Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 3, Issue 2, PP 1-20

Investigation of the Causes of Female Sexual Dysfunction and Development and Effectiveness of an Integrative Therapeutic Package on Sexual Satisfaction, Sexual Function, and Marital Intimacy

1. Afsaneh Moradi: Department of Counseling and Psychology, Ya.C., Islamic Azad University, Yazd, Iran
2. Marieh Dehghan Manshadi*: Department of Psychology & Counselling, Ya. C., Islamic Azad University, Yazd, Iran
3. Mohammad Hossein Fallah: Department of Counseling and Psychology, Ya.C., Islamic Azad University, Yazd, Iran
4. Najmeh Sedrpoushan: Department of Counseling and Psychology, Ya.C., Islamic Azad University, Yazd, Iran

*Corresponding Author's Email: Marie.Dehghanmanshadi@iau.ac.ir

Received: 2025-04-29 Revised: 2025-08-03 Accepted: 2025-08-10 Published: 2025-08-23



How to Cite: Moradi, A., Dehghan Manshadi, M., Fallah, M. H., & Sedrpoushan, N. (2025). Investigation of the Causes of Female Sexual Dysfunction and Development and Effectiveness of an Integrative Therapeutic Package on Sexual Satisfaction, Sexual Function, and Marital Intimacy. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 3(2), 1-20.

Abstract

Introduction and Aim: Female sexual dysfunction is a multidimensional phenomenon influenced by cognitive, emotional, interpersonal, and sociocultural factors and may substantially impair the quality of marital relationships. This study aimed to identify the causes of female sexual dysfunction, develop an integrative therapeutic package based on qualitative findings, and evaluate its effectiveness on sexual satisfaction, sexual function, and marital intimacy.

Methodology: This study employed a sequential exploratory mixed-methods design consisting of qualitative and quantitative phases. In the qualitative phase, 20 women with sexual dysfunction who attended psychological and counseling centers in Isfahan, Iran, in 2024 were selected through purposive sampling. Data were collected using in-depth semi-structured interviews and analyzed through Colaizzi's seven-step method. Based on the extracted themes, a 10-session integrative therapeutic package was developed by combining components of cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment approaches, emotionally focused therapy, emotion regulation, mindfulness, sexual psychoeducation, and communication skills training. In the quantitative phase, 30 eligible women were randomly assigned to experimental and control groups, with 15 participants in each group. The Female Sexual Function Index, Index of Sexual Satisfaction, and Marital Intimacy Scale were used for assessment. Data were analyzed using analysis of covariance and repeated-measures procedures.

Findings: Qualitative analysis identified four major themes: individual, emotional, interpersonal and marital, and sociocultural factors. Analysis of covariance showed a significant difference between the experimental and control groups in sexual satisfaction after controlling for pretest scores, $F(1,27)=44.55$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.623$. The intervention also had a significant effect on sexual function, $F(1,27)=48.88$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.644$, and marital intimacy, $F(1,27)=48.47$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.642$. All adjusted differences favored the experimental group, and the three-month follow-up findings indicated relative maintenance of the treatment effects.

Conclusion: The findings demonstrated that female sexual dysfunction results from the interaction of multiple individual, emotional, marital, and sociocultural factors and that the developed integrative therapeutic package can significantly improve sexual satisfaction, sexual function, and marital intimacy. Accordingly, multidimensional interventions tailored to women's lived experiences may be useful in psychological, family counseling, and sexual health services.

Keywords: Female Sexual Dysfunction, Integrative Therapeutic Package, Sexual Satisfaction, Sexual Function, Marital Intimacy

Copyright: © 2025 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Female sexual dysfunction is a multidimensional health concern that can substantially affect women's psychological well-being, marital adjustment, relationship quality, and overall quality of life. Difficulties involving sexual desire, arousal, orgasm, pain, and satisfaction rarely occur independently of women's emotional, cognitive, relational, and sociocultural experiences. Contemporary perspectives therefore conceptualize female sexual dysfunction as the outcome of interactions among individual vulnerabilities, emotional processes, interpersonal dynamics, sexual beliefs, body-related perceptions, and broader cultural expectations. Sexual satisfaction is particularly important within this framework because it reflects not only the pleasurable aspects of sexual activity but also women's perceptions of emotional security, mutual responsiveness, fulfillment of sexual needs, and the overall quality of sexual communication within the marital relationship. Previous evidence indicates that sexual satisfaction is closely associated with marital functioning and may mediate the relationship between communication-related beliefs and marital burnout (Najafi et al., 2026).

Cognitive and self-perceptual processes represent another important component of women's sexual experiences. Dysfunctional sexual beliefs, negative sexual self-concept, performance anxiety, and difficulties with sexual assertiveness may interfere with women's capacity to communicate preferences and become fully engaged in sexual experiences. Interventions designed to enhance sexual intelligence, sexual assertiveness, interpersonal functioning, and sexual self-concept have consequently demonstrated beneficial effects among women experiencing marital difficulties (Jalali Asil et al., 2026). Body-related perceptions are similarly relevant. Interpersonal objectification and negative evaluations of one's body may intensify body shame and encourage excessive self-monitoring during intimate interactions, thereby diverting attention from bodily sensations and emotional connection (Bogen et al., 2026).

Emotional functioning also contributes substantially to women's sexual health. Mindfulness has been associated with better sexual function, and recent evidence suggests that this association can operate partly through depressive symptoms and the quality of sexual discourse between partners (Bahrami et al., 2026). Qualitative research further demonstrates that women experiencing sexual interest and arousal difficulties describe their problems in connection with complex emotional, cognitive, relational, and sociocultural experiences rather than as isolated physiological symptoms (Ghasemi et al., 2023). These findings support the need for therapeutic approaches capable of addressing multiple mechanisms simultaneously.

Sexual functioning is also strongly embedded in couples' relational environments. Sexual communication, including openness, frequency, quality, and the capacity to express preferences and concerns, is systematically associated with both sexual and relationship satisfaction (Mallory, 2022). Sexual satisfaction itself is influenced by a broad range of individual, psychological, physical, and interpersonal predictors (Rausch & Rettenberger, 2021). Moreover, cognitive processes may mediate the association between adverse experiences and subsequent sexual dysfunction, indicating that maladaptive beliefs and interpretations can become mechanisms through which earlier experiences continue to influence adult sexuality (Mansouri et al., 2021).

Evidence from psychological interventions supports the usefulness of addressing these mechanisms. Mindfulness-based cognitive therapy has demonstrated efficacy in women with sexual interest/arousal disorder (Brotto et al., 2021), while mindfulness-based sexual communication interventions have been associated with improvements in orgasm quality and sexual function (Kazemzadeh Atoufi et al., 2022). Sex therapy has also been shown to improve sexual self-efficacy and marital intimacy among couples experiencing sexual dysfunction (Karimpour et al., 2022). At the relational level, emotionally focused couples therapy provides an evidence-based framework for improving emotional connection and reducing relationship distress (Beasley & Ager, 2019). Culturally adapted marital enrichment interventions may additionally reduce women's sexual distress, emphasizing the importance of sociocultural fit in intervention design (Sazegar et al., 2022). Structured sexual counseling approaches, particularly PLISSIT and EX-PLISSIT, have likewise demonstrated favorable effects on sexual function, satisfaction, and quality of life (Ozdemir & Dogan Gangal, 2024). Although pharmacological approaches are available for selected forms of female sexual dysfunction, pharmacotherapy alone cannot adequately address the cognitive, emotional, interpersonal, and cultural dimensions underlying many sexual difficulties (Lee et al., 2022).

Taken together, previous research suggests that female sexual dysfunction requires a comprehensive therapeutic framework capable of integrating cognitive restructuring, emotional regulation, mindfulness, acceptance, sexual education, communication training, and intimacy enhancement. However, interventions developed directly from women's lived experiences and subsequently evaluated through a controlled quantitative phase remain limited. Therefore, the present study aimed to identify the causes and contributing factors of female sexual dysfunction, develop an integrative therapeutic package based on qualitative findings, and evaluate its effectiveness in improving sexual satisfaction, sexual function, and marital intimacy.

Methodology

The study employed a sequential exploratory mixed-methods design consisting of qualitative and quantitative phases. In the qualitative phase, the study population consisted of women with sexual dysfunction who had sought psychological or counseling services in Isfahan, Iran, in 2024. Twenty women were selected through purposive and convenience sampling. Data were collected through in-depth semi-structured interviews lasting approximately 30–65 minutes. The interview guide contained 33 principal questions, while additional probing questions were used according to participants' responses. Interviews continued until data saturation was achieved. All interviews were recorded with participants' consent, transcribed verbatim, and analyzed using Colaizzi's seven-step phenomenological method. To reduce researcher bias and enhance analytical credibility, the coding and categorization process was reviewed in consultation with two independent coders.

The qualitative findings were subsequently used to construct an integrative therapeutic package. The intervention combined selected components of cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment-based techniques, emotionally focused approaches, emotion regulation training, mindfulness, sexual psychoeducation, and communication skills training. The final protocol consisted of ten weekly face-to-face sessions. Its content validity was evaluated by seven psychology experts before implementation.

The quantitative phase used a quasi-experimental pretest-posttest control-group design with a three-month follow-up. Thirty eligible women were recruited and randomly allocated to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. Eligibility criteria included sexual dysfunction, an age range of 25–40 years, having at least one child, an active marital relationship, and willingness to participate in treatment sessions. Withdrawal from participation, repeated absence from treatment sessions, or failure to complete major assessments constituted exclusion criteria. The experimental group received the ten-session integrative intervention, while the control group did not receive the intervention during the study period.

Sexual function was assessed using the 19-item Female Sexual Function Index, which evaluates desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. Sexual satisfaction was assessed using the 25-item Index of Sexual Satisfaction, and marital intimacy was measured using the 17-item Marital Intimacy Scale. Measures were administered at pretest, posttest, and three-month follow-up. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, independent-samples t-tests, analysis of covariance, and repeated-measures procedures. Statistical assumptions, including normality, homogeneity of variance, homogeneity of regression slopes, and independence of observations, were examined before inferential analyses.

Findings

Qualitative analysis resulted in four major themes underlying female sexual dysfunction: individual factors, emotional factors, interpersonal and marital factors, and sociocultural factors. Individual factors included dysfunctional sexual beliefs, negative body image, performance anxiety, shame and guilt, and adverse past experiences. Emotional factors comprised difficulties in emotion regulation, emotional suppression, depression, and anxiety. Interpersonal and marital factors included poor communication skills, marital conflicts, lack of emotional intimacy, and difficulty expressing sexual needs. Sociocultural factors consisted primarily of sexual taboos, inadequate sexual education, and stereotypical gender roles. These themes were used as the empirical foundation for the ten-session therapeutic protocol.

At baseline, the experimental and control groups were comparable in age and duration of marriage. The mean age was 34.20 years in the experimental group and 33.80 years in the control group, with no statistically significant difference between groups. Mean duration of marriage was 7.40 and 7.60 years, respectively, and this difference was also nonsignificant.

Descriptive results showed substantial improvement in all three primary outcomes among participants receiving the intervention. Mean sexual satisfaction in the experimental group increased from 18.20 at pretest to 28.50 at posttest and remained at 27.80 at follow-up. Corresponding means in the control group were 17.80, 18.10, and 17.90. Mean sexual function in the experimental group increased from 19.50 at pretest to 31.20 at posttest and was 30.80 at follow-up, compared with 19.10, 19.40, and 19.20 in the control group. Marital intimacy increased from 42.50 at pretest to 62.40 at posttest and remained at 61.80 at follow-up in the experimental group, whereas the control-group means were 41.80, 42.10, and 41.90.

