

Lived Experiences of Women with Sexual Arousal Disorder; A Qualitative Study

Neda Ghasemi^{*}, Fatemeh Rezaei^{}**

Masoud Sadeghi^{*}**

Abstract

A better understanding of sexual interest-arousal disorder by examining the experiences of these patients provides many clues as to what causes the disorder and what is needed for treatment. For this purpose, the present study was conducted to investigate the lived experiences of women with sexual interest-arousal disorder. Qualitative research design was done using the phenomenological method. Participants included 30 women with sexual interest-arousal disorder referred to psychological service centers in Isfahan who were selected by purpose-based method and according to the law of data saturation. The research tool was a semi-structured face-to-face interview. Data coding was performed in three sections of open, axial and selective coding. According to the results, the experiences of these patients in 5 central categories of individual factors with main themes (psychological characteristics, dysfunctional attitudes and lack of skills), inefficiency of married life with main themes (marriage process, marital conflicts, deterrent spouse and sexual dysfunction), Socio-environmental factors with the main themes (socio-cultural factors, developmental history and unhealthy lifestyle), therapeutic outcomes and considerations (with the main themes of barriers and

* PhD t in Psychology, Lorestan University, Lorestan, ghasemineda2014@gmail.com

** Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran (Corresponding Author), Rezaei.f@lu.ac.ir

*** Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran, sadeghi.m@lu.ac.ir

Date received: 2022/04/19, Date of acceptance: 2022/09/29



Copyright © 2010, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

۱۴۴ پژوهشنامه زنان، سال ۱۴، شماره ۱، بهار ۱۴۰۲

limitations of treatment, facilitators and treatment expectations and demands) were obtained.

Keywords: female sexual interest-arousal disorder, Lived experiences, Phenomenology, Qualitative study.

تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی؛ یک مطالعه کیفی^۱

ندا قاسمی*

فاطمه رضایی**، مسعود صادقی***

چکیده

درک بیشتر از اختلال میل / برانگیختگی جنسی با استفاده از بررسی تجارب این بیماران سرخ‌های 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 بررسی تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی انجام شد. طرح پژوهش کیفی و با استفاده از روش پدیدارشناسی صورت گرفت. مشارکت کنندگان شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی مراجعه کننده به مراکز خدمات روان شناختی شهر اصفهان بودند که به روش مبتنی بر هدف و بر اساس قانون اشباع داده انتخاب شدند. ابزار پژوهش مصاحبه حضوری نیمه ساختاریافته بود. بر حسب نتایج، تجارب این بیماران در ۵ مقوله محوری عوامل فردی با مضامین اصلی (ویژگی‌های روان شناختی، نگرش‌های ناکارآمد و فقدان مهارت)، ناکارآمدی زندگی زناشویی با مضامین اصلی (فرایند ازدواج، تعارضات زناشویی، همسر بازدارنده و ناهخوانی جنسی)، عوامل محیطی اجتماعی با مضامین اصلی (عوامل فرهنگی اجتماعی، تاریخچه رشدی و سبک زندگی ناسالم)، پیامدها و ملاحظات درمانی (با مضامین اصلی موانع و محدودیت‌های درمان، عوامل تسهیل‌گر و

* دکترای روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران، ghasemineda2014@gmail.com

** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران (نویسنده مسئول)، Rezaei.f@lu.ac.ir

*** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران، sadeghi.m@lu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۳۰، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۰۷



انتظارات و خواسته‌های درمانی) به دست آمد. مضامین کشف‌شده با روش پدیدارشناسی براساس تجربه زیسته اطلاعات جدیدی در خصوص سبب‌شناسی، پیامدها و درمان این اختلال به دست آورد که بر لزوم تبیین عمیق تجارب زیسته این افراد توسط روان‌شناسان و متخصصان، ایجاد روش‌های پیشگیری و انجام روان‌درمانی مؤثر مبتنی بر مضامین برآمده از مطالعه حاضر تأکید دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان، تجارب زیسته، پدیدارشناسی، مطالعه کیفی.

۱. مقدمه

تحمل رنج ناشی از آثار روانی مشکلات جنسی برای زوجین مشکل بوده و در روند تداوم زندگی زناشویی، رضایت و کیفیت زندگی زوجین اثرگذار است (احمدیان و همکاران، ۱۳۹۷). شایع‌ترین نوع اختلال جنسی در زنان، اختلال کمبود میل/برانگیختگی (female sexual interest-arousal disorder) است. این اختلال طبقه جدیدی از اختلالات است که در سال ۲۰۱۳، DSM-5 پس از انجام کارهای مفهومی، تجربی و کلینیکی، دسته تشخیصی جدیدی را از طریق ترکیب اختلال کمبود میل جنسی و اختلال برانگیختگی جنسی (female sexual arousal disorder)، معرفی و آن را اختلال میل/برانگیختگی جنسی نامید (مکنزی (Mckenzie)، 2018). علائم این اختلال شامل 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 است (انجمن روانپزشکی آمریکا (APA)، ۲۰۱۳). در موارد پیشرفته‌تر این اختلال، فرد دچار بی‌زاری جنسی می‌شود و از تماس جنسی پرهیز می‌کند (نورعلیزاده، ۱۳۹۷).

سلامت یا اختلال در روابط جنسی زوجین، بر عملکرد فردی و اجتماعی آن‌ها اثرگذار بوده و در ایجاد یا فقدان حس کامیابی و نشاط آن‌ها نقش مهمی ایفا می‌کند (بهرامی و توسلی، ۱۳۹۹). بنابراین میل جنسی پایین می‌تواند تأثیر منفی قابل توجهی بر سلامت و کیفیت زندگی زنان داشته باشد (براتو (Brotto) و همکاران، ۲۰۱۶؛ کینگزبرگ (Kingsberg)، ۲۰۱۶) و به سطوح بالای نارضایتی از زندگی (هدایتی و بیگی، ۱۳۹۵) و شریک زندگی منجر شود (McCarthy & Wald, 2012). زنان دارای این اختلال، تصویر بدنی مختل، عزت نفس پایین، دلبستگی عاطفی کمتر نسبت به همسر (کینگزبرگ (Kingsberg)، ۲۰۱۴)، احساسات منفی از جمله ناامیدی، عصبانیت و از دست دادن زنانگی (بیدل (Biddle) و همکاران، ۲۰۰۹)، پریشانی

تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی ... (ندا قاسمی و دیگران) ۱۴۷

روان شناختی (روسن (Rosen)، ۲۰۱۹) و پریشانی جنسی (روسن (Rosen) و همکاران، ۲۰۱۹؛ سارین (Sarin) و همکاران، ۲۰۱۶) بیشتری را تحمل می‌کنند و کیفیت رابطه زناشویی در آن‌ها نسبت به گروه سالم پایین‌تر است (پریش و هان (Parish & Hahn)، ۲۰۱۶؛ سارین (Sarin)، ۲۰۱۶). همچنین وجود اختلال میل / برانگیختگی جنسی در زنان می‌تواند به سایر اختلالات جنسی دامن بزند (تیمورپور، مشتاق بیدختی، پورشهباز و بهرامی، ۲۰۱۴؛ پفهاوس (Pfaus)، ۲۰۰۶) و مشکلات جسمی، روانی و بین فردی بیشتری را ایجاد نماید. مطالعات 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 (وست (West) و همکاران، ۲۰۰۸؛ شیفرین (Shifren) و همکاران ۲۰۰۸). پژوهش‌های داخلی نیز از شیوع بالای اختلالات جنسی در زنان ایرانی حکایت دارند. شیوع اختلال کمبود میل جنسی، در جمعیت عمومی ایران ۳۵ درصد تخمین زده شده (رمضانی، احمدی، قائم مقامی، مرزآبادی و پرداختی، ۲۰۱۵؛ مالاری، پورعسگر، خانی و حمزه گردشی، ۲۰۱۶) که بیشترین آمار شیوع در بین تمام اختلالات عملکرد جنسی است (عشقی، بهرامی، فاتحی زاده و کشاورز، ۱۳۹۴). علیرغم شیوع نسبتاً بالا، اختلال کمبود میل جنسی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (کلایتون (Clayton) و همکاران، ۲۰۱۸). به طوری که 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 (کرافت (Krapf) و همکاران، ۲۰۱۶؛ براتو (Brotto) و همکاران، ۲۰۱۶؛ مالاری و همکاران، ۲۰۱۵). اگرچه عوامل زیست پزشکی - مانند هورمون‌های تغییر یافته و انتقال دهنده‌های 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 روان شناختی، عوامل فرهنگی - اجتماعی و عوامل ارتباطی می‌توانند در آن نقش داشته باشند، بسیار مهم است (مالاری، خانی، پورعسگر، موسی زاده و حمزه گردشی، ۲۰۱۵؛ کینگزبرگ و روسن (Kingsberg & Rezaee)، ۲۰۱۳؛ بیتزار (Bitzer) و همکاران، ۲۰۱۳).

