



Research Article

## Comparing the Effectiveness of Emotional Intelligence Interventions, Sexual Fantasies and Integrated Protocol in the Treatment of female Orgasmic Disorder, Performance and Quality of Women's Sexual Life: A Semi Experimental Research

Niloufar Mohhammadpour <sup>1</sup> , Seyed Ali Kimiaei <sup>2\*</sup> , Khodabakhsh Ahmadi <sup>3</sup> ,  
Hossin Kareshki <sup>2</sup> 

<sup>1</sup> PhD Student in Counseling, Department of Counseling and Educational Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Counseling and Educational Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

<sup>3</sup> Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Seyed Ali Kimiaei, Associate Professor, Department of Counseling and Educational Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. E-mail: [kimiaee@um.ac.ir](mailto:kimiaee@um.ac.ir)

DOI: [10.52547/nkums.14.2.86](https://doi.org/10.52547/nkums.14.2.86)

### How to Cite this Article:

Mohhammadpour N, Kimiaei SA, Ahmadi Kh, Kareshki H. Comparing the Effectiveness of Emotional Intelligence Interventions, Sexual Fantasies and Integrated Protocol in the Treatment of female Orgasmic Disorder, Performance and Quality of women's Sexual Life: A Semi Experimental Research. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2022;**14**(2):86-94. DOI: [10.52547/nkums.14.2.86](https://doi.org/10.52547/nkums.14.2.86)

Received: 13 Nov 2021

Accepted: 08 May 2022

### Keywords:

Female Orgasmic Disorder  
Female Sexual Function  
Female Sexual Quality of Life  
Sexual Fantasy Intervention  
Emotional Intelligence  
Intervention

### Abstract

**Introduction:** The present study aimed to compare the effectiveness of emotional intelligence interventions, sexual fantasies, and integrated protocol in treating the orgasmic disorder, performance, and quality of sexual life.

**Method:** The type of study is quasi-experimental based on the pretest-posttest design. The study population consisted of all married women aged 30-45 years who had a marital life experience for at least one year and had an orgasmic disorder. The sample consisted of 30 women with a definite diagnosis of the orgasmic disease. The research instruments included Female Sexual Function Index (FSFI), Wilson Sexual Fantasy Questionnaire (WSFQ), Shot Emotional Intelligence Scale, and Perceived Relationship Quality Scale (PRQC).

**Results:** The results indicated that the effectiveness of all three interventions, including Emotional intelligence, sexual fantasy, and integrated intervention, were adequate for sexual function, quality of the sexual relationship, and orgasm ( $F=7.36$ ,  $P<0.001$ , square share=0.46). The integrated intervention and sexual fantasy intervention were more effective in improving sexual function and quality of individuals' sexual life than the emotional intelligence intervention. There was no significant difference between the three types of interventions in the orgasm subscale.

**Conclusion:** The findings indicated that the integrated intervention is more effective than the other two because this type of intervention works both at the cognitive (sexual fantasies) and emotional levels (emotion regulation and emotional intelligence). The results of the present study can be used in counseling and psychotherapy, especially couple therapy and sex therapy, as well as improving marital life and the quality of sexual life.



## مقایسه اثربخشی مداخلات هوش هیجانی، فانتزی‌های جنسی و پروتکل ترکیبی در درمان اختلال ارگاسم، عملکرد و کیفیت زندگی جنسی زنان: یک مطالعه نیمه تجربی

نیلوفر محمدپور<sup>۱</sup>، سید علی کیمیایی<sup>۲\*</sup>، خدابخش احمدی<sup>۳</sup>، حسین کارشکی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روان شناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روان شناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

<sup>۳</sup> استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: سید علی کیمیایی، دانشیار گروه روان شناسی مشاوره و تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل:

[kimiaee@um.ac.ir](mailto:kimiaee@um.ac.ir)

DOI: 10.52547/nkums.14.2.86

<b>چکیده</b>	تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۱۸
<b>مقدمه:</b> هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی مداخلات هوش هیجانی، فانتزی‌های جنسی و مداخلات تلفیقی در درمان اختلال ارگاسم، عملکرد و کیفیت زندگی جنسی است.	
<b>روش کار:</b> نوع مطالعه نیمه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون - پس آزمون می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان متأهل ۳۰-۴۵ ساله بوده که حداقل یکسال سابقه زندگی مشترک داشتند و مبتلا به اختلال ارگاسم بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان با تشخیص قطعی اختلال ارگاسم است. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه عملکرد جنسی و مقیاس مولفه‌های کیفیت روابط زناشویی درک شده می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل نتایج از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.	<b>واژگان کلیدی:</b> مداخلات ارگاسم اختلال ارگاسم زنان عملکرد جنسی زنان زندگی جنسی انورگاسمی ثانویه مداخله خیال‌پردازی جنسی مداخله هوش هیجانی
<b>یافته‌ها:</b> نتایج بیانگر اثربخشی مداخلات هوش هیجانی، فانتزی‌های جنسی و مداخلات تلفیقی بر عملکرد جنسی، کیفیت روابط زناشویی و خرده مقیاس ارگاسم می‌باشد (۰/۴۶ = مجدوز اتای سهمی، $P < 0/001$ ، $F = 7/36$ ). در مجموع مداخلات تلفیقی و پس از آن مداخلات مبتنی بر فانتزی‌های جنسی اثربخشی بیشتری بر عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی دارند. در خصوص خرده مقیاس ارگاسم بین سه نوع مداخله تفاوت معنی داری وجود نداشت.	
<b>نتیجه گیری:</b> براساس یافته‌های پژوهش، اثربخش بودن مداخله تلفیقی نسبت به دو مداخله دیگر می‌تواند به این دلیل باشد که این نوع مداخله هم در سطح شناختی (فانتزی‌های جنسی) و هم در سطح هیجانی (تنظیم هیجان و هوش هیجانی) عمل می‌کند. از نتایج این پژوهش می‌توان در مشاوره و روان‌درمانی به ویژه زوج درمانی و سکس تراپی و بهبود زندگی زناشویی و کیفیت زندگی جنسی افراد استفاده نمود.	

