Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Summer 2022, Volume 8, Issue 4 https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50

Development of Psychotherapy Protocol for Female Desire/Sexual Arousal Disorder; A Qualitative Study

Neda Ghasemi [1], Fatemeh Rezaei [2*], Masoud Sadeghi [3]

1- PhD student in Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.
3- Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

***Corresponding author:** Fatemeh Rezaei, Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.
Email : rezaei.f@lu.ac.ir

Received: 2022/01/19 Accepted: 2022/04/3

Abstract

Introduction: Sexual desire/arousal disorder in Female is the most common and destructive sexual problem that couples face and has long been one of the common concerns of couple therapy. Considering the multidimensionality and pervasiveness of women's sexual desire/arousal disorder and its impact on all aspects of married life and the complexity of its pathology, it requires inclusive interventions and needs to provide comprehensive treatment guidelines. The present study was conducted with the aim of developing a psychotherapy protocol for Female sexual desire/arousal disorders

Methods: The current research was conducted in a qualitative manner, using the theme analysis approach and the three-tier method, in three stages. The first stage of the research was carried out with the aim of investigating the lived experiences of women in order to develop a protocol. In this stage, 30 patients with sexual desire/arousal disorder were selected by targeted sampling method. The research tool at this stage was semi-structured interview. The second stage was an interview with experts, in which 20 experts and psychologists in the field of sexual problems were interviewed in order to discover the influential components in psychopathology and the treatment of women's desire/arousal disorders. In the third stage, which aimed to examine the theoretical and research background in order to identify influential patterns in the etiology and treatment of women's sexual desire/arousal disorder, 40 written sources, including books and research articles, were studied and thematic analyzed until 2022. In all three stages, sampling continued until data saturation. Finally, by integrating the findings of all three parts of the psychotherapy protocol for sexual desire/arousal disorder, it was compiled and validated using the opinions of experts.

Results: Psychotherapy protocol for Female sexual desire/arousal disorder containing 7 core categories including awareness and psychological education (with the main categories of providing information and sexual knowledge, developmental analysis of the disorder and adopting a systemic view of the disorder); motivation (with the main categories of hopelessness) creative and acceptance and commitment); value-oriented activation (with the main categories of relaxation training and mindfulness, value-based action and increasing differentiation); cognitive flexibility (with the main categories of examining the effectiveness of sexual thoughts and stereotypes, adjustment and conscious attention to sexual schemas); improving marital skills (with the main categories of teaching sexual and marital restraints, communication skills and conflict resolution); Secure attachment is acquired (with the main categories of restoring the attachment style, increasing the capacity of intimacy and connection) and sensory focus (with the main categories of teaching emotional expression and verbalization of emotional feelings). As a result of these 7 core categories, 15 main categories and 72 subcategories were obtained. The obtained protocol was validated and reliable using psychometric indices. The results indicated the validity (0.99) and reliability (0.94) of the proposed protocol.

Conclusions: The developed psychotherapy protocol can be used along with other existing interventions for the treatment of women's sexual desire/arousal disorder.

Keywords: Female sexual interest-arousal disorder, Psychotherapy, Qualitative Study.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
تابستان ۱۴۰۱، دوره ۸، شماره ۴
https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50

تدوین پروتکل روان درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان؛ مطالعه کیفی

ندا قاسمی[۱]، فاطمه رضایی[۲*]، مسعود صادقی[۳]

۱- دانشجوی دکتری رشته روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
۲- دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
۳- دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

***نویسنده مسئول:** فاطمه رضایی، دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.
ایمیل: rezaei.f@lu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۱۴

چکیده

مقدمه: اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان شایع ترین و مخرب ترین مشکل جنسی است که زوجین با آن مواجه هستند و از دیرباز یکی از دغدغه های رایج درمان زوجین بوده است. با توجه به چندبعدی بودن و فراگیر بودن اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان و تأثیر آن بر همه ابعاد زندگی زناشویی و پیچیده بودن آسیب‌شناسی آن، مداخلات فراگیری را می‌طلبد و نیاز به ارائه دستورالعمل‌های درمانی جامعی دارد. پژوهش حاضر با هدف تدوین پروتکل روان درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر به شیوه کیفی، با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون و به روش سه سویه سازی، در سه مرحله انجام گرفت. مرحله اول پژوهش با هدف بررسی تجارب زیسته زنان به منظور تدوین پروتکل انجام شد، در این مرحله با روش نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال میل/ برانگیختگی جنسی انتخاب شدند. ابزار پژوهش در این مرحله مصاحبه نیمه ساختار یافته (Semi-structured) بود. مرحله دوم مصاحبه با متخصصان بود که در این مرحله با تعداد ۲۰ نفر از متخصصان و روان شناسان حوزه مشکلات جنسی به منظور کشف مؤلفه‌های تأثیرگذار در آسیب شناسی روانی و درمان اختلال میل/ برانگیختگی زنان مصاحبه صورت گرفت. در مرحله سوم نیز که هدف بررسی پیشنه نظری و پژوهشی به منظور شناسایی الگوهای تأثیرگذار در سبب شناسی و درمان اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان بود، تعداد ۴۰ منبع نوشتاری شامل کتب و مقالات پژوهشی تا سال ۲۰۲۲ مورد مطالعه و تحلیل مضمون قرار گرفت. در هر سه مرحله نمونه گیری تا اشباع داده ها ادامه یافت. نهایتاً با ادغام یافته‌های هر سه بخش پروتکل روان درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی تدوین شده و با استفاده از نظرات متخصصان اعتباریابی شد.

یافته‌ها: پروتکل روان درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان حاوی هفت مقوله محوری شامل آگاهی و آموزش روان شناختی (با مقوله های اصلی ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تحلیل رشدی از اختلال و اتخاذ دیدی سیستمیک به اختلال)؛انگیزه مندی (با مقوله های اصلی ناامیدی خلاق و پذیرش و تعهد)؛ فعال سازی ارزش مدار (با مقوله‌های اصلی آرامش آموزی و ذهن آگاهی، عمل مبتنی بر ارزش و افزایش تمایزیافتگی)؛ انعطاف پذیری شناختی (با مقوله های اصلی بررسی کارآمدی افکار و کلیشه‌های جنسی، تعدیل و توجه آگاهانه به طرحواره های جنسی)؛ مهارت افزایی زناشویی (با مقوله‌های اصلی آموزش مهارهای جنسی و زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض)؛ دلبستگی ایمن کسب شده (با مقوله‌های اصلی‌ترمیم سبک دلبستگی، افزایش ظرفیت صمیمت و پیوند) و تمرکز حسی (با مقوله های اصلی آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی) می‌باشد. در نتیجه این هفت مقوله محوری، ۱۵ مقوله اصلی و ۷۲ مقوله فرعی به دست آمد. پروتکل به دست آمده با استفاده از شاخص‌های روان سنجی اعتباریابی و پایایی سنجی شد. نتایج حاکی از معتبر (۰/۹۹) و پایا بودن (۰/۹۴) پروتکل موردنظر بود.

نتیجه گیری: پروتکل روان درمانی تدوین شده می‌تواند در کنار سایر مداخلات موجود، برای درمان اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان، روان درمانی، مطالعه کیفی.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

مقدمه

اختلال عملکرد جنسی از جمله کاهش میل جنسی مدت‌هاست که از نگرانی‌های رایج درمان زوجین بوده است [۱]. کاهش میل جنسی هم در مردان (۱۶٪) و هم در زنان (۲۶٪) دارای بالاترین شیوع در بین اختلالات جنسی در طول زندگی است [۲]. علاوه بر این، یافته‌های اخیر، جهانی بودن کم میلی را نشان می‌دهد، و بیان می‌کند که ۲۷ تا ۴۰ درصد از زنان و ۱۰ تا ۲۰ درصد مردان، در مورد میل جنسی خود پریشانی را تجربه می‌کنند [۳]. نتایج مطالعات داخلی از شیوع بالای اختلالات جنسی در زنان ایرانی حکایت دارند. شیوع اختلال کمبود میل جنسی، در جمعیت عمومی ایران ۳۵ درصد تخمین زده شده [۴] که بیشترین آمار شیوع در بین تمام اختلالات عملکرد جنسی است [۵,۱].

