

## مقایسه باورهای ناکارآمد، دانش و نگرش جنسی در زنان با و بدون اختلال میل / برانگیختگی جنسی

سحر محمدی مورچگانی<sup>۱</sup>، عباس ابوالقاسمی\*<sup>۲</sup>، موسی کافی ماسوله<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۱۲/۰۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۳/۰۴

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** از آنجاکه شناخت می‌تواند نقش اساسی و مهمی را در چگونگی بروز رفتار جنسی آدمی ایفا کند پژوهش حاضر باهدف مقایسه باورهای ناکارآمد، دانش و نگرش جنسی در زنان با و بدون اختلال میل/برانگیختگی جنسی صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش با طرح علی-مقایسه‌ای در سال‌های ۹۸-۱۳۹۷ انجام شد. شرکت‌کنندگان پژوهش ۶۵ زن دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی و ۸۵ زن بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی بود که از میان ۳۴۴ زن ساکن شهر رشت شناسایی و انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه علاقه و میل جنسی زنان سیزل و همکاران، مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5، پرسشنامه باورهای ناکارآمد جنسی نوبر و همکاران، مقیاس دانش و نگرش جنسی تولانیان و همکاران و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شد. داده‌های پژوهش با تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که زنان دارای اختلال، باورهای محافظه‌کاری جنسی ( $p=0/000$ )، میل و لذت جنسی به‌عنوان گناه ( $p=0/001$ ) بیشتری و دانش جنسی ( $p=0/000$ ) کم‌تری در مقایسه با گروه بدون اختلال داشتند. اما بین دو گروه در باورهای استمناء ( $p=0/68$ )، سن ( $p=0/11$ )، تصویر بدنی ( $p=0/13$ )، اولویت عاطفی ( $p=0/33$ ) و نگرش جنسی ( $p=0/37$ ) تفاوتی دیده نشد.

**بحث:** بر اساس این یافته‌ها، تفاوت بین نوع باورها و پایین‌تر بودن سطح دانش جنسی می‌تواند در ایجاد اختلال میل و برانگیختگی جنسی زنان نقش داشته باشد. این یافته‌ها نیز احتمالاً تلویحات مهمی در مورد پیشگیری و درمان اختلالات جنسی زنان دارد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال میل / برانگیختگی جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و نگرش جنسی

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره چهارم، پی‌درپی ۱۲۹، تیر ۱۳۹۹، ص ۳۰۶-۳۱۷

آدرس مکاتبه: رشت، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۴۳۵۳۵۴۸۲

Email: abolghasemi1344@guilan.ac

## مقدمه

زنان مشکلات برانگیختگی جنسی داشتند (۴). مشکلات جنسی در ایران نیز در دامنه‌ای از ۲۶ تا ۵۱ درصد متغیر است (۵). شیوع میل جنسی پایین و شیوع مشکلات برانگیختگی جنسی ممکن است بسته به سن، زمینه فرهنگی، طول مدت علائم و وجود ناراحتی به‌طور قابل‌توجهی متغیر باشد (۱).

کژ کاری‌های جنسی در زنان از جمله مشکلات چندبعدی بوده و تحت تأثیر طیف وسیعی از محرک‌ها از جمله عوامل فیزیولوژیکی، شناختی، عاطفی، رفتاری و عوامل محیطی قرار می‌گیرند (۶). بر اساس رویکردهای شناختی، تفکر (شناخت) نقش اساسی و مهمی در چگونگی بروز رفتار آدمی ایفا می‌کند. در نظریه عقلانی-

اختلال میل/برانگیختگی جنسی<sup>۴</sup> اشاره به نبود یا کاهش قابل توجه میل و برانگیختگی جنسی حداقل به مدت ۶ ماه دارد. از آنجاکه میل و برانگیختگی جنسی شایع هستند و در پاسخ به علائم جنسی مناسب فراخوانده می‌شوند، غالباً به‌طور هم‌زمان ویژگی شکایت‌های زنان با این اختلال است (۱). پژوهش‌های اخیر شیوع میل جنسی پایین را ۱۷ درصد در زنان انگلستانی، ۳۳ تا ۳۵ درصد در زنان آمریکایی، سوئدی و ایرانی و ۵۵ درصد در زنان استرالیایی (۲) و ۳ تا ۳۱ درصد در زنان استرالیایی، آمریکایی، اروپایی و آسیایی گزارش کردند (۳) در مطالعه دیگری ۳۳ درصد

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

<sup>۴</sup> Sexual Interest/Arousal Disorder

جذابیت جسمانی ارتباط مثبت و با گناه و فقدان افکار عاطفی ارتباط منفی دارد (۲۲). از سوی دیگر، کژ کاری‌های جنسی به دلیل عدم آگاهی و یا معلومات اندک در حوزه مسائل جنسی است (۱۰). همچنین کمبود آگاهی و دانش جنسی از جمله نبود آگاهی و دانش در زمینه شیوه‌های مناسب برقراری روابط جنسی می‌تواند تعاملات میان فردی را به خطر اندازد و منجر به افزایش مشکلات و آسیب‌های جنسی زوجین شود (۲۳). داشتن رضایت زناشویی و جنسی پیوند مستقیمی با دانش و نگرش جنسی دارد، چراکه وجود آگاهی و دانش نسبت به مسائل جنسی، زندگی را تغییر داده و می‌تواند موجب بهتر شدن آن شود (۱۲). به علاوه، بین نگرش‌های جنسی آشکار و رضایت جنسی رابطه وجود دارد و افرادی که فعالیت‌های جنسی را در زندگی امری مهم تلقی کرده و نگرش مثبتی نسبت به آن دارند، سطوح بیشتری از رضایت جنسی را تجربه می‌کنند (۲۴).

