REVIEW ARTICLE

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

Elahe Ahmadnia[1],
Arezoo Haseli[1],
Afsane Karamat[2]

[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

J Mazandaran Univ Med Sci 2017; 27 (153): 146 - 162 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

مرروری

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و هفتم شماره 153 مهر سال 1396 (162-146)

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

الهه احمدنیا[1]
آرزو حاصلی[2]
افسانه کرامت[3]

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 IranMedex، Magiran، IranDoc، Cochrane Library، MEDLINE/PubMed، Scopus 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 شناختی‌رفتاری 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.

واژه های کلیدی: ایران، عملکرد جنسی، رضایت جنسی، زنان

مقدمه

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

مولف مسئول: افسانه کرامت - شاهرود دانشگاه علوم پزشکی، دپارتمان بهداشت باروری Email: keramat1@yahoo.com
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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

و کژکاری‌های مرتبط با آن در مباحث مربوط به اختلالات روانپزشکی، به‌عنوان یک اختلال طبقه‌بندی 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 می‌یابد و به صورت رسیدن به مرحله اوج لذت جنسی نیز تعریف می‌شود(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 می‌شود. 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 طبقه‌ی تشخیصی مجزا شامل اختلالات کنش جنسی(sexual dysfunctions) ، ملال جنسی (Gender Dysphoria) و نابهنجاری‌های جنسی (paraphilic disorders)تقسیم شده است. اختلالات کنش‌جنسی شامل اختلال میل جنسی کم‌کار 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 ملاحظه‌ای در جوامع دارد و افراد زیادی از این اختلالات رنج می‌برند(6، 8). در آمریکا حدود نیمی از جمعیت زنان و مردان دچار نوعی از اختلالات جنسی هستند و شیوع آن در زنان بیش‌تر از مردان گزارش شده است(7). حدود 45 درصد از زنان حداقل دارای یکی از انواع اختلالات جنسی می‌باشند و بیش‌ترین شکایت گزارش شده مربوط به مشکلات ارگاسم و میل جنسی می‌باشد(9، 10).

یک مطالعه تصادفی در میان افراد 80-40 ساله جمعیت شهری کشورهای آسیایی نشان داد که حدود 30 درصد از زنان حداقل در یکی از زمینه‌های رابطه جنسی خود مشکل دارند که اکثراً شامل بی‌میلی 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 بیش‌تر 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 روش‌های موثر و جدید درمانی است. در سال‌های اخیر پژوهشگران از مداخلات متنوعی برای بهبود عملکرد و رضایت جنسی در زنان استفاده نموده‌اند که شامل روش‌هایی مبتنی بر رویکردهای روانشناختی مانند روش‌شناختی رفتاری، مدل مشاوره ی جنسی[2] PLISSIT ، روش های مکانیکی و فیزیکی (ورزش کگل)، درمان‌های جراحی و داروهای شیمیایی و گیاهی می‌باشد.

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

[1] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

[2] Permission, limited information, specific suggestions, intensive therapy

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

آموزشی(Educational intervention (ED، درمان‌های انگیـزش منطقـی Rational Emotive Therapy اشـاره نمود(18 ،15).

از روش‌های مورد استفاده در درمان دارویـی اخـتلالات جنسی می‌توان به مهارکننده‌های انتخابی فسفودی استراز 5، آگونیست‌هـای دوپامینرژیـک، پروسـتاگلاندین‌هـا و آگونیست‌های ملانوکاروتین و هورمون‌هـای اسـتروژن، تستوسترون و هورمون درمانی ترکیبی اشاره نمود(19).

استفاده از محصولات گیاهی برای بهبود عملکرد جنسی تقریبا به قدمت نژاد بشر بر می‌گردد. برخی از گونه‌هـای گیاهی با ساختارهای شناخته شده که دارای استروژن یـا تستوسترون هستند، در گروه‌های مشخص دارویـی قـرار گرفتـه و عصـاره آن‌هـا مـورد اسـتفاده واقـع مـی‌شـوند. مطالعـات اثربخشـی تعـدادی از داروهـای گیـاهی را بـر روی رفتار جنسی و بـاروری تاییـد کـرده‌انـد کـه از آن جملـه مـی‌تـوان بـه سـویا، دارچـین، زنجبیـل، زعفـران، خارخاسک، خرزهره،.. اشاره نمود(20).

از روش‌های فیزیکی و مکانیکی نیز برای حل مشکلات و اختلالات جنسی استفاده شـده اسـت کـه مـی‌تـوان از ویبراتورهـای مکـانیکی بـرای تحریـک کلیتـوریس، محرک‌های اروتیـک، فیزیـوتراپی و ورزش‌هـای مـورد استفاده برای افزایش تونوسیته کف لگن نام برد(22 ،21).

