DOI: *10.29252/rbs.18.2.202*

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2020, Volume 18, Issue 2

The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Relationship between Child Maltreatment and Female Sexual Dysfunction

Nasibe Mansouri[1], **Mohammad Reza Saffarian Tosi**[2], **Ahmad Mansouri**[3]

1. PhD Student in Counseling, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
2. (Corresponding author)* Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Abstract

Aim and Background: Sexual dysfunction is one of the most common disorders among women and is usually associated with by a clinically significant disturbance in a person's ability to respond sexually or to experience sexual pleasure. Therefore, the main purpose of this study was to investigate the mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction.

Methods and Materials: The research was descriptive-correlational. Its statistical population included all married female students of Shahroud universities. Four hundred married female students in Shahroud universities were selected by multi-stage cluster sampling. Participants responded to the female sexual function index (FSFI), cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ), and the self‑report measures of child abuse (CASRS). The present research data were analyzed using SPSS and LISREL software and structural equation modeling method.

Findings: The results of this study showed that there are a significant relation between childhood maltreatment, sexual dysfunction and cognitive emotion regulation. In addition, cognitive emotion regulation mediated the relationship childhood maltreatment and female sexual dysfunction.

Conclusions: The results of the present study support the hypothesis that negative cognitive emotion regulation strategies mediate the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction.

Keywords: Emotion regulation, Neglect, Sexual dysfunction, Sexual abuse.

Citation: Mansouri N, Saffarian Tosi MR, Mansouri A. **The Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation in Relationship between Child Maltreatment and Female Sexual Dysfunction.** Res Behav Sci 2020; 18(2): 202-212.

*** Mohammad Reza Saffarian Tosi,**
Email: mansoury_am@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان

نسیبه منصوری[1]، محمدرضا صفاریان طوسی[2]*، احمد منصوری[3]

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: کژکاری جنسی یکی از اختلال‌های شایع در بین زنان است و معمولاً با ناراحتی چشمگیر بالینی در توانایی پاسخ‌دهی جنسی فرد یا تجربه لذت جنسی همراه است. ازاین‌رو هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری آن شامل کلیه دانشجویان زن متأهل دانشگاه‌های شهرستان شاهرود بود. چهارصد دانشجوی زن متأهل دانشگاه‌های شاهرود به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به شاخص عملکرد جنسی زنان، پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقیاس خود گزارشی کودک‌آزاری پاسخ دادند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و به کمک روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان رابطه وجود دارد ($p<۰/۰۵$). بعلاوه، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میانجی رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر از این فرض حمایت می‌کند که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میانجی رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند.

واژه‌های کلیدی: تنظیم هیجان، غفلت، کژکاری جنسی، سوء استفاده جنسی.

ارجاع: منصوری نسیبه، صفاریان طوسی محمدرضا، منصوری احمد. **نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۲): ۲۱۲-۲۰۲.

*- محمدرضا صفاریان طوسی

رایان نامه: mansoury_am@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]

[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

مقدمه

کژکاری جنسی[1] یکی از اختلال‌های بسیار شایع در مردان و زنان است (۱). این کژکاری‌ها گروه ناهمگنی از اختلال‌ها هستند که معمولاً با ناراحتی چشمگیر بالینی در توانایی پاسخ‌دهی جنسی فرد یا تجربه لذت جنسی مشخص می‌شوند (۲). شواهد موجود نشان می‌دهد که کژکاری جنسی وضعیت بسیار شایعی در زنان است و شامل اختلال میل جنسی کم‌کار، اختلال برانگیختگی، اختلال ارگاسم و اختلال درد جنسی می‌شود (۳). این اختلال‌ها دائمی یا اکتسابی و همچنین فراگیر یا موقعیتی هستند (۲). اختلال میل جنسی کم‌کار شایع‌ترین شکایت جنسی در مطالعات همه‌گیرشناسی است (۴). نرخ بروز و شیوع این اختلال متنوع است و دامنه آن ۳۰ تا ۵۰ درصد و همچنین ۲۵/۸ تا ۹۱ درصد گزارش‌شده است (۳، ۴). نرخ شیوع کژکاری‌های جنسی در زنان دانشجوی جوان ۲۳ درصد گزارش شده است (۵). در یک مطالعه دیگر نرخ شیوع این مشکلات در زنان دانشجوی دارای سابقه خشونت جنسی ۸۳ درصد بوده است (۶). در یک پژوهش انجام شده در مورد زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران شیوع این اختلال ۳۱ درصد گزارش شده است. نرخ شیوع اختلال میل جنسی کم‌کار، اختلال برانگیختگی، اختلال ارگاسم و اختلال درد جنسی به ترتیب ۳۳، ۱۶/۵، ۲۵ و ۴۵/۵ درصد بوده است (۷).

