد (EBP) (اشپرینگ و هایتچوکوک، ۲۰۰۹)

لذا بر این اساس درمان حل مسئله محور جنسی با هدف از راهنمای ارائه‌شده در این بخش، عرضه ابزارهای ضروری برای «درمانگران»، «روان‌شناسان»، «روان‌پزشکان»، «مددکاران اجتماعی»، «خانواده و زوج درمانگران» طراحی شد تا با کمک آن بتوانند «اختلالات جنسی» را به‌خوبی «ارزشیابی و درمان» نمایند که این راهنمای درمانی تجلی ۳۰ سال پژوهش و تحقیق مستمر در درمان بالینی و کار آموزش در زمینه اختلالات جنسی توسط وینکزی (Wincze) است. اغلب مراجعانی که برای درمان تخصصی اختلالات جنسی به درمانگر ارجاع می‌شوند، مستلزم یک ملاحظه و بررسی «پیچیده و حساس» هستند. لازم

به ذکر است این راهنمای درمانی برای درمانگرانی تدوین شده است که با کاربرد طبقات و چارچوب‌های «پنجمین ویراست تجدیدنظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکان آمریکا» (DSM) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، آشنایی لازم را داشته و برای انواع قابلیت تدابیر حرفه‌ای برای مقابله با انواع مختلف «اختلالات روانی» را دارا هستند. آنچه قابل تذکر است معمولاً در روند درمان اختلالات جنسی مسئله «انتقال» و «انتقال متقابل» در درمان رخ می‌دهد و درمانگران مخاطب این پروتکل درمانی لازم است که نسبت به مسائل «تشخیص» و «بیش در فرآیند درمانی» برای مدیریت این مشکلات تسلط لازم را دارا باشد.

اعتبارسنجی و کاربست اختصاصی درمان حل مسئله محور در کاهش مشکلات جنسی زوجین به‌طور مشخص توسط هیمان (Heiman) (۲۰۰۲)؛ هیمان (Heiman) و متسو (Metson) (۱۹۹۷)؛ باخ (Bach)، بارلو (Barlow) و وینکزی (Wincze)، ۲۰۰۴؛ بارلو، ۱۹۷۲، کارید (Caird) و وینکزی، ۱۹۷۷، کاری (Carey)، وینکزی و میسلر (Meisler)، ۱۹۹۳؛ هون (Hoon)، ۱۹۷۶، هون، وینکزی و هون ۱۹۹۳، وینکزی و بارلو، ۱۹۸۳، هون، وینکزی و هون ۱۹۷۶، هون، وینکزی و هون ۱۹۹۳، ۱۹۹۵، وینکزی و بارلو، ۱۹۹۷، وینکزی و کارید (Caird)، ۱۹۷۶، وینکزی و کری، ۲۰۰۱، وینکزی و همکاران ۱۹۸۷؛ وینکزی و همکاران، ۱۹۸۸؛ آبراهامسون، (Abrahamson)، بارلو (Barlow)، ۱۹۸۹؛ ساکیهم (Sakheim)، بک، (Beck) و کلی (Kelly)، ۱۹۸۵؛ بالکو (Balko) و همکاران ۱۹۸۶؛ بارلو، ۱۹۸۶؛ بارلو، آبل (Abel)، بلانچارد (Blanchard)، بارلو (Bristow) و یانگ (Young)، ۱۹۷۷؛ بکر (Becker)، لیتنبرگ (Leitenberg) و آگراس (Agras)، ۱۹۷۰؛ بارلو، ساکیهم و بک ۱۹۸۳؛ بک و بارلو ۱۹۸۴؛ بک و بارلو، ۱۹۸۶؛ بک، بارلو و ساکیهم، ۱۹۸۳؛ بک، بارلو و ساکیهم و آبراهامسون، ۱۹۸۷؛ بک، ساکیهم و بارلو، ۱۹۸۳؛ بورس (Bruce) و بارلو، ۱۹۹۰؛ کرانستون-Cranston (Cuebas) و بارلو، ۱۹۹۰؛ کارنستون کوباس، بارلو، میتچل (Mitchell) و آتانسیو (Athanasίου)، ۱۹۹۳؛ فرویند (Freund)، لانجویین (Langevin) و بارلو ۱۹۷۴؛ جونز (Jones) و بارلو، ۱۹۹۰؛ لانج (Lange)، برون (Brown) و زیکوار (Zwick)، ۱۹۸۵؛ لانج (Lange)، فلدمان (Feldman) و هوگز (Hughes)، ۱۹۸۱؛ نوبر (Nobre) و همکاران، ۲۰۰۴؛ نابری و پیتو-گویا (Pinto-Gouveia)، ۲۰۰۶؛ مالیز، (Mallis)، ۲۰۰۶؛ ساکیهم، بارلو، بک و آبراهامسون، ۱۹۸۴؛ وینکزی، وندیتی (Venditti)، بارلو و ماووسیکالیان (Mavissakalian)، ۱۹۸۰؛ ولچیک (Wolchick) و همکاران، ۱۹۸۰؛ ملنیک و همکاران، ۲۰۰۷؛ کورانا (Corona) و همکاران،

۲۰۱۳؛ بودی (Boddi) و همکاران، ۲۰۱۵؛ کلیفتون (Clifton) و همکاران، ۲۰۱۵؛ کیربای (Kirby)، ۲۰۱۵؛ لئو (Liu) و همکاران، ۲۰۱۵؛ صورت پذیرفته است.

جدول ۲. چارچوب برنامه درمانی کاربرست درمان جنسی حل مسئله محور

جلسه	خلاصه محتوای جلسات
۱	مقدمات و چارچوب برنامه درمانی ارزشیابی یکی از زوجها
۲	ارزشیابی زوج دیگری که بررسی شده بود
۳	فرمول‌بندی راهبردهای درمان
۴	مرور پیشرفت کار و شناسایی عوامل مؤثر بر عملکرد منفی رابطه جنسی
۵	مرور میزان پیشرفت درک عوامل مثبت و منفی در رابطه بین زوج و مهارت‌های ارتباطی آنها
۶	مرور میزان پیشرفت‌های درمانی و اهداف درمانی دست‌یافته زوج تا الآن و توجه بر اصول تمرکز حواس
۷	شناسایی همه منابع و راه‌حل‌های این مشکلات و بحث و تمرکز بر روی جزئیات تمرین‌های تمرکز حواس
۸	مرور اختصاصی میزان پیشرفت در تمرکز بخشی و سایر درمان‌ها
۹	حل مشکلات زوج با هرگونه هدف و روش درمانی
۱۰ و ۱۱	توضیح در مورد لزوم پیشگیری از عود و درمان‌های آتی

علاوه بر اینکه به‌مرور کلی از روند نظری و مطالعات کلی در این حوزه پرداخته شد باید گفت که دیدگاه‌های دینی نیز در حوزه سلامت جنسی زوجین برنامه‌های مداخلاتی دارند که امکان الحاق به درمان جنسی حل مسئله محور را دارند. در تعالیم اسلامی یکی از وظایف اساسی همسران، ارضای نیازهای جنسی یکدیگر بیان شده و در این رابطه زن یا مرد نمی‌تواند حتی به بهانه عبادت از روابط جنسی سر باز زنند. پیامبر اکرم (ص) در این رابطه می‌فرماید: «لَا تُطَوَّلَنَّ صَلَاتَكَ لَتَمْنَعَنَّ أَزْوَاجَكَ». در روایات اسلامی حتی برای برقراری روابط جنسی همسران رنگ و بوی معنوی، الهی و عبادی بخشیده شده و در موارد متعددی از پاداش اخروی در روابط جنسی زوجین سخن گفته است و آن را ردیف عبادت برشمرده است و دین اسلام به دنبال ایجاد یک نگرش مثبت نسبت به رفتار جنسی، احساس رضایت، لذت و نشاط جسمی-روانی بیشتر از این روابط بین زن و شوهر است و تقویت این نگرش مانع بروز بسیاری از مشکلات جنسی زوجین شده (حُرعاملی، ۱۴۰۹،

ج ۲۰، ص ۱۶۴) و با اصلاح نظام شناختی و طرح‌واره غلط، تصورات ذهنی و برداشت‌های غلط زوجین از رفتار و رابطه جنسی را می‌کاهد.