با توجه به رویکرد رو به افزایش DSM به فرهنگ، در هر تجدیدنظر آن، شاهد اضافه شدن مطالبی درخصوص تأثیر فرهنگ و نگاه فرهنگی - اجتماعی به آسیب شناسی روانی هستیم (لوئیزفرناندز (Lewis-Fernández) و همکاران، ۲۰۱۴). نکته‌ای که باید بدان

توجه داشت احتمال عدم تطابق بین معیارهای DSM در بافت ها و فرهنگ‌های خاص است (لوئیزفرناندز و هیتون (Lewis-Fernández, Hinton)، ۲۰۱۰). بر اساس این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود که معیارهای اختلالات در DSM، بر اساس یافته‌های میان فرهنگی تدوین و ارزیابی شوند. وقتی درمانگران متعلق به یک گروه فرهنگی و اجتماعی، به‌خصوص برای ارزیابی و درمان فردی که متعلق به فرهنگ خاصی است، صرفاً از معیارهای موجود در DSM استفاده کنند، ممکن است ارزیابی و تشخیص بسیار دشوار باشد و یا روایی کافی نداشته باشد. درمانگری که با تفاوت‌های ظریف در چارچوب فرهنگی بیمار آشنا نباشد، ممکن است تفاوت‌های طبیعی رفتار، اعتقادات یا تجارب مختص فرهنگ فرد را به اشتباه به عنوان آسیب روانی در نظر بگیرد (آینا (Aina)، ۲۰۱۸). این مسئله در مورد اختلالات جنسی اهمیت زیادی دارد؛ زیرا علائم و نشانه‌های اختلالات جنسی، عمیقاً متأثر از فرهنگ‌اند. اگرچه DSM-5 این موضوعات را مد نظر قرار می‌دهد؛ اما پژوهش بیشتر جهت درک اینکه فرهنگ چگونه بر اختلالات تأثیر می‌گذارد، نیاز است. این امر می‌تواند به چند روش میسر شود؛ از جمله بهبود سیستم طبقه بندی موجود و افزایش طبقه‌ها برای افزایش حساسیت تشخیصی بین فرهنگی، ارزیابی مداوم و انتقادی قابلیت کاربرد و جهان شمولی معیارهای تشخیصی DSM در موقعیت‌های فرهنگی مختلف، ارزیابی منظم مشخصات روان سنجی ابزارهای تشخیصی، اقدام به گردآوری داده‌های همه گیرشناختی مقایسه‌ای، و گردآوری یافته‌های بالینی از دیگر منابع همچون ارزیابی نوروبیولوژیکی و نوروفیزیولوژیکی و همچنین پدیدارشناسی تجارب زیسته مبتلایان (قادری (Ghaderi) و همکاران، ۲۰۲۰).

اگرچه اختلال میل برانگیختگی جنسی در دفترچه آماری تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲) و طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها (ICD-10؛ سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶) شرح داده شده است، این توصیفات مبتنی بر توصیف کیفی سیستماتیک و بررسی مشکلات گزارش شده بیماران نیستند. بررسی‌های انجام شده در بیماران روانپزشکی نیز نشان دهنده این بوده است که بسیاری از این بیماران بر این باورند که توصیف اختلالات بر علائم خارجی بیماری متمرکز بوده و توجه کمی به تجارب درونی آنها دارند. در بسیاری از موارد توصیف تشخیصی با آنچه بیماران در خصوص تجارب بدنی، هیجانی و روانی خود درک می‌کنند فاصله داشته و آنها حسی از درک ناشدنی یا نادیده انگاری دارند. اگرچه فهم معیارهای تشخیصی سودمند است اما درمانگران باید بدانند که این معیارها به شکلی دقیق دنیای درونی بیمار را بازتاب نمی‌دهند (هاکمن (Hackmann) و همکاران، ۲۰۱۹).

با توجه به این موارد استفاده از تجارب زیسته بیماران در هر فرایند درمانی و بخصوص در طراحی درمان برای این بیماری ضروری به نظر می‌رسد. همچنین ناتوانی طبقه‌های تشخیصی در نفوذ به تجارب زیسته بیماران، ضرورت بررسی تجارب زیسته را روشن می‌سازد (هاکمن Hackmann) و همکاران، ۲۰۱۹). در نتیجه بررسی تجارب بیماران و تلاش در جهت یافتن مؤلفه‌های محوری در سیر بیماری، آسیب‌شناسی روانی و طرح‌های درمانی مبتنی بر این مؤلفه‌ها که بتوانند نتایج درمانی را بهبود بخشند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به شیوع رو به رشد این اختلال و پیامدهای منفی که این اختلال بر زندگی زناشویی و به دنبال آن بر عملکرد خانواده داشته و همچنین سهم قابل توجه مشکلات و تعارضات جنسی در پیش‌بینی طلاق و شکست زندگی، کمبود پژوهش‌هایی در رابطه با تجربیات زیسته این بیماران و ضرورت کسب اطلاعات بیشتر جهت درک بیماری، انجام پژوهش‌هایی کیفی با هدف شناخت و کشف تجارب زیسته این افراد ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند راهگشای متخصصان در سیر سبب‌شناسی و درمان این اختلال باشد.

۲. روش پژوهش

۱.۲ روش، جامعه آماری و نمونه

پژوهش حاضر به شیوه کیفی و با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی توصیفی صورت گرفت. مطالعه‌ی پدیدارشناسی معنای تجربه‌های زیسته‌ی افراد را از یک پدیده یا مفهوم توصیف می‌کند. پدیدارشناسان با در نظر گرفتن اشتراکات مشارکت‌کنندگان در تجربه یک پدیده، هدف اصلی از پدیدارشناسی را فروکاستن تجارب افراد از یک پدیده به توصیفی از ماهیت واقعی آن چیز، تعریف می‌کنند (کراسول و پلانوکلاک (ClarkCreswell & Plano & Plano), ۲۰۱۷).

روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند و حجم نمونه بر اساس قانون اشباع مشخص شد. پژوهش‌گر در طی دو ماه با مراجعه به مراکز خدمات روان‌شناختی سطح شهر اصفهان با زنانی که توسط روان‌شناس بالینی تشخیص اصلی اختلال میل / برانگیختگی جنسی دریافت کرده بودند، بر اساس معیارهای ورود و خروج پژوهش مصاحبه انجام داد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از تشخیص اختلال میل برانگیختگی جنسی بر اساس مصاحبه تشخیصی، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت است از: بارداری، یائسگی، مقاربت دردناک یا ابتلا به بیماری‌های جسمی مرتبط با فقدان/کاهش میل جنسی مانند دیابت،

تیروئید، امراض قلبی - عروقی، انواع سرطان و بیماری‌های دستگاه اعصاب مرکزی مانند ام‌اس. همچنین مصرف داروهایی خاص مانند داروهای کاهنده یا محرک میل جنسی و داروهای روانگردان، مصرف الکل و مواد مخدر و نیز زنانی که کاهش میل جنسی در آنان واکنشی به اختلال ناتوانی جنسی یا انزال زودرس در همسرشان بود (ملاک ارزیابی معیارهای ورود و خروج پژوهش خودگزارشی آزمودنی‌ها بود). جهت تعیین حجم نمونه تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی در نمونه تا جایی که از افراد بیشتری اطلاعات کسب می‌شود، مصاحبه‌ها تداوم یافت. پس از انجام ۳۰ مصاحبه، اطلاعات جدیدی اضافه نشد و تحلیل بر روی ۳۰ مشارکت‌کننده انجام شد.