این کژکاری‌ها چند علیتی یا زیستی–روانی–اجتماعی هستند (۱، ۴، ۸، ۹). برای مثال می‌توان به شرایط طبی–پزشکی (مثل، سرطان‌ها، دیابت، بیماری‌های قلبی–عروقی، بیماری‌های عفونی، آسیب نخاع)، زنان و زایمان (مثل، زایمان، تعداد زایمان‌ها، عدم تعادل هورمونی هیستر کتومی، تخمدان)، روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، اختلال وسواس اجبار)، سبک زندگی (مثل، فعالیت جسمی، سیگار کشیدن، مصرف دارو و الکل)، جمعیت شناختی (مثل، سن، تحصیلات، درآمد) و سایر عوامل (مثل، جهت‌گیری جنسی، سوءاستفاده جنسی، نگرش‌های جنسی منفی، تصویر بدنی منفی) اشاره کرد (۹). اگرچه در پژوهش فوق به نقش عوامل فرهنگی و اجتماعی در بعد سایر عوامل اشاره شده است، اما مطالعات دیگر نشان داده اند که عوامل فرهنگی و اجتماعی نقش مهمی در کژکاری جنسی زنان فرهنگ های مختلف و مسلمان دارند (۱۰، ۱۱). گارنئو و همکاران نشان دادند که سابقه قربانی شدن جنسی، قومیت، مصرف قرص‌های ضدبارداری و مصرف بالکل با کژکاری‌های جنسی رابطه دارند (۶). مک کول و همکاران (۱۲) نیز با بررسی ۱۵۵ مطالعه انجام‌شده در ۴۱ کشور جهان دریافتند که عوامل خطرساز عمده این کژکاری‌ها در زنان شامل سلامت جسمی و روانی پایین، استرس، مشکلات دستگاه تناسلی، سقط‌جنین، نارضایتی از رابطه، سوءاستفاده جنسی، مسائل مذهبی، ختنه یا نقص عضو دستگاه تناسلی است. در مقابل، سن بالاتر ازدواج، ورزش، محبت روزانه، ارتباط صمیمی، داشتن تصویر بدنی مثبت و آموزش جنسی جزو عوامل محافظت‌کننده بودند.

یکی دیگر از عوامل خطرساز و مرتبط با کژکاری‌های جنسی زنان بدرفتاری‌های دوره کودکی[2] به‌خصوص آزار یا سوءاستفاده جنسی است (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶). بدرفتاری با کودکان به سوءاستفاده یا غفلت از افراد زیر ۱۸ سال اشاره دارد. همچنین شامل همه بدرفتاری‌های جسمی و یا هیجانی، سوءاستفاده جنسی، غفلت، و بهره‌کشی می‌شود که منجر به آسیب واقعی یا بالقوه به سلامت، بقا، رشد و یا شأن کودک می‌شود (۱۷). این بدرفتاری‌ها با اختلال‌های روان‌شناختی متعدد دیگری ازجمله اختلال‌های خلقی، اضطرابی، مصرف مواد، و تجزیه‌ای رابطه دارند (۱۸). گرچه رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی یا کودک‌آزاری دوره کودکی با کژکاری های جنسی به‌خوبی تائید شده است (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶)، اما توجه اندکی به به عوامل میانجی این رابطه شده است. یکی از عوامل یا فرایندهایی که می‌تواند میانجی این رابطه باشد، تنظیم شناختی هیجان است.

تنظیم شناختی هیجان[3] به راهبردهای شناختی هشیار برای مقابله با اطلاعات برانگیزاننده هیجان و بخش شناختی مقابله اشاره دارد. این راهبردها در توانایی افراد جهت مدیریت و تنظیم هیجان‌ها یا احساسات و حفظ کنترل بر هیجان‌ها و یا تحت تأثیر قرار نگرفتن به‌وسیله آن‌ها پس از رویدادهای تهدیدکننده و استرس‌زا مهم هستند (۱۹). گارنفسکی و همکاران (۱۹، ۲۰) ۹ راهبرد تنظیم شناختی هیجان را مطرح کرده‌اند که به دو گروه سازش یافته/مثبت (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری، برنامه‌ریزی) و سازش نایافته/منفی (خود سرزنش گری، نشخوار فکری، فاجعه نمایی، دیگر سرزنش

1. sexual dysfunction

2. child maltreatment
3. cognitive emotion regulation

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

گری) تقسیم می‌شوند. نتایج موجود نشان می‌دهد که استفاده از راهبردهای شناختی مثل نشخوار فکری، فاجعه نمایی و خود سرزنش گری افراد را نسبت به مشکلات هیجانی آسیب‌پذیرتر می‌سازد، درحالی‌که استفاده از راهبردهای دیگر ازجمله ارزیابی مجدد مثبت آسیب‌پذیری آن‌ها را کمتر می‌کند (۲۱). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد عوامل مرتبط با پردازش شناختی ازجمله حواس‌پرتی و تمرکز توجه، افکار خود آیند و شناخت جنسی، اسنادهای علّی به رویدادهای جنسی منفی، انتظارات مربوط به کارایی، اضطراب عملکرد و تقاضاها با کژکاری جنسی رابطه دارند (۲۲). حسین سوار زاده و منصوری (۸) دریافتند که بین نمره کل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی (خود سرزنش گری، دیگر سرزنش گری، نشخوار فکری، فاجعه نمایی) با شاخص کژکاری جنسی و مؤلفه‌های میل جنسی، برانگیختگی جنسی، ارگاسم و رضایت جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد رابطه وجود دارد. سرانجام، شواهد موجود نشان می‌دهد که بین آسیب‌ها و بدرفتاری‌های دوره کودکی با راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های مختلف رابطه وجود دارد (۸، ۱۸، ۲۳، ۲۴، ۲۵).

