

The efficiency of marital and sexual skill training on hypoactive sexual desire and marital satisfaction in women

Keshavarz- Safie Z. MSc¹, Noury R. PhD[✉], Hassani J. PhD¹

¹ Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

[✉] Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

Received: 2012.8.11

Accepted: 2015.3.5

Abstract

Introduction: Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD) is a prevalent sexual dysfunction in women. For determining the effects of marital and sexual skill training in HSDD patients, an educational package was developed. The efficiency of the package was assessed for improving sexual disorders and marital satisfaction in HSDD women.

Method: The design of this study was a single case with multiple base lines. At first, the package was developed by reviewing the literature. The clinical psychologists assessed the package and later on were revised by their recommendations. Afterwards, 4 women with HSDD participated in 13 intervention sessions. The instruments were: marital satisfaction questionnaire (Enrich) and female sexual function index (FSFI). These patients had a 1 month follow-up period.

Results: The assessments after interventions and a 1 month follow-up showed that sexual desire and marital satisfaction had increased in the patients. From the ninth sessions the curve of both sexual desire and marital satisfaction increased.

Conclusion: The results of the research showed the educational packages in regards to marital and sexual skills increased the marital satisfaction of HSDD patients and their sexual desires.

Keywords: Hypoactive Sexual Desire, Marital and Sexual Skills Education, Sexual Desire, Marital Satisfaction

اثربخشی آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی بر کم‌کاری میل جنسی و رضایت زناشویی در زنان

زهرا کشاورز صفی‌ئی^۱، ربابه نوری[✉]، جعفر حسینی^۱

^۱ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
[✉] گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۵/۲۱

چکیده

مقدمه: اختلال کم‌کاری میل جنسی از اختلالات شایع جنسی در زنان است. به منظور تعیین اثر آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی بر زنان مبتلا به این اختلال، بسته آموزشی تدوین شد و پژوهش حاضر، به منظور تعیین اثربخشی بسته آموزشی در بهبود کم‌کاری میل جنسی و رضایت زناشویی زنان انجام شد.

روش: طرح پژوهش تک‌موردی با خطوط پایه چندگانه بود. ابتدا، با مرور پیشینه پژوهشی، بسته آموزشی تدوین شد. سپس، ۴ خانم مبتلا به کم‌کاری میل جنسی در یک مداخله ۱۳ جلسه‌ای شرکت کردند. ابزار مورد استفاده عبارت بود از: پرسشنامه‌های رضایت زناشویی (ENRICH)، و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI). بیماران یک ماه نیز پیگیری شدند.

یافته‌ها: ارزیابی‌های پس از آموزش و پیگیری یک ماه پس از اتمام مداخله نشان داد میل جنسی و رضایت زناشویی شرکت‌کنندگان افزایش یافت. شیب بهبودی هم در مورد میل جنسی و هم در مورد رضایت جنسی از جلسه نهم بود که همسران شرکت‌کنندگان در جلسه شرکت کردند و علاوه بر آموزش مهارت‌های ارتباطی و زوجی از تکنیک تمرکز حسی نیز استفاده شد.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد بسته آموزشی مهارت‌های زوجی و جنسی موجب افزایش میزان رضایت زناشویی شرکت‌کنندگان و همچنین بهبود میل جنسی زنان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کاهش میل جنسی، آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی، میل جنسی، رضایت زناشویی

مقدمه

خارج از چارچوب زناشویی همسر، حس منفی به لذت بردن از رابطه جنسی، کاهش علاقه به شریک جنسی و موارد مشابه نیز در این اختلال شایع‌اند [۱۳]. تجربه‌های مکرر خشم و سرخوردگی نسبت به همسر در تاریخچه زندگی مشترک این بیماران وجود دارد [۱۲]. از گذشته، درمان تمرکز حسی برای درمان این اختلال به کار می‌رفته است [۱۴، ۱۵]. با این حال، تحقیقات بیشتر نشان داد، پاسخ چرخه جنسی در زنان با هر محرکی آغاز نمی‌شود بلکه میل جنسی در پاسخ به تجربه هیجان جنسی ایجاد می‌شود [۱۶]. از سوی دیگر، مدل متفاوت دیگری نیز توسط گراهام و بنکرافت ارائه شد که با نام «سه پنجره» معروف است. بر اساس این مدل، عوامل مختلفی بر شکایات جنسی زنان اثر می‌گذارند. پنجره اول عبارت است از موقعیت فعلی زنان مانند مشکلات ارتباطی با همسر، رابطه ضعیف با همسر و نداشتن وقت. پنجره دوم عبارت است از عوامل آسیب‌پذیر کننده به شکایات جنسی مانند نگرش منفی نسبت به خود یا بدن خود، سابقه آزار یا ترومای جنسی. پنجره سوم مربوط به مشکلات بهداشتی است از جمله اضطراب و افسردگی، مشکلات غدد درون‌ریز یا مشکلات مربوط به سیستم قلبی-عروقی و تأثیری که بر کارکرد جنسی دارند [۱۷]. با توجه به نظریات و یافته‌های جدید، ضروری به نظر می‌رسد علاوه بر درمان تمرکز حسی، برای بیماران مبتلا به اختلال کاهش میل جنسی از درمان‌های دیگر نیز استفاده شود. اساس درمان در این بیماری استفاده از رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی، چندبعدی و یکپارچه است [۱۸]. در همین رابطه، ضرورت استفاده از CBT یا درمان‌های روانی-اجتماعی دیگری مطرح شده است [۸]. به عبارت دیگر، راهکار درمانی نیز می‌تواند شامل یک پروتکل کوتاه، اما، جامع، انعطاف‌پذیر و متناسب برای زوجین باشد [۱۲]. این در حالی است که عوامل متعددی در مشکلات جنسی مؤثرند. نبود آموزش‌های کافی درباره فعالیت جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی، پیش‌نوازش ناکافی، ناسازگاری در ارتباط به طور کلی، باورهای جنسی نادرست، ارتباط ضعیف و صحبت اندک درباره نیازها یا اضطراب جنسی هر یک از طرفین، وجود اختلال جنسی در شریک جنسی، اضطراب درباره عملکرد جنسی و ترس از موفق نبودن در رابطه جنسی، روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدود کننده والدین، داشتن تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج، احساس گناه درباره آمیزش جنسی و مغایرت داشتن آن با مذهب، اضطراب و افسردگی از شایعترین عوامل روان شناختی در کژکاری‌های جنسی هستند [۱۹]. اجتماع، مذهب، اخلاق، اجتماع و سیستم خانوادگی و آرایش فرهنگی تأثیر مهمی در درک افراد از پاسخ جنسی می‌باشد [۲۰]. آموزش شیوه‌های درست در برقراری ارتباط مؤثر با شریک جنسی فعلی، می‌تواند برای حل صدمات گذشته، عمل کردن در روابط جنسی زمان حال و مواجهه بهتر با شکست‌های زندگی در آینده مورد استفاده قرار گیرد [۲۱]. باید ادعان داشت که زن و مرد تنها در صورتی که به بینش کامل از ازدواج دست یابند، می‌توانند از رابطه جنسی خود با همدیگر بهترین بهره را بگیرند [۲۲]. از این رو مطالعه رضایت‌مندی