در آیات قرآن کریم و روایات دینی معتبر، بحث مسائل جنسی، کیفیت رابطه زناشویی، چگونگی و بهداشت جسمی و روانی روابط زوجین مطرح شده است که تأمل در آن‌ها ما را به این نکته رهنمون می‌سازد که دین اسلام حداکثر تلاش خود را بر پایه این مبنا قرار داده که زوجین از یکدیگر رضایت جنسی کامل و جامعی داشته باشند و علاوه بر این در متن دستورات شرعی اسلام همیشه راه‌حلی برای پیشگیری و رفع انحرافات و اختلالات جنسی که مانع رضایت جنسی اصیلی برای زوجین است، ارائه شده است. از منظر قرآن کریم، رضایتمندی زناشویی حالتی است که در آن زن و شوهر از ازدواج با یکدیگر و باهم بودن، احساس طمأنینه، آسودگی، شغف، شادمانی و آرامش داشته باشند (سوره روم، آیه ۲۱) و همچنین در تعابیر اسلامی از ارتباط و معاشرت جنسی عاطفی بین زوجین، به‌عنوان بالاترین لذت‌های زندگی یاد شده که به‌نوعی مفهوم رضایت عمیق و اصیلی از یکدیگر در بردارد. چنانکه امام صادق (ع) از قول پیامبر اکرم (ص) نقل می‌کند که فرمودند: «جُعِلَ قِرَّةٌ عَيْنِي فِي الصَّلَاةِ وَ لَذَّتِي فِي النِّسَاءِ؛ نور چشم من در نماز و لذت من در زنان است» (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۵، ص ۳۲۱، حُرْعَامَلِي، ۱۴۰۹، ج ۲۰، ص ۲۳) و «مَا تَلَذَّذَ النَّاسُ فِي الدُّنْيَا وَ الْآخِرَةِ -بِلَذَّةٍ أَكْثَرَ لَهُمْ مِنْ لَذَّةِ النِّسَاءِ مردم در دنیا و آخرت از هیچ چیز به‌اندازه روابط جنسی لذت نمی‌برند» و نیز در حدیث دیگری از امام صادق (ع) درباره بالاترین لذت‌ها شد که ایشان لذت زناشویی را جز بالاترین لذت‌ها دانستند که لذت‌های دیگر زندگی با آن قابل مقایسه نیست. (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۵، ص ۳۲۱). همچنین پیامبر اسلام (ص) سه رفتار را در رابطه جنسی زوجین جفا و بسیار اشتباه دانسته‌اند که یکی از آن‌ها این است که مرد قبل از آنکه از نظر جسمی و روانی همسرش را آماده کند به‌طور بی‌مقدمه، بدون آمادگی روانی، عاطفی و جسمی فوراً با او آمیزش کند- که این خود مفهومی بسیار مدرن و از مصادیق حقوق انسانی زوجین در رابطه جنسی است و قابل تأمل است. «ثَلَاثَةٌ مِنَ الْجَفَاءِ... وَ مَوَاقَعُهُ الرَّجُلُ أَهْلُهُ قَبْلَ الْمُلَاعَبَةِ» (همان، ج ۱۲، ص ۱۴۵؛ مجلسی، همان، ج ۷۵، ص ۴۴۷) و درجایی دیگر فرموده‌اند: «خَيْرُ نِسَائِكُمُ الَّتِي إِذَا خَلْتِ مَعَ زَوْجِهَا خَلَعَتْ لَهُ دِرْعَ الْحَيَاءِ وَإِذَا لَبِسَتْ لَبِسَتْ مَعَهُ دِرْعَ الْحَيَاءِ؛ بهترین زنان شما کسی است که وقتی با همسر خود خلوت کند، لباس حیا را از تن بیرون کند و هنگامی که لباس می‌پوشد لباس حیا را به تن کند» (کلینی، همان، ج ۵، ص ۳۲۴) یا «خَيْرُ نِسَائِكُمُ الْعَفِيفَةُ الْعَلِمَةُ؛ بهترین زنان شما کسانی

هستند که عقیف، با حیا و دارای هیجان جنسی زیاد برای همسر خویش باشد». (حُرْعَامَلِی، همان، ج ۲۰، ص ۲۹)؛ امام علی (ع) نیز آنجا که بحث حقوق جنسی زوجین است می‌فرماید: «إِذَا أَرَادَ أَحَدُكُمْ أَنْ يَأْتِيَ زَوْجَتَهُ فَلَا يُعْجَلُهَا فَإِنَّ لِلنِّسَاءِ حَوَائِجَ؛ هرگاه یکی از شما خواست با همسر خود رابطه جنسی برقرار کند با شتاب و بدون مقدمات لازم عاطفی - روانی با وی آمیزش نکند؛ چراکه زنان نیازهای ویژه خود را برای برقراری رابطه جنسی دارند». (حُرْعَامَلِی، ۱۴۰۹، ج ۲۰، ص ۱۱۸). در برخی احادیث نیز بر تفاوت‌های روانی زن و مرد در رابطه جنسی توجه شده از جمله اینکه پیامبر اکرم (ص) فرمود: «إِنَّمَا الْمَرْأَةُ لُغْبَةٌ مَنِ اتَّخَذَهَا فَلَا يُضَيِّعُهَا؛ زن دلبز و معشوقه است هرکس او را می‌گیرد باید با او سازگاری داشته باشد او را نوازش کند و مراقبت نماید». (ص ۱۶۷ کلینی، همان، ج ۵، ص؛ راوندی، بی‌تا ص ۳۵؛ ۵۱۰؛ حُرْعَامَلِی، همان، ج ۲۰). یا حدیثی که پیامبر اکرم (ص) به مردان تأکید می‌کند که عشق و علاقه‌ی خود را برای همسران‌تان به‌صراحت و روشن بازگو کنید و به آن‌ها بگویید: «دوستت دارم...» زیرا این سخن همیشه در ذهن وی باقی خواهد ماند. «قَوْلُ الرَّجُلِ لِلْمَرْأَةِ إِنِّي أَحْبُبُكَ لَا يَذْهَبُ مِنْ قَلْبِهَا أَبَدًا» در واقع این‌گونه توصیه‌ها به این مسئله توجه دارند که زن برای برقراری یک رابطه جنسی موفق، در درجه اول نیاز دارد از لحاظ عاطفی و احساسی ارضا شود و سپس پس از طی این مراحل و یک فرآیند هیجانی مثبت آماده آمیزش مستقیم جنسی شود. از روایاتی نیز که در رابطه با آرایش زن و مرد، حفظ جذابیت‌های جسمی، رعایت مقدمات لازم عاطفی و روانی و جسمی جهت آمادگی هر چه بیشتر همسران برای برقراری یک رابطه جنسی همراه با رضایت و آرامش آمده و حتی به انواع مواد غذایی که از نظر بیولوژیکی در مسئله رابطه جنسی زن و شوهر تأثیر دارد سخن به میان آمده است که می‌توان به این نکته دست‌یافت که دین اسلام به سه جنبه جسمی، عاطفی و روانی در رابطه جنسی توجه داشته و به همین خاطر زوج را به رعایت یک سری اصول رفتاری در این زمینه توصیه می‌کند (جهانیان، ۱۳۹۱، ص ۷۴)؛ بنابراین با توجه به سفارش‌هایی که در باب مسائل جنسی در متون دینی ما آمده است، آنچه روانشناسان آن را رضایت جنسی می‌نامند برای زوجین حاصل خواهد شد و علاوه بر این با رعایت محدودیت‌ها و چارچوب‌هایی که اسلام در این زمینه الزام کرده، از انحرافات و اختلالات جنسی که مانع رضایت جنسی می‌گردند، جلوگیری خواهد شد که یکی از نقش‌های مهم مرد و زن در خانواده نقش جنسی است و لذا در فقه اسلامی درباره آن تأکید زیادی شده است. در فقه اسلامی در زمینه ارضای جنسی حقوق و تکالیف متفاوتی را برای زن و مرد

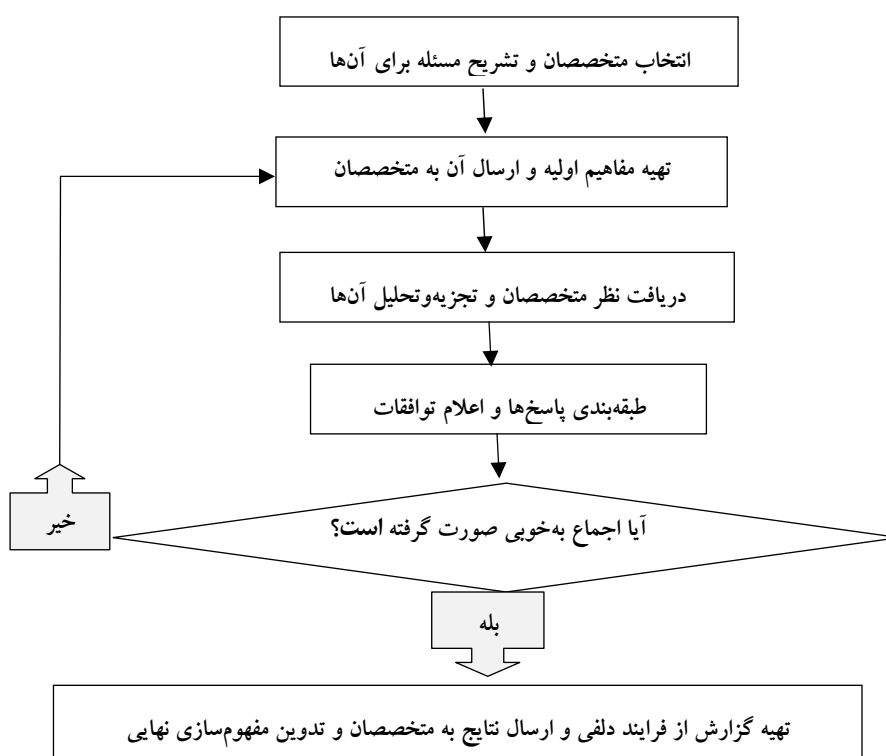
قائل شده‌اند. با این همه، اسلام بر تأمین نیازهای جنسی زن در چهارچوب خانواده، به‌طور خاص تأکید کرده است و از این نظر، کارکرد یادشده را هم درباره مردان و هم زنان صادق می‌داند. حق هم‌بستری که به‌موجب آن شوهر مجاز نیست بدون رضایت زن بیش از چهار ماه از هم‌بستر شدن با وی خودداری ورزد، و جوب ارضای نیاز جنسی زن توسط شوهر در مواردی که خطر آلوده شدن زن به گناه در کار باشد (حُرّعاملی، ۱۴۰۹) و تأکید بر لزوم اجرای رفتار ملاعبه (معاشقه یا بازی جنسی یا شوخی جنسی بین زن و شوهر، به‌ویژه پیش از عمل زناشویی و انجام آمیزش جنسی) نمونه‌هایی از توجه خاص اسلام به اهمیت نیازها و میل جنسی زنان است. (حُرّعاملی، ۱۴۰۹) که در آموزه‌های دینی علاوه بر وجوب آمیزش جنسی در فرمایشات معصومین به اجر و پاداش و ثواب آمیزش جنسی نیز بیان شده است (پناهی، ۱۳۹۰).

