پیش‌بینی عملکرد جنسی و خودکارامدی جنسی زنان بر اساس نشانه‌های مشکلات رفتاری

شهرام وزیری[1]، سهیلا کلوانی[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات رفتاری می‌توانند رفتار جنسی را تحت تأثیر قرار دهند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی عملکرد جنسی و خودکارامدی جنسی زنان بر اساس مؤلفه‌های مشکلات رفتاری انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۱۰ نفر از دانشجویان زن متأهل ۱۸ تا ۵۰ ساله دانشگاه‌های آزاد اسلامی واحد رودهن، تربیت مدرس و تهران انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله پرسش‌نامه عملکرد جنسی (Female Sexual Function Index یا FSFI)، پرسش‌نامه خودکارامدی جنسی وزیری- لطفی (Sexual Self Efficacy Questionnaire یا SSEQ) و چک‌لیست تجدید نظر شده علایم روانی (Symptom Checklist-90-Revised یا SCL-90-R) جمع‌آوری گردید و با استفاده از همبستگی Pearson و Multiple linear regression به شیوه گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: رابطه منفی و معنی‌داری بین شاخص کلی علایم مرضی و مؤلفه‌های شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی با عملکرد جنسی و خودکارامدی جنسی مشاهده گردید ($P < ۰/۰۵۰$). از بین مؤلفه‌های مورد بررسی، افسردگی، شکایات جسمانی و روان‌پریشی توانایی پیش‌بینی عملکرد جنسی و خودکارامدی جنسی زنان را داشت و در مجموع، شکایات جسمانی ۲۵/۹ درصد از واریانس و تغییرپذیری عملکرد جنسی زنان و مؤلفه‌های افسردگی و روان‌پریشی نیز ۱۷/۴ درصد از واریانس و تغییرپذیری خودکارامدی جنسی زنان را تبیین نمود.

نتیجه‌گیری: نشانه‌های مشکلات رفتاری نقش معنی‌داری در پیش‌بینی عملکرد جنسی و خودکارامدی جنسی زنان دارد. در نظر گرفتن نشانه‌های مشکلات رفتاری جهت تشخیص و درمان مشکلات جنسی، می‌تواند تشخیص و درمان مؤثری را فراهم آورد.

واژه‌های کلیدی: فعالیت‌های جنسی، شاخصه‌های جنسی، خودکارامدی، مشکلات رفتاری

ارجاع: وزیری شهرام، کلوانی سهیلا. **پیش‌بینی عملکرد جنسی و خودکارامدی جنسی زنان بر اساس نشانه‌های مشکلات رفتاری.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶ (۱): ۱۰۷-۱۰۱

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۹/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۴ تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱/۱۵

مقدمه

دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (International Classification of Diseases-10 یا ICD-10)، اختلال عملکرد جنسی را ناتوانی فرد برای شرکت در رابطه جنسی دلخواه می‌داند که می‌تواند ناشی از مشکلاتی با منشأ زیست‌شناختی و تعارضات روانی باشد (۱). عوامل روانی نقش مهمی در گسترش و نگهداری اختلالات جنسی ایفا می‌کنند. نتایج تحقیقات بیانگر نقش فرایندهای روانی در اختلالات جنسی است؛ به گونه‌ای که در واقع صحبت از تمایلات جنسی به عنوان پدیده‌ای مستقل از ویژگی‌های روانی غیر ممکن است (۲). مروری بر ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که اختلالات مرتبط با عملکرد جنسی (Sexual function)، تأثیر معنی‌داری بر کیفیت زندگی (۳) می‌گذارد و ارتباط معنی‌داری با افسردگی، اضطراب و استرس (۶-۴)، نگرانی (۷)، خودکارامدی جنسی (Sexual self-efficacy) پایین (۸) دارد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که همبستگی معنی‌داری بین اختلالات کنشی جنسی و اختلالات خلقی و اضطرابی وجود دارد (۹). عوامل روان‌شناختی متعددی در ایجاد بدکاری جنسی مؤثر است (۱۰).

رابطه معنی‌داری بین بدکاری‌های جنسی، افسردگی و اضطراب در زنان جوان (۱۱)؛ افسردگی، کم‌خوابی و اختلالات کنشی جنسی در زنان (۱۲) و افسردگی در ایجاد اختلال کنشی جنسی زنان (۱۳) وجود دارد و نمره بالا در خودپنداره جنسی، نمره پایین در اضطراب جنسی، جوان بودن و متأهل بودن به طور معنی‌داری پیش‌بینی‌کننده فعالیت جنسی می‌باشد (۹). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که عملکرد جنسی به صورت معنی‌داری تحت تأثیر مشکلات جسمانی (۱۵، ۱۴) و روانی (۱۶) قرار دارد و زنانی که در ارتباط جنسی خود مشکل دارند، سطح پایین‌تری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (۱۸، ۱۷).

