

Biannual Journal of Applied Counseling (JAC)
2021, 11(2), 77-104
Received: 16 Nov 2021
Accepted: 15 Des 2021
DOI: 10.22055/jac.2021.39198.1844
Original Article

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
دانشگاه شهید چمران اهواز
۱۴۰۰، ۱۱(۲)، ۷۷-۱۰۴
دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۵
پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۴
نوع مقاله: پژوهشی اصیل

The mediating role of cognitive factors in relationship between childhood maltreatment and sexual dysfunction in women

Nasibe Mansouri*
Mohammad Reza Saffarian Tosi**
Ahmad Mansouri***

Abstract

Sexual dysfunction, as one of the most common disorders among women can affect their marital relationships and have negative consequences. Although the relationship between childhood maltreatment and sexual dysfunction has been confirmed, but little attention has been paid to the mediating factors. Therefore, this study aimed to investigate the mediating role of cognitive factors in the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction in a correlational study. The population of this study included all married female students of Shahroud universities. Four hundred married female students of Shahroud universities were selected using cluster sampling method, and participants responded to the Female Sexual Function index, Cognitive Avoidance Questionnaire, Intolerance of Uncertainty Scale, Acceptance and Action Questionnaire-II, Cognitive Emotion Regulation questionnaire and Repetitive Thinking Questionnaire-10. Research data were analyzed using structural equation modeling, and SPSS and LISREL softwares. The results showed that there are correlations between the direct paths of the model, and cognitive factors mediate the relationship between childhood maltreatment and sexual dysfunction in females. Based on the results of this study, it can be concluded that childhood maltreatment and cognitive factors are risk factors for female sexual dysfunction; Therefore, it is important to pay attention to these factors in the prevention and treatment of sexual dysfunction.

Keywords: Maltreatment, cognitive factors, sexual dysfunction

Extended Abstract

Introduction

Sexual dysfunction (SD) is one of the most common disorders among women (Weinberger et al., 2018). These disorder have been defined as a

* PhD Student in Counseling, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

** Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran (Corresponding Author) safareyan.psy@gmail.com

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

persistent and recurrent decrease in sexual desire or arousal, difficulty or inability to reach orgasm, or pain during sexual activity (Okomo et al., 2017). The prevalence of sexual dysfunction varies and in different studies (Clayton et al., 2019; Garneau-Fournier et al., 2017; Marques Cerentini et al., 2020; Mojdeh & Zeighami Mohamadi, 2013; Weinberger et al., 2018; Valadares et al., 2011) have been reported from 30 to 91%. A variety of biological, psychological and social factors are associated with sexual dysfunction (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Faubion & Parish, 2017; McCabe et al., 2016; McCool et al., 2017). One of the other causes of sexual dysfunction is childhood maltreatment (CM) or child abuse (Bornefeld-Ettmann et al., 2018; Garneau-Fournier et al., 2017; Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Khajehei et al., 2015; McCabe et al., 2016; McCool et al., 2017; O'Loughlin et al., 2020; Read, 2018).

Although the relationship between childhood maltreatment and sexual dysfunction has been confirmed, little attention has been paid to the mediating factors. One of the factors that can mediate this relationship is cognitive factors. For years, many researchers and sex therapists thought that the main cause of sexual dysfunction was anxiety, but Barlow et al. proposed a model that minimizes the role of anxiety and emphasizes the cognitive processes involved in the development and maintenance of sexual dysfunction (Barlow et al., 2018). A review of the research literature shows that factors related to cognitive processing, including cognitive distraction and attentional focus, automatic thoughts and sexual cognitions, causal attributions to negative sexual events, efficacy expectations, and perceived performance demands were associated with sexual dysfunction (Tavares et al., 2020). The present study investigates the mediating role of cognitive factors such as intolerance of uncertainty (IU), cognitive emotion regulation strategies, cognitive avoidance, experiential avoidance, and repetitive thoughts in the relationship between childhood maltreatment and sexual dysfunction.

Evidence showed that there is a significant relation between childhood maltreatment with IU (Hayward et al., 2020; Ghaderi et al., 2020; Tracy, 2015), experiential avoidance (Bell & Higgins, 2015; Merwin et al., 2008; Reddy et al., 2006; Shenk et al., 2012), cognitive avoidance (Stoples et al., 2012), negative thoughts (Gibb, 2002; Wright et al., 2009) and cognitive emotion regulation strategies (Ghaderi et al., 2012., Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Khoramimanesh & Mansouri, 2019; Khosravani et al., 2019; Kim & Cicchetti, 2010; Weissman et al., 2019). There is a significant relation between IU (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019), experiential avoidance (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Stephenson, 2019), negative thoughts (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008; Moura et al., 2020), emotion regulation (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019) and sexual dysfunction.

Considering the prevalence of sexual dysfunction in females and students (Clayton et al., 2019; Garneau-Fournier et al., 2017; Marques Cerentini et al., 2020; Weinberger et al., 2018), the consequences of this dysfunction (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019) and the importance of identifying mediating factors in the relationship between childhood maltreatment and psychological disorders to create effective early interventions (Weissman et al., 2019). The present study aimed was conducted to investigate the mediating role of

cognitive factors in the relationship between childhood maltreatment and sexual dysfunction in females.

Method

The present study was a descriptive correlational study. The population of this study included all married female undergraduate, graduate and doctoral students of Shahroud Universities. The sample consisted of 400 married female students who were selected by cluster sampling. First, from all universities in Shahroud, Islamic Azad university of Shahroud branch and Shahroud University of Technology were randomly selected. Second, two faculties were selected from each university and its married female students were selected as the statistical sample. Undergraduate, graduate, and doctoral students, at least one year of marriage, and informed consent to participate in the study were among the inclusion criteria. Existence of incomplete questionnaires was one of the exclusion criteria.

Instrument

Female Sexual Function Index: This scale has 19 items and was created by Rosen et al. The female sexual function index measures women's sexual performance in six areas: desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain. They reported Cronbach's alpha coefficient of total score and test subscales above 0.89 (Rosen et al., 2000). Cronbach's alpha coefficient of total score and subscales of the Persian version are reported to be 0.70 or higher. In addition, it has good discriminant validity (Mohammadi et al., 2008). The reliability of this index in the present study was 0.89.

Intolerance of Uncertainty Scale: This scale has 12 items and was developed by Carleton et al. The scoring of intolerance of uncertainty scale is done on a five-point scale from 1 (not at all characteristic of me) to 5 (entirely characteristic of me). The reliability of IUS been reported 0.96 (Carleton et al., 2007). In the study of Sedighi et al. (2019), the reliability of the IUS with internal consistency was 0.87. The reliability of this scale in the present study was 0.84.

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: This questionnaire has 18 items and was developed by Garnefski and Kraaij. The cognitive emotion regulation questionnaire includes 9 dimensions of self-blame, rumination, catastrophizing, other-blame (maladaptive strategies), acceptance, refocusing on planning, positive refocusing, positive reappraisal, putting into perspective (adaptive strategies). The cognitive emotion regulation questionnaire is scored on a five-point scale from 1 (almost never) to 5 (almost always). The reliability of the self-blame subscale was 0.67 and for the other subscales was 0.73 to 0.81 (Garnefski & Kraaij, 2006). In the study of Mansouri et al. (2018), the reliability of the total test score and its subscales were 0.72, 0.88, 0.78, 0.63, 0.84, 0.81, 0.74, 0.66, 0.83 and 0.86, respectively. The reliability of adaptive and maladaptive strategies was 0.82 and 0.74. In the present study, maladaptive cognitive emotion regulation strategies were used. Cronbach's alpha for coefficients adaptive and maladaptive strategies was 0.87 and 0.86.

Cognitive Avoidance Questionnaire: This questionnaire was developed by Sexton and Dugas. The cognitive avoidance questionnaire is scored on a five-point scale from 1 (not at all typical) to 5 (completely typical). The reliability of this questionnaire was good (Cronbach's alpha= 0.95, test-retest= 0.85). In addition, it has good divergent and convergent validity (Sexton & Dugas, 2008). Cronbach's alpha coefficient in the study of Mansouri et al. (2018) was 0.89. The reliability of cognitive avoidance questionnaire in the present study was 0.93.

Acceptance and Action Questionnaire-II: This questionnaire has 7 items and was developed by Bond et al. The Acceptance and Action Questionnaire is scored on a seven-point scale from 1 (never true) to 7 (always true). This questionnaire assesses Experiential avoidance. The mean reliability of acceptance and action questionnaire using internal consistency method was 0.84 (0.78 to 0.88) and test-retest (3 to 12 months) were 0.81 and 0.79 (Bond et al., 2011). Cronbach's alpha in the study of Mansouri et al. (2018) was 0.85. The reliability of cognitive avoidance questionnaire in the present study was 0.89.

Repetitive Thought Questionnaire: This questionnaire has 10 items and was developed by McAvoy et al. The RTQ-10 is scored on a five-point scale from 1 (very slightly or not at all) to 5 (extremely). The reliability of this test has been reported from 0.72 to 0.93 (McEvoy et al., 2010). The reliability of the Persian version of RTQ-10 has been reported using internal consistency and test-retest methods of 0.76 and 0.91 (Akbari, 2017). In the present study, Cronbach's alpha was 0.92.

Child Abuse and Self Report Scale: The child abuse and self report scale has 38 items and consisting of four subscales of neglect, physical abuse, sexual abuse, and psychological abuse, developed by Mohammadkhani et al. The child abuse and self report scale is scored on a four-point scale from 0 (never) to 3 (always). The reliability coefficients of the total test score and its subscales from 0.82 to 0.95 and its validity have been reported as appropriate (Mohammadkhani et al., 2003). In the present study, Cronbach's alpha for total score and subscales were 0.85 to 0.95.

