Effective components in psychopathology and treatment of female sexual interest disorder from the perspective of Iranian experts: 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, **Email:** rezaei.f@lu.ac.ir

Received: 22 May 2022 **Accepted:** 1 August 2022

Abstract

Background & Aim: A better understanding of the female sexual interest disorder and its more effective treatment by examining the views of experts in this field provides many clues for discovery out what this disorder is and what is required to cure The aim of this study was to explore the factors influencing the psychopayhology and the treatment female sexual interest - arousal disorder from the viewpoint of iranian experts.

Materials & Methods: The research method was qualitative based on the grounded theory the participants included 20 experts and therapists on sexual disorders who were selected by purpose-based method and according to the law of data saturation. Semi-structured interviews were conducted from sampled individuals. In the analysis of data, a colaizzi seven-step cluster pattern was used. Data coding was performed in three sections of open, axial and selective coding.

Results: According to the results , experts ' views include 2 central categories of etiology with main themes (developmental analysis of the problem , marital pathology , spouse sexual problems , women's sexual problems , psychological issues , dysfunctional lifestyle) and treatment strategies with main themes (individual strategies , Pair strategies) were obtained

Conclusion: female sexual interest disorder is a multidimensional disorder that affects different areas of a person's life and has significant negative consequences on the performance and quality of married life. Therefore, it is necessary for experts in the field of sexual health to use the results of new and up-to-date researches to better understand the underlying causes and effective treatment strategies in the treatment of this disorder.

Keywords: Female, Sexual Dysfunction, Qualitative Research, Etiology, Health Experts

How to cite this article: Ghasemi N, Rezaei F, Sadeghi M. Effective components in psychopathology and treatment of female sexual interest disorder from the perspective of Iranian experts: A qualitative study. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2022; Vol 8(1): 81- 95. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-484-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مؤلفه‌های تأثیرگذار در آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلال میل جنسی زنان از دیدگاه متخصصین ایرانی: یک مطالعه کیفی

نداقاسمی[1]، فاطمه رضایی[2*]، مسعود صادقی[3]

1. دانشجوی دکتری رشته روان‌شناسی،دانشگاه لرستان، لرستان،ایران
2. دانشیار گروه روان‌شناسی،دانشگاه لرستان،لرستان،ایران
3. دانشیار گروه روان‌شناسی،دانشگاه لرستان، لرستان،ایران

***نویسنده مسئول:** فاطمه رضایی،**ایمیل:** rezaei.f@lu.ac.ir

تاریخ دریافت: 1401/03/01 **تاریخ پذیرش:** 1401/05/10

چکیده

زمینه و هدف: درک بیشتر از اختلال میل جنسی و درمان مؤثرتر آن با استفاده از بررسی دیدگاه متخصصین در این زمینه سرنخ‌های زیادی را برای پیدا کردن آن‌چه این اختلال را به وجود می‌آورد و آن‌چه برای درمان به آن نیاز است، در اختیار می‌گذارد. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف تبیین مؤلفه‌های تأثیرگذار در آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلال میل/ برانگیختگی زنان از دیدگاه متخصصین ایرانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش کیفی از نوع تحقیق داده بنیاد بود. مشارکت‌کنندگان شامل 20 نفر از متخصصان و صاحب‌نظران حوزه خانواده و درمانگران اختلالات جنسی بودند که به روش مبتنی بر هدف و بر اساس قانون اشباع داده انتخاب شدند. ابزار پژوهش مصاحبه حضوری نیمه ساختاریافته بود. تحلیل داده‌ها از طریق روش هفت مرحله‌ای کلایزی صورت گرفت. کدگذاری داده‌ها، در سه بخش کدگذاری باز، محوری و گزینشی انجام شد.

یافته‌ها: برحسب نتایج، دیدگاه‌های متخصصین شامل 2 مقوله محوری سبب‌شناسی با مضامین اصلی (تحلیل رشدی از مشکل، آسیب‌شناسی زناشویی، مشکلات جنسی همسر، مشکلات جنسی زنان، مسائل روان‌شناختی ،سبک زندگی ناکارآمد) و راهبردهای درمانی با مضامین اصلی (راهبردهای فردی، راهبردهای زوجی) به دست آمد.

نتیجه‌گیری: اختلال میل جنسی زنان، اختلالی چندبعدی است که حوزه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیامدهای منفی قابل‌توجهی بر عملکرد و کیفیت زندگی زناشویی دارد. بنابراین لازم است متخصصان حوزه سلامت جنسی با استفاده از نتایج پژوهش‌های جدید و به‌روز به شناخت هر چه بهتر علل زمینه‌ساز و راهبردهای درمانی مؤثر در درمان این اختلال بپردازند.

واژه‌های کلیدی: زن، اختلال میل جنسی، تحقیق کیفی، سبب‌شناسی، متخصصان سلامت

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

رابطه جنسی به عنوان یکی از مؤلفه‌های زیربنایی زندگی انسان، یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است و از مؤلفه‌های تأثیرگذار در کیفیت زندگی فردی و زناشویی به حساب می‌آید. بنابراین، هر گونه اختلالی که باعث ناهماهنگی و در نتیجه نارضایتی از رابطه جنسی شود، می‌تواند منجر به اختلال عملکرد جنسی شده(1) و تأثیر منفی بسیاری بر زندگی زوجین داشته باشد. به طوری که مشکلات جنسی، همواره جزء چند علت اول طلاق و نارضایتی زناشویی است(2).

از میان این دسته از اختلالات، اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان(female sexual interest-arousal disorder) به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی زنان با فقدان یا کاهش قابل‌توجه میل و/یا برانگیختگی جنسی و حداقل با سه مورد از علائم زیر در یک دوره 6 ماهه ظاهر می‌شود: 1-فقدان علاقه یا کاهش علاقه به فعالیت جنسی، 2-فقدان یا کاهش افکار یا خیال‌پردازی های وابسته به عشق شهوانی، 3-عدم شروع یا کاهش فعالیت جنسی و عدم پذیرش معمول نسبت به شریک جنسی، 4-فقدان یا کاهش هیجان یا لذت جنسی در طول فعالیت جنسی، 5-فقدان یا کاهش علاقه یا برانگیختگی جنسی در پاسخ به هر نشانه وابسته به عشق شهوانی درونی یا بیرونی، و 6-فقدان یا کاهش احساسات تناسلی یا غیر تناسلی در طول فعالیت جنسی. این اختلال اغلب با مشکلاتی در تجربه ارگاسم، درد تجربه‌شده در حین فعالیت جنسی، فعالیت جنسی نادر، و اختلاف سطح زوجین در میل همراه است. مشکلات رابطه، استرس مزمن، و اختلالات خلقی نیز اغلب از ویژگی‌های مرتبط با اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان هستند(1).

