

رابطه بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی با اختلال عملکرد جنسی زنان

محمدعلی حسین سوارزاده*
احمد منصورى**

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی با اختلال عملکرد جنسی زنان انجام گردید. بدین منظور در یک پژوهش توصیفی-همبستگی ۲۳۱ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها با استفاده از مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶)، پرسشنامه تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴)، اجتناب شناختی (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۴)، فراشناخت (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴)، راهبردهای تنظیم شناختی (گارفنلسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۰۷) و شاخص عملکرد جنسی زنان (روزن و همکاران، ۲۰۰۰) صورت پذیرفت. داده‌های پژوهش با استفاده از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و اختلال عملکرد جنسی زنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین، بین عوامل فراتشخیصی و اختلال عملکرد جنسی زنان رابطه معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین، نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی مرتبط (تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ناسازگار) پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی در زنان بودند.

کلید واژگان: اضطراب فراگیر، اختلال عملکرد جنسی، تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، عوامل فراتشخیصی.

* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران
** استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران (نویسنده مسئول، ایمیل: mansoury_am@yahoo.com)

مقدمه

عملکرد جنسی^۱ مناسب و سالم یکی از نشانه‌های سلامت جسم و روان است. هم‌چنین یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی می‌باشد که سبب ایجاد حس لذت بین زوج‌ها و هم‌چنین افزایش توانایی افراد برای مقابله موثرتر با استرس‌ها و مشکلات زناشویی می‌شود (دهقانی و خالقی‌پور، ۱۳۹۵). کژکاری‌ها یا اختلال‌های عملکرد جنسی^۲ یکی از اختلال‌های شایع در زنان می‌باشند که اغلب گزارش نمی‌شوند و هم‌چنین درمان نمی‌شوند (فوبیون و فرش^۳، ۲۰۱۷). اختلال‌های عملکرد جنسی گروه ناهمگنی از اختلال‌ها هستند که معمولاً با ناراحتی چشمگیر بالینی در توانایی پاسخ‌دهی جنسی فرد یا تجربه لذت جنسی مشخص می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۱۳). چرخه پاسخ جنسی انسان شامل چهار مرحله میل، برانگیختگی، ارگاسم و فلات می‌باشد (بارلو و دیورند^۵، ۲۰۱۴). با وجود این، اختلال‌های عملکرد جنسی شامل اختلال‌هایی در میل، برانگیختگی و ارگاسم می‌باشند (مک کیب، شارلیپ، لویس، ایتاللا، بالون، فیشر، لاومن، لی و سیگریوس^۶، ۲۰۱۶). اختلال عملکرد جنسی زنان به عنوان کاهش پایدار و عودکننده در میل یا برانگیختگی جنسی، دشواری یا ناتوانی در رسیدن به ارگاسم یا درد طی فعالیت جنسی تعریف شده است (اکومو، اگویو، اینیانگ و مرمیکوی^۷، ۲۰۱۷). این اختلال‌ها می‌توانند دایمی یا اکتسابی و هم‌چنین فراگیر یا موقعیتی باشند. اختلال‌های عملکرد جنسی اغلب با اختلال‌هایی از جمله افسردگی عمده، اضطرابی و اختلال مصرف مواد همراه می‌باشند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ بارلو و دیورند، ۲۰۱۴).

اختلال عملکرد جنسی اثرات منفی بر حالت هیجانی و کیفیت زندگی زنان دارد (سادوفسکی و ناسبوم^۸، ۲۰۰۶). مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی، فرهنگی اجتماعی و رابطه‌ای از جمله عدم فعالیت جسمی، دیابت، بیماری دیابت، قلبی عروقی، فشار خون، بیماری‌های مزمن (مثل، پرکاری تیروئید، مالتیپل اسکلروزیس، جراحی لگن، آسیب نخاع، استرس بی‌اختیاری ادرار، ختنه یا نقص عضو، سرطان)، حواس پرتی، افسردگی، استرس، اسکیزوفرنیا، اختلال‌های شخصیت، سابقه سوء استفاده جنسی، تعارضات زناشویی، کژکاری جنسی همسر، فقدان صمیمت هیجانی، جهت‌گیری جنسی همجنس‌گرایانه، عدم آموزش جنسی، انتظارات جنسی غیرواقعی، هنجارهای فرهنگی، عوامل دینی، تحصیلات پایین، بیکاری و مصرف مواد از مهمترین علل اختلال عملکرد جنسی در زنان می‌باشند (مک کیب و همکاران، ۲۰۱۶؛ فوبیون و فرش، ۲۰۱۷).

علاوه بر آنچه ذکر شد، مک کیب و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند شکی در مورد نقش اختلال‌های اضطرابی در عملکرد جنسی زنان وجود ندارد. برای سال‌ها بسیاری از پژوهشگران و سکس‌درمانگران گمان می‌کردند که علت اصلی اختلال‌های عملکرد جنسی اضطراب است (مثل مسترز و جانسون^۹، ۱۹۷۰).

