

پیش‌بینی اختلال کارکرد جنسی بر اساس عزت نفس جنسی و صمیمیت با همسر در دانشجویان زن با و بدون اختلال کارکرد جنسی

عباس امان الهی^{۱*}، نیلوفر رفاهی^۲، غلامرضا رجبی^۳

^۱ استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
^۲ دانش‌آموخته کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
^۳ استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
 * نویسنده مسئول: عباس امان الهی، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
 ایمیل: abas_amanelahi@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۲۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۲۱

چکیده

مقدمه: یک ازدواج آرمانی، یک تعهد مادام‌العمر است، چون ازدواج تنها شکل رابطه‌ای است که در آن فعالیت جنسی مورد انتظار است. افرادی که حداقل تعامل جنسی کافی را با همسرانشان ندارند، ممکن است برای رفع نیازهای جنسی خود به سایر گزینه‌ها مثل جست‌وجوی رابطه دیگر روی آورند. هدف پژوهش حاضر، پیش‌بینی اختلال کارکرد جنسی بر اساس عزت‌نفس جنسی و صمیمیت با همسر در دانشجویان زن با و بدون اختلال کارکرد جنسی بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع پیش‌بین بود. جامعه این پژوهش کلیه زنان متأهل دانشجوی دانشگاه‌های شهر اهواز در سال ۹۵-۹۶ بود که از این میان ۲۷۰ دانشجو به روش نمونه‌گیری هدفمند برگزیده شدند. شرکت‌کننده‌ها به پرسشنامه‌های شاخص کارکرد جنسی زنان روزن، عزت‌نفس جنسی زینا و شوارز و صمیمیت واکر و تامپسون پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ممیز و نرم‌افزار SPSS-۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها: ترکیب خطی متغیرهای پژوهش قادر به تفکیک اختلال کارکرد جنسی در دانشجویان بود و تحلیل ممیز نشان داد، عزت نفس جنسی و صمیمیت به ترتیب بهترین ملاک‌های تفکیک زنان با اختلال کارکرد جنسی از زنان بدون اختلال کارکرد جنسی است ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج می‌توان با آموزش مناسب جهت بالا بردن عزت نفس جنسی و صمیمیت زوجین از اختلال کارکرد جنسی آن‌ها پیش‌گیری کرد.

واژگان کلیدی: اختلال کارکرد جنسی، صمیمیت، عزت‌نفس جنسی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

ازدواج یک نهاد نمادین و دارای تعیین‌کننده‌های قانونی و آگاهی‌های اجتماعی است. بر اساس یک باور رایج، یک ازدواج آرمانی، یک تعهد مادام‌العمر است (۱). چون ازدواج تنها شکل رابطه‌ای است که در آن فعالیت جنسی مورد انتظار است، تأکید زیادی بر تمایل جنسی زناشویی و تک همسری وجود دارد. افرادی که حداقل تعامل جنسی کافی را با همسرانشان ندارند، ممکن است برای رفع نیازهای جنسی خود به سایر گزینه‌ها مثل منحل کردن رابطه کنونی و جست‌وجوی رابطه دیگر روی آورند (۱). کارکرد جنسی سالم یک مؤلفه مهم از بهزیستی شخصی است. این کارکرد، توانایی ایجاد لذت متقابل و مشترک و حتی کمک به زوجین در مقابله مؤثرتر با فشارها و مشکلات روزمره را دارد (۲). البته عواملی وجود دارد که ممکن است مسائل جنسی زوج‌ها را به خطر

بیندازد، یکی از این عوامل، اختلال کارکرد جنسی است. اختلال کارکرد جنسی را می‌توان به مشکلاتی که در یک یا چند مرحله از مراحل آمیزش جنسی بروز می‌کند و سبب کاهش لذت جنسی یا عدم دست‌یابی به اوج لذت جنسی می‌شوند، تعریف کرد. چرخه پاسخ جنسی انسان، فرآیندی فیزیولوژیکی دارد که مراحل برانگیختگی، تهییج، اوج لذت جنسی و فرونشینی را شامل می‌شود. ناکارآمدی‌های جنسی مشکلاتی هستند که در این چرخه رخ می‌دهند. بروز مشکلات اتفاقی یا دوره‌ای در کارکرد جنسی امری متداول است (۳). ناکارآمدی جنسی را می‌توان در کل به عنوان نقیصه مستمر در تمایل یا پاسخ جنسی تعریف کرد که باعث بروز مشکلات بین فردی یا ناراحتی شخصی می‌شود. اختلال کارکرد جنسی می‌تواند تأثیرات متفاوتی بر روابط زناشویی

سؤال اصلی این پژوهش، این است که آیا عزت نفس جنسی و صمیمیت با همسران توانایی عضویت پیش‌بینی زنان در طبقه‌های با و بدون اختلال کارکرد جنسی را دارند؟

