

مقاله اصلی

نقش میانجی گر حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب در رابطه بین علائم دیسفوریای پیش از قاعدگی و کژکاری جنسی در زنان متأهل

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۵

خلاصه

مقدمه: کژکاری جنسی با بسیاری از آسیب های مهم و قابل توجه در حوزه های مختلف عملکرد زوجی مرتبط است. ازین رو هرگونه تلاش برای ارتقای سطح سلامت جسمانی و روانشناختی زنان، لازم و ارزشمند است. براین اساس، هدف از پژوهش حاضر، نقش میانجی گر حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب در رابطه بین دیسفوریای پیش از قاعدگی و کژکاری جنسی است.

روش کار: روش پژوهش از نوع توصیفی و از منظر هدف، بنیادی بود. حجم نمونه شامل ۳۷۳ نفر از زنان متأهل شهر تهران بود که به روش نمونه گیری دردسترس در سال ۱۴۰۲ انتخاب شدند. جهت گردآوری داده های پژوهش از پرسشنامه های عملکرد جنسی زنان روزن (۲۰۰۰)، غربالگری ملال قبل از قاعدگی اشتاینر و همکاران (۲۰۰۳)، ارزیابی کیفیت خواب بویس و همکاران (۱۹۸۹) و حساسیت اضطرابی تیپور و همکاران (۲۰۰۷) استفاده شد. در نهایت، داده ها با روش همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: طبق نتایج بدست آمده از تحلیل مسیر، مشاهده شد که اثر مستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی مثبت و معنادار بود ($\beta=0/157$; $p=0/004$). بعلاوه، اثر غیرمستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی هم از طریق کیفیت خواب و هم از طریق حساسیت اضطرابی نیز مثبت و معنادار بود (به ترتیب $\beta=0/027$ ، $p=0/030$ و $\beta=0/072$ ، $p=0/001$). بنابراین، متغیرهای کیفیت خواب و حساسیت اضطرابی نقش میانجی گری جزئی در رابطه بین دیسفوریای پیش از قاعدگی و کژکاری جنسی را ایفا نمودند.

نتیجه گیری: دستاورد پژوهش حاضر، از ۲ جنبه می تواند یاری رسان پژوهشگران و درمانگران حوزه سلامت روان باشد؛ ۱. جنبه نظری (بسط و غنی سازی مفاهیم نظری در حیطه زوج درمانی) ۲. جنبه عملیاتی (طراحی برنامه های آموزشی جهت پیشگیری، غربالگری و درمان).

کلمات کلیدی: دیسفوریای پیش از قاعدگی، کژکاری جنسی، حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب، زنان متأهل

نازنین فاتحی^۱

محسن کچویی^{۲*}

فاطمه جوهری فرد^۳

^۱دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

^۲دکترای تخصصی روانشناسی سلامت، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

^۳کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - خانواده درمانی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

Email: kachooei.m@usc.ac.ir

مقدمه

سلامت جنسی یکی از ارکان اصلی پایداری زندگی زناشویی است. از این رو، داشتن روابط جنسی خوب در بهبود کیفیت زندگی زوجی مؤثر است. یکی از مولفه‌های مرتبط با سلامت جنسی و روانی زنان که می‌تواند با جنبه‌های مختلف زندگی زناشویی آنها مرتبط باشد، عملکرد جنسی نرمال است (۱، ۲). در نتیجه، در صورت وجود انحراف در توالی معمول پاسخ جنسی (۱ میل جنسی؛ ۲ برانگیختگی؛ ۳ ارگاسم و ۴ فرونشینی) فرد در یکی از طبقات مرتبط با اختلالات عملکرد جنسی، قرار می‌گیرد که این امر ممکن است با بروز تغییرات پیچیده زیستی-روانی-اجتماعی، سبب تجربه حالات اضطرابی و مشکلات رابطه زوجی شود (۳).

براین اساس، یکی از متغیرهای روانشناختی مؤثری که به نظر می‌رسد سهم قابل توجهی در کژکاری جنسی زنان داشته باشد، دیسفوریای پیش از قاعدگی (PMDD) است (۲، ۴). این سندرم در رابطه با زنانی به کار می‌رود که در چند هفته قبل از شروع دوره قاعدگی خود در مرحله لوتئال، سمپتوم‌های روانشناختی رنج‌آور و قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌نمایند که سبب آسیب‌پذیری آنها نسبت به اپیزودهای خلقی و نیز مختل شدن عملکرد آنها می‌گردد. از سوی دیگر، به دلیل تأثیرات عمیقی که این اختلال بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد جنسی زنان دارد (۴، ۵)، در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) به عنوان یک اختلال جدید در زیرمجموعه‌ی اختلالات خلقی گنجانده شد تا به زنانی که از این نوع مشکل رنج می‌برند خدمات درمانی بیشتری ارائه گردد (۶).

تاکنون، سبب شناسی این اختلال، به طور دقیق شناخته نشده است. اما عوامل بیولوژیکی بالقوه شامل حساسیت سیستم عصبی مرکزی به هورمون‌های تولید مثل، عوامل ژنتیکی و عوامل روانی-اجتماعی مانند استرس در آن دخیل هستند و با علائم بارز نوسانات خلقی شدید، حساسیت به اضطراب، حساسیت به طرد شدن، عدم علاقه به فعالیت‌های معمول،

کاهش میل جنسی، مشکلات خواب مشخص می‌شود که در نهایت سبب دیسترس و دیسفانکشن برای فرد می‌شود (۷).

در همین راستا، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که دیسفوریای پیش از قاعدگی با عملکرد جنسی (۴) (۵)، رضایت جنسی (۷)، کیفیت زندگی (۸) ارتباط منفی دارد و با اضطراب، افسردگی (۹، ۱۰) رابطه مثبت دارد.

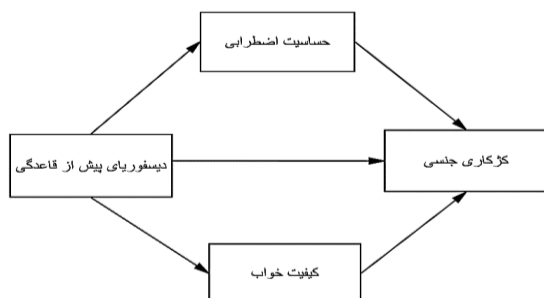
با این حال، هرچند که ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که بین دیسفوریای پیش از قاعدگی و کژکاری جنسی رابطه معنادار وجود دارد (۲، ۴) اما سازوکار اساسی این ارتباط همچنان ناشناخته باقی مانده است. لذا به نظر می‌رسد که عامل حساسیت اضطرابی بتواند مکانیسم مهمی در پی بردن به چگونگی تأثیر این رابطه به جهت پرداختن به درمان‌های روانشناختی مؤثر و نیز برقراری بهزیستی و سلامت روانشناختی زنان باشد. در نتیجه، لزوم شناسایی مکانیزم میانجی‌گر در این رابطه ضرورت می‌یابد.