اختلال کمبود میل جنسی، غیرمعمول نیست، اما کمتر مورد بررسی قرار گرفته است(3). به طوری که مطالعات مبتنی بر جمعیت نشان داده‌اند که تقریباً ۳۶ تا ۳۹ درصد زنان تمایل جنسی کم را گزارش می‌دهند، که ۸ تا ۱۰ درصد از آن‌ها معیارهای تشخیصی اولیه برای اختلال عملکرد جنسی (تمایل کم و پریشانی همراه آن)را برآورده می‌کنند(4). پژوهش‌های گوناگون داخلی نیز از شیوع بالای اختلالات جنسی در زنان ایرانی حکایت دارند. شیوع اختلال کمبود میل جنسی، در جمعیت عمومی ایران 35 درصد تخمین زده‌شده که بیش‌ترین آمار شیوع در بین تمام اختلالات عملکرد جنسی است(5). این اختلال همبودی بالایی با سایر مشکلات جنسی و مشکلات روان‌شناختی از قبیل پریشانی جنسی، نارضایتی از زندگی جنسی، افسردگی و اضطراب دارد(1). مطالعات انجام شده تا به امروز، نشان می‌دهد که میل جنسی پایین بر نحوه تفکر و احساس زنان در مورد خود، رابطه زناشویی و کیفیت زندگی زناشویی تاثیر می‌گذارد(6). همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که همسران زنان مبتلا به اختلال میل/برانگیختگی جنسی، رضایت جنسی کمتر، ارتباطات جنسی ضعیف‌تر و پریشانی جنسی بالاتر و اختلال در عملکرد ارگاسمیک و نعوظ و رضایت کلی و رضایت از رابطه جنسی را در مقایسه با همسران زنان عادی گزارش می‌کنند. زنان مبتلا به

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

اختلال میل/برانگیختگی جنسی، میل و رضایت جنسی کمتر و پریشانی جنسی و علائم افسردگی و اضطراب بیشتر را در مقایسه با زنان عادی و شریک زندگی خود گزارش می‌کنند (7).

بررسی مطالعات نشان می‌دهد که عوامل مؤثر بر میل و فعالیت جنسی متمایز نیستند و با هم همپوشانی دارند و از عوامل زیست‌شناختی، روانی، اجتماعی و فرهنگی نشأت می‌گیرد (8). اگرچه عوامل زیست پزشکی مانند هورمون‌های تغییریافته و انتقال‌دهنده‌های عصبی و تعامل آن‌ها، ژنتیک و شرایط پزشکی و روان‌پزشکی می‌توانند جنبه‌هایی از اختلال کمبود میل جنسی را توضیح دهند، اما درک پیچیدگی پاسخ جنسی زن و این که چگونه سایر عوامل از جمله عوامل روان‌شناختی، عوامل فرهنگی- اجتماعی و عوامل ارتباطی می‌توانند در آن نقش داشته باشند، بسیار مهم است (9، 10 و 11).

تفاوت‌ها و تناقض‌ها در سبب‌شناسی و درمان در نظر گرفته شده برای اختلال میل جنسی زنان، پژوهشگران این مقاله را بر آن داشته است تا به تجربه‌ی حرفه‌ای متخصصان اختلالات جنسی مراجعه کنند و با استفاده از روش‌های پژوهش کیفی همانند نظریه‌ی داده بنیاد توصیف روشنی از اختلال میل جنسی ارائه نمایند. به علاوه، ازآنجایی‌که فاکتورهای مؤثر بر میل و فعالیت جنسی متاثر از عوامل مختلفی همانند زیستی ، روانی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد، استفاده از روش‌های کیفی در پژوهش‌های مرتبط با آن اولویت دارد، زیرا در مقایسه با روش‌های کمّی، امکان درک عمیق‌تر و بهتری تر را فراهم می‌آورد. به نظر می‌رسد که یکی از عوامل مهم در درمان این اختلال شناخت نظرات متخصصان این حیطه در زمینه سبب‌شناسی و درمان این اختلال می‌باشد.ازاین‌رو، پژوهش حاضر در نظر دارد که با بهره‌گیری از ارزیابی‌های ذهنی متخصصان اختلالات جنسی در رابطه با اختلال میل جنسی، بتواند الگوی کامل‌تری را در زمینه این اختلال ارائه دهد و به فهم دقیق‌تری از مؤلفه‌های اختلال میل جنسی در فرهنگ ایرانی دست یابد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر به روش کیفی و با استفاده از رویکرد داده بنیاد(A Qualitative Grounded Theory Study) انجام شده است. تحقیق کیفی، انعطاف لازم برای کشف ادراک های افراد، تجربه‌های روزانه و بحث و تحلیل در مفهوم داده‌ها را دارد و قادر است مواردی که تاکنون در روش‌های کمی کشف نشده است را آشکار نماید(12). روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و حجم نمونه بر اساس قانون اشباع مشخص شد. در نمونه‌گیری هدفمند، پژوهشگر به انتخاب افرادی می‌پردازد که تأمین‌کننده‌ی اطلاعات مهمی بوده و تجربه ایی غنی از پدیده موردنظر داشته و بتوانند اطلاعات مورد نیاز برای پاسخگوی به سوالات پژوهش را فراهم آوردند، همچنین توانایی و تمایل به بیان آن را داشته باشند(13). در این مرحله از پژوهش، پژوهشگر در طی شش ماه با مراجعه به مراکز خدمات روان‌شناختی و کلینیک های زنان و زایمان سطح شهر اصفهان با 20 نفر از متخصصان و صاحب‌نظران حوزه خانواده و درمانگران اختلالات جنسی که دارای مدرک تخصصی در یکی از رشته‌های روان‌پزشکی، مامایی، زنان و زایمان، مشاوره یا روان‌شناسی بوده و حداقل 5

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

سال تجربه درمان در حوزه اختلالات جنسی داشتند به منظور تبیین مؤلفه‌های تأثیرگذار در آسیب‌شناسی روانی و درمان اختلال میل/ برانگیختگی زنان مصاحبه می‌کرد. جهت تعیین حجم نمونه تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی در نمونه تا جایی که از افراد بیشتری اطلاعات کسب می‌شود، مصاحبه‌ها تداوم یافت، تا زمانی که افراد جدید به اطلاعات موجود، مطلبی نیفزودند. پس از 20 مصاحبه، اطلاعات جدیدی اضافه نشد و تحلیل بر روی 20 مشارکت‌کننده انجام شد. جدول شماره 1 مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در این بخش از پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول شماره1: مشخصات جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان به منظور تبیین مؤلفه‌های تأثیرگذار در درمان اختلال میل برانگیختگی جنسی