Research trend

From all universities of Shahroud, Islamic Azad university of Shahroud and Shahroud University of Technology were randomly selected. Then, two faculties were selected from each university and its married female students were selected as the research sample. After obtaining the necessary permits from the Islamic Azad University of Shahroud and Shahroud University of Technology, coordinating with universities and colleges and also explaining the importance of research for participants, questionnaires were provided to them simultaneously.

The analyses of data

Research data were analyzed using SPSS and LISREL softwares as well as structural equation modeling statistical method.

Findings

The mean and standard deviation of age of participants was 27.64 and 4.89. The duration of the participants' marriages varied from 1 to 12 years. Table 1 shows the descriptive indicators of research variables.

Table 1
Mean and standard deviation of research variables

Variable	Mean	SD	Kurtosis	Variable	Mean	SD	Kurtosis
Physical abuse	3.06	3.98	1.74	Repetitive thought	28.60	10.40	-1.01
Psychological abuse	7.01	7.78	0.16	Arousal	6.81	1.49	-0.24
Sexual abuse	1.23	2.60	2.20	Desire	14.30	3.04	-0.17
Neglect	8.15	6.30	0.67	Lubrication	14.87	2.76	-0.51
CM	19.46	17.26	0.11	Orgasm	11.86	2.53	-0.63
Experiential avoidance	19.92	9.67	-0.81	Satisfaction	12.08	3.12	0.31
IU	31.51	7.78	-0.64	Pain	7.19	3.77	-.095
Cognitive avoidance	71.49	17.53	-0.33	SD	67.13	11.13	-0.66
Maladaptive strategies	21.32	6.80	-0.39				

The results of Table 1 shows that the criterion variable and its subscales are normal distribution function. Figure 1 shows the results of SEM.

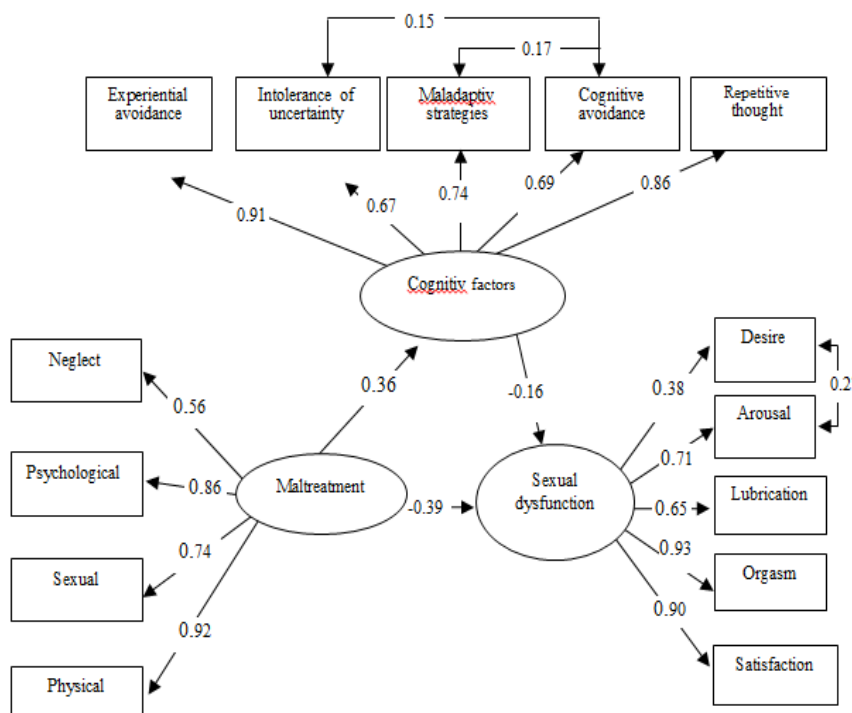


Figure 1
The model of the mediating role of cognitive factors in the relationship between childhood maltreatment and sexual dysfunction

The results of structural equation modeling showed that the direct effects of childhood maltreatment on sexual dysfunction ($t = 5.25$, $\beta = -0.39$, $p < 0.001$), childhood maltreatment on cognitive factors ($t = 6.72$, $B = 0.36$, $p < 0.001$), and cognitive factors on sexual dysfunction ($t = -2.76$, $\beta = 0.15$, $p < 0.001$) are significant. The indirect effect of childhood maltreatment on sexual dysfunction through cognitive factors is significant ($t = 2.59$, $\beta = -0.05$, $p < 0.001$). Also, chi-square, comparative fit index (CFI), normed fit index (NFI), no normed fit index (NNFI), incremental fit index (IFI), relative fit index (RFI), goodness-of fit index (GFI) and Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA) are 332.11, 0.94, 0.92, 0.92, 0.90, 0.94, 0.89, and 0.096, respectively; therefore. The final model has an acceptable fit.

Discussion

The results showed that cognitive factors mediated the relationship childhood maltreatment and female sexual dysfunction. Although no research was found to be consistent with the results of the present study, the results showed that cognitive factors such as intolerance of uncertainty, cognitive emotion regulation, experiential avoidance, cognitive avoidance, and negative repetitive thoughts are involved in female sexual dysfunction. A review of the research literature shows that intolerance of uncertainty can mediate the relationship between childhood maltreatment and subsequent psychological problems. For example, Ghaderi et al. (2020) found that intolerance of uncertainty mediates the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescents. Hossein Savarzade and Mansouri (2019) showed that there is a relationship between intolerance of indecision and sexual dysfunction of women. It is also one of the strongest predictors of sexual dysfunction.

Stoples et al., (2012) reported that there is a significant relationship between sexual abuse in childhood and adolescence with avoidance tendencies for orgasm function. The combination of sexual abuse and avoidance tendencies explains the lower orgasmfunction. Other studies have shown that there is a link between experiential avoidance with erectile function (Stephenson, 2019), all dimensions of female sexual dysfunction (FSFI), except lubrication (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019), and impulsive sexual behavior (Brem et al., 2017). Merwin et al., (2008) found that experiential avoidance mediated the relationship between sexual victimization and symptoms of depression and post-traumatic stress disorder in women. Brem et al., (2017) found that experiential avoidance plays a mediating role in the relationship between dispositional mindfulness and impulsive sexual behaviors among men in residential substance use treatment. The results of this study showed that there is a significant relationship between maladaptive emotion regulation strategies and sexual dysfunction. Also, results of this study, similar to previous studies (Ghaderi et al., 2020; Jennissen et al., 2016; Khoramimanesh & Mansouri, 2019; Khosravani et al., 2019; Weissman et al., 2019), showed that emotion regulation can mediate the relationship between childhood abuse/maltreatment and trauma with psychological problems.

Little research has been done on the relationship between cognitive avoidance and sexual dysfunction. For example, Hossein Savarzade and Mansouri (2019) showed that there is no relationship between cognitive

avoidance and sexual dysfunction. Existing differences can be due to methodological differences. Their research has been done on a group of women referring to health centers in Mashhad, but the present study has been done on a group of female students in Shahroud. Finally, a review of the research literature shows that there is a relationship between repetitive thoughts and sexual dysfunction. Nobre and Pinto-Gouveia (2007) showed that there is a relationship between automatic thoughts and the sexual arousal of men and women. Moura et al., (2020) found that women with orgasmic problems experienced more negative automatic thoughts during sexual activity than other women. Gibb (2002) showed that there is a significant relationship between childhood emotional and sexual abuse and negative cognitive styles. Tavares et al., (2020) found that factors related to cognitive processing such as cognitive distraction and attention focus, automatic thoughts and sexual cognitions, causal attributions to negative sexual events, efficacy expectations, and perceived performance demands were associated with sexual dysfunction.

In sum, The results showed that cognitive factors mediated the relationship childhood maltreatment and sexual dysfunction in women. Wright et al., (2009) bilived that early childhood experiences play an important role in shaping cognitive processes. Previous theories emphasize the role of anxiety in sexual dysfunction, but Barlow et al., emphasize the cognitive processes involved in the onset and maintenance of sexual dysfunction (Barlow et al., 2018). The results of the present study also emphasize the role of cognitive factors in the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction.

Conclusions

The results of the present study support the mediating role of cognitive factors in the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction. Therefore, researchers and psychotherapists should pay attention to the role of these factors in sexual dysfunction.

Ethical Consideration

Ethical considerations included informed consent, principle of confidentiality, and non-harm to participants.

Funding

This research has been done without the financial support of any special institution.

Conflict of Interests

There is no conflict of interest between the authors of this article.

Acknowledgement

We thank all the students and officials of the Islamic Azad University of Shahroud and Shahroud University of Technology who helped us in this research.