۳. ابزار پژوهش

ابزار پژوهش مصاحبه نیمه ساختار یافته (Semi-structured) بود. پژوهشگر با مصاحبه و مکالمه‌ی عمیق و سازمان نیافته که بر طرح سؤالات وسیع، باز و محوری استوار است، بدون هدایت و جهت دهی به بحث، یا پرسش سؤالات اضافی به شرکت‌کننده کمک می‌نماید تا تجارب خود را بیان کند. به این صورت به دنیای شرکت‌کننده وارد شده تا به طور کامل به تجارب وی دسترسی پیدا نماید. این نوع مصاحبه به شرکت‌کنندگان فرصت می‌دهد به‌طور کامل تجارب خود را از پدیده‌ی مورد نظر توضیح دهند و آزادانه در آن مورد صحبت (استرابت و کارپنتر (Streubert & Carpenter)، ۲۰۱۱). پس از برقراری ارتباط با شرکت‌کنندگان و گرفتن شرح مختصری از زمان شروع بیماری و چگونگی وضعیت فعلی آن‌ها، مصاحبه‌ها با سؤالات باز "بیماری چه تاثیری بر زندگی شما گذاشته است؟" و "چه تغییراتی را در زندگی شما موجب شده است؟" شروع می‌شد و سؤالات بعدی بر اساس مسیر مصاحبه و پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان مطرح می‌گردید.

۴. روند اجرای پژوهش

در ابتدای پژوهش، سؤالاتی با نظارت و تأیید اساتید راهنما، مشاور و متناسب با ادبیات پژوهش و موضوع مطالعه طراحی شدند. پس از برقراری ارتباط با شرکت‌کنندگان و گرفتن شرح مختصری از زمان شروع بیماری و چگونگی وضعیت فعلی آن‌ها، مصاحبه‌ها با سؤالات باز "تجارب خود را از اختلال میل جنسی بیان کنید؟" و "این بیماری چه تغییراتی را در زندگی

شما موجب شده است؟" شروع می‌شد و سؤالات بعدی بر اساس مسیر مصاحبه و پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان مطرح می‌گردید. مدت‌زمان مصاحبه برحسب شرایط جسمی، روحی، مشغله کاری، تمایل بیشتر برای صحبت و روند مصاحبه، بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش تجزیه و تحلیل کلایزی استفاده شد. بدین صورت که پس از مصاحبه با شرکت‌کنندگان پژوهش، در ابتدا متن گفتگوها به صورت کلمه به کلمه بازنویسی و به منظور درک تجارب و ادراک شرکت‌کنندگان چندین مرتبه مرور شد. در مرحله دوم، اطلاعات مرتبط با هدف پژوهش مشخص شد. در مرحله سوم به منظور تدوین معانی و استخراج مفاهیم، عبارات مهم هر مصاحبه مشخص و سعی شد که از هر عبارت یک مفهوم که نشان‌دهنده مفاهیم کلیدی تفکر شرکت‌کنندگان بود، استخراج شود. در مرحله چهارم، مفاهیم گردآوری شده براساس تشابه مفاهیم طبقه‌بندی شد. در مرحله پنجم، به منظور تدوین توصیف تحلیلی تجارب مشارکت‌کنندگان و دیدگاه‌های مربوط به موضوع و توصیف جامع از اختلال میل / برانگیختگی جنسی زنان، نتایج به هم پیوند داده شد و طبقه‌بندی‌های کلی تری شکل گرفت. در مرحله ششم، توصیف جامعی از پدیده مورد مطالعه با زبانی واضح و بدون ابهام ارائه شد. در مرحله هفتم پایانی و به منظور اعتباربخشی یافته‌ها، کدگذاری برای شرکت‌کنندگان فرستاده شد تا در صورت لزوم تغییرات پیشنهادی خود را اعلام نمایند (مورو (Morrow) و همکاران، ۲۰۱۵).

برای اطمینان از صحت و دقت یافته‌های پژوهش در این بخش، ۴ معیار اعتبار، قابلیت اعتماد، قابلیت انتقال و تأیید پذیری در پژوهش‌های کیفی (گابا و لینکلن (Lincoln & Guba)، ۱۹۸۹) برحسب 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 نمایند. 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 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، طبقه‌بندی و رفع هرگونه عدم توافق و تناقضات موجود در تفاسیر، فرآیند برگشت به متن و یا مراجعه به

شرکت‌کنندگان 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 درون‌مایه‌های حاصل به بهترین نحو ممکن با هم ارتباط یابند). همچنین از تکنیک کسب اطلاعات دقیق موازی (نظیر نمایش و ارائه‌ی تحلیل‌های دادها و نتایج آن به متخصصان امر) در طی فرآیند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. در این تحقیق تلاش گردید 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، و شرایط تحصیلی و طبقه اجتماعی 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. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

مدت زمان ازدواج	شغل	تحصیلات	سن	مصاحبه شونده
۳	مهندس عمران	کارشناسی ارشد	۳۳	۱
۱۵	خانه دار	دیپلم	۳۷	۲
۷	سرمدبیر مجله	کارشناسی ارشد	۳۰	۳
۸	خانه دار	کارشناسی	۲۶	۴
۲۰	معلم	کارشناسی	۳۹	۵
۱۵	خانه دار	کارشناسی	۳۸	۶
۱۴	خانه دار	کارشناسی	۳۷	۷
۱۴	مشاغل خانگی	کارشناسی	۳۶	۸
۲۰	آرایشگر	دیپلم	۳۷	۹
۱۵	آرایشگر	کارشناسی	۳۳	۱۰
۹	خانه دار	کارشناسی	۲۸	۱۱
۱۵	خیاط	دیپلم	۳۲	۱۲
۱۰	خانه دار	دیپلم	۲۸	۱۳
۲۱	خانه دار	کارشناسی	۴۰	۱۴
۲۴	خانه دار	دیپلم	۴۳	۱۵
۱۵	خانه دار	دیپلم	۳۳	۱۶

تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی ... (ندا قاسمی و دیگران) ۱۵۳

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	۱۱
۲۹	۴۰	دیپلم	آرایشگر	۲۰
۳۰	۲۵	کارشناسی	مدیر پیش دبستانی	۱۰

۵. یافته‌های پژوهش

در نتیجه مصاحبه با بیماران ۶۰۸ کد اولیه به دست آمد که پس از تجمیع و طبقه‌بندی کدهای اولیه در ۵ مضمون اصلی، ۱۴ مضمون فرعی خلاصه شدند. جدول ۲ نتایج حاصل از بررسی تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل جنسی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج حاصل از بررسی تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل جنسی

مقوله مرکزی	مقوله محوری	مضمون اصلی	مقوله فرعی
تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل جنسی	عوامل فردی	ویژگی‌های روان شناختی	عزت نفس پایین و عدم ابراز وجود، احساس بی ارزشی (درک نشدن)، احساس دوست داشتنی نبودن، استرس، مشکلات و آشفتگی‌های هیجانی (افسردگی پس از سوگ، افسردگی بعد از زایمان، اضطراب، ترس از درد)، تصویر منفی از بدن، عدم تمایز یافتگی، احساس گناه، طحوازه‌ها و باورهای بنیادین آسیب زا
		نگرش و باورهای ناکارآمد (کلیشه‌های جنسیتی)	نگرش منفی به ازدواج، نگرش منفی به جنس مخالف، نگرش منفی به رابطه: احساس ابزار بودن، احساس شرم از رابطه جنسی، توقع ذهن خوانی، عدم ابراز نیازهای جنسی، نگرش لذت جو، ذهن مقایسه گر، مقایسه لذت رابطه با همسر و خودارضایی، منع خود از لذت جنسی، معیارهای سخت گیرانه، اسطوره‌های جنسی (نگرش‌های افسانه‌ای، انتظارات ناسازگار)، ترس از صمیمیت عاطفی