زندگی انسان سرشار از وقایع متعددی است که ممکن است امکان بوجود آمدن یک مشکل جنسی را افزایش دهد [۱]. یکی از مشکلات عمده جنسی، فقدان رضایت جنسی است و طی سال‌های اخیر نارساکنش‌وری جنسی زنان (FSD: female sexual dysfunction) به رسمیت شناخته شده است. این اختلال در کیفیت زندگی زنان تأثیر بسزایی داشته و شامل طیف وسیعی از مشکلات نظیر اختلالات میل جنسی، اختلالات انگیزش جنسی، اختلالات ارگاسم، اختلالات درد جنسی و اختلال کاهش میل جنسی (HSDD: hypoactive sexual desire disorders) هستند [۲]. امروزه، اختلال کاهش میل جنسی (HSDD) بر اساس پژوهش‌های پیمایشی صورت گرفته یکی از شایعترین این اختلالات است [۳]. اختلال کاهش میل جنسی، فقدان یا کاهش میل یا علاقه جنسی است که منجر به پریشانی قابل ملاحظه یا مشکلات بین‌فردی می‌شود [۴]. یکی از مطالعات اخیر نشان می‌دهد ۲۲ درصد زنان و ۵ درصد مردان در طول زندگی خود مشکلات مرتبط با کاهش میل جنسی را تجربه می‌کنند [۵]. یک زن از هر ده زن مبتلا به اختلال کاهش میل جنسی است. این اختلال در زنان میانسال بین ۱۸ تا ۴۴ ساله ۸/۹ درصد، زنان بین ۴۵ تا ۶۴ سال بود. بعد از یائسگی، میزان این اختلال ۲۰ درصد بیشتر از دوران قبل از یائسگی است [۶]. این اختلال، اثر منفی بر زندگی افراد مبتلا می‌گذارد از جمله از دست دادن زنانگی، شکست جنسی، کاهش عزت نفس، نایمنی، احساس بی‌کفایتی و نایمنی. علاوه بر این، با احساسات منفی زیادی نیز همراه است. در مقایسه با زنان عادی، زنان مبتلا به این بیماری از احساسات منفی بیشتری رنج می‌برند از جمله غمگینی، نگرانی، ناکامی، ناامیدی، درماندگی، شرم [۷، ۸]. اصولاً، هرگونه اختلال که به ناهماهنگی و در نتیجه نارضایتی از رابطه جنسی منجر شود، می‌تواند کمی جنسی را به همراه داشته باشد [۹]. رضایت جنسی به صورت مستقل می‌تواند رضایت زناشویی را پیش‌بینی کند [۱۰]. این در حالی است که سطوح بالای رضایت جنسی باعث افزایش کیفیت ازدواج می‌شود که خود، می‌تواند در طی زمان به ثبات بیشتر ازدواج بینجامد. به این ترتیب، رضایت جنسی، می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در رضایت زناشویی نیز باشد [۱۱]. با توجه به اهمیت رضایت جنسی در رضایت زناشویی، ضرورت درمان اختلالات جنسی و از جمله اختلال کاهش میل جنسی مطرح می‌شود. درمان اختلال کاهش میل جنسی مشکل است زیرا، این اختلال دارای گستره وسیعی از عوامل زیستی-روانی-اجتماعی است که اغلب ترکیبی از عوامل مختلف از جمله احساسات و باورهای فرد در مورد آمیزش و صمیمیت جنسی، ارتباط همسران، صدمات قبلی و فعلی، عدم تعادل هورمونی و سایر عوامل جسمی [۱۲]. در اختلال کاهش میل جنسی زنان، تجربه سرخوردگی، خشم، عزت نفس پایین، احساس ناامیدی و احساس کاهش زنانگی در بیماران شایع است [۱۳]. کاهش علاقه به همسر، واکنش به روابط جنسی

متخصص زنان و زایمان و تایید این که بیماری بر اساس عوامل روان‌شناختی است. به منظور نمونه‌گیری، از زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله که به مرکز مشاوره خانه سلامت منطقه ۲ تهران مراجعه کرده بودند، ابتدا پرسشنامه اختلال کاهی میل جنسی داده شد. ۱۶ نفر که نمرات بالا آورده بودند، مصاحبه بالینی شدند و از این میان ۷ نفر مبتلا به اختلال کاهش میل جنسی بودند. از این عده، فقط ۴ نفر پذیرفتند که همراه همسر در درمان شرکت کنند. پس از اجرای فرایند غربالگری و انجام ارزیابی‌های روانشناختی و معاینات پزشکی متخصص و نیز جهت عدم وجود اختلالات اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان، تست اضطراب و افسردگی انجام گردید. از میان ۷ نفر به عنوان موردهای نهایی پژوهش انتخاب شدند، ۴ نفر حاضر به همکاری و شرکت در دوره آموزشی شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، هیچ یک از این افراد جهت شرکت در پژوهش تحت فشار گذاشته نشد و شرکت در پژوهش به صورت داوطلبانه بود. با توجه به جلسه معارفه اولیه (غربالگری و ارجاع به پزشک) و نیز اجرای آموزش به صورت یک جلسه در هفته، طول مدت مداخله ۱۴ هفته شد (سیزده جلسه آموزشی و یک جلسه اجرای پرسشنامه-های (ENRICH) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI). سپس پروتکل آموزشی در ۱۳ جلسه اجرا شد. در جلسات ۹، ۱۰، ۱۱، و ۱۲ مداخله، بر اساس طرح بسته آموزشی مداخله، شرکت‌کنندگان همراه همسر خود در جلسات حضور پیدا کردند. برای ارزیابی دقیق میزان پیشرفت فرایند درمان، به جز ارزیابی اولیه (خط پایه)، پرسشنامه‌های رضایت زناشویی (ENRICH) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) در جلسات ۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱، و ۱۳ اجرا شد. افزون بر این، به منظور مطالعه پی‌گیری، از افراد شرکت‌کننده خواسته شد پس از گذشت ۳۰ روز از اتمام جلسه سیزدهم به منظور بررسی حفظ اثرات مثبت ناشی از آموزش‌ها، دوباره مراجعه کنند و در این جلسه از آنها مجدداً پرسشنامه رضایت زناشویی (ENRICH) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) گرفته شد.