در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای تشخیص اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان باید حداقل سه مورد از علائم زیر را در حداقل ۷۵ درصد از برخوردهای جنسی خود و حداقل به مدت شش ماه گزارش دهند: کاهش یا عدم میل به رابطه جنسی، کاهش یا عدم وجود خیالات/ افکار جنسی، شروع نکردن یا کاهش شروع فعالیت جنسی، فقدان یا کاهش لذت جنسی، علاقه جنسی و احساسات تناسلی و غیر تناسلی [۶]. کمبود میل جنسی ممکن است به صورت کاهش فراوانی رابطه‌ی جنسی، عدم احساس جذابیت در شریک جنسی، شکایت آشکار از بی میلی جنسی و یا حتی نفرت و اکراه از فعالیت جنسی نمایان شود [۷]. در موارد پیشرفته‌تر این اختلال، فرد دچار بیزاری جنسی می‌شود و از تماس جنسی پرهیز می‌کند [۸].

میل جنسی پایین می‌تواند تأثیر منفی قابل‌توجهی بر سلامت و کیفیت زندگی زنان داشته باشد [۹]. بی میلی جنسی می‌تواند به سطوح بالای نارضایتی از زندگی و شریک زندگی منجر شود [۱۰]. زنان دارای این اختلال، تصویر بدنی مختل، عزت نفس پایین، دلبستگی عاطفی کمتر نسبت به همسر [۱۱] و احساسات منفی از جمله ناامیدی، عصبانیت و از دست دادن زنانگی را [۱۲] گزارش می‌دهند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان دارای اختلال میل/ برانگیختگی جنسی، پریشانی روان شناختی [۱۳] و پریشانی جنسی [۱۴,۱۳] بیشتری را تحمل می‌کنند و کیفیت رابطه زناشویی در آن‌ها نسبت به گروه سالم پایین‌تر است [۱۵,۱۴]. همچنین وجود اختلال میل/ برانگیختگی جنسی در زنان می‌تواند به سایر اختلالات جنسی دامن بزند [۱۶] و مشکلات جسمی، روانی و بین فردی بیشتری را ایجاد نماید.

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که عوامل مؤثر بر میل و فعالیت جنسی متمایز نیستند و با هم همپوشانی دارند و از عوامل زیست شناختی، روانی، اجتماعی و فرهنگی نشأت می‌گیرد [۱۷,۹]. بنابراین رویکرد روانی- جسمی- اجتماعی، برای ارزیابی و درمان نیز توصیه شده است [۹]. در مطالعه ایی که اثربخشی مداخلات روانشناختی برای اختلالات جنسی زنان را مورد بررسی قرار داده [۲] به این نکته اشاره شده است که علیرغم آن که کمبود میل جنسی شایع‌ترین مشکلی است که به پزشکان ارائه می‌شود، اما مداخلات پژوهشی در این زمینه بسیار نادر است. از جمله درمان‌های روان شناختی پرکاربرد در اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان می‌توان به درمان شناختی-رفتاری ، درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان‌های جنسی [۹] اشاره نمود. علیرغم وجود این الگوهای درمانی متعدد، به نظر می‌رسد این درمان‌ها همچنان با یک نقص اساسی مواجه است و آن نقص، عدم توجه به علل زیربنایی در اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان است. در واقع، الگوی درمانی که پاسخگوی نیازهای تمامی افراد باشد و ابعاد اصلی دخیل در آسیب شناسی روانی و تداوم این اختلال را پوشش دهد، هنوز ارائه نگردیده است. با توجه به این موارد نیاز به دستورالعمل و پروتکل درمانی جامعی که برخواسته از نیازها و تجارب بیماران و برآیند مبانی نظری و پژوهشی در این حوزه باشد، ضروری به نظر می‌رسد؛ درمانی که بیشتر مؤلفه‌ها و عوامل تأثیرگذار بر سبب شناسی و تداوم و درمان این بیماری را پوشش دهد و راهگشای متخصصان و بیماران برای دستیابی به بهترین و موثرترین الگوهای درمانی برای رفع این اختلال باشد برای تدوین چنین الگوی درمانی نیز توجه به تجارب و نیازهای بیماران و تجارب متخصصان این حوزه و همچنین شناسایی مؤلفه‌ها و الگوهای درمانی مؤثر در مطالعات و نظریات پیشین ضروری است. با توجه به موارد ذکر شده، این پژوهش با هدف تدوین پروتکل روان درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر به شیوه کیفی با رویکرد تحلیل مضمون

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

و بـا اسـتفاده از روش سـه سـویه سـازی روش شـناختی [۱۸] ، طـی سـه مرحلـه انجـام گرفـت. در مرحلـه اول پژوهـش کـه بـا هـدف بررسـی تجـارب زیسـته بیمـاران بـه منظـور تدویـن پروتـکل انجـام شـد، پژوهشـگر طـی دو مـاه بـا مراجعـه بـه مراکـز خدمـات روان‌شـناختی سـطح شـهر اصفهـان بـا زنانـی کـه توسـط روان شـناس بالینـی تشـخیص اصلـی اختـلال میـل/ برانگیختگـی جنسـی دریافـت کـرده بودنـد، بـر اسـاس معیارهای ورود و خـروج پژوهـش مصاحبـه انجـام داد. ملاک‌هـای ورود بـه مطالعـه عبـارت بودنـد از تشـخیص اختـلال میـل/ برانگیختگـی جنسـی بـر اسـاس مصاحبـه تشـخیصی، دامنـه سـنی ۲۵ تـا ۴۵ سـال. ملاک‌هـای خـروج از پژوهـش عبـارت بودنـد از: بـارداری، یائسـگی، مقاربـت دردنـاک یـا ابتـلا بـه بیماری‌هـای جسـمی مرتبـط بـا فقدان/کاهـش میـل جنسـی ماننـد دیابـت، تیروئیـد، امـراض قلبـی- عروقـی، انـواع سـرطان و بیماری‌هـای دسـتگاه اعصـاب مرکـزی ماننـد ام اس. همچنیـن مصـرف داروهایـی خـاص ماننـد داروهـای کاهنـده یـا محـرک میـل جنسـی و داروهـای روان گـردان، مصـرف الـکل و مـواد مخـدر و نیـز زنانـی کـه کاهـش میـل جنسـی در آنـان واکنشـی بـه اختـلال ناتوانـی جنسـی یـا انـزال زودرس در همسرشـان بـود (مـلاک ارزیابـی معیارهـای ورود و خـروج پژوهـش خودگزارشـی آزمودنـی هـا بـود).

جهـت تعییـن حجـم نمونـه در ایـن مرحلـه تـا رسـیدن بـه اشـباع اطلاعاتـی در نمونـه تـا جایـی کـه از افـراد اطلاعـات بیشـتری کسـب می‌شـود، مصاحبه‌هـا تـداوم یافـت. پـس از انجـام مصاحبـه بـا ۳۰ مشـارکت کننـده، اطلاعـات جدیـدی اضافـه نشـد و تحلیـل بـر روی ۳۰ مشـارکت‌کننده انجـام شـد. ابـزار پژوهـش در ایـن مرحلـه مصاحبـه نیمـه سـاختار یافتـه بـود. در ابتـدا بـا مـرور ادبیـات پژوهـش، سـؤالات مصاحبـه نیمـه ساختاریافته تدویـن شـد. سـپس ایـن سـوالات مـورد بحـث بـا متخصصـان حـوزه خانـواده و درمانگـران اختـلالات جنسـی قـرار گرفـت تـا صحـت محتـوا و کفایـت آن هـا بررسـی شـود و در مـورد محتـوای مصاحبـه و سـوال هـای آن اجمـاع نظـر حاصـل گـردد، بـه نحـوی کـه بـا صحـت محتـوا و کفایـت سـوالات تدویـن شـده بتـوان تجـارب زنـان مبتـلا بـه اختـلال میـل/ برانگیختگـی جنسـی زنـان را جویـا شـد. سـؤال‌های مصاحبه‌هـا پیرامـون عوامـل مؤثـردر سـیر، پدیـد آیـی، تـداوم بیمـاری، پیامدهـای بیمـاری، راهبردهـای آنـان بـرای کنتـرل یـا کاهـش علائـم، موانـع و محدودیـت هـای درمانـی بـود. پـس از برقـراری ارتبـاط بـا شـرکت‌کنندگان و گرفتـن شـرح مختصـری از زمـان شـروع بیمـاری و چگونگـی وضعیـت فعلـی آن‌هـا، مصاحبه‌هـا بـا سـؤالات بـاز «تجـارب خـود را از اختـلال میـل جنسـی بیـان کنیـد؟» و «ایـن بیمـاری چـه تغییراتـی را در زندگـی شـما موجب شـده اسـت؟» شـروع می‌شـد و سـؤالات بعـدی بـر اسـاس مسـیر مصاحبـه و پاسـخ‌های مصاحبه‌شـوندگان مطـرح می‌گردیـد. مـدت زمـان مصاحبـه برحسـب شـرایط جسـمی، روحـی، مشـغله کاری، تمایـل بیشـتر بـرای صحبـت و رونـد مصاحبـه، بیـن ۴۵ تـا ۹۰ دقیقـه بـود. جهـت افزایـش قابلیـت تعمیـم و انتقـال یافته‌هـای پژوهشـی، نمونه‌هـا از بیـن زنـان در سـنین مختلـف، و شـرایط تحصیلـی و طبقـه اجتماعـی و نواحـی جغرافیایـی متفـاوت انتخـاب گردیدنـد. جـدول ۱ ویژگی‌هـای جمعیـت شـناختی مشـارکت کننـدگان در پژوهـش را نشـان می‌دهـد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

