

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی، با دانش و بازخورد جنسی در رابطه  
بین وخامت اختلال های جنسی و مشکلات زناشویی

**Moderating role of performance anxiety, sexual knowledge  
and sexual attitude on the relationship between severity of  
sexual dysfunctions and marital problems**

M.A. Besharat, Ph.D.

دکتر محمدعلی بشارت \*

N. Mazloomhoseini, M.A.

نگار مظلوم حسینی \*\*

M. Gholamali Lavasani, Ph.D.

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی \*\*\*

B.A. Ghanbari Hashemabadi, Ph.D.

دکتر بهرامعلی قنبری هاشم آبادی \*\*\*\*

**چکیده**

اختلال های جنسی، روابط زناشویی را تحت تأثیر قرار می دهند و باعث به وجود آمدن و یا  
تداوم مشکلات زناشویی می شوند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل کننده حالت  
اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال های جنسی و مشکلات

---

\*. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران (نویسنده مسؤل)

\*\* . دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران

\*\*\* . دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه تهران

\*\*\*\* . استاد پژوهشکده بیماری های گوارش و کبد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

زناشویی بود. تعداد ۷۰ نفر (۳۵ مرد، ۳۵ زن) از مراجعه کنندگان به مرکز اختلال‌های جنسی دانشگاه علوم پزشکی شهر مشهد در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت کنندگان خواسته شد که پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبک-راست (GRISS)، پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبک-راست (GRIMS)، پرسشنامه چندبعدی خودپنداشت (MDSCQ) و مقیاس دانش و بازخورد جنسی (SKAS)، را تکمیل کنند. یافته‌های پژوهش نشان داد که اختلال‌های جنسی با مشکلات زناشویی رابطه مثبت دارند. حالت اضطرابی و دانش ناکافی و بازخورد منفی به رابطه جنسی با مشکلات زناشویی رابطه مثبت داشتند. حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی توانستند اختلال‌های جنسی را پیش‌بینی کنند. حالت اضطرابی رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی را به صورت معنادار تعدیل کرد، اما نقش تعدیل کننده دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی معنادار نبود. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که ویژگی‌های شخصی حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی، رابطه زوجین را در دو حیطه مهم جنسی و زناشویی تحت تأثیر قرار می‌دهند. نتایج پژوهش حاضر اهمیت توجه به این متغیرها را در پیشگیری، تشخیص و درمان اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی نشان می‌دهد.

**واژه-کلیدها:** اختلال جنسی، مشکل زناشویی، اضطراب عملی، دانش جنسی، بازخورد جنسی.

## Abstract

Marital relationships are influenced by sexual dysfunctions resulting in development and or continuing marital problems. The present study aimed at examining the moderating role of performance anxiety, sexual knowledge and attitudes on the relationship between severity of sexual dysfunctions and marital problems. A total of 70 individuals (35 males, 35 females) referring to the sexual dysfunctions center of the Mashhad university of medical sciences participated in this study. Participants were asked to complete Golombok-Rust inventory of sexual state questionnaire (GRISS), Golombok Rust inventory of marital state (GRIMS), multidimensional self concept questionnaire (MDSCQ), and sexual knowledge and attitude scale (SKAS). Sexual dysfunctions showed a

significant positive association with marital problems. Performance anxiety and inadequate knowledge and negative attitudes to sex showed significant positive associations with marital problems. Performance anxiety as well as sexual knowledge and attitudes predicted sexual dysfunctions. Analysis of the data revealed that performance anxiety significantly moderated the relationship between sexual dysfunctions and marital problems. The moderating role of sexual knowledge and attitudes, however, did not approved. Based on the results of the present study, it can be concluded that sexual and marital aspects of the couple's relationship are influenced by personal characteristics of performance anxiety as well as sexual knowledge and attitude. The results of the present study provided support for the importance of these variables in the prevention, diagnosis and treatment of sexual dysfunctions as well as marital problems.

**Keywords:** sexual dysfunction, marital problem, performance anxiety, sexual knowledge, sexual attitude.

**Contact information:** besharat@ut.ac.ir

\*\*\*

## مقدمه

ارزیابی کلی فرد از رابطه زناشویی<sup>۱</sup> و برآورده شدن نیازها، خواسته‌ها، آرزوهای شخصی و زوجی تعیین‌کننده رضایت و یا نارضایتی از رابطه زناشویی است (متسان، روژ، جانسون، دیویدسون و فینچام، ۲۰۱۳). مشکلات زناشویی در روند تحقق نیازها و خواسته‌های زوجها اختلال ایجاد می‌کنند (اشدان، هکاتورن و کلارک، ۲۰۱۱؛ رمان، جانسن، نیوهاوس، هیمن، هالتورث-مونرو و همکاران، ۲۰۱۱). هرگونه تعارض، ناسازگاری و نارضایتی در متغیرهای مرتبط با رابطه زناشویی، می‌تواند به آشفتگی و مشکلات زناشویی منتهی گردد و اگر مورد توجه قرار نگیرد به ازدواج‌های ناموفق، طلاق و پیامدهای ویرانگر در بهداشت روانی زن، شوهر، فرزندان و جامعه می‌انجامد (آماتو، ۲۰۰۰). زوج‌هایی که مشکلات و تعارض را در رابطه خود تجربه می‌کنند، با احتمال بیشتری نشانه‌های افسردگی<sup>۲</sup> (ویشن و باکوم، ۲۰۱۲)، اختلال‌های اضطرابی<sup>۳</sup>، اضطراب اجتماعی<sup>۴</sup>، دوقطبی و مشکلات جسمانی مانند عادت‌های بد غذایی، مشکلات خواب<sup>۵</sup>، سوءمصرف سیگار، الکل و مصرف داروهای خودتجویزی را

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

نشان می‌دهند (فلمینگ، وایت و کاتالانو، ۲۰۱۰؛ هامیش، لئونارد و کورنلیس، ۲۰۱۰).

یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر مشکلات زناشویی وجود اختلال‌های جنسی<sup>۶</sup> در زوجها است (گیدنس، ۲۰۱۳؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰). رضایتی که شخص از جنبه جنسی رابطه‌اش دارد به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم رابطه زناشویی و از شاخص‌های ازدواج موفق، بقا و سلامت خانواده<sup>۷</sup> محسوب می‌شود (جرج، فلاچر، کریستین و کانز، ۲۰۰۳؛ هاروی، ونزل و اسپرچر، ۲۰۰۴). بزرگ‌ترین پژوهش بین‌المللی درباره رفتار جنسی<sup>۸</sup> توسط مؤسسه جهانی مطالعه رفتار و بازخورد جنسی<sup>۹</sup> نشان داده است که از میان ۲۷۵۰۰ زن و مرد ۴۰ تا ۸۰ ساله در ۲۹ کشور جهان، ۳۸٪ زنان و ۲۹٪ مردان دارای اختلال‌های جنسی هستند (نیکولسی، لامن، گلاسر، موریرا، پیک و همکاران، ۲۰۰۴). اما با وجود فراوانی بالای اختلال‌های جنسی، مطالعه در مورد نحوه رابطه و چگونگی تأثیرگذاری اختلال‌های جنسی بر مشکلات زناشویی در مراحل مقدماتی قرار دارند (مککلند، ۲۰۱۰) و تعاریف مفهومی آن کمیاب و مدل‌های نظری و شاخص‌های متعارض و متفاوتی برای آن ارائه شده است (استفنسون و متسون، ۲۰۱۴؛ پاسکولا، نارسیسو و پیرا، ۲۰۱۴). علاوه بر این، در سطح نظری این مسأله بی‌پاسخ مانده است که چگونه اختلال جنسی بر رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارد؟ به عبارت دیگر مکانیسم اثرگذاری اختلال‌های جنسی بر رضایت زناشویی<sup>۱۰</sup> مشخص نشده‌اند و در سطح عملی نیز پژوهش‌هایی که به بررسی و شناخت متغیرهای میانجیگری و تعدیل‌کننده این رابطه باشند نپرداخته‌اند. بدین جهت در این پژوهش در گام اول رابطه بین اختلال‌های جنسی و رضایت زناشویی بررسی می‌شود و در گام بعدی سعی می‌شود مکانیسم‌های اثرگذار بر این رابطه مورد بررسی قرار گیرد. شناخت عوامل مؤثر بر مشکلات جنسی جهت کمک به ارائه راه کارهای درمانی و نیل به رضایت از رابطه جنسی و در نهایت رضایت زناشویی، اهمیت این پژوهش را بیشتر می‌کند.

