Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 4/ Winter 2017
Page: 39-47

The effectiveness of cognitive behavior therapy on sexual dysfunction after hysterectomy in women referred to Besat hospital in Sanandaj

Manizhe Saeidi[1], Narges Shamsalizadeh[2*], Fayegh Yousefi[3]

1. MA in clinical psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
2 . Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran (Corresponding Author) nshamsalizadeh@yahoo.com.
3. Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

Abstract

Introduction: Sexual dysfunction is one the psychological effects of a hysterectomy.
The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavior therapy on sexual dysfunction after hysterectomy in women referred to Besat hospital in Sanandaj.

Materials and Methods: design of this study was experimental study (before and after with control groups). The population includes women in Sanandaj who they referred to Besat hospital during the past year that undergoing hysterectomy.
Cognitive therapy was also conducted in several sessions and FSFI questionnaire was applied for measuring sexual function in women. The samples of this study 60 participants (30 control and 30 experimental groups) were randomly selected.

Results: The results showed that CBT training has significantly affect ($p \leq 0001$) on sexual dysfunction.

Conclusion: The results showed that cognitive-behavioral therapy impact on women's sexual satisfaction.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۵
صفحات: ۴۷-۳۹

بررسی اثربخش درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جنسی متعاقب هیسترکتومی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان بعثت سنندج

منیژه سعیدی[۱]، نرگس شمس علیزاده*[۲]، فایق یوسفی[۳]

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات کردستان، سنندج، ایران

۲- استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۳- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت کردستان دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سنندج ایران.

چکیده

مقدمه: مشکلات کنشهای جنسی یکی از عوارض روانشناختی هیسترکتومی است که می‌تواند تهدیدی برای زندگی مشترک باشد.

هدف: هدف از این پژوهش بررسی اثربخش درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جنسی متعاقب هیسترکتومی در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان بعثت سنندج می‌باشد.

مواد و روشها: این پژوهش مداخله‌ایی از نوع قبل و بعد با گروه کنترل و آزمایش بود. جامعه آماری شامل زنان که در طی یک سال گذشته در بیمارستان بعثت سنندج تحت عمل جراحی هیسترکتومی قرار گرفته بودند. تعداد نمونه ۶۰ نفر بوده و ۳۰ نفر از آنان به صورت تصادفی به عنوان گروه کنترل و ۳۰ نفر به عنوان گروه آزمایش مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین درمان شناختی چند جلسه انجام شد و ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه $FSFI$ بررسی عملکرد جنسی زنان بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش CBT تاثیر معنی‌داری ($p\leq 0001$) بر نقص عملکرد جنسی داشته است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر میزان رضایت مندی جنسی زنان تاثیر مثبت داشت. اما در درمان میزان درد جنسی تاثیری نداشت.

کلیدواژه‌ها: هیسترکتومی، اختلالات جنسی، درمان شناختی رفتاری

[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی «بهداشت جنسی عبارت از یکپارچگی و هماهنگی بین ذهن، احساس و جسم است، که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقاء شخصیت او سوق داده و به ایجاد ارتباط و عشق منجر می‌شود. طبق این تعریف برای دستیابی به ارتقاء شخصیت، فرد باید بتواند به هماهنگی ذهن، احساس و تن دست یابد. لذا هرگونه اختلال که به ناهماهنگی ودر نتیجه نارضایتی از رابطه‌ی جنسی منجر شود، می‌تواند نارسایی کنش جنسی را به همراه داشته باشد (۱). اختلال جنسی عبارت است از اختلال در چرخه‌ی پاسخ جنسی یا درد هنگام مقاربت جنسی. اختلالات عملکرد جنسی که در طبقه‌بندی DSM-TV-TR ذکر شده‌اند عبارتند از: ۱- اختلالات میل جنسی[۱] ۲- اختلالات برانگیختگی جنسی[۲] ۳- اختلالات ارگاسمی[۳] ۴- اختلالات درد جنسی[۴] (۲). اختلال در فعالیت جنسی بعد از هیسترکتومی در ٪۴۰- ۱۰ موارد گزارش شده است. تغییرات جسمی- روانی، احساس افسردگی، دیس پارونی، خشکی واژن[۵]، کاهش کیفیت سکس و کاهش میل جنسی شایعترین مشکلات بعد از هیسترکتومی هستند (۳).

