

مدل علی روابط بین ناگویی هیجانی با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری درماندگی روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی

The Casual Model of Relationship between Alexithymia and Female Sexual Function by Mediating Rule of Psychological Distress and Marital Intimacy

R. Irandoust, Ph.D.

Department of psychology, karaj branch Islamic Azad University, Karaj, Iran.

F. Sohrabi, Ph.D.

Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University.

S. Maliholzakerini, Ph.D.

Department of psychology, karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

GH. Ahi, Ph.D.

Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

راضیه ایراندوست

گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

دکتر فرامرز سهرابی

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر سعید ملیح‌الذاکرینی

گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

دکتر قاسم آهی

گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

دریافت مقاله: ۹۶/۹/۲۶

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۱۲/۱۲

پذیرش مقاله: ۹۷/۹/۱۹

Abstract

The purpose of this study is to examine the causal relationship between alexithymia and female sexual function by discovering the link between psychological distress and marital intimacy among married women. This descriptive research (non-experimental) was of correlational design.

[✉]Corresponding author: Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University.

Email: sohrabi@atu.ac.ir

چکیده

عملکرد جنسی مانند یک چرخه است و عوامل مختلفی روی آن تأثیرگذارند. مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل علی رابطه بین ناگویی هیجانی با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری درماندگی روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی انجام شد. پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری آن را کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی شهرستان بردسیر تشکیل داد.

[✉]نویسنده مسئول: دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و

علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی

پست الکترونیکی: sohrabi@atu.ac.ir

The statistical population of the study included all married women visiting health centers of the city of Bardsir. Based on the available sampling method, 506 people were selected as a sample, and answered the Toronto alexithymia Scale, the Gender Index of Sexual Function, Intimacy Need and of Psychological Distress Indicator Questionnaires. The findings of structural model showed that alexithymia had a positive effect on psychological distress (0.75), and negative effect on marital intimacy (0.22), psychological distress also had a negative effect on sexual function (-0.25), while marital intimacy had a positive effect (0.34) on sexual function. Moreover, the indirect effect of alexithymia on sexual functioning is negative (-0.22) due to psychological distress and marital intimacy's mediatory rule. The results of this study showed that alexithymia indirectly affects sexual functioning by increasing psychological distress and decreasing marital intimacy. In this way, the alexithymia increases psychological distress and this leads to decreased sexual function. Alexithymia also has a negative effect on marital intimacy and marital intimacy and it has a positive relationship with sexual function, which is also decreasing due to the alexithymia.

Keywords: Alexithymia, Psychological Distress, Marital Intimacy, Female Sexual Function.

بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۵۰۶ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو، شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسش‌نامه نیاز به صمیمیت باگاروزی و شاخص درماندگی روان‌شناختی پاسخ دادند

یافته‌های پژوهش نشان داد که ناگویی هیجانی بر درماندگی‌های روان‌شناختی به طور مثبت و معنی‌دار ($\beta = 0.75$)، بر صمیمیت زناشویی ($\beta = -0.22$) به طور منفی و معنی‌دار و بر اختلالات عملکرد جنسی ($\beta = -0.25$) به طور منفی و غیرمعنی‌دار تأثیرگذار است. به علاوه صمیمیت زناشویی به طور مستقیم، مثبت و معنی‌دار عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد ($\beta = 0.34$) و تأثیر مستقیم درماندگی‌های روان‌شناختی بر اختلالات عملکرد جنسی ($\beta = -0.25$) منفی و معنی‌دار است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ناگویی هیجانی به طور غیرمستقیم از طریق افزایش درماندگی روان‌شناختی و کاهش صمیمیت زناشویی بر عملکرد جنسی تأثیرگذار است. ناگویی باعث افزایش درماندگی روان‌شناختی و درماندگی باعث کاهش عملکرد جنسی می‌شود. همچنین ناگویی اثر منفی بر صمیمیت زناشویی دارد و خود صمیمیت رابطه مثبت با عملکرد جنسی دارد که به دلیل ناگویی این اثر نیز کم می‌شود.

کلیدواژه‌ها: ناگویی هیجانی، عملکرد جنسی زنان، درماندگی روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی.

مقدمه

عملکرد جنسی بخشی از سلامت جنسی زن محسوب می‌شود (ازگلی، ترک زهرایی، خوشابی، ۲۰۰۴). در این راستا سازمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی را نوعی هماهنگی ذهن، احساس و جسم فرد دانسته که منجر به تکمیل شخصیت، ارتباط و عشق می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶). روزن و همکاران شش مؤلفه را در مورد عملکرد جنسی زنان تعیین کرده‌اند: ۱. مؤلفه میل جنسی (تمایل فرد به انجام فعالیت جنسی)؛ ۲. برانگیختگی جنسی (برانگیختن پاسخ‌های فیزیولوژیک در اندام‌های جنسی)؛ ۳. لغزنده‌سازی (به دنبال تحریک جنسی ترشحات واژن سبب لغزنده شدن آن می‌شود)؛ ۴. ارگاسم یا اوج لذت جنسی (انقباض

عضله رحم، یک‌سوم خارجی واژن، اسفنکتر مقعدی و دیگر عضلات درگیر مشخص می‌شود؛ ۵. رضایت جنسی که شامل نزدیکی با همسر، رضایت از روابط جنسی و رضایت از سراسر زندگی جنسی است؛ ۶. درد (دفعات و میزان درد در واژینال در حین مقاربت و پس از آن است (روزن و براون^۱، ۲۰۰۰).

در مورد عملکرد جنسی زنان در داخل و خارج از ایران پژوهش‌های مختلفی انجام شده؛ از جمله هیمن و همکاران نشان دادند که ۲۵ تا ۶۳ درصد جمعیت عمومی دچار مشکل عملکرد جنسی هستند (هیمن، باسون، فورکوری، لنکولد، اسکالتز^۲، ۲۰۰۴). در نظرسنجی بین‌المللی که از ۱۳,۸۸۲ زن که بین ۴۰ تا ۸۰ سال سن داشتند، انجام شد، مشخص شد که ۳۹ درصد از زنانی که فعالیت جنسی داشتند، حداقل یک مشکل در انجام فعالیت جنسی را گزارش کردند (اوحدی، ۲۰۰۴). در ایران؛ محمدی، حیدری و فقیه‌زاده نتیجه گرفتند که به طور کلی ۸۳ درصد زنان ایرانی دارای اختلال جنسی هستند (۲۰۰۸). شیوع اختلالات جنسی در زنان متأهل شهر قزوین ۸۹ درصد است که اختلال میل جنسی با ۴۱/۱ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده است (یکه‌فلاح، گودرزی، ۲۰۰۶). در پژوهش فراتحلیلی که توسط رضانی، احمدی، قائم‌مقامی، آزاد مرزآبادی و پرداختی (۲۰۱۵)، با هدف به دست آوردن شیوع تجمعی انواع اختلالات جنسی در جمعیت ایرانی بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ با مقایسه جمعیت عادی با بیماران دچار اختلالات جنسی انجام شد، دیده شد که اختلالات مربوط به میل جنسی در گروه بالینی ۶۵/۸ درصد در مقابل ۳۵ درصد، اختلال تحریک جنسی در گروه بالینی ۵۹/۶ درصد در مقابل ۳۳/۸ درصد، اختلال ارگاسم در جمعیت بالینی ۳۵/۵ درصد در مقابل ۳۵/۳ درصد و اختلال درد جنسی ۳۵/۲ درصد در مقابل ۲۰/۱ درصد در جمعیت عادی بود.

