

## الگوی علی روابط بین عملکرد جنسی بر پایه باورهای بدکارکردی جنسی

### با میانجی درماندگی روانشناختی و ابعاد صمیمیت زناشویی

سعید ملیحی الذاکرینی<sup>۲</sup>

قاسم آهی<sup>۴</sup>

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۰۲/۰۸

راضیه ایراندوست<sup>۱</sup>

فرامرز سهرابی اسمرد<sup>۳</sup>

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۸

#### چکیده

این مطالعه با هدف بررسی الگوی علی رابطه بین باورهای بدکارکردی جنسی و عملکرد جنسی با میانجیگری درماندگی روانشناختی و صمیمیت زناشویی انجام شد. پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را تمام زنان متأهل مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی سطح شهرستان بردسیر تشکیل داد. بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس ۵۰۶ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به مقیاس باورهای بدکارکردی جنسی، شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسشنامه نیاز به صمیمیت باگاروزی و شاخص درماندگی روانشناختی پاسخ دادند. یافته‌های پژوهش نشان داد که باورهای بدکارکردی جنسی بر درماندگیهای روانشناختی به‌طور مثبت و معنی‌دار، بر صمیمیت زناشویی و عملکرد جنسی به‌طور منفی و معنی‌دار تأثیر دارد. به‌علاوه صمیمیت زناشویی به‌طور مستقیم، مثبت و معنی‌دار عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تأثیر مستقیم درماندگیهای روانشناختی بر عملکرد جنسی نیز منفی و معنی‌دار است. هم‌چنین در نتایج دیده شد که خود باورهای بدکارکردی جنسی به‌طور مستقیم، منفی و معنی‌دار عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نتایج مطالعه نشان داد که باورهای بدکارکردی جنسی به‌دلیل درماندگی روانشناختی و صمیمیت زناشویی و هم‌چنین به شکل مستقیم توان پیش‌بینی عملکرد جنسی را دارد.

**کلیدواژه‌ها:** باورهای بدکارکردی جنسی، صمیمیت زناشویی، عملکرد جنسی، درماندگی روانشناختی.

۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲ - نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران symiapsy@yahoo.com

۳ - استاد روانشناسی بالینی، علامه طباطبائی، تهران

۴ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

## مقدمه

عملکرد جنسی<sup>۱</sup>، بخشی از زندگی و رفتار انسان است و چنان با شخصیت فرد درهم آمیخته است که صحبت از آن به عنوان پدیده مستقل، غیرممکن به نظر می‌رسد. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوی بوده است و بر کیفیت زندگی فرد و شریک او تأثیر غیرقابل انکاری دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). پاسخ جنسی پیش‌نیاز زیستی زیربنایی دارد؛ با وجود این غالباً در زمینه درون فردی، بین فردی، و فرهنگی تجربه می‌شود. بنابراین کارکرد جنسی دربرگیرنده تعامل پیچیده میان عوامل زیستی، اجتماعی، فرهنگی و روانشناختی است. عواملی که باید در طول ارزیابی کژکاری جنسی مدنظر قرار بگیرد: ۱ - عوامل مرتبط با شریک زندگی (مشکلات جنسی شریک، وضعیت سلامتی شریک) ۲ - عوامل ارتباطی (فقر ارتباطی، ناهماهنگی در تمایل به فعالیتهای جنسی) ۳ - عوامل مرتبط با آسیب‌پذیری فردی (تن‌انگاره ضعیف، سابقه آزار جنسی یا هیجانی)، هم‌ابتلایی بیماریهای روانپزشکی (افسردگی و اضطراب) یا تنش‌ها (از دست دادن شغل، داغدیدگی) ۴ - عوامل فرهنگی یا دینی (بازداری‌های مرتبط با ممنوعیتهای در مقابل فعالیت یا لذت جنسی، نگرشهای مربوط به فعالیت جنسی) ۵ - عوامل طبی مرتبط با پیش‌آگهی، یا سیر درمان (DSM-5 ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۳).

مشکلات و بدکارکردی جنسی صرفاً شامل تنیدگیهای شخصی و بین فردی نمی‌شود بلکه با مشکلات روانی - اجتماعی زندگی زنان نیز مرتبط است که به‌طور محسوسی بر سلامت آنها تأثیر می‌گذارد. باورهای جنسی در بینش جنسی افراد نقش مهمی دارد و جوامع سعی می‌کنند تا مقاربت را کنترل کنند که بیشتر فعالیتی بین فردی است؛ بدین دلیل عوامل اجتماعی و فرهنگی می‌تواند در فعالیتهای و علایق جنسی نقش مهمی ایفا کند. جوامع از طریق شکل‌دادن باورهای مختلف جنسی و جنسیتی به میزان زیادی کنترل روابط جنسی و بویژه تمایلات جنسی زنان را در دست گرفته‌اند. بیش از نیمی از مشکلات جنسی، که باعث نابودی زندگی و روابط خانوادگی می‌شود به علت ناآگاهی و داشتن عقاید و باورهای نادرست در مورد روابط جنسی ایجاد می‌شود (استالوفر و براند<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). هر چند در عصر کنونی افراد برای به دست آوردن اطلاعات جنسی به منابع پیشرفته‌تری همچون اینترنت مراجعه می‌کنند، نتایج تحقیقات حاکی از ارتباط مثبت میان

1 - Sexual function  
2 - Stalofor, Brandt

اطلاعات قابل دسترس از اینترنت و باورهای بدکارکردی جنسی<sup>۱</sup> است؛ زیرا اطلاعات این منبع نیز به طور قابل ملاحظه‌ای از واقعیت دور است (بالانین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲).