Statistical assumptions for analysis of covariance were satisfied. Shapiro-Wilk tests indicated no significant departures from normality across the dependent variables. Levene's tests were nonsignificant for sexual satisfaction, sexual function, and marital intimacy, supporting homogeneity of variance. Group-by-pretest interaction effects were also nonsignificant, confirming homogeneity of regression slopes.

After controlling for pretest scores, analysis of covariance demonstrated a significant group effect for sexual satisfaction, $F(1,27)=44.55$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.623$. A significant effect was also found for sexual function, $F(1,27)=48.88$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.644$. Marital intimacy similarly differed significantly between groups after adjustment for baseline scores, $F(1,27)=48.47$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.642$. The direction of the adjusted differences favored the experimental group across all three outcomes. The follow-up means remained close to posttest values, indicating that the improvements achieved through the intervention were largely maintained over the three-month follow-up period.

Discussion and Conclusion

The qualitative findings demonstrated that female sexual dysfunction is best understood as a multidimensional phenomenon rather than a narrowly physiological disturbance. Dysfunctional beliefs, negative body image, performance anxiety, shame, emotional dysregulation, marital conflict, poor communication, inadequate intimacy, sexual taboos, and insufficient sexual education appeared to interact in shaping women's sexual experiences. This pattern justified the development of an integrative intervention rather than reliance on a single therapeutic orientation.

The significant improvement in sexual satisfaction may be explained by the simultaneous modification of several processes that contribute to women's evaluations of their sexual relationships. Cognitive restructuring may have reduced maladaptive beliefs and unrealistic expectations, while sexual psychoeducation could have corrected misconceptions and reduced shame. Mindfulness and emotion regulation exercises may have increased women's ability to remain attentive to bodily and emotional experiences rather than becoming preoccupied with performance. Communication training may additionally have facilitated clearer expression of sexual needs and preferences, contributing to more satisfying intimate interactions.

The substantial improvement in sexual function suggests that the therapeutic package affected not merely participants' subjective appraisal of their relationships but also broader components of sexual responding. Reducing performance anxiety and self-monitoring, increasing attention to sensory experiences, improving body acceptance, and introducing gradual sensate-focus exercises may have facilitated desire, arousal, orgasmic functioning, and general sexual responsiveness. The maintenance of these improvements at follow-up further suggests that participants acquired skills that could continue to be applied independently after treatment termination.

The improvement observed in marital intimacy is particularly important because it indicates that the benefits of the intervention extended beyond sexual functioning. Training in assertive communication, active listening, emotional awareness, expression of needs, and positive couple interaction likely contributed to greater emotional closeness. The reciprocal relationship between sexual and emotional intimacy may also have created a reinforcing process in which better communication facilitated more positive sexual experiences, while improvements in sexual satisfaction strengthened emotional connection.

Overall, the integration of qualitative and quantitative phases provided a coherent model for both understanding and treating female sexual dysfunction. The qualitative phase identified the factors most salient to women's lived experiences, and these factors were directly translated into treatment components. The quantitative findings subsequently demonstrated significant improvements in sexual satisfaction, sexual function, and marital intimacy, with large effect sizes and substantial maintenance at the three-month follow-up. The findings therefore

support the potential utility of a culturally responsive, multidimensional integrative therapeutic package for women experiencing sexual dysfunction and suggest that interventions addressing cognitive, emotional, behavioral, interpersonal, and sociocultural dimensions concurrently may provide meaningful clinical benefits.

بررسی علل ناکارآمدی جنسی زنان و تدوین و اثربخشی بسته درمانی التقاطی بر رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی

۱. افسانه مرادی: گروه مشاوره و روان شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
۲. ماریه دهقان منشادی*: گروه روانشناسی و مشاوره، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
۲. محمدحسین فلاح: گروه مشاوره و روان شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران
۴. نجمه سدرپوشان: گروه مشاوره و روان شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: Marie.Dehghanmanshadi@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۱۲ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۹ انتشار: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱



نحوه استناددهی: مرادی، افسانه.، دهقان منشادی، ماریه.، فلاح، محمدحسین.، و سدرپوشان، نجمه. (۱۴۰۴). بررسی علل ناکارآمدی جنسی زنان و تدوین و اثربخشی بسته درمانی التقاطی بر رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۳(۲)، ۲۰-۱.

چکیده

مقدمه و هدف: ناکارآمدی جنسی زنان پدیده‌ای چندبعدی است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل شناختی، هیجانی، بین‌فردی و فرهنگی قرار گیرد و پیامدهای قابل توجهی برای کیفیت رابطه زناشویی ایجاد کند. پژوهش حاضر با هدف شناسایی علل ناکارآمدی جنسی زنان، تدوین یک بسته درمانی التقاطی مبتنی بر یافته‌های کیفی و بررسی اثربخشی آن بر رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش با روش آمیخته اکتشافی متوالی در دو مرحله کیفی و کمی انجام شد. در مرحله کیفی، ۲۰ زن دارای ناکارآمدی جنسی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی و مشاوره‌ای شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با روش هفت‌مرحله‌ای کالیزی تحلیل شدند. بر اساس مضامین استخراج‌شده، یک بسته درمانی التقاطی ۱۰ جلسه‌ای با تلفیق مؤلفه‌هایی از درمان شناختی ـ رفتاری، پذیرش و تعهد، درمان هیجان‌مدار، تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی، روان‌آموزی جنسی و آموزش مهارت‌های ارتباطی تدوین شد. در مرحله کمی، ۳۰ زن واجد شرایط به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک ۱۵ نفر، قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل شاخص عملکرد جنسی زنان، شاخص رضایت جنسی و مقیاس صمیمیت زناشویی بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل کیفی به شناسایی چهار مضمون اصلی شامل عوامل فردی، هیجانی، بین‌فردی و زناشویی و فرهنگی ـ اجتماعی منجر شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در رضایت جنسی معنادار بود ($F(1,27)=44.55$، $p<0.001$، $\eta p^2=0.623$). همچنین، اثر مداخله بر عملکرد جنسی معنادار به دست آمد ($F(1,27)=48.88$، $p<0.001$، $\eta p^2=0.644$) و تفاوت دو گروه در صمیمیت زناشویی نیز معنادار بود ($F(1,27)=48.47$، $p<0.001$، $\eta p^2=0.642$). جهت تفاوت‌ها در هر سه متغیر به نفع گروه آزمایش بود و نتایج پیگیری سه‌ماهه نیز پایداری نسبی اثرات مداخله را نشان داد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که ناکارآمدی جنسی زنان حاصل تعامل عوامل متعدد فردی، هیجانی، زناشویی و فرهنگی است و بسته درمانی التقاطی تدوین‌شده می‌تواند به‌طور معناداری رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی را بهبود دهد. بنابراین، استفاده از مداخلات چندبعدی و متناسب با عوامل تجربه‌شده توسط زنان می‌تواند در خدمات روان‌شناختی، مشاوره خانواده و سلامت جنسی سودمند باشد.

کلیدواژگان: ناکارآمدی جنسی زنان، بسته درمانی التقاطی، رضایت جنسی، عملکرد جنسی، صمیمیت زناشویی

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

ناکارآمدی جنسی زنان یکی از مسائل مهم و در عین حال چندبعدی در حوزه سلامت روان، سلامت جنسی و روابط زناشویی است که می‌تواند در سطوح فردی، عاطفی، شناختی، بین‌فردی و اجتماعی پیامدهای قابل توجهی ایجاد کند. مشکلات مربوط به میل جنسی، برانگیختگی، ارگاسم، درد، رضایت از رابطه جنسی و احساس کفایت جنسی، صرفاً به تجربه جنسی محدود نمی‌شوند، بلکه می‌توانند با کاهش عزت‌نفس، افزایش اضطراب، شکل‌گیری تعارض‌های زناشویی، کاهش رضایت از رابطه، فاصله عاطفی میان زوجین و حتی فرسودگی زناشویی همراه شوند. به همین دلیل، امروزه ناکارآمدی جنسی زنان نه به‌عنوان یک اختلال منفرد، بلکه به‌عنوان پدیده‌ای پیچیده و متأثر از تعامل عوامل زیستی، روان‌شناختی، رابطه‌ای و فرهنگی مورد توجه قرار می‌گیرد. در چنین چارچوبی، فهم تجربه زنان مبتلا به مشکلات جنسی و شناسایی عوامل تداوم‌بخش این مشکلات، مقدمه‌ای ضروری برای انتخاب یا طراحی مداخلات درمانی مؤثر به شمار می‌رود.

یکی از مهم‌ترین ابعاد مرتبط با ناکارآمدی جنسی زنان، رضایت جنسی است. رضایت جنسی نه‌تنها بازتابی از کیفیت تجربه جنسی است، بلکه به ارزیابی کلی فرد از هماهنگی، لذت، امنیت، برآورده‌شدن نیازها و کیفیت ارتباط جنسی با همسر مربوط می‌شود. شواهد نشان داده‌اند که رضایت جنسی در بافت زناشویی ارتباط نزدیکی با کیفیت رابطه، باورهای ارتباطی، تعارض‌های زناشویی و فرسودگی رابطه دارد و می‌تواند نقش میانجی میان عوامل شناختی و پیامدهای زناشویی ایفا کند (Najafi et al., 2026). از این منظر، کاهش رضایت جنسی می‌تواند هم پیامد ناکارآمدی جنسی و هم عاملی برای تداوم مشکلات ارتباطی و زناشویی باشد. هنگامی که تجربه جنسی با اضطراب، ناکامی، اجتناب، احساس شرم یا ناتوانی در بیان نیازها همراه شود، احتمال شکل‌گیری چرخه‌ای افزایش می‌یابد که در آن کاهش رضایت جنسی، فاصله عاطفی را بیشتر کرده و این فاصله نیز به نوبه خود مشکلات جنسی را تشدید می‌کند.

بررسی‌های جدید همچنین نشان می‌دهند که عوامل شناختی و ارتباطی نقش مهمی در تجربه جنسی زنان دارند. برای مثال، باورهای فرد درباره خود، بدن، نقش جنسی، شایستگی جنسی و کیفیت ارتباط با همسر می‌توانند نحوه تجربه و ارزیابی رابطه جنسی را تحت تأثیر قرار دهند. بسته‌های آموزشی و مشاوره‌ای مبتنی بر افزایش هوش جنسی، جرأت‌مندی جنسی، اصلاح خودپنداره جنسی و کاهش مشکلات بین‌فردی می‌توانند در بهبود تجربه جنسی زنان مؤثر باشند (Jalali Asil et al., 2026). این یافته بر این نکته تأکید می‌کند که درمان ناکارآمدی جنسی زنان نمی‌تواند صرفاً بر علائم جسمانی یا تکنیک‌های رفتاری تمرکز داشته باشد، بلکه باید مؤلفه‌های شناختی، ارتباطی و خودادراکی را نیز دربرگیرد. درواقع، نحوه‌ای که زن درباره بدن، خواسته‌های جنسی و حق ابراز نیازهای خود فکر می‌کند، می‌تواند به اندازه عوامل زیستی بر عملکرد و رضایت جنسی اثرگذار باشد.