پرسشنامه رضایت زناشویی ENRICH: فرم اصلی این پرسشنامه از ۱۱۵ سوال که ۱۲ خرده مقیاس دارد تشکیل شده است که *السون* و همکاران در سال ۱۹۹۳ فرم کوتاه ۴۷ سوالی آن را با ۹ خرده مقیاس شامل موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی تهیه کردند [۲۷]. این مقیاس دارای ۴۷ عبارت است که آزمودنی میزان توافق خود با هر یک از عبارات را در مقیاس لیکرت پنج بخشی (کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، کاملاً موافقم) مشخص می‌نماید. اعتبار فرم کوتاه این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ محاسبه گردید و روایی تفکیکی آن برابر با ۰/۸۵ تا ۰/۹۵ به دست آمد [۲۸]. این مقیاس در ایران در پژوهش‌های متعددی بکار رفته است که اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ و آزمون -آزمون مجدد بین ۰/۴۱ تا ۰/۹۴ گزارش شده است [۲۹]. به منظور ارزیابی روایی آزمون، ضریب

زناشویی و ابعاد مختلف آن (از جمله رابطه جنسی) به جهت تأثیری که بر بهداشت روانی افراد دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است [۲۳]. تحقیقات مختلف نشان دادند رضایت زناشویی متأثر از رضایت جنسی است [۱۰]. در این پژوهش مشخص شد رضایت جنسی و رضایت از رابطه به صورت مستقل می‌تواند رضایت زناشویی را پیش‌بینی کند. همچنین، در پژوهش دیگری مشخص شد رضایت از رابطه میانجی رضایت از رابطه جنسی و سازگاری زناشویی است. سطوح بالای رضایت جنسی باعث بهبود کیفیت ازدواج می‌شود و در طی زمان، منجر به پایداری ازدواج می‌شود. همچنین، در پژوهش جدیدی مشخص شد ابعاد هیجانی و جنسی صمیمیت بر رضایت زناشویی رابطه دارد. به این ترتیب، مشکلات جنسی از جمله اختلال کاهش میل جنسی می‌تواند بر رضایت زناشویی اثر بگذارد [۱۱]. یکی از روش‌های کارآمد که امروزه برای حل مشکل و تعارض‌های زناشویی، پیشگیری از درماندگی زناشویی، طلاق و افزایش و رضایت‌مندی زناشویی به شکل روزافزونی توسط متخصصان و درمانگران روابط زناشویی مورد استفاده قرار می‌گیرد، آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی است که از برنامه‌های غنی‌سازی ازدواج به شمار می‌رود [۲۴]. مهارت‌های زوجی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی و رفتاری است که بر اساس مطالعات انجام شده در زمینه زوج‌های ناب‌سامان شنا سایی شده‌اند [۲۵]. امروزه، بالینگران برای درمان مشکلات جنسی، الگوریتم درمانی چندجانبه‌ای شامل آموزش روانی؛ رفتار درمانی شناختی (CBT)، آمیزش درمانی، روان‌درمانی، و افزایش آگاهی-توجه را ارائه داده‌اند [۲۶]. بر همین اساس، با توجه به شیوع مشکلات جنسی به ویژه کمی میل جنسی (HSDD) در زنان، آموزش‌های زوجی و جنسی بدیهی به نظر می‌رسد. عمده درمان‌های موجود در اختلال کاهش میل جنسی، استفاده از هورمون‌هاست که با افزایش خطر اختلالات قلبی عروقی و سرطان سینه همراه است. از سوی دیگر، داروهای متعدد دیگری نیز امروز مورد توجه پزشکان قرار گرفته است [۴]. با توجه به این که فعلاً پروتکل درمان چندبندی برای این بیماران تدوین نشده است، و از سوی دیگر درمان‌های رفتاری شناختی توصیه شده‌اند، در پژوهش حاضر، بسته آموزش مهارت‌های ارتباطی و زوجی به منظور درمان اختلال کاهش میل جنسی برای زنان تدوین و اثربخشی آن بررسی شد.

روش

طرح پژوهش حاضر در قالب یک طرح تجربی تک‌موردی با خطوط پایه چندگانه انجام شد. نمونه پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان متاهل خانه‌دار دواطلب انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به طرح عبارت بودند از: ابتلای به اختلال کاهش میل جنسی بر اساس مصاحبه بالینی و ملاک‌های تشخیصی، نبود اختلالات اضطرابی و افسردگی تک‌قطبی، نداشتن سابقه مصرف مواد و سابقه سوء استفاده جنسی، تعیین اکتسابی بودن اختلال بدکارکردی میل جنسی بر اساس نظر و تشخیص

پرسشنامه اضطراب زونگ S.A.S: مقیاس خودسنجی اضطراب زونگ (Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS)) کمی سطح اضطراب مراجعان بالینی طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۰ سوال چهارگزینه‌ای بوده بر اساس نمره‌دهی لیکرت ۱ تا ۴ (۱: هیچگاه، ۲: گاهی اوقات، ۳: بیشتر اوقات، و ۴: اکثر مواقع یا همیشه) و بر مبنای ۱۵ نشانه بدنی و ۵ نشانه عاطفی اضطراب تهیه شده است. نمره‌گذاری بر اساس نمره کلی کسب شده در مقیاس انجام می‌شود [۳۷]. اعتبار این آزمون در نمونه ایرانی با استفاده از همبستگی پیرسون پرسشنامه اضطراب هامیلتون ۰/۸۳ بود. روایی نسخه فارسی ۰/۸۴ به دست آمد [۳۸].

