

## Analysis of effective factors on controlling sexual temptations and improving sexual health in women with sexual disorders

<sup>1</sup>Forozan Vosoghi nia<sup>1</sup>, Shima Parandin<sup>2</sup>

1.Master of psychology, Islamabad Gharb Branch, Islamic Azad University, Islamabad Gharb, Iran

2.Department of psychology, IsG.C., Islamic Azad University, Islamabad Ghab, Iran.(corresponding author)

### Abstract:

**Background:** Sexual health is very important as one of the key components in maintaining marital life and increasing life satisfaction.

**Objectives:** The present research has investigated the effective factors on controlling sexual promiscuity temptations and improving sexual health in women with sexual disorders .

**Methods:** The present study is a correlational descriptive study and the research population includes women with sexual disorders in the city of Tuiserkan in 1401. 20 people were randomly selected. Data were collected using sexual health questionnaires, NEO-FFI personality dimensions, and social support questionnaires. Data analysis was done using descriptive statistics and regression analysis in SPSS-20 software .

**Results:** The results showed that the multiple correlation coefficient between sexual health and personality traits is ( $R=0.597$ ) and the coefficient of determination is ( $R^2=0.356$ ), which indicates the ability of these characteristics to predict 35.6% of sexual health changes. Also, the multiple correlation coefficient for the schemas of abandonment and social exclusion ( $R=0.164$  and determination coefficient ( $R=0.123$ ) are able to explain 12.3% of the variance of sexual health reduction .

**Conclusion:** Based on the findings of this research, personality traits and social support predict sexual health. Also, abandonment and social exclusion schemas predict the decline of sexual health. It is suggested that schema therapy should be considered as an effective strategy in sexual disorders treatment centers, and the personality traits that lead to a decrease in sexual health should be identified and appropriate treatments should be carried out for this group of people .

**Keywords:** sexual health, personality traits, personality schemas, social support, women, temptations of chastity

تحلیل عوامل مؤثر بر کنترل وسوسه های جنسی و بهبود سلامت جنسی در زنان مبتلا به اختلالات جنسی

فروزان وثوقی نیا<sup>۱</sup>، شیمای پرندین<sup>۲</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران

## ۲. گروه روان شناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران. (نویسنده مسئول)

### چکیده

**مقدمه:** سلامت جنسی به عنوان یکی از مولفه های کلیدی در پایداری زندگی زناشویی و افزایش رضایت از زندگی اهمیت زیادی دارد.

**اهداف:** پژوهش حاضر به بررسی عوامل مؤثر بر کنترل وسوسه های بی بندوباری جنسی و بهبود سلامت جنسی در زنان با اختلال جنسی پرداخته است.

**روش کار:** مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی بوده و جامعه پژوهش شامل زنان دارای اختلال جنسی در شهر تویسرکان در سال ۱۴۰۱ می باشد. تعداد ۲۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های سلامت جنسی<sup>۱</sup>، ابعاد شخصیت NEO-FFI<sup>۲</sup> و پرسشنامه حمایت اجتماعی<sup>۳</sup> جمع آوری شد. تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل رگرسیون در نرم افزار SPSS-20 انجام گردید.

**نتایج:** نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین سلامت جنسی و ویژگی های شخصیتی ( $R=0/597$ ) و ضریب تعیین ( $R^2=0/356$ ) است که نشان دهنده توانایی این ویژگی ها در پیش بینی ۳۵/۶٪ از تغییرات سلامت جنسی می باشد. همچنین، ضریب همبستگی چندگانه برای طرحواره های رهاشدگی و محرومیت اجتماعی ( $R=0/164$ ) و ضریب تعیین ( $R^2=0/123$ ) است که قادر به تبیین ۱۲/۳٪ از واریانس کاهش سلامت جنسی می باشند.

**نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این پژوهش، ویژگی های شخصیتی و حمایت اجتماعی پیش بینی کننده سلامت جنسی باشند. همچنین، طرحواره های رهاشدگی و محرومیت اجتماعی، کاهش سلامت جنسی را پیش بینی می کنند. پیشنهاد می شود که در مراکز درمانی اختلالات جنسی، طرحواره درمانی به عنوان یک راهبرد مؤثر در نظر گرفته شود و ویژگی های شخصیتی که منجر به کاهش سلامت جنسی می شوند، شناسایی و درمان های متناسب برای این گروه از افراد انجام گردد.

**کلیدواژه ها:** سلامت جنسی، ویژگی های شخصیتی، طرحواره های شخصیتی، حمایت اجتماعی، زنان، وسوسه های بی بندوباری

### ۱. مقدمه

تشکیل و استحکام خانواده یکی از بنیادی ترین و ارزشمندترین نهادهای اجتماعی در ایران است. از این رو، توجه به تمامی ابعاد سلامت خانواده، به ویژه سلامت جنسی، امری ضروری است که می تواند به تقویت بنیان خانواده کمک کند (۱). سازمان بهداشت جهانی سلامت جنسی را به عنوان یک وضعیت رفاه توصیف می کند که شامل توانایی در برقراری روابط جنسی سالم و رضایت بخش، برخورداری از بهداشت جنسی مناسب، و عدم وجود مشکلات جسمی یا روانی مرتبط با جنسیت می شود (۲). این مفهوم به جنبه های مختلف زندگی فردی از جمله روان شناسی، روابط بین فردی و سلامت فیزیکی ارتباط دارد (۳). سلامت جنسی نقش اساسی در

<sup>1</sup> Sexual health questionnaire

<sup>2</sup> NEO-FFI Personality Dimensions Questionnaire

<sup>3</sup> Social support questionnaire

رضایت فردی و بهبود کیفیت زندگی دارد، زیرا توانایی در برقراری روابط جنسی مثبت و سالم می تواند به افزایش اعتماد به نفس، خودپنداره مثبت، و سلامت روانی کمک کند (۴). علاوه بر این، سلامت جنسی تأثیر مستقیم بر کیفیت روابط عاطفی و زناشویی دارد، به گونه ای که توانایی در برقراری ارتباطات جنسی سالم می تواند به تقویت روابط و کاهش تنش ها کمک کند. در نتیجه، توجه به سلامت جنسی به عنوان یک جزء کلیدی از سلامت عمومی، به بهبود کیفیت زندگی و ارتقای رفاه فردی کمک می کند (۳، ۵).