ردیف	جنسیت	تحصیلات	مرتبه علمی	شغل
1	مرد	دکترای روان‌شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
2	زن	دکترای روان‌شناسی	-	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
3	زن	دکترای روان‌شناسی	-	درمانگر اختلالات جنسی
4	مرد	روان‌پزشک	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
5	زن	دکترای روان‌شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه، زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
6	مرد	دکترای مشاوره	-	درمانگر اختلالات جنسی
7	زن	دکترای روان‌شناسی	-	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
8	زن	کارشناسی ارشد مشاوره	-	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
9	زن	روان‌پزشک	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
10	زن	کارشناسی ارشد روان‌شناسی	-	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
11	زن	دکترای روان‌شناسی	دانشیار	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
12	مرد	روان‌پزشک	-	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
13	زن	کارشناسی ارشد مامایی	-	درمانگر اختلالات جنسی
14	مرد	دکترای روان‌شناسی	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
15	زن	دکترای مامایی	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر اختلالات جنسی
16	زن	تخصص زنان و زایمان	استادیار	مدرس دانشگاه و درمانگر
17	زن	تخصص زنان و زایمان	-	درمانگر بیماری‌های زنان
18	مرد	دانشجوی دکترای مشاوره	-	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
19	زن	دکترای روان‌شناسی	-	زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی
20	زن	دکترای روان‌شناسی	دانشیار	مدرس دانشگاه، زوج درمانگر و درمانگر اختلالات جنسی

در این پژوهش زمینه تحقیق، شهر اصفهان و مدت زمان مطالعه از شهریور تا بهمن 1400 بود. مکان آن بر اساس توافق بین شرکت‌کننده در مصاحبه و پژوهشگر، محلی که برای مشارکت‌کننده راحت تر بود، انتخاب شد. بدین ترتیب تمامی مصاحبه‌ها در محل کار مشارکت‌کننده‌ها انجام گردید. ابزار پژوهش مصاحبه نیمه ساختاریافته(Semi-Structured) بود. این نوع از مصاحبه، در عین تمرکز بر موضوع پژوهش، به مصاحبه شونده امکان می‌دهد که به جنبه‌های مهم موضوع از دیدگاه خود بپردازد(14). مصاحبه با سوال های باز پاسخ «علل پدیدآیی اختلال میل 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

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بعدی بر اساس مسیر مصاحبه و پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان مطرح می‌گردید. همچنین بر اساس نیاز، از سوالات اکتشافی(Probing Questions) مانند «منظورتان را واضح تر بیان کنید» یا «لطفا بیشتر توضیح دهید» استفاده می‌شد. مدت‌زمان مصاحبه بر حسب شرایط جسمی، روحی، مشغله کاری، تمایل بیشتر برای صحبت و روند مصاحبه، بین 30 تا 45 دقیقه به طول انجامید.

پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، تحلیل داده‌ها به شیوه‌ی هفت مرحله‌ای کلایزی(Colaizzi Seven-Step Cluster Pattern) صورت گرفت. روش کلایزی توانایی و قابلیت اعتماد زیادی داشته و روشی مناسب برای کشف، مطالعه و تجزیه و تحلیل جزئیات زندگی افراد می‌باشد(14). روش 7 مرحله‌ای کلایزی به شرح زیر به کار گرفته شد: 1-در مرحله‌ی اول، در پایان هر مصاحبه، پژوهشگر در ابتدا صحبت‌های ضبط‌شده‌ی شرکت‌کنندگان را گوش داد و کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده نمود. 2-در مرحله‌ی دوم، پژوهشگر پس از مطالعه‌ی تمام توصیف‌های شرکت‌کنندگان، زیر اطلاعات با معنی و مرتبط با پدیده‌ی موردبحث، خط کشید و به این طریق جملات مهم مشخص شدند. 3-مرحله‌ی سوم استخراج مفاهیم فرموله است. پژوهشگر بعد از مشخص کردن عبارات مهم هر مصاحبه، سعی کرد از هر عبارت یک مفهوم که بیانگر معنی و قسمت اساسی تفکر فرد بوده، استخراج نماید. البته پس از کسب این مفاهیم تدوین شده، تلاش نمود تا مرتبط بودن معنی تدوین شده با جملات اصلی و اولیه موردبررسی قرار گیرد و از صحت ارتباط بین آن‌ها اطمینان حاصل کند. 4-بعد از استخراج کدها، مطابق مرحله‌ی چهارم کلایزی ، مفاهیم تدوین‌شده به دقت مطالعه شد و بر اساس تشابه مفاهیم دسته‌بندی شد. بدین ترتیب، دسته‌های موضوعی از مفاهیم تدوین‌شده تشکیل شدند. 5-در مرحله‌ی پنجم، نتایج استنتاج شده برای توصیف جامع از پدیده‌ی تحت مطالعه به هم پیوند داده شد و دسته‌های کلی‌تری به وجود آمد. 6-در مرحله‌ی ششم، پژوهشگر توصیف جامعی از پدیده‌ی تحت مطالعه (تا حد امکان با بیانی واضح و بدون ابهام) ارائه کرد. 7-در مرحله‌ی پایانی، پژوهشگر جهت روشن نمودن ایده‌های به‌دست‌آمده از یافته‌های پژوهشی و نیز موثق نمودن یافته‌ها به شرکت‌کنندگان مراجعه کرد. برای اطمینان از صحت و دقت یافته‌های پژوهش در این بخش، 4 معیار اعتبار، قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال و تأیید پذیری در پژوهش‌های کیفی(15) بر حسب موارد زیر رعایت شدند: محقق جهت جمع‌آوری صحیح اطلاعات، ارتباط معناداری با شرکت‌کنندگان برقرار نمود تا آن‌ها دور از هرگونه احساس فشار، کلیه احساسات، بینش‌ها و تجارب خود را به‌طور واقعی مطرح نماید. جهت صحت تعبیر و تفسیر اطلاعات، محقق از تکنیک کنترل‌های اعضا استفاده کرد، بدین صورت که به افراد شرکت‌کننده در مطالعه رجوع نمود و توصیف خود از تجارب آن‌ها را به تأییدشان رسانید؛ علاوه بر این، جهت رسیدن به قابلیت اعتبار بعد از انجام هر مصاحبه، ابتدا متن آن روی کاغذ نوشته‌شده و چندین بار مرور می‌شد تا درک کلی از آن حاصل گردد. سپس نسبت به درک و استخراج معانی نهفته در آن اقدام

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

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، طبقه‌بندی و رفع هر گونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر، فرآیند برگشت به متون و یا مراجعه به شر کت کنندگان به‌طور 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 درون‌مایه‌های حاصل به بهترین نحو ممکن باهم ارتباط یابند. جهت افزایش قابلیت تعمیم و انتقال‌یافته‌های پژوهشی، نمونه‌ها از بین متخصصین با سنین و جنسیت مختلف و شرایط و نواحی جغرافیایی متفاوت انتخاب گردیدند. 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.