بر اساس نظریه شناختی، افراد درباره تواناییها و هویت جنسی خود باورهایی را شکل می‌دهند. هیندر مارک اظهار می‌کند باورها و طرحواره‌های شناختی، زیربنای رفتارها و پاسخهای جنسی (از قبیل آغازگری، ارگاسم و لذت جنسی) است. این باورها و طرحواره‌های زیربنایی آنها بر اساس تجربیات گذشته شکل می‌گیرد و چگونگی پردازش اطلاعات مرتبط با مسائل جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و رفتار جنسی فرد را در آینده هدایت می‌کند (کافل و هیمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). در واقع به نظر می‌رسد، بین رفتارها و اختلالات جنسی با باورهای جنسی رابطه وجود دارد. باورهای جنسی به عنوان افکار فرد در مورد رفتارهای جنسی تعریف می‌شود. مطالعات قبلی نشان داده است، باورهای جنسی متفاوت در شکل‌گیری بدکارکردهای جنسی متفاوت نقش مهمی دارد (نوبره، پینتو و گویا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). نظریه پردازان شناختی معتقدند که سلامت عاطفی، باورها و نگرش آدمی به مسائل جنسی به گونه گسترده‌ای بر فعالیت جنسی فرد اثر می‌گذارد. اغلب کسانی که دچار اختلالات جنسی هستند، دارای زمینه‌های دینی سختگیرانه یا تمایلات جنسی سرکوب شده‌ای هستند که هیچ‌گاه اجازه صحبت درباره موضوعات جنسی را به آنها نداده و موضوعات جنسی را همیشه گناه‌آلود و کثیف معرفی کرده است (شعیری، روشن، اصغری مقدم، نائینان، ۱۳۸۶). مسترز و جانسون بیان می‌کنند که این محرومیت اجتماعی - فرهنگی نادیده گرفتن فیزیولوژی جنسی است و نه اختلال روانپزشکی و پزشکی که زمینه‌ساز بیشتر اختلالات کارکرد جنسی است؛ یعنی مشکلات جنسی نشانه اختلال عمیق روانپزشکی نیست، بلکه علت ساده‌ای دارد؛ مثل محرومیت آموزشی و اطلاعات و باورهای غلط و رایج درباره تمایلات و رابطه جنسی که ریشه بسیاری از آنها در کلیشه‌هایی است که از طریق فرهنگ و خانواده منتقل می‌شود (شیلی هاید، ۲۰۰۸ ترجمه خمه ۱۳۸۷). هرچند باورهای بدکارکردی هم در زنان و هم در مردان نشان‌دهنده تأثیرپذیری عملکرد جنسی از باورهای بدکارکردی جنسی است، این تأثیر در زنان معنادارتر است. زنان دچار اختلالات عملکرد جنسی به گونه معنادار، باورهای وابسته به خودپنداره جسمی بیشتری (مثل زنانی که از لحاظ جسمی جذاب نیستند، نمی‌توانند از نظر جنسی ارضا شوند) و باورهای مربوط به سن

1 - Sexual dysfunctional beliefs  
2 - Balanean  
3 - Kuffle, & Heiman  
4 - Nobre, & Pinto-Gouveia

بیشتری (مثل زنان بعد از یائسگی میل جنسی خود را از دست می‌دهند) را نشان می‌دهند (نوبره، پینتو و گویا، ۲۰۰۶). مردان و زنانی که به اختلالات جنسی مبتلا هستند، نگرشهای منفی تری نسبت به افراد سالم در مورد مسائل جنسی دارند (محمدی، قایدی، محمدی جوینده، ۱۳۸۶). در یو بر پایه گزارشی از شوارتز و بلوم اشتاین (۱۹۸۳) نقل کرده است که ۵۱ درصد از مردان و ۴۸ درصد از زنان متأهل، مردان را آغازگر رابطه جنسی می‌دانستند و فقط ۱۶ درصد از مردان و ۱۲ درصد از زنان، زنان را آغازگر رابطه جنسی می‌انگاشتند. زنان به این دلیل، که نیاز مردان را در اولویت می‌پندارند، گمان می‌کنند نمی‌توانند تمایلات جنسی خود را بیان کنند. از زمانی که زنان، چگونگی آموزش جنسی را آموزش می‌بینند و حتی در زمان تأمل کردن در ابراز تمایل جنسی، اولویت را در لذت مردان می‌بینند و این امر برای بسیاری از افرادی که بی‌میلی جنسی یا واژینیسم دارند، تجربه جالبی نیست (دریو، ۲۰۰۳). باورهای بدکارکردی جنسی، خواه توسط آموزش، خواه توسط الگوهای فرهنگی متعارض تعیین شود، می‌تواند به سکوتی رنج‌آور منجر شود که مخفیانه و بدون آگاهی صحیح از دلایل آن، شخص را از نظر روانی تحلیل می‌برد و از پا در می‌آورد و بر کیفیت ارتباطش تأثیر منفی می‌گذارد و باعث کاهش صمیمیت زناشویی می‌شود (بالاین، ۲۰۱۲؛ شفیعی، ۲۰۰۵).

صمیمیت<sup>۱</sup> یعنی ورود فکری، عاطفی، فیزیکی، اجتماعی و معنوی به زندگی یکدیگر. بیشتر افراد، ازدواج را صمیمانه‌ترین رابطه‌ای می‌شناسند که بزرگسالان تجربه می‌کنند (لوینگر و هوستون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). واژه صمیمیت اغلب برای اشاره به حس کلی همسران از نزدیکی به یکدیگر استفاده شده است (یو، بارتل - هارینگ، دی و گانگاما<sup>۳</sup>، ۲۱۰۳). پایه صمیمیت زمانی گذاشته می‌شود که زن و شوهر علاوه بر خودآگاهی با خودآشنایی نیز راحت باشند (دوبا، هاگی، لارا، بروک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). مطالعات نشان می‌دهد که منبع بسیاری از مشکلات زوجین، نبود صمیمیت و مشکلات ارتباطی زوجین است (باگاروزی، ۲۰۰۱). سانچز<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) یکی از عوامل تأثیرگذار در رضایت جنسی را وجود روابط صمیمی بیان می‌کند. از نظر باگاروزی (۲۰۱۳)، صمیمیت دارای نه بعد عاطفی، اجتماعی، نفریحی، جنسی، عقلانی، روانشناختی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و زمانی است.

1 - Intimacy  
2 - Levinger, &Huston  
3 - Yoo, Bartle, Day & Gangamma  
4 - Duba, Hughey, Lara, & Burke  
5 - Sanchez

الگوی مبادله بین فردی مطرح می‌کند که کیفیت ارتباط زوجین بر رضایت جنسی آنها تأثیرگذار است (بیرز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). با در نظر گرفتن این دیدگاه، زوجینی که تجربه تعارضات حل نشده دارند و احساس عاشق بودن ندارند از یکدیگر فاصله عاطفی، و رضایت جنسی کمتری دارند (اسچنک، پفرانک، راسچ<sup>۲</sup>، ۱۹۸۳). از سوی دیگر خودافشایی به رضایت بیشتر از ارتباط و در ادامه به رضایت جنسی بیشتر منجر می‌شود (مکنیل، ساندر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). عکس این قضیه نیز صادق است؛ به عبارتی ارتباط بین رضایت از رابطه و رضایت جنسی دو سویه است (بیرز، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان داده است که زوجین مجموعه‌ای از باورها، انتظارات و تصورات خیالی مربوط به صمیمیت را، که عمدتاً غیرواقع‌بینانه است و به کاهش صمیمیت و رضایت منجر می‌شود در پیوند زناشویی وارد می‌کنند. اپستین و ایدلسون<sup>۴</sup> (۱۹۸۱) معتقدند که باورها در ارتباط ممکن است کارآمد یا ناکارآمد باشد. باورهای ارتباطی کارآمد مانند این باور که زوج می‌تواند تغییر یابد؛ ممکن است رفتارهای حفظ رابطه را تحریک کند و کیفیت رابطه را ارتقا دهد. در مقابل، باورهای ارتباطی ناکارآمد همچون، توقع ذهن‌خوانی (انتظار اینکه بدون نیاز به بیان و اظهار کردن، طرف مقابل بتواند احساس، افکار و نیازهای همسرش را بفهمد). و کمال‌گرایی جنسی (انتظار از همسر در ایجاد رابطه جنسی تام و تمام بدون توجه به اوضاع و احوال) می‌تواند در کیفیت رابطه تأثیر منفی بگذارد و باعث درماندگی روانشناختی شود (کارنی و برادبوری<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵).