با مرور پژوهش‌های انجام شده در مورد رابطه اختلال‌های جنسی و رضایت زناشویی می‌توان گفت اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی در تعامل پیچیده‌ای با عوامل زیستی، اجتماعی- فرهنگی و روان‌شناختی هستند. از میان این عوامل، اضطراب حین رابطه جنسی، نبود دانش، مهارت و آموزش کافی در رابطه با مسائل جنسی و نگرش‌ها و باورهای غلط فردی و

نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

اجتماعی، از مهمترین عوامل مؤثر بر اختلال‌های جنسی هستند و در اکثر پژوهش‌های انجام شده در این حیطه به این عوامل اشاره شده است (به‌عنوان مثال، انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ آلتوف و نیدل، ۲۰۱۳).

اضطراب به‌عنوان عامل روان‌شناختی اختلال‌های جنسی و مانع برانگیختگی جنسی شناخته شده است (تلچ و پوجالس، ۲۰۱۳). اضطراب عملی<sup>۱۱</sup>، نگرانی و سواسی مشخص در مورد کفایت اجرایی عملیات جنسی و نیاز نابهنجار شخص نسبت به اجرای موفق عملیات جنسی یا ارضای شریک جنسی بدون در نظر گرفتن لذت و ارضای شخصی است (بشارت، ۱۳۷۷). حالت اضطرابی از نیرومندترین تعیین‌کننده‌های اختلال‌های جنسی است و رابطه آن با کارکرد جنسی<sup>۱۲</sup> ثابت شده است. حالت اضطرابی بر تمامی اختلال‌های جنسی به‌ویژه نعوظ<sup>۱۳</sup>، انزال زودرس<sup>۱۴</sup>، کاهش میل جنسی<sup>۱۵</sup> و اختلال‌های ارگاسمی<sup>۱۶</sup> مؤثر است (آلتوف و نیدل، ۲۰۱۳). مسترز و جانسون (۱۹۷۰) به نقش عمیق حالت اضطرابی و کاپلن (۱۹۷۴) به نقش منابع حالت اضطرابی مانند ترس از شکست و ترس از عدم لذت جنسی شریک، در هر گونه ناتوانی جنسی، اشاره کردند. حالت اضطرابی می‌تواند باعث اجتناب جنسی یا برعکس موجب رفتار جنسی اجباری گردد. شواهد تجربی بسیاری رابطه بین اضطراب جنسی و اختلال‌های جنسی به‌ویژه اختلال نعوظ، انزال زودرس و اختلال‌های ارگاسمی را نشان داده‌اند (به‌عنوان مثال، لارنت و سایمونس، ۲۰۰۹؛ همیلتون و مستون، ۲۰۱۰).

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که حالت اضطرابی به علل گوناگون شامل: (۱) ترس از رد شدن و مورد قبول همسر واقع نشدن (نعوظ مورد تأیید همسر نباشد، زیر سؤال رفتن مردانگی و لطمه دیدن احساس کفایت)؛ (۲) ترس از ناتوانی؛ (۳) ترس از تصویر بدنی ضعیف؛ و (۴) ترس به‌دلیل تجربه و گذشته سوء رفتار جنسی بروز می‌کند (سایمون و فیرینگ، ۲۰۰۸). پیامد این اضطراب، بروز اختلال‌های جنسی در مردان و زنان است. البته رابطه بین اضطراب و عملکرد جنسی پیچیده است و این دو می‌توانند رابطه دوسویه داشته و یا به اشکال متفاوت دیگری بروز کنند. همچنین علائم آن‌ها ممکن است ناشی از یک منبع مشترک باشد (لارنت و سایمونس، ۲۰۰۹؛ هلدون، ۲۰۰۳).

علاوه بر اضطراب عملی، دانش و بازخورد جنسی در رابطه اختلال‌های جنسی و مشکلات

نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

زناشویی مورد توجه قرار گرفته است. دانش جنسی<sup>۱۷</sup> به مجموعه معلومات، اطلاعات و آگاهی فرد در مورد جنسیت و مسائل جنسی از جمله جنبه‌های فیزیولوژیکی، تولیدمثل، عملکرد و رفتار جنسی شخصی و بین شخصی، گفته می‌شود. دانش جنسی تمامی جنبه‌های مسائل جنسی را در بر می‌گیرد و شامل شناخت افراد از رفتارهای جنسی مختلف از جمله خودارضایی<sup>۱۸</sup>، بیماری‌های مقاربتی<sup>۱۹</sup>، بارداری و پیشگیری از آن می‌شود (گالگوس، ویلارول، گومز، اونفر و ژو، ۲۰۰۷). نقش آگاهی و دانش فرد نسبت به مسائل جنسی بسیار با اهمیت است و می‌تواند بر تمام ارتباطات و تعاملات زندگی زوجین تأثیرگذار باشد. جایگاه دانش و بازخورد جنسی به‌عنوان یک متغیر میانجیگری تعامل افراد با یکدیگر، نقش برجسته‌ای دارد (بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲). اگر زوجین در زندگی خود شناخت بیشتری نسبت به این بعد مهم رابطه داشته باشند، قادر خواهند بود که شیوه‌های ارتباطی خود را تغییر داده آن‌ها را بهبود بخشند و در هنگام بروز تعارضات و مشکلات زناشویی یک راه‌حل سازنده در پیش گیرند (نورانی پور، بشارت و یوسفی، ۱۳۸۶). زوجینی که برای درمان نابهنجاری جنسی خود در پی دریافت کمک هستند، در مقایسه با آنانی که فاقد نابهنجاری جنسی هستند، به‌طور معناداری از معلومات جنسی کمتری برخوردارند (فیشر، ۲۰۰۹). کمبود دانش جنسی با اطلاعات نادرست درباره مسائل جنسی باعث افزایش آسیب‌پذیری فرد است و فقدان اطلاعات کالبدشناختی جنسی زمینه‌ساز اختلال‌های جنسی شناخته شده است (لو و چن، ۲۰۰۹).