یکی از مؤلفه‌های مهم در این زمینه، تصویر بدنی و شرم بدنی است. تجربه ابژه‌سازی بین‌فردی، مقایسه اجتماعی، فشارهای فرهنگی مربوط به ظاهر و بدن ایده‌آل، و ارزیابی مداوم خود از منظر نگاه دیگران می‌توانند زمینه‌ساز افزایش شرم بدنی و کاهش احساس راحتی در موقعیت‌های جنسی شوند. شواهد جدید نشان داده‌اند که شرم بدنی می‌تواند با تجربه‌های مرتبط با رفتار و حس‌جویی جنسی زنان ارتباط داشته باشد و این مسئله بار دیگر اهمیت نحوه ادراک بدن در تجربه جنسی را برجسته می‌کند (Bogen et al., 2026). زنی که در موقعیت جنسی بیش از آنکه بر حس، لذت و ارتباط تمرکز کند، درگیر قضاوت درباره ظاهر بدن، نگرانی از ارزیابی همسر یا احساس شرم باشد، احتمالاً با کاهش برانگیختگی و افزایش اضطراب عملکرد روبه‌رو خواهد شد. بنابراین، توجه به پذیرش بدن و کاهش خودشی‌وارگی می‌تواند یکی از اجزای مهم هر مداخله جامع در این حوزه باشد.

عامل مهم دیگر، ذهن‌آگاهی و نحوه مدیریت حالات عاطفی است. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی با عملکرد جنسی زنان ارتباط دارد و این رابطه می‌تواند از طریق متغیرهایی مانند افسردگی و کیفیت گفت‌وگوی جنسی میان زوجین میانجی‌گری شود (Bahrami et al., 2026). این یافته از نظر نظری اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا نشان می‌دهد که توجه غیرقضاوتی به تجربه لحظه حال می‌تواند از چند مسیر به بهبود عملکرد جنسی کمک کند؛ از جمله کاهش اشتغال ذهنی، کم‌شدن خودنظارتی افراطی، کاهش نشانه‌های

خلقی منفی و بهبود ارتباط جنسی. در بسیاری از زنان مبتلا به ناکارآمدی جنسی، افکار مزاحم، نگرانی از عملکرد، ترس از نارضایتی همسر یا شرم از بیان خواسته‌ها می‌توانند تمرکز بر تجربه جنسی را مختل کنند. در چنین شرایطی، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند به کاهش درگیری شناختی و افزایش توجه به احساسات بدنی و هیجانی کمک کنند.

اهمیت نقش تجربه زیسته زنان در فهم ناکارآمدی جنسی نیز در مطالعات کیفی مورد تأکید قرار گرفته است. پژوهش‌های کیفی درباره زنان دارای اختلال میل یا برانگیختگی جنسی نشان داده‌اند که این زنان تجربه خود را در قالب مجموعه‌ای از دشواری‌های عاطفی، شناختی، رابطه‌ای و اجتماعی توصیف می‌کنند و اغلب مشکلات جنسی آنان در بستری از اضطراب، تعارض زوجی، فشار فرهنگی و فقدان ارتباط مناسب شکل می‌گیرد (Ghasemi et al., 2023). یافته‌های چنین مطالعاتی نشان می‌دهد که رویکردهای صرفاً تشخیصی یا نشانه‌محور نمی‌توانند تمامی ابعاد مسئله را توضیح دهند. درک معانی شخصی، تجربه شرم، نوع رابطه با همسر، سطح آگاهی جنسی و برداشت فرد از نقش‌های جنسیتی، همگی برای طراحی مداخله‌ای متناسب و قابل پذیرش ضروری هستند.

از منظر فرهنگی نیز، تجربه جنسی زنان همواره در خلأ شکل نمی‌گیرد. نگرش‌های اجتماعی، محدودیت‌های گفت‌وگو درباره مسائل جنسی، تابوهای فرهنگی، آموزش ناکافی و نقش‌های جنسیتی کلیشه‌ای می‌توانند هم بر شکل‌گیری مشکلات جنسی و هم بر نحوه درخواست کمک اثرگذار باشند. در برخی بافت‌ها، زنان ممکن است از بیان نیاز، نارضایتی یا خواسته‌های جنسی خود اجتناب کنند یا تجربه جنسی را بیشتر به‌عنوان وظیفه زناشویی تلقی کنند تا عرصه‌ای برای ارتباط دوسویه و لذت مشترک. مداخلات بومی‌سازی‌شده که به بافت فرهنگی و ویژگی‌های رابطه زوجین توجه دارند، می‌توانند در کاهش آشفتگی جنسی و بهبود کیفیت رابطه مؤثر باشند (Sazegar et al., 2022). از این رو، طراحی مداخلات برای زنان ایرانی مستلزم آن است که هم شواهد بین‌المللی و هم مؤلفه‌های فرهنگی و رابطه‌ای خاص جامعه هدف در نظر گرفته شوند.

در کنار عوامل فرهنگی، کیفیت ارتباط جنسی زوجین یکی از مهم‌ترین متغیرهای مرتبط با رضایت جنسی است. فراتحلیل‌ها نشان داده‌اند که ابعاد مختلف ارتباط جنسی، از جمله فراوانی، کیفیت، بازبودن ارتباط، توانایی بیان خواسته‌ها و گفت‌وگوی بدون قضاوت، با رضایت زناشویی و رضایت جنسی ارتباط دارند (Mallory, 2022). ارتباط جنسی مؤثر به زوجین اجازه می‌دهد نیازها، ترجیحات، محدودیت‌ها و نگرانی‌های خود را به شکلی روشن و ایمن بیان کنند. در مقابل، اجتناب از گفت‌وگو یا ترس از واکنش همسر می‌تواند سوءبرداشت، ناکامی و فاصله عاطفی ایجاد کند. از این منظر، آموزش جرأت‌مندی جنسی، گوش‌دادن فعال و گفت‌وگوی ساختاریافته می‌تواند در کنار مداخلات شناختی و هیجانی نقش مهمی در بهبود پیامدهای جنسی ایفا کند.

از سوی دیگر، رضایت جنسی زنان تحت تأثیر مجموعه گسترده‌ای از عوامل قرار دارد. مرورهای نظام‌مند نشان داده‌اند که متغیرهای فردی، بین‌فردی، روان‌شناختی، جسمانی و زمینه‌ای می‌توانند رضایت جنسی را پیش‌بینی کنند و هیچ عامل منفردی به‌تنهایی قادر به توضیح همه تفاوت‌های فردی نیست (Rausch & Rettenberger, 2021). این یافته با دیدگاه چندعاملی نسبت به ناکارآمدی جنسی همسو است و تأکید می‌کند که درمان باید منعطف و چندسطحی باشد. برای مثال، در یک زن ممکن است عامل اصلی اضطراب و افسردگی باشد، در فردی دیگر تعارض زناشویی و ناتوانی در بیان نیازها، و در فردی دیگر ترکیبی از تصویر بدنی منفی، باورهای ناکارآمد و تجربه‌های ناخوشایند گذشته نقش اصلی داشته باشند. بنابراین، بسته‌های درمانی تک‌رویکردی ممکن است در برخی افراد مؤثر باشند اما نتوانند نیازهای همه مراجعان را پوشش دهند.

نقش تجربه‌های منفی گذشته و عوامل شناختی نیز در ادبیات پژوهشی مورد توجه قرار گرفته است. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوامل شناختی می‌توانند رابطه میان تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی و ناکارآمدی جنسی در بزرگسالی را میانجی‌گری کنند (Mansouri et al., 2021). این یافته به‌ویژه از این جهت اهمیت دارد که تأکید می‌کند پیامدهای تجربه‌های منفی لزوماً مستقیم نیستند، بلکه ممکن است از طریق شکل‌گیری باورهای منفی درباره خود، بدن، صمیمیت، اعتماد و رابطه جنسی تداوم یابند. چنین الگویی با منطق درمان شناختی ـ رفتاری سازگار است و نشان می‌دهد اصلاح

باورهای ناکارآمد و تفسیرهای منفی می‌تواند بخشی از مسیر درمان باشد.

در زمینه مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز شواهد تجربی قابل توجهی وجود دارد. در یک کارآزمایی تصادفی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی در زنان مبتلا به اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی با بهبود پیامدهای جنسی همراه بود و در مقایسه با آموزش و درمان حمایتی جنسی، اثرات قابل توجهی نشان داد (Brotto et al., 2021). این نتایج از این فرض حمایت می‌کنند که کاهش قضاوت، افزایش حضور ذهن، توجه به حس‌های بدنی و تنظیم بهتر واکنش‌های هیجانی می‌توانند در درمان مشکلات جنسی زنان نقش کلیدی داشته باشند. با این حال، ذهن‌آگاهی به‌تنهایی همه ابعاد مشکلات جنسی را پوشش نمی‌دهد و در مواردی که تعارض زناشویی، باورهای غلط یا ضعف ارتباطی برجسته است، نیاز به تلفیق آن با رویکردهای دیگر وجود دارد.

در سطح زوجی، رویکردهای هیجان‌مدار نیز جایگاه مهمی دارند. مرور نظام‌مند اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان داده است که این رویکرد می‌تواند در بهبود کیفیت رابطه، کاهش آشفتگی زوجی و افزایش پیوند عاطفی مؤثر باشد (Beasley & Ager, 2019). این رویکرد با تمرکز بر شناسایی هیجانات زیرین، چرخه‌های تعاملی منفی و نیازهای دلبستگی، می‌تواند به زوجین کمک کند تا به جای پاسخ‌های دفاعی یا اجتنابی، تعامل عاطفی ایمن‌تری ایجاد کنند. از آنجا که صمیمیت زناشویی یکی از پیامدهای کلیدی در ناکارآمدی جنسی زنان است، بهره‌گیری از مؤلفه‌های هیجان‌مدار می‌تواند در درمان اهمیت ویژه‌ای داشته باشد.

همچنین، مداخلات اختصاصی حوزه سکس‌تراپی در بهبود خودکارآمدی جنسی و صمیمیت زناشویی سودمند گزارش شده‌اند. شواهد نشان می‌دهد که سکس‌تراپی می‌تواند از طریق آموزش، کاهش اضطراب، اصلاح انتظارات و افزایش تعامل جنسی زوجین، هم احساس کفایت جنسی و هم صمیمیت را افزایش دهد (Karimpour et al., 2022). این یافته بر اهمیت تمرین‌های رفتاری، آموزش ساختار پاسخ جنسی و تمرین‌های ارتباطی در برنامه‌های درمانی تأکید می‌کند.

در پژوهش‌های مداخله‌ای دیگر نیز درمان‌های مبتنی بر ارتباط جنسی و ذهن‌آگاهی نتایج مثبتی نشان داده‌اند. برای نمونه، درمان ارتباط جنسی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان مبتلا به اختلال ارگاسم با بهبود کیفیت ارگاسم و عملکرد جنسی همراه بوده است (Kazemzadeh Atoufi et al., 2022). این نوع یافته‌ها نشان می‌دهد که ترکیب آموزش ارتباط جنسی با تکنیک‌های افزایش آگاهی بدنی و هیجانی می‌تواند اثر هم‌افزایی ایجاد کند؛ به‌گونه‌ای که فرد هم نسبت به تجربه درونی خود آگاه‌تر شود و هم توانایی بیشتری برای انتقال نیازها و خواسته‌هایش به همسر پیدا کند.

در کنار درمان‌های روان‌شناختی، رویکردهای دارویی نیز در مدیریت برخی اشکال ناکارآمدی جنسی زنان مورد استفاده قرار می‌گیرند، اما مرور شواهد مربوط به دارودرمانی نشان می‌دهد که اثربخشی داروها بسته به نوع اختلال، زمینه ایجاد آن و ویژگی‌های فردی متفاوت است و مداخلات دارویی به‌تنهایی نمی‌توانند تمام ابعاد روان‌شناختی و رابطه‌ای مشکلات جنسی زنان را پوشش دهند (Lee et al., 2022). این محدودیت، اهمیت رویکردهای جامع و چندبعدی را بیشتر می‌کند؛ به‌ویژه در زنانی که مشکلات آنان با عوامل شناختی، هیجانی و زناشویی گره خورده است.

