

Therapeutic Interventions Conducted on Improving Women's Sexual Satisfaction and Function during Reproductive Ages in Iran: A Systematic Review

Elahe Ahmadnia¹,
Arezoo Haseli¹,
Afsane Karamat²

¹ PhD Student in Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

² Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

(Received March 12, 2017 Accepted May 30, 2017)

Abstract

Background and purpose: Healthy sexual function is a necessary component for creating a happy and successful life. Many therapeutic interventions are conducted in order to improve women's sexual function and treatment of sexual dysfunctions. This study aimed to determine the therapeutic interventions conducted in Iranian women of reproductive age.

Materials and methods: In this systematic review, IranMedex, Magiran, IranDoc, Cochrane Library, MEDLINE/PubMed, Scopus, and Google Scholar were searched up to February 2016. All clinical trials and interventions conducted for improving women's sexual satisfaction and function in Iran were entered into the study. Finally, 12 articles which met the inclusion criteria were selected. Data from the studies was extracted to data sheets and qualitative analysis was conducted.

Results: In 12 clinical trials 868 women in reproductive age were participated and most of the interventions were non-pharmacological and psychological treatments, often done through cognitive behavioral approach (41.6%). Other methods included PLISSIT model, sexual training, herbal medicines, and pelvic floor exercises.

Conclusion: There are few studies on improving women's sexual satisfaction and function. Also, the diversity of interventions in Iran is more limited than that of other studies throughout the world. According to the importance and prevalence of sexual dysfunctions among Iranian women, and heterogeneity of information on this subject in previous studies, more appropriate clinical trials are required using standard tools and more culturally appropriate interventions.

Keywords: Iran, Sexual Function, Sexual Satisfaction, Women

مداخلات درمانی جهت بهبود عملکرد و رضایت جنسی زنان سنین باروری در ایران: مرور سیستماتیک مقالات منتشر شده

الهه احمدنیا¹

آرزو حاصلی²

افسانه کرامت³

چکیده

سابقه و هدف: عملکرد جنسی سالم یک مولفه ضروری برای ایجاد یک زندگی شاد و موفق است. تاکنون در دنیا مداخلات درمانی زیادی برای بهبود عملکرد جنسی و یا درمان اختلالات آن انجام شده است. این مطالعه با هدف تعیین نوع مداخلات درمانی انجام گرفته در این خصوص در زنان سنین باروری ایران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، مرور سیستماتیک در بانکهای اطلاعاتی Cochrane، IranDoc، Magiran، IranMedex، Scopus، MEDLINE/PubMed، و Google Scholar تا فوریه 2016 انجام شد. تمام کارآزمایی‌های بالینی که مداخلاتی جهت بهبود عملکرد و یا رضایت جنسی زنان در ایران انجام داده بودند، در بانک‌های مورد نظر، مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت 12 مقاله که دارای شرایط ورود به مطالعه بودند وارد شدند. اطلاعات استخراج شده از مطالعات به برگه داده‌ها انتقال یافت و تجزیه و تحلیل کیفی مطالعات انجام شد.

یافته‌ها: در دوازده کارآزمایی بالینی که بر روی 868 زن در سنین باروری انجام شده بود، بیشترین مداخلات از نوع روش‌های غیر دارویی و اغلب درمان‌های روانشناختی با رویکرد شناختی رفتاری بود (41/6 درصد). سایر روش‌های مورد استفاده شامل مدل مشاوره‌ای PLISSIT، آموزش جنسی، داروهای گیاهی و ورزش‌های کف لگن بود.

استنتاج: مطالعات انجام گرفته در زمینه ارتقاء عملکرد و رضایت جنسی در ایران و نیز تنوع مداخلاتی در این زمینه در مقایسه با مطالعات انجام شده در دنیا بسیار محدود است. با توجه به اهمیت موضوع و شیوع اختلالات جنسی در زنان ایرانی و نیز عدم تجانس اطلاعاتی در این زمینه در مقالات، انجام کارآزمایی‌های بالینی مناسب با استفاده از ابزارهای استاندارد و بومی شده و استفاده از مداخلات مختلفی که با فرهنگ اسلامی ایرانی سازگار است، توسط محققین مورد نیاز است.

واژه‌های کلیدی: ایران، عملکرد جنسی، رضایت جنسی، زنان

مقدمه

بالای زندگی می‌شود (1). عملکرد جنسی عبارت است از واکنش بدن در مراحل مختلف سیکل پاسخ جنسی که همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوای بشر بوده

عملکرد جنسی بخش مهمی از سلامت و بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی برای رسیدن به لذت جنسی تعریف می‌شود که منجر به تندرستی همراه با کیفیت

Email: keramat1@yahoo.com

مؤلف مسئول: افسانه کرامت - شاهرود دانشگاه علوم پزشکی، دپارتمان بهداشت باروری

1. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

2. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

3. دانشیار، گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

تاریخ دریافت: 1395/12/22 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: 1396/1/15 تاریخ تصویب: 1396/3/9

شیوع آن در زنان بیش تر از مردان گزارش شده است (7). حدود 45 درصد از زنان حداقل دارای یکی از انواع اختلالات جنسی می باشند و بیش ترین شکایت گزارش شده مربوط به مشکلات ارگاسم و میل جنسی می باشد (9، 10).

یک مطالعه تصادفی در میان افراد 40-80 ساله جمعیت شهری کشورهای آسیایی نشان داد که حدود 30 درصد از زنان حداقل در یکی از زمینه های رابطه جنسی خود مشکل دارند که اکثراً شامل بی میلی جنسی، خشکی واژن و اختلال ارگاسم بوده است (11). بخش سایکولوژی آتلانتا نیز شیوع کلی اختلالات ارگاسم را در حدود 33 درصد تخمین زده است (12).

در ایران شیوع اختلالات جنسی زنان در گروه های سنی مختلف از 31 تا 72 درصد گزارش شده است که بیش تر از نوع اختلال ارگاسم، برانگیختگی جنسی و کاهش میل جنسی بوده است (13، 14).

اختلالات جنسی از مشکلات مهم سلامتی است که همواره نیازمند به کارگیری روش های موثر و جدید درمانی است. در سال های اخیر پژوهشگران از مداخلات متنوعی برای بهبود عملکرد و رضایت جنسی در زنان استفاده نموده اند که شامل روش هایی مبتنی بر رویکردهای روانشناختی مانند روش شناختی رفتاری، مدل مشاوره ی جنسی² PLISSIT، روش های مکانیکی و فیزیکی (ورزش کگل)، درمان های جراحی و داروهای شیمیایی و گیاهی می باشد.

از مداخلات روانشناختی که در درمان اختلالات جنسی مورد استفاده قرار گرفته می توان به آموزش مهارت های جنسی (SST) Sexual skills training، سکس تراپی (ST) Sex therapy، درمان شناختی رفتاری (CBT) Cognitive-behavioral therapy، زوج درمانی (MT) Marital therapy، حساسیت زدایی منظم (SD) Systematic desensitization، مداخلات

و کژکاری های مرتبط با آن در مباحث مربوط به اختلالات روانپزشکی، به عنوان یک اختلال طبقه بندی شده در نظر گرفته شده است (2).