نقش میانجی عوامل شناختی در رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی و کژکاری جنسی^۱

نسبیه منصوری*
محمد رضا صفاریان طوسی**
احمد منصوری***

چکیده

کژکاری جنسی به‌عنوان یکی از اختلال‌های بسیار شایع در بین زنان می‌تواند روابط زناشویی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و پیامدهای منفی به دنبال داشته باشد. اگرچه رابطه بین بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی و کژکاری جنسی تأیید شده است، اما توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی عوامل شناختی در رابطه بین بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی و کژکاری جنسی زنان در یک طرح هم‌بستگی انجام پذیرفت. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه‌ی دانش‌جویان زن متأهل دانشگاه‌های شهر شاهرود بود. چهارصد دانش‌جوی زن متأهل دانشگاه‌های شاهرود به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و شرکت‌کنندگان به شاخص‌های عملکرد جنسی زنان، اجتناب شناختی، تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، پذیرش و عمل، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، افکار تکرار شونده و خود گزارشی کودک‌آزاری پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS و LISREL تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین مسیرهای مستقیم مدل هم‌بستگی وجود دارد و عوامل شناختی میانجی رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند. به‌طور کلی می‌توان گفت که بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی می‌توانند با افزایش عوامل شناختی از جمله اجتناب شناختی، تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی، اجتناب تجربه‌ای، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افکار تکرار شونده، باعث افزایش کژکاری جنسی زنان شوند.

واژه‌های کلیدی: بدرفتاری، عوامل شناختی، کژکاری جنسی

مقدمه

مسائل جنسی یکی از موضوع‌های مهم در زندگی انسان‌ها است و هرگونه مشکلی در آن می‌تواند زندگی زناشویی آن‌ها را دچار مشکل سازد (Soumali et al., 2021)؛ به عبارت کارکرد جنسی مطلوب یا کژکاری جنسی یکی از عوامل مهم در روابط زناشویی هستند (Farajnia et al., 2014). کژکاری جنسی (sexual dysfunction) یکی از اختلال‌های بسیار شایع در بین زنان است (Weinberger et al., 2018). این اختلال شامل مجموعه ناهمگنی از اختلال‌هایی است که اغلب با مشکلات زیاد بالینی در توانایی

۱. این مقاله برگرفته از رساله دکتری مشاوره با مجوز پژوهشی ۱۶۲۳۳۴۸۷۳ مورخ ۱۳۹۹/۸/۱۰ می‌باشد.

* دانشجوی دکتری مشاوره، گروه علوم تربیتی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران

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

safareyan.psy@gmail.com

*** استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

پاسخ‌دهی یا تجربه لذت جنسی همراه هستند. در مورد زنان، این اختلال‌ها به‌عنوان کاهش پایدار و عودکننده در میل یا برانگیختگی جنسی، دشواری یا ناتوانی در رسیدن به ارگاسم یا درد طی فعالیت جنسی تعریف شده‌اند (Okomo et al., 2017). طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) این کژکاری‌ها فراگیر یا موقعیتی هستند و اختلال‌هایی از جمله اختلال ارگاسم، اختلال میل/برانگیختگی جنسی، اختلال درد/دخول تناسلی- لگنی، اختلال کمبود میل جنسی و اختلال جنسی ناشی از مواد/دارو را در بر می‌گیرند (American Psychiatric Association, 2013). میزان شیوع این اختلال متنوع است و در پژوهش‌های مختلف (Clayton et al., 2019; Garneau-Fournier et al., 2017; Marques Cerentini et al., 2020; Mojdeh & Zeighami Mohamadi, 2013; Weinberger et al., 2018; Valadares et al., 2011) از ۳۰ تا ۹۱ درصد گزارش شده است.

علیرغم اهمیت و شایع بودن اختلال عملکرد جنسی، اکثر مبتلایان به دنبال احساس خجالت یا به دلیل اینکه آن را یک مشکل پزشکی نمی‌دانند به دنبال کمک نیستند (Zemishlany & Weizman, 2008). اختلال‌های جنسی اغلب با افسردگی، اضطراب، اختلال خوردن، اختلال شخصیت، مصرف مواد، اسکیزوفرنیا و اختلال شناختی رابطه دارند (Barlow et al., 2018; Zemishlany & Weizman, 2008). بیماری‌های عصب‌شناختی و سایر بیماری‌های اثرگذار بر دستگاه عصبی (مثل دیابت، بیماری‌های کلیوی و قلبی عروقی)، صفات شخصیتی روان رنجور و سلطه‌پذیر، ناگویی خلقی، افکار و نگرش‌های منفی درباره مسائل جنسی، نگرانی در مورد باردارشدن، سقط جنین، مشکلات ارتباطی، سلامت جسمانی و روانی، مشکلات دستگاه تناسلی، ختنه یا نقص عضو دستگاه تناسلی، کارکرد جنسی شریک، تاریخچه‌ی رشدی مثل روابط اولیه با مراقبان و عوامل استرس‌زای دوران کودکی، عوامل اجتماعی و فرهنگی مثل انتظارات نقش جنسی و هنجارهای دینی از علل متعدد مؤثر بر اختلال‌های عملکرد جنسی می‌باشند (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Faubion & Parish, 2017; McCabe et al., 2017; McCool et al., 2016). همچنین، نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که یکی از علل دیگر کژکاری‌ها یا اختلال‌های جنسی، بدررفتاری‌های دوران کودکی یا کودک‌آزاری است (Bornefeld-Ettmann et al., 2018; Garneau-Fournier et al., 2017; Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Khajehei et al., 2015; McCabe et al., 2016; McCool et al., 2017; O'Loughlin et al., 2020; Read, 2018). به‌ویژه، زنان دارای سابقه سوءاستفاده‌ی جنسی در معرض خطر کژکاری جنسی قرار دارند (Pulverman & Meston, 2020). بدررفتاری دوره‌ی کودکی نشان‌دهنده‌ی یک محیط ارتباطی نامناسب است که خطرات قابل توجهی برای ناسازگاری در ابعاد مختلف زیستی و روان‌شناختی رشد را در پی دارد (Cicchetti & Toth, 2005). بدررفتاری دوره‌ی کودکی به سوءاستفاده یا غفلت از افراد زیر ۱۸ سال گفته می‌شود و همه‌ی بدررفتاری‌های جسمی یا هیجانی، سوءاستفاده جنسی، غفلت و بهره‌کشی‌هایی را در برمی‌گیرد که به آسیب واقعی یا بالقوه به سلامت، بقا، رشد و یا شأن کودک منجر می‌شود (World Health Organization, 2014).

علیرغم اینکه نقش بدرفتاری‌های دوران کودکی در کژکاری‌های جنسی مورد تأیید قرار گرفته است، اما توجه اندکی به عوامل، مکانیسم‌ها یا فرایندهای میانجی این رابطه شده است. یکی از عوامل یا فرایندهایی که می‌توانند میانجی این رابطه باشند، عوامل شناختی هستند. برای سال‌ها بسیاری از پژوهشگران و سکس درمانگران گمان می‌کردند که علت اصلی اختلال‌های عملکرد جنسی، اضطراب است (Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1974)، اما بارلو و همکاران (Barlow et al., 1983) بر خلاف نظریه‌های قبلی مدلی را مطرح کردند که نقش اضطراب را به عنوان یک عامل علی اولیه به حداقل می‌رساند و بر فرایندهای شناختی دخیل در ایجاد و تداوم اختلال‌های جنسی تأکید دارد (Barlow et al., 2018). بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که عوامل مرتبط با پردازش شناختی از جمله حواس‌پرتی و تمرکز توجه، افکار خود آیند و شناخت جنسی، اسنادهای علی به رویدادهای جنسی منفی، انتظارات مربوط به کارایی، اضطراب عملکرد و تقاضاها با کژکاری جنسی رابطه دارند (Tavares et al., 2020). عوامل یا فرایندهای شناختی به هرگونه کارکرد روانی دخیل در اکتساب، ذخیره‌سازی، تفسیر، دست‌کاری، دگرگونی و استفاده از دانش اشاره دارد. این فرایندها شامل فعالیت‌هایی مثل توجه، ادراک، یادگیری و حل مسئله است (APA dictionary of psychology, 2015). پژوهش حاضر فرایندهای شناختی را مشتمل بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اجتناب شناختی، اجتناب تجربه‌ای و افکار تکرارشونده در نظر گرفته است. تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی به‌عنوان ناتوانی سرشتی افراد در تحمل پاسخ‌های نامطلوب راه‌اندازی شده به‌وسیله‌ی فقدان اطلاعات مهم، کلیدی یا کافی و پایدار به‌وسیله ادراک مرتبط با بلاتکلیفی اشاره دارد (Carleton, 2016). همچنین به‌عنوان نوعی سوگیری شناختی تعریف شده است که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تأثیر قرار می‌دهد (Dugas & Robichaud, 2007). تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان راهبردهای شناختی هشیار برای مقابله با اطلاعات برانگیزاننده هیجان و بخش شناختی مقابله تعریف شده است. این راهبردها نقش مهمی در تنظیم، مدیریت و کنترل هیجان‌ها پس از وقوع رویدادهای استرس‌زا دارند (Garnefski & Kraaij, 2018).

اجتناب شناختی شامل راهبردهای متنوعی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر می‌شود که سبب اجتناب از محتوای شناختی و هیجانی تهدیدکننده می‌شوند (Dugas & Robichaud, 2007). همچنین، به اجتناب از افکار و هیجان‌های پریشان‌کننده کمک می‌کند (Borkovec et al., 2004). اجتناب تجربی نیز به‌عنوان یکی از راهبردهای اجتنابی به کنترل یا اجتناب از تجربه‌های پریشان‌کننده درونی اشاره دارد (Eustis et al., 2016) و اجتناب فعال و یا خودکار از تجربه‌های درونی تهدیدکننده یا منفی (افکار، احساسات، رانه‌ها، تصاویر، حواس) را شامل می‌شود (Roemer & Orsillo, 2002). افکار تکرارشونده نیز به‌عنوان فرایندهای تفکر با دقت، تکرارشونده و

مکرر در مورد جهان خود و دیگران تعریف شده‌اند که در کانون شماری از مدل‌های سازگاری و ناسازگاری قرار دارند (Ehring & Watkins, 2008). به علاوه، افکار تکرارشونده منفی یک عامل فراتشخیصی در میان اختلال‌های شناختی و رفتاری است و سبکی از فکر کردن درباره مشکلات و تجربه‌های منفی است که سه ویژگی کلیدی دارد: تکرارشونده تا حدودی مزاحم و رها شدن از دست آن دشوار است (Ehring et al., 2011).