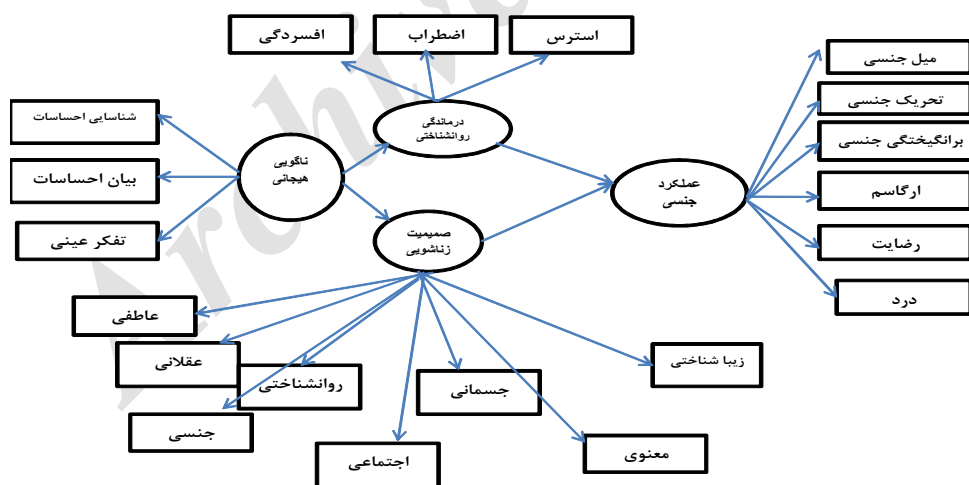
بیسون بیان می‌کند که عملکرد جنسی مانند یک چرخه است و عوامل مختلف زیستی یا روانی یا به عبارتی درونی یا بیرونی روی آن تأثیرگذار است (بیسون^۳، ۲۰۰۵). یکی از این عوامل درونی ناگویی هیجانی است. ناگویی هیجانی^۴ به عنوان ناتوانی در پردازش اطلاعات مبتنی بر هیجان و تنظیم آن‌ها تعریف شده است (استاسویچ، برادیزا، گودلسکی، کوفی، شلاچ و همکاران^۵، ۲۰۱۲؛ برموند، بیرمن، کلادر، مورمان و ورست، ۲۰۱۰). توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه رضایت‌بخش نیاز به شناسایی هیجان‌ها و نیز ابراز هیجان‌ها، نسبت به همسر و توانایی فهم و پذیرش هیجان‌های شریک مقابل دارد (کارتون، کسلر و پایپ، ۱۹۹۹). افراد مستعد ناگویی هیجانی از روابط نزدیک اجتناب می‌کنند و اگر هم رابطه برقرار کنند، سطحی است و تمایل به وابستگی و نادیده گرفته شدن دارند (وانهیل، دسمت، رازل، ورهاگ، مگانک^۶، ۲۰۰۶). پژوهش‌ها نشان دادند که ناگویی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مشکلات بین‌فردی باشد (هامپرز، وود و پارکر^۸، ۲۰۰۹) و حوزه صمیمیت زناشویی می‌تواند یکی از این مشکلات باشد.

صمیمیت یعنی ورود فکری، عاطفی، فیزیکی، اجتماعی و معنوی به زندگی یکدیگر و بیشتر افراد ازدواج را به عنوان صمیمانه‌ترین رابطه که بزرگسالان تجربه می‌کنند، می‌شناسند (هاستن^۹، ۲۰۰۰). واژه صمیمیت اغلب برای اشاره به حس کلی همسران از نزدیکی به یکدیگر استفاده شده است (یو، بارتل، دی، گانگما^{۱۰}، ۲۰۱۳). پایه صمیمیت زمانی گذاشته می‌شود که زن و شوهر علاوه بر خودآگاهی، با خودآشنایی نیز راحت باشند (دوبا^{۱۱}، ۲۰۱۲). در پژوهش بیرز^{۱۲} دیده شده که مردانی که صمیمیت زناشویی بیشتری دارند، رضایت بیشتری از روابط جنسی خود دارند (بیرز، ۲۰۰۵) و رضایت زناشویی بیشتر منجر به افزایش بهزیستی

شخصی و سلامت عمومی در زوجین می‌شود (روزن و باچمن^{۱۳}، ۲۰۰۸). از آن طرف زوجینی که دارای تعارضات حل‌نشده هستند، احساس عاشق بودن ندارند، از یکدیگر فاصله عاطفی دارند و دارای رضایت جنسی کمتری هستند (میلر و همکاران، ۲۰۰۳). زنانی که در ارتباطات جنسی خود نارضایتی‌هایی دارند، سطوح بالاتر درماندگی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (دیویسون، بل، لچینا، هولدن، دیویس^{۱۴}، ۲۰۰۹).

درماندگی روان‌شناختی^{۱۵} مفاهیم افسردگی، اضطراب و استرس را با خود به همراه دارد. بالا بودن درماندگی روان‌شناختی می‌تواند بر سطح عملکرد هیجانی و شناختی و روابط فرد تأثیر منفی بگذارد (زابورا، بریتزن هافوک، کاربو، هوکر، پینتادوسی^{۱۶}، ۲۰۰۱). کافل و هیفمن، از میان عوامل متعددی که می‌تواند عملکرد جنسی مردان و زنان را تحت تأثیر قرار دهد، به افسردگی به عنوان اختلالی که پایه شناختی دارد، اشاره می‌کنند. بدکارکردی‌های جنسی و اختلالات خلقی، هر دو شیوع بسیار بالایی دارند و هم‌بودی میان آن‌ها بسیار بالاست. درصد بسیار بالایی از زنان مبتلا به اشکال خفیف تا شدید افسردگی، بدکارکردی‌های جنسی را تجربه می‌کنند (کافل و هیمن^{۱۷}، ۲۰۰۶). در مطالعات متعددی به مطالعه همبسته‌های رضایت جنسی در نمونه‌های مختلف پرداختند، بین کیفیت جنسی زندگی با ابعاد جسمی، هیجانی و رابطه‌ای و شادکامی و رضایت از زندگی در زنان (دوغان، توقوت، گلباسی، ۲۰۱۳)، بین رضایت جنسی و رضایت از ازدواج (بیرز، ۲۰۰۵، فلاحی و بخشی‌پور، ۲۰۱۴)، میان رضایت جنسی و بهزیستی روان‌شناختی (دیویسون و همکاران، ۲۰۰۹)، بین درماندگی روان‌شناختی با کاهش رضایت زناشویی و رضایت جنسی (بیگارد، لوسک، بورجون^{۱۸}، ۲۰۰۵؛ بودنمن، لدرمن، برادبری^{۱۹}، ۲۰۰۷؛ ملیس، لیتا، ناپی، آگوس و ملیس^{۲۰}، ۲۰۱۵؛ ماس و اسپچیل^{۲۱}، ۱۹۹۳؛ لیندستروم، ۲۰۱۳)، روابط معناداری مشاهده شده است. اما در همه این مطالعات روابط دو به دو بین متغیرها بررسی شده است.