عملکرد جنسی سالم برای ایجاد لذت متقابل بین زوجین، کمک به تعامل با مشکلات زندگی و در نهایت تجربه یک ازدواج شاد و موفق ضروری است (3). رضایت جنسی، قضاوت و تحلیل هر فرد از میزان لذتی است که هنگام برقراری رابطه جنسی دست می یابد و به صورت رسیدن به مرحله اوج لذت جنسی نیز تعریف می شود (4). رابطه جنسی عاملی برای حفظ سلامت خانواده است و عملکرد جنسی سالم و رضایت بخش، عاملی مهم در پیشگیری از ایجاد اختلالات جنسی است (5).

اختلال عملکرد جنسی، در طی مراحل فعالیت جنسی انسان تجربه می شود. براساس ویراست پنجم "راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)¹"، اختلال جنسی در یک فرد، احساس ناراحتی شدید و فشار فردی به مدت حداقل 6 ماه (به استثنای مصرف مواد و یا اختلال عملکرد جنسی ناشی از دارو) است که در سه طبقه ی تشخیصی مجزا شامل اختلالات کنش جنسی (sexual dysfunctions)، ملال جنسی (Gender Dysphoria) و نابهنجاری های جنسی (paraphilic disorders) تقسیم شده است. اختلالات کنش جنسی شامل اختلال میل جنسی کم کار در مردان، اختلال علاقه (برانگیختگی جنسی در زن)، اختلال نعوظی، انزال زودرس، تاخیر انزال، اختلال ارگاسمی در زن، اختلالات درد (دخول تناسلی - لگنی) و کژکاری جنسی ناشی از مواد و دارو و یا اختلال عملکرد جنسی مشخص دیگر است (2).

اختلالات عملکرد جنسی، شیوع قابل ملاحظه ای در جوامع دارد و افراد زیادی از این اختلالات رنج می برند (6، 8). در آمریکا حدود نیمی از جمعیت زنان و مردان دچار نوعی از اختلالات جنسی هستند و

² Permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

در راستای کمک حرفه‌ای جهت انتخاب مداخلات موثر درمانی در جامعه ایرانی قرار گیرد. هدف اصلی از این مقاله تعیین مداخلات درمانی موجود اعم از درمان‌های دارویی و غیر دارویی در حوزه اختلالات جنسی زنان در ایران است.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به صورت مرور سیستماتیک مقالات منتشر شده انجام گرفته است، به منظور دستیابی به مستندات داخلی و خارجی مرتبط، از پایگاه‌های اطلاعاتی Cochrane، IranDoc، Magiran، IranMedex، SID، Library، MEDLINE/PubMed، Scopus و Google Scholar استفاده گردید. برای جستجوی مقالات در منابع فارسی از کلید واژه‌های اختلال جنسی، کژکاری جنسی، اختلال روانی جنسی، اختلال ارگاسم، اختلال میل جنسی، کاهش میل جنسی، سرد مزاجی، واژینیسموس، درد جنسی، مداخلات درمانی جنسی، هورمون درمانی، استروژن، پروژسترون، آندروژن، سیلدنافیل، ویاگرا، کارآزمایی بالینی، زنان و ایران و در منابع انگلیسی از کلیدواژه‌های Orgasmic Disorder، Orgasmic Dysfunction، Psychological Sexual Dysfunction، Psychological Sexual Disorder، Sexual Dysfunction، Sexual Disorder، Psychosexual Disorders، Frigidity، Cognitive Behavior Therapy، Females، Women، Interventions، Treatment، Therapy، Medication، Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD)، Female Sexual Arousal Disorder (FSAD) and Sexual Pain Disorders، Hormones، Estrogens، Testosterone، Sildenafil، Flibanserin، DHEAS، Androgens، Clinical trial، IRAN احتمالی این کلمات نیز جستجو انجام شد. هیچ گونه محدودیت زمانی برای جستجو در نظر گرفته نشد تا تمام مقالات مرتبط منتشر شده تا فوریه 2016 بازیابی شوند. فلوجارت مطالعه در نمودار شماره 1 نشان داده شده است.

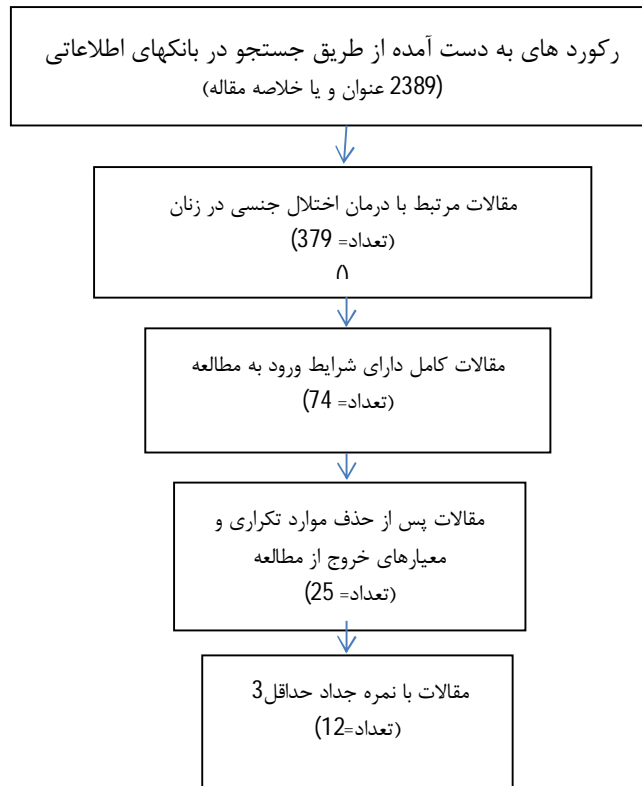
آموزشی (ED) Educational intervention، درمان‌های انگیزش منطقی Rational Emotive Therapy اشاره نمود (18، 15).

از روش‌های مورد استفاده در درمان دارویی اختلالات جنسی می‌توان به مهارکننده‌های انتخابی فسفودی استراز 5، آگونیست‌های دوپامینرژیک، پروستاگلاندین‌ها و آگونیست‌های ملانوکاروتین و هورمون‌های استروژن، تستوسترون و هورمون درمانی ترکیبی اشاره نمود (19).

استفاده از محصولات گیاهی برای بهبود عملکرد جنسی تقریباً به قدمت نژاد بشر بر می‌گردد. برخی از گونه‌های گیاهی با ساختارهای شناخته شده که دارای استروژن یا تستوسترون هستند، در گروه‌های مشخص دارویی قرار گرفته و عصاره آن‌ها مورد استفاده واقع می‌شوند. مطالعات اثربخشی تعدادی از داروهای گیاهی را بر روی رفتار جنسی و باروری تایید کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به سویا، دارچین، زنجبیل، زعفران، خارخاسک، خرزهره... اشاره نمود (20).

از روش‌های فیزیکی و مکانیکی نیز برای حل مشکلات و اختلالات جنسی استفاده شده است که می‌توان از ویراتورهای مکانیکی برای تحریک کلیتوریس، محرک‌های اروتیک، فیزیوتراپی و ورزش‌های مورد استفاده برای افزایش تونوسیت کف لگن نام برد (21، 22). نتایج مطالعات مروری انجام شده در این زمینه، حاکی از شیوع و تاثیر روش‌های غیر دارویی از جمله مداخلات روانشناختی و برخی داروهای گیاهی در بهبود عملکرد جنسی در زنان بوده است (18، 20).