با توجه به شیوع کژکاری های جنسی در زنان عادی و دانشجو (۳، ۴، ۵، ۶، ۷)، پیامدهای ناشی از این کژکاری ها (۸)، نقش فرهنگ و تفاوت های فرهنگی در کژکاری جنسی (۱۰، ۱۱)، و اهمیت شناسایی مکانیسم‌های میانجی رابطه بین سوءاستفاده از کودک و آسیب‌های روانی برای ایجاد مداخله‌های زودهنگام مؤثر (۱۸)، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان انجام گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر ازنظر هدف بنیادی و ازنظر شیوه گردآوری داده‌ها جزو پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری آن شامل کلیه دانشجویان زن متأهل مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه‌های شاهرود بود. چهارصد دانشجوی زن متأهل دانشگاه‌های شاهرود به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. برای شروع از بین کلیه دانشگاه‌های شهرستان شاهرود دو دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و دانشگاه صنعتی شاهرود به‌تصادف انتخاب شد. سپس از هر دانشگاه دو دانشکده انتخاب و دانشجویان زن متأهل آن به‌عنوان افراد نمونه پژوهش انتخاب شدند. حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های مدل یابی ۲۰۰ نفر است. با وجود این، ۱۰۰، ۲۰۰، ۳۰۰، ۵۰۰ و ۱۰۰۰ نفر به ترتیب ضعیف، نسبتاً مناسب، خوب، خیلی خوب و عالی است (۲۶). ملاک‌های ورود شامل دانشجوی کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری بودن، گذشتن حداقل یک سال از ازدواج و رضایت آگاهانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج شرکت‌کنندگان وجود پرسشنامه‌های ناقص بود. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و عدم هرگونه آسیب به آن‌ها بود. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و LISREL و به کمک روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. از پرسشنامه‌های زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد.

شاخص عملکرد جنسی زنان: ابزاری است که توسط روزن همکاران برای اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان ساخته‌شده است. این شاخص ۱۹ ماده‌ای عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه ازجمله میل جنسی، اوج لذت جنسی، تهییج جنسی، رطوبت مهبلی، رضایتمندی و درد جنسی ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر در این شاخص نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آزمون ۰/۸۹ و بالاتر گزارش‌شده است (۲۷). در پژوهش محمدی، حیدری و فقیه زاده ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آزمون ۰/۷۰ و بالاتر بوده است. همچنین این آزمون از روایی افتراقی مناسبی برخوردار بوده است (۲۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ نمره کل آزمون ۰/۸۹ بود. پس از حذف خرده مقیاس درد جنسی، نتایج تحلیل عاملی تأییدی (CFI=۱، NFI=۰/۹۹، NNFI=۰/۹۹، IFI=۰/۹۶، RFI =۰/۹۸، GFI=۰/۹۹ و RMSEA=۰/۰۶۶) خوب بود.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان: ابزاری است که توسط گارنفسکی و کراج ساخته شده است. این پرسشنامه ۱۸ ماده‌ای از نوع لیکرت پنج‌درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همواره) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین، شامل دو گروه راهبردهای مثبت (شامل، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت، کم‌اهمیت شماری و پذیرش) و منفی (خود سرزنش گری، دیگر سرزنش گری، نشخوار فکری و فاجعه نمایی) تنظیم شناختی هیجان است. اعتبار آزمون به روش همسانی درونی برای خرده مقیاس‌ها

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

۰/۶۷ تا ۰/۸۱ بوده است. همچنین، این پرسشنامه از روایی قابل قبولی برخوردار است (۲۱). در پژوهش خدایاری فرد و همکاران اعتبار نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن ۰/۶۳ تا ۰/۸۸ گزارش‌شده است. اعتبار راهبردهای مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۴ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای ساختار دوعاملی (CFI=۰/۹۶، NFI=۰/۹۴، NNFI=۰/۹۵، IFI=۰/۹۶، RFI =۰/۹۳، GFI=۰/۹۴ و RMSEA=۰/۰۵) و ۹ عاملی (CFI=۰/۹۸، NFI=۰/۹۶، NNFI=۰/۹۷، IFI=۰/۹۸، RFI۰/۹۴، GFI=۰/۹۶ و RMSEA=۰/۰۴) خوب بوده است (۲۹). در پژوهش حاضر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت و منفی ۰/۸۷ و ۰/۸۶ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای راهبردهای منفی حاکی از برازش کامل ساختار چهار عاملی آن داشت.