جلسات آموزشی زوجی و جنسی: ابتدا، با توجه به ادبیات پژوهشی و با استفاده از منابعی نظیر زناشویی‌درمانی سیستماتیک، راهنمای بالینی اختلالات جنسی، اصول و قواعد زناشویی‌درمانی، مهارت‌های زندگی زناشویی، درمان اختلالات جنسی، راهنمای تخصصی سلامت جنسی و روانی، بسته آموزشی مهارت‌های جنسی و زوجی تدوین شد [۱، ۸، ۱۴، ۳۹]. این بسته شامل ابعاد مختلف زیستی، روانی و ارتباطی است و عوامل رفتاری و شناختی را در بسته آموزشی گنجانده است: آموزش مهارت‌های ارتباطی، فیزیولوژی جنسی، باورهای شایع ولی غلط در رابطه با رابطه جنسی (شناختی)، فونونی در جهت بهبود رابطه جنسی (زوج درمانی جنسی)، و همچنین عامل‌هایی که به رابطه جنسی آسیب می‌رسانند. پس از تدوین بسته بررسی محتوای آن توسط ۴ نفر متخصصان روانشناسی بالینی که در زمینه زناشویی‌درمانی فعالیت و پژوهش دارند، مورد ارزیابی قرار گرفت. بر اساس نظر متخصصان، تغییراتی در بسته آموزشی اولیه انجام شد: ترتیب و توالی جلسات، ضرورت جلب همکاری همسر در درمان و گنجاندن جلسات مشترک زوجی، گنجاندن باورهای غلط ولی شایع، کوتاه کردن تعداد جلسات، ضرورت استفاده از نمودار و تصاویر، استفاده از تکالیف خانگی، و انتقال بعضی از فعالیت‌های درون جلسات به تکالیف خانگی. قالب نهایی بسته، شامل مجموعه آموزشی در ۱۳ جلسه ۲ ساعته برای شرکت‌کنندگان است که جلسات آخر با حضور همسر در جلسه و به صورت مشترک برگزار می‌شود. در جدول ۱ خلاصه محتوای آموزشی به تفکیک جلسات ارائه شده است.

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها از روش بازبینی دیداری نمودارها و ضریب‌های تأثیر استفاده شد. در پژوهش حاضر، فراز و فرود متغیر وابسته پایه دآوری میزان تغییر محسوب شده است. افزون بر این، از ملاک معناداری بالینی هم برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. در جدول ۲ تغییرات نمرات رضایت زناشویی با محاسبه نمرات در پرسشنامه رضایت زناشویی بر حسب نرم تعیین شده در این پرسشنامه برای هر ۴ آزمودنی در طی جلسات مداخله‌ی آموزشی نشان داده شده است.

همبستگی پیرسون به روش بازآزمایی (با فاصله یک هفته) محاسبه شد که برای زنان ۹۴ درصد و برای مردان ۹۳ درصد و برای کل (زنان و مردان) ۹۴ درصد به دست آمد. این پرسشنامه همبستگی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ با مقیاس‌های مختلف پرسشنامه رضایت خانوادگی دارد که نشان دهنده اعتبار سازه خوب این پرسشنامه است [۳۰].

شاخص عملکرد جنسی زنان

(Female Sexual Function Index (FSFI): مقیاسی جهت اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان است که با ۱۹ سوال، عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه میل جنسی، برانگیختگی جنسی (تهییج جنسی)، روان‌سازی (رطوبت مهبل)، ارگاسم، درد جنسی، و رضایت‌مندی جنسی می‌سنجد. این مقیاس توسط روزن و همکاران ساخته و در گروهی از زنان با اختلال جنسی اعتباریابی شده است [۳۱]. در مورد نحوه نمره‌دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سوال‌های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست می‌آید. با جمع کردن نمرات ۶ حوزه با هم نمره کل مقیاس بدست می‌آید. نقطه برش برای کل مقیاس ۲۸ و برای خرده‌مقیاس میل جنسی ۳/۳، برانگیختگی جنسی (تهییج جنسی) ۳/۴، روان‌سازی (رطوبت مهبل) ۳/۴، ارگاسم ۳/۴، رضایت‌مندی جنسی ۳/۸، و درد جنسی ۳/۸ است. نمرات بالاتر از نقطه برش مبین عملکرد خوب است [۳۲]. نتایج مربوط به روایی FSFI نشانگر آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۴ برای هر یک از ۶ حوزه و ۰/۸۰ یا بالاتر برای کل شاخص است [۳۳]. نتایج مربوط به هنجاریابی ایرانی FSFI حاکی از آن است که آلفای کرونباخ سوالات هر ۶ حوزه بالای ۰/۷۰ و برای کل سوالات بالای ۰/۸۵ بوده است. روایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط ۵ متخصص روان‌شناسی و مشاوره تأیید شده و آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۷۷ به دست آمده است [۳۳].

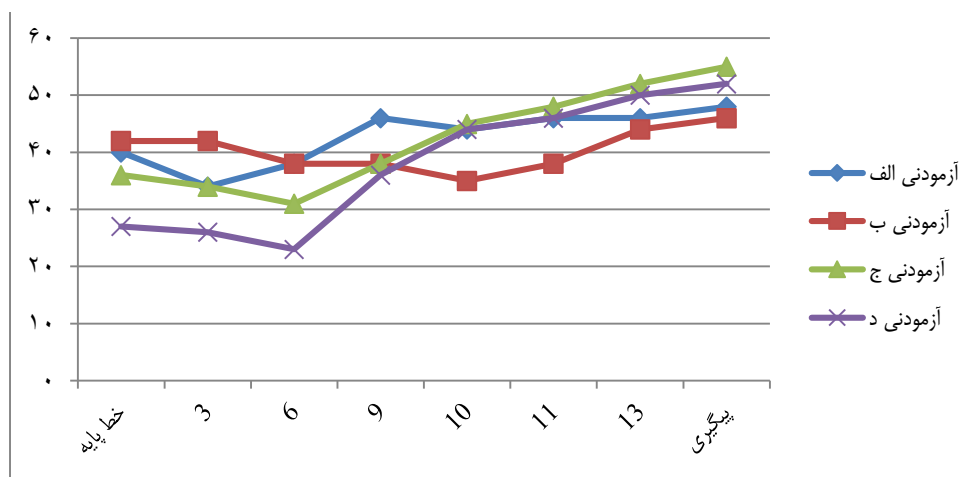
پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II): که توسط بک، استیر، و گاربین (۱۹۸۸) به عنوان ابزاری برای سنجش افسردگی تدوین شده است و از ماده‌های تشکیل شده که با نشانه‌های مرضی افسردگی نظیر ناامیدی و تحریک‌پذیری، شناخت‌ها نظیر احساس گناه یا احساس تنبیه شدن، و نشانه‌های مرضی جسمانی مثل خستگی، کاهش وزن و فقدان علاقه به رابطه جنسی ارتباط دارند [۳۴]. این پرسشنامه ۲۱ سوال چهارگزینه‌ای است که از ۰ تا ۳ به ترتیب شدت علامت نمره‌گذاری شده و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نمره کلی آزمون بین ۰ تا ۶۳ متغیر است. نمرات ۰ تا ۱۰ عدم افسردگی، ۱۱ تا ۱۶ مشکلات خفیف خلقی، ۱۷ تا ۲۰ افسردگی بالینی مرزی، ۲۱-۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و بالای ۴۰ افسردگی عمیق را نشان می‌دهند [۳۵]. در نسخه فارسی، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۷ و ضریب تنصیف بالای ۰/۸۳ برای کل آزمون به دست آمده است [۳۶].