شناخت مسائل جنسی موجب بهبود عملکرد جنسی زوجین شده و بر رضایت زناشویی آنان تأثیر مستقیم دارد (۲۵). وجود محتوای شناختی منفی نیز به حفظ مشکلات جنسی کمک می‌کند (۲۶). شلانی و سیاه کمری (۱۳۹۷) نیز نشان داد دانش و نگرش جنسی با عملکرد جنسی و مؤلفه‌های آن میل و برانگیختگی جنسی، رطوبت و ارگاسم (به‌استثنا درد و رضایتمندی جنسی) ارتباط دارد (۲۷). مؤمنی و آزادی فرد (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که بین دانش و نگرش جنسی و باورهای ارتباطی با میزان طلاق عاطفی در زنان رابطه منفی وجود دارد و نگرش جنسی، توقع ذهن خوانی، باور به مخرب بودن مخالفت، باور به عدم تغییرپذیری همسر و کمال‌گرایی جنسی بیشترین نقش را در پیش‌بینی طلاق عاطفی زوجین داشتند (۲۸). پژوهش راستگو، خدابخش پیرکلانی و پیوسته‌گر (۱۳۹۶) نیز نشان داد که دانش و نگرش جنسی در مقایسه با طرح‌واره‌های جنسی از نقش به‌سزایی در ارتباط با عملکرد جنسی برخوردار هستند و افزایش دانش و نگرش در حوزه مسائل جنسی می‌تواند منجر به بهبود عملکرد جنسی زوجین و تعدیل کردن اثر طرح‌واره‌ها شود (۲۹).

در مجموع، اختلالات جنسی عواقب قابل‌توجهی را برای سلامتی جنسی شخص به همراه دارند (۳۰، ۳۱). سطوح پایین‌تر رضایت جنسی، افزایش میزان ناراحتی شخصی، مشکلات بین‌فردی و سطوح بالای اضطراب از جمله این پیامدها است (۳۲). به‌طور خاص، زنان با میل جنسی پایین تجربه دو برابری افسردگی‌های شدید و یا متناوب را دارند. علاوه بر این، از اعتمادبه‌نفس پایین و

عاطفی - رفتاری انواع باورهای غیرمنطقی را به‌عنوان عامل اصلی مشکلات انسان‌ها در نظر گرفته است (۷) بر اساس نظر بک<sup>۱</sup> نیز باورها به‌طور کلی نتیجه یادگیری و تجربه زندگی هستند و در رابطه جنسی، این باورها با آموزش، نفوذ اجتماعی و تجربیات گذشته جنسی ایجاد می‌شوند، گاهی اوقات باورها می‌توانند ناکارآمد باشند و با برخی از آسیب‌های روان‌شناختی همراه باشند (۸). مسترز و جانسون<sup>۲</sup> نیز مطرح کردند شناخت‌های شخص درباره عملکرد جنسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و تغییرپذیری در عملکرد جنسی امری عادی است؛ استرس، محیط‌های آشفته، نگرانی‌ها، مشکلات ارتباطی و غیره احتمالاً پاسخ‌دهی جنسی را کاهش دهند (۹).

علاوه بر این، دانش و آگاهی جنسی یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های ارتباط جنسی موفق به‌شمار می‌رود (۱۰). دانش در زمینه مسائل جنسی، مجموعه‌ای از معلومات، اطلاعات، دانش و آگاهی در مورد جنسیت و مسائل جنسی است (۱۱). فقدان/ کمبود دانش یا حتی داشتن اطلاعات اما نادرست درباره مسائل جنسی منجر به افزایش آسیب‌پذیری در برابر کژ کاری‌های جنسی می‌گردد. به‌طور مثال، این تصور که رابطه جنسی دردناک است ممکن است منجر به ترس از روابط جنسی و درنهایت مشکلات جنسی گردد (۱۲). دانش و نگرش جنسی چگونگی دیدگاه زوجین را در ارتباط با موقعیت‌های جنسی تحت تأثیر خود قرار داده و می‌تواند در آشکار کردن چگونگی آموخته‌ها در زمینه میل و برانگیختگی جنسی و انزال مؤثر واقع شود (۱۳).

شواهد پژوهشی حاکی است که در میان عوامل روان‌شناختی، پیش‌بینی‌های منفی نقش مهمی در اختلالات جنسی زنان داشته (۸) و افکار شناختی نیز در برانگیختگی جنسی نقش مؤثری دارند (۱۴). همچنین باورهای جنسی ناکارآمد می‌توانند، زمینه‌ساز اختلال در عملکرد جنسی باشند (۱۵) و در طول فعالیت جنسی پیش‌بینی‌کننده نارضایتی جنسی باشند (۱۶، ۱۷). زنان مبتلا به علائم برانگیختگی جنسی به‌طور قابل‌توجهی از باورهای جنسی ناکارآمد، افکار منفی بیشتر و افکار شهوت‌انگیز کمتری برخوردار هستند (۸، ۱۸-۲۰). کاروالهیرا، گودینو، کاستا<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) به این نتیجه رسیدند زنانی که نارضایتی بیشتری از بدن خود دارند سطح بالاتری از مشکلات جنسی را گزارش می‌دهند و انحراف شناختی در آن‌ها نسبت به مردان بیشتر بر اساس ظاهر است (۲۱).

سگره لیوروس، کارلو و نوبر<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای دریافتند که در زنان برانگیختگی جنسی ذهنی با برانگیختگی جنسی و افکار

<sup>3</sup>. Carvalheira, Godinho & Costa

<sup>4</sup>. Sigre-Leirós, Carvalho & Nobre

<sup>1</sup>. Beck

<sup>2</sup>. Masters & Johnson

جنسی زنان<sup>۵</sup> و تغییرات در پرسشنامه‌ی عملکرد جنسی زنان<sup>۶</sup> و رویی واگرا با آزمون سازگاری زناشویی لاک و والاس<sup>۷</sup> نشان داده شد. در آمریکا و اروپا ضریب آلفای کرونباخ برای نمره پرسشنامه علاقه و میل جنسی زنان به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۶ گزارش شد (۳۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۶ به دست آمد.

**۲. مصاحبه بالینی:** این مصاحبه بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) صورت گرفت. این مصاحبه توسط محقق در قالب ۱۰ سؤال و بر اساس ملاک‌های DSM-5 در ارتباط با معیارهای تشخیصی اختلال میل و برانگیختگی جنسی ساخته شد و به صورت یک پرسشنامه همراه سایر پرسشنامه‌ها توزیع شد.

**۳. پرسشنامه باورهای ناکارآمد جنسی:**<sup>۸</sup> این پرسشنامه توسط نوبر و همکاران در سال (۲۰۰۳) تهیه شده است و ۴۰ عبارت دارد. این پرسشنامه باورهای مربوط به رابطه جنسی را می‌سنجد و شرکت‌کنندگان به سؤالات با یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالف، ۵ = کاملاً موافق) پاسخ می‌دهند. ضرایب پایایی بازآزمایی و همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۲ گزارش شده است. این پرسشنامه نیز توانست بین دو گروه بالینی و جمعیت سالم تمایز قائل شود (۳۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۳ به دست آمد.