مصاحبه شونده	سن	تحصیلات	شغل	مدت زمان ازدواج
۱	۳۳	کارشناسی ارشد	مهندس عمران در شرکت خصوصی	۳
۲	۳۷	دیپلم	خانه دار	۱۵
۳	۳۰	کارشناسی ارشد	سردبیر مجله	۷
۴	۲۶	کارشناسی	خانه دار	۸
۵	۳۹	کارشناسی	معلم	۲۰
۶	۳۸	کارشناسی	خانه دار	۱۵
۷	۳۷	کارشناسی	خانه دار	۱۴
۸	۳۶	کارشناسی	مشاغل خانگی	۱۴
۹	۳۷	دیپلم	آرایشگر	۲۰
۱۰	۳۳	کارشناسی	آرایشگر	۱۵

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

۱۱	۲۸	کارشناسی	خانه دار	۹
۱۲	۳۲	دیپلم	خیاط	۱۵
۱۳	۲۸	دیپلم	خانه دار	۱۰
۱۴	۴۰	کارشناسی	خانه دار	۲۱
۱۵	۴۳	دیپلم	خانه دار	۲۴
۱۶	۳۳	دیپلم	خانه دار	۱۵
۱۷	۲۸	کارشناسی	خانه دار	۵
۱۸	۲۲	کارشناسی	دانشجو	۳
۱۹	۳۴	دکتری	دانشجو	۸
۲۰	۳۷	دیپلم	خانه دار	۱۹
۲۱	۳۱	دیپلم	خانه دار	۱۳
۲۲	۳۶	کارشناسی	خانه دار	۱۵
۲۳	۳۸	فوق دیپلم	خانه دار	۱۵
۲۴	۴۰	کارشناسی	خانه دار	۱۷
۲۵	۳۱	کارشناسی ارشد	مشاور مدرسه	۳
۲۶	۳۳	دیپلم	خانه دار	۱۲
۲۷	۳۲	کارشناسی ارشد	دانشجو	۱۰
۲۸	۳۵	کارشناسی ارشد	پاره وقت به صورت خصوصی	۱۱
۲۹	۴۰	دیپلم	آرایشگر	۲۰
۳۰	۲۵	کارشناسی	مدیر پیش دبستانی	۱۰

مرحله دوم مصاحبه با متخصصان بود که در این مرحله با تعداد ۲۰ نفر از متخصصان، روان شناسان و صاحب نظران حوزه خانواده و درمانگران اختلالات جنسی که دارای مدرک تخصصی در یکی از رشته های روانپزشکی، مامایی، زنان و زایمان، مشاوره یا روان شناسی بوده و حداقل ۵ سال تجربه درمان در حوزه اختلالات جنسی داشتند به منظور کشف مؤلفه‌های تأثیرگذار در آسیب شناسی روانی و درمان اختلال میل/ برانگیختگی زنان مصاحبه صورت گرفت.

مصاحبه با سوال های باز پاسخ «علل پدیدآیی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان را چه می دانید؟»، «چه درمانی برای حل این مشکل ارائه می دهید؟ »، «چه موانع و محدودیت های بر سر راه درمان وجود دارد؟» شروع می‌شد و سؤالات بعدی بر اساس مسیر مصاحبه و پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان مطرح می‌گردید. جدول ۲ مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در این بخش از پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان به منظور کشف مولفه های تأثیرگذار در درمان اختلال میل برانگیختگی جنسی

ردیف	جنسیت	تحصیلات	مرتبه علمی	شغل
۱	مرد	دکترای روان شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
۲	زن	دکترای روان شناسی	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۳	زن	دکترای روان شناسی	–	درمانگر اختلالات جنسی
۴	مرد	روانپزشک	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
۵	زن	دکترای روان شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه، زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۶	مرد	دکترای مشاوره	–	درمانگر اختلالات جنسی
۷	زن	دکترای روان شناسی	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۸	زن	کارشناسی ارشد مشاوره	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۹	زن	روانپزشک	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

۱۰	زن	کارشناسی ارشد روان شناسی	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۱۱	زن	دکترای روان شناسی	دانشیار	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۱۲	مرد	روانپزشک	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۱۳	زن	کارشناسی ارشد مامایی	–	درمانگر اختلالات جنسی
۱۴	مرد	دکترای روان شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه ودرمانگر اختلالات جنسی
۱۵	زن	دکترای مامایی	استادیار	مدرس دانشگاه ودرمانگر اختلالات جنسی
۱۶	زن	تخصص زنان و زایمان	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر
۱۷	زن	تخصص زنان و زایمان	–	درمانگر بیماری های زنان
۱۸	مرد	دانشجوی دکترای مشاوره	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۱۹	زن	دکترای روان شناسی	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۲۰	زن	دکترای روان شناسی	دانشیار	مدرس دانشگاه، زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی

در مرحله سوم نیز که هدف بررسی پیشینه نظری و پژوهشی به منظور شناسایی الگوهای تأثیرگذار در سبب شناسی و درمان اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان بود، تعداد ۴۰ منبع نوشتاری شامل کتب و مقالات پژوهشی تا سال ۲۰۲۲ با کلیدواژه های اختلال میل- برانگیختگی جنسی، کم میلی جنسی، مشکلات جنسی زنان، اختلالات جنسی زنان مورد مطالعه و تحلیل مضمون قرار گرفت. نهایتاً یافته‌های هر سه بخش در پروتکل روان درمانی تدوین شده ادغام شد و پروتکل درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان تدوین شده و با استفاده از نظرات متخصصان اعتباریابی شد. جدول ۳ مشخصات جمعیت شناختی متخصصان مشارکت کننده در این بخش را نشان می دهد.

جدول ۳. مشخصات دموگرافیک متخصصان حوزه روان شناسی بالینی و روان درمانی جهت اعتباریابی محتوایی پروتکلدرمانی

ردیف	جنسیت	تحصیلات	مرتبه علمی	شغل
۱	زن	روان شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
۲	زن	روان شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
۳	زن	روان شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
۴	زن	مشاوره	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
۵	زن	مشاوره	–	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی

اعتبار محتوایی پروتکل تهیه‌شده با نظرخواهی و انجام اصلاحات موردنیاز توسط ۵ نفر از متخصصین حوزه اختلالات جنسی تعیین گردید. برای تعیین روایی محتوای کمی از نسبت روایی محتوا استفاده شد. برای سنجش پایایی (ضریب توافق کاپای کوهن) نیز هر مفهوم در اختیار ۵ نفر کارشناس آگاه در زمینه مفاهیم درمان اختلال میل برانگیختگی جنسی قرار داده شد و نظر آنها در مورد متعلق بودن مقوله‌های اصلی به مقوله‌های محوری و متعلق بودن مؤلفه‌های مقوله‌های فرعی به مؤلفه‌های اصلی جویا شد.

