

## The Effectiveness of Systemic Sex Therapy on Sexual Desire Improvement in Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder(HSDD)

Solimanian AA<sup>1</sup> (Ph.D) -\* Naghinasab Ardehaee F<sup>2</sup> (Ph.D) - Sanagoo A<sup>3</sup> (Ph.D).

1- Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, University of Bojnord, Bojnord, Iran.  
2-Ph.D Student in Counseling, Department of Counseling and psychology, Faculty of Humanities, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran (**Corresponding Author**)  
**Email:** Fnaghinasab@gmail.com  
3-Associate Professor, Center of Nursing Research, University of Medical Golestan, Gorgan, Iran.

### Abstract

**Introduction:** Hypoactive sexual desire disorder is one of the most common sexual dysfunctions in women, associated with the persistent or recurrent deficiency and/or absence of sexual thought/fantasies and/or receptivity to sexual activity, which causes distress or interpersonal difficulties. The systemic framework in Sex Therapy is used to examine the risk factors for Hypoactive sexual desire disorder arising from: the individual partners; families of origin; and the couple's relationship. The present study was carried out in order to examine Systemic Sex Therapy in the treatment of women with Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD).

**Methods:** Non-congruent multiple baseline experimental single case study was used as the method of the present study. Three women with Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) were selected using Women's Sexual Interest Diagnostic Interview (WSID): A Structured Interview to Diagnose HSDD. Subjects were selected using purposeful sampling, and underwent the treatment process subsequent to obtaining treatment requirements. The treatment program was carried out for 8 weekly sessions, with a follow-up period of 6 weeks subsequent to treatment termination. Subjects completed Hulbert Index of Sexual Desire (HISD) and ENRICH Marital Satisfaction Questionnaire. Data analysis was performed using visual inspection, reliable change index (RCI) and improvement percentage.

**Results:** According to the findings of present study a significant reduction in severity and symptoms of hypoactive sexual desire disorder in each three cases in comparison with baseline scores and stability of these changes until the end of follow up reveals the efficacy of this intervention in improvement of women with hypoactive sexual desire disorder.

**Conclusion:** Systemic Sex Therapy has appropriate efficacy in the treatment of women suffering from Hypoactive Sexual Desire Disorder. Counselors and obstetricians can use this efficient and effective therapeutic approach to solve marital conflicts and help people to improve their marital relationships.

**Key words:** Systemic Sex Therapy, Hypoactive Sexual Desire Disorder

Received: 12 July 2015

Accepted: 21 December 2015

# بررسی اثر بخشی درمان سیستمی اختلالات جنسی بر بهبود تمایل جنسی زنان مبتلا به اختلال کم

## میلی جنسی

علی اکبر سلیمانیان<sup>۱</sup>، \*فاطمه نقی نسب اردهائی<sup>۲</sup>، اکرم ثناگو<sup>۳</sup>

۱-استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

۲-دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره و روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Fnaghinasab@gmail.com

۳- دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

### چکیده

**مقدمه:** اختلال کم میلی جنسی یکی از رایج ترین اختلالات جنسی در خانم ها است، با کمبود یا فقدان افکار/ فانتزی های جنسی و یا فعالیت جنسی بطور دائمی یا موقتی همراه است که منجر به آزردهی و مشکلات بین فردی می شود. رویکرد سیستمی درمان اختلالات جنسی ریسک فاکتورهای اختلال کم میلی جنسی را که از عوامل مرتبط با هر یک از زوجین، خانواده مبداء، و رابطه زوجین ناشی می شوند، مورد بررسی قرار می دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی کارایی درمان سیستمی اختلالات جنسی در زنان مبتلا به کم میلی جنسی انجام شد.

**روش ها:** در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع چند خط پایه ناهمزمان استفاده شد. سه نفر از زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی بر اساس مصاحبه تشخیص تمایل جنسی زنان، که یک مصاحبه ساختاریافته جهت تشخیص کم میلی جنسی می باشد، انتخاب شدند. از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد و آزمودنی ها پس از احراز شرایط درمان وارد فرآیند درمان شدند. درمان سیستمی به مدت هشت جلسه هفتگی به کار گرفته شد و مرحله پیگیری نیز، شش هفته پس از پایان درمان دنبال شد. شاخص تمایل جنسی هالبرت (Hurlbert Index of Sexual Desire) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ENRICH Marital Satisfaction Scale) برای مراجعان به کار گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از روش استاندارد تحلیل دیداری، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی استفاده شد.

**یافته ها:** با توجه به یافته های این پژوهش کاهش معنی دار در شدت و علایم اختلال کم میلی جنسی هر سه مراجع در مقایسه با نمرات مرحله خط پایه و تداوم این تغییر تا آخر دوره پیگیری، حاکی از کارایی و اثربخشی این روش مداخله در بهبودی زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی می باشد.

**نتیجه گیری:** درمان سیستمی اختلالات جنسی در درمان زنانی که از اختلال کم میلی جنسی رنج می برند، از کارایی لازم برخوردار است. مشاوران و ماماها می توانند از یافته های پژوهش حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی استفاده کرده و از این رویکرد درمانی کاربردی و مؤثر در جهت حل تعارضات و کمک به بهبود روابط زناشویی افراد بهره ببرند.

**کلید واژه ها:** درمان سیستمی اختلالات جنسی، اختلال کم میلی جنسی.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۲۱

## مقدمه

اختلال کم میلی جنسی (HSD: Hypoactive Sexual Desire Disorder)، کمبود/فقدان خیالپردازی های جنسی و تمایل برای فعالیت های جنسی است که منجر به آزردهی و مشکلات بین فردی قابل ملاحظه ای می گردد (۱). HSD در رایج ترین شکل اختلالات جنسی در زنان میانسال است و عموماً تشخیص آن بر اساس مصاحبه پزشکی بدون ارزیابی سطح هورمون استروئید صورت می گیرد (۲،۳). تمایل جنسی موضوع پیچیده ای است که تحت تاثیر عوامل گوناگونی قرار دارد. ادراک از تمایل جنسی با احساس جذاب بودن و خیالپردازی ها مرتبط است. تمایل جنسی شامل دو مؤلفه اصلی می باشد: سائق جسمی (بیولوژیکی) و انگیزش (روانشناختی). سائق جسمی عمدتاً با سلامت عمومی، سن، نیازهای هورمونی و خلق تنظیم می شود، در حالی که انگیزش با تجارب قبلی و عواملی مانند کیفیت و مدت رابطه تنظیم می شود (۴).

سبب شناسی HSD عموماً چندعاملی در نظر گرفته می شود. عوامل زیست-پزشکی مانند: بیماریها، جراحی های لگنی، داروها، و هورمون ها و عوامل روانشناختی مانند: وقایع زندگی، شرح حال جنسی، حالت عاطفی، و ...، به علاوه عوامل بین فردی مانند: رضایت شریک جنسی، رابطه صمیمی، طول مدت رابطه، و عوامل فرهنگی-اجتماعی بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند، و بر تجربه فرد از میل جنسی یا فقدان/کمبود میل جنسی تاثیر می گذارد (۵،۶،۷،۸).