روش کار

پژوهش حاضر همبستگی و از نوع تحلیل تمیز (Discriminant Analysis) بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان متأهل دانشجوی دانشگاه‌های شهر اهواز در سال ۹۶-۹۵ می‌باشد که مشتمل بر بیش از ۹۸۰ نفر بودند و از این میان ۳۷۰ نفر از دانشجویان زن متأهل دانشگاه شهید چمران، جندی‌شاپور و آزاد اسلامی واحد اهواز به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس جدول کرجسی و مورگان و ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: مدت ازدواج حداقل ۶ ماه پس از زندگی مشترک، دانشجوی در حال تحصیل، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، گذشت ۹ ماه از زایمان، عدم تغذیه فرزند با شیر مادر و نداشتن اختلالات روان‌پزشکی؛ ملاک‌های خروج، داشتن بیماری‌های خاص، نداشتن رابطه جنسی در ۴ هفته گذشته و نیز هرگونه نقض ملاک‌های ذکر شده بود. بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۱۰۰ نفر از نمونه اصلی حذف شدند و ۲۷۰ نفر در نمونه باقی ماندند. مقیاس شاخص کارکرد جنسی زنان. این مقیاس یک پرسشنامه کوتاه و شاخصی از کارکرد جنسی زنان است که توسط روزن و همکاران ساخته شد (۱۳). این مقیاس متشکل از ۱۹ ماده است که اختلال کارکرد جنسی زنان را در شش حوزه کارکرد جنسی (ماده‌های ۱ و ۲)، تهییج جنسی (ماده‌های ۳، ۴، ۵، ۶)، رطوبت مهبل (ماده‌های ۷، ۸، ۹، ۱۰)، اوج لذت جنسی (ماده‌های ۱۱، ۱۲ و ۱۳)، رضایتمندی (ماده‌های ۱۴، ۱۵ و ۱۶) و درد (ماده‌های ۱۷، ۱۸ و ۱۹) می‌سنجد. ماده‌های این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (از ۰ تا ۵ به جز سؤال‌های ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس می‌شوند. نمره سؤال‌های ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۷، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس است. کمینه و بیشینه این مقیاس به ترتیب ۲ و ۳۶ می‌باشد که نمره ۲۶ یا کمتر به عنوان نمره برش این مقیاس برای تشخیص زنان با اختلال کارکرد جنسی به کار می‌رود (۱۳). روزن و همکاران پایایی این مقیاس را برای هر عامل بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ و $r = 0.86$ و کل مقیاس را ۰/۸۸ $\alpha = 0.86$ و بالاتر؛ محمدی، حیدری و فقیه زاده ضریب پایایی عامل‌های مقیاس را از ۰/۷۰ تا ۰/۹۱ (۱۷) و برای کل مقیاس ۰/۹۲ و دارگیس، تردول، کادیوکس، ویلیو، پرویل و بویر ضریب پایایی عامل‌های مقیاس را از ۰/۷۳ تا ۰/۸۳ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ (۱۸) گزارش کردند. ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۸ به دست آمد. پرسشنامه عزت نفس جنسی، این پرسشنامه توسط زینا و شوارتز در سال ۱۹۹۶ ساخته شد و توسط فرخی و شاره در سال ۱۳۹۳ در ایران هنجاریابی شده است (۱۹). پرسشنامه اصلی شامل ۳۵ سؤال بود که پاسخ‌های مؤثر ارزیابی جنسی زنان از خود را در ۵ عامل تجربه و مهارت، جذابیت کنترل، قضاوت اخلاقی و انطباق اندازه‌گیری می‌کند. پرسش‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافقم و ۵ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره سؤال‌های ۰۴، ۰۵، ۰۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹ و ۳۱ به صورت معکوس است. در پژوهش فرخی و شاره سؤال‌های ۰۱، ۰۳ و ۳۳ به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ از مجموع سؤال‌ها

داشته باشد که این خود موجب اجتناب از آمیزش جنسی می‌شود (۴). مشکلات کارکرد جنسی در میان زنان به طور قابل توجهی نسبت به مردان بیشتر است و در بعضی از پژوهش‌ها تا ۶۰٪ بیشتر گزارش شده است (۵). بر اساس یک مطالعه ملی که در سال ۱۳۸۶ در ایران صورت گرفت، ۳۱/۵٪ از زنان دچار اختلال کارکرد جنسی هستند (۶). در نتیجه، در وهله اول نیاز مبرمی به توجه به عوامل تأثیرگذار و پیش‌بین ایجاد این مشکل احساس می‌شود. در همین راستا، از عوامل تأثیرگذار در کارکرد جنسی، عزت نفس جنسی و صمیمیت با همسر هستند. مفهوم عزت نفس جنسی به صورت دیدگاه فرد از خود، به عنوان یک موجود جنسی تعریف شده است و شامل ارزشی است که افراد برای هویت جنسی و قابل قبول بودن جنسی خود قائل هستند که از مؤلفه‌هایی تشکیل شده‌اند که عبارت‌اند از «مهارت و تجربه» یعنی، توانایی لذت بردن از شریک جنسی خود؛ «جذابیت» یعنی، باور داشتن به زیبایی و جذابیت خود؛ «کنترل» یعنی، توانایی مدیریت افکار و رفتار جنسی؛ «قضاوت اخلاقی» یعنی، توانایی ارزشیابی افکار، احساس‌ها و رفتار جنسی خود با اهداف شخصی خود؛ و «انطباق پذیری» یعنی، توانایی سازگاری تجارب رفتار جنسی خود با اهداف شخصی دیگران (۷). همچنین، توافق زیادی در بین پژوهشگران وجود دارد که عزت نفس جنسی یک بعد مهم از بهزیستی زنان است. وقتی به عزت نفس جنسی آسیب وارد می‌شود، دیدگاه فرد از خود، رضایت از زندگی، ظرفیت تجربه لذت، اشتیاق به تعامل با دیگران و توانایی ایجاد روابط صمیمی محدود می‌شوند. وقتی آسیب وارد شده به عزت نفس جنسی شدید باشد، یک ناتوانی ایجاد می‌شود که به طور چشمگیری با کارکرد فرد تداخل دارد (۹). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند زنانی که ناراضی زناشویی بالاتری گزارش می‌کنند، راحتی کمتری با خود جنسی‌شان نیز گزارش می‌کنند و به عبارتی، عزت نفس جنسی کمتری دارند (۷). صمیمیت یکی از نیازهای زناشویی و همچنین ویژگی مشهود یک ازدواج موفق و شاد است (۱۰). عمق صمیمیتی که افراد در روابطشان ایجاد می‌کنند، به توانایی آن‌ها در داشتن ارتباط دقیق، مؤثر و شفاف با افکار، احساس‌ها، نیازها، خواسته‌ها و کارکردها بستگی دارد. صمیمیت دارای یک عملکرد محوری و فراگیر در روابط عاطفی است (۱۱). به خاطر تنوع و اهمیت نقش‌های صمیمیت، این سازه به عنوان یک نیاز انسانی جهانی در نظر گرفته می‌شود که برای عملکرد سالم ضروری است (۱۲). بسیاری از مطالعات روانی-پزشکی، فقدان تمایل جنسی را ناشی از ناراضی‌های جنسی یا زناشویی می‌دانند که خود معلول عوامل مختلفی از جمله فقدان صمیمیت بین همسران است (۱۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سطوح صمیمیت به احتمال کمتری بین زنان با اختلال کارکرد جنسی و زنان بدون اختلال کارکرد جنسی تفکیک قائل می‌شود، با این حال، گروه اول نسبت به گروه دوم نمره‌های صمیمیت بیشتری در صمیمیت اجتماعی و صمیمیت تفریحی و تا حدودی کمتر در صمیمیت جنسی می‌گیرند (۱۴). باید اشاره داشت که در نظر نگرفتن عشق و صمیمیت در مباحث پیرامون روابط و کارکرد جنسی، یک خطای بزرگ است (۱۵). اگرچه این مفاهیم در فرهنگ‌های مختلف دارای ارزش متفاوتی است، اما بیشتر افراد به اهمیت عشق و صمیمیت در رضایت جنسی و رابطه خود اعتقاد دارند. صمیمیت مبنای روابط و مؤلفه مهمی برای حفظ رابطه و رضایت جنسی است (۱۶). با توجه به مطالب گفته شده و نقش هر یک از متغیرهای معرفی شده،