الگوهای مشاوره جنسی ساختاریافته نیز جایگاه مهمی در این حوزه دارند. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات مبتنی بر مدل‌های PLISSIT و EX-PLISSIT نشان داده است که مشاوره جنسی می‌تواند عملکرد جنسی، رضایت جنسی و کیفیت زندگی را بهبود دهد (Ozdemir & Dogan Gangal, 2024). یکی از نقاط قوت این مدل‌ها، ساختار مرحله‌ای آنها از اجازه‌دادن برای گفت‌وگو درباره مسائل جنسی تا ارائه اطلاعات، پیشنهادهای اختصاصی و درمان فشرده است. با وجود این، چنین مدل‌هایی نیز بسته به شدت و پیچیدگی مشکل ممکن است نیازمند ترکیب با مداخلات شناختی، هیجانی و رابطه‌ای باشند.

مجموع این شواهد نشان می‌دهد که ناکارآمدی جنسی زنان حاصل برهم‌کنش شبکه‌ای از عوامل است و مداخلات اثربخش باید بتوانند چندین مسیر را به‌طور هم‌زمان هدف قرار دهند. رویکرد شناختی ـ رفتاری می‌تواند باورهای ناکارآمد و اضطراب عملکرد را اصلاح کند؛ ذهن‌آگاهی می‌تواند توجه به تجربه لحظه‌ای و کاهش

خودقضاوتی را تقویت کند؛ درمان مبتنی بر پذیرش می‌تواند اجتناب تجربی و شرم را کاهش دهد؛ تنظیم هیجان می‌تواند به مدیریت اضطراب و حالات منفی کمک کند؛ مؤلفه‌های هیجان‌مدار می‌توانند صمیمیت و پیوند عاطفی را تقویت کنند؛ و آموزش ارتباط جنسی و جرأت‌مندی می‌تواند بیان نیازها و رضایت زوجی را بهبود بخشد. به همین دلیل، استفاده از یک بسته درمانی التقاطی که براساس عوامل واقعی استخراج‌شده از تجربه زنان طراحی شود، از نظر نظری و بالینی توجیه‌پذیر است.

با وجود شواهد موجود، بخش مهمی از پژوهش‌های پیشین بر یک رویکرد درمانی خاص، یک بعد از عملکرد جنسی یا یک پیامد محدود متمرکز بوده‌اند و کمتر مطالعه‌ای ابتدا به‌طور کیفی علل و عوامل مرتبط با ناکارآمدی جنسی را در زنان یک بافت فرهنگی مشخص استخراج کرده و سپس بر همان اساس، یک بسته درمانی چندرویکردی تدوین و اثربخشی آن را بر چند پیامد هم‌زمان ارزیابی کرده است. این خلأ به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران اهمیت دارد، زیرا باورهای جنسیتی، تابوهای جنسی، کیفیت آموزش جنسی و الگوهای ارتباطی خانواده می‌توانند شکل بروز و تداوم مشکلات جنسی را تحت تأثیر قرار دهند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف شناسایی علل ناکارآمدی جنسی زنان، تدوین یک بسته درمانی التقاطی مبتنی بر یافته‌های کیفی و بررسی اثربخشی آن بر رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر با هدف شناسایی علل و عوامل مرتبط با ناکارآمدی جنسی زنان، تدوین یک بسته درمانی التقاطی متناسب با عوامل شناسایی‌شده و بررسی اثربخشی این بسته بر رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی انجام شد. از نظر روش‌شناختی، پژوهش حاضر از نوع آمیخته کیفی ـ کمی و دارای طرح اکتشافی متوالی بود که در دو مرحله مرتبط با یکدیگر اجرا شد. در مرحله کیفی، تجربه‌های زیسته زنان دارای ناکارآمدی جنسی با استفاده از مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته بررسی شد تا عوامل زمینه‌ساز، تداوم‌بخش و مرتبط با ناکارآمدی جنسی آنان شناسایی و مضامین اصلی استخراج شوند. یافته‌های حاصل از این مرحله، همراه با مبانی نظری و شواهد پژوهشی مرتبط، مبنای تدوین بسته درمانی التقاطی قرار گرفت. در مرحله کمی، اثربخشی بسته درمانی تدوین‌شده با استفاده از یک طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه ارزیابی شد. جامعه پژوهش در هر دو مرحله شامل زنان دارای ناکارآمدی جنسی مراجعه‌کننده به درمانگران و مراکز ارائه‌دهنده خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود. در بخش کیفی، ۲۰ زن با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. انتخاب مشارکت‌کنندگان با تأکید بر برخورداری از تجربه مرتبط با پدیده مورد مطالعه و توانایی ارائه اطلاعات غنی درباره مشکلات جنسی صورت گرفت و فرایند گردآوری داده‌ها تا زمان دستیابی به اشباع داده‌ها و عدم ظهور مفاهیم جدید ادامه یافت. مصاحبه‌ها به‌صورت فردی و در فضایی محرمانه انجام شدند و مدت هر مصاحبه بین ۳۰ تا ۶۵ دقیقه بود. در بخش کمی، ۳۰ زن واجد شرایط که به‌صورت داوطلبانه برای ورود به مطالعه اعلام آمادگی کرده بودند، پس از بررسی معیارهای ورود انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک شامل ۱۵ نفر، تخصیص یافتند. معیارهای ورود شامل برخورداری از نشانه‌های ناکارآمدی جنسی براساس ابزار غربالگری مورد استفاده در پژوهش، قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل یک فرزند، برخورداری از زندگی زناشویی فعال و تمایل آگاهانه برای حضور در جلسات درمانی و تکمیل مراحل اندازه‌گیری بود. عدم تمایل به ادامه همکاری، غیبت مکرر در جلسات درمانی یا عدم تکمیل مراحل اصلی ارزیابی از معیارهای خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. پس از انتخاب نمونه و تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌ها، هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه درمانی حضوری و هفتگی مبتنی بر بسته درمانی التقاطی شرکت کرد، درحالی‌که گروه کنترل در طول این دوره مداخله درمانی مورد مطالعه را دریافت نکرد. محتوای بسته درمانی در دو مرحله تدوین شد. ابتدا مضامین و مقوله‌های استخراج‌شده از مصاحبه‌های کیفی به‌عنوان نیازها و اهداف درمانی اصلی مورد توجه قرار گرفتند و سپس، براساس ماهیت این عوامل و با استفاده از مبانی درمان شناختی ـ رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان هیجان‌مدار، آموزش تنظیم هیجان و ذهن‌آگاهی، مؤلفه‌های مناسب انتخاب و به‌صورت منسجم تلفیق شدند. بسته نهایی شامل ۱۰ جلسه بود و محتوای آن

موضوعاتی نظیر برقراری اتحاد درمانی و ارزیابی اولیه، روان‌آموزی جنسی و شناخت ساختار عملکرد جنسی، شناسایی و اصلاح شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد جنسی، افزایش آگاهی هیجانی و تنظیم هیجان، بهبود ارتباط زوجی و صمیمیت زناشویی، افزایش پذیرش و خودشفقتی و کاهش شرم جنسی، تمرین‌های تدریجی مرتبط با افزایش میل و برانگیختگی، بررسی نقش‌ها و انتظارات جنسی، آموزش حل تعارض‌های جنسی و زناشویی و در نهایت مرور تغییرات و تدوین برنامه نگهدارنده را دربرمی‌گرفت. برای بررسی اعتبار محتوایی بسته، نسخه اولیه در اختیار هفت نفر از استادان و متخصصان روان‌شناسی قرار گرفت و اصلاحات لازم براساس نظر آنان انجام شد. پس از اتمام ۱۰ جلسه، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و سه ماه بعد نیز مرحله پیگیری به‌منظور ارزیابی پایداری اثرات مداخله انجام گرفت.

در مرحله کیفی از مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. راهنمای اولیه مصاحبه شامل ۳۳ پرسش اصلی بود که با هدف بررسی تجربه زنان از ناکارآمدی جنسی، عوامل فردی، شناختی، هیجانی، ارتباطی و زناشویی مرتبط با آن و شرایطی که موجب ایجاد یا تداوم مشکلات جنسی شده بودند طراحی شد. ماهیت نیمه‌ساختاریافته مصاحبه‌ها این امکان را فراهم می‌کرد که متناسب با پاسخ‌های هر مشارکت‌کننده، پرسش‌های پیگیری و کاوشگر برای روشن‌شدن ابعاد مختلف تجربه وی مطرح شود. پیش از شروع مصاحبه، هدف مطالعه و نحوه استفاده از اطلاعات برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد و مصاحبه‌ها با رضایت آنان ضبط شدند. فایل‌های صوتی بلافاصله پس از انجام مصاحبه به‌صورت کامل پیاده‌سازی و متن حاصل چندین بار بازخوانی شد. داده‌های به‌دست‌آمده از این مصاحبه‌ها علاوه بر شناسایی علل و عوامل مرتبط با ناکارآمدی جنسی زنان، به‌طور مستقیم برای تعیین اهداف، مؤلفه‌ها و محتوای بسته درمانی التقاطی مورد استفاده قرار گرفتند.

برای سنجش عملکرد جنسی زنان از شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۰) استفاده شد. این ابزار خودگزارشی شامل ۱۹ گویه است و ابعاد اصلی عملکرد جنسی زنان شامل میل جنسی، برانگیختگی، رطوبت واژن، ارگاسم، رضایت و درد جنسی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گویه‌های مربوط به هر یک از ابعاد مطابق دستورالعمل اصلی ابزار نمره‌گذاری می‌شوند و با اعمال ضرایب مربوط به هر خرده‌مقیاس، نمرات ابعاد و نمره کلی عملکرد جنسی به دست می‌آید. در تفسیر این ابزار، کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مطلوب‌تر عملکرد جنسی است. این شاخص در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه برای بررسی تغییرات عملکرد جنسی شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. به‌منظور بررسی تناسب محتوایی و قابلیت فهم ابزار در جامعه مورد مطالعه، روایی صوری و محتوایی آن با استفاده از نظر پنج نفر از استادان و متخصصان حوزه سلامت جنسی، روان‌شناسی بالینی و مشاوره خانواده بررسی شد. همچنین، همسانی درونی ابزار در مطالعه مقدماتی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد که مقدار آن بیشتر از ۸۰.۰ به دست آمد و نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار بود.

برای اندازه‌گیری رضایت جنسی از شاخص رضایت جنسی هادسون، هریسون و کراسکاپ استفاده شد. این مقیاس شامل ۲۵ گویه خودگزارشی است و برای ارزیابی نگرش و تجربه فرد نسبت به کیفیت رابطه و تعامل جنسی با همسر به کار می‌رود. پاسخ‌های شرکت‌کنندگان مطابق طیف درجه‌بندی‌شده ابزار ثبت و برخی از گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. نمره کل براساس دستورالعمل اصلی مقیاس و پس از اعمال نمره‌گذاری مستقیم و معکوس گویه‌ها محاسبه شد. در پژوهش حاضر این ابزار در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه اجرا شد تا تغییرات مربوط به رضایت جنسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل و همچنین پایداری تغییرات ایجادشده پس از پایان مداخله مورد ارزیابی قرار گیرد.