بر این اساس، حساسیت اضطرابی به عنوان یک عامل خطر فراتشخیصی احتمالاً بتواند سازوکار بین دیسفوریای پیش از قاعدگی و کژکاری جنسی زنان را تبیین نماید (۱۱، ۱۲) زیرا حساسیت اضطرابی، یکی از عوامل سبب‌شناختی نگهدارنده و تداوم بخش در طیف وسیعی از مسائل سلامت روان از جمله اختلال عملکرد جنسی در نظر گرفته می‌شود که از طریق سوگیری در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب، زمینه ابتلای فرد به انواع اختلالات روانی را فراهم می‌سازد (۱۳). از سوی دیگر، ترس از علائم فیزیولوژیکی اضطراب و هیجان ناشی از برانگیختگی بدنی (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه)، ممکن است زمینه ساز نگرانی فرد از پیامدهای جسمانی-روانی-اجتماعی علائم بیماری خود گردد و در نتیجه، در راستای افزایش پاسخ‌های اضطرابی و ایجاد ترس از محرک‌های برانگیزاننده عمل نماید (۱۴). افزون بر این، بر طبق نتایج پژوهش Janine Olthuis (۱۱) و Sandra Byers

شدن محور HPA می‌تواند سبب تداخل در کیفیت خواب و به تبع آن مشکل در فعالیت جنسی گردد (۲۲). بدین ترتیب، عامل کیفیت خواب هم می‌تواند مکانیسم مهم دیگر برای تبیین این رابطه تلقی شود.

در نهایت، از آنجا که کژکاری جنسی زنان، یک پدیده چند وجهی محسوب می‌شود که بر طیف وسیعی از سلامت جسمانی، عاطفی و رفتاری زنان تأثیرگذار است (۵)؛ لذا، بررسی نقش عوامل روانشناختی در بروز یا تداوم آن حائز اهمیت است. حال، پرداختن به پیامدهای زیان بار ناشی از کژکاری جنسی، لزوم شناسایی عوامل مرتبط با آن را در ارتقای سلامت روانشناختی و جسمانی زنان به عنوان یک جز جدایی ناپذیر از بهزیستی کلی آنان برجسته می‌سازد. افزون بر این، علیرغم اهمیت بالینی کژکاری جنسی، تاکنون در ادبیات پژوهشی داخلی و خارجی به ارائه مدلی برای درک سازوکار اساسی متغیرهای پژوهش حاضر پرداخته نشده است. ازین رو، پژوهش حاضر از طریق بررسی تعاملات پیچیده‌ای که زمینه‌ساز این وضعیت است، در صدد فراهم آوردن چارچوبی مفید برای درک بهتر کژکاری جنسی زنان است که این امر به نوبه‌ی خود می‌تواند مبنایی برای مداخلات موثرتر و نیز غنای نظری پژوهش‌های آتی تلقی گردد. در نتیجه این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی‌گر حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب در رابطه بین دیسفوریای پیش از قاعدگی و کژکاری جنسی اجرا گردید.

شکل ۱ الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.



شکل ۱ - نقش میانجی‌گر حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب در رابطه بین علائم دیسفوریای پیش از قاعدگی و کژکاری جنسی

(۱۲) زنان با حساسیت اضطرابی بالاتر، ممکن است به دلیل ترس از برانگیختگی فیزیولوژیکی در زمینه جنسی، بهزیستی جنسی ضعیف‌تری را تجربه نمایند. بنابراین، حساسیت اضطرابی ممکن است به عنوان مکانیسم مهمی عمل نماید که از طریق آن زنان مبتلا به دیسفوریای قاعدگی با حساسیت اضطرابی بالا، نسبت به عملکرد جنسی آسیب پذیرتر شوند. در همین راستا، شواهد پژوهشی بیانگر آن است که حساسیت اضطرابی با بهزیستی و عملکرد جنسی ضعیف‌تر (۱۱، ۱۲)، تعارضات زوجی بیشتر (۱۵)، علائم افسردگی و اضطراب بالاتر (۱۶) و کیفیت زندگی جنسی پایین‌تر (۱۷) رابطه معنادار دارد.

از سوی دیگر، یکی دیگر از متغیرهایی که احتمالاً بتواند سازوکار بین دیسفوریای پیش از قاعدگی و کژکاری جنسی زنان را تبیین نماید، کیفیت خواب است (۱۸-۲۰). کیفیت خواب مطلوب، به عنوان یک نیاز اساسی انسان، با جنبه‌های متعددی از سلامت و رضایت از جمله عملکردهای جسمی، ذهنی، اجتماعی و کیفیت کلی زندگی مرتبط است و مشکلات ناشی از آن در نشانگان بالینی بسیاری از اختلالات روانشناختی از جمله عملکرد جنسی مشهود است (۲۱). به طوری که، مطابق شواهد پژوهشی، کیفیت خواب نامطلوب با سطح پایین‌تر عملکرد جنسی (۱۹، ۲۱)، شدت یافتن دیسفوریای پیش از قاعدگی (۲۲، ۲۳) و رضایت کمتر در حوزه زندگی زوجی مرتبط است (۲۴).

در همین راستا، یکی از فرضیاتی که می‌توان در زمینه‌ی تأثیر مشکلات خواب بر عملکرد جنسی و دیسفوریای پیش از قاعدگی به آن اشاره نمود، فعال شدن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) است که به دلیل نقش مهم این محور در کنترل واکنش به استرس و نیز تنظیم بسیاری از فرآیندهای حیاتی بدن از جمله تمایلات جنسی، به نظر می‌رسد که اختلال در کارکرد این محور در ترکیب با تغییرات ریتم شبانه روزی، احتمالاً منجر به تداخل در فعالیت جنسی گردد (۱۹، ۲۰). از سوی دیگر، از آنجا که دیسفوریای پیش از قاعدگی با استرس ادراک شده بالاتر همراه است لذا، فعال

روش کار

پژوهش حاضر از منظر روش، توصیفی-همبستگی است و از منظر هدف، در حیطه پژوهش‌های بنیادی محسوب می‌شود. جامعه هدف این پژوهش، کلیه زنان متأهل ساکن مناطق ۲۲ گانه شهر تهران بودند که در سال ۱۴۰۲ از افراد جامعه که واجد ملاک‌های ورود (دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، ساکن در شهر تهران و سطح تحصیلات حداقل دیپلم) بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

با توجه بر نظر Kline (۲۵)، که بیان می‌کند به ازای هر پارامتر در مدل حداقل ده تا بیست مورد به حجم نمونه اضافه شود، نمونه‌ای به تعداد ۳۷۳ نفر در نظر گرفته شد. همچنین پس از بررسی پرسشنامه‌ها، افراد نمونه که واجد ملاک‌های خروج از جمله؛ ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی جدی مستلزم مصرف داروهای روانپزشکی (با توجه به گزارش فرد در پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی) و نیز سوء مصرف مواد (با توجه به گزارش فرد در پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی) بودند، از فرایند نمونه‌گیری خارج شدند.