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر مبتنی بر طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی است. طرح‌های پژوهشی تک آزمودنی، طرح‌های پژوهشی آزمایشی‌ای هستند که در آنها تنها از یک آزمودنی برای بررسی تأثیر شرایط متغیر مستقل استفاده می‌شود (گراوتر و فورزانو، ۲۰۰۹). کسانی که برای اولین بار با این طرح‌ها مواجه می‌شوند، آنها را همتای مطالعه موردی فرض می‌کنند، اما این فرض درست نیست. طرح‌های تک آزمودنی تأثیر متغیر مستقل را به‌صورت آزمایشی و کمی موردبررسی قرار می‌دهند و هدف آنها مانند سایر طرح‌های آزمایشی شناسایی روابط علی و معلولی است، درحالی‌که مطالعات موردی، توصیفی عمیق و کیفی از یک فرد واحد (یک گروه خیلی کوچک) فراهم می‌آورند و در زمره طرح‌های پژوهشی توصیفی قرار می‌گیرند (کریستینسن، ۲۰۰۶) و استفاده از طرح‌های تک آزمودنی به‌ویژه زمانی ارزشمند است که پژوهشگران بخواهند پاسخ‌های علت و معلولی را در موقعیت‌های کاربردی بیابند. از دید خیل رو به تزایدی از صاحب‌نظران چون پاول و لیندزی (۱۹۹۴)، مالان و دلاسلوا (۲۰۰۷) و کازدین (۲۰۱۰) روش‌های تک آزمودنی را باید به‌عنوان راهبرد پژوهشی ترجیحی برای مشکلات ویژه و بررسی درمان‌های جدید به‌کار بست (مرادیان، ۱۳۹۶).

مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه چندوجهی مسائل جنسی: پرسشنامه چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)؛ تدوین‌شده توسط اسنل، فیشر، والترز (۱۹۹۳) که یک ابزار عینی

خود سنجی بسیار جامع است که برای اندازه‌گیری ۱۲ زیرمقیاس، مسائل جنسی انسان طراحی شده است. در ایران این پرسشنامه توسط کاظمی، قربانی، بحرینی بروجنی، سپهری بروجنی (۱۳۹۳) اعتبار یابی شده است. همسانی درونی ۰/۸۵ و ثبات درونی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه؛ حرمت جنسی ۰/۷۲، اشتغال ذهنی جنسی ۰/۸۱، کنترل جنسی درونی ۰/۷۲، آگاهی جنسی ۰/۷۳، انگیزش جنسی ۰/۶۹، اضطراب جنسی ۰/۸۵، قاطعیت جنسی ۰/۸۰، افسردگی جنسی ۰/۷۵، کنترل جنسی بیرونی ۰/۶۷، نظارت جنسی ۰/۷۰، ترس از رابطه جنسی ۰/۸۲ و رضایت جنسی ۰/۷۸ به دست آمد.



شکل ۲. الگوریتم تصمیم‌گیری برای تدوین مفهوم‌سازی تکنیک‌های بهبود رابطه جنسی بر اساس آموزه‌های اسلامی

در نهایت با توجه به اهمیت غربالگری اولیه بر اساس همسانی مراجعان و شدت مشکلات جنسی و سطح دانش آن‌ها ۶ مراجع در دو گروه سه‌نفری تحت مطالعه مداخله درمانی قرار گرفتند که از نظر ابتلا به اختلال همگی از یک سطح از نارضایتی کلی جنسی با

۵۴ اثربخشی درمان حل مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی در بهبود مشکلات ...

شدت متوسط رنج می‌بردند و با توجه ویژگی‌های جمعیت شناختی و نیز سطوح سواد و ...
غربالگری هموزن شده بودند.

جدول ۳. تدوین نهایی تکنیک‌های بهبود رفتار جنسی-زناشویی مستخرج از آموزه‌های اسلامی

ردیف	طبقه‌بندی نهایی تکنیک‌های مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر روی بهبود روابط جنسی زوجین	ظرفیت آماج‌های اصلاحی
۱	بازسازی شناختی، رفتاری و ساختاری رابطه جنسی	۱- اصلاح شناختی باورها و نگرش‌های ناکارآمد جنسی زوجین ۲- کاهش اضطراب، خودسرزنشگری و بازدارنده‌های روانی ناشی از سوءبرداشت از مفاهیم دینی ۳- افزایش انگیزش مثبت به رفتار جنسی در قالب زندگی زناشویی ۴- باز مهندسی ساختار قدرت، مرزها و نقش‌های جنسیتی زوجین
۲	مهارت‌های مدیریت رفتاری بهبود کیفیت آمیزش جنسی	۱- آرام‌سازی ذهنی تنش‌ها و فشارهای روانی، جسمی و هیجانی زندگی روزانه (ذهن آگاهی و تمرکزافزایی) ۲- آموزش مدیریت هیجان-احساس در رابطه جنسی ۳- برنامه افزایش کیفیت تعامل رفتاری در قبل، حین و پس از آمیزش جنسی
۳	برنامه افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی اخلاقی	۱- کاهش تنش در روابط زوجی ۲- افزایش ضریب سلامت روان فردی و زناشویی ۳- رفع موانع پایبندی عاطفی-هیجانی به‌منظور افزایش ضریب پایبندی زناشویی
۴	توسعه کیفی مهارت‌های غیرجنسی زوجین به منظور بهبود رابطه جنسی	۱- عمق بخشی عاطفی-هیجانی ۲- اعتماد و امنیت روانی ۳- بهبود شاخص‌های کیفیت سبک زندگی
۵	انطباق احکام اسلامی با مداخلات درمان جنسی حل مسئله محور کلاسیک	۱- افزایش ضریب ایمنی و پذیرش درمانی

۳. یافته‌های پژوهش

یافته‌های آماری و گزارش پژوهش به صورت گزارش در ادامه ارائه می‌گردد؛

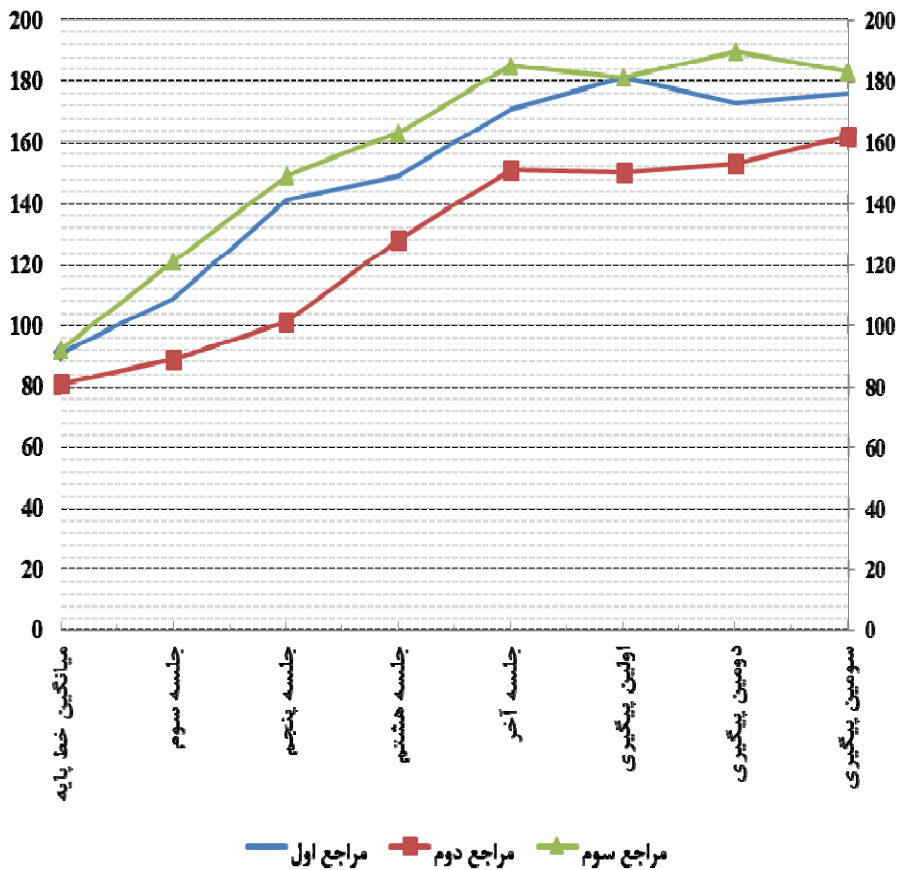
توصیف گزارش اثربخشی «درمان جنسی حل مسئله محور کلاسیک»

جدول ۴. اثربخشی «درمان جنسی حل مسئله محور کلاسیک»
بر شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)

مراجع سوم	مراجع دوم	مراجع اول	
۹۲	۸۱.۳۰	۹۱	میانگین جلسات خط پایه
۶	۴.۲۲	۱۰.۶۶	واریانس
۲.۴۴	۲.۰۵	۳.۲۶	انحراف استاندارد
۱۲۱	۸۹	۱۰۹	جلسه سوم
۱۴۹	۱۰۱	۱۴۱	جلسه پنجم
۱۶۳	۱۲۸	۱۴۹	جلسه هشتم
۱۸۵	۱۵۱	۱۷۱	جلسه نهم
۱۵۴.۵	۱۱۷.۵	۱۴۲.۵	میانگین جلسات مداخله
۵۳۸.۷۵	۵۷۹.۱۸	۴۹۴.۷۵	واریانس
۲۳.۲۱	۲۴.۰۶	۲۲.۲۴	انحراف استاندارد
۳.۷۸	۲.۰۷	۳.۲۴۰	اندازه اثر کوهن
۰.۸۸	۰.۷۱	۰.۸۵۰	اندازه اثر
۵.۳۲	۴.۲۷	۴.۴۰	شاخص تغییر پایا (RCI)
۵۲ درصد	۴۶ درصد	۴۷ درصد	درصد بهبودی (MPI)
۱۰۱ درصد	۸۵ درصد	۸۷ درصد	درصد کاهش نمرات (MPR)
***	***	***	مقایسه گری هنجارگرا N.C
		۱۳۸.۱۶	میانگین کلی مداخلات
مراجع سوم	مراجع دوم	مراجع اول	
۱۸۱	۱۵۰	۱۸۱	ماه اول پیگیری
۱۹۰	۱۵۳	۱۷۳	ماه دوم پیگیری
۱۸۳	۱۶۲	۱۷۶	ماه سوم پیگیری
۱۸۴.۶۶	۱۵۵	۱۷۶.۶	میانگین جلسات پیگیری
۱۴.۸۸	۲۶	۱۰.۸۸	واریانس
۳.۸۵	۵.۰۹	۳.۲۹	انحراف استاندارد
۲۸.۷۴	۱۸.۹۹	۵.۳۴	اندازه اثر کوهن
۰.۹۹	۰.۹۹	۰.۹۳	اندازه اثر