یافته‌ها

در نتیجه مصاحبه‌ها، 1008کد سطح اول استخراج شد که با ادغام آن‌ها 443کد اولیه باقی ماند. سپس این کدها باهم مقایسه و طبقه‌بندی شدند و حاصل این طبقه‌بندی 113 مفهوم بود که بر اساس تشابهات آن‌ها به 8 مقوله اصلی، 2 مقوله محوری و 1 مقوله مرکزی تقسیم شدند. مقوله مرکزی به‌دست‌آمده سبب‌شناسی و راهبردهای درمان بود که شامل 2 مقوله محوری سبب‌شناسی با مضامین اصلی (تحلیل رشدی از مشکل، آسیب‌شناسی زناشویی، مشکلات جنسی همسر، مشکلات جنسی زنان، مسائل روان‌شناختی ،سبک زندگی ناکارآمد)، راهبردهای درمانی با مضامین اصلی (راهبردهای فردی، راهبردهای زوجی) به دست آمد (جدول شماره2).

جدول شماره 2: مؤلفه‌های به دست آمده از مصاحبه با متخصصان در زمینه تبیین و درمان اختلال میل جنسی زنان

مقوله مرکزی	مقوله محوری	مضمون اصلی	مقوله فرعی
سبب‌شناسی و راهبردهای درمان	سبب‌شناسی	تحلیل رشدی از مشکل	علل چند زمینه‌ای، تاریخچه رشدی، سبک دل‌بستگی ناایمن، خانواده اصلی عدم تربیت جنسی، مسائل فرهنگی، بازداری فرهنگی و تربیتی، روابط غیرصمیمی با والدین، مردسالاری، خانواده اصلی، تجارب آزارنده جسمانی، تجارب آزارنده روانی، سابقه رابطه جنسی در نوجوانی، تاثیرات منفی شبکه‌های اجتماعی
		آسیب‌شناسی زناشویی	احساس ابزاری بودن، اختلاف میل، طرد جنسی، رابطه جنسی در زمان‌های نامناسب، جهت‌گیری جنسی، تنوع‌طلبی، طولانی شدن رابطه، عدم توافق در مورد زمان رابطه، اصرار به روابط مقعدی و دهانی، عدم جذابیت ظاهری مرد/ عدم نظافت، عدم معاشقه و پیش نوازی ها درسکس ، فاصله زیاد بین رابطه‌ها، کمال‌گرایی پیرامون رابطه جنسی، تمرکز جنسی بر فردی غیر از شریک جنسی، تمرکز مرد بر لذت خود ،آماده نشدن بدن زن ،رفتارهای ناپخته شوهر، عدم ابراز نیاز، نگرش اشتباه به سکس، مقایسه‌های اشتباه، عدم ابراز وجود زن، عدم رفع نیازهای اولیه زن، فقدان صمیمیت عاطفی ، احساس عدم مطلوبیت برای همسر، باورهای غلط، تصویر بدنی منفی، عدم صمیمیت، یکنواخت شدن رابطه، مشکلات رابطه‌ای، تعارضات زناشویی، عدم ارتباطات عاطفی، عدم مهارت‌های زناشویی، عدم تعادل در توازن قدرت

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

		زناشویی، خشم/انتقام، عدم توافق در مورد فرزندآوری، روابط عاطفی آزارنده با همسر، عدم عشق‌ورزی همسر، اجبار در ارتباط، خیانت و روابط فرازناشویی
	مشکلات جنسی همسر	تنوع‌طلبی در همسر، عدم مهارت جنسی همسر، خودارضایی، عدم ارگاسم، گرایش جنسی متفاوت، خودارضایی، اختلال نعوظ همسر، دیرانزالی و زودانزالی همسر، اعتیاد جنسی، مشاهده پورن
	مشکلات جنسی زنان	واژینیسموس، درد جسمی هنگام رابطه، درد ذهنی، درد جسمی، عدم ارگاسم، استرس های جنسی
	مسائل روان‌شناختی	انعطاف‌پذیری روانی کم، باورغلط در مورد نوع ارگاسم، پردازش شناختی سوگیرانه، تفاوت شخصیتی با همسر، نگرانی و نشخوار فکری، خلق و اضطراب، درگیری‌های شخصی، عدم تمرکز روانی، تصویر بدنی منفی، احساس ناامنی، توقعات و انتظارات برآورده نشده، احساس قربانی بودن، نگرش غلط، ذهن مقایسه گر، افکار پارانوئیدی، صفات شخصیتی، کمال‌گرایی زن یا مرد، ترس از صمیمیت عاطفی،
	سبک زندگی	خانه‌نشینی، عدم تفریح، خستگی‌های ناشی از شغل، شرایط خانوادگی، بیکاری همسر، مشکلات اقتصادی، خستگی، کم خوابی، نوع تغذیه، بهداشت فردی، فعالیت بدنی، چاقی، ترس از بارداری
راهبردهای درمانی	راهبردهای فردی	ایجاد هیجانات مثبت، ایجاد انگیزش، ارتقای ذهن آگاهی، عزت‌نفس، بررسی و تعدیل طرح‌واره‌ها، ارزیابی و تعدیل ترس ها، افسردگی/وسواس
	راهبردهای زوجی	فراهم کردن فرصتی برای رفع نیازهای عاطفی، ارتقای بعد عاطفی و صمیمیت در روابط، فراهم کردن شرایط رابطه، خود نظارتی در زن یا مرد، همسر به عنوان تسهیل گر درمان، جلب همکاری همسر در درمان

مقوله محوری اول: «سبب شناسی»

این مقوله محوری که دیدگاه متخصصان را در رابطه با علت‌ها، دلایل و سبب‌شناسی ایجاد و تداوم اختلال میل جنسی زنان نشان می‌دهد از مضامین اصلی تحلیل رشدی از مشکل، آسیب‌شناسی زناشویی، مشکلات جنسی همسر، مشکلات جنسی زنان، مسائل روان‌شناختی ،سبک زندگی ناکارآمد به دست آمد.

تحلیل رشدی از مشکل: این مضمون اصلی که دلایل زمینه‌ساز و ایجادکننده اختلال میل جنسی را که ممکن است در سیر تحول بر زنان تأثیر بگذارند شامل می‌شود، خود شامل مضامین فرعی علل چند زمینه‌ای، تاریخچه رشدی، سبک دلبستگی ناایمن، عدم تربیت جنسی خانواده اصلی ، مسائل فرهنگی، بازداری فرهنگی و تربیتی، روابط غیرصمیمی با والدین، مردسالاری، خانواده اصلی، تجارب آزارنده جسمانی، تجارب آزارنده روانی، ترومای جنسی، سابقه رابطه جنسی در نوجوانی، تاثیرات منفی شبکه‌های اجتماعی می‌باشد.