است با ۹۵ و ۳۵/۲٪، سنین ۲۶-۳۰ برابر است با ۸۶ و ۳۱/۹٪، سنین ۳۱-۳۵ برابر است با ۵۰ و ۱۸/۵٪، سنین ۳۶-۴۰ برابر است با ۲۰ و ۷/۴٪، سنین ۴۱-۴۵ برابر است با ۱۵ و ۵/۶٪ و سنین ۴۶ به بالا برابر است با ۴ و ۱/۵٪؛ همچنین، کم و پرتعدادترین گروه‌های سنی زنان به ترتیب عبارت‌اند از ۴۶ سال به بالا با ۴ نفر (۱/۵٪) و ۲۰-۲۵ سال با ۹۵ نفر (۳۵/۲٪). همچنین، فراوانی و درصد فراوانی زنان با تحصیلات دیپلم به ترتیب برابر است با ۳ و ۱/۱٪، فوق‌دیپلم برابر است با ۶ و ۲/۲٪، کارشناس برابر است با ۱۱۰ و ۴۰/۷٪، کارشناس ارشد برابر است با ۱۳۰ و ۴۸/۱٪ و دکترا برابر است با ۲۱ و ۷/۸٪؛ همچنین، کم و پرتعدادترین گروه‌های تحصیلات زنان به ترتیب عبارت‌اند از دیپلم با ۳ نفر (۱/۱٪) و کارشناس ارشد با ۱۱۰ نفر (۴۰/۷٪). به علاوه، ۲۱۵ نفر (۷۹/۶٪) از زنان شرکت کننده در سنین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۴۷ نفر (۱۷/۴٪) در سنین ۲۶ تا ۳۰ سالگی و ۸ نفر (۲٪) در سنین ۳۱-۳۵ سالگی ازدواج کرده بودند. به علاوه، ۱۶۱ نفر (۵۹/۶٪) از شرکت‌کنندگان فرزندی نداشتند، ۶۰ نفر (۲۲/۲٪) دارای یک فرزند، ۴۵ نفر (۱۶/۷٪) دارای دو فرزند، ۲ نفر (۰/۷٪) دارای ۳ فرزند و ۲ نفر (۰/۷٪) دارای ۴ فرزند بودند.

اطلاعات مربوط به شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در نمونه تحقیق در **جدول ۱** ارائه شده است. در این جدول میانگین و انحراف معیار برای گروه با اختلال کارکرد جنسی، گروه بدون اختلال و کل به تفکیک ارائه شده است.

اطلاعات به دست آمده مربوط به پیش‌فرض‌هایی که برای استفاده از آزمون تحلیل تمیز باید رعایت شود، نشان‌دهنده این بود که می‌توان در این پژوهش از روش تحلیل تمیز استفاده کرد. عمده‌ترین روش برای بررسی طبیعی بودن توزیع فراوانی داده‌ها، استفاده از نمره‌های کشیدگی و چولگی است. با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۱ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱ بودند و لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نبود. یکی دیگر از مفروضه‌های نرمال بودن توزیع در تحلیل تمیز، بین متغیرهای تحقیق نباید همبستگی بالا وجود داشته باشد. به منظور بررسی این مفروضه، ماتریس همبستگی بین متغیرهای تحقیق محاسبه گردید که نشان داد متغیرهای پژوهش از همبستگی بالایی با یکدیگر برخوردار نمی‌باشند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ممیز به روش همزمان و گام به گام استفاده شده است. در روش همزمان تمامی متغیرها در تفکیک دو گروه در نظر گرفته می‌شوند و در روش گام به گام همانطور که در **جدول ۲** آمده است کار آمدترین متغیرها باقی می‌مانند.