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی زوجی و جنسی

جلسه	محتوای جلسات
۱	معارفه اجرای غربالگری اولیه، معرفی به پزشک زنان، تشخیص و انتخاب افراد مبتلا به کمی میل جنسی، اطلاع‌رسانی بیان قواعد جلسات و تکالیف خانگی، آموزش ماهیت بیماری و عامل‌های زمینه‌ساز آن
۲	آموزش چرخه پاسخ جنسی، باورهای درست در مورد رابطه جنسی، معرفی مراحل موخه کمی میل جنسی، خیال‌پردازی‌ها جنسی، صمیمیت جنسی، ترس از رابطه جنسی و دلایل آن، سلامت روانی
۳	روش‌های ارتباط ناسالم، مقابله با دفاع‌های خود
۴	خشم و ماهیت خشم، خشم در روابط جنسی، روش‌های مدیریت خشم، ترک موقعیت
۵	افکار و خودگویی‌های برانگیزاننده خشم، انتظارات و قواعد،
۶	ارتباط موثر، گوش دادن، ابراز احساسات و خواسته‌های خود، تقویت متقابل، ارتباط سالم
۷	مهارت اساسی ارتباط: همدلی
۸	مهارت اساسی ارتباط: رفتار جرات‌مندانه
۹	(با حضور همسر)، مرور جلسات ۳ تا ۸، مهارت اساسی ارتباط: مهارت‌های حل اختلاف، مذاکره
۱۰	(با حضور همسر) تمرکز حسی ۱ (غیرتناسلی)
۱۱	(با حضور همسر) تمرکز حسی ۲ (تناسلی)
۱۲	(با حضور همسر) آمادگی برای رابطه جنسی و مقاربت
۱۳	بازخورد و انجام پس‌آزمون

جدول ۲. نمرات محاسبه شده برای نرم از نوع مقیاس t پرسشنامه رضایت زناشویی آزمودنی‌ها

جلسات	خط پایه	جلسه سوم	جلسه ششم	جلسه نهم	جلسه دهم	جلسه یازدهم	جلسه سیزدهم	پی‌گیری
آزمودنی الف	۴۰	۳۴	۳۸	۴۶	۴۴	۴۶	۴۸	۴۸
آزمودنی ب	۴۲	۴۲	۳۸	۳۸	۳۵	۳۸	۴۶	۴۶
آزمودنی ج	۳۶	۳۴	۳۱	۳۸	۴۵	۴۸	۵۵	۵۵
آزمودنی د	۲۷	۲۶	۲۳	۳۶	۴۴	۴۶	۵۲	۵۲



نمودار ۱. رضایت زناشویی آزمودنی‌ها

نسبی نر سیده بود ولی در جلسه‌ی آخر مداخله (جلسه‌ی ۱۳) که ابهامات و مشکلات برطرف شده نیز آمادگی برای رابطه‌ی جنسی اعلام شده بود و نیز در جلسه‌ی پی‌گیری، محاسبات انجام شده در پرسشنامه انریچ رضایت نسبی و متوسط مشاهده گردید. این روند آموزشی در شرکت‌کنندگان را در نمودار ۱ می‌توان مشاهده کرد.

با مشاهده جدول ۲ و نمودار ۱ و اندازه‌ی ضریب تأثیر بیانگر افزایش معناداری در هر ۴ آزمودنی بود. این نکته در جدول ۳ بر اساس شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود شرکت‌کنندگان در پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ در خط پایه عدم رضایت از روابط زناشویی را نشان دادند، بجز آزمودنی ب که رضایت متوسط کمی را از روابط زناشویی داشت. طبق آموزش مهارت‌های ارتباطی در جلسات ابتدایی و انجام تکالیف طبق پکیج آموزشی تا جلسه‌ی نهم، نمره‌ی رضایت زناشویی افراد حتی پایینتر نیز رفت ولی بعد از جلسه‌ی نهم، خصوصاً در جلسات آموزشی مهارت‌های جنسی و زوجی نمرات رضایت زناشویی رو به افزایش رفته و به رضایت نسبی و متوسط کشیده شد، البته در آزمودنی ب که شرم و غرور خود را در روابط زوجی‌اش اعلام می‌کرد هنوز به رضایت

جدول ۳. شاخص‌های میزان تغییرپذیری، تغییرات روند، شیب خط نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه انریچ

آزمودنی	خط پایه	M	SD	پیگیری	اثر کوهن	MPI	MPR
الف	۴۰	۴۲/۳	۱/۲۹	۴۸	۶/۲۰	۱۶/۱۶	۲۰
ب	۴۲	۳۹/۱۶	۰/۵۱	۴۶	۷/۸۴	۸/۶۹	۹/۵۲
ج	۳۶	۴۱/۳	۰/۷۱	۵۵	۲۶/۷۶	۳۴/۵۴	۵۲/۷۷
د	۲۷	۳۷/۵	۱/۴۷	۵۲	۱۷	۴۸/۰۷	۹۲/۵۹

جدول ۴. نمرات محاسبه شده میل جنسی آزمودنی‌ها

جلسات	خط پایه	جلسه ۳	جلسه ۶	جلسه ۹	جلسه ۱۰	جلسه ۱۱	جلسه ۱۳	پی‌گیری
آزمودنی الف	۲	۳	۳	۳	۳	۳	۴	۴
آزمودنی ب	۲	۴	۳	۳	۳	۴	۴	۴
آزمودنی ج	۲	۳	۲	۲	۲	۳	۴	۴
آزمودنی د	۲	۳	۲	۲	۳	۴	۵	۵