داده ها از طریق کدگذاری و طبقه بندی عوامل و نیز از طریق روایی محتوایی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. کدگذاری در پژوهش حاضر که از نظریه ی زمینه ای استفاده می کند، در سه بخش کدگذاری باز، محوری و گزینشی با روش استراوس و کربین انجام شد. در کدگذاری باز، پس از خواندن متن هر مصاحبه، جمله های اصلی آن به صورت کدهایی ثبت می گردد. سپس کدهای ایجادشده بر اساس وجوه اشتراک در یک مقوله قرار خواهند گرفت، به گونه ای که هریک از اجزای مقوله ها با یکدیگر هماهنگ و با دیگر مقوله ها متفاوت باشد. کدهای باز بدون درنظرگرفتن روابط فقط به عنوان مفاهیم تلقی می شوند. در مرحله کدگذاری محوری، کدهای اولیه مقایسه می شوند. موارد مشابه ادغام و حول محور مشترکی قرار می گیرند و سپس عناوین مناسب برای آن ها انتخاب خواهد شد. در مرحله کدگذاری گزینشی یا انتخابی، یک مقوله به عنوان مقوله اصلی و سایر مقوله ها به آن مقوله مرتبط می شوند.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

برای اطمینان از صحت و دقت یافته‌های پژوهش در این بخش، چهار معیار اعتبار، قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال و تأیید پذیری در پژوهش‌های کیفی [۱۹] برحسب موارد زیر رعایت شدند: محقق جهت جمع‌آوری صحیح اطلاعات، ارتباط معناداری با شرکت‌کنندگان برقرار نمود تا آن‌ها به دور از هرگونه احساس فشار، کلیه احساسات، بینش‌ها و تجارب خود را به‌طور واقعی مطرح نمایند. جهت صحت تعبیر و تفسیر اطلاعات، محقق از تکنیک کنترل اعضا استفاده کرد، بدین‌صورت که به افراد شرکت‌کننده در مطالعه رجوع نموده و توصیف خود از تجارب آن‌ها را به تأییدشان می رسانید؛ علاوه بر این، جهت رسیدن به قابلیت اعتبار بعد از انجام هر مصاحبه، ابتدا متن آن روی کاغذ نوشته شده و چندین بار مرور می‌شد تا درک کلی از آن حاصل گردد. سپس نسبت به درک و استخراج معانی نهفته در آن اقدام می‌شد. با ادامه یافتن مصاحبه‌های دیگر موضوعات قبلی واضحتر شده یا تکامل می‌یافتند و گاهی هم ممکن بود موضوعات جدیدی به وجود آید. به منظور تبیین، روشن سازی، طبقه بندی و رفع هر گونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر، فرآیند برگشت به متون و یا مراجعه به شرکت کنندگان به طور مرتب و به صورت رفت و برگشت مکرر ادامه می‌یافت. در هر مرحله و با پیشرفت کار با ادغام مفاهیم، تحلیل ترکیبی و کلی‌تر شکل می‌گرفت تا مضامین و درون مایه‌های حاصل به بهترین نحو ممکن با هم ارتباط یابند. همچنین از تکنیک کسب اطلاعات دقیق موازی) نظیر نمایش و ارائه‌ی تحلیل داده ها و نتایج آن به متخصصان امر) در طی فرآیند جمع آوری و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. در این تحقیق تلاش شد که در جهت افزایش قابلیت اعتماد، در فرآیند گردآوری داده‌ها از هر نوع سوگیری اجتناب شود. جهت افزایش قابلیت تعمیم و انتقال یافته‌های پژوهشی، نمونه‌ها از بین زنان در سنین مختلف، شرایط تحصیلی و طبقه اجتماعی و نواحی جغرافیایی متفاوت انتخاب گردیدند. مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1399.324 از دانشگاه لرستان می‌باشد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی نیز ابتدا درباره اهداف تحقیق و روش انجام مصاحبه توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان کسب و با اجازه آن‌ها مصاحبه ضبط شد.

یافته ها

در نتیجه تحلیل مصاحبه های انجام شده با زنان مبتلا به اختلال میل/ برانگیختگی جنسی و متخصصان و همچنین مرور منابع و متون مرتبط با سبب شناسی و درمان اختلال میل/ برانگیختگی جنسی در مجموع ۹۰۸ کد اولیه به دست آمد که در نتیجه طبقه بندی و ادغام کدهای اولیه ۷ مقوله محوری، ۱۵ مقوله اصلی و ۷۲ مقوله فرعی حاصل شد. مؤلفه‌های استخراج شده در قالب ۷ مقوله محوری شامل آگاهی و آموزش روان شناختی (با مقوله های اصلی ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تحلیل رشدی از اختلال و اتخاذ دیدی سیستمیک به اختلال)، انگیزه مندی (با مقوله های اصلی ناامیدی خلاق و پذیرش و تعهد)؛ فعال سازی ارزش مدار (با مقوله‌های اصلی آرامش آموزی و ذهن آگاهی، عمل مبتنی بر ارزش و افزایش تمایزیافتگی)؛ انعطاف پذیری شناختی (با مقوله های اصلی بررسی کارآمدی افکار و کلیشه‌های جنسی، تعدیل و توجه آگاهانه به طرحواره های جنسی)؛ مهارت افزایی زناشویی (با مقوله‌های اصلی آموزش مهارهای جنسی و زناشویی، مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض)؛ دلبستگی ایمن کسب شده (با مقوله‌های اصلی افزایش ظرفیت پیوند و صمیمت و ترمیم سبک دلبستگی)؛ و تمرکز حسی (با مقوله اصلی آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی) به دست آمد.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

جدول ۴. الگوی درمان اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان

مقوله مرکزی	مقوله محوری	مقوله اصلی	مقوله فرعی
الگوی روان درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان	آگاهی و آموزش روان شناختی	ارائه اطلاعات و دانش جنسی تحلیل رشدی از اختلال دید سیستمیک به مشکل	توضیح اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان و تأثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی، آموزش چرخه پاسخ جنسی و علایم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، افزایش خودآگاهی جنسی زنان، بررسی عوامل مؤثر و تاریخچه‌ی مشکل، عوامل ایجاد کننده و تداوم دهنده و ماشه چکان‌های درونی و بیرونی، رویاروسازی همدلانه تمرکز سیستمی بر مشکل، اولویت بندی کردن سایرمشکلات فردی وارتباطی، مسئولیت پذیری برای صمیمیت جنسی، شناسایی نقاط قوت وآسیب پذیری های روانی/ رابطه‌ای و فردی زوجین.
	انگیزه مندی	ناامیدی خلاق پذیرش و تعهد	ایجاد ناهمخوانی (بررسی اختلاف بین رفتارهای مراجع و ارزش‌ها/ خواسته‌های آنها)، بررسی مزایا و معایب تغییر یا ماندن در وضعیت فعلی، آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه نظر روانی و جسمی، پذیرش مسئولیت و نقش خود در مورد ایجاد و تداوم مشکل
	فعال سازی ارزش مدار	آرامش آموزی و ذهن آگاهی عمل مبتنی بر ارزش تمایز یافتگی	آرام سازی و کاهش اضطراب پاسخ جنسی، خودآرام بخشی و خودکارآمدی، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی، توجه به تحریک و لذت اندام‌های تناسلی، کار با ترس از صمیمیت، ترس از به هم خوردن توازن قدرت، ترس از دست دادن خود، استفاده از رابطه جنسی برای احساس امنیت و ارتباط، گام برداشتن به سمت تمایز و تشخص، به چالش کشیدن وفاداری‌های نامناسب خانوادگی، باورهای ثابت یا قوانین خانوادگی مبتنی بر شرم، افزایش شفقت با خود، تاکید و آموزش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت،
	انعطاف پذیری شناختی	بررسی کارآمدی افکار و کلیشه‌های جنسی تعدیل و توجه آگاهانه به طرحواره های جنسی	بررسی افکار و باورهای ناکارآمدی جنسی، حساس شدن به محدودیت‌های دانش و باورها، انعطاف پذیری شناختی و تغییر نگرش‌های منفی نسبت به مسائل جنسی، ارزیابی و تعدیل طرحواره های اصلی مربوط به اعتماد، ایمنی، قدرت، کنترل و صمیمیت و رفتار بر خلاف باورهای منجمد و ثابت مبتنی بر آسیب‌های گذشته یا رویدادهای نامطلوب رشدی در دنیای بزرگسالان و مبتنی بر عقلانیت، تعدیل باورها و اسطوره‌های جنسی ناکارآمد
	مهارت افزایی زناشویی	آموزش مهارت‌های جنسی مهارت‌های ارتباطی و عاطفی و حل تعارض	بررسی و اهمیت متعادل ساختن و همخوانی میل جنسی و پذیرش ناهمخوانی‌ها، آموزش جنسی به زوجین، تاکید بر معاشقه و پیش نوازی دررابطه جنسی، ارائه دانش و آگاهی جنسی، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، تقویت روابط عاطفی، افزایش صمیمیت کلامی زوجین، مسئولیت پذیری برای صمیمیت جنسی، کار روی تعارض و خشم، بررسی مثلث‌های موجود در خانواده و مثلث زدایی.
	دلبستگی ایمن کسب شده	ترمیم سبک دلبستگی افزیش ظرفیت پیوند و صمیمت	ارزیابی مجدد تجارب زندگی و بازنگری در باورها و نتایج ثابت آنها در مورد خود، دیگران و ظرفیت آنها برای تسلط و حل مشکلات، کمک به فرد برای بازبینی حافظه خود از تجربیات متوالی رشد، آگاهی وضعیت روانی خود، یادگیری دقیق نشانه گذاری، برچسب زدن، درک حالت‌های عاطفی و وضعیت شناختی، مانند باورها و طرحواره های ناسازگار، یادگیری شناسایی حالت‌های ذهن، توانایی ذهنیت در مورد وضعیت ذهنی دیگران، احساس امنیت/محافظت در برابر خطر و تهدید، حس دیده شدن و درک شدن، عشق و حمایت بی قید و شرط، تجربه احساس راحتی همراه با آرامش و اطمینان، احساس ارزشمند بودن، لذت در فرد، احساس پتانسیل برای امکانات جدید برای رشد و خود شدن،
	تمرکز حسی	آموزش ابراز هیجان کلامی کردن حس‌های هیجانی	آموزش حس یابی غیرجنسی: منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز وتوجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام‌های غیر تناسلی، بیان هیجانات زوجین به یکدیگر، خود ابرازی جنسی به همسر، تمرکز بر نیازهای خود برای لذت و نگرانی کمتر در مورد مشکل یا شریک زندگی، در میان گذاشتن نیازها، آرزوها و امیال نفسانی و جنسی، افزایش آگاهی از نیازهای نفسانی و جنسی شریک زندگی، ایجاد تجربیات رابطه مثبت، ایجاد میل جنسی و افزایش سطح عشق، مراقبت، تعهد، صمیمیت، همکاری و علاقه جنسی در رابطه.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