۲۳۶۹	۱۵۸۵	۲۵۸۳	شاخص تغییر پایا (RCI)
۵۰ درصد	۵۰ درصد	۴۸ درصد	درصد بهبودی (MPI)
۹۸ درصد	۹۹ درصد	۹۳ درصد	درصد کاهش نمرات (MPR)
		۱۷۲.۰۸	میانگین کلی پیگیری
**	**	**	مقایسه گری هنجارگرا N.C

** * بهبود یافته (افرادی که به هم سطح یا بالاتر از نقطه‌ی برش هنجار جامعه دست یافته‌اند)
 * * به طور پایایی پیشرفت داشتند (افرادی که به هم سطح یا بالاتر از نقطه‌ی برش هنجار جامعه دست نیافته‌اند، اما شاخص تغییر پایدار آن‌ها از لحاظ آماری معنادار است)
 * «بهبود نیافته» (افرادی که به هیچ‌یک از این دو ملاک دست نیافته‌اند)



نمودار ۱. اثربخشی «درمان جنسی حل مسئله محور کلاسیک»
 بر شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)

مرور نمرات مراجعان در مرحله خط پایه نشان می‌دهد که تمام مراجعان در شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ) به‌طور معناداری نمره بالایی کسب کرده‌اند و نمراتشان در طول جلسات پیگیری تقریباً ثابت بوده است. تحلیل بصری نمودار نشان می‌دهد که در مجموع هر سه مراجع تحت مطالعه درمانی با شروع و استمرار مداخله درمانی در شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ) به تدریج بهبود یافته است. تحلیل جدول نیز نشان می‌دهد در مجموع مقیاس و شاخص عملکرد جنسی مراجعان به ترتیب از میانگین خط پایه ۸۸.۱ به میانگین درمانی ۱۳۸.۱۶ و میانگین پیگیری درمانی ۱۷۲.۰۸ رسیده است. تحلیل بصری نمودارها نیز حاکی از این است که روند بهبود عملکرد در شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)، از همان جلسات ابتدایی آغاز و به تدریج با افزایش کمی-کیفی مداخلات درمانی با روندی صعودی روبه‌پیشرفت بوده است. بنابراین پاسخ به این سؤال که درمان شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)، اثربخش است «مثبت» و است و این درمان توانسته در کاربست برای این مراجعان اثربخش باشد.

توصیف گزارش اثربخشی «درمان جنسی حل مسئله محور در مشکلات جنسی زوجین بر اساس آموزه‌های اسلامی»

جدول ۵. اثربخشی «درمان جنسی حل مسئله محور در مشکلات جنسی زوجین بر اساس آموزه‌های اسلامی» بر شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)

مراجع ششم	مراجع پنجم	مراجع چهارم	
۹۳	۹۲.۳۳	۸۲	میانگین جلسات خط پایه
۱۴	۶.۲۲	۱۰.۶۶	واریانس
۳.۷۴	۲.۴۹	۳.۲۶	انحراف استاندارد
۱۱۳	۱۲۱	۱۰۸	جلسه سوم
۱۷۴	۱۶۹	۱۵۴	جلسه پنجم
۲۲۵	۲۰۱	۱۸۹	جلسه هشتم
۲۳۱	۲۲۲	۲۱۳	جلسه نهایی
۱۸۵.۷۵	۱۷۸.۲۵	۱۶۶	میانگین جلسات مداخله
۲۲۵۴.۶۸	۱۴۴۸.۶۸	۱۵۶۱.۵	واریانس
۴۷.۴۸	۳۸.۰۶	۳۹.۵۱	انحراف استاندارد
۲.۷۵	۳.۱۸۵	۲.۹۹	اندازه اثر کوهن

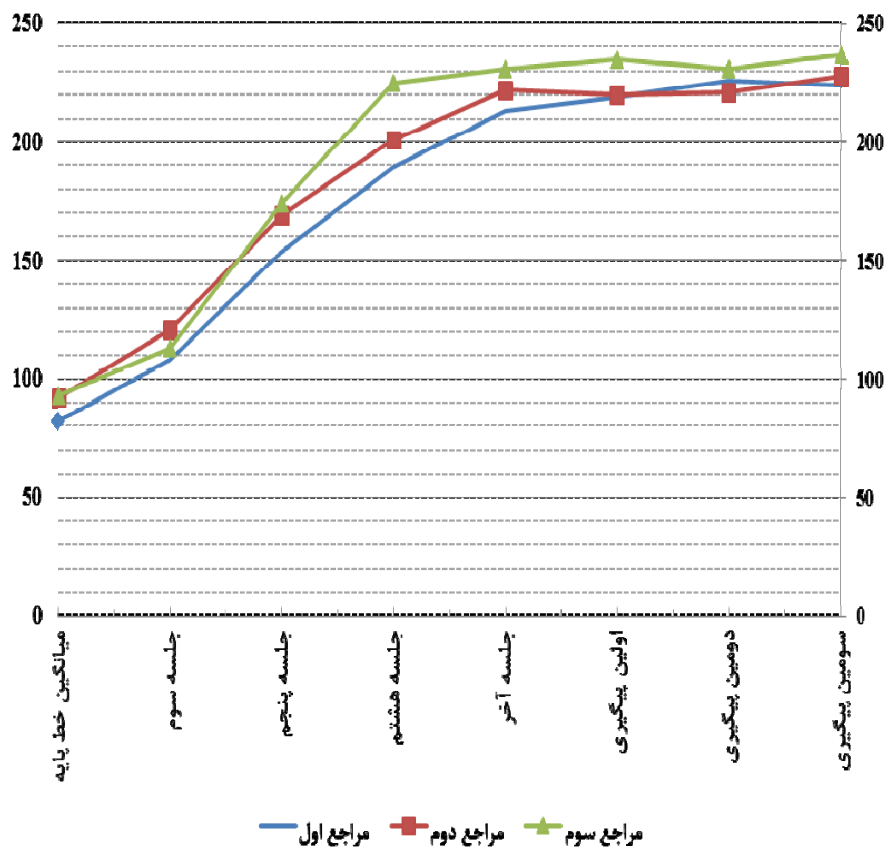
۰.۸۰	۰.۸۴	۰.۸۳۱	اندازه اثر
۳.۵۶	۴.۱۷	۳.۹۵	شاخص تغییر پایا (RCI)
۶۰ درصد	۵۹ درصد	۶۲ درصد	درصد بهبودی (MPI)
۱۴۹ درصد	۱۴۰ درصد	۱۶۰ درصد	درصد کاهش نمرات (MPR)
***	***	***	مقایسه گری هنجارگرا N.C
		۲۲۲	میانگین کلی مداخلات
مراجع ششم	مراجع پنجم	مراجع چهارم	
۲۳۵	۲۲۰	۲۱۹	ماه اول پیگیری
۲۳۱	۲۲۱	۲۲۶	ماه دوم پیگیری
۲۳۷	۲۲۸	۲۲۴	ماه سوم پیگیری
۲۳۴.۲۳	۲۲۳	۲۲۳	میانگین جلسات پیگیری
۶.۲۲	۱۲.۶۶	۸.۶۶	واریانس
۲.۴۹	۳.۵۵	۲.۹۴	انحراف استاندارد
۴۴.۴۸	۴۲.۶۱	۴۵.۴۲	اندازه اثر کوهن
۰.۹۹	۰.۹۹	۰.۹۹	اندازه اثر
۵۸.۰۶	۳۸.۳۲	۴۸.۲۹	شاخص تغییر پایا (RCI)
۶۱ درصد	۶۰ درصد	۶۴ درصد	درصد بهبودی (MPI)
۱۵۵ درصد	۱۴۷ درصد	۱۷۳ درصد	درصد کاهش نمرات (MPR)
***	***	***	مقایسه گری هنجارگرا N.C
		۲۳۰	میانگین کلی پیگیری

*** بهبود یافته (افرادی که به هم سطح یا بالاتر از نقطه‌ی برش هنجار جامعه دست یافته‌اند)

*** به‌طور پایایی پیشرفت داشتند (افرادی که به هم سطح یا بالاتر از نقطه‌ی برش هنجار جامعه دست

نیافته‌اند، اما شاخص تغییر پایدار آن‌ها از لحاظ آماری معنادار است)

*** «بهبود نیافته» (افرادی که به هیچ‌یک از این دو ملاک دست نیافته‌اند)



نمودار ۲. اثربخشی «درمان جنسی حل مسئله محور در مشکلات جنسی زوجین بر اساس آموزه‌های اسلامی» بر شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)

به منظور ارزیابی سؤال پژوهش، نمره هر یک از مراجعان در شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ) در طی مراحل خط پایه، درمان و دوره پیگیری مورد بررسی می‌شود و نمرات مراجعان در جدول و نمودار ارائه شده است. مرور نمرات مراجعان در مرحله خط پایه نشان می‌دهد که تمام مراجعان در شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ) به‌طور معناداری نمره بالایی کسب کرده‌اند و نمراتشان در طول جلسات پیگیری تقریباً ثابت بوده است. تحلیل بصری نمودار نشان می‌دهد که در مجموع هر سه مراجع تحت مطالعه درمانی با شروع و استمرار مداخله درمانی در شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ) به تدریج بهبود یافته است. تحلیل جدول نیز نشان می‌دهد در مجموع مقیاس و شاخص عملکرد

۶۰ اثربخشی درمان حل مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی در بهبود مشکلات ...