۱. sexual function

۲. sexual function disorder

۳. Foubion & Parish

۴. American Psychiatric Association (APA)

۵. Barlow & Durand

۶. McCabe, Sharlip, Lewis, Atalla, Balon, Fisher, Laumann, Lee & Segraves

۷. Okomo, Ogugbue, Inyang & Meremikwu

۸. Sadovsky & Nusbaum

۹. Masters & Johnson

و کاپلان^۱، ۱۹۷۴ به نقل از بارلو و دیورند، ۲۰۱۴). بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که بین اضطراب و عملکرد جنسی رابطه وجود دارد (برادفورد و مستون^۲، ۲۰۰۶؛ راجکومار و کوماران^۳، ۲۰۱۵؛ سپهریان و حسین پور، ۱۳۹۱؛ مک کیب، ۲۰۰۵؛ مک کیب و همکاران، ۲۰۱۶)، اما بارلو، سیکایم و بک^۴ (۱۹۸۳) به نقل از بارلو و دیورند، ۲۰۱۴) دریافتند که در برخی شرایط خاص اضطراب منجر به افزایش برانگیختگی جنسی می‌شود. هم‌چنین، آنها برخلاف نظریه‌های قبلی (مثل مسترز و جانسون، ۱۹۷۰ و کاپلان، ۱۹۷۴) به نقل از بارلو و دیورند، ۲۰۱۴) مدلی را مطرح کردند که نقش اضطراب را به‌عنوان یک عامل علی اولیه به حداقل می‌رساند و بر فرایندهای شناختی دخیل در فهم و شروع و تداوم اختلال‌های جنسی تأکید دارد. با این وجود، بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که یکی دیگر از عوامل مرتبط با اختلال عملکرد جنسی، اختلال اضطراب فراگیر^۵ یا نشانه‌های این اختلال هست (صابری حسین آباد، زارعی گویانی، موسوی و امینی هرندی، ۱۳۹۴؛ کندور کار و کور^۶، ۲۰۰۸). طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) اختلال اضطراب فراگیر به‌واسطه نگرانی و اضطراب بیش‌ازحد، دشواری در کنترل نگرانی و شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب مشخص می‌شود. با وجود این، نگرانی بیش‌ازحد، مزمن و کنترل‌ناپذیر به‌عنوان ویژگی اصلی این اختلال مطرح شده است. بر کوو^۷، رایبسون، پروزینسکی و دی‌پری^۸ (۱۹۸۳) نگرانی را به‌عنوان زنجیره‌ای از افکار و تصاویر دارای درون مایه عاطفی منفی نسبتاً غیر قابل کنترل تعریف کرده‌اند که دلالت بر تلاش جهت اشتغال به مسئله‌گشایی روانی در مورد موضوعات واقعی یا خیالی دارد، پیامدهای آن نامعلوم است، اما شامل یک یا چند پیامد منفی می‌شود. بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین سایر اختلال‌های اضطرابی و اختلال عملکرد جنسی رابطه وجود دارد. برای مثال، مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که بین نشانه‌های اضطراب اجتماعی (فیگوریا، پاسیدنته، مارکس و هیز^۹، ۲۰۰۱)، وحشتزدگی (فیگوریا و همکاران، ۲۰۰۱)، اختلال وسواس-اجبار (وولینک، دنیس، باس و وستنبرگ^{۱۰}، ۲۰۰۶، کندور کار و کور، ۲۰۰۸)، استرس پس از سانحه (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ یهودا، لرنر و روزنباوم^{۱۱}، ۲۰۱۵) با عملکرد جنسی رابطه وجود دارد.

عوامل متعددی از جمله تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، باورهای فراشناختی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اجتناب شناختی و تجربه‌ای در سبب‌شناسی اختلال اضطراب فراگیر دخیل هستند (بهار، دی‌مارکو، هکلر، مهلمن و استیپلس^{۱۱}، ۲۰۰۹؛ خدایاری فرد، منصوری، بشارت و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۶؛ منصوری،

۱. Kaplan
۲. Bradford & Meston
۳. Rajkumar & Kumaran
۴. Barlow, Sakheim & Beck
۵. generalized anxiety disorder
۶. Kendurkar & Kaur
۷. Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree
۸. Figueira, Possidente, Marques & Hayes
۹. Vulink, Denys, Bus & Westenberg
۱۰. Yehuda, Lehrner & Rosenbaum
۱۱. Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples

۱۳۹۶). اجتناب شناختی به راهبردهای متنوعی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواسپرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر اشاره دارد که منجر به اجتناب از محتوای شناختی و هیجانی تهدیدکننده می‌شوند (دوگاس و روبی چاد، ۲۰۰۷). باورهای منفی درباره نگرانی به باورهای منفی فرد در مورد کنترل‌ناپذیری و پیامدهای خطرناک نگرانی برای کارکرد جسمی، ذهنی یا روانی اجتماعی اطلاق می‌شود (ولز، ۲۰۰۷). تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی نوعی سوگیری شناختی که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تاثیر قرار می‌دهد (دوگاس و روبی چاد، ۲۰۰۷). راهبردهای تنظیم شناختی به‌عنوان پاسخ‌های شناختی افراد به رویدادهای فراخوان هیجان تعریف شده‌اند که به‌طور هشیار یا ناهشیار سعی در اصلاح میزان و یا نوع تجربه‌هیجانی فرد یا خود رویداد دارند (آلداو و نالن - هوکسما، ۲۰۱۰). اجتناب تجربه‌ای نیز اجتناب فعال و یا خودکار از تجربه‌های درونی تهدیدکننده یا منفی (افکار، احساسات، رانه‌ها، تصاویر، حواس بدنی) می‌باشد (رومر و ارسیلو، ۲۰۰۲).

این فرایندهای آسیب‌شناختی در اختلال‌های روانی مختلف مشترک هستند و اختصاصی یک اختلال قلمداد نمی‌شوند. از این رو به این عوامل یا فرایندهای آسیب‌شناختی، عوامل فراتشخیصی^۴ می‌گویند (آلداو، ۲۰۱۲). رویکردهای فراتشخیصی با فرایندهای دخیل در آمادگی، سبب شناسی و هم‌چنین تداوم اختلال روان‌شناختی مرتبط می‌باشد (هاروی، واتکینز، منزل و شفراين، ۲۰۰۴). رویکردهای متمرکز بر فرایندهای فراتشخیصی مزایایی به لحاظ نظری و بالینی نسبت به رویکردهای اختصاصی دارند که نقش مهمی در شکل‌گیری درمان‌های فراتشخیصی داشته‌اند (نالن - هوکسما و واتکینز، ۲۰۱۱؛ هاروی و همکاران، ۲۰۰۴). اگرچه در بررسی ادبیات پژوهش رابطه بین این عوامل فراتشخیصی و اختلال اضطراب فراگیر تایید شده است، اما مطالعه‌ای در مورد رابطه عوامل فراتشخیصی با اختلال عملکرد جنسی مشاهده نگردید. از این رو، با توجه به اهمیت سلامت روان زنان، شیوع بالای اختلال‌های عملکرد جنسی در زنان، تاثیر آن بر کارکردهای مختلف آنها، نیاز مراکز درمانی به برنامه‌های روان‌درمانی جهت درمان این اختلال‌ها و پیامدهای روان‌شناختی ناشی از آن، نقش عوامل فراتشخیصی در اختلال‌های بالینی و غیر بالینی به‌خصوص اختلال‌های عملکرد جنسی و اندک بودن پژوهش‌ها در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی با اختلال عملکرد جنسی زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد.