« مشارکت کننده شماره 2: سابقه تعرضات دردناک باعث انزجار میشه.مراجعی داشتم که در کودکی توسط دایی مورد تجاوز قرار گرفته بود و حالا به شدت از رابطه متنفر بود چون رابطه جنسی برایش چیز دردناکی بود ».

« مشارکت کننده شماره 7: مادرها به شدت منع می کنند که یک دختر با مادرش، خواهرش وحتی دوستش در مورد این مسائل حرف بزند و این خودش می شود یک طرحواره تنبیه که او در مورد هر موضوع با تم جنسی نگران یک تنبیه است و بعد از این ها یک سری افسانه ها که کنار این ها قرار می گیرد. مثلا افسانه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

هایی که در مورد خود ارضایی دختران وجود دارد، خود ارضایی بکارت را از بین می‌برد، باعث مرگ می‌شود و... که این عوامل، فرد را به شدت از این فضاها دور می‌کند و احساس گناه شدیدی از اینکه فرد به یک لذتی دارد نزدیک می شود را به دختر می دهد، این ها را که در کنار ترس از تنبیه قرار دهیم باعث می‌شود که فرد در بحث برانگیختگی و میل دچار مشکل شود».

«مشارکت کننده شماره 12: دلبستگی نکته مهمی در اختلال میل است. کسی که دلبستگی ایمن دارد توانایی ارتباطات کارآمد عاطفی با دیگران را پیدا می‌کند و کسی که دلبستگی ناایمن دارد نه».

آسیب‌شناسی زندگی زناشویی: این مضمون اصلی فرایندهای تاثیرگذار زندگی زناشویی را شامل می‌شود که می‌توانند در ایجاد و تداوم اختلال میل برانگیختگی جنسی زنان تأثیرگذار باشند که در نتیجه مضمون‌های فرعی احساس ابزاری بودن، اختلاف میل، طرد جنسی، رابطه جنسی در زمان‌های نامناسب، جهت‌گیری جنسی، تنوع طلبی، طولانی شدن رابطه، عدم توافق در مورد زمان رابطه، اصرار به روابط مقعدی و دهانی، عدم جذابیت ظاهری مرد/ عدم نظافت، عدم معاشقه و پیش نوازی ها در رابطه جنسی ، فاصله زیاد بین رابطه‌ها، کمال‌گرایی پیرامون رابطه جنسی، تمرکز جنسی بر فردی غیر از شریک جنسی، تمرکز مرد بر لذت خود ،آماده نشدن بدن زن ،رفتارهای ناپخته شوهر، عدم ابراز نیاز، نگرش اشتباه به سکس، مقایسه‌های اشتباه، عدم ابراز وجود زن، عدم رفع نیازهای اولیه زن، فقدان صمیمیت عاطفی ، احساس عدم مطلوبیت برای همسر، باورهای غلط، تصویر بدنی منفی، عدم صمیمیت، یکنواخت شدن رابطه، مشکلات رابطه‌ای، تعارضات زناشویی، عدم ارتباطات عاطفی، عدم مهارت‌های زناشویی، عدم تعادل در توازن قدرت زناشویی، خشم/انتقام، عدم توافق در مورد فرزندآوری، روابط عاطفی آزارنده با همسر، عدم عشق‌ورزی همسر، اجبار در ارتباط، خیانت و روابط فرازناشویی به‌دست‌آمده است.

«مشارکت کننده شماره 6: وقتی شرح حال زوجی میگیریم درابتدا می‌گویند که همه چیز خوبه، بهترین رابطه را داریم، بعد می‌پرسیم آخرین باری که با هم بحث کردید کی بوده ؟ خانم می گوید اون منو به رسمیت نمی شناسه، من تصمیم‌گیر نیستم. تو خریدها، کارهای بچه و... همه رو اون انتخاب می کنه من کاره ای نیستم. این جمله که من کاره ایی نیستم یعنی نسبت به فردی که در منزل قدرت دارد، تعادل رابطه ما به هم خورده است و این موضوع برای من خشم میاره، من اون جا خشم خودم را سرکوب می کنم یا نمی بینم ولی جایی که این خشم میتواند به راحتی بروز کند، میل جنسی است. چون میل جنسی مظلوم‌ترین جا است، راحت ترین جا برای خشم، برای خوش نیامدن، دیده نشدن و ندیدن نیازهای من روی میل است. جایی که همسرم به من زور میگه زورمن در میل جنسی است. در میل تو باید دنبالم بدوی. ناخودآگاه آنجا من قدرت دارم و تو باید دنبالم بدوی».

«مشارکت کننده شماره 14: زن از همسرش انتظار کلمات عاشقانه داره، این که مرد به خودش برسه، تاریک بکنه، صحنه پردازی کنه و... اگر مرد نتونه زمانی را که خانم نیاز داره به اون بده تا خودش رو آماده کنه خانوم رفته‌رفته سرد و سرد و سردتر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

میشه مشکلات جنسی همسر: این مضمون اصلی به مشکلات جنسی مربوط به همسر زنان مبتلا به اختلال میل برانگیختگی جنسی اشاره دارد که از نظر متخصصان می‌تواند در فرایند ایجاد و تداوم اختلال میل جنسی زنان تاثیر گذار باشد و شامل مضامین فرعی تنوع‌طلبی در همسر، عدم مهارت جنسی همسر، خودارضایی، عدم ارگاسم، گرایش جنسی متفاوت، اختلال نعوظ همسر، دیرانزالی و زودانزالی همسر، اعتیاد جنسی، مشاهده پورن می‌باشد.

«مشارکت کننده شماره 3: اختلال نعوظ و همچنین اختلالات زودانزالی و دیرانزالی می تونه روی میل خانم موثر باشه.وقتی آقا این اختلال ها را دارد، خانم پس از مدتی شرطی می شود و میل پایین می آید چون بارها ناکام می ماند و دچار سردی جنسی می شود».

مشکلات جنسی: این مضمون اصلی به سایر مشکلات جنسی زنان مبتلا به اختلال میل جنسی اشاره دارد که می‌توانند زمینه‌ساز اختلال زنان باشند که در نتیجه مضمون‌های فرعی واژینیسموس، درد جسمی هنگام رابطه، درد ذهنی، عدم ارگاسم، استرس های جنسی به دست آمد.