آگاهی و اطلاعات جنسی پایین، انزجار جنسی، ترس از بارداری، منفعل بودن در رابطه جنسی، میل به تسلط در رابطه، تنوع طلبی، میل به فردیت/افکار فمینیستی، سبک تکراری رابطه بدون تنوع، عدم اجابت دعوت/ طرد جنسی، عدم ارگاسم و ارضا حین رابطه، فقدان مهارت‌های زناشویی،	فقدان مهارت		
اجبار به ازدواج زودهنگام، ازدواج سستی، ازدواج واکنشی: میل به دور شدن از خانواده، عدم آمادگی برای ازدواج، عدم سنخیت فرهنگی اجتماعی، عدم علاقه به همسر، عدم همخوانی شخصیتی زوجین	فرایند ازدواج	زندگی زناشویی ناکارآمد	
نیازهای نابرابر، لجبازی با همسر، اختلاف نظر در اهمیت رابطه، بی توجهی همسر، تفاوت‌های شخصیتی و هیجانی، خشم از همسر، خیانت، دوری از همسر، عدم صمیمیت با همسر، عدم علاقه به همسر، عدم توافق در رابطه با پیشگیری از بارداری	تعارضات زناشویی		
مشکلات رفتاری همسر (همسر انتقادگر، همسر عصبی و زودجوش)، مشکل شغلی - مالی همسر، مشکلات شوهر با خانواده اصلی، مشکلات روانی در همسر، تمرکز افراطی بر کار و شغل، تنوع طلبی همسر در رابطه، سومصرف مواد توسط همسر، عدم پختگی عاطفی و بلوغ فکری و عقلی همسر، عدم مهارت ارتباطی همسر، عدم مهارت جنسی همسر، توقع و انتظارات نامعقول همسر، فقدان مهارت‌های زناشویی همسر، رابطه جنسی اجباری، عدم جذابیت ظاهری همسر، عدم نظافت و آراستگی همسر، نارضایتی جنسی همسر، اختلال نعوظ، بی میلی همسر، رفتار جنسی نامطلوب همسر حین رابطه، انحراف جنسی همسر، دیر انزالی و زود انزالی، عدم پیش نوازی	همسر بازدارنده		
گرایش ذهنی به سکس گروهی، گرایش به رفتارهای مازوخیستی، گرایش به سکس مثلی، گرایش همجنس خواهی، گرایش‌ات ترنس سکچوال، بی علاقه‌گی به رابطه جنسی، ناهمخوانی در میل جنسی، عدم توافق بر سر تعداددفعات رابطه، عدم توافق بر میزان و مدت پیش نوازی، عدم توافق در مورد زمان رابطه، عدم توافق در مورد شرایط رابطه،	ناهمخوانی جنسی		
نگاه منفی فرهنگی: نگرش نسبت به مسائل جنسی، آموزش‌های غلط، برخی باورهای مذهبی، تابوهای فرهنگی، شرم از بیان احساسات جنسی، رسانه و شبکه‌های اجتماعی، نگرش مذهبی غلط، بافت مذهبی و متعصب خانوادگی، استرس‌های محیطی	عوامل فرهنگی - اجتماع	عامل محیطی - اجتماعی	
تجارب آسیب زای دوران کودکی، تجربه احساس‌های آزارنده در اولین رابطه‌ها، ترومای جنسی، سابقه تجاوز، سابقه ازدواج ناموفق، روابط عاطفی حل نشده قبلی، سبک فرزندپروری والدین، سبک دلبستگی معیوب، الگوهای ارتباطی خانواده (والد تنبیه کننده/سرزنشگر)، واکنش منفی خانواده به تغییر و تحولات جنسی، نگرش خانواده به جنسیت، مشکلات در رابطه با خانواده همسر، عدم تربیت جنسی از طریق خانواده، فرایند بلوغ (دیررس یا زود رس)، سابقه خیانت در خانواده یا اطرافیان نزدیک در یکی از زوجین	تاریخچه رشدی		
نگرش منفی به زندگی، اعتیاد به شبکه‌های مجازی، اعتیاد به پورن، عدم رضایت از زندگی، عدم تحرک و فعالیت، مشکلات اقتصادی، زندگی با خانواده همسر، خانواده پر جمعیت، مشغله کاری و خانوادگی، اعتیاد به خود ارضایی، نداشتن حریم خصوصی	سبک زندگی		

تعارضات زناشویی، احساس شرم، احساس عدم آرامش، احساس گناه، احساس ناکامی / ناامیدی، بدبینی و سوءظن، خلق پایین و سرخوردگی در زوج، عدم صمیمیت و طلاق عاطفی، خیانت، فرزند پروری معیوب و بدرفتاری با فرزندان	کیفیت زندگی پایین	پیامدها
عدم آگاهی از اختلال و پیامدهای مستقیم و غیرمستقیم آن، ناامیدی از درمان و تغییر، عدم همراهی همسر در فرایند درمان، کم اهمیت جلوه دادن مسئله، نگرش منفی نسبت به روان درمانی، اجبار به ادامه رابطه و زندگی علیرغم میل، استیگمای بیماری، تابو بودن مشکل، هزینه‌های بالای روان درمانی و مشاوره، تجربه منفی از درمان، اکتفا به مطالب سطحی و محتوای شبکه‌های اجتماعی جهت درمان مشکل	موانع و محدودیت‌ها	ملاحظات درمان
صمیمیت در ارتباط، هیجان انگیز بودن رابطه، تأیید جویی، برانگیختگی و تحریک توسط همسر، حمایت عاطفی، رابطه‌ی عاطفی مطلوب، گفتگوی جنسی، رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، آگاهی و آموزش، آموزش‌های پیش از ازدواج بخصوص در رابطه با بررسی همخوانی جنسی.	عوامل تسهیل‌گر	
درک شدن از سوی همسر، جلب همکاری همسر در فرایند درمان، رسیدن به سطح هنجار از میل جنسی، رضایت همسر و ارتقای سطح کیفی روابط زناشویی، آموزش‌های پیش از ازدواج، فرهنگ سازی	انتظارات، خواسته‌ها	

در نتیجه مصاحبه‌ها، ۵ مقوله محوری عوامل فردی با مضمون اصلی فرعی (ویژگی‌های روان شناختی، نگرش‌های ناکارآمد و فقدان مهارت)، ناکارآمدی زندگی زناشویی با مضامین اصلی (فرایند ازدواج، تعارضات زناشویی، همسر بازدارنده و ناهمخوانی جنسی)، عامل محیطی اجتماعی با مضامین اصلی (عوامل فرهنگی اجتماعی، تاریخچه رشدی و سبک زندگی ناسالم)، پیامدها (با مضمون اصلی کیفیت زندگی پایین) و ملاحظات درمانی (با مضامین اصلی موانع و محدودیت‌های درمان، عوامل تسهیل‌گر و انتظارات و خواسته‌های درمانی) به دست آمد.

۱.۵ عوامل فردی

این مقوله محوری در نتیجه سه مضمون اصلی ویژگی‌های روان شناختی، نگرش و باورهای ناکارآمد و فقدان مهارت بدست آمد.

۱.۱.۵ ویژگی‌های روان شناختی: این مضمون اصلی از مضمون‌های فرعی عزت نفس

پایین و عدم ابراز وجود، احساس بی ارزشی (درک نشدن)، احساس دوست داشتنی نبودن، استرس، مشکلات و آشفتگی‌های هیجانی (افسردگی پس از سوگ، افسردگی بعد از زایمان، اضطراب، ترس از درد)، تصویر منفی از بدن، عدم تمایز یافتگی، حساس گناه، طرحواره‌ها و باورهای بنیادین آسیب‌زا و ترس از صمیمیت به دست آمد.

۲.۱.۵ نگرش ناکارآمد: این مضمون اصلی از مضمون‌های فرعی نگرش منفی به ازدواج، نگرش منفی به جنس مخالف، نگرش منفی به رابطه: احساس ابزار بودن، احساس شرم از رابطه جنسی، توقع ذهن خوانی، عدم ابراز نیازهای جنسی، نگرش لذت جو، نگرش منفی به رابطه در مورد والدین، ذهن مقایسه گر، مقایسه لذت رابطه با همسر و خودارضایی، منع خود از لذت جنسی، معیارهای سخت گیرانه، اسطوره‌های جنسی (نگرش‌های افسانه‌ای، انتظارات ناسازگار)، ترس از صمیمیت عاطفی به دست آمد.