عوامل مختلفی مانند سلامت عمومی، بیماری‌های مزمن (۱۹)، مسایل فردی و اجتماعی (۲۰) و خودکارامدی جنسی (۲۱)، از شایع‌ترین عوامل مؤثر در

۱- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

نویسنده مسؤول: شهرام وزیری

Email: shahram.vaziri@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.14.0]

بروز مشکلات جنسی به شمار می‌رود. اگر خودکارامدی جنسی یک ساختار چند بعدی شامل باور هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد جنسی مؤثر، مطلوب بودن برای شریک جنسی و ارزیابی از توانایی و خودکارامدی در رفتار جنسی در نظر گرفته شود (۲۱)، مشخص می‌شود که خودکارامدی جنسی به عنوان یک متغیر مداخله‌گر، نقش تعیین‌کننده‌ای در عملکرد جنسی دارد. پژوهشگران، خودکارامدی جنسی را برای داشتن یک عملکرد جنسی مناسب و مطلوب، ضروری می‌دانند و عقیده دارند که عملکرد جنسی با درک بالاتری از خودکارامدی جنسی همراه است و خودکارامدی جنسی موجب عملکرد روانی بهتری در زندگی افراد می‌شود و بر این اساس، خودکارامدی جنسی را پیش‌بینی‌کننده عملکرد جنسی می‌دانند (۸). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که خودکارامدی جنسی برای داشتن یک عملکرد جنسی مناسب و مطلوب ضروری است (۲۲) و این در حالی است که ۴۰ درصد از زنان ایالت متحده آمریکا درباره سلامت جنسی خود نگران هستند (۲۳)، حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد زنان از اختلالات بدکارکردی جنسی شکایت می‌کنند (۹) و حدود دو سوم زنان از روابط جنسی نگران هستند و بدکارکردی جنسی از مشکلات رایج و شکایت‌های معمول زوجین می‌باشد (۲۴).

بخشایش و مرتضوی به این نتیجه رسیدند که همبستگی مثبتی بین رضایت جنسی و رضایت زناشویی وجود دارد، اما این دو متغیر با سلامت روان رابطه‌ای نداشتند (۲۵). نتایج پژوهش‌های دیگر نیز نشان داد که نمرات بالا در خودپنداره جنسی، پیش‌بینی کننده میزان بالایی از خودکارامدی جنسی است (۲۶). همچنین، بین اختلال عملکرد جنسی زنان، استرس، افسردگی و اضطراب رابطه معنی‌داری مشاهده شد و افسردگی و اضطراب، قوی‌ترین پیشگویی‌کننده بدکاری جنسی زنان می‌باشد (۲۲) و هر اندازه سطح خودکارامدی جنسی در رویارویی با مسایل جنسی بالاتر باشد، به همان اندازه نیز توانایی در جهت حل و فصل مشکلات ناشی از روابط جنسی در افراد نیز بیشتر می‌شود (۲۷). با توجه به آنچه بیان شد، مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی عملکرد جنسی و خودکارامدی جنسی زنان بر اساس نشانگان مشکلات رفتاری انجام شد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق از نظر هدف، بنیادی و به لحاظ شیوه جمع‌آوری داده‌ها، توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را دانشجویان زن متأهل ۱۸ تا ۵۰ ساله مقاطع تحصیلی کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۹۵ تشکیل داد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود (متأهل بودن، گذشت حداقل دو سال از ازدواج، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، نداشتن بیماری حاد و ناتوان‌کننده بر اساس اعلام آزمودنی)، ۲۱۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌های عملکرد جنسی (Female Sexual Function Index یا FSFI)، خودکارامدی جنسی (Sexual Self Efficacy Questionnaire یا SSEQ) و چک‌لیست تجدید نظر شده علایم روانی (Symptom Checklist-90-Revised یا SCL-90-R) پاسخ دادند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، به دلیل این که ۹ پرسش‌نامه به صورت ناقص پاسخ داده شده بود، نمونه‌ها به ۲۰۱ نفر تقلیل یافت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در کلیه فرایندها و مراحل نمونه‌گیری، اهداف پژوهش به صورت کامل برای دانشجویان تشریح گردید و به آن‌ها اطمینان داده شد که از این اطلاعات فقط برای انجام کارهای پژوهشی استفاده می‌شود و نیازی به درج نام و نام خانوادگی نیست.