**۴. مقیاس دانش و نگرش جنسی:**<sup>۹</sup> مقیاس دانش و نگرش جنسی توسط بشارت و کلاگری (۱۳۹۲) برای سنجش دو بعد دانش و نگرش جنسی در جامعه ایرانی هنجاریابی شده است. این مقیاس ۲۰ عبارت دارد و با یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۱ کاملاً مخالف تا ۵ کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. در ایران ضریب پایایی بازآزمایی در دامنه زمانی چهار تا شش هفته دانش جنسی ۰/۸۳، نگرش جنسی ۰/۷۶، نمره کل ۰/۸۷ به دست آمد (۴۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۴ به دست آمد.

**۵. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ:**<sup>۱۰</sup> پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ و هیلر در سال (۱۹۷۹) تهیه شده و ۲۸ عبارت دارد که به صورت چهارگزینه‌ای داده می‌شوند. برای جمع‌بندی نمرات به الف نمره صفر، ب ۱، ج ۲ و د نمره ۳ تعلق

احساس گناه نیز برخوردارند (۳۳-۳۵). در کل زنانی که دارای اختلال عملکرد جنسی هستند گرایش به روان‌رنجوری و روان‌پریشی در آن‌ها بیشتر است (۳۶). لذا با توجه به مطالعه فوق، پژوهش حاضر باهدف مقایسه باورهای ناکارآمد، دانش و نگرش جنسی در زنان با و بدون اختلال میل / برانگیختگی جنسی صورت گرفته است.

## مواد و روش کار

این پژوهش توصیفی، با طرح علی-مقایسه‌ای انجام شد. به‌منظور شناسایی زنان دارای اختلال میل / برانگیختگی جنسی بر اساس درصد شیوع (۲۶ تا ۵۱ درصد)، نمونه‌ای مشتمل بر ۵۰۰ زن مراجعه‌کننده به باشگاه‌های ورزشی در شهرستان رشت به‌صورت در دسترس انتخاب و پرسشنامه علاقه و میل جنسی، سلامت روان و مصاحبه را تکمیل نمودند که درنهایت ۳۴۴ پرسشنامه تکمیل‌شده انتخاب گردید سپس از میان آن‌ها ۶۵ زن با اختلال میل / برانگیختگی جنسی، بر اساس نمره برش ۵۵ در پرسشنامه علاقه و میل جنسی زنان و مصاحبه بالینی شناسایی و انتخاب شدند. همچنین ۸۵ زن بر اساس نمره برش زیر ۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی به‌عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند. **ملاک‌های ورود:** متأهل، مدت ازدواج حداقل ۲ سال به بالا، عدم بارداری و عدم شیردهی، دامنه سنی (۲۵ تا ۳۹ سال)، حداقل تحصیلات دیپلم و رضایت داوطلبانه. **ملاک‌های خروج:** اختلالات میل و برانگیختگی جنسی ناشی از وجود سایر اختلالات روانی.

برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

**۱. پرسشنامه علاقه و میل جنسی زنان:**<sup>۱</sup> این پرسشنامه توسط سیلز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) به‌عنوان یک ابزار ارزیابی بالینی برای اندازه‌گیری شدت اختلال کمبود میل جنسی<sup>۳</sup> در زنان ساخته شده است و شامل ۱۷ عبارت است که از فرد خواسته می‌شود از میان گزینه‌های ممکن یکی را انتخاب کند هر عبارت با نمره ۱، ۰، ۲، ۳، ۴ یا ۵ امتیاز به نمره کل SIDI-F (حداکثر ۸۰) امتیاز می‌دهد (۳۷). مطالعه زنان آمریکایی و اروپایی نشان داد که میانگین نمره پرسشنامه علاقه و میل جنسی برای زنان مبتلا به اختلال کمبود میل جنسی کمتر از افراد بدون اختلال جنسی زنان<sup>۴</sup> است که بیانگر اعتبار افتراقی می‌باشد. روایی متناظر با شاخص عملکرد

<sup>6</sup>.Changes in Sexual Functioning Questionnaire-Female

<sup>7</sup>.Marital Adjustment Test

<sup>8</sup>.sexual dysfunctional beliefs questionnaire

<sup>9</sup> Sexual Knowledge and Attitude Scale

<sup>10</sup>.General Health Questionnaire

<sup>1</sup>.Sexual Interest and Desire Inventory-Female

<sup>2</sup> Sills

<sup>3</sup> hypoactive sexual desire disorder

<sup>4</sup> no Female Sexual Dysfunction

<sup>5</sup> Female Sexual Function Index

در پرسشنامه احراز سلامت روان بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ انتخاب شدند. در نهایت آزمودنی‌ها پرسشنامه باورهای ناکارآمد جنسی و مقیاس دانش و نگرش جنسی را تکمیل نمودند و داده‌های جمع‌آوری‌شده با روش تحلیل واریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان با و بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی به ترتیب  $۴/۸۹ \pm ۳۲/۷۲$  و  $۴/۹۴ \pm ۳۱/۳۸$  است. سطوح تحصیلات گروه‌های (با و بدون اختلال) به ترتیب سطح تحصیلات دیپلم  $۳۰/۸$ ،  $۱۶/۹$ ؛ فوق دیپلم  $۷/۷$ ،  $۱۷/۸$ ؛ لیسانس  $۴۶/۲$ ،  $۵۰/۸$ ؛ فوق لیسانس  $۱۳/۸$ ،  $۱۳/۸$ ؛ دکتر  $۱/۵$ ،  $۴/۶$  بود. وضعیت اشتغال به ترتیب در دو گروه، خانه‌دار  $۶۳/۱$ ،  $۶۰/۰$ ؛ دولتی  $۱۶/۹$ ،  $۱۸/۵$ ؛ آزاد  $۲۰/۰$ ،  $۲۱/۵$  بود. میانگین و انحراف استاندارد باورهای ناکارآمد جنسی، دانش و نگرش جنسی زنان مبتلا به اختلال میل و برانگیختگی جنسی در جدول ۱ آمده است.

می‌گیرد. در مجموع از نمره ۲۳ به بالا بیانگر علائم مرضی است. ضرایب آلفای کرونباخ همه خرده مقیاس‌ها بالاتر از  $۰/۷۴$  است (۴۱). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار  $۰/۹۵$  به دست آمد.