### مقدمه

است. از جمله مداخلات مبتنی بر شواهد در درمان اختلالات عملکرد جنسی استفاده از خیال‌پردازی‌های (فانتزی‌ها) جنسی می‌باشد. خیال‌پردازی‌های جنسی به هر تصویر ذهنی که منجر به برانگیختگی جنسی یا شهوانی در فرد شود، اطلاق می‌گردد و به عنوان شایع‌ترین و متداول‌ترین تجربه جنسی انسانی مطرح می‌باشد [۴]. این خیال‌پردازی‌ها از مهمترین تجارب جنسی فرد محسوب می‌گردد. این خیال‌پردازی‌ها پرداخته می‌شوند تا پاسخگوی نیاز جنسی - هیجانی درونی فرد باشند و در بسیاری از موارد در پاسخ به نیازهای مثبت هیجانی جنسی فرد مانند نیاز به احساس ارزشمندی، اتصال با دیگری و یا امنیت در رابطه جنسی اتفاق می‌افتند و می‌توانند مستقیماً بر اختلال ارگاسم مؤثر باشد [۵، ۶]. براساس نتایج یک پژوهش [۷] نشان داده شد که اختلال ارگاسم تا حد بسیار زیادی مرتبط با نداشتن فانتزی‌های جنسی در زنان بود. به طور کلی می‌توان گفت که درمان‌های

انورگاسمی نوعی اختلال عملکرد جنسی است که در آن فرد نمی‌تواند به ارگاسم برسد، این اختلال هم در زنان و هم در مردان قابل تشخیص است [۱]. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که اختلالات ارگاسم به عنوان دومین شکایت معمول زنان دارای نارساکنش‌وری جنسی بوده و پس از اختلال میل جنسی با میزان شیوع ۴۰-۱۱٪ در ایالات متحده و نقاط مختلف جهان مطرح می‌باشد [۲]. در یک تحقیق زمینه‌یابی در ایران ۳۷٪ از زنان دارای ناکارآمدی جنسی در گروه اختلالات ارگاسمیک قرار می‌گرفتند. سهم این اختلال در زنان ایرانی نیز بیش از دیگر اختلالات جنسی مطرح می‌گردد [۳]. درمان اختلالات جنسی در کل و اختلالات ارگاسمی به شکل اختصاصی از تلفیق دو رویکرد رفتاری و شناختی در دهه هفتاد میلادی آغاز گردید. در حال حاضر نقاط مشترک درمان اختلالات ارگاسمی بر مبنای رویکرد رفتاری شناختی در جهت افزایش تحریک و کاهش حضور ممانعت‌کننده‌های ارگاسم

مداخله‌ای مبتنی بر تأثیر هوش هیجانی همراه با افزایش فانتزی‌های جنسی در کاهش اختلالات ارگاسمیک طراحی و اجرا نگردیده است. بنابراین هدف از این مطالعه، مقایسه اثربخشی مداخلات هوش هیجانی، فانتزی‌های جنسی و پروتکل ترکیبی در درمان اختلال ارگاسم می‌باشد. بدین جهت در این پژوهش اثربخشی مداخله ترکیبی، مداخله مبتنی بر هوش هیجانی همراه با مداخلات مبتنی بر ایجاد فانتزی‌های جنسی (آموزش تولید و کنترل فانتزی) بر عملکرد جنسی، کیفیت زندگی جنسی و اختلالات ارگاسم زنان مورد بررسی قرار گرفته است.

## روش کار

نوع روش تحقیق پژوهش حاضر نیمه تجربی-کاربست بالینی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان ۳۰-۴۵ ساله شهرستان مشهد که با شکایت اختلال ارگاسم به متخصصین زنان و زایمان شهر مشهد مراجعه کرده‌اند و سپس از طریق پزشکان متخصص زنان و زایمان مشهد که تمایل به همکاری با این طرح پژوهشی را داشتند به پژوهشگر ارجاع داده شدند. در مرحله بعد این افراد بر اساس پرسشنامه عملکرد جنسی زنان در زیر مؤلفه ارگاسم مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند و در صورتیکه نمره آنها در مؤلفه ارگاسم پرسشنامه عملکرد جنسی زنان یک انحراف معیار کمتر از میانگین بود در مصاحبه تشخیصی ساختار یافته مبتنی بر معیارهای انجمن روانپزشکی آمریکا ویراست پنجم (DSM-5) از لحاظ ابتلا به اختلال ارگاسم ثانویه مورد بررسی قرار گرفتند و مبتنی بر همین معیارها، افراد با تشخیص قطعی ارگاسم جهت ورود به پژوهش انتخاب گردیدند. از بین افراد غربالگری شده (۵۲ نفر)، به شکل هدفمند ۳۰ نفر از کسانی که واجد ملاک‌های ورود به تحقیق بوده و فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را تأیید نمودند، انتخاب شده و به شکل تصادفی در سه گروه، آزمایشی اول: مداخله درمانی مبتنی بر ایجاد فانتزی‌های شهوانی (۱۰ نفر)، آزمایشی دوم: مداخله مبتنی بر افزایش هوش هیجانی مبتنی بر قلب (۱۰ نفر)، آزمایشی سوم: مداخله ترکیبی هوش هیجانی و فانتزی‌های شهوانی (۱۰ نفر) جایگزین شدند. در مطالعه حاضر، مداخلات هوش هیجانی با بهره‌گیری از مداخلات هوش هیجانی مبتنی بر قلب صورت پذیرفت [۱۸] منطبق استفاده از این مداخله عبارتست از اینکه افزایش همدلی و صمیمیت و پاسخ هیجانی متناسب با تغییر در بافت رابطه زوجی و تجربه صمیمیت غیرجنسی می‌تواند بر عملکرد جنسی و اختلال ارگاسم زنان تأثیر بگذارد. به علاوه به منظور اجرای مداخلات مبتنی بر فانتزی‌های جنسی، از مداخله آموزش فانتزی‌های جنسی هدایت شده با رویکرد رفتاری شناختی استفاده گردید. این مداخله آموزش تصویر سازی جنسی هدایت شده به منظور افزایش تحریک جنسی و افزایش احتمال تجربه ارگاسم در رابطه جنسی می‌باشد [۸]. همچنین جهت تلفیق دو پروتکل ارتقای هوش هیجانی و فانتزی‌های جنسی، با توجه به مقالات موجود و اهمیت روابط غیرجنسی در ارتقای روابط جنسی و همچنین نقش مهم تنظیم هیجان هم در روابط غیرجنسی و هم در روابط جنسی، مداخلات عمده مرتبط با پروتکل مربوط به هوش هیجانی که تمرکز آن بر روابط بین فردی دریافت و رابطه زناشویی بود انتخاب گردید. این موارد با مداخلات اصلی فانتزی‌های جنسی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری تلفیق گردید. مداخلات تلفیقی در قالب جداول مربوط به تعیین روایی محتوایی در

مبتنی بر ایجاد فانتزی‌های جنسی از دسته درمانهای شناختی رفتاری بوده و به تنهایی و یا همراه با خودارضایی هدایت شده از درمان‌های مؤثر در اختلال ارگاسم تلقی می‌گردند [۸]. این گروه از درمانها بر اساس مدل خطی پاسخ جنسی مسترز و جانسون طراحی شده و در طراحی درمان تفاوت‌های جنسیتی و نگاه غیر خطی به چرخه عملکرد جنسی زنان مورد توجه قرار نگرفته است. مدل‌های جدید درمان‌های اختلالات جنسی بر تفاوت‌های جنسیتی و بافت اجتماعی و روانی مراجعین متمرکز می‌باشد. مداخلات جنسی بر پایه جنسیت به این نکته توجه دارد که پاسخ جنسی در زنان پیچیده‌تر بوده و شامل فرایندهای اجتماعی، فیزیولوژیکی، عصب شناختی و همچنین تعاملات پیچیده شریک جنسی می‌باشد. بنابراین هدف درمان‌های مبتنی بر جنسیت بافتار محور بوده و اهداف درمانی آن بر پویایی‌های زوجین، موضوعات خانوادگی، عوامل اجتماعی فرهنگی و رشدی تمرکز می‌یابد [۹، ۱۰]. در این راستا هوش هیجانی و توانایی درک هیجان در خود و دیگری و برقراری رابطه همدلانه می‌تواند به عنوان عامل تعدیل کننده در درمان اختلالات جنسی مورد توجه قرار گیرد [۱۱]. مطالعات مختلف این رابطه مثبت و معنادار را تأیید می‌کند.