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین افکار خود آیند و پاسخ جنسی زنان و مردان رابطه وجود دارد (Nobre & Pinto-Gouveia, 2008). مورا، تاوارس و همکاران (Moura & Tavares et al., 2020) دریافتند که زنان دارای مشکلات ارگاسم طی فعالیت جنسی افکار خود آیند منفی بیشتری نسبت به زنان دیگر تجربه می‌کنند. تاوارس و همکاران (Tavares et al., 2020) دریافتند که عوامل مرتبط با پردازش شناختی از جمله حواس پرتی و تمرکز توجه، افکار خود آیند و شناخت جنسی، اسنادهای علی به رویدادهای جنسی منفی، انتظارات مربوط به کارایی، اضطراب عملکرد و تقاضاها با کژکاری جنسی رابطه دارند حسینی سروزاده و منصوری (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019) نشان دادند که بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی، تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و اجتناب تجربه‌ای با کژکاری جنسی زنان رابطه وجود دارد. استیفنسون (Stephenson, 2019) دریافت که بین اجتناب تجربه‌ای با عملکرد نعوظی و رضایت جنسی رابطه وجود دارد. برم و همکاران (Brem & Shorey et al., 2017) دریافتند که بین اجتناب تجربه‌ای و رفتار جنسی تکانشی رابطه وجود دارد. شواهد موجود همچنین نشان می‌دهد که بین آسیب‌ها و بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی با تحمل ناپذیری بلاتکلیفی (Hayward et al., 2020; Bell & Higgins, 2015; Merwin et al., 2020; Ghaderi et al., 2020; Tracy, 2015)، اجتناب تجربه‌ای (Ghaderi et al., 2020; Tracy, 2015)، اجتناب شناختی (Stoples et al., 2012)، افکار منفی (Gibb, 2002; Wright et al., 2009) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Ghaderi et al., 2020; Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Khoramimanesh & Mansouri, 2019; Khosravani et al., 2019; Weissman et al., 2019; Kim & Cicchetti, 2010) رابطه وجود دارد. اگر چه پژوهش‌های انجام شده رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری‌های جنسی را تأیید می‌کنند، اما توجه اندکی به عوامل میانجی این رابطه شده است. به نظر می‌رسد که بدرفتاری‌های دوره کودکی می‌تواند به واسطه‌ی فرایندهای شناختی منجر به کژکاری جنسی بعدی زنان شود. با توجه به شیوع کژکاری‌های جنسی در زنان عادی و دانش‌جویان (Clayton et al., 2019; Garneau-Fournier et al., 2018; Marques Cerentini et al., 2020; Weinberger et al., 2018)، پیامدهای ناشی از این کژکاری‌ها (Hossein Savarzade & Mansouri, 2019) و اهمیت شناسایی عوامل میانجی رابطه‌ی بین سوءاستفاده از کودک و آسیب‌های روانی برای ایجاد مداخله‌های زود هنگام مؤثر (Weissman et al., 2019)

می‌تواند از بسیاری از مشکلات پیشگیری نماید. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی عوامل شناختی در رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع پژوهش هم‌بستگی بود. جامعه‌ی این پژوهش شامل کلیه دانش‌جویان زن متأهل مقطع کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه‌های شهر شاهرود بود که ۴۰۰ دانش‌جوی زن متأهل به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابتدا، از بین کلیه دانشگاه‌های شهر شاهرود (دانشگاه‌های صنعتی، علوم پزشکی، آزاد اسلامی و پیام نور) دو دانشگاه آزاد اسلامی و صنعتی به تصادف انتخاب شدند. سپس در دانشگاه صنعتی دو دانشکده مدیریت و صنایع و تربیت‌بدنی و همچنین از دانشگاه آزاد اسلامی دو دانشکده علوم انسانی و علوم پایه تعیین و دانش‌جویان زن متأهل آن‌ها به‌عنوان افراد نمونه پژوهش انتخاب شدند. در منابع موجود حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های مدل‌یابی ۲۰۰ نفر ذکر شده است (Hooman, 2006).

ابزار اندازه‌گیری

شاخص عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Function Index): شاخص نوزده ماده‌ای عملکرد جنسی زنان توسط روزن و همکاران (Rosen et al., 2000) در سال ۲۰۰۰ ساخته شده و دارای شش حوزه‌ی میل جنسی، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، اوج لذت جنسی، رضایتمندی و درد جنسی است که ماده‌های آن در یک طیف لیکرت پنج یا شش‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این آزمون ۱۹ و ۹۵ است که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی عملکرد جنسی بهتر است. ضریب آلفای کرونباخ در کل شاخص ۰/۹۷ و در خرده مقیاس‌های شش‌گانه از ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ گزارش شده است و از روایی افتراقی مناسبی برخوردار است که می‌تواند زنان مبتلا به برانگیختگی جنسی را از افراد عادی تمیز دهد (Rosen et al., 2000). محمدی و همکاران (Mohammadi et al., 2008) ضرایب آلفای کرونباخ کل شاخص ۰/۹۲ و در خرده مقیاس‌های نسخه فارسی آن از ۰/۷۰ تا ۰/۹۱ گزارش کردند و نشان دادند که این ابزار می‌تواند زنان مبتلا به اختلال عملکرد جنسی را از افراد عادی تفکیک کند. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ کل شاخص عملکرد جنسی ۰/۸۹ و در خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۳ تا ۰/۹۵ به دست آمد و تحلیل عاملی تأییدی ساختار پنج عاملی این آزمون (میل جنسی، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، اوج لذت جنسی و رضایتمندی) را مورد تأیید قرار داد.

مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (Intolerance of Uncertainty Scale): مقیاس دوازده ماده‌ای تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی توسط کارلتون و همکاران (Carleton et al., 2007) در سال ۲۰۰۷ برای

بررسی تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی افراد ساخته شده و ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس ۱۲ و ۶۰ است که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی تحمل‌ناپذیری بیشتر در مقابل بالاتکلیفی است. کارلتون و همکاران (Carleton et al., 2007) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۱ و ضریب روایی همگرایی آن با پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (BDI)، اضطراب بک (BAI)، نگرانی ایالت پنسیلوانیا و اختلال اضطراب فراگیر را به ترتیب ۰/۵۶، ۰/۵۷، ۰/۵۴ و ۰/۶۱ گزارش کردند. صدیقی و همکاران (Sedighi et al., 2019) ضریب آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی این مقیاس را ۰/۸۷ گزارش کردند و دریافتند که این مقیاس از روایی افتراقی مناسبی در بین بیماران اسکیزوفرنیا و افراد عادی برخوردار است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تحمل‌ناپذیری بالاتکلیفی ۰/۸۴ به دست آمد و تحلیل عاملی تأییدی ساختار تک عاملی را مورد تأیید قرار داد.

پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire):

پرسش‌نامه هجده ماده‌ای تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کراج (Garnefski & Kraaij, 2006) در سال ۲۰۰۶ برای بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد ساخته شده است و شامل نه حوزه‌ی خود سرزنش‌گری، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم‌اهمیت‌شماری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری است. مؤلفه‌های ارزیابی مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت و پذیرش جزو راهبردهای سازگار و مؤلفه‌های خود سرزنش‌گری، دیگر سرزنش‌گری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی جزو راهبردهای ناسازگار هستند. ماده‌های پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همواره) نمره‌گذاری می‌شود که حداقل و حداکثر نمره برای راهبردهای سازگار ۱ تا ۵۰ و برای راهبردهای ناسازگار ۱ تا ۴۰ است. گارنفسکی و کراج (Garnefski & Kraaij, 2006) ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خود سرزنش‌گری ۰/۶۷ و برای بقیه خرده مقیاس‌ها ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ و هم‌بستگی بین خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه با خرده مقیاس‌های اضطراب (۰/۵۰ - ۰/۱۳ - $r = -$) و افسردگی (۰/۵۳ - ۰/۱۵ - $r = -$) فهرست علائم روانی (SCL-90) گزارش کرده‌اند. در پژوهشی منصوره‌ی و همکاران (Mansouri et al., 2018) ضرایب آلفای خرده مقیاس‌های فوق‌الذکر به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۳، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ و برای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار ۰/۸۲ و ۰/۷۴ گزارش کردند و ساختار دو عاملی را این ابزار را تأیید کردند. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگار و ناسازگار ۰/۸۷ و ۰/۸۶ و مدل ساختار چهار عاملی به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire):

بیست و پنج ماده‌ای اجتناب شناختی توسط سکستون و دوگاس (Sexton & Dugas, 2008) در سال ۲۰۰۸ ساخته شده و دارای پنج حوزه‌ی سرکوب فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تغییر تصاویر ذهنی به افکار است که ماده‌های آن در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (به‌هیچ‌وجه) تا ۵ (بسیار زیاد)

نمره‌گذاری می‌شود که حداقل و حداکثر نمره‌ی این پرسش‌نامه ۲۵ و ۱۲۵ است که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی اجتناب شناختی بیشتر است. سکستون و دوگاس (Sexton & Dugas, 2008) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و بازآزمون ۰/۸۵ گزارش کردند. در پژوهشی منصوره‌ی و همکاران (Mansouri et al., 2018) به ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ساختار تک عاملی دست یافتند. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۳ و مدل تک عاملی به دست آمد.

پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل (Acceptance and Action Questionnaire-II):

پرسش‌نامه‌ی هفت ماده‌ای پذیرش و عمل توسط بوند و همکاران (Bond et al., 2011) در سال ۲۰۱۱ برای بررسی اجتناب تجربه‌ای ساخته شده و ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از ۱ (به‌هیچ‌وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۷ (همیشه در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس ۱ و ۴۹ است که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی اجتناب تجربه‌ای بیشتر است. بوند و همکاران (Bond et al., 2011) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و بازآزمون ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهشی منصوره‌ی و همکاران (Mansouri et al., 2018) به ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و ساختار تک عاملی دست یافتند. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل ۰/۸۹ به دست آمد و تحلیل عاملی تأییدی ساختار تک عاملی را مورد تأیید قرار داد.

پرسش‌نامه‌ی افکار تکرارشونده (Repetitive Thinking Questionnaire-10):

پرسش‌نامه‌ی ده ماده‌ای افکار تکرارشونده توسط مکاوی و همکاران (McEvoy et al., 2010) در سال ۲۰۱۰ برای بررسی افکار تکرارشونده ساخته شده و ماده‌های این مقیاس در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این مقیاس ۱ و ۵۰ است که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی افکار تکرارشونده بیشتر است. مکاوی و همکاران (McEvoy et al., 2010) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۹ و ضریب روایی هم‌گرای آن با پرسش‌نامه‌ی کنترل فکر را ۰/۴۴ گزارش کردند. در پژوهشی اکبری و همکاران (Akbari, 2017) به ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و بازآزمون ۰/۹۱ دست یافتند و ضرایب روایی هم‌گرای آن با پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (BDI)، اضطراب بک (BAI)، پرسش‌نامه‌ی نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس پاسخ نشخوار فکری را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش کردند. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه‌ی پذیرش و عمل ۰/۹۲ به دست آمد و تحلیل عاملی تأییدی ساختار تک عاملی را مورد تأیید قرار داد.

شاخص‌های خود گزارشی کودک‌آزاری (Self-Report Measures of Child Abuse):

شاخص‌های خود گزارشی سی‌وهشت ماده‌ای کودک‌آزاری توسط محمدخانی و همکاران (Mohamadkhani et al., 2003) در سال ۲۰۰۳ برای بررسی سابقه‌ی کودک‌آزاری ساخته شده و دارای چهار حوزه‌ی غفلت، آزار جسمی، جنسی و هیجانی است که ماده‌های آن در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰

هرگز) تا ۴ (همواره) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره این آزمون ۰ و ۱۵۲ است که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی سابقه‌ی بیشتر کودک‌آزاری است. محمدخانی و همکاران (Mohamadkhani et al., 2003) به ضرایب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تا ۰/۹۵ و بازآزمون ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌ها دست یافتند و ضرایب روایی هم‌گرای آن با خرده مقیاس‌های فهرست علایم آسیب برای کودکان را از ۰/۱۶ تا ۰/۶۳ گزارش کردند. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های غفلت و آزارهای جسمی، جنسی و هیجانی به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۰، ۰/۹۴، ۰/۸۸ و ۰/۸۵ به دست آمد و ساختار چهار عاملی این را مورد تأیید قرار داد.

روند اجرای پژوهش

در ابتدا از میان کلیه دانشگاه‌های شهر شاهرود دو دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و دانشگاه صنعتی شاهرود به تصادف انتخاب شد. سپس از دانشگاه صنعتی شاهرود دو دانشکده مدیریت و صنایع و تربیت‌بدنی و از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود دو دانشکده علوم انسانی و علوم پایه تعیین و دانش‌جویان زن متأهل آن به‌عنوان افراد نمونه پژوهش انتخاب شدند. پس از کسب مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و دانشگاه صنعتی شاهرود و هماهنگی با دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها و همچنین تشریح اهمیت پژوهش برای شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها به‌طور همزمان در اختیار آن‌ها قرار گرفت. با وجود این، ابتدا برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که برای انجام یک کار پژوهشی انتخاب شده‌اند و شرکت آن‌ها اختیاری است. پس از کسب رضایت از آن‌ها هر ابزار به همراه دستورالعمل اجرا و تقدیر و تشکر از شرکت‌کنندگان در اختیار آن‌ها قرار گرفت. بعد از ارائه توضیحاتی در مورد تکمیل ابزارها شرکت‌کنندگان آن‌ها را تکمیل کردند. در این مطالعه، گذشت حداقل یک سال از ازدواج و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش جزو ملاک‌های ورود به پژوهش و ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه کتبی، رعایت اصل رازداری و عدم آسیب به شرکت‌کننده‌ها در نظر گرفته شدند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزارهای SPSS و LISREL تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن دانش‌جویان $4/89 \pm 27/64$ و مدت ازدواج شرکت‌کنندگان از یک سال تا ۱۲ سال متفاوت بود و سایر یافته‌های جمعیت شناختی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱

متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان

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

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش (n = ۴۰۰)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی
آزار جسمی	۳/۰۶	۳/۹۸	۱/۷۴
آزار روان شناختی	۷/۰۱	۸/۷۸	۰/۱۶
آزار جنسی	۱/۲۳	۲/۶۰	۲/۲۰
غفلت	۸/۱۵	۶/۳۰	- ۰/۶۷
بد رفتاری دوره‌ی کودکی	۱۹/۴۶	۱۷/۲۶	۰/۱۱
اجتناب تجربه‌ای	۱۹/۹۲	۹/۶۷	- ۰/۸۱
تحمل ناپذیری بالاتکلیفی	۳۱/۵۱	۷/۷۸	- ۰/۶۴
اجتناب شناختی	۷۱/۴۹	۱۷/۵۳	- ۰/۳۳
راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار	۲۱/۳۲	۶/۸۰	- ۰/۳۹
افکار تکرارشونده منفی	۲۸/۶۰	۱۰/۴۰	- ۱/۰۱
عوامل شناختی	۱۳۳/۵۴	۳۵/۶۸	- ۰/۸۳
میل جنسی	۶/۸۱	۱/۴۹	- ۰/۲۴
تهییج جنسی	۱۴/۳۰	۳/۰۴	- ۰/۱۷
رطوبت جنسی	۱۴/۸۷	۲/۷۶	- ۰/۵۱
اوج لذت جنسی	۱۱/۸۶	۲/۵۳	- ۰/۶۳
رضایت جنسی	۱۲/۰۸	۳/۱۲	۰/۳۱
درد جنسی	۷/۱۹	۳/۷۷	- ۰/۹۵
کژ رفتاری جنسی	۶۷/۱۳	۱۱/۱۳	- ۰/۶۶

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که ۵۴ درصد (۲۱۴ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای مدرک کارشناسی، ۴۰ درصد (۱۵۹ نفر) کارشناسی ارشد و ۶ درصد (۲۳ نفر) دکتری هستند که از بین آن‌ها ۳۲ درصد شاغل (۱۲۷ نفر) و ۶۸ درصد (۲۶۹ نفر) بیکار هستند. همچنین، ۲/۵ درصد (۱۰ نفر) از شرکت‌کنندگان دارای طبقه اجتماعی پایین، ۶ درصد (۲۵ نفر) متوسط به پایین، ۶۴ درصد متوسط و ۲۷/۵ درصد (۱۰۹ نفر) متوسط به بالا هستند. در جدول ۲ شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش از جمله میانگین و انحراف استاندارد ذکر شده است. همچنین نتایج مربوط به شاخص کجی جدول ۲ نشان می‌دهد که کلیه متغیرهای پژوهش به‌جز خرده مقیاس‌های آزار جنسی و جسمی نرمال هستند. برخی از متخصصان آمار (e.g. George & Mallery, 2003; Morgan et al., 2001) ± 1 را به‌عنوان انحراف از نرمال بودن گزارش کرده‌اند. نتایج ضرایب هم‌بستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳

ضرایب هم‌بستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	بدرفتاری دوره کودکی	عوامل شناختی	کژکاری جنسی
بدرفتاری دوره کودکی	-		
عوامل شناختی	۰/۳۰**	-	
کژکاری جنسی*	۰/۴۱**	۰/۱۶**	-

نمره بالاتر در شاخص عملکرد جنسی زنان نشان‌دهنده عملکرد جنسی بهتر است

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین متغیرهای پژوهش هم‌بستگی مثبت و منفی وجود دارد ($p < 0/001$). در جدول ۴ شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی ارائه شده است.