براساس تعاریف علمی، برای دستیابی به ارتقاء شخصیت و بهبود کیفیت زندگی، فرد باید بتواند به هماهنگی میان ذهن، احساس و تن دست یابد. لذا، هرگونه اختلالی که منجر به ناهم هنجاری در این حوزه ها شود و در نتیجه به عدم رضایت از رابطه جنسی منتهی گردد، می تواند به نارسایی کنش جنسی منجر شود (۶). یک بررسی سیستماتیک نشان داده است که ۴۱ درصد از زنان در سن باروری در سطح جهانی، نوعی از اختلال جنسی زنان را گزارش می دهند (۷). اختلالات جنسی به مشکلاتی اطلاق می شود که بر عملکرد جنسی فرد تأثیر می گذارند و می توانند به انواع مختلفی تقسیم شوند، از جمله کاهش میل جنسی، اختلال در برانگیختگی و مشکلات ارگاسمی (۸). علل اختلالات جنسی در زنان می توانند شامل عوامل روان شناختی نظیر استرس، اضطراب و تجربه های منفی جنسی، عوامل جسمی مانند تغییرات هورمونی و بیماری های مزمن، و عوامل اجتماعی و فرهنگی نظیر فشارهای اجتماعی و نگرش های فرهنگی نسبت به جنسیت باشند (۹). این اختلالات می توانند تأثیرات منفی قابل توجهی بر زندگی فردی و روابط اجتماعی داشته باشند، از جمله کاهش اعتماد به نفس، افزایش اضطراب و تأثیرات منفی بر روابط عاطفی و زناشویی. به طور کلی، مدیریت مؤثر اختلالات جنسی برای بهبود کیفیت زندگی و روابط فردی اهمیت زیادی دارد (۸، ۱۰). زنان با اختلالات جنسی ممکن است به دلیل عدم رضایت جنسی و مشکلات روان شناختی به وسوسه های بی بند و باری جنسی روی آورند که می تواند به فعالیت های غیرمعتارف و پرخطر منجر شود (۹، ۱۰). وسوسه های بی بند و باری جنسی به تمایلاتی اشاره دارند که به دلیل عدم وجود محدودیت های اخلاقی یا اجتماعی، به رفتارهای جنسی غیرمعتارف و پرخطر منجر می شوند (۱۱). این وسوسه ها معمولاً شامل رفتارهایی هستند که از هنجارهای معمول جامعه منحرف شده و ممکن است به فعالیت های جنسی خارج از چارچوب های پذیرفته شده، مانند روابط خارج از ازدواج یا مصرف بیش از حد محتوای جنسی، مرتبط باشند (۱۲). علل بروز این وسوسه ها می توانند شامل عوامل روان شناختی مانند استرس و فشارهای عاطفی، عوامل اجتماعی و فرهنگی نظیر تأثیر رسانه ها، و عوامل زیستی مانند تغییرات هورمونی باشند. وسوسه های بی بند و باری جنسی می توانند تأثیرات منفی قابل توجهی بر سلامت و رضایت جنسی فرد داشته باشند (۱۱). این وسوسه ها ممکن است به رفتارهای جنسی پرخطر منجر شوند که می تواند به بیماری های مقاربتی و مشکلات بهداشتی دیگر منتهی شود. از جنبه روان شناختی، پیروی از این وسوسه ها می تواند به احساس گناه، اضطراب و کاهش عزت نفس منجر شود، که بر کیفیت روابط عاطفی و زناشویی نیز تأثیر منفی خواهد گذاشت. به طور کلی، مدیریت و کنترل این وسوسه ها برای حفظ سلامت و رضایت جنسی اهمیت زیادی دارد (۱۳).

## ۲. اهداف

برای بهبود سلامت جنسی و مدیریت اختلالات جنسی، رویکردها و استراتژی های متنوعی وجود دارد که می تواند به بهبود کیفیت زندگی جنسی کمک کند. یکی از این روش ها مشاوره های روان شناختی است که می تواند به فرد کمک کند تا به درک بهتری از

مشکلات روان شناختی مرتبط با سلامت جنسی خود برسد و استراتژی های مقابله ای مؤثری را بیاموزد (۱۴، ۱۵). درمان های دارویی نیز در مواردی که اختلالات جنسی ناشی از عوامل فیزیولوژیکی یا هورمونی هستند، می تواند کمک کننده باشد (۱۶). تکنیک های روان درمانی نظیر درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نیز به فرد کمک می کنند تا به الگوهای فکری و رفتاری منفی که بر سلامت جنسی تأثیر می گذارند، رسیدگی کند (۱۴). آموزش و افزایش آگاهی نیز نقش مهمی در بهبود سلامت جنسی ایفا می کند. فراهم کردن اطلاعات دقیق و جامع در مورد بهداشت جنسی، تکنیک های رضایت بخش و مدیریت وسوسه ها می تواند به افراد کمک کند تا مشکلات جنسی را بهتر درک کرده و استراتژی های مؤثرتری برای مقابله با آنها اتخاذ کنند (۱۷). بررسی های متعدد نشان داده اند که رویکردهای مختلف درمانی و آموزشی می توانند به طور قابل توجهی به کاهش اختلالات جنسی و کنترل وسوسه ها کمک کنند. این رویکردها نه تنها به بهبود سلامت جنسی کمک می کنند، بلکه کیفیت کلی زندگی فرد را نیز افزایش می دهند (۱۷، ۱۸). تحقیق در زمینه بهبود سلامت جنسی و مدیریت اختلالات جنسی از اهمیت ویژه ای برخوردار است، چرا که این حوزه هنوز به اندازه کافی مورد بررسی و تحلیل قرار نگرفته است. یکی از محدودیت های عمده در مطالعات موجود، عدم پوشش جامع و متنوع در مورد عوامل مختلف مؤثر بر اختلالات جنسی و راهکارهای مؤثر برای بهبود آنها است. بسیاری از تحقیقات به صورت پراکنده و غیرمنسجم به بررسی بخش هایی از این موضوع پرداخته اند و اطلاعات کافی در مورد اثربخشی ترکیبی روش های درمانی و آموزشی در دسترس نیست. علاوه بر این، تأثیرات اجتماعی و فرهنگی بر سلامت جنسی در بسیاری از مطالعات به طور کامل مورد توجه قرار نگرفته است. درک بهتر از نقش این عوامل و ادغام آنها در رویکردهای درمانی و پیشگیرانه می تواند به توسعه راهکارهای جامع تر و مؤثرتر کمک کند. بنابراین این مطالعه با هدف تبیین عوامل مؤثر بر کنترل وسوسه های بی بند و باری جنسی و بهبود سلامت جنسی در زنان دارای اختلال جنسی انجام شد.