پس از اجرا و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی Pearson و Multiple linear regression به شیوه گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در ادامه آمده است.

مقیاس FSFI: این پرسش‌نامه توسط Rosen و همکاران برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان طی ۴ هفته گذشته طراحی شده است که با ۱۹ سؤال، شش عامل «میل جنسی، تحریک، لیزی، ارگاسم، رضایتمندی و درد» را ارزیابی می‌کند (۲۸). نمرات بالاتر در این مقیاس اشاره به عملکرد جنسی بالاتر دارد (۲۱). پرسش‌نامه FSFI در ایران توسط فخری و همکاران هنجاریابی شده و شاخص‌های روان سنجی آن مورد تأیید قرار گرفته است (۲۹). مقیاس مذکور به عنوان استاندارد طلایی برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان در نظر گرفته می‌شود و در بیش از ۳۰ کشور ترجمه و اعتبارسنجی شده است (۳۱، ۳۰). مقادیر Cronbach's alpha برای تمام مقیاس‌های پرسش‌نامه بیشتر از ۰/۷۰ و روایی همزمان مقیاس‌های آن بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۲ گزارش شده است (۲۹). در پژوهش حاضر، میانگین ضریب Cronbach's alpha برای میل جنسی، تحریک، لیزی، ارگاسم، رضایتمندی و درد، ۰/۷۳۵ به دست آمد.

مقیاس SCL-90-R: این مقیاس برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ تنظیم گردید و در سال ۱۹۸۳ بر اساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفت و منتشر شد (۳۲). ابزار مذکور شامل ۹۰ سؤال و ۹ خرده مقیاس می‌باشد و جسمانی‌سازی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس بیمارگونه، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را ارزیابی می‌کند (۳۵-۳۳). مدبرنیا و همکاران در پژوهش خود به منظور هنجاریابی این مقیاس، پایایی خرده مقیاس‌های آن را به روش ضریب Cronbach's alpha برای جسمانی‌سازی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس بیمارگونه، افکار پارانوئید و روان‌پریشی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۷، ۰/۷۲، ۰/۶۵ و ۰/۷۰ گزارش کردند (۳۶). در مطالعه حاضر، ضریب Cronbach's alpha برای ۹ خرده مقیاس به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۲، ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۶۷، ۰/۷۴، ۰/۵۳ و ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه SSEQ: این مقیاس ۱۰ سؤالی بر اساس خودکارامدی عمومی Schwarzer و توسط وزیری و لطفی کاشانی ساخته شده است و به صورت یک پیوستار چهار گزینه‌ای از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۳ (کاملاً صحیح است) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی پرسش‌نامه SSEQ با استفاده از روش‌های ضریب Cronbach's alpha، دو نیمه کردن Spearman-Brown و Gottman به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۸۱ گزارش و اعتبار آن تأیید شد (۲۱). بر اساس نتایج تحقیق وزیری و لطفی کاشانی، ضریب همبستگی پرسش‌نامه SSEQ با نمرات کل شاخص عملکرد جنسی ۰/۸۰۳ ($P < ۰/۰۱$) و رضایت جنسی ۰/۸۱۱ ($P < ۰/۰۱$) نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه روایی قابل قبولی دارد (۲۱). ضریب Cronbach's alpha در مطالعه حاضر، ۰/۸۴۱ به دست آمد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.14.0]
http://rbs.mui.ac.ir