بر اساس جدول ۴، الگوی درمان اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان حاوی ۷ مقوله محوری است که عبارتند از: آگاهی و آموزش روان شناختی، انگیزه مندی، فعال سازی ذهن آگاهانه و ارزش مدار، افزایش انعطاف پذیری شناختی، مهارت افزایی زناشویی، دلبستگی ایمن کسب شده و تمرکز حسی می‌باشد.

آگاهی و آموزش روان شناختی: به عنوان بخش آغازین و اولیه درمان، در این بخش به توضیح اختلال میل برانگیختگی/ جنسی و آشنایی مراجعان با ماهیت این بیماری و تأثیر آن در کیفیت زندگی زناشویی پرداخته می‌شود. بررسی عوامل مؤثر و تاریخچه‌ی مشکل، تحلیل رشدی از روند و فرایند شکل گیری اختلال، عوامل ایجاد کننده و تداوم دهنده و ماشه چکان‌های درونی و بیرونی مراجع را از ماهیت بیماری و شرایطی که ممکن است ماهیت بیماری در طول زمان تغییر کند، آگاه می‌کند. تمرکز سیستمی بر مشکل، اولویت بندی کردن سایرمشکلات فردی و ارتباطی، مسئولیت پذیری برای صمیمیت جنسی، شناسایی نقاط قوت وآسیب پذیری های روانی/ رابطه‌ای و فردی زوجین در کنار توضیح و تعیین اهداف درمانی و ماهیت درمان از اصول اساسی و مهم این بخش است که می‌تواند به عنوان تسهیل گری برای سایر بخش‌های درمانی عمل کند.

انگیزه مندی: لازمه هر درمان موفقی انگیزه بالای مراجعان برای تغییر و بهبودی است. در این زمینه ارائه اطلاعات و دانش جنسی از قبیل آموزش فواید ارتباط جنسی از نقطه نظر روانی و جسمی، آموزش چرخه پاسخ جنسی و علایم و تغییرات موجود در این مراحل در زن و مرد، افزایش خودآگاهی جنسی زنان، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی، توجه به تحریک و لذت اندام‌های تناسلی، آموزش خیال پردازی، پذیرش مسئولیت و نقش خود در مورد ایجاد و تداوم مشکل از عواملی است که می‌تواند نقش برانگیزاننده و محرکی را برای ادامه درمان در مراجعان فراهم کند.

فعال سازی ارزش مدار: فعال سازی رفتاری امروزه جزء اساسی بیشتر درمان‌ها می‌باشد. آرام سازی و کاهش اضطراب پاسخ جنسی، خودآرامبخشی و خودکارآمدی، آموزش تمرکز بر اندام‌های جنسی، توجه به تحریک و لذت اندام‌های تناسلی، کار با ترس از صمیمیت، ترس از به هم خوردن توازن قدرت، ترس از دست دادن خود، استفاده از رابطه جنسی برای احساس امنیت و ارتباط، گام برداشتن به سمت تمایز و تشخص، به چالش کشیدن وفاداری‌های نامناسب خانوادگی، باورهای ثابت یا قوانین خانوادگی مبتنی بر شرم. افزایش شفقت با خود، تاکید و آموزش سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و همچنین فعال سازی مراجع در راستای ارزش‌هایش می‌تواند نقش بسزایی در تغییر سبک زندگی و خزانه رفتاری مراجعان داشته باشد.

افزایش انعطاف پذیری شناختی: از آنجا که اختلال میل جنسی نیز مانند بیشتر اختلالات تحت تأثیر الگوهای فکری و طرحواره های ناکارآمد قرار می‌گیرد و طرحواره ها و باورهای ناکارآمد بخصوص در حوزه جنسی می‌توانند از عوامل اساسی در شکل گیری و تداوم این اختلال باشند، در نتیجه آماج قرار دادن این فرایندهای شناختی و الگوهای بنیادین شناختی و هیجانی می‌تواند در درمان این بیماری تأثیر به سزایی داشته باشد. بررسی افکار و باورهای ناکارآمدی جنسی، حساس شدن به محدودیت‌های دانش و باورها، انعطاف پذیری شناختی و تغییر نگرش‌های منفی نسبت به مسائل جنسی، ارزیابی و تعدیل طرحواره های اصلی مربوط به اعتماد، ایمنی، قدرت، کنترل و صمیمیت و رفتار بر خلاف باورهای منجمد و ثابت مبتنی بر آسیب‌های گذشته یا رویدادهای نامطلوب رشدی در دنیای بزرگسالان و مبتنی بر عقلانیت، تعدیل باورها و اسطوره‌های جنسی ناکارآمد می‌تواند از مداخلاتی باشد که با هدف ارتقای انعطاف پذیری شناختی مراجعان صورت گیرد.

مهارت افزایی زناشویی: افزایش مهارت‌های زناشویی نیز از ملزومات درمان مؤثر بر اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان است. آموزش مهارت‌های جنسی، ارتباطی و حل تعارض از طریق بررسی و اهمیت متعادل ساختن و همخوانی میل جنسی و پذیرش ناهمخوانی‌ها، آموزش جنسی به زوجین، تاکید بر معاشقه و پیش نوازی دررابطه جنسی، ارائه دانش و آگاهی جنسی، بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، تقویت روابط عاطفی، افزایش صمیمیت کلامی زوجین، مسئولیت پذیری برای صمیمیت جنسی، کار روی تعارض و خشم، بررسی مثلث‌های موجود در خانواده و مثلث زدایی از مؤلفه‌هایی است که باید در سیر درمان این اختلال مورد توجه و آموزش زوجین قرار گیرد.

دلبستگی ایمن کسب شده: ارزیابی مجدد تجارب زندگی و بازنگری در باورها و نتایج ثابت آن ها در مورد خود، دیگران و ظرفیت آن ها برای تسلط و حل مشکلات، کمک به فرد برای بازبینی حافظه خود از تجربیات متوالی رشد،

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

آگاهی وضعیت روانی خود، یادگیری دقیق نشانه گذاری، برچسب زدن و درک حالت‌های عاطفی و وضعیت شناختی مانند باورها و طرحواره های ناسازگار، یادگیری شناسایی حالت‌های ذهن، و توانایی ذهنیت در مورد وضعیت ذهنی دیگران، احساس امنیت/محافظت در برابر خطر و تهدید، حس دیده شدن و درک شدن، عشق و حمایت بی قید و شرط، تجربه احساس راحتی همراه با آرامش و اطمینان، احساس ارزشمند بودن، لذت در فرد، احساس پتانسیل برای امکانات جدید جهت رشد و خود شدن و افزایش ظرفیت پیوند و صمیمیت می‌توانند در کسب یک سبک دلبستگی ایمن به مراجعان کمک کنند. فرآیند تنظیم نیازها و خواسته‌های خود، خودآگاهی بیشتری ایجاد می‌کند، که می‌تواند به شرکای با میل کمتر کمک کند تا از تمایلات جنسی و شرایطی که به افزایش میل جنسی کمک می‌کند، آگاه شوند. این فرآیند می‌تواند به شرکای دارای میل جنسی بالاتر کمک کند تا اشتیاق و نیازهای مرتبط با دلبستگی را که میل جنسی را تحریک می‌کند، هماهنگ کنند.