جنسی مراجعان به ترتیب از میانگین خط پایه ۸۹.۱۱ به میانگین درمانی ۲۲۲ و میانگین پیگیری درمانی ۲۳۰ رسیده است. تحلیل بصری نمودارها نیز حاکی از این است که روند بهبود عملکرد در شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)، از همان جلسات ابتدایی آغاز و به تدریج با افزایش کمی-کیفی مداخلات درمانی با روندی صعودی روبه پیشرفت بوده است؛ بنابراین پاسخ به این سؤال که درمان شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)، اثربخش است «مثبت» و است و این درمان توانسته در کاربست برای این مراجعان اثربخش باشد.

جدول ۶. مقایسه میانگین اثربخشی درصد بهبودی دو رویکرد درمانی با یکدیگر

درمان کلاسیک	درمان کلاسیک + تکنیک‌های الحاقی		
مرحله درمان	میانگین شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)	۱۳۸.۱۶	۲۲۲
مرحله پیگیری	میانگین شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ)	۱۷۲.۰۸	۲۳۰

۴. نتیجه‌گیری

توسعه و ترویج درمان‌های مبتنی بر شواهد یکی از مهمترین اهداف و چشم‌اندازهای روانشناسی و مشاوره در برنامه‌های آتی سازمان‌های مختلف توسعه‌بخشی سلامت روان در اقصی نقاط جهان است لذا مطالعه حاضر به منظور بررسی امکان‌سنجی، تدوین الگوی مفهومی و پیامدهای اولیه درمانی کاربست درمان جنسی حل مسئله محور در مشکلات جنسی زوجین بر اساس آموزه‌های اسلامی انجام شد چراکه طبق یافته‌های بسیاری از یافته‌های علمی و مطالعات روانشناسی بین فرهنگی تفاوت‌های مختلف فرهنگی در پاسخ‌دهی درمانی و عوارض ناشی از درمان‌های غیربومی وجود دارد که لازم است آن‌ها به‌درستی هنجاریابی فرهنگی شوند و در زمینه خود بررسی و تحلیل شوند که این مطالعه هنجاریابی در مورد درمان حل مسئله محور جنسی در ایران انجام شد و ضمن مطالعه اولیه درمانی تلاش شد تعدادی راهبرد و آموزش درمانی از درون آموزه‌های اثبات‌شده و علمی دین اسلام استخراج و به کار رود که بر اساس یافته‌های مورد گزارش می‌توان نتیجه گرفت که درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی در کاهش علائم و شدت این مشکلات از درمان کلاسیک اثربخشی معناداری و در شاخص‌های چندگانه ارزیابی

امکان‌سنجی و اثربخشی لازم را دارد. همچنین نتایج مطالعه نشان می‌دهد که این مداخله درمانی علاوه بر کاهش مشکلات جنسی به دلیل تکنیک‌های مداخلاتی فرایندی طراحی شده به شکل مؤثری باعث افزایش رضایت جنسی و بهبود کیفیت زندگی جنسی مراجعان تحت مداخله درمانی شده است.

با ارزیابی و مطالعه در سال‌ها پیشینه‌ی مکتوب و پژوهش در زمینه‌ی رفتار جنسی زوجین و تحلیل روانشناختی آن درمی‌یابیم که مسئله رابطه جنسی حداقل در چندین حیطه اساسی انسان مانند هویت، تولیدمثل؛ رهایی از تنش و فشار روانی و کسب لذت و احساس پاداش؛ فرایض دینی و معنوی، ارتباطات بین فردی؛ احساسات و ادراکات روانشناختی در ارتباط با خویشتن؛ زیست‌مایه، احساسات زیبایی‌شناختی نقشی مهمی را ایفا می‌کند که مشکلات زندگی جنسی می‌تواند ابعاد مختلف زندگی روانی، معنوی، اجتماعی و زیستی وی را تحت شعاع آسیب خود قرار دهد به همین خاطر در عصری که دانش و سواد جنسی زوجین در بالاترین ابعاد خویشتن آگاهی قرار دارد بررسی بیشتر و پرداختن دقیق‌تر نسبت به ابعاد مختلف مسئله و ابعاد جامع سلامت جنسی انسان به یکی از دغدغه‌های مهم متخصصان حوزه سلامت جسمی-روانشناختی تبدیل شده است و از طرفی در نتیجه‌ی گسترش و توسعه چشمگیر شبکه‌های اجتماعی مجازی و تغییر نگرش‌های عمومی و فرهنگی در عصر حاضر، افزایش فراگیر دانش عمومی و آگاهی از زندگی جنسی، باعث افزایش حساسیت مطالعات عمیق و دقیق در حوزه ابعاد مختلف کیفیت زندگی جنسی زوجین شده است و تعداد زوج‌هایی که درصدد رفع مشکلات جنسی یا حتی ارتقای کیفیت و رضایت جنسی زندگی خود هستند افزایشی بسیار صعودی داشته است. (لایبوم، ۲۰۰۷؛ به نقل از مرادیان، ۱۳۹۶).

در حال حاضر نیز مسئله زندگی جنسی زوجین بخش مهمی از ارتباط انسانی بین آن‌هاست و تمامی انسان‌ها، از هر نژاد و با هر ویژگی اقتصادی-اجتماعی و...، بایستی بتوانند از پرداختن به میل جنسی سالم، انگیزتگی و ارگاسم به شکلی استاندارد و باکیفیتی رضایت‌بخش از روابط جنسی برخوردار گردند. از این رو با اینکه در گذشته زوجین مبتلا به مشکلات جنسی یا به رابطه‌ی ناکامل خود حتی بدون وجود مؤلفه‌ی رضایت‌بخش جنسی می‌توانستند روابط و حیات زندگی زوجی خود را تداوم بخشند اما امروزه مسئله کیفیت زندگی جنسی به تبع افزایش پارامترهای کیفیت زندگی فردی و کیفیت زندگی زناشویی افزایش یافته است لذا هر قدر بتوانیم در مسیر بهینه‌سازی زندگی جنسی زوجین

استراتژی‌های و تکنیک‌ها درمانی اثربخش برای برنامه‌های تشخیصی و درمانی روان‌شناختی کژکاری‌های جنسی تدوین و طراحی کنیم، با توجه به نوپا بودن دانش سلامت جنسی زوجین بازهم این در مسیر جای کار و مطالعه بیشتری هست و نیاز به ارتقا این دانش در زوجین دیگر بر کسی پوشیده نیست.

درعین حال امروزه پس از رشد و افزایش چشم‌انداز درمانی متخصصان بر اساس یافته‌های مبتنی بر شواهد بالینی، دیگر مطالعات ناشی از دیدگاه‌های درمانی غیرسیستمی و تک‌بعدی نگر برای کاربست توسط متخصصان و مراجعان خیلی مورد اقبال و پذیرش نیست و از سویی نیز درمان‌های منعطف، پویا، چندبعدی و یکپارچه نگر در انطباق منطقی با زمینه‌های فرهنگی-مذهبی زندگی بافتاری مراجعان نیز پذیرش درمانی بهتری را دارند و امروز یکی از اضلاع طلایی درمان‌های رفتاری طبق رویکردهای مبتنی بر شواهد می‌بایست منطبق و لحاظ کننده سطحی از سطوح فرهنگی-مذهبی مراجعان باشد و این مخاطرات درمان‌ها و مداخلات رفتاری را کاسته و پذیرش و اثربخشی آن‌ها را می‌افزاید.

پژوهش حاضر در همین راستا در نظر داشت با عنایت به هر دو رویکرد توصیفی/مقوله‌ای و تبیینی/ابعادی، امکان بهره‌گیری از یک نظریه روان‌درمانی یکپارچه نگر جدید را برای درمان منطبق با مفهوم‌سازی فرهنگی-مذهبی کژکاری‌های جنسی بیازماید. بر همین اساس پژوهش حاضر طیفی از درمان‌جویان را مورد آماج مداخلات تجویزی خود قرارداد. همچنین از آنجاکه تحلیل آماری داده‌ها در پژوهش‌های گروهی، به کارکرد تک‌تک افراد توجهی ندارند و تنها بر میانگین نمرات کل گروه تأکید دارند؛ آزمودنی‌ها از کیفیت مداخله کمتری بهره می‌برند به همین خاطر در این پژوهش از نمونه‌های در دسترس استفاده شد. فرایند اجرای طرح درمانی-پژوهشی دارای دو بخش غربالگری و مداخله بود. در جریان اجرای غربالگری از میان ۵۴ نفر، ۶ نفر واجد ملاک‌های چندگانه‌ی ورود به طرح مطالعه بودند و از شدت رنج از مشکلات جنسی تقریباً شبیه به یکدیگر برای رعایت اصل همگنی (هموژن) مراجعان استفاده شد و آزمودنی‌ها توسط پژوهشگر تحت درمان قرار گرفته و افرادی که از نظر شدت علائم و سایر مؤلفه‌های بالینی شبیه به هم بوده و از نقاط شدت و شاخص‌های روان‌سنجی تقریباً همگنی (هموژن) بسیار بالایی و شبیه به هم برخوردار بودند و تغییرات آنان در خلال فرآیند روان‌درمانی و پس‌از آن توسط ابزارهای معتبر تشخیصی دارای روایی و اعتبار آماری مورد پایش قرار گرفتند. داده‌های تجربی بر اساس دو ملاک آزمایشی و درمانی و با بهره‌گیری از «تحلیل نگاره‌ای» و فنون چندگانه بررسی معناداری