جدول ۱. مؤلفه‌های توصیفی نشانگان مشکلات رفتاری، عملکرد جنسی و خودکارامدی جنسی

متغیر	میانگین ± انحراف معیار	میل جنسی	برانگیختگی	لیزشدگی	ارگاسم	رضایت جنسی	درد جنسی	عملکرد جنسی	خودکارامدی جنسی
شکایات جسمانی	۸۹/۵۵ ± ۰	-۰/۳۵**	-۰/۴۱**	-۰/۲۳**	-۰/۳۴**	-۰/۳۷**	-۰/۲۴**	-۰/۴۵**	-۰/۲۹**
وسواس	۹۱/۶۰ ± ۰	-۰/۳۷**	-۰/۳۸**	-۰/۱۹**	-۰/۲۵**	-۰/۳۰**	-۰/۰۷	-۰/۳۶**	-۰/۲۴**
حساسیت فردی	۷۵/۵۵ ± ۰	-۰/۳۰**	-۰/۳۲**	-۰/۱۴*	-۰/۲۸**	-۰/۳۱**	-۰/۲۵**	-۰/۳۷**	-۰/۲۵**
افسردگی	۸۹/۵۵۶۸ ± ۰	-۰/۴۵**	-۰/۴۸**	-۰/۲۴**	-۰/۳۴**	-۰/۴۵**	-۰/۱۰	-۰/۴۷**	-۰/۴۰**
اضطراب	۸۵/۶۵ ± ۰	-۰/۳۲**	-۰/۳۳**	-۰/۲۰**	-۰/۲۸**	-۰/۳۵**	-۰/۱۷**	-۰/۳۸**	-۰/۲۷**
پرخاشگری	۶۶/۵۵ ± ۰	-۰/۲۶**	-۰/۲۶**	-۰/۲۰**	-۰/۱۹**	-۰/۳۳**	-۰/۲۳**	-۰/۳۴**	-۰/۲۷**
ترس مرضی	۴۷/۷۹ ± ۰	-۰/۱۸**	-۰/۲۱**	-۰/۱۰**	-۰/۲۱**	-۰/۲۴**	-۰/۰۳	-۰/۲۲**	-۰/۲۳**
پارانویا	۹۲/۱۱ ± ۰/۱۰	-۰/۲۹**	-۰/۳۱**	-۰/۱۹**	-۰/۳۴**	-۰/۲۳**	-۰/۰۶	-۰/۳۳**	-۰/۲۵**
روان‌پریشی	۶۰/۹۳ ± ۰	-۰/۲۴**	-۰/۲۷**	-۰/۱۷**	-۰/۳۰**	-۰/۳۳**	-۰/۰۴	-۰/۳۱**	-۰/۳۰**
شاخص کلی علایم	۷۷/۵۴ ± ۰	-۰/۳۸**	-۰/۴۱**	-۰/۲۳**	-۰/۳۶**	-۰/۴۰**	-۰/۱۵*	-۰/۴۵**	-۰/۳۵**
میل جنسی	۷۹/۰۴ ± ۶/۲۰								
برانگیختگی	۴۴/۶۶ ± ۱۳/۳۰								
لیزشدگی	۳۰/۱۲ ± ۱۲/۳۰								
ارگاسم	۵۳/۲۶ ± ۱۱/۳۰								
رضایت جنسی	۹۹/۰۴ ± ۷/۲۰								
درد جنسی	۲۱/۹۵ ± ۱۱/۲۰								
عملکرد جنسی	۹۹/۱۵ ± ۶۲/۱۲								
خودکارامدی جنسی	۸۴/۹۲ ± ۲۷/۷۰								

$P < ۰/۰۱^{**}$، $P < ۰/۰۵^{*}$

یافته‌ها

بررسی‌های دموگرافیک نشان داد که از ۲۰۱ دانشجوی شرکت‌کننده، ۱۵ نفر مدرک کاردانی، ۱۲۳ نفر مدرک کارشناسی، ۵۵ نفر مدرک کارشناس ارشد و ۸ نفر مدرک دکتری داشتند. ۸۷ نفر بدون فرزند، ۶۶ نفر دارای یک فرزند، ۴۶ نفر دارای دو فرزند و ۲ نفر دارای سه فرزند بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان، ۶/۹۵ ± ۳۰/۷۴ سال و کمترین و بیشترین سن آنان به ترتیب ۱۹ و ۵۰ سال بود. میانگین طول سال‌های ازدواج نمونه‌ها، ۷/۳۴ ± ۸/۱۹ سال گزارش شد. مؤلفه‌های توصیفی متغیرهای مورد نظر در جدول ۱ ارایه شده است.

بر اساس داده‌های جدول ۱، در شاخص عملکرد جنسی، مؤلفه میل جنسی پایین‌ترین میانگین و برانگیختگی بالاترین میانگین و در شاخص سلامت روانی نیز مؤلفه ترس مرضی پایین‌ترین میانگین و مؤلفه پارانویا بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده بود. نتایج همبستگی Pearson نشان داد که بین شاخص کلی علایم مرضی و مؤلفه‌های شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی با عملکرد و خودکارامدی جنسی رابطه منفی و معنی‌داری وجود داشت. این یافته‌ها حاکی از آن است که با افزایش شاخص کلی علایم مرضی و مؤلفه‌های شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی، عملکرد و خودکارامدی جنسی به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد و بر عکس.به منظور پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بر اساس نشانگان مشکلات رفتاری، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده گردید که نتایج آن در جداول ۲ و ۳ آمده است.