سامرز و گلیسون (۲۰۰۱) معتقدند که دانش جنسی به طور قابل توجهی با بازخورد جنسی و رفتار جنسی سالم مرتبط است. بازخورد به شیوه‌های تفکر، باورها یا سوگیری در تفسیر اطلاعات اطلاق می‌شود که بر محتوای فعالیت شناختی افراد تأثیر می‌گذارند. بازخورد جنسی به باورهای فرد در مورد فعالیت‌ها و نقش‌های جنسی گفته می‌شود. تصور مثبت یا منفی فرد هنگام صحبت راجع به مسائل جنسی و همچنین افکار و باورهای افراد راجع به تمایلات جنسی خود، بازخورد آن‌ها را نسبت به مسائل جنسی نشان می‌دهد. بازخورد جنسی در پژوهش لو و چن (۲۰۰۹) به‌عنوان تصورات قبل از ازدواج افراد به تعاملات جنسی و میزان معجز بودن مسائل جنسی در نظر آن‌ها، تعریف شده است. فقدان آموزش کافی در مورد فعالیت‌های جنسی، موجب پیدایش نگرش‌ها و باورهای جنسی غلط می‌شود (بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲؛

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

یازیزی، دالگان، زنگین و بایرا، ۲۰۱۲). همزمان با افزایش دانش و آگاهی افراد در زمینه مسائل جنسی و تغییر بازخورد جنسی، رضایت زناشویی نیز بهتر می‌شود، اما پژوهش‌ها کماکان به وجود برنامه‌های تربیت جنسی بسیار کم و فاقد شفافیت لازم اشاره دارند (شیپیتسینا، کراسنوسلسکیخ، زولو تورخایا، ساویچوا، کروتین و همکاران، ۲۰۱۳).

با استناد به یافته‌های پژوهشی موجود، در چهارچوب پژوهش حاضر، نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و رضایت زناشویی بررسی شد. لزوم این بررسی و فهم بیشتر چگونگی رابطه میان این متغیرها در پژوهش‌های لارنت و سایمونس (۲۰۰۹) تاکید شده است. نقش رضایت جنسی در سلامت روانی و بهبود کیفیت رابطه زناشویی، و بر عکس، دیدگاه‌های منفی نسبت به مسائل جنسی به طوری که صحبت درباره آن معمولاً با احساساتی مانند شرم، گناه و رفتارهایی از قبیل کمرویی، گستاخی و بی‌حیایی همراه است (هاروی و همکاران، ۲۰۰۴)؛ اهمیت و ضرورت انجام این پژوهش را توجیه می‌کند. همچنین، بررسی روابط این مفاهیم با یکدیگر و چگونگی تأثیرگذاری آن‌ها، باعث دستیابی به مدل نظری غنی‌تر در علت‌شناسی و تبیین کیفیت روابط زناشویی و به دنبال آن استفاده از یافته‌های به دست آمده در تدوین روش‌های درمانی مؤثرتر برای حل مشکلات زناشویی، می‌شود.

## روش

**جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:** جامعه آماری در پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال‌های جنسی مراجعه کننده به مرکز اختلال‌های جنسی دانشگاه علوم پزشکی شهر مشهد بودند. نمونه این پژوهش به شیوه هدفمند از بین مراجعه کنندگان به این مرکز انتخاب شدند. ملاک‌های شرکت در پژوهش عبارت بودند از: مبتلا بودن به اختلال‌های جنسی بر اساس ملاک‌های DSM-5 (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) و تشخیص روانپزشک مرکز؛ مبتلا نبودن همزمان به بیماری‌های جسمانی مانند فشارخون، دیابت، بیماری قلبی و اختلال‌های روان‌شناختی مستلزم مصرف دارو و متأهل بودن. قبل از اجرای پژوهش، هدف پژوهش، روند کار و چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها برای بیماران تشریح می‌شد. محرمانه بودن اطلاعات شخصی شرکت کنندگان و

نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

استفاده از داده‌های به‌دست آمده از پژوهش صرفاً جهت کارهای پژوهشی برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده می‌شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش آزاد بودند که در هر مرحله از پژوهش در صورت تمایل نداشتن به ادامه همکاری، به مشارکت خود پایان دهند. در یک بازه زمانی سه‌ماهه، ۷۰ شرکت‌کننده (۳۵ زن، ۳۵ مرد) به‌طور کامل همکاری کردند. میانگین سنی زنان ۲۶ سال با دامنه سنی ۲۲ تا ۳۸ سال بود. میانگین سنی مردان ۲۹ سال با دامنه ۲۷ تا ۴۰ سال بود. سایر مشخصات دموگرافیک نمونه پژوهش در جدول شماره (۱) گزارش شده است.

ابزار پژوهش: در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

### جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد شرکت‌کنندگان

برحسب جنس، تعداد فرزند، تحصیلات

فراوانی تجمعی	فراوانی درصدی	فراوانی		
۵۰	۵۰	۳۵	مرد	جنس
۱۰۰	۵۰	۳۵	زن	
۲/۹	۲/۹	۲	راهنمایی	سطح تحصیلات
۱۲/۹	۱۰	۷	دیپلم	
۳۱/۴	۱۸/۶	۱۳	کاردانی	
۶۴/۳	۳۲/۹	۲۳	کارشناسی	
۹۱/۴	۲۷/۱	۱۹	کارشناسی ارشد	
۱۰۰	۸/۵	۶	دکتر	
۴۵/۷	۴۵/۷	۳۲	یک فرزند	تعداد فرزند
۷۵/۷	۳۰	۲۱	دو فرزند	
۹۴/۳	۱۸/۶	۱۳	سه فرزند	
۱۰۰	۵/۷	۴	چهار فرزند	

پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبک - راست: پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبک - راست<sup>۲۰</sup> (GRISS؛ گلوبک و راست، ۱۹۸۶) یک آزمون ۲۸ سؤالی است. پرسش‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، نوع و وخامت مشکلات جنسی را در هفت زمینه و دو فرم جداگانه برای زنان و مردان از نمره صفر تا نمره چهار می‌سنجد. حداقل نمره فرد در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۱۱۲ است. زیرمقیاس‌های پرسشنامه زنان شامل ندرت<sup>۲۱</sup> (نافراوانی)، فقدان ارتباط<sup>۲۲</sup>، ناکامروایی<sup>۲۳</sup>، اجتنابگری<sup>۲۴</sup>، ناشهوت‌انگیزی<sup>۲۵</sup>، انقباض مهلبی<sup>۲۶</sup> و بی‌ارگاسمی<sup>۲۷</sup>؛ و



نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

زیرمقیاس‌های پرسشنامه مردان شامل ناتوانی جنسی<sup>۲۸</sup>، زودانزالی، ناشهوت‌انگیزی، اجتنابگری، ناکامروایی، ندرت و فقدان ارتباط است. علاوه بر نمره‌های تراز شده زیرمقیاس‌ها، نمره کل تراز شده هر فرد وخامت و ضعف مشکلات جنسی وی را در یک پیوستار ۹ درجه‌ای از نمره ۱، کمترین حد مشکل جنسی، تا نمره ۹، بیشترین حد مشکل جنسی نشان می‌دهد. فرم فارسی این پرسشنامه در دو پژوهش اجراء شده است. در پژوهش اول که یک نمونه ۴۵ نفری از زنان و یک نمونه ۵۸ نفری از مردان مراجعه‌کننده برای سکس‌درمانی مورد مطالعه قرار گرفتند (بشارت، ۱۳۸۱). ضریب آلفای کرونباخ نمره کل مقیاس برای زن‌ها ۰/۸۴ و برای مردها ۰/۷۹ بود که نشانه همسانی درونی<sup>۲۹</sup> بالای پرسشنامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله یک هفته  $r = 0/73$  نشانه قابلیت اعتماد بازآزمایی<sup>۳۰</sup> خوب پرسشنامه است. در پژوهش دوم که در مورد ۴۵ زوج نابارور انجام شد (بشارت، حسین‌زاده بازرگانی، میرزمانی، ۱۳۸۲)، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها برای آزمودنی‌های زن به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷، ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۳، ۰/۸۹ و برای آزمودنی‌های مرد به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۹، ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ بود که همسانی درونی پرسشنامه را تأیید می‌کند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های افراد در دو نوبت با فاصله سه هفته برای زن‌ها  $r = 0/75$  و برای مردان  $r = 0/72$  بود که نشانه قابلیت اعتماد بازآزمایی خوب مقیاس است.

*پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک- راست:* پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک- راست<sup>۳۱</sup> (GRIMS؛ راست، بنان، کرو و گلوبوک، ۱۹۸۸) یک مقیاس ۲۸ سؤالی است. پرسش‌ها در مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق = ۰، کاملاً مخالف = ۳)، مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین را از نمره صفر تا سه در زمینه میزان حساسیت<sup>۳۲</sup> و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد<sup>۳۳</sup>، وفاداری<sup>۳۴</sup>، مشارکت<sup>۳۵</sup>، همدردی<sup>۳۶</sup>، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت<sup>۳۷</sup> و همدلی زوجین می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره ۸۴ است. نمره تراز شده آزمودنی‌ها در ۹ درجه برحسب وخامت و ضعف مشکلات زناشویی محاسبه می‌شود. در فرم فارسی این پرسشنامه نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای نمونه‌ای از زن‌ها و ۰/۹۴ برای شوهرها محاسبه شد که نشانه همسانی

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

درونی بالای پرسشنامه است (بشارت، ۱۳۸۰). ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها  $r = 0/77$ ، آزمودنی‌های زن  $r = 0/73$  و آزمودنی‌های مرد  $r = 0/75$  نشانه قابلیت اعتماد باز آزمایی خوب پرسشنامه است.

پرسشنامه چندبعدی خودپنداشت: پرسشنامه چندبعدی خودپنداشت<sup>۳۸</sup> (MDSCQ؛ رضوانی، قائم مقامی، طلاکار، سعادت، زمانی و همکاران، ۱۳۹۱) یک مقیاس ۱۰۰ سؤالی است. پرسش‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق = ۰، کاملاً مخالف = ۴)، درجه‌بندی می‌شوند. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل: اضطراب جنسی، خودکارآمدی جنسی، آگاهی جنسی، انگیزه عدم انجام رابطه جنسی پرخطر، شانس کنترل جنسی، درگیری ذهنی جنسی، ابراز وجود جنسی، خوش بینی جنسی، خودسرزنشگری جنسی، نظارت جنسی، انگیزش جنسی، مدیریت مشکلات جنسی، اعتماد به خود جنسی، رضایت جنسی، قدرت کنترل جنسی، روان‌سازهای جنسی، ترس از رابطه جنسی، جلوگیری از مشکل جنسی، افسردگی جنسی و کنترل درونی جنسی است. قابلیت اعتماد این پرسشنامه در سطح اطمینان ۹۵ درصد برای ۱۰۰ سؤال دارای آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شده است. قابلیت اعتماد بین سطح ۲۰ زیرمقیاس نیز محاسبه شده است که با دامنه اطمینان ۹۵ درصد آلفای کرونباخ در سطح قابل قبول بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵، محاسبه شده است. ارزیابی درستی محتوایی پرسشنامه بر حسب نظر متخصصان و تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت (رضوانی و همکاران، ۱۳۹۱).

مقیاس دانش و بازخورد جنسی: مقیاس دانش و بازخورد جنسی<sup>۳۹</sup> (SKAS؛ بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲) یک آزمون ۳۰ سؤالی است و دو بعد دانش و بازخورد جنسی را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های دانش و بازخورد جنسی به ترتیب ۱۵ و ۷۵ است. در این مقیاس علاوه بر دو نمره مربوط به دانش و بازخورد جنسی، یک نمره کل با حداقل ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ برای هر آزمودنی محاسبه می‌شود. مقیاس دانش و بازخورد جنسی در نمونه‌ای متشکل از شصت و سه دانشجوی متاهل از دانشگاه‌های تهران و علم و صنعت ایران (۳۷ زن، ۲۶ مرد) اجرا شد. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های دانش و بازخورد جنسی برای نمره آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و ...

نمره‌های ۴۲ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش قابلیت اعتماد بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای دانش و بازخورد جنسی به ترتیب  $r = 0/89$  و  $r = 0/87$  و برای نمره کل مقیاس  $r = 0/88$  در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند که نشانه قابلیت اعتماد بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. درستی همزمان  $r^2$ ، همگرا  $r^2$  و تشخیصی (افتراقی)  $r^2$  مقیاس دانش و بازخورد جنسی در مورد یک نمونه ۸۳۷ نفری از جمعیت عمومی (۳۸۶ مرد، ۴۵۱ زن) محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی  $r^2$  نیز با تعیین دو عامل (دانش جنسی و بازخورد جنسی)، درستی سازه مقیاس دانش و بازخورد جنسی را تأیید کرد (بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲).

## داده‌ها یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد اختلال‌های جنسی، مشکلات زناشویی، حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی به تفکیک شرکت کنندگان زن و مرد در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد اختلال‌های جنسی، مشکلات زناشویی، حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی برای زنان و مردان ( $n = 70$ )

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
زنان	اختلال‌های جنسی	۲۵/۷۴
	مشکلات زناشویی	۴۲/۲۲
	اضطراب عملی	۱۱/۶۲
	دانش و بازخورد جنسی	۸۵/۵
مردان	اختلال‌های جنسی	۵۰/۱۷
	مشکلات زناشویی	۴۳/۲
	اضطراب عملی	۱۲/۱۱
	دانش و بازخورد جنسی	۸۵/۸۸

به منظور تحلیل آماری داده‌های پژوهش، ابتدا آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها (پیش فرض انجام آزمون معناداری ضریب همبستگی و تحلیل‌های رگرسیونی) انجام شد که نتایج نشان دادند داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌های تحقیق دارای توزیع نرمال هستند. سپس بررسی مفروضه استقلال خطاهای متغیرهای پژوهش

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال های جنسی و...

(پیش فرض انجام تحلیل های رگرسیونی) اجرا شد. نتایج این بررسی نشان داد که مقدار دوربین واتسون ( $Durbin-Watson < 4$ ) برای رگرسیون سلسله مراتبی که در آن متغیر حالت اضطرابی به عنوان تعدیل کننده در رابطه بین اختلال های جنسی و مشکلات زناشویی در نظر گرفته می شود، برابر  $2/305$  است و این مقدار برای رگرسیون سلسله مراتبی که در آن متغیر دانش و بازخورد جنسی به عنوان تعدیل کننده در رابطه بین اختلال های جنسی و مشکلات زناشویی در نظر گرفته می شود ( $Durbin-Watson < 4$ ) برابر  $2/349$  است؛ این عدد نیز بیانگر استقلال خطاهای متغیرهای پژوهش است. ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول شماره (۳) ارائه شده است. با توجه به داده های جدول شماره (۳)، اضطراب عملی، دانش و بازخورد جنسی و اختلال های جنسی به ترتیب بیشترین تا کمترین ضریب همبستگی را با مشکلات زناشویی دارند.

**جدول ۳: همبستگی پیرسون بین اختلال های جنسی، مشکلات زناشویی، حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی**

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. اختلال های جنسی	۱/۰۰			
۲. مشکلات زناشویی	**۰/۳۷۸	۱/۰۰		
۳. دانش و بازخورد جنسی	**۰/۵۶۷	**۰/۴۴۹	۱/۰۰	
۴. اضطراب عملی	**۰/۳۶۶	**۰/۴۶۰	**۰/۵۲۹	۱/۰۰

\*\* در سطح ۰/۰۱ درصد معنی دار است (دو دامنه).