از بین عوامل روانشناختی، شناخت منفی مانند افکار منفی مرتبط با عملکرد جنسی یا تصویر بدنی منفی از خود، نقش مهمی در کژکاری های جنسی دارند (۷). زنانی که از کژکاری های جنسی رنج می برند افکار منفی بیشتری دارند، طرحواره های انتقاد از خود و تصویر منفی از خود مانع تمرکز آنان بر موقعیت های شهوت انگیز می شود و هیجان های منفی (مانند اضطراب، شرم و گناه) را تقویت می کند، پاسخ های جنسی (از تمایل جنسی تا ارگاسم) را تضعیف می کند (۹). در واقع هرچه افکار منفی بیشتر شود انگیزش جنسی ذهنی کمتر خواهد شد، بنابراین حین آمیزش جنسی تمرکز زنان بر این افکار بیشتر از هیجان های جنسی معطوف خواهد شد (۱۰). احساس های عمده ای که این افراد معمولاً با خود دارند عبارتند از: عزت نفس پایین، استیصال، سردرگمی، ناراضی/ناخشنودی، نگرانی، خشم، شرمندگی، استرس، افسردگی و حس ناکامل بودن (۱۱).

تحقیقات نشان می دهد HSD در زنان قبل و بعد از یائسگی نیز به وجود می آید و با سطح معناداری از آزردهی های

هیجانی و روانی و کاهش رضایت رابطه ای و جنسی (۱۲،۵،۱۲)، همچنین با کاهش سلامت جسمی و روانی، افزایش علائم اضطراب و افسردگی (۱۳،۱۴) و آسیب کیفیت زندگی و سلامتی (۱۵) مرتبط است.

در طی قرن بیستم، مشکلات و کژکاری های جنسی چندان مورد بحث قرار نمی گرفت، تا اینکه Sex therapy مطرح شد. اواخر دهه ۱۹۴۰ و اوایل دهه ۱۹۵۰، Alfred Kinsey رفتارهای جنسی نرمال را طبقه بندی کرد. این کار معمول اما هنوز بحث برانگیز، مسیری را به سوی حوزه جدیدی برای بررسی عملکرد و اختلال جنسی هموار کرد. ابتدا Masters و Johnson چرخه پاسخ جنسی انسان (Human Sexual Response Cycle) را مطرح نمودند. در این کار که برای اولین بار انجام شد، آنان توصیف نمودند که چطور بایستی رابطه، در کانون تمرکز درمان قرار گیرد (۱۶). از آن پس، رشد سریع سکس تراپی شروع شد. چرخه پاسخ جنسی مطرح شده توسط مسترز و جانسون به علت ساختار انعطاف ناپذیرش مورد انتقاد قرار گرفت و باعث شد Helen Kaplan (۱۹۷۴، ۱۹۷۷) سازه تمایل جنسی را به این الگو اضافه نماید. در سال ۱۹۹۸ میلادی روش های درمان یکپارچه نگر افزایش یافتند، گرچه در کنار آن درمان های دارویی خوراکی موثر برای اختلال نعوظ به بازار آمدند (۱۷).

چارچوب سیستمی برای سکس تراپی و نظریه بین سیستمی توسط Weeks (۱۹۹۴، ۱۹۹۷) ابداع شد همچنین LoPicollo (۱۹۸۷) یک رویکرد پست مدرن را توصیف نمود (۱۸). تفاوت بارزی بین سکس تراپی سیستمی و درمان های سکسولوژی سنتی وجود دارد. برعکس درمان های قبلی که هدف شان تحلیل عمیق آرایش فیزیولوژیکی، روانشناختی و پزشکی فرد است، هدف درمانگران سیستمی بررسی بدکارکردی های جنسی در بافت و زمینه های مذهب، موقعیت های فرهنگی و اجتماعی زوجین می باشد (۱۹). همچنین رویکردهای غیرمستقیم زیادی برای درمان و استفاده از پرسش های حلقوی، نه خطی در سکس تراپی سیستمی وجود دارند. عقیده بر این است که در این رویکرد مراجع، متخصص است نه درمانگر (۱۷).

Hertlein و همکاران معتقدند این چارچوب ها بایستی در یک الگوی یکپارچه گنجانده شوند زیرا بطور منسجم به هیجانان، شناخت ها و رفتارهای زوجین توجه دارند، موضوعات زوجی و جنسی را مورد ملاحظه قرار می دهند و بطور مؤثری با هم عمل می کنند تا به جای یک سری مداخلات مجزا، الگوی منسجمی را بوجود آورند. از دیدگاه سیستمی، مشکل جنسی نشانه ای از رابطه بدکارکرد است که

صورت مقدماتی این پرسش را مورد ارزیابی قرار دهد که "آیا پروتکل درمان کم میلی جنسی که به منظور آماج قرار دادن این عوامل مشترک طراحی شده است در کاهش شدت علائم اختلال کم میلی جنسی زنان از کارایی معنی داری برخوردار می باشد؟".

### روش مطالعه

در این پژوهش از طرح تجربی، تک موردی از نوع چند خط پایه ناهمزمان استفاده شد (۲۷). طرح های تجربی تک موردی ویژگی های مثبت زیادی دارند که کنترل نسبی روی شرایط درمان، سنجش مداوم و تشکیل خط پایه از آن جمله است (۲۸). جمعیت مورد نظر را زنانی تشکیل می دادند که به یک مرکز خدمات مشاوره و روانشناختی و یک مرکز مشاوره تخصصی اختلالات و مشکلات جنسی در شهر گرگان مراجعه می کردند. گروه نمونه، ۳ نفر خانم بودند که پس از احراز شرایط، روند درمان را طی می کردند.