بالینی تحت تحلیل آماری در ابعاد مختلف رفتارهای جنسی قرار گرفت که بحث و بررسی نتایج به شرح ذیل است؛

ملاک‌های شش‌گانه اثربخشی این‌گرام درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی

۱. اندازه تغییر (آماج‌های اصلی درمان چقدر کاهش یافته‌اند؟)

دستیابی به آماج‌های درمان را در دو سطح تغییر علائم و متغیرهای میانجی (فرایند تغییر علائم) بررسی می‌کنیم. تغییر علائم به‌عنوان آماج اصلی درمان در قالب کاهش علائم مشکلات جنسی پیگیری می‌شود. بر اساس یافته‌های جدول و نمودار، دستیابی مراجعان به درصد بهبودی کلی پس از درمان حاکی از اثربخشی درمانی در کاهش مشکلات جنسی مراجعان است. این روند بهبود باگذشت سه ماه پس از پایان درمان به افزایش یافته است که نشان می‌دهد تغییرات به‌دست‌آمده برای هر یک از مراجعان در دوره پیگیری همچنان حفظ شده است. علاوه بر شاخص درصد بهبودی، یکی از ملاک‌های معتبر ولی سخت‌گیرانه برای تعیین میزان بهبودی مراجعان، ملاک رفع علائم (Asymptomatic) پس از درمان است. مرور نمرات مراجعان تحت درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی پس از درمان نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری درمانی نمره مراجعان در شاخص چندوجهی مسائل جنسی (MSQ) کاهش بیشتری نسبت به جلسه درمانی نهایی نیز داشته است و باگذشت سه ماه پس از درمان این روند در حفظ درمان همچنان ادامه داشته است که البته این روند در بررسی شاخص‌های رضایت و کیفیت زندگی جنسی مراجعان به دلیل ماهیت روان‌سنجی معکوس است و در این شاخص‌های مثبت نگر روند نمرات پیگیری پس از درمان افزایش نیز داشته است. با در نظر گرفتن ملاک رفع علائم برای خرده‌مقیاس‌های تحت مطالعه سه مراجع تحت درمان الحاقی با آموزه‌های اسلامی پس از درمان و پس از پیگیری سه‌ماهه به نمرات مطلوب درمانی دست یافته‌اند. بدین ترتیب کاهش علائم مراجعان در حدی بوده که به زیر نقطه برش تعریف شده برای شاخص‌های بالینی نیز رسیده است. این نتایج حاکی از آن است که تمام مراجعان پس از فرایند درمان و دوره پیگیری سه‌ماهه فاقد علائم و ملاک‌های اصلی برای تشخیص مشکلات جنسی بوده‌اند (در طیف Subclinical قرار گرفته‌اند) و به دلیل ابعاد کیفی نگر و فرایند محور تکنیک‌های درمانی مستخرج از آموزه‌های اسلامی شاهد رشد مناسبی در شاخص‌های فرایندی کیفیت زندگی زناشویی و رضایت جنسی هستیم. با در نظر گرفتن

این ملاک، نمرات مراجعان در شاخص‌های مختلف تحت مطالعه نشان می‌دهد که مراجعان تحت درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی، شرکت‌کننده در پژوهش به ۶۱ درصد بهبود چندوجهی مسائل جنسی (MSQ) دست یافته‌اند که در مقایسه با درمان کلاسیک حل مسئله محور که ۴۸ درصد بهبود چندوجهی مسائل جنسی (MSQ) در آن دیده می‌شود این تفاوت در تغییرات عمومی و چندوجهی مسائل جنسی مراجعان معنادار ارزیابی می‌شود. در دوره پیگیری سه‌ماهه، هر شش بیمار علاوه بر دستیابی به ملاک بهبود، میزان بهبودشان افزایش یافته است.

۲. کلیت تغییرات (چند درصد از مراجعان تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟) بر اساس آنچه اثربخشی تحت درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی محسوب می‌شود و در قسمت قبل به‌طور مفصل توضیح داده شد، می‌توان چنین نتیجه گرفت که هر مراجع پس از درمان نسبت به مرحله خط پایه به تغییرات معناداری (هم در سطح بالینی و هم در سطح آماری) در آماج‌های درمانی دست یافته‌اند. با در نظر گرفتن تفاوت بین ملاک‌های دستیابی به بهبود (Recovery) و رفع علائم (Asymptomatic)، نتایج پژوهش حاکی از این است که هر ۳ مراجع پس از درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی به بهبودی دست یافته‌اند و علائم آن‌ها در طیف افراد سالم (Nonclinical) قرار گرفته است و همگی مراجعان پاسخ‌دهی بالینی لازم را نسبت به مداخلات درمانی داشتند.

۳. عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی مراجعان چقدر تغییر رخ داده است؟) مشکلات جنسی مسئله مزمنی است که با آسیب‌ها و لطمات جدی بر سطح عملکردهای مختلف سیستم زندگی زوجی و زناشویی همراه است. تا همین چند دهه اخیر، میزان و شدت آسیب‌های توأم با مشکلات جنسی زوجین چندان آشکار نبود؛ اما نتایج مطالعات نشان‌دهنده افت عملکرد زناشویی و به‌طور کلی کیفیت زندگی مراجعان است که در جداول مربوطه این افت شاخص‌ها کاملاً مشهود است. شرح حال مراجعان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شکایت اصلی آن‌ها در جلسه اول شدت مشکلات و علائمشان بود که در هر ۶ مراجع چه تحت مطالعه درمانی کلاسیک و الحاقی با آموزه‌های اسلامی این افت در شاخصه در سطح بالایی قرار داشت و عملکرد کلی زندگی جنسی مراجعان نیز تحت شعاع این شاخص‌ها پایین بود؛ اما آنچه این مراجعان را به جلسات درمان سوق داده بود، درماندگی و استیصال ناشی از پیامدهای آسیب‌زای

مشکلات جنسی در حوزه‌های مختلف زندگی زناشویی و آثار آن حتی در پیوندهای انسجام خانوادگی آن‌ها بود. هر شش مراجعان (تحت مطالعه دو شیوه درمانی) از پیامدهای آسیب‌زای مشکلات جنسی شکایت داشتند و از افت عملکرد جنسی خود در حوزه خانوادگی و زناشویی برآشفتگی بودند. هر ۶ مراجعان به فراخور الگوی بروز علائم و ویژگی‌های شخصیتی خود، از علائم متعددی از آشفتگی زندگی زوجی و کیفیت زندگی زناشویی خود شکایت داشتند، غافل از اینکه تمام این موارد ثانویه بر پیامدهای آسیب‌زای مشکلات جنسی هستند و مشکلات مستقل و متمایز محسوب نمی‌شوند که یافته‌های جداول نشان مربوط به شاخص‌های بهبودی منتج از درمان جنسی حل مسئله محور مبتنی بر الحاق آموزه‌های اسلامی می‌دهد که مراجعان پس از درمان به سطح عملکرد خوبی دست یافتند و همانطور که در جداول مربوط به.

۴. میزان پذیرش (مراجعان تا چه اندازه در فرایند درمان مشارکت داشته و آن را به

پایان رسانده‌اند؟)

پژوهش حاضر حاکی از سطح بالای پذیرش از سوی مراجعان است. مراجعان شرکت‌کننده در جلسه اول ارزیابی، فرایند درمان را تکمیل نموده و به‌طور منظم در سه دوره پیگیری سه‌ماهه نیز شرکت نمودند. فرایند درمان کلاسیک در پژوهش حاضر به‌طور میانگین ۱۱ الی ۱۲ ساعت و درمان الحاقی به‌طور میانگین ۱۲ تا ۱۴ ساعت طی ۱۱ جلسه به طول انجامید که این مسئله می‌تواند در پذیرش مناسب مراجعان نسبت به درمان نقش داشته باشد، مطالعه درمان الحاقی به‌طور عرضی اضافه‌زمان داشت و به‌منظور نزدیک سازی دو درمان مقایسه‌ای تلاش شد به‌جای اضافه جلسات آموزش‌های الحاقی در طی جلسات با افزایش ۱۰ الی ۱۵ دقیقه‌ای در در طی هر جلسه اعمال شد. به نظر می‌رسد به دلیل اینکه باورهای مذهبی غلط و نیز رویه فرایند‌محور درمان جنسی حل مسئله محور مبتنی بر آموزه‌های اسلامی با میانگین ۱۲ الی ۱۴ ساعت طول فرایند درمان، یک درمان اثربخش و مناسب از حیث مقرون‌به‌صرفگی زمانی و اقتصادی برای مراجعان است و از سوی دیگر درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی در بستر خود رویارویی‌های عمیق با باورها، شناسایی افکار خودآیند و خطاهای شناختی، بازسازی شناختی و چالش با افکار یا باورهای ناکارآمد را داراست و به بهبود ساختار زناشویی در بعد معادلات ساختاری حاکم بر سلسله‌مراتب قدرت در منظومه زناشویی نیز کمک می‌کند که همین بازسازی شناختی عمیق، چالش انعطاف‌پذیرانه در افزایش پذیرش درمان، وجود تکنیک‌های فرایند

محور و عمیق و تبعیت از مدل پیشنهادی برای مراجعان در کاهش شکست‌های درمانی و پیشگیری از عود بسیار مؤثر بود که نظر سالکووس کیس، وست بروک، ۱۹۸۷؛ استکتی، ۱۹۹۳؛ فرستون و همکاران، ۱۹۹۷ نیز مؤید همین نکته در تحکیم دستاوردهای درمانی نیز همین موارد است. کارآزمایی‌های بالینی نشان می‌دهد که اگر درمان‌های تجویزی با مبانی فرهنگی - مذهبی مراجعان مغایر و تضاد داشته باشد برخی از مراجعان همان ابتدای درمان از ادامه و پذیرش درمان سرباز می‌زنند و برخی از مراجعان درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند و به دلیل اینکه در درمان الحاقی و تطبیقی تمام فرایندها و تکنیک‌های جنسی درمان حل مسئله محور برای مراجعان هر دو طیف آزمایش کنترل شد، درمانجویان آن را راحت‌تر تحمل کردند و اجرای آن با موانع کمتری روبه‌رو شد و در نتیجه پذیرش بیشتری را از سوی مراجعان به دنبال داشت و مراجعان از آن احساس ناامنی و ابهام نداشتند.