بر اساس نتایج جداول ۳ و ۴، F مشاهده شده معنی‌دار بود و از کل مقدار ۲۵/۹ درصدی ضریب تبیین متغیر عملکرد جنسی، ۲۲/۳ درصد به وسیله مؤلفه افسردگی و ۳/۶ درصد به وسیله مؤلفه شکایات جسمانی تبیین گردید و بقیه تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای دیگری که در پژوهش حاضر در نظر گرفته نشده و وارد مدل نشده است، تبیین شد. بنابراین، چنین استنباط می‌شود که مؤلفه‌های افسردگی و شکایات جسمانی (به ترتیب با میزان β برابر با ۰/۴۷۲ و ۰/۲۵۱)، سهم معنی‌داری در پیش‌بینی تغییرات عملکرد جنسی زنان دارند. ضمن این که مؤلفه‌های وسواس، حساسیت فردی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌داری برای عملکرد جنسی نبودند و در نتیجه، در معادله رگرسیون وارد نشدند.

جدول ۲. نتایج مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری نشانگان مشکلات رفتاری با عملکرد جنسی

مدل		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	R	ضریب تبیین	ضریب تغییرات
۱	رگرسیون	۶۵۸۴/۲۴	۱	۶۵۸۴/۲۴	۵۷/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۲	۰/۲۲۳	۰/۲۲۳
	باقی‌مانده	۲۲۹۱۹/۷۵	۱۹۹	۴۵/۶۷					
۲	رگرسیون	۷۶۴۱/۹۷	۲	۳۸۲۰/۹۸	۳۴/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰۹	۰/۲۵۹	۰/۰۳۶
	باقی‌مانده	۲۱۸۶۲/۰۱	۱۹۸	۱۱۰/۴۱					

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.14.0]

جدول ۳. ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد برای نشانگان مشکلات رفتاری با عملکرد جنسی

مدل	متغیر	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد B	β	t	مقدار P
۱	افسردگی	-۸/۴۱	۱/۱۱	-۰/۴۷۲	-۷/۵۶	۰/۰۰۱
۲	افسردگی	-۵/۴۸	۱/۴۴	-۰/۳۰۸	-۳/۸۰	۰/۰۰۱
	شکایات جسمانی	-۵/۳۴	۱/۷۳	-۰/۲۵۱	-۳/۱۰	۰/۰۰۲

بر اساس نتایج جداول ۴ و ۵، F مشاهده شده معنی‌دار بود و از کل مقدار ۱۷/۴ درصدی ضریب تبیین متغیر خودکارامدی جنسی، ۱۵/۸ درصد به وسیله مؤلفه افسردگی و ۱/۸ درصد به وسیله مؤلفه روان‌پریشی تبیین گردید و بقیه تغییرات متغیر ملاک توسط متغیرهای دیگری که در پژوهش حاضر در نظر گرفته نشده و وارد مدل نشده است، تبیین گردید. بنابراین، چنین استنباط می‌شود که مؤلفه‌های افسردگی و روان‌پریشی (به ترتیب با میزان β برابر با ۰/۳۹۷ و ۰/۱۴۶)، دارای سهم معنی‌داری در پیش‌بینی تغییرات خودکارامدی جنسی زنان بودند. در ضمن، مؤلفه‌های شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و پارانویا پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌داری برای خودکارامدی جنسی نبودند و در نتیجه، در معادله رگرسیون وارد نشدند.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف پیش‌بینی عملکرد و خودکارامدی جنسی زنان بر اساس نشانگان مشکلات رفتاری انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین شاخص کلی علایم مرضی و مؤلفه‌های شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی با عملکرد جنسی رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها حاکی از آن است که با افزایش شاخص کلی علایم مرضی و مؤلفه‌های شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی، عملکرد جنسی به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد و بر عکس. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه‌های افسردگی و شکایات جسمانی توانستند ۲۵/۹ درصد تغییرات عملکرد جنسی زنان را پیش‌بینی و تبیین نمایند. تحقیقات پیشین به این نتیجه رسیده بود که عملکرد جنسی با افسردگی، اضطراب و استرس (۱۳، ۱۱، ۹، ۶-۴)، نگرانی (۷) و خودکارامدی جنسی پایین (۸) ارتباط معنی‌داری دارد و عوامل روان‌شناختی متعددی در ایجاد بدکاری‌های جنسی مؤثر است (۱۰). همچنین، نمره پایین در خودپنداره جنسی و نمره بالا در اضطراب جنسی، به طور معنی‌داری پیش‌بینی‌کننده فعالیت جنسی پایین می‌باشد (۹) و زنانی که در ارتباط جنسی خود مشکل دارند، سطح پایین‌تری از بهزیستی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (۱۸، ۱۷).