نتایج آزمون رگرسیون سلسله مراتبی که در آن متغیر حالت اضطرابی به عنوان تعدیل کننده در رابطه بین اختلال های جنسی و مشکلات زناشویی در نظر گرفته شده است، در جدول شماره (۴) نشان داده شده است. طبق جدول شماره (۴)، در مدل اول متغیر اختلال های جنسی با ورود به معادله پیش بینی به تنهایی ۱۴ درصد از واریانس متغیر مشکلات زناشویی را تبیین می کند که این مقدار در سطح  $p < 0/001$  معنی دار است. در مدل دوم متغیر حالت اضطرابی وارد معادله شده است که با وارد شدن این متغیر میزان ضریب تعیین از  $0/143$  به  $0/262$  افزایش یافت. این مقدار در سطح  $p < 0/0005$  معنی دار است. در مدل سوم با ورود متغیر تعامل اختلال های جنسی

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و ...

و حالت اضطرابی (حاصل ضرب تفاضل‌های نمرات اختلال‌های جنسی و حالت اضطرابی از میانگین) به معادله پیش‌بینی، ضریب تعیین از ۰/۲۶۲ به ۰/۳۰۳ افزایش یافت. این مقدار نیز در سطح  $p < ۰/۰۰۰۵$  معنی‌دار است. همچنین نتایج تحلیل واریانس رگرسیون نشان داد که در هر سه گام مدل رگرسیون برازش مناسبی دارد و تحلیل واریانس معنی‌دار است.

#### جدول ۴: نتایج کلی تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی برای بررسی نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی

خلاصه مدل			
مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده
۱	۰/۳۷۸ a	۰/۱۴۳	۰/۱۳
۲	۰/۵۱۲ b	۰/۲۶۲	۰/۲۴
۳	۰/۵۵۱ c	۰/۳۰۳	۰/۲۷۲

بررسی ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون در جدول شماره (۵) ارائه شده است. مطابق جدول شماره (۵)، ضریب بتا برای متغیر تعامل اختلال‌های جنسی و حالت اضطرابی معنادار است ( $t = ۱/۹۸۵$ ,  $p < ۰/۰۵$ ) که نشان‌دهنده معناداری نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی است. همچنین متغیرهای پیش‌بین اختلال‌های جنسی، حالت اضطرابی و تعامل اختلال‌های جنسی و اضطراب عملی، پیش‌بینی کننده مستقیم مشکلات زناشویی هستند به طوری که ۳۰ درصد از واریانس متغیر مشکلات زناشویی از طریق اختلال‌های جنسی، حالت اضطرابی و تعامل این متغیرها قابل تبیین است. معنادار بودن ضرایب استاندارد متغیرهای اختلال‌های جنسی و اضطراب عملی، نشانگر توان بالای پیش‌بینی کنندگی این متغیرهاست. نتایج نشان می‌دهد که شاخص تحمل واریانس (Tolerance) مناسب و  $VIF < ۱۰$  است که بیانگر آن است که هیچ گونه هم خطی بین متغیرها وجود ندارد.

#### جدول ۵: ضرایب رگرسیون استاندارد شده نقش تعدیل کننده اضطراب عملی

مدل	متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	t	Sig	شاخص تحمل	VIF
۱	مقدار ثابت	۳۰/۴۹۴	۳/۶۷		۸/۳۰۹	۰/۰۰۱		
	اختلال‌های جنسی	۰/۲۳۷	۰/۰۷	۰/۳۷۸	۳/۴۶۹	۰/۰۰۱	۱	۱
	مقدار ثابت	۲۷/۸۵۳	۳/۵۲۳		۷/۹۰۵	۰/۰۰۱		

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

مدل	متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	t	Sig	شاخص تحمل	VIF
۲	اختلال‌های جنسی	۰/۱۵۲	۰/۰۷۱	۰/۲۴۲	۲/۱۴۹	۰/۰۳۵	۰/۸۶۶	۱/۱۵۵
	اضطراب عملی	۰/۵۹۲	۰/۱۸۰	۰/۳۷۱	۲/۲۸۹	۰/۰۰۲	۰/۸۶۶	۱/۱۵۵
	مقدار ثابت	۲۷/۱۲۷	۳/۴۶۹		۷/۸۱۹	۰/۰۰۱		
۳	اختلال‌های جنسی	۰/۱۷۳	۰/۰۷	۰/۲۷۶	۲/۴۶۹	۰/۰۱۶	۰/۸۴۶	۱/۱۸۲
	اضطراب عملی	۰/۵۳۰	۰/۱۷۹	۰/۳۳۲	۲/۹۵۸	۰/۰۰۴	۰/۸۳۹	۱/۱۹۲
	اختلال‌های جنسی × اضطراب عملی	۰/۰۴۸	۰/۰۲۲	۰/۲۰۹	۱/۹۸۵	۰/۰۴۷	۰/۹۶۱	۱/۰۴۱

نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی به منظور بررسی نقش تعدیل کننده دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی در جدول شماره (۶) ارائه شده است. در مدل اول متغیر اختلال‌های جنسی با ورود به معادله پیش‌بینی به تنهایی ۱۴ درصد از واریانس متغیر مشکلات زناشویی را تبیین می‌کند که این مقدار در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار است. در مدل دوم متغیر دانش و بازخورد جنسی وارد معادله شده است که با وارد شدن این متغیر میزان ضریب تعیین از ۰/۱۴۳ به ۰/۲۲۴ افزایش یافت. این مقدار در سطح  $p > ۰/۰۰۰۵$  معنی‌دار است. در مدل سوم با ورود متغیر تعامل اختلال‌های جنسی و دانش و بازخورد جنسی (حاصل ضرب تفاضل‌های نمرات اختلال‌های جنسی و دانش و بازخورد جنسی از میانگین) به معادله پیش‌بینی، ضریب تعیین از ۰/۲۲۴ به ۰/۲۲۹ افزایش یافت. این مقدار در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار است و افزایش کم ضریب تعیین حاکی از نقش تعدیل‌کنندگی ضعیف دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی است. نتایج تحلیل واریانس رگرسیون نیز نشان داد که در هر سه گام مدل رگرسیون برازش مناسبی دارد و تحلیل واریانس معنی‌دار است.

جدول ۶: نتایج کلی تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی برای بررسی نقش تعدیل کننده دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی

خلاصه مدل			
مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تنظیم شده
۱	۰/۳۷۸ a	۰/۱۴۳	۰/۱۳
۲	۰/۴۷۴ b	۰/۲۲۴	۰/۲۰۱
۳	۰/۴۷۹ c	۰/۲۲۹	۰/۱۹۴

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

بررسی ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون در جدول شماره (۷) ارائه شده است. همان‌طور که در جدول شماره (۷) مشاهده می‌شود، ضریب بتا برای متغیر تعامل اختلال‌های جنسی و دانش و بازخورد جنسی معنادار نیست ( $t = -0/664, p > 0/05$ ) که نشان‌دهنده معنادار نبودن نقش تعدیل کننده دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی است. جدول شماره (۷) نشان می‌دهد که از میان متغیرهای پیش‌بین، متغیر دانش و بازخورد جنسی پیش‌بینی کننده معکوس مشکلات زناشویی و متغیر اختلال‌های جنسی پیش‌بینی کننده مستقیم مشکلات زناشویی است. معنادار بودن ضرایب استاندارد متغیرهای اختلال‌های جنسی و دانش و بازخورد جنسی، نشانگر توان بالای پیش‌بینی کنندگی این متغیرهاست. همچنین نتایج نشان می‌دهد که شاخص تحمل واریانس (Tolerance) مناسب و  $> 0.1$  VIF است که بیانگر آن است که هیچ‌گونه هم خطی بین متغیرها وجود ندارد.