درماندگی روانشناختی<sup>۶</sup> نکته مقابل سلامت روانشناختی را شامل می‌شود که می‌تواند مفاهیم افسردگی، اضطراب و فشار روانی را با خود به همراه داشته باشد. زیاد بودن درماندگی روانشناختی می‌تواند بر سطح عملکرد هیجانی و شناختی فرد تأثیر منفی بگذارد (زابورا، برینت زنهو فزاک، کاربو، هوکر، پیانتادوسی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). مطالعات متعدد به بررسی نقش عوامل روانشناختی در ایجاد و شکل‌گیری بدکارکردیهای جنسی پرداختند و بسته به شیوه مطالعه و ابزار مورد استفاده نتایج متفاوتی را گزارش کرده‌اند. کافل و هیفمن از میان عوامل متعددی که می‌تواند عملکرد جنسی مردان و زنان را تحت تأثیر قرار دهد به افسردگی به عنوان اختلالی اشاره می‌کند که پایه شناختی

1 - Byers

2 - Schenk, Pfrang, Rausche

3 - MacNeil, Sandra Byers

4 - Epstein, & Eidelson

5 - Karney, & Bradbury

6 - Psychological distress

7 - Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi

دارد. بدکار کردیهای جنسی و اختلالات خلقی، هر دو شیوع بسیار زیاد دارد و همبودی میان آنها بسیار زیاد است. درصد بسیار زیادی از زنان مبتلا به گونه‌های خفیف تا شدید افسردگی، بدکار کردیهای جنسی را تجربه می‌کنند (کافل و هیمن، ۲۰۰۶). طبق تحقیقات، افرادی که مشکلات جنسی دارند معمولاً اعتماد به نفس ضعیفتری دارند؛ مضطرب و نگرانترند (لارنت و سیمونز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). روزن بیان کرد، مردانی که مشکلات نعوظی تکرار شونده دارند درباره ماهیت فعالیت جنسی، توانایی جنسی و احساسات همسرشان درباره مشکلات جنسی خود، تحریفهای شناختی دارند و همین نگرشها باعث افزایش اضطراب و کاهش عزت نفس می‌شود (روزن، ۲۰۰۲).

پژوهشگران در تحقیقات متعددی به مطالعه همبسته‌های رضایت جنسی در نمونه‌های مختلف پرداختند. بین فراوانی برانگیختگی، ارگاسم و درد طی رابطه جنسی با میل و رضایت جنسی زنان (ترومپتر، بتن کورت، بارنت کانر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲)، بین کیفیت جنسی زندگی با ابعاد جسمی، هیجانی و رابطه‌ای و شادکامی و رضایت از زندگی در زنان (دوغان، توقوت، گلباسی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳)، بین رضایت جنسی و رضایت از ازدواج (بیرز، ۲۰۰۵، فلاحی و بخشی‌پور، ۲۰۱۴)، میان رضایت جنسی و بهزیستی روانشناختی (دیویسون، بل، لاجینا، ۲۰۰۹)، بین بدکار کردی و ناتوانی در عملکرد جنسی با عدم رضایت زناشویی (ایوو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲؛ ملیس، لیتا، ناپی، آگوس و ملیس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۵) روابط معناداری مشاهده شده است. هم‌چنین پژوهشها بیانگر رابطه مثبت بین باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد و تعارضات زناشویی (مولر، ریب، نورتیج<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱)، رابطه مثبت باورهای غیرمنطقی با خشم و رابطه منفی با سلامت روانی و کنترل خشم (مودی و تینگو جام<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷) و رابطه منفی بین باورهای غیرمنطقی با ثبات عاطفی و توافق‌پذیری (ساوا، ۲۰۰۹) است. با توجه به مطالعات این پژوهش در نظر دارد که به بررسی تأثیر باورهای بدکار کردی جنسی بر اختلالات جنسی بر اساس نقش واسطه‌ای درماندگی روانشناختی و صمیمیت زناشویی در قالب الگوی ساختاری پردازد و به این سؤال پاسخ دهد که آیا این داده‌ها با الگوی نظری ارائه شده روابط بین باورهای بدکار کردی

---

1 - Laurent, Simons  
 2 - Trompeter, Bettencourt, & Barrett-Connor  
 3 - Dogan, T., Tugut, N., & Golbasi, Z  
 4 - Oyewo  
 5 - Melis, Litta, Nappi, Agus, Melis, & Angioni  
 6 - Moller, Rabe, Nortje  
 7 - Modi & thingujam

جنسی و اختلالات عملکرد جنسی با میانجیگری درماندگی روانشناختی و صمیمیت زناشویی، برازش مناسبی دارد.

## روش

روش پژوهش، توصیفی (غیرآزمایشی)، و طرح پژوهشی همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری مطالعه شامل تمام زنان متأهل مراجعه کننده به پایگاه‌های بهداشتی سطح شهرستان بردسیر بود. تعداد کل این جمعیت، ۵۷۰۹ نفر هستند که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاکهای همکاری بیمار برای شرکت در پژوهش، تحصیلات حداقل دیپلم، سن بین ۲۰ - ۵۰ سال، عدم ابتلا به بیماریهای خاص، عدم ابتلا به اختلالات روانی، عدم مصرف داروهای اعصاب، عدم مصرف مواد، ۵۰۶ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شد. بعد از هماهنگی با مدیر شبکه بهداشت شهرستان، محقق که خودش کارمند مرکز بهداشت شهرستان است در روزهای مختلف هفته در سه پایگاه بهداشت شهرستان حضور پیدا کرد و پرسشنامه‌ها را بعد از توضیح هدف پژوهش و روش اجرا در اختیار پاسخ دهنده‌ها قرار داد و بعد از تکمیل توسط آنها، جمع‌آوری کرد. در این پژوهش از مقیاسهای زیر استفاده شد:

شاخص عملکرد جنسی زنان<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط روزان و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است که شامل ۱۹ سؤال برای بررسی عملکرد جنسی زنان در شش بعد میل جنسی، تحریک جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم، رضایت و درد است. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس طیف لیکرت صفر تا پنج است (صفر کمترین و پنج بیشترین) و با جمع نمرات سؤالات هر بعد، نمره آن به دست می‌آید. نمره بیشتر نشاندهنده عملکرد جنسی مطلوبتر است (روزان و براون، ۲۰۰۰). در ایران فخری و همکاران (۱۳۹۰)، پایایی آزمون و بازآزمون کلی برای هر یک از حوزه‌های این پرسشنامه را (دامنه I از ۰/۷۳ تا ۰/۷۶) به دست آوردند و ثبات درونی را نیز از (۰/۷۲ تا ۰/۹۰) گزارش کردند.

