



Original Article

The Relationship between Attachment Styles and Self-Objectification with Sexual Arousal Disorder in Postmenopausal Women: The Mediating Role of Sexual Satisfaction

Somayeh Heidary Shadehi¹, PhD; Ilnaz Sajjadian^{1*}, PhD; Gholam Reza Manshaee¹, PhD

¹Department of Psychology, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Article Information

Article History:

Received: February 25, 2024

Accepted: August 10, 2024

*Corresponding Author:

Ilnaz Sajjadian, PhD;
Department of Psychology, Isf.C.,
Islamic Azad University, Isfahan, Iran
Email: i.sajjadian@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: A common issue during menopause is the decline in sexual desire and arousal, which can diminish women's quality of life. Such disorders may also lead to reduced sexual satisfaction. Therefore, this study aimed to investigate the mediating role of sexual satisfaction in the relationship between attachment styles and self-objectification with sexual desire/arousal disorder in postmenopausal women.

Methods: The applied, correlational-descriptive study was conducted in 2023. The statistical population consisted of all postmenopausal women with sexual desire/arousal disorders attending specialized sexual disorder clinics in Isfahan, Iran, for whom precise statistics were unavailable. A purposive sample of 250 postmenopausal women over 50 years old with a clinically confirmed diagnosis (via clinical psychologist interview and a score ≤ 3.3 on the female sexual function index) was selected. Participants completed Hazan and Shiver's (1987) Attachment Style Questionnaire, Noll and Frederickson's (1998) Self-Objectification Questionnaire, Larson et al.'s Sexual Satisfaction Questionnaire (1998), and Rosen et al.'s (2008) Female Sexual Function Index. Data were analyzed using structural equation modeling (SEM) with partial least squares (PLS) software.

Results: The results indicated a significant direct effect of sexual satisfaction on sexual desire/arousal ($t=7.45$, $\beta=0.446$, $P<0.001$). Significant indirect effects were found for self-objectification ($t=3.54$, $\beta=-0.11$, $P<0.05$), secure attachment style ($t=2.12$, $\beta=0.071$, $P<0.05$), and ambivalent attachment style ($t=4.11$, $\beta=-0.164$, $P<0.05$) on sexual desire/arousal through sexual satisfaction. However, the indirect effect of avoidant attachment style via sexual satisfaction was not significant ($t=0.931$, $\beta=0.03$, $P>0.05$).

Conclusion: The findings suggested that sexual satisfaction could predict sexual desire/arousal disorder in postmenopausal women. Furthermore, secure and ambivalent styles, as well as self-objectification, could predict this disorder through the mediation of sexual satisfaction.

Keywords: Sexual Dysfunctions, Psychological; Orgasm; Attachment; menopause; Women

Please cite this article as:

Heidary Shadehi S, Sajjadian I, Manshaee GR. The Relationship between Attachment Styles and Self-Objectification with Sexual Arousal Disorder in Postmenopausal Women: The Mediating Role of Sexual Satisfaction. Sadra Med. Sci. J. 2025; 13(4): doi: 779-794. doi: 10.30476/smsj.2025.101859.1501.



مقاله پژوهشی

رابطه سبک‌های دلبستگی و خودشیء انگاری با اختلال میل برانگیختگی جنسی زنان یائسه: نقش میانجی‌گری رضایت جنسی

سمیه حیدری شادهی^۱، ایلناز سجادیان^{۱*}، غلامرضا منشئی^۱

^۱گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

مقدمه: از مشکلات شایع دوران یائسگی کاهش میل و برانگیختگی جنسی است که می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی زنان شود. همچنین داشتن اختلال می‌تواند منجر به کاهش رضایت جنسی شود؛ لذا این پژوهش باهدف نقش میانجی‌گری رضایت جنسی در رابطه سبک‌های دلبستگی و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی در زنان یائسه انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر باتوجه به هدف کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه زنان یائسه دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی واقع در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ که آمار دقیقی از آنها در دسترس نیست بودند. تعداد ۲۵۰ نفر زن یائسه بالای ۵۰ سال دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی با تشخیص قطعی از طریق مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی و کسب نمره ۳/۳ براساس شاخص عملکرد جنسی زنان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. همه زنان به پرسش‌نامه‌های سبک دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷)، خودشیء انگاری نل و فردریکسون (۱۹۹۸)، رضایت جنسی لارسون و همکاران (۱۹۹۸) و شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۰۰۸) پاسخ دادند برای مدل سازی معادلات ساختاری از نرم‌افزار PLS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد تأثیر مستقیم رضایت جنسی بر میل/برانگیختگی جنسی ($t=7/45$ ، $\beta=0/446$)، معنی‌دار به‌دست آمده است ($P<0/001$). تأثیر غیرمستقیم خودشیء انگاری از طریق رضایت جنسی بر میل/برانگیختگی جنسی ($t=3/54$ ، $\beta=-0/11$)، سبک دلبستگی ایمن از طریق رضایت جنسی بر میل/برانگیختگی جنسی ($t=2/12$ ، $\beta=0/071$) و سبک دلبستگی دوسوگرا از طریق رضایت جنسی بر میل/برانگیختگی جنسی ($t=4/11$ ، $\beta=-0/164$) معنی‌دار به‌دست آمده است ($P<0/05$). اما تأثیر سبک دلبستگی اجتنابی از طریق رضایت جنسی بر میل/برانگیختگی جنسی ($t=0/931$ ، $\beta=0/03$) معنی‌دار به دست نیامده است ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج به‌دست آمده رضایت جنسی قادر به پیش‌بینی اختلال میل/برانگیختگی جنسی در زنان یائسه می‌باشد همچنین سبک‌های دلبستگی ایمن، دوسوگرا و خودشیء انگاری از طریق رضایت جنسی قادر به پیش‌بینی اختلال میل/برانگیختگی جنسی در زنان یائسه خواهد.

کلمات کلیدی: اختلالات جنسی روان‌شناختی؛ ارگاسم؛ دلبستگی؛ یائسگی؛ زنان

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۲۰

نویسنده مسئول:

ایلناز سجادیان.

گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد

اسلامی، اصفهان، ایران

پست الکترونیکی: i.sajjadian@iau.ac.ir

لطفاً این مقاله را به این صورت استناد کنید:

حیدری شادهی س، سجادیان ا، منشئی غر. رابطه سبک‌های دلبستگی و خودشیء انگاری با اختلال میل برانگیختگی جنسی زنان یائسه: نقش میانجی‌گری رضایت جنسی. مجله علوم پزشکی صدا. دوره ۱۳، شماره ۴، پاییز و زمستان ۱۴۰۴، ۷۷۹-۷۹۴.

مقدمه

شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی در بین زنان که توسط یک سوم آنان گزارش شده است کاهش میل جنسی می‌باشد. به عبارتی اختلال میل/برانگیختگی جنسی^۱ زنان از مخرب‌ترین مشکل جنسی است که زوجین با آن مواجه هستند و از دیر باز یکی از دغدغه‌های رایج درمان زوجین بوده است (۱). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی برای تشخیص اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان باید حداقل سه مورد از علائم زیر را در حداقل ۷۵ درصد از برخوردهای جنسی خود و حداقل به مدت شش ماه گزارش دهند: کاهش یا عدم میل به رابطه جنسی، کاهش یا عدم وجودخیالات/افکار جنسی، شروع نکردن یا کاهش شروع فعالیت جنسی، فقدان یا کاهش لذت جنسی، علاقه جنسی و احساسات تناسلی و غیر تناسلی (۲). اختلال میل جنسی، غیر معمول نیست، اما کمتر مورد بررسی قرار گرفته است (۳). به طوری که مطالعات نشان می‌دهد که کاهش میل جنسی در زنان ۲۶ درصد دارای بالاترین شیوع در بین اختلالات جنسی در طول زندگی است (۴). علاوه بر این یافته‌های اخیر، جهانی بودن کم میلی را نشان می‌دهد و بیان می‌کند که ۲۷ تا ۴۰ درصد از زنان در مورد میل جنسی خود پریشانی را تجربه می‌کنند (۵). همچنین نتایج مطالعات داخلی از شیوع بالای اختلالات جنسی در زنان ایرانی حکایت دارند. شیوع اختلال کمبود میل جنسی در جمعیت عمومی ایران ۳۵ درصد تخمین زده شده است (۶). شیوع اختلال میل جنسی در زنان بعد از یائسگی بالاتر می‌رود و به میزان ۶۸ تا ۸۶/۵ درصد در کشورهای مختلف ذکر شده است (۷). در ایران نیز طی پژوهشی در تربت حیدریه وضعیت اختلال عملکرد جنسی در زنان یائسه ۷۲/۵ درصد و در بین ۶ حیطه عملکرد جنسی، گزارش شده است (۸). یائسگی^۲ توقف دائمی قاعدگی، منعکس کننده تخلیه تخمک و ازدست دادن استروئیدهای غدد جنسی است. در این دوران، بسیاری از زنان متحمل تغییرات و دگرگونی‌های جسمی، روانی، هورمونی و بروز علائم و نشانه‌هایی می‌شوند (۹). برخی از این علائم شامل گرگرفتگی، تعریق، اختلال خواب، تحریک‌پذیری، بی حالی، افسردگی، خشکی واژن، مقاربت دردناک و کاهش میل جنسی است (۱۰). بررسی مطالعات نشان می‌دهد که عوامل موثر بر میل و فعالیت جنسی متمایز نیستند و با یکدیگر همپوشانی