جدول ۷: ضرایب رگرسیون استاندارد شده نقش تعدیل کننده دانش و بازخورد جنسی

مدل	متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	t	Sig	شاخص تحمل	VIF
۱	مقدار ثابت	۳۰/۴۹۴	۳/۶۷		۸/۳۰۹	۰/۰۰۱		
	اختلال‌های جنسی	۰/۲۳۷	۰/۰۷	۰/۳۷۸	۳/۳۶۹	۰/۰۰۱	۱	۱
	مقدار ثابت	۸۴/۰۵۴	۲۰/۵۲۴		۴/۰۹۵	۰/۰۰۱		
۲	اختلال‌های جنسی	۰/۱۱۴	۰/۰۸۲	۰/۱۸۲	۳/۳۹۶	۰/۱۶۷	۰/۶۷۹	۱/۴۷۳
	دانش و بازخورد جنسی	-۰/۵۵۱	۰/۲۰۸	-۰/۳۴۶	۲/۶۴۹	۰/۰۱	۰/۶۷۹	۱/۴۷۳
	مقدار ثابت	۸۶/۳۵	۲۰/۸۹۸		۴/۱۳۲	۰/۰۰۱		
۳	اختلال‌های جنسی	۰/۱۲۴	۰/۰۸۴	۰/۱۹۷	۱/۴۸۲	۰/۱۴۳	۰/۶۶	۱/۵۱۵
	دانش و بازخورد جنسی	-۰/۵۸۶	۰/۲۱۵	-۰/۳۶۸	-۲/۷۲	۰/۰۰۸	۰/۶۳۹	۱/۵۶۴
	اختلال‌های جنسی × دانش و بازخورد جنسی	-۰/۰۱۴	۰/۰۲۱	-۰/۰۷۹	-۰/۶۶۴	۰/۵۰۹	۰/۸۳	۱/۲۹۵

## بحث و نتیجه گیری

هدف از مطالعه حاضر، بررسی نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی در افراد دارای اختلال‌های جنسی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که حالت اضطرابی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی نقش تعدیل کننده دارد، اما دانش و بازخورد جنسی نتوانست در این رابطه نقش

نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

تعدیل‌کننده ایفا کند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین (استفنسون و متسون، ۲۰۱۴؛ باتزر و کمپل، ۲۰۰۸؛ پارکر و همکاران، ۲۰۱۳؛ ترودل و گولدفارب، ۲۰۱۰؛ مک‌نالتی و ویدمن، ۲۰۱۲؛ هیمن و همکاران، ۲۰۱۱؛ لارنت و سایمونس، ۲۰۰۹) همسو است و برحسب چندین احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند.

حالت اضطرابی به‌عنوان یک عامل تأثیرگذار روان‌شناختی، مانع برانگیختگی جنسی می‌شود (تلج و پوجالس، ۲۰۱۳). برانگیختگی جنسی یکی از مؤلفه‌های اساسی در چرخه پاسخ جنسی است که وجود حداقلی از آن برای تکمیل چرخه پاسخ جنسی چه در زن و چه در مرد لازم است (بشارت، ۱۳۷۷). وقتی حالت اضطرابی بر رابطه جنسی حاکم شود، یکی از مکانیسم‌های تأثیرگذاری آن بر عملکرد جنسی که به شکست و ناکامی و نارضایتی جنسی منتهی می‌شود، ایجاد اختلال در برانگیختگی جنسی است. از این طریق هم رابطه مستقیم حالت اضطرابی با اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی تبیین می‌شود و هم نقش تعدیل‌کننده آن که در این پژوهش تأیید شد. منابع حالت اضطرابی مانند ترس از شکست و ترس از عدم لذت جنسی، از طریق اجتناب جنسی یا رفتار جنسی اجباری (کاپلن، ۱۹۷۴؛ لارنت و سایمونس، ۲۰۰۹؛ همیلتون و متسون، ۲۰۱۱) می‌توانند زمینه‌ساز اختلال‌های جنسی و متعاقب آن مشکلات زناشویی شوند. اجتناب جنسی، باعث کاهش میل جنسی و کاهش فراوانی فعالیت‌های جنسی می‌شود (بشارت، ۱۳۷۷). وجود حداقلی از میل جنسی و فراوانی مناسبی از رفتارها و عملکرد جنسی برای عملکرد سالم جنسی و ارضای نیازهای جنسی لازم است. وقتی بر اثر اضطراب عملی، میل و فراوانی عملکرد جنسی در قالب اجتناب‌ورزی از سکس کاهش می‌یابد، نیازهای جنسی زوجین ارضا نمی‌شود و این نارضایتی سطح مشکلات زناشویی را افزایش می‌دهد. رابطه اجتناب‌ورزی جنسی، به‌دلیل کاهش میل جنسی و فراوانی روابط جنسی، با اختلال‌های ارگاسمی، درد دخول، اختلال نعوظ و نارضایتی زوجین تأیید شده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). رفتار جنسی اجباری نیز، تحت تأثیر فقدان میل جنسی واقعی حتی با وجود تحریکات جنسی، با مکانیسمی مشابه مانع ارگاسم و باعث ایجاد احساس درد هنگام دخول در زنان و باعث افزایش وخامت اختلال در نعوظ یا انزال مردان می‌شود (آلتوف و نیدل، ۲۰۱۳). بارلو (۱۹۸۶) مدلی برای اختلال‌های جنسی که حالت اضطرابی در آن‌ها به‌عنوان عامل



نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

تعدیل‌کننده محسوب می‌شود، ارائه داد. این مدل به‌عنوان چرخه بازخورد منفی شناخته می‌شود. در این مدل، فرد در صورت مواجهه با تقاضای عمل جنسی دچار احساس منفی، انتظار از خود و احساس عدم کنترل نعوظ می‌شود. با متمرکز شدن توجه بر شکست در نعوظ، توانایی فرد برای نعوظ کاهش می‌یابد و فرد در عمل به اختلال نعوظ دچار می‌شود و این خود عاملی برای اجتناب از فعالیت جنسی می‌گردد (اسلاوینسکی، ۲۰۰۷؛ بلومنتالس، گومز-کامینرو، براون، واناپاگاری و روسو، ۲۰۰۴). اضطراب عملی، از طریق ترس از ناتوانی جنسی و ترس از نارضایتی و طرد همسر (سایمون و فیرینگ، ۲۰۰۸) می‌تواند باعث اختلال در عملکرد جنسی شود و به مشکلات زناشویی دامن بزند. ناتوانی جنسی و نگرانی از نارضایتی همسر، کفایت و شایستگی جنسی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اختلال جنسی را ایجاد و یا تشدید می‌کند.