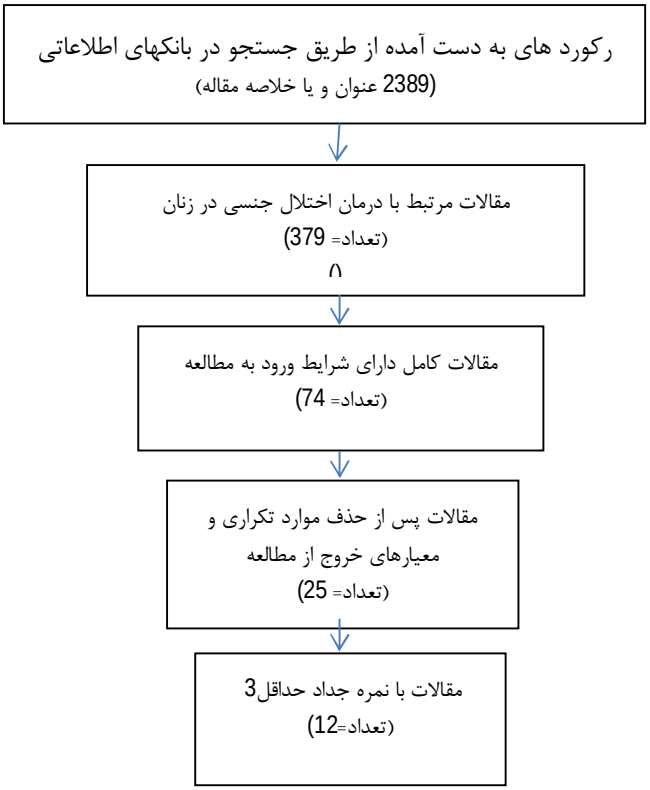
نتایج مطالعات مروری انجام شده در این زمینه، حاکی از شیوع و تاثیر روش‌های غیر دارویی از جملـه مـداخلات روانشناختی و برخی داروهای گیاهی در بهبود عملکـرد جنسی در زنان بوده است(20، 18).

نظر به شیوع نسبتاً بالای اختلالات جنسی در ایران، تاثیر آن بـر کیفیـت زنـدگی افـراد و نیـز مسـائل فرهنگـی و اجتماعی پیرامون آن و تنوع مداخلات موجود در زمینـه عملکرد جنسی و عدم انجام مطالعات ثانویه و تحلیلی بر روی مطالعات انجام شده، این مطالعـه بـه دنبـال بررسـی طیف گسترده‌ای از اقدامات درمانی موجود برای درمان و ارتقاء عملکرد جنسی انجام شد با امید به این که بتواند در راستای کمـک حرفـه‌ای جهـت انتخـاب مـداخلات موثر درمانی در جامعه ایرانی قرار گیرد. هدف اصـلی از ایـن مقالـه تعیـین مـداخلات درمـانی موجـود اعـم از درمان‌های دارویی و غیـر دارویـی در حـوزه اخـتلالات جنسی زنان در ایران است.

مواد و روش ها

در ایـن مطالعـه کـه بـه‌صـورت مـرور سیسـتماتیک مقالات منتشر شده انجام گرفته است، به منظور دسـتیابی به مستندات داخلی و خارجی مرتبط، از پایگاه هـای اطلاعـاتی SID، IranMedex، Magiran، IranDoc، Cochrane Library، MEDLINE/PubMed، Scopus و Google Scholar اسـتفاده گردیـد. بـرای جسـتجوی مقـالات در منابع فارسی از کلید واژه های اختلال جنسی، کژکـاری جنسی، اختلال روانی جنسی، اختلال ارگاسـم، اخـتلال میـل جنسـی، کـاهش میـل جنسـی، سـرد مزاجـی، واژینیسموس، درد جنسـی، مـداخلات درمـانی جنسـی، هورمـون درمـانی، اسـتروژن، پروژسـترون، آنـدروژن، سیلدنافیل، ویاگرا، کارآزمایی بالینی، زنان و ایـران و در منابع انگلیسی از کلیـدواژه‌هـای 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 با همـه ترکیبـات احتمالی این کلمات نیز جستجو انجـام شـد. هـیچ گونـه محدودیت زمانی برای جسـتجو در نظـر گرفتـه نشـد تـا تمام مقالات مرتبط منتشر شـده تـا فوریـه 2016 بازیـابی شوند. فلوچارت مطالعـه در نمـودار شـماره 1 نشـان داده شده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]



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 طبی 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 می‌شد. سپس عنوان و چکیده مقالات باقی‌مانده 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 می‌دهد 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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 نتیجه‌گیری کمی به‌صورت متاآنالیز 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 مشاورهPLISSIT ، 1مقاله 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(47 ،23)، که تنها 12 مورد از آن ها بر اساس معیار جداد نمره 3 یا بیش‌تر را کسب کردند و در تجزیه و تحلیل مطالعه حاضر وارد شدند. 10 مورد از مقالات در خصوص اثربخشی روش‌های غیر دارویی و 2 مورد درباره تاثیر روش‌های دارویی بود. بیش‌ترین تعداد مطالعات مربوط به استفاده از درمان‌های روانشناختی با رویکرد شناختی رفتاری بوده است (41/6 درصد).