شکل ۱: مدل مفهومی مطالعه حاضر



با توجه به تأثیر ناگویی هیجانی بر افزایش درماندگی روان‌شناختی و تأثیر آن بر روابط بین‌فردی و همچنین تأثیر این متغیرها بر کیفیت رابطه جنسی و اینکه تاکنون پژوهشی به مطالعه کامل و چگونگی تأثیر این متغیرها در ارتباط با هم نپرداخته، مطالعه حاضر در نظر دارد که به بررسی تأثیر ناگویی هیجانی بر اختلالات جنسی بر اساس نقش واسطه‌ای درماندگی روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی در قالب مدل ساختاری پردازد (شکل ۱) و به این سؤال پاسخ بدهد که آیا داده‌های حاضر از مطالعه با مدل نظری ارائه‌شده روابط بین ناگویی هیجانی با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری درماندگی روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی دارای برازش مناسبی است؟

روش

روش اجرای پژوهش حاضر توصیفی (غیرآزمایشی) و طرح پژوهشی همبستگی از نوع الگویابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی سطح شهرستان بردسیر بود. تعداد کل این جمعیت، ۵۷۰۹ نفر است که بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های همکاری بیمار جهت شرکت در تحقیق، تحصیلات حداقل دیپلم، یائسه نبودن، عدم ابتلا به بیماری‌های خاص، عدم ابتلا به اختلالات روانی، عدم مصرف داروهای اعصاب و عدم مصرف مواد، تعداد ۵۰۶ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد. بعد از هماهنگی با مدیر شبکه بهداشت شهرستان، خود محقق که کارمند مرکز بهداشت شهرستان است در روزهای مختلف هفته در سه پایگاه بهداشت شهرستان حاضر شد و به دنبال توجیه اهداف مطالعه و توافق مراجعه‌کنندگان برای شرکت در پژوهش حاضر، پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی توسط افراد تکمیل شد. در این پژوهش از مقیاس‌های زیر استفاده شد:

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو: این پرسشنامه توسط باگبی، پارکر و تیلور در سال ۱۹۹۴ معرفی شده، یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۱ کاملاً مخالف تا ۵ کاملاً موافق) می‌سنجد. جمع نمره‌های سه زیرمقیاس، یک نمره کل برای ناگویی هیجانی محاسبه می‌شود (باگبی، تیلور و پارکر، ۱۹۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تیلور و باگبی ۲۰۰۳؛ پالمر و همکاران، ۲۰۰۴؛ پاندی، ماندل، تیلور و پارکر ۱۹۹۶؛ تیلور و باگبی، ۲۰۰۰). بشارت، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲. گزارش کرده است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو ۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۷۰ درصد تا ۷۷ درصد برای ناگویی هیجانی کل و زیرمقیاس‌های مختلف تأیید شده است (بشارت، ۲۰۰۷).

شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI): این پرسشنامه توسط روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شده است که شامل ۱۹ سؤال جهت بررسی عملکرد جنسی زنان در شش بعد میل جنسی، تحریک جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم، رضایت و درد است. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس طیف لیکرت صفر تا پنج است. حداقل نمره این ابزار چهار و حداکثر ۹۵ است و با جمع نمرات سؤالات هر بعد، نمره آن بعد به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان‌دهنده عملکرد جنسی مطلوب‌تر است (روزن و براون، ۲۰۰۰). در ایران فخری، محمدی

زیدی، پاکپور حاجی‌آقا، مرشدی، محمد جعفری، قلمبر دزفولی (۱۳۹۰)، پایایی آزمون و بازآزمون کلی برای هر یک از حوزه‌های این پرسش‌نامه را (دامنه r از ۰/۷۳ تا ۰/۷۶) به دست آوردند و ثبات درونی را نیز از ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ گزارش کردند.

شاخص درماندگی روان‌شناختی: پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) دارای ۲۱ سؤال است و هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را بر اساس هفت سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤالات فرم کوتاه DASS بر اساس یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود؛ به طوری که اصلاً، امتیاز صفر؛ کمی، امتیاز ۱؛ زیاد، امتیاز ۲ و خیلی زیاد، امتیاز ۳ را دریافت می‌کنند. هماهنگی فرم کوتاه DASS با فرم بلند لازم است. مجموع نمرات هر خرده‌مقیاس در عدد دو ضرب می‌شوند. هنری و کرافورد در بررسی روایی سازه مقیاس کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس این سه عامل را در زیرعامل درماندگی کلی روان‌شناختی قرار دادند (هنری و کرافورد^{۲۲}، ۲۰۰۵). در پژوهش صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴)، همبستگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و سؤالات تنیدگی DASS با آزمون تنیدگی ادراک شده ۰/۴۹ بود.

پرسش‌نامه نیاز صمیمیت باگاروزی: این پرسشنامه دارای ۴۱ سؤال در مقیاس ۱۰ درجه‌ای تکمیل عبارت است و نیازهای صمیمیت و ابعاد آن را در ۹ حوزه (عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیبا شناختی و اجتماعی و تفریحی) مورد بررسی قرار می‌دهد (باگاروزی، ۲۰۱۳). گویه‌ها به شکلی رتبه‌بندی شدند که یک به معنای به هیچ‌وجه چنین نیازی وجود ندارد تا ۱۰ به معنای نیاز بسیار زیادی وجود دارد، است. بالاترین نمره در هر بعد ۵۰ و در بعد صمیمیت معنوی ۶۰ است. این پرسشنامه توسط اعتمادی ترجمه شد. در تحقیق ایشان ضریب پایایی کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی هم‌زمان ۰/۵۸، به دست آمده است (اعتمادی، نوایی‌نژاد، احمدی و فرزاد، ۲۰۰۶). در مطالعه‌ای دیگر خمسه و حسینیان، در تعیین پایایی پرسش‌نامه با روش بازآزمون، ضریب آلفای کرونباخ را برای صمیمیت عاطفی ۰/۸۹، صمیمیت روان‌شناختی ۰/۸۲، صمیمیت عقلانی ۰/۸۱، صمیمیت جنسی ۰/۹۱، صمیمیت فیزیکی ۰/۸۰، صمیمیت زیباشناختی ۰/۷۶، صمیمیت اجتماعی - تفریحی ۰/۵۱، صمیمیت معنوی ۰/۶۵ و برای صمیمیت کل ۰/۸۲ به دست آوردند (خمسه و حسینیان، ۱۳۸۷).

یافته‌ها

در ابتدا نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۱ ارائه خواهد شد. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات پیش‌بینی‌کننده درماندگی روان‌شناختی هستند ($p < ۰/۰۱$) و روی هم ۴۰ درصد واریانس درماندگی روان‌شناختی را تبیین می‌کنند. یک واحد تغییر در دشواری در شناسایی احساسات و دشواری در توصیف احساسات به ترتیب ۰/۵۳ و ۰/۱۵ نمرات درماندگی‌های روان‌شناختی را افزایش می‌دهد.

جدول ۱: نتایج تحلیل رگرسیون پیش‌بینی عملکرد جنسی بر پایه ناگویی هیجانی با میانجی درماندگی روان‌شناختی و ابعاد صمیمیت زناشویی