۳.۱.۵ فقدان مهارت: این مضمون اصلی از مضمون‌های فرعی فانتزی‌های جنسی؛ تجربه عشق آتشین/رمانتیک، آگاهی و اطلاعات جنسی پایین، انزجار جنسی، ترس از بارداری، منفعل بودن در رابطه جنسی، میل به تسلط در رابطه، تنوع طلبی، میل به فردیت/افکار فمینیستی، سبک تکراری رابطه بدون تنوع، عدم اجابت دعوت/طرد جنسی، عدم پیش‌نوازی، عدم ارگاسم و ارضا حین رابطه، عدم مهارت‌های زناشویی به دست آمد.

۲.۵ زندگی زناشویی ناکارآمد

این مقوله محوری در نتیجه ۴ مضمون اصلی فرایند ازدواج، تعارضات زناشویی، همسر بازدارنده و ناهمخوانی جنسی بدست آمد.

۱.۲.۵ فرایند ازدواج: این مضمون اصلی در نتیجه مضمون‌های فرعی اجبار به ازدواج زود هنگام، ازدواج سستی، ازدواج واکنشی: میل به دور شدن از خانواده، عدم آمادگی برای ازدواج، عدم سنخیت فرهنگی اجتماعی، عدم علاقه به همسر، عدم همخوانی شخصیتی زوجین به دست آمد.

۲.۲.۵ تعارضات زناشویی: لجبازی با همسر، اختلاف نظر در اهمیت رابطه، اتاق خواب جدا، بی توجهی همسر، تفاوت‌های شخصیتی و هیجانی، خشم از پارتنر، خیانت، دوری از همسر، عدم صمیمیت با همسر، عدم علاقه به همسر و عدم توافق در رابطه با پیشگیری از بارداری از مضمون‌های فرعی این مضمون اصلی بودند.

۳.۲.۵ همسر بازدارنده: این مضمون اصلی در نتیجه مضمون‌های فرعی مشکلات رفتاری همسر (همسر انتقادگر، همسر عصبی و زودجوش)، مشکل شغلی - مالی همسر، مشکلات شوهر با خانواده اصلی، مشکلات روانی در همسر، تمرکز افراطی بر کار و شغل، تنوع طلبی همسر در رابطه، سومصرف مواد توسط همسر، عدم پختگی عاطفی و بلوغ فکری و عقلی

تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی ... (ندا قاسمی و دیگران) ۱۵۷

همسر، عدم مهارت ارتباطی همسر، عدم مهارت جنسی همسر، توقع و انتظارات نامعقول همسر، عدم مهارت‌های زناشویی همسر (عدم مهارت عشق ورزی همسر، عدم توجه همسر به نیازهای زن در طول رابطه)، رابطه جنسی اجباری، عدم جذابیت ظاهری همسر، عدم نظافت و آراستگی همسر، نارضایتی جنسی همسر، اختلال نعوظ، بی میلی همسر، رفتار جنسی نامطلوب همسر حین رابطه، انحراف جنسی همسر، دیر انزالی و زود انزالی و عدم پیش نوازی به دست آمد.

۴.۲.۵ ناهمخوانی جنسی: نیازهای نابرابر، گرایش ذهنی به سکس گروهی، گرایش به رفتارهای مازوخیستی، گرایش به سکس مثلی، گرایش همجنس خواهی، گرایش‌ات ترنس سکچوال، بی علاقه‌گی به رابطه جنسی، ناهمخوانی در میل جنسی، عدم توافق بر سر تعداد دفعات رابطه، عدم توافق بر میزان و مدت پیش نوازی، عدم توافق در مورد زمان رابطه، عدم توافق در مورد شرایط رابطه، طولانی شدن مدت بین دو رابطه جنسی از مضمون‌های فرعی این مضمون اصلی بودند.

۳.۵ عامل محیطی - اجتماعی

این مقوله محوری از سه مضمون اصلی عوامل اجتماعی فرهنگی، تاریخچه رشدی آسیب‌زا و سبک زندگی به دست آمده است.

۱.۳.۵ عامل اجتماعی فرهنگی: این مضمون اصلی از مضمون‌های فرعی نگاه منفی فرهنگی: نگرش نسبت به مسائل جنسی، آموزش‌های غلط، برخی باورهای مذهبی، تابوهای فرهنگی، شرم از بیان احساسات جنسی، رسانه و شبکه‌های اجتماعی، نگرش مذهبی غلط و استرس‌های محیطی به دست آمد.

۲.۳.۵ تاریخچه رشدی آسیب‌زا: این مضمون اصلی از مضمون‌های فرعی تجارب آسیب‌زای دوران کودکی، تجربه احساس‌های آزارنده در اولین رابطه‌ها، ترومای جنسی، سابقه تجاوز، سابقه ازدواج ناموفق، روابط عاطفی حل نشده قبلی، سبک فرزندپروری والدین، سبک دلبستگی معیوب، الگوهای ارتباطی خانواده (والد تنبیه کننده/سرزنشگر) و اکثس منفی خانواده به تغییر و تحولات جنسی، نگرش خانواده به جنسیت، مشکلات در رابطه با خانواده همسر، بافت مذهبی و متعصب خانوادگی، عدم صمیمیت در خانواده، سرکوب کنجکاوی‌های جنسی توسط خانواده، عدم تربیت جنسی از طریق خانواده، فرایند بلوغ (دیررس یا زود رس)، سابقه خیانت در خانواده یا اطرافیان نزدیک در یکی از زوجین به دست آمد.

۳.۳.۵ سبک زندگی: عواملی همچون نگرش منفی به زندگی، اعتیاد به شبکه‌های مجازی، عدم رضایت از زندگی، عدم تحرک و فعالیت، مشکلات اقتصادی، زندگی با خانواده همسر، اعتیاد به خودارضایی، نداشتن حریم خصوصی از علل مرتبط با سبک زندگی طبق تجارب زیسته بیماران بودند.

۴.۵ پیامدهای بیماری

این مقوله محوری در نتیجه مضمون اصلی کاهش کیفیت زندگی به عنوان پیامد بیماری به دست آمد که خود حاصل از مضمون‌های فرعی تعارضات زناشویی، احساس شرم، احساس عدم آرامش، احساس غیر مفید بودن، احساس گناه، احساس ناکامی/ ناامیدی، خلق پایین و سرخوردگی در زوج، عدم صمیمیت و طلاق عاطفی، خیانت، فرزند پروری معیوب و بدرفتاری با فرزندان بود.

۵.۵ ملاحظات درمانی

این مقوله محوری در نتیجه مضامین اصلی موانع و محدودیت‌های پیش روی برای درمان، عوامل تسهیل‌گر در درمان مشکل و انتظارات و خواسته‌های بیماران از درمان به دست آمد.

۱.۵.۵ موانع و محدودیت‌های درمانی: مضمون‌های فرعی این مضمون اصلی شامل عدم آگاهی از اختلال و پیامدهای مستقیم و غیرمستقیم آن، ناامیدی از درمان و تغییر، عدم همراهی همسر در فرایند درمان، کم اهمیت جلوه دادن مسئله، نگرش منفی نسبت به روان درمانی، اجبار به ادامه رابطه و زندگی علیرغم میل، استیگمای بیماری، تابو بودن مشکل، هزینه‌های بالای روان درمانی و مشاوره، تجربه منفی از درمان، اکتفا به مطالب سطحی و محتوای شبکه‌های اجتماعی جهت درمان مشکل بود.

۲.۵.۵ عوامل تسهیل‌گر: صمیمیت در ارتباط، هیجان‌انگیز بودن رابطه، تأیید جویی، برانگیختگی و تحریک توسط همسر، حمایت عاطفی، رابطه‌ی عاطفی مطلوب، گفتگوی جنسی، رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی، آگاهی و آموزش، آموزش‌های پیش از ازدواج بخصوص در رابطه با بررسی همخوانی جنسی عوامل تسهیل‌گری بودند که از نظر بیماران می‌توانند در امر درمان مشکل کمک‌کننده باشند.

۳.۵.۵ انتظارات و خواسته‌ها: درک شدن از سوی همسر، رسیدن به سطح هنجار از

میل جنسی، رضایت همسر، آموزش‌های پیش از ازدواج، عادی سازی مشکل، فرهنگ سازی، ارتقای سطح کیفی روابط زناشویی انتظارات و توقعات بیماران از نتیجه یک فرایند درمانی مؤثر بود.