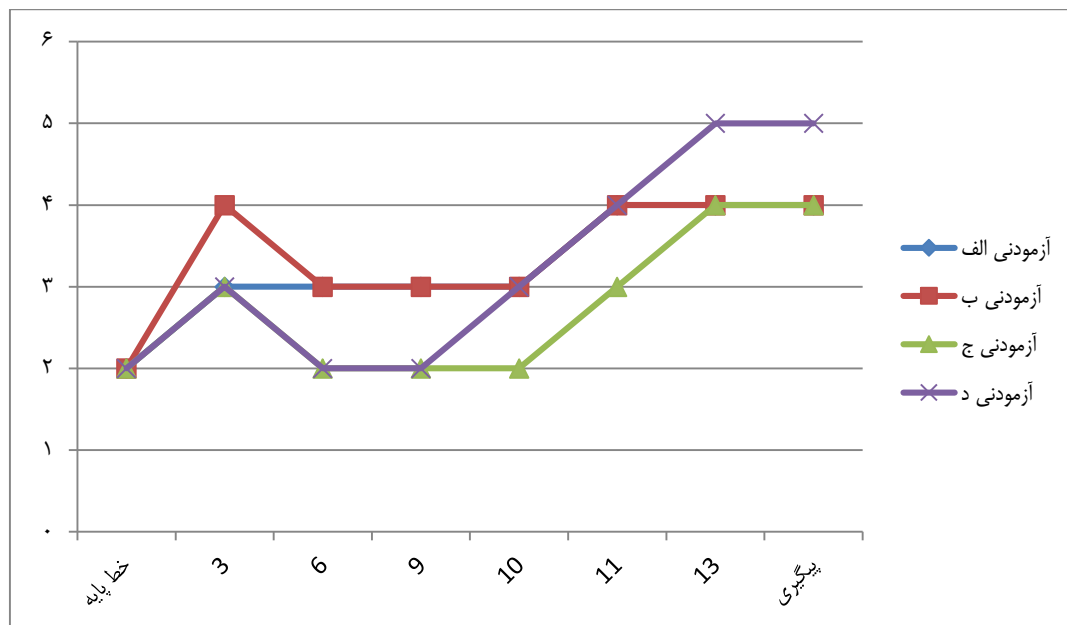
خیال‌پردازی به تنهایی و در مدت زمان کوتاه باعث بهبود نمی‌گردد. پس از آموزش مهارت‌های جنسی در جلسات ده به بعد افزایش در میل جنسی مشاهده گردید و حتی با گذشت زمان این آموزش بر میل جنسی شرکت‌کنندگان تأثیر گذاشته و در آزمون پیگیری این بهبود میل جنسی مشهود است. این روند آموزشی در شرکت‌کنندگان را در نمودار ۲ می‌توان مشاهده کرد.

در جدول ۴ و نمودار ۲ تغییرات نمرات آزمودنی‌ها در مراحل (خط پایه، جلسات آموزش شی، پیگیری) دیده می‌شود. در بیشتر متغیرها پس از مرحله آموزش افزایش نسبی در نمرات ایجاد شده است. بر اساس نمره‌گذاری خط پایه، مداخلات در دوره‌های آموزش شی طی ۱۳ جلسه، و پیگیری بعد از ۳۰ روز، افزایش میل جنسی در مراحل درمان و پیگیری نسبت به خط پایه، در جدول و سیر نزولی آن در نمودار، بیانگر این است که آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی، موجب بهبود میل جنسی آزمودنی‌ها گشته است. پس پژوهش حاضر در مورد آزمودنی‌ها اثربخش بوده و این افزایش نشانگر بهبود آزمودنی‌ها در میل جنسی کم‌کار می‌باشد.

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که هر ۴ آزمودنی میزان بهبودی و افزایش قابل ملاحظه‌ای در نمرات رضایت زناشویی داشتند و بالاترین میزان تغییرپذیری و بهبودی متعلق به آزمودنی ۵ است و کمترین میزان در آزمودنی ۱ می‌باشد. در کل می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی منجر به افزایش میزان رضایت زناشویی در آزمودنی‌ها شده است.

در جدول ۴ تغییرات نمرات میل جنسی شرکت‌کنندگان در مقیاس عملکرد جنسی زنان برای هر ۴ آزمودنی در طی ۱۳ جلسه مداخله آموزشی نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود شرکت‌کنندگان در جلسه اول کمبود میل جنسی را داشتند در جلسه دوم آموزش خیال‌پردازی سبب گردید تا در شرکت‌کنندگان باعث بالا رفتن میل جنسی به سمت متوسط برود، در جلسات بعدی و پرداختن افراد به مسائل حل تعارض و روابط زناشویی و مهارت‌های دیگر سبب دوباره پایین رفتن میل جنسی گردید، البته باید یادآور شد که



نمودار ۲. نمودار میل جنسی شرکت‌کنندگان

جدول ۵. شاخص‌های میزان تغییرپذیری، تغییرات روند، شیب خط نمرات شرکت‌کنندگان در پرسشنامه عملکرد جنسی زنان

آزمودنی	خط پایه	M	SD	پیگیری	اندازه اثر کوهن	MPI	MPR
الف	۲	۳/۱۶	۰/۰۳	۴	۶۶/۶۶	۵۰	۱۰۰
ب	۲	۳/۵	۰/۲۳	۴	۸/۶۹	۵۰	۱۰۰
ج	۲	۲/۶	۰/۲۸	۴	۷/۱۴	۵۰	۱۰۰
د	۲	۳/۱۶	۰/۰۳	۵	۱۰۰	۶۰	۱۵۰

با مشاهده جدول ۴ و نمودار ۲ و اندازه‌ی ضریب تأثیر بیانگر افزایش معناداری در هر ۴ آزمودنی بود. این نکته در جدول ۵ بر اساس شاخص‌های تغییرات روند، شیب و میزان تغییرپذیری نمرات شرکت‌کنندگان مورد بررسی قرار گرفته است.

داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهند که در هر ۴ آزمودنی میزان بهبودی و افزایش قابل ملاحظه‌ای در نمرات میل جنسی آزمودنی‌ها می‌باشد و بالاترین میزان تغییرپذیری و بهبودی متعلق به آزمودنی ۵ است. در کل می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی منجر به بهبود میل جنسی در شرکت‌کنندگان شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، اثر آموزش مهارت‌های زوجی و جنسی به منظور بهبود کم‌کاری میل جنسی و رضایت زناشویی بود. بدین منظور بسته آموزشی شامل دو قسمت مهارت‌های ارتباط زناشویی و آموزشی جنسی به زنان مبتلا به کاهش میل جنسی تدوین شد. مداخلات در طی ۱۳ جلسه صورت گرفت و در جلساتی که در جداول آمده از افراد آزمون گرفته شد و سپس بعد از ۳۰ روز در جلسه‌ی پیگیری این آزمون‌ها (آزمون انریچ و FSFI) مجدداً گرفته شد. در کل در جداول و نمودارهای بالا تغییرات نمرات شرکت‌کنندگان در مراحل (خط پایه، جلسات آموزشی، پیگیری) دیده می‌شود. همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهند میل جنسی بیماران از جلسه ششم افت مشخصی پیدا کرد ولی از جلسه نهم روبه افزایش گذاشت که این افزایش نسبتاً پایدار و مستمر بود. نکته مهم آن است که از جلسه نهم همسران شرکت‌کنندگان نیز در جلسه شرکت کردند و از همین جلسه شیب بهبودی در شرکت‌کنندگان دیده می‌شود. موضوع جلسه نهم، مرور مسایل ارتباطی بود و به نظر می‌رسد با بررسی و توجه به موضوعات ارتباطی، شیب بهبودی آغاز شده باشد. نکته مهم این است که در جلسه دهم استفاده از تکنیک تمرکز حسی شروع شد و آغاز بهبودی در این بیماران، قبل از شروع این تکنیک و با شروع موضوعات ارتباطی در جلسه مشترک بود. به نظر می‌رسد، عوامل ارتباطی، نقش مهمی در فرآیند بهبودی شرکت‌کنندگان داشته باشند و این یافته همسوست با یافته‌های مختلف دیگر که نشان دادند شکایات پیرامون عملکرد جنسی همسران، اغلب ریشه در مشکلات ارتباطی بین آن‌ها دارد [۴۰]. همچنین، همسویی دارد با این یافته که فاکتورهای ارتباطی و مشکلات خانوادگی از عوامل میان فردی است که منجر به کاهش میل جنسی می‌شود [۳۱]. در همین رابطه،

پژوهش دیگری نیز نشان داد کاهش پاسخ میل جنسی وقتی بیشتر تجربه می‌شود که ناسازگاری بین زوجین در دوره‌های طولانی ادامه پیدا کند، همچنین آن‌ها انتظار کمی از احتمال پاداش بالا در تعامل جنسی داشته باشند [۴۱]. از این رو به نظر می‌رسد پس از آموزش‌های مهارت‌های زناشویی و انجام تکالیف توسط آزمودنی‌ها و پس از توجه به مسائل ارتباطی زوجین، شیب بهبودی در شرکت‌کنندگان دیده شد و به صورت ثابت افزایش یافت. به عبارت دیگر، آموزش‌های مهارت‌های ارتباطی اثر تعیین‌کننده‌ای بر افزایش میل جنسی بیماران داشت. به دنبال شرکت همسران بیماران و مرور آموزش‌های ارتباطی و انجام تکلیف مشترک، از جلسه دهم، تکنیک تمرکز جنسی آموزش داده شد و بیماران همراه همسران این تکنیک را انجام دادند که به صورت فزاینده‌ای بر میل جنسی بیماران افزود. این یافته کاملاً، منطبق با مدارک متعدد و بی‌شماری است که در زمینه استفاده از تکنیک تمرکز جنسی وجود دارد [۱۴، ۱۵].

همچنین، این یافته پژوهش حاضر، همسو با نظریه «سه پنجره» [۱۶] است که توجه بر عوامل متعدد زیستی، روانی و ارتباطی در اختلال کاهش میل جنسی را مورد تأکید قرار می‌دهد. در این پژوهش، نقش متغیرهای ارتباطی به شدت مشخص و عیان بود. در خصوص، رضایت زناشویی نیز، نتایج حاصل از پژوهش نشان داد، از جلسه نهم به طور مشخصی میزان رضایت زناشویی افزایش یافت. به نظر می‌رسد، حضور همسران در جلسه درمان و همچنین مرور موضوعات ارتباطی و توجه به مشکلات ارتباطی نقش مهمی در بهبود رضایت زناشویی در شرکت‌کنندگان مبتلا به این اختلال داشته باشد. همان‌طور که قبلاً گفته شد از جلسه نهم، همسران شرکت‌کنندگان در جلسات درمانی شرکت کردند و اولین جلسه مرتبط بود با مرور مهارت‌های ارتباطی. به نظر می‌رسد، مشارکت همسران در برنامه درمانی و آموزش موضوعات ارتباطی به بهبود رابطه و ارتباطات زناشویی کمک کرده باشد که مستقیماً، بر رضایت زناشویی آنان اثر گذاشته است. اثر بهبود ارتباط زناشویی بر رضایت زناشویی موضوع جدیدی نیست و یافته‌های متعددی در این زمینه وجود دارد [۱۱] که نشان دادند بهبود ارتباطات زناشویی بر رضایت زناشویی اثر می‌گذارد. همچنین [۱۰] نشان دادند بین مشکلات ارتباطی و رضایت زناشویی رابطه وجود دارد. صمیمیت هیجانی و ارتباط مناسب بین زوجین بر رضایت زناشویی و رضایت جنسی اثر گذار است [۴۲]. به همین دلیل، به نظر می‌رسد بهبود ارتباط بیماران با همسرشان بر افزایش رضایت زناشویی آنان نیز اثرگذار باشد. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد با شروع جلسات مربوط به

و هورمون درمانی‌های معمول و متداولی که در این زمینه وجود دارد.

نتیجه‌گیری

تحلیل نتایج آزمون‌ها نشان داد که شرکت‌کنندگان نتایج مثبتی را هم در رضایت زناشویی و هم در میل جنسی داشته‌اند و در زندگی زناشویی آنان این مهارت‌ها تأثیرات سودمندی داشته است. بنابراین به نظر می‌رسد که بسته‌ی آموزشی تدوین شده به عنوان یکی از روش‌های سودمند جهت پایداری روابط زناشویی و زوجی قابلیت کاربرد داشته باشد.

تشکر و قدردانی: در این‌جا وظیفه‌ی خود می‌دانیم از کلیه‌ی اساتید، کارشناسان، مسئولان که از شروع تا پایان پژوهش به نحوی (چه از نظر فکری، گفتاری، و یا کرداری) یاریگر بودند، صمیمانه تقدیر و تشکر نماییم.