شاخص درماندگی روانشناختی: پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنش (DASS-21) دارای ۲۱ سؤال است و هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و تنش را بر اساس هفت سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات فرم کوتاه DASS بر اساس یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای

نمره گذاری می شود به طوری که اصلا امتیاز صفر، کمی امتیاز ۱، زیاد امتیاز ۲، و خیلی زیاد امتیاز ۳ را دریافت می کند. به منظور هماهنگی فرم کوتاه DASS با فرم بلند لازم است مجموع نمره های هر خرده مقیاس در عدد دو ضرب شود. هنری و کرافورد در بررسی روایی سازه مقیاس کوتاه افسردگی، اضطراب و تنش (این سه عامل) را در زیر عامل درماندگی کلی روانشناختی قرار دادند (هنری و کرافورد، ۲۰۰۵).

پرسشنامه نیاز صمیمیت باگروزی: این پرسشنامه ۴۱ سؤال در مقیاس ده درجه ای تکمیل عبارت دارد و نیازهای صمیمیت و ابعاد آن را در نه حوزه (عاطفی، روانشناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی، اجتماعی و تفریحی) مورد بررسی قرار می دهد. این پرسشنامه توسط اعتمادی و همکاران ترجمه شد. در تحقیق آنان ضریب پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است (اعتمادی، نوابی نژاد، احمدی، فرزاد، ۲۰۰۶). در مطالعه ای دیگر خمسه و حسینیان در تعیین پایایی پرسشنامه با روش باز آزمون، ضریب آلفای کرونباخ را برای صمیمیت عاطفی ۰/۸۹، صمیمیت روانشناختی ۰/۸۲، صمیمیت عقلانی ۰/۸۱، صمیمیت جنسی ۰/۹۱، صمیمیت فیزیکی، ۰/۸۰، صمیمیت زیباشناختی ۰/۷۶، صمیمیت اجتماعی - تفریحی ۰/۵۱، صمیمیت معنوی ۰/۶۵، و برای صمیمیت کل ۰/۸۲ به دست آوردند (خمسه و حسینیان، ۱۳۸۷).

پرسشنامه باورهای بدکارکردی جنسی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه ۴۰ ماده ای برای ارزیابی باورها و تصورات قالبی جنسی است که در ادبیات بالینی، عوامل مستعدکننده ایجاد بدکارکردی جنسی مردان و زنان تلقی می شود. پرسشنامه در دو نسخه مردان و زنان ارائه شده است. هر کدام از آنها باورهای وابسته به هر جنس را به طور اختصاصی اندازه گیری می کند. از افراد خواسته می شود تا موافقت خود را در یک مقیاس پنج درجه ای از کاملا مخالف تا کاملا موافق طبقه بندی کنند (نوبر، پنینتو، گویا، ۲۰۰۶). زیر مقیاس فرم زنان شامل شش باور است: باورهای مربوط به پاکدامنی زن، باورهای مربوط به میل و لذت جنسی به مثابه گناه، باورهای مربوط به تصویر بدنی، باورهای مربوط به تقدم عاطفه بر لذت جنسی و باورهای مربوط به تقدم وظایف مادرانه بر رابطه جنسی. پایایی آزمون - باز آزمون برای نسخه مردان و زنان با فاصله چهار هفته دارای همبستگی معنادار و رضایت بخشی بوده است (۰/۷۳ =  $r$ ، ۰/۸۰ =  $r$ ). آلفای کرونباخ برای نسخه مردان ۰/۹۳ و برای



نسخه زنان ۸۱/ همسانی درونی پرسشنامه را تأیید کرده است (نوبره، پیتو، گویا، ۲۰۰۶). در نسخه فارسی این پرسشنامه برای مردان همسانی درونی ۸۹/ و برای زنان ۸۰/ به دست آمده است (محمدی، قایدی، محمدی جوینده، ۱۳۸۶).

### یافته‌ها

از آنجا که ماتریس همبستگی زیر بنای الگوهای ساختاری به‌شمار می‌رود در جدول ۱ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. ضرایب همبستگی بین متغیرهای جدول بیان‌کننده تأیید فرضیه نبود هم‌خطی بودن چندگانه است.

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	بازرسی با کلامی باور میل جنسی به مثابه گناه	بازرسی باور سن	بازرسی تصویر بدن	تقدم عاطفه بر لذت جنسی	تقدم وظایف مادرانه بر لذت جنسی	افسردگی	اضطراب	تنش	صمیمیت عاطفی	روانشناختی	عقلانی	
بازرسی باورهای پاکدامنی	۰/۴۳ <sup>**</sup>											
بازرسی باور میل جنسی به مثابه گناه		۰/۴۳ <sup>**</sup>										
بازرسی باور سن			۰/۴۵ <sup>**</sup>									
بازرسی تصویر بدن				۰/۳۴ <sup>**</sup>								
تقدم عاطفه بر لذت جنسی					۰/۲۵ <sup>**</sup>							
تقدم وظایف مادرانه بر لذت جنسی						۰/۲۴ <sup>**</sup>						
افسردگی							۰/۱۳ <sup>**</sup>					
اضطراب								۰/۶۷ <sup>**</sup>				
تنش									۰/۲۰ <sup>**</sup>			
صمیمیت عاطفی										۰/۲۸ <sup>**</sup>		
روانشناختی											۰/۱۳ <sup>**</sup>	
عقلانی												۰/۷۴ <sup>**</sup>