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و نمونه‌گیری: طرح پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه

۱. Dugas & Robichaud

۲. Wells

۳. Nolen-Hoeksema

۴. transdiagnostic factors

۵. Aldao

۶. Harvey, Watkins, Mansell & Shafran

۷. Nolen-Hoeksema & Watkins

آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۱۳۹۵ بود. نمونه مورد بررسی نیز شامل ۲۳۱ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. با وجود این، ابتدا از بین نواحی مختلف شهر مشهد سه ناحیه و از هر ناحیه یک مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شد. سپس، پرسشنامه‌ها در بین زنان مراجعه کننده به این مراکز اجرا گردید. پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش تعداد آنها به ۲۲۰ نفر کاهش یافت. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در پژوهش، تاکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به آنها بود. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و روش تحلیل رگرسیون استفاده شد.

روش اجرا

پس از گرفتن معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، هماهنگی با دانشگاه علوم پزشکی و شبکه بهداشت و درمان شهر مشهد، مراکز بهداشتی و درمانی و هم چنین تشریح اهمیت پژوهش برای شرکت کنندگان، پرسشنامه‌های این پژوهش به طور همزمان در اختیار آنها قرار گرفت. قبل از اجرای پرسشنامه‌ها هدف از گردآوری داده‌ها و ضرورت همکاری شرکت کنندگان بیان گردید.

ابزار سنجش

الف) شاخص عملکرد جنسی زنان: ابزاری است ۱۹ ماده‌ای است که توسط روزن، براون، هایمن، لیبوم، مستون، شبسای، فرگوسن و داگستینو^۱ (۲۰۰۰) برای اندازه گیری عملکرد جنسی زنان ساخته شده است. این مقیاس عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه از جمله میل جنسی، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، اوج لذت جنسی، رضایتمندی و درد جنسی را می‌سنجد. نمره بیشتر در این شاخص نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. روزن و همکاران پایایی آزمون را به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن ۰/۸۹ و بالاتر گزارش کردند. محمدی، حیدری و فقیه‌زاده (۱۳۸۷) پایایی آزمون را به روش همسانی برای نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن ۰/۷۰ و بالاتر گزارش کردند. آن‌ها هم چنین گزارش کردند که این آزمون از روایی افتراقی مناسبی برخوردار است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۸۲ بود.

ب) مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر: این مقیاس توسط اسپیتزر، کروانکه، ویلیامز و لاول^۲ (۲۰۰۶) و برای تشخیص موارد اختلال اضطراب فراگیر و ارزیابی شدت نشانه‌های بالینی آن ساخته شده است. این مقیاس ابزاری ۷ ماده‌ای است که مواد آن بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از ۰ (هیچ وقت) تا ۳ (تقریباً هر روز) نمره گذاری می‌شود. ضریب پایایی آزمون به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی آن نیز ۰/۸۳ گزارش شده است. روایی همگرای آن با پرسشنامه

۱. Female Sexual Function Index (FSFI)

۲. Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Meston, Shabsigh, Ferguson & D'Agostino

۳. Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale

۴. Pitzer, Kroenke, Williams & Lowe

اضطراب بک و خرده مقیاس اضطراب فهرست نشانه‌های بالینی به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده است. علاوه بر این، آنها گزارش کردند که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از روایی سازه، ملاکی، عاملی و رویه‌ای^۱ خوبی برخوردار می‌باشد (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶). منصوری (۱۳۹۶) پایایی این آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۸۹ و ۰/۷۶ و ۰/۷۴ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی این مطالعه نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش (CFI=۰/۹۹، NFI=۰/۹۹، NNFI=۰/۹۹، IFI=۰/۹۹، RFI=۰/۹۸، GFI=۰/۹۸) می‌باشد. در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۹۲ بود.

ج) پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۲: ابزاری ۱۸ ماده‌ای است که توسط گارنفسکی و کراج^۳ (۲۰۰۶) برای سنجش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها در پاسخ به رویدادهای تهدید کننده و استرس‌زای زندگی ساخته شده است. این پرسشنامه از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل ۹ خرده مقیاس خود سرزنش‌نگری، پذیرش، نشخوارفکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری است. آنها نشان دادند که این راهبردها می‌توانند به دو گروه سازگار یا بهنجار (شامل، ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش) و ناسازگار یا نابهنجار (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی) تقسیم شوند. پایایی آزمون به روش همسانی درونی برای خرده‌مقیاس خود سرزنش‌گری ۰/۶۷ و برای بقیه خرده مقیاس‌ها ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. هم‌چنین، این پرسشنامه از روایی قابل قبولی برخوردار است (گارنفسکی و کراج، ۲۰۰۶). در پژوهش منصوری (۱۳۹۶) پایایی نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های خود سرزنش‌نگری، پذیرش، نشخوارفکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار نیز به ترتیب برابر ۰/۸۲ و ۰/۷۴ بوده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی ساختار دو عاملی (CFI=۰/۹۶، NFI=۰/۹۴، NNFI=۰/۹۵، IFI=۰/۹۶، RFI=۰/۹۳، GFI=۰/۹۴ و RSMEA=۰/۰۵) و ۹ عاملی (CFI=۰/۹۸، NNFI=۰/۹۷، IFI=۰/۹۸، RFI=۰/۹۴، GFI=۰/۹۶ و RMSEA=۰/۰۴) این پرسشنامه بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش آن بوده است (منصوری، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر پایایی خرده مقیاس‌های خود سرزنش‌نگری، پذیرش، نشخوارفکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری به روش همسانی درونی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۶۸، ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ۰/۸۲ بود.