۶. نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی جنسی انجام شد. بر حسب نتایج، تجارب این بیماران در ۵ مقوله محوری اصلی عوامل فردی، ناکارآمدی زندگی زناشویی، عوامل محیطی اجتماعی، پیامدها و ملاحظات درمانی به دست آمد. یکی از مقوله‌های محوری به دست آمده از مصاحبه‌ها، نقش عوامل فردی با مضامین اصلی (ویژگی‌های روان شناختی، نگرش‌های ناکارآمد و فقدان مهارت) در بروز و تداوم اختلال میل / برانگیختگی جنسی بود. در این مقوله ویژگی‌های روان شناختی فرد یکی از عوامل به دست آمده مؤثر بر اختلال کم میلی جنسی زنان بود. عزت نفس پایین و عدم ابراز وجود، احساس بی ارزشی، احساس دوست داشتنی نبودن، تصویر منفی از بدن، عدم تمایز یافتگی، نقایص و مشکلات جسمی از ویژگی‌های روان شناختی بودند که در زنان مبتلا به اختلال کم میلی جنسی گزارش شد. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های کینگ برگ (Kingsberg) (۲۰۱۴) و کاروالهو و نوبره (Carvalho & Nobre) (۲۰۱۱) می‌باشد. همچنین همسو با این نتایج، دیدگاه‌های شناختی - رفتاری در مورد میل جنسی کم کار بیان می‌کنند که آشفتگی‌های هیجانی، باورهای جنسی ناسازگار، افکار خودآیند منفی و احساسات، ویژگی‌های شخصیتی از قبیل اعتماد به نفس، اعتماد به نفس بالا در مورد جذابیت جنسی و داشتن احساسات مثبت نسبت به خودانگاره، بیماری‌ها و آشفتگی‌های هیجانی بر میل جنسی زنان تأثیر دارد (کینگز برگ (Kingsberg)، ۲۰۱۴). تمایز یافتگی تأثیر مستقیم و قابل توجهی بر ارتباطات جنسی دارد، افرادی که از سطح تمایز یافتگی پایینی برخوردارند، یک ویژگی منفی به نام ترس از دست دادن خود در آنها شکل می‌گیرد. بنابراین، در روابطی که با دیگران برقرار می‌کنند دچار یک ترس مزمن برای نابودی خویش در یک رابطه نزدیک هستند و همین، زمینه را برای رفتارهای متناقض آنها فراهم می‌کند. این عدم توانایی در جدا کردن راه‌های عاطفی و منطقی پاسخ در روابط و عدم توانایی برای حفظ یک حس از خویشتن در حضور دیگران، قوی‌ترین پیش بین از مشکلات جنسی در زنان است. افراد دارای تمایز یافتگی خود پایین معمولاً چون

در هنگام نزدیکی فیزیکی با دیگران ترس از دست دادن خود را دارند دچار مشکلات جنسی می‌شوند (لومان (Laumann) و همکاران، ۱۹۹۹).

کاروالهو و نوبره (Carvalho & Nobre) (۲۰۱۰) نیز عوامل روان‌شناختی نظیر همبستگی و میل دو طرفه، باورهای محافظه‌کارانه، فقدان افکار شهوانی و منفعل بودن زن طی فعالیت جنسی را از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم میل جنسی بیان کرده‌اند.

از دیگر عوامل مرتبط با مقوله محوری عوامل فردی، نگرش‌های باورهای ناکارآمد جنسی و فقدان آگاهی و مهارت‌های زندگی زناشویی بود. دانش و نگرش افراد به تفسیر اطلاعات در روابط جنسی بر چرخه جنسی (میل، برانگیختگی، ارگاسم و فرونشانی) تأثیر می‌گذارد (شلانی و سیاه‌کمری، ۱۳۹۷). با توجه به اینکه دانش جنسی دربرگیرنده ابعاد زیستی، فرهنگی - اجتماعی، روان‌شناختی و مذهبی بوده و به حوزه شناختی (اطلاعات و دانش)، عاطفی (احساسات، ارزش‌ها و نگرش‌ها) و رفتاری (مهارت‌های ارتباطی و برقراری رابطه جنسی) مربوط می‌شود؛ لذا بر عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن تأثیرگذار است. افرادی که نگرش مثبت نسبت به مسائل جنسی دارند، رابطه جنسی را بدون احساس گناه تجربه کرده و در نتیجه رضایت بیشتری را نیز از آن دریافت می‌کنند.

یکی دیگر از عوامل بدست آمده از مصاحبه با بیماران نقش عوامل محیطی اجتماعی (عوامل فرهنگی اجتماعی، تاریخچه رشدی و سبک زندگی ناسالم) بر اختلال میل/برانگیختگی جنسی بود. ارزش‌های فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و آداب و رسوم نیز می‌توانند به‌طور منفی بر میل جنسی به ویژه در زنانی که در فرهنگ‌ها و مذاهب بسیار محدود کننده رشد یافته‌اند، مؤثر باشند (کینگز برگ و وودراد (Kingsberg & Woodard)، ۲۰۱۵؛ کینگز برگ و رضایی (Kingsberg & Rezaee)، ۲۰۱۳؛ عامر و ویدمر (Ammar & Widmer)، ۲۰۱۳). در همین راستا امروزه نقش فرهنگ بر تظاهرات بالینی نشانه‌ها، سبب شناسی، انتظار از درمان، سازگاری فرد با بیماری و فرآیند روان‌درمانی به عنوان عاملی تأثیرگذار مورد تأیید محققان قرار گرفته است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). تمامی فرهنگ‌ها، در سراسر جهان رفتار جنسی را به نوعی کنترل می‌کنند. در مورد زنان ساختارهای فرهنگی مربوط به رفتار جنسی به تنش بیشتر بین این رفتار و کلیشه‌های فرهنگی می‌انجامد. زنان در فرهنگ ما پذیرفته‌اند که درباره تمایلات جنسی خود در زندگی زناشویی کمتر صحبت کنند و نارضایتی خود را کمتر ابراز دارند. آن‌ها با این کلیشه روبه‌رو هستند که «یک زن خوب هرگز راجع به رفتار جنسی خود صحبت نمی‌کند». بنابراین با در نظر گرفتن اینکه رفتار جنسی

همواره در هاله‌ای از ابهام قرار دارد و تا پیش از ایجاد اختلال‌های جدی در کارکرد جنسی، آگاهی‌های کافی در این خصوص ارائه نمی‌شود. با توجه به این مبانی آسیب‌شناختی فرهنگی در جامعه ایران و گسترش رسانه‌ها و افزایش آگاهی‌های جنسی نیاز فزاینده‌ای به آموزش اصولی و علمی در این زمینه احساس می‌شود (قاسمی و همکاران، ۱۴۰۰). همسو با این ادعا نیز مصاحبه‌شوندگان به فرهنگ سازی به عنوان یکی از خواسته‌ها و انتظارات اشاره کردند.

رابطه زناشویی ناکارآمد (فرایند ازدواج، تعارضات زناشویی، همسر بازدارنده و ناهخوانی جنسی) از دیگر عوامل به دست آمده از پژوهش حاضر بود که در نتیجه مضامینی همچون فرایند ازدواج، تعارضات زناشویی و ویژگی‌های ناسازگار همسر و ناهمخوانی‌های جنسی به دست آمد. همسو با این نتایج نیز پژوهش‌های متعددی نشان داده است که میل جنسی پایین اغلب با ناسازگاری و تعارضات زناشویی، نارضایتی زناشویی و سطح متوسطی از اضطراب و افسردگی همراه است. علاوه بر این، مشکلات بین فردی همچون تعارضات زناشویی، کیفیت پایین ارتباط زناشویی و رضایت زناشویی پایین نیز خود جزء عوامل ایجاد کننده سردمزاجی جنسی در زنان هستند (نورعلیزاده، ۱۳۹۷). همچنین از دیگر یافته‌های بدست آمده، عوامل مربوط به همسر از جمله ویژگی‌های جسمانی، مشکلات رفتاری، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی و رفتاری همسر بود. با توجه به تجارب زیسته زنان حاضر در این پژوهش، نحوه نگرش افراد از زیبایی و تناسب اندام خود و همسر و همچنین کفایت خود یا همسر به عنوان شریک جنسی می‌تواند در میل جنسی زنان تأثیر به‌سزایی بگذارد. همسو با این نتایج، مطالعات از جذابیت جنسی به عنوان یک عامل روانشناختی تأثیر منفی بر میل جنسی یاد کرده‌اند (کینگزبرگ (Kingsberg)، ۲۰۱۵؛ براتو (Brotto) و همکاران (۲۰۱۵)).