نظر به شیوع نسبتاً بالای اختلالات جنسی در ایران، تاثیر آن بر کیفیت زندگی افراد و نیز مسائل فرهنگی و اجتماعی پیرامون آن و تنوع مداخلات موجود در زمینه عملکرد جنسی و عدم انجام مطالعات ثانویه و تحلیلی بر روی مطالعات انجام شده، این مطالعه به دنبال بررسی طیف گسترده‌ای از اقدامات درمانی موجود برای درمان و ارتقاء عملکرد جنسی انجام شد با امید به این که بتواند



نمودار شماره 1: فلوچارت مطالعه

معیار انتخاب مقالات (Inclusion criteria)

معیارهای ورود مقالات به مطالعه شامل: مطالعات کارآزمایی بالینی انجام شده در ایران و انتشار یافته به زبان فارسی یا انگلیسی بود که واحدهای پژوهش آنان را زنان و یا زوجین تشکیل داده بودند، واحدهای مورد پژوهش در دوره تولید مثلی، عدم ابتلاء به بیماری طبیی خاص و عدم مصرف دارو در حین انجام مطالعه و کسب حداقل نمره 3 توسط مقاله، از مقیاس جداد بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: مقالاتی که زنان مورد مطالعه آنها در دوران بارداری و یا شیردهی بودند و مقالاتی که پژوهشگر امکان دسترسی به مقاله کامل را نداشت.

بررسی کیفیت مقالات (Assess study quality)

بعد از تکمیل جستجوی منابع، عناوین تمام مقالات به دست آمده توسط دو نفر از همکاران طرح بررسی و

موارد تکراری و غیر مرتبط حذف می شد. سپس عنوان و چکیده مقالات باقی مانده به دقت مورد بررسی قرار گرفت و مقالات فاقد معیارهای ورود به این مرور ساختار یافته حذف شدند. در نهایت متن کامل مقالات مرتبط مورد نظر بررسی شد و مقالات واجد شرایط انتخاب گردید. مطالعات وارد شده به این مرور سیستماتیک با ابزار جداد مورد ارزیابی کیفی قرار گرفتند. معیار جداد وجود سوگیری در تصادفی سازی، کورسازی و پیگیری واحدهای مورد پژوهش را مورد بررسی قرار می دهد که حداقل امتیاز در این معیار صفر و حداکثر امتیاز 5 است. برای جلوگیری از سوگرایی، استخراج و ارزیابی کیفیت مقالات توسط دو پژوهشگر به طور مستقل انجام شد. در صورت عدم ورود مقالات دلیل رد آن ذکر شد. در مواردی که بین دو پژوهشگر اختلاف نظر بود، بررسی مقاله توسط فرد سوم انجام گرفت. در مرحله بعد اطلاعات مربوط به مقالات

منتخب در فرم از قبل طراحی شده ثبت گردید. با توجه به این که مطالعات از نظر مداخلات، ابزار سنجش و پیامدها قابل تجمیع و نتیجه گیری کمی به صورت متآنالیز نبودند، لذا نتایج به صورت کیفی ارائه شد.

یافته ها

در جستجوی اولیه تعداد 2389 مقاله یافت شد که پس از مرور عناوین و چکیده مقالات و حذف موارد غیر مرتبط و تکراری و رعایت برخی معیارهای ورود به مطالعه، تنها تعداد 25 مقاله انتخاب شد، که 10 مقاله در مورد مشاوره شناختی رفتاری، 1 مقاله در خصوص ترکیب مشاوره شناختی رفتاری و فلوکستین، 1 مقاله در مورد مشاوره حضوری و تلفنی، 2 مقاله در رابطه با مشاوره زناشویی، 4 مقاله در مورد تاثیر آموزش جنسی، 1 مقاله در مورد عصاره سنجد و سیلدنافیل، سیلدنافیل، 1 مقاله بررسی عصاره گیاه خارخارسک، 2 مقاله در مورد مشاوره PLISSIT، 1 مقاله در مورد کولپورافی، 1 مورد تنگ کردن واژن با جراحی و 1 مقاله نیز در مورد اثر بخشی ورزش های کگل در افزایش رضایت جنسی زنان مورد مطالعه قرار گرفت (23، 47)، که تنها 12 مورد از آن ها بر اساس معیار جداد نمره 3 یا بیش تر را کسب کردند و در تجزیه و تحلیل مطالعه حاضر وارد شدند. 10 مورد از مقالات در خصوص اثربخشی روش های غیر دارویی و 2 مورد درباره تاثیر روش های دارویی بود. بیش ترین تعداد مطالعات مربوط به استفاده از درمان های روانشناختی با رویکرد شناختی رفتاری بوده است (41/6 درصد).

طبق نتایج مطالعه حاضر، بیش تر مطالعات مداخلاتی در زمینه بهبود عملکرد و رضایت جنسی توسط متخصصین بهداشت باروری و ماماها (50 درصد) و روانشناسان (33/3 درصد) انجام شده بود.

در کل 868 نفر در این کارآزمایی ها شرکت کرده بودند و گروه سنی زنان مورد مطالعه 20-45 سال بود. از

12 مقاله که به مرحله آخر مطالعه راه یافتند تنها یک مورد بر روی زوج انجام شده بود و بقیه مطالعات تنها بر روی زنان صورت گرفته بودند. واحدهای مورد پژوهش در 63/6 درصد از مطالعات دارای نوعی مشکل یا اختلال جنسی از قبیل واژینیسموس، کم میلی جنسی، اختلال ارگاسم و کاهش عملکرد جنسی بودند. در 9 مطالعه (82 درصد) در گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفته بود و در 2 مطالعه (18 درصد) که مربوط به استفاده از داروهای گیاهی و شیمیایی در بهبود عملکرد جنسی بود، از پلاسبو استفاده شده است. از نظر ابزار مورد استفاده، 2 مطالعه از پرسشنامه رضایت جنسی گلوبک روست، 2 مطالعه از پرسشنامه عملکرد جنسی روزن، 1 مورد از پرسشنامه Snell، 1 مورد پرسشنامه مشکلات جنسی آنی هوپر، 1 مورد پرسشنامه عملکرد جنسی BISF-W، 2 مورد پرسشنامه رضایت جنسی لیندا و کریزی، 1 مورد پرسشنامه رضایت جنسی لارسون و 2 مورد از پرسشنامه عملکرد جنسی FSFI استفاده شده بود.

روش های مختلف به کار رفته در بهبود عملکرد یا رضایت جنسی که در این مطالعه وارد شدند به تفصیل در ذیل بیان می شوند.

روش شناختی رفتاری

امروزه این روش به طور متداول در درمان و یا ارتقاء عملکرد جنسی مورد استفاده قرار می گیرد و شامل ترکیبی از راهبردهای رفتاری و شیوه های شناختی است که تلاش می کند رفتار را از طریق تغییر افکار، تعبیر و تفسیرها و شیوه های پاسخ تغییر دهد. در این نوع درمان، اعتقاد بر این است که تفکر منفی در مورد فعالیت جنسی سبب اختلال در آن می شود، بنابراین مهم است که جهت تجزیه و تحلیل دقیق مشکلات جنسی به کشف تفکرات و اعتقادات منفی پرداخته شود. طبق این

رویکرد مشکلات جنسی حاصل تجربیات و یادگیری گذشته هستند، بنابراین درمان باید متمرکز بر مشکلات شناختی و رفتاری و در تلاش برای حل و فصل آن‌ها انجام شود (48، 49). در رویکرد شناختی رفتاری به مواردی مثل دانش جنسی، بیان احساسات و هیجان‌ها و ارتباط زوج توجه می‌شود و در مطالعات، نقش آن‌ها در افزایش رضایت جنسی و درمان مشکلات جنسی تایید شده است (27).