هیستروکتومی[۶] از جمله اعمال جراحی است که به دلیلی تاثیر آن بر وضعیت و تصویر بدنی و ایجاد ناباروری اهمیت فراوانی دارد. اکثر افرادی که تحت چنین عملی قرار می‌گیرند، دچار مشکلات مزمن و رنج‌آوری می‌باشند که رهایی از آن موجب آسودگی جسمی و روانی آنان پس از عمل می‌شود، اما نمی‌توان از عوارض جسمی، جنسی و روانی حاصله چشم‌پوشی نمود. اختلال در حس زنانگی و سایر عوارض جنسی- روانی حاصل از هیسترکتومی موجب مختل شدن روابط جنسی زوجین می‌شود و سیکل معیوبی ایجاد می‌گردد که هر یک دیگری را تشدید می‌کند. (۴) درمان شناختی رفتاری نوعی روان درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتار آنها تاثیر می‌گذارد نائل گردند درمان شناختی رفتاری در حال حاضر برای درمان تعداد زیادی از اختلالات به کار گرفته می‌شود. درمان شناختی رفتاری کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان فرد یاد می‌گیرد چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که تاثیر منفی بر روی رفتارش را دارند را شناسایی و تغییر دهد (۵).

هیسترکتومی شکمی Total Abdominal Hysterectomy (TAH) یکی از روش‌های درمانی در درمان انواع بیماری‌های خوش خیم و بدخیم ژنیکولوژیک محسوب می‌شود. هیسترکتومی شایع‌ترین عمل ژنیکولوژی در انگلستان و امریکا محسوب می‌شود. در هلند، ۳۲٪ از زنان در طول عمر خود تحت هیسترکتومی قرار می‌گیرند. از دیرباز رحم به عنوان یک ارگان تنظیم کننده، کنترل کننده عملکردهای مهم فیزیولوژیک، یک ارگان جنسی، یک منبع نیرو و یک نگاه دارنده جوانی و جذابیت تلقی می‌شده است. زنان تصور می‌کنند که هیسترکتومی می‌تواند بر سلامتی جنسی یا کشش جنسی آنها تأثیر نامطلوب بگذارد. هیسترکتومی به همان اندازه که می‌تواند اثرات نامطلوب بر سلامت جنسی بیماران داشته باشد، می‌تواند برای بیمار سودمند باشد. هیسترکتومی می‌تواند عصب رسانی رحم و روابط تشریحی اعضاء لگنی را تحت

۱. Sexual desire disorder
۲. Sexual arousal disorder
۳.Orgasmic anhedonia
۴. Sexual Pain disorder
۵. Hypoactive
۶. Hysterectomy

تأثیر قرار دهد و این امر می‌تواند باعث اختلالات در مسایل ادراری و جنسی گردد (۳).

در خصوص تاثیر روش C.B.T[1] می‌توان گفت این روش تاثیرات بنیادی بر حالات عاطفی فرد خواهد داشت. روش‌شناختی رفتاری بر اقدامات تنظیم شده و خیلی قاعده‌مند به شخص می‌آموزد که الگوهای نابهنجار عمل و رفتار را جستجو کرده و تشخیص داده و تحلیل کند و به محض اینکه این الگوهای بی‌فایده تشخیص داده شوند درمان کننده به بیمار می‌آموزد، چگونه با آن‌ها مبارزه کرده و افکار و رفتارشان را بازسازی کنند. رفتار مبتنی بر منطق و تفکر متکی بر واقعیت می‌شود. حالت‌های عاطفی منفی به زودی تسکین می‌یابد. عدم رضایت جنسی موجب اختلافات زناشویی می‌گردد، جراحی هیسترکتومی موجب تغییر در اندام زنانگی می‌شود این علائم و تغییرات جسمانی بر روی فکر فرد تاثیر گذاشته و او را فردی نابارور دانسته و خود را قادر به تامین نیازهای جنسی نمی‌داند و این فکر مضر و ناسالم موجب آسیب دیدن احساسات وی می‌گردد و این احساسات عدم لذت و حس ناقص بودن، رفتار ناسالم یعنی عدم ارتباط با همسر و ممانعت از این ارتباط می‌شود و یک سیکل معیوب را ایجاد می‌کند از طریق روش شناختی- رفتاری می‌توان بر فکر و احساس و رفتار فرد تاثیرات سالم ایجاد کرد (۶). در درمان شناختی درمانگران فرایند پردازش شناختی را مهمتر از عوال فیزیولوژیک می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی علائم را تشدید و دائمی می‌کند بنابراین کشف این خود تلقینهایی منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند (۷).