همچنین با ارائه کامل و دقیق منطق حاکم بر تکنیک‌های درمانی، خصوصاً مفاهیم درمانی به مراجعان کمک شد تا با ساختار و فلسفه درمان و آماج‌های اصلی درمان آشنا شوند و از این طریق انگیزه مراجعان و همکاری آنان را در طول فرایند درمان حفظ کند؛ چون ماهیت دانش درمان مشکلات جنسی در ایران جدید است و شاید در بخشی از جامعه «تابو» نیز تلقی شود ممکن است که ابهامات و عدم شفافیت لازم باعث نگرانی و تنش مراجعان شود. نهایتاً اینکه تمایل کلی مراجعان به انجام تکالیف خانگی جدای از مشکلات و موانعی که با آن روبرو می‌شدند، حائز اهمیت است و در این راستا مطالعات مختلف حاکی از آن است که انجام تکالیف خانگی از سوی مراجعان نشان‌دهنده پذیرش مراجعان و تبعیت آن‌ها است و به همین دلیل تکالیف خانگی از مؤلفه‌های اساسی درمان‌های زیرمجموعه نسل درمان‌های شناختی - رفتاری به شمار می‌رود منطبق با نظر کازانتیس (Kazantzis)، ل - آبیتی (L'Abate)، ۲۰۰۶؛ کلارک، ۲۰۰۶؛ لیهی، ۲۰۰۷؛ در درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی این موارد رعایت شد.

۵. ایمنی (آیا سلامت روانی و جسمی مراجعان در اثر درمان کاهش یافته است؟)

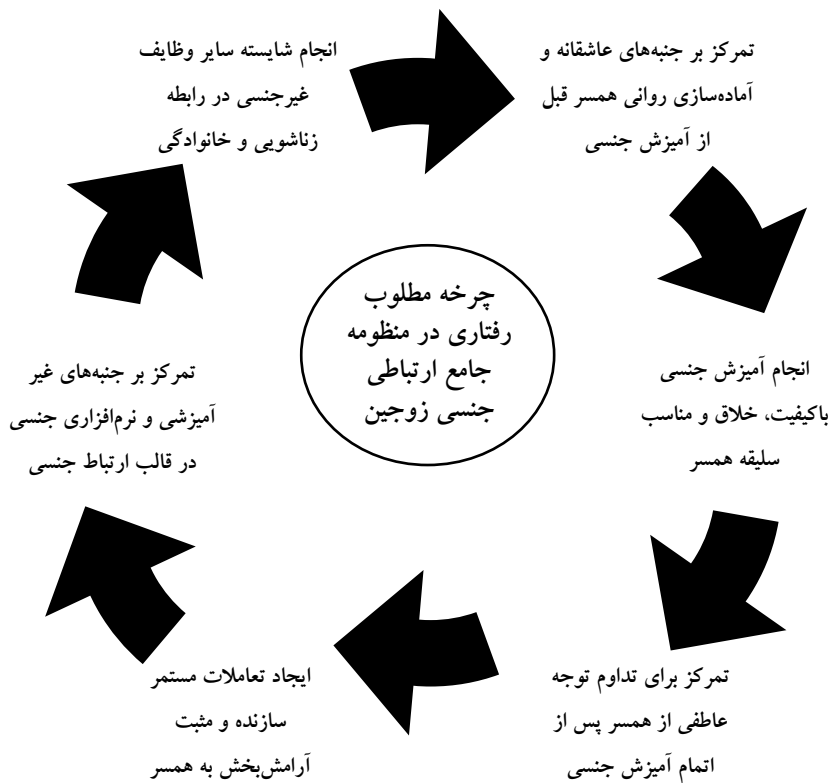
فیشر و ولز (۲۰۰۵b) ملاک استاندارد را برای سنجش معناداری بالینی تغییرات تدوین نمودند. بر اساس این ملاک می‌توان مراجعان را با توجه به نمره‌ای که در به دست آورده‌اند به چهار دسته تقسیم نمود: مراجعانی که بهبودیافته‌اند، مراجعانی که بهتر شده‌اند، مراجعانی که هیچ تغییری نکرده‌اند و مراجعانی که بدتر شده‌اند. با در نظر گرفتن این تعریف از مراجعانی که در طول فرایند درمان بدتر شده‌اند، وضعیت هیچ‌یک از مراجعان شرکت‌کننده

در پژوهش حاضر چه در درمان کلاسیک و نیز چه در درمان الحاقی بدتر نشده است. نتایج به دست آمده حاکی از سیر بهبود مراجعان در آماج‌های درمانی است. هرچند روند بهبود مراجعان با افت وخیز همراه بوده است اما با توجه به فقدان "سیر قهقرایی" مراجعان طبق شاخص‌هایی که برگین و لامبرت، ۱۹۷۸ و هیل، ۱۹۹۴ بدین منظور طراحی نموده‌اند، در پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که سلامت روانی و جسمی هیچ‌یک از مراجعان در اثر مداخلات درمانی مورد تهدید قرار نگرفته است و تحلیل جدول ۴-۳ نشان می‌دهد در مجموع مقیاس و شاخص عملکرد جنسی مراجعان به ترتیب از میانگین خط پایه ۸۹.۱۱ به میانگین درمانی ۲۲۲ و میانگین پیگیری درمانی ۲۳۰ رسیده است؛ تحلیل جدول ۴-۵ نشان می‌دهد در مجموع مقیاس و شاخص کیفیت زندگی زناشویی (RDAS) مراجعان به ترتیب از میانگین خط پایه ۱۹.۵۵ به میانگین درمانی ۶۲ و میانگین پیگیری درمانی ۶۴.۳۳ رسیده است؛ تحلیل جدول ۴-۷ نشان می‌دهد در مجموع مقیاس رضایت جنسی زوجین مراجعان به ترتیب از میانگین خط پایه ۲۲.۹۹ به میانگین درمانی ۷۰ و میانگین پیگیری درمانی ۷۳.۶۶ رسیده است که همگی نشانگر عدم وجود سیر قهقرایی در مداخله درمان الحاقی با آموزه‌های اسلامی هستند.

۶. ثبات دستاوردهای درمان (دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟)

همانطور که اشاره شد در پژوهش حاضر از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد که یکی از ویژگی‌های مهم طرح‌های تجربی تک موردی این است که اثرات درمانی در یک دوره زمانی نسبتاً طولانی پیگیری شوند تا امکان سنجش ماندگاری میزان بهبودی فراهم آید (بارکر و همکاران، ۲۰۱۰). در پژوهش حاضر ثبات نتایج درمانی در یک دوره پیگیری سه‌ماهه مورد بررسی قرار گرفتند و به منظور بررسی اثربخشی درمان جنسی حل مسئله محور بر اساس آموزه‌های اسلامی انجام شده‌اند از دوره پیگیری سه‌ماهه استفاده شد. نتایج دوره پیگیری سه‌ماهه نشان می‌دهد که هر ۳ مراجع به‌طور قابل توجهی در حفظ اثرات درمانی موفق بودند و حتی برخی از مراجعان در برخی از آماج‌ها به میزان بهبودی بیشتری دست یافتند. مهمترین عامل تداوم اثربخشی نتایج درمانی ماهیت خودیاری درمان‌های زیرمجموعه درمان‌های شناختی-رفتاری است (بک، ۲۰۱۱). همچنین در دستورالعمل درمانی ۳ بخش مهم به نام "پیشگیری از عود"، "تدوین مکتوب خلاصه درمان" و "منشور پایبندی به حفظ دستاوردهای درمانی" وجود دارد که به مراجعان کمک می‌کند تا تغییرات مثبت به دست آمده در طول فرایند درمان را پس از درمان به‌طور مناسبی مرور و به خود بازخورد

دهند و برای مراقبت از دستاوردهای درمانی منشور پایبندی به دستاوردهای درمانی را حفظ کنند که بدین ترتیب مراجعان یاد می‌گیرند که پس از پایان درمان برای مقابله با مشکلات خود چگونه از تدابیر درمانی را استفاده کنند که یافته‌ها مؤید حفظ دستاوردها در سه ماه بررسی و مطالعه هستند و تحلیل جدول ۴-۳ نشان می‌دهد در مجموع مقیاس و شاخص عملکرد جنسی مراجعان با میانگین درمانی ۲۲۲ و میانگین پیگیری درمانی ۲۳۰ رسیده است؛ تحلیل جدول ۴-۵ نشان می‌دهد در مجموع مقیاس و شاخص کیفیت زندگی زناشویی (RDAS) مراجعان از میانگین درمانی ۶۲ و میانگین پیگیری درمانی ۶۴.۳۳ رسیده است؛ تحلیل جدول نشان می‌دهد در مجموع مقیاس رضایت جنسی زوجین مراجعان از میانگین درمانی ۷۰ و میانگین پیگیری درمانی ۷۳.۶۶ رسیده است که همگی نشانگر ثبات دستاوردهای درمان در مداخله درمان الحاقی با آموزه‌های اسلامی هستند.