در این پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد (۲۹). از بین زنان مراجعه کننده به دو مرکز، افراد واجد شرایط این پژوهش، انتخاب شدند. به این دلیل در پژوهش حاضر تنها زنان انتخاب شدند که همسران آنان حاضر به مراجعه و همکاری نبودند. برای دستیابی به نمونه HSDD واجد شرایط، ابتدا مصاحبه ساختاریافته برای تشخیص تمایل جنسی زنان (WSID: Women's Sexual Interest Diagnostic Interview) بر روی افراد اجرا شد. ذکر این نکته ضروری است که مراجعان در معاینات انجام شده توسط متخصص زنان مشکل خاصی نداشته باشند. مراجعانی که مشکلات فیزیولوژیک و ارگانیک مرتبط با HSDD داشتند، از پژوهش کنار گذاشته شدند. پس از احراز تشخیص HSDD ملاک های زیر رعایت شدند تا نمونه واجد شرایط برای درمان برگزیده شود: ۱. کم میلی جنسی آنان فراگیر نباشد، ۲. عدم تشخیص همزمان مصرف الکل و وابستگی به مواد یا بیماری روانی، ۳. اخیراً داروهای پزشکی تأثیرگذار بر تمایلات جنسی مصرف نکرده باشند، ۴. سابقه سوء استفاده جنسی یا ضربه جنسی نداشته باشند، ۵. مقاربت دردناک یا بیماری جسمی مرتبط با فقدان/کاهش میل جنسی نداشته باشند، و ۶. همسر زنان مورد مطالعه دچار اختلال ناتوانی جنسی یا انزال زودرس نباشند و کاهش تمایل زن واکنشی به مشکل فوق نباشد. جلسات درمانی مشتمل بر ۸ جلسه، ۶۰ دقیقه، یک بار در هفته انجام گرفت. پس از پایان درمان در فواصل زمانی ۲، ۴ و ۶ هفته پیگیری انجام شد. لازم به ذکر است برای درمان کم میلی جنسی از راهنمای درمانی در کتاب Systemic Sex Therapy استفاده شد (۲۰)، که شرح کوتاهی از روند اجرای جلسات درمان سیستمی جدول شماره ۱ ارائه شده است.

در صورت حل شدن مشکل زوجین برطرف خواهد شد (۲۰). دیدگاه بین سیستمی برای انواع مختلف مشکلات جنسی شامل اختلال نعوظ (۲۱) اختلال کم میلی جنسی (۲۲) و خیانت (۲۳) مورد استفاده قرار می گیرد. علاوه بر آن، دانش ما را در زمینه زوج درمانی، سکس تراپی، درمان های پزشکی، روانشناسی و بافت سیستمی بزرگتری ادغام می کند. دیدگاه بین سیستمی بر آن است تا دریابد مشکلات جنسی برای زوجین چه معنایی دارند و هر یک از زوجین نقش خود را در روابط جنسی و صمیمی چطور درک می کنند؟

از آنجا که HSDD شامل عواملی مرتبط با هر یک از زوجین، تأثیرات بین نسلی و رابطه زوجین می باشد، درمان می تواند پیچیده باشد. رویکرد بین سیستمی می تواند درمانگر را به رمزگشایی و توجه به حوزه های گوناگون مشکل در عملکرد زوجین با این معمای پیچیده راهنمایی کند. درمان با تعدادی تناقض آشکار توصیف می شود: ۱- گرچه علائم بطور آشکارا توسط یکی از زوجین ابراز می شود، اما HSDD یک مشکل ارتباطی است. ۲- HSDD یک مشکل جنسی ساده نیست. اغلب فقدان تمایل بازتابی از مشکلات ارتباطی دیگر است. همچنین فرد HSDD ممکن است غیرهیجانی به نظر آید، در حالیکه مشکل جنسی اغلب روشی از ابراز غیرمستقیم هیجانات قوی مرتبط با شریک جنسی است. امکان دارد فرد HSDD نسبت به رابطه جنسی بی علاقه باشد اما به خاطر شریک جنسی اش خود را متمایل نشان دهد، در حالی که تمایل به اجبار حاصل نمی شود و دیر یا زود رغبت جنسی از بین خواهد رفت. همان طور که موضوعات بین سیستمی با هم مورد توجه قرار می گیرند تمایل جنسی به تدریج به رابطه باز خواهد گشت (۱۸).

با توجه به سبب شناسی چند عاملی، رویکرد درمانی نیز معمولاً چند بعدی است و شامل مشاوره، رواندرمانی فردی و زوج درمانی، درمان هورمونی و داروهای روانپزشکی می باشد. دستورالعمل استاندارد برای درمان HSDD در زنان بایستی مبتنی بر یک دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی، چند بعدی، و یکپارچه نگر باشد (۲۴، ۲۴). از آنجا که علائم HSDD برگرفته از پویایی های روابط زوجین است، نشانه جنسی به صورت فردی درمان نمی شود. بنابراین همه مؤلفه های سیستم در ارزیابی و درمان در نظر گرفته می شوند (۲۴، ۲۵، ۲۳). با توجه به بررسی منابع پژوهشی موجود در کشور، تاکنون کارایی این پروتکل درمانی در هیچ کارآزمایی بالینی در ایران مورد پژوهش قرار نگرفته و یا در هیچ منبعی منتشر نگردیده است. این پژوهش با هدف ارزیابی کارایی درمان سیستمی در کاهش علائم زنان دارای اختلال کم میلی جنسی، تلاش کرده است تا به

## جدول ۱: شرح کوتاهی از روند اجرای جلسات درمان سیستمی اختلال کم میلی جنسی

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی با روند جلسات، اجرای پرسش نامه ها، توجه به تردید و بدبینی نسبت به درمان، تمرکز سیستمی بر مشکل
جلسه دوم	اولویت بندی کردن سایر مشکلات فردی و ارتباطی، تعیین اهداف درمانی، مسئولیت پذیری برای صمیمیت جنسی
جلسه سوم	تصحیح انتظارات غیرواقعی، پذیرش مسئولیت و نقش خود در مورد ایجاد و تداوم مشکل، تکالیف سیستمی فردی و زوجی
جلسه چهارم	توجه به احساسات، تکالیف شناختی، ارتباط صمیمی، روان آموزشی
جلسه پنجم	گسترش صمیمیت جنسی، کاهش اضطراب پاسخ جنسی
جلسه ششم	کار با ترس از صمیمیت، ترس از به هم خوردن توازن قدرت، ترس از دست دادن خود
جلسه هفتم	کار روی تعارض و خشم، تمرینات حل تعارض، آموزش کنترل خشم
جلسه هشتم	آموزش مهارت های پیشگیری از برگشت، اجرای پس آزمون

دیوید فارلی هالبرت اعتبار آزمون-بازآزمون ۰/۸۶ به دست آمد. این شاخص توسط شفیی (۱۳۸۴) روی ۴۰ دانشجوی زن متاهل اجرا شد که ضریب آلفای کراباخ آن ۰/۹۲ به دست آمد. اجرای مجدد آن توسط بای (۱۳۸۷) بر روی ۱۵ زن تحصیلکرده متاهل صورت گرفت. پراکنده‌گی سن آزمودنی‌ها ۲۵-۳۴ سال، و مدت طول ازدواج آنها ۱۴-۲ سال بود. نمره میانگین آزمون ۵۳/۸ و انحراف معیار آن ۱۷/۰۷ بود. ضریب آلفا برای کل آزمون ۰/۹۵ به دست آمد. این شاخص دارای روایی محتوایی ساختاریافته با ثبات درونی ۰/۸۹ است، این ابزار بنا به نظرسنجی اساتید و صاحبانظران از روایی محتوایی مناسبی برخوردار است (۳۳،۳۲،۳۱). پس از اجرا، نمره گذاری و جمع بندی نمرات، میزان تمایل جنسی آزمودنی مشخص می شود. دامنه نمرات آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است که نمره بیشتر نشان تمایل جنسی زیاد و نمره کم بیانگر تمایل جنسی اندک است.

پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH: این پرسشنامه توسط Olson, Fournier, Druckman و (۱۹۸۹) ساخته شده و برای ارزیابی زمینه های بالقوه مشکل زا یا شناسایی زمینه های قوت و پربراری رابطه زناشویی، همچنین برای تشخیص زوج هایی استفاده می شود که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند. این ابزار فرم های ۱۱۵ سؤالی و ۱۲۵ سؤالی دارد، همچنین دو فرم کوتاه ۴۷ و ۴۸ سؤالی دارد (۳۳). از ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده که ضرایب آلفای «پرسشنامه انریچ» در پژوهش مهبویان برای خرده مقیاس های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش های مساوات طلبی و جهت گیری مذهبی گروه زنان و مردان به ترتیب از این قرار است: ۰/۷۲، ۰/۸۵، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۳، ۰/۶۹، ۰/۸۷، ۰/۶۹، ۰/۶۲، ۰/۷۲ و ضریب همبستگی پیرسون در روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) برای گروه مردان ۰/۹۳۷، برای گروه زنان ۰/۹۴۴ و برای گروه مردان و زنان ۰/۹۴ به دست آمده است

در روش سیستمی تمرکز بر افراد، پویایی های زوجی، خانواده مبدا و سایر مؤلفه هایی (زیستی، پزشکی، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، تاریخی و مذهبی) است که روابط بین همسران را تحت تاثیر قرار می دهد (۱۸).

در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده گردید: مصاحبه تشخیص تمایل جنسی زنان (WSID): این ابزار، مصاحبه ای ساختاریافته است که توسط Derogatis و همکاران (۲۰۰۸)، جهت تشخیص اختلال کم میلی جنسی زنان (HSDD)، اختلال برانگیختگی (Arousal Disorder)، اختلال ارگاسم (orgasmic disorder) و مقاربت دردناک (sexual pain disorder) تهیه شده است. شامل ۳۹ سوال می باشد که ۱۷ سوال در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (۱= به ندرت، ۵= خیلی زیاد) و ۲۲ سوال به صورت بلی- خیر پاسخ داده می شود. همه ارزیاب ها این معیار زرین تشخیص را تأیید کرده اند (K=۱)، همچنین در مورد نشانه شناسی افسردگی (K=۱) توسط این مصاحبه، بین ارزیاب ها توافق کامل وجود دارد. برای تشخیص های مرتبط با اختلال برانگیختگی، اختلال ارگاسم و مقاربت دردناک کاپای ۰/۸۹۴، ۰/۹۶۶ و ۰/۹۴۶ به دست آمد (P<۰/۰۰۰۱). ضریب کاپا برای تشخیص HSDD در گزارش متخصصین بالینی ۰/۸۵۱، حساسیت ۰/۸۶۴، ویژگی و ارزش پیش بینی مثبت =۱ positive predictive value (PPV) در سطح معناداری (P<۰/۰۰۱)، همچنین در فرم خودگزارش دهی بیماران ۰/۸۰۲، حساسیت ۰/۸۱۸، ویژگی و ارزش پیش بینی مثبت =۱ PPV در سطح معناداری (P<۰/۰۰۱) به دست آمد. از نظر ارزیاب ها این مصاحبه از پایایی خوبی برخوردار بود (۳۰).

شاخص تمایل جنسی هالبرت (HISD): این آزمون در سال ۱۹۹۲ توسط David Farley Hurlbert برای سنجش میزان تمایل جنسی بارز در فعالیت های جنسی ساخته شد. آزمون شامل ۲۵ سوال است و در انتخاب گزینه های آن از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت استفاده شده است. در اجرای "شاخص تمایل جنسی هالبرت" توسط

در علایم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵ درصد تا ۴۹ درصد به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵ درصد به عنوان شکست درمان تلقی می شود (۴۰). در این مطالعه که با هماهنگی گروه مشاوره دانشگاه آزاد بجنورد انجام شد، جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در مورد رازداری، رعایت حریم خصوصی، توجه به نیازهای روانی- اجتماعی شرکت کنندگان اقدامات لازم انجام گرفت و شرکت کنندگان فرم رضایت نامه را تکمیل نمودند.

### یافته ها

نتایج حاصل از این پژوهش براساس نتایج جداول ۱ و ۲، و نمودارهای ۱ و ۲ مراجعان به طور جداگانه به شرح زیر ارائه می گردد. در جدول ۱ به ویژگیهای جمعیت شناختی مراجعان اشاره شده است. درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای مراجعان در پرسشنامه های HISD و ENRICH نیز در جدول ۲ ارائه شده اند.

#### مراجع اول

با توجه به نمودار ۱، با تغییر مرحله از خط پایه به مرحله مداخله درمانی، همچنین درک ماهیت این اختلال و افزایش آگاهی مراجع، میزان تغییر (Change Rate) با توجه به روند یا شیب نمودار افزایش پیوسته ای را تا جلسه آخر درمان در میزان تمایل جنسی نشان می دهد و در مرحله پیگیری اول (۲ هفته بعد) کاهش در سطح تغییرات کم میلی جنسی دیده می شود که از مرحله پیگیری دوم به بعد مجدداً افزایش تغییرات وجود دارد و نسبت به مرحله خط پایه سطح نمرات بالاتر است. اندازه تغییر Magnitude of Change (متوسطی را با توجه به سطح تغییر نمرات می توان در نمودار مشاهده کرد. با توجه به مقدار شاخص تغییر پایای به دست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان در نمرات پرسشنامه های HISD برابر  $(RCI = 1/17)$  و ENRICH برابر  $(RCI = 2/07)$ ، همچنین با توجه به مقادیر شاخص های تغییر پایای به دست آمده بیمار در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه در این ابزارها HISD برابر  $(RCI = 10/40)$  و ENRICH برابر  $(RCI = 2/86)$  و معنی داری آنها در سطح  $(p < 0/05)$  حاکی از معنی دار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در روند و شدت علایم HSDD ز نظر آماری می باشد. همچنین افزایش نمرات مراجع تا حد بالاتر از نقطه برش پرسش نامه ها و درصد بهبودی به دست آمده (جدول ۲)، نشانگر معنی داری قابل قبول تغییر از نظر بالینی می