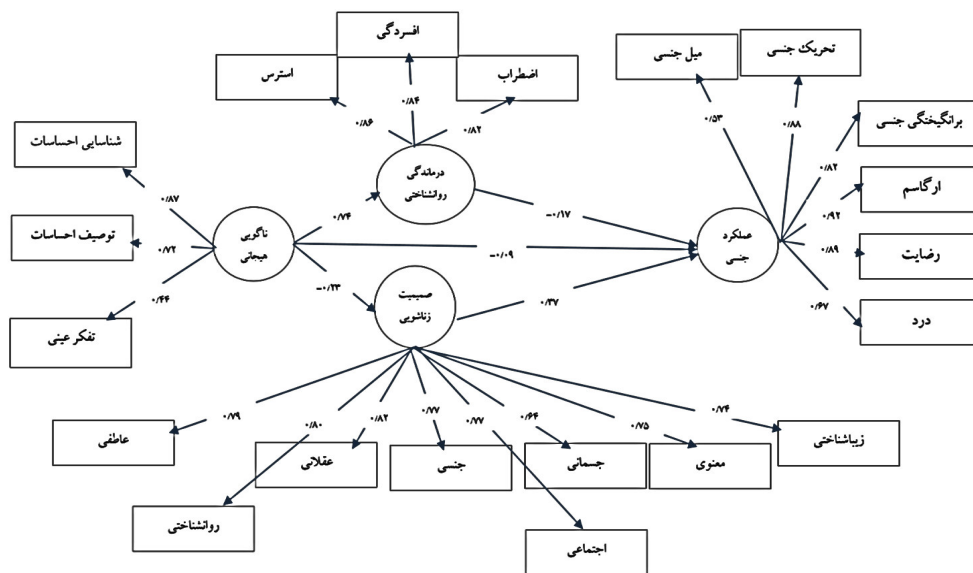
معنی‌داری	مقدار t	ضرایب استاندارد	خطای استاندارد	ضرایب غیراستاندارد	مجذور همبستگی	همبستگی	پیش‌بین	ملاک
۰/۰۰۱	۱۱/۹۷	۰/۵۳	۰/۰۸	۰/۹۷	۰/۳۹	۰/۶۳	دشواری در شناسایی احساسات	درماندگی
۰/۰۰۱	۳/۵۰	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۵۰	۰/۴۰	۰/۶۴	دشواری در توصیف احساسات	روان‌شناختی
۰/۰۰۱	-۳/۲۳	-۰/۱۵	۰/۵۸	-۱/۸۹	۰/۰۳	۰/۱۹	تفکر عینی	صمیمیت
۰/۰۰۴	-۲/۰۰	-۰/۰۹	۰/۳۴	-۰/۶۷	۰/۰۴	۰/۳۱	دشواری در شناسایی احساسات	زناشویی
۰/۰۰۱	-۳/۳۲	-۰/۱۹	۰/۰۸	-۰/۲۵	۰/۱۰	۰/۳۱	افسردگی	عملکرد جنسی
۰/۰۰۱	-۳/۲۱	-۰/۱۸	۰/۰۹	-۰/۲۸	۰/۱۱	۰/۳۴	اضطراب	عملکرد جنسی
۰/۰۰۱	۹/۷۲	۰/۴۷	۰/۰۴	۰/۴۰	۰/۳۴	۰/۴۹	میل جنسی	عملکرد جنسی
۰/۰۰۱	۳/۲۹	۰/۱۶	۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۲۵	۰/۵۰	اجتماعی و تفریحی	عملکرد جنسی
۰/۰۱۶	۲/۴۱	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۱۲	۰/۲۶	۰/۵۱	روان‌شناختی	عملکرد جنسی

تفکر عینی و دشواری در شناسایی، احساسات پیش‌بینی‌کننده صمیمیت زناشویی هستند ($p < ۰/۰۵$) و روی هم چهار درصد واریانس صمیمیت زناشویی را تبیین می‌کنند. یک واحد تغییر در تفکر عینی و دشواری در شناسایی احساسات به ترتیب ۰/۱۵ و ۰/۰۹ نمرات صمیمیت زناشویی را کاهش می‌دهد.

افسردگی و اضطراب پیش‌بینی‌کننده عملکرد جنسی هستند ($p < ۰/۰۱$) و روی هم ۱۱ درصد واریانس عملکرد جنسی را تبیین می‌کنند. یک واحد تغییر در اضطراب و افسردگی به ترتیب ۰/۱۹ و ۰/۱۸ نمرات عملکرد جنسی را کاهش می‌دهد. حوزه میل جنسی، حوزه اجتماعی - تفریحی و حوزه روان‌شناختی پیش‌بینی‌کننده عملکرد جنسی هستند ($p < ۰/۰۱$) و روی هم ۲۶ درصد واریانس عملکرد جنسی را تبیین می‌کنند. یک واحد تغییر در حوزه میل جنسی، حوزه اجتماعی - تفریحی و حوزه روان‌شناختی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۱۶ و ۰/۱۲ نمرات عملکرد جنسی را افزایش می‌دهد.

به منظور پیش‌بینی «اختلالات عملکرد جنسی بر پایه ناگویی هیجانی با میانجی درماندگی روان‌شناختی و ابعاد صمیمیت زناشویی» الگوی مفهومی پیشنهاد شده از طریق روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شد. روش SEM از آن جهت انتخاب شد که این رویکرد از تکنیک‌های ترتیبی حداقل مجذور^{۲۳} برتر بوده و می‌تواند به منظور ارزیابی کفایت الگوهای نظری، مقایسه الگوها و همچنین برآورد پارامترهای الگو در بین گروه‌های مختلف مورد استفاده قرار گیرد (میسرا، کریست و بارنت، ۲۰۰۳). از روش حداکثر احتمال برآورد الگو و از بین شاخص‌های نیکویی برازش شاخص مجذور خی^۲ (χ^2)، شاخص نیکویی برازش (GFI)^{۲۴}، شاخص برازش مقایسه‌ای^{۲۵} (CFI)، شاخص نیکویی برازش انطباقی^{۲۶} (AGFI)، شاخص برازش نرمال^{۲۷} (NFI)، شاخص نرم‌نشده برازندگی^{۲۸} (NNFI)، شاخص برازش افزایشی^{۲۹} (IFI)، خطای ریشه مجذور میانگین (RMSEA) و... برای برازش الگو استفاده شد. ضرایب مسیر مدل فرضی در شکل ۲ و ضرایب مسیر متغیرهای برون‌زا و درون‌زا در جدول ۲ ارائه شده است.

شکل ۲: ضرایب مسیر مدل فرضی در مدل‌یابی عملکرد جنسی زنان



درجه آزادی = ۱۶۵، خطای ریشه مجذور میانگین = ۰.۰۰۸، آزمون خی دو = ۰.۷۰۱، مقدار احتمال = ۰.۰۰۱

طبق داده‌های شکل ۲ اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر درماندگی‌های روان‌شناختی مثبت و معنی‌دار است ($\beta = ۰.۷۴$). همچنین اثر مستقیم ناگویی هیجانی بر صمیمیت زناشویی ($\beta = -۰.۲۳$) منفی و معنی‌دار و بر عملکرد جنسی ($\beta = -۰.۱۹$) منفی و غیرمعنی‌دار است. به علاوه صمیمیت زناشویی به طور مستقیم، مثبت و معنی‌دار عملکرد جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد ($\beta = ۰.۳۷$). همچنین تأثیر مستقیم درماندگی‌های روان‌شناختی بر عملکرد جنسی ($\beta = -۰.۱۷$) منفی و معنی‌دار است. همچنین اثر غیرمستقیم ناگویی هیجانی بر عملکرد جنسی از طریق درماندگی‌های روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی منفی، معنی‌دار و برابر با ($\beta = -۰.۲۱$).