طبق نتایج مطالعه حاضر، بیش‌تر 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 کارآزمایی‌ها شرکت کرده بودند و گروه سنی زنان مورد مطالعه 45-20 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 مداخله‌ای 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 گلومبک روست، 2 مطالعه از پرسشنامه عملکرد جنسی روزن، 1 مورد از پرسشنامهSnell ، 1مورد پرسشنامه مشکلات جنسی آنی هوپر، 1 مورد پرسشنامه عملکرد جنسیBISF-W ، 2مورد پرسشنامه رضایت جنسی لیندا و کریزی، 1 مورد پرسشنامه رضایت جنسی لارسون و 2 مورد از پرسشنامه عملکرد جنسی FSFI استفاده شده بود.

روش‌های مختلف به کار رفته در بهبود عملکرد یا رضایت جنسی که در این مطالعه وارد شدند به تفصیل در ذیل بیان می‌شوند.

روش‌شناختی رفتاری

امروزه این روش به‌طور متداول در درمان و یا ارتقاء عملکرد جنسی مورد استفاده قرار می‌گیرد 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 می‌شود، بنابراین مهم است که جهت تجزیه و تحلیل دقیق مشکلات جنسی به کشف تفکرات و اعتقادات منفی پرداخته شود. طبق این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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 شناختی‌رفتاری 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، بی احساسی و اجتناب گری جنسی، خود پنداری 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 آزمون به عمل آمده است که نتایج تفاوت معنی‌داری با پیش آزمون‌های 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 معمولا در آمریکای شمالی، مالزی، استرالیا، مناطق شمال آسیا و مناطق کویری و بیابانی آسیای غربی از جمله ایران کشت می‌شود(51، 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 تقویت قوای جنسی آن در حیوانات آزمایشگاهی و انسان نشان داده است. خارخاسک یک گیاه بوته ای و بومی مناطق گرمسیری کویری است و در کویر مرکزی و دشت لوط ایران رشد می‌کند. میوه آن در طب سنتی مورد استفاده قرار می گیرد. امروزه خارخاسک بخش اصلی تشکیل دهنده اکثر داروهای آفرودیازیک می‌باشد(54). گیاه خارخاسک به علت داشتن استروئیدهای مختلف باعث تحریک اسپرماتوژنز

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

و افـزایش تولیـد اسـپرم مـی گـردد(55). محتویـات اسـتروئیدی خارخاسـک شـامل پروتودیوسـین، دایوسـجنین، یـاموجنین، اپیسـمیلاجنین، تیگـوجنین، نئوتیگـوجنین، جیتـوجنین و نئوجیتـوجنین اسـت. 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 اطلاعا ت محدودی در درباره نگرانی‌های بیمار به وی داده می‌شود، مرحله سوم شامل پیشنهادهای 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 اند که مدل پیلیسیت 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 کرده اند(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).

ورزش های کف لگن

از روش‌های فیزیکی مورد استفاده برای افزایش تونوسیته 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 می شود، این تمرینات مزیت رایگان، بدون درد و بدون عارضه بودن را دارد و در هر زمانی از شبانه روز فرد می تواند 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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