منابع

- Pereira VM, Arias-Carrion O, Machado S, Nardi AE, Silva AC. Sex therapy for female sexual dysfunction. *Int Archives Med*. 2013;6(1):37.
- Sadock BJ, Sadock V. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences (10th Ed) Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
- Jha S, Thakar R. Female sexual dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010;153(2):117-23.
- Lodise NM. Hypoactive sexual desire disorder in women: treatment options beyond testosterone and approaches to communicating with patients on sexual health. *Pharmacother*. 2013;33(4):411-21.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama*. 1999;281(6):537-44.
- 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(5):970-8.
- Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: A survey of Western European women. *J Sexual Med*. 2006;3(2):212-22.
- Leiblum SR. Definition and classification of female sexual disorders. *Int J Impotence Res*. 1998;10 Suppl 2:S104-6; discussion S24-5.
- Jahanfar S, Molainejad, M. Textbook of Sexual Dysfunction. Tehran: Community; 2014. [Persian]
- Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther*. 2005;31(5):409-24.
- Yeh HC, Lorenz FO, Wickrama KA, Conger RD, Elder GH, Jr. Relationships among sexual satisfaction, marital quality, and marital instability at midlife. *J Fam Psychol*. 2006; 20(2): 339-43.

تمرکز جنسی از جلسه دهم به بعد، هم میل جنسی و هم رضایت زناشویی بیماران افزوده شد. در این میان ممکن است، اثر تعاملی افزایش میل جنسی بر رضایت زناشویی و همچنین، بهبود رضایت زناشویی بر افزایش میل جنسی هم مطرح باشد. به عبارت دیگر، ممکن است در این میان، بهبود هر یک از شاخص‌های میل جنسی و رضایت زناشویی بر یک دیگر اثر متقابل گذاشته باشند. این مطلب همسوست با یافته‌های دیگری که در این زمینه وجود دارد [۱۰، ۱۱، ۱۲]. با توجه به یافته‌های به دست آمده، به نظر می‌رسد بسته آموزشی تدوین شده در افزایش میل جنسی و رضایت زناشویی اثربخش بوده است. با توجه به محدودیت‌های پژوهش از جمله نبود پیگیری طولانی مدت، تعداد کم نمونه پژوهش، و نمونه‌گیری دسترس، به نظر می‌آید جهت تعیین اثربخشی بیشتر این بسته آموزشی، نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر با استفاده از تعداد نمونه بیشتر و پیگیری طولانی مدت وجود داشته باشد. همچنین، با توجه به یافته‌های به دست آمده، توصیه می‌شود اثربخشی بسته آموزشی با درمان‌های شایع دیگر نیز مطالعه شود از جمله مقایسه بسته آموزشی تدوین شده با درمان شایع تمرکز حسی و همچنین با دارو

- Nappi RE, Martini E, Terreno E, Albani F, Santamaria V, Tonani S, et al. Management of hypoactive sexual desire disorder in women: current and emerging therapies. *Int J Women Health*. 2010;2:167-75.
- Batti R, Landi KL, Brotto L, Nairi L, Fortham J, Fugel-Meyer K ea. Women's sexual dysfunction reconsidered: Challenging existing assumptions, advocating more accurate diagnosis. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2010;54:221-9.
- Balon R, Segraves RT. Clinical manual of sexual disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2009.
- Levine SB. Demystifying love: Plain talk for mental health professionals. New York: Routledge; 2011.
- Graham CA, Bancroft J. The sexual dysfunction. In: Andreasen N, Gelder M, Lopez-Ibor J, Geddes J, eds. *New Oxford textbook of psychiatry*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- Bitzer J, Giraldo A, Pfau J. Sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in women. Introduction and overview. Standard operating procedure (SOP Part 1). *J Sexual Med*. 2013;10(1):36-49.
- Dejhkam m. Psychological sexual disorders (diagnostics and treatment of sexual dysfunction in women and men). Tehran: Samin; 2010. [Persian]
- Moradyan F. Tr integrated model developed for the treatment of female sexual dysfunction and to evaluate its effectiveness [Dissertation]. Tehran: University of Kharazmi; 2012.
- Luthar S, Wiederman M. The state of theory in sex therapy. *J Sex Research*. 2012; 85:88-99.
- Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sexual Med*. 2010 ;7(1 Pt 2):586-614.

22. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sexual Med.* 2010;7(1 Pt 2):327-36.
23. Machado JP. Treating sexual desire disorders. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association.* 2012 34(2):234-45. .
24. McLaurren MP, Cobain M. The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females. *Am J Sex Marital Thera.* 2012 89:128-33.
25. Bitzer J, Brandenburg U. *Psychotherapeutic interventions for female sexual dysfunction.* Switzerland: Basel; 2009.
26. Hertlein KH, Weeks GR, Gambescia N. *Systematic sex therapy.* New York: Routledge; 2009.
27. Ahadi B. Relationship between Personality and Marital Satisfaction. *Contemp Psychol.* 2007. 4(2):31-7. [Persian]
28. Abasi. Comparison of artificial neural network and regression in predicting marital satisfaction based on personality traits [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2008. [Persian]
29. Sanai B, Alagheband S, Falahati S, Homan A. *Measures of Marriage and family* Tehran: Publication of Prophet; 2005. [Persian]
30. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20.
31. Rosen-Grandon JR, Myers JE, Hattie JA. The Relationship Between Marital Characteristics, Marital Interaction Processes, and Marital Satisfaction. *J Couns Dev.* 2004;82(1):58-68.
32. Mohammadi k, Rahnama p, Moayed Mohseni s, all e. Sexual dysfunction and predisposing factors in women with multiple sclerosis. *J Iranian Institute Health Sci Res.* 2013;12(2):71-7.
33. Vahidnia f. The effectiveness of skills training on marital satisfaction couple [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2012.
34. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988 ;8(1):77-100.
35. Beck AT. *Depression: Causes and Treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2006.
36. lashkaripor k, Moghtaderi A, Sajadi S. The prevalence of post-stroke depression and its association with disability and brain lesion location. *J Ment Health.* 2008. [Persian] 39:191-9.
37. Zung WW. The measurement of affects: depression and anxiety. *Modern Problems Pharmacopsychiatr.* 1974;7(0):170-88.
38. Talai A, Tofani H, Hojat K. Effect of patient orientation and the operating room staff the day before surgery preoperative anxiety Tubectomy. *J Ment Health.* 2004;6:57-61.
39. Mohamadi k, Haidari S, Fafghizade S. Psychometric Properties of Iranian Version of Female Sexual Function Index. *Payesh J.* 2008. 7(3):269-78. [Persian]
40. Levine SB. *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals.* New York: Brunner-Routledge; 2003.
41. Waguih WI, Mikhail A, Amiri SR, Berman AC, Vasa M. Sexual dysfunction. View author and article information. *Am Psychiatric Assoc.* 2005;3(4):76-84.
42. Yoo H, Bartle-Haring S, Day RD, Gangamma R. Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2014;40(4):275-93..