جدول ۲: ضرایب مسیر متغیرهای برون‌زا و درون‌زا

P	T	Se	β	ملاک	پیش‌بین	
<۰/۰۱	۱۵/۰۴	۰/۰۵	۰/۷۴	بر درماندگی‌های روان‌شناختی	ناگویی هیجانی	اثرات مستقیم
<۰/۰۱	-۴/۵۷	۰/۰۵	-۰/۲۳	بر صمیمیت زناشویی		
>۰/۰۵	-۱/۰۶	۰/۰۸	-۰/۰۹	بر اختلالات عملکرد جنسی		
<۰/۰۱	۶/۸۳	۰/۰۵	۰/۳۷	بر اختلالات عملکرد جنسی	صمیمیت زناشویی	اثرات غیرمستقیم
<۰/۰۱	-۲/۱۵	۰/۰۸	-۰/۱۷	بر اختلالات عملکرد جنسی	درماندگی‌های روان‌شناختی	
<۰/۰۱	-۳/۲۹	۰/۰۶	-۰/۲۱	بر اختلالات عملکرد جنسی از طریق درماندگی‌های روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی	ناگویی هیجانی	

تعیین برازش الگو

در الگوی پیشنهادی، نتایج آزمون مجذور χ^2 به منظور بررسی برازش الگوی کلی نشان داد که بین الگوی پیشنهادی و مشاهده شده هماهنگی کاملی وجود ندارد ($p < 0/01$ و $\chi^2_{(165)} = 701/02$). بنابراین فرض صفر درباره برازش الگو با داده‌ها پذیرفته نمی‌شود. اگرچه متداول‌ترین شاخص برازش کامل الگو با داده‌ها χ^2 است، اما این شاخص دارای دو محدودیت است؛ اولاً این آماره برازش کامل الگو با داده‌ها را بررسی می‌کند، این در حالی است که دستیابی به الگویی که به طور کامل با داده‌ها برازش داشته باشد، نادر است. دوماً با افزایش حجم نمونه احتمال معنی‌داری شاخص بیشتر می‌شود. بنابراین ممکن است که یک الگو با داده‌ها برازش نزدیک و قابل قبولی داشته باشد، اما در مدل دستیابی به یک مقدار χ^2 غیرمعنی‌دار غیرمحمول باشد (وستون و گوری، 2006). همان‌طور که در جدول مشخص است، میزان شاخص برازندگی GFI برابر با 0/88، شاخص تعدیل‌شده برازندگی AGFI برابر با 0/84، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با 0/96، شاخص برازش نرمال‌شده NFI برابر با 0/95، شاخص برازش فزاینده IFI برابر با 0/96، شاخص نرم‌نشده برازندگی NNFI برابر با 0/95، RFI برابر با 0/94 و جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با 0/08 به دست آمد. هیو و بنتلر (1999) بیان می‌کنند زمانی که میزان GFI، CFI و IFI بزرگ‌تر از 0/90 و RMSEA کوچک‌تر از 0/08 باشد، نشان‌دهنده برازش مناسب و کافی مدل است. به علاوه آن‌ها تأکید می‌کنند که مقادیر کمتر از 0/05 برای شاخص RMSEA نشان‌دهنده برازش خوب الگو با داده‌هاست و مقادیر کمتر از 0/10 برای این شاخص، برازش قابل قبول الگو با داده‌ها را نشان می‌دهد. آن‌گونه که مشخص است، شاخص‌ها حاکی از برازش نامناسب مدل با داده‌هاست (جدول 3).

جدول 3: شاخص‌های برازندگی مدل مفهومی پژوهش

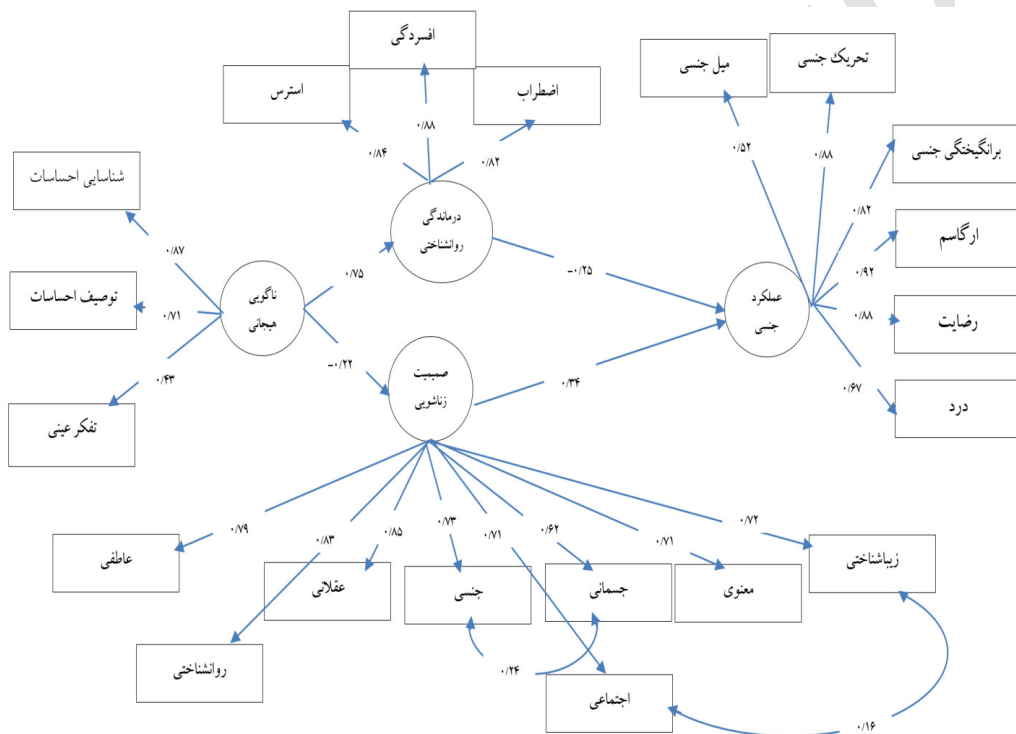
ردیف	نام آزمون	چه زمانی مدل برازنده است؟	میزان در مدل	نتیجه
1	χ^2	معنادار نباشد.	701/02	عدم برازش
2	RMSEA	اگر کوچک‌تر از 0/08 باشد.	0/08	غیربرازنده
3	GFI	باید بزرگ‌تر از 0/90 باشد.	0/88	غیربرازنده
4	CFI	باید بزرگ‌تر از 0/90 باشد.	0/96	برازنده
5	AGFI	باید بزرگ‌تر از 0/90 باشد.	0/84	غیربرازنده
6	NFI	باید بزرگ‌تر از 0/90 باشد.	0/95	برازنده
7	IFI	باید بزرگ‌تر از 0/90 باشد.	0/96	برازنده
8	NNFI	باید بزرگ‌تر از 0/90 باشد.	0/95	برازنده
9	RFI	باید بزرگ‌تر از 0/90 باشد.	0/94	برازنده

در آخرین مرحله پیرایش و اصلاح مدل بر اساس شاخص‌های اصلاح صورت گرفت. ضرایب مسیر مدل اصلاحی در شکل 3 ارائه شده است.

پس از حذف مسیر مستقیم ناگویی هیجانی به اختلالات عملکرد جنسی و با انتخاب شاخص‌های اصلاح مدل «MI»، لیزرل پیشنهادهایی در مورد متصل کردن مسیر خطای صمیمیت جنسی به صمیمیت جسمانی

و صمیمیت زیبایی‌شناختی به صمیمیت اجتماعی - تفریحی پیشنهاد داد. این اصلاح به اندازه ۲۴۷/۴۷ از مقدار χ^2 می‌کاهد و در نتیجه به مدل برازش‌یافته نزدیک‌تر می‌شود. برونداد پس از اصلاح در مقایسه با قبل از اصلاح از شاخص‌های برازش بهتری برخوردار بود. بر اساس شاخص‌های برازش جدید اگرچه نتایج آزمون مجذور χ^2 کاهش قابل توجهی نشان داد، ولی مشخص شد بین الگوی پیشنهادشده و مشاهده‌شده برازش وجود ندارد ($p < 0.01$ و $\chi^2_{(163)} = 459.32$). میزان شاخص برازندگی GFI برابر با ۰/۹۲، شاخص تعدیل‌شده برازندگی AGFI برابر با ۰/۹۰، شاخص برازش مقایسه‌ای CFI برابر با ۰/۹۸، RFI برابر با ۰/۹۶، شاخص برازش نرمال‌شده NFI برابر با ۰/۹۶، شاخص برازش فزاینده IFI برابر با ۰/۹۸، جذر برآورد خطای تقریب RMSEA برابر با ۰/۰۶ و NNFI برابر با ۰/۹۷ است که همگی حاکی از برازش مناسب مدل با داده‌هاست (شکل ۳).