### ۳. مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر توصیفی و زمینه یابی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری شامل زنان دارای اختلال جنسی در شهرستان تویسرکان در سال ۱۴۰۱ بود که حجم نمونه شامل ۲۰ زن ۲۵ تا ۴۵ ساله بود که با روش هدفمند و دردسترس انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها در این مطالعه شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ ۱۹۸۹، پرسشنامه اختلال جنسی و پرسشنامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ) پرسشنامه سنجش مطلوبیت اجتماعی فرم کوتاه پرسشنامه پنج عاملی نئو (NEO-FFI) و مقیاس حمایت اجتماعی (SS-A) بود. پرسشنامه رضایت زناشویی اینریچ (۱۹۸۹) به عنوان ابزاری معتبر در ارزیابی رضایت زناشویی در تحقیقات و کارهای بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. فاووز و اولسون (۱۹۸۹) این مقیاس را با دقت ۸۵٪ تا ۹۵٪ برای تمایز بین زوج های خرسند و ناخرسند اثربخش دانسته اند. پرسشنامه شامل چهار خرده مقیاس و ۳۵ ماده است: ۱- **تحریف آرمانی** که تمایل زوجین به پاسخ دهی بر اساس معیارهای اجتماعی را می سنجد؛ ۲- **رضایت زناشویی** که میزان رضایت در ده جنبه مختلف رابطه زناشویی را بررسی می کند؛ ۳- **ارتباطات** که احساسات و نگرش های فرد نسبت به ارتباطات زناشویی را ارزیابی می کند؛ و ۴- **حل تعارض** که روش ها و نگرش های زوجین در مواجهه با تعارضات را بررسی می کند. نمرات بالا در هر مقیاس به معنای رضایت و نگرش مثبت است (۱۹). همچنین، در پژوهش آسوده (۱۳۸۹) که بر روی ۳۶۵ زوج (۷۳۰ نفر)

انجام شد، ضریب آلفای پرسشنامه برای این خرده مقیاس ها به ترتیب برابر با ۰.۶۸، ۰.۷۸، ۰.۶۲ و ۰.۷۷ به دست آمد (۲۰). پرسشنامه اختلال جنسی که توسط یآوری کرمانی در سال ۱۳۸۶ طراحی شده، شامل ۷۱ سؤال از نوع لیکرت است که به هر گزینه نمره ای از ۱ تا ۷ اختصاص می یابد. این پرسشنامه به ارزیابی احساسات و نگرانی های شخصی در خصوص محبت و رابطه جنسی با همسر پرداخته و نمرات پایین آن نشان دهنده نارضایتی از ابراز محبت و نقش جنسیت در ازدواج است. پرسشنامه به طور خاص با توجه به فرهنگ ایران طراحی شده و روایی آن پس از ارائه به ۸ استاد با مدرک دکتری روانشناسی و مشاوره تأیید شده است. اعتبار این پرسشنامه از طریق بازآزمایی ۰.۸۲ گزارش شده و در پژوهشی دیگر با استفاده از روش دو نیمه کردن، ضریب پایایی ۰.۷۵ به دست آمده است (۲۱) و در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی مشابهی به میزان ۰.۹۰ به دست آمده است.

**پرسشنامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ)** فرم کوتاه پرسشنامه مذکور که توسط یانگ ساخته شد، پرسش نامه ای خودگزارشی است و دارای ۷۵ ماده است که ۱۵ حیطه طرح واره های ناسازگار اولیه را اندازه می گیرد (۲۲). اعتبار پرسشنامه مذکور با استفاده از دو روش آلفا کرونباخ و دو نیمه کردن در کل نمونه به ترتیب ۹۹ و ۸۶ درصد، در دختران ۸۷ و ۸۴ درصد و در پسران ۸۴ و ۸۱ درصد بوده است (۲۳). پرسشنامه **سنجش مطلوبیت اجتماعی کراون و مارلو** حاوی ۹ گویه دو گزینه ای است. ضریب اعتبار این آزمون با روش اجرای مجدد بالاتر از ۰/۸۲۵ بوده است. افرادی که نمره های ۹-۶ دارند، رفتار واقعی آنها با قواعد و هنجارهای اجتماعی از تطابق بالایی برخوردارند (۲۴). فرم **کوتاه پرسشنامه پنج عاملی نئو (NEO-FFI)**، که توسط کاستا و مک کری تدوین شده است، شامل ۶۰ گویه است. این پرسشنامه به پنج بعد شخصیتی اصلی شامل روان رنجورگرایی، برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق و باوجدان بودن اختصاص دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد شخصیتی به ترتیب ۰.۸۰، ۰.۷۸، ۰.۶۹، ۰.۷۱ و ۰.۷۵ گزارش شده است (۲۵). ضرایب پایایی ابعاد نسخه فارسی به همان ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۸۱ گزارش شده است (وئوقی، ۱۳۹۱). **مقیاس حمایت اجتماعی (SS-A)** واکس، فیلیپس، هالی، تامسون، ویلیامز و استوارت (۱۹۸۶) این مقیاس را تهیه کرده اند. این مقیاس دارای ۲۳ سال است که سه حیطه خانواده، دوستان و سایرین را در نظر می گیرد. ابراهیمی قوام این آزمون را با تغییراتی در سال ۱۳۷۰ بر روی ۱۰۰ دانشجو و ۲۰۰ دانش آموز ایرانی اجرا کرده و روایی و اعتبار آن را به دست آورده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد. پس از جمع آوری اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه ها، برای تجزیه و تحلیل اطلاعات داده ها از رگرسیون و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در این مطالعه، ۲۶.۶۶٪ از افراد دیپلم، ۶.۶۶٪ کاردانی، ۵۳.۳۳٪ کارشناسی، و ۱۳.۳۳٪ کارشناسی ارشد دارند. ۶۰٪ سابقه ازدواج ۵ تا ۷ سال و ۴۰٪ سابقه ۷ تا ۱۰ سال دارند. میانگین مطلوبیت اجتماعی ۲.۲۷، طرحواره ناسازگار اولیه ۵۸.۰۲، و ویژگی های شخصیتی به ترتیب شامل روان رنجوری ۲۷.۹۶، برون گرایی ۲۲.۳۴، گشودگی به تجربه ۲۱.۱۰، توافق پذیری ۴.۵۳، و وظیفه شناسی ۴.۴۳ هستند.