«مشارکت کننده شماره 18: عدم ارگاسم های عمیق برای زن باعث کلافگی، عصبی شدن او می شود و این موضوع به نوبه خود در دراز مدت میل راکم می کند. وقتی زن لذت نبرده و نیازش ارضا نشده، ناخودآگاه از رابطه بدش می آید و حس خوبی به او منتقل نمی شود».

مسائل روان‌شناختی: این مضمون اصلی به دیدگاه متخصصان در رابطه با مشکلات و مسائل روان‌شناختی اشاره دارد که بر فرایند ایجاد و حفظ و تداوم اختلال میل برانگیختگی جنسی زنان تأثیرگذارند. مضمون‌های فرعی این مضمون اصلی شامل انعطاف‌پذیری روانی کم، باور غلط در مورد نوع ارگاسم، پردازش شناختی سوگیرانه، تفاوت شخصیتی با همسر، نگرانی و نشخوار فکری، خلق و اضطراب، درگیری‌های شخصی، عدم تمرکز روانی، تصویر بدنی منفی، احساس ناامنی، توقعات و انتظارات برآورده نشده، احساس قربانی بودن، نگرش غلط، ذهن مقایسه گر، افکار پارانوئیدی، صفات شخصیتی، کمال‌گرایی زن یا مرد، ترس از صمیمیت عاطفی می‌باشد.

«مشارکت کننده شماره 7: خیلی مواقع خانم های دچار این اختلال، حواسپرتی شناختی دارن، حین رابطه نمی تونن روی لذت متمرکز باشن، موقع رابطه حواسش میره سمت تعارضات قبلی با همسر و یا حتی دیگران».

سبک زندگی این مضمون اصلی در نتیجه مضمون‌های فرعی خانه‌نشینی، عدم تفریح، خستگی‌های ناشی از شغل، شرایط خانوادگی، بیکاری همسر، مشکلات اقتصادی، خستگی، کم خوابی، نوع تغذیه، بهداشت فردی، فعالیت بدنی، چاقی، ترس از بارداری به دست آمد که از دیدگاه متخصصان شرکت‌کننده در پژوهش می‌تواند در فرایند ایجاد و تداوم اختلال میل جنسی زنان تاثیرگذار باشد.

« مشارکت کننده شماره 17: سبک زندگی دوران کودکی و فعلی هم مهمه. مثلا یه نفر میگه من توی خانواده امون پدر ومادرم

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

باهم حرف میزدن، بابام منو می بوسید، بغل می کرد و همسرش میگه اصلا بغل هم خوابیدن والدینمو ندیدم. حالا این دو میان کنارهم یکیشون میگه خانواده شما بی حیان و اون یکی میگه خانواده شما سردن، سنگن و اصلا براشون قابل درک نیست. یا اگر بخوایم در مورد زندگی فعلیشون صحبت کنیم، مخصوصاً الان تو شرایط کرونا، می بینیم که خیلی‌ها بی‌کار شدن، وضع اقتصادی ناجور شده، اکثر وقت ها مرد می آد خونه خسته و بی حوصله است، بلد نیست استرس های بیرون را به خونه نیاره و همه این ها باعث سردی میشه »

مقوله محوری دوم: «راهبردهای درمانی»

این مقوله محوری دیدگاه و پیشنهادات و تجارب متخصصان از الگوها و راهبردهای موثر و موردنیاز برای درمان اختلال میل برانگیختگی جنسی را شامل می‌شود که شامل دو مضمون اصلی راهبردهای فردی و راهبردهای زوجی می‌باشد.

راهبردهای فردی: راهبردهای فردی شامل مضمون‌های فرعی ایجاد هیجانات مثبت، ایجاد انگیزش، ارتقای ذهن آگاهی، عزت‌نفس، بررسی و تعدیل طرح‌واره‌ها، ارزیابی و تعدیل ترس ها، افسردگی/وسواس می‌باشد که به عنوان راهکارهایی که می‌تواند در جلسات مشاوره و درمان فردی برای زنان مبتلا به اختلال میل برانگیختگی جنسی به کار رود، توسط متخصصان توصیه شد.

«مشارکت کننده شماره 4: برای حل مشکل کمبود میل جنسی باید زمینه را ببینیم، گاهی این مشکل ریشه در دوران کودکی دارد، باید باورها و طرحواره های این فرد را اصلاح کنیم، گاهی عزت نفس جنسی فرد به علت نداشتن یک رابطه خوب به مدت طولانی کاهش پیدا کرده و خانم فکر می کنه در رابطه نمی تونه به قدر کافی خوب باشه، روی تک تک این مسائل باید کار کرد ».

«مشارکت کننده شماره 2: برون گراها بیشتر بروز میدن که نیاز دارن اما درون گراها گاهی نیاز بالا دارن ولی نمیتونن بیان کنن. همسر باید آموزش ببینه و بدونه که همسرم با وجود این که کم حرفه، درون گراست، بیرون نمیاد، اجتماعی نیست اما الان حرکت خاصی میکنه، لباس خاصی پوشیده و... عوامل غیرکلامی را باید همسر بشناسه، خود خانم هم باید یاد بگیره چطور نیازش را بیان کنه، چطوری خواسته اش را بگه وگرنه میل رو به خاموشی میره».

راهبردهای زوجی: فراهم کردن فرصتی برای رفع نیازهای عاطفی، ارتقای بعد عاطفی و صمیمت در روابط، فراهم کردن شرایط رابطه، خودنظارتی در زن یا مرد، همسر به عنوان تسهیل گر درمان، جلب همکاری همسر در درمان از راهبردهای مطرح‌شده توسط متخصصان برای کار با زوج ها به منظور کاهش و درمان اختلال میل/ برانگختگی جنسی زنان بود.

«مشارکت کننده شماره 12: نکته دیگر این موضوع است که خانم هایی که کاهش میل دارند، اضطراب هم به دنبال آن دارند. این که تا یک سال قبل میل او خوب بوده و الان کم شده معنایی که برای همسر این خانم دارد این است که من برای او دوست داشتنی نیستم یا کس دیگری برای او جذاب شده و در خود فرد،کاهش میل این موضوع را به دنبال دارد که کاهش میل من

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

را از نقش جنسی می‌اندازد و این موضوع باعث اضطراب می‌شود اگر ما رابطه را نبینیم و برای کاهش میل دارو تجویز کنیم این دارو باعث سرخوردگی خواهد شد.»

بحث

پژوهش حاضر باهدف تبیین مؤلفه‌های تأثیرگذار در اختلال میل/ برانگیختگی جنسی زنان از دیدگاه متخصصین انجام شد. برحسب نتایج، مقوله مرکزی به‌دست‌آمده سبب‌شناسی و راهبردهای درمان بود که شامل 2 مقوله محوری سبب‌شناسی و راهبردهای درمانی بود. مقوله محوری اول(سبب‌شناسی)،شامل مضامین اصلی تحلیل رشدی از مشکل، آسیب‌شناسی زناشویی، مشکلات جنسی همسر، مشکلات جنسی زنان، مسائل روان‌شناختی ،سبک زندگی ناکارآمد است.