در یک مطالعه، رابطه مثبت و معنادار بین هوش هیجانی خصیصه‌ای و کنش وری جنسی در جمعیت زنان ایرانی گزارش شده است [۱۲]. در مطالعه دیگر، رابطه مثبت و معنادار بین هوش هیجانی و تعداد دفعات ارگاسم در زنان گزارش شده است، در حالیکه هیچ‌گونه رابطه‌ای بین ارگاسم و هوش هیجانی در مردان یافت نشده است [۱۳]. همچنین بیان شده است که زوجینی که سطح بالایی از احساس هیجانی مطلوب در ارتباطات خود داشته و توانایی کنترل بیشتری در هیجان‌های خود را دارند، از سطح رضایتمندی جنسی بالایی در عملکرد جنسی خود برخوردارند [۱۴]. از نگاه درمانی، در یک مطالعه مقدماتی تأثیر سکس‌تراپی با مدل همدلی، صمیمیت، رضایتمندی جنسی مورد مطالعه قرار گرفته است، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بهبود رابطه جنسی، صمیمیت زناشویی و صمیمیت جنسی کلامی در افراد شرکت کننده در تحقیق منجر به تفاوت در عملکرد جنسی با اندازه اثر بالا نسبت به قبل از درمان گردید [۱۵].

در سالهای اخیر درمان‌های اختلالات جنسی به شکل مداخلات یکپارچه و چند وجهی مورد توجه قرار گرفته است کمیته‌های تخصصی سکس‌تراپی ایالات مختلف آمریکا در گردهمایی سالانه خود جهت بررسی و بازنگری درمان‌های رایج، مداخلات یکپارچه با نگاه زیستی-روانی-اجتماعی جهت درمان اختلالات ارگاسم را مورد تأیید قرار دادند [۱۶]. همچنین نتایج مقایسه درمان‌های فردی، گروهی، درمان‌های اشتراکی و یا درمان‌های التقاطی از نظر اندازه اثر نشان می‌دهد که درمان‌های التقاطی و تلفیقی اثر بیشتر و بازگشت کمتری نسبت به درمان‌های تک رویکردی داشتند [۱۷]. مداخله ترکیبی طراحی شده با توجه به این امر طراحی گردید که هوش هیجانی بر خلاف هوش شناختی دارای قابلیت ارتقا بوده و انجام مداخلات مبتنی بر هوش هیجانی می‌تواند با تأثیر بر پویایی روابط و تأثیر بر توانایی ابراز هیجان، تنظیم هیجان و برقراری رابطه هیجانی مبتنی بر همدلی روابط بین فردی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و همچنین ارتقای توانایی‌های هیجانی در افراد در ترکیب با هسته هیجانی فانتزی‌های جنسی می‌تواند بر عملکرد جنسی زنان تأثیر بگذارد. به نظر می‌رسد که تاکنون

سال باشد، ۲- متأهل بودن، ۳- رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش، ۴- ابتلا به اختلال ارگاسم ثانویه و تشخیص قطعی اختلال ارگاسم ثانویه بر اساس مقیاس تشخیصی و مصاحبه تشخیصی، ۵- نبودن در دوران بارداری و یا شیردهی و ۶- نداشتن عمل جراحی مرتبط با رحم و پستانها. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل: ۱- داشتن سابقه ترومای جنسی قبل و یا در خلال دوره درمان، ۲- عدم مصرف داروهای روانپزشکی در خلال دوره درمان و ۳- غیبت بیش از دو جلسه در طول درمان. شرح مختصر مداخلات سه گانه در جدول ۱ ارائه شده است:

اختیار شش تن از متخصصان زوج درمانی قرار گرفت. این افراد عضو هیات علمی دانشگاه بوده و سابقه کار بالینی و تألیف مقالات پژوهشی در زمینه مورد نظر را دارا بودند. پس از احصای نظرات این متخصصان ضرایب CVI و CVR مربوط به هر جلسه مداخله محاسبه گردید که بیانگر روایی محتوایی کامل این مداخلات می‌باشد. پیش از شروع مداخلات مقیاس‌های عملکرد جنسی زنان، کیفیت روابط زناشویی ادراک شده توسط شرکت کنندگان تکمیل شد و پس از پایان از ۱۰ جلسه مداخله درمانی از کلیه شرکت کنندگان پس از آزمون به عمل آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- سن زنان بی ۳۰ تا ۴۵