**نحوه جمع‌آوری داده‌ها:** به منظور انجام نمونه‌گیری در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ابتدا به اداره ورزش و جوانان استان گیلان مراجعه شد و پس از بررسی پرسشنامه‌ها توسط این اداره و کسب مجوز و با در نظر داشتن ملاک‌های ورود پرسشنامه‌ها در میان زنان مراجعه‌کننده به باشگاه‌های ورزشی در سطح شهر رشت پخش گردید. از میان ۵۰۰ پرسشنامه پخش‌شده ۳۶۰ پرسشنامه تکمیل و بازگردانده شد از این تعداد ۱۶ پرسشنامه به علت ناکامل بودن خارج و ۳۴۴ پرسشنامه تکمیل‌شده انتخاب گردید. سپس بر اساس نمره برش ۵۵ در پرسشنامه علاقه و میل جنسی و بر اساس ملاک‌های DSM-5، ۶۵ نفر دارای اختلال میل و برانگیختگی جنسی شناسایی و انتخاب گردید، سپس ۸۵ زن دارای نمره برش زیر ۲۳

**جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد باورهای ناکارآمد جنسی، دانش و نگرش جنسی زنان با و بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی**

بدون اختلال		با اختلال		گروه	متغیر
SD	M	SD	M		
۴/۹۷	۶/۳۲	۷/۸۱	۱۰/۷۱	محافظه‌کاری	باورهای ناکارآمد جنسی
۳/۳۸	۱۱/۰۹	۳/۵۷	۱۱/۳۵	استمناء	
۳/۱۷	۵/۷۳	۳/۹۰	۶/۷۴	سن	
۳/۳۱	۶/۱۳	۴/۴۴	۸/۳۹	میل و لذت جنسی به‌عنوان گناه	
۲/۵۷	۸/۶۸	۲/۵۸	۹/۱۲	اولویت عاطفی	
۲/۵۱	۳/۳۲	۲/۴۶	۳/۹۹	تصویر بدنی	
۳/۸۸	۴۵/۱۲	۵/۷۷	۳۹/۸۱	دانش جنسی	دانش و نگرش جنسی
۴/۱۳	۳۶/۶۰	۵/۰۴	۳۵/۸۷	نگرش جنسی	

ماتریس کوواریانس است. با توجه به برقراری مفروضه‌ها می‌توان از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مانوا استفاده کرد.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی‌دار است: باورهای ناکارآمد جنسی ( $۰/۱۲۸ = \text{Eta}$ )، دانش و نگرش جنسی ( $۰/۰۰۹ = \text{Eta}$ )،  $۳/۰۰۳ = F$ ،  $۰/۸۷۲ = \text{Wilks}$ ؛ دانش و نگرش جنسی ( $۰/۲۳۲ = \text{Eta}$ )،  $۱۹/۲۲۹ = F$ ،  $۰/۷۶۸ = \text{Wilks}$ ؛ این نتایج نشان می‌دهد که میان گروه‌ها در سطوح متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در

بر اساس آماره کالومگروف اسمیرنوف (در دامنه  $p > ۰/۰۵$ )؛  $۰/۰۹۴$ ،  $۰/۰۶۷$ ،  $۰/۱۱۰ = K-S$ ، توزیع متغیرها نرمال است. نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس خطای بین متغیرها برقرار می‌باشد ( $P > ۰/۰۵$ )، نتایج آماره آزمون ام باکس برای شاخص‌های باورهای ناکارآمد جنسی،  $۱/۱۵ > p$ ،  $F = ۱/۳۲$ ،  $M = ۲۹/۲۰$ ؛ دانش و نگرش جنسی  $۰/۰۷ > p$ ،  $F = ۴/۰۵$ ،  $M = ۱۲/۳۶$ ؛ حاکی از برقراری فرض همگنی

متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت به ترتیب ۰/۱۲۸ و ۰/۲۳۲ است. به عبارتی، ۱۲/۸ و ۲۳/۲ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

**جدول (۲):** نتایج تحلیل واریانس باورهای ناکارآمد جنسی در زنان با و بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی

متغیرهای وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	توان آماری
محافظه‌کاری جنسی	۶۲۴/۰۵	۱	۶۲۴/۰۵	۱۴/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۱۰	۰/۹۷
استمناء	۲/۰۹	۱	۲/۰۹	۰/۱۷	۰/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۰۷
سن	۳۳/۲۷	۱	۳۳/۲۷	۲/۶۳	۰/۱۱	۰/۰۲	۰/۳۶
میل و لذت جنسی به‌عنوان گناه	۱۶۶/۰۴	۱	۱۶۶/۰۴	۱۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۰۸	۰/۹۱
اولویت عاطفی	۶/۳۲	۱	۶/۳۲	۰/۹۵	۰/۳۳	۰/۰۰۷	۰/۱۶
تصویر بدنی	۱۴/۷۳	۱	۱۴/۷۳	۲/۳۸	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۳۴

نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نشان می‌دهد که بین زنان با و بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی در باورهای محافظه‌کاری جنسی و میل و لذت جنسی به‌عنوان گناه تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). به عبارت دیگر، زنان مبتلا به اختلال جنسی از باورهای محافظه‌کاری جنسی، میل و لذت جنسی

به‌عنوان گناه بیشتری در مقایسه با گروه بدون اختلال برخوردار هستند. در صورتی که بین نمرات دو گروه در باورهای ناکارآمد جنسی استمناء، سن، تصویر بدنی و اولویت عاطفی تفاوت معناداری به دست نیامد.

**جدول (۳):** نتایج تحلیل واریانس دانش و نگرش جنسی در زنان با و بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی

متغیرهای وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	توان آماری
دانش جنسی	۹۱۷/۴۸	۱	۹۱۷/۴۸	۳۸/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۲۳	۱/۰۰۰
نگرش جنسی	۱۷/۳۷	۱	۱۷/۳۷	۰/۸۲	۰/۳۷	۰/۰۰۶	۰/۱۵