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، بارها و بارها به تاریخچه رشدی فرد، آسیب‌ها و تعارضات زندگی زناشویی، مشکلات جنسی زوجین و سبک زندگی ناکارآمدشان و نیز مسائل و آسیب‌های روان‌شناختی به عنوان عوامل موثر در میل جنسی زنان اشاره نمودند. در این راستا پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهند که تاریخچه رشدی و تجارب زندگی فرد از عوامل مهم تأثیرگذار بر شکل‌گیری فرایند و کارکردهای جنسی افراد است. تجارب رشدی فرد از دوران کودکی تا بزرگسالی شامل چگونگی روابط او با والدین و سایر افراد مهم زندگی، نوع سبک دلبستگی ایجادشده در طول رشد، میزان تمایزیافتگی فرد و مراحل شکل‌گیری شخصیت، در انسجام هویت جنسی و گرایش جنسی وی نقش مهمی ایفا می‌کنند(16) و می‌توانند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم از طریق تعارضات زناشویی، نشانه‌های میل جنسی زنان را پیش‌بینی کنند. این موضوع نقش تجارب کودکی و ارتباطات فرد با والدینش را در ایجاد الگوهای رفتاری و ارتباطی خانواده فعلی وی آشکار می‌سازد و مشخص می‌کند که ریشه‌ی اصلی تعارض‌هایی که سبب اختلال میل/ برانگیختگی می‌شود، در دوران کودکی فرد و زمان شکل‌گیری سبک رابطه‌ی فرد با خود و دیگران قابل جستجو است. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تجارب آسیب‌زای دوران کودکی و مورد سو استفاده جنسی قرار گرفتن که خود جزئی از تاریخچه رشدی فرد به حساب می‌آید، می‌تواند بر میزان میل جنسی زنان در بزرگ‌سالی اثرگذار باشد. به طوری که فرد با قرارگیری در معرض محرک‌های جنسی که جزء ضروری برای ظهور میل جنسی است، علائم اجتناب، برانگیختگی و تجربه مجدد هیجانات منفی تجارب آزارنده گذشته بروز می‌یابد و فرد نمی تواند تمرکز خود را بر رابطه فعلی حفظ نماید(17).

آسیب‌شناسی زندگی زناشویی از دیگر مضامین اصلی به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر بود. مشارکت‌کنندگان در این پژوهش همسو با اغلب شواهد تحقیقاتی به این موضوع اشاره نمودند که آسیب‌های زندگی زناشویی همچون تعارضات زناشویی، کیفیت پایین ارتباط زناشویی،رضایت زناشویی پایین، نداشتن مهارت‌های زندگی زناشویی(18) مشکلات رفتاری(5)، میزان صمیمیت و روابط عاطفی با همسر(19)، دانش جنسی(20) و روابط فرازناشویی(21) بر میزان میل جنسی زنان موثر است.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مسائل روان‌شناختی فرد مضمون اصلی دیگری بود که در این مطالعه به دست آمد. انعطاف‌پذیری روانی کم، باور غلط در مورد نوع ارگاسم، پردازش شناختی سوگیرانه، تفاوت شخصیتی با همسر، نگرانی و نشخوار فکری، خلق و اضطراب، درگیری‌های شخصی، عدم تمرکز روانی، تصویر بدنی منفی، احساس ناامنی، توقعات و انتظارات برآورده نشده، احساس قربانی بودن، نگرش غلط، ذهن مقایسه گر، افکار پارانوئیدی، صفات شخصیتی، کمال‌گرایی زن یا مرد، ترس از صمیمیت عاطفی از ویژگی‌های روان‌شناختی بودند که توسط متخصصین گزارش شد. شواهد تحقیقاتی حاصل از مرور بر متون پژوهشی(22،23) نیز این موضوع را تأیید می‌کنند.

یکی دیگر ازمضامین به‌دست‌آمده از مصاحبه با متخصصین نقش سبک زندگی بر کاهش میل جنسی بود. این یافته همسو با سایر پژوهش‌ها (24) بیان می‌کند که عواملی نظیر خانه‌نشینی، عدم تفریح، خستگی‌های ناشی از شغل، شرایط خانوادگی، بیکاری همسر، مشکلات اقتصادی، خستگی، کم خوابی، نوع تغذیه، بهداشت فردی، فعالیت بدنی، چاقی می‌تواند میل جنسی را کاهش دهد. راهبردهای درمانی شامل دو مضمون اصلی راهبردهای فردی و زوجی مقوله محوری دیگری بود که از مصاحبه با متخصصین به دست آمد. در این راستا مطالعات متعددی به نقش راهبردهای فردی و زوجی در درمان اختلال بی میلی جنسی زنان اشاره‌کرده(25، 26، 27) و بیان می‌کنند از آن جا که علل اختلال کمبود میل جنسی پیچیده بوده(28) و ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد، درمان مؤثر آن نیز باید چندبعدی باشد.

بر طبق پژوهش‌ها اختلال بی میلی جنسی در بستر رابطه زوجی اتفاق می‌افتد(29) و علاوه بر عوامل روان‌شناختی، عوامل رابطه ایی نیز در پیدایش و تداوم آن مؤثر است. بنابراین زوج‌درمانی و آموزش مهارت‌های زوجی با کاهش تعارضات بین فردی زوجین، ارتقاء کیفیت رابطه زوجین و افزایش صمیمیت عاطفی و جسمی، ایمن‌سازی سبک دلبستگی زوجین و نیز افزایش رضایت زناشویی می‌تواند به درمان کاهش میل جنسی کمک نماید. راهبردهای فردی همچون درمان‌های شناختی رفتاری، ذهن آگاهی و کار بر روی طرح‌واره‌ها و سبک زندگی به فرد مبتلا کمک می‌نماید که با اصلاح افکار ناکارآمد جنسی، بازداری تحریف‌های شناختی اضطراب زا و تصویر منفی در مورد خود، همسر و رابطه، آموزش تمرکز ارتباط جنسی، تنظیم هیجانات، به ارزیابی مثبت تر از روابط بپردازد و با کسب آرامش روانی از توانمندی‌های شناختی خود برای بهبود رابطه استفاده نماید ،به حقوق خود پی برده و خواسته‌ها و نیازهای طبیعی خود را بیان نماید. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این نکته اشاره نمود که پژوهش حاضر به سبب‌شناسی و درمان اختلال میل/ برانگیختگی زنان، تنها از دیدگاه معدودی از صاحب‌نظران به نام در زمینه مسائل جنسی می‌پردازد و ممکن است منعکس‌کننده‌ی نظرات سایر متخصصین در این زمینه و نیز زنان دارای اختلال میل جنسی و همسرانشان نباشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی ضمن مرتفع ساختن محدودیت‌های پژوهش حاضر، این پژوهش را در مناطق دیگر، جنسیت زن و مرد به‌طور جداگانه و در قومیت‌های مختلف ایرانی تکرار کنند تا الگوی دقیق و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جامع‌تری از این اختلال در فرهنگ ایران ترسیم شده و پیش روی روان‌شناسان و روان‌پزشکان این حوزه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود اعتبار مؤلفه‌های شناسایی‌شده در میان گروه بزرگ‌تری از متخصصین و بیماران موردسنجش و ارزیابی قرار گیرد. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند راهگشای متخصصان در سیر آسیب‌شناسی و درمان اختلال میل جنسی و تدوین مداخلات نوین و کاربردی برای این بیماران باشد.