با توجه به مطالب بیان شده فوق و همچنین عوارضی که اختلال عملکرد جنسی برای بیمار و خانواده و اجتماع به وجود می‌آورد، لازم و ضروری است که در این خصوص به تحقیق پرداخته شود. به همین دلیل این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی روش شناختی رفتاری بر بهبود اختلالات جنسی ناشی از هیسترکتومی انجام خواهد گرفت.

مواد و روشها

روش: این پژوهش مداخله‌ایی از نوع پیش و پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

جامعه آماری: جامعه آماری از زنانی که در طی یک سال گذشته در بیمارستان بعثت سنندج تحت عمل جراحی هیسترکتومی قرار گرفته بودند تشکیل شد.

شیوه نمونه‌گیری: برای نمونه گیری از روش در دسترس و داوطلبانه استفاده شده، بدین صورت که از شماره پرونده‌های موجود که به صورت اعداد لیست‌بندی شده است تعداد نمونه مورد نظر انتخاب می‌شود. و از این تعداد نمونه ۶۰ نفر از زنانی که در طی یک سال گذشته هیسترکتومی شده بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) جایگزین شدند.

روش اجرا: بعد از جایگزینی آزمودنیها در گروه های آزمایش و کنترل و بعد از اجرای پیش آزمون برای هر دو گروه، گروه آزمایش، طی ۸ جلسه تحت آموزش شناختی درمانی قرار گرفتند. که مداخله آزمایشی به صورت ۸ جلسه به شرح زیر بوده است. لازم به ذکر است که برنامه آموزشی تنظیم شده در رابطه با درمان شناختی رفتاری با هدف ایجاد یا برقراری ارتباطات کلامی و جنسی بین شریک‌های جنسی است. در این روش تمرینات خاصی به یک یا هر دو شریک جنسی توصیه می‌شود که به رفع مشکلات خاص آنها کمک می‌کند. تمام این تمرینات باید در خلوت انجام گیرد و هرگز نباید در حضور

۱. Cognitive Behavioral Therapy

درمانگر اقدام به انجام آنها کرد. و در نهایت پس از اتمام جلسات در یک جلسه جداگانه پس آزمون برای هر دو گروه اجرا گردید.

شیوه‌ی درمان: چهارچوب جلسات درمانی به طور مختصر به شرح زیر است: **جلسات اول تا سوم:** معارفه و اتحاد درمانی، آشنایی کلی با انواع اختلالات کنش جنسی و تاثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی، بیان ارزش و اهمیت درمان، تعیین مشکل اصلی، ارزیابی نحوه نزدیکی، آموزش مهارتهای ارتباطی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تشخیص باورها و افکار غیر منطقی و آموزش ابزار وجود صحیح. **جلسات چهارم تا ششم:** بازسازی شناختی و تغییر نگرش منفی نسبت به مسائل جنسی، تمرکز جنسی نوع اول[۱] (نوازش ملایم بدن و ...)، تمرکز جنسی نوع دوم (تمرین برای ورود به مرحله برانگیختگی)، آموزش ریلکسیشن، بر اساس تکنیک‌های مسترز- جانسون، نمایش عکس (وضعیت‌های مختلف ارتباط)، آموزش تکنیک تن آرامی برای کاهش هرچه بیشتر اضطراب در زندگی روزمره. **جلسات هفتم و هشتم:** مانور نقطه عطف، نزدیکی و ارگاسم، آموزش مهارت حل مسئله و کاربردهای آن در زندگی روزمره برای کاهش هر چه بیشتر موقعیت اضطراب‌زا، جمع‌بندی کلی نکات ارائه شده طی جلسات درمان، تبیین احتمال عود علائم پس از دوره درمان و واکنش صحیح در زمان عود علائم. بررسی تکالیف خانگی و رفع ابهامات مربوط به درمان در دستور کار هر جلسه قرار می‌گیرد.