حذف شدند و تعداد سؤال‌ها از ۳۵ به ۳۲ کاهش یافته است (۱۹). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای عامل‌های تجربه و مهارت، جذابیت، قضاوت اخلاقی و انطباق به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۴، ۰/۶۶، ۰/۷۲ و ۰/۶۲ به دست آمد و روایی محتوایی و سازه پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردید. ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۹۵ به دست آمد. مقیاس صمیمیت، این مقیاس توسط واکر و تامپسون به منظور اندازه‌گیری صمیمیت ساخته شد و نزدیکی هیجانی را در قالب عاطفه، از خودگذشتگی و رضایت می‌سنجد. این مقیاس شامل ۱۷ ماده است که بر اساس یک طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (۱ = هرگز، ۲ = بندرت، ۳ = گاهی، ۴ = اغلب، ۵ = اکثراً، ۶ = تقریباً همیشه و ۷ = همیشه) نمره‌گذاری می‌شود (۱۰). نمره آزمودنی در این مقیاس از طریق جمع نمره‌های ماده‌ها و تقسیم آن بر عدد ۱۷ حاصل می‌شود. به این ترتیب، دامنه نمره‌ها بین ۱ تا ۱۷ و نمره بالاتر نشان دهنده صمیمیت بیشتر است. نبری و همکاران (۲۰۱۴) ضریب پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند. ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۹۸ به دست آمد. در این پژوهش از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی و درصدها) و آمار استنباطی (تحلیل تمیز) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. پس از کسب مجوزهای لازم برای انجام پژوهش از دانشگاه شهید چمران اهواز، با مراجعه به خوابگاه و دانشکده‌های دانشگاه شهید چمران اهواز، خوابگاه و دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی اهواز و دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز ابتدا جامعه و نمونه هدف انتخاب شدند. همچنین به شرکت‌کننده‌ها در مورد حقوق آن‌ها اطلاعاتی داده شد. پس از اعتمادسازی لازم (با ایجاد ارتباط گرم و پاسخ‌گو، روشن‌سازی درباره پژوهش و غیره) پرسشنامه‌های موردنظر در میان شرکت‌کننده‌ها توزیع و توضیح‌های لازم در مورد اهداف پژوهش ارائه شد. همچنین، کلیه اصول اخلاق پژوهش از جمله توضیح هدف پژوهش برای شرکت‌کننده‌ها، دادن زمان کافی به هر شرکت‌کننده برای تکمیل پرسشنامه (با توجه به تعداد ماده‌ها، حدود ۳۰ دقیقه در نظر گرفته شد)، اجازه خروج از مطالعه، اطمینان از بی‌نام بودن مقیاس‌ها، اجازه از با خبر شدن از نتایج مطالعه، کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، انجام کلیه مراحل توسط خود پژوهشگر، صداقت با شرکت‌کننده‌ها، صداقت در تحلیل داده‌ها و گزارش آن‌ها رعایت گردید.

یافته‌ها

در ابتدا، یافته‌های مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی متغیرها ارائه می‌شود. فراوانی و درصد فراوانی زنان سنین ۲۰-۲۵ به ترتیب برابر

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پیش‌بین برای زنان دارای اختلال کارکرد جنسی، بدون اختلال و کل

متغیرهای پیش‌بین	گروه با اختلال کارکرد جنسی	گروه بدون اختلال کارکرد جنسی	کل
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
عزت نفس جنسی	۷۷/۱۶ (۱۴/۹۱)	۱۲۳/۸۶ (۲۰/۰۴)	۱۰۵/۳۵ (۲۹/۲۰)
صمیمیت با همسر	۲/۱۱ (۰/۷۲)	۵/۶۲ (۱/۲۹)	۴/۲۳ (۲/۰۴)

جدول ۲: خلاصه یافته‌های تحلیل ممیز به روش گام به گام همراه با لامبدای ویلکز ۲ متغیر پیش بین

مرحله	متغیرهای وارد شده	لامبدای ویلکز	درجه آزادی			F دقیق	
			درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۳	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲
۱	صمیمیت	۰/۲۹	۱	۱	۲۶۸	۶۵۴/۳۵	۲۶۸
۲	عزت نفس جنسی	۰/۲۷	۲	۱	۲۶۸	۳۴۷/۴۵	۲۶۷

جدول ۳: مقایسه شاخص‌های تابع ممیز متعارف به روش همزمان و گام به گام

شاخص‌ها	همزمان	گام به گام
تعداد تابع	۱	۱
مقدار ویژه	۲/۶۳	۲/۶۰
درصد واریانس	۱۰۰	۱۰۰
همبستگی متعارف	۰/۸۵	۰/۸۵
مجذور اتا	۰/۷۲	۰/۷۲
لامبدای ویلکز	۰/۲۷	۰/۲۷
مجذور کای	۳۴۳/۴۸	۳۴۲/۲۰
درجه آزادی	۴	۲
معنی‌داری تابع ممیز	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مرکز واره‌ها		
در زنان با اختلال	-۱/۹۹	-۱/۹۸
در زنان بدون اختلال	۱/۳۱	۱/۳۰
درصد صحت پیش‌بینی عضویت گروهی	٪۹۲/۶	٪۹۲/۶
ضریب کاپا	۰/۸۴	۰/۸۴
سطح معنی‌داری ضریب کاپا	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

جدول ۴: ضرایب غیراستاندارد، ضرایب استاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه‌بندی به روش همزمان