طبق نتایج مطالعه حاضر، بیش‌ترین مقالات در رابطه با مشاوره شناختی رفتاری بود (41/6 درصد). در تمام این مقالات، بهبود در پیامدهای مطالعه از جمله عملکرد، رضایت و اعتماد به نفس جنسی، آنورگاسمی، فراوانی رابطه جنسی، بی‌احساسی و اجتناب‌گری جنسی، خود‌پنداری و افزایش دانش و انگیزه جنسی مشاهده شده است. طبق نتایج مطالعه مفید و همکاران در مقایسه تاثیر مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره راه حل مدار، مشاوره شناختی رفتاری اثربخش‌تر بوده است (27).

روش آموزش جنسی

آموزش صحیح بهداشت جنسی به عنوان یک روش پیشگیری اولیه و نیز یکی از استراتژی‌های مهم در جلوگیری از بروز مشکلات جنسی و ارتقاء سلامت آن موثر است. نا آگاهی و عدم درک مناسب از امور جنسی و وجود موانع اجتماعی و فرهنگی در راه آموزش مفاهیم امور جنسی، سبب فقدان یا سطح پایین کمیت و کیفیت خدمات مربوط به آموزش و بهداشت جنسی می‌شود (50).

در این بررسی مداخله آموزش جنسی بر ارتقاء تمام حیطه‌های عملکرد جنسی و نیز بهبود رضایت

جنسی موثر بوده است. در این مطالعات آموزش با طرح سؤال، بحث گروهی، سخنرانی و نمایش فیلم یا پکیج آموزشی صورت گرفته است. در یکی از مطالعات، پس از 3 ماه و در دیگری پس از 8 هفته از آخرین جلسه آموزشی، پس از آزمون به عمل آمده است که نتایج تفاوت معنی‌داری با پیش‌آزمون‌های انجام شده داشته است (31، 32).

گیاهان دارویی

از سال‌های دور، گیاهان دارویی در درمان بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات از جمله بیماری‌های زنان و مشکلات جنسی استفاده شده است (20). سنجد در داروهای گیاهی محلی، نماینده این گروه در کشورهای مدیترانه‌ای است. سنجد معمولاً در آمریکای شمالی، مالزی، استرالیا، مناطق شمال آسیا و مناطق کویری و بیابانی آسیای غربی از جمله ایران کشت می‌شود (52)، گل سنجد یکی از داروهای گیاهی گرم، خشک و معطر است و می‌تواند فعالیت جنسی به خصوص در زنان جوان را تحریک کند (53). خارخاسک گیاه دیگری است که در این زمینه مورد مطالعه قرار گرفته است و اثرات تقویت‌قوای جنسی آن در حیوانات آزمایشگاهی و انسان نشان داده است. خارخاسک یک گیاه بوته‌ای و بومی مناطق گرمسیری کویری است و در کویر مرکزی و دشت لوط ایران رشد می‌کند. میوه آن در طب سنتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. امروزه خارخاسک بخش اصلی تشکیل‌دهنده اکثر داروهای آفرودیازیک می‌باشد (54). گیاه خارخاسک به علت داشتن استروئیدهای مختلف باعث تحریک اسپرماتوژن

اند که مدل پبلیسیت عملکرد جنسی و رضایت زناشویی و صمیمیت جنسی و تصویر ذهنی زنان را افزایش داده و موجب کاهش استرس‌های جنسی می‌شود (58).

مطالعات ایرانی نیز اثربخشی مدل PLISSIT را تایید کرده‌اند (41، 35). فرنام و همکاران ارجحیت این مدل را در مقایسه با مدل سلامت جنسی مبتنی بر گروه، نشان دادند (35). در مطالعه رستمخانی و همکاران، میانگین نمرات عملکرد جنسی 2 و 4 هفته بعد از مداخله با روش PLLISIT به طور معنی‌داری بیش از گروه کنترل بوده است ($p < 0/001$) (41).

ورزش‌های کف لگن

از روش‌های فیزیکی مورد استفاده برای افزایش تونوسیت کف لگن و افزایش لذت جنسی، ورزش کگل (kegel) است، که عبارت از انقباض و شل کردن مکرر ارادی و انتخابی عضلات خاصی از ناحیه کف لگن است (59). انجام این ورزش سبب افزایش جریان خون در ناحیه دستگاه تناسلی می‌شود، این تمرینات مزیت رایگان، بدون درد و بدون عارضه بودن را دارد و در هر زمانی از شبانه روز فرد می‌تواند آن را انجام دهد (60). بررسی تمرینات عضلات کف لگن، نشان داد که انجام ورزش‌های کگل به صورت روزانه و به مدت 16 هفته، در افزایش نمره رضایت جنسی زنان موثر بوده است ($p < 0/001$) (46). جزئیات مطالعات در جدول شماره 1 نشان داده شده است.

و افزایش تولید اسپرم می‌گردد (55). محتویات استروئیدی خارخاسک شامل پروتودیوسین، دایوسجین، یاموجین، اپیسمیلاجین، تیگوجین، نئوتیگوجین، جیتوجین و نئوجیتوجین است. پروتودیوسین به عنوان ماده اصلی عامل اثرات تحریک و عملکرد جنسی است (56). خارخاسک از نظر طب سنتی به عنوان یک درمان تجربی در افزایش میل جنسی طبقه بندی شده است (57).

در مطالعه حاضر 2 مقاله با عناوین تاثیر گیاهان دارویی بر عملکرد جنسی وارد شدند که در یکی به مقایسه عصاره سنجد و سیلدنافیل بر اختلال ارگاسم زنان و در مطالعه دیگر به تاثیر خارخاسک بر کم میلی زنان پرداخته شده بود، طبق نتایج مطالعه، سیلدنافیل سبب کاهش اختلال ارگاسم شده بود ($p = 0/006$) و مصرف عصاره سنجد در این مورد موثر نبود ($p = 0/26$). در مورد گیاه خارخاسک، نتایج مطالعه حاکی از افزایش نمرات میل جنسی بوده است (34، 33).

مشاوره با مدل PLISSIT

مدل مشاوره ی جنسی PLISIT دارای چهار مرحله می‌باشد: در مرحله اول به مراجع اجازه داده می‌شود تا در مورد نگرانی‌های خود در حوزه جنسی آزادانه صحبت کند، در مرحله دوم اطلاعات محدودی در درباره نگرانی‌های بیمار به وی داده می‌شود، مرحله سوم شامل پیشنهاد های اختصاصی به بیمار است تا او را قادر سازد مشکلات جنسی خود را مدیریت کند و مرحله چهارم، بر درمان متمرکز می‌باشد. مطالعات نشان داده