(۳۴). هنجاریابی فرم ۴۷ سؤالی این پرسشنامه توسط سلیمانیان در ایران صورت گرفت (۳۵)، که ضریب آلفای فرم ۴۷ سؤالی ۰/۹۵، و در پژوهش احمدزاده ۰/۷۰ به دست آمده است (۳۶). نمره میانگین آزمون ۱۷۵/۸۲ و انحراف معیار آن ۲۶/۴۱ بود. ضریب آلفای این پرسشنامه در پژوهش میرخشتی که فرم ۴۸ سؤالی آن است ۰/۹۲ به دست آمده است (۳۷). در تفسیر نتایج پرسشنامه، دامنه نمرات از ۱ تا ۵ می باشد که ۱ نشانگر نارضایتی شدید و ۵ نشانگر رضایت فوق العاده می باشد. همانند اکثر طرح های تک موردی نخستین راهبرد با روش تحلیل نتایج حاصله، استفاده از روش استاندارد تحلیل دیداری یا چشمی (Visual Inspection) بود. تغییرات در علایم اصلی و عملکرد بیماران در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری به واسطه الگوهای تحلیل دیداری تغییر در سطح (Level)، شیب (Slope) و پایداری (Stability) نمرات ENRICH و HISD بررسی گردید. همچنین از روش شاخص تغییر پایا (Reliable Change Index: RCI) با فرمول اصلاح شده برای محاسبه تغییر آماری معنی دار نمرات استفاده شد. برای محاسبه شاخص تغییر پایا نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره پیش از درمان تفریق می شود و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت ها (Sdiff) تقسیم می گردد. در این پژوهش اگر نتیجه به دست آمده بزرگ تر از سطح معنی داری نمره Z یعنی  $1/96$  ( $p < 0/05$ ) باشد، می توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد (۳۸).

برای بررسی بهبودی یا تغییر بالینی معنی دار یا سنجش پیشرفت مراجعان در تغییر متغیرهای آماجی علاوه بر در نظر گرفتن نقطه برش ابزارها از روش درصد بهبودی نیز استفاده گردید. به طور کلی پرسشنامه هایی که برای سنجش نتایج درمان به کار می روند دو دسته اند: ۱. نمره پس از آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش می یابد. مانند پرسشنامه اضطراب بک، که در پیش آزمون نمره اضطراب آزمودنی بالاست و پس از مداخله ی اثربخش، نمره آزمودنی در پس آزمون کاهش می یابد. در این روش با توجه به فرمول درصد بهبودی نمره پس آزمون فرد از نمره پیش آزمون تفریق و حاصل آن بر نمره پیش آزمون تقسیم می شود سپس نتیجه در ۱۰۰ ضرب می شود. ۲. نمره پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش می یابد، مانند پرسشنامه رضایت زناشویی. در این موارد با توجه به فرمول درصد بهبودی نمره پیش آزمون فرد از نمره پس آزمون تفریق و حاصل آن بر نمره پس آزمون تقسیم می شود سپس نتیجه در ۱۰۰ ضرب می شود (۳۹). لازم به ذکر است به اعتقاد بلانچارد و اسکوارز (۱۹۸۸)، به نقل از اوگلز و همکاران (۲۰۰۱) بر طبق این فرمول، ۵۰ درصد کاهش

جدول ۲، این مراجع نیز از نظر آماری کاهش معنی داری را در جلسه آخر درمان نسبت به مرحله خط پایه در سطح معنی داری ( $P < 0.05$ ) با مقادیر شاخص تغییر پایای پرسش نامه های HISD برابر ( $RCI = 7/61$ ) و ENRICH برابر ( $RCI = 2/22$ ) کسب کرده است. همچنین بالا بودن ارزش شاخص تغییر پایای به دست آمده از نمره  $Z = 1/96$  و معنی داری آن در سطح ( $P < 0.05$ ) در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه این مراجع حاکی از معنی دار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در روند و شدت کم میلی جنسی مراجع از نظر آماری می باشد. افزایش نمره بیمار در ابزارهای فوق الذکر تا حد نقطه برش و درصد بهبودی قابل ملاحظه در مرحله پس از درمان و پیگیری در جدول ۲، نشانگر معنی داری تغییر و بهبودی در نشانه های پاتولوژیک آماجی این مراجع از نظر بالینی می باشد. با اینکه ارزش شاخص تغییر پایای این مراجع در پرسشنامه ENRICH در مرحله پس از درمان ( $RCI = 2/22$ ) بدست آمده اما ارزش شاخص تغییر پایا در مرحله پیگیری ( $RCI = 1/79$ ) به دست آمد که کوچکتر از ارزش نمره  $Z = 1/96$  در سطح معناداری ( $P < 0.05$ ) می باشد. عدم معنی داری آن در سطح ( $P < 0.05$ ) حاکی از عدم معناداری آماری تأثیر مداخله درمانی در افزایش رضایت زناشویی این مراجع می باشد. همچنین درصد بهبودی پایین (کمتر از ۵۰٪) در این پرسشنامه حاکی از عدم معناداری تغییر از نظر بالینی می باشد.

باشد. با توجه به مقادیر شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی هر کدام از این ابزارها در مرحله پیگیری، به نظر می رسد روند تغییر یا بهبودی در این مرحله نسبت به مرحله درمان اندکی افزایش دارد.

#### مراجع دوم

با توجه به نمودار ۱، روند تغییر نمرات HISD این مراجع در مرحله خط پایه در حد ثابتی قرار دارد و روند تغییر نمرات از جلسه اول با افزایش سطح نمرات، تغییر پذیری به صورت پیوسته تا جلسه آخر درمان ادامه دارد. در مرحله پیگیری روند تغییر نمرات با وجود اندکی نوسان افزایشی، ثابت پیدا کرده است. مقدار شاخص تغییر پایا به دست آمده از مرحله خط پایه به مراحل پس از درمان این مراجع در نمرات پرسش نامه های HISD برابر ( $RCI = 8/91$ ) و ENRICH برابر ( $RCI = 2/36$ )، و هم چنین شاخص های تغییر پایای به دست آمده این دو مقیاس در نوبت سوم پیگیری نسبت به مرحله خط پایه این مراجع (HISD برابر ( $RCI = 10/21$ ) و ENRICH برابر ( $RCI = 2/29$ ) و بالا بودن مقدار آنها از نمره  $Z = 1/96$  و معنی داری آنها در سطح ( $P < 0.05$ ) حاکی از معنی دار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده در روند و شدت کم میلی جنسی از نظر آماری می باشد. همچنین افزایش نمرات این مراجع تا حد بالاتر از نقاط برش پرسش نامه ها و درصد بهبودی ارایه شده در جدول شماره ۲، نشانگر تأثیر معنی دار این روش مداخله از نظر بالینی می باشد.