جدول ۱. شرح مختصر مداخلات مبتنی بر هوش هیجانی، فانتزی‌های جنسی و مداخلات تلفیقی

جلسه	شرح مختصر مداخلات	مداخلات هوش هیجانی
پیش جلسه	سنجش، ارزیابی و تشخیص اختلالات ارگاسم	
جلسه اول	آشنایی با گروه، رابطه سازی، ایجاد حس اعتماد و اهمیت رازداری همراه با آموزش مفاهیم پایه	
جلسه دوم	توضیح مفاهیم پایه رابطه جنسی، تعریف ارگاسم، روابط غیر جنسی و تأثیر آن بر رابطه جنسی	
جلسه سوم	روابط غیرجنسی و احساسات مثبت و منفی در روابط انسانی	
جلسه چهارم	آگاهی هیجانی شامل تجربه فیزیکی احساسات، نامگذاری احساسات، توانایی ایجاد ارتباط بین احساس ایجاد شده و موضوعات روابط انسانی	
جلسه پنجم	مدیریت هیجانات شامل تشخیص نام، شدت هیجان و توانایی ابراز کلامی	
جلسه ششم	آموزش همدلی: شناخت هیجانات در خود و در طرف مقابل	
جلسه هفتم	آموزش همدلی: ابراز گری متناسب هیجانی و پاسخ همدلانه در جهت ایجاد صمیمیت غیرجنسی	
جلسه هشتم	نگاهی نو به جراحات احساسی حاصل از احساسات منفی مانند شرم در خود و دیگری همراه با ایجاد رابطه بر پایه تبادلات هیجانی (Emotional Interactivity)	
جلسه نهم	همراه سازی مهارت‌های آموخته شده در بافت روابط مختلف زوجی و خلق تجارب صمیمی نو و متفاوت	
جلسه دهم	یکپارچه سازی درمان در جهت همراه سازی هیجانات مثبت روابط غیرجنسی در رابطه جنسی	
<b>مداخلات درمانی فانتزی‌های جنسی</b>		
پیش جلسه	سنجش و ارزیابی و تشخیص اختلالات ارگاسم	
جلسه اول	آشنایی با گروه، رابطه سازی، ایجاد حس اعتماد و اهمیت رازداری همراه با آموزش مفاهیم پایه	
جلسه دوم	توضیح مفاهیم پایه رابطه جنسی، تعریف ارگاسم، انواع اختلال ارگاسم و به اشتراک گذاری تجارب گروهی در زمینه آموزشها	
جلسه سوم	توضیح خیالپردازی، انواع خیالپردازی‌های جنسی و غیر جنسی	
جلسه چهارم	خیالپردازی‌های جنسی، نحوه ایجاد و تغییر خیالپردازی‌ها در گستره رشد فردی، به اشتراک گذاری تجارب گروهی	
جلسه پنجم	خیالپردازی‌های جنسی در دوران بلوغ و نوجوانی و بزرگسالی، تمرکز بر محتوای خیالپردازی‌های تحریک کننده، به اشتراک گذاری تجارب گروهی	
جلسه ششم	آموزش تصویر سازی غیر جنسی محرک میل جنسی مانند فضای رمانتیک دیدار عاشقانه	
جلسه هفتم	آموزش تصویر سازی جنسی با محتوای جنسی خیالپردازی‌های آشنا همراه با تمرکز بر برانگیختگی فیزیکی ناحیه تناسلی	
جلسه هشتم	آموزش وارد کردن تصویر همسر به خیالپردازی پس از برانگیختگی فیزیکی و لیز شگی	
جلسه نهم	آموزش وارد کردن تصویر همسر به خیالپردازی قبل از برانگیختگی فیزیکی و ادامه تصویر سازی تا رسیدن به ارگاسم	
جلسه دهم	یکپارچه سازی درمان و به اشتراک گذاری تجارب درمانی	
<b>مداخلات درمانی تلفیقی</b>		
پیش جلسه	سنجش، ارزیابی و تشخیص اختلالات ارگاسم	
جلسه اول	آشنایی با گروه، رابطه سازی، ایجاد حس اعتماد و اهمیت رازداری همراه با آموزش مفاهیم پایه	
جلسه دوم	آموزش مفاهیم پایه جنسی همراه با تأثیر روابط غیر جنسی بر رابطه جنسی، تأثیر آگاهی هیجانی بر روابط غیر جنسی و جنسی	
جلسه سوم	خیالپردازی‌های ذهنی غیر جنسی همراه با آگاهی و تجربه هیجانی	
جلسه چهارم	خیالپردازی‌های جنسی همراه با آگاهی و تجربه هیجانی هیجانی	
جلسه پنجم	روابط غیر جنسی صمیمی و خیالپردازی‌های جنسی و تجارب احساسی مرتبط	
جلسه ششم	صمیمیت، همدلی و تجربه تبادل هیجانی در روابط غیر جنسی	
جلسه هفتم	آموزش تصویر سازی غیر جنسی محرک میل جنسی مانند فضای رمانتیک دیدار عاشقانه همراه با آگاهی و تجربه هیجانی	
جلسه هشتم	یکپارچه سازی تصویر سازی جنسی و غیر جنسی همراه با تمرکز بر هیجانات مثبت مانند صمیمیت و پذیرش	
جلسه نهم	یکپارچه سازی درمان، ایجاد نگاهی نو به صمیمیت جنسی و تبادلات هیجانی در بافت رابطه همدلانه	
جلسه دهم	یکپارچه سازی جلسات درمان همراه با به اشتراک گذاری تجارب گروهی	

است. نمره‌دهی سؤالات براساس سیستم نمره‌دهی از صفر تا پنج است و با جمع نمرات سوال‌های هر بعد، نمره کلی آن بعد به دست می‌آید (نمره بالاتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است). نتایج نشان می‌دهد که ساختار عاملی پرسشنامه موید وجود هر شش بعد مطرح شده می‌باشد به علاوه ضرایب بازآزمایی برای شش بعد بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ و ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۸۲ محاسبه گردیده است. روایی افتراقی برای تمایز بین گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال

به منظور گردآوری اطلاعات پژوهش و همچنین تشخیص زنان مبتلا به اختلال ارگاسم از پرسشنامه‌های عملکرد جنسی (FSFI)، و مولفه‌های مقیاس کیفیت روابط جنسی ادراک شده (PRQC) و فرم مصاحبه تشخیصی اختلال ارگاسم مبتنی بر DSM-5 استفاده گردید. پرسشنامه عملکرد جنسی (FSFI): این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال است و به منظور بررسی عملکرد جنسی افراد در شش بعد میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده‌سازی یا رطوبت، ارگاسم، رضایت جنسی و درد

آزمایش قرار گرفته و تحت درمان (۱) مداخله مبتنی بر هوش هیجانی (۲) مداخله مبتنی بر کنترل و ساخت فانتزی‌های جنسی با رویکرد شناختی رفتاری (۳) مداخله تلفیقی طراحی شده بر اساس ترکیب دو مداخله فوق قرار گرفتند. قبل و بعد از درمان کلیه آزمودنی‌ها به پرسشنامه عملکرد جنسی زنان و کیفیت زندگی جنسی زنان پاسخ دادند

**تجزیه و تحلیل نتایج:** در پردازش داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکووا) به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و مقایسه ۳ گروه مورد آزمایش در متغیرهای عملکرد جنسی، کیفیت زندگی جنسی و زیرمقیاس ارگاسم پرسشنامه عملکرد جنسی زنان مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته‌ها

آزمودنی‌ها در این تحقیق، در سه گروه آزمایشی به ترتیب با مداخله هوش هیجانی، با مداخله فانتزی‌های جنسی و مداخله تلفیقی هوش هیجانی و فانتزی‌های جنسی قرار گرفتند که ۳۳/۳۳ درصد آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی بصورت تصادفی جایگزین شدند. میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت ازدواج مشارکت‌کنندگان و توزیع تعداد فرزندان، تحصیلات و شغل این افراد در **جدول ۲** ارائه شده است:

همانگونه که نتایج **جدول ۲** نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه مداخلات هوش هیجانی برابر با  $35/60 \pm 4/27$ ، در گروه مداخلات فانتزی‌های جنسی برابر با  $37/50 \pm 4/71$  و در گروه مداخلات تلفیقی برابر با  $36/70 \pm 4/49$  می‌باشد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه بیانگر عدم وجود تفاوت در میانگین سنی سه گروه می‌باشد ( $F=0/45$  و  $P=0/64$ ). به همین ترتیب میانگین و انحراف استاندارد مدت ازدواج در گروه مداخلات هوش هیجانی برابر با  $12/80 \pm 6/33$ ، در گروه مداخلات فانتزی‌های جنسی برابر با  $13/80 \pm 5/20$  و در گروه مداخلات تلفیقی برابر با  $14/30 \pm 8/05$  می‌باشد. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه بیانگر عدم وجود تفاوت در میانگین مدت ازدواج سه گروه می‌باشد ( $F=0/13$  و  $P=0/87$ ). در خصوص سطح تحصیلات ( $\chi^2=5/40$  و  $P=0/71$ )، وضعیت اشتغال ( $\chi^2=1/08$  و  $P=0/58$ ) و تعداد فرزندان ( $\chi^2=3/78$  و  $P=0/70$ ) بین سه گروه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد. در **جدول ۳** نتایج مربوط به آزمون اثربخشی مداخلات سه‌گانه بر متغیرهای وابسته ارائه شده است:

همانگونه که نتایج **جدول ۳** نشان می‌دهد میانگین نمرات مربوط به متغیرهای کیفیت زندگی جنسی، عملکرد جنسی و خرده‌مقیاس ارگاسم در مورد هر سه شیوه مداخله- مداخلات مبتنی بر فانتزی‌های جنسی، مداخلات مبتنی بر هوش هیجانی و مداخلات تلفیقی- در مرحله پس‌آزمون بهبود یافته است. جهت تعیین و مقایسه اثربخشی این مداخلات از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید. پس از بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون شاپیرو و بلک و بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، نتایج آزمون  $M$  باکس که به بررسی مفروضه همگنی ماتریس‌های کواریانس می‌پردازد معنادار است ( $F=1/78$ ،  $p<0/045$ ) ( $Box'M=25/58$ ) که بیانگر تخطی از این مفروضه می‌باشد.

برانگیختگی جنسی مطلوب گزارش شده است ( $p<0/01$ ) همچنین بررسی روایی همگرای این پرسشنامه با مقیاس رضایت زناشویی بیانگر همبستگی مثبت و معنادار ( $p<0/01$  و  $r=0/41$ ) می‌باشد [۱۹]. مطالعه نسخه ایرانی همین پرسشنامه نیز نشان داد که ضرایب بازآزمایی بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۶ و ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ محاسبه شده است [۱۹]. به علاوه با توجه به اهمیت عملکرد جنسی در مؤلفه ارگاسم، در پژوهش حاضر نمره این خرده‌مقیاس به عنوان یک متغیر وابسته مورد تحلیل قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ این خرده‌مقیاس در فرم اصلی برابر با ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی آن برابر با ۰/۸۰ محاسبه شده است. همچنین روایی افتراقی این خرده‌مقیاس برای تمایز بین گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال برانگیختگی جنسی مطلوب گزارش شده است ( $p<0/01$ ). به علاوه عملکرد جنسی در این خرده‌مقیاس با نمرات رضایت زناشویی ارتباط آماری معناداری ( $p<0/01$ ) و  $r=0/27$  را نشان داده است (۲۵). در فرم ایرانی این پرسشنامه نیز ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس ارگاسم برابر با ۰/۹۰ محاسبه گردیده و این خرده‌مقیاس روایی افتراقی مطلوبی ( $p<0/01$ ) داشته است [۱۹].

مؤلفه‌های کیفیت روابط زناشویی ادراک شده: این مقیاس شامل ۱۸ سؤال می‌باشد و دربرگیرنده کیفیت روابط زناشویی در شش بعد رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد شور و هیجان جنسی و عشق (هر بعد با ۳ موال سنجیده می‌شود) است. آزمودنی پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از ۱ تا ۷ یعنی اصلاً تا کاملاً مشخص می‌کند ضرایب آلفای کرونباخ بدست آمده برای زیرمقیاس‌های این آزمون به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۹۶، ۰/۸۶، ۰/۷۸، ۰/۸۶، ۰/۸۹ و آلفای کل را ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۰]. به علاوه نتایج بررسی اعتبار نسخه ایرانی این مقیاس نشان می‌دهد که ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۷ و ضرایب بازآزمایی بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ محاسبه شده است [۲۱].

مصاحبه تشخیصی اختلال ارگاسم مبتنی بر معیارهای DSM-5: به منظور انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش، این افراد توسط مصاحبه تشخیصی مبتنی بر معیارهای انجمن روانپزشکی آمریکا ویراست پنجم از لحاظ ابتلا به اختلال ارگاسم ثانویه مورد بررسی قرار گرفتند. در این مصاحبه مواردی نظیر تأخیر در ارگاسم، فقدان آن و یا ارگاسم محدود و کاهش شدت در ارگاسم در انواع فراگیر و موقعیتی مورد بررسی قرار می‌گیرد و مشخصه‌هایی نظیر تشخیص نوع سراسر زندگی، نوع اکتسابی و عدم ارگاسم بررسی می‌گردد. علاوه بر این سابقه خودارضایی، سایر سوابق پزشکی و تشخیص سایر اختلالات مورد توجه می‌باشد [۲۲].

شیوه اجرای پژوهش: شرکت‌کنندگان در تحقیق از طریق پزشکان متخصص زنان و زایمان مشهد که تمایل به همکاری با این طرح پژوهشی را داشتند معرفی گردیدند. این افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بوده و رضایت آگاهانه جهت ورود به پژوهش را داشتند. افراد متقاضی پرسشنامه عملکرد جنسی زنان را پاسخ داده و در مصاحبه تشخیصی مبتنی بر معیارهای انجمن روانپزشکی آمریکا ویراست پنجم از لحاظ ابتلا به اختلال ارگاسم ثانویه مورد بررسی قرار گرفتند. افراد با تشخیص قطعی ارگاسم جهت ورود به پژوهش انتخاب گردیدند. ۳۰ نفر از زنان دارای اختلال ارگاسم ثانویه به صورت تصادفی در ۳ گروه

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

گروه	مداخلات هوش هیجانی		مداخلات فانتزی‌های جنسی		مداخلات تلفیقی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۵/۶۰	۴/۲۷	۳۷/۵۰	۴/۷۱	۳۶/۷۰	۴/۴۹
مدت ازدواج	۱۲/۸۰	۶/۳۳	۱۳/۸۰	۵/۲۰	۱۴/۳۰	۸/۰۵
تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۳	۳۰	۳	۳۰	۳	۳۰
فوق دیپلم	۰	۰	۰	۰	۱	۱۰
کارشناسی	۴	۴۰	۶	۶۰	۵	۵۰
کارشناسی ارشد	۲	۲۰	۰	۰	۱	۱۰
دکتری	۱	۱۰	۱	۱۰	۰	۰
اشتغال						
شاغل	۵	۵۰	۳	۳۰	۵	۵۰
خانه دار	۵	۵۰	۷	۷۰	۵	۵۰
بدون فرزند	۱	۱۰	۳	۳۰	۲	۲۰
تعداد فرزند						
یک فرزند	۳	۳۰	۲	۲۰	۲	۲۰
دو فرزند	۶	۶۰	۴	۴۰	۶	۶۰
سه فرزند	۰	۰	۱	۱۰	۰	۰