جدول شماره 1: کارآزمایی های بالینی انجام شده در زمینه انواع مداخلات بر بهبود عملکرد و رضایت جنسی زنان در ایران

| نمره چنداد | نویسنده و سال (تخصصی) | روش مداخله | مشخصات شرکت کنندگان | نوع مداخله در گروه آزمون | گروه کنترل | ابزار اندازه گیری | نتایج |
|---------------|-------------------------------------|--|--|---|--------------|--|---|
| 3 | صالح زاده 1385 (روانشناسی) | مشاوره شناختی رفتاری انفرادی | 20 زن مبتلا به اختلال جنسی | هشت جلسه CBT 40 دقیقه ای | بدون مداخله | رضایت جنسی گلوبیک روست 28 سوالی | کاهش (تأرضایی، بی احساسی و اختلال جنسی، آتورگاسم، اجتناب گری جنسی) - (افزایش فراوانی رابطه جنسی) |
| 3 | نعمتی 1392 (روانشناسی) | مشاوره شناختی رفتاری انفرادی | 20 زن با اختلال ارگاسم و میانگین سنی 27/2 سال | هشت جلسه CBT 45 دقیقه ای | بدون مداخله | رضایت جنسی گلوبیک روست 28 سوالی | کاهش اختلال ارگاسم |
| 3 | وحید واقف 2013 (روانشناسی) | آموزش شناختی رفتاری انفرادی | 90 نفر زن با میانگین سنی 35/2 و دامنه سنی 25-45 سال | هشت جلسه CBT 90 دقیقه ای | بدون مداخله | MSSCQ - Snell Multi dimension questionnaire | موثر بر خود پنداری جنسی افزایش اعتماد به نفس و رضایت جنسی |
| 3 | ساسان پور 1393 (روانشناسی) | درمان بازسازی شناختی | 120 زوج، اولیا مدرسه | برنامه آموزشی بازسازی شناختی 10 جلسه 2 ساعته | بدون مداخله | پرسشنامه مشکلات جنسی آتی هوپر (80 سوال در 6 حیطه) | کاهش مشکلات جنسی افزایش دانش و انگیزه جنسی، افزایش اعتماد به نفس، رضایت و لذت جنسی |
| 3 | مهرداد 1392 (مشاور) | مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره راه حل مدار | 45 نفر زن گروه سنی 20-40 سال در سه گروه (15 نفره) | گروه 1: 8 جلسه مشاوره شناختی رفتاری گروه 2: 6 جلسه مشاوره راه حل مدار | بدون مداخله | پرسشنامه رضایت جنسی لارسون 25 سوالی | هر دو مداخله موثر (افزایش رضایت جنسی) ولی مشاوره شناختی رفتاری اثر بخش تر بوده است. |
| 3 | بهبودی مقدم 2013 (بهداشت باروری) | برنامه آموزش جنسی | 90 نفر زن 20-40 ساله با تشخیص اختلال جنسی به صورت خوشه ای از مراکز بهداشتی قزوین انتخاب شدند | 6 برنامه آموزشی یک ساعته، یک هفته در میان و پیگیری 8 هفته پس از آخرین برنامه | بدون مداخله | 6 BDI و FSFI افسردگی 19 آیتم | آموزش بر بهبود نمره عملکرد جنسی در تمام ابعاد آن موثر بوده است. |
| 3 | کریمی 1390 (بهداشت باروری) | آموزش بهداشت جنسی | 34 زوج که به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند | 4 جلسه 120 دقیقه ای آموزش بهداشت جنسی با استفاده از فیلم، سخنرانی، بحث گروهی. پیگیری 3 ماه بعد آموزش | بدون مداخله | پرسشنامه رضایت جنسی لیندا و کریمی 17 سوالی | آموزش در افزایش رضایت جنسی موثر بوده است |
| 3 | اکبر زاده 2013 (ماما) | گروه 1: کیسول سنجد گروه 2: سلیدناتاقیل | 125 زن 18-40 ساله در 2 گروه مداخله و یک گروه کنترل شرط ورود به مطالعه: کسب نمره بیش از 22 از FSFI؛ 44 نفر کنترل | گروه سنجد: دو کیسول هر 12 ساعت. برای 35 روز گروه سلیدناتاقیل: 5 میلی برای 1 ماه بعد آموزش | پلاسیبو | FSFI در شش حیطه (نمره ی ارگاسم) | تفاوت معنی دار آماری در کاهش اختلال ارگاسم در گروه سلیدناتاقیل در گروه سنجد تفاوت معنی داری نیود. |
| 3 | اختری 2012 (طب سنتی) | استفاده از عصاره خارخاسک | 60 خانم با اختلال کم کاری میل جنسی یا میانگین سنی 36/6 سال | 7/5 میلی گرم در روز عصاره گیاه خارخاسک (به مدت 4 هفته) | پلاسیبو | پرسشنامه عملکرد جنسی روزن (19 سوالی در 6 بعد جنسی) | افزایش FSFI در 5 حیطه |
| 4 | فرنام 2012 (بهداشت باروری) | گروه 1: مشاوره بر اساس مدل پلیسیت گروه 2: آموزش گروهی SHM با مدل | 84 نفر با مشکل جنسی و میانگین سنی 32 سال | گروه 1: مشاوره با مدل پلیسیت 6 ساعته گروه 2: آموزش گروهی 2 جلسه با مدل SHM | بدون مداخله | پرسشنامه دیسترس جنسی - FSDFS R پرسشنامه عملکرد جنسی - BISF- W | کاهش نمرات دیسترس جنسی در هر دو گروه افزایش نمره عملکرد جنسی در هر دو گروه کاهش دیسترس در گروه پلیسیت بیش تر بود. (با تفاوت آماری یورد رلاین بین دو روش) |
| 3 | رستمخانی 1389 (ماما) | مشاوره بر اساس مدل پلیسیت | 80 زن با میانگین سنی 23 سال | مشاوره بر اساس مدل لیسیت (انفرادی 1 ساعته) | مشاوره روئین | پرسشنامه عملکرد جنسی روزن - 19 سوالی در 6 بعد جنسی) | افزایش نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله در هر 6 حیطه |
| 3 | مدرس 1391 (ماما) | تمرینات ورزشی عضلات کف لگن | 100 نفر از مراجعین نخست زای مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران | تمرینات عضلات کف لگن (کگل) به مدت 16 هفته (روزانه) | بدون مداخله | پرسشنامه رضایت جنسی لیندا برگ | افزایش معنی دار در نمره رضایت جنسی در گروه مداخله |

بحث

محدودی انجام گرفته است و اغلب مطالعات انجام شده از نظر متدولوژیک دارای کیفیت مناسب نیستند. از ابزارهای مختلف جهت ارزیابی عملکرد جنسی زنان استفاده شده است که اگرچه اکثر آنها استاندارد هستند، ولی برخی در جامعه ایرانی بومی سازی نشده و

به طور کلی بررسی حاضر نشان داد که در ایران مداخلات درمانی یا ارتقایی در مورد عملکرد جنسی قدمت چندانی ندارد و مطالعات در این زمینه به صورت

تنها به حذف برخی از سئوالات متناسب با فرهنگ ایرانی اکتفا شده است. تنوع واحدهای مورد پژوهش از قبیل تفاوت‌های اجتماعی فرهنگی، علت و محل مراجعه و نیز تنوع پیامدهای مورد بررسی و نحوه ارزیابی آن‌ها در این مطالعات مشهود می‌باشد. تقریباً تمام مقالات چاپ شده در این خصوص دارای اثربخشی مثبت بودند که شاید به این دلیل باشد که احتمال انتشار مقالات با اثربخشی مثبت بیش تر است. متأسفانه دسترسی به متن کامل برخی مطالعات و به خصوص پایان‌نامه‌های دانشجویی، میسر نشد که این امر می‌تواند در نتایج مطالعه تاثیرگذار باشد. اکثر مداخلات انجام گرفته در مطالعات مورد بررسی از نوع غیر دارویی و منطبق با فرهنگ ایرانی اسلامی بود.