نویسنده و سال (تخصص)	روش مداخله	مشخصات شرکت کنندگان	نوع مداخله در گروه آزمون	گروه کنترل	ابزار اندازه گیری	نتایج	نمره جداد
صالح زاده1385 (روانشناس)	مشاوره شناختی رفتاری انفرادی	20 زن مبتلا به اختلال جنسی	هشت جلسه CBT 40 دقیقه ای	بدون مداخله	رضایت جنسی گلومبک روست 28 سئوالی	کاهش (ناراضایتی، بی احساسی و اختلال جنسی، آنورگاسم ، اجتناب گری جنسی) –(افزایش فراوانی رابطه جنسی)	3
نعمتی 1392 (روانشناس)	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 گلومبک روست 28 سئوالی	کاهش اختلال ارگاسم	3
وحید واقف2013 (روانشناس)	آموزش شناختی رفتاری انفرادی	90 نفر زن با میانگین سنی 35/2 و دامنه سنی 45-25 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 پور1393 (روانشناس)	درمان بازسازی شناختی	120 زوج، اولیا مدرسه	برنامه آموزشی بازسازی شناختی 10 جلسه 2 ساعته	بدون مداخله	پرسشنامه مشکلات جنسی آنی هوپر (80 سوال در 6 حیطه)	کاهش مشکلات جنسی افزایش دانش و انگیزه جنسی، افزایش اعتماد به نفس، رضایت و لذت جنسی	3
مفید1392 (مشاور)	مشاوره شناختی رفتاری و مشاوره راه حل مدار	45 نفر زن گروه سنی 40-20 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 سئوالی	هر دو مداخله موثر (افزایش رضایت جنسی) ولی مشاوره شناختی رفتاری اثر بخش تر بوده است.	3
بهبودی مقدم2013 (بهداشت باروری)	برنامه آموزش جنسی	90 نفر زن 40-20 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 بعدی)FSFI و BDI افسردگی 19 آیتم	آموزش بر بهبود نمره عملکرد جنسی در تمام ابعاد آن موثر بوده است.	3
کریمی1390 (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 کریزی 17 سئوالی	آموزش در افزایش رضایت جنسی موثر بوده است	3
اکبر زاده2013 (ماما)	گروه 1: کپسول سنجد گروه2: سیلدنافیل	125 زن 40-18 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 کپسول هر 12 ساعت. برای 35 روز گروه سیلدنافیل: 5 میلی برای 1 ماه	پلاسبو	FSFI در شش حیطه (نمره ی ارگاسم)	تفاوت معنی دار آماری در کاهش اختلال ارگاسم در گروه سیلد نافیل در گروه سنجد تفاوت معنی داری نبود.	3
اخری2012 (طب سنتی)	استفاده از عصاره خارخاسک	60 خانم با اختلال کم کاری میل جنسی با میانگین سنی 36/6 سال	7/5 میلی گرم در روز عصاره گیاه خارخاسک (به مدت 4 هفته)	پلاسبو	پرسشنامه عملکرد جنسی روزن (19سئوالی در 6 بعد جنسی)	افزایش FSFI در 5 حیطه	3
فرنام2012 (بهداشت باروری)	گروه 1: مشاوره بر اساس مدل پلیسیت گروه 2: آموزش گروهی با مدل SHM	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		پرسشنامه دیسترس جنسی -FSDS 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 بوردرلاین بین دو روش)	4
رستمخانی1389 (ماما)	مشاوره بر اساس مدل پلیسیت	80 زن با میانگین سنی 23 سال	مشاوره بر اساس مدل لیسیت (انفرادی 1 ساعته)	مشاوره روتین	پرسشنامه عملکرد جنسی روزن(- 19سئوالی در 6بعد جنسی)	افزایش نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله در هر 6 حیطه	3
مدرس1391 (ماما)	تمرینات ورزشی عضلات کف لگن	100نفر 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 لیندابرگ	افزایش معنی دار در نمره رضایت جنسی در گروه مداخله	3

بحث

به‌طورکلی 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 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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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. تقریبا تمام مقالات چاپ شده در این خصوص دارای اثربخشی مثبت بودند که شاید به این دلیل باشد که احتمال انتشار مقالات با اثربخشی مثبت بیش‌تر است. متاسفانه دسترسی به متن کامل برخی مطالعات و به خصوص پایان نامه‌های 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، نقش بازی، تروماتراپی و.. نام برد که برخی از آن ها به لحاظ مسائل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی در مطالعات ایرانی وارد نشده است(20 ،18).

طبق نتایج این بررسی، اکثر مداخلات انجام گرفته در رابطه با عملکرد جنسی بر پایه ی 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 می شود(63 ،62). در یک مطالعه مروری، 90 درصد از مداخلات در درمان اختلال ارگاسم از نوع غیردارویی بود و در این میان نیز اکثرا 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). متاآنالیز 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. Mestonو 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 می باشد، 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(68 ،67)، این واقعیت که رفتار جنسی و در نتیجه لذت جنسی با ایجاد شناخت قابل آموزش و تغییر است، غیر قابل انکار می‌نماید(69).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

در این مطالعه مشاوره با مدل PLISSITبر 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 کشورهایی مثل انگلستان مورد استفاده قرار گرفته است و کارایی آن در مطالعات مختلف نشان داده شده است(71 ،70). 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 توجیه است(73 ،72). 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 بیش‌تر 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 توجیه می‌باشد. با وجود تنوع مداخلات درمانی در مطالعات خارجی، در مطالعات داخلی، بیش‌تر 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 می‌نماییم.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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-

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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 gyneocologic cancer. Gynecol Oncol 2012;125(2):320–325.
50. Jahanfar S, Molaeenezhad 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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. Kabakci 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 Sighaldeh 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-23]