1. Desire/Sexual Arousal Disorder

2. Menopause

دارند و از عوامل زیست شناختی، روانی، اجتماعی و فرهنگی نشأت می‌گیرند (۱۱). اگر چه عوامل زیست پزشکی مانند هورمون‌های تغییر یافته و انتقال دهنده‌های عصبی و تعامل آن‌ها، ژنتیک و شرایط پزشکی و روان پزشکی می‌توانند جنبه‌هایی از اختلال کمبود میل جنسی را توضیح دهند، اما درک پیچیدگی پاسخ جنسی زن و این که چگونه سایر عوامل از جمله عوامل روان شناختی، عوامل فرهنگی اجتماعی و عوامل ارتباطی می‌توانند در آن نقش داشته باشند، بسیار مهم است (۱۲). یکی از مولفه‌های روان شناختی که اخیراً در حیطه بهداشت روانی مورد توجه قرار گرفته و به اعتقاد پژوهشگران نقش بنیادی در سازگاری افراد دارد سبک دلبستگی می‌باشد (۱۳).

سبک دلبستگی^۳، الگویی پایدار برای پردازش روابط درون فردی و بین فردی در زندگی را فراهم می‌آورد و پیش بینی معناداری برای کیفیت روابط آینده فرد است (۱۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند، عوامل روانشناختی و آسیب‌های روانی از جمله دلبستگی ناایمن به طور قابل توجهی بر میل جنسی، برانگیختگی و ارگاسم تأثیر می‌گذارد و در ایجاد تداوم بسیاری از اختلالات جنسی موثرند (۱۵). کیفیت دلبستگی نخستین به مراقب، به عنوان پایه و اساس ظرفیتی برای تنظیم هیجان و متعاقب آن، تنظیم رفتار است (۱۶). تحقیقات اخیر نشان داده‌اند افرادی که دچار شکل‌های مختلف اختلالات جنسی هستند، در اغلب موارد سبک‌های ناایمن دلبستگی از خود گزارش می‌دهند، همچنین نشان دادند که ایجاد دلبستگی ایمن موجب توانایی مقابله با اختلالات جنسی می‌شود (۱۷). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درواقع دلبستگی ناایمن ممکن است، به مشکلاتی در ابراز وجود جنسی منجر شود و تعاملات جنسی کمتر رضایت بخش را در زنان پیش بینی کند (۱۸). از سوی دیگر سبک دلبستگی زوجین نیز یکی از عوامل مهم در روابط زناشویی است، زیرا دلبستگی چارچوبی فراهم می‌کند که به فهم دقیق و بهتر روابط زناشویی و شیوه‌های مقابله با تعارض زوجین کمک می‌کند (۱۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با سبک دلبستگی دوسوگرا نسبت به افراد با سبک دلبستگی ایمن مشکلات بین شخصی بیشتری دارند، به خود و دیگران اعتماد ندارد (۲۰). این موضوع باعث می‌شود که افراد با سبک‌های دلبستگی ناایمن در حال تعارض و مشکل به دیگران بی‌توجه باشند و حمایت دیگران

3. Attachment style

را جلب نکنند در طول تعارضات زناشویی رفتارهای منفی زیادی از خود نشان می‌دهند (۲۱). همچنین سیدحسینی و همکاران (۲۲) در مطالعه خود بیان کردند سبک‌های دلبستگی به عنوان متغیر پیش بینی کننده شدت علائم یائسگی مطرح می‌باشد. به عبارتی افراد دارای سبک دلبستگی به علت تجربه غفلت از مراقب و بی‌توجهی به نیازهای جسمی و عاطفی‌شان، نسبت به مسائل مربوط به عملکردهای جسمی آسیب پذیرترند، از این رو زنان دلبسته نایمن علائم یائسگی را شدیدتر درک می‌کنند.

یکی دیگر از عوامل موثر بر میل جنسی می‌تواند تأثیر گذار باشد خودشیء انگاری^۴ است. خودشیء انگاری، زمانی رخ می‌دهد که زنان بدن خود را همانند یک شی در نظر می‌گیرند که برای لذت دیگران به وجود آمده است (۲۳) و به موجب آن ظاهر را محور خودپنداره خویش قرار داده و دائماً ظاهر خود را بررسی می‌کنند (۲۴). خودشیء انگاری زنان موجب می‌شود تا اطمینان و راحتی هر فرد نسبت به بدن خود، تضعیف شده پیامدهای عاطفی منفی مانند نفرت از خود، اضطراب و خجالت به دنبال خواهد داشت. اضطراب ظاهری با چک کردن مرتب ظاهر فرد نمایان می‌شود. این که فرد نداند چه موقع به بدن او نگاه می‌شود، موجب ایجاد اضطراب در وی می‌شود و این خجالت از بدن را به دنبال دارد (۲۵). تحقیقات نشان داده است، این مشاهده‌گر که پیوسته در حال نظارت بر ظاهر بیرونی است (خودشیء انگاری)، با برخی پیامدهای منفی دیگر مثل تصویر تن ضعیف (۲۳) روان آزرده‌گی، کمال گرایی، خودشیفتگی (۲۶)، کاهش عملکرد جنسی ایمن (۲۷) همراه است. همچنین در تحقیق لامپ و همکاران (۲۸) خودشیء انگاری با اختلالاتی نظیر افسردگی، نارضایتی جنسی، سوء عملکرد جنسی است. وان بوگن (۲۹) نیز در پژوهش خود به بررسی رابطه بین خودشیء انگاری بدن و اعتماد به نفس جنسی پرداخته است که بیان می‌کند پایش بدن در اثر شی انگاری منجر به حواس پرتی شناختی و در نتیجه عدم اعتماد به نفس جنسی و انطباق پذیر با شرایط می‌شود که این مسئله سلامت جنسی و سلامت روانی فرد را به خطر انداخته و منجر به احساس منفی از رابطه جنسی و عملکرد جنسی می‌شود.

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند بر میل جنسی تأثیر بگذارد رضایت جنسی^۵ است. رضایت جنسی به احساس خوشایند فرد از نوع روابط جنسی اطلاق

4. Self-Objectification theory

5. Sexual satisfaction

می‌گردد که تنها لذت جسمانی نیست و شامل کلیه احساسات باقی‌مانده پس از جنبه‌های مثبت و منفی رابطه می‌باشد (۳۰). رضایت جنسی به عنوان درجه‌ای تعریف شده است که زوجین از برآورده شدن انتظارات و نیازهای جنسی خود و همسر آگاه می‌شوند (۳۱). اهمیت رضایت جنسی از آن جهت است که استحکام روابط زناشویی بدون داشتن روابط جنسی رضایت بخش به خطر می‌افتد و این لذت است که سختی‌های زندگی و مشکلات بین زوجین را قابل تحمل می‌نماید. محققین معتقدند که رضایت از رابطه زناشویی همواره در گروه رضایت از رابطه جنسی افراد است (۳۲). رضایت جنسی و عملکرد جنسی سالم و رضایت بخش، عاملی مهم در پیشگیری از ایجاد اختلال در عملکرد جنسی افراد است (۳۳). در مطالعه‌ای که توسط ثمین فر و وزیری (۳۴) انجام گرفت نتایج نشان داده است که با افزایش در اختلال عملکرد جنسی رضایت جنسی کاهش می‌یابد. همچنین آتاک، شیرز و دیویت (۳۵) نشان دادند که عملکرد جنسی زنان با میزان رضایت جنسی خود و شریک زندگی‌شان و سطح میل جنسی فردی و زوجی پیش‌بینی می‌شود و نیز بیان کردند که رضایت جنسی به عنوان ثابت‌ترین عامل تعیین کننده عملکرد جنسی زن و مرد است. همچنین روسن و همکاران (۳۶) نشان دادند که مردانی که همسرانشان از کمبود میل جنسی رنج می‌برند در مقایسه با مردانی که همسران بهنجاری دارند رضایت زناشویی و رضایت جنسی کمتر، ارتباطات جنسی ضعیف‌تر، پریشانی جنسی بالاتر و اختلال در عملکرد ارگاسمیک و نعوظ را گزارش می‌دهند.