شکل ۳: ضرایب مسیر مدل اصلاحی در مدل یابی عملکرد جنسی زنان



درجه آزادی=۱۶۳، خطای ریشه مجذور میانگین=۰/۰۶، آزمون خی دو=۴۵۹/۳۲، مقدار احتمال=۰/۰۰۱

هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان داد که ۵۶ درصد از واریانس مشاهده‌شده در درماندگی‌های روان‌شناختی و پنج درصد از واریانس مشاهده‌شده در صمیمیت زناشویی از طریق ناگویی هیجانی تبیین

می‌شود، به علاوه ۲۰ درصد واریانس عملکرد جنسی از طریق ترکیب متغیرهای ناگویی هیجانی، درماندگی‌های روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی قابل تبیین است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر آزمون مدل ساختاری روابط بین ناگویی هیجانی با عملکرد جنسی زنان به واسطه صمیمیت زناشویی و درماندگی روان‌شناختی بود.

یکی از یافته‌های مدل آزمون‌شده این بود که ناگویی هیجانی به طور غیرمستقیم با واسطه درماندگی روان‌شناختی بر عملکرد جنسی تأثیر منفی می‌گذارد؛ به شکلی که ناگویی هیجانی باعث افزایش درماندگی روان‌شناختی و افزایش درماندگی باعث اختلال در عملکرد جنسی می‌شود. این یافته‌ها مطابق با پژوهش‌های (دیوریس، فورنی، ولینگر، استفل^{۳۰}، ۲۰۱۲؛ کالان و واتسون^{۳۱}، ۲۰۰۳؛ هندریکس، هاویلند، شاو^{۳۲}، ۱۹۹۱؛ موتان، گنکوژ^{۳۳}، ۲۰۰۷؛ ساریجاروی، سالمینن و تویکا^{۳۴}، ۲۰۰۶؛ هومفریس، وود، پارکر، ۲۰۰۹؛ یلسما و مارو^{۳۵}، ۲۰۰۳؛ کانو، فوکودو^{۳۶}، ۲۰۱۳) هستند. زنان تحت استرس، کمتر احساسات و تمایلات خود را بیان می‌کنند؛ زیرا کورتیزول موجب جلوگیری از عملکرد اوکسی‌توسین در مغز زنان می‌شود و مانع تمایل به روابط جنسی می‌شود (برزدان^{۳۷}، ۲۰۰۶). بک و بوزمن (۱۹۹۶) نیز دریافتند که با افزایش سطح خشم، میل جنسی هم در زنان و هم در مردان کاهش می‌یابد و اینکه اضطراب و میل جنسی رابطه منفی دارند؛ به این معنا که با افزایش سطح اضطراب، میل جنسی هم در زنان هم در مردان کاهش می‌یابد. هارتمن (۲۰۰۷) نشان داد درصد بسیار زیادی از مردان و زنان مبتلا به اختلال خلقی خفیف، متوسط و شدید؛ بدکارکردی‌های جنسی را هم تجربه می‌کنند. از طرفی یکی از این عواملی که پیش‌بینی‌کننده آسیب روانی فرد در آینده (آبوت^{۳۸}، ۲۰۰۵) و عامل کلیدی و مهمی در پیدایش افسردگی و اضطراب و حساسیت‌های بین‌فردی و انزوای اجتماعی است (بوریگارد و همکاران^{۳۹}، ۲۰۰۱) وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی است. مقایسه بیماران افسرده و مضطرب با افراد بهنجار نشان داده است که نمره نارسایی هیجانی کلی بیماران افسرده و مضطرب به صورت معنادار بیش از نمره نارسایی هیجانی کلی افراد بهنجار است (ساریجاروی و همکاران، ۲۰۰۱). به نظر می‌رسد وقتی اطلاعات هیجانی نتوانند پردازش، درک و ارزشیابی شوند، فرد از نظر عاطفی و شناختی دچار درماندگی می‌شود و این درماندگی باعث افزایش اختلال در روابط بین‌فردی و همچنین اختلال در عملکرد فرد می‌شود. عملکرد جنسی نیز یکی از این حوزه‌هاست که تحت اضطراب و استرس و افسردگی کیفیت و کمیت آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

هم‌چنین در نتایج به دست آمده دیده شد که ناگویی هیجانی به طور غیرمستقیم از طریق صمیمیت زناشویی نیز بر عملکرد جنسی تأثیر منفی دارد؛ به این شکل که ناگویی هیجانی باعث کاهش صمیمیت زناشویی می‌شود، از طرفی خود صمیمیت زناشویی اثر مثبت بر عملکرد جنسی دارد و با کاهش آن عملکرد جنسی نیز دچار اختلال می‌شود. این یافته‌ها، با نتایج حاصل از پژوهش‌های بیرز (۲۰۰۵)، بیرنه، پورتر و لیدون^{۴۰} (۲۰۱۳)، چونگ و همکاران^{۴۱} (۲۰۰۸)، ریمن، رلینی، فالیس^{۴۲} (۲۰۱۱)، لئو و رولوف^{۴۳} (۲۰۱۵)، هیمن، لانگ، اسمیت، فیشر، سند^{۴۴} (۲۰۱۱)، لی (۲۰۱۰)، فری کوکس، کولین، میجر و لانسن^{۴۵} (۲۰۰۶) و خو، توماس و آندرسون^{۴۶} (۲۰۱۵) هم‌خوان است. افراد با ناگویی هیجانی سطوح کمتری از همدلی را که

لازمه رابطه صمیمانه است، از خود نشان می‌دهند (جانسون، لیونز، به تل، راس^{۴۷}، ۲۰۱۳) و بر اساس دیدگاه روابط موضوعی، این افراد با فقدان عاطفه لیبیدویی توصیف می‌شوند. آن‌ها نسبت به دیگران مهم، علاقه‌مند و هیجانی نشان نمی‌دهند و سبک ارتباطی سرد و اجتنابی دارند (مگانگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسپیتز، سیل، بارنو، گراب^{۴۸}، ۲۰۰۵) و این عوامل باعث کاهش کیفیت ارتباط با همسر می‌شود. از طرفی روزن و باچمن به این نتیجه رسیدند که بین رضایت زناشویی و فعالیت جنسی با بهزیستی هیجانی، رضایت همسر و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم وجود دارد (روزن و باچمن، ۲۰۰۸) و اینکه زوجینی که دارای تعارضات حل‌نشده هستند و احساس عاشق بودن ندارند و از یکدیگر فاصله عاطفی دارند، دارای رضایت جنسی کمتری هستند (میلر و همکاران، ۲۰۰۳). هم‌چنین ارتباط بین فردی و ابراز هیجان از جمله مهم‌ترین عوامل رضایت زناشویی هستند (سانگیو و هوانگ^{۴۹}، ۲۰۱۲). بهزیستی روانی افراد تحت تأثیر روابط صمیمی بین فردی قرار دارد و توانایی ایجاد و حفظ رابطه عاشقانه نیازمند توانایی تشخیص هیجان‌ها و توانایی بروز آن‌ها و درک و توجه به احساسات دیگران است (واجز و کوردوا^{۵۰}، ۲۰۰۷). نهایتاً اینکه حوزه صمیمیت زناشویی نیازمند خودآشنایی و خودآگاهی است. افراد دچار ناگویی هیجانی به واسطه یکسری خصوصیات چون عدم شناسایی و بیان احساسات و سبک تفکر عینی که باعث می‌شود صرفاً شاهد رویدادها باشند و به تفسیر آن‌ها نپردازند و اساساً کاری به احساسات خود و دیگران نداشته باشند، در این حوزه دچار مشکل خواهند شد. به علاوه رابطه جنسی در زنان صرفاً یک رابطه فیزیکی نیست. رویکرد زنان به رابطه جنسی نگرش ارتباطی است که در آن تأکید بر صمیمیت است و وقتی صمیمیت زناشویی به دلیل ناگویی هیجانی دچار نقص می‌شود، این حوزه نیز دچار نقص خواهد شد. نهایتاً اینکه ناگویی هیجانی به واسطه درماندگی روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی توان پیش‌بینی عملکرد جنسی را دارد.