ادامه جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

ردیف	جنسی	جسمانی	معنوی	زیباشناختی	اجتماعی	میل جنسی	تحریک	برانگیختگی	ارگاسم	رضایت	درد
جنسی	۱										
جسمانی	۰/۷۶ <sup>oo</sup>	۱									
معنوی	۰/۴۶ <sup>oo</sup>	۰/۴۷ <sup>oo</sup>	۱								
زیباشناختی	۰/۵۲ <sup>oo</sup>	۰/۵۶ <sup>oo</sup>	۰/۶۲ <sup>oo</sup>	۱							
اجتماعی	۰/۵۲ <sup>oo</sup>	۰/۵۷ <sup>oo</sup>	۰/۵۲ <sup>oo</sup>	۰/۶۸ <sup>oo</sup>	۱						
میل جنسی	۰/۳۶ <sup>oo</sup>	۰/۳۳ <sup>oo</sup>	۰/۱۸ <sup>oo</sup>	۰/۲۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۴ <sup>oo</sup>	۱					
تحریک جنسی	۰/۴۸ <sup>oo</sup>	۰/۴۳ <sup>oo</sup>	۰/۱۷ <sup>oo</sup>	۰/۲۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۱ <sup>oo</sup>	۰/۵۴ <sup>oo</sup>	۱				
برانگیختگی	۰/۳۶ <sup>oo</sup>	۰/۲۹ <sup>oo</sup>	۰/۱۴ <sup>oo</sup>	۰/۲۰ <sup>oo</sup>	۰/۲۶ <sup>oo</sup>	۰/۴۳ <sup>oo</sup>	۰/۷۴ <sup>oo</sup>	۱			
ارگاسم	۰/۴۴ <sup>oo</sup>	۰/۳۷ <sup>oo</sup>	۰/۱۷ <sup>oo</sup>	۰/۲۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۸ <sup>oo</sup>	۰/۴۸ <sup>oo</sup>	۰/۸۰ <sup>oo</sup>	۰/۷۵ <sup>oo</sup>	۱		
رضایت	۰/۴۶ <sup>oo</sup>	۰/۴۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۱ <sup>oo</sup>	۰/۲۷ <sup>oo</sup>	۰/۳۵ <sup>oo</sup>	۰/۴۲ <sup>oo</sup>	۰/۷۸ <sup>oo</sup>	۰/۷۰ <sup>oo</sup>	۰/۸۳ <sup>oo</sup>	۱	
درد	۰/۳۲ <sup>oo</sup>	۰/۲۹ <sup>oo</sup>	۰/۱۸ <sup>oo</sup>	۰/۱۶ <sup>oo</sup>	۰/۲۲ <sup>oo</sup>	۰/۲۷ <sup>oo</sup>	۰/۵۶ <sup>oo</sup>	۰/۵۹ <sup>oo</sup>	۰/۶۳ <sup>oo</sup>	۰/۵۹ <sup>oo</sup>	۱

همبستگی‌های \*\* در سطح آلفای ۰/۰۱ و همبستگی‌های \* در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی دار است.

به منظور پیش‌بینی "اختلالات عملکرد جنسی بر پایه باورهای بدکارکردی جنسی با میانجی درماندگی روانشناختی و ابعاد صمیمت زناشویی" الگوی مفهومی پیشنهاد شده از طریق روش الگویابی معادلات ساختاری بررسی شد. روش SEM به این دلیل انتخاب شد که این رویکرد از روشهای تربیتی حداقل مجذور برتر است و می‌تواند به منظور ارزیابی کفایت الگوهای نظری، مقایسه الگوها و همچنین برآورد عوامل الگو بین گروه‌های مختلف مورد استفاده قرار گیرد (میسرا، کریست و بارنت، ۲۰۰۳). از روش حداکثر احتمال برآورد الگو و از بین شاخصهای نیکویی برازش شاخص مجذور خی (X2)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)، خطای ریشه مجذور میانگین (RMSEA) و... برای برازش الگو استفاده شد.

ضرایب مسیر الگوی فرضی در شکل ۱ و ضرایب مسیر متغیرهای برونزا و درونزا در جدول ۲ ارائه شده است.



جدول ۲: ضرایب مسیر متغیرهای پرونزا و درونزا

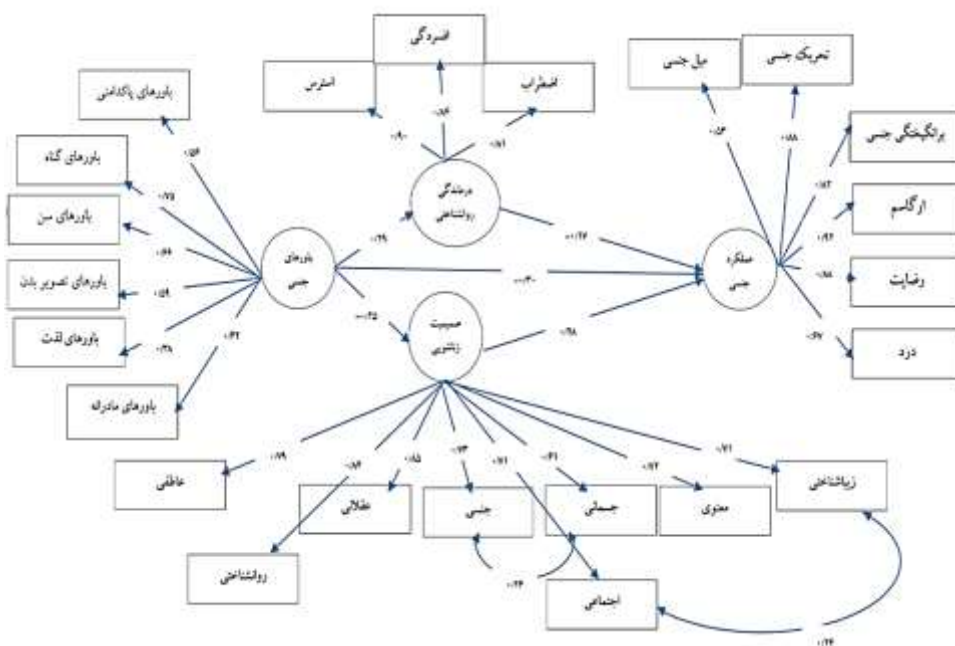
P	T	Se	B	ملاک	پیش‌بین	
< ۰/۰۱	۵/۵۲	۰/۰۵	۰/۲۹	بر درماندگیهای روانشناختی	باورهای بدکارکردی جنسی	تأثیرات مستقیم
< ۰/۰۱	-۵/۰۷	۰/۰۵	-۰/۲۶	بر صمیمیت زناشویی		
< ۰/۰۱	-۵/۴۱	۰/۰۴	-۰/۲۹	بر اختلالات عملکرد جنسی		
< ۰/۰۱	۶/۱۵	۰/۰۵	۰/۳۱	بر اختلالات عملکرد جنسی	صمیمیت زناشویی	تأثیرات غیر مستقیم
< ۰/۰۱	-۳/۵۲	۰/۰۵	-۰/۱۶	بر اختلالات عملکرد جنسی	درماندگیهای روانشناختی	
< ۰/۰۱	-۴/۹۵	۰/۰۳	-۰/۱۳	بر اختلالات عملکرد جنسی از طریق درماندگیهای روانشناختی و صمیمیت زناشویی	باورهای بدکارکردی جنسی	