جدول ۴

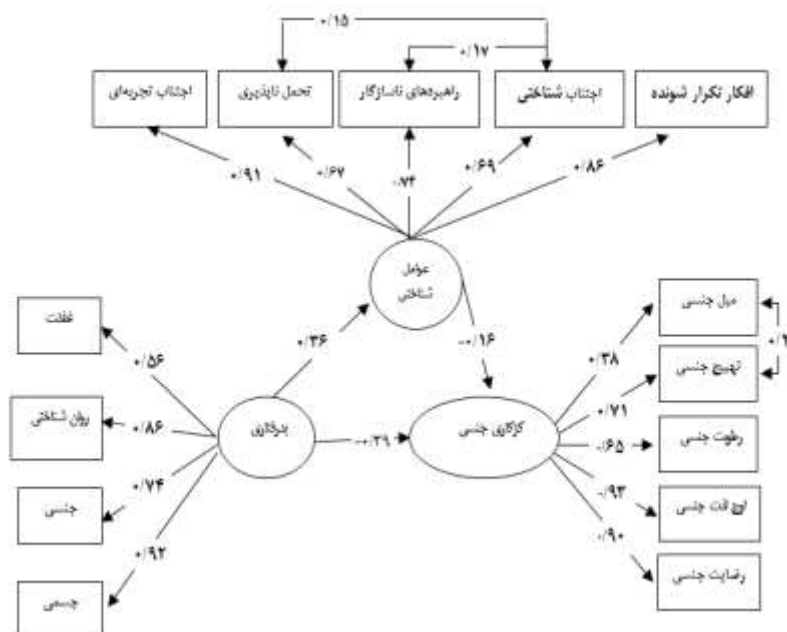
شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی

شاخص	مقدار	شاخص	مقدار
شاخص خی دو (χ^2)	۳۳۲/۱۱ (۰/۰۰۱)	شاخص برازش افزایشی (IFI)	۰/۹۰
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۴	شاخص برازش نسبی (RFI)	۰/۹۴
شاخص برازش هنجاری (NFI)	۰/۹۲	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۸۹
شاخص برازش نرم نشده (NNFI)	۰/۹۲	جنر میانگین مجزورات خطای تقریب (RSMEA)	۰/۰۹

در شکل ۱ نتایج ضرایب مدل پیشنهادی نشان داده شده است.

نتایج ضرایب مسیر در شکل ۱ و جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر مستقیم بدرفتاری دوره‌ی کودکی بر کژکاری جنسی ($\beta = -0/39, p < 0/001, t = -5/25$)، بدرفتاری دوره‌ی کودکی بر عوامل شناختی ($\beta = 0/15, p < 0/001, t = 6/72$) و عوامل شناختی بر کژکاری جنسی ($\beta = 0/36, p < 0/001, t = 6/72$)

شناختی معنادار است ($t = - ۲/۷۶$) اثر غیرمستقیم بدرفتاری دوره کودکی بر کژکاری جنسی از طریق عوامل شناختی معنادار است ($t = - ۲/۵۹, \beta = - ۰/۰۵, p < ۰/۰۰۱$).



شکل ۱

مدل پیشنهادی نقش میانجی عوامل شناختی در رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی و کژکاری جنسی

همچنین، شاخص‌های خی دو، برازش تطبیقی، برازش هنجاری، برازش نرم نشده، برازش افزایشی، شاخص برازش نسبی، نیکویی برازش و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب به ترتیب برابر ۳۳۲/۱۱، ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۹۰، ۰/۹۴، ۰/۸۹ و ۰/۰۹۶ می‌باشند؛ با توجه به این مقادیر مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار است.

جدول ۵

اثرات مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل

اثر	متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	ارزش t	p
بدرفتاری دوره کودکی	-	-	کژکاری جنسی	- ۰/۳۵	- ۰/۳۹	- ۵/۲۵	< ۰/۰۰۱
عوامل شناختی	-	-	عوامل شناختی	۰/۳۷	۰/۳۶	۶/۷۲	< ۰/۰۰۱
عوامل شناختی	-	-	کژکاری جنسی	- ۰/۱۴	- ۰/۱۵	- ۲/۷۶	< ۰/۰۰۱
بدرفتاری دوره کودکی	عوامل شناختی	-	کژکاری جنسی	- ۰/۰۵	- ۰/۰۵	- ۲/۵۹	< ۰/۰۰۱

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که عوامل شناختی میانجی رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند؛ از این رو زنان دارای سابقه بدرفتاری دوره کودکی، کژکاری جنسی شدیدتری را به واسطه عوامل شناختی تجربه می‌کنند. این نتایج همسو با یافته‌های قبلی نشان داد که بین آسیب‌ها و بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی با کژکاری جنسی (Bornefeld-Ettmann et al., 2018; Garneau-Fournier et al., 2017; Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Khajehei et al., 2015; McCabe et al., 2016; McCool et al., 2017; O'Loughlin et al., 2020; Read, 2018) رابطه وجود دارد. همچنین بین بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی با تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (Hayward et al., 2020; Ghaderi et al., 2020; Tracy, 2015)، اجتناب تجربه‌ای (Bell & Higgins, 2015; Merwin et al., 2008; Reddy et al., 2006; Shenk et al., 2012) و اجتناب شناختی (Stoples et al., 2012)، افکار منفی (Gibb, 2002; Wright et al., 2009) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (Ghaderi et al., 2020; Hossein Savarzade & Mansouri, 2019; Khoramimanesh & Mansouri, 2019; Khosravani et al., 2019; Kim & Weissman et al., 2019; Cicchetti, 2010; Weissman et al., 2019) رابطه وجود دارد. سرانجام، بین عوامل شناختی و کژکاری جنسی رابطه وجود دارد (Stephenson, 2019; Merwin et al., 2009; Brem et al., 2017; Nobre & Pinto-Gouveia, 2008; Moura et al., 2020; Gibb, 2002; Tavares et al., 2019; Barlow et al., 2018; Hossein Savarzade & Mansouri, 2019).

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی می‌تواند میانجی کودک‌آزاری یا آسیب‌های دوره کودکی و آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی بعدی باشد. برای مثال قادری و همکاران (Ghaderi et al., 2020) دریافتند که تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی میانجی رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و خودزنی‌های غیر خودکشی نوجوانان است. منصورى و حسین‌سوارزاده (Hossein Savarzade, 2019) نشان دادند که بین تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و کژکاری جنسی زنان رابطه وجود دارد. همچنین یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های کژکاری جنسی است. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت زنانی که سابقه بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی دارند به واسطه تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و قرار گرفتن در موقعیت‌هایی مثل رابطه جنسی، کژکاری جنسی بیشتری را تجربه می‌کنند. افرادی که در برابر بلاتکلیفی تحمل‌ناپذیرند، معتقدند بلاتکلیفی ناعادلانه و استرس‌زا است؛ رویدادهای منفی غیرمنتظره‌اند و باید از آنها اجتناب کرد و همچنین بلاتکلیفی با عملکرد آنها تداخل می‌کند (Dugas & Robichaud, 2007).

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که اجتناب تجربه‌ای می‌تواند میانجی کودک‌آزاری یا آسیب‌های دوره کودکی و آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی بعدی باشد. استیفنسون (Stephenson, 2019) دریافت که بین اجتناب تجربه‌ای با عملکرد نعوظی و رضایت جنسی رابطه وجود دارد. همچنین سطوح بالاتر اجتناب تجربه‌ای با رابطه ضعیف‌تر بین عملکرد نعوظی و اجتناب جنسی رابطه دارد. منصورى و حسین‌سوارزاده (Mansouri & Hossein Savarzade, 2019) نشان دادند که بین اجتناب تجربه‌ای با همه ابعاد کژکاری جنسی زنان جز رطوبت جنسی رابطه وجود دارد. استوپلس و همکاران (Stoples et al., 2012)

گزارش کردند که رابطه معناداری بین سوءاستفاده جنسی در دوره کودکی و نوجوانی و گرایش‌های اجتنابی برای کارکرد ارگاسم وجود دارد. ترکیب سوءاستفاده جنسی و گرایش‌های اجتنابی کارکرد ارگاسم جنسی کمتر را تبیین می‌کند. همچنین، زنان دارای سابقه سوءاستفاده جنسی تمایل به اجتناب از نزدیکی بین فردی و درگیری هیجانی پیش‌بینی کننده کارکرد ارگاسم دارند. و مروین و همکاران (Merwin et al., 2008) دریافتند که اجتناب تجربه‌ای میانجی رابطه‌ی بین قربانی شدن جنسی و علائم افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه است. برم و همکاران (Brem et al., 2017) دریافتند که اجتناب تجربه‌ای نقش میانجی در رابطه‌ی بین ذهن آگاهی سرشتی و رفتار جنسی تکانشی مردان مبتلا به اختلال مصرف مواد دارد. به‌علاوه، بین اجتناب تجربه‌ای و رفتار جنسی تکانشی رابطه وجود دارد. با وجود این، لئونارد و همکاران (Leonard et al., 2008) با بررسی کارکرد جنسی و رضایت جنسی در بین زنان دارای سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی یا بزرگسالی نشان دادند که بین اجتناب تجربه‌ای و کارکرد جنسی رابطه‌ی وجود ندارد، اما بین اجتناب تجربه‌ای و رضایت جنسی رابطه وجود دارد. رضایت از رابطه و اجتناب تجربه‌ای پیش‌بینی کننده رضایت جنسی بودند؛ اما هیچ‌یک پیش‌بینی کننده کارکرد جنسی نبودند. پژوهش اخیر در مورد گروهی از زنانی انجام شده بود که قبل از ۱۸ سالگی رابطه جنسی ناخواسته را تجربه کرده بودند. از این رو، در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت زنانی که سابقه بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی دارند به‌واسطه اجتناب فعال و یا خودکار از تجربه‌های درونی تهدیدکننده یا منفی خود مثل افکار، احساسات، رانه‌ها، تصاویر و حواس، کژکاری جنسی بیشتری را تجربه می‌کنند.