مقیاس خود گزارشی کودک‌آزاری: ابزاری ۳۸ ماده‌ای است که توسط محمدخانی و همکاران تهیه‌شده است. این پرسشنامه از نوع لیکرت چهاردرجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همواره) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین، شامل چهار خرده مقیاس غفلت، آزار جسمی، آزار جنسی و آزار هیجانی است. اعتبار نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ گزارش‌شده است. آن‌ها گزارش کردند که این مقیاس از روایی مناسبی برخوردار است (۳۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل و خرده مقیاس‌های غفلت و آزارهای جسمی، جنسی و هیجانی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۰، ۰/۹۴، ۰/۸۸ و ۰/۸۵ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برای ساختار ۴ عاملی این مقیاس (CFI=۱، NFI=۰/۹۹، NNFI=۰/۹۹، IFI=۱، RFI۰/۹۹، GFI=۰/۹۹ و RMSEA=۰/۰۵۸) خوب بود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن دانشجویان شرکت‌کننده ۲۷/۶۴±۴/۸۹ بود. مدت ازدواج شرکت‌کنندگان ۱ تا ۱۲ سال بود. در جدول ۱ یافته‌های جمعیت شناختی دیگر گزارش‌شده است. در جدول ۲ نیز ضرایب همبستگی و میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش گزارش‌شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد بین متغیرهای بدرفتاری دوره کودکی و راهبردهای منفی تنظیم هیجان با کژکاری جنسی زنان رابطه وجود دارد (p<۰/۰۵). بعلاوه، بین بدرفتاری دوره کودکی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان رابطه وجود دارد (p<۰/۰۵). نتایج تحلیل عاملی تأییدی در قسمت ابزارهای پژوهش گزارش‌شده است.

جدول ۱. داده‌های جمعیت شناختی مربوط به شرکت‌کنندگان

متغیر		فراوانی	درصد	متغیر		فراوانی	درصد
تحصیلات	کارشناسی	۲۱۴	۵۴	طبقه اجتماعی	پایین	۱۰	۲/۵
	کارشناسی ارشد	۱۵۹	۴۰		متوسط به پایین	۲۵	۶
	دکتری	۲۳	۶		متوسط	۲۵۲	۶۴
شغل	شاغل	۱۲۷	۳۲		متوسط به بالا	۱۰۹	۲۷/۵
	بیکار	۲۶۹	۶۸				

نتایج حاصل از مدل یابی معادلات ساختاری در شکل ۱ ارائه‌شده است. شکل ۱ نشان می‌دهد که بدرفتاری دوره کودکی پیش‌بینی کننده کژکاری جنسی (p<۰/۰۵، β=۰/۲۹، t=۴/۶۳) و تنظیم شناختی هیجان منفی (p<۰/۰۵، β=۰/۳۷، t=۶/۴۷) است. تنظیم شناختی هیجان منفی (p<۰/۰۵، β=۰/۴۳، t=۵/۴۷) نیز پیش‌بینی کننده کژکاری جنسی است. اثر بدرفتاری دوره کودکی و تنظیم شناختی هیجان منفی بر کژکاری جنسی به ترتیب ۰/۲۹ و ۰/۴۳ بود. اثر غیرمستقیم بدرفتاری دوره کودکی بر کژکاری جنسی از طریق تنظیم شناختی هیجان منفی ۰/۱۶ است (p<۰/۰۵، β=۰/۱۶، t=۴/۳۲). شاخص‌های خی دو، CFI، NFI، NNFI، IFI، GFI و RMSEA برای مدل برازش شده به ترتیب برابر (p=۰/۰۰۰۰۰۱) ۳۱۹/۹۱، ۰/۹۲، ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۹۲، ۰/۸۸ و ۰/۱۱۶ بود. اگر شاخص‌های برازش بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب کمتر از ۰/۸ باشد (۳۱)، مدل برازش شده از برازش به نسبت مطلوبی برخوردار

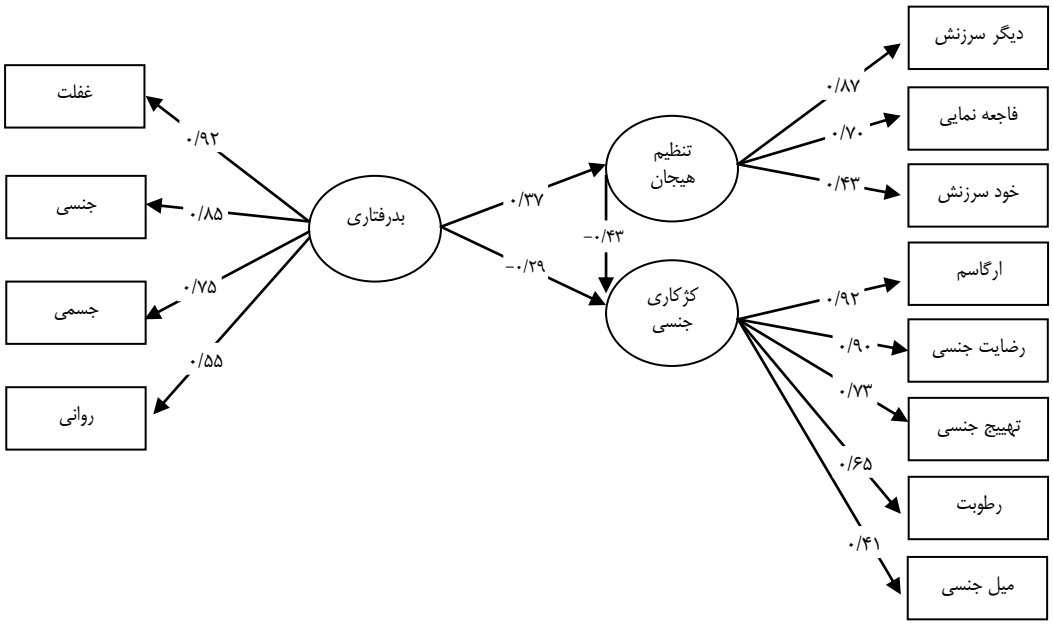
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202] [DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8] [Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]