ابزار پژوهش: پرسشنامه *FSFI* بررسی عملکرد جنسی زنان: ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه *FSFI* بررسی عملکرد جنسی زنان که شامل ۱۹ سوال است این مقیاس شامل ۶ مولفه به شرح میل، تهییج جنسی، رطوبت مهبلی، ارگاسم، درد، رضایتمندی جنسی است. در این مقیاس‌ها نحوه نمره‌دهی به ترتیب حوزه میل (۱-۵)، حوزه تهییج و رطوبت مهبلی و ارگاسم و درد (۰-۵) و حوزه رضایتمندی (۱-۵ یا ۰-۵) است. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. با جمع کردن نمرات شش حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید به این ترتیب نمره‌گذاری به گونه‌ای است نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. حداکثر نمره برای هر حوزه برابر با ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود و حداقل نمره برابر ۲ خواهد بود (۸). و برای تعیین روایی صوری پس از تنظیم، گویه‌های لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، پرسشنامه با نظر اساتید طراحی شده است، همچنین آنان پس از بررسی و مطابقت سوالات با متغیرهای اندازه‌گیری شده نظرات خود را اعلام نموده‌اند، محقق نیز پس از اعمال نمودن تغییرات لازم اقدام به تنظیم پرسشنامه نهایی کرده است. در پژوهش حاضر از تکنیک آلفای کرونباخ برای سنجش پایایی مقیاسها استفاده گردید. بر اساس این روش میزان پایایی پرسشنامه *FSFI* مطالعه محمدی α=۰/۸۹۲ بدست آمده که نشان می‌دهد که اولاً سوالات پرسشنامه همبستگی بالایی با یکدیگر داشته و ثانیاً پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار می‌باشد (۸).

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS.21 استفاده شده است که در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است، مقیاس‌های اندازه گیری نیز از نوع لیکرت می‌باشد. در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است و از آزمون کلوموگرف اسمیرنوف z جهت مشخص کردن نرمال یا غیر نرمال بودن داده‌ها استفاده شد و از آزمون کواریانس جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

۱. Sensate Focus Exercises

یافته‌ها

همانطور که در جدول ۱ شاخص توصیفی نشان داده شده میانگین اختلالات جنسی در گروه آزمایش ۱۷/۴۸۲ و در گروه کنترل ۱۵/۷۳۸ است. و خطای استاندارد اختلالات جنسی در گروه آزمایش ۰/۱۴۸ و در گروه کنترل ۰/۱۵۱ است.

جدول ۱ : میانگین و انحراف معیار اختلالات جنسی

متغیر		میانگین	خطای استاندارد	سطح احتمال ۹۵٪	
				سطح پایین	سطح بالا
اختلالات جنسی	کنترل	۱۵,۷۳۸	۰,۱۵۱	۱۵,۴۳۶	۱۶,۰۴۰
	آزمایش	۱۷,۴۸۲	۰,۱۴۸	۱۷,۱۸۵	۱۷,۷۷۹

برای تحلیل داده‌های آماری مربوط به این فرضیه از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد در این تحلیل میانگین پس آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل مقایسه شده و نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون به عنوان متغیر کمکی بکار گرفته شدند .البته رعایت برابری واریانس‌ها لازم می‌باشد که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲ : نتایج آزمون لوین

F	df1	df2	sig
۱/۵۴۳	۱	۵۷	۰/۲۱۹

اطلاعات مندرج در جدول ۲ بیانگر آن است که فرض برابری خطای پراکندگی برای متغیر اختلالات جنسی محقق شده است و مقدار F بدست آمده در سطح بالای ۰/۰۵ قرار دارد پس پیش فرض آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر اختلالات جنسی محقق شده است.

جدول ۳ : آزمون کواریانس افزایش عملکرد جنسی افراد در دو گروه مورد مطالعه

	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	sig
مدل اصلاح شده	۳۱۴/۸۸۶	۲	۱۵۷/۴۴۳	۲۳۸/۸۴۲	۰/۰۰۰
کسر شده	۴۳/۵۰۵	۱	۴۳/۵۰۵	۶۵/۹۹۷	۰/۰۰۰
گروه	۴۴/۷۹۸	۱	۴۴/۷۹۸	۶۷/۹۶۰	۰/۰۰۰
رضایتمندی	۲۶۱/۵۳۸	۱	۲۶۱/۵۳۸	۳۹۶/۷۵۵	۰/۰۰۰
خطا	۳۶/۹۱۵	۵۶	۰/۶۵۹		
جمع	۱۶۶۹۵/۰۱۴	۵۹			

نتایج کواریانس مقایسه مداخله آموزش CBT نشان می‌دهد که با F=۶۷/۹۶ و P=۰/۰۰۰ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که با حذف متغیر مخدوش کننده از طریق کواریانس مداخله درمان CBT در

درمان اختلالات جنسی افراد مورد مطالعه تاثیر داشته است.

بحث

در این مطالعه که در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اختلالات جنسی متعاقب هیسترکتومی در زنان مراجعه کننده به بیمارستان بعثت سنندج می‌باشد. تعداد آنها ۶۰ نفر بوده و ۳۰ نفر از آنان به صورت تصادفی به عنوان گروه کنترل و ۳۰ نفر به عنوان گروه آزمایش مورد بررسی قرار گرفتند و در مطالعه صورت گرفته با مقایسه با تحقیقات دیگر همسو نبوده و درمان‌شناختی رفتاری تاثیر در میزان درد جنسی در زنانی که عمل هیسترکتومی را انجام داده بودند نداشته است. به نظر می‌رسد در درمان شناختی رفتاری باعث کاهش درد جنسی زنان نشده است و در صورتی که با اکثر مطالعات قبلی داخلی و خارجی نیکوله، فلوری و همکاران (۲۰۰۵) که صورت پذیرفته همسو نمی‌باشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های صالح‌زاده، مریم و همکاران (۱۳۹۰)، مهرابی و همکاران (۱۳۸۷)، عشقی (۱۳۸۵)، رحیم‌زاده، آویز. ناظمی، علیرضا. علیزاده، زهرا (۱۳۸۵)، بدخش، محمدحسین و همکاران (۱۳۸۰)، ظفرقندی، نفیسه (۱۳۸۰)، اصنافی، نسا و همکاران (۱۳۸۳)، پورجواد، منیره و همکاران (۱۳۸۸)، بریم نژاد، لیلی و همکاران (۱۳۸۹)، یزدانی، شهلا و همکاران (۱۳۹۲)، سراتی و همکاران در سال (۲۰۰۹)، مک‌کاب (۲۰۰۱)، مستون و همکاران (۲۰۰۴) و برادفورد و همکاران در سال (۲۰۰۶) باری آر، کومیاروک و همکاران (۲۰۱۱)، مارتا اف، گویتسچ (۲۰۰۵)، هوسنو سیلیک و همکاران (۲۰۰۸)، بوکت توتونچا و همکاران (۲۰۱۲) و جوهانس لرمان و همکاران (۲۰۱۳) همسو نبوده و متناقض با نتیجه پژوهش ما می‌باشد. در اکثر موارد عوامل سایکودینامیک عامل سببی محسوب می‌شوند. در زنانی که سابقه‌ی تجاوز به عنف و یا سوء رفتار جنسی در دوران کودکی دارند، شکایت از درد مزمن لگنی شکایت شایعی است. مقاربت دردناک ممکن است ناشی از تنش و اضطراب در مورد عمل جنسی باشد و سبب شود عضلات مهبلی زن به طور غیر ارادی منقبض شود. به نظر می‌رسد در درمان شناختی رفتاری باعث افزایش رضایتمندی زنان شده است و این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پژوهش‌های صالح‌زاده، مریم و همکاران (۱۳۹۰)، مهرابی و همکاران (۱۳۸۷)، عشقی (۱۳۸۵)، حمید، نجمه و همکاران (۱۳۹۱) و برادفورد و همکاران در سال (۲۰۰۶) همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

بنابراین طبق نتایج حاصل از این تحقیقی می‌توان گفت هیسترکتومی در بروز مشکلات جنسی به صورت افزایش خشکی واژن، انقباضات غیر ارادی واژن، ترس و پرهیر از مقاربت، کاهش احساس لذت طی مقاربت و رسیدن به ارگاسم مؤثر بوده، اما بر کاهش یا افزایش میل جنسی، سردرد پس از مقاربت، درد حین مقاربت و نیز سایر شکایات روانی از قبیل افسردگی، تحریک‌پذیری، وسواس و ... تأثیری ندارد.

تشکر قدردانی

از تمامی عزیزانی که در این پژوهش مرا یاری نمودند از جمله دکتر علیرضا ناظمی و همچنین استاد محترم راهنما و مشاور، و تمامی عزیزان شرکت‌کننده در این پژوهش، نهایت تشکر و قدر دانی را دارم.