بدین منظور جهت اجرای پژوهش حاضر از پرسشنامه آنلاین Google form استفاده شد و در ابتدای آن، به ارائه مختصری از اهداف پژوهش حاضر و نیز اطمینان‌بخشی در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات به مشارکت‌کنندگان داده شد و در ادامه، لینک پرسشنامه در فضاهای مجازی (نظیر واتساپ، تلگرام، اینستاگرام، ایتا) منتشر گردید و سپس آن دسته از زنان متأهلی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، به منظور پاسخگویی به پرسشنامه پژوهش، داوطلبانه به مسئول اجرایی پژوهش اعلام آمادگی نمودند.

در نهایت، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، در بخش آمار توصیفی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶، به ارائه شاخص‌هایی همچون میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی پرداخته شد و در بخش آمار استنباطی با استفاده از نرم افزار Amos نسخه ۲۴، به منظور بررسی اثر میانجی، به تحلیل میانجی با استفاده از تحلیل مسیر پرداخته شد.

در پژوهش حاضر به منظور گردآوری داده‌ها، علاوه بر اطلاعات دموگرافیک از جمله (سن افراد، شاغل بودن یا نبودن افراد، سطح تحصیلات، مدت زمان ازدواج آنها) از چهار پرسشنامه روانشناختی نیز استفاده گردید که پرسش‌نامه‌های مورد استفاده به شرح ذیل بودند:

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه عملکرد جنسی زنان

(Female's sexual function index)

این شاخص، یک پرسشنامه خود گزارشی نوزده سوالی با شش بُعد (میل جنسی، رطوبت، برانگیختگی جنسی، رضایت جنسی، ارگاسم جنسی و درد جنسی) است که توسط Rosen و همکاران (۲۶) در سال ۲۰۰۰، به منظور ارزیابی عملکرد جنسی زنان ابداع شد. برای سؤال‌های میل جنسی امتیاز ۱-۵ و برای سؤال‌های سایر حوزه‌ها امتیاز ۰-۵ در نظر گرفته شده است؛ به طوری که نمره صفر بیانگر عدم فعالیت جنسی فرد در طول یک ماه گذشته است. بنابر یافته‌های پژوهش Mohammadi و همکاران (۲۷) نسخه فارسی شاخص عملکرد جنسی زنان، ابزاری روا و پایا با ویژگی‌های روان سنجی خوب است و می‌تواند برای ارزیابی و غربالگری مقدماتی عملکرد جنسی زنان مورد استفاده قرار گیرد. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱۲ به دست آمد.

۲- پرسشنامه غربالگری علائم قبل از قاعدگی

(premenstrual symptoms screening tool)

این پرسشنامه خود گزارشی با نوزده آیتیم و دو بخش (بخش اول، شامل چهارده سوال برای بررسی علائم خلقی، جسمی و رفتاری و بخش دوم، شامل پنج سوال برای تأثیر این علائم بر زندگی افراد)، توسط Steiner و همکاران (۲۸) در سال ۲۰۰۳ ابداع گردید. این پرسشنامه معیارهای طبقه بندی شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) را به یک مقیاس درجه بندی براساس شدت بیماری تبدیل می‌کند و یک ابزار ساده غربالگری، برای شناسایی زنانی

عوامل نگرانی های جسمی، شناختی و اجتماعی به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۴، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش دادند و به طور کلی، نتایج آنها حاکی از آن بود که نسخه ایرانی ASI-3 دارای ویژگی های روان سنجی قابل قبولی است و از روایی همگرا و واگرایی خوبی برخوردار است. در پژوهش Sandra Byers و همکاران (۱۲)، ضریب همسانی درونی برای نمره کل ASI-3 عدد ۰/۹۲ بدست آمد که حاکی از ضریب همسانی بالا بود. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸۷ به دست آمد.

۴- پرسشنامه کیفیت خواب

(Pittsburgh Sleep Quality Index):

این پرسشنامه خود گزارشی با هجده آیتم و ۷ بُعد (کیفیت خواب ذهنی، تأخیر خواب، مدت زمان خواب، بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب، و اختلالات عملکردی روزانه)، توسط Buysse و همکاران (۳۱) در سال ۱۹۸۹ در موسسه روانپزشکی پیتزبورگ، به منظور بررسی مشکلات مرتبط با خواب و کیفیت آن تدوین شد. حداقل و حداکثر نمره برای هر مولفه از صفر (نبودن مشکل) تا سه (مشکل بسیار جدی) است. در انتها، نمره های هر مولفه با هم جمع شده و به یک نمره کلی تبدیل می شود. نمره کلی ۶ یا بیشتر، به معنای نامناسب بودن کیفیت خواب است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش Farrahi Moghaddam و همکاران (۳۲) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ برای نسخه فارسی آن گزارش شد و نتایج شاخص روایی محتوای آیتم (۰/۷۸) و شاخص روایی محتوای مقیاس (۰/۹۰) گزارش شد. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵۵ به دست آمد.

نتایج

حجم نمونه نهایی پژوهش حاضر شامل ۳۷۳ زن متأهل بود که به طور متوسط ۳۴/۹۰ سال (انحراف استاندارد=۷/۶۳) سن داشتند.

است که از PMS/PMDD شدید رنج می برند. برای هر سؤال چهار معیار اصلا، خفیف، متوسط و شدید ذکر می گردد که از صفر تا سه نمره بندی می شود. جهت تشخیص PMDD سه شرط ذیل باید با هم وجود داشته باشد: ۱- از گزینه ۱ تا ۴ حداقل یک مورد شدید باشد؛ ۲- علاوه بر مورد قبلی از گزینه ۱ تا ۱۴ حداقل ۴ مورد متوسط یا شدید باشد و ۳- در بخش تأثیر علایم بر زندگی فرد (گزینه ۵ ی آخر) یک مورد شدید وجود داشته باشد.

نسخه فارسی آن در جمعیت ایرانی، توسط Siahbazi و همکاران (۲۹) استاندارد شد که آلفای کرونباخ در یافته آنها ۰/۹۰ بدست آمد و از شاخص روایی محتوا قابل قبولی برخوردار بود. در پژوهش حاضر، روایی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶۴ بدست آمد.

۳- پرسشنامه حساسیت اضطرابی

Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3)

این شاخص، یک پرسشنامه خود گزارشی با هجده آیتم است که از یک عامل کلی و سه مقیاس فرعی (نگرانی های فیزیکی، شناختی و اجتماعی) تشکیل شده است. این پرسشنامه توسط Taylor و همکاران (۱۳) در سال ۲۰۰۷، ابداع شد. هر مورد بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از ۰ (خیلی کم) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره گذاری می شود. مقیاس های فرعی از ۰ تا ۲۴ و نمره کل در محدوده ۰ تا ۷۲ است. هر مورد، منعکس کننده این باور است که احساسات مرتبط با اضطراب تا چه حد به طور ناخوشایندی درک می شوند و تا چه حد پیامدهای آسیب زا دارند. نمرات بالاتر حاکی از افزایش ترس از علائم اضطراب است. ارزیابی ویژگی های روان سنجی مقیاس ASI-3، توسط Taylor و همکاران ۲۰۰۷، همسانی درونی را در محدوده ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ برای خرده مقیاس ها و ۰/۹۳ برای نمره کل، ارزیابی نمودند و همچنین نشان دادند که از اعتبار همگرا و اعتبار واگرا قابل قبولی برخوردار است. در پژوهش فروغی و همکاران (۳۰)، که به بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه ایرانی شاخص حساسیت اضطرابی (ASI-3) پرداختند، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و برای

کارمند دولتی، ۱۷ نفر (۴/۶ درصد) دانشجو و ۱۱ نفر (۲/۹ درصد) مشغول به سایر مشاغل بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و ماتریس همبستگی بین آنها در جدول ۱ ارائه شده است.

از نظر تحصیلات ۲۴۰ نفر (۶۴/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم، ۲۴ نفر (۶/۴ درصد) کاردانی، ۸۶ نفر (۲۳/۱ درصد) کارشناسی و ۲۳ نفر (۶/۲ درصد) کارشناسی ارشد و دکترا بودند و از نظر شغل ۲۹۰ نفر (۷۷/۷ درصد) افراد نمونه خانه دار، ۳۴ نفر (۹/۱ درصد) دارای شغل آزاد، ۲۱ نفر (۵/۶ درصد)

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و ماتریس همبستگی بین آنها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	۱	۲	۳	۴
۱. کیفیت خواب	۱۴/۳۹	۶/۳۵	۱	۳۴				
۲. حساسیت اضطرابی	۲۳/۸۵	۱۴/۷۷	۰	۷۰	۰/۱۸۲**			
۳. دیسفوریای قاعدگی	۴۵/۴۸	۹/۴۸	۲۰	۷۰	۰/۴۴۱**	۰/۱۴۰**		
۴. کژکاری جنسی	۳۲/۰۲	۱۴/۲۳	۰	۶۵	۰/۲۶۹**	۰/۱۹۶**	۰/۲۱۰**	۱

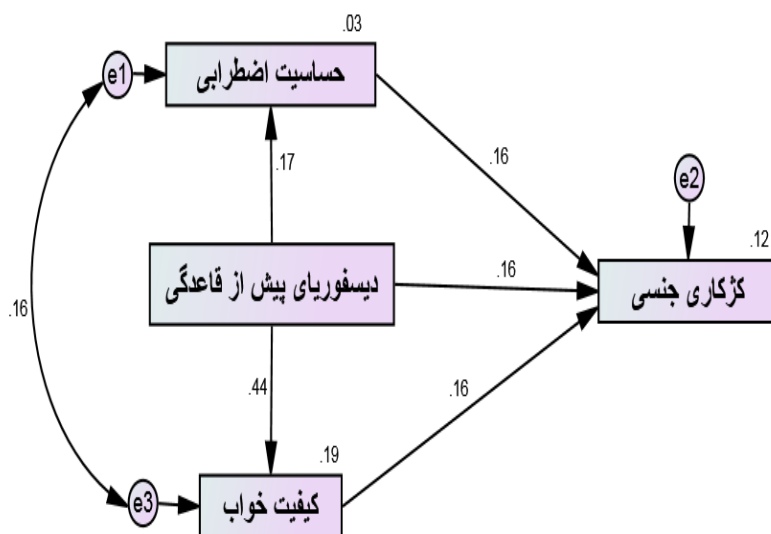
** $p < 0.001$

۰/۹۰۶ در ناحیه مناسب قرار گرفت که نشانگر وجود توزیع هنجار چندمتغیره بود ($p > 0.05$). سپس، جهت بررسی همخطی چندگانه، از آماره تحمل (Tolerance) و آماره تورم واریانس (VIF) استفاده شد. برای همه متغیرها آماره تورم کمتر از ۵ و آماره تحمل بیشتر از ۰/۲ بود؛ بنابراین مفروضه عدم همخطی چندگانه برقرار بود. همچنین برای آزمون استقلال خطاها از آماره دوربین واتسون استفاده گردید که با مقدار ۱/۷۷ (بین ۱/۵ تا ۲/۵) نشان از برقراری استقلال خطاها داشت. بر این اساس، با توجه به برقراری همه پیش فرض‌ها، به ارزیابی برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس معیارهای برازش مدل پرداخته شد که در ابتدا برخی از شاخص‌های برازش در ناحیه مطلوب قرار نداشتند، لذا اصلاح مدل انجام گردید و در جدول ۲ گزارش شد.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، همه ضرایب همبستگی معنادار بودند ($p < 0.001$). از آنجایی که در علوم رفتاری، ضرایب همبستگی ۰/۱، ۰/۳ و ۰/۵ به ترتیب نمایانگر ضریب همبستگی ضعیف، متوسط و قوی هستند (۳۳)، بنابراین این ضرایب در دامنه نسبتاً متوسط تا قوی گسترش داشتند. پیش از تحلیل داده‌ها و برازش مدل، ابتدا پیش فرض‌های تحلیل مسیر از جمله برخورداری متغیرها از توزیع هنجار تک‌متغیره و چندمتغیره، خطی بودن روابط و نبود داده‌های پرت تک-متغیره و چندمتغیره مورد بررسی قرار گرفت (۳۴). آماره‌های چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش همه بین -۲ و +۲ بودند، اما ضریب مardia (برای بررسی نرمال بودن چندمتغیری) پنج داده که بیشتر از ۱/۹۶ بود، از داده‌های پژوهش حذف گردید و در نهایت ضریب مardia با مقدار

جدول ۲. برازش الگوی اصلاح شده بر اساس شاخص‌های برازندگی

شاخص برازندگی	χ^2	df	$\frac{\chi^2}{df}$	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
حد مطلوب	-	-	< ۵	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	< ۰/۰۸
الگوی اصلاح شده	۴/۸۲	۱	۴/۸۲	۰/۹۴۸	۰/۹۰۵	۰/۹۴۶	۰/۹۴۲	۰/۱۴۲



شکل ۲. مدل نهایی پژوهش به همراه پارامترهای استاندارد

برخوردارند (۳۴). البته لازم به ذکر است که RMSEA همچنان در ناحیه مناسب قرار ندارد که این به دلیل درجه آزادی پایین می‌باشد و از منظر Kenny و همکاران، این مسئله تاثیر چندانی بر الگوی برازش ندارد و می‌توان از آن چشم پوشی کرد (۳۵) بنابراین، از آنجایی که مدل تعدیل شده دارای برازش بود، پارامترهای آن برآورد شدند و در جدول ۳ گزارش گردید:

شکل ۲، شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح شده را نشان می‌دهد که مطابق با شاخص‌های تعدیل (Modification indices) مدل، لازم بود تا عبارت‌های خطای دو متغیر میانجی با یک پیکان دوطرفه به یکدیگر متصل گردند؛ که این موضوع بیانگر این بود که دو متغیر میانجی، واریانس خطای مشترکی داشتند. پس از انجام این تعدیل، مدل پژوهش به یک مدل اشباع (Saturated model) تبدیل گردید که مدل‌های اشباع همیشه از برازش کامل با داده‌ها

جدول ۳. ضریب مسیر استاندارد مربوط به اثرهای مستقیم متغیرها در مدل نهایی

مسیر	ضریب استاندارد	خطای معیار	آماره t	مقدار معناداری
دیسفوریای پیش از قاعدگی ← حساسیت اضطرابی	۰/۱۶۹	۰/۰۷۶	۳/۳۰	۰/۰۰۱
دیسفوریای پیش از قاعدگی ← کیفیت خواب	۰/۴۳۶	۰/۰۳۲	۹/۳۴	۰/۰۰۱
حساسیت اضطرابی ← کژکاری جنسی	۰/۱۶۱	۰/۰۴۸	۳/۲۱	۰/۰۰۱
کیفیت خواب ← کژکاری جنسی	۰/۱۶۴	۰/۱۱۵	۲/۹۹	۰/۰۰۲
دیسفوریای پیش از قاعدگی ← کژکاری جنسی	۰/۱۵۶	۰/۰۷۷	۲/۸۷	۰/۰۰۴

حساسیت اضطرابی، کیفیت خواب و کژکاری جنسی مثبت و معنادار است و از سوی دیگر، اثر مستقیم حساسیت اضطرابی بر کژکاری جنسی و نیز اثر مستقیم کیفیت خواب

همان گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، همه مسیرها در مدل نهایی معنادار بودند و نیاز به حذف مسیری نبود. همچنین مشخص شد که اثر مستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر

بر کژکاری جنسی مثبت و معنادار می‌باشد ($p < 0/05$). در مرحله بعدی، برای تعیین معناداری روابط غیرمستقیم متغیرها از آزمون بوت استراپ و از آزمون سوبل استفاده گردید که جدول ۴ و ۵ نتایج را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج بوت استراپ اثر غیرمستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی در مدل نهایی

مسیر	اثر مستقیم		اثر غیرمستقیم		اثر کل		نتیجه
	مقدار	میزان تاثیر	مقدار	میزان تاثیر	مقدار	میزان تاثیر	
دیسفوریای پیش از قاعدگی ← کژکاری جنسی	۰/۱۵۷	۰/۰۰۴	۰/۰۹۹	۰/۰۰۶	۰/۲۵۶	۰/۰۱۳	میانجی جزئی

جدول ۵. نتایج آزمون سوبل برای بررسی نقش میانجی گری متغیرهای کیفیت خواب و حساسیت اضطرابی

مسیر	اثر غیرمستقیم			نتیجه
	میزان تاثیر	آماره سوبل	مقدار معناداری	
دیسفوریای پیش از قاعدگی ← کیفیت خواب ← کژکاری جنسی	۰/۰۲۷	۲/۸۷	۰/۰۳۰	میانجی جزئی
دیسفوریای پیش از قاعدگی ← حساسیت اضطرابی ← کژکاری جنسی	۰/۰۷۲	۳/۹۴	۰/۰۰۱	میانجی جزئی

همان‌گونه که جدول ۴ و ۵، نشان می‌دهند اثر غیرمستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی از طریق متغیرهای کیفیت خواب و حساسیت اضطرابی، معنادار است ($p < 0/01$ و $B = 0/099$). از منظر آماری، در ابتدا برای تعیین اثر میانجی باید هم اثر کل و هم اثر غیرمستقیم (یعنی اثر از طریق متغیر میانجی) معنادار باشند. سپس باید نوع میانجی مشخص گردد که اگر اثر مستقیم نیز معنادار بود، میانجی از نوع جزئی (Partial mediation) و اگر اثر مستقیم معنادار نبود، میانجی از نوع کامل (Full mediation) است. اثرات جزئی هم به دو نوع رقابتی (Competitive) یا مکمل (Complementary) می‌باشند که بدین منظور، در صورتی که اثر مستقیم و غیرمستقیم در یک جهت باشند، نوع میانجی مکمل و در صورتی که اثر مستقیم و غیرمستقیم خلاف جهت هم باشند، نوع میانجی رقابتی خواهد بود (۳۶). بنابراین، مطابق با جداول ۴ و ۵، اثر کل دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی معنادار است ($\beta = 0/256$)؛ همچنین، اثر غیرمستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی از طریق متغیر میانجی گری کیفیت خواب نیز معنادار می‌باشد ($p = 0/013$ ؛ $\beta = 0/013$). همچنین، اثر غیرمستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی از طریق متغیر میانجی گری حساسیت اضطرابی نیز معنادار می‌باشد ($p = 0/001$ ؛ $\beta = 0/072$)؛ بنابراین، با توجه به معناداری اثر غیرمستقیم و نیز توضیحات پیشین درباره وضعیت اثرات مستقیم و کل و همچنین همسویی اثرات مستقیم و غیرمستقیم، مشخص شد که حساسیت اضطرابی نیز نقش میانجی جزئی مکمل را ایفا می‌نمود و در مجموع، می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی گر حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب در رابطه بین دیسفوریای پیش از

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که کیفیت خواب، نقش میانجی را ایفا می‌نماید. از آنجایی که اثر مستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی نیز معنادار بود ($\beta = 0/157$)؛ و اثرات مستقیم و غیرمستقیم در یک جهت قرار داشتند، بنابراین متغیر کیفیت خواب یک میانجی جزئی مکمل محسوب می‌گردد... در مورد نقش میانجی متغیر حساسیت اضطرابی نیز ملاحظه می‌شود که اثر غیرمستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی از طریق متغیر میانجی حساسیت اضطرابی نیز معنادار می‌باشد ($\beta = 0/072$ ؛ $p = 0/001$). بنابراین، با توجه به معناداری اثر غیرمستقیم و نیز توضیحات پیشین درباره وضعیت اثرات مستقیم و کل و همچنین همسویی اثرات مستقیم و غیرمستقیم، مشخص شد که حساسیت اضطرابی نیز نقش میانجی جزئی مکمل را ایفا می‌نمود و در مجموع، می‌توان گفت که فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار گرفت.

داده شده است که کیفیت خواب و عملکرد جنسی مطلوب برای سلامت جسمانی و روانشناختی کلی زنان ضروری است و این دو بر روی یکدیگر تأثیر متقابل دارند. بدین صورت که وقتی فرد به دلیل مشکلات خواب دچار استرس مضاعف می‌شود، تولید هورمون‌های جنسی (استروژن و پروژسترون) توسط مغز به نفع هورمون استرس (کورتیزول) سرکوب می‌شود و این تغییر در سطح هورمون‌ها می‌تواند سبب کاهش رضایت جنسی فرد شود (۴۳). افزون بر این، نتایج پژوهش Kling و همکاران (۱۹) و Martínez و همکاران (۲۰) نیز حاکی از آن بود که به دلیل شیوع بیشتر اختلالات خواب در جمعیت زنان، ۱,۴۸ برابر بیشتر احتمال دارد که آنها آسیب‌پذیری بیشتری را برای اختلالات عملکرد جنسی و نیز اختلالات خلقی تجربه نمایند؛ لذا در طول دوره‌ی پیش از قاعدگی، ممکن است علاوه بر مدت خواب کوتاه‌تر و مدت زمان بیشتر برای به خواب رفتن، کیفیت خواب پایین‌تری را تجربه نمایند و احتمالاً در معرض اختلالات خواب نظیر بی‌خوابی (insomnia) یا پرخوابی (Hypersomnia) قرار گیرند (۱۸, ۲۲, ۲۳). در نهایت، کاهش ترشح ملاتونین به دلیل نوسانات هورمونی در طول مرحله پیش از قاعدگی در ترکیب با تغییرات الگوهای خواب و ریتم شبانه روزی، می‌تواند تبیین دیگری برای شکایات خواب و بی‌نظمی قاعدگی زنان و کژکاری جنسی آنان باشد (۴۴).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که اثر غیر مستقیم کژکاری جنسی بر دیسفوریای پیش از قاعدگی از طریق حساسیت اضطرابی معنادار است. به عبارت دیگر، حساسیت اضطرابی در رابطه بین عملکرد جنسی و دیسفوریای پیش از قاعدگی نقش میانجی‌گر دارد. این یافته با نتایج پژوهش (۱۲, ۴۷-۴۵) همسو است که در راستای تبیین این یافته می‌توان منطبق بر مدل انتظار ترس McNally & Reiss، این‌گونه اشاره نمود که زنان مبتلا به دیسفوریای پیش از قاعدگی با حساسیت اضطرابی بالا به دلیل تجربه اضطراب جنسی بالاتر، هرگونه برانگیختگی فیزیولوژیکی مرتبط با زمینه جنسی را تهدید آمیز تلقی می‌نمایند. لذا به منظور گریز از برانگیختگی

قاعدگی و کژکاری جنسی زنان متاهل انجام شد. نتایج تحلیل میانجی نشان داد که اثر مستقیم دیسفوریای پیش از قاعدگی بر کژکاری جنسی زنان معنادار است. نتایج این پژوهش همسو با سایر پژوهش‌ها (۴, ۵, ۷, ۳۷) می‌باشد که نشان دادند دیسفوریای پیش از قاعدگی عامل خطری برای سلامت جنسی زنان است که می‌تواند بر عملکرد جنسی آنها تأثیر منفی بگذارد؛ به طوری که با افزایش کژکاری جنسی زنان، بر شدت دیسفوریای پیش از قاعدگی آنها نیز افزوده می‌شود. در همین راستا، براساس یک پژوهش کوهورت که توسط Ilhan و همکاران (۴) در ترکیه انجام شد، نتایج آنها حاکی از آن بود که ۷۷,۶ درصد از زنان مبتلا به دیسفوریای پیش از قاعدگی از عملکرد جنسی خود رضایت کمتری داشتند و به تبع آن پریشانی جنسی بیشتری را تجربه می‌نمودند. افزون بر این، شواهد حمایتی دیگر حاکی از آن است که دیسفوریای پیش از قاعدگی به شیوه‌های مختلفی ممکن است به کژکاری جنسی در زنان منجر شود؛ به عنوان مثال زنان مبتلا به دیسفوریای پیش از قاعدگی ممکن است به دلیل تجربه آشفتگی خلقی مرتبط با علائم خود، با حالتی به نام Anhedonia یا بی‌لذتی نسبت به تمام فعالیت‌های روزمره روبه‌رو شوند (۱۰, ۳۸) که در نتیجه‌ی چنین وضعیتی، آنها در زمینه فعالیت جنسی نیز با کاهش میل و برانگیختگی جنسی روبه‌رو می‌شوند. در نهایت، چنین شرایطی سبب می‌شود که به تدریج از طریق فاصله‌گیری عاطفی نسبت به شریک زندگی، زمینه‌ی فقدان صمیمیت زوجی و نیز مختل شدن فعالیت جنسی آنها فراهم گردد (۳۹) (۴۰)، (۵). از سوی دیگر، علائم مختل‌کننده‌ی دیسفوریای پیش از قاعدگی با اثرگذاری نامطلوب بر اعتماد به نفس زنان مبتلا، سبب ایجاد تصویر بدنی منفی و در نهایت مختل شدن عملکرد جنسی آنها می‌گردد. (۲, ۴۱)

یافته دیگر این پژوهش حاکی از آن بود که کیفیت خواب می‌تواند به عنوان یکی دیگر از متغیرهای میانجی در رابطه بین کژکاری جنسی با دیسفوریای پیش از قاعدگی مطرح شود. به عبارت دیگر همسو با سایر پژوهش‌ها (۱۹, ۴۲) نشان

عملکرد جنسی آنها انجام دهند تا ضمن درک عمیق باورهای فرهنگی و اجتماعی و روانشناختی در این زمینه، بتوان به بهبود سلامت جنسی زنان کمک نمود.

از سوی دیگر، می توان به درمانگران حیطه زوج درمانی پیشنهاد نمود که با بهره گیری از تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی (از جمله فنون تمرکز و توجه آگاهانه به بدن و تکنیک تنفس آگاهانه) در راستای افزایش آگاهی معطوف به زمان حال و نیز کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود کیفیت خواب آنها، اقدامات موثری را انجام دهند. محدودیت دوم هم اختصاص یافتن جامعه مورد پژوهش به شهر تهران است که با توجه به عامل فرهنگ، تعمیم یافته ها به سایر مناطق جغرافیایی را با محدودیت مواجه می سازد. لذا پیشنهاد می شود که پژوهش های مشابه، در مناطق دیگر و در فرهنگ های متفاوت تکرار شود. در نهایت اینکه نتایج و ارزیابی پژوهش، وابسته به ابزارهای خود گزارشی (پرسشنامه آنلاین) بود که به منظور کسب اطلاعات دقیق و عمیق تر، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از روش ها و ابزارهای دیگری نظیر پژوهش های کیفی و مصاحبه بالینی استفاده گردد.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر، اهمیت نقش حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب را در شکل دهی تجربه زنان از علائم دیسفوریای پیش از قاعدگی برجسته می نماید و اینکه این عوامل در ارتباط باهم چگونه ممکن است عملکرد جنسی آنها را متاثر سازد. در نتیجه، این پژوهش ضمن تاکید بر انجام تحقیقات بالینی بیشتر در حیطه سلامت زنان، به درمانگران و پژوهشگران حیطه زوج درمانی پیشنهاد دارد که اهمیت عواملی همچون حساسیت اضطرابی و کیفیت خواب را در روند ارزیابی و درمان زنان مبتلا به کژکاری جنسی در نظر گیرند. بنابراین، شناخت تعامل پویا و پیچیده این عوامل، هم از جنبه نظری (غنی سازی مفاهیم نظری حیطه زوج درمانی) و هم از جنبه عملی (تدوین مداخلات و راهبردهای آموزشی و درمانی) می تواند برای درمانگران و پژوهشگران حیطه سلامت روان موثر واقع شود.

ناخوشایند درونی، راهبردهای مختلف شناختی-رفتاری (از جمله اجتناب و سرکوبی) را به کار می گیرند که این امر می تواند منجر به افزایش شدت احساسات مرتبط با برانگیختگی آنها شود و پاسخ های اجتنابی را تقویت نماید. به عبارت دیگر، در یک چرخه معیوب بین ارزشیابی و تفسیر منفی و اضطراب گیر می افتند و در نهایت با تشدید شدن علائم و اجتناب از فعالیت جنسی، حوزه بهزیستی جنسی آنها نیز مختل می گردد. در این راستا، نتایج پژوهش Tutino و همکاران (۱۷) نیز حاکی از این بود که حساسیت اضطرابی بالاتر با فعالیت جنسی کم تر با شریک زندگی مرتبط است.

از سوی دیگر، طبق نظریه منع متقابل Wolpe می توان به تبیین نقش اضطراب در اختلال عملکرد جنسی پرداخت. بدین صورت که برانگیختگی جنسی و اضطراب ممکن است هر دو بازدارنده باشند؛ زیرا با فعال شدن سیستم عصبی مخالف مشخص می شوند (یعنی برانگیختگی جنسی با فعال سازی پاراسمپاتیک و برانگیختگی اضطرابی با فعال سازی سمپاتیک همراه است). در نتیجه، بر اساس این نظریه، اگر دو پاسخ متضاد مانند اضطراب و برانگیختگی جنسی به طور همزمان رخ دهند، پاسخ قوی تر (اضطراب)، پاسخ ضعیف تر (برانگیختگی جنسی) را مهار می کند و در نتیجه پاسخ جنسی کاهش می یابد (۴۸).

در نهایت، پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش های موجود محدودیت ها و پیشنهادهایی دارد در نهایت، پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش های موجود محدودیت ها و پیشنهادهایی دارد؛ نخست اینکه که با توجه به وجود تابوهای فرهنگ سنتی و نیز نگاه محافظه کارانه توأم با احساس شرم و گناه به مسائل جنسی، مشارکت کنندگان کمتری تمایل به مشارکت در این پژوهش داشتند. لذا، به دلیل اهمیت سلامت جنسی و روانشناختی زنان و خلایی که در حیطه پژوهش های مرتبط با این موضوع وجود دارد، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می گردد که در این راستا پژوهش های بیشتری با متغیرهایی همچون نگرش به قاعدگی، دشواری در تنظیم هیجان، طرحواره جنسی زنان در راستای شناخت عوامل مؤثر بر

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی زنان متأهلی که با مشاکت خود، ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند صمیمانه سپاسگزاریم.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول و دوم، به طور یکسان در پیشبرد پژوهش حاضر مشارکت داشتند و نویسنده سوم در جمع آوری دیتای پژوهش حاضر مشارکت داشت.

References

1. Panahi, R., Anbari, M., Javanmardi, E., Ghoozlu, K. J., & Dehghankar, L. The effect of women's sexual functioning on quality of their sexual life. *Journal of preventive medicine and hygiene*. 2021;62(3), E776.
2. Susser, L. C., Parish, S., Dumas, E., & Nappi, R. E. Premenstrual dysphoric disorder and sexual function: a narrative review. *Sexual Medicine Reviews*.2023; 11(3), 202-211.
3. Shoa Kazemi, M., Alikhani Shateri, F., & Mohammadi, F. (2022). Marital boredom and sexual dysfunction in women with breast cancer. *Journal of Family Relations Studies*.2022; 2(7), 29-36.
4. İlhan, G., Verit Atmaca, F. V., Kurek Eken, M., & Akyol, H. (2017). Premenstrual syndrome is associated with a higher frequency of female sexual difficulty and sexual distress. *Journal of sex & marital therapy*.2017; 43(8), 811-821.
5. Nussbaum, A. M. *The pocket guide to the DSM-5-TR™ diagnostic exam*. American Psychiatric Pub. 2022
6. Li, Z., Xu, M. J., Jin, Y., & Zhu, B. G. Premenstrual dysphoric disorder is associated with the longer length from clitoris to urethra. *BMC Women's Health*. 2021; 21, 1-5.
7. Elazar, A. B., Canetti, L., Azoulay, M., Dan, R., Goelman, G., Segman, R., ... & Reuveni, I. Quality of Life among University Students with Premenstrual Symptoms: The Role of Emotion Regulation. *European Psychiatry*.2023; 66(S1), S648-S649.
8. Dogu S, ekici çağlar G, ekici B. Comparison of Mood, Physical Symptoms, Cognitive Failure and Life Satisfaction in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder, Premenstrual Syndrome and No/Mild Premenstrual Syndrome: A Controlled Study. *Bezmialem Science*. 2022;10(5).
9. Eccles, H., & Sharma, V. The association between premenstrual dysphoric disorder and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2023; 12, 100504.
10. Olthuis, J. V., Connell, E. M., O'Sullivan, L. F., & Byers, E. S. Does anxiety sensitivity interfere with sexual well-being? Evidence from a community sample. *Sexual and Relationship Therapy*.2023; 1-17.
11. Byers, E. S., Olthuis, J. V., O'Sullivan, L. F., & Connell, E. M. Anxiety sensitivity in the sexual context: Links between sexual anxiety sensitivity and sexual well-being. *Journal of sex & marital therapy*.2023; 49(5), 550-562.
12. Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., ... & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological assessment*.2007; 19(2), 176-88.

13. Guo Y, Yang H, Elhai J, McKay D. Anxiety regarding COVID-19 is related to attentional control: the mediating role of anxiety sensitivity. *Frontiers in Psychiatry*.2021;12(1):713279.
14. Bakhshipour, A., Sadeghi, A., & Hosseini, F. Modeling marital conflicts based on alexithymia with the mediating role of anxiety sensitivity and sexual dissatisfaction in married female students at University of Guilan. *Journal of Family Relations Studies*.2024; 4(12), 15-25.
15. Li, S., & Li, X. The relationship between attentional bias, anxiety sensitivity, and depression and anxiety symptoms: evidence from the COVID-19 Pandemic in China. *Frontiers in Public Health*.2022; 10, 832819.
16. Tutino, J. S., Ouimet, A. J., & Shaughnessy, K. (2017). How do psychological risk factors predict sexual outcomes? A comparison of four models of young women's sexual outcomes. *The journal of sexual medicine*.2017; 14(10), 1232-1240.
17. Sarchami, R., Koshki, S., Jamali, B., & Baghdasarians, A. (2022). Structural Model of Cognitive Emotion Regulation Based on Sleep Quality with Mediating Role of Marital Satisfaction in Women with Premenstrual Syndrome. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*.2022; 29(4), 576-590.
18. Kling, J. M., Kapoor, E., Mara, K., & Faubion, S. S. Associations of sleep and female sexual function: good sleep quality matters. *Menopause*.2021; 28(6), 619-625.
19. Martínez Vázquez, S., Hernández Martínez, A., Peinado Molina, R. A., & Martínez Galiano, J. M. (2023). Association between sexual function in women and sleep quality. *Frontiers in Medicine*.2023; 10, 1196540.
20. Afsahri, P., Salehnejad, Z., Hekmat, K., Abedi, P., Fakhri, A., & Haghhighizadeh, M. Do Sleeping Disorders Impair Sexual Function in Married Iranian Women of Reproductive Age? Results from a Cross-Sectional Study. *Psychiatry journal*. 2018
21. Önay, Ö., & Aydın, C. Premenstrual syndrome as a sleep disturbing factor: a cross-sectional study. *Acta Medica*.2021; 52(2), 145-151.
22. Jadhav, A., Chaudhury, S., & Saldanha, D. A study of prevalence and psychological correlates of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Medical Journal of Dr. DY Patil University*.2022; 15(6), 895-905.
23. Madsen, J. W., Hernández, L., Sedov, I., & Tomfohr-Madsen, L. M. Romantic relationship satisfaction is associated with sleep in undergraduate students. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*.2023; 12(1), 39.
24. Kline, R. B. *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. New York.2016 (4th ed.).
25. 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.

26. Mohammadi, KH, Heydari, M, Faghihzadeh, S. The female sexual function index (Fsfi): Validation of the Iranian version. *PAYESH*. 2008;7(3):269-78.
27. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(3):203-9.
28. Siahbazi, sh, Hariri, F, Montazeri, A, Moghaddam, I. Translation and psychometric properties of the Iranian version of the Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST). *Payesh (Health Monitor) Journal*. 2011;10(4):421-7.
29. Foroughi AA, Mohammadpour M, Khanjani S, Pouyanfard S, Dorouie N, Parvizi Fard A. Psychometric properties of the Iranian version of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Trends Psychiatry Psychother*.2019; 41(3):254-61.
30. Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*.1989; 28(2), 193-213.
31. Farrahi Moghaddam, J., Nakhaee, N., Sheibani, V., Garrusi, B., & Amirkafi, A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep and Breathing*.2012; 16, 79-82.
32. Coolidge FL. Statistics: A gentle introduction (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage. 2006.
33. Byrne, B. M. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (3rd ed). New York: Routledge. 2016
34. Kenny DA, Kaniskan, B., & McCoach, D. B. The performance of RMSEA in models with small degrees of freedom. *Sociological methods & research*. 2015;3(44):486-507.
35. Nitzl C, Roldan JL, Cepeda G. Mediation analysis in partial least squares path modeling. *Industrial Management & Data Systems*. 2016;116(9):1849-64.
36. Eissa, M. F., Missiry, M. A., Kamel, K. F. W., & Mahmoud, D. A. M. Sexual dysfunction and quality of life in female patients with major depression disorder. *Middle East Current Psychiatry*.2022; 29(1), 43.
37. Van Lonkhuijzen, R. M., Garcia, F. K., & Wagemakers, A. (2023). The stigma surrounding menstruation: Attitudes and practices regarding menstruation and sexual activity during menstruation. *Women's Reproductive Health*.2023, 10(3), 364-384.
38. Meers, J. M., & Nowakowski, S. Sleep, premenstrual mood disorder, and women's health. *Current opinion in psychology*.2020; 34, 43-49.
39. Kleinstäuber, M., Schmelzer, K., Ditzen, B., Andersson, G., Hiller, W., & Weise, C. Psychosocial profile of women with premenstrual syndrome and healthy controls: a comparative study. *International journal of behavioral medicine*.2016; 23, 752-763.
40. Joki Perdani S, Rezki Perdani S, Mahirah M, Abdul Rashid Abdul A. sustaining long-distance relationship through love, trust, and dedication among married couples. *manu Jurnal Pusat Penataran Ilmu dan Bahasa*. 2023;34(1):63 - 80.

41. Morssinkhof, M. W. L., Van Wylick, D. W., Priester-Vink, S., Van Der Werf, Y. D., Den Heijer, M., Van Den Heuvel, O. A., & Broekman, B. F. P. Associations between sex hormones, sleep problems and depression: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.2020; 118, 669-680
42. Meers, J. M., & Nowakowski, S. Sleep, premenstrual mood disorder, and women's health. *Current opinion in psychology*.2020; 34, 43-49.
43. Uğur k, yıldız s, kazğan a, kurt o, Atmaca M. Premenstrual disforik bozukluk tanılı hastaların kişilik özellikleri, anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon seviyeleri. *Cukurova Medical Journal*. 2021;46(4):1360-8.
44. Bagheri Sheikhangfesh F, Hojjatolah,F. The role of emotional ataxia, anxiety sensitivity and pain anxiety in predicting couples' sexual performance. 4th National Congress of Family Psychology Association of Iran Successful Marriage and Healthy Parenting. 1401
45. Lamont, J. M. Trait body shame predicts menstrual-related symptoms: evidence for extending the menstrual reactivity hypothesis. *Women's Reproductive Health*.2023; 10(1), 24-42.
46. Kane, L., Dawson, S. J., Shaughnessy, K., Reissing, E. D., Ouimet, A. J., & Ashbaugh, A. R. A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: Implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*.2019;10(2).

*Original Article***The Mediating Role of Anxiety Sensitivity and Sleep Quality in the Relationship Between Symptoms of Premenstrual Dysphoric Disorder and Sexual Dysfunction In Married Women**

Received: 05/05/2025 - Accepted: 25/11/2025

Nazanin Fatehi¹
Mohsen Kachooei^{*2}
Fatemeh Joharifard³

¹ Phd student in clinical psychology,
Department of Psychology,
Humanities Faculty, University of
Science and Culture, Tehran, Iran.

² PhD in Health Psychology,
Assistant Professor of Psychology,
Faculty of Humanities, University of
Science and Culture, Tehran, Iran

³ MSc in Clinical psychology-family
therapy, Department of psychology,
Humanities Faculty, University of
Science and Culture, Tehran, Iran.

Email: kachooei.m@usc.ac.ir

Abstract

Introduction : Sexual dysfunction is associated with many important and significant harms in different areas of marital functioning. Therefore, any effort to improve the level of physical and psychological health of women is necessary and valuable. Therefore, the aim of this research is to examine the mediating role of anxiety sensitivity and sleep quality in the relationship between Premenstrual Dysphoric Disorder and sexual dysfunction.

Materials and methods: The research method was descriptive and fundamental in nature. The research sample consisted of 373 married women living in Tehran who were selected through accessible sampling method in 2023. Data were collected using questionnaires including Female's sexual function (Rosen et al's ;2000), premenstrual symptoms screening (Steiner et al's ;2003), sleep quality assessment (Boyce et al's; 1989) and anxiety sensitivity (Taylor et al's ;2007). Data were analysed using Pearson correlation and path analysis.

Results: According to the results of the path analysis, it was observed that the direct effect of Premenstrual Dysphoric Disorder on sexual dysfunction was positive and significant ($p=0.004$; $\beta=0.157$). In addition, the indirect effect of Premenstrual Dysphoric Disorder on sexual dysfunction through both sleep quality and anxiety sensitivity was positive and significant ($\beta=0.027$, $p=0.030$, $\beta=0.072$, $p=0.001$ respectively). Therefore, the variables of sleep quality and anxiety sensitivity played a partial mediating role in the relationship between Premenstrual Dysphoric Disorder and sexual dysfunction.

Conclusion: The results of the present research can help researchers and therapists in the field of mental health in two ways: 1.theoretical (extending and enriching theoretical concepts in the field of couple therapy) 2. operational (designing educational programmes for prevention, screening and treatment).

Keywords:

Premenstrual Dysphoric Disorder, Sexual Dysfunction , Anxiety Sensitivity, Sleep Quality, Married wome