بر اساس منابع موجود، تنوع قابل توجهی در مداخلات درمان جنسی وجود دارد (18) که می‌توان از درمان‌های بر پایه روانشناختی، انواع روش‌های مشاوره و آموزش جنسی، دارودرمانی، طب سنتی و داروهای گیاهی، انواع تحریکات فیزیکی و بیوفیدبک و مداخلاتی نظیر هیپنوتیزم، استمناء، نقش‌بازی، تروماتراپی و... نام برد که برخی از آن‌ها به لحاظ مسائل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی در مطالعات ایرانی وارد نشده است (18، 20).

طبق نتایج این بررسی، اکثر مداخلات انجام گرفته در رابطه با عملکرد جنسی بر پایه مشاوره شناختی رفتاری بود، مداخلات درمانی مورد استفاده در اختلال جنسی به دنبال انتشار کتاب مستر و جانسون دچار تغییر اساسی شد و بحث درمان جنسی و اساس اولیه درمان شناختی رفتاری پدیدار شد (61). از آن جا که نگرش جنسی بر عملکرد آن تاثیر می‌گذارد، در این نوع درمان تفکرات منفی در مورد فعالیت جنسی کشف و از بین برده می‌شود (62، 63). در یک مطالعه مروری، 90 درصد از مداخلات در درمان اختلال ارگاسم از نوع غیردارویی بود و در این میان نیز اکثراً از روش‌های بر پایه شناختی رفتاری استفاده شده بود (64).

نتایج مطالعه مرور سیستماتیک که درباره تاثیر انواع مداخلات سایکوسوشیال در بهبود اختلال عملکرد جنسی زنان انجام شد نشان داد که نیمی از مطالعات در این رابطه در مورد مفاهیم برگرفته از رویکرد مستر جانسون و یا رویکرد شناختی رفتاری بود که به صورت کلی در درمان موثر بوده است، ولی بهبود پیامدها اغلب در دوره پیگیری ادامه دار نبوده است (65). متآآلایز انجام شده بر مقالات سال‌های 1980 تا 2009 در خصوص تاثیر مداخلات روانشناختی در عملکرد جنسی نیز نشان داد که این مداخلات در بهبود میل جنسی کم کار و اختلال ارگاسم موثر بوده‌اند (19)، در مطالعه حاضر نیز تمام مداخلات مبتنی بر مشاوره شناختی رفتاری و مداخله آموزشی در جهت بهبود عملکرد و رضایت جنسی موثر بود، ولی هیچ کدام از مطالعات مورد بررسی در مطالعه حاضر دارای دوره پیگیری نبودند. Meston و همکاران نیز نشان دادند رویکرد شناختی رفتاری بهترین درمان برای اختلال ارگاسم در زنان است (66). نظر به این که مشکلات روانشناختی در کنار مسائل بیولوژیک در ایجاد مشکلات جنسی موثر می‌باشد، پس ورود و تاثیر این نوع درمان در اختلالات جنسی توجیه پذیر می‌باشد.

طبق یافته‌ها، آموزش بهداشت جنسی با افزایش آگاهی، رضایت و بهبود عملکرد جنسی زنان همراه بود. بر اساس یافته‌های مطالعات مسترز و جانسون (1970) علت بسیاری از نابهنجاری‌های جنسی ناشی از عدم آگاهی زوج از سیکل جنسی می‌باشد. نتایج پژوهش‌های دیگر نیز حاکی از نقص معلومات جنسی در بروز نابهنجاری‌های جنسی می‌باشد (42). با استناد به نتایج پژوهش‌های انجام شده که حکایت از ضعف دانش جنسی و بهداشت باروری در خانواده‌های ایرانی دارد که می‌تواند از دلایل ایجاد مشکلات زناشویی و جنسی باشد (67، 68)، این واقعیت که رفتار جنسی و در نتیجه لذت جنسی با ایجاد شناخت قابل آموزش و تغییر است، غیر قابل انکار می‌نماید (69).

در این مطالعه مشاوره با مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی موثر بود، در طی این نوع مشاوره، مراجع به نتایجی می‌رسد که بتواند در زندگی جنسی خود تغییراتی ایجاد نماید، این روش از اواسط 1970 به طور شایع در مراکز بهداشتی درمانی کشورهای مثل انگلستان مورد استفاده قرار گرفته است و کارایی آن در مطالعات مختلف نشان داده شده است (70، 71). اجرای این مدل در مراکز و در حین انجام سایر خدمات مادر و کودک میسر بوده و نیاز به تکنولوژی پیشرفته آموزشی ندارد و در صورت آموزش کارشناسان، اجرای موفق آن در سطوح اولیه امکان‌پذیر است (41).

در این بررسی تنها مقالات دو نوع از گیاهان طب سنتی (سنجد و خارخاسک) وارد شدند که طبق نتایج، خارخاسک بر بهبود عملکرد جنسی موثر بود. خارخاسک در حیوانات نیز سبب افزایش رفتار جنسی، افزایش وزن پروستات و فشار داخل کاورنوسوس شده است. توانایی خارخاسک به عنوان یک داروی مقوی غرایز جنسی با افزایش انتشار اکسید نیتریک قابل توجه است (72، 73). گیاهان در فرهنگ‌های مختلف برای بهبود میل و عملکرد جنسی استفاده شده اند و نیز توسط برخی محققین با ادعای اثربخشی آنها به عنوان متسع کننده عروقی، افزایش سطح تستوسترون، اثر بر مونوآمین‌های مغز، اثر بر روی محور هیپوفیز - گناد حمایت شده است (74). فلاونوئید موجود در سنجد، بر گیرنده بنزودیازپین مرکزی اثر داشته و اثرات شل‌کنندگی عضلانی و ضد اضطرابی دارد، از این رو ممکن است با القای فعالیت شل‌کنندگی عضلانی بر ارتقای عملکرد جنسی موثر باشد (57). در مطالعه حاضر کپسول سنجد در درمان اختلال ارگاسم موثر نبود که با نتایج یک مطالعه مروری در این زمینه هم‌سو بود، در غیاب مطالعات مناسب در زمینه اثر بخشی و ایمنی گیاهان دارویی، هم‌چنان شک و تردید در استفاده از آنها وجود خواهد داشت و لازم است مطالعات بالینی

دقیق برای حمایت از ادعاهای درمان سنتی انجام گیرد (20).