در این پژوهش، دانش و بازخورد جنسی با اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی رابطه مستقیم و از نظر آماری معنادار داشتند، اما نقش تعدیل‌کننده آنها در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی تأیید نشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی (بشارت، ۱۳۷۷؛ بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲؛ سامرز و گلیسون، ۲۰۰۱؛ فیشر، ۲۰۰۹؛ لو و چن، ۲۰۰۹؛ نورانی پور و همکاران، ۱۳۸۶؛ یازیزی و همکاران، ۲۰۱۲) مطابقت می‌کنند و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شوند: دانش جنسی، آموزه‌هایی را در خصوص جنبه‌های مختلف جنسیت، میل جنسی، نیازهای جنسی و عملکرد جنسی فراهم می‌سازد که می‌تواند در دو سطح شخصی و بین شخصی (زوجی) رفتار و تعامل‌های جنسی را تحت تأثیر قرار دهد (گالگوس و همکاران، ۲۰۰۷). شناخت صحیح نیازهای جنسی همسر، می‌تواند نقش تعیین‌کننده در تصدیق و ارضای مطلوب آنها برای شریک جنسی داشته باشد؛ رفتار و رضایتی که مستقیماً بر روابط زناشویی تأثیر می‌گذارد. بر عکس، فقدان دانش جنسی یا شناخت نادرست مسایل جنسی می‌تواند به ناهمفهمی، ناکامی و نارضایتی جنسی منتهی شود و باعث ایجاد و یا تشدید و تداوم مشکلات زناشویی گردد (فیشر، ۲۰۰۹؛ لو و چن، ۲۰۰۹). در کنار دانش جنسی، باورها و بازخوردهای فرد نسبت به مسایل جنسی نیز نقش تأثیرگذار بر رفتار جنسی دارند (سامرز و گلیسون، ۲۰۰۱). بازخورد جنسی از طریق تصورات مثبت یا منفی نسبت به جنبه‌های مختلف مسایل جنسی می‌تواند سکس را به امری مثبت یا منفی تبدیل کند و مستقیماً رفتار جنسی را

نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

تحت تأثیر قرار دهد. بازخورد منفی به مسایل جنسی از طریق بازداری، نازرنده‌سازی و اجتناب‌ورزی از امور جنسی، زمینه اختلال‌های جنسی و پیامد آن نارضایتی جنسی و زناشویی را فراهم سازد (بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲؛ لو و چن، ۲۰۰۹). تعامل دانش و بازخورد جنسی (بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲؛ نورانی‌پور و همکاران، ۱۳۸۶؛ یازسی و همکاران، ۲۰۱۲) نیز می‌تواند نقش هر یک از این متغیرها را در دو جهت مثبت یا منفی تقویت و تشدید کند.

در خصوص تأیید نشدن نقش تعدیل‌کننده دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی در این پژوهش؛ یافته‌ای که در عین حال با نتایج بعضی از پژوهش‌ها (سولاک، هربلین، کوهل و کوهل، ۲۰۰۵) همسو است، چند نکته تبیینی قابل ذکر است. یک نکته مهم، اختلاف نظر محققان در باب محتوای دانش جنسی است (بشارت و رنجبر کلاگری، ۱۳۹۲؛ شیبیتسینا، و همکاران، ۲۰۱۳؛ گالگوس و همکاران، ۲۰۰۷). تفاوت مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده دانش جنسی در بسته‌های آموزشی و ابزارهای سنجشی متفاوت می‌تواند تا حدودی توجه‌کننده نتایج متفاوت باشد. تفاوت سطوح تحصیلی و سنی افراد نیز می‌تواند میزان ارزش دانش جنسی را در نمونه‌های مختلف تحت تأثیر قرار دهد. هر اندازه که دانش جنسی برای فرد از ارزش بالاتری برخوردار باشد، می‌توان پیش‌بینی کرد که بر رفتار جنسی وی نیز تأثیر بیشتری داشته باشد و برعکس. همچنین، فقدان دانش جنسی و بازخورد منفی جنسی، همزمان با عوامل دیگری از جمله عوامل فرهنگی و مذهبی مانند باورهای غلط اجتماعی و عوامل مرتبط با چگونگی تعامل زوجین مانند ارتباطات ضعیف، رابطه دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)؛ متغیرهایی که در پژوهش حاضر کنترل نشدند. تعداد کم نمونه این پژوهش نیز می‌تواند نتایج آن را تحت تأثیر قرار داده باشد.

نتایج پژوهش حاضر پیامدهای مهمی را در دو سطح نظری و عملی به‌دنبال دارد. در سطح نظری، با توجه به تأکید پیشینه پژوهش مبنی بر تعیین و شفاف‌سازی عوامل مؤثر بر چگونگی ارتباط اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی، در این پژوهش نقش تعدیل‌کننده دو مورد از مهمترین متغیرهای تأثیرگذار در رابطه جنسی و رابطه زناشویی مورد بررسی قرار گرفتند و چگونگی اثر آنها روشن شد. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین و

نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

نظریه‌های مربوط به رابطه جنسی و رابطه زناشویی را تأیید کند و همچنین پرسش‌های جدیدی ایجاد نماید تا در مطالعات بعدی مورد بررسی قرار گیرند. در پژوهش‌های آینده می‌توان نقش میانجیگری یا تعدیل‌کننده سایر متغیرهای روانشناختی و اجتماعی مثل اعتماد به نفس جنسی، روان‌سازه‌های منفی، نقش فرهنگ و مذهب و همچنین مهارت‌های برقراری ارتباط زوجین را همزمان با حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین مشکلات جنسی و مشکلات زناشویی مورد بررسی قرار داد. در سطح عملی و بالینی، نتایج پژوهش حاضر می‌تواند با استناد به اهمیت این دسته از متغیرهای تعیین‌کننده اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی، به متخصصان در تدوین برنامه‌ها و روش‌های پیش‌گیرانه و درمانی بیشتر کمک کند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد که مهمترین آنها به این شرح است. طرح پژوهش همبستگی است و نمی‌توان با استناد به یافته‌های آن به تفسیرها و تبیین‌های علت‌شناختی مبادرت کرد. نمونه مورد بررسی در این پژوهش یک نمونه از جمعیت بالینی شهر مشهد بود که به صورت هدفمند انتخاب شد، به همین دلیل در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. برای بررسی دقیق‌تر رابطه اختلال‌های جنسی و مشکلات زناشویی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه بررسی نقش تعدیل‌کننده یا میانجیگری متغیرهای مهم دیگر، مثل الگوهای ارتباطی زوجین، روان‌سازه‌های منفی مانند تصویر بدنی منفی، اعتماد به نفس جنسی، تأثیرات فرهنگی و مذهبی و متغیرهای شخصیتی انجام شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود به منظور شناخت بهتر تأثیرات اضطراب و دانش و بازخورد جنسی بر روابط جنسی و زناشویی زوجین، رابطه این متغیرها در نمونه‌های عمومی و نمونه‌های دیگر بالینی، مورد بررسی قرار گیرد.

### پی‌نوشت‌ها:

- 1- marital relationship
- 3- anxiety disorders
- 5- sleep problems
- 7- family health
- 9- sexual attitude
- 11- performance anxiety
- 13- erection

- 2- depressive symptoms
- 4- social anxiety
- 6- sexual dysfunctions
- 8- sexual behavior
- 10- marital satisfaction
- 12- sexual function
- 14- premature ejaculation

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و...

- |  |  |
|--|--|
| 15- sexual desire                                    | 16- orgasmic dysfunctions  |
| 17- sexual knowledge                                 | 18- masturbation   |
| 19- sexually transmitted diseases (STDs)             | 20- Golombok-Rust Inventory of Sexual Satate Questionnaire (GRISS) |
| 21- infrequency                                      | 22- non-communication  |
| 23- dissatisfaction                                  | 24- avoidance  |
| 25- non-sensuality                                   | 26- vaginismus   |
| 27- anorgasmia                                       | 28- impotence  |
| 29- internal consistency                             | 30- test-retest reliability  |
| 31- Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS) | 32- sensitivity  |
| 33- commitment                                       | 34- loyalty  |
| 35- cooperation                                      | 36- sympathy   |
| 37- intimacy   | 38- Multidimensional Self Concept Questionnaire (MDSCQ)            |
| 39- Sexual Knowledge and Attitude Scale              | 40- concurrent   |
| 41- convergent                                       | 42- discriminant   |
| 43- exploratory factor analysis                      |  |

## منابع و مآخذ فارسی:

- بشارت، م. ع. (۱۳۷۷). مشکلات جنسی: طبقه‌بندی، علت‌شناسی، سنجش و درمان. تازه‌های روان‌درمانی، ۳، ۲۹-۲.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبک-راست. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۱). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه وضعیت جنسی گلوبک-راست. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع.، حسین‌زاده بازرگانی، ر.، و میرزمانی، م. (۱۳۸۲). مشکلات جنسی زوجین ناباور. دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، ۲، ۱۳-۸.
- بشارت، م. ع.، و رنجبر کلاگری، ا. (۱۳۹۲). ساخت و اعتباریابی مقیاس دانش و بازخورد جنسی. روانشناسی معاصر، ۱۶، ۳۲-۲۱.