مطالعه حاضر نیز هم‌چون بسیاری از پژوهش‌های دیگر، دارای محدودیت‌های مختص خود بود، برای نمونه محدود بودن نمونه مطالعه حاضر به زنان متأهل مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی سطح شهرستان بردسیر قابلیت تعمیم یافته‌های مطالعه حاضر را به دیگر جوامع محدود می‌سازد، هم‌چنین از آنجایی که استفاده از ابزار خودگزارش‌دهی با سوگیری همراه است، در تفسیر و تعمیم نتایج مطالعاتی چون مطالعه حاضر باید جانب احتیاط را رعایت کرد، با این حال بر حسب نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر می‌توان با آموزش مهارت‌های هیجانی و ارتباطی میزان رضایت جنسی و زناشویی را افزایش داد. در راستای یافته‌های مطالعه حاضر، تحقیقات آتی هم‌چنین می‌توانند نقش تعدیل‌کننده متغیرهایی چون جنسیت، شخصیت، طبقه اجتماعی و تحصیلات را نیز وارد مدل کنند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله از کلیه عزیزانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، کمال تشکر را دارند.

پی‌نوشت‌ها

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Rosen, Brown | 26. Adjusted Goodness of Fit Index |
| 2. Heiman, Basson, Fourcroy, Lankveld, Schultz | 27. Normal fit index |

3. Basson
4. Alexithymia
5. Stasiewicz, Bradizza, Gudleski, Coffey, Schlauch., Bailey
6. Carton, Kessler, & Pape
7. Vanheule, Desmet, Rase, Verhagh, Meganck
8. Humpherz, Wood, Parker
9. Huston
10. Yoo, Bartle-Haring Day, & Gangamma
11. Duba
12. Byers
13. Rosen, Bachmann
14. Davison, Bell., LaChina, Holden, Davis
15. Psychological Distress
16. Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi
17. Kuffel & Heiman
18. Beauregard, Lévesque, & Bourgooin
19. Bodenmann, Ledermann, & Bradbury
20. Melis, Litta, Nappi, Agus, Melis
21. Moss, Schwebel
22. Henry, & Crawford
23. Ordinary Least Square Techniques
24. Goodness of Fit Index
25. Comparative Fit Index
28. Non Normal fit index
29. Incremental fit index
30. De Vries, Forni, Voellinger, Stiefel
31. Culhane & Watson.
32. Hendrix, Haviland, & Shaw
33. Motan, Gencoz
34. Saarijärvi, Salminen, Toikka
35. Yelsma, & Marrow
36. Kano. & Fukudo
37. Brizendine
38. Abbott
39. Beauregard, Lévesque, Bourgooin
40. Byers
41. Cheung, Wong, Liu, Yip, Fan, & Lam
42. Reiman, Rellini, & Fallis
43. Liu & Roloff
44. Heiman, Long, Smith, Fisher., Sand, & Rosen
45. Frye cox, Colin, Wachs, Cordova
46. Xu., Thomas, & Umberson,
47. Jonason, Lyons Bethell, Ross
48. Spitzer, Siebel-Jürges, Barnow, Grab, Freyberger
49. Sangkyu, Heuikwang
50. Wachs, Cordova

منابع

- اعتمادی، ع.، نوایی نژاد، ش.، احمدی، ا.، و فرزاد، و. (۱۳۸۴). تعیین اثر بخشی زوج درمانی شناختی- رفتاری بر صمیمیت زوجین. *مطالعات روان شناختی*، ۲ (۱)، ۸۷-۶۹.
- اوحدی، بهنام. (۱۳۸۵). *رفتارهای جنسی*. اصفهان: تهران: نشر صادق هدایت.
- بشارت، م. (۱۳۹۲). پایایی و روایی نسخه فارسی پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو بر روی دانش آموزان ایرانی. *مطالعات روان شناختی*، ۱۰۱ (۱)، ۲۲۰-۲۰۹.
- خمسه، ا. و حسینیان، س. (۱۳۸۷). بررسی تفاوت های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل. *مطالعات زنان*، ۶ (۱)، ۵۲-۳۵.
- صاحبی، ع.، اصغری، ج.، سالاری، ر. (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی، اضطراب تنیدگی برای جمعیت ایرانی. *فصلنامه روان شناسان ایرانی*، ۱ (۴)، ۳۱۲-۲۹۹.
- فخری، ا.، محمد زیدی، ع.، پاکپور حاجی آقا، ا.، مرشدی، ه.، محمد جعفری، ر.، قلمبر دزفولی، ف. (۱۳۹۰). ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان. *مجله علمی- پزشکی جندی شاپور*، ۱۰ (۴)، ۳۵۴-۳۴۵.

- Abbott, B. V. (2005). *Emotion dysregulation and re-regulation: predictors of relationship intimacy and distress*. Doctoral dissertation, Texas A & M University.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Bagarozzi, D. A. (2013). *Enhancing intimacy in marriage: A Clinician's Guide*. New York: Brunner-Routledge.
- Basson, R. (2005). Women sexual dysfunction. *Revised and expanded definitions Synthesis*, 172(10), 1327-1333.
- Bauregard, M., Lévesque, J., Bourgouin, P. (2001). Neural correlates of conscious self-regulation of emotion. *The Journal of Neuroscience*, 21, 6693-7000.
- Beck, J., Bozman, G. A. (1996). Gender differences in sexual desire: the effects of anger and anxiety. *Arch sexual Behaviore*, 24(6), 595-612.
- Bermond, B., Bierman, D. J., Cladder, M. A., Moormann, P. P., & Vorst, H. C. M. (2010). The cognitive and affective alexithymia dimensions in the regulation of sympathetic responses. *International Journal of Psychophysiology*, 75(3), 227-233.
- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101(1), 209-220. [in person].
- Birnie-Porter, C., & Lydon, J. E. (2013). A prototype approach to understanding sexual intimacy through its relationship to intimacy. *Personal Relationships*, 20(2), 236-258.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551-569.
- Brizendine, L. (2006). *The Female Brain*. New York: Broadway Books.
- Byers, E. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *J Sex Res*, 42(2), 113-118.
- Carton, J. S., Kessler, E. A., & Pape, C. L. (1999). Nonverbal decoding skills and relationship well-being in adults. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23(1), 91-100.
- Cheung, M. W. L., Wong, P. W. C., Liu, K. Y., Yip, P. S. F., Fan, S. Y., & Lam, T. (2008). A study of sexual satisfaction and frequency of sex among Hong Kong Chinese couples. *Journal of Sex Research*, 45, 12-139.
- Culhane, S. E., & Watson, P. J. (2003). Alexithymia, Irrational beliefs, and the Rational-emotive explanation of emotional disturbance. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 21(1), 57-73.
- Davison, S. L., Bell, R. J., La China, M., Holden, S. L., Davis S. R. (2009). The Relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med*, 6, 2690-2697.
- De Vries, A. M., Forni, V., Voellinger, R., Stiefel, F. (2012). Alexithymia in cancer patients: Review of the literature. *Psychotherapy Psychosomatic*, 81(2), 79-86.
- Dogan, T., Tugut, N., & Golbasi, Z. (2013). The relationship between sexual quality of life, happiness, and satisfaction with life in married Turkish women. *Sexuality and Disability*, 31(3), 239-247.
- Duba, J. D., Hughey, A. W., Lara, T., & Burke, M. G. (2012). Areas of marital dissatisfaction among long-term couples. *Adult span Journal*, 11(1), 39-54.