در پایان می‌توان نتیجه گرفت که در سال‌های اخیر با توجه به بهبود فضای علمی، اجتماعی و فرهنگی کشور در زمینه مطرح شدن مسائل و مشکلات جنسی و نیز پی بردن به اهمیت و شیوع مشکلات جنسی در جامعه ایرانی، مطالعات زیادی در این مورد انجام شده است، ولی بیش تر مطالعات به صورت توصیفی و مقطعی بوده و بر شیوع و انواع اختلالات متمرکز شده اند و مطالعات مداخلاتی با متدولوژی مناسب در زمینه درمان اختلالات به ویژه اختلالات مربوط به زنان بسیار محدود است. با توجه به یافته‌های این مطالعه به نظر می‌رسد متخصصین بهداشت باروری و ماماها و نیز روانشناسان رغبت بیشتری در ورود به مسائل جنسی دارند که با توجه به نقش آنها و نیز رویارویی مستقیم با مردم و به ویژه زنان در محیط‌های عمومی بهداشت و سلامت قابل توجهی می‌باشد. با وجود تنوع مداخلات درمانی در مطالعات خارجی، در مطالعات داخلی، بیش تر از روش‌های آموزشی و مشاوره‌ای مبتنی بر رویکردهای شناختی رفتاری استفاده شده است که با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و مذهبی کشورمان قابل دفاع است، ولی به نظر می‌رسد انجام مطالعات با طراحی مناسب و استفاده از ابزارهای استاندارد و متناسب با فرهنگ ایرانی اسلامی، افزایش دانش جنسی متخصصین در کاربرد مداخلات و افزایش آگاهی استفاده از خدمات و در دسترس بودن آنها برای استفاده عموم، می‌تواند گامی در جهت حل مشکلات جنسی در گروه‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و حفظ سلامت خانواده باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از راهنمایی‌های ارزنده اساتید محترم گروه بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی شاهرود تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

1. Leite APL, Campos AA, Dias AR, Amed A M, Souza E D, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras.* 2009; 55(5): 563-568.
2. Niles A N, Lebeau R T, Liao B, Glenn D E, Craske M G. Dimensional indicators of generalized anxiety disorder severity for DSM-V. *J Anxiety Disord.* 2012; 26(2): 279–286.
3. Arnow BA, Millheiser L, Garrett A, Lake Polan M, Glover GH, Hill KR, et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: A functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience* 2009; 158(2): 484–502.
4. Rahmani A, Merghati Khoei E, Sadeghi N, Allahgholi L. Relationship between sexual pleasure and marital satisfaction. *IJN* 2011; 24(70): 82-90 (Persian).
5. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *BMJ* 2004; 329(7465): 559-561.
6. Fugl- Meyer KS, Fugl-Meyer AR. Sexual disabilities are not singularized. *Int J Impot Res.* 2002; 14(2):493-487.
7. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA.* 1999; 281(6): 537-544.
8. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Bosch R, Fugl-Meyer AR, Laumann EO, Lizza E, Martin-Morales A. Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med.* 2004; 1(1): 35-39.
9. Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. What can prevalence studies tell about female sexual difficulty and dysfunction? *J Sex Med* 2006, 3(4):595-589.
10. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB: Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008, 112(5):970-978.
11. Nicolosi A, Glasser DB, Kim SC, Marumo K, Laumann EO. Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40-80 years in the urban population of Asian countries. *BJU Int* 2005; 95(4):609-614.
12. Singh JC, Tharyan P, Kekre NS, Singh G, Gopalakrishnan G. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in south India. *J Postgrad Med.* 2009; 55(2):113-120.
13. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. *Int J Impot Res* 2006;18(4):382–395.
14. Shokrollahi P, Mirmohamadi M, Mehrabi F, Babaei G. Prevalence of sexual dysfunction in women seeking services at family planning centers in Tehran. *J Sex Marital Ther.* 1999;25:211–215.
15. Goshtasebi A, Vahdaninia M, Rahimi Foroshani A. Prevalence and potential risk factors of female sexual difficulties: An urban Iranian

- population-based study. *J Sex Med* .2009; 6(11):2988– 2996.
16. Bagherzadeh R, Zahmatkeshan N, Gharibi T, Akaberian S, Mirzaei K, Kamali F et al. Prevalence of female sexual dysfunction and related factors for under treatment in Bushehrian women of Iran. *Sex Disabil* .2010; 28(1):39–49.
 17. Halgin R, Krauss Whitbourne S. *Abnormal Psychology: Clinical perspectives on psychological disorders with DSM-5 update*. 7th ed. New Castle. McGraw-Hill . 2005.
 18. Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav*. 2013; 42(60): 915-933.
 19. Wylie K , Malik F. Review of drug treatment for female sexual dysfunction. *Int J STD AIDS* 2009; 20(10): 671 -674.
 20. Chauhan N S, Sharma V, Dixit V K, Thakur M. A review on plants used for improvement of sexual performance and virility. *Biomed Res Int* 2014; 2014:868062
 21. Oblasser C, McCourt Ch, Hanzal E, Christie J. Vibrating vaginal balls to improve pelvic floor muscle performance in women after childbirth: a protocol for a randomised controlled feasibility trial. *J Adv Nurs* 2016; 72(4): 900-914.
 22. Rosenbaum T Y. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: A literature review. *J Sex Med* .2007;4(1): 4-13.
 23. Salehzadeh M, Kajbaf MB, Moulavi H, Zolfaghari M. Effectiveness of Cognitive–Behavior Therapy on sexual dysfunction in women. *Psychol Stud* 2011; 7(1):11-31(Persian).
 24. Sasanpour M. The effect of cognitive reconstruction therapy on sexual problems of couples. *Procedia Soc Behav Sci*. 2013; 84: 1448 - 1454.
 25. Nemati P, Nazariy A. Orgasmic disorders subset of sexual dysfunction in women and improve it. *Inj Contr Saf Promot* .2014; 1(4): 228-235.
 26. Vahidvaghef M. Study the effectiveness of Cognitive-Behavioral sex training in improving women's sexual self-concept in Tehran, Iran [PhD Dissertation]. Faculty of Psychology: The University of Autonoma ;Bellatera; 2015.
 27. Mofid V, Ahmadi A, Etemadi O. The comparison of Cognitive-Behavioral counseling and Solution-Oriented counseling on women's sexual satisfaction in Isfahan. *Sociology OF Women* 2014; 5(19):67-83. .(persian)
 28. Shams Mofaraheh Z, Mohebi S, Tabaraee Y. The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples in Shiraz city. *J Health Syst Res* .2010; 6 (3): 417 - 424.
 29. Mooshkbid- Haghighi M Z, Majd-Timory MMV, Hosseini F. The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples. *IJN* 2003; 15 (32 & 33):15-19.(persian).
 30. Kaviani M, Rahnavard T, Azima S, Emamghoreishi M, Asadi N, Sayadi

- M. The effect of education on sexual health of women with hypoactive sexual desire disorder: A randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2014; 2(2):94-102 .(persian)
31. Behboodi Moghadam Z, Khaleghi Yalegonbadi F, Montazeri A, Arzaqi SM, Tavakol Z, Yari F,etal. The effect of sexual health education program on women sexual function in Iran. *J Res Health Sci* 2015;15(2): 124-128. .(persian)
 32. Karimi A, Dadgar S, Afiat M, Rahimi N. The effect of sexual health education on couples' sexual satisfaction. *IJOGI*,2013;15(42):23-30.(persian)
 33. Akbarzadeh M, Zeinalzadeh S, Zolghadri J, Mohagheghzadeh A, Faridi P, Sayadi M. Comparison of *Elaeagnus Angustifolia* extract and Sildenafil citrate on female orgasmic disorders: A randomized clinical trial. *J Reprod Infertility* 2014;15(4):190-198.
 34. Akhtari E, Raisi F, Keshavarz M, Hosseini H, Sohrabvand F, Bioos S, et al. *Tribulus Terrestris* for treatment of sexual dysfunction in women: randomized double-blind placebo - controlled study. *DARU* 2014;22:40.
 35. Farnam F, Janghorbani M, Raisi F, Merghati-Khoei E. Compare the effectiveness of PLISSIT and sexual health models on women's sexual problems in Tehran, Iran: A randomized controlled trial. *J Sex Med* 2014;11(11):2679-2689.
 36. Abedi P, Tadayon M, Parhizkar S , Mogharab F. Effectiveness of selective vaginal tightening on sexual function among reproductive aged women in Iran with vaginal laxity: A quasi-experimental study. *J Obstet Gynaecol Res* .2014;40(2):526-531.
 37. Seraji M. The efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy, Fluoxetine and their combination in women with sexual phobia. *Iran. J. Psychiatry Clin. Psychol* 2005;11(3):278-282 .(persian)
 38. Bakhtiari M, Sheidaei H, Bahrainian SA, Nouri M. The effect of Cognitive-Behavioral Therapy on low sexual desire and marital satisfaction. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2015;9(36):7-17)(persian).
 39. Hamid N, Dehghanizadeh Z, Firuzi AA. Effects of Cognitive - Behavioral Therapy on sexual function in women with vaginismus disorder. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012;15(20):1-11 .(persian)
 40. Rastgo N, Barati sedeh F. The effectiveness of sexual knowledge on marital satisfaction in married women sex. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2014;5(17):35-48 (Persian).
 41. Rostamkhani F, Ozgoli G, Khoei EM, Jafari F, Majd HA. Effectiveness of the PLISSIT-based counseling on sexual function of women. *Adv Nurs Midwifery* 2012;22(76):1-9.(persian).
 42. Eshghi R, Bahrami F, Fatehizadeh MAS. The study of effectiveness of couple sexual Cognitive-Behavioral therapy on improvement of sexual self-