جدول ۳. مشخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و نتایج تحلیل کواریانس یک راهه برای مداخلات سه گانه

متغیر / گروه / شاخص آماری	زمان		F	سطح معناداری	partial η <sup>2</sup>
	پیش آزمون	پس آزمون			
کیفیت زندگی جنسی			۱۳/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۵
فانتزی‌های جنسی					
میانگین	۶۳/۵۰	۶۶/۶۰			
انحراف استاندارد	۸/۵۱	۶/۱۳			
هوش هیجانی					
میانگین	۵۶	۷۱/۳۰			
انحراف استاندارد	۹/۵۵	۹/۵۹			
مداخلات تلفیقی					
میانگین	۵۲	۶۷/۹۰			
انحراف استاندارد	۱۳/۴۵	۷/۸۸			
فانتزی‌های جنسی			۶/۴۹	۰/۰۰۰۶	۰/۳۵۱
عملکرد جنسی					
میانگین	۵۵	۶۳			
انحراف استاندارد	۱۱/۱۹	۶/۶۳			
هوش هیجانی					
میانگین	۴۷/۹۰	۶۴/۱۰			
انحراف استاندارد	۱۳/۶۱	۸/۸۸			
مداخلات تلفیقی					
میانگین	۴۵/۸۰	۶۶/۹۰			
انحراف استاندارد	۱۱/۷۰	۴/۸۴			
فانتزی‌های جنسی			۳/۴۷	۰/۰۴۷	۰/۲۲۵
ارگاسم					
میانگین	۷	۹/۳۰			
انحراف استاندارد	۱/۹۴	۱/۲۵			
هوش هیجانی					
میانگین	۷/۱۰	۱۰/۸۰			
انحراف استاندارد	۱/۹۱	۱/۶۱			
مداخلات تلفیقی					
میانگین	۵/۵۰	۹/۸۰			
انحراف استاندارد	۱/۹۰	۲/۳۹			

چند متغیری توصیه شده است [۲۳]. همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت از نظر آماری معنادار تلقی می‌شود ( $P < 0/0001$ ,  $\chi^2 = 53/89$ )

در مواقع نقض این مفروضه استفاده از شاخص پیلای تراپس به خاطر توان بالای آن به جای لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای



استفاده از فانتزی را به مدت ۲ سال بر روی ۵۲ فرد مبتلا به اختلال کمبود میل جنسی انجام داده و نتایج رضایت‌بخشی نسبت به شروع درمان در این افراد گزارش کردند. به این شکل که لیستی از فانتزی‌های مراجع تهیه شده و از او خواسته می‌شود که طی روند مداخله به تولید فانتزی بپردازد. و در اینجا فانتزی به تنهایی به عنوان یک ابزار درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. که نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دیگر [۲۷، ۲۸] همسو است. در تبیین این اثر بخشی می‌توان گفت که القای فانتزی از طریق تأثیر بر مدارهای مغزی که در تجارب لذت بخش ایجاد می‌شوند و مدارهای پاداش مغزی نامیده می‌شوند و همراه شدن با احساس لذت در مسیر درمان منجر به برانگیختگی در فرد و تمایل به تکرار عمل جنسی در واقعیت و افزایش عملکرد جنسی و بهبود ارگاسم در فرد می‌گردد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر در مداخله درمانی در گروه هوش نیز، نشان داد که میانگین نمرات عملکرد جنسی، نمرات زیرمقیاس ارگاسم و نمرات کیفیت زندگی جنسی بین دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایشی هوش هیجانی تفاوت معناداری داشت. در گروه مداخلات هوش هیجانی نیز نتایج اثربخشی این مداخله در تغییر میانگین نمرات عملکرد جنسی، نمرات زیرمقیاس ارگاسم و نمرات کیفیت زندگی جنسی بین دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون نیز در گروه آزمایشی هوش هیجانی تفاوت معناداری داشت. که می‌توان نتیجه گرفت مداخله هوش هیجانی باعث تغییر در عملکرد جنسی، اختلال ارگاسم و کیفیت زندگی جنسی زنان شرکت کننده در پژوهش گردیده است. در این راستا نتایج یک پژوهش [۲۹] نشان داد که هوش هیجانی را می‌توان به عنوان یک متغیر مهم و مؤثر در بهبود عملکرد جنسی زنان در نظر گرفت، بنابراین تمرکز بر روی هوش هیجانی در افراد مشاوره و آموزش و تأکید بر ارتقا توصیه می‌شود. همچنین در یک مطالعه مروری نظام‌مند [۳۰] با بررسی ۷ مقاله نهایی و ۶۰۳ شرکت کننده به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی و رضایت از رابطه عاشقانه با یکدیگر دارای رابطه مستقیم، مثبت و معنادار می‌باشند. نتایج پژوهش‌های ذکر شده با مطالعه حاضر همسو می‌باشد و در تبیین آن می‌توان گفت که مداخلات هوش هیجانی سبب تنظیم هیجانات در افراد می‌شود که این امر می‌تواند افکار و هیجانات منفی افراد را تنظیم و کنترل کند و از این طریق باعث بهبود در عملکرد جنسی و کیفیت رضای جنسی و ارگاسم و در نهایت بهبود کیفیت زندگی جنسی افراد می‌شود.

در گروه تلفیقی نیز نتایج نشان داد که این نوع مداخله در اختلال ارگاسم، افزایش عملکرد جنسی و کیفیت زندگی جنسی مؤثر بود بطوریکه نمرات عملکرد و کیفیت زندگی جنسی در دو گروه پیش آزمون و پس آزمون تغییرات قابل ملاحظه و معناداری داشت. این نوع مداخله تلفیقی که ترکیب مداخله هوش هیجانی و فانتزی‌های جنسی است تاکنون انجام نشده بود اما پژوهش‌های متعددی اثربخشی مداخلات هوش هیجانی و فانتزی‌های جنسی را به تنهایی بر اختلال ارگاسم و بهبود عملکرد جنسی افراد مورد آزمون قرار داده‌اند. در واقع در مداخلات هوش هیجانی، زمانی که افراد به مدیریت و تنظیم هیجانی دست پیدا می‌کنند قادر به کنترل افکار و هیجانات منفی می‌شوند که این امر می‌تواند در بهبود عملکرد جنسی آنان مؤثر واقع شود. همچنین آگاهی از فانتزی‌های جنسی و تعیین آسیب زا بودن یا نبودن آنها به

2) که بیانگر همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته جهت اجرای تحلیل می‌باشد. به علاوه نتایج نشان می‌دهد که که ترکیب خطی متغیرهای وابسته ( کیفیت زندگی جنسی، عملکرد جنسی و خرده مقیاس مقیاس ارگاسم) به صورت معناداری در سه گروه تفاوت دارد ( $F=7/36, p<0/001$ ). این بدان معناست که متغیرهای مستقل دست کم در یک متغیر باعث ایجاد تغییرات معنادار شده است. به همین دلیل و به منظور آگاهی از اثرات سطوح متغیر مستقل بر هر یک از متغیرهای وابسته، نتایج تحلیل کواریانس یک طرفه در متن تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۳ ارائه شده است که براساس نتایج مداخلات مبتنی بر هوش هیجانی، مداخلات مبتنی و فانتزی‌های جنسی و مداخلات تلفیقی موجب شد تا هر سه متغیر کیفیت زندگی جنسی ( $F=13/73, p<0/001$ )، عملکرد جنسی ( $F=3/47, p<0/047$ ) و خرده مقیاس ارگاسم ( $F=6/49, p<0/001$ ) پس از کنترل اثرات پیش آزمون مربوط به هر متغیر، تحت تأثیر معناداری قرار بگیرد. در ادامه با توجه به اینکه متغیر مستقل در مطالعه حاضر شامل مداخلات سه گانه می‌باشد و برای مقایسه این مداخلات بر متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده گردید.