نتایج تحلیل واریانس تک متغیری نشان می‌دهد که بین زنان با و بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی در دانش جنسی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). به عبارتی، زنان مبتلا به اختلال از دانش جنسی کمتری در مقایسه با زنان بدون اختلال برخوردار هستند. اما در نگرش جنسی بین زنان با و بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی تفاوتی دیده نشد ( $P > ۰/۰۵$ ).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان با اختلال عملکرد جنسی به‌طور قابل توجهی باور جنسی بیشتری در رابطه با سن، پیری و تصویر بدنی، در طول فعالیت جنسی دارند (۱۴، ۱۶-۱۸، ۲۱، ۲۲، ۴۲، ۴۳، ۴۴-۴۷). علاوه بر این، در مطالعه نوبر و پینتوگویا (۲۰۰۸) اعتقادات مربوط به تصویر بدنی، افکار خودکار و تمرکز بر ظاهر بدن خود به‌شدت با اختلال ارگاسم مرتبط بود. با توجه به هیجانانگیز، ترس یکی از بهترین پیش‌بینی کننده‌های واژینیسم، ناراحتی، ناامیدی، گناه و عدم لذت و رضایت از میل جنسی و افکار شکست و انزوا یکی از مهم‌ترین پیش‌بینی کننده‌های اختلال میل جنسی پایین شناخته شده است (۱۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت وجود باورهای منفی بر پردازش اطلاعات تأثیر گذاشته و منجر به شکل‌گیری احساساتی مانند اضطراب، شرم و گناه می‌شود و به نوبه خود بر پاسخ جنسی فرد تأثیر منفی بر جای گذاشته و سایر جنبه‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). همچنین ماهیت اجباری و بدگمان کننده باورهای ناکارآمد منجر

## بحث

همسو با یافته‌های این پژوهش پژوهشگران دریافتند زنان مبتلا به علائم میل و برانگیختگی جنسی به‌طور قابل توجهی از باورهای جنسی ناکارآمد، افکار منفی بیشتر، موقعیت‌های عاطفی ناکارآمد و افکار شهوات‌انگیز کمتری نسبت به سایر زنان برخوردار هستند (۱۶-۱۸، ۲۰، ۴۲-۴۴). از سوی دیگر، یافته پژوهش مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه در باورهای مرتبط به استمناء، سن، تصویر بدنی، اولویت عاطفی با پژوهش‌های فوق همسو نیست. این

به ایجاد حس فقدان کنترل سلامت و متعاقباً تولید اضطراب در فرد می‌گردد.

یافته‌های پژوهشی نیز بیانگر این مسئله است که برخی از علائم روانی نظیر اضطراب منجر به سوگیری توجه و جهت تمرکز بر روی اطلاعات تهدیدآمیز می‌گردد (۴۸). از سوی دیگر، تعارض بین سیستم اعتقادی یک زن و الگوی شدید و تکرار نشدنی احساسات جنسی می‌تواند به صورت فرضی موجب اختلالات روانی مانند افسردگی یا اضطراب شود. از این رو، ممکن است باورهای جنسی ناکارآمد نه تنها بتواند بر تفسیر علائم تأثیر بگذارد، بلکه به ویژگی‌های روانی (اضطراب، افسردگی، اعتمادبه‌نفس پایین، احساس گناه و...) نیز که معمولاً در بین زنان مبتلا به اختلال میل و برانگیختگی جنسی وجود دارد، کمک کند (۱۸). از این رو، این گونه می‌توان استدلال کرد که اضطراب و افسردگی ناشی از وجود این باورها مستعد کننده بسیاری از اختلال‌ها بوده که خود زمینه‌ساز شکل‌گیری بسیاری از اختلالات جنسی هستند. علاوه بر این، باورهای جنسی ناکارآمد به عنوان عوامل مستعد کننده عمل می‌کنند و قوانین شرطی را برای فعال شدن طرحواره‌های شناختی منفی به کار می‌گیرند. این طرحواره‌ها، هنگامی که فعال می‌شوند، منجر به افکار و احساسات خودکار منفی، عزت نفس پایین و منجر به آسیب رساندن به محرک‌های شهوانی و دخالت در میل جنسی می‌شوند. همچنین محتوای شناختی منفی در رابطه جنسی باعث کاهش توانایی پردازش محرک‌های جنسی و کمک به حفظ مشکلات جنسی می‌شود.

در مجموع عوامل شناختی نقش اساسی در ایجاد، استحکام و حفظ مشکلات میل و برانگیختگی جنسی زنان دارند (۱۹، ۲۰، ۲۶، ۴۶، ۴۹). بنابراین، باورهای جنسی ممکن است به عنوان لنزهای تفسیری کار کنند، جنبه‌های منفی تجربه جنسی را بزرگنمایی کند و افراد را برای ایجاد مشکلات جنسی بیشتر آسیب‌پذیر کند، مشکلات بیشتر به تعامل بین باورها و وقایع جنسی بستگی دارد (۲۰). به طور خلاصه زمانی که فرد به چنین باورهایی متوسل می‌شود، در نگرش و برداشت‌های خویش شدیداً بر اجبار، الزام و وظیفه تأکید دارد و خود را بی‌نهایت به وقوع امر خاصی مقید و پای بند می‌کند. به همین دلیل است که دستیابی به سلامت روانی و حفظ کردن آن واقعاً دشوار است (۵۰). از سوی دیگر، رابطه جنسی، فرهنگ و جنسیت از نظر تاریخی با دین پیوند دارند و در جامعه ما (ایران)، باورهای جنسی زنان به شدت متأثر از آموزه‌های فرهنگ و سنت بوده و نقش جنسی زنان به عنوان حفظ کننده روابط جنسی مطرح می‌گردد. همچنین انتظار می‌رود در روابط جنسی از بیان ترجیحات جنسی خود خوداری کنند و صرفاً نیاز جنسی همسرانشان را تأمین کنند. علاوه بر این، باورهای