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، ارتباط منفی و معنی‌داری بین شاخص کلی علایم مرضی و مؤلفه‌های شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی با خودکارامدی جنسی مشاهده شد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که با افزایش شاخص کلی علایم مرضی و مؤلفه‌های شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانویا و روان‌پریشی، خودکارامدی جنسی به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد و بر عکس. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از آن است که مؤلفه‌های افسردگی و روان‌پریشی می‌توانند ۱۷/۴ درصد تغییرات خودکارامدی جنسی زنان را پیش‌بینی نمایند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که عملکرد جنسی بسیار پیچیده است و تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله هیجانات ناشی از خودکارامدی و ناخودکارامدی جنسی (۳۷)، عوامل زیستی، روانی، میان فردی و اجتماعی- فرهنگی (۲۳)، متغیرهای مرتبط با خودپنداره (۲۶) و خودکارامدی (۳۸) قرار دارد. در مطالعه حاضر، مؤلفه‌های افسردگی و روان‌پریشی توانستند حدود ۱۷/۴ از تغییرات خودکارامدی جنسی زنان را پیش‌بینی و تبیین نمایند که این یافته با تحقیقاتی که بر رابطه دو سویه بین افسردگی و اختلال عملکرد جنسی تأکید کرده‌اند (۴)، همخوانی داشت.

مرور ادبیات پژوهشی در بازه زمانی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ با هدف بررسی ابعاد روان‌شناختی و درون فردی در مورد کارکرد بهنجار و مشکلات جنسی، نقش عوامل متعددی از جمله سبک‌های دلبستگی، تجارب دوران کودکی (از جمله سابقه سوء استفاده جنسی)، زمان شروع رابطه جنسی، شخصیت، طرحواره‌های شناختی و انتظارات جنسی را در عملکرد جنسی مطرح نمود (۱۰) و توصیه کرد که بهتر است در افراد مبتلا به مشکلات جنسی، ارزیابی اضطراب، افسردگی و استرس از همان ابتدا در سرلوحه اقدامات قرار گیرد (۱۳). اگر مطابق با نظر سازمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی تحت عنوان یکپارچگی و هماهنگی میان ذهن، احساس و جسم در نظر گرفته شود که جنبه‌های اجتماعی و عقلانی انسان را در مسیر ارتقای شخصیت قرار می‌دهد و منجر به ایجاد ارتباط و عشق می‌شود، مشخص می‌گردد که هر نوع تعارض روانی، مشکل هیجانی، افسردگی، اضطراب و مشکلات بین فردی خواهد توانست بر عملکرد جنسی فرد تأثیر بگذارد.

جدول ٤. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری نشانگان مشکلات رفتاری با خودکارامدی جنسی

مدل		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار P	R	ضریب تبیین	ضریب تغییرات
۱	رگرسیون	۱۹۷۸/۴۱	۱	۱۹۷۸/۴۱	۳۷/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۹۷	۰/۱۵۸	۰/۱۵۸
	باقی‌مانده	۱۰۵۶۴/۴۹	۱۹۹	۴۵/۶۷					
۲	رگرسیون	۲۱۸۶/۶۶	۲	۱۰۹۳/۳۳	۲۰/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۸	۰/۱۷۴	۰/۰۱۸
	باقیمانده	۱۰۳۵۶/۲۵	۱۹۸	۵۲/۳۰					

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.14.0]

http://rbs.mui.ac.ir

جدول ۵. ضرایب رگرسیون استاندارد و غیر استاندارد برای نشانگان مشکلات رفتاری با خودکارامدی جنسی

مدل	متغیر	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد B	β	t	مقدار P
۱	افسردگی	-۴/۶۱	۰/۷۶	-۰/۳۹۷	-۶/۱۱	۰/۰۰۱
۲	افسردگی	-۳/۸۰	۰/۸۵	-۰/۳۲۷	-۴/۴۶	۰/۰۰۱
	روان‌پریشی	-۱/۳۹	۰/۷۰	-۰/۱۴۶	-۲/۰۰	۰/۴۷۰