نتایج این پژوهش مشابه مطالعات قبلی (Ghaderi et al., 2020; Jennissen et al., 2016;) (Khoramimanesht & Mansouri, 2019; Khosravani et al., 2019; Weissman et al., 2019) نشان داد که تنظیم هیجان می‌تواند میانجی رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب، نشانه‌های شخصیت مرزی، خودزنی غیر خودکشی و همچنین ولع و مصرف الکل باشد. مطالعات فوق گزارش کردند افراد دارای تجارب آسیب‌زا یا بدرفتاری‌های دوره کودکی نقایص بیشتری در تنظیم هیجان دارند، عاملی که خود میانجی رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و انواع آسیب‌ها و مشکلات روان‌شناختی است. در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت زنان دارای سابقه بدرفتاری دوره‌ی کودکی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی بیشتری استفاده می‌کنند و همچنین کژکاری‌های جنسی شدیدتری را تجربه می‌کنند. سیجنتی و کیم (Cicchetti & Kim, 2010) 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 نقایص بیشتری در تنظیم هیجان‌های خود نسبت به کودکان فاقد تجربه بدرفتاری و حتی کودکان دارای این تجربه در سنین دیگر، دارند. آن‌ها در تبیین رابطه‌ی بین بدرفتاری‌ها و بد تنظیمی هیجانی تأکید کردند که تغییرات عصب زیست‌شناختی 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 می‌کنند. جنیسن و همکاران (Jennissen et al., 2016) نیز معتقدند که تنظیم هیجان یکی از تکالیف رشدی مهم کودکان است و تعامل اولیه با مراقبان نقش مهمی در شکل‌گیری آن دارد.

در خانواده‌های بدرفتار والدین نمی‌توانند الگوهای نقشی مناسبی برای تنظیم هیجان مؤثر باشند؛ زیرا به‌جای پاسخ مناسب به پاسخ‌های هیجانی کودکان خود آن‌ها را نادیده می‌گیرند یا تنبیه می‌کنند. در این محیط‌ها کودکان تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز را یاد نمی‌گیرند، لذا این مشکل می‌تواند تا بزرگسالی ادامه پیدا کند و منجر به آسیب‌های روانی در افراد گردد.

پژوهش‌های اندکی درباره رابطه‌ی بین اجتناب شناختی و کژکاری جنسی انجام شده است. حسین سوارزاده و منصور (Hossein Savarzade, Mansouri, 2019) نشان دادند که بین اجتناب شناختی و کژکاری جنسی وجود ندارد. برقی ایرانی و همکاران (Barghi Irani et al., 2017) دریافتند که بین اجتناب شناختی و عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور رابطه وجود ندارد. تفاوت‌های موجود می‌تواند ناشی از تفاوت‌های روش شناختی باشد. پژوهش‌های اخیر در مورد گروهی از زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد و زنان بارور و نابارور مراجعه به کلینیک‌های زنان شهر تهران انجام شده است، اما پژوهش حاضر در مورد گروهی از زنان دانش‌جوی شهر شاهرود انجام شده است. اگرچه اجتناب شناختی می‌تواند در کوتاه‌مدت منجر به اجتناب از محتوای شناختی و هیجانی تهدیدکننده شوند، اما در بلندمدت به‌گونه‌ای متناقض سبب افزایش نگرانی و اضطراب افراد می‌شود (Borkovec et al., 2004). از این‌رو، در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت زنانی که سابقه‌ی بدرفتاری دوره‌ی کودکی دارند از روش‌های متنوعی مثل فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر برای مقابله با تجربه قبلی خود و حتی موقعیت‌های جدید استفاده می‌کنند. این روش‌ها اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت باعث اجتناب از محتوای شناختی و هیجانی تهدیدکننده تجربه خود شوند، اما می‌توانند عملکرد جنسی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند.

سرانجام، بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که بین افکار تکرارشونده و کژکاری جنسی رابطه وجود دارد. پینتو-گوویا، نوبر و همکاران (Pinto-Gouveia & Nobre, 2007) دریافتند که بین افکار خود آیند و برانگیختگی جنسی زنان و مردان رابطه وجود دارد. مورا و همکاران (Moura et al., 2020) دریافتند که زنان دارای مشکلات ارگاسم طی فعالیت جنسی افکار خود آیند منفی بیشتری نسبت به زنان دیگر تجربه می‌کنند. گیب (Gibb, 2002) با انجام یک بررسی کمی و کیفی دریافت که رابطه معناداری بین بدرفتاری‌های هیجانی و جنسی دوره کودکی با سبک‌های شناختی منفی وجود دارد. از این‌رو می‌توان گفت زنانی که سابقه بدرفتاری دوره کودکی دارند از فرایندهای تفکر با دقت، تکرارشونده و مکرر احتمالاً منفی در مورد تجربه‌های خود و روابط با دیگران استفاده می‌کنند. سپس این فرایندهای شناختی می‌توانند کارکرد جنسی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند. تاوارس و همکاران (Tavares, 2020) دریافتند که عوامل مرتبط با پردازش شناختی از جمله حواس‌پرتی و تمرکز توجه، افکار خود آیند و شناخت جنسی، اسنادهای علی به رویدادهای جنسی منفی، انتظارات مربوط به کارایی، اضطراب عملکرد و تقاضاها با کژکاری جنسی رابطه دارند. سرانجام افراد مبتلا به کژکاری جنسی از طریق افکار منفی حواس خود را پرت می‌کنند که این سبب کاهش برانگیختگی جنسی آن‌ها می‌شود (Barlow et al., 2018). پالورمن و مستن (Pulverman & Meston, 2020) دریافتند که شرم جنسی میانجی رابطه‌ی بین سابقه سوء

استفاده جنسی دوره‌ی کودکی و کارکرد جنسی است. از این رو، در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت افرادی که سابقه بدرفتاری دوره کودکی دارند از طریق افکار منفی حواس خود را پرت می‌کنند؛ عواملی که می‌توانند عملکرد جنسی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهند.

در مجموع، در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت که تجارب اولیه دوران کودکی از جمله بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی نقش مهمی در شکل‌گیری فرایندها و پردازش‌های شناختی دارند. برای مثال، شکل‌گیری طرح‌واره‌ها به‌عنوان زیر لایه افکار خود آیند منفی از دوران اولیه کودکی شروع می‌شود و تحت تأثیر تجارب مختلف افراد از جمله آموزش والدین، فعالیت‌های تربیتی، تجارب گروه هم‌سال، آسیب‌ها و موفقیت‌ها قرار دارد (Wright et al., 2009). در ادامه این فرایندهای شناختی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال‌های جنسی دارند. برای مثال، افراد مبتلا به کژکاری جنسی انتظار بدترین حالت را دارند و شرایط را منفی و ناخوشایند ارزیابی می‌کنند. آن‌ها از آگاهی بر نشانه‌های جنسی اجتناب می‌کنند. برای مثال، از طریق افکار منفی حواس خود را پرت می‌کنند که این سبب کاهش برانگیختگی جنسی آن‌ها می‌شود (Barlow et al., 2018). پژوهش‌های دیگر نیز دریافته‌اند که عوامل مرتبط با پردازش شناختی از جمله حواس‌پرتی و تمرکز توجه، افکار خود آیند و شناخت جنسی، اسنادهای علی به رویدادهای جنسی منفی، انتظارات مربوط به کارایی، اضطراب عملکرد و تقاضاها با کژکاری جنسی رابطه دارند (Tavares et al., 2020)؛ بنابراین بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی از جمله غفلت و آزارهای جسمی، روان‌شناختی و جنسی می‌توانند به‌واسطه فرایندهای شناختی منجر به کژکاری جنسی در زندگی بعدی زنان شوند.

این پژوهش مقطعی در مورد زنان دانش‌جوی دانشگاه‌های دولتی و آزاد، شهر شاهرود انجام شده است؛ بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. از سوی دیگر، پژوهش‌های طولی و همچنین پژوهش در مورد جمعیت‌های بالینی می‌تواند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازد. مسائل جنسی از جمله موضوعاتی هستند که می‌تواند پاسخ شرکت‌کنندگان را تحت تأثیر قرار دهند، لذا در نتیجه‌گیری‌ها و تعمیم یافته‌ها باید احتیاط کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که عوامل شناختی از جمله تحمل‌ناپذیری بلا تکلیفی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اجتناب شناختی، اجتناب تجربه‌ای و افکار تکرار شونده میانجی رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند. تجارب اولیه دوران کودکی نقش مهمی در شکل‌گیری فرایندهای شناختی دارند (Wright et al., 2009). همچنین، فرایندهای شناختی نقش مهمی در شروع و تداوم اختلال‌های جنسی دارند (Barlow et al., 2018). با توجه به این یافته که بدرفتاری‌های دوران کودکی در کژکاری‌های جنسی در دوران بزرگسالی نقش دارند، پیشنهاد می‌شود که آموزش کودکان و والدین در خصوص سوءاستفاده‌های مختلف از جمله سوءاستفاده جنسی و نحوه مواجهه با آن در دستور کار سازمان‌های متولی آموزش و بهزیستی شهروندان قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که شناسایی و

درمان قربانیان از دوران کودکی مورد توجه قرار گیرد تا برگرداندن این افراد به شرایط عادی و زندگی معمول با موفقیت بیشتری انجام شود. با توجه به رابطه‌ی بین بدرفتاری‌های دوره کودکی با فرایندهای شناختی و تابو بودن مسائل جنسی در جامعه ایران، پیشنهاد می‌شود علاوه بر آموزش کودکان برای جلوگیری از انواع سوءاستفاده‌ها، فرم‌های ارزیابی اختلال‌های شناختی-هیجانی مختص کودکان طراحی و برای شناسایی بدرفتاری‌های دوران کودکی مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

از کلیه دانشجویان و همچنین مسؤولین محترم دانشگاه‌های آزاد اسلامی واحد شاهرود و دانشگاه صنعتی شاهرود که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاریم

حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی هیچ‌گونه نهاد خاصی انجام شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

سهم نویسندگان

نویسنده اول کارهای اجرایی و نگارش اولیه مقاله، نویسنده دوم (نویسنده مسئول) راهنمایی پژوهش، طراحی چارچوب کلی، تهیه پیش‌نویس اولیه، بازبینی و تهیه نسخه نهایی مقاله و نویسنده سوم مشاور پژوهش، تحلیل داده‌ها، تهیه پیش‌نویس اولیه و بازبینی نسخه نهایی مقاله را به عهده داشته‌اند.