جنسی از طریق رفتارهای اخلاقی و سفت و سخت اجتماعی شکل می‌گیرند و تمایلات جنسی اندک به عنوان یک ارزش در زنان جامعه ما به شمار می‌رود. بر اساس باورهای سنتی، یک زن "خوب" در پاسخ به شروع جنسی از سوی یک مرد منفعل وابسته و مطیع است و تمایلات جنسی زنان صرفاً به ازدواج و تولید مثل محدود می‌گردد با این حال، برخی بر این باورند که تمایلات جنسی به عنوان جنبه اصلی زندگی از ویژگی‌های دیگر مانند معنویت، رعایت مناسک، نماز و مراقبت از افراد دیگر نیست و لذت باید کنترل شود، زیرا ایمان و اخلاق را تضعیف می‌کند. در مقابل، در منابع اصلی اسلام، قرآن و سنت "عشق انسان" و "روابط جنسی" مورد توجه قرار گرفته است چراکه انگیزه جنسی برای بقاء انسان ضروری تلقی می‌شود اما امری است که باید مطابق قوانینی بر اساس اصول اسلامی مدیریت شود (۱۶). به عبارتی، مذهبی بودن و معنویت با سطوح بالاتری از محافظه‌کاری و گناه جنسی همراه است و دینداری بر میل جنسی زنان تأثیر می‌گذارد، همانطور که نتیجه پژوهش نشان داد زنان اروپایی - کانادایی میل جنسی بیشتر و گناه جنسی کمتری را نسبت به زنان ساکن شرق آسیایی دارند (۴۴). از سوی دیگر، در تبیین این یافته‌ها می‌توان به دیدگاه باسون اشاره کرد که زنان برای وارد شدن به رابطه جنسی انگیزه‌هایی بیش از انگیزه جنسی دارند و میل جنسی رایج‌ترین دلیل برای انجام مقاربت جنسی در زنان نیست و از جمله دلایل برقراری رابطه جنسی در زنان عشق و صمیمیت، لذت بدنی و رهایی از تنش، دستیابی به یک هدف، حفظ رابطه (پیش‌گیری از بی‌وفایی همسر) است. شاید این مسئله توجهی مبنی بر اولویت عاطفی در روابط جنسی برای زنان باشد به همین دلیل تفاوتی در باورهای مرتبط به اولویت عاطفی در دو گروه دیده نشده است. علاوه بر این، زنان نسبت به مردان فرایند پیچیده‌تری از عملکرد جنسی را تجربه می‌کنند و عملکرد جنسی در آن‌ها تحت تأثیر عوامل مختلف روانی قرار می‌گیرد. بنابراین عدم تفاوت به دست آمده را می‌توان در پیچیده بودن عملکرد جنسی و تنوع در پاسخ‌های جنسی در زنان یافت.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که زنان مبتلا به اختلال، دانش جنسی کمتری نسبت به گروه بدون اختلال دارند. اما بین نگرش جنسی در دو گروه تفاوتی دیده نشد. فقدان یا کمبود دانش جنسی و یا داشتن اطلاعات اما نادرست درباره روابط جنسی منجر به افزایش آسیب‌پذیری و بسترساز عدم کارکرد مطلوب جنسی است. این یافته پژوهش مبنی بر عدم تفاوت دیده شده در نگرش با نتایج پژوهش‌های دیگر ناهمسو بود چراکه آن‌ها نشان داده‌اند که نگرش زوجین تأثیر بسیار مهمی بر سایر رفتارهای آن‌ها دارد و وجود باورها و نگرش‌های ناسازگارانه و منفی در ایجاد برانگیختگی جنسی

داشتند. در باورهای مرتبط به استمناء سن، تصویر بدنی، اولویت عاطفی در دو گروه تفاوتی دیده نشد. بر اساس نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود متغیرهای مورد بررسی بر روی سایر گروه‌های مبتلا به کژ کاری‌های جنسی مانند اختلال درد تناسی - لگنی / دخول، اختلال ارگاسمی و... مورد بررسی قرار گیرد.

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش از طریق پرسشنامه به دست آمده است، بنابراین احتمال اینکه آزمودنی‌ها به دلیل موضوع خاص پژوهش و به لحاظ فرهنگی از دادن پاسخ واقعی امتناع کرده باشند، وجود دارد. از این رو، برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود، علاوه بر پرسشنامه، از سایر ابزارهای پژوهشی دیگر برای جمع‌آوری داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش استفاده گردد.

از سوی دیگر، یافته‌های حاضر پیامدهای مهمی در ارزیابی و درمان کژ کاری‌های جنسی از جمله اختلال میل و برانگیختگی جنسی دارد. ارزیابی عوامل شناختی از جمله باورها، دانش و نگرش مربوط به روابط جنسی باعث می‌شود درک بهتری از فرآیندهای روان‌شناختی در اختلال میل و برانگیختگی جنسی صورت گیرد و به پیشرفت هر چه بهتر مداخلات روان‌شناختی جهت درمان این اختلال جنسی منجر شود. به عبارت دیگر، یافته‌های این مطالعه به اهمیت افزایش استفاده از راهبردهای درمانی شناختی در اختلال میل و برانگیختگی جنسی مرتبط به باورهای جنسی، دانش و نگرش جنسی اشاره دارد. به طور کلی، این موارد احتمالاً می‌تواند به بحث در مورد استراتژی‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده برای اختلالات جنسی زنان کمک کند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی است. با اغتنام فرصت و به رسم ادب بر خود واجب می‌دانم از استاد فرهیخته جناب آقای دکتر عباس ابوالقاسمی که در تمام مراحل اجرای پژوهش مرا یاری کردند قدردانی نمایم. در پایان از کلیه شرکت‌کنندگان و همه افرادی که به نوعی در تکمیل این پژوهش مرا حمایت نمودند سپاسگزاری می‌کنم.

### References:

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders DSM-5.2013. translated by: Rezaei F, Fakhraei A, Farmand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. Publisher:Tehran Arjmand. 2018. (Persian)

و رسیدن به ارگاسم نقش مؤثری را ایفا می‌کند. وجود نگرش سالم نسبت به روابط جنسی باعث تجربه روابط لذت بخش جنسی و رسیدن به ارگاسم می‌گردد (۲۵، ۵۱-۵۵).

اما پژوهش صورت گرفته توسط شلانی و سیاه کمری (۱۳۹۷) همسو با یافته پژوهش حاضر، نشان داد که دانش جنسی به تنهایی قادر به پیش‌بینی عملکرد جنسی است اما نگرش جنسی نتوانست عملکرد جنسی را پیش‌بینی کند (۲۷). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که تابو دانستن مسائل جنسی و عدم آموزش جنسی مناسب موجب گردیده است که افراد دانش و آگاهی کافی و مناسب را در این زمینه کسب نکنند و اکثراً اطلاعات خود را به شیوه تجربی و جست و گریخته از دوستان و رسانه‌های مختلف کسب کنند که چه بسا بسیاری از این معلومات مبتنی بر کژ کاری‌ها، رفتارها و انحرافات غلط باشد که خود باعث ایجاد کژ کاری‌های جنسی می‌گردد. علاوه بر این، اکثر اشخاص جامعه ما به ویژه زنان از اظهار نیاز مبنی بر دریافت آموزش جنسی و حتی مطرح کردن مشکلات جنسی خود با متخصصین شرم دارند و به‌عنوان یک نیاز این مسئله را درک نمی‌کنند. در حالی که با کسب دانش به ویژه صحیح و علمی آن در زمینه مسائل جنسی می‌توان منجر به بهبود عملکرد جنسی شد. علاوه بر این، می‌توان به دیدگاه لئون فستینگر اشاره کرد که معتقد بود رابطه نگرش - رفتار برعکس هم عمل می‌کنند و تغییر دادن نگرش اشخاص به ندرت بر رفتار آن‌ها تأثیر می‌گذارد. همان طور که رابرت ابلسون مطرح کرد ما در یافتن دلیل برای کاری که انجام می‌دهیم آموزش دیده و بسیار تواناییم اما در انجام دادن کاری که برای آن دلیل داریم چندان توانا نیستیم (۵۶).

### نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه باورهای ناکارآمد، دانش و نگرش جنسی در زنان با و بدون اختلال میل و برانگیختگی جنسی بود. نتایج حاکی از آن است که زنان دارای اختلال میل و برانگیختگی جنسی، باورهای جنسی مربوط به محافظه کاری جنسی، میل و لذت جنسی به‌عنوان گناه بیشتری در مقایسه با گروه بدون اختلال

2. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. J Sex Med 2016;13(2):144-52.



3. McKenzie N. Female Sexual Interest and Arousal Disorder: How We Can Help When Our Patient's Libido Hits the Brakes. *J Physic Assis Clin* 2018;3(3):385-97.
4. Sadock B, Ahmad S, Sadock V. Pocket handbook of clinical psychiatry 6th edition 2019, translated by: Rezaei F. Tehran: Arjmand; 2018. (Persian)
5. Fakhri A, Pakpour AH, Burri A, Morshedi H, Zeidi IM. The Female Sexual Function Index: translation and validation of an Iranian version. *J Sex Med* 2012;9(2):514-23.
6. Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. Etiological factors in female hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies* 2011;20(3):149-57.
7. Motamedin M, Badri R, Ebadi Gh, Zamani, N. Standardization of Ahwaz irrational beliefs test (4 IBT-A), *J P Meth Model* 2012, 2 (8), 73-87.(Persian)
8. Géonet M, De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies* 2013;22(1):e9-e15.
9. Ann Kring, Gerald Davison, John Neal, Sherry L. Johnson .Hamid Shamsipour (Translator), (Introduction) MD. *Psychopathology (abnormal psychology)* 2007.(Persian)
10. Rastego, N., Golzari, M., Barati Sade, F. Effect of Increased Sexual Knowledge on Marital Satisfaction of Married Women. *J Clin P Study* 2014; 5 (17): 48-35. (Persian)
11. Pourafkary N. *Comprehensive Psychology-Psychiatry Culture Containing Over 2000 Words and Terms*, Publisher: Tehran Contemporary Culture 2004.(Persian)
12. Nouranipour, R., Besharat, MA., Yousefi, A. The Relationship between Sexual Knowledge and Attitude and Marital Satisfaction in Couples Residing in Shahid Beheshti University Young Researchers Complex. *J New Res Counsel* 2007,6 (24) 39-27.(Persian)
13. Spence S. Treatment of sexual disorders (Investigation and treatment of the most common sexual disorders in men and women).2010. Translated by: Tozandeh Jani H, Tavakolizadeh J, Dehganpour M, Mohammadi M. Publisher: Tehran: paykefarhang; 2015.(Persian)
14. Vilarinho S, Laja P, Carvalho J, Quinta-Gomes AL, Oliveira C, Janssen E, et al. Affective and cognitive determinants of women's sexual response to erotica. *J Sex Med*. 2014;11(11):2671-8.
15. Peixoto MM, Nobre P .Dysfunctional sexual beliefs: a comparative study of heterosexual men and women, gay men, and lesbian women with and without sexual problems. *J Sex Med* 2014;11(11):2690-700.
16. Abdolmanafi A, Nobre P, Winter S, Tilley PM, Jahromi RG. Culture and sexuality: cognitive-emotional determinants of sexual dissatisfaction among Iranian and New Zealand women. *J Sex Med* 2018;15(5):687-97.
17. Abdolmanafi A, Owens RG, Winter S, Jahromi RG, Peixoto MM, Nobre P. Determinants of women's sexual dissatisfaction: Assessing a cognitive-emotional model. *J Sex Med* 2016;13(11):1708-17.
18. Carvalho J, Veríssimo A, Nobre PJ. Cognitive and emotional determinants characterizing women with persistent genital arousal disorder. *J Sex Med* 2013;10(6):1549-58.
19. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: Preliminary findings. *J Sex Marital Ther* 2008;34(4):325-42.
20. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J Sex Res* 2006;43(1):68-75.
21. Carvalheira A, Godinho L, Costa P. The impact of body dissatisfaction on distressing sexual difficulties among men and women: the mediator



- role of cognitive distraction. *J Sex Res* 2017;54(3):331-40.
22. Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. The Sexual Thoughts Questionnaire: Psychometric evaluation of a measure to assess self-reported thoughts during exposure to erotica using sexually functional individuals. *J Sex Med* 2016;13(5):876-84.
  23. Bolourian Z, Ganjlo J. Sexual dysfunction and some related factors in women referring to health centers in Sabzevar. *J Ferti Inferti* 2007; 8 (2): 170-63.(Persian)
  24. Stephenson KR, Meston CM. When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *J Sex Med* 2010;7(11):3683-94.
  25. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. *J P Obstetri Gyneco* 2003;24(4):221-9.
  26. Nobre P, Gouveia JP, Gomes FA. Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *J Sex Relation Ther* 2003;18(2):171-204.
  27. Shalani B, Siyahkamari R. Correlation of Sexual Knowledge and Attitude with Sexual Function in Female Nurses. *Qom Univ Med Sci J* 2018;12(9):66-74.(Persian)
  28. Momeni K, Azadifard S. The Relationship Between Sexual Knowledge and Attitude, and Relational Beliefs with Emotional Divorce. *J Family Patho, Counsel Enrich* 2015;1(2):34-45.(Persian)
  29. Rastgoo A, Khodabakhsh Pirkalani R, PeyvasteGar M. The relationship between sexual knowledge & attitude and sexual schema with sexual function in pregnant and non-pregnant women. (Dissertation) [Dublin]:Tehran: Alzahra University; 2017.P.153.
  30. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstetrics & Gynecology* 2015;125(2):477-86.
  31. Öberg K, Fugl-Meyer A, Fugl-Meyer KS. On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: an epidemiological approach. *Inter J Impot Res* 2004;16(3):261-9.
  32. Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden of premature ejaculation. *J Urology* 2007;177(3):1065-70.
  33. Grauvogl A, Pelzer B, Radder V, van Lankveld J. Associations Between Personality Disorder Characteristics, Psychological Symptoms, and Sexual Functioning in Young Women. *J Sex Med* 2018;15(2):192-200.
  34. Hartmann U, Heiser K, Rüffer-Hesse C, Kloth G. Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *W J Urology* 2002;20(2):79-88.
  35. McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med* 2010;7(1):327-36.
  36. Attaky A, Mustafa EE, Elagamy E. 266 The prevalence of sexual dysfunction and its related to personality traits in Arab women living in Saudi Arabia. *J Sex Med* 2018; 15(7): S229.
  37. Sills T, Wunderlich G, Pyke R, Segraves RT, Leiblum S, Clayton A, et al. The Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F): item response analyses of data from women diagnosed with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med* 2005;2(6):801-18.
  38. Clayton AH, Goldmeier D, Nappi RE, Wunderlich G, Lewis-D'Agostino DJ, Pyke R. Validation of the sexual interest and desire inventory-female in hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med* 2010; 7(12):3918-28.