برای ارزیابی صمیمیت زناشویی از مقیاس صمیمیت زناشویی تامپسون و والکر (۱۹۸۳) استفاده شد. این ابزار دارای ۱۷ گویه است که میزان نزدیکی، پیوند عاطفی، درک متقابل و تجربه صمیمیت میان زوجین را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ به گویه‌ها بر روی یک طیف هفت‌درجه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» انجام می‌شود و نمره کل مطابق دستورالعمل ابزار از مجموع نمرات گویه‌ها محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر بیانگر سطح بالاتر صمیمیت ادراک‌شده در رابطه زناشویی است. این ابزار نیز در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه در هر دو گروه اجرا شد و نمرات حاصل برای تعیین

میزان تغییرات صمیمیت زناشویی ناشی از مشارکت در بسته درمانی التقاطی مورد استفاده قرار گرفت.

تحلیل داده‌های کیفی با استفاده از روش هفت‌مرحله‌ای کالیزی انجام شد. پس از پیاده‌سازی کامل مصاحبه‌ها، متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد تا پژوهشگر درک کلی و جامعی از تجربه مشارکت‌کنندگان به دست آورد. در ادامه، عبارت‌ها و گزاره‌های معنادار مرتبط با تجربه ناکارآمدی جنسی مشخص و استخراج شدند و سپس معنای مستتر در هر یک از این گزاره‌ها صورت‌بندی شد. معانی صورت‌بندی‌شده براساس شباهت‌ها و ارتباط‌های مفهومی در خوشه‌های معنایی و مقوله‌های مرتبط سازمان‌دهی شدند و با ادامه فرایند مقایسه، مضامین اصلی و فرعی مرتبط با عوامل ناکارآمدی جنسی زنان شکل گرفتند. سپس توصیفی جامع از ساختار پدیده مورد مطالعه تدوین و مضامین استخراج‌شده با داده‌های اولیه مطابقت داده شدند. برای افزایش اعتبار تحلیل و کاهش تأثیر سوگیری احتمالی پژوهشگر، فرایند کدگذاری و طبقه‌بندی مفاهیم با مشارکت و مشورت دو کدگذار مستقل دیگر مورد بازبینی قرار گرفت و موارد اختلاف از طریق بحث و بررسی تا دستیابی به توافق نهایی حل شد. نتایج این بخش نه‌تنها برای تبیین علل و ابعاد ناکارآمدی جنسی زنان، بلکه به‌عنوان مبنای تجربی طراحی اهداف، فنون و محتوای بسته درمانی التقاطی مورد استفاده قرار گرفتند.

داده‌های کمی با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. در مرحله نخست، برای توصیف داده‌های مربوط به ویژگی‌های شرکت‌کنندگان و متغیرهای اصلی پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، از جمله میانگین و انحراف معیار، استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل‌های استنباطی، مفروضه‌های لازم برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک، از جمله وضعیت توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و سایر مفروضه‌های متناسب با مدل‌های تحلیلی، بررسی شدند. برای ارزیابی هم‌ارزی اولیه گروه آزمایش و کنترل و اطمینان از نبود تفاوت معنادار میان آنها در متغیرهای مورد مطالعه پیش از مداخله، از آزمون تی مستقل استفاده شد. به‌منظور بررسی اثربخشی اولیه بسته درمانی در مرحله پس‌آزمون، تحلیل کوواریانس با کنترل نمرات پیش‌آزمون به کار رفت تا تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل پس از حذف اثر تفاوت‌های اولیه ارزیابی شود. همچنین، با توجه به وجود سه مرحله اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه، برای بررسی روند تغییرات رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی در طول زمان و مقایسه الگوی تغییرات دو گروه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در صورت مشاهده اثر معنادار زمان یا تفاوت میان مراحل اندازه‌گیری، مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی انجام گرفت تا مشخص شود تفاوت‌ها میان کدام مراحل وجود دارند. همسانی درونی ابزارهای پژوهش نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و سطح معناداری برای آزمون‌های آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در بخش کیفی پژوهش، ۲۰ زن دارای تجربه ناکارآمدی جنسی در مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته شرکت کردند. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که از نظر سن، ۴ نفر (۲۰ درصد) در دامنه ۲۵ تا ۳۰ سال، ۸ نفر (۴۰ درصد) در دامنه ۳۱ تا ۴۰ سال و ۸ نفر (۴۰ درصد) در دامنه ۴۱ تا ۵۰ سال قرار داشتند. از نظر مدت ازدواج، ۶ نفر (۳۰ درصد) دارای ۱ تا ۵ سال سابقه ازدواج، ۸ نفر (۴۰ درصد) دارای ۶ تا ۱۰ سال سابقه ازدواج و ۶ نفر (۳۰ درصد) دارای بیش از ۱۰ سال سابقه ازدواج بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۴ نفر (۲۰ درصد) دارای مدرک دیپلم یا کاردانی، ۱۰ نفر (۵۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۶ نفر (۳۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد یا دکتری بودند. همچنین، ۱۲ نفر (۶۰ درصد) خانه‌دار و ۸ نفر (۴۰ درصد) شاغل بودند. از نظر تعداد فرزندان، ۵ نفر (۲۵ درصد) بدون فرزند، ۱۰ نفر (۵۰ درصد) دارای یک یا دو فرزند و ۵ نفر (۲۵ درصد) دارای سه فرزند یا بیشتر بودند. این پراکندگی نشان داد که مشارکت‌کنندگان بخش کیفی از نظر سن، سابقه زندگی زناشویی، تحصیلات، اشتغال و تعداد فرزندان از تنوع مناسبی برخوردار بودند و بنابراین، امکان دستیابی به طیفی نسبتاً گسترده از تجربه‌های مرتبط با ناکارآمدی جنسی فراهم شد.

در بخش کمی، ۳۰ زن واجد شرایط در مطالعه شرکت کردند که پس از ارزیابی اولیه، به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل، هر یک شامل ۱۵ نفر، قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۳۴.۲۰ سال با انحراف معیار ۴.۱۸ و میانگین سن گروه

کنترل ۳۳.۸۰ سال با انحراف معیار ۴.۳۵ بود و آزمون تی مستقل تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سن نشان نداد (t=۰.۲۶، p=۰.۷۹۵). میانگین مدت ازدواج نیز در گروه آزمایش ۷.۴۰ سال با انحراف معیار ۲.۸۳ و در گروه کنترل ۷.۶۰ سال با انحراف معیار ۲.۹۱ بود که تفاوت میان دو گروه از این نظر نیز معنادار نبود (t=-۰.۱۹، p=۰.۸۵۰). همچنین، بررسی توزیع تحصیلات، وضعیت شغلی و تعداد فرزندان نشان داد که دو گروه از نظر ویژگی‌های اصلی جمعیت‌شناختی تفاوت آشکاری نداشتند. بنابراین، می‌توان گفت گروه آزمایش و کنترل پیش از اجرای مداخله از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی اصلی از همگنی قابل قبولی برخوردار بودند.

جدول ۱. مضامین اصلی و مقولات فرعی مرتبط با ناکارآمدی جنسی زنان بر اساس تحلیل مصاحبه‌ها

مضامین اصلی	مقولات فرعی
عوامل فردی	باورهای ناکارآمد جنسی؛ تصویر بدنی منفی؛ اضطراب عملکرد؛ شرم و احساس گناه؛ تجارب منفی گذشته
عوامل هیجانی	ناتوانی در تنظیم هیجان؛ سرکوب هیجانی؛ افسردگی و اضطراب
عوامل بین‌فردی و زناشویی	ضعف در مهارت‌های ارتباطی؛ تعارضات زناشویی؛ فقدان صمیمیت عاطفی؛ عدم ابراز نیازهای جنسی
عوامل فرهنگی ـ اجتماعی	تابوهای جنسی؛ آموزش ناکافی جنسی؛ نقش‌های جنسیتی کلیشه‌ای

تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق با استفاده از روش هفت‌مرحله‌ای کالیزی به استخراج چهار مضمون اصلی شامل عوامل فردی، عوامل هیجانی، عوامل بین‌فردی و زناشویی و عوامل فرهنگی ـ اجتماعی منجر شد. در مضمون عوامل فردی، باورهای ناکارآمد جنسی، تصویر بدنی منفی، اضطراب عملکرد، شرم و احساس گناه و تجارب منفی گذشته به‌عنوان مهم‌ترین مقولات فرعی شناسایی شدند. در بعد هیجانی، مشارکت‌کنندگان به دشواری در تنظیم هیجان، سرکوب هیجانات و تجربه اضطراب و خلق افسرده اشاره داشتند. مضمون بین‌فردی و زناشویی نیز شامل ضعف در مهارت‌های ارتباطی، تعارضات زناشویی، کاهش صمیمیت عاطفی و دشواری در بیان نیازها و ترجیحات جنسی بود. در سطح فرهنگی ـ اجتماعی، تابوهای مرتبط با مسائل جنسی، فقدان آموزش مناسب و نقش‌های جنسیتی کلیشه‌ای از مهم‌ترین عوامل مطرح‌شده بودند. در مجموع، یافته‌های کیفی نشان داد که ناکارآمدی جنسی زنان پدیده‌ای چندعاملی است و نمی‌توان آن را صرفاً به مؤلفه‌های جسمانی یا فردی محدود کرد؛ بلکه تعامل عوامل شناختی، هیجانی، زناشویی و فرهنگی در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارد. این چهار مضمون اصلی مبنای انتخاب مؤلفه‌ها و فنون بسته درمانی التقاطی قرار گرفتند.

جدول ۲. پروتکل ۱۰ جلسه‌ای بسته درمانی التقاطی ناکارآمدی جنسی زنان

جلسه	هدف جلسه	محتوای علمی و تکنیک‌ها	فعالیت درمانگر	تکلیف خانگی	ارتباط با مضامین استخراج‌شده
۱	ارزیابی و ایجاد اتحاد درمانی	قرارداد درمانی، مصاحبه بالینی، شناسایی شکایات و اهداف درمان	ارزیابی چندبعدی عوامل فردی، هیجانی، زناشویی و فرهنگی و ایجاد رابطه درمانی ایمن	ثبت تجارب جنسی و هیجانی طی هفته	تمامی مضامین
۲	آموزش و روان‌آموزی جنسی	ساختار و چرخه پاسخ جنسی، آناتومی جنسی و اصلاح باورهای نادرست	ارائه اطلاعات علمی، عادی‌سازی تجربه‌ها و اصلاح برداشت‌های مبتنی بر تابو	شناسایی و ثبت سه باور نادرست جنسی یا فرهنگی	عوامل فردی و فرهنگی ـ اجتماعی
۳	شناسایی و ناکارآمد	شناخت‌های خودکار، افکار خودکار، باورهای میانی طرحواره‌های مرتبط با رابطه جنسی	کمک به شناسایی افکار و باورهای فعال‌شده در موقعیت‌های جنسی	تکمیل سه فرم ثبت افکار خودکار	عوامل فردی و فرهنگی ـ اجتماعی
۴	بازسازی شناختی	پرسشگری سقراطی، بررسی شواهد بازسازی شناختی	و به چالش کشیدن باورهای مرتبط با شرم، گناه، تصویر بدنی و ترس از ارزیابی	تکمیل پنج فرم بازسازی شناختی و تدوین باورهای جایگزین	عوامل فردی و فرهنگی ـ اجتماعی
۵	تنظیم هیجان	ذهن‌آگاهی، تنفس دیافراگمی، بدن و پذیرش هیجان	اسکن آموزش مشاهده و پذیرش تجربه هیجانی بدون قضاوت و کاهش تنش جسمانی	تمرین تنفس و اسکن بدن حداقل چهار مرتبه در هفته	عوامل هیجانی
۶	کاهش	اضطراب تمرکز حسی سطح اول، توقف چرخه	کاهش تمرکز بر عملکرد و ارگاسم و هدایت	اجرای تمرین تمرکز حسی سطح	عوامل فردی و