متغیرهای پیش‌بین	به روش همزمان			به روش گام به گام		
	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	ضریب ساختاری	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	ضریب ساختاری
عزت نفس جنسی	۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۷۷	۰/۳۹	۰/۳۱	۰/۳۲
صمیمیت	۰/۷۲	۰/۶۵	۰/۹۶	۰/۲۱	۰/۷۸	۰/۲۶
عدد ثابت		-۳/۵۷		۱/۳۱	-۴/۸۰	-۱۰/۰۱

معادله تابع ممیز با استفاده از ضرایب غیراستاندارد نوشته می‌شود. معادله پیش‌بین به روش همزمان به صورت زیر می‌باشد:

$$Y = -۳/۹۸ + ۰/۰۱(X_1) + ۰/۶۵(X_2)$$

X_1 = عزت نفس جنسی

X_2 = صمیمیت

و به روش گام به گام به صورت زیر می‌باشد:

$$Y = -۴/۸۰ + ۰/۷۰(X_1) + ۰/۰۱(X_2)$$

X_1 = عزت نفس جنسی

X_2 = صمیمیت

جدول ۵: نتایج آزمون‌های تحلیل ممیز تفکیکی

متغیرهای پیش‌بین	مقدار ویژه	لامبدای ویلکز	ضریب غیراستاندارد	عدد ثابت	ضریب کاپا	معنی‌داری ضریب کاپا	مرکزوارها داده‌ها	پیش‌بینی عضویت گروهی	درصد
عزت نفس	۱/۵۸	۰/۳۸	۰/۰۵۵	-۵/۷۹	۰/۸۰	۰/۰۰۱	افراد با اختلال	۱/۰۱۸	۰/۹۰
جنسی							افراد بدون اختلال		
صمیمیت	۲/۴۴	۰/۲۹	۰/۹۰۷	-۳/۸۳	۰/۸۴	۰/۰۰۱		۱/۲۶۱	۰/۹۲

همانگونه که مشاهده می‌شود، آماره F برای هر یک از ۲ متغیر در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. برای دستیابی به تابعی که به بهترین نحو بتواند دو گروه زنان با اختلال و بدون اختلال را از هم تفکیک کند از روش همزمان و گام به گام استفاده شده است. حال این سؤال به وجود می‌آید که بین تابع تشکیل شده با روش گام به گام و روش همزمان از نظر شاخص‌های آماری و صحت طبقه‌بندی چه میزان تفاوت وجود؟ برای پاسخ به این پرسش لازم است که نتایج حاصل از هر دو روش با یکدیگر مقایسه شوند که نتایج این مقایسه در **جدول ۳** آمده است.

با توجه به مقدار لامبدای کوچک و مجذور کای بالا و معنی دار، نتیجه می‌شود تابع ممیز به دست آمده از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته یعنی گروه با و بدون اختلال برخوردار است. برای بررسی توانایی پیش‌بینی تک تک متغیرها از آزمون تحلیل ممیز به صورت تفکیکی در دو گروه با اختلال و بدون اختلال استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل ممیز تفکیکی در **جدول ۵** ارائه شده است. تحلیل ممیز به صورت تفکیکی بدین معناست که آیا هر کدام از متغیرها به تنهایی قادر به پیش‌بینی عضویت گروهی می‌باشند یا خیر.

توجه به آنچه که در **جدول ۵** آمده است مشخص است که با توجه به لامبدای کوچک و سطح معنی داری کمتر ۰/۰۵ عزت نفس جنسی و صمیمیت معنی دار هستند. و این توابع به صورت جداگانه از قدرت تشخیص و تفکیک بهتری برای تبیین متغیر وابسته یعنی عضویت گروهی در دو سطح زنان با و بدون اختلال کارکرد جنسی برخوردار هستند.

بحث

هدف اصلی این پژوهش شناسایی عواملی بود که در اختلال کارکرد جنسی زنان نقش دارند. متغیرهای عزت نفس جنسی و صمیمیت با همسر به عنوان عواملی فرض شدند که قادر به پیش‌بینی اختلال کارکرد جنسی بودند. به منظور بررسی دقیق‌تر این متغیرها، از تحلیل تمیز استفاده شد تا بتوان نقش هر یک از این متغیرها را در تفکیک زنانی که در گروه اختلال کارکرد جنسی و گروه بدون اختلال کارکرد جنسی قرار می‌گیرند، شناسایی کرد. همان‌طور که در **جدول ۳** مشاهده شد، نتایج تحلیل تمیز نشان داد که مدل خطی عزت نفس جنسی و صمیمیت با همسر از توانایی بالایی در تشخیص زنان با اختلال کارکرد جنسی از زنان بدون اختلال جنسی برخوردار است. به عبارت دیگر، بر اساس نتایج به دست آمده، در گروهی از