باتوجه به مطالب ارائه شده و پژوهش‌ها و بررسی‌های انجام شده سبک‌های دلبستگی، خودشیء انگاری و رضایت جنسی و اختلال میل/برانگیختگی جنسی از جمله مسائل مهمی در زندگی افراد است که مطالعات اندکی در مورد آنها انجام شده است؛ بنابراین نظر به شیوع نسبتاً بالای اختلال میل/برانگیختگی جنسی در میان سایر اختلالات عملکرد جنسی در ایران، تأثیر آن بر کیفیت زندگی افراد و نیز مسائل فرهنگی و اجتماعی پیرامون آن و از آنجایی که تعداد زنان یائسه روبه‌افزایش است؛ لذا اطلاع از وضعیت جنسی زنان یائسه و به‌دست آوردن اطلاعات در زمینه عوامل مؤثر و مرتبط با اختلال میل/برانگیختگی جنسی در آنها از اهمیت خاصی برخوردار است و بررسی‌ها نشان می‌دهد در مطالعات پیشین به بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی مطالعاتی انجام نشده، همچنین نقش میانجی‌گری

رضایت جنسی در رابطه با سبک های دلبستگی و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی به صورت مدل سازی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار نگرفته؛ از این رو در جهت پاسخ به این نیاز پژوهشی این مطالعه باهدف مدل سازی معادلات ساختاری رابطه بین سبک های دلبستگی، خودشیء انگاری و رضایت جنسی با اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه شهر اصفهان انجام گرفت.

مواد و روش ها

روش پژوهش حاضر باتوجه به هدف کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده ها، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه زنان یائسه دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی مراجعه کننده به مراکز درمانی تخصصی در زمینه اختلالات جنسی واقع در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ که آمار دقیقی از آنها در دسترس نیست، بودند. برای انتخاب نمونه باتوجه به اینکه روش تجزیه و تحلیل داده ها در این پژوهش روش مدل سازی معادلات ساختاری است. پیشنهاد می شود که یک حجم نمونه ۲۰۰ تا ۲۵۰ نفر برای مدل سازی مناسب است (۳۷). براین اساس حجم نمونه حاضر شامل ۲۵۰ نفر از زنان یائسه بالای ۵۰ سال دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی مراجعه کننده به دو مرکز تخصصی در زمینه اختلالات جنسی واقع در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ که با تشخیص قطعی از طریق مصاحبه تشخیصی که توسط روانشناس بالینی دو مرکز و کسب نمره ۳/۳ براساس شاخص عملکرد جنسی به شیوه هدفمند و با در نظر گرفتن شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند.

ملاک های ورود و خروج پژوهش

ملاک های ورود به پژوهش عبارت بود از: زنان یائسه که از زمان یائسگی آنان ۶ ماه گذشته است، داشتن سن بالای ۵۰ سال، داشتن اختلال میل/برانگیختگی جنسی، داشتن رضایت آگاهانه، عدم مصرف داروها و مداخلات دارویی و ملاک های خروج از پژوهش عبارت بود از: عدم تمایل به شرکت در آن، داشتن سایر اختلالات عملکرد جنسی به جز میل/برانگیختگی جنسی، داشتن یائسگی زودهنگام.

ابزارهای پژوهش

شاخص عملکرد جنسی زنان^۶

این شاخص توسط روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰

6. Female Sexual Function Index (FSFI)

طراحی شده است شامل ۱۹ سوال در ۶ حوزه مجزا به بررسی عملکرد جنسی زنان در طول یک ماه اخیر می پردازد، ابعاد شاخص به ترتیب شامل میل جنسی، تحریک جنسی، لغزنده سازی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد است. بخش میل جنسی حاوی ۲ سوال با محدوده نمره ۱ تا ۵، بخش برانگیختگی و لغزندگی واژن در هر کدام به طور جداگانه دارای ۴ سوال با محدوده نمرات ۱ تا ۵ و بخش ارگاسم، درد و رضایت جنسی هر کدام به طور جداگانه دارای ۳ سوال با محدوده نمرات ۰ تا ۵ بود (۳۸). نمره هر فرد در این شاخص در ۶ بعد با جمع زدن نمره های عبارت های مربوط به آن بعد و ضرب کردن حاصل جمع نمره در ضریب هر بعد محاسبه می گردد. نمره کل فرد از حاصل جمع نمره های ۶ بعد بدست می آید که نمره حداقل ۲ و نمره حداکثر ۳۶ می باشد. نمره کمتر از ۲۸ عملکرد نامطلوب محسوب می شود (۳۹). در مطالعه روزن و همکاران (۴۰) روایی همگرای این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی روایی مناسب این مقیاس را نشان داده است همچنین پایایی باز آزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است. در ایران محمدی و همکاران (۳۹) پایایی این شاخص را به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمره کل ۰/۹۲ و ابعاد میل، انگیزه، لغزندگی، ارگاسم، رضایت و درد به ترتیب ۰/۷، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۷۶ و ۰/۸۸ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۱۷ به دست آمده است.

پرسش نامه سبک دلبستگی

این پرسش نامه توسط هازن و شیور^۷ در سال ۱۹۸۷ به منظور سنجش سبک دلبستگی طراحی شده است. شامل ۱۵ سوال که سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را می سنجد. نمره گذاری براساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرتی از ۱ خیلی کم تا ۵ خیلی زیاد درجه بندی شده است. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ است. نمرات بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر دلبستگی و نمرات کمتر بیانگر سطح کمتر سبک های دلبستگی است. هازن و شیور ۱۹۸۷ پایایی باز آزمایی کل این پرسش نامه را ۰/۸۱ و پایایی با آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ به دست آوردند (۴۱). فینی و نولر (۱۹۹۰) ضریب باز آزمایی این پرسش نامه را در فاصله زمانی یک تا هشت هفته برای بخش اول ۰/۶۰

7. Hazan & Shiver

ابزار بود. در پژوهش رضائی و همکاران (۴۶)، پایایی این پرسشنامه به روش تصنیف (همبستگی بین نیمه اول و نیمه دوم سوالات) ۰/۸۰ به دست آمده است که میزان قابل قبولی است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۲۲ به دست آمده است.

پرسشنامه رضایت جنسی

این پرسشنامه توسط لارسون و همکاران^۹ (۱۹۹۸) به منظور سنجش میزان رضایت جنسی طراحی شده است. شامل ۲۵ سوال و ۴ خرده مقیاس شامل تمایل به برقراری روابط جنسی (۲۰-۱۸-۱۵-۲۲-۲۳)، نگرش جنسی (۱۹-۵-۱۲-۱۴-۳-۲۵)، کیفیت زندگی جنسی (۷-۸-۲-۴-۵-۹-۱۷-۲۴)، سازگاری جنسی (۱۱-۱۳-۱۰-۱-۱۶-۲۱) می باشد. پاسخ دهی به سوالات لیکرت پنج درجه ای (۱=هرگز تا ۵=همیشه) می باشد و نمره کل این ابزار بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار دارد. به صورتی که امتیاز ۵۰-۲۵ به معنای رضایت جنسی، ۷۵-۵۰ رضایت جنسی کم، ۱۰۰-۷۶ رضایت جنسی متوسط و امتیاز ۱۲۵-۱۰۱ معادل رضایت جنسی بالا می باشد. لارسون و همکاران (۴۷) به وسیله آزمون همبستگی نتایج آزمون را مورد تحلیل قرار دادند نتایج این آزمون نشانگر میزان همبستگی ۰/۹۶ در سطح معناداری ۰/۰۱ شده است. همچنین برای بررسی دقیق تر اعتبار بدست آمده از روش دو نیمه کردن آزمون ۰/۸۸ شده است. ضریب گاتمن محاسبه شده نیز ۰/۸۰ است. در ایران نیز بهرامی و همکاران (۴۸) در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای سوالات مثبت ۰/۸۰ و برای سوالات منفی ۰/۷۷ به دست آوردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمده است.

آنالیز آماری

برای آنالیز داده ها از آمار تحلیلی چون ضریب همبستگی و جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS26 و Smart PLS3 استفاده شد. همچنین جهت بررسی اثرات غیرمستقیم از آزمون بوت استرپ استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی

در این مقاله، اصالت متون، صداقت و امانت داری رعایت شده است. این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و دارای کد اخلاق (IR.IAU.KHUISE.REC.1401.408) از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) می باشد.