## نتایج

نتایج نشان داد که شرکت کنندگان از سطح مطلوبیت اجتماعی در حد متوسط برخوردارند. همچنین، میانگین طرحواره های ناسازگار اولیه نیز نشان دهنده سطح متوسطی در این متغیر است. به، اکثر مولفه های مورد بررسی در این پژوهش از دیدگاه شرکت کنندگان در وضعیت متوسط قرار دارند. نتایج جدول ۱ نشان داد که بین کنترل تکانه ها و سلامت جنسی با مطلوبیت اجتماعی رابطه مثبت

و معناداری وجود دارد ( $P=0/004$ ). نتایج نشان می دهد که ضریب همبستگی چندگانه ( $R=0/146$ ) و مجذور آر تنظیم شده ( $R^2=0/124$ ) قادر به تبیین ۱۲/۴٪ از واریانس هستند،

#### جدول ۱. نتایج آزمون همبستگی بین عزت نفس کلی با مطلوبیت اجتماعی

متغیرها	میانگین $\pm$ انحراف معیار	همبستگی	سطح معنی مجذور آر تنظیم شده	مجدور آر (R)	R
سلامت جنسی و کنترل تکانه ها	$25/8 \pm 4/63$	0/188	0/004	0/124	0/146
مطلوبیت اجتماعی	$4/69 \pm 2/27$				

به منظور پیش بینی کنترل تکانه های جنسی و سلامت جنسی بر اساس مطلوبیت اجتماعی و حمایت اجتماعی از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج نشان داد مولفه های حمایت اجتماعی و مطلوبیت اجتماعی می تواند افزایش کنترل تکانه و سلامت جنسی را پیش بینی کنند ( $P<0/05$ ) (جدول ۲).

#### جدول ۲. نتایج آزمون متغیرهای پیش بینی

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	
		Beta	خطای استاندارد	B	خطای استاندارد
مقدار ثابت	3/69		1/136	4/19	
مطلوبیت اجتماعی	1/295	0/025	0/125	0/037	
عزت نفس اجتماعی	1/100	0/009	0/174	0/017	
حمایت اجتماعی	1/395	0/128	0/157	0/218	

نتایج جدول ۳ نشان داد که صفات شخصیت می تواند سلامت جنسی را در آزمودنی ها پیش بینی کند ( $P=0/001$ ).

#### جدول ۳. پیش بینی سلامت جنسی بر اساس صفات شخصیت بر اساس رگرسیون چندمتغیره

R	مجدور	مجدور R	خطای استاندارد	تغییرات R	F	درجه	درجه	سطح معناداری F
R	تنظیم شده	تخمین	Square	تغییرات	آزادی ۱	آزادی ۲	تغییرات	

۰/۵۹۷	۰/۳۵۶	۰/۳۳۵	۰/۷۲۹	۰/۳۵۶	۱۷/۱۴	۱۳	۱۴۷	۰/۰۰۱
-------	-------	-------	-------	-------	-------	----	-----	-------

در مدل نهایی رگرسیون، ضریب همبستگی چندگانه بین سلامت جنسی و صفات شخصیت (۰.۵۹۷) است و ۳۳.۵٪ از تغییرات سلامت جنسی توسط ویژگی های شخصیتی تبیین می شود. متغیرهای روان رنجوری ( $Beta=0.206, sig=0.000$ )، برون گرایی ( $Beta=0.231, sig=0.000$ )، گشودگی ( $Beta=0.266, sig=0.000$ )، توافق پذیری ( $Beta=0.200, sig=0.000$ ) و وجدان ( $Beta=0.445, sig=0.000$ ) همگی به طور معناداری با سلامت جنسی مرتبط هستند. برون گرایی، گشودگی، توافق پذیری و وجدان سلامت جنسی را افزایش می دهند، در حالی که روان رنجوری آن را کاهش می دهد. (جدول ۴)

جدول ۴. برآورد ضرایب رگرسیون چندگانه جهت پیش بینی سلامت جنسی بر اساس صفات شخصیت

مدل	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد	T	سطح معنی داری
	B	خطای استاندارد	Beta	
ثابت	۱/۱۷۸	۰/۵۷۹	-	۲/۰۳۳
روان رنجوری	۰/۰۱۱	۰/۱۵۸	-۰/۲۰۶	۲/۰۷۲
برون گرایی	۰/۱۶۴	۰/۱۴۷	۰/۲۳۱	۳/۴۳۶
گشودگی	۰/۱۵۸	۰/۱۶۳	۰/۲۶۶	۲/۹۲۸
توافق پذیری	۰/۱۶۵	۰/۱۶۵	۰/۲۰۰	۲/۵۲۴
وظیفه شناسی (وجدان)	۰/۶۳۵	۰/۱۳۰	۰/۴۴۵	۴/۸۶۶

نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین متغیرها را نشان می دهد ( $R=0.155$ ). این مدل با توجه به اینکه  $0.123$  مجذور آر تنظیم شده، می باشد می تواند ۱۲/۳ درصد از واریانس را توجیه کند. به منظور پیش بینی سلامت جنسی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای طرحواره رهاشدگی و محرومیت اجتماعی با

ضریب همبستگی چندگانه ( $R=0.164$ ) و ضریب تعیین ( $R^2=0.123$ )، قادر به پیش بینی ۱۲.۳٪ از واریانس کاهش سلامت جنسی هستند. در حالی که طرحواره های شرم و نقص، انزوای اجتماعی و بی اعتمادی نتوانستند پیش بینی معناداری از سلامت جنسی ارائه دهند و طرحواره انزوای اجتماعی و طرحواره بی اعتمادی نمی توانند وجود یا عدم سلامت جنسی را پیش بینی کنند. (جدول ۵)

جدول ۵. ضرایب رگرسیون چندگانه برای پیش بینی سلامت جنسی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه

ضرایب استاندارد نشده	B	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	T	سطح معناداری
	۲۳۶/۲۰۲	۲۸/۹۸۸		۱۴۸/۸	۰/۰۰۱
مقدار ثابت					
	۲/۹۰۸	۳/۱۸۸	۰/۰۷۸	۱۱۲/۲	۰/۰۰۴
طرحواره رها شدگی					
	۰/۹۶	۴/۴۳۱	۰/۰۱۹	۲۱۷/۲	۰/۰۱۸
طرحواره محرومیت هیجانی					
	۵/۷۷۴	۳/۹۹۶	۰/۱۳۲	۴۴۵/۱	۰/۰۷۵
طرحواره بی اعتمادی					
	۱/۵۸۳	۱/۵۹۱	۰/۰۹۱	۹۹۵/۰	۰/۰۵۳
طرحواره شرم و نقص					
	۱/۲۴۳	۱/۲۷۱	۰/۱۲۱	۹۷۵/۱	۰/۰۶۱
طرحواره انزوای اجتماعی					

#### بحث

پژوهش حاضر به بررسی عوامل مؤثر بر کنترل وسوسه های بی نظمی جنسی و بهبود سلامت جنسی در زنان با اختلال جنسی پرداخته است. نتایج نشان می دهد که حمایت اجتماعی و پذیرش اجتماعی می توانند به افزایش سلامت جنسی و بهبود کنترل تکانه های جنسی در زنان کمک کنند. این نتایج با یافته های پژوهش های احمدی (۱۳۹۹) و برویس (۲۰۲۱) هم راستا است. یکی از مضامین کلیدی استخراج شده از داده ها، رضایت جنسی است که شامل لذت از رابطه جنسی و احساس صمیمیت و راحتی در این زمینه می شود. زنان در توصیف لذت جنسی بیشتر به آرامش و تمرکزی که در رابطه جنسی تجربه می کنند، اشاره دارند. بر اساس مدل

زیستی-روانی-اجتماعی که توسط باسون (۲۰۰۰) ارائه شده است، زنان در روابط جنسی نه تنها به دنبال ارضای میل درونی هستند، بلکه به تأمین توجه، آرامش، خلوت و صمیمیت از سوی شریک جنسی نیز اهمیت می دهند. صمیمیت جنسی شامل به اشتراک گذاری تجربیات عاشقانه، نیاز به تماس بدنی و آمیزش جنسی است که در نهایت به برانگیختگی و رضایت جنسی می انجامد (۲۶). زنان صمیمیت جنسی را به عنوان پیش نیاز تعاملات جنسی می دانند، در حالی که مردان معمولاً انتظار دارند از طریق تعاملات جنسی به صمیمیت دست یابند. تحقیقات نشان می دهد که زنان از روابط جنسی عاطفه و رضایت عاطفی را انتظار دارند و تعادل عاطفی را به عنوان پیش نیاز ورود به تعاملات جنسی رضایت بخش می دانند. عشق و احساسات مثبت نیز انگیزه های قوی برای شرکت در تعاملات جنسی فراهم می آورد. نتایج تحقیق حاضر نیز نشان می دهد که نحوه برخورد مطلوب مردان، توجه و تعامل با زنان و در نظر گرفتن ترجیحات و خواسته های آنان می تواند انگیزش قوی برای ورود به تعاملات جنسی ایجاد کند، و برعکس، عدم توجه به این عوامل نیز بر انگیزش زنان تأثیر منفی می گذارد. ادغام عاطفه و صمیمیت با ارتباطات جنسی، موضوعی است که در تحقیقات و متون مختلف به آن پرداخته شده است. یکی از مضامین کلیدی که از داده های مربوط به سلامت جنسی استخراج شد، اضطراب جنسی است. فیزیک بدنی می تواند تأثیر قابل توجهی بر اعتماد به نفس افراد داشته باشد. بدن به عنوان یک عامل مهم در جذابیت برای شریک جنسی، اگر فرد از ظاهر و وضعیت بدنی خود رضایت نداشته باشد، ممکن است احساس نقص و ارزیابی منفی از خود را تجربه کند. این احساسات می توانند منجر به اضطراب و شرمساری شوند و در نتیجه، فرد نتواند به درستی در رابطه جنسی ایفای نقش کند. تصویر بدنی ضعیف در زنان می تواند باعث شود که آن ها از رابطه جنسی در روشنائی و به صورت کاملاً برهنه امتناع کنند، به دلیل نگرانی از اینکه بدنشان برای شریک جنسی جذاب به نظر نمی رسد (۲۷). پدیده ای به نام «خودتماشاگری» به تمایل فرد برای مشاهده بدن خود در حین فعالیت جنسی اشاره دارد. این پدیده می تواند به رضایت جنسی آسیب بزند و ارتباط نزدیکی با اضطراب دارد. اضطراب جنسی، از جمله ترس از شکست، ممکن است تمایل به خودتماشاگری را تقویت کند و لذت جنسی را به نظارت بر موفقیت یا شکست خود تبدیل کند. خودتماشاگری می تواند به بازداری جنسی یا شکست واقعی منجر شود. در حالی که برای برخی افراد هیجان انگیز است، برای کسانی که از اضطراب جنسی رنج می برند، ممکن است تحریک جسمانی و میل جنسی را کاهش دهد و به ارزیابی و مقایسه خود با استانداردهای فرهنگی بینجامد (۲۸).