تعیین برازش الگو: در الگوی پیشنهادی، نتایج آزمون مجذور  $\chi^2$  به منظور بررسی برازش الگوی کلی نشان داد که بین الگوی پیشنهاد شده و مشاهده شده هماهنگی کاملی وجود ندارد ( $p < ۰/۰۱$ ) و  $\chi^2(۲۲۵) = ۸۴۶/۱۵$ ؛ لذا فرض صفر درباره برازش الگو با داده‌ها پذیرفته نمی‌شود. اگر چه رایجترین شاخص برازش کامل الگو با داده‌ها  $\chi^2$  است، این شاخص دو محدودیت دارد: اولاً این آماره برازش کامل الگو با داده‌ها را بررسی می‌کند؛ این درحالی است که دستیابی به الگویی که به طور کامل با داده‌ها برازش داشته باشد، کم است. دوم با افزایش حجم نمونه احتمال معنی‌داری شاخص بیشتر می‌شود. بنابراین ممکن است که یک الگو با داده‌ها برازش نزدیک و قابل قبولی داشته باشد؛ اما در الگوی دستیابی به یک مقدار  $\chi^2$  غیرمعنی‌دار غیر محتمل باشد (وستون و گوری، ۲۰۰۶). همان‌طور که در جدول مشخص است، میزان شاخص برازندگی GFI برابر با ۰/۸۴، شاخص تعدیل شده برازندگی AGFI برابر با ۰/۸۴، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با ۰/۹۶، شاخص برازش عادی شده NFI برابر با ۰/۹۴، شاخص برازش فزاینده IFI برابر با ۰/۹۶، شاخص نرم نشده برازندگی NNFI برابر با ۰/۹۵، RFI برابر با ۰/۹۳ و جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با ۰/۰۷۴ به دست آمد. هیو و بنتلر (۱۹۹۹)، به نقل هومن، احدی، سپاه‌منصور و شیخی، (۱۳۸۹) پیشنهاد می‌کنند زمانی که میزان GFI، CFI و IFI بزرگتر از ۰/۹۰ و RMSEA کوچکتر از ۰/۰۸ باشد، نشان‌دهنده برازش مناسب و کافی الگو است. به علاوه آنها تأکید می‌کنند که مقادیر کمتر از ۰/۰۵ برای شاخص RMSEA نشان‌دهنده برازش خوب الگو با داده‌هاست و مقادیر کمتر از ۰/۱۰ برای این شاخص برازش قابل قبول الگو با داده‌ها را نشان می‌دهد. آن‌گونه که مشخص است شاخصها حاکی از برازش قابل قبول الگو با داده‌ها است (جدول ۳).

جدول ۳: شاخصهای برازندگی الگوی مفهومی پژوهش

ردیف	نام آزمون	چه زمانی الگو برازنده است؟	میزان در الگو	نتیجه
۱	$\chi^2$	معنادار نباشد.	۸۴۶/۱۵	عدم برازش
۲	RMSEA	اگر از ۰/۰۸ کوچکتر باشد.	۰/۰۷۴	قابل قبول
۳	GFI	باید از ۰/۹۰ بزرگتر باشد.	۰/۸۴	قابل قبول
۴	CFI	باید از ۰/۹۰ بزرگتر باشد.	۰/۹۶	بrazنده
۵	AGFI	باید از ۰/۹۰ بزرگتر باشد.	۰/۸۴	قابل قبول
۶	NFI	باید از ۰/۹۰ بزرگتر باشد.	۰/۹۴	بrazنده
۷	IFI	باید از ۰/۹۰ بزرگتر باشد.	۰/۹۶	بrazنده
۸	NNFI	باید از ۰/۹۰ بزرگتر باشد.	۰/۹۵	بrazنده
۹	RFI	باید از ۰/۹۰ بزرگتر باشد.	۰/۹۳	بrazنده

در آخرین مرحله پیرایش و اصلاح الگو بر اساس شاخصهای اصلاح صورت گرفت. ضرایب مسیر الگوی اصلاحی در شکل ۲ ارائه شده است.



Chi-square = ۵۹۶/۹۵ .df = ۲۲۳ .p-value = ۰/۰۰۰ .RMSEA = ۰/۰۵۸

شکل ۲: ضرایب مسیر الگوی اصلاحی در الگویابی اختلالات عملکرد جنسی

با انتخاب شاخصهای اصلاح الگو (MI) لیزرل پیشنهادهایی در مورد متصل کردن مسیر خطای صمیمیت جنسی به صمیمیت جسمانی و صمیمیت زیبایی شناختی به صمیمیت اجتماعی - تفریحی پیشنهاد کرد، این اصلاح به اندازه ۲۴۹/۲۰ از مقدار  $\chi^2$  می‌کاهد و در نتیجه به الگوی برازش یافته نزدیکتر می‌شود. برونداد پس از اصلاح در مقایسه با قبل از اصلاح از شاخصهای برازش بهتری برخوردار بود. بر اساس شاخصهای برازش جدید، اگر چه نتایج آزمون مجذور  $\chi^2$  کاهش قابل توجهی نشان داد، مشخص شد بین الگوی پیشنهاد شده و مشاهده شده برازش وجود ندارد ( $p < 0/01$  و  $\chi^2(223) = 596/95$ ). میزان شاخص برازندگی GFI برابر با 0/91، شاخص تعدیل شده برازندگی AGFI برابر با 0/89، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با 0/97، RFI برابر با 0/95، شاخص برازش عادی شده NFI برابر با 0/96، شاخص برازش فزاینده IFI برابر با 0/97، جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با 0/058 و NNFI برابر با 0/97 به دست آمد که همگی حاکی از برازش مناسب الگو با داده‌ها است.

هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ۸ درصد از واریانس مشاهده شده در درماندگیهای روانشناختی و ۷ درصد از واریانس مشاهده شده در صمیمیت زناشویی از طریق باورهای بدکارکردی جنسی تبیین می‌شود؛ به علاوه ۲۸ درصد واریانس اختلالات عملکرد جنسی از طریق ترکیب متغیرهای باورهای بدکارکردی، درماندگیهای روانشناختی و صمیمیت زناشویی قابل تبیین است.

## بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج، باورهای بدکارکردی جنسی به‌طور مستقیم بر صمیمیت زناشویی اثر منفی دارد؛ اما خود صمیمیت زناشویی با عملکرد جنسی رابطه مثبت دارد. در تبیین این داده می‌توان عنوان کرد که به‌طور کلی باورهای معیوب بر کیفیت رابطه و صمیمیت زناشویی اثر می‌گذارد. این یافته با پژوهشهای قبلی همخوان است که عنوان می‌کند هر قدر باورهای ارتباطی ناکارآمد مختص رابطه زناشویی بیشتر باشد، رضایتمندی در روابط زناشویی کمتر خواهد بود (شهرستانی، دوستکام، رهباردار و مشهدی، ۱۳۹۱). اعتمادی و همکارانش (۱۳۸۵) نیز در پژوهش خود دریافتند که اصلاح باورهای شناختی معیوب ضمن اصلاح برداشتهای غلط، توقعات و انتظارات غیرمنطقی را کاهش می‌دهد و باعث کاهش تعارضات می‌شود و این مهارتها به افزایش احساسات مثبت و کاهش احساسات منفی نسبت به یکدیگر و در نهایت به افزایش صمیمیت جنسی منجر می‌شود.

هم‌چنین، مطالعات نشان می‌دهد که منبع بسیاری از مشکلات زوجین نبود صمیمیت و مشکلات ارتباطی زوجین است (باگاروزی، ۲۰۰۱). یکی از عواملی که در کیفیت و رضایت از رابطه جنسی بشدت تأثیرگذار است، صمیمیت زناشویی است. طبق نتایج این پژوهش باورهای بدکارکردی جنسی باعث کاهش صمیمیت زناشویی می‌شود و در نتیجه وقتی صمیمیت زناشویی کاهش می‌یابد، عملکرد جنسی در حوزه‌های مختلف نیز دچار اختلال می‌گردد.

در الگو نیز دیده شد که باورهای بدکارکردی جنسی به شکل مستقیم نیز بر عملکرد جنسی تأثیر منفی دارد. در پژوهشهای قبلی دیده شد که باورهای جنسی متفاوت در شکل‌گیری بدکارکردهای جنسی نقش مهمی دارد (نوبره، پنیو و گویا، ۲۰۰۳). بر طبق پژوهشها افکار و نگرشهای ناسازگارانه در چگونگی تفسیر اطلاعات در موقعیت‌های جنسی و نهایتاً تجربه، میل، برانگیختگی و ارگاسم نقش بسیار مهمی ایجاد می‌کند. اگر محرک ورودی به گونه‌ای تفسیر شود که باعث به وجود آمدن افکار جنسی مثبت شود در مقایسه با تغییری که باعث ایجاد افکار منفی می‌شود، احتمالاً تأثیرات متفاوتی بر پاسخ جنسی فرد خواهد داشت (اسپنس، ترجمه تونزده جانی و همکاران، ۱۳۸۶). هر چند باورهای بدکارکردی هم در مردان و هم در زنان نشان‌دهنده تأثیرپذیری عملکرد جنسی از باورهای بدکارکردی جنسی است، این تأثیر در زنان معنادارتر است. زنان دچار به بدکارکردی جنسی به گونه‌ای معنادار، باورهای مربوط به خودپنداره جسمی بیشتر (مثل زنانی که از لحاظ جسمی جذاب نیستند، نمی‌توانند از نظر جنسی ارضا شوند) و باورهای مربوط به سن بیشتری (مثل زنان بعد از یائسگی میل جنسی خود را از دست می‌دهند) را نشان می‌دهند (نوبره و همکاران، ۲۰۰۶)؛ لذا باورهای بدکارکردی جنسی از طریق تأثیر منفی‌ای که بر رفتار جنسی فرد در حوزه‌های مختلف می‌گذارد، باعث کاهش عملکرد جنسی می‌شود.

در این الگو دیده شد که باورهای بدکارکردی هم به شکل مستقیم، باعث افزایش درماندگی روانشناختی، و هم به‌طور غیرمستقیم از طریق افزایش درماندگی روانشناختی باعث کاهش عملکرد جنسی می‌شود. این نتیجه با پژوهشهای پیشین همخوان است که گزارش کردند، باورهای بدکارکردی جنسی می‌تواند به سکوتی رنج‌آور منجر شود که مخفیانه و بدون آگاهی صحیح از دلایل آن، شخص را از لحاظ روانی تحلیل می‌برد و از پای در می‌آورد و بر کیفیت رابطه تأثیر منفی می‌گذارد (بالانین، ۲۰۱۲). از طرفی مطالعات نشان می‌دهد درصد بسیار زیادی از مردان و زنان مبتلا به اختلال خلقی خفیف، متوسط و شدید، بدکارکردهای جنسی را هم تجربه می‌کنند

(هارتمن، ۲۰۰۷). برزندان<sup>۱</sup> نیز اشاره می‌کند که زنان تحت تنش، کمتر احساسات و تمایلات خود را بیان می‌کنند؛ زیرا کورتیزول موجب جلوگیری از عملکرد اوکسی توسین در مغز زنان می‌شود و مانع تمایل به روابط جنسی می‌شود. بک و بوزمن (۱۹۹۶) در پژوهشی به بررسی رابطه و تأثیر خشم و اضطراب در میل جنسی زنان و مردان پرداختند. این مطالعه نشان داد با افزایش سطح خشم، میل جنسی هم در زنان و هم در مردان کاهش می‌یابد. اضطراب و میل جنسی نیز رابطه منفی دارد؛ به این معنا که با افزایش سطح اضطراب، میل جنسی هم در زنان و هم در مردان کاهش می‌یابد. در نتیجه باورهای جنسی باعث اختلال هیجانی در فرد و ایجاد اضطراب، افسردگی و تنش می‌شود و خود این حالات باعث اختلال در رفتارهای جنسی فرد خواهد شد.