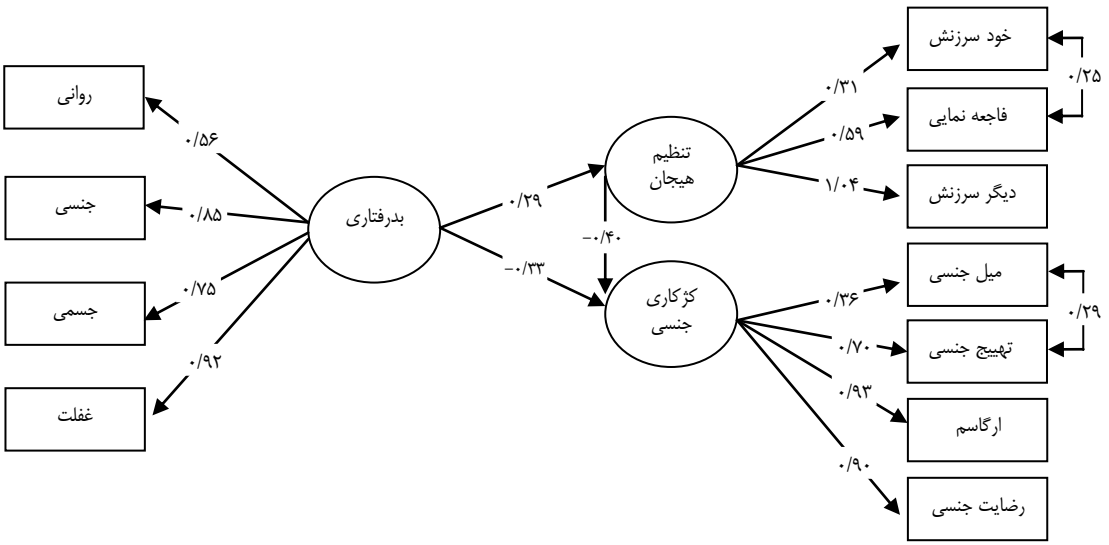
جدول ۲. شاخص های توصیفی و ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷
۱- آزار روان شناختی	-																
۲- آزار جنسی	۰/۶۲**	-															
۳- آزار جسمی	۰/۷۹**	۰/۶۹**	-														
۴- غفلت	۰/۴۸**	۰/۴۴**	۰/۴۸**	-													
۵- نمره کل بدرفتاری	۰/۹۰**	۰/۷۵**	۰/۸۷**	۰/۷۶**	-												
۶- خود سرزنش گری	۰/۲۵**	۰/۱۳**	۰/۲۰**	۰/۱۴**	۰/۲۳**	-											
۷- نشخوار فکری	۰/۱۸**	-۰/۰۷	۰/۱۴**	۰/۰۰۳	۰/۱۰۳*	۰/۴۰**	-										
۸- فاجعه نمایی	۰/۲۴**	۰/۱۳**	۰/۲۴**	۰/۰۹۵	۰/۲۲**	۰/۴۳**	۰/۵۱**	-									
۹- دیگر سرزنش گری	۰/۲۷**	۰/۱۸**	۰/۳۰**	۰/۲۱**	۰/۳۰**	۰/۲۳**	۰/۲۷**	۰/۶۱**	-								
۱۰- تنظیم هیجان منفی	۰/۳۲**	۰/۱۳**	۰/۳۰**	۰/۱۵**	۰/۲۹**	۰/۷۲**	۰/۷۰**	۰/۸۵**	۰/۷۴**	-							
۱۱- میل جنسی	-۰/۱۳**	-۰/۱۳**	-۰/۱۳**	-۰/۰۹	-۰/۱۴**	۰/۰۴	۰/۰۱	-۰/۰۱	-۰/۱۰۷*	-۰/۰۲	-						
۱۲- تهییج جنسی	-۰/۲۵**	-۰/۲۳**	-۰/۳۱**	-۰/۳۰**	-۰/۳۳**	-۰/۱۲*	-۰/۰۳	-۰/۲۱**	-۰/۳۴**	-۰/۲۴**	۰/۵۴**	-					
۱۳- رطوبت جنسی	-۰/۲۲**	-۰/۰۰۷	-۰/۳۰**	-۰/۲۷**	-۰/۲۶**	-۰/۱۷**	-۰/۰۶	-۰/۲۲**	-۰/۳۲**	-۰/۲۶**	۰/۳۵**	۰/۵۶**	-				
۱۴- اوج لذت جنسی	-۰/۳۷**	-۰/۳۳**	-۰/۳۸**	-۰/۳۹**	-۰/۴۵**	-۰/۱۷**	۰/۰۵	-۰/۱۸**	-۰/۴۳**	-۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۶۷**	۰/۵۸**	-			
۱۵- رضایت مندی	-۰/۳۳**	-۰/۲۵**	-۰/۳۵**	-۰/۳۵**	-۰/۳۹**	-۰/۲۵**	-۰/۰۴	-۰/۳۲**	-۰/۵۵**	-۰/۳۹**	۰/۳۲**	۰/۶۱**	۰/۵۸**	۰/۸۴**	-		
۱۶- درد جنسی	-۰/۱۰۶*	-۰/۱۲*	-۰/۱۳*	۰/۰۷	-۰/۰۷	۰/۰۶	-۰/۲۲**	۰/۰۷	-۰/۰۸	۰/۰۸	-۰/۰۱	-۰/۰۷	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۹	-۰/۰۰۸	-	
۱۷- نمره کل کژکاری	-۰/۳۵**	-۰/۲۷**	-۰/۴۰**	-۰/۳۳**	-۰/۴۱**	-۰/۱۶**	۰/۰۵	-۰/۲۲**	-۰/۴۶**	-۰/۲۷**	۰/۵۳**	۰/۷۸**	۰/۷۴**	۰/۸۴**	۰/۸۲**	۰/۳۲**	-
میانگین	۷/۰۱	۱/۲۳	۳/۰۶	۸/۱۵	۱۹/۴۵	۵/۳۸	۶/۲۹	۵/۳۶	۴/۲۸	۲۱/۳۲	۶/۸۱	۱۴/۳۰	۱۴/۸۷	۱۱/۸۶	۱۲/۰۸	۷/۱۹	۶۷/۱۳
انحراف استاندارد	۷/۷۸	۲/۶۰	۳/۹۸	۶/۳۰	۱۷/۲۶	۲/۳۵	۱/۹۷	۲/۳۸	۲/۲۸	۶/۸۰	۱/۴۹	۳/۰۴	۲/۷۶	۲/۵۳	۳/۱۲	۳/۷۷	۱۱/۱۳