د) پرسشنامه فراشناخت^۴: برای بررسی باورهای منفی درباره نگرانی از پرسشنامه فراشناخت (ولز و

۱. procedural validity

۲. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

۳. Garnefski & Kraaij

۴. Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ)

کارترایت-هاتون^۱، ۲۰۰۴) استفاده شد. این پرسشنامه ابزاری ۳۰ ماده‌ای است که مواد آن بر روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از ۱ (موافق نیستم) تا ۴ (خیلی زیاد موافقم) نمره گذاری می‌شود. پرسشنامه فراسناخت شامل پنج بعد فراسناختی باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره افکار مرتبط با کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار و خود آگاهی شناختی است. همسانی درونی نمره کل و خرده مقیاس‌های آن ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۷۵ بوده است. هم‌چنین، شاخص‌های بدست آمده از تحلیل عاملی تأییدی ($GFI=0/91$ ، $RMSE=0/04$ ، $RMSEA=0/07$) نشان از برازندگی مناسب الگو با داده‌ها داشته است. تحلیل عاملی اکتشافی نیز ساختار پنج عاملی آن را تأیید کرده است (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). شیرین زاده دستگیری، گودرزی، رحیمی و نظیری (۱۳۸۷) در بررسی خود دریافتند که همسانی درونی نمره کل و خرده مقیاس‌های آن ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ است. هم‌چنین پایایی آزمون و خرده مقیاس‌های آن به روش دو نیمه کردن (۰/۶۹ تا ۰/۹۰) و بازآزمایی به فاصله چهار هفته (۰/۵۹ تا ۰/۸۳) خوب گزارش شده است. آنها در بررسی خود ساختار پنج عاملی پرسشنامه فراسناخت را تأیید کردند. در نهایت، گزارش کردند که این پرسشنامه دارای روایی همزمان و افتراقی خوبی است. در پژوهش حاضر پایایی خرده مقیاس باورهای منفی درباره نگرانی به روش همسانی درونی ۰/۸۵ بود.

ه) پرسشنامه تحمل ناپذیری بلا تکلیفی^۲: ابزاری ۲۷ ماده‌ای است که توسط فریستون، ریهم، لیتارت، دوگاس و لادوکر^۳ (۱۹۹۴) برای ارزیابی واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری افراد به موقعیت‌های غیر حتمی ساخته شده است. مواد این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره گذاری می‌شود. همسانی درونی این آزمون ۰/۹۱ گزارش شده است. به علاوه، همبستگی معناداری با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا ($I=0/63$) و پرسشنامه ابعاد نگرانی ($I=0/57$) دارد (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). بوئر^۴ و دوگاس (۲۰۰۲) نیز همسانی درونی و ضریب بازآزمایی (پس از پنج هفته) نسخه انگلیسی این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. به علاوه، گزارش کردند که این پرسشنامه از روایی همگرا و واگرایی خوبی با پرسشنامه‌های نگرانی ($I=0/60$)، افسردگی بک^۵ ($I=0/59$) و اضطراب بک ($I=0/55$) برخوردار است. منصوری (۱۳۹۶) در پژوهش خود پایایی نمره کل آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۹۳ گزارش کرد. ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه برابر ۰/۹۰، ۰/۸۴، ۰/۸۱ بود. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مطالعه فوق نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت بخش ($CFI=0/98$ ، $NFI=0/97$ ، $NNFI=0/98$ ، $IFI=0/98$ ، $RFI=0/96$ ، $GFI=0/88$ و $RMSEA=0/067$) این پرسشنامه بوده است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۹۷ بود.

و) پرسشنامه اجتناب شناختی^۶: ابزاری ۲۵ ماده‌ای است که توسط سکستون^۷ و دوگاس (۲۰۰۸) جهت

۱. Wells & Cartwright-Hatton

۲. Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)

۳. Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur

۴. Buhr

۵. Beck

۶. Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ)

۷. Sexton

ارزیابی تمایل افراد به استفاده از راهبردهای اجتناب شناختی ساخته شده است. این پرسشنامه از نوع لیکرت پنج درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه مشخصه من نیست) تا ۵ (بطور کامل مشخصه من است) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه اجتناب شناختی شامل پنج خرده‌مقیاس سرکوب فکر، جانشینی فکر، حواسپرتی، اجتناب از محرک تهدید کننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار می‌باشد. پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی (۰/۹۵) و بازآزمایی ($r=0/85$) خوب گزارش شده است. به علاوه، دارای روایی واگرا و همگرایی خوبی به هنگام استفاده از مقیاس‌های نگرانی، سرکوب فکر و سبک‌های مقابله‌ای است (سکستون و دوگاس، ۲۰۰۸). پایایی نسخه فارسی آن به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۹ بوده است. هم‌چنین، ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه برابر ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۶۹ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی انجام شده نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش ($CFI=0/95$ ، $NFI=0/93$ ، $NNFI=0/94$ ، $IFI=0/95$ ، $RFI=0/92$ ، $GFI=0/89$ و $RMSEA=0/07$) این پرسشنامه بوده است (منصوری، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۹۶ بود.

۲) پرسشنامه پذیرش و عمل^۱: ابزاری ۷ ماده‌ای می‌باشد که توسط بوند، هیز، بائر، کارپنتر، گنول، اورکات، والتز و زیتل^۲ (۲۰۱۱) ساخته شده است. این پرسشنامه از نوع لیکرت ۷ درجه‌ای است و در دامنه‌ای از ۱ (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۷ (همیشه در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان شناختی را ارزیابی می‌کند. بوند و همکاران (۲۰۱۱) میانگین پایایی آزمون را به روش همسانی درونی (آلفا کرونباخ) ۰/۸۴ (۰/۷۸ تا ۰/۸۸) و بازآزمایی (در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه) به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش کردند. در پژوهش منصوری (۱۳۹۶) پایایی نمره کل آزمون به روش همسانی درونی برابر ۰/۸۵ بوده است. ضریب آلفای نیمه اول، دوم و همبستگی بین دو نیمه برابر ۰/۸۲، ۰/۷۱ و ۰/۶۰ گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز بیانگر شاخص‌های خوب و رضایت‌بخش ($CFI=0/98$ ، $NFI=0/98$ ، $NNFI=0/97$ ، $IFI=0/98$ ، $RFI=0/96$ ، $GFI=0/98$ و $RMSEA=0/078$) این پرسشنامه بوده است. در پژوهش حاضر پایایی آزمون به روش همسانی درونی ۰/۹۰ بود.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۳۴/۰۸ و ۹/۶۰ بود. به ترتیب تحصیلات ۳۹ (۱۷/۷ درصد)، ۸۹ (۴۰/۵ درصد)، ۲۰ (۹/۱ درصد)، ۴۵ (۲۰/۵ درصد) و ۱۹ (۸/۶ درصد) نفر سیکل، دیپلم، کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد بود. مدت ازدواج ۵۶ (۲۵/۵ درصد)، ۸۹ (۴۰/۵ درصد) و ۷۵ (۳۴ درصد) نفر به ترتیب ۳ و زیر ۳ سال، ۴ تا ۶ سال و ۷ تا ۱۰ سال بود. به ترتیب ۶ (۲/۷ درصد)، ۱۰۸ (۴۹/۱ درصد)، ۷۶ (۳۴/۵ درصد) و ۲۱ (۹/۵ درصد) نفر طبقه اجتماعی خود را پایین، پایین رو به متوسط، متوسط و متوسط رو به بالا گزارش کردند. ۹۳ (۴۲/۳ درصد) نفر شاغل و ۱۰۲ (۴۶/۳ درصد) نفر بیکار بودند.