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که ویژگی های شخصیتی می توانند پیش بینی کننده سلامت جنسی در زنان با اختلال جنسی باشند. این یافته با نتایج تحقیقات حسینی و همکاران (۱۳۹۵)، دمیچی و دیگران (۲۰۱۹) (۲۹) و ژین و همکاران (۲۰۱۷) هم راستا است. در توضیح این نتیجه، می توان بیان کرد که دانش و نگرش جنسی به طور قابل توجهی بر دیدگاه همسران در موقعیت های جنسی تأثیر می گذارد و در به کارگیری آموخته ها در روابط جنسی نقش کلیدی دارد. برخورداری از مهارت های ارتباطی و جنسی مناسب می تواند به فرد کمک کند تا شناخت دقیق تری از مسائل جنسی به دست آورد و آگاهی جنسی او را افزایش دهد. این امر در نهایت منجر به بهبود رضایت و سلامت جنسی و ارتقای رضایت زناشویی خواهد شد (۳۰). علاوه بر این، جنبه روانی هر رابطه جنسی نیز بر کیفیت و رضایت از رابطه و در نتیجه بر تأمین سلامت جنسی تأثیر می گذارد. هنگامی که رابطه میان زن و مرد از نظر اجتماعی مناسب و پذیرفته شده باشد و هیچ مشکلی جسمی یا روانی در برقراری رابطه جنسی وجود نداشته باشد، یعنی آمادگی جسمی و روانی برای برقراری رابطه جنسی فراهم باشد، رابطه جنسی میان زوجین به طور سالم و آرامش بخش شکل خواهد گرفت و موجب

افزایش رضایت زناشویی می شود (۳۱). در جامعه سنتی، ممکن است زنان و مردان به طور کامل از وظایف خود در خصوص فراهم آوردن لذت برای دیگری آگاه نباشند و این امر می تواند به رابطه جنسی یک طرفه منجر شود که در نتیجه تنها یکی از زوجین از رضایت برخوردار می شود. با ارتقای آگاهی از اصول سلامت جنسی، هر دو شریک می توانند از رضایت زناشویی بیشتری بهره مند شوند (۳۲). همچنین، در جامعه ما زنان ممکن است از دانش جنسی کمتری نسبت به مردان برخوردار باشند و افزایش این آگاهی ها می تواند به بهبود سلامت جنسی آن ها منجر شود. زنان با سلامت کامل جنسی، روانی و عاطفی، پایه های مستحکم تری برای یک زندگی خانوادگی سالم و موفق فراهم می آورند. روابط زناشویی، به عنوان بخشی از یک پیوند جسمی-عاطفی، نقش بسزایی در تحکیم پیوندهای خانوادگی ایفا می کند. بنابراین، آگاهی زوج ها از نقش خود در رابطه با یکدیگر و شیوه های صحیح رابطه جنسی اهمیت ویژه ای دارد و می تواند به رضایت زناشویی و بهبود کیفیت زندگی مشترک منجر شود (۳۳).

نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند افزایش یا کاهش سلامت جنسی را در زنان پیش بینی کند. این یافته با نتایج پژوهش های کیوودو و آبل (۲۰۱۱) (۳۴)، حاجی زاده میمندی و دهقان چناری (۱۳۹۴) (۳۵) و دمیریس و همکاران (۲۰۲۳) در یک راستا است. همچنین بر اساس پژوهش غفاری و همکاران (۱۴۰۰) (۳۶) آموزش و تمرین مهارت های جنسی نشان داده است که به طور مؤثری دانش جنسی زنان را افزایش داده و نگرش آن ها نسبت به مسائل جنسی را بهبود می بخشد. به ویژه، این مداخلات می توانند به تقویت اعتماد به نفس زنان در زمینه فعالیت های جنسی، بهبود کیفیت ارتباطات جنسی با شریک زندگی، و کاهش اضطراب ها و نگرانی های مرتبط با عملکرد جنسی منجر شوند. اصلاح باورهای نادرست و آشنایی با استانداردهای واقعی عملکرد جنسی، ممکن است باعث کاهش اضطراب ناشی از انتظارات فرهنگی یا اجتماعی شود و در نتیجه رضایت و سلامت جنسی را ارتقا دهد. به گفته آلن و تالی ویلسون (۲۰۲۳) طرحواره های ناسازگار اولیه که از دوران کودکی و تجربیات بین فردی شکل می گیرند، می توانند در بزرگسالی به مشکلات عملکرد جنسی، مانند کاهش رضایت جنسی و اختلال در عملکرد جنسی، منجر شوند. طرحواره هایی مانند ترس از شکست و آسیب پذیری ممکن است باعث کاهش اعتماد به نفس و افزایش اضطراب در موقعیت های جنسی شوند، که این عوامل در کاهش رضایت و عملکرد جنسی نقش مهمی دارند (۳۷). علاوه بر این، طبق پژوهش های جدید، تأثیر این طرحواره ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق تأثیر بر روابط بین فردی و نحوه تفسیر فرد از موقعیت های جنسی قابل مشاهده است. این پژوهش ها نشان می دهند که شناخت و اصلاح این طرحواره ها، از جمله در چارچوب روان درمانی شناختی، می تواند بهبود قابل توجهی در عملکرد و رضایت جنسی به همراه داشته باشد (۳۸، ۳۹). آموزش سلامت جنسی به زوجین موجب می شود که زوجها باید یاد بگیرند که هنگام تنش ها و کشمکش ها چگونه جو را آرام کنند، آرامش خود را باز یابند و توجه خود را دوباره متمرکز کنند. آنها یاد می گیرند که چگونه می توان هیجانات شدید متفاوت را تنظیم و تعدیل کرد. آرام کردن خود و دیگری نه تنها راه را برای یک گفت و گوی پربارتر هموار می کند، که در سلامت هیجانی و جسمانی هر یک از زوجین سهم بسزایی دارد و همین امر نیز منجر به رضایت از زندگی در زوجین می گردد (۴۰).

## نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان دهنده تأثیرات معنادار ویژگی های شخصیتی، مطلوبیت اجتماعی، و حمایت اجتماعی بر سلامت جنسی و کنترل تکانه ها است. یافته ها حاکی از آن است که مطلوبیت اجتماعی و حمایت اجتماعی به طور مثبت با کنترل تکانه ها و سلامت جنسی مرتبط هستند. به عبارت دیگر، هرچه سطح مطلوبیت اجتماعی و حمایت اجتماعی بالاتر باشد، کنترل تکانه ها و سلامت جنسی نیز بهبود می یابد. همچنین، صفات شخصیتی به ویژه روان رنجوری، برون گرایی، گشودگی به تجربه، توافق پذیری، و وظیفه شناسی به طور معناداری با سلامت جنسی مرتبط هستند و می توانند سلامت جنسی را پیش بینی کنند. از سوی دیگر، طحوا ره های ناسازگار اولیه، به ویژه ره اش دگی و محرومیت هیجانی، با کاهش سلامت جنسی ارتباط دارند، در حالی که سایر طحوا ره ها تأثیر معناداری بر سلامت جنسی نداشته اند. این نتایج تأکید می کنند که توجه به ویژگی های شخصیتی و عوامل روان شناختی در بهبود سلامت جنسی و کنترل تکانه ها بسیار حیاتی است. همچنین، افزایش مطلوبیت اجتماعی و حمایت اجتماعی می تواند به بهبود سلامت جنسی و کنترل تکانه ها کمک کند. این یافته ها به ویژه در طراحی برنامه های مداخله ای و آموزشی برای بهبود کیفیت روابط زناشویی و سلامت جنسی افراد اهمیت دارند.

### تشکر و قدردانی

قابل اجرا نمی باشد.

### مشارکت نویسندگان:

ف و

طراحی مطالعه، تحلیل و تفسیر داده ها، و نگارش اولیه مقاله. ایشان همچنین مسئولیت هماهنگی کلی مراحل تحقیق و تدوین مقاله را بر عهده داشته اند.

ش پ

جمع آوری داده ها، بازبینی انتقادی پیش نویس مقاله با تمرکز بر بهبود محتوای علمی و فنی، به عنوان نویسنده مسئول، وظیفه ارتباط با مجله، پاسخ گویی به نظرات داوران، و اعمال اصلاحات در فرآیند بازنگری مقاله را بر عهده دارند.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می کنند که هیچ تضاد منفعتی وجود ندارد.

### اخلاق پژوهش

این مطالعه طبق اصول اخلاقی مندرج در اعلامیه هلسینکی انجام شده و توسط هیئت بررسی مؤسسه دانشگاه آزاد اسلام آباد غرب تأیید شده است. شرکت کنندگان از هدف مطالعه، ماهیت داوطلبانه مشارکت خود و حق انصراف در هر زمان بدون هیچ عواقبی آگاه

شدند. رضایت آگاهانه از تمامی شرکت کنندگان قبل از مشارکت در تحقیق اخذ گردید. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که پاسخ های آن ها محرمانه و ناشناس خواهد بود و با استفاده از پرسشنامه های معتبر جمع آوری می شود. داده ها صرفاً برای مقاصد تحقیقاتی استفاده خواهد شد و با طرف های ثالث به اشتراک گذاشته نخواهد شد. با ارائه رضایت خود، شرکت کنندگان تأیید کردند که اهداف مطالعه را درک کرده و موافقت خود را برای شرکت در تحقیق اعلام کردند تا به درک بهتر عواملی که بر سلامت جنسی در زنان با اختلال جنسی تأثیر می گذارد، کمک کنند.

### حمایت مالی

هیچ تأمین مالی وجود ندارد.

### منابع

۱. Edwards WM, Coleman E. Defining sexual health: a descriptive overview. Archives of sexual Behavior. 2004;33:189-95. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>.
۲. Organization WH. Sexual health, human rights and the law: World Health Organization; 2015.
۳. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019. 2020. <https://doi.org/10.1363/2020.31593>.
۴. Giami A. Sexual health: The emergence, development, and diversity of a concept. Annual review of sex research. 2002;13(1):1-35. <https://doi.org/10.1080/10532528.2002.10559801>.
۵. Organization WH. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. 2017.
۶. Wischmann TH. COUPLES'SEXUAL DYSFUNCTIONS: Sexual Disorders in Infertile Couples. The journal of sexual medicine. 2010;7(5):1868-76. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01717.x>.
۷. McCool-Myers M, Theurich M, Zuelke A, Knuettel H, Apfelbacher C. Predictors of female sexual dysfunction: a systematic review and qualitative analysis through gender inequality paradigms. BMC women's health. 2018;18:1-15 <https://doi.org/10.1186/s12905-018-0602-4>.
۸. Wakefield JC. The DSM-5's proposed new categories of sexual disorder: The problem of false positives in sexual diagnosis. Clinical Social Work Journal. 2012;40:213-23. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0353-2>.
۹. Nappi RE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL). Maturitas. 2016;94:87-91. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.013>.
۱۰. Clayton AH, Juarez EMV. Female sexual dysfunction. Medical Clinics. 2019;103(4):681-98. DOI:10.1016/j.mcna.2019.02.008.
۱۱. Milyavskaya M, Inzlicht M, Hope N, Koestner R. Saying "no" to temptation: Want-to motivation improves self-regulation by reducing temptation rather than by increasing self-control. Journal of Personality and Social Psychology. 2015;109(4):677. <https://doi.org/10.1037/emo0001346>.
۱۲. Wright JJ, O'Connor KM. Female sexual dysfunction. Medical Clinics. 2015;99(3):607-28. DOI: 10.1016/j.mcna.2015.01.011.