است. با توجه به پایین بودن برخی شاخص ها، اصلاح مدل انجام شد (شکل ۲).



شکل ۱. مدل برازش شده مربوط به نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی



شکل ۲. مدل اصلاح‌شده مربوط به نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی

شکل ۲ نشان می‌دهد که بدرفتاری دوره کودکی پیش‌بینی کننده کژکاری جنسی ($p<۰/۰۵$، $\beta=۰/۳۳$، $t=-۴/۸۹$) و تنظیم شناختی هیجان منفی ($p<۰/۰۵$، $\beta=۰/۲۹$، $t=۵/۹۹$) است. تنظیم شناختی هیجان منفی ($p<۰/۰۵$، $\beta=۰/۴۰$، $t=-۴/۵۳$) نیز پیش‌بینی کننده کژکاری جنسی است. اثر بدرفتاری دوره کودکی و تنظیم شناختی هیجان منفی بر کژکاری جنسی به ترتیب ۰/۳۳ و ۰/۴۰ بود. اثر غیرمستقیم بدرفتاری دوره کودکی بر کژکاری جنسی از طریق تنظیم شناختی هیجان منفی ۰/۱۲ است ($p<۰/۰۵$، $\beta=-۰/۱۲$، $t=۳/۶۱$). شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم نشده، برازش

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

افزایشی، نیکویی برازش و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب برای مدل برازش شده به ترتیب برابر (۱۲۷/۴۶ ،(p=۰/۰۰۰۰۰۱) ۰/۹۷، ۰/۹۶، ۰/۹۵، ۰/۹۷، ۰/۹۴ و ۰/۰۷۶ بود. نتایج فوق نشان می‌دهد که مدل برازش شده از برازش مطلوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان به‌خوبی تائید شده است، اما توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. ازاین‌رو پژوهش حاضر باهدف بررسی نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان انجام شد. نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان میانجی این رابطه هستند. اگرچه پژوهشی همسو با نتایج پژوهش حاضر مشاهده نگردید، اما نتایج این پژوهش مشابه مطالعات قبلی (۱۸، ۲۴، ۲۵، ۳۲، ۳۳، ۳۴) نشان داد که تنظیم هیجان می‌تواند میانجی رابطه بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی ازجمله افسردگی، اضطراب، نشانه‌های شخصیت مرزی، خودزنی غیر خودکشی و همچنین ولع و مصرف الکل باشد. مطالعات فوق نشان دادند افراد دارای تجارب آسیب زا یا بدرفتاری های دوره کودکی نقایص بیشتری در تنظیم هیجان دارند، عاملی که خود میانجی رابطه بین بدرفتاری های دوره کودکی و انواع آسیب ها و مشکلات روان شناختی است. از سوی دیگر، نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات قبلی نشان داد که بدرفتاری‌های دوره کودکی با کژکاری جنسی (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی (۸، ۱۸، ۲۳، ۲۴، ۲۵) مرتبط هستند؛ به‌عبارت‌دیگر افراد دارای سابقه بدرفتاری دوره کودکی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی بیشتری استفاده می‌کنند و همچنین کژکاری های جنسی شدیدتری را تجربه می‌کنند. نتایج همچنین مشابه مطالعات قبلی (۸، ۲۲) نشان داد بین راهبردهای تنظیم شناختی منفی و کژکاری جنسی رابطه وجود دارد، ازاین‌رو افرادی که از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی‌تری استفاده می‌کنند احتمالاً کژکاری جنسی شدیدتری را تجربه می‌کنند.