References

- Akbari, M. (2017). Psychometric properties of repetitive thinking questionnaire in nonclinical sample: Transdiagnostic tool. *Journal of Clinical Psychology*, 9(2), 59-72. (Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publication.
- Barghi Irani, Z., Pirhayati, Z., & Pirgholi, F. (2017). The role of the self-esteem, perceived stress, alexithymia and cognitive avoidance on the sexual function of the fertilized and unfertilized women. *Nursing and Midwifery Journal*, 15(2), 95-106. (Persian)
- Barlow, D. H. V., Durand, M., & Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal Psychology: An integrative approach*. Cengage Learning.

- Bell, K. M., & Higgins, L. (2015). The impact of childhood emotional abuse and experiential avoidance on maladaptive problem solving and intimate partner violence. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 5(2), 154-175.
- 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. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (p. 77-108). The Guilford Press.
- Bornefeld-Ettmann, P., Steil, R., Lieberz, K. A., Bohus, M., Rausch, S., Herzog, J., Priebe, K., Fydrich, T., & Müller-Engelmann, M. (2018). Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(4), 529-538.
- Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance as a mediator of the relationship between dispositional mindfulness and compulsive sexual behaviors among men in residential substance use treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 24(4), 257-269.
- Carleton R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43.
- Carleton, R. N., Norton, M. A., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 409-438.
- Clayton, A. H., & Valladares Juarez, E. M. (2019). Female sexual dysfunction. *The Medical Clinics of North America*, 103(4), 681-698.
- Dugas, M.J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized: Anxiety disorder from science to practice*. Rutledge.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192-205.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 225-232.
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2016). Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 87, 188-195.
- Farajnia, S., Hosseinian, S., Shahidi, H., & Sadat Sadeghi, A. (2014). Codifying and Examine Psychometric Properties of Marital Sexual Function Scale (MSFS). *Biannual Journal of Applied Counseling*, 4(1), 85-102. (Persian)

- 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.
- Garneau-Fournier, J., McBain, S., Torres, T., & Turchik, J. (2017). Sexual dysfunction problems in female college students: Sexual victimization, substance use, and personality factors. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(1), 24-39.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045-53.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition & Emotion*, 32(7), 1401-1408.
- Ghaderi M, Ahi Q, Vaziri S, Mansouri A, Shahabizadeh F. (2020). The mediating role of emotion regulation and intolerance of uncertainty in relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury in adolescents. *International Archives of Health Sciences*, 7, 96-103.
- Gibb B. E. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles. A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 223-246.
- Hayward, L. E., Vartanian, L. R., Kwok, C., & Newby, J. M. (2020). How might childhood adversity predict adult psychological distress? Applying the identity disruption model to understanding depression and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 265, 112-119.
- Hooman, H. A. (2006). *Analysis of multivariate data in behavioral research*. Peyke Farhang Publication. (Persian)
- Hossein Savarzade, M. A., & Mansouri, A. (2018). The relationship between generalized anxiety disorder's symptoms and trans-diagnostic factors with sexual function disorder in women. *Journal of Women and Culture*, 10(35), 75-89. (Persian)
- Jennissen, S., Holl, J., Mai, H., Wolff, S., & Barnow, S. (2016). Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect*, 62, 51-62.
- Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. J., & Sauer, K. (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(6), 1415-1426.
- Khoramimanesh, S., & Mansouri, Ahmad. (2019). 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*, 17(1), 1-11. (Persian)
- Khosravani, V., Messman-Moore, T. L., Mohammadzadeh, A., Ghorbani, F., & Amirinezhad, A. (2019). Effects of childhood emotional maltreatment on depressive symptoms through emotion dysregulation in treatment-seeking patients with heroin-dependence. *Journal of Affective Disorders*, 256, 448-457.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(6), 706-716.

- Leonard, L. M., Iverson, K. M., & Follette, V. M. (2008). Sexual functioning and sexual satisfaction among women who report a history of childhood and/or adolescent sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 34(5), 375-384.
- Mansouri, A., Khodayarifard, M., Besharat, M. A., & Gholamal Lavasani, M. (2018). 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 Behavioural Sciences*, 16(2), 130-42. (Persian)
- Marques Cerentini, T., La Rosa, V. L., Goulart, C. D. L., Latorre, G. F. S., Caruso, S., & Sudbrack, A. C. (2020). Female sexual dysfunctions: prevalence and related factors in a sample of young university women—a cross-sectional study. *Sexual and Relationship Therapy*, 1-12.
- 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.
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C., & Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sexual Medicine Reviews*, 4(3), 197-212.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? Development of the repetitive thinking questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 509-519.
- Merwin, R. M., Zachary Rosenthal, M., & Coffey, K. A. (2009). Experiential avoidance mediates the relationship between sexual victimization and psychological symptoms: Replicating findings with an ethnically diverse sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33(5), 537-542.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage.
- Mohamadkhani, P., Mohammadi, M., Nazari, M., & Salavati M. (2003). Preparation, Validity and reliability of self-report measures of child abuse (CASRS) students in Iran. *International Journal of the Islamic Republic of Iran*, 17(1), 51-58.
- Mohammadi, Kh., Heydari, M., & Faghihzadeh, S. (2008). The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh*, 7(3), 269-278. (Persian)
- Mojdeh, F., & Zeighami Mohamadi, S. (2013). The relationship between depression and sexual function index among married women. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 21(1), 41-51. (Persian)
- Moura, C. V., Tavares, I. M., & Nobre, P. J. (2020). Cognitive-affective factors and female orgasm: A comparative study on women with and without orgasm difficulties. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(11), 2220-2228.

- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitions, emotions, and sexual response: analysis of the relationship among automatic thoughts, emotional responses, and sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 37(4), 652–661.
- 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 and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics*, 136, 38-42.
- O'Loughlin, J. I., Rellini, A. H., & Brotto, L. A. (2020). How does childhood trauma impact Women's sexual desire? Role of depression, stress, and cortisol. *Journal of Sex Research*, 57(7), 836-847.
- Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2020). Sexual dysfunction in women with a history of childhood sexual abuse: The role of sexual shame. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(3), 291-299.
- Read, J., Harper, D., Tucker, I., & Kennedy, A. (2018). Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 7-19.
- Reddy, M. K., Pickett, S. M., & Orcutt, H. K. (2006). Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*, 6(1), 67–85.
- 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, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R., Jr (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.
- Sedighi, M., Mansouri, A., Talaei, A. (2019). The relationship between transdiagnostic factors and psychotic symptoms in individuals with schizophrenia disorder. *The Journal of Fundamental of Mental Health*, 21(3), 183-193.
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 355-370.
- Shenk, C. E., Putnam, F. W., & Noll, J. G. (2012). Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 118-126.
- Soumali, H., Amiri, H., Kakaberaei, K., & Arefi, M. (2021). Predictions of sexual satisfaction and marital adjustment family cohesion and secure attachment style in couples. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 11(1), 59-78.
- Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 341-350.

- Staples, J., Rellini, A. H., & Roberts, S. P. (2012). Avoiding experiences: Sexual dysfunction in women with a history of sexual abuse in childhood and adolescence. *Archives of Sexual Behavior, 41*(2), 341–350.
- Stephenson, K. R. (2020). Exploring the role of sexual avoidance in male sexual dysfunction. *Journal of Sex Research, 57*(4), 522-533.
- Tavares, I. M., Moura, C. V., & Nobre, P. J. (2020). The role of cognitive processing factors in sexual function and dysfunction in women and men: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews, 8*(3), 403-430.
- Tracy, L, Sh, M. (2015). *Adult outcomes of child maltreatment: The mediating role of intolerance of uncertainty, rumination and attachment*. [Doctoral dissertation, The Chinese University of Hong Kong].
- Valadares, A. L., Pinto-Neto, A. M., de Souza, M. H., Osis, M. J., & da Costa Paiva, L. H. (2011). The prevalence of the components of low sexual function and associated factors in middle-aged women. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(10), 2851–2858.
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T., Patel, D. N., Baskin, A. S., Ackerman, A. L., Eilber, K. S., & Anger, J. T. (2018). Female sexual dysfunction and the placebo effect: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology, 132*(2), 453-458.
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology, 31*(3), 899-915.
- World Health Organization. (2014). Child maltreatment. World Health Organization.
- Wright, J. H., Michael, E., Thase, M. T., & Basco, M. R. (2009) *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Zemishlany, Z., & Weizman, A. (2008). The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Advances in Psychosomatic Medicine, 29*, 89-106.