از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان بـه نمونـه‌های در دسـترس اشاره کرد. با توجه به احتمال تأثیر مشکلات رفتاری بر عملکرد جنسـی و تـأثیر بدکارکردی جنسـی بـر نشـانگان مشـکلات روانـی، پیشـنهاد می‌شـود کـه در پژوهش‌های آینده اثر پیش‌بینی‌کننده بدکارکردی جنسی بر پدید آمدن نشانگان اختلالات و مشکلات رفتاری مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری

از تمام دانشجویانی که در انجام این تحقیق مشارکت نمودند، تشکر و قـدردانی به عمل می‌آید.

References

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva, Switzerland: WHO; 1993.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
3. Bossini L, Fortini V, Casolaro I, Caterini C, Koukouna D, Cecchini F, et al. Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: A review. Psychiatr Pol 2014; 48(4): 715-26.
4. Hurtman U. Depression and sexual dysfunction. J Mens Health Gend 2007; 4(1): 18-25.
5. Tahmasebi H, Abasi E. Sexual function and its relation with depression in referring women to health centers affiliated to medical science university in Sari Township. (Journal of Health Breeze) Family Health 2013; 1(3): 40-4. [In Persian].
6. Sepehrian F, Hosseinpoor L. Female sexual dysfunction and its related factors in Urmia. J Urmia Univ Med Sci 2012; 23(2): 148-54. [In Persian].
7. Pastor Z. Female sexual desire disorders-prevalence, classification and treatment possibilities. Ceska Gynekol 2011; 76(1): 59-64.
8. Bailes SC, Fichten CS, Libman E, Brender W, Amsel R. Sexual self-efficacy scale for female functioning. In: Fisher TD, Davis CM, Yarber WL, Editors. Handbook of sexuality-related measures. London, UK: Routledge; 2013.
9. Kayhan F, Kucuk A, Satan Y, Ilgun E, Arslan S, Ilik F. Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. Neuropsychiatr Dis Treat 2016; 12: 349-55.
10. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. J Sex Med 2016; 13(4): 538-71.
11. Pereira VM, Nardi AE, Silva AC. Sexual dysfunction, depression, and anxiety in young women according to relationship status: An online survey. Trends Psychiatry Psychother 2013; 35(1): 55-61.
12. Ghajarzadeh M, Jalilian R, Togha M, Azimi A, Hosseini P, Babaei N. Depression, poor sleep, and sexual dysfunction in migraineurs women. Int J Prev Med 2014; 5(9): 1113-8.
13. Kuffel SW, Heiman JR. Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. Arch Sex Behav 2006; 35(2): 163-77.
14. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner AH, Schedlowski M, Mann K, et al. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 2003; 88(12): 5801-7.
15. Tepavcevic DK, Kostic J, Basuroski ID, Stojsavljevic N, Pekmezovic T, Drulovic J. The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MSQoL-54 in patients with multiple sclerosis. Mult Scler 2008; 14(8): 1131-6.
16. Jonler M, Moon T, Brannan W, Stone NN, Heisey D, Bruskewitz RC. The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. Br J Urol 1995; 75(5): 651-5.
17. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. J Sex Med 2009; 6(10): 2690-7.
18. Lau JT, Kim JH, Tsui HY. Prevalence of male and female sexual problems, perceptions related to sex and association with quality of life in a Chinese population: A population-based study. Int J Impot Res 2005; 17(6): 494-505.
19. Salehzadeh M, Kajbaf MB, Molavi H, Zolfaghari M. Effectiveness of cognitive-behavior therapy on sexual dysfunction in women. Journal of Psychological Studies 2011; 7(1): 11-32. [In Persian].
20. Bitzer J, Alder J. Diabetes and female sexual health. Diabetes and Female Sexual Health 2009; 5(6): 626-36.
21. Vaziri S, Lotfi Kashani F. Study of factor structure, reliability and validity of the sexual self efficacy questionnaire. Iran J

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.14.0]