تمرکز حسی: آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس‌های هیجانی از طریق مؤلفه‌هایی همچون آموزش حس یابی غیرجنسی: منع ارتباط جنسی تا پایان آموزش حس یابی بدنی، آموزش مهارت تمرکز و توجه، آموزش توجه به احساس متمرکز بر اندام‌های غیر تناسلی، بیان هیجانات زوجین به یکدیگر، خود ابرازی جنسی به همسر، تمرکز بر نیازهای خود برای لذت و نگرانی کمتر در مورد مشکل یا شریک زندگی. در میان گذاشتن نیازها، آرزوها و امیال نفسانی و جنسی،افزایش آگاهی از نیازهای نفسانی و جنسی شریک زندگی، ایجاد تجربیات رابطه مثبت، ایجاد میل جنسی و افزایش سطح عشق، مراقبت، تعهد، صمیمیت، همکاری و علاقه جنسی از راهکارهای مؤثر در افزایش کارآمدی حسی و هیجانی روابط زوجین است.

در مرحله نهایی پژوهش اعتبار پروتکل درمانی به دست آمد. بدین منظور پروتکل طراحی شده به پنج نفرکارشناس آگاه در زمینه سبب شناسی و درمان اختلالات جنسی داده شد و با توجه به این ۵ نفر کارشناس و متخصص این حوزه، این طبقه‌ها را به عنوان مفهوم مرتبط با اختلال میل/ برانگیختگی جنسی تأیید کردند، بنابراین اعتبار به دست آمد. برای تعیین روایی محتوای کمی از نسبت روایی محتوا استفاده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوا، در ابتدا از ۵ نفر از متخصصین درخواست شد نظرات خود را در مورد ضرورت هر یک از مؤلفه‌ها در یک طیف لیکرت سه گزینه ای شامل ضروری است، مفید اما ضروری نیست و ضرورتی ندارد، بیان کنند. نسبت روایی محتوای پروتکل درمانیبا توجه به نظرات متخصصان ۰/۹۹ به دست آمد. برای سنجش پایایی (ضریب توافق کاپای کوهن) نیز هر مفهوم در اختیار ۵ نفر کارشناس آگاه در زمینه مفاهیم درمان اختلال میل/ برانگیختگی جنسی قرار داده شد و نظر آنها در مورد متعلق بودن مؤلفه‌های اصلی به مضمون‌ها و متعلق بودن مؤلفه‌های اصلی به مؤلفه‌های فرعی جویا شد. با توجه به میانگین نمره کاپا برای متعلق بودن مؤلفه‌های اصلی به مضمون‌ها (۰/۹۴) و مؤلفه‌های اصلی به مؤلفه‌های فرعی (۰/۹۴) توافق بین آنها در حد مطلوبی بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین پروتکل روان درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان انجام شد. اختلال میل/ برانگیختگی جنسی تحت تأثیر عوامل زیست شناختی، روانی، اجتماعی و فرهنگی است [۲۰،۱۷،۹]. درک پیچیدگی پاسخ جنسی زن و این که چگونه سایر عوامل از جمله عوامل روان شناختی (ویژگی‌های شخصیتی، شناخت، خستگی، استرس موقعیتی، خودآگاهی در مورد تصویر بدن و حواس پرتی)، عوامل فرهنگی- اجتماعی (ارزش‌ها، هنجارها، آموزش‌های خانوادگی و ملاحظات مربوط به روابط) و عوامل ارتباطی (تعارض و اختلافات، ارتباطات) می‌توانند در آن نقش داشته باشند، بسیار مهم است [۲۰،۱۷]. در نتیجه درمان جامع و مؤثر این اختلال نیز باید این مؤلفه‌ها را پوشش دهد.

پروتکل تدوین شده در پژوهش حاضر موثرترین و مرتبط‌ترین الگوها و مؤلفه‌های موجود را در یک ساختار منسجم و منطقی فراهم آورده است تا جوابگوی نیازهای بیماران، درمان مشکل اصلی و همچنین مشکلات رابطه‌ای زوجین باشد. نتایج این مطالعه همسو و همخوان با مطالعات پیشین از قبیل مطالعه هوبین و همکاران [۲۱] می‌باشد. هوبین و همکاران [۲۱] در یک مطالعه مروری که با هدف ارائه مدلی برای متخصصین بالینی جهت برجسته کردن عوامل ناکارآمد در ایجاد و ادامه‌ی اختلال کمبود میل جنسی، با اذعان به این نکته که منشأ اختلالات جنسی به ویژه اختلال میل/برانگیختگی جنسی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

چند عاملی است، مدل پنج عاملی را در این زمینه پیشنهاد می‌کنند. این مدل نشان می‌دهد که عملکرد جنسی بر روی پنج محور شناختی، فیزیولوژیکی، رفتاری، عاطفی و محیطی استوار است. بنابراین یافتن درمان‌های مؤثر برای اختلال کم میلی جنسی که دارای کفایت بوده، جنبه‌های شناختی، رفتاری و اجتماعی را در برداشته، عوارض جانبی کمتری نسبت به داروها داشته و از نظر اقتصادی مقرون به صرفه، انجام آن راحت‌تر و همگانی باشد، ضروری به نظر می رسد. در این بین درمان‌های روان شناختی تلفیقی می‌تواند اثرات هم افزایی داشته باشد.

از آنجا که FSIAD شامل عواملی مرتبط با هر یک از زوجین، تأثیرات بین نسلی و رابطه زوجین می‌باشد، درمان می‌تواند پیچیده باشد. دستورالعمل استاندارد برای درمان FSIAD در زنان بایستی مبتنی بر یک دیدگاه زیستی–روانی–اجتماعی، چند بعدی، و یکپارچه نگر باشد [۲۲]. هترلین و همکاران معتقدند این چارچوب‌ها بایستی در یک الگوی یکپارچه گنجانده شوند زیرا بطور منسجم به هیجانات، شناخت ها و رفتارهای زوجین توجه دارند، موضوعات زوجی و جنسی را مورد ملاحظه قرار می‌دهند و بطور مؤثری با هم عمل می‌کنند تا به جای یک سری مداخلات مجزا، الگوی منسجمی را بوجود آورند [۱۶]. مؤلفه‌های درمانی که منحصر به یک پروتکل خاص هستند، را می‌توان به مؤلفه‌های مشترک افزوده و یک پروتکل واحد ایجاد کرد، تلاش‌های متخصصان رفتار درمانی در سال‌های اخیر نیز ارائه‌ی مدل‌های یکپارچه از رفتار درمانی شناختی است تا بتوانند ضمن دسترسی به مداخلات تأیید شده تجربی، امکان کاربرد و آموزش آن‌ها را در شرایط مختلف داشته باشند. آخرین پیشرفت‌ها در برنامه‌های درمانی مبتنی بر شواهد بر اساس اکثر پژوهش ها و ارزیابی‌های بالینی به روز شده در درمان‌های یکپارچه یافت می‌شوند [۲۳].

از آنجا که علائم FSIAD برگرفته از پویایی‌های روابط زوجین است، علائم و نشانه های جنسی به صورت فردی درمان نمی‌شود. با توجه به نقش پراهمیت رابطه جنسی در تداوم زندگی و رضایت زناشویی و نقش مخرب کاهش میلی جنسی در این فرایند، می‌بایست درمانی اتخاذ شود که تعاملات بین فردی زوجین را نیز بررسی نماید؛ در نتیجه استفاده از رویکردهای سیستمی در کنار رویکرد شناختی_ رفتاری می‌تواند مفید باشد. گرم‌تر و صمیمی‌تر شدن زن و شوهر خود به صمیمیت عاطفی آن‌ها می‌انجامد و همانند یک کاتالیزور می‌تواند در حل تعارضات زناشویی کمک کند و تمرینات رفتاری با کاهش اضطراب و افزایش آرامش درونی فرد می‌تواند به کاهش تعارضات زوجین کمک کند؛ چراکه بسیاری از زوجین در هنگام بروز تعارض، از الگوهای منفی تعامل پیروی می‌کنند که به شدت تعارض اولیه دامن می زند، اما پس از درمان فرد بیشتر می‌کوشد که از دریچه چشم همسرش به وقایع، مسائل و رویدادها بنگرد و کمتر دست به اسنادهای جانبدارانه بزند [۲۴]. درمان تلفیقی همچنین باعث می‌شود زوجین احساس امنیت بیشتری در روابط عاشقانه‌شان داشته باشند و در هنگام بروز تعارض استرس کمتری متحمل شوند. اگر زوجین تلاش کنند روابطشان همواره ثابت باقی بماند و از تغییراتی که خواه ناخواه در طول زندگی مشترک رخ خواهد داد چشم پوشی کنند، احتمال بروز تعارض و ناخشنودی افزایش خواهد یافت؛ حال آنکه درمان تلفیقی شناختی_رفتاری_سیستمی سبب می‌شود فرد پذیرای تغییرات و جنبه‌های جدید و متفاوت روابط بوده و همچنین کمتر دچار استرس شود [۲۵]، چرا که استرس بر سلامت، بهزیستی، کیفیت زندگی، زندگی خانوادگی و جنسی افراد تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین کاهش استرس از طریق آموزش مهارت‌های آرامش آموزی و ذهن آگاهی نیز نقش مؤثری در کاهش تعارضات و مشکلات جنسی دارد. پایین بودن سطح تنش در روابط جنسی نیز باعث می‌گردد که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی خود برای بهبود رابطه استفاده نماید [۲۶,۲۵].