نتایج آزمون تعقیبی در مقایسه میانگین‌های تعدیل شده متغیر کیفیت زندگی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر هوش هیجانی تفاوت آماری معناداری با مداخلات مبتنی بر فانتزی‌های جنسی ( $F=8/32, p<0/001$ ) و مداخلات تلفیقی دارد ( $F=8/35, p<0/001$ ) اما بین مداخلات مبتنی بر فانتزی‌های جنسی با مداخلات تلفیقی تفاوت آماری معناداری مشاهده نمی‌گردد ( $F=0/30, p>0/99$ ). این نتایج نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر فانتزی‌های جنسی و مداخلات تلفیقی در مقایسه با مداخلات مبتنی بر هوش هیجانی بصورت معناداری منجر به ارتقای کیفیت زندگی جنسی شرکت کنندگان در پژوهش حاضر شده‌اند. به علاوه در خصوص متغیر عملکرد جنسی نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر هوش هیجانی تفاوت آماری معناداری با مداخلات مبتنی بر فانتزی‌های جنسی ندارد ( $F=3/93, p>0/033$ )، اما مداخلات مبتنی بر هوش هیجانی تفاوت آماری معناداری با مداخلات تلفیقی دارد ( $F=8/35, p<0/001$ ) میانگین‌ها و در سوی دیگر بین مداخلات مبتنی بر فانتزی‌های جنسی با مداخلات تلفیقی نیز تفاوت آماری معناداری مشاهده نمی‌گردد ( $F=4/70, p>0/16$ ). در نهایت و در مورد متغیر خرده مقیاس ارگاسم نتایج آزمون تعقیبی بیانگر عدم وجود تفاوت بین مداخلات سه گانه می‌باشد.

## بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات در گروه فانتزی‌های جنسی نمرات عملکرد جنسی و نمرات کیفیت زندگی جنسی، بین دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایشی فانتزی‌های جنسی تفاوت معناداری داشت. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو است [۲۴]. نتایج این یافته‌ها نشان داد که مداخله گروه درمانی باعث تغییر در محتوای فانتزی‌های جنسی افراد می‌شود و تغییر در محتوا و یا تعداد فانتزی منجر به تغییر در کیفیت و عملکرد جنسی افراد می‌گردد. علاوه بر این، نتایج بدست آمده در یک مطالعه [۲۶] درمان و مداخله با

مداخلات تلفیقی نسبت به دو نوع مداخله دیگر در بهبود عملکرد و کیفیت زندگی جنسی افراد موثرتر بود که این امر می‌تواند به این دلیل باشد که هم در سطح شناختی (فانتزی‌های جنسی) و هم در سطح هیجانی (تنظیم هیجان و هوش هیجانی) در افراد ارزیابی و مداخله صورت گرفته است. از نتایج این پژوهش می‌توان در مشاوره و روان‌درمانی به ویژه زوج درمانی و سکس تراپی و بهبود زندگی زناشویی و کیفیت زندگی جنسی افراد استفاده نمود.

محدودیت عمده پژوهش حاضر فقدان گروه کنترل می‌باشد که می‌توانست نتایج مداخلات را مقایسه پذیرتر نماید. به علاوه مداخلات پژوهش حاضر برای درمان اختلال ارگاسم ثانویه و در یک گروه سنی خاص مورد استفاده قرار گرفته است، بنابراین تعمیم نتایج برای سایر اختلالات جنسی و سایر گروه‌های سنی باید با احتیاط صورت پذیرد. به علاوه پیشنهاد می‌گردد اثربخشی شکل زوجی همین مداخلات در پژوهش‌های آینده مورد توجه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

در انتها پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که زحمت حضور منظم در جلسات را پذیرفتند، سپاسگزاری نمایند. این مقاله مستخرج از رساله دکتری مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد با شناسه اخلاق IR.UM.REC.1399.036 می‌باشد.

### تضاد منافع

در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### References

1. Stuparu C. Emale orgasm disorder. Anorgasmia. *F Int J Advance Stud Sex* 2020; **89**. DOI: 10.46388/ijass.2020.13.25
2. Clayton AH, Hamilton DV. Disfunción sexual femenina. *Clinicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica*. 2009; **36**(4):861-876.
3. Basirmia A, Sahimi-Izadian E, Arbabi M, Bayay Z, Vahid-Vahdat S, Noorbala AA, et al. Systematic review of prevalence of sexual disorders in Iran. *Iran J Psychiatr*. 2007; **2**(4):151-156. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_231\_19
4. Yule MA, Brotto LA, Gorzalka BB. Sexual Fantasy and Masturbation Among Asexual Individuals: An In-Depth Exploration. *Arch Sex Behav*. 2017; **46**(1):311-328. DOI: 10.1007/s10508-016-0870-8 PMID: 27882477
5. Birnbaum GE, Svitelman N, Bar-Shalom A, Porat O. The thin line between reality and imagination: attachment orientations and the effects of relationship threats on sexual fantasies. *Pers Soc Psychol Bull*. 2008; **34**(9):1185-1199. DOI: 10.1177/0146167208319692 PMID: 18577507
6. Sierra JC, Arcos-Romero AI, Calvillo C. Validity evidence and norms of the Spanish version of the Hurlbert Index of Sexual Fantasy. *Psicothema*. 2020; **32**(3):429-436. DOI: 10.7334/psicothema2020.14
7. Motogna I. Inhibited/diminished sexual desire and loss of orgasm in women. *Int J Advanc Stud Sex*. 2021; **97**. DOI: 10.46388/ijass.2021.13.42
8. Boncinelli V, Scaletti DG, Nanini C, Daino D, Genazzani AR. Sexual fantasies and female hypoactive desire. *Sexol*. 2013; **22**(1):16-19. DOI: 10.1016/j.sexol.2012.08.003
9. Dewitte M. On the interpersonal dynamics of sexuality. *J Sex Marital Ther*. 2014; **40**(3):209-232. DOI: 10.1080/0092623X.2012.710181 PMID: 24102171
10. Costantini E, Villari D, Filocamo MT. Female sexual function and dysfunction. *Springer*. 2017. DOI: 10.1007/978-3-319-41716-5
11. Toates F. An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior. *J Sex Res*. 2009; **46**(2-