Psychiatry Clin Psychol 2013; 8(29): 47-56. [In Persian].
22. Steinke EE, Wright DW, Chung ML, Moser DK. Sexual self-concept, anxiety, and self-efficacy predict sexual activity in heart failure and healthy elders. Heart Lung 2008; 37(5): 323-33.
23. Faubion SS, Rullo JE. Sexual dysfunction in women: A practical approach. Am Fam Physician 2015; 92(4): 281-8.
24. Najafabady MT, Salmani Z, Abedi P. Prevalence and related factors for anorgasmia among reproductive aged women in Hesarak, Iran. Clinics 2011; 66(1): 83-6.
25. Bakhshayesh AR, Mortazavi M. The relationship between sexual satisfaction, general health and marital satisfaction in couples. Journal of Applied Psychology 2010; 3(4): 73-85. [In Persian].
26. Rostosky SS, Dekhtyar O, Cupp PK, Anderman EM. Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: A possible clue to promoting sexual health? J Sex Res 2008; 45(3): 277-86.
27. Powwattana A, Ramasoota P. Differences of sexual behavior predictors between sexually active and nonactive female adolescents in congested communities, Bangkok metropolis. J Med Assoc Thai 2008; 91(4): 542-50.
28. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000; 26(2): 191-208.
29. Fakhri A, Mohammadi Zeidi I, Pakpour Haji Agha A, Morshedi H, Mohammad Jafari R, Ghalambor Dezfooli F. Psychometric properties of Iranian version of female sexual function index. Jundishapur Sci Med J 2011; 10(4): 345-54. [In Persian].
30. Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH. Developing and validating a Taiwan version of the female sexual function index for pregnant women. J Sex Med 2009; 6(6): 1609-16.
31. Takahashi M, Inokuchi T, Watanabe C, Saito T, Kai I. The Female sexual function index (FSFI): Development of a Japanese version. J Sex Med 2011; 8(8): 2246-54.
32. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. Psychopharmacol Bull 1973; 9(1): 13-28.
33. Anisi J, Eskandari M, Bahmanabadi S, Noohi S, Tavalayi A. Standardization of symptom checklist 90 revised (SCL-90 -r) of a military unit. Journal of Military Psychology 2014; 5(17): 57-67.
34. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. Br J Psychiatry 1976; 128: 280-9.
35. Derogatis LR. SCL-90-R: symptom checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems, Inc; 1994.
36. Modabernia M, Shojaie Tehranie H, Falahi M, Faghirpour M. Normalizing SCL-90-R inventory in Guilan high-school students. J Guilan Univ Med Sci 2010; 19(75): 58-65. [In Persian].
37. Abarbanel J, Rabinerson D. Sexual dysfunction in women. Harefuah 2004; 143(6): 426-31.
38. 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 Pt 2): 327-36.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.14.0]

Prediction of Sexual Functioning and Sexual Self-Efficacy in Women Based on Signs and Symptoms of Behavioral Problems

Shahram Vaziri[1], Soheila Kelvani[2]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Behavioral problems can affect sexual behavior. Therefore, this study aimed to predict sexual function and female sexual self-efficacy based on the components of behavioral problems.

Methods and Materials: In this descriptive-analytical design study, 210 married women students aged 18 to 50 years in Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tarbiat Modares University, and University of Tehran, Iran, were selected using availability sampling method. The data were collected using the Female Sexual Function Index (FSFI), Vaziri-Lotfi Sexual Self Efficacy Questionnaire, (SSEQ) and Symptoms Checklist-90 revised (SCL-90-R), and were analyzed using Pearson correlation statistical method and Stepwise regression analysis.

Findings: There was a negative and significant relationship between the general index of symptoms and the components of physical complaints, obsession, individual sensitivity, depression, anxiety, aggression, phobia, paranoia, and psychosis with sexual function and sexual self-efficacy ($P < 0.05$ for all). Among the studied components, depression, physical complaints, and psychosis were able to predict sexual function and sexual self-efficacy in women. In total, physical complaints explained 9.25% of the variance and sexual variability in women, and depression and psychosis predicted 17.4% of variance and variability in female sexual self-efficacy.

Conclusions: Signs of behavioral problems have a significant role in predicting sexual function and sexual self-efficacy in women. Considering signs of behavioral problems in diagnosing and treating sexual problems, can provide effective diagnosis and treatment.

Keywords: Sexual activities, Sex characteristics, Self-efficacy, Behavioral problems

Citation: Vaziri S, Kelvani S. **Prediction of Sexual Functioning and Sexual Self-Efficacy in Women Based on Signs and Symptoms of Behavioral Problems.** J Res Behav Sci 2018; 16(1): 101-7.

Received: 17.12.2017 Accepted: 23.02.2018 Published: 04.04.2018

1- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
2- MSc, Department of Clinical Psychology, School of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
Corresponding Author: Shahram Vaziri, Email: shahram.vaziri@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.1.14.0]