9. Larson

و برای بخش دوم ۰/۴۰ گزارش کرده است (۴۲). همچنین در ایران هم این پرسشنامه توسط بشارت هنجاریابی شده است که ضریب آلفای کرونباخ پرسشهای زیر مقیاسهای ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی برای کل آزمودنیها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵، محاسبه شد که نشانه ی همسانی درونی خوب مقیاس دل بستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنیها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبکهای دل بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنیها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴ محاسبه شد که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است (۴۳). در این پژوهش آلفای کرونباخ برای دل بستگی ایمن ۰/۹۱۷، دل بستگی اجتنابی ۰/۷۴۳ و دل بستگی دوسوگرا ۰/۷۲۱ به دست آمده است.

پرسشنامه خودشیء انگاری

این پرسشنامه توسط نل و فردریکسون^۸ (۱۹۹۸) طراحی شده است. متمرکز بر ارزیابی است که آیا یک فرد بدنش را به عنوان ی شیوه ی متمرکز بر ظاهر و شی سازی شده یا در یک شیوه ی غیر شی سازی شده مشاهده می کند، واز آزمودنیها می خواهد تا بدن خود را بر اساس اهمیتی که به آنها می دهند درجه بندی کنند. این پرسشنامه شامل ۱۰ گویه که ۵ مولفه مرتبط با نگرشهای مبتنی بر ظاهر بوده (جذابیت جنسی، عضلات سفت، وزن، جذابیت فیزیکی و اندازه اعضای بدن) و ۵ مولفه دیگر با خصوصیات فیزیکی (سطح انرژی، سلامتی، قدرت، تناسب فیزیکی و هماهنگی فیزیکی) مرتبط اند. نمرات به وسیله اختصاص ارزش به درجه بندی محاسبه می شوند که بیشترین آنها نمره ۱۰ و کمترین آنها نمره ۱ دریافت می کند و در نهایت ارزشهای مبتنی بر صلاحیت از ارزشهای مبتنی بر ظاهر کاسته و نمره های بین ۲۵- و ۲۵ حاصل می شود. نمره های بالا میزان شیء انگاری بیشتر را نشان می دهد درحالی که نمره های پایین نمایانگر افرادی است که بدن خود را براساس صلاحیت ارزیابی می کنند (نشان دهنده ی شرکت کنندگانی با سطح پایین تر خودشیء انگاری می باشد) (۴۴). در پژوهش بیرن مگان و همکاران (۴۵) پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ و برای خرده مقیاسهای ظاهر مدار و صلاحیت دار به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۱ بود. روایی نیز به روش تحلیل عامل تائیدی بیانگر برازش مطلوب مدل دو عاملی این

8. Nell & Frederickson

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش

متغیر	ابعاد	فراوانی	درصد فراوانی
گروه های سنی	۵۰ تا ۶۰ سال	۱۷۶	۷۰/۴
	۶۰ سال به بالا	۷۴	۲۹/۶
	جمع	۲۵۰	۱۰۰
تحصیلات	زیر دیپلم	۴۱	۱۶/۴
	دیپلم	۷۸	۳۱/۲
	فوق دیپلم	۶۵	۲۶
	لیسانس	۵۸	۲۳/۲
	بالاتر از لیسانس	۸	۳/۲
	جمع	۲۵۰	۱۰۰
تعداد فرزند	یک فرزند	۴۵	۱۸
	دو فرزند	۷۸	۳۱/۲
	سه فرزند	۱۲۷	۵۰/۸
	جمع	۲۵۰	۱۰۰
مدت زمان یائسگی	زیر یک سال	۴۸	۱۹/۲
	۱ تا ۵ سال	۱۰۰	۴۰
	۶ تا ۱۰ سال	۵۷	۲۲/۸
	بالای ۱۰ سال	۴۵	۱۸
	جمع	۲۵۰	۱۰۰

جدول ۲. یافته های توصیفی و همبستگی درونی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میل/برانگیختگی جنسی	سبک دلبستگی اجتنابی	سبک دلبستگی ایمن	سبک دلبستگی دوسوگرا	رضایت جنسی
میل/برانگیختگی جنسی	۴۰/۶۸	۵/۶					
سبک دلبستگی اجتنابی	۱۳/۱۶	۵/۹۸	۰/۱۲۶ *				
سبک دلبستگی ایمن	۱۳/۸۷	۴/۷۱	۰/۱۲۲	۰/۵۰۵ **			
سبک دلبستگی دوسوگرا	۱۳/۵۲	۳/۵۷	۰/۱۳۸ *	۰/۲۲۵ **	۰/۰۱۲		
رضایت جنسی	۷۵/۱	۱۴/۱۵	۰/۳۳۶ **	۰/۱۳۹ *	۰/۱۲۴	۰/۳۶۰ **	
خودشیء انگاری	-۶/۵۴	۱۰/۹۸	۰/۱۲۹ *	۰/۱۷۴ **	۰/۰۱۲	۰/۰۳۸	۰/۲۵۳ **

*(P<0.05); **(P<0.01)

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱ آمده است. بر اساس جدول ۱ جمعیت شناختی، ۱۷۵ نفر (۷۰/۴

درصد) از افراد نمونه ۵۰ تا ۶۰ سال و ۷۴ نفر (۲۹/۶ درصد) ۶۰ سال به بالا سن داشته اند. ۴۱ نفر (۱۶/۴ درصد) تحصیلات زیر دیپلم، ۷۸ نفر (۳۱/۲ درصد) دیپلم، ۶۵ نفر (۲۶ درصد) فوق دیپلم، ۵۸ نفر (۲۳/۲ درصد) لیسانس و ۸ نفر (۳/۲ درصد) تحصیلات بالاتر از لیسانس داشته اند.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل‌های اندازه‌گیری و معادلات ساختاری

شاخص‌ها	معادل فارسی شاخص‌ها	مقدار مطلوب	میل/برانگیختگی جنسی	رضایت جنسی	سبک دلبستگی اجتنابی	سبک دلبستگی ایمن	سبک دلبستگی دوسوگرا	خودشیء انگاری
شاخص برازش مدل معادلات ساختاری	ضریب تعیین R^2	-	۰/۱۸۲	۰/۲۰۶	-	-	-	-
	ضریب تعیین تعدیل شده	-	۰/۱۶۵	۰/۱۹۳	-	-	-	-
	معیار استون Q^2 گیسر	-	۰/۰۶۹	۰/۱۸۵	-	-	-	-
شاخص مدل‌های اندازه‌گیری	پایایی مرکب	بالاتر از ۰/۷	۰/۷۲۲	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
	آلفای کرونباخ	بالاتر از ۰/۷	۰/۷۰۶	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
	شاخص متوسط واریانس استخراج شده	بالاتر از ۰/۵	۰/۵۰۱	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
	روایی فورنل لارکر	بالاتر از همبستگی سازه‌های مکنون در مدل با یکدیگر	۰/۷۰۸	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	۱/۰۰۰
	عامل تورم واریانس	کمتر از ۲/۵	-	۱/۲۵	۱/۵۰۱	۱/۴۱	۱/۲۵	۱/۱۱

R²: R-Squared Correlation; Q2: Stone-Geisser

بررسی ارزیابی مدل معادلات ساختاری در دو مرحله انجام گردید. در مرحله اول ارزیابی مدل اندازه‌گیری مطرح شد که در این مرحله پایایی و روایی مدل برحسب نوع مدل تعیین گردید. برای آزمون مدل اندازه‌گیری از سه شاخص پایایی متغیرهای مشاهده‌پذیر، آلفای کرونباخ و پایایی مرکب جهت بررسی پایایی مدل اندازه‌گیری و از آزمون روایی همگرا و روایی واگرا نیز جهت بررسی آزمون روایی مدل اندازه‌گیری و همچنین از عامل تورم واریانس استفاده گردید. در مرحله دوم نیز آزمون‌های مدل ساختاری موردبررسی قرار گرفتند و برای بررسی آزمون مدل ساختاری از معیار ضریب تعیین R^2 ، معناداری ضرایب مسیر و معنادار Q^2 استفاده شده است.

شاخص‌ها برازش مدل‌های اندازه‌گیری و معادلات ساختاری در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، هر یک از شاخص‌های پایایی مرکب و آلفای کرونباخ در متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۷ و مورد قبول است. همچنین میزان شاخص متوسط واریانس استخراج شده در همه متغیرها بالاتر از ۰/۵ حاصل شده است.

۴۵ نفر (۱۸ درصد) یک فرزند، ۷۸ نفر (۳۱/۲ درصد) دو فرزند، ۱۲۷ نفر (۵۰/۸ درصد) سه فرزند داشته‌اند. ۴۸ نفر (۱۹/۲ درصد) کمتر از یک سال است که یائسه شده‌اند درحالی‌که در ۱۰۰ نفر (۴۰ درصد) از نمونه بین یک تا پنج سال، ۵۷ نفر (۲۲/۸ درصد) ۶ تا ۱۰ سال و ۴۵ نفر (۱۸ درصد) بالای ۱۰ سال از زمان یائسگی آن‌ها می‌گذرد.