#### مراجع سوم

بر اساس نمودار ارایه شده از نمرات پرسش نامه HISD مراجع، روند تغییر در سطح و شیب تمایل جنسی خود را از جلسه اول شروع کرده و این تغییر با شیب تغییر نسبتاً تند شبیه به دو مراجع قبلی تا جلسه آخر تداوم داشته است. روند تغییر در سطح نمرات مرحله پیگیری مشاهده نمی شود. با توجه به نتایج ارایه شده در

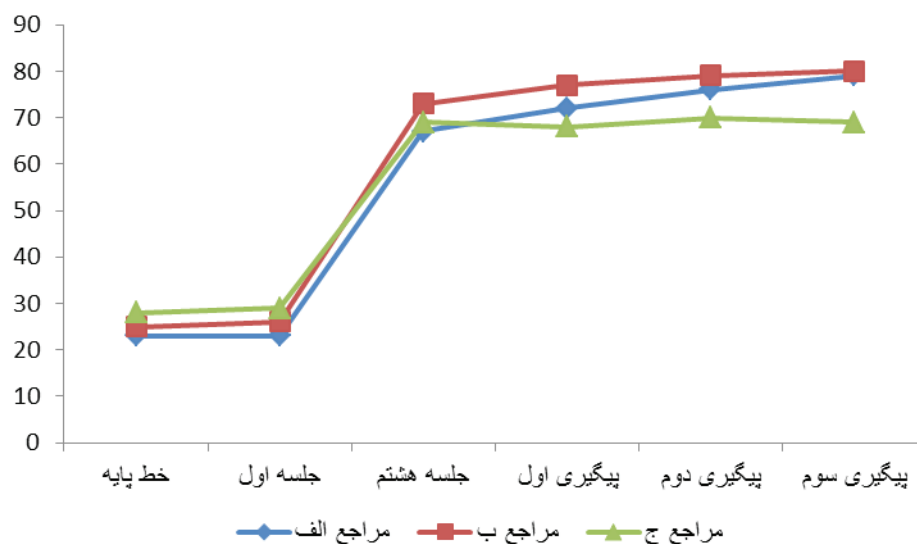
جدول ۲: ویژگی های جمعیت شناختی مراجعان

گروه	سن	جنسیت	تحصیلات	مدت ابتلا به بیماری	وضعیت تاهل
الف	۳۴	مؤنث	دیپلم	۱۲ سال	متاهل
ب	۴۵	مؤنث	دیپلم	۶ سال	متاهل
ج	۳۶	مؤنث	لیسانس	۱۰ سال	متاهل

**جدول ۳:** درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای مراجعان در پرسشنامه های HISD و ENRICH

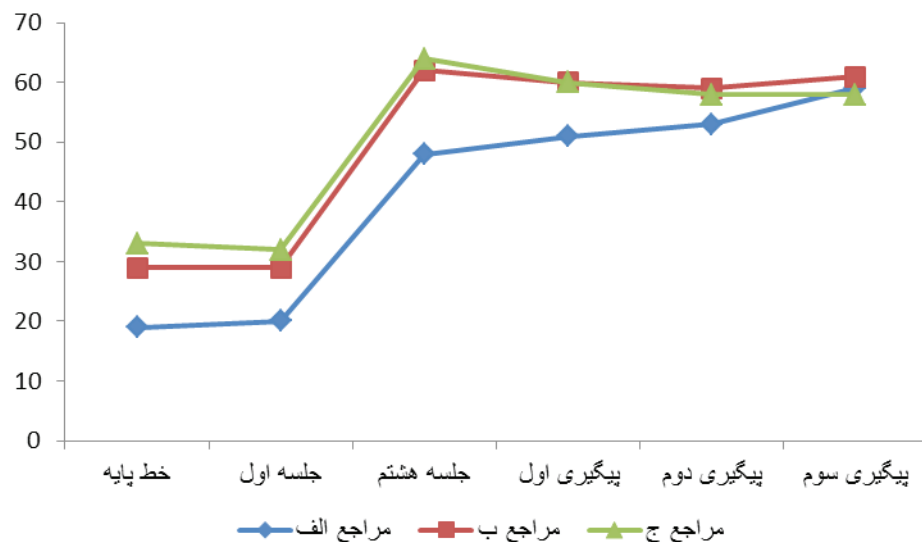
مراجعه ج	مراجعه ب	مراجعه الف	
۲۸	۲۵	۲۳	HISD (خط پایه)
۲۹	۲۶	۲۳	HISD (جلسه اول)
۶۹	۷۳	۶۷	HISD (جلسه هشتم)
۷/۶۱	۸/۹۱	۸/۱۷	شاخص تغییر پایا (RCI)
۵۹/۴۲	۶۵/۷۵	۶۵/۶۷	درصد بهبودی
	۶۳/۶۱	۷۲	درصد بهبودی کلی
۶۸	۷۷	۷۶	HISD (هفته ۲)
۷۰	۷۹	۷۹	HISD (هفته ۴)
۶۹	۸۰	۱۰/۴۰	HISD (هفته ۶)
۷/۶۱	۱۰/۲۱	۷۰/۸۸	شاخص تغییر پایا (RCI)
۵۹/۴۲	۶۸/۷۵		درصد بهبودی
	۶۶/۲۶	۱۹	درصد بهبودی کلی
۳۳	۲۹	۲۰	ENRICH (خط پایه)
۳۲	۲۹	۴۸	ENRICH (جلسه اول)
۶۴	۶۲	۲/۰۷	ENRICH (جلسه هشتم)
۲/۲۲	۲/۳۶	۶۰/۴۱	شاخص تغییر پایا (RCI)
۴۸/۴۳	۵۳/۲۲		درصد بهبودی
	۵۴/۰۲	۵۱	درصد بهبودی کلی
۶۰	۶۰	۵۳	ENRICH (هفته ۲)
۵۸	۵۹	۵۹	ENRICH (هفته ۴)
۵۸	۶۱	۲/۸۶	ENRICH (هفته ۶)
۱/۷۹	۲/۲۹	۶۷/۷۹	شاخص تغییر پایا (RCI)
۴۳/۱۰	۵۲/۴۵		درصد بهبودی
	۵۴/۴۴		درصد بهبودی کلی

**نمودار ۱:** روند تغییر نمرات مراجعان در شاخص تمایل جنسی هالبرت (HISD)





نمودار ۲: روند تغییر نمرات مراجعان در پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH



اضطراب پاسخ جنسی، تمایل جنسی کمتر شده، در نتیجه اضطراب افزایش یافته و چرخه معیوب ادامه پیدا می کرد. با توجه به روند بهبودی مراجعان، این الگو نیز می تواند همسو با یافته های بونچینی و همکاران باشد که مبنی بر افزایش گستره جنسی و استفاده از خیالپردازی ها برای بازگرداندن برانگیختگی جنسی در شریک جنسی و در روابط است (۴۱)، چرا که یافته ها نشان می دهد پیامد رابطه جنسی زنان شدیداً تحت تاثیر رضایت شریک جنسی آنان می باشد (۴۲). از طرفی تکنیکهای کاهش اضطراب پاسخ جنسی ممکن است منجر به کاهش در شدت علائم گردد و این خود نشانه ای از تغییر در ساختارهای ترس و اضطراب مراجع یا مکانیسم عمل و اثربخش بودن مداخله است که متعاقب این حالت فرد به طور معنی دار و پایدار از دست هیجان منفی رها می شود.