۱. Acceptance & Action Questionnaire-II (AAQ-II)

۲. Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz & Zettle

جدول ۱. ضرایب همبستگی مربوط به رابطه بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عملکرد جنسی

متغیر	اضطراب	عملکرد	میل	برانگیختگی	رطوبت	ارگاسم	رضایت	درد
اضطراب فراگیر	-							
عملکرد جنسی	-۰/۳۴ ^{°°}	-						
میل جنسی	-۰/۳۴ ^{°°}	۰/۷۴ ^{°°}	-					
برانگیختگی	-۰/۴۱ ^{°°}	۰/۷۳ ^{°°}	۰/۸۲ ^{°°}	-				
رطوبت	۰/۰۲	۰/۳۹ ^{°°}	۰/۲۵ ^{°°}	۰/۳۱ ^{°°}	-			
ارگاسم	-۰/۲۸ ^{°°}	۰/۶۵ ^{°°}	۰/۵۲ ^{°°}	۰/۶۱ ^{°°}	۰/۴۹ ^{°°}	-		
رضایت	-۰/۳۸ ^{°°}	۰/۶۶ ^{°°}	۰/۶۵ ^{°°}	۰/۷۷ ^{°°}	۰/۲۱ ^{°°}	۰/۵۸ ^{°°}	-	
درد جنسی	۰/۳۳ ^{°°}	۰/۰۸	-۰/۴۲ ^{°°}	-۰/۴۵ ^{°°}	۰/۱۲	-۰/۱۳ [°]	-۰/۳۸ [°]	-
میانگین	۶/۶۰	۲۰/۷۵	۳/۵۸	۳/۹۴	۳/۰۱	۳/۴۵	۴/۰۵	۲/۷۲
انحراف استاندارد	۴/۴۳	۴/۲۲	۱/۱۰	۱/۳۵	۰/۸۷	۱/۰۰۲	۱/۳۸	۱/۴۳

**P<۰/۰۱، *P<۰/۰۵

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عملکرد جنسی رابطه معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). هم‌چنین به استثنای مولفه رطوبت رابطه معناداری بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و سایر مولفه‌های عملکرد جنسی وجود دارد (P<۰/۰۵).

جدول ۲. ضرایب همبستگی مربوط به رابطه بین عوامل فراتشخیصی و اختلال عملکرد جنسی

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
تحمل ناپذیری بلا تکلیفی	-											
باورهای منفی درباره نگرانی	۰/۴۸ ^{°°}	-										
اجتناب شناختی	۰/۱۶ ^{°°}	۰/۱۱	-									
اجتناب تجربه‌ای	۰/۵۸ ^{°°}	۰/۴۷ ^{°°}	۰/۲۵ ^{°°}	-								
راهبردهای سازش نیافته	۰/۵۸ ^{°°}	۰/۳۱ ^{°°}	۰/۲۱ ^{°°}	۰/۴۸ ^{°°}	-							
عملکرد جنسی	-۰/۳۸ ^{°°}	-۰/۲۴ ^{°°}	۰/۰۴	-۰/۲۴ ^{°°}	-۰/۳۲ ^{°°}	-						
میل جنسی	-۰/۲۸ ^{°°}	-۰/۱۵ [°]	۰/۰۲	-۰/۱۹ ^{°°}	-۰/۳۳ ^{°°}	۰/۷۴ ^{°°}	-					
برانگیختگی جنسی	-۰/۳۳ ^{°°}	-۰/۱۵ [°]	۰/۱۱	-۰/۱۹ ^{°°}	-۰/۳۵ ^{°°}	۰/۷۳ ^{°°}	۰/۸۳ ^{°°}	-				
رطوبت	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۱۱	۰/۰۶	-۰/۰۱	۰/۳۹ ^{°°}	۰/۲۵ ^{°°}	۰/۳۱ ^{°°}	-			
ارگاسم	-۰/۲۰ ^{°°}	-۰/۰۳	۰/۰۸	-۰/۱۶ [°]	-۰/۱۶ [°]	۰/۶۵ ^{°°}	۰/۵۳ ^{°°}	۰/۶۱ ^{°°}	۰/۴۹ ^{°°}	-		
رضایت جنسی	-۰/۳۴ ^{°°}	-۰/۱۷ [°]	-۰/۰۵	-۰/۲۶ ^{°°}	-۰/۳۴ ^{°°}	۰/۶۶ ^{°°}	۰/۶۵ ^{°°}	۰/۷۷ ^{°°}	۰/۲۱ ^{°°}	۰/۵۸ ^{°°}	-	
درد جنسی	۰/۱۷ [°]	۰/۱۵ [°]	-۰/۲۱ ^{°°}	۰/۱۷ [°]	۰/۱۱	-۰/۰۸	-۰/۴۳ ^{°°}	-۰/۴۵ ^{°°}	۰/۱۲	-۰/۱۳ [°]	-۰/۳۸ [°]	-
میانگین	۶۶/۴۶	۱۲/۳۸	۷/۲۲	۱۷/۴۶	۱۷/۴۴	۲۰/۷۵	۳/۵۸	۳/۹۴	۳/۰۱	۳/۴۵	۴/۰۵	۲/۷۲
انحراف استاندارد	۲۲/۱۴	۴/۱۳	۲۲/۶۲	۸/۴۳	۷/۰۶	۶/۲۲	۱/۱۰	۱/۳۵	۰/۸۷	۱/۰۰۲	۱/۳۸	۱/۴۳

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که به استثنای اجتناب شناختی رابطه معناداری بین عوامل فراتشخیصی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر و عملکرد جنسی وجود دارد ($P < 0/05$). بین تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی و اجتناب تجربه‌ای با سایر مولفه‌های عملکرد جنسی به جز مولفه رطوبت رابطه معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). بین باورهای منفی درباره نگرانی و سایر مولفه‌های عملکرد جنسی به جز مولفه ارگاسم رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). هم‌چنین، بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و سایر مولفه‌های عملکرد جنسی به جز مولفه رطوبت و درد جنسی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). سرانجام، بین اجتناب شناختی و صرفاً درد جنسی رابطه معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). بنابراین، فرضیه اول این پژوهش مبنی بر اینکه بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی با اختلال عملکرد جنسی زنان رابطه معناداری وجود دارد، تایید شد.