نتایج یافته‌های توصیفی و همبستگی درونی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

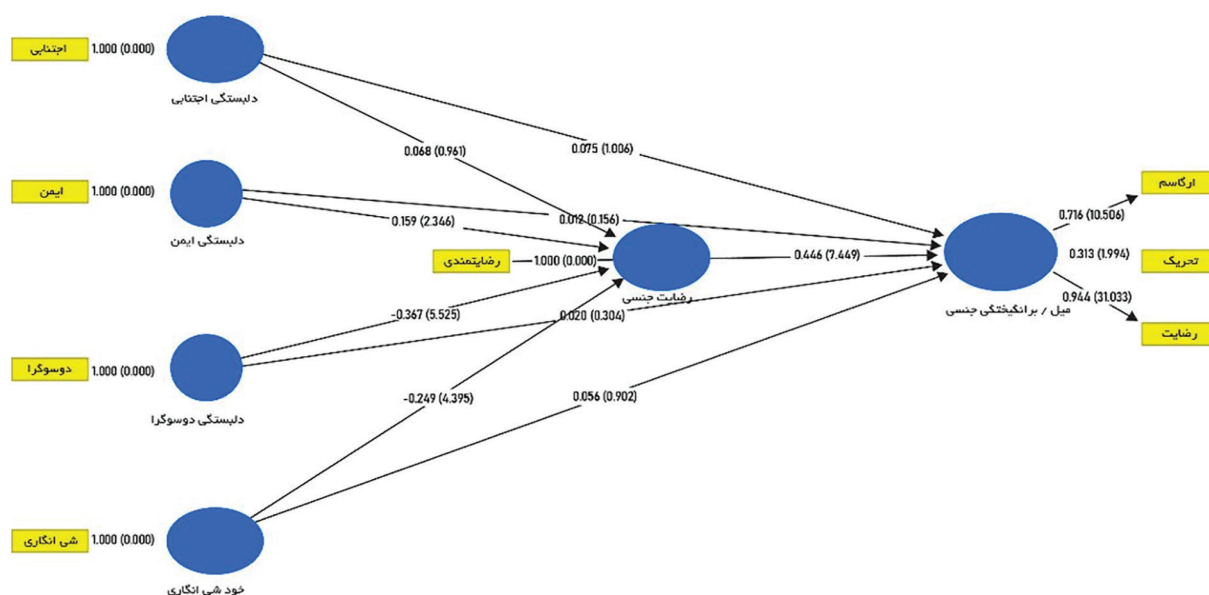
نتایج در جدول ۲ نشان داده است که همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش در بیشتر روابط در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار به دست آمده است. به عبارتی نتایج نشان می‌دهد که در نمونه زنان یائسه دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی همبستگی بین سبک دلبستگی اجتنابی، دلبستگی دوسوگرا و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی منفی و معنادار بود ($P < ۰/۰۵$). همچنین رابطه بین رضایت جنسی و میل/برانگیختگی جنسی مثبت و معنادار بود ($P < ۰/۰۱$)، نیز بین سبک دلبستگی ایمن و اختلال میل/برانگیختگی جنسی رابطه غیر معنادار بود.

($P > 0.05$). اما تأثیر مستقیم متغیر رضایت جنسی بر میل جنسی ($\beta = 0.446, t = 7.45$) معنی دار به دست آمده است ($P < 0.001$). تأثیر مستقیم سبک دلبستگی اجتنابی بر رضایت جنسی ($\beta = 0.068, t = 0.961$) به دست آمد که غیرمعنی دار بوده است ($P > 0.05$). اما تأثیر خودشیء انگاری بر رضایت جنسی ($\beta = 0.367, t = 4.39$)، سبک دلبستگی ایمن بر رضایت جنسی ($\beta = 0.159, t = 2.346$)، سبک دلبستگی دوسوگرا بر رضایت جنسی ($\beta = 0.056, t = 0.902$)، به منظور معناداری اثرات غیرمستقیم از روش بوت استرپ استفاده شده است که نتایج اثرات غیرمستقیم در جدول ۵ ثبت شده است. تفسیر داده‌های به این ترتیب است اگر حد بالا و حد پایین ضریب یک مسیر عدد صفر را در بر گیرد به معنی دار نبودن آن مسیر و اگر عدد صفر را در بر نگیرد آن مسیر معنی دار است. تفسیر داده‌ها به این صورت است: اگر فاصله اطمینان (بین حد بالا و حد پایین) یک ضریب مسیر شامل عدد صفر باشد، آن مسیر از نظر آماری معنی دار نیست. در صورتی که این فاصله صفر را در بر نگیرد، مسیر مورد نظر معنی دار محسوب می شود. نتایج جدول شماره ۵ نشان می دهد که تأثیر غیرمستقیم خودشیء انگاری از طریق رضایت جنسی بر میل و برانگیختگی جنسی ($\beta = 0.11, t = 3.54$)، سبک دلبستگی ایمن از طریق رضایت جنسی بر میل و برانگیختگی جنسی ($\beta = 0.071, t = 2.12$) و سبک دلبستگی دوسوگرا از طریق رضایت جنسی بر میل و برانگیختگی جنسی ($t = 4.11$)، معنی دار به دست آمده است ($P < 0.05$). ($\beta = -0.164$)

شاخص روایی افتراقی یا فورنل لارکر نیز بالاتر از همبستگی متغیرها با هم در مدل بود. به این ترتیب مدل های اندازه گیری از برازش مناسب برخوردار هستند. در بررسی برازش مدل ساختاری نیز، میزان ضریب تعیین با نشان دادن این که چند درصد تغییرات متغیر وابسته به متغیرهای مستقل مربوط است، در متغیر میل جنسی (0.182) و در متغیر رضایت جنسی (0.206) به دست آمده است همچنین میزان شاخص Q^2 نیز در متغیر میل جنسی (0.069) و در متغیر رضایت جنسی (0.185) و قابل قبول به دست آمده است.

از این رو می توان گفت، مدل ارائه شده در پژوهش از برازش قابل قبولی برخوردار است. در بررسی بار عاملی متغیرهای مشاهده پذیر نیز، کلیه بارهای عاملی متغیرهای مشاهده پذیر مؤلفه ها به جز در ابعاد میل، درد و رطوبت در متغیر برانگیختگی جنسی، در سایر ابعاد در متغیرها بالاتر از 0.3 هستند. مدل معادلات ساختاری پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.

میزان ضرایب مستقیم و غیرمستقیم مدل مفهومی پژوهش و مقادیر معناداری T-value مرتبط با آن در جداول ۴ و ۵ قابل مشاهده می باشد. بر اساس نتایج در جدول ۴ در مدل سازی معادلات ساختاری، تأثیر مستقیم خودشیء انگاری بر میل جنسی ($\beta = 0.506, t = 0.902$)، سبک دلبستگی اجتنابی بر میل جنسی ($\beta = 0.075, t = 1.006$)، سبک دلبستگی ایمن بر میل جنسی ($\beta = 0.159, t = 2.346$)، سبک دلبستگی دوسوگرا بر میل جنسی ($\beta = 0.056, t = 0.902$)، به دست آمد که غیرمعنی دار بوده است ($\beta = 0.02$)



شکل ۱. مدل معادلات ساختاری نقش میانجی رضایت جنسی در رابطه خودشیء انگاری و سبک های دلبستگی با میل و برانگیختگی جنسی زنان یائسه

جدول ۴. ضرایب مستقیم مدل معادلات ساختاری

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب تأثیر مستقیم	آماره تی T-value	معنی داری
خودشیء انگاری		۰/۰۵۶	۰/۹۰۲	۰/۳۶۸
سبک دلبستگی اجتنابی		۰/۰۷۵	۱/۰۰۶	۰/۳۱۵
سبک دلبستگی ایمن	میل/برانگیختگی جنسی	۰/۰۱۲	۰/۱۵۶	۰/۸۷۶
سبک دلبستگی دوسوگرا		۰/۰۲	۰/۳۰۴	۰/۷۶۲
رضایت جنسی		۰/۴۴۶	۷/۴۵	۰/۰۰۱
خودشیء انگاری		-۰/۲۴۹	۴/۳۹	۰/۰۰۱
سبک دلبستگی اجتنابی	رضایت جنسی	۰/۰۶۸	۰/۹۶۱	۰/۳۳۷
سبک دلبستگی ایمن		۰/۱۵۹	۲/۳۵	۰/۰۱۹
سبک دلبستگی دوسوگرا		-۰/۳۶۷	۵/۵۲	۰/۰۰۱