شکل ۳. مدل پیشنهادی چرخه تاکتیکی درمان کلاسیک حل مسئله محور جنسی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی

در انتها در بررسی و مرور بازخوردهای حاصل تکنیک‌های اسلامی الحاقی به درمان باید اشاره نمود که آموزش بازسازی شناختی جنبه‌های معنوی، حقوق اسلامی، توصیه‌های ساختاری (سلسله مراتب تفکیک نقش‌های جنسیتی) و احکام زناشویی روابط جنسی به زوجین برای کاهش موانع روانی-هیجانی ناشی برداشت‌های غلط از دیدگاه‌های جنسی دین اسلام؛ آموزش افزایش ضریب رشد اخلاقی زوج برای کاهش استرس‌های روزانه و ارتقا سلامت روان و نیز آموزش ذهن آگاهی، ذهنیت فرایندی در رابطه جنسی، مراقبه و نیایش برای کسب توجه و تمرکز روانی و حواس برای شروع بهتر و متمرکزتر رابطه جنسی سه راهبرد مؤثر درمانی در این فرایند بودند که تفاوت بالینی معنادار را در مقایسه با درمان کلاسیک رقم زدند. می‌توان تحلیل نمود که اصول رشد اخلاقی مندرج در دین اسلام می‌تواند معادل سازی برای پروژه‌های سلامت روان باشد به خصوص توصیه‌های رفتاری و حُسن خلق با همسر و ... توانست تغییرات رفتاری مثبتی را در مراجعان ایجاد کند.

درنهایت می‌توان گفت مقایسه محتوایی چرخه‌های درمانی دو درمان کلاسیک و حل مسئله محور به این شکل است که فرایندمحوری و ابعاد درمان حل مسئله محور جنسی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی در بخش مداخلات روانشناختی بیشتر در لایه‌های اصلاح و بهبود سبک زندگی غیرجنسی است که توان و ظرفیت ارتقای عمیق‌تر رابطه جنسی و زناشویی را داراست و این راهبردها می‌تواند در منظومه زندگی جنسی مراجعان با تولید حس امنیت پایدار و اعتماد روانی عمیق‌تر زوجین زمینه بهبود روابط جنسی آن‌ها را نیز رقم بزند.

کتاب‌نامه

- پناهی، احمدعلی. (۱۳۹۰). *بررسی تطبیقی نقش همسران در نظام خانواده از دیدگاه اسلام و روان‌شناسی*. رساله علمی سطح ۴، مرکز مدیریت حوزه‌های علمیه.
- مرادیان، فرشید (۱۳۹۴). *اثر بخشی روان‌درمانی پوششی کوتاه‌مدت فشرده بر کثرت‌کاری‌های جنسی زنانه مقاوم به درمان*. رساله دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی.
- الحر العاملی، محمدبن حسن (۱۴۱۲ ق). *وسایل الشیعه*. قم: مؤسسه آل‌البیت.

- Ciocca, G., Capuano, N., Tuziak, B., Mollaioli, D., Limoncin, E., Valsecchi, D., Carosa, E., Gravina, G. L., Gianfrilli, D., Lenzi, A. and Jannini, E. A. (2015), Italian Validation of Homophobia Scale (HS). *Sexual Medicine*, 3: 213–218. doi: 10.1002/sm2.68.
- Claes, H. I.M., Andrienne, R., Opsomer, R., Albert, A., Patel, S. and Commers, K. (2012), The HelpED Study: Agreement and Impact of the Erection Hardness Score on Sexual Function and Psychosocial Outcomes in Men with Erectile Dysfunction and Their Partners. *Journal of Sexual Medicine*, 9: 2652–2663. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02883.x
- Clayton, A., & Balon, R. (2009). The impact of mental illness and psychotropic medications on sexual functioning: the evidence and management. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1200–1211
- Clifton, J., Seehuus, M. and Rellini, A. H. (2015), Testing cognitive predictors of individual differences in the sexual psychophysiological responses of sexually functional women. *Psychophysiology*, 52: 957–968.
- Corona, G., Rastrelli, G., Monami, M., Maseroli, E., Jannini, E. A., Balercia, G., Sforza, A., Forti, G., Mannucci, E. and Maggi, M. (2013), Frequency of sexual activity and cardiovascular risk in subjects with erectile dysfunction: cross-sectional and longitudinal analyses. *Andrology*, 1: 864–871.
- Dang, S. S. and Gorzalka, B. B. (2015), Insecure Attachment Style and Dysfunctional Sexual Beliefs Predict Sexual Coercion Proclivity in University Men. *Sexual Medicine*, 3: 99–108. doi: 10.1002/sm2.60
- Heinemann & Sandrine & Talli, (2016)., The Impact of Culture and Ethnicity on Sexuality and Sexual Function Joseph Heinemann1 & Sandrine Atallah2 & Talli Rosenbaum, *Curr Sex Health Rep* 8:144–150.
- Koo, H. P., Wilson, E. K. and Minnis, A. M. (2017), A Computerized Family Planning Counseling Aid: A Pilot Study Evaluation of Smart Choices. *Perspect Sex Repro H*, 49: 45–53. doi:10.1363/psrh.12016.
- Kukkonen, T. M. (2015), Devices and Methods to Measure Female Sexual Arousal. *Sexual Medicine Reviews*, 3: 225–244.
- Miller, E., McCauley, H. L., Decker, M. R., Levenson, R., Zelazny, S., Jones, K. A., Anderson, H. and Silverman, J. G. (2017), Implementation of a Family Planning Clinic–Based Partner Violence and Reproductive Coercion Intervention: Provider and Patient Perspectives. *Perspect Sex Repro H*, 49: 85–93.
- Prause, N. and Pfaus, J. (2015), Viewing Sexual Stimuli Associated with Greater Sexual Responsiveness, Not Erectile Dysfunction. *Sexual Medicine*, 3: 90–98.
- Ribeiro, S., Alarcão, V., Simões, R., Miranda, F. L., Carreira, M. and Galvão-Teles, A. (2014), General Practitioners' Procedures for Sexual History Taking and Treating Sexual Dysfunction in Primary Care. *Journal of Sexual Medicine*, 11: 386–393.
- Schwab, Michael, and Borgdorff, Henk, eds. (2014), *The Exposition of Artistic Research: Publishing Art in Academia*, Leiden: Leiden University Press.
- Serefoglu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Althof, S. E., Shindel, A., Adaikan, G., Becher, E. F., Dean, J., Giuliano, F., Hellstrom, W. J.G., Giraldi, A., Glina, S., Incrocci, L., Jannini, E., McCabe, M., Parish, S., Rowland, D., Segraves, R. T., Sharlip, I. and Torres, L.

- O. (2014), An Evidence-Based Unified Definition of Lifelong and Acquired Premature Ejaculation: Report of the Second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *Sexual Medicine*, 2: 41–59.
- Skeppner, E. and Fugl-Meyer, K. (2015), Dyadic Aspects of Sexual Well-Being in Men with Laser-Treated Penile Carcinoma. *Sexual Medicine*, 3: 67–75.
- Spring, B. and Hitchcock, K. 2010. Evidence-Based Practice. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. 1–4. Burri, A., Spector, T. and Rahman, Q. (2012), The Etiological Relationship Between Anxiety Sensitivity, Sexual Distress, and Female Sexual Dysfunction Is Partly Genetically Moderated. *Journal of Sexual Medicine*, 9: 1887–1896.
- Stark, R., Kagerer, S., Walter, B., Vaitl, D., Klucken, T. and Wehrum-Osinsky, S. (2015), Trait Sexual Motivation Questionnaire: Concept and Validation. *Journal of Sexual Medicine*, 12: 1080–1091.
- Wincze, J. P., Bach, A., & Barlow, D. H. (2007). *Sexual Dysfunction*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed). New York: Guilford Press.
- Wincze, J. P., Bansal, S., Malhotra, C., Balko, A., Susset, J. G., & Malamud, M. (1987). The use of psychophysiological techniques in the assessment of male sexual dysfunction. In *Proceedings of the American Cancer Society's Workshop on Psychosexual & Reproductive Issues of Cancer Clients*. San Antonio, TX: The American Cancer Society.
- Wolfe, J. (1999). Overcoming barriers to evidence-based practice: Lessons from medical practitioners. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 445–448
- Wolfe, J. (1999). Overcoming barriers to evidence-based practice: Lessons from medical practitioners. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 445–448
- Xia Y, Zhang D, Li X, Chen W, He Q, Jahn HK, Li X, Chen J, Hu P, Ling L. (2013). Sexual dysfunction during methadone maintenance treatment & its influence on patient's life & treatment: A qualitative study in South China. *Psychol Health Med*; 18:321–9.
- Yang, B., & Donatucci, C. (2006). Drugs that affect male sexual function. In J. J. Mulcahy (Ed.), *Male sexual function: A guide to clinical management*. Totowa, NJ: Humana Press, Inc.
- Yasan A, Gürgen F. (2009). Marital satisfaction, sexual problems, and the possible difficulties on sex therapy in traditional Islamic culture. *J Sex Marital Ther*. 2009;35(1):68-75.
- Yasan A, Gürgen F. Marital satisfaction, sexual problems and the possible difficulties on sex therapy in traditional Islamic culture. *J Sex Marital Ther*. 2009;35:68–75.
- Zargooshi J, Rahmanian E, Motaee H, Kohzadi M, Nourizad S. Culturally based sexual problems in traditional sections of Kermanshah, Iran. In: Hall KSK, Graham CA, editors. *The cultural context of sexual pleasure and problems: psychotherapy with diverse clients*. New York: Routledge; 2013. p. 136–54.
- Ziaei T, Khoei EM, Salehi M, Farajzadegan Z. Psychometric properties of the Farsi version of modified Multidimensional Sexual Self-concept Questionnaire. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(6):439–45.