- confidence, sexual self-disclosure and sexual knowledge in frigid women in Isfahan. *Counseling Research And Development* 2007;6(23):83-96(persian).
43. Mofid V, Ahmadi A, Etemadi O. The comparison of Cognitive-Behavioral counseling and Solution-Oriented counseling on women's sexual satisfaction in Isfahan. *Sociology OF Women* 2014; 5(19):67-83.
 44. Kariman N, Azar M, Alavi-Madjd H. Evaluating the effects of colporrhaphy on the sexual satisfaction of women. *J Reprod Infertility*. 2005;6(3):254–260.(persian)
 45. Sasanpour M. The influence of cognitive restructuring training on reducing non organic sexual problems of couples. *Life Sci J* 2012;9(1):797-802.
 46. Modarres M, Rahimikian F, Booriaie E. Effect of pelvic muscle exercise on sexual satisfaction among primiparous women. *Hayat*. 2012;18(4):10-18 .(persian)
 47. Zargar Shoushtari S, Afshari P, Abedi P, Tabesh H. The effect of face-to-face with telephone-based counseling on sexual satisfaction among reproductive aged women in Iran. *J Sex Marital Ther*. 2015; 41(4):361-367 .(persian)
 48. Araoz D. Hypnosis in human sexuality problems. *Am J Clin Hypn* 2005;47(4):229–242.
 49. Brotto YE, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol* 2012;125(2):320–325.
 50. Jahanfar S, Molaeezhad M. *Textbook of sexual disorders*. Tehran: Salami Press; 2001(Persian).
 51. Talaei-Khozani T, Vojdani Z, Dehghani F, Heidari E, Kharazinejad E, Panjehshahin MR. Toxic effects of *Elaeagnus Angustifolia* fruit extract on chondrogenesis and osteogenesis in mouse limb buds. *Tokai J Exp Clin Med*. 2011;36(3):63-70.
 52. Mohammed FI, Al-Essa MK, Shafagoj YA, Afifi FU. Investigation of the direct effects of the alcoholic extract of *Elaeagnus Angustifolia* L. (Elaeagnaceae) on dispersed intestinal smooth muscle cells of guinea pig. *Sci Pharm* 2006; 74(1): 21-30.
 53. Zargari A. *Herbal drugs*. 4th ed. Tehran: Tehran University; 2000 (Persian).
 54. Hosseinzadeh H, Sadeghnia HR, Ziaee T, Danaee A. Protective effect of aqueous saffron extract (*Crocus sativus* L) and crocin, its active constituent, on renal ischemia-reperfusion-induced oxidative damage in rats. *J Pharm Pharm Sci* 2005; 8(3):387-393.
 55. Adimoelja A, Adaikan PG. Protodioscin from herbal plant *Tribulus Terrestris* improves male sexual functions possibly via DHEA. *Int J Impot Res*. 1997; 9(1):S64.

56. Lesley B, Mark C. Herbs & Natural Supplements. An evidence base guide, 3rd ed. Australia: Churchill Livingstone.2010
57. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003, 24 (4): 221-229.
58. Elsayed Saboula N. Effectiveness of application of PLISSIT counseling model on sexuality for breast cancer women undergoing treatment. *AJNS* 2015;4(4):218-230.
59. Zahariou AG, Karamouti MV, Papaioannou PD. Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(3): 401-406.
60. Riazi H, Bashirian S, Ghelichkhani S. Kegel exercise application during pregnancy and postpartum in women visited at Hamadan health care centers. *IJOG* 2007; 10(1): 47-54(Persian).
61. Hawton K. Sex therapy: A practical guide. Oxford: Oxford University press. 1985.
62. Nikkhoo M, Avadis yans H. Women's sex life: Understanding sexual behavior and methods of diagnosis and treatment of female sexual dysfunction. 4th ed Tehran: Sokhan. 2008 (Persian).
63. Kabacki E, Batur S. Who benefit from Cognitive- Behavioral therapy for vaginism? *J Sex Marital Ther* .2003; 29(4):277-288.
64. Salmani Z, Zargham-Boroujeni A, Salehi M, Killeen TK, Merghati-Khoei E. The existing therapeutic interventions for orgasmic disorders: Recommendations for culturally competent services, narrative review. *Iran J Reprod Med* 2015;13(7): 403-412.(Persian)
65. Günzler C1, Berner MM. Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions: A systematic review of controlled clinical trials: part 2-the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction.*J Sex Med* 2012;9(12):3108-3125.
66. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med.* 2004;1(1):66-68.
67. Poormarzi D, Rimaz S, Merghati - Khoei E, Soleimani Doodran M, Moosavi Mehraban AA. Training needs related to reproductive health of young people before marriage. *sjsph.* 2012 ;10 (1):11 -23 (Persian).
68. Hosein Rashidi B, Kiyani K , Haghollahi F , Shahbazi Sighaldehy Sh. Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. *Tehran Univ Med J.* 2015; 73 (3): 210-220.(Persian)
69. Laan E, Rellini AH. Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sex Relation Ther.* 2011; 26(4): 329-341.
70. Maclaren A. Primary care for women. *Comprehensive sexual health assessment. J Nurse Midwifery.* 1995; 40 (2):104 -119.

71. Ayaz S, Kubilay G. Effectiveness of the PLISSIT model for solving the sexual problems of patients with stoma. *J Clin Nurs*. 2008;18 (1): 89-98.
72. Adaikan P G, Gauthaman K, Prasad R N V, Ng SC. Proerectile pharmacological effects of Tribulus Terrestris extract on the rabbit corpus cavernosum. *Ann Acad Med Singapore*. 2000; 29(1): 22–26.
73. Gauthaman K, Ganesan AP, Prasad RN. Sexual effects of puncturevine (Tribulus Terrestris) extract (protodioscin): An evaluation using a rat model. *J Altern Complement Med*. 2003; 9(2):257–265.
74. Chauhan N S, Saraf D K, Dixit V K. Effect of Vajikaran Rasayana herbs on pituitary-gonadal axis. *Eur J Integr Med* 2010; 2 (2): 89–91.