نتیجه‌گیری

به‌طور خلاصه یافته‌های این پژوهش نشانگر این است که اختلال کم میلی جنسی، اختلالی چندبعدی است که حوزه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و پیامدهای منفی قابل‌توجهی بر عملکرد و کیفیت زندگی زناشویی این بیماران دارد. شناخت هر دسته از علل روان‌شناختی به تفکیک و توضیح و شفاف‌سازی بر طبق هر دسته از علل می‌تواند برای محققین و درمانگران نویددهنده کشف راهکارهای موثر برای درمان روانشناختی به منظور کمک به بهبودی بیماران گردد. با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد که روان‌شناسان و روان‌پزشکان برای درمان این بیماری باید رویکردی جامع و همه‌جانبه در اختیار داشته باشند و بتوانند برای هر کدام از علائم و پیامدهای این بیماری و عوامل اثرگذار در سبب‌شناسی این بیماری مجموعه‌ای از الگوهای درمانی و تکنیکهای علمی، به روز و مؤثر را در اختیار داشته باشند و به فراخور نیازها و علائم بیماران از آن در فرایند درمان بهره جویند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1399.324 از دانشگاه لرستان می‌باشد. از کلیه متخصصین و صاحب‌نظران که در انجام این پژوهش با ما همکاری نمودند، تشکر به عمل می‌آید.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

References

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR™): American Psychiatric Pub; 2022.
2. Tasew A, Getahun KK. Marital conflict among couples: The case of Durbete town, Amhara Region, Ethiopia. Cogent Psychology. 2021; 8(1): 1-17.
3. Clayton AH, Kingsberg SH & Goldstein I. Evaluation and Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder. J Sexual Medicine. 2018; 6(2):59-74.
4. Shifren JL, Monz BU, Russo PA. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol. 2008; 112(5): 970-78.
5. Malary M, Pourasghar M, Khani S, Hamzehgardeshi Z. 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): 262-68. [Persian]
6. Frost R, & Donovan C. A qualitative exploration of the distress experienced by long-term heterosexual couples when women have low sexual desire. Sexual and Relationship Therap. 2021;36(1): 22-45.
7. 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.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

8. Brotto L, Atallah S, Johnson- Agbakwu C. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. J Sex Med. 2016; 13(1): 538–57.
9. Malary M, Khani S, Pourasghar M, Moosazadeh M & Hamzehgardeshi Z. Biopsychosocial Determinants of Hypoactive Sexual Desire in Women. Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2015; 27(6): 383-89. [Persian]
10. 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.
11. Kingsberg SH, Rezaee R. Hypoactive Sexual Desire in Women. Menopause. 2013;20(12):1284-300.
12. Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology: An overview;1994.
13. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. John Wiley & Sons; 2016
14. Streubert Speziale H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing-Advancing the Humanistic Imperative. 6-rd Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ed 2007.
15. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1989.
16. Mckenzie N. Female Sexual Interest and Arousal Disorder. How We Can Help When Our Patient's Libido Hits the Brakes. Physician Assist. 2018; 3(1): 385-97.
17. O'Loughlin JI, Brotto LA. Women's Sexual Desire, Trauma Exposure, and Posttraumatic Stress Disorder. J Trauma Stress. 2020;33(3):238-47.
18. Mortazavi M, Bakhshayesh A, Fatehizadeh M, Emaminiya S. The relationship between sexual frigidity and marital conflict in women residing in Yazd. Stud Med Sci. 2014;24(11):913-21. [Persian]
19. Kiskiras ND. Sexual Desire(s) and the Desire for Intimacy: An Autoethnographic Exploration.phd. Pennsylvania: Clinical Psychology, Duquesng University; 2016.
20. Shalani B, Siyahkamari R. Correlation of Sexual Knowledge and Attitude with Sexual Function in Female Nurses. Qom Univ Med Sci J. 2018;12(9):66-74. [Persian]
21. Souri F. Comparison of personality traits and sexual satisfaction in individuals with and without extramarital relationships, International Conference on Psychology, Counseling, Education, Mashhad. 2017. [Persian]
22. Kingsberg, SA. Attitudinal survey of women living with low sexual desire, Journal of Women's Health (Larchmt).2012; 23(1): 817-23.
23. Carvalho J, Nobre P. Predictors of Women's Sexual Desire: The Role of Psychopathology, Cognitive Emotional Determinants, Relationship Dimensions, and Medical Factors. The Journal of Sexual Medicine. 2010; 7(2pt2): 928-37
24. Madbouly K, Al-Anazi M, Al-Anazi H, Aljarbou A, Almannie R, Habous M, Binsaleh S. Prevalence and Predictive Factors of Female Sexual Dysfunction in a Sample of Saudi Women. Sex Med 2021; 9(1):100-277.
25. Hashemi M, Gahramani M. The Effects of Emotion-Focused Couple Therapy on Sexual Dysfunction and Sexual Performance Anxiety in Women with Vaginismus. MEJDS. 2021;11(1):41-49. [Persian]
26. Shokrgozar K, Khalatbari J, Ghorban Shiroodi Sh., The effectiveness of couple therapy training on female sexual dysfunction disorder. Fifth National Conference on Recent Innovations in Psychology. Applications and Empowerment with a focus on psychotherapy. Tehran;2019. [Persian]
27. Azartash F, Shafiabadi A, Falsafi Nezhad MR. Effectiveness of the Cognitive-Behavioral Therapy on the Women's Hypoactive Sexual Desire. Women's Research Journal. 2022;13(39). [Persian]
28. Krapf JM, Buster JE, Goldstein AT. Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). New York: Springer New York; 2016.
29. Dubé JP, Corsini-Munt S, Muise A & Rosen NOEmotion Regu .lation in Couples Affected by Female Sexual Interest/Arousal Disorder. Archives of sexual behavior. 2019; 48(8):2491-506.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]