فرضیه پژوهش: نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی مرتبط پیش‌بینی کننده اختلال عملکرد جنسی زنان می‌باشند.

در جدول ۳ و ۴ نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون گام به گام مربوط به پیش‌بینی عملکرد جنسی بر اساس نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی مرتبط ارائه شده است.

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام عملکرد جنسی

از طریق نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی مرتبط

مدل	متغیرهای وارد شده	R	R ^۲	ΔR^2	F	P
۱	تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی	۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۱۳۷	۳۵/۸۵	۰/۰۰۰۱
۲	اضطراب فراگیر	۰/۴۱	۰/۱۶۸	۰/۱۶	۲۱/۸۷	۰/۰۰۰۱
۳	راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار	۰/۴۳	۰/۱۸	۰/۱۷	۱۶/۰۹	۰/۰۰۰۱

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام عملکرد جنسی

از طریق نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی مرتبط

مدل	B	Beta	آماره t	P	تحمل	VIF
۱	مقدار ثابت		۳۰/۴۵	۰/۰۰۰۱		
	تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی	-۰/۳۸	-۵/۹۸	۰/۰۰۰۱	۱	۱
۲	مقدار ثابت		۳۰/۶۱			
	تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی	-۰/۲۷	-۳/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹	۱/۴۴
	اضطراب فراگیر	-۰/۲۰	-۲/۶۳	۰/۰۰۹	۰/۶۹	۱/۴۴
۳	مقدار ثابت		۲۹/۸۳	۰/۰۰۰۱		
	تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی	-۰/۱۸	-۲/۱۴	۰/۰۳	۰/۵۲	۱/۹۱
	اضطراب فراگیر	-۰/۱۸	-۲/۵۶	۰/۰۱	۰/۶۹	۱/۴۴
	راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار	-۰/۰۹	-۱/۹۸	۰/۰۴	۰/۶۶	۱/۵۱

نتایج فوق نشان می‌دهد که نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر پیش‌بینی کننده نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی می‌باشند ($P < 0/05$). به علاوه از بین عوامل فراتشخیصی دو عامل تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار پیش‌بینی کننده نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی می‌باشند ($P < 0/05$). همان گونه که در جداول فوق مشاهده می‌شود در گام اول تحمل ناپذیری بلا تکلیفی به تنهایی ۱۴٪ واریانس را تبیین نموده است. در گام دوم نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر نیز وارد شده است و این دو متغیر ۱۶٪ از واریانس عملکرد جنسی را تبیین نموده‌اند. در گام آخر نیز راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار وارد شده و هر سه متغیر با هم ۱۸٪ واریانس عملکرد جنسی را تبیین کرده‌اند. از این رو، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی مرتبط پیش‌بینی کننده اختلال عملکرد جنسی زنان می‌باشند، تایید شد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی با اختلال عملکرد جنسی انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عملکرد جنسی زنان و مولفه‌های آن یعنی برانگیختگی، میل جنسی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد جنسی رابطه وجود دارد. از این رو، در پژوهش حاضر یافته‌های قبلی مبنی بر رابطه بین اضطراب (برادفورد و مستون، ۲۰۰۶؛ راجکومار و کوماران، ۲۰۱۵؛ سپهریان و حسین‌پور، ۱۳۹۱؛ مسترز و جانسون، ۱۹۷۰؛ مک کیب، ۲۰۰۵؛ کاپلان، ۱۹۷۴؛ مک کیب و همکاران، ۲۰۱۶)، اختلال اضطراب فراگیر (صابری حسین‌آباد و همکاران، ۱۳۹۴؛ کندورکار و کور، ۲۰۰۸) و سایر اختلال‌های اضطرابی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ فیگوری و همکاران، ۲۰۰۱؛ کندورکار و کور، ۲۰۰۸؛ وولینک و همکاران، ۲۰۰۶؛ یهودا و همکاران، ۲۰۱۵) با عملکرد جنسی تکرار شد. به عبارت دیگر، زنانی که نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر بیشتری تجربه می‌کنند عملکرد جنسی مختل تری دارند. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت زنانی که نشانه‌های بیشتری از اختلال اضطراب فراگیر از جمله نگرانی و اضطراب بیش از حد، دشواری در کنترل نگرانی و شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی مختلف از جمله تنش عضلانی، بی‌قراری، خستگی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب را تجربه می‌کنند، استعداد بیشتری برای تجربه نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی دارا هستند. بررسی ادبیات پژوهش نیز نشان می‌دهد که ترس، اضطراب و نگرانی افراد درباره برخی از رویدادها و فعالیت‌ها از جمله مسائل و مشکلات مربوط به روابط بین فردی، بارداری در حین رابطه جنسی، مهارت جنسی ناکافی، عدم جذابیت برای شریک جنسی، صدمه به واژن و هم‌چنین استرس زها، گرفتاری‌ها و نگرانی‌های زندگی روزمره (مشکلات مالی، خانوادگی، شغلی) می‌تواند در عملکرد جنسی زنان نقش داشته باشند (بارلو و دیورند، ۲۰۱۴؛ سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵).

هم‌چنین بین عوامل فراتشخیصی (به استثنای اجتناب شناختی)، یعنی تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، باورهای منفی درباره نگرانی، اجتناب تجربه‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار با عملکرد جنسی زنان رابطه وجود دارد. بررسی رابطه بین عوامل فراتشخیصی و ابعاد عملکرد جنسی نیز بیانگر رابطه بین این سازه‌ها بود. از این رو، نتایج فوق همسو با یافته‌های بارلو و همکاران (۱۹۸۳) به نقل از بارلو و دیورند، (۲۰۱۴)

نشان دهنده رابطه بین مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری با عملکرد جنسی است. به عبارت دیگر، زنانی که باورهای منفی، تحمل ناپذیری بالاتر، اجتناب تجربه‌ای بیشتری تجربه می‌کنند و همچنین از راهبردهای شناختی ناسازگارانه تری برای تنظیم هیجان خود استفاده می‌کنند، عملکرد جنسی مختل تری دارند.