- E'temdi, O., NavvbiNezhd Sh., Ahmadi, A., & Farzd, V. (2006). A Study on the effectiveness of cognitive-behavior couple therapy on couple's intimacy that refer to counseling centers in Isfahan. *Psychological Studies*, 2(1), 69-87 [in Persian].
- Fakhri, A., Mohammad Zeidi, I. Pakpour Haji Agha, A., Mohammad Jafari, R., Ghalmor Dezfooli, F. (2011). Psychometric Properties of Iranian Version of Female Sexual Index. *Bimonthly JUNDISHAPUR Scientific Medical Journal*, 10(4), 345-354.
- Fallahi, M., & Bakhshipour, B. (2014). The Prediction of marital satisfaction and sexual satisfaction based on attachment styles among married women in Gorgan. Retrieved from <https://www.civilica.com/Paper-FPAI01-FPAI01-061.html> [in Persian].
- Frye cox, N., & Colin, R. (2013). Alexithymia and marital quality: The mediating roles of loneliness and intimate communication. *J Fam Psychol*, 27(2), 203-11.
- Jonason, P. K., Lyons, M., Bethell, E., & Ross, R. (2013). Different routes to limited empathy in the sexes: Examining the links between the Dark Triad and empathy. *Pers Individual Dif*, 57(5), 572-576.
- Heiman, J., Basson, R., Fourcroy, J., Lankveld, J., Schultz, W. (2004). Revised definitions of women's sexual dysfunction. *J Sex Med*, 1(1), 40-48.
- 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. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 741-753.
- Hendrix, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 227-237.
- Henry, J. D & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology*, 44(2), 227-239.
- Hu, L., Bentler, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*. 6(1), 1-55.
- Humphertz, T. P., Wood, L. M., Parker, D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationship. *Personality and individual Differences*, 46(1), 43-47.
- Huston, T. L. (2000). The Social ecology of marriage and other intimate unions. *Journal of Marriage and Family*, 62(2), 298-320.
- Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: the neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *Bio Psycho Social Medicine*, 7(1), 1-9.
- Khamse, A., Hoseyniyan S. (2008). Gender Differences between Intimacy Dimensions of Married College Students. *Women Studies*, 6 (1), 25-35 [in Persian].
- Kuffel, S. W. & Heiman, J. R. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(2), 160-177.
- Meijer-Degen F, Lanser J. (2006). Alexithymia a challenge to art therapy: The story of Rita. *Arts Psychotherapy*; 33(3), 167-79.
- Melis, I., Litta, P., Nappi, L., Agus, M., Melis, G. B., & Angioni, S. (2015). Sexual function in women with deep endometriosis: correlation with quality of life, intensity of pain, depression, anxiety, and body image. *International Journal of Sexual Health*, 27(2), 175-185.

- Miller, R. B., Yorganson, J. B., Sandberg, J. G., & White, M. B. (2003). Problems that Couple bring to therapy: A View across the family life cycle. *American Journal of Family Therapy*, 31(5), 395-407.
- Mohammadi, K., Haydari, M., Faghihzadeh, S. (2008). Validated persian version of women's sexual functioning scale instruction. *Payesh J*, 7(2), 269-278. [In Persian].
- Motan, I., Gencoz, T. (2007). The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Türk Psikiyatri Derg*, 18(4), 333-343.
- Moss, B. S., Schwebel, A. I. (1993). Marriage and romantic relationship: the fining intimacy in romantic relations. *Fam Relat*, 42, 7-31.
- Lee, V. (2010). *The impact of alexithymia, emotional intelligence, marital*. Doctoral dissertation, Horward University.
- Lindstrom, R. A. (2013). *Cyclicalilty and the relationship between neuroticism, communication, and relationship satisfaction in cohabiting couples*. Master thesis in psychology, Manhattan, Kansas state university.
- Liu, E., & Roloff, M. E. (2015). To avoid or not to avoid: When emotions overflow. *Communication Research Reports*, 32(1), 332-339.
- Oahadi, B. (2004). *Sexual Behavior*. Isfahan: Sadegh Hedayat Press. [in Persian].
- Ozgoly, G., Torczahrai, SH., Khooshabi, K., Valai, N. (2004). Satisfaction and conception relation with sexual contacts in women refer to health center has connection with medical sciences university. ShahId Beheshti University of medical sciences, 8(2):122-131. [in Persian]
- Palmer, B. R., Gignac, G. Manocha, R., & Syough, C. (2004). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. *Intelligence*, 33(1), 285-305.
- Pandey, R., Mandal, M. K., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (1996). Cross-cultural alexithymia: development and validation of a Hindi translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 173-176.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-item Toronto Alexithymia Scale: III reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269-275.
- Ramezani, M. A., Ahmadi, KH., & Ghaemmaghami, A., Azad Marzabadi, E., & Pardakhti, F. (2015). Epidemiology of sexual dysfunction in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med*, 6(1), 43-51.
- Reiman, U. S., Rellini, A. H., & Fallis, E. (2011). The importance of sexual self-disclosure to sexual satisfaction and functioning in committed relationships. *Journal of Sexual Medicine*, 8(2), 3108-3115.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., et, al. (2000). The Female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual. *Journal of sex & marital therapy*, 26(2), 191-208.
- Rosen, R., Bachmann G. A. (2008). Sexual well-being, happiness, and satisfaction, in women: the case for a new conceptual paradigm. *J Sex Marital Ther*, 34(4), 291-7.
- Saarijarvi, S., Salminen, J. K., & Toikka, T. B. (2001). Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(1), 729-733.

- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., Toikka, T. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychotherapy Psychosomatics*, 75(2), 107-112.
- Sahebi, A., Asghari M., Salari, R. (2005). Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Development Psychology*, 1(4), 36-54. [in Persian].
- Sangkyu, H., Heuikwang, S. (2012). Korean pastors and their wives marital satisfaction and its predicting factors. *J Pastoral Psychol*, 59 (4), 495-512.
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H. J., & Freyberger, H. J. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 240-246.
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., et al. (2012). The Relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors* 37(4), 469-476.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2002). *The handbook of emotional intelligence. An overview of the alexithymia construct*. Illinois: Waveland Press
- Taylor, G. J & Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68-77.
- Vanheule, S., Desmet, M., Rasel, F., Verhagh, F., & Meganck, R. (2006). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal clinical psychology*, 63(1), 109-117.
- Wachs, K., Cordova, J. V. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships. *J Mar Fam Ther*, 33(4), 464-81.
- Xu, M., Thomas, P. A., & Umberson, D. (2015). Marital quality and cognitive limitations in late life. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(1),1-11.
- Yekefalah, L., Godarzi, M. (2006). Prevalence sexual dysfunction and some related factors in women married township. 8th *International congress on obstetrics and Gynecology*. shahed university, Tehran: Iran.[Persian].
- Yelsma, P., & Marrow, S. (2003). An examination of couples' difficulties with emotional expressiveness and their marital satisfaction. *The Journal of Family Communication*, 3(1),41-62.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R., & Gangamma, R. (2013). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40(4),275-293.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28.