	عملکرد	نگرانی و توجه به تجربه حسی	توجه به لذت و تجربه حسی	اول بدون هدف دخول	هیجانی
۷	اصلاح تصویر بدنی	آینه‌درمانی، کاهش شی‌وارگی بدن و خودگویی مثبت	افزایش پذیرش بدن، کاهش خودانتقادی و تعدیل شرم بدنی	تمرین روزانه آینه‌درمانی و ویژگی‌های مثبت بدن	ثبت عوامل فردی و هیجانی
۸	ارتقای ارتباط زوجی	جرأت‌مندی، من‌پیام، گوش‌دادن فعال و بیان نیاز جنسی	نقش‌آفرینی و تمرین شیوه‌های سازنده بیان خواسته‌ها و مرزبندی‌ها	اجرای گفت‌وگوی ساختاریافته به مدت ۱۵ دقیقه	عوامل جنسی بین‌فردی و زناشویی
۹	تقویت صمیمیت	نقشه عشق، تعامل مثبت زوجین و تمرکز حسی سطح دوم	تسهیل نزدیکی عاطفی، تعامل مثبت و تجربه تماس بدون فشار عملکردی	اجرای تمرکز حسی سطح دوم و اختصاص زمان دونفره	عوامل بین‌فردی و زناشویی
۱۰	تثبیت دستاوردها و پیشگیری از عود	مرور مهارت‌ها، شناسایی موقعیت‌های پرخطر و برنامه نگهدارنده	پیشرفت، رفع موانع و تدوین اهداف برنامه ادامه درمان	اجرای برنامه نگهدارنده و خودنظارتی دوره‌ای	تمامی مضامین

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، پروتکل درمانی تدوین‌شده ساختاری تدریجی و چندبعدی داشت و محتوای جلسات مستقیماً از مضامین استخراج‌شده در بخش کیفی و مبانی رویکردهای درمانی مورد استفاده اقتباس شد. جلسات اولیه بر ارزیابی، ایجاد اتحاد درمانی و افزایش دانش جنسی تمرکز داشتند و در ادامه، مؤلفه‌های شناختی از طریق شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد، مؤلفه‌های هیجانی از طریق ذهن‌آگاهی و آموزش تنظیم هیجان و مؤلفه‌های رفتاری از طریق تمرین‌های تمرکز حسی مورد هدف قرار گرفتند. در جلسات پایانی نیز مهارت‌های ارتباطی، ابراز نیازهای جنسی، افزایش صمیمیت و پیشگیری از عود مورد توجه قرار گرفتند. بنابراین، بسته درمانی برخلاف مداخلات تک‌بعدی، به‌طور هم‌زمان مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری، بین‌فردی و فرهنگی مرتبط با ناکارآمدی جنسی را پوشش داد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸.۲۰	۳.۴۰	۱۲	۲۶
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	کنترل	۱۷.۸۰	۳.۶۰	۱۳	۲۵
رضایت جنسی	پس‌آزمون	آزمایش	۲۸.۵۰	۲.۹۰	۲۲	۳۴
رضایت جنسی	پس‌آزمون	کنترل	۱۸.۱۰	۳.۵۰	۱۴	۲۶
رضایت جنسی	پیگیری	آزمایش	۲۷.۸۰	۳.۱۰	۲۱	۳۳
رضایت جنسی	پیگیری	کنترل	۱۷.۹۰	۳.۷۰	۱۳	۲۶
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹.۵۰	۴.۱۰	۱۵	۲۸
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	کنترل	۱۹.۱۰	۴.۳۰	۱۴	۲۷
عملکرد جنسی	پس‌آزمون	آزمایش	۳۱.۲۰	۳.۸۰	۲۴	۳۸
عملکرد جنسی	پس‌آزمون	کنترل	۱۹.۴۰	۴.۲۰	۱۵	۲۸
عملکرد جنسی	پیگیری	آزمایش	۳۰.۸۰	۴.۰۰	۲۳	۳۷
عملکرد جنسی	پیگیری	کنترل	۱۹.۲۰	۴.۵۰	۱۴	۲۹
صمیمیت زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۲.۵۰	۷.۸۰	۳۰	۵۵
صمیمیت زناشویی	پیش‌آزمون	کنترل	۴۱.۸۰	۸.۲۰	۲۸	۵۶
صمیمیت زناشویی	پس‌آزمون	آزمایش	۶۲.۴۰	۶.۹۰	۵۰	۷۵
صمیمیت زناشویی	پس‌آزمون	کنترل	۴۲.۱۰	۸.۰۰	۳۰	۵۸
صمیمیت زناشویی	پیگیری	آزمایش	۶۱.۸۰	۷.۲۰	۴۸	۷۴
صمیمیت زناشویی	پیگیری	کنترل	۴۱.۹۰	۸.۵۰	۲۹	۵۷

نتایج توصیفی جدول ۳ نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، میانگین متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و کنترل به یکدیگر نزدیک بود، اما پس از اجرای بسته درمانی، تغییرات مشخصی در گروه آزمایش ایجاد شد. میانگین رضایت جنسی در گروه آزمایش از ۱۸.۲۰ در پیش‌آزمون به ۲۸.۵۰ در پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری سه‌ماهه برابر با ۲۷.۸۰ باقی ماند، درحالی‌که میانگین گروه کنترل در سه مرحله به‌ترتیب ۱۷.۸۰، ۱۸.۱۰ و ۱۷.۹۰ بود. در عملکرد جنسی نیز میانگین گروه آزمایش از ۱۹.۵۰ به ۳۱.۲۰ افزایش یافت و در پیگیری برابر با ۳۰.۸۰ بود، درحالی‌که میانگین گروه کنترل تغییر محسوسی نداشت. همین الگو در صمیمیت زناشویی مشاهده شد؛ به‌گونه‌ای که میانگین گروه آزمایش از ۴۲.۵۰ در پیش‌آزمون به ۶۲.۴۰ در پس‌آزمون و ۶۱.۸۰ در پیگیری رسید، درحالی‌که میانگین‌های گروه کنترل به‌ترتیب ۴۱.۸۰، ۴۲.۱۰ و ۴۱.۹۰ بودند. بنابراین، الگوی توصیفی داده‌ها نشان داد که پس از مداخله، هر سه متغیر پیامد در گروه آزمایش بهبود یافتند و میانگین‌های مرحله پیگیری نیز نزدیک به پس‌آزمون باقی ماندند که در سطح توصیفی بیانگر تداوم نسبی اثر مداخله است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری مربوط به این آزمون بررسی شدند. نتایج آزمون شاپیرو ـ ویلک نشان داد که توزیع نمرات پس‌آزمون رضایت جنسی در گروه آزمایش (W=۰.۹۶۲، p=۰.۷۲۱) و کنترل (W=۰.۹۵۱، p=۰.۵۴۷)، عملکرد جنسی در گروه آزمایش (W=۰.۹۵۷، p=۰.۶۳۴) و کنترل (W=۰.۹۴۸، p=۰.۴۹۱) و صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش (W=۰.۹۶۵، p=۰.۷۶۴) و کنترل (W=۰.۹۵۴، p=۰.۵۸۸) انحراف معناداری از توزیع نرمال نداشت. نتایج آزمون لوین نیز برای رضایت جنسی (F=۰.۳۸، p=۰.۵۴۳)، عملکرد جنسی (F=۰.۲۶، p=۰.۶۱۴) و صمیمیت زناشویی (F=۰.۴۹، p=۰.۴۹۰) معنادار نبود و بنابراین، مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود. برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون، تعامل گروه و پیش‌آزمون برای رضایت جنسی (F=۰.۷۱، p=۰.۴۰۸)، عملکرد جنسی (F=۰.۵۸، p=۰.۴۵۳) و صمیمیت زناشویی (F=۰.۶۴، p=۰.۴۳۱) بررسی شد که هیچ‌یک معنادار نبودند. با توجه به تخصیص مستقل شرکت‌کنندگان به گروه‌ها و اجرای ارزیابی‌ها در سطح فردی، مفروضه استقلال مشاهدات نیز برقرار در نظر گرفته شد. در مجموع، یافته‌های حاصل از بررسی مفروضه‌ها نشان داد که شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس فراهم بود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی با کنترل پیش‌آزمون

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	اندازه اثر جزئی
رضایت جنسی	پیش‌آزمون	۸۲.۱۵	۱	۸۲.۱۵	۱۰.۶۸	۰.۰۰۳	۰.۲۸۳
رضایت جنسی	گروه	۳۴۲.۶۰	۱	۳۴۲.۶۰	۴۴.۵۵	<۰.۰۰۱	۰.۶۲۳
رضایت جنسی	خطا	۲۰۷.۶۳	۲۷	۷.۶۹	—	—	—
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۶۸.۹۳	۱	۶۸.۹۳	۱۱.۳۰	۰.۰۰۲	۰.۲۹۵
عملکرد جنسی	گروه	۲۹۸.۲۰	۱	۲۹۸.۲۰	۴۸.۸۸	<۰.۰۰۱	۰.۶۴۴
عملکرد جنسی	خطا	۱۶۴.۷۰	۲۷	۶.۱۰	—	—	—
صمیمیت زناشویی	پیش‌آزمون	۲۲۶.۴۸	۱	۲۲۶.۴۸	۹.۷۲	۰.۰۰۴	۰.۲۶۵
صمیمیت زناشویی	گروه	۱۱۲۸.۷۳	۱	۱۱۲۸.۷۳	۴۸.۴۷	<۰.۰۰۱	۰.۶۴۲
صمیمیت زناشویی	خطا	۶۲۸.۸۳	۲۷	۲۳.۲۹	—	—	—

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در هر سه متغیر وابسته از نظر آماری معنادار بود. در رضایت جنسی، اثر گروه معنادار بود ($F(1, 27) = 44.55$، $p < 0.001$، $\eta p^2 = 0.623$) و اندازه اثر نشان داد که حدود ۶۲.۳ درصد از واریانس تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون رضایت جنسی با عضویت گروهی مرتبط بود. در عملکرد جنسی نیز اثر گروه معنادار به دست آمد ($F(1, 27) = 48.88$، $p < 0.001$، $\eta p^2 = 0.644$) و حدود ۶۴.۴ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون

پس از کنترل پیش‌آزمون با مداخله ارتباط داشت. همچنین، در صمیمیت زناشویی، تفاوت تعدیل‌شده بین دو گروه معنادار بود (F(۱,۲۷)=۴۸.۴۷، p<۰.۰۰۱، ηp^2=۰.۶۴۲). با توجه به میانگین‌های گزارش‌شده در جدول ۳، جهت این تفاوت‌ها به نفع گروه آزمایش بود؛ به این معنا که زنان دریافت‌کننده بسته درمانی التقاطی در مقایسه با گروه کنترل، پس از مداخله از رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی بالاتری برخوردار بودند. در مجموع، این یافته‌ها از اثربخشی بسته درمانی التقاطی تدوین‌شده بر هر سه پیامد اصلی پژوهش حمایت کردند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف شناسایی علل ناکارآمدی جنسی زنان، تدوین یک بسته درمانی التقاطی بر پایه یافته‌های کیفی و بررسی اثربخشی آن بر رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی انجام شد. یافته‌های بخش کیفی نشان داد که تجربه ناکارآمدی جنسی زنان را می‌توان در چهار مضمون اصلی شامل عوامل فردی، عوامل هیجانی، عوامل بین‌فردی و زناشویی و عوامل فرهنگی ـ اجتماعی سازمان‌دهی کرد. در سطح فردی، باورهای ناکارآمد جنسی، تصویر بدنی منفی، اضطراب عملکرد، شرم و احساس گناه و تجارب منفی گذشته برجسته بودند. در سطح هیجانی، ناتوانی در تنظیم هیجان، سرکوب هیجانی و نشانه‌های اضطرابی و افسردگی نقش مهمی داشتند. در بعد بین‌فردی نیز ضعف مهارت‌های ارتباطی، تعارضات زناشویی، فقدان صمیمیت عاطفی و ناتوانی در بیان نیازهای جنسی از عوامل اصلی محسوب شدند. همچنین، تابوهای جنسی، آموزش ناکافی و نقش‌های جنسیتی کلیشه‌ای به‌عنوان عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر شکل‌گیری و تداوم مشکلات جنسی شناسایی شدند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که ناکارآمدی جنسی زنان را نمی‌توان صرفاً به اختلالی در یک جزء از پاسخ جنسی تقلیل داد، بلکه باید آن را پدیده‌ای چندعاملی و متأثر از تعامل پیچیده عوامل شناختی، عاطفی، رابطه‌ای و فرهنگی در نظر گرفت.

یافته‌های کیفی پژوهش حاضر با نتایج مطالعاتی که بر ماهیت چندبعدی مشکلات جنسی زنان تأکید کرده‌اند همسو است. تجربه زیسته زنان مبتلا به اختلال میل یا برانگیختگی جنسی نشان داده است که مشکلات این زنان اغلب با احساس ناکافی‌بودن، اضطراب، نگرانی درباره رابطه، دشواری در بیان خواسته‌های جنسی و عوامل فرهنگی و خانوادگی درهم‌تنیده است (Ghasemi et al., 2023). همچنین، مرور عوامل پیش‌بینی‌کننده رضایت جنسی زنان نشان داده است که رضایت جنسی نه پیامد یک عامل منفرد، بلکه حاصل تأثیر هم‌زمان ویژگی‌های فردی، کیفیت رابطه، سلامت روان، ارتباط جنسی و متغیرهای زمینه‌ای است (Rausch & Rettenberger, 2021). بر این اساس، استخراج چهار مضمون اصلی در پژوهش حاضر را می‌توان بازتابی از همین ساختار چندعاملی دانست که در آن عوامل فردی و هیجانی با کیفیت تعامل زوجین و فضای فرهنگی پیرامون تجربه جنسی ارتباط متقابل دارند.

یکی از یافته‌های مهم بخش کیفی، نقش برجسته باورهای ناکارآمد، اضطراب عملکرد، شرم و تصویر بدنی منفی بود. این عوامل می‌توانند موجب افزایش خودنظارتی در موقعیت‌های جنسی شوند و توجه فرد را از تجربه حسی و لذت به ارزیابی عملکرد، ظاهر بدن و واکنش همسر منتقل کنند. چنین وضعیتی ممکن است بر برانگیختگی، میل و احساس رضایت تأثیر منفی بگذارد. یافته‌های مربوط به نقش شرم بدنی در تجربه جنسی زنان نیز از این تبیین حمایت می‌کند؛ به‌گونه‌ای که تجربه ابژه‌سازی و شرم از بدن می‌تواند با الگوهای ناسازگار در رفتار و تجربه جنسی زنان همراه باشد (Bogen et al., 2026). علاوه بر این، نقش عوامل شناختی در ارتباط میان تجربه‌های آسیب‌زا و ناکارآمدی جنسی نیز گزارش شده و نشان داده شده است که باورها و ارزیابی‌های شناختی می‌توانند واسطه انتقال اثر تجارب منفی گذشته به مشکلات جنسی در بزرگسالی باشند (Mansouri et al., 2021). بنابراین، وجود مؤلفه‌های بازسازی شناختی، اصلاح باورهای جنسی و کار بر تصویر بدنی در بسته درمانی تدوین‌شده با منطق یافته‌های کیفی و شواهد پژوهشی پیشین همخوانی دارد.

یافته مهم دیگر، نقش عوامل هیجانی در ناکارآمدی جنسی زنان بود. شرکت‌کنندگان به دشواری در تنظیم هیجان، اضطراب، سرکوب هیجانی و حالات خلقی منفی اشاره داشتند. این یافته را می‌توان با پژوهش‌هایی همسو دانست که ارتباط میان ذهن‌آگاهی، افسردگی، گفت‌وگوی جنسی و عملکرد جنسی زنان را نشان داده‌اند. نتایج مدل‌سازی ساختاری در مطالعه‌ای جدید نشان داده است که ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، از طریق کاهش

افسردگی و بهبود گفت‌وگوی جنسی، با عملکرد جنسی زنان ارتباط داشته باشد (Bahrami et al., 2026). همچنین، کارآزمایی بالینی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای زنان دارای اختلال علاقه/برانگیختگی جنسی نشان داد که افزایش توجه به لحظه حال، کاهش قضاوت و افزایش آگاهی بدنی می‌تواند به بهبود پیامدهای جنسی منجر شود (Brotto et al., 2021). این یافته‌ها با استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تنفس، اسکن بدن و پذیرش هیجان در بسته حاضر سازگار است.

در بعد بین‌فردی، یافته‌های پژوهش نشان داد که ضعف ارتباط جنسی و عاطفی، تعارض زناشویی و ناتوانی در ابراز نیازها نقش قابل توجهی در تجربه ناکارآمدی جنسی دارند. این نتیجه با شواهد فراتحلیلی درباره ارتباط جنسی زوجین هماهنگ است؛ به‌گونه‌ای که کیفیت، بازبودن و اثربخشی ارتباط جنسی با رضایت جنسی و رضایت رابطه‌ای ارتباط معنادار دارد (Mallory, 2022). همچنین، مداخلاتی که بر جرأت‌مندی جنسی، خودپنداره جنسی و مهارت‌های ارتباطی تمرکز دارند، توانسته‌اند در زنان دارای تعارض زناشویی بهبودهایی در متغیرهای بین‌فردی و جنسی ایجاد کنند (Jalali Asil et al., 2026). از این منظر، گنجاندن آموزش جرأت‌مندی، من‌پیام، گوش‌دادن فعال و گفت‌وگوی جنسی ساختاریافته در بسته درمانی حاضر، پاسخی مستقیم به یکی از ابعاد اصلی شناسایی‌شده در بخش کیفی محسوب می‌شود.

یافته‌های کمی پژوهش نیز نشان داد که بسته درمانی التقاطی تدوین‌شده توانست رضایت جنسی زنان را به‌طور معناداری افزایش دهد. پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در رضایت جنسی معنادار بود و اندازه اثر به‌دست‌آمده نیز در سطح قابل توجهی قرار داشت. این نتیجه نشان می‌دهد که مداخله توانسته است فراتر از تغییرات تصادفی یا تفاوت‌های اولیه گروه‌ها، بر کیفیت تجربه جنسی شرکت‌کنندگان اثرگذار باشد. همچنین، نتایج توصیفی نشان داد که افزایش رضایت جنسی در گروه آزمایش تا مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز تا حد زیادی حفظ شده است.

این یافته با نتایج پژوهش‌هایی همسو است که بر اثربخشی مداخلات مشاوره‌ای، ارتباطی و روان‌شناختی در بهبود رضایت جنسی زنان تأکید کرده‌اند. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مداخلات مبتنی بر مدل‌های PLISSIT و EX-PLISSIT نشان داده است که مشاوره جنسی می‌تواند به بهبود رضایت جنسی، عملکرد جنسی و کیفیت زندگی منجر شود (Ozdemir & Dogan Gangal, 2024). همچنین، مرور عوامل مؤثر بر رضایت جنسی زنان نشان می‌دهد که کیفیت ارتباط، وضعیت هیجانی، نگرش‌های جنسی و ویژگی‌های رابطه همگی در سطح رضایت جنسی نقش دارند (Rausch & Rettenberger, 2021). از آنجا که بسته حاضر به‌طور هم‌زمان بر باورهای جنسی، اضطراب، تنظیم هیجان، ارتباط زوجی، شرم بدنی و صمیمیت تمرکز داشت، می‌توان انتظار داشت که افزایش رضایت جنسی از حاصل جمع تغییرات در چند مسیر درمانی به وجود آمده باشد.

همچنین، رضایت جنسی را می‌توان با کیفیت کلی رابطه زناشویی مرتبط دانست. یافته‌های پیشین نشان داده‌اند که رضایت جنسی می‌تواند در ارتباط میان باورهای ارتباطی و فرسودگی زناشویی نقش میانجی داشته باشد و بنابراین، ارتقای آن ممکن است فراتر از تجربه جنسی، بر کیفیت رابطه زناشویی نیز اثرگذار باشد (Najafi et al., 2026). در بسته حاضر، آموزش ارتباط مؤثر و تقویت صمیمیت در کنار کار بر عملکرد جنسی انجام شد؛ بنابراین، احتمالاً بخشی از افزایش رضایت جنسی ناشی از کاهش تنش رابطه‌ای و افزایش احساس امنیت و فهم متقابل میان زوجین بوده است.

نتیجه دوم پژوهش نشان داد که بسته درمانی التقاطی به بهبود معنادار عملکرد جنسی زنان منجر شد. میانگین عملکرد جنسی در گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش چشمگیری داشت و این بهبود در پیگیری سه‌ماهه نیز تقریباً حفظ شد. تحلیل کوواریانس نیز نشان داد که پس از کنترل نمرات اولیه، تفاوت گروه آزمایش و کنترل از نظر عملکرد جنسی معنادار بود. این یافته را می‌توان نتیجه تأثیر هم‌زمان چند مؤلفه مداخله دانست. اصلاح باورهای ناکارآمد می‌تواند اضطراب عملکرد را کاهش دهد، ذهن‌آگاهی می‌تواند حضور فرد در تجربه جنسی را افزایش دهد، تنظیم هیجان می‌تواند از مداخله اضطراب و خلق منفی جلوگیری کند و تمرین‌های تمرکز حسی نیز می‌توانند توجه را از قضاوت عملکرد به احساسات بدنی و تجربه لذت منتقل کنند.

همسویی این یافته با مطالعات پیشین قابل توجه است. کارآزمایی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای زنان دارای اختلال

علاقه/برانگیختگی جنسی، بهبود معنادار در پیامدهای جنسی را گزارش کرده است (Brotto et al., 2021). همچنین، درمان ارتباط جنسی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان دارای اختلال ارگاسم با بهبود عملکرد جنسی همراه بوده است (Kazemzadeh Atoufi et al., 2022). یافته‌های جدیدتر نیز رابطه ذهن‌آگاهی با عملکرد جنسی زنان را تأیید کرده و نقش میانجی افسردگی و گفت‌وگوی جنسی را در این رابطه نشان داده‌اند (Bahrami et al., 2026). بنابراین، می‌توان استدلال کرد که ادغام ذهن‌آگاهی با مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و ارتباطی در پژوهش حاضر، موجب شده است که مداخله نه تنها بر یک بعد، بلکه بر ساختار کلی عملکرد جنسی اثر بگذارد.

البته درمان ناکارآمدی جنسی زنان محدود به رویکردهای روان‌شناختی نیست و در برخی شرایط، درمان دارویی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. با این حال، مرور درمان‌های دارویی نشان داده است که پاسخ به دارودرمانی به نوع مشکل و عوامل همراه بستگی دارد و مداخلات دارویی الزاماً ابعاد شناختی، عاطفی و بین‌فردی ناکارآمدی جنسی را پوشش نمی‌دهند (Lee et al., 2022). از این رو، اثربخشی بسته حاضر را می‌توان ناشی از توجه به مؤلفه‌هایی دانست که معمولاً در درمان‌های صرفاً زیستی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند.

سومین یافته اصلی پژوهش، افزایش معنادار صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش بود. میانگین صمیمیت زناشویی پس از مداخله افزایش یافت و در پیگیری سه‌ماهه نیز در سطحی نزدیک به پس‌آزمون باقی ماند. این یافته نشان می‌دهد که آثار بسته درمانی به پیامدهای صرفاً جنسی محدود نشده و توانسته است کیفیت نزدیکی عاطفی و رابطه زوجی را نیز بهبود دهد. از آنجا که صمیمیت و عملکرد جنسی در بسیاری از روابط زوجی رابطه‌ای دوسویه دارند، افزایش امنیت عاطفی، توانایی بیان نیازها و کاهش تعارض می‌تواند زمینه بهبود تجربه جنسی را فراهم کند و در مقابل، تجربه جنسی رضایت‌بخش نیز می‌تواند احساس نزدیکی و پیوند زوجی را تقویت کند.

این نتیجه با پژوهش‌های حوزه زوج‌درمانی و سکس‌تراپی همسو است. مرور نظام‌مند زوج‌درمانی هیجان‌مدار نشان داده است که این رویکرد در افزایش کیفیت رابطه و کاهش آشفتگی زوجی اثربخش است (Beasley & Ager, 2019). همچنین، سکس‌تراپی در زوج‌های دارای ناکارآمدی جنسی توانسته است خودکارآمدی جنسی و صمیمیت زناشویی را بهبود دهد (Karimpour et al., 2022). به‌علاوه، ارتباط جنسی مؤثر با رضایت رابطه‌ای و رضایت جنسی ارتباط دارد و بنابراین، آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند همزمان بر ابعاد جنسی و عاطفی رابطه اثر بگذارد (Mallory, 2022). بسته حاضر نیز با ترکیب مؤلفه‌های هیجان‌مدار، ارتباطی و جنسی، شرایطی فراهم کرد که شرکت‌کنندگان نه فقط در رفتار جنسی، بلکه در شیوه تجربه رابطه زناشویی نیز تغییر ایجاد کنند.

یکی دیگر از نکات قابل توجه، حفظ نسبی تغییرات در مرحله پیگیری است. میانگین‌های رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی در گروه آزمایش در پیگیری سه‌ماهه نزدیک به مقادیر پس‌آزمون باقی ماندند. این الگو می‌تواند نشان دهد که مداخله توانسته است مهارت‌هایی ایجاد کند که شرکت‌کنندگان پس از پایان جلسات نیز قادر به استفاده از آنها بوده‌اند. وجود تکالیف خانگی، تمرین‌های توجه به بدن و هیجان، بازسازی شناختی، گفت‌وگوی جنسی، تمرکز حسی و برنامه نگهدارنده احتمالاً در تثبیت تغییرات نقش داشته است. همچنین، مداخلات مبتنی بر غنی‌سازی رابطه و آموزش مهارت‌های جنسی در پژوهش‌های گذشته نیز کاهش آشفتگی جنسی و بهبود پیامدهای رابطه‌ای را نشان داده‌اند (Sazegar et al., 2022). از این منظر، طراحی جلسات پایانی با تمرکز بر تثبیت دستاوردها و پیشگیری از عود را می‌توان یکی از نقاط قوت ساختار مداخله دانست.

در مجموع، یافته‌های کیفی و کمی پژوهش حاضر مکمل یکدیگر بودند. بخش کیفی نشان داد که ناکارآمدی جنسی زنان ریشه در مجموعه‌ای از عوامل شناختی، هیجانی، زناشویی و فرهنگی دارد و بخش کمی نیز نشان داد که مداخله‌ای که به‌صورت هم‌زمان این سطوح را هدف قرار دهد، می‌تواند رضایت جنسی، عملکرد جنسی و صمیمیت زناشویی را بهبود بخشد. برتری رویکرد التقاطی در چنین شرایطی آن است که درمانگر مجبور نیست مسئله را به یک علت واحد تقلیل دهد، بلکه می‌تواند براساس نیاز مراجع از تکنیک‌های مکمل استفاده کند. این منطق با شواهد مربوط به اثربخشی ذهن‌آگاهی، سکس‌تراپی، مشاوره جنسی، مداخلات ارتباطی و

زوج‌درمانی هیجان‌مدار همخوانی دارد (Beasley & Ager, 2019; Brotto et al., 2021; Karimpour et al., 2022; Ozdemir & Dogan Gangal, 2024). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بسته تدوین‌شده در پژوهش حاضر به دلیل انطباق با نیازهای استخراج‌شده از تجربه واقعی زنان و تلفیق چند مسیر درمانی، ظرفیت مناسبی برای مداخله در ناکارآمدی جنسی زنان دارد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به حجم نسبتاً محدود نمونه در هر دو بخش کیفی و کمی، انجام مطالعه در میان زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی یک شهر، استفاده از ابزارهای خودگزارشی و احتمال تأثیر ملاحظات فرهنگی و حساسیت موضوع بر نحوه پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان اشاره کرد. همچنین، در بخش کمی هر گروه شامل ۱۵ نفر بود و این حجم نمونه می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند. پیگیری سه‌ماهه نیز اگرچه امکان ارزیابی پایداری اولیه مداخله را فراهم کرد، اما برای نتیجه‌گیری درباره ماندگاری بلندمدت اثرات کافی نیست. علاوه بر این، اطلاعات ارائه‌شده درباره برخی عوامل زیستی، پزشکی، دارویی و ویژگی‌های همسران محدود بود و امکان بررسی سهم مستقل این عوامل در تغییرات ایجادشده وجود نداشت.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی بسته درمانی حاضر در نمونه‌های بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی و فرهنگی متفاوت بررسی شود و از طرح‌های کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده با دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله استفاده شود. همچنین، مقایسه مستقیم این بسته با یک درمان مشخص مانند درمان شناختی ـ رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا سکس‌تراپی می‌تواند مشخص کند که آیا رویکرد التقاطی نسبت به مداخلات تک‌رویکردی مزیت افزوده دارد یا خیر. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند شرم بدنی، اضطراب عملکرد، تنظیم هیجان، خودکارآمدی جنسی و کیفیت ارتباط زوجین نیز می‌تواند سازوکارهای اثر مداخله را روشن‌تر کند. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی داده‌های زوجی گردآوری شود تا تغییرات همسران و تعامل متقابل زوجین نیز مورد بررسی قرار گیرد.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان، مشاوران خانواده و متخصصان حوزه سلامت جنسی در ارزیابی زنان دارای مشکلات جنسی به جای تمرکز صرف بر علائم، ارزیابی چندبعدی از باورهای جنسی، تصویر بدنی، وضعیت هیجانی، کیفیت ارتباط زوجی و عوامل فرهنگی انجام دهند. بسته درمانی تدوین‌شده می‌تواند پس از اعتبارسنجی بیشتر، به‌عنوان یک پروتکل ساختاریافته در مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناسی و خدمات سلامت جنسی مورد استفاده قرار گیرد. آموزش درمانگران در زمینه تلفیق تکنیک‌های شناختی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، مهارت‌های ارتباطی و تمرکز حسی نیز می‌تواند به افزایش انعطاف درمان کمک کند. همچنین، فراهم‌کردن آموزش‌های علمی و غیرقضاوتی درباره سلامت جنسی برای زوجین و ایجاد فضای امن برای گفت‌وگو درباره نیازهای جنسی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از مزمن‌شدن مشکلات جنسی و زناشویی داشته باشد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Bahrami, N., Ghorbani, L., Elahinia, M., NasarollahiMola, N., & Alimoradi, Z. (2026). The interrelationship between mindfulness and women's sexual function: Mediating roles of depression and sexual discourse through structural equation modeling. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-18. https://doi.org/10.1080/14681994.2026.2710184

Beasley, C. C., & Ager, R. (2019). Emotionally focused couples therapy: A systematic review of its effectiveness over the

past 19 years. *Journal of Evidence-Based Social Work*, *16*(2), 144-159. https://doi.org/10.1080/23761407.2018.1563013

Bogen, K. W., Baildon, A. E., Gervais, S., & Lorenz, T. K. (2026). Body Shame and Sexual Sensation Seeking Contribute to Associations Between Interpersonal Objectification Experiences and Sex-Linked Substance Use Among Women in College. *The Journal of Sex Research*, 1-11. https://doi.org/10.1080/00224499.2026.2655803

Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A. D., Lalumière, M. L., Weinberg, J., Schonert-Reichl, K. A., & Basson, R. (2021). A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, *89*(7), 626-639. https://doi.org/10.1037/ccp0000661

Ghasemi, N., Rezaei, F., & Sadeghi, M. (2023). Lived Experiences of Women with Female Sexual Interest/Arousal Disorder: A Qualitative Study. *Women's Studies Journal*, *14*(1), 145-167.

Jalali Asil, Z., Atashpour, S., & Farhadi, H. (2026). The Effectiveness of Sexual Intelligence Special for Women with Marital Conflicts Counseling-Training Package on Sexual Assertiveness, Interpersonal Circumplex Marital Problems and Sexual Self-Concept. *IJBS*, *19*(4), 214-221. https://doi.org/10.30491/ijbs.2026.558906.2285

Karimpour, S., Tourani, F., & Khalatbari, J. (2022). Effectiveness of Sex Therapy on Sexual Self-Efficacy and Marital Intimacy in Couples with Sexual Dysfunction. *Quarterly Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*, *11*(44), 33-45.

Kazemzadeh Atoufi, M., Naziri, G., Mohammadi, M., & Behzadipour, S. (2022). Mindfulness-Based Sexual Communication Therapy on Orgasm Quality and Sexual Function in Women with Orgasmic Disorder: A Clinical Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *28*(4), 398-411.

Lee, J. H., Lee, J. E., Harsh, V., & Clayton, A. H. (2022). Pharmacotherapy for Sexual Dysfunction in Women. *Current psychiatry reports*, *24*(2), 99-109. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01322-7

Mallory, A. B. (2022). Dimensions of Couples' Sexual Communication, Relationship Satisfaction, and Sexual Satisfaction: A Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology*, *36*(3), 358-371. https://doi.org/10.1037/fam0000946

Mansouri, N., Saffarian Toosi, M. R., & Mansouri, A. (2021). The Mediating Role of Cognitive Factors in the Relationship between Childhood Maltreatment and Sexual Dysfunction. *Applied Counseling*, *11*(2), 77-104.

Najafi, M., Esrafilian, F., & Azadfallah, P. (2026). The Mediating Role of Sexual Satisfaction in the Relationship between Marital Burnout and Communication Beliefs of Married Women. *Caspian Journal of Health Research*, *11*(1), 37-46. https://doi.org/10.32598/CJHR.11.1.1951.1

Ozdemir, S. C., & Dogan Gangal, A. (2024). The Effect of Sexual Counseling Based on PLISSIT and EX-PLISSIT Models on Sexual Function, Satisfaction, and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, *53*, 3485-3513. https://doi.org/10.1007/s10508-024-02898-2

Rausch, D., & Rettenberger, M. (2021). Predictors of Sexual Satisfaction in Women: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*, *9*(3), 365-380. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2021.01.001

Sazegar, M., Keykhosravani, M., & Marghati Khoei, E. (2022). Effectiveness of an Indigenous Marital Relationship Enrichment Package on Women's Sexual Distress. *Journal of Psychology*, *26*(3), 291-298.