39. Abdolmanafi A, Azadfallah P, Fata L, Roosta M, Peixoto MM, Nobre P. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ): Translation and Psychometric Properties of the Iranian Version. *J Sex Med* 2015;12(8):1820-7.
40. Toulaiyan, F, Besharat MA, Kharati E. Construction and validation and reliability of sexual knowledge and attitude scale. *Contemporary Psychology. Ravanshenasi moaser* 2015; 10 (Special Letter): 346-2.(Persian)
41. Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Faraji Kujerdi M, Tabrizi R, Rahi A. Reliability, Validity and Factor Structure of the Persian Translation of General Health Questionnaire (GHQ-28) in Hospitals of Kerman University of Medical Sciences. *J Fasa Uni Med Scien* 2014;3(4):336-42.(Persian)
42. Carvalho J, Nobre P. PSYCHOLOGY: Sexual Desire in Women: An Integrative Approach Regarding Psychological, Medical, and Relationship Dimensions. *J Sex Med* 2010;7(5):1807-15.
43. Carvalho J, Nobre P. Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *J Sex Med* 2010;7(2):928-37.
44. Woo JS, Morshedian N, Brotto LA, Gorzalka BB. Sex guilt mediates the relationship between religiosity and sexual desire in East Asian and Euro-Canadian college-aged women. *Arch Sex Behav* 2012;41(6):1485-95.
45. Nelson AL, Purdon C. Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. *Arch Sex Behav* 2011;40(2):395-406.
46. Pujols Y, Meston CM, Seal BN. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med* 2010;7(2):905-16.
47. Ahmad Portraki Z, Abolghasemi A, Purseli S. Comparison of mood dimensions and body image concerns in women with depression with and without sexual dysfunction. *Soci P Study Women* 2018; 15 (4): 123-48.(Persian)
48. Mohammadpour K, Kafi M, Hatamian HR, Hosseinijad M, Rezaei S. Relationship between personality characteristics, Irrational beliefs, Worry and psychological symptoms in patients with multiple sclerosis (MS) and healthy peers. (Dissertation) [Dublin]: Rasht: University of Guilan; 2014. P.184.
49. Nobre PJ. Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *J Sex Marital Ther* 2009;35(5):360-77.
50. Shafiabadi A, Naseri Gh. Counseling and Psychotherapy Theories. Tehran: University nashre; 2013.(Persian)
51. Christopher FS, Sprecher S. Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *J Marriage Family*. 2000;62(4):999-1017.
52. Khamsei A. Investigating the relationship between sexual behavior and gender role schemas in men and women in the family. *J Family Study* 2006,2 (8): 339-327.(Persian)
53. Naderi F, Heidari A, Hosseinzadeh Maliki Z. Relationship between Knowledge and Sexual Attitude, Components of Love and Marital Satisfaction with Spouse Abuse in Married Employees of Public Administration in Ahvaz. *J Women Culture* 2009, 1 (1): 45 -28.(Persian)
54. Mottaghi M, Azam Azadeh M, Khosravi Z. A survey on the relationship between sexual knowledge and attitude and the of sexual satisfaction of the couples working in Tehran. (Dissertation). Tehran: Al-Zahra University; 2010.P. 262.
55. Shams- Mofarahe Z, Mooshkbid- Haghghi M, Majd- Timory MMV, Hosseini F. The effect of marital counseling on sexual satisfaction of couples, Shiraz, 2001. (Dissertation). Tehran: Iran

University of Medical Sciences, School of Nursing  
and Midwifery; 2002. P.88.

56. Meyers D. social Psychology.2010. translate by:  
Shamsipour H, Zahraie Sh. Publisher: Tehran  
Arjmand; 2014.(Persian)

## THE COMPARISON OF DISRUPTIVE BELIEFS AND SEXUAL KNOWLEDGE AND ATTITUDES IN WOMEN WITH AND WITHOUT SEXUAL INTEREST/AROUSAL DISORDER

Sahar Mohammadi Morchegani<sup>1</sup>, Abbas Abolghasemi<sup>2</sup>, Mosa Kafi Masouleh<sup>3</sup>

Received: 22 Feb, 2020; Accepted: 24 May, 2020

### Abstract

**Background & Aims:** The purpose of this study was to compare dysfunctional beliefs, knowledge and attitude in women with and without sexual Interest/Arousal Disorder.

**Materials & Methods:** This is a descriptive causal-comparative study. The study participants were 65 women with sexual Interest/Arousal Disorder and 85 women without disorder who were selected from 344 women living in Rasht. Data were collected using the Sexual Interest and Desire Inventory-Female by Sills et al, Clinical Interview based on DSM-5 criteria, sexual dysfunctional beliefs questionnaire Nober et al, Sexual Knowledge and Attitude Scale Tulaiian et al and Goldberg General Health Questionnaire. Research data were also analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA).

**Results:** The results showed that Women with disorders, sexual conservatism beliefs, Sexual desire and pleasure as a sin more likely to and have less sex knowledge than the non-disordered group. But there was no difference between the two groups in masturbation beliefs, age, body image, affection primacy and sexual attitude.

**Conclusion:** Based on these findings, difference between the type of beliefs and the lower level of sexual knowledge can play a role in causing sexual Interest/Arousal Disorder. These findings are likely to have important implications for the prevention and treatment of female sexual disorders.

**Keywords:** Sexual Interest/Arousal Disorder, Disruptive beliefs, sexual knowledge and attitudes.

**Address:** Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

**Tel:** (+98) 09143535482

**Email:** abolghasemi1344@guilan.ac.ir

<sup>1</sup> M.Sc. Student of General Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

<sup>2</sup> Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran