



Clinical Psychology: Research and Practice Innovations

Online ISSN: [3115-9508](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37361.3160)

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>



Relationship between Thought-Action Fusion and Anxiety Sensitivity with Women's Sexual Functioning, Through Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms

Abbas Bakshhipour Roodsari¹ , Anita Mozafari ²

1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: bakshshipour@tabrizu.ac.ir

2. M.A. of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: mozafarianitaa@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 10 April 2025

Received in revised form: 31
August 2025

Accepted: 03 October 2025

Published Online: 22 June
2026

Keywords:

Thought-Action Fusion,
Anxiety Sensitivity,
Sexual Dysfunction,
Obsessive-Compulsive
Disorder

ABSTRACT

Background: The aim of the present study was to determine the relationship between thought-action fusion and anxiety sensitivity with women's sexual functioning, through obsessive-compulsive disorder symptoms.

Method: Therefore, 378 married female students from University of Tabriz were selected using a multi-stage random sampling method. Data were collected using the Rosen Women's Sexual Functioning Questionnaire, the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, the Thought-Action Fusion Scale by Rachman and Shafran, and the Anxiety Sensitivity Index by Reiss. After statistical calculations using AMOS₂₄ software and Structural equation method.

Results: The results indicated that the measured model had a good fit with the theoretical model, and obsessive-compulsive disorder symptoms mediated the relationship between thought-action fusion, anxiety sensitivity, and women's sexual functioning. Additionally, the findings showed a significant negative relationship between anxiety sensitivity and women's sexual functioning, as well as between obsessive-compulsive disorder symptoms and women's sexual functioning. There were also significant positive relationships between thought-action fusion and women's sexual functioning, as well as between thought-action fusion and obsessive-compulsive disorder symptoms, as well as between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive disorder symptoms. hence,

Conclusion: it can be concluded that reducing levels of anxiety sensitivity, thought-action fusion, and obsessive-compulsive disorder symptoms may improve women's sexual functioning.

Citation: Bakshhipour Roodsari, A., & Mozafari, A. (2026). Relationship between Thought-Action Fusion and Anxiety Sensitivity with Women's Sexual Functioning, Through Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms Journal of Clinical Psychology, 18(2), 55-72.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37361.3160>



© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Anita Mozafari, M.A. of Clinical Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

E-mail: mozafarianitaa@gmail.com, Tel: (+98) 9339776129

Extended Abstract

Introduction

Sexual dysfunction is among the most prevalent clinical concerns in women. Cognitive–affective variables such as thought–action fusion and anxiety sensitivity have been identified as key factors in the onset and maintenance of sexual dysfunctions. Thought–action fusion refers to a cognitive distortion characterized by the inability to differentiate between mere thoughts and actual behaviors. While intrusive thoughts are common in the general population and are typically dismissed as insignificant, individuals with elevated levels of thought–action fusion interpret these thoughts as threatening and equate them with overt actions. This maladaptive appraisal contributes to heightened guilt and anxiety, which subsequently interferes with normative sexual functioning. Anxiety sensitivity, in turn, denotes the fear of anxiety-related bodily sensations. Women with elevated anxiety sensitivity tend to interpret the physiological arousal naturally occurring during sexual activity in a catastrophic manner, thereby eliciting fear and anxiety that ultimately impair sexual performance. Another critical factor influencing sexual functioning is obsessive–compulsive disorder (OCD), characterized by persistent intrusive thoughts and repetitive behaviors. Obsessive–compulsive symptoms may exacerbate dysfunctional cognitive and emotional processes, thereby amplifying their adverse effects on sexual functioning. The theoretical framework of the present study posits that thought–action fusion and anxiety sensitivity influence women’s sexual functioning both directly and indirectly through obsessive–compulsive symptoms. Accordingly, this study aimed to investigate the associations of thought–action fusion and anxiety sensitivity with women’s sexual functioning, with particular emphasis on the mediating role of obsessive–compulsive symptomatology.

Method

This study is fundamental in nature and employed a descriptive–correlational method using a cross-sectional design. The statistical population consisted of married female students at the University of Tabriz during the academic year 2024–2025. Given the conceptual model involving both direct and indirect paths, structural equation modeling (SEM) was used for data analysis. A multistage random sampling method was employed. Considering the limited and known size of the population, the Krejcie and Morgan (1970) sample size determination table was used. For a population of approximately 20,000, a sample size of 378 participants at a 95% confidence level was deemed appropriate. To ensure sufficient variability for multivariate analyses, several faculties and classes were randomly selected, and all married female students in the selected classes formed the final sample. Measurement tools included: Rosen’s Female Sexual Function Index (FSFI), Rachman and Shafran’s Thought-Action Fusion Scale, Reiss’s Anxiety Sensitivity Index (ASI), Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Data analysis involved descriptive statistics, Pearson correlation, SEM, and bootstrapping to assess mediating effects. Analyses were performed using SPSS 26 and AMOS 24.

Results

The assumption of normality was met, as skewness and kurtosis values for all variables fell within the acceptable range (–3 to +3). Correlation matrix analysis justified the use of SEM, and all assumptions—including interval measurement, absence of multicollinearity (verified through VIF and Tolerance indices), and error independence (confirmed via the Durbin-Watson test)—were satisfied. The findings showed: a significant negative correlation between sexual function and OCD symptoms, a significant negative correlation between sexual function and anxiety sensitivity, a

significant negative correlation between sexual function and TAF, Significant positive correlations between OCD symptoms and both AS and TAF. Multicollinearity diagnostics confirmed VIF values were below the critical threshold of 2, and Tolerance values exceeded 0.5. The Durbin-Watson statistic ranged between 1.5 and 2.5, indicating no autocorrelation among residuals. Goodness-of-fit indices suggested the proposed theoretical model was a good fit for the data, as all relative, absolute, and parsimonious fit indices were within acceptable ranges. direct effect analysis revealed: a significant negative direct effect of anxiety sensitivity on sexual function, a significant direct effect of TAF on sexual function. Bootstrapping analysis demonstrated significant indirect effects: Anxiety sensitivity $\rightarrow$ OCD symptoms $\rightarrow$ sexual function ($\beta = -0.15$, $p < 0.05$), TAF $\rightarrow$ OCD symptoms $\rightarrow$ sexual function ($\beta = -0.10$, $p < 0.05$). These findings suggest that OCD symptoms significantly mediate the relationship between TAF, AS, and women's sexual functioning.

Conclusion

This study found that higher levels of anxiety sensitivity and thought-action fusion negatively affect sexual function and contribute to sexual dissatisfaction in women. Additionally, OCD symptoms interfere with normal sexual functioning. Women with high levels of AS and TAF are more susceptible to OCD symptoms, which, in turn, may indirectly lower the quality of their sexual experiences. Obsessive thoughts—particularly those involving contamination, guilt, or disease—can be activated in sexual contexts, amplifying cognitive-emotional dysfunctions such as

TAF and AS, and heightening anxiety. This cycle can lead to sexual avoidance or dissatisfaction. Therefore, psychological treatment programs addressing female sexual dysfunction should not only focus on physical symptoms but also consider cognitive and emotional factors, such as maladaptive beliefs and underlying anxiety. The results of this study may inform the development of cognitive-behavioral therapy (CBT) interventions to improve women's sexual functioning.

Ethical Considerations

Ethics Code: This study was conducted with the approval of the Research Deputy of the University of Tabriz and in accordance with the ethical guidelines for human research.

Financial support: This study did not receive any financial support.

Authors' Contributions: A.B.: Conceptualization, project administration, supervision, methodology, manuscript editing; A.M.: Software, validation, statistical analysis, data collection, data management, manuscript writing, editing and revision.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest related to this study.

Acknowledgments: The authors would like to sincerely thank all participants for their valuable cooperation in this study.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

رابطه همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری نشانگان اختلال وسواسی-اجباری

عباس بخشی‌پور رودسری^۱، آیتا مظفری^۲^۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: bakhshipour@tabrizu.ac.ir^۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. ایمیل: mozafarianitaa@gmail.com

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

زمینه: هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری نشانگان اختلال وسواسی-اجباری بود.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۱

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۶/۰۹

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۱۱

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۴/۰۱

روش: طرح حاضر، با توجه به هدف از نوع بنیادی و از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی و از نظر زمان، مقطعی بود. در راستای این هدف، ۳۷۸ نفر از دانشجویان زن متأهل دانشگاه تبریز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه‌های عملکرد جنسی زنان روزن، وسواس فکری-عملی ییل‌راون، ادغام فکر و عمل راجمن و شافران و حساسیت اضطرابی ریس، نسبت به جمع‌آوری داده‌ها اقدام شد. برای تحلیل روابط ساختاری از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحت نرم‌افزار AMOS²⁴ استفاده شد.

کلیدواژه‌ها:

حساسیت اضطرابی،

همجوشی فکر و عمل،

اختلال وسواسی اجباری،

اختلال عملکرد جنسی

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری برازش مطلوب دارد و نشانگان اختلال وسواسی اجباری رابطه میان همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی با عملکرد جنسی زنان را میانجی‌گری می‌کند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد بین حساسیت اضطرابی و عملکرد جنسی زنان، نشانگان اختلال وسواسی اجباری و عملکرد جنسی زنان رابطه منفی و معنی‌دار و بین همجوشی فکر و عمل و عملکرد جنسی زنان، همجوشی فکر و عمل و نشانگان اختلال وسواسی اجباری، و حساسیت اضطرابی و نشانگان اختلال وسواسی اجباری رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: مبتنی بر نتایج به دست آمده، می‌توان بیان داشت که کاهش سطوح حساسیت اضطرابی، همجوشی فکر و عمل و نشانگان اختلال وسواسی اجباری می‌تواند موجب بهبود عملکرد جنسی زنان شود. همچنین با توجه به نقش میانجی‌گری نشانگان اختلال وسواسی اجباری می‌توان عنوان کرد که نشانگان این اختلال اثرات منفی همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی را بر عملکرد جنسی زنان، تشدید می‌کند و موجب بروز یا تشدید اختلالات عملکرد جنسی در زنان می‌شود.

استناد: بخشی‌پور رودسری، عباس؛ و مظفری، آیتا (۱۴۰۵). رابطه همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری نشانگان اختلال وسواسی-اجباری. مجله روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل، ۱۸ (۲)، ۵۵-۷۲.

DOI: <https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37361.3160>

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: آیتا مظفری، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

رایانامه: mozafarianitaa@gmail.com؛ تلفن: ۰۹۳۳۹۷۷۶۱۲۹

مقدمه

در زندگی اکثر مردم، رفتارهای جنسی نقش اساسی دارند. اهمیت رفتار جنسی و نقش مهمی که در بسیاری از روابط ایفا می‌کند نشان می‌دهد که رفتار و عملکرد جنسی می‌تواند در بهداشت روانی، رفاه و کیفیت زندگی تأثیرگذار باشد؛ در طول سال‌های اخیر، افزایش طول عمر، افزایش ساعات فراغت و تفریح، تغییر در ساعات کار، نحوه فرزندپروری و پوشش رسانه‌های عمومی باعث شده است که علاقه به فعالیت‌های جنسی افزایش یابد و به فعالیت جنسی و رضایت جنسی اهمیت بیشتری داده شود (۱).

فعالیت جنسی نرمال چهار مرحله دارد که در همه یا هر یک از این مراحل، اختلال در عملکرد جنسی می‌تواند روی دهد: (۱) برانگیختگی ابتدایی، (۲) برانگیختگی کامل، (۳) ارگاسم، (۴) بعد از ارگاسم. به طور کلی اختلال عملکرد جنسی^۱ (SD)، اختلال در فرآیندهایی است که جزء مراحل عادی آمیزش جنسی به حساب می‌آیند، یا دردی است که به هنگام آمیزش جنسی روی می‌دهد. هر یک از این اختلالات، در مراحل چهارگانه فعالیت جنسی روی می‌دهند که شامل اختلال میل جنسی هیپواکتیو در مردان، اختلال برانگیختگی جنسی در زنان، اختلال نعوظ، اختلال ارگاسم زنانه، انزال دیر هنگام، انزال زودهنگام و اختلال درد دخول تناسلی-خاصره‌ای می‌باشد (۲). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که عملکرد جنسی پدیده‌ای پیچیده است که تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله زمینه اجتماعی-فرهنگی، روابط بین فردی و ارتباطات، درمان دارویی، عوامل شناختی و بیماری‌های روانی زمینه‌ای، قرار می‌گیرد. همه این عوامل با یکدیگر مرتبط هستند و با تأثیرگذاری و تعامل با یکدیگر کار می‌کنند (۳، ۴). اختلال عملکرد جنسی زنان به عنوان یک وضعیت ناشی از اثرات ترکیبی عوامل بیولوژیکی، روانی و بین فردی است که با اختلالات جنسی مختلف ظاهر می‌شود، زیاد مورد توجه قرار نگرفته است. اختلالات جنسی تعادل روانی بیماران را به شدت مختل می‌کند و باعث ایجاد اختلاف در روابط بین فردی می‌شود. این اختلالات جنسی ممکن است اختلالات جنسی اولیه باشد یا در اثر انواع بیماری‌های دیگر رخ دهد (۵). اختلالات جنسی، روابط صمیمی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و همچنین سلامت روان را مختل می‌کند. طبق گزارشات، حدود

یک سوم مردان و زنان با عملکرد جنسی پایین، گزارش می‌دهند که از روابط خود ناراضی هستند. با توجه به اینکه مطالعات ارتباط دوسویه قوی بین عملکرد جنسی پایین و پریشانی روانی یافته‌اند، لازم است که در این زمینه تحقیقات بیشتری صورت گیرد و دانش مربوط به این حوزه افزایش یابد (۶). شیوع اختلال عملکرد جنسی زنان در بین زنان فعال جنسی بین ۳۰ تا ۵۰ درصد است. یک مطالعه شیوع اختلال جنسی زنان ۱۸ تا ۴۰ سال در مکزیک را ۱۸/۳ نشان داد (۷)، (۸). گزارش شده است که اختلال ارگاسم در استرالیا، ایالات متحده، کانادا و سوئد بین ۱۶ تا ۲۵ درصد شیوع دارد و شیوع آن در ایران ۳۷ درصد است (۹). در اروپای شمالی، شیوع اختلال ارگاسم بین ۱۸ تا ۳۴ سال ۱۰ تا ۱۲ درصد بود. بر اساس مطالعه‌ای که بر روی بزرگسالان ۴۰ تا ۸۰ ساله در ۲۹ کشور انجام شد، اختلالات ارگاسمی در بین زنان کشورهای آسیایی شایع‌تر است (۷).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد اختلالات و علائم روان‌پزشکی ممکن است به طور مستقیم و غیرمستقیم عامل ایجاد کننده اختلال عملکرد جنسی باشند (۱۰). داده‌های روانشناختی حاکی از این یافته است که یکی از عوامل تأثیرگذار بر اختلال عملکرد جنسی حساسیت اضطرابی^۲ است (۱۱). حساسیت اضطرابی به عنوان ترس از حس‌های مرتبط با اضطراب شناخته می‌شود و از سه عامل اضطراب جسمانی (ترس از احساسات بدنی)، اضطراب شناختی (ترس از عدم کنترل) و اضطراب اجتماعی (ترس از نشانه‌های قابل مشاهده عمومی) تشکیل شده است (۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با میزان بالای حساسیت اضطرابی، نسبت به نشانه‌های بدنی خود گوش‌به‌زنگ هستند و بیش از اندازه به آن‌ها توجه می‌کنند. در واقع آن‌ها نگرانند که در اثر تجربه احساسات مربوط به اضطراب، کنترل ذهنی خود را از دست بدهند (۱۳)، (۱۴). پژوهش‌ها حاکی از آن است که سطح حساسیت اضطرابی با اختلال عملکرد جنسی مرتبط است و میزان بالای آن، بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، به این صورت که فرد با حساسیت اضطرابی بالا، علائم بدنی که در حین عملکرد جنسی طبیعی ایجاد می‌شود، مانند افزایش ضربان قلب و تنفس و تعریق را با سوگیری و به صورت منفی تفسیر می‌کند و با تجربه این علائم دچار ترس و اضطراب می‌شود و نگران

از دست دادن کنترل خود می‌شود. این ترس و اضطراب، در روند عملکرد جنسی فرد اختلال ایجاد می‌کند و باعث اجتناب از فعالیت جنسی می‌شود (۱۱، ۱۳).

از سویی مطالعات نشان می‌دهند عامل دیگری که می‌تواند بر اختلال عملکرد جنسی تأثیر داشته باشد، همجوشی فکر و عمل^۱ است (۴). اصطلاح همجوشی فکر و عمل به معنای اعتقاد شخص به اینکه افکار مزاحم خاص او می‌توانند بر رویدادهای بیرونی اثرگذار باشند، و یا اینکه شخص فکر می‌کند چنین افکاری از لحاظ اخلاقی معادل انجام آن اعمال منع شده است، تعریف می‌شود. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که سازه همجوشی فکر و عمل دارای دو بعد اصلی است، همجوشی فکر و عمل احتمال و همجوشی فکر و عمل اخلاقی. در بعد اول، فرد بر این باور است که اگر فکری داشته باشد، این فکر احتمال وقوع آن رخداد را افزایش می‌دهد. در بعد دوم، فرد معتقد است که اگر فکری در مورد انجام یک عمل داشته باشد، این فکر به نوعی معادل با انجام آن عمل است و اگر آن فکر منفی باشد، از نظر اخلاقی فرد دچار احساس گناه و اضطراب می‌شود. افراد با همجوشی فکر و عمل بالا تمایل دارند افکار مثبت و منفی خود را به عنوان رفتار و واقعیت تلقی کنند. این افراد باور دارند فکر کردن به چیزی، احتمال وقوع آن را بالا می‌برد. بر خلاف عموم مردم که افکار مزاحم گاه‌به‌گاه خود را بی‌اهمیت می‌دانند، افرادی که از همجوشی فکر و عمل رنج می‌برند بر این باورند که چنین افکاری پیامدهای اخلاقی و عملی قابل توجهی دارند و به نظر می‌رسد بیش‌ازحد بر خطرناک بودن افکار خود و نیاز به کنترل آن‌ها تأکید می‌کنند. این تحریف شناختی که به عنوان آمیختگی فکر و عمل شناخته می‌شود، شکل خاصی از تفکر جادویی است که به تمایل به تلقی افکار و رفتار، به عنوان اعمال یکسان اشاره دارد و بیانگر این باور است که صرفاً فکر کردن به انجام کاری بد (مثلاً کشتن کسی) به همان اندازه غیراخلاقی است که انجام آن عمل در واقعیت می‌باشد و یا فکر کردن به واقعه‌ای، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد (۴). همجوشی فکر و عمل می‌تواند در عملکرد جنسی تأثیرگذار باشد. افراد با همجوشی فکر و عمل بالا، اگر افکار و فانتزی‌های جنسی مثبت داشته باشند، ممکن است عملکرد جنسی بهتری داشته باشند چرا که همجوشی فکر و عمل به

این افراد کمک می‌کند تا این فانتزی‌ها و افکار مثبت را به عنوان بخشی از تجربه جنسی خود بپذیرند و از آن بهره ببرند. این امر می‌تواند به افزایش اعتماد به نفس، کاهش اضطراب و افزایش تحریک جنسی منجر شود (۱۵، ۱۶). اما اگر این افراد دارای افکار منفی و ناخواسته باشند عملکرد جنسی آن‌ها دچار اختلال می‌شود به این صورت که انواع مختلفی از افکار مزاحم و آزاردهنده با محتوای جنسی یا بیماری مانند داشتن رابطه جنسی با اعضای خانواده، کودکان یا حیوانات، افکار در مورد گرایش جنسی فرد، ابتلا به بیماری مقاربتی، افکار درباره وفاداری همسر، یا انجام رفتارهای پرخطرناک جنسی در عموم مردم وجود دارد زیرا این افکار مزاحم و ناخواسته، از افکار طبیعی سرچشمه می‌گیرند اما عموم مردم آن را بی‌اهمیت می‌دانند و از آن‌ها عبور می‌کنند درحالی که افراد دارای همجوشی فکر و عمل، این افکار را خطرناک می‌دانند و از نظر اخلاقی، این افکار را با تظاهرات رفتاری آن معادل می‌دانند و یا نگرانند که این افکار به شکلی جادویی محقق شوند. این فرآیند باعث می‌شود فرد احساس گناه و اضطراب بالایی را تجربه کند و فکرش از عملکرد جنسی منحرف شود و در نتیجه، در روند طبیعی فعالیت و عملکرد جنسی او اختلال ایجاد شود (۴، ۱۷).

از سویی دیگر، مطالعات نشان می‌دهند یکی دیگر از عواملی که بر اختلال عملکرد جنسی اثرگذار است، اختلال وسواسی-اجباری^۲ (OCD) می‌باشد (۳، ۴، ۱۸). توضیح اینکه اختلال وسواسی-اجباری، اختلال ناتوان‌کننده‌ای است که قسمت قابل توجهی از جمعیت بزرگسال را تحت تأثیر قرار می‌دهد و چهارمین بیماری شایع روانی در آمریکا است که میانگین شیوع آن در طول عمر، ۲ تا ۳ درصد است (۳). مشخصه اصلی این اختلال، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین‌مند (اعمال وسواسی) می‌باشد که این قبیل رفتارها به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی کردن افکار وسواسی صورت می‌گیرد. این بیماری، بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). طبق بررسی‌های انجام شده، در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، گزارش مشکلات عملکرد جنسی، رایج می‌باشد. همچنین بسیاری از محققین نشان داده‌اند که اختلال وسواسی-اجباری از طریق افکار وسواسی و آزاردهنده، تفکر

می‌توانند نقش مهمی در بروز اختلالات جنسی ایفا کنند؛ یکی از این باورها، پدیده همجوشی فکر و عمل است که می‌تواند منجر به احساس گناه، شرم و اجتناب از فعالیت‌های جنسی شود (۴). از سوی دیگر حساسیت اضطرابی بالا در افراد باعث می‌شود تجربه‌های بدنی تحریک جنسی را نیز با تهدید تفسیر کنند و دچار اضطراب عملکرد شوند که این امر می‌تواند با افزایش سطح اضطراب عملکرد جنسی را مختل سازد (۱۱). اختلال وسواسی-اجباری، که با افکار مزاحم و اعمال اجباری مشخص می‌شود، می‌تواند نقش میانجی در رابطه بین همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی با عملکرد جنسی ایفا کند؛ بر اساس مدل‌های میانجی‌گرایی شناختی، نشانه‌های وسواس می‌توانند مکانیزم‌های شناختی و هیجانی موجود را تقویت کنند و با تشدید اثرات منفی این مکانیزم‌های ناکارآمد منجر به اختلال عملکرد جنسی شوند برای مثال افکار وسواسی مرتبط با آلودگی، گناه یا بیماری ممکن است در زمینه رابطه جنسی فعال شده و منجر به تشدید سطوح و اثرات همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی گردد و اجتناب یا ناراضی جنسی را موجب شود (۳، ۴، ۱۸). در مجموع مدل نظری پژوهش حاضر بر این فرض استوار است که همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی به صورت مستقیم و غیر مستقیم (از طریق نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری) بر عملکرد جنسی زنان تأثیر می‌گذارند.

با توجه به تأثیرات بسیاری که اختلال عملکرد جنسی بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد می‌گذارد، آگاهی از عوامل زیربنایی، شناختی، هیجانی و میانجی متعددی که در آسیب شناسی این اختلال دخیل هستند، می‌تواند نقش مهمی در درمان، پیشگیری و کاهش هزینه‌های روانشناختی و پزشکی این اختلال داشته باشد با این حال در زمینه شناخت دقیق متغیرهای تأثیرگذار در شروع و شدت اختلال عملکرد جنسی تحقیقات اندکی صورت گرفته است (۴). پیشینه پژوهش‌ها رابطه بین عملکرد جنسی زنان با حساسیت اضطرابی و همجوشی فکر و عمل، و رابطه بین عملکرد جنسی زنان با نشانگان اختلال وسواسی-جبری، و رابطه بین اختلال وسواسی جبری با حساسیت اضطرابی و همجوشی فکر و عمل را تأیید می‌کند، در راستای آنچه عنوان شد می‌توان فرض نمود که نشانگان اختلال وسواسی جبری، رابطه بین حساسیت اضطرابی و همجوشی فکر و عمل با عملکرد جنسی زنان را

جادویی، تفسیر و سوگیری‌های منفی و رفتارهای وسواسی و اجتنابی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری باعث افزایش اضطراب و رفتارهای اجتنابی در این افراد می‌شود که این اضطراب و اجتناب مانع از عملکرد جنسی مناسب در آن‌ها می‌شود (۱، ۱۸، ۱۹).

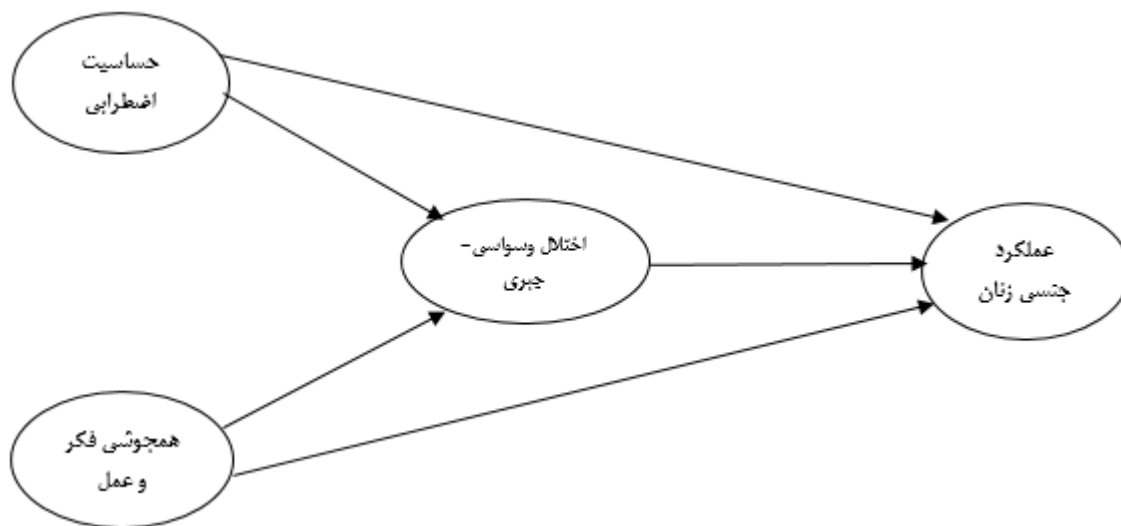
از طرفی مطالعات متعددی نشان داده‌اند که حساسیت اضطرابی با نشانگان اختلال وسواسی-اجباری رابطه دارد. افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، معمولاً در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا، واکنش‌های شدیدتری نشان می‌دهند. این حساسیت می‌تواند به افکار منفی و نگرانی‌های مداوم منجر شود و زمینه را برای بروز وسواس‌ها و رفتارهای اجباری آماده کند. افرادی که دارای حساسیت اضطرابی هستند، ممکن است در مواجهه با استرس به افکار وسواسی و رفتارهای اجباری روی آورند تا احساس اضطراب خود را کاهش دهند (۲۰). بک و کلارک (۲۱) بیان می‌کنند افراد مبتلا به حساسیت اضطرابی ممکن است تفکرات منفی و غیرمنطقی درباره خطرات داشته باشند که این الگوهای فکری منفی می‌تواند به افزایش احساس خطر و اضطراب منجر شود و در نتیجه موجب بروز وسواس‌ها شود.

از طرفی دیگر، مطالعات نشان می‌دهند همجوشی فکر و عمل نیز در ایجاد و تشدید نشانگان اختلال وسواسی-اجباری تأثیر دارد. افراد با همجوشی فکر و عمل بالا، اگر افکار مزاحم و اذیت کننده داشته باشند، به شدت دچار اضطراب می‌شوند چرا که این افکار را یا معادل با رفتار می‌بینند و یا فکر می‌کنند این افکار احتمال وقوع فکرشان را در واقعیت افزایش می‌دهد. این اضطراب بالا باعث می‌شود افکار منفی و وسواسی وی بیشتر شود و برای کاهش اضطراب و نگرانی به رفتارهای وسواسی بپردازد (۲۲، ۲۳). راجمن (۲۴) بیان می‌کند افراد دارای همجوشی فکر و عمل بالا، به دلیل داشتن الگوهای فکری غیر منطقی، در صورت مواجهه با افکار وسواسی به شدت مضطرب می‌شوند که این اضطراب افکار وسواسی آن‌ها را تشدید می‌کند. ممکن است این افراد افکار وسواسی خود را به عنوان نشانه‌ای از خطر و تهدید درک کنند و برای کنترل این احساس به رفتارهای وسواسی و اجتنابی بپردازند.

عملکرد جنسی از ابعاد مهم سلامت روانی و جسمانی زنان است که تحت تأثیر عوامل مختلف قرار دارد؛ بر اساس مدل‌های شناختی-رفتاری، باورهای نادرست و ناکارآمد

عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری نشانگان اختلال وسواسی جبری را بررسی کند. بنابراین سؤال این است که آیا نشانگان اختلال وسواسی جبری، رابطه بین حساسیت اضطرابی و همجوشی فکر و عمل با عملکرد جنسی زنان را میانجی‌گری می‌کند؟

میانجی‌گری می‌کند. اما تحقیقی که این فرض را مورد بررسی قرار دهد و مطالعه یکپارچه که روابط ساختاری این عوامل را با اختلال عملکرد جنسی مشخص کند تاکنون انجام نشده است. بر همین اساس پژوهش حاضر شکل گرفته است که رابطه بین حساسیت اضطرابی و همجوشی فکر و عمل با



شکل ۱) مدل مفهومی رابطه همجوشی فکر و عمل و حساسیت اضطرابی با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری نشانگان اختلال وسواسی-اجباری

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، با توجه به هدف از نوع بنیادی و از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی و از نظر زمان، مقطعی است.

آزمودنی‌ها: جامعه مورد مطالعه دانشجویان زن متأهل دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بودند. با توجه به مدل مفهومی تحقیق که شامل مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم است از مدل‌یابی معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. به همین منظور، نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای از بین زنان متأهل دانشگاه تبریز انجام شد، در این پژوهش با توجه به جامعه آماری مشخص و محدود بودن حجم کل جامعه، از جدول تعیین حجم نمونه کرجسی و مورگان (۱۹۷۰)، استفاده شد. بر این اساس برای جامعه‌ای با حجم حدوداً ۲۰۰۰۰ نفر، حجم نمونه مناسب ۳۷۸ نفر در سطح اطمینان ۹۵٪ برآورد شد. این روش انتخاب شد تا اطمینان حاصل شود که نمونه دارای تنوع لازم برای تحلیل‌های چند متغیره می‌باشد. جهت تعیین نمونه، چند

دانشکده، به صورت تصادفی و سپس از هر دانشکده، به صورت تصادفی چند کلاس انتخاب گردید و تمامی دانشجویان زن متأهل حاضر در آن‌ها، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند که برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، نمره‌گذاری شدند. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات، کشیدگی، کجی، فراوانی و درصد فراوانی) از آزمون همبستگی پیرسون و همچنین روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش بوت‌استرپ جهت بررسی اثر میانجی‌ها استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از دو نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS²⁶ و AMOS²⁴ صورت گرفت.

ابزار

۱. مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون^۱ (YBOCS): این مقیاس توسط گودمن و همکارانش در سال ۱۹۸۹ برای سنجش میزان افکار وسواسی و رفتارهای وسواسی-اجباری ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۰ ماده است که ۵ سؤال

1. Yale-Brown obsessive compulsive scale

است چرا که نمرات این ابزار با تشخیص بالینی وسواس بر اساس DSM و همچنین شدت اختلال توسط متخصص همبستگی $0/93 - 0/95$ داشته است ($p < 0/001$). جهت تأیید روایی همگرا این ابزار، در مطالعه (۲۸) همبستگی مثبت ($0/93$) و معناداری ($p < 0/001$) با مقیاس وسواس فکری عملی مادلزلی و همبستگی مثبت ($0/52$) و معنادار ($p < 0/05$) با پرسشنامه وسواس و اجبار (OCI) گزارش کرده‌اند. همچنین روایی واگرا این ابزار نیز تأیید شده است چرا که همبستگی این مقیاس با مقیاس‌های غیرمرتبط مانند عزت نفس ($0/14$) و مقیاس هوش ($0/18$) پایین گزارش شده است (۲۷).

۲. مقیاس ادغام فکر و عمل^۱ (TAF): این مقیاس توسط راجمن و شافران در سال ۱۹۹۸ برای سنجش میزان آمیختگی فکر و عمل ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۹ ماده است که سه زیرمقیاس را در بر می‌گیرد: ادغام فکر و عمل اخلاقی که شامل گویه‌های ۱ تا ۱۲، ادغام فکر و عمل با احتمال آسیب به خود شامل گویه‌های ۱۳ تا ۱۷ و ادغام فکر و عمل با احتمال آسیب به دیگران شامل گویه‌های ۱۸ و ۱۹ می‌باشد. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از (شدیداً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم، شدیداً موافقم) در نظر گرفته می‌شود. نمره کل از طریق جمع نمرات تمام گویه‌ها به دست می‌آید و نمرات بالاتر شدت بیشتر این باور شناختی ناکارآمد را نشان می‌دهد. در پژوهشی ضراب پایایی حاصل از باز آزمایی برای کل مقیاس $0/75$ برآورد شد و همچنین روایی این مقیاس نیز توسط مطالعه بخشی‌پور و کاظمی (۲۸) تأیید شد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/85$ گزارش شد که همسانی درونی مناسبی را نشان می‌دهد. برای بررسی روایی محتوایی در مرحله ساخت، گویه‌ها توسط متخصصان بررسی و تأیید شدند و شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) و شاخص روایی محتوا (CVR) برای اکثر گویه‌ها بین $0/70$ تا $0/85$ و CVI کل حدود $0/88$ بوده است ($p < 0/001$) (۳۰). جهت بررسی روایی سازه این ابزار تحلیل عاملی نشان داده است که پرسشنامه شامل سه بعد ادغام فکر و عمل اخلاقی، آسیب به خود و آسیب به دیگران است که 62% واریانس کل را تبیین کردند ($p < 0/001$) (۳۱). روایی ملاکی ابزار نیز تأیید شده است چرا که نمره کل پرسشنامه با

آن جهت ارزیابی افکار وسواسی و ۵ سؤال دیگر برای ارزیابی وسواس عملی در نظر گرفته شده است. دو خرده مقیاس در این پرسشنامه عبارت اند از: الف) افکار وسواسی که شامل وسواس پرخاشگرانه، آلودگی، جنسی، احتکار، مذهبی، تقارن و نظم، جسمی و متفرقه است. ب) رفتارهای وسواسی-اجباری که شامل شست و شو و نظافت، واریسی، آداب تکرار، رفتارهای وسواسی مربوط به شمارش، نظم و ترتیب، احتکار و رفتارهای متفرقه است. این مقیاس شامل ۱۰ گویه اصلی است که به دو زیرمقیاس تقسیم می‌شود. پنج گویه نخست مربوط به وسواس‌های فکری و پنج گویه دوم مربوط به اجبارها است. هرگویه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود به طوری که نمره ۰ نشان دهنده هیچ و نمره ۴ نشان دهنده بسیار شدید است. نمره کلی از طریق جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید و این نمره کلی بین ۰ تا ۴۰ متغیر است. نمره ۰ تا ۷ نشان دهنده حداقل علائم یا بدون اختلال، نمره ۸ تا ۱۵ خفیف، ۱۶ تا ۲۳ متوسط، ۲۴ تا ۳۱ شدید و ۳۲ تا ۴۰ بسیار شدید می‌باشد. در ایران راجزی اصفهانی و همکاران (۲۵) ثبات درونی معناداری نسخه فارسی این مقیاس را به ترتیب در دو بخش نشانه و شدت به ترتیب $0/97$ و $0/95$ نشان دادند و اعتبار دونیم‌سازی برای دو مقیاس فوق به ترتیب $0/93$ و $0/89$ و اعتبار بازآزمایی $0/99$ به دست آمد همچنین بررسی روایی همزمان این مقیاس همبستگی مثبت و معناداری را در سطح $0/001$ نشان داد. تحلیل عاملی تأییدی ساختار دو عاملی را تأیید کرده است. نتایج مطالعه راجزی اصفهانی و همکاران (۲۵) نشان می‌دهد آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر است با $0/89$ بنابراین این مقیاس از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. برای بررسی روایی محتوایی در مرحله ساخت، گویه‌ها توسط متخصصان بررسی و تأیید شدند و شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) مطلوب گزارش شده است شاخص CVR برای اکثر گویه‌ها بالاتر از $0/80$ و CVI کل بالاتر از $0/90$ بوده است (۲۶). جهت بررسی روایی سازه، تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان داده است که این مقیاس دارای دو بعد وسواس‌های فکری و اجبارهای عملی است که 55% واریانس کل را تبیین کردند ($p < 0/001$) (۲۷). بر اساس نتایج مطالعه (۲۸) روایی ملاکی این ابزار تأیید شده

مقیاس توانایی پیش‌بینی بروز حملات پنیک و سطوح بالاتر اضطراب مرضی را با همبستگی ($p < 0/001$) ($0/45$) داشته‌اند بنابراین روایی ملاکی آن نیز تأیید می‌شود ($0/35$). همبستگی مثبت معنادار این ابزار با ابزار اضطراب بک ($0/59$) و ($p < 0/001$) و شاخص عدم تحمل بالاتر ($0/29$) و ($p < 0/05$) نشان می‌دهد روایی همگرا آن تأیید شده است ($0/37$). همچنین همبستگی پایین این ابزار با متغیرهای شخصیتی غیر مرتبط نظیر برون‌گرایی ($-0/28$) نشان می‌دهد ابزار دارای روایی واگرا می‌باشد ($0/38$).

۴. مقیاس عملکرد جنسی روزن (Rosen): فرم زنانه این پرسشنامه توسط روزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی شده است و توسط محمدی و همکارانش ($0/39$) اعتباریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ آن $0/85$ گزارش شده است که نشان دهنده همسانی درونی مناسب این ابزار است. همچنین، ضریب اعتبار کلی آزمون با دو روش تنصیف و بازآزمایی به ترتیب $0/78$ و $0/75$ ، برای خرده آزمون‌ها با روش تنصیف بین $0/63$ تا $0/75$ و با روش بازآزمایی بین $0/70$ تا $0/81$ گزارش شد. این پرسشنامه ۱۹ سؤال دارد و شامل شش حوزه است: میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی. نمره هر زیرمقیاس از حاصل ضرب مجموع نمرات خام آن در یک ضریب استاندارد به دست می‌آید و نمره کل از مجموع نمرات استاندارد شده ۶ خرده مقیاس محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده عملکرد بهتر است. جهت بررسی روایی محتوایی، در ساخت اولیه، گویه‌ها توسط متخصصان تأیید شده‌اند ($0/40$). همچنین در نسخه فارسی آن نیز شاخص‌های CVR همه گویه‌ها بالاتر از $0/80$ و CVI بالاتر از $0/90$ گزارش گردیده است ($p < 0/001$) ($0/39$). جهت تأیید روایی سازه نیز تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی ساختار شش بعدی این ابزار را نشان داده است که 60% واریانس کل را تبیین می‌کند ($p < 0/001$) ($0/41$). نمره پایین در این مقیاس با تشخیص اختلال عملکرد جنسی توسط متخصص زنان همبستگی بالایی ($0/86$) داشته است بنابراین روایی ملاکی آن نیز تأیید می‌شود ($p < 0/001$) ($0/40$). همبستگی مثبت معنادار این ابزار با مقیاس رضایت زناشویی و کیفیت زندگی جنسی ($0/70$) ($p < 0/001$) نشان می‌دهد روایی همگرا آن تأیید می‌شود ($0/39$). همچنین همبستگی پایین ($0/12$) این ابزار

شدت علائم وسواس و اضطراب در بیماران بالینی همبستگی مثبت ($0/80$) نشان داده است ($p < 0/001$) ($0/30$). از آنجا که این ابزار با پرسشنامه وسواس اجباری همبستگی مثبت ($0/35$) معنادار ($p < 0/05$) و با مقیاس اضطراب همبستگی مثبت ($0/30$) و معنادار ($p < 0/05$) دارد روایی همگرا آن تأیید می‌شود ($0/31$). همبستگی پایین با متغیرهایی چون خوشبینی ($0/23$) و سبک‌های شناختی غیرمرتبط ($0/03$) نشان می‌دهد ابزار دارای روایی واگرا می‌باشد ($0/32$).

۳. مقیاس حساسیت اضطرابی^۱ (ASI): این مقیاس توسط ریس و همکاران در سال ۱۹۸۶ به منظور بررسی حساسیت اضطرابی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ سؤال است که نحوه نمره‌گذاری آن با مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۰ تا ۴) انجام می‌شود که نمره کل بر اساس جمع نمرات تمام گویه‌ها محاسبه می‌شود و در بازه ۰ تا ۶۴ قرار می‌گردد. هرچه نمره فرد در این مقیاس بالاتر باشد حساسیت بیشتری نسبت به تجربه و پیامدهای اضطرابی دارد. ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. اعتبار این روش با روش بازآزمایی بعد از دو هفته $0/75$ و به مدت سه سال $0/71$ بوده است که نشان می‌دهد این مقیاس یک سازه شخصیتی پایدار است ($0/33$). در ایران مرادی‌منش و همکاران ($0/34$) این شاخص را هنجاریابی کردند و نتایج پژوهش نشان داد که همسانی درونی مناسب است و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/93$ و پایایی آزمون-بازآزمون بعد از چهار هفته $0/95$ گزارش شده است. روایی همزمان از طریق اجرای فهرست بازبینی شده تجدیدنظر شده ۹۰ نشانگانی انجام شد که ضریب همبستگی $0/56$ حاصل آن بود. همچنین در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ $0/91$ به دست آمد. جهت بررسی روایی محتوایی، در ساخت اولیه، گویه‌ها توسط متخصصان تأیید شده‌اند ($0/35$). همچنین در نسخه فارسی آن نیز شاخص‌های CVR در دامنه $0/76$ تا $0/89$ و CVI $0/92$ گزارش شد ($p < 0/001$) ($0/36$). جهت تأیید روایی سازه نیز تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی ساختار سه بعدی جسمانی، اجتماعی و شناختی را نشان داده است ($RMSEA: 0/09$ و $NFI: 0/94$ و $CFI: 0/94$ و $p < 0/001$) ($0/37$). نمرات این

1. anxiety sensitivity index

با پرسشنامه‌های افسردگی عمومی نشان می‌دهد ابزار فوق، دارای روایی و اگر می‌باشد (۴۱).

روند اجرای پژوهش:

جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر، دانشجویان زن متاهل دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بودند. با توجه به مدل مفهومی تحقیق که شامل مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم است از مدل یابی معادلات ساختاری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. به همین منظور، نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای از بین زنان متاهل دانشگاه تبریز انجام شد، با توجه به جامعه آماری مشخص و محدود بودن حجم کل جامعه، از جدول تعیین حجم نمونه کرجسی و مورگان (۱۹۷۰)، استفاده شد. بر این اساس برای جامعه‌ای با حجم حدوداً ۲۰۰۰۰ نفر، حجم نمونه مناسب ۳۷۸ نفر در سطح اطمینان ۹۵٪ برآورد شد. جهت تعیین نمونه، چند دانشکده، به صورت تصادفی و سپس از هر دانشکده، به صورت تصادفی چند کلاس انتخاب گردید و تمامی دانشجویان زن متاهل حاضر در آن‌ها، به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند که برای

جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، نمره‌گذاری شدند. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات، کشیدگی، کجی، فراوانی و درصد فراوانی) از آزمون همبستگی پیرسون و همچنین روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و روش بوت‌استرپ جهت بررسی اثر میانجی‌ها استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از دو نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS²⁶ و AMOS²⁴ صورت گرفت.

یافته‌ها

نمونه اولیه پژوهش شامل اطلاعات مربوط به ۳۷۸ نفر بود که پس از حذف داده‌های پرت، داده‌های مربوط به ۳۱۰ نفر به عنوان نمونه نهایی در نظر گرفته شد. تمامی شرکت‌کنندگان زنان متأهل دانشجوی بودند و دامنه سنی آن‌ها از ۲۰ تا ۳۲ سال بود. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مدل شامل میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
عملکرد جنسی (کل)	۳۰	۱۳	۰/۳۵	-۰/۹۷
میل	۶/۰	۴/۰		
تحریک روانی	۵/۵	۳/۸		
ارگاسم	۵/۰	۴/۲		
رضایتمندی	۶/۵	۳/۵		
درد جنسی	۷/۰	۳/۰		
رطوبت	۵/۰	۳/۵		
حساسیت اضطرابی (کل)	۳۹	۱۵	۰/۸۶	-۰/۱۳
ترس از نگرانی بدنی	۲۰	۸		
ترس از عدم کنترل	۱۰	۵		
ترس مشاهده اضطراب	۹	۴		
همجوشی فکروعمل (کل)	۵۷	۱۷	۰/۱۷	-۰/۴۹
اخلاقی	۳۶	۱۱		
احتمال آسیب به خود	۱۴	۶		
احتمال آسیب به دیگری	۷	۳		
اختلال وسواسی-اجباری (کل)	۲۹	۷	۰/۴۷	-۰/۰۴
افکار وسواسی	۱۴	۴		
وسواس عملی	۱۵	۴		

معادلات ساختاری استفاده شد که در این راستا پیش‌فرض‌های این روش نظیر فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرها، عدم هم‌خطی روابط بین متغیرها (با استفاده از دو شاخص عامل تورم واریانس^۱ (VIF) و تحمل^۲ (Tolerance) و استقلال منابع خطا (با استفاده از آزمون دوربین-واتسون^۳) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آن‌ها در جدول ۲ قابل مشاهده است.

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر محقق شده است چرا که مقادیر چولگی و کشیدگی تمامی متغیرها از دو بازه ۳- و ۳+ عبور نکرده است.

جدول ۲ به بررسی روابط دوسویه بین متغیرهای مکنون پژوهش پرداخته است. همچنین با توجه به نتایج ماتریس همبستگی و به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از روش

جدول ۲) ماتریس همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه و پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین و استقلال منابع خطا

متغیر	۱	۲	۳	۴	تورم واریانس	تحمل	دوربین واتسون
عملکرد جنسی	۱				-	-	۱/۸۳
اختلال وسواسی-اجباری	-۰/۲۹***	۱			۱/۹۲	۰/۵۱	-
حساسیت اضطرابی	-۰/۲۸***	۰/۷۰***	۱		۱/۷۸	۰/۵۷	-
همجوشی فکر و عمل	-۰/۱۳**	۰/۵۴***	۰/۵۱***	۱	۱/۵۰	۰/۶۶	-

* $p < ۰/۰۵$ ** $p < ۰/۰۱$ *** $p < ۰/۰۰۱$

پس از بررسی پیش‌فرض‌ها، در راستای تحلیل داده‌های مربوط به سؤال اصلی پژوهش مبنی بر اینکه آیا مدل اندازه‌گیری شده با مدل نظری برازش دارد یا خیر از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری به شرح مدل ۱ استفاده شد. جهت بررسی روایی سازه مدل اندازه‌گیری شده از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد که شاخص‌های برازش آن نشان می‌دهد بین متغیرهای پنهان، روابط مطلوب وجود دارد و نشانگرهای انتخاب شده برای هریک از متغیرهای پنهان از بار عاملی مطلوب برخوردارند چراکه شاخص‌های برازش، جملگی در حد مطلوب‌اند ($\chi^2/df = ۲/۵۲$ ، $CFI = ۰/۹۷$ ، $NFI = ۰/۹۵$ ، $RFI = ۰/۹۴$ ، $TLI = ۰/۹۶$ ، $RMSEA = ۰/۰۷$ ، $IFI = ۰/۹۷$ ، $GFI = ۰/۹۳$ ، $AGFI = ۰/۹۰$ ، $RMR = ۰/۰۸$) بنابراین روایی سازه مدل اندازه‌گیری شده تأیید می‌شود. همچنین پایایی سازه مدل اندازه‌گیری شده نیز مورد تأیید قرار گرفته است چرا که مقادیر CR همه متغیرها از حد معیار ۰/۷۰ بالاتر است. به علاوه روایی همگرایی مدل اندازه‌گیری شده نیز تأیید شده است چرا که مقادیر AVE همه متغیرها از مقادیر CR همه متغیرها کوچکتر است و با توجه به اینکه ضرایب استاندارد یا

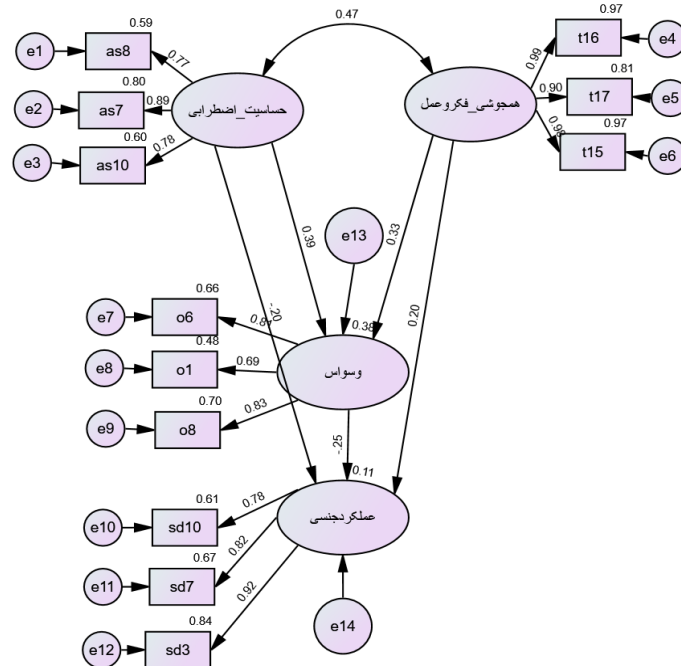
مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد رابطه عملکرد جنسی با اختلال وسواسی-اجباری ($r = -۰/۲۰۲$ ، $p < ۰/۰۰۱$) منفی و معنی‌دار، رابطه عملکرد جنسی با حساسیت اضطرابی ($r = -۰/۲۰۴$ ، $p < ۰/۰۰۱$) منفی و معنی‌دار، رابطه عملکرد جنسی با همجوشی فکر و عمل ($r = -۰/۱۰۰$ ، $p < ۰/۰۵$) منفی و معنی‌دار، رابطه اختلال وسواسی-اجباری با حساسیت اضطرابی ($r = ۰/۶۴۳$ ، $p < ۰/۰۰۱$) مثبت و معنی‌دار و رابطه اختلال وسواسی-اجباری با همجوشی فکر و عمل ($r = ۰/۴۸۳$ ، $p < ۰/۰۰۱$) مثبت و معنی‌دار است. همچنین مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین و متغیرهای میانجی نیز محقق شده است، چرا که مقادیر VIF در متغیرها از حد بحرانی ۲ کمتر و مقادیر Tolerance متغیرها از حد بحرانی ۰/۵ بیشتر است. همچنین پیش‌فرض استقلال منابع خطا در متغیرهای مورد مطالعه نیز محقق شده است؛ چرا که مقدار آزمون دوربین-واتسون محاسبه شده (۱/۸۳) بین دو حد بحرانی ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد.

3. durbin-watson

1. variance inflation factor (VIF)
2. tolerance

به تعبیری بارهای عاملی نشانگرها جملگی از ۰/۵۰ بالا است و مقادیر AVE متغیرهای این مدل از ۰/۵۰ بالاتر است لذا روایی همگرا تأیید شده است. از سویی با توجه به شاخص‌های MSV و ASV مقایسه مقادیر این دو شاخص با مقادیر جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل را نشان می‌دهد:

می‌توان استنباط نمود که روایی افتراقی نیز محقق شده است به دلیل آنکه در کلیه متغیرها مقادیر MSV و ASV از مقادیر AVE کمتر است.



مدل (۱) مدل آزمون شده پژوهش حاضر

جدول (۳) شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌ها	X ² /df	CFI	NFI	IFI	RMSEA	TLI	RFI	GFI	AGFI	RMR
مقدار به دست آمده	۲/۶	۰/۹۷	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۰۷	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۸۹	۰/۰۹
حد قابل پذیرش	< ۳	> ۰/۸۵	> ۰/۸۵	> ۰/۸۵	< ۰/۰۸	> ۰/۸۵	> ۰/۸۵	> ۰/۹۰	> ۰/۸۰	مقدار کوچک

در جدول ۴ نتایج مربوط به بررسی ضرایب مسیر اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

با توجه به مندرجات جدول ۳، با مطلوب بودن شاخص‌های برازش، می‌توان استنباط نمود که مدل نظری با مدل اندازه‌گیری شده برازش مطلوب دارد. چرا که کلیه شاخص‌های برازش نسبی، مطلق و مقتصد در حد مطلوب‌اند.

جدول (۴) برآورد ضرایب اثرات مستقیم متغیرها

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	خطای برآورد	T	سطح معنی‌داری
حساسیت اضطرابی	عملکرد جنسی	-۰/۲۰	-۰/۲۰	۰/۰۸	-۲/۵	۰/۰۱
همجوشی فکروعمل	عملکرد جنسی	۰/۱۶	۰/۲۰	۰/۰۵	۲/۷	۰/۰۰۶
حساسیت اضطرابی	وسواس اجباری	۰/۳۵	۰/۳۹	۰/۰۶	۵/۵	< ۰/۰۰۰۱
همجوشی فکروعمل	وسواس اجباری	۰/۲۴	۰/۳۳	۰/۰۴	۵/۲	< ۰/۰۰۰۱
وسواس اجباری	عملکرد جنسی	-۰/۲۷	-۰/۲۵	۰/۰۹	-۲/۸	۰/۰۰۴

P < ۰/۰۵

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد:

- ۱) اثر حساسیت اضطرابی بر عملکرد جنسی با ضریب رگرسیونی ($-0/20$) در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است بنابراین بین حساسیت اضطرابی و عملکرد جنسی رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد.
- ۲) اثر همجوشی فکر و عمل بر عملکرد جنسی با ضریب رگرسیونی ($0/20$) در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است بنابراین بین همجوشی فکر و عمل و عملکرد جنسی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.
- ۳) اثر حساسیت اضطرابی بر اختلال وسواسی اجباری با ضریب رگرسیونی ($0/39$) در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است بنابراین بین حساسیت اضطرابی و اختلال وسواسی اجباری رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.

- ۴) اثر همجوشی فکر و عمل بر اختلال وسواسی اجباری با ضریب رگرسیونی ($0/33$) در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است بنابراین بین همجوشی فکر و عمل و اختلال وسواسی اجباری رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد.
 - ۵) اثر اختلال وسواسی اجباری بر عملکرد جنسی با ضریب رگرسیونی ($-0/27$) در سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است بنابراین بین اختلال وسواسی اجباری و عملکرد جنسی رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد.
- در ادامه برای بررسی رابطه حساسیت اضطرابی و همجوشی فکر و عمل با عملکرد جنسی با نقش واسطه‌ای اختلال وسواسی-اجباری، از روش بوت استرپ به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵) برآورد ضرایب اثرات غیر مستقیم با استفاده از روش بوت استرپ

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	حدود بوت‌استرپ		اندازه اثر	خطای برآورد	سطح معنی‌داری
			حد پایین	حد بالا			
حساسیت اضطرابی	وسواسی اجباری	عملکرد جنسی	$-0/25$	$-0/06$	$-0/15$	$0/04$	$0/001$
همجوشی فکر و عمل	وسواسی اجباری	عملکرد جنسی	$-0/16$	$-0/04$	$-0/10$	$0/03$	$0/001$

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد اثر غیرمستقیم حساسیت اضطرابی بر عملکرد جنسی زنان به واسطه نشانگان اختلال وسواسی اجباری ($-0/15$) و اثر غیرمستقیم همجوشی فکر و عمل بر عملکرد جنسی زنان به واسطه نشانگان اختلال وسواسی اجباری ($-0/10$) در سطح $P < 0/05$ از نظر آماری معنی‌دار هستند.

بحث

پژوهش حاضر با عنوان بررسی رابطه حساسیت اضطرابی و همجوشی فکر و عمل با عملکرد جنسی زنان با میانجی‌گری نشانگان اختلال وسواسی اجباری انجام پذیرفت. نخستین یافته پژوهش نشان داد بین حساسیت اضطرابی و عملکرد جنسی زنان رابطه منفی وجود دارد. این یافته با یافته‌های بوری و همکاران (۱۱) و خاکپور و همکاران (۱۳) همسو است. در تبیین این یافته خاکپور و همکاران (۱۳) بیان می‌کنند که حساسیت اضطرابی بالا بر عملکرد جنسی تأثیر منفی می‌گذارد به این صورت که افراد با میزان بالای حساسیت اضطرابی علائم بدنی که در حین عملکرد جنسی طبیعی ایجاد می‌شود، مانند افزایش ضربان قلب و تنفس و تعریق را با سوگیری و

به صورت منفی تفسیر می‌کند. تجربه این علائم آن‌ها را دچار ترس و اضطراب می‌کند و نگران از دست دادن کنترل خود می‌شوند. این ترس و اضطراب، در روند عملکرد جنسی فرد اختلال ایجاد می‌کند و باعث اجتناب از فعالیت جنسی می‌شود. یافته دوم پژوهش نشان داد بین همجوشی فکر و عمل و عملکرد جنسی زنان رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با یافته‌های کولوال و همکاران (۴) ناهمسو و با یافته‌های جویال و همکاران (۱۵) و مورای (۱۶) همسو است. در تبیین این یافته جویال و همکاران (۱۵) و مورای (۱۶) بیان می‌کنند که افراد با همجوشی فکر-عمل بالا تمایل دارند افکار مثبت و منفی خود را به عنوان رفتار و واقعیت تلقی کنند. این افراد باور دارند فکر کردن به چیزی، احتمال وقوع آن را بالا می‌برد. افراد با همجوشی فکر و عمل بالا، اگر افکار و فانتزی‌های جنسی مثبت داشته باشند، ممکن است عملکرد جنسی بهتری داشته باشند چرا که همجوشی فکر و عمل به این افراد کمک می‌کند تا این فانتزی‌ها و افکار مثبت را به عنوان بخشی از تجربه جنسی خود بپذیرند و از آن بهره ببرند. این امر می‌تواند به

این یافته با یافته‌های آکسوی و همکاران (۱۸)، کولوال و همکاران (۴) و تاگورتا و همکاران (۳) همسو است. در تبیین این یافته آکسوی و همکاران (۱۸) بیان می‌کنند افراد با اختلال وسواسی اجباری دارای افکار وسواسی و آزاردهنده هستند. با توجه به اینکه این افراد الگوی فکری غیرمنطقی دارند، این افکار مزاحم را به صورت منفی و با سوگیری تفسیر می‌کنند که موجب افزایش اضطراب در آن‌ها می‌شود. سپس این افراد برای کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی، به رفتارهای وسواسی و یا اجتناب می‌پردازند. اضطراب ناشی از افکار وسواسی و رفتارهای وسواسی و اجتناب، در عملکرد جنسی این افراد اختلال ایجاد می‌کند و مانع از فعالیت جنسی طبیعی می‌شود.

یافته ششم این پژوهش نشان داد نشانگان اختلال وسواسی اجباری رابطه بین حساسیت اضطرابی و عملکرد جنسی زنان را به طور معناداری میانجی‌گری می‌کند. از آنجا که تاکنون تحقیقات انجام شده نقش میانجی نشانگان اختلال وسواسی اجباری در رابطه حساسیت اضطرابی و عملکرد جنسی زنان را مورد بررسی قرار نداده‌اند، لذا در این خصوص، یافته همسو یا ناهمسو وجود نداشت. با این حال در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که میزان بالای حساسیت اضطرابی باعث می‌شود این افراد از حس‌های مرتبط با اضطراب بترسند و نسبت به نشانه‌های بدنی خود گوش‌به‌زنگ باشند و بیش‌از اندازه به این نشانه‌ها توجه کنند. از آنجا که نشانه‌های بدنی حین فعالیت جنسی، مانند افزایش ضربان قلب، تنفس و تعریق، بسیار مشابه به نشانه‌های بدنی اضطراب هستند، این افراد دچار ترس و اضطراب می‌شوند. این ترس و اضطراب موجب می‌شود این افراد دچار افکار وسواسی شوند و بر اضطرابشان افزوده شود و برای کاهش این اضطراب به رفتارهای وسواسی و یا اجتناب از موقعیت بپردازند و در نتیجه‌ی این افکار و رفتارهای وسواسی، دچار اختلال در عملکرد جنسی شوند (۱۱، ۱۳، ۱۸، ۲۰). مطابق با مدل شناختی-رفتاری اختلالات اضطرابی، افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، احساسات جسمانی اضطراب برانگیز را خطرناک یا آسیب‌زا تفسیر می‌کنند این تفسیر فاجعه‌انگازانه آن‌ها را مستعد ابتلا به اختلال وسواسی-اجباری می‌کند؛ افرادی که دارای حساسیت اضطرابی بالا هستند در مواجهه با تحریکات جنسی نیز ممکن است دچار افکار منفی یا نگرانی از کنترل نداشتن شوند که در

افزایش اعتماد به نفس، کاهش اضطراب و افزایش تحریک جنسی منجر شود.

یافته سوم پژوهش نشان داد بین حساسیت اضطرابی و نشانگان اختلال وسواسی اجباری رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با یافته‌های بک و کلارک (۲۱) و سالکووسکیس (۲۰) همسو است. در تبیین این یافته سالکووسکیس (۲۰) بیان می‌کند افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، معمولاً در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا، واکنش‌های شدیدتری نشان می‌دهند. این حساسیت می‌تواند به افکار منفی و نگرانی‌های مداوم منجر شود و زمینه را برای بروز وسواس‌ها و رفتارهای اجباری آماده کند. افرادی که دارای حساسیت اضطرابی هستند، ممکن است در مواجهه با استرس به افکار وسواسی و رفتارهای اجباری روی آورند تا احساس اضطراب خود را کاهش دهند. همچنین بک و کلارک (۲۱) عنوان می‌کنند افراد مبتلا به حساسیت اضطرابی ممکن است تفکرات منفی و غیرمنطقی درباره خطرات داشته باشند که این الگوهای فکری منفی می‌تواند به افزایش احساس خطر و اضطراب منجر شود و در نتیجه موجب بروز وسواس‌ها شود.

یافته چهارم این پژوهش نشان داد بین همجوشی فکر و عمل و نشانگان اختلال وسواسی اجباری رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با یافته‌های شافران و همکاران (۲۲) و راجمن (۲۴) همسو است. در تبیین این یافته شافران و همکاران (۲۲) بیان می‌کنند افراد با همجوشی فکر و عمل بالا، اگر افکار مزاحم و اذیت‌کننده داشته باشند، به شدت دچار اضطراب می‌شوند چرا که این افکار را یا معادل با رفتار می‌بینند و یا فکر می‌کنند این افکار احتمال وقوع فکرشان را در واقعیت افزایش می‌دهد. این اضطراب بالا باعث می‌شود افکار منفی و وسواسی وی بیشتر شود و برای کاهش اضطراب و نگرانی به رفتارهای وسواسی بپردازد. همچنین راجمن (۲۴) بیان می‌کند افراد دارای همجوشی فکر و عمل بالا، به دلیل داشتن الگوهای فکری غیرمنطقی، در صورت مواجهه با افکار وسواسی به شدت مضطرب می‌شوند که این اضطراب افکار وسواسی آن‌ها را تشدید می‌کند. ممکن است این افراد افکار وسواسی خود را به عنوان نشانه‌ای از خطر و تهدید درک کنند و برای کنترل این احساس به رفتارهای وسواسی و اجتنابی بپردازند.

یافته پنجم این پژوهش نشان داد بین نشانگان اختلال وسواسی اجباری و عملکرد جنسی زنان رابطه منفی وجود دارد.

قالب افکار وسواسی بروز می‌کند و این افکار وسواسی می‌توانند منجر به اجتناب از رابطه جنسی، کاهش میل یا ناتوانی در لذت جنسی شود در نتیجه اختلال وسواسی-اجباری به عنوان یک سازوکار میانجی عمل کرده و اثر منفی حساسیت اضطرابی بر عملکرد جنسی را تقویت می‌کند (۴۲).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد نشانگان اختلال وسواسی اجباری رابطه بین همجوشی فکر و عمل و عملکرد جنسی زنان را به طور معناداری میانجی‌گری می‌کند. از آنجا که تا کنون تحقیقات انجام شده نقش میانجی نشانگان اختلال وسواسی اجباری در رابطه همجوشی فکر و عمل و عملکرد جنسی زنان را مورد بررسی قرار نداده‌اند، لذا در این خصوص، یافته همسو یا ناهمسو وجود نداشت. با این حال در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که افراد با همجوشی فکر و عمل بالا، تمایل دارند افکار خود را به عنوان رفتار و واقعیت تلقی کنند. این افراد باور دارند فکر کردن به چیزی، احتمال وقوع آن را بالا می‌برد و یا افکارشان از نظر اخلاقی، برابر با انجام آن عمل می‌باشد. افکار مزاحم و ناخواسته غیراخلاقی با محتوای جنسی، مانند داشتن رابطه با افراد دیگر، بیماری‌های مقاربتی و خیانت همسر در اکثر افراد وجود دارد اما افراد با سطوح بالای همجوشی فکر و عمل، این افکار را با تظاهرات رفتاری آن معادل می‌دانند و یا نگرانند این افکار به شکلی جادویی محقق شود. این الگوی فکری غیرمنطقی، باعث احساس گناه و اضطراب زیادی می‌شود. اضطراب ناشی از این افکار منفی، موجب بروز و یا تشدید افکار وسواسی می‌شود و بر اضطرابشان می‌افزاید. سپس این افراد برای کاهش اضطراب و کنترل افکار وسواسی خود، به رفتارهای وسواسی و اجتناب از موقعیت می‌پردازند و دچار اختلال در روند طبیعی عملکرد جنسی می‌شوند (۳، ۴، ۱۸).

با توجه به محدود بودن نمونه پژوهش حاضر به دانشجویان زن متأهل دانشگاه تبریز، پیشنهاد می‌گردد این مطالعه بر روی دانشجویان متأهل سایر دانشگاه‌ها، مردان و افراد متأهل غیردانشجو نیز انجام گردد. با توجه به نتایج این پژوهش، توصیه می‌گردد برای بهبود و تسریع درمان اختلال عملکرد جنسی در زنان با میزان بالای حساسیت اضطرابی و همجوشی فکر و عمل، متولیان مربوطه به ویژه مراکز خدمات درمانی تمرکز را بر کاهش نشانگان اختلال وسواسی اجباری این افراد

قرار دهند و با کاهش این نشانگان، از بروز و تشدید اختلال عملکرد جنسی در این زنان جلوگیری کنند.

سیاسگذاری: نویسندگان صمیمانه از همکاری ارزشمند تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی می‌کنند.

منابع

1. Pozza, A., Veale, D., Marazziti, D., Delgadillo, J., Albert, U., Grassi, G., ... & Dèttore, D. Sexual dysfunction and satisfaction in obsessive compulsive disorder: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 2020; 9, 1-13. [Doi.org/10.1186/s13643-019-1262-7](https://doi.org/10.1186/s13643-019-1262-7)
2. Quinn B. P. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Primary Care Version. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 1(2), 54-55. **PMCID: PMC181059**
3. Thakurta, R. G., Dhar, O. P. S. P., Sarkar, S., Ray, P., & Mallick, A. K. Prevalence and nature of sexual dysfunctions in OCD in a tertiary medical college. *East J Psychiatry*, 2016;17(2), 20-30. [Doi:10.5005/EJP-17-2-20](https://doi.org/10.5005/EJP-17-2-20)
4. Koolwal, A., Agarwal, S., Manohar, S., Koolwal, G. D., & Gupta, A. Obsessive-compulsive disorder and sexuality: A narrative review. *Journal of Psychosexual Health*, 2020; 2(1), 37-43. [Doi.org/10.1177/2631831819896171](https://doi.org/10.1177/2631831819896171)
5. Rustamovna, N. N., Abduzhabborovna, J. I., & Shuxratovna, S. M. Sexual Dysfunction in Women Suffering from Gynecological Diseases. *Texas Journal of Medical Science*, 2023;17, 63-66. [Doi.org/10.62480/tjms.2023.vol17.pp63-66](https://doi.org/10.62480/tjms.2023.vol17.pp63-66)
6. Lafortune, D., Girard, M., Dussault, É., Philibert, M., Hébert, M., Boislard, M. A., ... & Godbout, N. Who seeks sex therapy? Sexual dysfunction prevalence and correlates, and help-seeking among clinical and community samples. *PLoS One*, 2023;18(3), e0282618. [Doi.org/10.1371/journal.pone.0282618](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282618)
7. Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International journal of impotence research*, 2005;17(1), 39-57. [Doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250](https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901250)
8. Erdős, C., Kelemen, O., Pócs, D., Horváth, E., Dudás, N., Papp, A., & Paulik, E. Female sexual dysfunction in association with sexual history, sexual abuse and satisfaction: A cross-sectional study in Hungary. *Journal of Clinical Medicine*, 2023;12(3), 1112. [Doi.org/10.3390/jcm12031112](https://doi.org/10.3390/jcm12031112)
9. McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual

- Medicine 2015. The journal of sexual medicine, 13(2), 144-152.10. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
10. Herder, T., Spoelstra, S. K., Peters, A. W. M., & Knegtering, H. Sexual dysfunction related to psychiatric disorders: a systematic review. The Journal of Sexual Medicine, 2023,20(7), 965-976. [Doi.org/10.1093/jsxmed/qdad074](https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad074)
11. Burri, A., Spector, T., & Rahman, Q. The etiological relationship between anxiety sensitivity, sexual distress, and female sexual dysfunction is partly genetically moderated. The journal of sexual medicine, 2012;9(7), 1887-1896. [Doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02710.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02710.x)
12. Zangoulehchi, Z, yousefi Kalekhane, Z, Keshavarz, N. Anxiety Sensitivity Intolerance of Uncertainty And Obsessive Compulsive Symptoms. the 6th Congress of the Iranian Psychological Association·Tehran..2018. (persian). [Doi.org/10.7575/aiac.abcm.v.6n.4p.1](https://doi.org/10.7575/aiac.abcm.v.6n.4p.1)
13. Khakpour, S., Yousefi, F., & Saed, O. Anxiety Sensitivity and Obsessive-Compulsive Disorder: A Mini Review. Journal In Psychology, Psychiatry & Mental Health, 2018; 5(5), 69-80. [Doi.org/10.29252/shenakht.5.5.69](https://doi.org/10.29252/shenakht.5.5.69)
14. Noroozi Homayoon, M., Hatami Nejad, M., Sadri Damirchi, E., Sadeghi, M. Structural Relationships between Alexithymia and Perfectionism with the Mediating Role of Anxiety Sensitivity in Predicting Obsessive-Compulsive Disorder in Students. Journal of Clinical Psychology, 2024; 16(3): 47-65. [Doi:10.22075/jcp.2024.34232.2897](https://doi.org/10.22075/jcp.2024.34232.2897)
15. Joyal, C. C., Cossette, A., & Lapierre, V. What exactly is an unusual sexual fantasy?. The journal of sexual medicine, 2015; 12(2), 328-340. [Doi.org/10.1111/jsm.12734](https://doi.org/10.1111/jsm.12734)
16. Murray, L. A Compositional Explanation of Deviant Sexual Fantasy: A Pluralistic Modelling Approach (Doctoral dissertation, Open Access Te Herenga Waka-Victoria University of Wellington). 2024. [Doi.org/10.26686/wgtn.28022402](https://doi.org/10.26686/wgtn.28022402)
17. Gordon, W. M. Sexual obsessions and OCD. Sexual and Relationship Therapy, 2002; 17(4), 343-354. [Doi.org/10.1080/1468199021000017191](https://doi.org/10.1080/1468199021000017191)
18. Aksoy, U. M., Aksoy, Ş. G., Maner, F., Gokalp, P., & Yanik, M. Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. Psychiatria Danubina, 2012; 24(4.), 381-385. [PMID: 23132189](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23132189/)
19. Van Minnen, A., & Kampman, M. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. Sexual and Relationship Therapy, 2000; 15(1), 47-57. [Doi.org/10.1080/14681990050001556](https://doi.org/10.1080/14681990050001556)
20. Salkovskis, P. M. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour research and therapy, 1985; 23(5), 571-583. [Doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
21. Clark, D. A., & Beck, A. T. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. Trends in cognitive sciences, 2010; 14(9), 418-424. [Doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007](https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007)
22. Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. Behaviour research and therapy, 2002; 40(7), 773-791. [Doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
23. Gardepadok, A., mohammadi, N., Rahimi, C. Comparison of thought-action fusion and self-compassion in individuals with different patterns of obsessive-compulsive disorder and normal individuals. Journal of Clinical Psychology, 2023; 15(1): 1-11. [Doi:10.22075/jcp.2023.28536.2538](https://doi.org/10.22075/jcp.2023.28536.2538)
24. Rachman, S. The evolution of cognitive behaviour therapy. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), Science and practice of cognitive behaviour therapy, 1997; (pp. 3–26). Oxford University Press. [Doi:10.1891/0889-8391.11.2.141](https://doi.org/10.1891/0889-8391.11.2.141)
25. Rajezi Esfahani, S, Motaghipour, Y, Kamkari, K, Zahiredin, A, Janbozorgi, M. Reliability and Validity of The Persian version of The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Iranian Journal Of Psychiatry And Clinical Psychologi, 2012; 17(4(67)), 297-303. (persian). <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1453-en.html>
26. Mohammadi, A., Zamani, R., & Fata, L. Validation of the Persian version of the obsessive-compulsive inventory-revised in a student sample. Psychological research, 2008, 11(1-2), 66-78. <https://sid.ir/paper/66317/en>
27. Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: Interview versus self-report. Behaviour research and therapy, 1996, 34(8), 675-684. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00036-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00036-8)
28. Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. Archives of general psychiatry, 1989, 46(11), 1006-1011. [Doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007)
29. Bakhshipour, A., & Kazemi Rezayei, S. Comparison of Working Memory Capacity and Thought Control Strategies in Patients Obsessive - compulsive Disorder and Normal Subjects. Journal of Modern Psychological Researches, 2018;12(48), 37-58. [Dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1396.12.48.3.2](https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.27173852.1396.12.48.3.2)
30. Rachman, S., & Shafran, R. Cognitive distortions: Thought-action fusion. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 1999, 6(2), 80-85. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199905\)6:2%3C80::AID-CPP188%3E3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2%3C80::AID-CPP188%3E3.0.CO;2-C)
31. Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety disorders, 1996, 10(5),

- 379-391. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(96\)00018-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(96)00018-7)
32. Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P., & Schmidt, H. The thought-action fusion scale: Further evidence for its reliability and validity. *Behaviour Research and Therapy*, 2001, 39(5), 537-544. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00031-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00031-0)
33. Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, 1986; 24(1), 1-8. [Doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
34. Moradi Manesh, F; Mirjafari, A, Gudarzi, M. Examining the psychometric properties of the Revised Anxiety Sensitivity Index (ASIR). *Journal of Psychology*, 2015; 44(11), (persian). [Doi.org/10.22051/psy.2023.42341.2716](https://doi.org/10.22051/psy.2023.42341.2716)
35. Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, 1986, 24(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
36. Mousavi, S. H., Goodarzi, M. A., Heidari, R., Chalmeh, R., Mousavi, F. A study on the Reliability and Validity of the Anxiety Sensitivity Index for Adolescents. *Journal of Psychological Studies*, 2014; 10(1): 73-88. [Doi:10.22051/psy.2014.1766](https://doi.org/10.22051/psy.2014.1766)
37. Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... & Cardenas, S. J. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*, 2007, 19(2), 176. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.19.2.176>
38. Zvolensky, M. J., Goodie, J. L., McNeil, D. W., Sperry, J. A., & Sorrell, J. T. Anxiety sensitivity in the prediction of pain-related fear and anxiety in a heterogeneous chronic pain population. *Behaviour research and therapy*, 2001, 39(6), 683-696. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00049-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00049-8)
39. Mohammadi, Kh, Heydari, M, Faghihzadeh, S. The Female Sexual Function Index (FSFI). Validation Of The Iranian Version. *Payesh*, 2008; 7(3), 269-278. (persian). [Dor.isc.ac/dor/20.1001.1.16807626.1387.7.3.11.9](https://doi.org/10.22051/psy.2023.42341.2716)
40. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 2000, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
41. Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex & marital therapy*, 2005, 31(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
42. Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 2009; 374(9688), 491-499. [Doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60240-3)