مطالعات نوبره و پینتو–گویا [۲۷] نشان داده است، باورهای جنسی متفاوت در شکل گیری بدکارکردی های جنسی متفاوت نقش مهمی دارند و زنانی که از مشکلات جنسی رنج می‌برند افکار منفی بیشتری دارند، طرحواره های انتقاد از خود و تصویر منفی از خود مانع تمرکز آنان بر موقعیت‌های شهوت انگیز می‌شود و هیجان‌های منفی (مانند اضطراب، شرم و گناه) را تقویت می‌کند، پاسخ‌های جنسی (از تمایل جنسی تا ارگاسم) را تضعیف می‌کند [۲۷]. بر همین اساس ژئونت [۲۸] طی پژوهش‌های خود، باورها و شناخت های منفی را عامل مهم در اختلالات جنسی به ویژه اختلال کاهش میل جنسی مطرح کرده و درمان شناختی و پرداختن به عوامل روانی/ شناختی، استفاده از روش بازسازی شناختی در درمان اختلال میل جنسی را پیشنهاد می‌کند، در نتیجه انجام مداخلاتی با هدف افزایش

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

انعطاف پذیری شناختی در این زمینه می‌تواند کمک کننده باشد. تکنیک‌ها و مداخلات برگرفته از روش‌های شناختی- رفتاری شامل افزایش آگاهی جنسی و مهارت‌های جنسی، خیال پردازی، افزایش بینش و درک علل سیستماتیک می‌تواند بر کاهش میل جنسی و طرز بیان احساسات و مداخلات رفتاری بر بهبود میل جنسی زنان اثر گذاشته و با تاثیرات مثبت متقابل روی همسر به ویژه در زمینه‌ی ارتباط، رضایت زناشویی را تحت شعاع قرار دهد. از آن جا که یکی از جنبه‌های رضایت زناشویی، رضایت از روابط جنسی در زندگی مشترک است، با بهبود رابطه‌ی جنسی و کاهش اختلال میل جنسی، از وخامت وضعیت زناشویی کاسته می‌شود و این امر موجب افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی می‌شود [۲۹]. همچنین از دیدگاه سیستمی، مشکل جنسی نشانه‌ای از رابطه ناکارآمد است که در صورت حل شدن مشکل زوجین برطرف خواهد شد [۱۶].

آموزش مهارت‌های مورد نیاز مانند مهارت کنترل خشم و مهارت حل تعارض می‌تواند باعث افزایش تماس‌های هیجانی زنان با همسرانشان شود و احساسات جنسی سرکوب شده بر اثر تجربه طولانی مدت خشم و ناکامی، آزاد و مجدداً تجربه شوند. پس از این مرحله مراجعان راحت‌تر به احساسات خود و همسرشان توجه کرده و تمرینات سیستمی زوجی (مانند تمرکز حسی) را با علاقه و اطمینان بیشتری انجام دهند. وقتی مراجعان در طول درمان متوجه شوند که تمایل جنسی، یکی از جنبه‌های ارتباط است که در کنترل خود فرد است و ترسِ از این که هدف همسرش کنترل اوست به طور ناهشیار از طریق اجتناب از تمایل جنسی کاهش می‌یابد و با بازگرداندن توازن قدرت به رابطه، صمیمیت افزایش یابد [۲۹]. در یک نظرسنجی که توسط دوس، سیمپسون و کریستنسن انجام شد [۳۰] و به این موضوع پرداخت که چرا زوج‌ها به دنبال درمان می‌روند، ۵۷ درصد از افراد مورد بررسی فقدان محبت عاطفی، صمیمیت و عاطفه فیزیکی را دلیل اصلی خود برای درمان توصیف کردند. چندین مطالعه اخیر از این ارتباط بین کیفیت رابطه جنسی و رضایت کلی حمایت کردند. که اختلال عملکرد جنسی هم عامل و هم پیامد تعارض رابطه است [۳۱]. از دیدگاه سیستمی [۳۲]، تمایلات جنسی به صمیمیت و تعامل بین فردی نیاز دارد. تضادهای روابط غیرجنسی، تفاوت قدرت، تجارب رشدی، و پویایی خانواده اصلی همگی بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارند، در نتیجه توجه بیشتری به تعامل ظریف بین میل جنسی و پویایی کلی بین فردی نیاز است.

نتایج پژوهش تیمورپور و همکاران [۱۶] نشان داد، زنانی که سبک دلبستگی ناایمن- اجتنابی دارند ویا سن بالاتری دارند و مدت زمان بیشتری از ازدواجشان می‌گذرد، میل جنسی کمتری دارند و در مقابل زنان دارای سبک دلبستگی ایمن و یا دوسوگرا، میل جنسی بالاتری را گزارش می‌کنند. طبق نتایج این پژوهش نمرات بالاتر در رضایت زناشویی، سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا با نمرات بالاتر میل جنسی همراه است. اما با افزایش سبک دلبستگی اجتنابی و گناه جنسی، نمرات تمایل جنسی کاهش می‌یابد. از لحاظ تاریخی، نظریه پردازان دلبستگی نیاز به نزدیکی و ارتباط را به عنوان یک نیاز اساسی می‌بینند که روابط عاشقانه بزرگسالان را پیش می‌برد. بنابراین، این چرخه پیچیده که حول میل به صمیمیت جنسی و عاطفی ایجاد می‌شود، می‌تواند در چارچوب دلبستگی ادغام شود تا به مفهوم سازی و درمان کم میلی جنسی کمک کند که بر روابط زوجین تأثیر منفی می‌گذارد [۱]. شواهد بیشتری یافت شده است که ارتباط بین دلبستگی ناایمن، صمیمیت و رضایت زوجین را برجسته می‌کند [۳۳]. با اقتباس از ادبیات مربوط به دلبستگی عاشقانه بزرگسالان، دلبستگی ایمن به شریک زندگی، نزدیکی فیزیکی و عاطفی را تسهیل می‌کند [۳۴]. بنابراین، می‌توان چنین فرض کرد که زوج‌هایی که سطوح بالاتری از امنیت دلبستگی را تجربه می‌کنند، ذاتاً احساس ارتباط بیشتری می‌کنند و میل بیشتری برای صمیمیت فیزیکی و عاطفی دارند. در همین زمینه در سال ۲۰۰۳، گرینگ، مدل باسون را در درمان میل جنسی کم ادغام کرد و پیشنهاد کرد که زنان انگیزه جنسی مبتنی بر صمیمیت را تجربه می‌کنند. در نتیجه د مداخلاتی که با هدف اثرگذاری بر میل جنسی زنان انجام می‌شود توجه به سبک‌های دلبستگی و ترمیم سبک دلبستگی درمان جویان ضروری به نظر می‌رسد. علیرغم شباهت‌های موجود در پروتکل روان درمانی تدوین شده در پژوهش حاضر با پیشینه پژوهشی موجود، می‌توان گفت که هیچ یک از مطالعات پیشین، فرایند جامعی از درمان اختلال میل/ برانگیختگی جنسی که همه ابعاد دخیل در سبب شناسی و درمان این اختلال را مورد پوشش قرار دهد، ارائه نکرده‌اند و از این نظر در این پژوهش الگوی نسبتاً جامعی متناسب با نیازهای افراد مبتلا به اختلال میل برانگیختگی جنسی و مشکلات ناشی از آن

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

ارائه شده است.

محدودیت‌هایی نیز در این پژوهش وجود داشت؛ از جمله این که به دلیل تابو بودن مسائل جنسی در جامعه، در مرحله نمونه گیری، محقق با مشکلات زیادی در جهت توجیه افراد برای شرکت در انجام پژوهش مواجه بود، همچنین شرم و حیا در زنان گاهی مانع از ادامه روند مصاحبه می شد که پژوهشگر با استفاده از مصاحبه های انگیزشی، تاکید بر محرمانه بودن مصاحبه ها و اصل رازداری شرایط ادامه روند مصاحبه را فراهم می نمود. در پژوهش‌های کیفی، پژوهشگر به عنوان ملاک قضاوت و ارزیابی قرار دارد و علیرغم اجتناب از هر گونه پیش زمینه ذهنی و استفاده از صاحب نظران مختلف جهت اعتباریابی، احتمال خطا وجود دارد. لازم به ذکر است که برای شناسایی بهترین ترکیب و شیوه استفاده از مداخلات مؤثر در درمان این اختلال تحقیقات بیشتری مورد نیاز است. به همین ترتیب، تحقیقات و کارآزمایی های بالینی بیشتر برای تعیین بهترین روش برای یکپارچه سازی مداخلات در افراد مبتلا به اختلال میل/ برانگیختگی جنسی ضروری است. با توجه به این موارد پیشنهاد می شود که در مطالعات آتی پروتکل به دست آمده توسط سایر پژوهشگران اعتباریابی و اثربخشی آن سنجیده شود. همچنین پیشنهاد می شود که اثربخشی این پروتکل با سایر پروتکل های استاندارد اختلال میل/برانگیختگی جنسی مقایسه شود.

نتیجه گیری

محتوای پروتکل روان درمانی اختلال میل/ برانگیختگی جنسی که در این پژوهش به دست آمد، با توجه به روایی به دست آمده، می‌تواند توسط درمانگران و متخصصان و بنا به شرایط و نیاز افراد مبتلا به اختلال میل/ برانگیختگی جنسی در کنار سایر الگوهای درمانی این اختلال قابل استفاده باشد.

سپاسگزاری

از کلیه افرادی که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، تشکر به عمل می‌آید.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی در انتشار این مطالعه ندارند.

References

1. Girard A, Woolley SR. Using emotionally focused therapy to treat sexual desire discrepancy in couples. Journal of sex & marital therapy. 2017; 43(8): 720-35. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1263703
2. Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Archives of Sexual Behavior.2013; 42(6): 915-33. https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0
3. Mark KP. The relative impact of individual sexual desire and couple desire discrepancy on satisfaction in heterosexual couples. Sexual and Relationship Therapy. 2012, 27: 133-146. https://doi.org/10.1080/14681994.2012.678825
4. Malary M, Pourasghar M, Khani S, Moosazadeh M, hamzehgardeshi zeinab. Psychometric Properties of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female for Diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder: The Persian Version. Iran J Psychiatry. 2016, 11(4):262-8. PMCID: PMC5206330
5. Eshghi R, Bahrami F, Fatehizadeh M, Keshavarz A. Evaluation of the effectiveness of couples' behavioral-cognitive counseling on the improvement of underage sexual desire disorder in women in Isfahan. Consulting Research. 2015, 14 (53): 130-151.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington. VA: American Psychiatric Association; 2013. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
7. Soltani A, Rezaei F, Razavi V. The Effectiveness of Barlow's cognitive-affective counseling on Female Sexual Frigidity Treatment in Isfahan. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2015, 17(3):81-9.
8. Noor Alizadeh M. Spouses Health and Sexual Disorder, Islamic and Psychological Approach. Qom: Imam Khomeini Educational-Research Institute, 2018.
9. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, Graham C, Nobre P, Wylie K. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

Dysfunction. J Sex Med. 2016, 13(4):538-71 https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019
10. McCarthy B, Wald LM. Sexual desire and satisfaction: The balance between individual and couple factors. Sexual and Relationship Therapy. 2012. 27(4): 310-21. https://doi.org/10.1080/14681994.2012.738904
11. Kingsberg SA. Attitudinal survey of women living with low sexual desire. J Womens Health (Larchmt). 2014, 23(10):817-23 https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4743
12. Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, Wheeler SB, Borisov NN, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. Value Health. 2009; 12(5):763-72. https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2008.00483.x
13. Rosen NO, Dubé JP, Corsini-Munt S, Muise A. Partners Experience Consequences, Too: A Comparison of the Sexual, Relational, and Psychological Adjustment of Women with Sexual Interest/Arousal Disorder and Their Partners to Control Couples. J Sex Med. 2019;16(1):83-95. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.018
14. Sarin S, Amsel R, Binik YM. A Streetcar Named "Derousal"? A Psychophysiological Examination of the Desire-Arousal Distinction in Sexually Functional and Dysfunctional Women. J Sex Res. 2016 Jul-Aug;53(6):711-29. https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1052360
15. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. Sex Med Rev. 2016;4(2):103-120. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009
16. Teimourpour N, Moshtagh Bidokhti N, Pourshahbaz A, Bahrami Ehsan H. Sexual desire in Iranian female university students: role of marital satisfaction and sex guilt. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2014;8(4):64-9. PMID: 25798176; PMCID: PMC4364479.
17. Malary M, Khani S, Pourasghar M, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. BIOPSYCHOSOCIAL DETERMINANTS OF HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE IN WOMEN: A NARRATIVE REVIEW. Mater Sociomed. 2015;27(6):383-9https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.383-389
18. MADANI BOROUJENI S.A., NASR A.R.. TRIANGULATION: A STRATEGY FOR INNOVATING IN EDUCATIONAL RESEARCHES. JOURNAL OF EDUCATIONAL INNOVATIONS. 2009 [cited 2022February25];8(30):53-73. Available from: https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=167507 19.
19. Guba, E. G., and Y. S. Lincoln. Fourth generation evaluation, 1989. Newbury Park, CA: Sage.
20. Bitzer J, Giraldi A, Pfaus J. Sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in women. Introduction and overview. Standard operating procedure (SOP Part 1). J Sex Med. 2013, 10(1):36-49. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02818.x
21. Hubin A, De Sutter P, Reynaert. Etiological factors in female hypoactive sexual desire disorder. Sexologies: European Journal of Sexology and Sexual Health / Revue européenne de sexologie et de santé sexuelle.2011. 20(3): 149-157. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2010.12.002
22. Hertlein KM, Weeks G R, Sendak SK. A Clinician's Guide to Systemic Sex Therapy. New York: Taylor & Francis Group, LLC. 2009; 3-19
23. ghaderi F, akrami N, namdari K, abedi A. Developing an integrated psychotherapy model of generalized anxiety disorder comorbid with emotional disorders; a qualitative approach. IJRN. 2020; 6 (4):70-82. https://doi.org/10.29252/ijrn-06048
24. Perissutti C, Barraca J. Integrative Behavioral Couple Therapy vs. Traditional Behavioral Couple Therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. Clínica y Salud. 2013. 24(1): 11-18. https://doi.org/10.5093/cl2013a2
25. Pyke RE, Clayton AH. Psychological Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Sexual Medicine Critique and Perspective. J Sex Med. 2015;12(12):2451-8. https://doi.org/10.1111/jsm.13056
26. Azartash F, Shafiabadi A, Falsafi nezhad M, Farhadi H. Effectiveness of the Combination of Cognitive-Behavioral Therapy and Systemic Therapy on the Women's Hypoactive Sexual Desire. Medical journal of mashhad university of medical sciences, 2021, 63(6): 2133-42. 27.
27. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. Journal of Sex Research. 2006, 43(1):68-75. https://doi.org/10.1080/00224490609552300

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]

28. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. Sexologies. 2013, 22(1): 9-15. https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.01.011
29. Soliemanian A, Naghinasab Ardehaee F, Sanagoo A. The Effectiveness of Systemic Sex Therapy on Sexual Desire Improvement in Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder(HSDD). IJPN. 2016, 3 (4):58-70. URL: http://ijpn.ir/article-1-687-fa.html
30. Doss BD, Simpson LE, Christensen A. Why do couples seek marital therapy? Professional Psychology: Research and Practice. 2004, 35(6):608-614. https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.6.608
31. Davison SL, Bell RJ, La China M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. The Journal of Sexual Medicine. 2009; 6 (10):2690-97. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01406.x
32. Weeks G R, Gambescia N. A new paradigm in sex therapy. In K. M. Hertlein, G. R. Weeks, & N. Gambescia (Eds.), Systemic sex therapy (2nd ed., pp. 24-35). New York, NY: Routledge, 2015.
33. Dandurand C, Lafontaine M F. Intimacyan dcouplesatisfaction:The moderating role of romantic attachment. International Journal of Psychological Studie. 2013, 5(1), 74-91. https://doi.org/10.5539/ijps.v5n1p74
34. Birnbaum GE, Reis HT. Women's sexual working models: an evolutionary-attachment perspective. J Sex Res. 2006; 43(4):328-42. https://doi.org/10.1080/00224490609552332

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-09]

[DOI: https://doi.org/10.22034/IJRN.8.4.50]