زنان که دچار اختلال کارکرد جنسی بودند، متغیرهای گفته شده دارای اثرات معناداری نسبت به گروه بدون اختلال کارکرد جنسی بودند. به طور کلی، با توجه به مدل تحلیل تمیز به کار رفته در این پژوهش، انتظار می‌رود که زنانی که دارای عزت نفس جنسی و صمیمیت کمتری با همسرانشان هستند، دچار اختلال کارکرد جنسی باشند و رضایت کمتری از روابط جنسی خود داشته باشند. در مقابل، زنانی که دارای عزت نفس جنسی و صمیمیت بیشتر با همسرانشان هستند، در گروه افراد بدون اختلال کارکرد جنسی قرار بگیرند. به وضوح، علت این امر را می‌توان در احساس کامل بودن و خواستنی بودن که عزت نفس جنسی بالا به دست می‌دهد و آرامش و رضایتی که از صمیمیت با همسر حاصل می‌شود جستجو کرد. به جهت بررسی تأثیر هر یک از متغیرهای یاد شده در سهم تبیین متغیر ملاک، هر یک از این عوامل نیز به‌طور جداگانه مورد بررسی و موشکافی قرار گرفته‌اند که در ادامه بیان شده‌اند. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان دادند که هر چه عزت نفس جنسی افراد بیشتر باشد، به احتمال کمتری دچار اختلال کارکرد جنسی می‌شوند و گروهی که دارای اختلال کارکرد جنسی بودند، با عزت‌نفس جنسی پایین‌تری نسبت به گروه بدون اختلال کارکرد جنسی بودند. این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش‌های کینگزبرگ و وودارد (۲۰)، ژنوت، شوتر و زج (۲۱)، کونتولا و هاویو-مانیلا (۲۲) و رضانی، دولتیان، شمس و مجد (۲۳) همسو است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت شخص ممکن است، احساس جذاب بودن و مطلوب بودن را از دست بدهد و یک حس تنفر از خود را به دست بیاورد. عزت‌نفس جنسی، عاملی برای تسهیل آگاهی، شناخت و خودارزیابی هر فرد از ماهیت زندگی جنسی خود است. عزت‌نفس جنسی نشان‌دهنده یک شناخت از جنبه‌های جنسی هر فرد است. آن چنانکه، این شناخت منجر به تغییر در فرآیند روان‌شناختی افراد در روابط جنسی شده و بر رفتار و عملکرد جنسی آنان تأثیر مستقیمی می‌گذارد (۲۴). معمولاً افراد بر این باورند که به‌طور آرمانی، عزت‌نفس جنسی باید بالا باشد؛ اما مورد سوءاستفاده قرار گرفتن به لحاظ جسمی یا هیجانی می‌تواند عزت‌نفس جنسی را خدشه‌دار سازد. در این میان، زنان دارای عزت‌نفس جنسی کم ممکن است دچار مشکلاتی در رابطه جنسی شوند و احتمال درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر را دارند (۲۵). همان‌گونه که مطالعات پیشین نشان داده است، به‌طور کلی زنانی که با اختلال کارکرد جنسی هستند، دارای عزت‌نفس کمتری

نتیجه‌گیری

با توجه به فرآیند شکل‌گیری این پژوهش و نتایج آن، می‌توان گفت پژوهش حاضر با بررسی ادبیات موجود در ارتباط با اختلال کارکرد جنسی و جمع‌آوری داده‌های جدید، اطلاعات و بینش سودمند و مفیدی را به ادبیات پژوهش افزوده است. نتایج نشان دادند که عزت‌نفس جنسی و صمیمیت با همسر، به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی عضویت گروهی زنان در طبقه‌های با اختلال کارکرد جنسی و بدون این اختلال بودند. همچنین، نتایج تحلیل تمیز به روش گام‌به‌گام به‌منظور شناسایی عواملی که در این میان دارای بیشترین تأثیر هستند، نشان داد صمیمیت عاطفی با شوهر با ایجاد محیطی دلپذیر و پذیرا برای ارتباط جنسی، و داشتن اعتمادبه‌نفس و اطمینان کافی نسبت به توانمندی و جذابیت جنسی خود، قادر به ایجاد یک ارتباط جنسی لذت‌بخش و مناسب برای زوج است و بالعکس، زوج‌هایی که بدون این ویژگی مهم هستند، احتمالاً در گروه دارای اختلال کارکرد جنسی قرار می‌گیرند. در نتیجه، لزوم پرداختن به کیفیت ارتباطات بین زوج و تصویر و پنداری که هر یک از خود دارند، اهمیت بیشتری می‌یابد. این مطالعه نیز مانند سایر پژوهش‌ها، در مراحل انجام با برخی از محدودیت‌ها همراه بوده است که در پژوهش‌های آینده باید به آن‌ها توجه کرد. نخست، در این پژوهش تنها زنان مورد بررسی قرار گرفتند، با توجه به اینکه سازه‌های مورد بررسی به‌طور عمده سازه‌های رابطه‌ای هستند، امکان تعمیم نتایج به هر دو جنس با محدودیت مواجه است؛ و دوم، نتایج این مطالعه محدود به شهر اهواز است، بنابراین تعمیم آن به دانشجویان متأهل شهرهای دیگر باید توأم با احتیاط باشد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آتی، وضعیت مردان هم مورد بررسی قرار گیرد تا ضمن امکان مقایسه بین جنسیتی، تصویر جامع‌تری نیز از چگونگی ارتباطات و رضایت هر دو شریک از جنبه‌های مختلف زندگی‌شان به دست آید؛ و همچنین، توصیه می‌شود از جامعه عمومی هم نمونه‌گیری صورت گیرد تا نتایج مطالعه محدود به قشر خاصی نباشد و امکان تعمیم بیشتر و دقیق‌تری وجود داشته باشد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد گروه مشاوره دانشگاه شهید چمران اهواز می‌باشد. به این وسیله، پژوهشگران و وظیفه خود می‌دانند تا از کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌نمایند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