افراد کمک می‌کند که هم در جهت دهی فانتزی‌های مطلوب و هم فاصله گرفتن از فانتزی‌های آسیب‌زا در جهت بهبود کیفیت زندگی و بهبود ارگاسم در رابطه جنسی موفق شوند. ، مداخلات تلفیقی نسبت به دو نوع مداخله دیگر در بهبود عملکرد و کیفیت زندگی جنسی افراد موثرتر بود که این امر می‌تواند به این دلیل باشد که هم در سطح شناختی (فانتزی‌های جنسی) و هم در سطح هیجانی (تنظیم هیجان و هوش هیجانی) در افراد ارزیابی و مداخله صورت گرفته است

### نتیجه گیری

در زمینه بهبود ارگاسم و عملکرد و کیفیت زندگی جنسی افراد، نتایج پژوهش حاضر به اثربخش بودن مداخلات هوش هیجانی، فانتزی‌های جنسی و ترکیب این دو را تأیید نمود. در واقع در مداخلات هوش هیجانی، زمانی که افراد به مدیریت و تنظیم هیجانی دست پیدا می‌کنند قادر به کنترل افکار و هیجانات منفی می‌شوند که این امر می‌تواند در بهبود عملکرد جنسی آنان مؤثر واقع شود. همچنین آگاهی از فانتزی‌های جنسی و تعیین آسیب‌زا بودن یا نبودن آنها به افراد کمک می‌کند که هم در جهت دهی فانتزی‌های مطلوب و هم فاصله گرفتن از فانتزی‌های آسیب‌زا در جهت بهبود کیفیت زندگی و بهبود ارگاسم در رابطه جنسی موفق شوند. در نهایت مجموع مقالات ارائه شده نشان دهنده میزان شیوع اختلال ارگاسم، تبیین‌های مختلف در ایجاد این اختلال، درمان‌های مؤثر بر این اختلال بود که نشان دهنده اثربخشی مداخلات هوش هیجانی و فانتزی‌های جنسی و ترکیب این دو در بهبود ارگاسم و کیفیت و عملکرد جنسی در افراد بود. در این مطالعه،

- 3):168-193. DOI: 10.1080/00224490902747768 PMID: 19308842
12. Kamranpour SB, Tarahi MJ, Kohan S, Alizadeh S. Relationship of Emotional Intelligence With Sexual Function in Females. *J Holistic Nurs Midwife*. 2019; **29**(2):65-72. DOI: 10.32598/JHNM.29.2.65
13. Willi J, Burri A. Emotional Intelligence and Sexual Functioning in a Sample of Swiss Men and Women. *J Sex Med*. 2015; **12**(10):2051-2060. DOI: 10.1111/jsm.12990 PMID: 26395993
14. Lenz K, Adler MA. Emotions, love, and sexuality in committed relationships. In *Research Handbook on the Sociology of the Family*. Edward Elgar Publishing; 2021.
15. Konzen J, Lambert J, Miller M, Negash S. The EIS Model: A Pilot Investigation of a Multidisciplinary Sex Therapy Treatment. *J Sex Marital Ther*. 2018; **44**(6):552-565. DOI: 10.1080/0092623X.2018.1436626 PMID: 29412100
16. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J, et al. Female Sexual Dysfunction-Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *J Sex Med*. 2017; **14**(12):1463-1491. DOI: 10.1016/j.jsxm.2017.05.018 PMID: 29198504
17. Fawcett D, Crane DR. The influence of profession and therapy type on the treatment of sexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther*. 2013; **39**(5):453-465. DOI: 10.1080/0092623X.2012.665814 PMID: 23560701
18. Steiner C. Emotional literacy: Intelligence with a heart. *Personhood Press* 2003.
19. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000; **26**(2):191-208. DOI: 10.1080/009262300278597 PMID: 10782451
20. Fletcher GJ, Simpson JA, Thomas G. The measurement of perceived relationship quality components: A confirmatory



- factor analytic approach. *Person Soc Psychol Bullet.* 2000;**26**(3):340-354. **DOI:** [10.1177/0146167200265007](https://doi.org/10.1177/0146167200265007)
21. Nilforooshan P, Ahmadi A, Fatehizadeh M, Abedi MR, Ghasemi V. How adult attachment and personality traits are related to marital quality: The role of relationship attributions and emotional reactions. *Europ J Psychol.* 2013;**9**(4):783-797. **DOI:** [10.5964/ejop.v9i4.549](https://doi.org/10.5964/ejop.v9i4.549)
  22. Nussbaum AM. The pocket guide to the DSM-5® diagnostic exam. American Psychiatric Pub2013.
  23. Meyers LS, Gamst GC, Guarino AJ. Performing data analysis using IBM SPSS. John Wiley & Sons2013.
  24. Anzani A, Prunas A. Sexual Fantasy of Cisgender and Nonbinary Individuals: A Quantitative Study. *J Sex Marital Ther.* 2020;**46**(8):763-772. **DOI:** [10.1080/0092623X.2020.1814917](https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1814917) **PMID:** [32880516](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32880516/)
  25. Banbury S, Moneta G, Chandler C. An exploratory study examining the relationship between sexual self efficacy and premature ejaculation mediated by depression, anxiety and sexual fantasy among a British cohort. *Sex Relation Therap.* 2021;**21**:1-7. **DOI:** [10.1080/14681994.2021.1932796](https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1932796)
  26. Todd C. Imagination, fantasy, and sexual desire. In: Art and pornography. Oxford University Press, Oxford.2012.
  27. Rigo C, Saroglou V. Religiosity and sexual behavior: Tense relationships and underlying affects and cognitions in samples of Christian and Muslim traditions. *Arch Psychol Religion.* 2018;**40**(2-3):176-201. **DOI:** [10.1163/15736121-12341359](https://doi.org/10.1163/15736121-12341359)
  28. Bartels RM, Harkins L, Harrison SC, Beard N, Beech AR. The effect of bilateral eye-movements versus no eye-movements on sexual fantasies. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2018;**59**:107-114. **DOI:** [10.1016/j.jbtep.2018.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.01.001) **PMID:** [29331440](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29331440/)
  29. Asadi L, Bokaie M, Khavari F, Mohammadi M, Gandomani SJ. Evaluation of the relationship between emotional intelligence and sexual function of reproductive age women. *J Educ Health Promot.* 2020;**9**:93. **DOI:** [10.4103/jehp.jehp\\_598\\_19](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_598_19) **PMID:** [32509901](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32509901/)
  30. Kotsou I, Mikolajczak M, Heeren A, Grégoire J, Leys C. Improving emotional intelligence: A systematic review of existing work and future challenges. *Emot Rev.* 2019;**11**(2):151-165. **DOI:** [10.1177/1754073917735902](https://doi.org/10.1177/1754073917735902)