موارد دیگری که به نظر می رسد منجر به افزایش درصد بهبودی کلی شد، آموزش مهارت های مورد نیاز مانند مهارت کنترل خشم و مهارت حل تعارض می باشد که باعث شد تماسهای هیجانی مراجعان با همسرانشان افزایش یافته و احساسات جنسی سرکوب شده بر اثر تجربه طولانی مدت خشم و ناکامی، آزاد و مجدداً تجربه شوند. پس از این مرحله مراجعان راحت تر به احساسات خود و همسرشان توجه کردند و تمرینات سیستمی زوجی (مانند تمرکز حسی) را با علاقه و اطمینان بیشتری انجام دادند. وقتی مراجعان در طول درمان متوجه شدند که تمایل جنسی، یکی از جنبه های ارتباط است که در کنترل خود فرد است و ترس از این که هدف همسرش کنترل اوست بطور ناهشیار از طریق اجتناب از تمایل جنسی کاهش

### بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی کارایی و اثربخشی درمان سیستمی اختلالات جنسی در زنان مبتلا به کم میلی جنسی بود. به نظر می رسد این مداخله منجر به کاهش قابل ملاحظه در شدت علائم و آسیب در کارکرد مراجعان گردید. متغیرهای وابسته یا آماج درمان در طی فاصله خط پایه تا شروع درمان نسبتاً پایدار و بدون تغییر ماندند و نهایتاً با ورود متغیر مستقل (درمان سیستمی کم میلی جنسی) تغییرات در سطح، روند و شیب پدیدار شد. همچنین شیب پیوسته و تداوم یکنواخت آن تا حدودی نشانگر تأثیر هر کدام از مؤلفه های موجود در پروتکل جلسات درمان می باشد.

برنامه سنجش مکرر نشانه ها به صورت هفتگی امکان بررسی ارتباط بین مؤلفه های هر جلسه از مداخله و علائم گزارش شده را موجب گردید. یک مورد از این مشاهدات که تقریباً در هر سه مراجع آشکار شد و در آنها کاهش قابل ملاحظه ای در علائم در طول مرحله مداخله پدیدار گردید، همزمان با تصحیح انتظارات غیر واقع بینانه، پذیرش مسئولیت و نقش خود در ایجاد و تداوم مشکل بود.

نکته قابل توجه دیگر در مراجعان این بود که مدام به جای لذت بردن از فعالیت جنسی در مورد کمبود میل جنسی خود نگرانی می کردند. هنگام فکر کردن به این باور خود که باید نسبت به همسرشان تمایل بیشتری داشته باشند و لذت جنسی بیشتری را نسبت به آنچه الان احساس می کنند، فراهم کنند اضطراب پاسخ جنسی بیشتری را تجربه می کردند. در واقع تمرکز اصلی صمیمیت جنسی به جای لذت بر اضطراب معطوف بود. بنابراین با افزایش

به فرد باشد.

### نتیجه گیری نهایی

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان سیستمی اختلال کم میلی جنسی توانسته در افزایش میل جنسی خانم هایی که از اختلال کم میلی جنسی رنج می برند مؤثر واقع شود. همچنین موجب افزایش رضایت زناشویی آنان شود. با توجه به این که در روش سیستمی تمرکز بر افراد، پویایی های زوجی، خانواده مبدا و سایر مؤلفه هایی (زیستی، پزشکی، روانشناختی، اجتماعی، فرهنگی، تاریخی و مذهبی) است که روابط بین همسران را تحت تاثیر قرار می دهد، با آموزش مهارت های مورد نیاز در طول درمان می توان تا حد امکان بروز تعارضات بین فردی را کاهش داد که این خود منجر به ارتقاء کیفیت رابطه زوجین و افزایش صمیمیت (عاطفی و جسمی) خواهد شد. با در نظر گرفتن برخی محدودیت های طرح های تک موردی از جمله حجم کوچک نمونه و تک جنسیتی بودن در نمونه پژوهش حاضر تعمیم پذیری یافته ها به طور آشکاری محدود می شود. لذا برای رفع این محدودیت های متدولوژیک، پژوهش های دیگری به منظور تأیید بیشتر کارایی و کاربردپذیری این نوع مداخله در افراد مبتلا به اختلال کم میلی جنسی در قالب کارآزمایی های تصادفی کنترل شده با حجم نمونه بزرگ تر ضروری به نظر می رسد.

### تشکر و قدردانی

از همکاری شرکت کنندگان در این پژوهش و مسئولین محترم مراکز مشاوره که ما را در انجام این طرح یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

می یابد، با بازگرداندن توازن قدرت به رابطه، صمیمیت را افزایش دادند. این یافته پژوهش حاضر همسو با یافته تیموریور و همکاران (۲۰۱۱) می باشد که نشان می دهد بین سبک دلبستگی و تمایل جنسی رابطه معناداری وجود دارد. افراد با سبک دلبستگی اجتنابی تلاش می کنند تا از رابطه جنسی اجتناب کنند یا آمیزش جنسی را از صمیمیت عاطفی جدا کنند. این مسئله ممکن است به علت آزردهنگی هنگام صمیمیت و عدم توانایی برای نزدیک بودن با دیگران باشد (۴۳).

به طور کلی با توجه به یافته های این پژوهش کاهش معنی دار در شدت و علائم اختلال کم میلی جنسی و آسیب در عملکرد هر سه مراجع در مقایسه با نمرات مرحله خط پایه و تداوم این تغییر با نوسانات افزایشی یا کاهش اندک تا آخر دوره پیگیری که به صورت بارز و واضح این یافته ها را در نمودار روند تغییر نمرات HISD و شاخص های تغییر پایدار و درصد بهبودی هر یک از مراجعان در سایر متغیرهای وابسته یا آماج درمان می توان مشاهده کرد، همه حاکی از کارایی و اثربخشی این روش مداخله در بهبودی افراد مبتلا به اختلال کم میلی جنسی می باشد.

نتایج این پژوهش همسو با یافته های به دست آمده از دو مطالعه کارآزمایی بالینی است که نشان می دهد مداخله سکس تراپی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness Based Cognitive Sex Therapy) با بهبود قابل ملاحظه ای در تمایل جنسی، انگیزختگی، میزان لغزندگی، رضایتمندی و تمامی کارکردهای جنسی همراه است (۴۴). همچنین درمان اختلالات انگیزختگی و تمایل جنسی در زنان با استفاده از اصول توجه-آگاهی، مراقبه و یوگا به همراه رواندرمانی از اثربخشی خوبی برخوردار است (۴۵). به نظر می رسد مطالعه حاضر در نوع خود به دلیل بررسی کارایی این روش درمان روی یک اختلال جنسی صرف منحصر

### References

1. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2006; 3:212–22.
2. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstetrics and Gynecology*. 2008; 112:970–8.
3. Kingsberg SA, Knudson G. Female sexual disorders: assessment, diagnosis, and treatment. *CNS Spectrums*. 2011; 16:49–62.
4. Rymer J, Wylie K, Barnes T, Mander A, Buckler H, Dean J. Hypoactive sexual desire Disorder. *Journal of The Obstetrician & Gynaecologist*. 2010; 12:237–243.