۱۳. Twenge JM, Sherman RA, Wells BE. Changes in American adults' sexual behavior and attitudes, 1972–2012. Archives of sexual behavior. 2015;44:2273-85. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0540-2>.
۱۴. Lorenz T, Rullo J, Faubion S, editors. Antidepressant-induced female sexual dysfunction. Mayo Clinic Proceedings; 2016: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.033>.
۱۵. Weinberger JM, Houman J, Caron AT, Patel DN, Baskin AS, Ackerman AL, et al. Female sexual dysfunction and the placebo effect: a meta-analysis. Obstetrics & Gynecology. 2018;132(2):453-8. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002733.
۱۶. Nappi RE, Tiranini L, Martini E, Bosoni D, Righi A, Cucinella L. Medical treatment of female sexual dysfunction. Urologic Clinics. 2022;49(2):299-307. DOI: 10.1016/j.ucl.2022.02.001.
۱۷. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. Obstetrics & Gynecology. 2015;125(2):477-86. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000620.
۱۸. Kingsberg SA, Althof S, Simon JA, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J, et al. Female sexual dysfunction—medical and psychological treatments, committee 14. The journal of sexual medicine. 2017;14(12):1463-91. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.018>.
۱۹. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Inventory: A discriminant validity and cross-validation assessment. Journal of marital and family therapy. 1989;15(1):65-79 <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1989.tb00777.x>.
۲۰. Hossein AM. Factors of successful marriage from the perspective of happy couples. 1389.
۲۱. Bahrainian SA, Yavari Kermani. Sexual satisfaction and life satisfaction. New Advances in Psychotherapy. 2009;51(15):67-85.
۲۲. Young J. Young Parenting Inventory (YPI)(On-line). New York: Cognitive Therapy Centre. 1999.
۲۳. Yousefi R. The study effectiveness and comparison of schema-focused and life style focused group training intervention in marital satisfaction enhancement: Doctoral Dissertation), Shahid Beheshti University, Tehran.[Persian]; 2010.
۲۴. Reynolds WM. Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. Journal of clinical psychology. 1982;38(1):119-25 [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198201\)38:1<119::AID-JCLP2270380118>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198201)38:1<119::AID-JCLP2270380118>3.0.CO;2-I).
۲۵. McCrae RR, Costa J, Paul T. Brief versions of the NEO-PI-3. Journal of individual differences. 2007;28(3):116-28 <https://doi.org/10.1027/1614-0001.28.3.116>.
۲۶. Rosenzweig MR. Biological psychology: American Psychological Association; 2000. doi:10.1017/S0021963099325397.
۲۷. Pyke RE. Sexual performance anxiety. Sexual medicine reviews. 2020.۹۰-۱۸۳:(۲)۸; <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.07.001>.
۲۸. Perelman MA. Psychosexual therapy for delayed ejaculation based on the Sexual Tipping Point model. Transl Androl Urol. 2016;5(4):563-75. doi: 10.21037/tau.2016.07.05.
۲۹. Demirchi S, Porzoor, Ghazivoloyi A. The impact of sexual skills training on the knowledge and sexual attitudes of married women. Family Counseling and Psychotherapy. 2017;6(1):1-15.
۳۰. Hooley EM. The relationship between transmission of sexual knowledge, sexual attitude, and culture: Andrews University; 2018.
۳۱. Bleakley A, Hennessy M, Fishbein M, Jordan A. How sources of sexual information relate to adolescents' beliefs about sex. Am J Health Behav. 2009;33(1):37-48. DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.33.1.4>.
۳۲. Federici S, Artegiani F, Diotallevi D, Caruso G, Mencarelli AC. Psychological sexual health of people with paraplegia. Paraplegia: IntechOpen; 2020. p. 1-21.doi:<http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.94086>.

- ۳۳ Gruskin S, Yadav V, Castellanos-Usigli A, Khizanishvili G, Kismödi E. Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2019;27(1):29-40. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1593787>.
- ۳۴ Quevedo RJM, Abella MC. Well-being and personality: Facet-level analyses. *Personality and Individual Differences*. 2011;50(2):206-11 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.030>.
- ۳۵ Hazm M, Datch M. Health-oriented lifestyle and marital satisfaction among married women in Yazd. 2015.
- ۳۶ Ghaffari A, Vahid AF. Comparing the effectiveness of sexual skills training and communication skills training on the sexual attitudes of married women. *Research and Development in Medical Education*. 2020;9(1):3.- doi: 10.34172/rdme.2020.003.
- ۳۷ Allen A, Tully-Wilson C. Early Adaptive Schemas and Sexual Wellbeing in Women: Exploring Differences in Menopausal Status. *International Journal of Applied Positive Psychology*. 2023;8(3):501-29. <https://doi.org/10.1007/s41042-023-00100-x>.
- ۳۸ Damiris IK, Allen A. Exploring the relationship between early adaptive schemas and sexual satisfaction. *International Journal of Sexual Health*. 2023;35(1.۲۹-۱۳:). <https://doi.org/10.1080/19317611.2022.2155897>.
- ۳۹ Lehmiller JJ. *The psychology of human sexuality*: John Wiley & Sons; 2023.
- ۴۰ Khaledi ZB, Simbar M, Azin SA. A qualitative study of sexual health education among Iranian engaged couples. *African health sciences*. 2017;17(2):382-90. DOI:10.4314/ahs.v17i2.12.