جدول ۵. ضرایب غیرمستقیم مدل معادلات ساختاری

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب تأثیر غیرمستقیم	آماره تی T-value	معنی داری
خودشیء انگاری			-۰/۱۱۱	۳/۵۴	۰/۰۰۱
سبک دلبستگی اجتنابی	رضایت جنسی	اختلال میل/برانگیختگی جنسی	۰/۰۳	۰/۹۳۱	۰/۳۵۲
سبک دلبستگی ایمن			۰/۰۷۱	۲/۱۲	۰/۰۳۴
سبک دلبستگی دوسوگرا			-۰/۱۶۴	۴/۱۱	۰/۰۰۱

بحث

هدف از مطالعه‌ی حاضر تعیین رابطه سبک‌های دلبستگی، خودشیء انگاری و رضایت جنسی با اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه شهر اصفهان بود. نتایج همبستگی نشان داد بین رضایت جنسی با اختلال میل/برانگیختگی ارتباط به طور مستقیم معنی دار بوده است و این نشان می‌دهد که هرچقدر رضایت جنسی زنان کمتر باشد مشکلات میل/برانگیختگی جنسی در آن‌ها افزایش می‌یابد، و این یافته با یافته‌های ثمین فر و وزیری (۳۴)، آتاک، کوک و دی وایت^{۱۰} (۳۵)، همسو می‌باشد. ثمین فر و وزیری در مطالعه خود نشان دادند که افزایش اختلال عملکرد جنسی، رضایت جنسی را کاهش می‌دهد. همچنین آتاک، شیرز و دیویت نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین رضات جنسی و اختلال در عملکرد جنسی رابطه وجود دارد. رضایت جنسی میزان

به عبارتی در این مدل اثر غیرمستقیم خودشیء انگاری، سبک دلبستگی ایمن، دوسوگرا بر اختلال میل/برانگیختگی جنسی از طریق میانجی‌گری رضایت جنسی نشان داده شده است. اما تأثیر سبک دلبستگی اجتنابی از طریق رضایت جنسی بر میل و برانگیختگی جنسی ($\beta=0/03$, $t=0/931$) معنی دار به دست نیامده است ($P>0/05$). به عبارتی در این مدل اثر غیرمستقیم سبک دلبستگی اجتنابی بر اختلال میل/برانگیختگی جنسی از طریق میانجی‌گری رضایت جنسی نشان داده نشده است.

در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت رضایت جنسی به طور مستقیم بر اختلال میل/برانگیختگی جنسی تأثیر دارد. اگرچه خودشیء انگاری، سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا به طور غیرمستقیم از طریق رضایت جنسی بر اختلال میل/برانگیختگی جنسی تأثیر دارد؛ اما رضایت جنسی میانجی رابطه سبک دلبستگی اجتنابی با اختلال میل/برانگیختگی جنسی نبوده است.

10. Attaky, Kok and Dewitte

خرسندی زوجها از روابط جنسی و توانایی لذت بردن و لذت دادن به یکدیگر می باشد. افرادی که رضایت از رابطه جنسی دارند در زندگی با اعتقاد به نفس تر و شادتر هستند (۴۹). مطالعات نشان داده است که رضایت جنسی عاملی کلیدی در کیفیت کلی زندگی افراد است (۵۰). همچنین مطالعات نشان می دهند با افزایش سن، چرخه پاسخ های جنسی انسان چون میل جنسی، برانگیختگی، تجربه ارگاسم، دفعات و کیفیت برقراری رابطه جنسی دستخوش تغییر می شود (۵۱)، همین امر نشان می دهد افزایش سن به همراه کاهش میل جنسی در حقیقت کاهش رضایت جنسی را به دنبال دارد. همچنین از آنجایی که رضایت جنسی یکی از عوامل موثر بر سلامتی و کیفیت زندگی زوجین و از مهمترین شاخص های رضایت از زندگی است، می تواند انگیزه زوجین برای ادامه رابطه زناشویی به طور کلی فراهم کند. بنابراین کاهش رضایت جنسی خود عاملی است که باعث کاهش میل جنسی و به نوبه ی خود با افزایش اختلال میل/برانگیختگی جنسی در زنان همراه است.

همچنین در مدل معادلات ساختاری، تأثیر غیرمستقیم دلبستگی ایمن و دلبستگی دوسوگرا از طریق رضایت جنسی بر میل و برانگیختگی جنسی معنی دار بوده است. که این نشان می دهد هر چه قدر در زنان سبک دلبستگی ایمن کمتر باشد، رضایت جنسی کمتر که این نیز به نوبه خود منجر به افزایش اختلال میل/برانگیختگی جنسی در آنان می شود؛ و هرچه قدر دلبستگی دوسوگرا در آنان بیشتر، رضایت جنسی کمتر و نیز منجر به افزایش اختلال میل/برانگیختگی جنسی در آنان خواهد شد. یافته پژوهش با سالاری (۵۲) یافته های خنافره و صفرزاده (۵۳)، صادقی بید مشکي و مالک میرشاهی (۱۳)، پورسل^{۱۱} و همکاران (۵۴)، آتاکي، کاک و دی وایت^{۱۲} (۳۵) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت، دلبستگی ایمن، عملکرد و شایستگی را در روابط بین فردی تسهیل می کند، و موجب ارتقای رفتار اجتماعی و گسترش مقاومت روانی می شود. افراد با دلبستگی ایمن، سطح بالاتری از اعتماد و رضایت و سطح پایین تری از تعارضات دارند، درحالی که افراد با دلبستگی دوسوگرا با عدم تعادل در احساسات و تعارضات بالاتر و رضایت و صمیمیت کمتر مشخص می شوند (۵۵). همچنین یافته ها نشان می دهند سبک دلبستگی با انگیزش جنسی و هیجانات تجربه

11. Purcell-Levesque

12. Attaky, Kok and Dewitte

شده طی فعالیت جنسی مرتبط است؛ و افراد ایمن با احتمال بیشتر از رابطه جنسی لذت می برند و افراد دوسوگرا کمتر قادر به تجربه هیجانات گرم و صمیمانه در طی فعالیت جنسی می باشند (۵۶). به علاوه افراد با سبک ایمن به علت احساس صمیمیت و میل به تجربه هیجان های گرم و لذت بخش برای خود و نیز برای شریک زندگی شان، تعارضات طبیعی را مدیریت می کنند و مانع ورود تعارضات در رابطه جنسی می شوند، لذا رضایت جنسی در آنان افزایش می یابد و افزایش رضایت جنسی منجر به کاهش اختلال میل/برانگیختگی جنسی می گردد. اما سبک های ناایمن با داشتن سطوح بالاتر اضطراب، ترس از صمیمیت و طرد، الگوهای رابطه ای در پیش می گیرند که منجر به تعارضات زناشویی بیشتری می شود و این خود به نوعی منجر به کاهش رضایت جنسی می گردد. به عنوان مثال زنان یائسه با دلبستگی ناایمن دوسوگرا علی رغم احساس نیاز به رابطه جنسی، به جهت نگران بودن از این که شریک زندگی آنها احساسات آنها را متقابل نکند و داشتن شک نسبت به علاقه ی طرف مقابل از نزدیک شدن اکراه دارند؛ همین امر منجر به کاهش رضایت جنسی و در نهایت کاهش میل جنسی و افزایش اختلال میل/برانگیختگی جنسی خواهد شد. همچنین در مدل معادلات ساختاری، تأثیر غیرمستقیم خودشیء انگاری از طریق رضایت جنسی بر میل/برانگیختگی جنسی معنی دار بوده است. که این نشان می دهد هرچه قدر زنان در خودشیء انگاری نمره بالاتری کسب کنند اختلال میل/برانگیختگی جنسی افزایش می یابد. یافته های پژوهش با یافته های کارخانه ای و همکاران (۵۷)، قضائی، صدري و رمضانچی (۵۸) و پینتو، فونتاین و نری^{۱۳} (۵۹) همسو می باشد. خودشیء انگاری به عنوان تبیینی برای نارضایتی از تصویر بدن و اهمیت ظاهر برای زنان است. زنان به مرور می آموزند که فرم بدنشان معیاری برای قضاوت دیگران است و همین موضوع آنها را به سمت خودشیء انگاری سوق می دهد. خودشیء انگاری در حیطه ی جنسی سبب می شود که زنان همواره تلاش کنند تا فرم بدنشان را با استانداردهای یک بدن مطلوب و جذاب از لحاظ جنسی هماهنگ کنند (۶۰). لذا در تبیین این یافته می توان گفت یکی از حس های بد و نامناسب در روابط زناشویی و همچنین روابط جنسی شی و وسیله تلقی شدن فرد می باشد. در حقیقت اگر فرد احساس کند یک وسیله در دست دیگران است نمی تواند تعاملات مناسبی با طرف مقابل خود داشته باشد. این مسأله ی جالب و مناسب

13. Pinto, Fontaine and Neri

برای بسیاری از زنان نبوده و نمی‌تواند آرامش نسبی در زندگی زناشویی را موجب شود و حتی زمینه‌ای برای ایجاد آسیب‌های مختلف در روابط زناشویی می‌شود که می‌تواند زمینه کاهش رضایت جنسی را به دنبال داشته باشد و کاهش رضایت جنسی منجر به کاهش میل جنسی و در نهایت افزایش اختلال میل/برانگیختگی جنسی را به دنبال خواهد داشت.