#### منابع

- اعتمادی، عذرا؛ نوایی‌نژاد، شکوه؛ احمدی، احمد؛ فرزاد، ولی‌الله (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری بر صمیمیت زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان. *مطالعات روانشناختی*. ش ۲(۱): ۶۹ - ۸۷.
- اسپنس، سوزان؛ اچ (۱۹۹۱). *درمان اختلالات جنسی (دیدگاه شناختی رفتاری)*. ترجمه حسن تونزنده‌جانی و دیگران. (۱۳۸۵). تهران: پیک فرهنگ.
- خمسه، اکرم؛ حسینیان، سیمین (۱۳۸۷). بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. *مطالعات زنان*. ش ۶(۱): ۳۵ - ۵۲.
- کاپلان، سادوک (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- شعیری، محمدرضا؛ روشن، رسول؛ اصغری‌مقدم، محمدعلی؛ نائینیان، محمدرضا (۱۳۸۶). *تشخیص و درمان اختلالات جنسی از نظر روانشناختی*. تهران: انتشارات البرز.
- شفیعی، پریسا (۱۳۸۴). *بررسی رابطه بین احقاق، تمایل و هویت جنسی دانشجویان زن متأهل ۲۰ - ۳۰ ساله ساکن در خوابگاه‌های شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه تربیت معلم تهران.
- شهرستانی، ملیحه؛ دوستکام، محسن؛ رهباندار، حمید؛ مهدی، علی (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت‌مندی زناشویی از روی متغیرهای باورهای ارتباطی و صمیمیت زناشویی در زنان متقاضی طلاق و عادی شهر مشهد. *فصلنامه زن و فرهنگ*. ش ۴(۱۴): ۱۹ - ۴۱.
- شیبلی‌هاید، جانت (۱۳۸۷). *روانشناسی زنان*. سهم زنان در تجربه بشری. ترجمه اکرم خمسه. تهران: انتشارات آگه و ارجمند.



فخری، احمد؛ محمدی زیدی، عیسی؛ پاکپور حاجی اقا، امیر؛ مرشدی، هادی؛ محمدجعفری، راضیه؛ قلمبردزفولی، فاطمه (۱۳۹۰). ویژگیهای روانسجی نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان. *مجله علوم پزشکی جندی شاپور*. ش ۷۳: ۳۴۵.

محمدی، ابوالفضل؛ قائدی، غلامحسین؛ محمدی جوینده، سمیه (۱۳۸۶). *ارتباط باورهای بدکرکردی جنسی و افسردگی در افراد مبتلا به اختلالات جنسی*. مجموعه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی. تهران: مرکز آفرینشهای فرهنگی - هنری.

- Adams, S. G., & Chupurdia, K.M., & Lofland, K.R. (1996). Assessment of sexual beliefs and information in aging couples whit dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 25(3), 249-260.
- Bagarozzi, D. A. (2013). *Enhancing intimacy in marriage: A Clinician's Guide*. New York: Brunner-Rutledge.
- Balanean, R. (2012a). Postmodern psycho-social influences on the dysfunctional sexual beliefs of the Romanian youth. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 31 (2012)714-718.
- Beck J, Bozman GA. gender differences in sexual desire: the effects of anger and anxiety. *Arch sexual Behavior*. 1996; 24(6), 595-612.
- Brizendine L. *The female brain*. New York: Broadway Books; 2006
- Byers ES. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *J Sex Res*. 42(2): 113-8.
- Byers, E.(2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *J Sex Res*. 42, 113-118.
- Davison, S.L., Bell, R.J., La China, M., Holden, S.L.: Davis SR. (2009). The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med*. 6, 2690-2697.
- Dogan, T., Tugut, N., & Golbasi, Z. (2013). The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. *Sexuality and Disability*, 31(3), 239-247.
- Drew, J. (2003). The myth of female sexual dysfunction and its medicalization. *Sexualities, Evolution & Gender*, 5(2), 89-96.
- Duba, J. D., Hughey, A. W., Lara, T., & Burke, M.G(2012). Areas of marital dissatisfaction among long-term couples, *Adult span Journal*, 11, 39-54.
- Epstein, N., & Eidelson, R.J(1981). Unrealistic beliefs of clinical couples: Their relationship to expectations, goals, and satisfaction, *American Journal of Family Therapy*. 9, 13-22.
- Fallahi, M., & Bakhshipour, B. (2014). The Prediction of Marital Satisfaction and Sexual Satisfaction Based on Attachment Styles among Married Women in Gorgan. (persion)
- Henry, J.D & Crawford, J. R. (2005). the short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*. 44(2), 227-239.
- Hurtman, U. Depression and sexual dysfunction. *J Men's health and gender*. 2007; 4(1): 18-25.
- Karney, B.R., & Bradbury, T.N(1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.
- Kuffle, S.W., & Heiman, J.R. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 163-177.

- Laurent, S. M., Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension . *Clinical Psychology Review*, 29, 7, 573-585.
- Levinger, G., &Huston, T. L. (1990). *The social psychology of marriage. The Psychology of Marriage*, (19-58). New York: Guilford Press.
- MacNeil S, Sandra Byers E. Dyadic assessment of sexual self-disclosure and sexual satisfaction in heterosexual dating couples. *Journal of Social and Personal Relationships* 2005; 22(2): 169-81.
- Melis, I., Litta, P., Nappi, L., Agus, M., Melis, G. B., & Angioni, S. (2015). Sexual function in women with deep endometriosis: correlation with quality of life, intensity of pain, depression, anxiety, and body image *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 175-185.
- Modi, D & thingujam, N.S (2007). Role of Anger and Irrational Thinking on Minor Physical Health Problems among Married Couples, *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33,1 , 119-128.
- Moller, A.T., Rabe, H.M., Nortje, C (2001). Dysfunctional beliefs and marital conflict in distressed and non-distressed married in individuals, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19 , 4, 259-270.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship therapy*, 18, 171-204.
- Nobre, P.J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research*. 43, 1, 68.
- Oyewo, N. A.(2012). Sexual Dysfunction as a Determinant of Marital Dissatisfaction among Married Part-Time Degree Students in Oyo State. *European Journal of Humanities and Social Science*. Vol, 15(1).
- Rosen R C.(2002).Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. *Journal of fertility and sterility*; 77(4)
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et, al. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual. *Journal of sex & marital therapy*. 26(2), 191-208.
- Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan and Sadock., s synopsis of psychiatry. Philadelphia, USA Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p.1025.
- Sanchez Fuentes. M, Santos Iglesias. p , Sierra J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1): 67- 75.
- Sava, F.A (2009). Maladaptive schemas, irrational beliefs, and their relationship with the five -factor personality model, *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9 ,2, 135-14.
- Schenk J, Pfrang H, Rausche A. Personality traits versus the quality of the marital relationship as the determinant of marital sexuality. *Arch Sex Behav* 1983; 12(1): 31-42.
- Stalofor, M ,Brandt, S.(2011). Religious Homogeny and Marital Satisfaction: Couples That Pray Together, Say Together. *So psychological Viewpoints*, Vol.20, To
- Trompeter, S. E., Bettencourt, R., & Barrett-Connor, E. (2012). Sexual activity and satisfaction in healthy community-dwelling older women. *The American journal of medicine*. 125(1), 37-43.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R., & Gangamma, R. (2013). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction .*Journal of Sex and Marital Therapy*, 40,275-293.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer .*Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28.