در رابطه با مقوله محوری ملاحظات درمانی نیز مضمون‌های اصلی محدودیت‌های درمانی، عوامل تسهیل‌گر در درمان مشکل و خواسته‌ها و انتظارات مشارکت‌کنندگان شناسایی شد. نامیدی از درمان و تغییر، عدم همراهی همسر در فرایند درمان، کم‌اهمیت جلوه دادن مسئله، نگرش منفی نسبت به روان‌درمانی، اجبار به ادامه رابطه و زندگی علیرغم میل، استیگمای بیماری، هزینه‌های بالای روان‌درمانی و مشاوره، تابو بودن مشکل، تجربه منفی از درمان از جمله محدودیت‌های سر راه درمان مؤثر این اختلال در زنان بودند. یکی از محدودیت‌های پیش روی این افراد که در نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان پژوهش حاضر نیز به دست آمد، نقش داغی است که در مورد اختلالات روانی وجود دارد. تأثیر عوامل مربوط به داغ به میزانی است که حتی می‌تواند بر نحوه ابراز اختلالات تأثیر بگذارد و اغلب به عنوان مانع و

محدودیتی بر سر راه درمان نیز وجود دارد؛ زیرا در بعضی کشورها ابتلا به یک بیماری جسمی مقبول‌تر از ابتلا به یک اختلال روانی است. این دسته از بیماران به دلیل فشار روانی حاصل از بیماری و همچنین آثار اجتماعی انگ روانی و انزوای اجتماعی حاصل از آن، خود نیز از لحاظ عاطفی و روانی درگیر مشکلاتی چون افسردگی و بدخلقی هستند و کیفیت زندگی آنان دچار زوال می‌شود.

به طور خلاصه یافته‌های این پژوهش نشانگر این است که اختلال کم میلی جنسی، اختلالی چندبعدی است و پیامدهای منفی قابل توجهی بر عملکرد و کیفیت زندگی زناشویی این بیماران دارد. شناخت هر دسته از علل روانشناختی می‌تواند برای محققین و درمانگران نوید دهنده کشف راهکارهای مؤثر برای درمان روانشناختی به منظور کمک به بهبودی بیماران گردد. با توجه به یافته‌ها و علایم تجربه شده و پیامدهای بیماری و انتظارات شرکت کنندگان از درمان به نظر می‌رسد که روان‌شناسان و روانپزشکان برای درمان این بیماری باید رویکردی جامع و همه جانبه در اختیار داشته باشند و بتوانند برای هر کدام از علایم و پیامدهای این بیماری و عوامل اثرگذار در سبب شناسی این بیماری مجموعه‌ای از الگوهای درمانی و تکنیک‌های علمی، به روز و مؤثر را در اختیار داشته باشند و به فراخور نیازها و علایم بیماران از آن در فرایند درمان بهره‌جویند. همچنین در نظر گرفتن فرهنگ و شرایط فرهنگی اجتماعی می‌تواند در ایجاد یک چارچوب مفهومی کارآمدتر در برنامه‌های پیشگیرانه و یا مداخله‌ای برای جمعیت در معرض خطر ابتلا به مشکلات جنسی کمک کننده باشد و ممکن است که بدون اتخاذ رویکرد فرهنگ محور، شواهد مهمی از دست برود.

محدودیت‌هایی نیز در این پژوهش وجود داشت؛ از جمله این که به دلیل تابو بودن مسائل جنسی در جامعه، در مرحله نمونه‌گیری، محقق با مشکلات زیادی در جهت توجیه افراد برای شرکت در انجام پژوهش مواجه بود، همچنین شرم و حیا در زنان گاهی باعث دادن پاسخ‌های کوتاه و تلگرافی شرکت کنندگان به سؤالات مصاحبه و در برخی موارد مانع از ادامه روند مصاحبه می‌شد که پژوهشگر با استفاده از مصاحبه‌های انگیزشی، تاکید بر محرمانه بودن مصاحبه‌ها و اصل رازداری شرایط ادامه روند مصاحبه را فراهم می‌نمود. همچنین به سبب شیوع کرونا همزمان با انجام پژوهش و تعطیلی مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناختی دسترسی به نمونه و انجام فرایند پژوهش با دشواری‌هایی همراه بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی جنسیت زن و مرد به طور جداگانه و در قومیت‌های مختلف ایرانی تکرار کنند تا الگوی جامع‌تری از این اختلال در فرهنگ ایران ترسیم شده و پیش روی

تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی ... (ندا قاسمی و دیگران) ۱۶۳

روان‌شناسان و روانپزشکان این حوزه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود اعتبار مؤلفه‌های شناسایی شده در میان گروه بزرگتری از بیماران مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد. نتایج حاصل از این مطالعه همچنین می‌تواند راهگشای متخصصان در سیر آسیب شناسی و درمان اختلال میل برانگیختگی جنسی و تدوین مداخلات نوین و کاربردی برای این بیماران باشد.

پی‌نوشت

۱. پژوهش حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول با کد اخلاق IR.LUMS.REC.1399.324 بود. بدین وسیله از کلیه افرادی که در این پژوهش با ما همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

کتاب‌نامه

- آذرتاش، فاطمه؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کم میلی جنسی در زنان، *پژوهش نامه زنان*، ۱۳(۳۹)، ۱-۱۷.
- احمدیان، علیرضا، حاتمی، محمد، تاجیک، عزیزالله، زهراکار، کیانوش & حسنی، جعفر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان حل مسئله محور جنسی مبتنی بر رویکرد اسلامی در بهبود مشکلات جنسی زوجین: (بررسی امکان‌سنجی، تدوین الگوی مفهومی و پیامدهای اولیه درمانی، *پژوهش‌نامه زنان*، ۹(۲۳)، ۳۷-۷۱.
- ایراندوست، راضیه؛ ملیحی الذاکرینی، سعید؛ سهرابی، فرامرز؛ آهی، قاسم. (۱۳۹۷). الگوی علی روابط بین عملکرد جنسی بر پایه باورهای بدکارکردی جنسی با میانجی درماندگی روانشناختی و ابعاد صمیمت زناشویی. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۳(۴۵): ۱۳۵-۱۵۲.
- بهرامی، لیلا؛ توسلی، افسانه. (۱۳۹۹). مطالعه کیفی تابوها در نارضایتی جنسی زنان متقاضی طلاق. *پژوهش‌نامه زنان*، ۱۱(۳۳)، ۶۹-۹۰.
- خرم دل، کاظم؛ رشید، سجاد؛ برهمند، اوشا؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۶). ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی مصاحبه نیمه ساختار یافته رفتار احتکاری در نمونه بالینی، *فصلنامه ابن سینا*، ۱۹(۲)، ۲۸-۳۵.
- سلطانی، آناهیتا؛ رضائی، فاطمه؛ رضوی، ویدا. (۱۳۹۵). اثربخشی مشاوره‌ی شناختی- عاطفی بارلو بر بهبود سردمزاجی جنسی زنان شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۱۷(۳)، ۸۱-۸۹.

- شالانی بی‌تا، سیاه کم‌ری، راحله. (۱۳۹۷). همبستگی دانش و نگرش جنسی با عملکرد جنسی در پرستاران زن، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۲ (۹): ۶۶-۷۴.
- عشقی، روناک؛ بهرامی، فاطمه؛ فاتحی زاده، مریم؛ کشاورز، امیر. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی مشاوره رفتاری-شناختی زوجین بر بهبود اختلال میل جنسی کم کار زنان در شهر اصفهان. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۴ (۵۳)، ۱۳۰-۱۵۱.
- قاسمی، سعید؛ شکاری، غلامعباس؛ قیومی، عباسعلی (۱۴۰۰). الزامات مداخله در سلامت جنسی خانواده. *فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده*، ۱۶ (۵۷): ۷-۲۸.
- نورعلیزاده، مسعود. (۱۳۹۷). *سلامت و اختلال جنسی همسران، رویکرد اسلامی و روان‌شناختی*، چاپ اول، قم، مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره).
- هدایتی، مهرانوش & بیگی، سارا. (۱۳۹۵). تعیین رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و رضایتمندی زناشویی با شاخص عملکرد جنسی در زنان. *پژوهش‌نامه زنان*، ۷ (۱۶)، ۱۲۷-۱۴۱.