کیم و چیکتی معتقدند که رفتار والدین و مراقبان و سبک دلبستگی ناشی از آن (دلبستگی ناایمن) نقش مهمی در تنظیم هیجان دارد. آنها دریافتند کودکان دارای تجربه بدرفتاری در دوره خردسالی نقایص بیشتری در تنظیم هیجان های خود نسبت به کودکان فاقد تجربه بدرفتاری و حتی کودکان دارای این تجربه در سنین دیگر، داشتند. آنها در تبیین رابطه بین بدرفتاری ها و بدتنظیمی هیجانی تاکید کردند که تغییرات عصب زیست شناختی در مغز و سیستم استرس زیستی (مثل، قشر پیش پیشانی و قطعه گیجگاهی کوچکتر، مدار هیپوتالاموس-هیپوفیز، فوق کلیوی) نیز ممکن است اتفاق افتد. در نهایت کودکان دارای تجربه بدرفتاری مشکلاتی در تنظیم هیجان دارند و در نتیجه مشکلاتی درونی سازی شده بیشتری را تجربه می کنند (۲۳). جنیسن و همکاران نیز معتقدند که تنظیم هیجان یکی از تکالیف رشدی مهم کودکان است و تعامل اولیه با مراقبان نقش مهمی در شکل گیری آن دارد. در خانواده های بدرفتار والدین نمی توانند الگوهای نقشی مناسبی برای تنظیم هیجان موثر باشند، زیرا به جای پاسخ مناسب به پاسخ های هیجانی کودکان خود آنها را نادیده می گیرند یا تنبیه می کنند. در این محیط ها کودکان تنظیم هیجان موفقیت آمیز را یاد نمی گیرند، لذا این مشکل می تواند تا بزرگسالی ادامه پیدا کند و منجر به آسیب های روانی در افراد گردد (۳۳).

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت افرادی که با انواع بدرفتاری‌های دوره کودکی ازجمله سوءاستفاده جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت مواجهه شده‌اند تمایل بیشتری برای استفاده از راهبردهای منفی و ناسازگارانه جهت تنظیم هیجان‌های ناشی از این تجربه تهدیدکننده دارند. برای مثال آن‌ها افکاری در رابطه با جنبه‌های وحشتناک آنچه تجربه کرده‌اند دارند (فاجعه نمایی). آن‌ها افکاری در رابطه با سرزنش خود یا محیط و دیگران به خاطر آنچه تجربه کرده‌اند (سرزنش خود و دیگران)، دارند. آنها احتمالاً والدینی داشته اند که الگوی مناسبی در تنظیم هیجان نبوده اند. آنها والدینی داشته اند که سبب شکل گیری سبک دلبستگی ناایمن و حتی تغییرات عصب زیست شناختی در مغز و سیستم استرس زیستی در آنها شده اند. عواملی که در نهایت باعث شده است آنها راهبردهای تنظیم هیجان موثر را در مواجهه با عوامل استرس زا یا رویدادهای منفی زندگی خود یاد نگیرند (۲۳، ۳۳). این راهبردهای منفی تنظیم هیجان (مثل، فاجعه نمایی، خود سرزنش گری و دیگر سرزنش گری) کمک می‌کنند که افراد در زندگی بعدی خود کژکاری های جنسی را تجربه کنند. این راهبردها می‌توانند طی یا پس‌ازاین تجربه تهدیدکننده یا منفی ادامه پیدا کنند. این یافته همسو با مطالعات قبلی نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های شناختی مثل فاجعه نمایی، خود سرزنش گری و دگر سرزنش گری پس از مواجه با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

رویدادهای منفی زندگی افراد را نسبت به مشکلات هیجانی و سایر آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیرتر می‌کند (۲۱). در زمینه کژکاری جنسی، بارلو و همکاران برخلاف نظریه های قبلی نقش اضطراب را به‌عنوان یک عامل علّی اولیه در این اختلال به حداقل می رسانند و بر فرایندهای شناختی دخیل در فهم و شروع و تداوم اختلال های جنسی تأکید دارند (۳۵). بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد عوامل مرتبط با پردازش شناختی ازجمله حواس‌پرتی و تمرکز توجه، افکار خود آیند و شناخت جنسی، اسنادهای علّی به رویدادهای جنسی منفی، انتظارات مربوط به کارایی، اضطراب عملکرد و تقاضاها با کژکاری جنسی رابطه دارند (۲۲). لذا نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات قبلی (۸، ۲۲، ۳۵) نشان می‌دهد که عوامل شناختی نقش مهمی در کژکاری های جنسی بعدی افراد دارند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است. ابتدا، این پژوهش به‌صورت مقطعی در مورد گروهی از دانشجویان مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه های شهرستان شاهرود انجام شد، بنابراین در تعمیم نتایج این پژوهش به سایر گروه های دیگر به خصوص جمعیت های بالینی باید احتیاط کرد. بعلاوه، پژوهش های طولی و همچنین پژوهش در مورد جمعیت های بالینی می تواند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازند. مسائل جنسی ازجمله سازه هایی هستند که پاسخ‌دهندگان ممکن است به دلایل مختلف از بیان آن پرهیز کنند. در این پژوهش برای سنجش متغیرها از پرسشنامه های خود گزارشی مداد-کاغذی استفاده شد که به‌نوبه خود می‌تواند نتایج پژوهش را به دلایل مختلف ازجمله سوگیری تحت تأثیر قرار دهد. توجه به دو محدودیت اخیر به‌خصوص در حوزه مسائل جنسی در نتیجه گیری ها و تعمیم یافته‌ها کمک کننده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است. از تمامی افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، واحد شاهرود و همچنین دانشگاه صنعتی شاهرود تقدیر و تشکر می شود.