References

Amitabha, M. Sepeedeh, S. (2011). Psychologyical Aspects Pf Hysterectomy & Postoperative Care. East Lancashire Hospitals Nhs Trust United Kingdom Pp 1877- 1884.

Barry R., K. Frangos, E. Beverly, W. RN, F. (2011). Hysterectomy Improves Sexual Response? Addressing a Crucial Omission in the Literature, Journal of Minimally Invasive Gynecology, Vol 18, No 3.

Bradford DG, Martha M , Bernita H. (2006).The incidence of infant physical Abuse in Alaska . J Child Abuse & Negl. 28(1): PP: 9-23.

Buket, T. Hatice, Y. (2012). The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy, Procedia - Social and Behavioral Sciences 47, 2000 – 2004.

.Esnafi, N. Hajian, K.& Abdollahi, a. (2004). Comparing the complications of abdominal hysterectomy versus vaginal hysterectomy, Journal of Reproduction and Infertility, Volume 5, Issue 4.

.Badakhsh, D. Taftachy, P. Altar, D.

Brilliant, A. (2001). The effect of hysterectomy on sexual desire and satisfaction. Journal of Kurdistan University of Medical Sciences, 6(22).

Jahanfer & Molaei Nejad, M. (2001).Text book of sexual dysfunction Tehran. Bizheh. Salami Press. 11-79.

.Kaplan and Saduk (2012). Manual of Clinical Psychiatry (Translation by Mohsen Arjomand , Farzin Rezae and Nadia Faghani. Tehran: Arjomand Press.

.۵.

Florya, N. Bissonnette, F. Binik, Y.M. (2005). Psychosocial effects of hysterectomy Literature review, Journal of Psychosomatic Research 59, 117– 129.

Husnu, C. (2008). The Eddect Of Bllaterally Salpingo Oopherectomy On Sexual Function In Post Menopausal Women. Elsevier Pp 358-363

Johannes, L. Lothar H. Sabine M. Kathrin H. Matthias W. B. Andreas M. Grit, M. (2013). Comparison of prevalence of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in women after five different hysterectomy procedures, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 167, 210–214.

Martha F. G. (2005). The effect of total hysterectomy on specific sexual sensations, American Journal of Obstetrics and Gynecology, 192, 1922–7.

McCabe MP.(2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. J Sex Marital Ther May-Jun;27(3):259-71.

Mehrabi A, Fata L, DavazdahEmami MH, Rajab A. [The efficacy of cognitive-behavioral stress management training on the control of diabetes and decreasing the emotional problems of type 1 diabetic patients] [Article in Pwersian]. J Diabetes Lipid Iran 2009;2:103-14 .

Meston CM, Derogatis LR. (2004). Validated instrument for assessing female sexual function. Journal of Sex and Marital Therapy; 28: 155-64.

Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. Validity of the Persian version of the scale Female Sexual Function Index-FSFI As the female sexual function index. Journal of Payesh 2008; 7 (2): 269- 278.

Najmaeh Hamid, Dehghani Zadeh, Zahra; Firuzi & Ali Asghar. (2012). The effect of cognitive-behavioral therapy on sexual function in women with vaginismus disorder. Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility. 15(20)..

Rahimzadeh, A. Nazmi, AS. (2001). The effect of hysterectomy on sexual dysfunction Besat hospitals in Sanandaj . Journal of Kurdistan University of Medical Sciences,22(6).

Rosen,. Tims. O,. et al (2010). Journal Of Sex & Marital Therapy A Multidimensio0nal Self-Report Instrument For The Assessment Of Female Sexual Function. Pp 358-363.

Serati M, Salvatore S, Uccella S, Laterza RM, Cromi A, Ghezzi F, Bolis P. (2009). Sexual Function After Radical

Hysterectomy For Early- Stage Cervical Cancer: Is There A Difference Between Laparoscopy And Laparotomy? International Society For Sexual Medicine Issue. Pp 1481-1487.

Salhzadh, D. Kajbaf, D. Rumi, H. Zolfaghari, D. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on sexual dysfunction in women, Psychological Studies, Faculty of Education and Psychology, University of Al-Zahra 7(1) ..

Wagner LK. (2006). Potential biological effects following high X-ray dose interventional procedures. J Vasc Interv Radiol;11:25-33.

Zafarghandi, N. Torkestani, P. Hadavand, N. Pilgrim, P. Jalili Nejad, E. (2001). Evaluation of sexual desire after hysterectomy, Faculty of Medicine 64 (11)..