- Aina, O. F. (2018). Culture and mental health. In O. Olayinka, & O. Femi (Eds) *Contemporary Issues in Mental Health Care in sub-Saharan Africa*. (pp. 203-241). Nigeria: BookBuilders.
- Ammar, N., Widmer, E. (2013). Sexual desire and the style of conjugal interactions, *Sexologies*, 22, 4, e81-e7.
- Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
- Biddle, A.K., West, S.L., D'Aloisio, A.A., et al. (2009). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burde, *Value Health*, 12, 763-772.
- Bitzer, J., Giraldi, A., Pfäus, J. (2013). Sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in women. Introduction and overview, Standard operating procedure (SOP Part 1). *J Sex Med*, 10:36-49.
- Brotto L, Atallah S, Johnson- Agbakwu C. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction, *J Sex Med*, 13, 538-57.
- Carvalho, J., Nobre, P. (2011). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model, *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 3, 754-763
- Clayton, A. H., Kingsberg, SH. A. & Goldstein, I. (2018). Evaluation and Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder, *J Sexual Medicine*, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.
- Clayton, A., Goldstein, I., Kim, N., Althof, S., Faubion, S., Fought, B., Parish, S., Simon, J., Vignozzi, L., Christiansen, K., Davis, S. R., Freedman, M. A., Kingsberg, S. A., Kirana, P. S., Larkin, L., McCabe, M., & Sadovsky, R. (2018). The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women, *Mayo Clinic proceedings*, 93,4, 467-487. <https://doi.org/10.1016>.

- Clayton, A. H. (2010). The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women, *Int J Gynaecol*, 110, 7-11.
- Fisher, W., Eardley, I., Fuchs, M., Sand M. (2010). The desire (desire and its effects on female sexuality including relationships) study: emotional impact of low sexual desire and associated distress in a sample of 5,089 European women, *J SexMed*, 7, 128.
- Foroutan S., Jadid M. (2009). The prevalence of sexual dysfunction among divorce requested, *Daneshvar Med*, 16, 78, 37-42.
- Ghadery, F., Akrami, N., Namdari, K., & Abedi, A. (2022). Life Experiences of Patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) Comorbid with Emotional Disorders: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 11(1), 10-18. doi: 10.22062/jqr.2021.193614.0
- Green, A.I. (2008). The Social Organization of Desire: The Sexual Fields Approach, *Sociological Theory*, 26, 1, 25-50.
- Guba EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks, CA, SAGE; 1989.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, USA: SAGE Publications.
- Hackmann C, Balhara Y. P. S, Clayman K, Nemec P. B, Notley C, Pike K., ... & Swarbrick M. (2019). Perspectives on ICD-11 to understand and improve mental health diagnosis using expertise by experience (INCLUDE Study): an international qualitative study, *The Lancet Psychiatry*, 6, 9, 778-785.
- Rashid, S., Barahmand, U., & Abolghasemi, A. (2017). Evaluation of the psychometric properties of a Semi-structured Hoarding Rating Scale-Interview (HRS-I) in a Clinical Sample. *Ebnesina*, 19(2), 28-35.
- Kingsberg, S.A. (2014). Attitudinal survey of women living with low sexual desire, *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 23, 817-23.
- Kingsberg, S.H. A., Rezaee, R. (2013). Hypoactive Sexual Desire in Women, *Menopause*, 20, 12, 1284-300. doi: 10.1097/GME.000000000000131.
- Kingsberg, S.A., Woodard, T. (2015). Female sexual dysfunction: focus on low desire, *Obstet Gynecol*, 125, 2, 477-86
- Krapf, J. M., Buster, J. E., & Goldstein, A. T. (2016). Management of hypoactive sexual desire disorder (HSDD). In L. I.
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States, *Journal of the American Medical Association*, 281, 537- 544. doi:10.1001/jama.281.6.537
- Lipshultz, A. W. Pastuszak, A. T. Goldstein, A. Giraldi, & M. A. Perelman. (2016). *Management of sexual dysfunction in men and women* (pp. 233-249). Berlin, Springer.

- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Bäärnhielm, S., Rohlof, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., & Groen, S. (2014). Culture and psychiatric evaluation: operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal and Biological ZProcesses*, 77(2), 130-154.
- Lewis-Fernández, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. G., & Liao, B. (2010). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 212-229.
- Macnee CI. *Understanding nursing research*. Philadelphia, Lww. 2004.
- Malary, M., Khani, S., Poursaghar, M., Moosazadeh, M. & Hamzehgardeshi, Z. (2015). Biopsychosocial Determinants of Hypoactive Sexual Desire in Women, *Mayo Foundation for Medical Education and Research*, 27, 6, 383-389.
- Malary, M., Poursaghar, M., Khani, S., Hamzehgardeshi, Z. (2016). Psychometric Properties of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female for Diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder: The Persian Version, *Iran J Psychiatry*, 11, 4, 262-268.
- McCarthy, B., Wald, L.M. (2012). Sexual desire and satisfaction: The balance between individual and couple factors, *Sexual and Relationship Therapy*, 27, 310-321.
- McCarthy, B., Koman, C. A. & Cohn, D. (2018). A psychobiosocial model for assessment, treatment, and relapse prevention for female sexual interest/arousal disorder, *Sexual and Relationship Therapy*, 33, 3, Available from: <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1462492>.
- Mckenzie, N. (2018). Female Sexual Interest and Arousal Disorder. How We Can Help When Our Patient's Libido Hits the Brakes, *Physician Assist*, 3, 385-397.
- Morrow, R., Rodriguez, A., & King, N. (2015). Colaizzi's descriptive phenomenological method. *The psychologist*, 28(8), 643-644.
- Osborne, J. W. (1990). Some basic existential-phenomenological research methodology for counsellors. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 24 (2), 79-91.
- Parish, S. J., Hahn, S. R. (2016). Hypoactive sexual desire disorder: A review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment, *Sex Med Rev*, 4, 103-120.
- Pfaus, J. G. (2006). Of rats and women: preclinical insights into the nature of female sexual desire, *Sex Relat Ther*, 21, 463-76.
- Ramezani, M.A., Ahmadi, K., Ghaemmaghami, A., Marzabadi, E.A., Pardakhti, F. (2015). Epidemiology of Sexual Dysfunction in Iran: A Systematic Review and Meta-analysis, *Int J Prev Med*, 6, 43.
- Rosen, N.O., Dube', J.P., Corsini-Munt, S., Muise, A. (2019). 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, *The journal of sexual medicine*, 16, 1, 83-95.

تجارب زیسته زنان مبتلا به اختلال میل / برانگیختگی ... (ندا قاسمی و دیگران) ۱۶۷

- Rosen, R.C., Shifren, J.L., Monz, B.U., Odom, D.M., Russo, P.A., Johannes, C.B. (2009). Correlates of sexually related personal distress in women with low sexual desire, *J Sex Med*, 6, 6, 1549–60. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01252.x> PMID: 19473457
- Sarin, S., Amsel, R., & Binik, Y. M. (2016). A streetcar named “derousal”? A psychophysiological examination of the desire–arousal distinction in sexually functional and dysfunctional women, *Journal of Sex Research*, 53, 711–729.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., & Johannes, C. B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates, *Obstet Gynecol*, 112, 970-978.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative Research in Nursing (Advancing the Humanistic Imperative)*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Štulhofer, A., Carvalheira, A.A., Træen, B. (2013). Is responsive sexual desire for partnered sex problematic among men? Insights from a two-country study, *Sexual and Relationship Therapy*, 28, 246–58
- Teimourpour, N., Moshtagh Bidokhti, N., Pourshahbaz, A., Bahrami Ehsan, H. (2014). Sexual desire in Iranian female university students: Role of marital satisfaction and sex guilt. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 8, 4, 64–9. [PubMed: 25798176]. [PubMed Central: PMC4364479].
- West, S.L., D’Aloisio, A.A., Agans, R.P., et al. (2008). Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women, *Arch Intern Med*, 168,1441-1449.