References

1. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Risk factors for sexual dysfunction among women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. The Journal of Sexual Medicine. 2016;13(2):153-67.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Anger J. Female sexual dysfunction: A systematic review of outcomes across various treatment modalities. Sexual Medicine Reviews. 2019;7(2):223-50.
4. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female sexual dysfunction. Psychiatric Clinics of North America. 2017;40(2):267-84.
5. Cerentini TM, Rosa VLL, da Luz Goulart C, Latorre GFS, Caruso S, Sudbrack CA. Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women- a cross-sectional study. Sexual and Relationship Therapy. 2020; Published online.
6. Garneau-Fournier J, McBain S, Torres T, Turchik J. Sexual dysfunction problems in female college students: Sexual victimization, substance use, and personality factors. Journal of Sex Marital Therapy. 2017;43(1):24-39.
7. Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. RJMS. 2013;19(105):59-66. [In Persian].
8. Hossein Savarzade MA, Mansouri A. The relationship between generalized anxiety disorder's symptoms and trans-diagnostic factors with sexual function disorder in women. Journal of Women and Culture. 2018;10(35):75-89. [In Persian].
9. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ. An update on sexual function and dysfunction in women. Archives of Women's Mental Health. 2015;18(3):423-43.
10. Heinemann J, Atallah S, Rosenbaum T. The impact of culture and ethnicity on sexuality and sexual function. Current Sexual Health Report. 2016;8:144-50.
11. Rahman S. Female sexual dysfunction among Muslim women: Increasing awareness to improve overall evaluation and treatment. Sexual Medicine Reviews. 2018;6(4):535-47.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

12. McCool ME, Zuelke A, Theurich MA, Knuettel H, Ricci C, Apfelbacher C. Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Sexual Medicine Reviews. 2016;4(3):197-212.

13. Swaby AN, Morgan KA. The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in Jamaican adults. Journal of Child Sexual Abuse. 2009;18(3):247-66.

14. Tekin A, Meriç C, Sağbilge E, Kenar J, Yayla S, Özer ÖA, et al. The relationship between childhood sexual/physical abuse and sexual dysfunction in patients with social anxiety disorder. Nordic Journal of Psychiatry. 2016;70(2):88-92.

15. O'Loughlin JI, Rellini AH, Brotto LA. How does childhood trauma impact women's sexual desire? Role of depression, stress, and cortisol. Journal of Sex Research. 2019;1-12.

16. Bornefeld-Ettmann P, Steil R, Lieberz KA, Bohus M, Rausch S, Herzog J, et al. Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure. Journal of Sex Medicine. 2018;15(4):529-38.

17. World Health Organization. Child maltreatment. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: http://apps.who.int/violence-info/child-maltreatment.

18. Weissman DG, Bitran D, Miller AB, Schaefer JD, Sheridan MA, McLaughlin KA. Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. Development and Psychopathology. 2019;31(3):899-915.

19. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cognition and Emotion. 2018;32(7):1401-08.

20. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001;30(8):1311-27.

21. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and Individual Differences. 2006;41(6):1045-53.

22. Tavares IM, Moura CV, Nobre PJ. The role of cognitive processing factors in sexual function and dysfunction in women and men: A systematic review. Sexual Medicine Reviews. 2020;8(3):403-30.

23. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2010;51(6):706-16.

24. Khoramimanesh S, Mansouri A. The mediating role of cognitive emotion regulation and spiritual coping in the relationship between the history of trauma and symptoms of borderline personality. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2019;17(1):1-11. [In Persian].

25. Khosravani V, Samimi Ardestani SM, Sharifi Bastan F, Mohammadzadeh A, Amirinezhad A. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. Child Abuse & Neglect. 2019;104197.

26. Hooman HA. Analysis of multivariate data in behavioral research. Tehran: Peyke Farhang Publication; 2006. [In Persian].

27. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex & Marital Therapy. 2000;26(2):191-208.

28. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. Payesh. 2008;7(3):269-78. [In Persian].

29. Mansouri A, Khodayarifard M, Besharat MA, Gholamali-Lavasani M. Moderating and mediating role of spiritual coping and cognitive emotion regulation strategies in the relationship between transdiagnostic factors and symptoms of generalized anxiety disorder: Developing a conceptual model. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2018;16(2):130-42. [In Persian].

30. Mohamadkhani P, Mohammadi M, Nazari M, Salavati M. Preparation, validity and reliability of self-report measures of child abuse (CASRS) students in Iran. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2003;17:26-38.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]

31. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2006.
32. Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansouri A, Shahabizadeh F. The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in the relationship between childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury in adolescents. International Archives of Health Sciences. 2020;7:96-103.
33. Jennissen S, Holl J, Mai H, Wolff S, Barnow S. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. Child Abuse & Neglect. 2016;62:51-62.
34. Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. Journal of Affective Disorders. 2017;213:44-50.
35. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychological: An integrative approach. New York: Cengage Learning; 2014.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1399.18.2.6.8]
[DOI: 10.52547/rbs.18.2.202]