5. Clayton AH. The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2010; 110:7–11.
6. Naumann G, Skala C, Albrich S, Kolbl H. Definition of HSDD (hypoactive sexual desire disorder). *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*. 2010; 70:701–6.
7. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of sex and marital therapy*. 2000; 26:67-78.
8. Boston P. Systemic Family Therapy and the Influence of Post-Modernism. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000; 6: 450- 457.
9. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Journal of cognitive therapy and research*. 2008; 32:37-49.
10. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire Disorder. *Journal of Sexologies*. 2013; 22: 9-15.
11. Goldstein I, Lines C, Robert Pyke Sr, and Stefan Scheld J. National Differences in Patient–Clinician Communication Regarding Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Sex Med*. 2009; 6:1349–1357.
12. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause*. 2006; 13:46–56.
13. Johnson BH, Palmer L, Foley D. PIH5 diagnosis and treatment of women with hypoactive sexual desire disorder and depression/ anxiety. *Value in health*. 2010; 13(3):181.
14. Lourenco M, Azevedo LP, Gouveia JL. Depression and sexual desire: an exploratory study in psychiatric patients. *Journal of sex and marital therapy*. 2011; 37(1):32-44.
15. Biddle A K, West S L, D'Aloisio A A, Wheeler S B, Borisov N N, Thorp J. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women: Quality of Life and Health Burden. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)*. 2009; 12(5): 763–772.
16. Kleinplatz P. The profession of sex therapy. In: Hertlein KM, Weeks GR, Gambescia N, editors. *Systemic sex therapy*. New York: Routledge. 2009. p. 21-37.
17. Wylie KR, Jacksonb C, Hutchina BA, Fitter J. Working interactively using a systemic sex therapy model for common sexual problems within a modern health service setting. *Sexologies*. 2010; 19: 196-201.
18. Hertlein K.M, Weeks G R, & Gambescia N. *Systemic Sex Therapy*. Boca Raton: Taylor & Francis. 2009; 82-107.
19. Markovic D. Working with sexual issues in systemic therapy. *ANZFT*. 2007; 28(4):200-9.
20. Terimourpour N, Moshtagh Bidokhti N, Pourshahbaz A. The Relationship between attachment styles and sexual desire among Iranian women. *Journal of Procedia- Social and*

Behavioral Sciences. 2011; 30: 108-112.

21. Gambescia N, Sendak SK, Weeks G. The Treatment of Erectile Dysfunction. *Journal of Family Psychotherapy*. 2009; 20(2-3): 221-240.

22. Weeks, G. & Gambescia, N. *Hypoactive sexual desire: Integrating sex and couple therapy*. New York: W. W. Norton. 2002; 87-143.

23. Weeks G, Gambescia N , & Jenkins R. Treating Infidelity: Therapeutic Dilemmas And Effective Strategies. *Journal of Family Therapy*. 2006; 28(1):105-106.

24. Althof S E, Needle R B. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *Arab Journal of Urology*. 2013; 11: 299–304.

25. Weeks, G. The emergence of a new paradigm in sex therapy: Integration. *Sexual and Relationship Therapy*. 2004; 20(1): 89–103.

26. Weeks, G. The intersystem model: An integrative approach to treatment. In G. Weeks & L. Hof (Eds.), *The marital-relationship casebook: Theory and application of the intersystem model*. New York: Brunner/Mazel. 1994; 3-34.

27. Kazdin, A. E. *Research design in clinical Psychology*. Boston: Allyn and Bacon. 1982.

28. Barlow, D. H. Q., Hersen, M. *Single case experimental designs*. Boston: Allyn and Bacon. 1984.

29. Gall M D, Borg W R, Gall J P. *Educational Research: An Introduction*, 6th ed. Translated in Persian by Nasr A N, et al., Tehran: Published by Samt and Shahid Beheshti University. 2004; 900-928.

30. DeRogatis LR, Allgood A, Rosen RC, Leiblum S, Zipfel L, and Guo C-Y. Development and evaluation of the Women's Sexual Interest Diagnostic Interview (WSID): A structured interview to diagnose Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) in standardized patients. *J Sex Med*. 2008;5:2827–2841.

31. Shafei P. Relationship between sexual desire, Assertiveness and Identity in married female student (20-30 years old) living in dormitory in Tehran. Unpublished MA thesis. Teacher Training University of Tehran, Department of Psychology and Educational Sciences. 2006. [Persian]

32. Bai F. The Effectiveness of Feminist Group Therapy on sexual desire and sexual Assertiveness in married women. Unpublished MA thesis. Teacher Training University of Tehran, Department of Psychology and Educational Sciences. 2009. [Persian]

33. Sanai Zaker B, Alaghband S, Falahati Sh, Hooman A. *Family and Marriage Scales*. 2th edition. Tehran: Besat Press. 2009: 108-115.

34. Mahdavian F. The effect of relation education on marital satisfaction and mental health. Unpublished MA thesis. Tehran: Tehran Psychiatric Institute. 1998. [Persian]

35. Soliemanian, A A. The Effect of irrational thinking, based on cognitive approach on marital satisfaction. Unpublished MA thesis. Teacher Training University of Tehran, Department of Psychology and Educational Sciences. 1995. [Persian]

36. Ahmadzade A. Relationship between marital and mental health among high school teacher married men and women working in public high schools in Tehran During 1383-4. Unpublished MA thesis. Teacher Training University of Tehran. 2006. [Persian]
37. Mirkheshti F. The relationship between life satisfaction and mental health. Unpublished MA thesis, Islamic Azad University, Roodehen. 1997. [Persian].
38. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: A statical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: Kazdin, AE, Editor. Methodological issues & strategies in clinical research. 2nd ed. Washington DC: American Psychological Association. 1998: 521-38.
39. Hamidpour H. The importance of methodology in studies of cognitive - behavioral. Baztabe Danesh. 2000;3:49-56 [In Persian].
40. Ogels BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application and current practice. Clin Psychol Rev. 2001; 21(3): 421- 46.
41. Boncinelli V, Gaci Scaletti D, Nanini C, Daino D, Genazzani A.R. Sexual fantasies and female hypoactive desire. Journal of Sexologies. 2013; 22: 16-19.
42. Zhaoyang R , Cooper M L. Body Satisfaction and Couple's Daily Sexual Experience: A Dyadic Perspective. Journal of Arch Sex Behav. 2013;42: 985-998.
43. Hertlein K.M, Weeks G R, & Sendak SK. A Clinician's Guide to Systemic Sex Therapy. New York: Taylor & Francis Group,LLC. 2009; 3-19.
44. Brotto, L.A., Basson, R., Group Mindfulness-based Therapy Significantly Improves Sexual Desire in Women, Behaviour Research and Therapy. 2014;57:43-54.
45. Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. J Sex Med. 2008;5:1646-59.