در حقیقت، اگر فرد احساس کند یک وسیله در دست دیگران است، نمی‌تواند تعاملات مناسبی با طرف مقابل خود داشته باشد. این مسأله، که مسأله‌ای جالب و مناسب برای بسیاری از زنان نیست، نه تنها نمی‌تواند آرامش نسبی در زندگی زناشویی را موجب شود، بلکه حتی زمینه‌ای برای ایجاد آسیب‌های مختلف در روابط زناشویی فراهم می‌کند. این آسیب‌ها می‌توانند به کاهش رضایت جنسی منجر شوند که به نوبه خود، کاهش میل جنسی و در نهایت، افزایش اختلال میل/برانگیختگی جنسی را به دنبال خواهد داشت.

بنابراین، باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر انجام ارزیابی بالینی جامع در ارتباط با زنان یائسه دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی و ارزیابی وجود یا عدم وجود نشانه‌های سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا، خودشیء انگاری و رضایت جنسی و ارائه خدمات درمانی از طرف مراکز آموزشی و درمانی اهمیت بیشتری می‌یابد. همچنین در مرحله پیشگیری برای زنان یائسه مستعد این اختلال برگزاری خدمات آموزشی و درمانی به دلیل اهمیت امر پیشگیری و بهبود سلامت روان می‌تواند مفید واقع شود.

محدودیت های پژوهش

در نهایت، اگرچه مطالعه حاضر در سطح و اندازه خود به نتایج در خور اعتنایی دست یافته است؛ اما از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت این پژوهش روی زنان یائسه دارای اختلال میل/برانگیختگی جنسی شهر اصفهان انجام پذیرفت و بالطبع باید برای سایر گروه‌ها و شهرها انتظار نتایج متفاوتی را داشت. روش انجام این پژوهش نیز همبستگی بود؛ بنابراین با به کارگیری روش‌های دیگر ممکن است نتایج متفاوتی به دست دهد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده محدودیت‌های ذکر شده مدنظر قرار گیرد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان‌دهنده آن بود که رابطه

مستقیم و معناداری بین رضایت جنسی و اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه وجود دارد همچنین رابطه غیرمستقیم و معناداری بین سبک‌های دلبستگی ایمن، دوسوگرا و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه وجود دارد. همچنین نتایج ارزیابی مدل معادلات ساختاری برای بررسی مدل مفهومی پژوهش و بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه با نقش میانجی‌گری رضایت جنسی مشخص گردید که رضایت جنسی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی ایمن، دوسوگرا و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه به‌عنوان میانجی اثر گذرا می‌باشد که نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار این متغیر در رابطه بین سه متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک پژوهش است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود. ضمن توجه به سبک‌های دلبستگی، خودشیء انگاری، رضایت جنسی و اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه و توجه به اینکه دلبستگی و خودشیء انگاری اهمیت بسزایی در ایجاد اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه دارد با آموزش تکنیک‌های رشدیافته چگونگی مقابله با خودشیء انگاری و توانا ساختن افراد با سبک دلبستگی ناایمن از طریق برنامه آموزشی و مداخله‌ای به‌منظور مصون ساختن آن‌ها نسبت به آسیب‌های دلبستگی و آموزش مهارت‌های افزایش رضایت جنسی از بروز نتایج منفی جلوگیری به عمل آورد همچنین پیشنهاد می‌شود. بسته‌های آموزشی در جهت کاهش اختلال میل/برانگیختگی جنسی مبتنی بر سبک دلبستگی، خودشیء انگاری و رضایت جنسی زنان یائسه تدوین شود تا بدین‌وسیله شدت اختلال میل/برانگیختگی جنسی در زنان یائسه کاهش یابد.

نتایج این پژوهش نشان داد که رابطه مستقیم و معناداری بین رضایت جنسی و اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه وجود دارد. همچنین، یک رابطه غیرمستقیم و معنادار بین سبک‌های دلبستگی (ایمن و دوسوگرا) و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی مشاهده گردید.

ارزیابی مدل معادلات ساختاری برای بررسی مدل مفهومی پژوهش مشخص کرد که رضایت جنسی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی (ایمن و دوسوگرا) و خودشیء انگاری با اختلال میل/برانگیختگی جنسی زنان یائسه، به‌عنوان یک میانجی اثرگذار عمل می‌کند. این یافته نشان‌دهنده تأثیر معنادار رضایت جنسی در تبیین رابطه متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک است.

می شود. از داوران محترم به خاطر ارائه نظرهای ساختاری و علمی سپاسگزاری می شود.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان تکمیل پرسش نامه ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال ها از شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان مختار بودند. نیز به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه ماند و این امر کاملاً رعایت شد.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) به تصویب رسیده است و همه نویسندگان نقش یکسانی داشتند.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی نمایند.

بر این اساس، پیشنهاد می شود با توجه به نقش مهم سبک های دلبستگی و خودشیء انگاری در ایجاد اختلال میل/برانگیختگی جنسی، مداخلاتی طراحی گردد. این مداخلات می بایست بر آموزش تکنیک های مقابله با خودشیء انگاری و توانمندسازی افراد دارای سبک دلبستگی نایمن متمرکز باشند تا آن ها را در برابر آسیب های ناشی از دلبستگی نایمن مصون سازند. همچنین، آموزش مهارت های افزایش رضایت جنسی نیز به منظور جلوگیری از بروز نتایج منفی ضروری است.

در پایان، پیشنهاد می گردد بسته های آموزشی ویژه ای با هدف کاهش اختلال میل/برانگیختگی جنسی، مبتنی بر مولفه های سبک دلبستگی، خودشیء انگاری و رضایت جنسی زنان یائسه، تدوین شود. به کارگیری این بسته ها می تواند به کاهش شدت این اختلال در جمعیت مورد مطالعه بینجامد.

تشکر و قدردانی

در نهایت از تمامی شرکت کنندگان که در این پژوهش ما را همراهی نمودند و تمامی مسئولین که در این پژوهش به پژوهشگر اجازه دسترسی به اطلاعات مورد نیاز را دادند تشکر می کنیم. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) به خاطر حمایت معنوی همکاری در اجرای پژوهش حاضر سپاسگزاری

منابع

1. Girard A, Woolley SR. Using Emotionally Focused Therapy to Treat Sexual Desire Discrepancy in Couples. J Sex Marital Ther. 2017;43(8):720-35.
2. American Psychiatric Association D-TF. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Clayton AH, Kingsberg SA, Goldstein I. Evaluation and Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder. Sex Med. 2018;6(2):59-74.
4. Fruhauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Arch Sex Behav. 2013;42(6):915-33.
5. Mark KP. The relative impact of individual sexual desire and couple desire discrepancy on satisfaction in heterosexual couples. Sexual and Relationship Therapy. 2012;27(2):133-46.
6. Malary M, Pourasghar M, Khani S, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Psychometric Properties of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female for Diagnosis of Hypoactive Sexual Desire Disorder: The Persian Version. Iran J Psychiatry. 2016;11(4):262-8.
7. Ambler DR, Bieber EJ, Diamond MP. Sexual function in elderly women: a review of current literature. Rev Obstet Gynecol. 2012;5(1):16-27.
8. Safaei M, Rajabzadeh S. A review of sexual functioning disorders amongst postmenopausal women referring to health centers of Torbat Heydariyeh in 2016. J Torbat Heydariyeh Univ Med Sci. 2017;4(4):23-8. Persian.

9. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The Menopause Transition: Signs, Symptoms, and Management Options. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(1):1-15.
10. Jafari F, Zafarghandi N, Abbasi M, Khodashenas Z. The average age of menopause and its associated factors among women in Tehran. *Alborz University Medical Journal.* 2013;2(2):76-81.
11. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13(4):538-71.
12. Malary M, Khani S, Poursaghar M, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Biopsychosocial Determinants of Hypoactive Sexual Desire in Women: A Narrative Review. *Mater Sociomed.* 2015;27(6):383-9.
13. Sadeghi Bidmeshki F, Mir Hashemi M. Relationships between attachment styles and early maladaptive schemas with sexual dysfunction. *J Fam Res.* 2016;12(1):155-69. Persian.
14. Corcoran M, McNulty M. Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being. *Child Abuse Negl.* 2018;76:297-309.
15. Besharat MA. Development and validation of adult attachment inventory. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2011;30:475-9.
16. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Curr Opin Psychol.* 2019;25:6-10.
17. Leclerc B, Bergeron S, Brassard A, Belanger C, Steben M, Lambert B. Attachment, Sexual Assertiveness, and Sexual Outcomes in Women with Provoked Vestibulodynia and Their Partners: A Mediation Model. *Arch Sex Behav.* 2015;44(6):1561-72.
18. Mark K, Patrick L, Murray S. The Impact of Attachment Style on Sexual Satisfaction and Sexual Desire in a Sexually Diverse Sample. *J Sex Marital Ther.* 2018;44(5):450-8.
19. Besharat MA, Ahmadi A. An investigation of the relationship between attachment styles and interpersonal problems. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2003;9(2):74-81.
20. Gouin JP, Glaser R, Loving TJ, Malarkey WB, Stowell J, Houts C, et al. Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain Behav Immun.* 2009;23(7):898-904.
21. Likcani A. Differentiation and intimate partner violence. Differentiation and intimate partner violence. Dissertation for Doctor of Philosophy, College of Human Ecology, Manhattan: Kansas State University; 2013.
22. Seyed Hosseini AS, Tabibi Z, Kareshki H, Gharavi M. Using path analysis to determine the relationship between attachment styles and severity of menopausal symptoms: survey mediation role of sex guiltiness feeling and defense mechanisms. *Middle East J Disabil Stud.* 2019;9:66-74.
23. Dryden C, Anderson J. The dark triad, trait-based self-objectification, and body image concerns in young women. *Pers Individ Differ.* 2019;145:1-8.
24. Roberts T-A, Calogero RM, Gervais SJ. Objectification theory: continuing contributions to feminist psychology. In: Travis CB, White JW, Rutherford A, Williams WS, Cook SL, Wyche KF, editors. *APA handbook of the psychology of women: history, theory, and battlegrounds.* Washington: American Psychological Association; 2018. p. 249-71.
25. Tiggemann M, Slater A. The Role of Self-Objectification in the Mental Health of Early Adolescent Girls: Predictors and Consequences. *J Pediatr Psychol.* 2015;40(7):704-11.
26. Carrotte E, Anderson JR. A systematic review of the relationship between trait self-objectification and personality traits. *Personality and Individual Differences.* 2018;132:20-31.
27. Anderson JR, Holland E, Koc Y, Haslam N. iObjectify: Self-and other-objectification on Grindr, a geosocial networking application designed for men who have sex with men. *Eur J Soc Psychol.* 2018;48(5):600-13.
28. Lamp SJ, Cugle A, Silverman AL, Thomas MT, Liss M, Erchull MJ. Picture perfect: The relationship between selfie behaviors, self-objectification, and depressive symptoms. *Sex Roles.* 2019;81(11):704-12.
29. Van Bruggen LK, Runtz MG, Kadlec H. Sexual revictimization: the role of sexual self-esteem and dysfunctional sexual behaviors. *Child Maltreat.* 2006;11(2):131-45.
30. Amadian F, Haghayegh SA. Relationship model between sexual dissatisfaction and quality of life in married obese patients

- with mediating role of marital intimacy. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2020;28(1):2302-14. Persian.
31. Khamse F, Zaharakar K, Mohsenzade F. The effect of practical application of intimate relationship skills (PAIRS) on enhancing sexual satisfaction and marital happiness in married wives. *Posit Psychol Res.* 2015;1(2):41-52.
32. Davison SL, Bell RJ, LaChina M, Holden SL, Davis SR. The relationship between self-reported sexual satisfaction and general well-being in women. *J Sex Med.* 2009;6(10):2690-7.
33. Jonaidy E, Noorani Sadodin S, Mokhber N, Shakeri MT. Comparing the marital satisfaction in infertile and fertile women referred to the public clinics in Mashhad in 2006-07. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2009;12(1):7-16. Persian.
34. Saminfar S, Vaziri S. The association of sexual dysfunction and sexual satisfaction with the mediating effect of sexual self-efficacy among married women in Tehran. *Salamat Ijtimai.* 2019;6(4):397-405. Persian.
35. Attaky A, Kok G, Dewitte M. Attachment Insecurity and Sexual and Relational Experiences in Saudi Arabian Women: The Role of Perceived Partner Responsiveness and Sexual Assertiveness. *J Sex Med.* 2020;17(7):1383-94.
36. Rosen NO, Dube JP, Corsini-Munt S, Muise A. Partners Experience Consequences, Too: A Comparison of the Sexual, Relational, and Psychological Adjustment of Women with Sexual Interest/Arousal Disorder and Their Partners to Control Couples. *J Sex Med.* 2019;16(1):83-95.
37. Hoyle RH. The structural equation modeling approach: basic concepts and fundamental issues. In: Hoyle RH, editor. *Structural equation modeling: concepts, issues, and applications.* Thousand Oaks: Sage Publications; 1995. p. 1-15.
38. Bolourian Z, Ganjloo J. Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers. *J Reprod Infertil.* 2007;8(2):163-70. Persian.
39. Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *Payesh (Health Monitor).* 2008;7(3):0-.
40. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208.
41. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(3):511-24.
42. Sayadpour Z. Relationship between self-esteem and attachment style. *J Evol Psychol.* 2007;3(12):311-21. Persian.
43. Basharat MK, K Nejad A. Examining the relationship between attachment styles and personality dimensions. *J Psychol Educ Sci.* 2006;36(1). Persian.
44. Fredrickson BL, Roberts TA. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychol Women Q.* 1997;21(2):173-206.
45. Byrne ME, Eichen DM, Fitzsimmons-Craft EE, Taylor CB, Wilfley DE. Perfectionism, emotion dysregulation, and affective disturbance in relation to clinical impairment in college-age women at high risk for or with eating disorders. *Eat Behav.* 2016;23:131-6.
46. Rezaei M, Aflakseir A, Yavari A, Mohamadi N, Ghayour M. Designing and testing a model of thin internalization, self-objectification and body dissatisfaction as precedents of eating disorder risk in female university students. *Iran J Nutr Sci Food Technol.* 2015;10(2):11-8. Persian.
47. Larson JH, Anderson SM, Holman TB, Niemann BK. A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. *J Sex Marital Ther.* 1998;24(3):193-206.
48. Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Nia HS, Soliemani M, Haghdoost A. Psychometric properties of the Persian version of Larson's sexual satisfaction questionnaire in a sample of Iranian infertile couples. *Iran J Epidemiol.* 2016;12(2):18-31. Persian.
49. Lin H, Lin Y. The Study of Body Image, Self-esteem and Sexual Satisfaction of College Students in Southern Taiwan. 2018;6(4):647-52.
50. Pascoal PM, Narciso Ide S, Pereira NM. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *J Sex Res.* 2014;51(1):22-30.

51. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla E, Balon R, Fisher AD, et al. Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):144-52.
52. Salari P. Surveying the relationship between adult attachment style to parents with female sexual function. *Fundamentals of Mental Health.* 2011;13(52):55-346. Persian.
53. Khanaferreh N, Safarzadeh S. Prediction of Self-Efficacy of Sexual Activity Based on Attachment Styles, Sexual Satisfaction and Sexual Function in Married Female Nursing Students. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing.* 2019;7(5):28-35. Persian.
54. Purcell-Levesque C, Brassard A, Carranza-Mamane B, Peloquin K. Attachment and sexual functioning in women and men seeking fertility treatment. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40(3):202-10.
55. Collins NL, Cooper LM, Albino A, Allard L. Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: a prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice. *J Pers.* 2002;70(6):965-1008.
56. T Tracy JL, Shaver PR, Albino AW, Cooper ML. Attachment styles and adolescent sexuality. *Adolescent romantic relations and sexual behavior.* Mahwah: Psychology Press; 2003. p. 137-59.
57. Karkhanehei M, Ahmadian H, Moradi O, Karimi Q. The casual model of eating disorder based on self-objectification, experiential avoidance, and perfectionism with mediating role of body image concern in the community of overweight women. *J Woman Soc.* 2021;12(47):161-76. Persian.
58. Ghazaie M, Sadri N, Ramezan Saatchi L. Relationship between marital satisfaction, body image concern, guilt feeling and sexual autonomy with symptoms of orgasmic disorder in married women. *Thoughts Behav Clin Psychol.* 2020;15(56):7-16. Persian.
59. Pinto JM, Fontaine AM, Neri AL. The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016;65:104-10.
60. Katouzi Z, Badami R, Taghian F, Melainejad M. Comparing the effect of aerobic, Kegel and combined exercise on body image and sexual and marital satisfaction in obese women. *Razi J Med Sci.* 2017;15(4):452-8. Persian.