تحمل ناپذیری بالاتر، نوعی سوگیری شناختی است که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تاثیر قرار می‌دهد (دوگاس و ربی‌چاد، ۲۰۰۷). از این رو، زنانی که تحمل ناپذیری بالاتر، بیشتری در مورد مسائل و موقعیت‌های مختلف از جمله مسائل جنسی تجربه می‌کنند، با توجه به اینکه بالاترین سوگیری را استرس‌زا می‌دانند اضطراب و نگرانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه از آمادگی بیشتری برای تجربه اختلال در عملکرد جنسی برخوردار می‌باشند. باورهای منفی درباره نگرانی به باورهای منفی فرد در مورد کنترل ناپذیری و پیامدهای خطرناک نگرانی برای کارکرد جسمی، ذهنی یا روانی اجتماعی اطلاق می‌شود (ولز، ۲۰۰۷). در تبیین این رابطه نیز می‌توان گفت اگرچه همه زنان در برخورد با مسائل جنسی یا سایر مسائل دیگر زندگی خود باورهای مثبتی را درباره نگرانی تجربه می‌کنند، اما این باورها بهنجارند، هم در جمعیت‌های بالینی و هم غیر بالینی اتفاق می‌افتند و اختصاصی هیچ اختلالی نیستند. با وجود این، باورهای منفی افراد درباره کنترل ناپذیری پذیر بودن این نگرانی‌ها و خطرناک بودن آنها برای جسم، روان یا کارکردهای روانی اجتماعی ممکن است نقش اساسی در عملکرد جنسی افراد داشته باشد. زیرا که این ارزیابی‌ها می‌توانند سبب تشدید احساس تهدید و علائم اضطراب شوند. اجتناب تجربه‌ای نیز به عنوان اجتناب فعال و یا خودکار از تجربه‌های درونی تهدیدکننده یا منفی (افکار، احساسات، رانه‌ها، تصاویر، حواس بدنی) تعریف شده است (رومر و ارسیلو، ۲۰۰۲). لذا با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت زنانی که به گونه‌ای فعال از تجربه‌های درونی تهدیدکننده یا منفی (افکار، احساسات، رانه‌ها، تصاویر، حواس بدنی) خود نسبت به مسائل جنسی اجتناب می‌کنند، عملکرد جنسی مختل تری دارند.

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به عنوان یکی دیگر از عوامل فراتشخیصی به پاسخ‌های شناختی افراد به رویدادهای فراخوان هیجان تعریف شده‌اند و به طور هشدار یا ناهشدار سعی در اصلاح میزان و یا نوع تجربه هیجانی فرد یا خود رویداد دارند (آلداو و نالن-هو کسما، ۲۰۱۰). مدل‌های موجود (گراس^۱، ۱۹۹۸؛ منین، هیمبرگ، ترک و فرسکو^۲، ۲۰۰۵؛ گارنفسکی، کراج، اسپین‌هاون^۳، ۲۰۰۱) نشان می‌دهند که شکست در تنظیم هیجان‌ها یکی از علل مهم بسیاری از آسیب‌های روانی است. به عبارت دیگر زنانی که در ابزار و تجربه هیجان‌های خود مشکل دارند، از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند که پیامدهای منفی هم چون اختلال‌های عملکرد جنسی را در بردارند. زیرا که توانایی ایجاد و حفظ یک رابطه رضایت‌بخش نیاز به توانایی شناسایی هیجان‌ها و نیز ابراز هیجان‌ها نسبت به همسر و توانایی فهم و پذیرش هیجان‌های شریک مقابل (درعلی و سهرابی، ۱۳۹۳) دارد. از این رو، زنانی که در مواجهه با رویدادها و مشکلات، تفکری با محتوای مقصر دانستن و سرزنش خود دارند (خود سرزنش‌گری)، اشتغال ذهنی مداوم درباره احساسات و تفکرات مرتبط با واقعه منفی دارند (نشخوار فکری)، تفکری با محتوای

۱. Gross

۲. Mennin, Heimberg, Turk & Fresco

۳. Granefski, Kraaij & Spinhoven

وحشت از حادثه دارند (فاجعه‌نمایی) و هم‌چنین تفکری با محتوای مقصر دانستن و سرزنش دیگران (دیگر سرزنش‌گری) برای آنچه اتفاق افتاده دارند، استعداد بیشتری برای تجربه نشانه‌های اختلال عملکرد جنسی دارند. سرانجام، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی پیش‌بینی‌کننده اختلال عملکرد جنسی در زنان می‌باشند. به‌علاوه، در بین عوامل فراتشخیصی مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی و راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار نقش اساسی در پیش‌بینی عملکرد جنسی دارند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و عوامل فراتشخیصی با اختلال عملکرد جنسی زنان رابطه معناداری بین وجود دارد. این پژوهش به صورت مقطعی در مورد گروهی از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی انجام شد، از این‌رو انجام مطالعات طولی و هم‌چنین در مورد سایر گروه‌ها به‌خصوص گروه‌های بالینی از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. محدود بودن ابزارهای این پژوهش به ابزارهای خود گزارشی و عدم استفاده از سایر ابزارها، می‌تواند سبب سوگیری‌های احتمالی در نتایج به دست آمده شود. عدم همکاری شرکت‌کنندگان به دلیل عوامل فرهنگی موجود در جامعه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی و به‌واسطه حمایت‌های مالی موثر از سوی مراکز مطالعاتی و پژوهشی به سایر عوامل فراتشخیصی نیز توجه شود. با توجه به نتایج به دست آمده و هم‌چنین نقش و اهمیت عوامل فراتشخیصی در آسیب‌های روانی به‌خصوص در اختلال‌های همانند تدوین برنامه‌های روان‌درمانی فراتشخیصی در کنار سایر روش‌های درمانی انجام شده از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد.