و فقدان میل جنسی هستند و هرچه میزان عزت‌نفس جنسی پایین باشد، به احتمال کمتری به دنبال درمان خواهند رفت. علاوه بر این، با توجه به اینکه احساس فرد درباره بدن خود، یکی از مؤلفه‌های عزت‌نفس جنسی است، احساس‌هایی که افراد درباره بدن خود دارند، نیز می‌تواند بر توانایی ابراز جنسی تأثیر بگذارند. با توجه به اینکه، بدن میزبان تمایل جنسی است، بنابراین آگاه بودن از چگونگی تفکر خود درباره بدن بسیار مهم است. به علاوه، یافته‌های این پژوهش نشان دادند که صمیمیت بیشتر بین همسران یکی از عواملی تمایز دهنده زنان با اختلال کارکرد جنسی و زنان بدون اختلال کارکرد جنسی است. این نتیجه با یافته‌های نائینیان و نیک آدین (۲۶) و موتزاتی، جوانینی، فلیبان و انونزیاتا (۲۷) که نشان دادند صمیمیت بین همسران می‌تواند موجب رضایت جنسی بیشتر و عملکرد جنسی بهتر شود و همچنین فقدان آن با اختلال کارکرد جنسی در ارتباط است، همسو است. در تبیین این فرضیه باید گفت که در چرخه پاسخ جنسی زنان، همبستگی بین انگیزش فیزیولوژیکی و میل روان‌شناختی پایین است؛ یعنی، برای مثال همبستگی لیز شدن واژن زنان با میل گزارش شده آن‌ها پایین است؛ بنابراین، میل جنسی زنان را نمی‌توان با توجه به نیاز فیزیولوژیکی (مثل استروژن یا تستوسترون) یا انگیزش آن‌ها (مثل پرخونی اندام‌های تناسلی) پیش‌بینی کرد. در عوض، میل جنسی زنان خیلی نسبت به عوامل رابطه، مانند صمیمیت عاطفی، حساس است. صمیمیت عاطفی، زنان را از حالت بی‌تفاوتی جنسی به حالت پذیرا بودن نسبت به محرک‌های جنسی انتقال می‌دهد. میل جنسی به جای اینکه در چرخه پاسخ جنسی سنتی به مرحله رفع بیانجامد، به رابطه صمیمانه بلندمدت و تقویت آن منجر می‌شود؛ بنابراین، اعمال و میل جنسی می‌توانند بر اساس نوع نقش‌ها و صمیمیت همسران تفاوت داشته باشد (۲۸-۳۰). همچنین باید گفت که صمیمیت، احساس نزدیکی بین زوجین است که به شکل‌های مختلف خود را نشان می‌دهد و از آنجایی که زنان، موجوداتی عاطفی هستند، دیده شده، زمانی که احساس کنند، همسرشان به آن‌ها توجه دارد، درکشان می‌کنند، در دسترس هستند و از وقت گذراندن با او احساس خوبی را تجربه می‌کنند، میل به روابط جنسی در آنان برانگیخته می‌شود و حتی گاهی در شروع رابطه جنسی پیش‌قدم می‌شوند و چون خود شروع‌کننده رابطه و یا راغب به رابطه هستند، احساس لذت بیشتری را تجربه می‌کنند و از کارکرد جنسی بالاتری برخوردار خواهند شد؛ بنابراین با توجه به مطالب گفته شده، به دست آوردن چنین نتیجه‌ای دور از انتظار نبوده است.

References

1. Dzara K. Assessing the effect of marital sexuality on marital disruption. Soc Sci Res. 2010;39(5):715-24. DOI: 10.1016/j.ssrresearch.2010.06.003
2. Terimourpour N, Bidokhti NM, Pourshahbaz A. The Relationship Between Attachment Styles and Sexual Desire Among Iranian Women. Procedia - Soc Behav Sci. 2011;30:108-12. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.022
3. Sarason A, Sarason B. Psychopathology of non-adaptive behavioral problems. Translated by Mohsen Dehghani, Bahman Najarian, Dawud Arab, Iran Dawudi. 11th ed. Tehran: Roshd Press; 2011.
4. Ziaee P, Shamloo Z, Mashhadi A. [The relationship of activating cognitive schemas, negative automatic thoughts and autonomous content or thoughts with sexual functioning in married female college students]. Thought Behav. 2013;7(27):1-11.