نقش تعدیل کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و ...

رمضانی، م. آ.، قائم مقامی، آ.، طلاکار، م.، سعادت، س. ح.، زمانی، آ.، شمس، ج. (۱۳۹۱).

ارزیابی پایایی و روایی پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی در جمعیت ایران. *مجله*

*طب نظامی*، ۱۴، ۳۰۹-۳۰۲.

نورانی‌پور، ر. آ.، بشارت، م. ع. و یوسفی، آ. (۱۳۸۶). بررسی رابطه دانش و بازخورد جنسی با

رضایت زناشویی در زوجین ساکن در مجتمع پژوهشگران جوان دانشگاه شهید بهشتی.

*تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۶، ۳۹-۲۷.

## منابع و مآخذ خارجی:

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

Amato, P. (2000). The consequences of divorce for adults and children, *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1269-1287.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ashdown, B.K., Hackathorn, J., Clark, E.M. (2011). In and out of the bedroom: sexual satisfaction in the marital relationship. *Journal of Integrated Social Sciences*, 2, 40-57.

Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 54, 140-8.

Blumentals, W.A., Gomez-Camirero, A., Brown, R.R., Vannappagari, V., & Russo, L.J. (2004). A case-control study of erectile dysfunction among men diagnosed with panic disorder. *International Journal of Impotence Research*, 16, 299-302.

Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154.

Fisher, T.D. (2009). The impact of socially conveyed norms on the reporting of sexual behavior and attitudes by men and women. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 567-572.

Fleming, C.B., White, H.R., & Catalano, R.F. (2010). Romantic relationships and substance use in early adulthood: An examination of the influences of

نقش تعدیل‌کننده حالت اضطرابی و دانش و بازخورد جنسی در رابطه بین وخامت اختلال‌های جنسی و ...

- relationship type, partner substance use, and relationship quality. *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 153-167.
- Gallegos, E.C., Villarruel, A.M., Gomez, M.V., Onofre, D.J., & Zhou, Y. (2007). Research brief: sexual communication and knowledge among Mexican parents and their adolescent children. *Journal of the Association of Nursing in AIDS Care*, 18, 28-34.
- George, G., Fluchter, S., Kirstein, M., & Kunz, T. (2003). Sex, erectile dysfunction, and the heart: A growing problem. *Journal of Herz*, 28, 284-290.
- Giddens, A. (2013). *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. John Wiley & Sons, NY. United States.
- Golombok, S., & Rust, J. (1986). The GRISS: A psychometric instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 157-165.
- Graziottin, A. (2000). Libido: the biologic scenario. *Journal of maturitas*, 34, 9-16.
- Hamilton, L., & Meston, C. (2011). The role of salivary cortisol and DHEA-S in response to sexual, humorous and anxiety inducing stimuli. *Hormones and behavior*, 59, 765-771.
- Harvey, J., Wenzel, A., & Sprecher, S. (2004). *The handbook of sexuality in close relationships* (Eds.). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hedon, F. (2003). Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life. *International of Impotence Research*, 15, 16-19.
- Heiman, J.R., Long, J.S. Smith, S.N., Fisher, W.A., Sand, M.S., Rosen, R.C. (2011). Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Archive of Sexual Behavior*, 40, 741-753.
- Homish, G.G., Leonard, K.E., & Cornelius, J.R. (2010). Individual, partner and relationship factors associated with non-medical use of prescription drugs. *Journal of Addiction*, 105, 1457-1465.
- Kaplan, H.S. (1974). *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- 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, 573-585.
- Lou, J.H., & Chen, S.H. (2009). Relationships among sexual knowledge, sexual attitudes, and safe sex behavior among adolescents: A structural equation model. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1595-1603.
- Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*, Boston: Little Brown, Boston.

- Matson, R.E., Rogge, R.D., Johnson, M., D., Davidson, E.K.B., & Fincham, F. D. (2013). The positive and negative semantic dimensions of relationship satisfaction. *Personal Relationships, 20*, 328-355.
- McClelland, S.I. (2010). Intimate justice: A critical analysis of sexual satisfaction. *Social and Personality Psychology Compass, 4*, 663-680.
- McNulty, J.K., & Widman, L. (2012). The Implications of Sexual Narcissism for Sexual and Marital Satisfaction. *Archive of Sexual Behavior, 42*, 1021-1032.
- Nicolosi, A., Laumann, E.O., Glasser, D.B., Moreira, E., Paik, A., & Gingel, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunction after age 40: the global study of sexual attitudes and behavior. *Journal of Urology, 64*, 991-7.
- Parker, T. S., Blackburn, K. M., Perry, M. S., & Hawks, J. M. (2013) Sexting as an Intervention: Relationship Satisfaction and Motivation Considerations. *The American Journal of Family Therapy, 41*, 1-12.
- Pascoal, P.M., Narciso, Ide. S., & Pereira N.M. (2014). what is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *Journal of sex research, 51*, 22-30.
- Rehman, U.S., Janssen, E., Newhouse, S., Heiman, J., Holtworth-Munroe, A., et al. (2011). Martial satisfaction and communication behaviors during sexual and nonsexual conflict discussions in newlywed couples. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*, 94-103.
- Rust, J., Bennun, I., Crow, M., & Golombok, S. (1988). *The Golombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire*. London: NEFER-NELSON.
- Shipitsyna, E., Krasnoselskikh, T., Zolotoverkhaya, E., Savicheva, A, Krotin, P., Domeika, M., et al. (2013). Sexual behaviours, knowledge and attitudes regarding safe sex, and prevalence of non-viral sexually transmitted infections among attendees of youth clinics in St. Petersburg, Russia. *Journal of the European Academy of Dermatology, 27*, 75-84.
- Simon, V.A., & Feiring, C. (2008). Sexual anxiety and eroticism predict the development of sexual problems in youth with a history of sexual abuse. *Child Maltreatment, 13*, 167-181.
- Slowinski, J. (2007). Psychological and relationship aspects of male sexuality. In A. F. Owens & M. S. Tepper (Eds.), *Sexual health Vol 4: State-of-the-art treatments and research*. (pp. 15-46). Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Somers, C. L., & Gleason, J. H. (2001). Does source of sex education predict adolescents' sexual knowledge, attitudes, and behaviors? *Journal of Education, 121*, 674-681.

- Stephenson, K. R. & Meston, C.M. (2014). The conditional importance of sex: Exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-14.
- Sulak, P. J., Herbelin, S., Kuehl, A. L., & Kuehl, T. J. (2005). Analysis of knowledge and attitudes of adult groups before and after attending an educational presentation regarding adolescent sexual activity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193, 1945-54.
- Telch, M. J., & Pujols, Y. (2013). The Erectile Performance Anxiety Index: Scale Development and Psychometric Properties. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 3019-3028.
- Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, 19, 164-169.
- Whisman, M.A., & Baucom, D.H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Review*, 15, 4-13.
- World Health Organization (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf)
- Yazici, S., Dolgun, G., Zengin, N., & Bayra, G. O. (2012). The Determination of university students' knowledge, attitudes and behaviors on the matter of sexual health. *Sexuality and Disability*, 30, 67-75.