منابع

- خدایاری‌فرد، محمد، منصور، احمد، بشارت، محمدعلی، غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۶). بررسی مروری مدل‌های نظری برای نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر. تعالی بالینی، ۶(۲): ۲۳-۳۸.
- درعلی، رویا، و سهرابی، نادره. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌گری تعارض‌های زناشویی در رابطه بین سبک‌های تنظیم شناختی هیجانی و کیفیت روابط جنسی. مشاوره کاربردی، ۴(۲): ۳۷-۴۸.
- دهقانی، شیدا، و خالقی‌پور، شهناز. (۱۳۹۵). مدل‌یابی معادلات ساختاری عملکرد جنسی زنان بر اساس ناگویی خلقی، سیستم بازداری-فعال‌سازی رفتاری و صفات شخصیت. زن و فرهنگ، ۸(۲۹): ۴۶-۳۱.
- سپهریان، فیروزه، و حسین‌پور، لیلا. (۱۳۹۱). اختلال کارکرد جنسی زنان و برخی عوامل مرتبط با آن در شهرستان ارومیه. مجله پزشکی ارومیه، ۲۳(۲): ۱۵۴-۱۴۸.
- شیرین‌زاده دستگیری، صمد، گودرزی، محمدعلی، غنی‌زاده، احمد، و تقوی، سیدمحمدرضا. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای شناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۵۲(۱۴)، پیاپی ۱: ۵۵-۴۶.
- صابری حسین‌آباد، مصطفی، زارعی، اکرم، موسوی، سیدحسین، و امینی، میلاد. (۱۳۹۴). مردان مبتلا به ناتوانی جنسی: افسردگی و اضطراب. مجموعه مقالات کنفرانس ملی روانشناسی، علوم تربیتی و اجتماعی. مازندران: موسسه علمی تحقیقاتی کومه علم آوران دانش.
- محمدی، خدیجه، حیدری، معصومه، و فقیه‌زاده، سقراط. (۱۳۸۷). اعتبار نسخه فارسی مقیاس عملکرد

- جنسی زنان شاخص FSFI به‌عنوان شاخص عملکرد جنسی زنان. پایش، ۷(۳): ۲۶۹-۲۷۸.
- منصوری، احمد. (۱۳۹۶). نقش تعدیل‌کننده و واسطه‌ای مقابله‌های معنوی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین عوامل فراتشخیصی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر: طراحی و آزمون یک مدل مفهومی. رساله دکتری، رشته روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10): 974-83.
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 17(3): 261-278.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2014). *Abnormal psychological: An integrative approach*. New York: Cengage learning.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder: conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8): 1011-1023.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., & Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behaviour Therapy*, 42(4): 676-88.
- Borkovec, T., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1): 9-16.
- Bradford, A., & Meston, C.M. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8): 1067-1077.
- Buhr, K., & Dugas, M.J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8): 931-945.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. New York: Taylor & Francis Group.
- Faubion, S.S., & Parish, S.J. (2017). Sexual dysfunction in women: Can we talk about it? *Cleveland Clinic journal of medicine*, 84(5): 367-376.
- Figueira, I., Possidente, E., Marques, C., & Hayes, K. (2001). Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Archives of Sexual Behavior*, 30(4): 369-377.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6): 791-802.
- Garnefski, N., & Kraaij V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire- development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6): 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8): 1311-1327.
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1): 224-237.
- Harvey, A.G., Watkins, E., Mensell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Kendurkar, A., & Kaur, B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and

- generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ? *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 10(4): 299-305.
- McCabe, M. (2005). The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *International Journal of Stress Management*, 12(4): 379-388.
 - McCabe, M.P., Sharlip, I.D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A.D., Laumann, E., Lee, S.W., & Segraves, R.T. (2016). 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*, 13(2): 153-167.
 - Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10): 1281-1310.
 - Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E.R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories review. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6): 589-609.
 - Okomo, U., Ogugbue, M., Inyang, E., & Meremikwu, M.M. (2017). Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136(Suppl. 1): 38-42.
 - Rajkumar, R. P., & Kumaran, A. K. (2015). Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: A retrospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 60(1): 114-118.
 - Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1): 54-68.
 - Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., & D'Agostino, J.R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2): 191-208.
 - Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Science/Clinical Psychiatry*. New York: Wolters Kluwer.
 - Sadovsky, R., & Nusbaum, M. (2006). Sexual health inquiry and support is a primary care priority. *The journal of sexual medicine*, 3(1): 3-11.
 - Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The Cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3): 355-370.
 - Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10): 1092-1097.
 - Vulink, N.C., Denys, D., Bus, L., & Westenberg, H.G. (2006). Sexual pleasure in women with obsessive-compulsive disorder? *Journal of Affective Disorders*, 91(1): 19-25.
 - Wells, A. (2007). Cognition about cognition: metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1): 18-25.
 - Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4): 385-396.
 - Yehuda, R., Lehrner, A., & Rosenbaum, T.Y. (2015). PTSD and sexual dysfunction in men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(5):1107-1119.

The Relationship between Generalized Anxiety Disorder's Symptoms And Trans-diagnostic Factors With Sexual Function Disorder In Women

*M. Hossein Savarzade

**A. Mansouri

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between symptoms of generalized anxiety disorder and trans-diagnostic factors with sexual function disorder in women. For this purpose, in a descriptive-correlational study, 231 women referred to health centers in Mashhad in 2016 were selected by available convenience sampling method. The participants completed Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7) (2006), Cognitive Avoidance Questionnaire (2008), Intolerance Of Uncertainty Scale (1994), Metacognition Questionnaire (2004), Acceptance And Action Questionnaire-II (2011), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (2006) and Female Sexual Function Index (2000). Data were analyzed by Pearson correlation coefficient and regression analysis. The results showed that there was a significant relationship between symptoms of generalized anxiety disorder and sexual dysfunction in women. Also, there was a significant relationship between trans-diagnostic factors and sexual dysfunction in women. Finally, the results indicated that symptoms of generalized anxiety disorder and related factors of trans-diagnostic (intolerance of uncertainty and maladaptive adaptive cognitive emotion regulation strategies) predicted the symptoms of sexual dysfunction in women.

Keywords: generalized anxiety, intolerance of uncertainty, sexual function disorder, trans-diagnostic factors.

* M.A Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

** Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran (Corresponding author, email: mansoury_am@yahoo.com)