5. Carvalheira A, Brotto LA, Maroco J. Portuguese version of Cues for Sexual Desire Scale: the influence of relationship duration. *J Sex Med.* 2011;8(1):123-31. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2010.01909.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01909.x) PMID: 20584128
6. Shakerian A, Nazari A-M, Masoomi M, Ebrahimi P, Danai S. Inspecting the Relationship between Sexual Satisfaction and Marital Problems of Divorce-asking Women in Sanandaj City Family Courts. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2014;114:327-33. DOI: [10.1016/j.sbspro.2013.12.706](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.706)
7. Calogero RM, Thompson JK. Sexual Self-Esteem in American and British College Women: Relations with Self-Objectification and Eating Problems. *Sex Roles.* 2008;60(3-4):160-73. DOI: [10.1007/s11199-008-9517-0](https://doi.org/10.1007/s11199-008-9517-0)
8. Wischmann T, Schilling K, Toth B, Rosner S, Strowitzki T, Wohlfarth K, et al. Sexuality, Self-Esteem and Partnership Quality in Infertile Women and Men. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2014;74(8):759-63. DOI: [10.1055/s-0034-1368461](https://doi.org/10.1055/s-0034-1368461) PMID: 25221344
9. Mayers KS, Heller DK, Heller JA. Damaged Sexual Self-Esteem: A Kind of Disability. *Sex Disabil.* 2003;21(4):269-82. DOI: [10.1023/b:sedi.0000010069.08844.04](https://doi.org/10.1023/b:sedi.0000010069.08844.04)
10. Nayeri A, Lotfi M, Noorani M. The Effectiveness of Group Training of Transactional Analysis on Intimacy in Couples. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2014;152:1167-70. DOI: [10.1016/j.sbspro.2014.09.294](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.294)
11. Hook MK, Gerstein LH, Detterich L, Gridley B. How Close Are We? Measuring Intimacy and Examining Gender Differences. *J Counsel Dev.* 2003;81(4):462-72. DOI: [10.1002/j.1556-6678.2003.tb00273.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2003.tb00273.x)
12. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68-78. PMID: 11392867
13. [Predicting sexual dysfunction based on cliché thoughts] [press release]. Iran2017.
14. McCabe MP. Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *J Sex Marital Ther.* 1997;23(4):276-90. DOI: [10.1080/00926239708403932](https://doi.org/10.1080/00926239708403932) PMID: 9427207
15. Levine S. Demystifying love: plain talk for mental health professionals. New York: Routledge 2007.
16. Althof SE, Needle RB. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction in women: An update. *Arab J Urol.* 2013;11(3):299-304. DOI: [10.1016/j.aju.2013.04.010](https://doi.org/10.1016/j.aju.2013.04.010) PMID: 26558096
17. Mohammady K, Heidari M, Faghih Zadeh S. Validity of the Persian version of Female Sexual Function Index-FSFI scale as the Female Sexual Function Index. *J Payesh.* 2008;7(2):269-78.
18. Dargis L, Trudel G, Cadieux J, Villeneuve L, Préville M, Boyer R. Validation of the Female Sexual Function Index (FSFI) and presentation of norms in older women. *Sexol.* 2012;21(3):126-31. DOI: [10.1016/j.sexol.2012.01.002](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.01.002)
19. Farokhi S, Shareh H. Psychometric Properties of the Persian Version of the Sexual Self-Esteem Index for Woman-Short Form. *Iranian J Psychiat Clin Psychol.* 2014;20(3):252-63.
20. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* 2015;125(2):477-86. DOI: [10.1097/AOG.0000000000000620](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000620) PMID: 25569014
21. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexol.* 2013;22(1):e9-e15. DOI: [10.1016/j.sexol.2012.01.011](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2012.01.011)
22. Kontula O, Haavio-Mannila E. The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *J Sex Res.* 2009;46(1):46-56. DOI: [10.1080/00224490802624414](https://doi.org/10.1080/00224490802624414) PMID: 19090411
23. Ramazani M, Dolatian M, Shams J, Majd H. [Correlation between self-esteem with sexual dysfunction and satisfaction in women]. *J Univ Med Sci.* 2011;6:57-65.
24. Soleimani A, Naghinasab Ardehaee F, Sanagu A. [The effectiveness of systemic sex therapy on sexual desire improvement in women with hypoactive sexual desire disorder (HSDD)]. *Iranian J Psychiatr Nurs.* 2015;3(4):58-70.
25. Jaefar Pour Qahnubeh M, Maerufi M, Molai Nejad M. [The relationship of sexual self-concept and sexual function of married women referred to health centers in the Mobarakeh city]. *J Res Dev Nurs Midwifery.* 2015;12(3):40-7.
26. Naeinian M, Nick Azin A. [The relationship of intimacy and sexual satisfaction with general health and personal well-being: Gender and age differences]. *J Behav Sci Res.* 10;17(735-745).
27. Muzzatti B, Giovannini L, Flaiban C, Annunziata MA. [Sexuality and intimacy after cancer: an explorative survey at 5 years or more since treatment completion]. *G Ital Med Lav Ergon.* 2012;34(2 Suppl B):B12-6. PMID: 23326934
28. Brenot P. [Le sexe et l'amour]. Paris: Odile Jacob; 2003.
29. Brenot P. Les hommes, le sexe et l'amour. Paris: Les Arènes; 2011.
30. Nguyen-Ngoc KV, Cheung KJ, Brenot A, Shamir ER, Gray RS, Hines WC, et al. ECM microenvironment regulates collective migration and local dissemination in normal and malignant mammary epithelium. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2012;109(39):E2595-604. DOI: [10.1073/pnas.1212834109](https://doi.org/10.1073/pnas.1212834109) PMID: 22923691

Predicting Sexual Dysfunction Based on Sexual Self-Esteem and Intimacy with Spouse among Female College Students with and without Sexual Dysfunction Disorder

Abbass Amanuelahi ^{1,*}, Nilofar Refahi ², Gholamreza Rajabi ³

¹ Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

² Master of Arts, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

³ Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Abbass Amanuelahi, Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: abas_amanlahi@yahoo.com

Received: 11 Jun 2017

Accepted: 17 Nov 2017

Abstract

Introduction: An ideal marriage is a lifelong commitment. As marriage is the only form of relationship where sexual relationship is expected, much emphasis is made about marital sexuality and monogamy. Those who do not have sufficient sexual interactions with their partners might engage in other options, such as ending the relationship and seeking other relationships to fulfill their need. The aim of the current research was to predict sexual dysfunction based on sexual self-esteem and intimacy with spouse among female college students with and without sexual dysfunction disorder.

Methods: The research method was correlational and predictive. The statistical population included all married female students of universities of Ahvaz in the academic year of 2016 to 17 among whom 270 students were selected based on inclusion and exclusion criteria and using the purposive-available sampling method. The participants replied to Rosens' Female Sexual Function Index, Zeanah and Schwarz's Sexual Self-esteem Scale, and Walker and Thompson's Intimacy Scale. For data analysis, discriminant analysis method and SPSS-23 software were used.

Results: Results indicated that linear combination of research variables could differentiate between sexual dysfunction among students and discriminant analysis showed that sexual intimacy and self-esteem were the best criteria for distinguishing females with sexual dysfunction from those without sexual dysfunction, respectively ($P < 0.001$).

Conclusions: According to the results, sexual dysfunction could be prevented among couples with appropriate training to increase sexual self-esteem and intimacy.

Keywords: Sexual Dysfunction Disorder, Intimacy, Sexual Self-esteem